

Het ziekenfonds, waar ligt de grens?

Exemplaren van deze uitgave zijn verkrijgbaar in de boekhandel en bij VUGA Uitgeverij bv onder vermelding van **ISBN 90-5250-924-7**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Het ziekenfonds

Het ziekenfonds, waar ligt de grens? / Jolanda van Leeuwen, Evert Pommer, Michiel Ras en Frank van Tulder. - Rijswijk : Sociaal en Cultureel Planbureau ; Den Haag : VUGA. - III. - (Cahier / Sociaal en Cultureel Planbureau, ISSN 0927-0833 ; nr. 134)
Met lit. opg. - Met samenvatting in het Engels.
ISBN 90-5250-924-7 (VUGA)
NUGI 661
Trefw.: ziekenfondsen ; Nederland ; onderzoek

© **Sociaal en Cultureel Planbureau**
Rijswijk, februari 1997
ISBN 90-5250-924-7
Deze publicatie is gedrukt op chloorvrij papier.

INHOUD

VOORWOORD	7	
1	INLEIDING	9
1.1	Afbakening	10
1.2	Probleemstelling	11
1.3	Indeling	12
	Noten	13
2	AFBAKENING VAN HET ONDERZOEK	15
2.1	Inleiding	15
2.2	Het huidige verzekeringsstelsel	15
2.3	Het verzekeringssysteem voor het tweede compartiment	17
2.3.1	Inleiding	17
2.3.2	Het ziekenfonds	19
2.3.3	De particuliere ziektekostenverzekeringen	22
2.3.4	Discussiepunten	24
2.4	De gevolgen van verzekeringsvarianten	27
2.4.1	Inleiding	27
2.4.2	De gevolgen voor de medische consumptie	28
2.4.3	De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg	29
2.4.4	De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens	29
	Noten	31
3	MODELLEN VAN MEDISCHE CONSUMPTIE EN EIGEN RISICO'S	33
3.1	Inleiding	33
3.2	Het consumptiemodel	33
3.2.1	Inleiding	33
3.2.2	De prijsvariabele	34
3.2.3	De verzekeringsvorm	35
3.2.4	Het formele model	36
3.2.5	Het gegevensbestand	38
3.2.6	De resultaten van de consumptieanalyse	39
3.3	De keuze van een eigen risico	42
3.3.1	Het keuzemodel	42
3.3.2	Empirische analyse	43
	Noten	46
4	OPZET VAN DE SIMULATIES	49
4.1	Inleiding	49
4.2	Verzekeringsvarianten	49
4.2.1	Algemene uitgangspunten	49

4.2.2	Enkelvoudige varianten	53
4.2.3	Samengestelde varianten	57
4.3	Technische uitwerking	58
4.3.1	Huishoudensbegrippen	58
4.3.2	Het gebruikte gegevensbestand	58
4.3.3	De nulvariant	60
4.3.4	De simulaties	63
	Noten	68
5	GEVOLGEN VAN VERZEKERINGSVARIANTEN	71
5.1	Inleiding	71
5.2	Enkelvoudige varianten	71
5.2.1	De gevolgen voor de medische consumptie	73
5.2.2	De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg	76
5.2.3	De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens	77
5.2.4	De resultaten per enkelvoudige variant	81
5.3	Samengestelde varianten	85
5.3.1	De gevolgen voor de medische consumptie	86
5.3.2	De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg	89
5.3.3	De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens	91
5.3.4	De resultaten per samengestelde variant	94
	Noten	97
6	SAMENVATTING EN CONCLUSIES	99
6.1	Inleiding	99
6.2	Gebruikte modellen voor consumentengedrag	100
6.2.1	Het consumptiemodel	101
6.2.2	Het eigen-risicomodel	102
6.3	Resultaten van verzekeringsvarianten	102
6.3.1	Eigen betalingen	104
6.3.2	Werknemersverzekering versus solidariteitsverzekering	105
6.3.3	Individueel inkomen versus huishoudensinkomen	108
6.3.4	Verlaging van de toelatingsgrens van het ziekenfonds	108
6.3.5	Verandering van de premiestelling in het ziekenfonds	109
6.3.6	Samengestelde varianten	110
6.4	Kanttekeningen	111
6.5	Conclusies	113
	Noten	116
	SUMMARY	119
	BIJLAGEN	123
A	Uitgaven aan gezondheidszorg in de nulvariant	123
B	Premietabellen maatschappijpolissen	125
C	Consumptiegevolgen per voorziening	129
D	In- en uitstroom bij de varianten	131

E	Resultaten van enkelvoudige varianten	135
F	Overige gevolgen van verzekeringswijzigingen	143
G	Het theoretische consumptiemodel	147
H	Koopkrachtgevolgen bij verrekening via inkomstenbelasting	149
I	Koopkrachtgevolgen naar omvang	153
	LITERATUUR	157
	LIJST VAN AFKORTINGEN	161
	LIJST VAN BEGRIPPEN	163



VOORWOORD

In het afgelopen decennium hebben voortdurend kleine maar ook ingrijpende wijzigingen plaatsgevonden in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. En daaraan komt voorlopig ook geen einde. In 1997 vinden weer ingrijpende wijzigingen plaats en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) heeft al nader onderzoek aangekondigd naar mogelijke nieuwe wijzigingen in het stelsel. Deze wijzigingen komen voort uit een streven naar betere kostenbeheersing en een streven naar betaalbare zorg voor iedereen.

Uit verschillende adviesaanvragen van de regering en uitgebrachte adviezen van de Ziekenfondsraad blijkt dat de grenzen van het bestaande verzekeringsstelsel nog lang niet zijn vastgelegd. Hoewel de grondslagen van het bestaande stelsel niet echt ter discussie staan, zijn er wel tal van elementen in het bestaande stelsel waar vraagtekens bij worden geplaatst. In dit Cahier zijn deze elementen uitgewerkt in de vorm van verzekeringsvarianten. De gevolgen in termen van gebruik en kosten van zorg en de koopkracht van huishoudens zullen worden beschouwd in het licht van de huidige situatie.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft al eerder onderzoek gedaan naar de gevolgen van mogelijke veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekering. Zo zijn de gevolgen van de invoering van eigen bijdragen en een eigen risico in de ziekenfondsverzekering geanalyseerd, evenals de gevolgen van wijzigingen waardoor het sociale karakter van het stelsel van ziektekostenverzekeringen beter tot uitdrukking komt. Het onderhavige onderzoek is op enkele onderdelen een uitbreiding van eerder onderzoek, doordat expliciet aandacht is besteed aan het gedrag van consumenten in de gezondheidszorg. Dit neemt niet weg dat op belangrijke onderdelen nog vorderingen zijn te maken. Dit betreft met name de modellering van het gedrag van de zorgaanbieders, verzekeraars en werkgevers. In het kader van het zorgmodel dat in opdracht van het ministerie van VWS door het Sociaal en Cultureel Planbureau en het Centraal Planbureau wordt ontwikkeld, wordt met het gedrag van zorgaanbieders wel rekening gehouden.

De auteurs danken de Ziekenfondsraad en de Zorgverzekeraars Nederland voor commentaar op de opzet en uitwerking van het rapport. Ook het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) is dank verschuldigd voor het beschikbaar stellen van verschillende jaargangen van de Gezondheidsenquête.

Dit neemt niet weg dat de verantwoordelijkheid voor de inhoud van dit rapport geheel berust bij het SCP.

Prof. drs. A.J. van der Staay
(directeur)



Overzicht van verzekeringsvarianten

ZIEKENFONDS BLIJFT WERKNEMERSVERZEKERING

W1	kring van verzekerden	- ambtenaren worden ook een aangewezen groep
W2	inkomensbegrip	- meetellen wisselende loonbestanddelen (bij toelating Ziekenfonds)
W3	toelatingsgrens	- wordt gelijk aan premiegrens 1996 (f 51.090)
W4		- wordt gelijk aan f 40.000
W5	premie	- werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%
W6		- nominale premie wordt verhoogd met f 150

AANGEPASTE REGELING VOOR 65-PLUSSERS

O1	kring van verzekerden	- verzekeringsvorm houdt eigen ouderen
O2		- ziekenfonds houdt eigen ouderen en instroom tot ruimere toelatingsgrens (f 38.300)

ZIEKENFONDS WORDT SOLIDARITEITSVERZEKERING

SI	inkomensbegrip	- individuele verzekering	(toelatingsgrens: f 48.590)
SH1		- huishoudensverzekering	(toelatingsgrens: f 48.590)
SH2	toelatingsgrens	- gelijk aan de eerste belastingschijf	(toelatingsgrens: f 45.325)
SH3		- gelijk aan premiegrens 1996	(toelatingsgrens: f 40.300)
SH4		- overeenkomstig W4	(toelatingsgrens: f 26.690)
SH5		- overeenkomstig marktverhoudingen ZFW/particulier	(toelatingsgrens: f 57.360)

INVOERING MINIMUMPREMIE

M1		- volledige invoering
M2		- invoering op beperkte schaal

WIJZIGING IN EIGEN BETALINGEN

B1	maximum aan betalingen	- inkomensafhankelijk: 1% van belastbaar inkomen
B2	eigen betalingen	- invoering eigen bijdrage voor de huisarts van f6,50

SAMENGESTELDE VARIANTEN

VVN	inkomensafhankelijk maximum eigen betalingen en eigen bijdrage huisarts in de ZFW (B1+B2)
VVW1	als VVN, incl. hogere nominale premie, minimumpremie op beperkte schaal en lagere toelatingsgrens voor werknemers (W3 + W6 + M2 + B1 + B2)
VVW2	als VVN, incl. hogere nominale premie, minimumpremie op beperkte schaal en hogere toelatingsgrens voor 65-plussers (O2 + W6 + M2 + B1 + B2)
VVSI	als VVN, incl. individuele verzekering met toelatingsgrens gelijk aan eerste belastingschijf en minimumpremie op beperkte schaal (SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2)
VVSH	als VVN, incl. huishoudensverzekering met toelatingsgrens gelijk aan eerste belastingschijf (SH2 + B1 + B2)
VVZ	als VVN, incl. iedereen wordt ziekenfondsverzekerd
VVP	iedereen wordt particulier verzekerd

1 INLEIDING

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen is voortdurend aan veranderingen onderhevig. Onlangs is een systeem van eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden ingevoerd en sinds kort kan een grotere groep 65-plussers toetreden tot het ziekenfonds. Maar hiermee is een definitieve inrichting van het verzekeringsstelsel bepaald nog niet bereikt. Steeds weer speelt de vraag in welke mate de markt voor zorgverzekeringen moet worden vrijgelaten aan de betreffende marktpartijen en in welke mate deze markt moet worden gereguleerd door de overheid. Meer marktwerking moet leiden tot meer concurrentie onder de zorgverzekeraars en onder de zorgaanbieders en daarmee tot een doelmatiger zorg. Meer marktwerking staat echter op gespannen voet met het maatschappelijk erkende recht op betaalbare zorg voor iedereen. Het vinden van een evenwicht tussen beide uitgangspunten - meer marktwerking en betaalbare zorg - blijkt in de praktijk een moeilijke opgave.

In Nederland is het beleid al geruime tijd gericht op een doelmatiger inrichting van het verzekeringsstelsel om de kostenontwikkeling te beheersen.¹ De laatste jaren wint de overtuiging veld dat de doelmatigheid van de zorg niet alleen vergroot kan worden via de aanbodzijde, maar ook via de vraagzijde. De overheid acht zich voor de taak gesteld om zodanige financiële prikkels in te bouwen dat het zorgsysteem doelmatig is, noodzakelijke zorg produceert, en betaalbaar blijft.

In dit Cahier worden enkele zorgverzekeringsvarianten opgesteld volgens welke de inrichting van het verzekeringsstelsel op langere termijn zou kunnen verlopen. In deze varianten worden steeds verschillende uitgangspunten gekozen voor de begrenzing van de ziekenfondsverzekering. Deze uitgangspunten betreffen de mate waarin het ziekenfonds moet worden opgevat als een werknemersverzekering of als een solidariteitsverzekering. Consequente toepassing van deze uitgangspunten heeft gevolgen voor de begrenzing van de kring van verzekerden, de toelatingsgrens, het inkomensbegrip en de premiestelling.

De verschillende varianten zullen worden getoetst op de gevolgen die zij hebben voor het gebruik van zorgvoorzieningen, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van de huishoudens. Hiermee kunnen zij worden beoordeeld op de mate waarin zij bijdragen aan kostenbeheersing zonder de betaalbaarheid van de zorg in gevaar te brengen. Een belangrijke voorwaarde is echter dat kostenbeheersing en betaalbaarheid niet ten koste gaan van de gezondheidstoestand van betrokkenen. De vermindering van de zorgconsumptie kan negatieve gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand wanneer noodzakelijke zorg achterwege blijft. In de praktijk blijkt het helaas zeer lastig om de gevolgen voor de gezondheidstoestand mede in de analyse te betrekken. In dit Cahier wordt hier deels aan tegemoet gekomen door de uitkomsten afzonderlijk te rapporteren voor gezonde en minder gezonde verzekerden.

Het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) heeft de afgelopen jaren veelvuldig ingespeeld op mogelijke veranderingen in de financiering van de gezondheidszorg. Zo heeft het SCP recentelijk op verzoek van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn

en Sport (VWS) de gevolgen gesimuleerd van een IZA-achtig model van eigen bijdragen in het ziekenfonds. Ook de gevolgen van een eigen risico voor ziekenfondsverzekerden, premiewijzigingen en stelsels waarin het sociale karakter van de ziektekostenverzekering beter tot uitdrukking komen, zijn al eerder belicht.² Het onderhavige onderzoek is op diverse onderdelen een uitbreiding van eerder onderzoek. Ook de rapportage van het onderzoek is uitgebreider dan voorheen. In dit Cahier komen naast de resultaten van het onderzoek ook de methodische aspecten aan de orde.

1.1 Afbakening

De overheid stelt zich ten doel de burger de nodige zorg te bieden tegen zo laag mogelijke kosten en tegen betaalbare tarieven. In de sfeer van de ziektekostenverzekeringen betekent dit dat de overheid zorg moet dragen voor risico's die moeilijk verzekeraar zijn en verantwoordelijk is voor een aanvaardbare premiestructuur van verzekerbare risico's.³ Deze doelstellingen hebben geleid tot een ordening in de zorgsector. Momenteel wordt de gezondheidszorg in drie compartimenten onderverdeeld, met elk een eigen financieringskarakter en eigen kostenbeheersende maatregelen (TK 1995/1996a).

Het eerste compartiment, de *care*, omvat onder meer de langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's. Dit compartiment valt samen met de werkingssfeer van de volksverzekering Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ). Met deze voor alle ingezetenen verplichte verzekering voor de onverzekerbare risico's, ook wel het *AWBZ-pakket* genoemd, voorziet de overheid in het eerste aandachtspunt van moeilijk verzekerbare langdurige zorg.

Het tweede compartiment, de *cure*, omvat onder meer ziekenhuiszorg, specialistische zorg, de huisarts en medicijnen. Dit wordt het *basispakket* genoemd van noodzakelijke en verzekerbare zorg. Met de verplichte verzekering (ziekenfonds) en de standaardpakketpolis (particuliere verzekering) voorziet de overheid in het tweede aandachtspunt van verzekerbare risico's voor reguliere zorg. De betaalbaarheid komt bij het ziekenfonds tot uitdrukking in een grotendeels inkomensafhankelijke premie. Bij de particuliere verzekering zijn verzekeraars verplicht tot het aanbieden van een standaardpakketpolis voor bepaalde bevolkingsgroepen tegen een door de overheid vastgestelde premie.

Het derde compartiment omvat de 'minder noodzakelijke zorg'. De voorzieningen die in dit compartiment zijn ondergebracht, ook wel aangeduid met de term *aanvullend pakket*, betreffen onder meer tandartshulp voor volwassenen en alternatieve geneeswijzen. De overheid acht zich niet verantwoordelijk voor de kosten van dit gedeelte van de gezondheidszorg en is van mening dat deze kosten in beginsel voor eigen rekening van de burger kunnen komen.

Terwijl de overheid de volle verantwoordelijkheid neemt voor het eerste compartiment en deze verantwoordelijkheid bij het derde compartiment geheel doorschuift naar de burger, vormt het tweede compartiment de gedeelde verantwoordelijkheid van burger en overheid. De verzekeringsvarianten die in dit Cahier worden ontwikkeld, hebben betrekking op het tweede compartiment (het basispakket).

1.2 Probleemstelling

In een poging om de kosten van het tweede compartiment te beheersen worden maatregelen doorgevoerd die zijn gericht op het vergroten van de financiële betrokkenheid van de burger bij het gebruik van zorg.

Daarnaast speelt een meer fundamentele discussie over de vormgeving van de ziekenfondsverzekering, in het bijzonder over de kring van verzekerden, de toelatingsgrens en de te betalen premie. Deze discussie is in verschillende beleidsstukken van de overheid en adviezen van de Ziekenfondsraad terug te vinden.⁴ De vragen die daarin spelen hebben betrekking op de volgende onderdelen.

- De kring van verzekerden: voor wie is het ziekenfonds bedoeld? Moet het ziekenfonds in beginsel een werknemersverzekering blijven of moet de ziekenfondsverzekering ook toegankelijk zijn voor anderen, zoals ambtenaren en zelfstandigen?
- De toelatingsgrens: tot welk inkomen zou men onder de ziekenfondsverzekering moeten vallen en van welke gezinsleden moet het inkomen worden meegeteld?
- Het inkomensbegrip: welke inkomensbestanddelen moeten in ogeschouw worden genomen? Telt alleen het vaste loon of de vaste uitkering of moeten ook variabele loonbestanddelen uit onderneming en vermogen en dergelijke worden meegenomen?
- De premiestelling: is voor de bepaling van de hoogte van de te betalen premie alleen het inkomen van de hoofdverzekerde van belang of ook dat van een eventuele partner, en moeten er bepaalde minima aan de te betalen premies worden gesteld?
- De eigen bijdragen: moet aan het systeem van eigen bijdragen dat op 1 januari 1997 is ingevoerd nog een eigen bijdrage voor de huisarts worden toegevoegd en moet het vaste maximum van 200 gulden⁵ aan eigen bijdragen worden vervangen door een inkomensafhankelijk maximum?

Omdat er nog geen vastomlijnde beleidsvoornemens zijn die ingaan op vorenstaande vragen, worden in dit Cahier verschillende verzekeringsvarianten opgesteld. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt als cijfermatige ondersteuning van de discussie over de inrichting van het verzekeringsstelsel op langere termijn.

De verschillende verzekeringsvarianten zullen in dit Cahier worden onderzocht op een drietal gevolgen, namelijk:

- de gevolgen voor het gebruik van zorgvoorzieningen;
- de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg;
- de gevolgen voor de koopkracht van de huishoudens.

Hierbij gaat het uitsluitend om zorgvoorzieningen die zijn ondergebracht in het tweede compartiment, het basispakket. Bij de bepaling van de gevolgen voor het gebruik van medische voorzieningen is uitgegaan van de zes grote zorgvoorzieningen in het tweede compartiment: huisartsen, specialisten, tandartsen,⁶ fysiotherapeuten,⁷ ziekenhuizen en medicijnen. Daarnaast wordt ook rekening gehouden met het keuzegedrag van consumenten bij de bepaling van de hoogte van een eigen risico bij particuliere verzekeringen. Dit speelt een rol wanneer er een wijziging optreedt in de kring van verzekerden. Vooral personen die bij een bepaalde verzekeringsvariant uitstromen uit het ziekenfonds komen voor een dergelijke keuze te staan.

In het onderhavige onderzoek is het gedrag van consumenten (zorggebruikers) onderzocht en met dit gedrag is rekening gehouden bij de simulaties van verzekeringsvarianten. In de praktijk zullen naast de consumenten ook de zorgaanbieders, zorgverzekeraars en werkgevers⁸ reageren op wijzigingen in de regelgeving van het ziekenfonds. Deze gedragsreacties zijn echter buiten beschouwing gelaten.

1.3 Indeling

In dit Cahier worden de gevolgen van verzekeringsvarianten geanalyseerd. Voor een goed begrip van de uitgevoerde analyses is een technische uitwerking gegeven. Deze technische uitwerking vindt vooral in de hoofdstukken 3 en 4 plaats. De lezer die meer in de conclusies is geïnteresseerd, kan volstaan met hoofdstuk 6. Hoofdstuk 2 geeft het onderzoekskader en hoofdstuk 5 geeft de uitkomsten van het onderzoek.

De verschillende hoofdstukken in dit Cahier kunnen als volgt worden gekarakteriseerd. Hoofdstuk 2 gaat kort in op de huidige structuur van de ziektekostenverzekeringen en geeft aan waarop het onderzoek zich richt. Daarbij wordt ingegaan op de gevolgen die wijzigingen in het verzekeringsstelsel kunnen hebben en in dit Cahier worden onderzocht, te weten gevolgen voor het gebruik van zorgvoorzieningen, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van huishoudens.

In hoofdstuk 3 worden twee modellen ontwikkeld die bij de berekening van de gevolgen van verzekeringsvarianten een grote rol spelen: het consumptiemodel en het eigen-risicomodel. In het consumptiemodel wordt onder meer de invloed bepaald van eigen betalingen op het gebruik van zorgvoorzieningen. In het eigen-risicomodel wordt het keuzegedrag beschreven aangaande de hoogte van het eigen risico. Dit model is relevant voor verzekerden die tot de particuliere verzekeringsmarkt toetreden.

In hoofdstuk 4 worden de verzekeringsvarianten verder uitgewerkt. Daarbij wordt een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige varianten, die betrekking hebben op één bepaald aspect, en samengestelde varianten. De samengestelde varianten vormen een samenhangende combinatie van enkelvoudige varianten. Verder wordt in dit hoofdstuk ingegaan op de technische achtergronden van de simulaties. De verschillende verzekeringsvarianten worden gesimuleerd op een microgegevensbestand van huishoudens. Hiervoor is een zogenoemde nulvariant ontwikkeld, die de huidige verzekerings situatie beschrijft.

Hoofdstuk 5 geeft de resultaten van het onderzoek. Daarin worden de drie onderzochte gevolgen (voor het gebruik, de kosten en de koopkracht) afzonderlijk gerapporteerd voor de enkelvoudige en samengestelde verzekeringsvarianten.

Ten slotte geeft hoofdstuk 6 een samenvatting van de belangrijkste uitkomsten van het onderzoek.

Noten

- 1 De kosten van de zes zorgvoorzieningen die in dit Cahier centraal staan (huisartsen, specialisten, tandartsen, fysiotherapeuten, medicijnen en ziekenhuizen) zijn in de periode 1975-1994 met 192% gestegen. In dezelfde periode stegen de prijzen gemiddeld met 95% en het bruto binnenlands product met 179%. De kosten van zorg volgen daarmee eerder de welvaarts- dan de prijsontwikkeling.
- 2 Zie Hooijmans (1987) over effecten van stelselwijzigingen ziektekostenverzekering, Need et al. (1992) en Van Tulder en Bruyns (1995) over effecten van invoering eigen risico, Pommer en Ruitenberg (1995) over effecten van veranderingen in premies en pakketten en invoering van een eigen risico.
- 3 Zie Van de Ven (1993) voor een uitgebreide bespreking van overheidsmotieven tot regulering van de zorgverzekeringsmarkt.
- 4 Zie onder meer TK (1996/1997b), Ziekenfondsraad (1995a, 1996a, 1996b, 1996c).
- 5 Voor aangewezen groepen bedraagt het maximum aan eigen betalingen 100 gulden. Paragraaf 4.3.3 gaat hier uitgebreid op in.
- 6 De tandartszorg voor kinderen tot en met 17 jaar valt onder het tweede compartiment. De ziekenfondsverzekering kent nog wel een preventief consult (jaarlijkse controle) voor volwassenen.
- 7 Voor fysiotherapie vallen de eerste negen behandelingen (per aandoening) in een kalenderjaar onder het tweede compartiment. De ziekenfondsverzekering vergoedt aan personen met bepaalde chronische aandoeningen ook eventuele verdere vervolghandelingen.
- 8 Bij grote verschuivingen van personen uit het ziekenfonds naar een particuliere verzekering of vice versa, zouden werkgevers hun gedrag ten aanzien van vergoedingen voor ziektekosten of het aangaan van collectieve contracten of bedrijfscontracten kunnen veranderen.



2 AFBAKENING VAN HET ONDERZOEK

2.1 Inleiding

In hoofdstuk 1 zijn enige vragen geformuleerd over de reikwijdte van de ziekenfondsverzekering en de grondslag van de premieheffing. Deze vragen over de inrichting van de ziektekostenverzekering op langere termijn zijn door de overheid gesteld en zullen de komende jaren beantwoord moeten worden. In dit Cahier worden enkele verzekeringsvarianten gepresenteerd die ingaan op de gestelde vragen. Deze varianten worden onderzocht op de gevolgen die zij hebben voor het gebruik van medische voorzieningen, de kosten van de gezondheidszorg en de koopkracht van de huishoudens. Hiermee wordt een kwantitatief kader gegeven van factoren die relevant zijn voor de politieke besluitvorming.

Op de vraag voor wie het ziekenfonds is bedoeld en welke premie moet worden geheven, zal in dit onderzoek geen antwoord worden gegeven. Dat is uiteraard een politieke zaak. Doelstelling van het huidige kabinetsbeleid is om een kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen tot stand te brengen. Daarvoor zijn volgens het kabinet maatregelen nodig die in onderlinge samenhang kunnen bijdragen aan een betere kostenbeheersing en een evenwichtige lastenverdeling tussen verzekerden (TK 1994/1995: 2). Dit betekent dat de maatregelen betreffende de inrichting van de ziektekostenverzekering op langere termijn getoetst moeten worden op de mate waarin zij de zorg toegankelijk en betaalbaar houden. De gevolgen voor het gebruik van medische voorzieningen moeten dus beperkt zijn en de gevolgen voor de koopkracht van huishoudens moeten als evenwichtig aangemerkt kunnen worden.

Voor een goed begrip van de context van dit onderzoek wordt eerst in paragraaf 2.2 het huidige verzekeringsstelsel uiteengezet. De verzekeringsvarianten in deze studie hebben betrekking op het tweede compartiment. Paragraaf 2.3 gaat verder in op de kosten en financiering van het tweede compartiment. Ook worden discussiepunten besproken, die in hoofdstuk 4 in verzekeringsvarianten worden uitgewerkt. Paragraaf 2.4 gaat in op de onderzoeksvragen van deze studie. Er wordt aangegeven welke gevolgen van financieringswijzigingen zullen worden onderzocht.

2.2 Het huidige verzekeringsstelsel

In het Regeerakkoord van het huidige kabinet is de zorg opgedeeld in drie compartimenten. Deze compartimenten omvatten de onverzekerbare risico's en langdurige zorg (het 'AWBZ-pakket'), het door de overheid afgebakende pakket van curatieve zorg (het 'basispakket') en de overige voorzieningen, waarvoor de burger zelf verantwoordelijkheid draagt (het 'aanvullende pakket').

Het eerste compartiment omvat de langdurige zorg, het zogenoemde AWBZ-pakket. Dit pakket bestaat momenteel onder meer uit verzorging en verpleging van ouderen in verpleeghuizen (22% van de kosten) en verzorgingshuizen (21%), zorg voor gehandicapten in tehuizen en dagverblijven (22%), geestelijke gezondheidszorg (16%) en extramuraal zorg zoals kruiswerk, gezinsverzorging en maatschappelijk werk (14%). De premie voor de AWBZ is geheel inkomensafhankelijk, en kwam in 1996 uit op 7,35%

van het inkomen in de eerste belastingschijf. De premiegrens - het maximale inkomen waarover premie is verschuldigd - komt daarmee overeen met de inkomensgrens van de eerste schijf. Verder worden de verstrekkingen uit de AWBZ medegefinancierd door eigen bijdragen van gebruikers. Deze eigen bijdragen vloeien overwegend voort uit het besparingsmotief vanwege intramurale opvang.

Het tweede compartiment, het basispakket, omvat de reguliere noodzakelijke zorg, zowel intramuraal als extramuraal. Het gaat hierbij om voorzieningen als de huisarts, de specialist, het ziekenhuis, de fysiotherapeut en de medicijnen. De kosten in dit compartiment kunnen globaal door drie typen van ziektekostenverzekering worden gedekt: de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering en de privaatrechtelijke ziektekostenverzekering. De publiekrechtelijke en privaatrechtelijke verzekering samen vormen de particuliere ziektekostenverzekering.

Het ziekenfonds verzekert (ex-)werknemers in de marktsector met een inkomen beneden een zekere grens en, onder bepaalde voorwaarden, hun gezinsleden en daarmee gelijkgestelden. Voor gemeente-, provincie- en politiepersoneel zijn aparte ziektekostenverzekeringen, de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen (IZA, IZR, DGVP). De overige personen, overwegend rijksambtenaren, werknemers in de marktsector met een hoger looninkomen en zelfstandigen, zijn privaatrechtelijk bij een particuliere maatschappij verzekerd.

De premie voor het ziekenfonds bestaat uit een procentueel en een nominaal gedeelte. Vanaf 1997 zijn voor de meeste voorzieningen ook eigen bijdragen verschuldigd; deze eigen bijdragen zijn aan een vast maximum gebonden. Voor de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering geldt een vergelijkbaar systeem, zij het dat de eigen bijdragen kunnen oplopen tot maximaal 1% van het bruto-inkomen (IZA). Privaatrechtelijk verzekerden betalen een nominale premie, waarbij eigen risico's kunnen worden ingebouwd. De particuliere verzekeraars zijn wettelijk verplicht voor bepaalde groepen (zoals bejaarden) een standaardpakketpolis tegen een door de overheid vastgestelde prijs aan te bieden. Eventuele 'verliezen' op deze polissen worden middels een toeslag verhaald op alle privaatrechtelijk verzekerden.

De zorgvoorzieningen die in het derde compartiment, het aanvullende pakket, zijn ondergebracht, kunnen eveneens door de eerdergenoemde partijen op de verzekeringsmarkt worden verzekerd: de ziekenfondsen en de particuliere maatschappijen. De aanvullende verzekering heeft echter een volstrekt vrijwillig karakter: de mogelijkheden variëren van geen dekking (100% eigen betalingen) tot volledige dekking (0% eigen betalingen). Tot het aanvullende pakket behoren onder meer de tandartszorg voor volwassenen, bepaalde vormen van paramedische zorg en alternatieve geneeswijzen.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de kosten en de financiering van de totale zorg voor de periode 1992-1996, opgesplitst naar de drie onderscheiden compartimenten. Daarbij zijn verschuivingen tussen het eerste en tweede compartiment buiten beeld gelaten doordat voor alle jaren is uitgegaan van het AWBZ-pakket in 1996. Dit betekent dat medicijnen, hulpmiddelen en enkele kleinere voorzieningen die vóór 1996 nog in de AWBZ waren ondergebracht, in de navolgende opstelling in alle jaren tot het tweede compartiment zijn gerekend. In 1996 was met de zorg in de drie onderscheiden compartimenten ruim 60 miljard gulden gemoeid.

Aan de financiering van de zorg wordt ook door de overheid bijgedragen. Dit betreft onder meer directe bijdragen voor beheerskosten, preventieve zorg, verslavingszorg, verzorgingstehuizen en academische ziekenhuizen. Daarnaast draagt de overheid ook indirect bij aan de kosten van de zorg door stortingen in de kassen van het ziekenfonds en de AWBZ.

Tabel 2.1 Kosten (naar compartiment) en financiering (naar bron) van de zorg, 1992-1996 (in procenten)

	1992	1993	1994	1995	1996
kosten totale zorg					
1e compartiment (AWBZ-pakket) ^a	42	41	42	42	42
2e compartiment (basispakket) ^a	56	57	55	53	53
3e compartiment (aanvullend pakket)	2	2	3	5	5
totaal	100	100	100	100	100
financiering totale zorg					
premies	76	76	76	72	71
eigen betalingen ^b	13	13	13	14	14
overheid ^c	11	11	12	14	15
totaal	100	100	100	100	100

^a Conform definitie 1996.

^b Inclusief herverzekerde risico's derde compartiment.

^c Inclusief overige inkomsten (interest).

Bron: TK (1996/1997a: tabel 10.2)

Tabel 2.1 geeft - mede door het buiten beschouwing laten van pakketoverhevelingen tussen het eerste en tweede compartiment - een betrekkelijk stabiel verloop van de kosten- en financieringscomponenten. Alleen in 1995 zijn substantiële mutaties waarneembaar, die verband houden met pakketaanpassingen: de tandheelkunde voor volwassenen is - uitgezonderd preventief onderhoud - van het tweede naar het derde compartiment verschoven (kostencomponent) en de rijksbijdrage voor het ziekenfonds is - conform de afspraken in het Regeerakkoord 1994 - fors verhoogd (financieringscomponent). Uit de tabel blijkt verder dat ruim de helft van de kosten van de zorg in het tweede compartiment wordt gemaakt en dat de omvang van het derde compartiment in de beschouwde periode ruim is verdubbeld: van 2% naar 5% van de totale kosten van zorg. Ten slotte blijkt uit de tabel dat eigen betalingen een betrekkelijk stabiel aandeel in de financiering vormen.

2.3 Het verzekeringssysteem voor het tweede compartiment

2.3.1 Inleiding

In deze paragraaf wordt de ziektekostenverzekering in het tweede compartiment uitvoeriger in beeld gebracht. Dit om de verzekeringsvarianten die in deze studie worden ontwikkeld en doorgerekend, goed te kunnen afzetten tegen het bestaande stelsel.

Tabel 2.2 geeft een overzicht van het aantal verzekerden en de gemaakte kosten naar soort ziektekostenverzekering. Daarbij is uitgegaan van de situatie in 1995, waarbij nog geen onderscheid kon worden aangebracht tussen het tweede en derde compartiment en waarbij het AWBZ-pakket 1995 in aanmerking is genomen. Dit betekent onder meer dat de kosten voor de tandarts tot het verzekeringspakket zijn gerekend, maar de kosten van medicijnen niet.

Tabel 2.2 Verzekerden en totale kosten, 1995^a

	verzekerden		kosten	
	x 1.000	in %	x mrd. gld.	in %
ziekenfondsverzekering	9.706	63,6 ^b	17,3	69,4
particuliere verzekering	5.544	36,4 ^b	7,6	30,6
totaal verzekeringen	15.250	100,0	25,0	100,0
particuliere verzekering				
publiekrechtelijk	859	5,6	1,4	5,4
privaatrechtelijk	4.685	30,7 ^c	6,3	25,2
privaatrechtelijke verzekering				
maatschappijpolissen	3.989	26,2 ^d	4,4	17,6
standaardpakketpolissen	696	4,6 ^d	1,9	7,5

^a Exclusief AWBZ-pakket 1995 (w.o. medicijnen).

^b Inclusief aanvullende verzekeringen.

^c Exclusief MOOZ-bijdrage.

^d Overige kosten (beheerskosten) verdeeld conform aantal verzekerden.

Bron: Vektis (1995)

Uit tabel 2.2 blijkt dat de ziekenfondsverzekering met bijna twee derde deel van de inwoners als deelnemer de belangrijkste verzekeringsvorm is in het tweede compartiment, gevolgd door de privaatrechtelijke verzekering en de publiekrechtelijke verzekering. Uit een vergelijking van de procentuele verdeling van verzekerden en de procentuele verdeling van kosten valt op te maken dat de kosten per ziekenfondsverzekerde iets hoger zijn dan de kosten per particulier verzekerde. Dit heeft onder meer te maken met het feit dat de ziekenfondsverzekerden gemiddeld iets hogere gezondheidsrisico's dragen dan de particulier verzekerden. Dit blijkt uit het feit dat (in 1995) bijna 15% van de ziekenfondsverzekerden 65 jaar of ouder is tegenover ruim 10% van de particulier verzekerden. Dit verschil in risico tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden wordt verevend via de MOOZ (Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden). Deze regeling kan gezien worden als een solidariteitsheffing van de privaatrechtelijke verzekering voor de ziekenfondsverzekering.

Bij de privaatrechtelijke verzekeringen is eveneens sprake van grote risicoverschillen tussen maatschappijpolissen en standaardpakketpolissen. Deze verschillen vloeien voort uit de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ), waarin is geregeld dat de privaatrechtelijke verzekeraars op gezag van de overheid een standaardpakketpolis voor een bepaalde prijs moeten aanbieden. De standaardpakketpolis is bedoeld om bepaalde bevolkingsgroepen die niet (meer) verzekerd kunnen worden op grond van de

Ziekenfondswet een aanvaardbare en betaalbare verzekering te bieden. De extra kosten van deze polissen worden middels een algemene omslag, de WTZ-bijdrage, op alle privaatrechtelijk particulier verzekerden verhaald. Deze regeling kan gezien worden als een solidariteitsheffing van lage risico's voor hoge risico's binnen de privaatrechtelijke verzekering.

2.3.2 *Het ziekenfonds*

Op 1 januari 1966 is de Ziekenfondswet in werking getreden.¹ Deze wet verving de nog uit de Tweede Wereldoorlog stammende regelgeving, neergelegd in het Ziekenfondsbesluit 1941. Van oudsher gaat het om een verzekering van rechtswege voor werknemers en hun gezinsleden, en daarmee gelijkgestelden. Voorts werd er een onderscheid gemaakt tussen een verplichte verzekering en een vrijwillige verzekering.² Alleen werknemers in de marktsector met een loon onder een bepaalde grens kwamen in aanmerking voor de verplichte verzekering.

Met het in werking treden van de WTZ in 1986 is de regelgeving ingrijpend veranderd. De vrijwillige verzekering, inclusief de bejaardenverzekering, werd afgeschaft. Vanaf dat moment bleven alle personen bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd verzekerd in de verzekeringsvorm die zij hadden voordat zij 65 jaar werden. Verder werd het werknemerskarakter minder strikt en werden er grote groepen uitkeringsgerechtigden (ook gedurende volgende jaren) en pensioengerechtigden (eenmalig, wegens opheffing van de bejaardenverzekering) tot het ziekenfondstoegelaten die geen arbeid in dienstbetrekking verrichtten of hadden verricht. Met de invoering van de Wet-Van Otterloo in 1994 is het WTZ-principe dat de verzekerde bij pensionering zijn verzekeringsvorm van dat moment behoudt, weer losgelaten. Gepensioneerden met een AOW-uitkering zijn verzekerd bij het ziekenfonds als hun inkomen, en dat van hun eventuele partner, een bepaalde grens niet overschrijdt.

De huidige normen voor de ziekenfondsverzekering zijn globaal als volgt.

Voor een werknemer of uitkeringsontvanger jonger dan 65 jaar geldt het volgende.

- Deze is verplicht verzekerd indien het persoonlijk inkomen uit loon en uitkeringen van het voorgaande jaar onder de toelatingsgrens ligt.³ Winst en vermogensinkomsten tellen niet mee en ambtenaren zijn over het algemeen uitgesloten.
- De partner van een verplicht verzekerde is meeverzekerd indien deze niet al zelf bij het ziekenfonds verzekerd is en de verplicht verzekerde kostwinner is. Ook kinderen zijn bij een verzekerde ouder meeverzekerd, mits die ouder de kostwinner is. Kostwinner is degene die met een uitgebreid inkomensbegrip meer dan de helft van het gezinsinkomen ontvangt (incl. inkomen uit winst en vermogen).

Voor een persoon van 65 jaar of ouder geldt de Van Otterloo-regeling.

- Een persoon is verplicht verzekerd indien het inkomen uit loon en uitkeringen van het voorgaande jaar onder de bejaardentoeletingsgrens ligt. Indien de persoon gehuwd is met een andere bejaarde, moeten beide partners onder de toelatingsgrens vallen. Is dat niet het geval, dan moeten beiden zich particulier verzekeren. Uitgezonderd zijn bejaarden die deelnemen aan een publiekrechtelijke ziektekostenregeling (IZA/IZR/DGVP).
- Er is geen mogelijkheid tot meeverzekering.⁴

Het ziekenfondspakket omvat de zorgvoorzieningen die onder het basispakket vallen.⁵
Een overzicht van de uitgaven aan verstrekkingen is gegeven in tabel 2.3.

Tabel 2.3 Kosten en baten van de ziekenfondsverzekering, 1996 (in procenten en guldens)

kosten	in %	x mln. gld.	baten	in %	x mln. gld.
kosten verstrekkingenpakket	93,7	20.829	algemene kas	89,2	19.813
ziekenhuiszorg	48,9		procentuele premie	62,5	
specialistische hulp	6,5		rijksbijdrage	25,1	
huisartsenhulp	5,6		MOOZ-bijdrage	2,6	
tandheelkundige hulp	2,5		internationaal	0,3	
paramedische hulp	3,7		tekort(+)/overschot(-)	-1,3	
ziekenvervoer	2,2		ziekenfondsen	10,8	2.405
kraamzorg	1,2		nominale rekenpremie	9,2	
verloskundige hulp	0,5		extra nominale premie	2,6	
geneesmiddelen	17,4		eigen bijdragen	0,0	
hulpmiddelen	3,8		opbrengsten verhaal	0,2	
revalidatie	1,3		tekort(+)/overschot(-)	-1,3	
erfelijkheidsonderzoek	0,2				
audiologische hulp	0,1				
uitvoeringskosten	4,5	994			
overige kosten ^a	1,8	395			
totaal	100,0	22.218	totaal	100,0	22.218

^a Internationale verplichtingen, subsidies ex art. 73 ZFW, interest, *goodwill*-fonds huisartsen, overige lasten.

Bron: Ziekenfondsraad (1996d; bijlage ii.1) voorlopige cijfers

Tegenover de kosten van verstrekkingen en uitvoering staan ook baten. Daarbij kan een onderscheid worden gemaakt tussen collectieve baten, die worden beheerd door de Ziekenfondsraad (algemene kas), en baten van de individuele ziekenfondsen. De kosten van de ziekenfondsverzekering die ten laste komen van de algemene kas worden in principe gedekt uit procentuele (inkomensafhankelijke) premies, een rijksbijdrage, MOOZ-bijdragen en overige baten. Naast financiering vanuit de algemene kas worden er ook kosten gedekt uit nominale premies, eigen bijdragen (per 1 januari 1997) en verhaal van de ziekenfondsen zelf.

De ziekenfondspremie bestaat uit een werknemerspremie en een werkgeverspremie. De werknemerspremie bestaat uit een inkomensafhankelijk en een nominaal deel. Het inkomensafhankelijke deel is een percentage van het bedrag aan loon plus uitkeringen tot aan de premiegrens. Deze premiegrens ligt lager dan de toelatingsgrens. Alle verzekerden met een inkomen tussen de premiegrens en de toelatingsgrens betalen dus een gelijk bedrag. Het nominale deel is een vast bedrag per persoon. Er moet nominale premie worden betaald voor de hoofdverzekerde en een eventuele meeverzekerde partner. De nominale premies worden vastgesteld door de ziekenfondsen en kunnen dus ook verschillen tussen ziekenfondsen. De procentuele premies worden door de overheid vastgesteld.

Tot 1989 werd de procentuele premie gelijkelijk verdeeld over werkgevers en werknemers. De introductie van een nominale premie in de Ziekenfondswet (ZFW) en overhevelingen van het verstrekkingenpakket naar de AWBZ in 1989 heeft gezorgd voor een wijziging in de verdeling. Daarna hebben diverse wijzigingen in de regelgeving geleid tot een aanpassing van de werknemerspremie (zoals de Wet-Van Otterloo, wijziging aanspraken tandheelkundige hulp) of van de werkgeverspremie (invoering en opheffing ZFW-franchise werkgevers).⁶

Voor AOW-gerechtigden geldt een afwijkend premierégim. De toelatinggrens ligt lager, er is geen premiegrens, er is geen werkgeverspremie en er gelden verschillende procentuele premies voor de AOW-uitkering en de overige inkomsten.

Tabel 2.4 geeft een overzicht van de premiestelling in 1996.

Tabel 2.4 Premiestelling ziekenfonds, 1996 (in guldens en procenten)

	x gld.	in %
toelatinggrens		
werknemers	59.700	
AOW-ers	31.450	
premiégrens werknemers	51.090	
premies verzekerden		
inkomensafhankelijk		
werknemers		1,65
AOW-ers, over AOW-uitkering		4,00
AOW-ers, over overige inkomsten		7,00
nominaal	342 ^a	
premie werkgever (inkomensafhankelijk)		5,35

^a Informatie van de Ziekenfondsraad, betreft de gemiddelde nominale premie. De nominale rekenpremie voor 1996 is 267 gulden. De nominale rekenpremie is een door de overheid berekende premie gebaseerd op het macro-verstrekkingenbudget. Deze hoeft niet overeen te komen met de door ziekenfondsen geheven nominale premies.

Bron: Sociaal memo (1996)

Om de procentuele premie te drukken, wordt een rijksbijdrage gestort in de algemene kas. Deze, jaarlijks toenemende rijksbijdrage wordt verstrekt uit de algemene middelen van de overheid. De rijksbijdrage moet, net als de MOOZ-bijdrage, gezien worden als een tegemoetkoming in de relatief hoge kosten van de ziekenfondsverzekering als gevolg van de oververtegenwoordiging van hoge-risicogroepen, met name ouderen.

De MOOZ-bijdrage wordt betaald door particulier verzekerden. De oververtegenwoordiging van personen van 65 jaar en ouder in de verplichte ziekenfondsverzekering is ontstaan door de opheffing van de bejaardenverzekering bij de invoering van de WTZ. Deze oververtegenwoordiging is versterkt door de invoering van de Wet-Van Otterloo in 1994 (Ziekenfondsraad 1995a: 22).

De ziekenfondsen liepen tot het begin van de jaren negentig nauwelijks financieel risico door een systeem van nacalculatie en verevening. Sinds 1991 lopen ziekenfondsen zelf ook financieel risico. De overheid hoopt hiermee een meer efficiënte werking van de zorgmarkt te bewerkstelligen. ziekenfondsen krijgen een budget dat gebaseerd is op het

aantal verzekerden en bepaalde kenmerken van die verzekerden.⁷ Het risico betreft mogelijke verschillen tussen het toegekende budget en de uitgaven. Enerzijds hebben de ziekenfondsen te maken met een macroverschil tussen inkomsten en uitgaven, waardoor er overschotten of tekorten kunnen ontstaan in de algemene kas van de ziekenfondsverzekering. Anderzijds kunnen ziekenfondsen ook individuele ‘tegenvallers’ of ‘meevallers’ hebben. Hiervoor worden momenteel - als overgangsmaatregel - nog correcties uitgevoerd in de vorm van nacalculaties en vereveningen.⁸ Deze correcties worden echter steeds geringer, tot ze in 1998 geheel zullen zijn verdwenen (TK 1995/1996a: 8). In 1998 is het macrobudget bindend, zodat de ziekenfondsen dan volledig risico lopen. Het bedrag dat ziekenfondsen vanwege het risico moeten bijdragen aan de financiering, kunnen zij onttrekken aan reserves of doorberekenen in de nominale premies.

2.3.3 De particuliere ziektekostenverzekeringen

Bij de particuliere ziektekostenverzekering wordt een onderscheid gemaakt tussen een publiekrechtelijk deel voor een bepaalde categorie overheidspersoneel en een privaatrechtelijk deel voor de overige verzekerden die niet ziekenfondsverzekerd zijn. Een gedeelte van het overheidspersoneel is verzekerd via speciale regelingen, die onderdeel uitmaken van de arbeidsvoorwaarden. Dit betreft het gemeente-, provincie- en politiepersoneel, dat publiekrechtelijk verzekerd is via IZA, IZR en DGVP. Deze deelnemers kunnen hun partner in het algemeen meeverzekeren voor een nominale premie; kinderen zijn gratis meeverzekerd.

Het IZA is de regeling met het grootste aantal deelnemers. De premieheffing lijkt sterk op die van het ziekenfonds. Er is zowel een inkomensafhankelijk als een nominaal gedeelte. Daarnaast is er een stelsel van eigen bijdragen. De verzekerde betaalt bij gebruik van medische voorzieningen een zeker percentage van het tarief (in het algemeen 10%, bij de tandarts 20%, maar bij ziekenhuizen en farmaceutische hulp 0%) totdat een maximum is bereikt van 1% van het bruto-inkomen van de hoofdverzekerde.⁹ Het pakket komt grotendeels overeen met dat van het ziekenfonds. Wel zijn de tandartskosten aanzienlijk ruimer gedekt. Tabel 2.5 geeft een overzicht van de premieheffing van de belangrijkste publiekrechtelijke verzekering, het IZA. De overige publiekrechtelijke regelingen zijn globaal vergelijkbaar.

Tabel 2.5 Premiestelling IZA, 1996 (in guldens en procenten)

	x gld.	in %
premiëgrens ^a	71.842	
premië werknemer		
inkomensafhankelijk		1,84
nominaal	315	
premië werkgever (inkomensafhankelijk)		4,73

^a Gemiddeld over 1996.

Bron: Telefonische informatie verstrekt door het IZA (15 oktober 1996)

Alle nog niet vermelde personen zullen in het algemeen verzekerd zijn via een privaatrechtelijke particuliere ziektekostenverzekering. Meerdere personen in een huishouden kunnen zich privaatrechtelijk laten verzekeren op één polis. Verzekerden kunnen hierbij kiezen voor een bepaald pakket en een bepaald eigen risico. De keuzemogelijkheden zullen in de regel afhangen van het aantal personen op de polis. De premie bij een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering hangt af van de hoogte van het eigen risico, de leeftijd(en) van de verzekerde(n) en het aantal personen dat op de polis is (mee)verzekerd. De premie hangt niet af van het inkomen van de polishouder. De particuliere verzekeraars brengen twee typen polissen op de markt, de eigen maatschappijpolis en de bij wet voorgeschreven standaardpakketpolis. Aan de maatschappijpolis zijn geen wettelijke voorschriften verbonden, hetgeen onder meer betekent dat er geen acceptatieplicht op rust. De premies zijn vermeld in tabel 2.6.

Tabel 2.6 Premies privaatrechtelijke ziektekostenverzekering, 1995/1996 (in guldens per verzekerde)

	basistarief	MOOZ ^a	WTZ ^a	totaal
maatschappijpolis, gemiddeld (in 1995)	1.067	100	324	1.491
premie aanvullend pakket ^b	51	-	-	51
totaal maatschappijpolis (in 1995)	1.118			1.542
standaardpakketpolis (in 1996)				
bejaarde	2.297	80	259	2.636
niet-bejaarde	2.542	100	324	2.965
student tot 20 jaar	583	50	162	795
student vanaf 20 jaar	371	100	324	795

^a 0-19-jarigen betalen 50% en 65-plussers 80% van het hier vermelde tarief van een 20-64-jarige.

^b Ongeveer 12% van de houders van een maatschappijpolis heeft een of andere vorm van aanvullende verzekering. Omdat deze aanvullende verzekeringen niet samenvallen met het derde compartiment, is het bedrag aan aanvullende verzekeringen gemiddeld over alle polishouders.

Bron: Gemiddelde premie: Vektis (1995); standaard(pakket)polis: Sociaal memo (1996)

Het basistarief in tabel 2.6 is een gemiddelde voor alle verzekerden. De wettelijke tarieven voor de standaardpakketpolis staan in tabel 2.6 onder 'totaal' vermeld. Het basistarief is daaruit afgeleid door de MOOZ- en WTZ-bijdragen daarop in mindering te brengen. Voor de standaardpakketpolis geldt een acceptatieplicht, een verbod op een risicogerelateerde tariefstelling (bijvoorbeeld vanwege leeftijd) en een van overheidswege vastgestelde premie. De verzekeraars hebben de mogelijkheid om eventuele premie-derving op standaardpakketpolissen via een omslagregeling (de WTZ-bijdrage) te verrekenen. Momenteel zijn er standaardpakketpolissen voor bejaarden, niet-bejaarden en studenten.

Voor het verzekerde pakket van de particuliere verzekeraars waarop de eigen risico's van toepassing zijn, geldt over het algemeen een nominale premie voor volwassenen en maximaal 2 à 3 kinderen. Ook bij een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering kunnen personen zich (bij)verzekeren voor de onderdelen uit het derde compartiment.

Bijna de helft van de privaatrechtelijk verzekerden heeft een eigen risico van 0 gulden (48% in 1994).¹⁰ Hierin zijn ook de standaardpakketpolissen begrepen, die overigens wel een specifiek eigen risico voor specialistische hulp kennen. Ongeveer een kwart heeft een

eigen risico tussen de 0 en 500 gulden en nog eens een kwart een eigen risico groter dan 500 gulden.

Tabel 2.7 geeft een overzicht van de kosten en baten van de totale particuliere verzekering. Daarbij zijn de publiekrechtelijke en de privaatrechtelijke ziektekostenverzekering samengenomen.

Tabel 2.7 Kosten en baten van de particuliere ziektekostenverzekering, 1996^a (in procenten en guldens)

kosten	in %	x mln. gld.	baten	in %	x mln. gld.
kosten verstrekkingenpakket	89,3	9.603	premies	89,6	9.630
ziekenhuiszorg	42,9		eigen betalingen	10,4	1.118
specialistische hulp	11,6				
huisartsenhulp	6,8				
tandheelkundige hulp	4,3				
paramedische hulp	3,6				
ziekenvervoer	1,6				
kraamzorg	1,1				
verloskundige hulp	0,3				
geneesmiddelen	13,2				
hulpmiddelen	2,6				
overig curatief ^b	1,4				
uitvoeringskosten	9,0	965			
overige kosten	1,7	180			
totaal	100,0	10.748	totaal	100,0	10.748

^a Publiekrechtelijk plus privaatrechtelijk, exclusief het derde compartiment.

^b Trombosediensten, zelfstandige/huisartsenlaboratoria, radiotherapeutische instituten, dialysecentra, e.d.

Bron: TK (1996/1997a) (bijlage) voorlopige cijfers

Uit tabel 2.7 blijkt dat de particuliere verzekering relatief hoge uitvoeringskosten kent. Het aandeel van de uitvoeringskosten bij de particuliere ziektekostenverzekering bedraagt 9%, tegenover 4,5% bij de ziekenfondsverzekering. Dit is mede toe te schrijven aan het feit dat de particuliere verzekeraar de kosten die uitkomen boven de eigen risico's doorgaans met individuele verzekerden moet verrekenen. Door de introductie van eigen bijdragen zullen de ziekenfondsen in 1997 overigens ook met hogere uitvoeringskosten worden geconfronteerd. Uit tabel 2.7 is verder af te lezen dat ruim 10% van de baten uit eigen betalingen van gebruikers bestaat.

2.3.4 Discussiepunten

De financiering van de gezondheidszorg staat al geruime tijd ter discussie. Daarbij spelen tal van zaken, zoals het streven naar kostenbeheersing, harmonisatie van verzekeringsstelsels (convergentie), een herinterpretatie van het solidariteitsbeginsel (kring van verzekerden) en een verbreding van de premiegrondslag in het ziekenfonds. De kosten van gezondheidszorg stijgen van jaar op jaar. De overheid stelt zich tot taak de noodzakelijke gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar te houden. Dit houdt niet vanzelf in dat dergelijke zorg onder het basispakket (ziekenfondspakket) moet vallen. In de politiek bestaat de opvatting dat een gedeelte van de noodzakelijke zorg voor eigen

verantwoording en rekening van de verzekerde kan komen. Dit heeft geleid tot verschuivingen van een deel van de tandartszorg en fysiotherapie van het basispakket naar het aanvullende pakket.¹¹

Een andere manier om de kosten van het basispakket te verminderen, is de 'onnodige' zorgvraag terug te dringen. Door eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering en een minimaal eigen risico in de particuliere verzekeringen moet een bewustwording bij de burgers teweeg worden gebracht over de kosten van gezondheidszorg, waardoor de consumptie van onnodige zorg wordt verminderd. Het is echter niet uit te sluiten dat ook een gedeelte van de noodzakelijke zorg door de genoemde ingrepen zal wegvallen. De introductie van eigen betalingen heeft niet alleen gevolgen voor de kosten van zorg, maar ook voor de inrichting van het totale verzekeringsstelsel. Er wordt een stap gezet in de richting van convergentie. De overheid streeft ernaar om de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering naar elkaar toe te laten groeien. Het instellen van een gedeeltelijke nominale premie voor de ziekenfondsverzekering heeft hier ook aan bijgedragen.¹² Het eventueel invoeren van een minimumpremie zou hierop een vervolg kunnen zijn (Ziekenfondsraad 1996b: 10).

In het kader van de vrijwillige convergentie en een grotere marktwerking wordt ook gewerkt aan een oplossing voor de hoge risico's in de particuliere verzekering, die met name ouderen betreffen. In het Regeerakkoord van het kabinet-Kok is een budgetterings-systeem voor particulier verzekeraars aangekondigd, dat is gebaseerd op de premiebandbreedtegedachte (TK 1995/1996a: 9). De bedoeling is dat WTZ-verzekerden een maatschappijpolis kunnen krijgen of behouden, waarvoor de premie binnen een bepaalde (inkomensafhankelijke of nominale) bandbreedte moet gaan vallen. De invoering van een premiebandbreedte stuit echter op aanzienlijke bezwaren, omdat er grote verschillen zijn in de bestanden van verzekerde risico's van de verschillende verzekeraars. Zonder expliciete vereveningsregeling zouden er grote problemen ontstaan aangaande de financiële positie van verzekeraars en de verzekerbaarheid van slechte risico's (Van de Ven et al. 1996: 950). Ook aan andere oplossingen wordt gedacht om meer concurrentie tussen verzekeraars in het WTZ-segment te bewerkstelligen, zonder de betaalbaarheid geweld aan te doen. Zo stellen Van de Ven et al. (1996) voor om een systeem van *vouchers* in te voeren, waarmee een individualistischer vereveningssysteem wordt geïntroduceerd. In een dergelijk systeem blijft de WTZ-bijdrage, of een vergelijkbaar systeem, als solidariteitsbijdrage bestaan, maar wordt de standaardpakketpolis vervangen door een individuele *voucher* (waardebond) die personen met hoge risico's ontvangen en bij hun verzekeraar kunnen verzilveren bij de aankoop van een marktconforme maatschappijpolis. De *voucher* dekt dus een individueel hoog risico af, en hiermee ontstaat meteen een belangrijk bezwaar, namelijk de vaststelling van dit individuele risico. Hieraan zijn grote technische, inkomenspolitieke en administratieve problemen verbonden, die nader onderzoek vergen.

Er is ook een proces gaande om de rechten van werknemers in de marktsector en van ambtenaren gelijk te trekken. Mogelijk heeft dit tot gevolg dat ook ambtenaren onder de ziekenfondsverzekering gaan vallen.¹³ Omgekeerd is van werkgeverszijde ook gesuggereerd om *opting-out* bij de ziekenfondsverzekering mogelijk te maken voor grote bedrijven.¹⁴ Dit betekent dat werkgevers contracten kunnen sluiten met particuliere verzekeringsmaatschappijen en daar hun werknemers onder kunnen brengen. Deze

werknemers verlaten dan het ziekenfonds.

Verder is er veelvuldig discussie over de kring van verzekerden bij het ziekenfonds. Is het ziekenfonds een werknemersverzekering of moet het solidariteitsbeginsel zich uitstrekken tot alle huishoudens met lage inkomens? Zo wordt ook gedacht aan *opting-in*-mogelijkheden voor ambtenaren en zelfstandigen (Ziekenfondsraad 1996a: 47-56). Dit houdt in dat deze groepen particulier verzekerden vrijwillig over kunnen gaan naar het ziekenfonds wanneer zij aan bepaalde inkomensvoorwaarden voldoen. De Wet-Van Otterloo, en de uitbreiding daarvan in 1997, kan gezien worden als een eerste stap in die richting.

De Wet-Van Otterloo van april 1994, die ervoor heeft gezorgd dat de voorheen particulier verzekerde bejaarden met lagere inkomens in het ziekenfonds terechtkunnen, heeft de discussie over de premiegrondslag weer losgemaakt: moet het inkomen van een partner wel of niet worden meegenomen en hoe moet worden omgegaan met inkomsten uit vermogen of winst?¹⁵ Deze vragen gelden niet alleen voor 65-plussers, maar ook voor andere groepen. Wanneer men bijvoorbeeld de kleine zelfstandigen op wil nemen in het ziekenfonds, zal ook inkomen uit particulier pensioen (lijfrente), vermogen en winst in het te hanteren inkomensbegrip moeten worden opgenomen. Als men daarnaast wil voorkomen dat partners van welgestelden door een kleine deeltijd baan voor een zeer laag bedrag in het ziekenfonds terechtkunnen, zal het inkomen van een partner mee moeten worden genomen in het inkomensbegrip en/of zal er een minimumpremie moeten worden ingesteld.

Er is dus een groot aantal discussiepunten over de vormgeving van de ziekenfondsverzekering, en daarmee ontstaat een enorm scala aan mogelijke veranderingen. Sommige plannen hebben een deelkarakter en betreffen relatief geringe aanpassingen, andere hebben een integraal karakter en betreffen systeemwijzigingen. Verder lijken sommige plannen nogal ver in de toekomst te liggen, waarmee aanzienlijke onzekerheden over de vormgeving ontstaan. De plannen rond *opting-out* voor het ziekenfonds en die rond de marktwerking in het WTZ-segment van de particuliere verzekering (premiebandbreedte, *vouchers*) lijken op dit moment het verste weg te liggen. Hoe *opting-out* zou moeten worden vormgegeven, welke werkgevers geïnteresseerd zijn in een dergelijke mogelijkheid en hoe de door verzekeringsmaatschappijen aangeboden collectieve verzekeringen er dan uit zullen zien, zijn allemaal vragen waarop nog geen goed antwoord mogelijk is. Ook de voorstellen voor het WTZ-segment zijn met veel technische, inkomenspolitieke en administratieve onzekerheden omgeven, die om nader onderzoek vragen. Deze plannen zullen in dit rapport niet in verzekeringsvarianten worden uitgewerkt.

Een duidelijker antwoord is te geven op de vraag naar de gevolgen van twee alternatieve inrichtingen van de ziekenfondsverzekering: moet het ziekenfonds een werknemersverzekering blijven of moet het een solidariteitsverzekering worden voor alle lagere-inkomensgroepen? Over dit steeds weer terugkerende discussiepunt lijkt het maken van een principiële keuze in de nabije toekomst onvermijdelijk.

Verder staat de zorg van de oudere particulier verzekerden hoog op de politieke agenda en zijn de goedkoop in het ziekenfonds verzekerde deeltijders met zeer draagkrachtige partners velen een doorn in het oog. Daarnaast is de discussie nog niet afgesloten over het in te voeren systeem van eigen bijdragen. De mogelijkheden om een inkomensaf-

hankelijk maximum in te stellen en om ook eigen bijdragen voor de huisarts te vragen, worden nog onderzocht.

Deze studie richt zich op de mogelijke veranderingen in de nabije toekomst. Concreet zullen de effecten worden berekend van de inrichting van het ziekenfonds als werknemersverzekering of als solidariteitsverzekering. Hierbij zal speciale aandacht worden geschonken aan ouderen met lagere inkomens en personen met een klein inkomen maar met een welgestelde partner. Daarnaast wordt een verandering van het eigen-bijdragesysteem onderzocht, evenals wijzigingen in de premieheffing, waardoor deze meer aansluit bij de omvang van de genoten rechten.

In principe kunnen al deze veranderingen afzonderlijk worden onderzocht. Er is echter zo'n grote samenhang tussen de afzonderlijke keuzen dat het interessant is tevens geheel uitgewerkte financieringswijzen te bekijken. De varianten die in deze studie onderzocht worden, bestaan daarom uit twee typen: de enkelvoudige varianten, die een enkele maatregel betreffen, en de zogenoemde samengestelde varianten, die als volledige financieringsvarianten kunnen worden aangemerkt.

2.4 De gevolgen van verzekeringsvarianten

2.4.1 Inleiding

In dit onderzoek naar de gevolgen van financieringswijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen staan drie vragen centraal.

1. Wat zijn de gevolgen voor de medische consumptie?
2. Wat zijn de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg?
3. Wat zijn de gevolgen voor de koopkracht van huishoudens?

Deze drie vragen worden hierna uitgewerkt.

De analyse van de effecten van financieringswijzigingen concentreert zich op zes grote voorzieningen in het tweede compartiment: huisartsen, specialisten, medicijnen, tandartsen, fysiotherapeuten en ziekenhuizen. Tabel 2.8 geeft een overzicht van de kosten en financiering van alle zorgvoorzieningen in het tweede compartiment. Daarbij zijn de voorzieningen in twee groepen ingedeeld: wel of niet in de analyse betrokken voorzieningen.

Enkele grotere voorzieningen zijn niet in de analyse betrokken wegens een gebrek aan goede consumptiegegevens (ziekenvervoer en hulpmiddelen). De kraamzorg kent een geringe omvang, maar wordt wel door specifieke groepen personen gebruikt. Met name het ontbreken van informatie over de verzekeringscondities staat een analyse van de consumptie van kraamzorg in de weg.¹⁶ De in beschouwing genomen voorzieningen beslaan in totaal 92% van het verzekeringspakket in het tweede compartiment. De voorzieningen die onder het basispakket vallen, zijn dus goed in de analyse vertegenwoordigd.

Tabel 2.8 Kosten en financiering van zorgvoorzieningen in het tweede compartiment, 1996 (x mln. gld.)

	kosten in 1996	financiering		
		ZFW	particulier	overig ^a
in analyse				
huisartsen	2.052	1.315	737	-
specialisten	2.511	1.088	1.246	177
medicijnen	5.262	3.841	1.421	-
tandartsen ^b	967	486	466	14
fysiotherapie ^b	986	651	335	-
ziekenhuizen	16.981	11.142	4.612	1.227
subtotaal in analyse	28.759	18.524	8.817	1.418
niet in analyse				
ziekenvervoer	623	459	168	-5
hulpmiddelen	1.022	746	276	-
kraamzorg	384	267	266	-
verloskundige hulp	132	103	29	-
oefen-/ergotherapie	86	61	24	1
logopedie	79	79	-	-
overige curatieve zorg ^c	384	235	149	-
subtotaal niet in analyse	2.710	1.926	787	-4
totaal	31.469	20.450	9.604	1.415

^a Subsidies overheid en AWBZ.

^b Wettelijk deel; respectievelijk 43% (tandartsen) en 80% (fysiotherapie) van de totale kosten.

^c Huisartsenlaboratoria, radiotherapeutische instituten, trombosediens, e.d.

Bron: TK (1996/1997a)

2.4.2 De gevolgen voor de medische consumptie

Veranderingen in de prijs die consumenten betalen voor medische dienstverlening - in de vorm van eigen bijdragen of eigen betalingen wegens eigen risico's - kunnen gevolgen hebben voor de consumptie van medische diensten. De effecten die de verschillende verzekeringsvarianten hebben op de medische consumptie (in termen van aantallen consulten, etc.) worden daarom in het onderzoek betrokken. Voor de berekening van de invloed van eigen betalingen op de medische consumptie is een consumptiemodel ontwikkeld. In hoofdstuk 3 wordt hierop nader ingegaan.

Bij varianten waarbij in het ziekenfonds een inkomensafhankelijk maximum aan eigen bijdragen wordt gesteld en/of een eigen bijdrage voor de huisarts wordt verlangd, kunnen ook veranderingen in de medische consumptie optreden. Verder kunnen er ook gevolgen zijn voor de medische consumptie wanneer personen worden overgeheveld van de ziekenfondsverzekering naar een particuliere verzekering of omgekeerd. Immers, de particuliere verzekering kent een eigen-risicosysteem, terwijl het ziekenfonds een eigen-bijdragesysteem heeft. In het algemeen kunnen ziekenfondsverzekerden, wanneer ze zich particulier (moeten) verzekeren, een bepaald eigen risico kiezen. Dit keuzegedrag is in deze studie nagebootst met een keuzemodel voor eigen risico, dat in hoofdstuk 3 wordt gepresenteerd.

Het zou de beoordeling van de verschillende verzekeringsvarianten ten goede komen als naast de gevolgen voor de medische consumptie ook de gezondheidseffecten bekend zouden zijn.¹⁷ Consumptieremmende effecten zijn ongewenst wanneer die zouden leiden tot het wegvallen van noodzakelijke zorg, met nadelige gevolgen voor de gezondheidstoestand van betrokkenen. Uit het Amerikaanse RAND-experiment blijkt dat eigen betalingen over het algemeen geen nadelige gezondheidseffecten hebben. Uitzonderingen treden echter op bij mensen met een lage sociaal-economische status en een slechte gezondheid.¹⁸ Wijzigingen in het verzekeringsstelsel zouden zo de al bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen nog eens kunnen versterken.¹⁹ Het is echter in het kader van het onderhavige onderzoek niet mogelijk uitspraken te doen over de gezondheidseffecten. Door het in beeld brengen van de effecten op de medische consumptie van verschillende typen huishoudens ingedeeld naar gezondheidstoestand, inkomen en opleiding, wordt getracht toch bij te dragen aan een signalering van mogelijke gezondheidseffecten.

2.4.3 De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg

Wijzigingen in het zorgverzekeringssysteem hebben gevolgen voor de medische consumptie en daarmee ook voor de kosten van de zorg. De kosten van de zorg worden uit verschillende bronnen bestreden: premies van verzekerden, eigen betalingen van gebruikers en bijdragen van de overheid. De gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg worden daarom vanuit twee invalshoeken weergegeven, vanuit een kostenkant en een financieringskant.

- In aansluiting op de indeling van de gezondheidszorg in compartimenten, worden voor de verschillende varianten de veranderingen in de totale kosten van het tweede compartiment aangegeven. Daarbij werkt de mutatie in de consumptie geheel door in de kosten van zorg.
- Daarnaast wordt in aansluiting op het begrip 'collectieve financiering' voor de verschillende varianten ook de verandering in het totaal aan ZFW-premies, premies van standaardpakketpolissen, MOOZ- en WTZ-bijdragen en de rijksbijdrage ZFW aangegeven.

De eerste twee compartimenten vormen het deel van de gezondheidszorg (AWBZ-pakket en het basispakket)²⁰ waarvoor de overheid regulering gewenst acht om bereikbaarheid en toegankelijkheid voor iedereen te garanderen. De consumptieremmende effecten van veranderingen in eigen betalingen zullen tot gevolg hebben dat de totale kosten van het tweede compartiment dalen. Veranderingen in de kring van verzekerden hebben invloed op niet alleen de totale kosten van het tweede compartiment, maar ook op de kosten van de ziekenfondsverzekering en de standaardpakketpolissen. Dit heeft verdere gevolgen voor de daarmee samenhangende wettelijke bijdragen uit hoofde van de MOOZ (solidariteit tussen de particuliere verzekering en de ziekenfondsverzekering) en de WTZ (solidariteit tussen maatschappijpolissen en standaardpakketpolissen van particulier verzekerden).

2.4.4 De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens

Wijzigingen in het zorgverzekeringssysteem hebben gevolgen voor de ziektekosten van een huishouden. Onder deze kosten worden begrepen: de verzekeringspremies

(ziekenfonds of particulier) voor het basispakket,²¹ de eventuele wettelijke bijdragen MOOZ en WTZ en eventuele eigen betalingen. Al deze kosten hebben hun weerslag op het budget van huishoudens. Deze gevolgen worden in dit rapport gerelateerd aan het secundair inkomen van huishoudens, en kunnen derhalve als koopkrachteffecten worden geïnterpreteerd. De gerapporteerde koopkrachteffecten kunnen globaal het gevolg zijn van veranderingen in het verzekeringsstelsel (institutioneel) en van veranderingen in de medische consumptie (gedragmatig).

De koopkrachtmutatie die het gevolg is van een consumptiewijziging kan niet zonder meer gewaardeerd worden in termen van welvaart of nut. Wanneer de consumptiemutatie het gevolg is van een efficiënter gebruik, is de welvaartsmutatie evenredig aan de consumptiemutatie. Dit is bijvoorbeeld het geval wanneer niet-noodzakelijke zorg komt te vervallen. Anders is het, wanneer noodzakelijke zorg komt te vervallen. Tegenover een welvaartswinst (lagere premies of eigen betalingen) staat dan wel een welvaartsverlies (weggevalen noodzakelijke zorg). Bij de berekeningen is met dit onderscheid echter geen rekening gehouden.

Noten

- ¹ Zie Ziekenfondsraad (1996b) voor een uitgebreide beschrijving van de ziekenfondsverzekering.
- ² De ziekenfondsverzekering kende van oudsher een ruime groep van vrijwillig verzekerden die niet voldeden aan de eis van actieve loondienst in de marktsector, zoals ambtenaren, kleine zelfstandigen en gepensioneerden. De bejaardenverzekering, ingevoerd in 1956, kan gezien worden als een bijzondere vorm van vrijwillige verzekering, toegespitst op de inkomensituatie van bejaarden.
- ³ De toelatingsgrens wordt ook wel aangeduid met de term 'loongrens' of 'ziekenfondsgrens'. Overigens geldt bij nieuwe verzekerden of verzekerden met een sterk wisselend inkomen het actuele inkomen.
- ⁴ Wanneer iemand van 65 jaar of ouder geen AOW ontvangt, kan hij/zij wel meeverzekerd worden. Dit komt echter zelden voor.
- ⁵ Voor de zorg uit het derde compartiment kunnen ziekenfonds verzekerden zich individueel bijverzekeren. Een dergelijke bijverzekering is vergelijkbaar met een particuliere aanvullende verzekering. Deze kosten zijn niet in tabel 2.3 opgenomen.
- ⁶ Ziekenfondsraad (1995b: bijlage VI).
- ⁷ Momenteel gaat het om de kenmerken 'leeftijd', 'geslacht', 'regio' en 'arbeidsongeschiktheid'.
- ⁸ De correcties worden als volgt berekend. Voor ieder ziekenfonds wordt het verschil tussen kosten en budget berekend en vervolgens gedeeld door het aantal gewogen verzekerden. Dit geeft dan een individueel 'verlies' per verzekerde (dat in principe ook een winst per verzekerde kan zijn). Hetzelfde wordt gedaan voor de ziekenfondsen gezamenlijk. Dit geeft dan een gemiddeld verlies per verzekerde. De afwijking van het individuele verlies tot het gemiddelde verlies komt in aanmerking voor verevening. De ziekenfondsen die relatief hoge verliezen per verzekerde hebben, worden dan gedeeltelijk gecompenseerd door ziekenfondsen die relatief lage verliezen hebben. Het zogenoemde vereveningspercentage geeft de mate van compensatie. Nadat deze verevening heeft plaatsgevonden, krijgen de ziekenfondsen nog een nacalculatie. Dit betreft een gedeeltelijke compensatie voor het verschil tussen macrobudget en macrokosten. De vereveningspercentages lopen van 90 in 1995, via 60 in 1996 en 30 in 1997 naar 0 in 1998. De percentages voor nacalculatie lopen van 75 in 1995, via 50 in 1996 en 25 in 1997 ook naar 0 in 1998 (TK 1995/1996a). In 1998 is het macrobudget dus bindend en zullen er ook geen onderlinge vereveningen meer plaatsvinden. Uitgezonderd zijn de vaste kosten van ziekenhuisverpleging; deze blijven voor 95% nagecalculeerd.
- ⁹ In de praktijk wordt gewerkt met een restitutiesysteem.
- ¹⁰ Gegevens geleverd door Vektis.
- ¹¹ In Ziekenfondsraad (1993) en Ziekenfondsraad (1994b) wordt gediscussieerd over welke onderdelen van tandartszorg respectievelijk fysiotherapie het beste in het basispakket dan wel aanvullende pakket kunnen worden ondergebracht.
- ¹² De nominale premie brengt de relatie tussen betaalde premie en de omvang van de zorgaanspraken (het aantal meeverzekerden) meer in evenwicht en vermindert de overtrokken solidariteit die van de alleenstaande ziekenfondsverzekerden werd gevraagd (Ziekenfondsraad 1988).
- ¹³ Zie Ziekenfondsraad (1994a) voor een discussie over het al dan niet opnemen van (inactief) overheidspersoneel in het ziekenfonds.
- ¹⁴ Zie het voorstel van Rinnooy Kan (VNO) op een persbijeenkomst op 19 maart 1996 over het beleid van de minister van VWS. Zie ook het artikel van Jet Bruinsma, 'Het Ziekenfonds ligt op de snijtafel', in De Volkskrant van 18 mei 1996.
- ¹⁵ Zie bijvoorbeeld Ziekenfondsraad (1996a).
- ¹⁶ Er zijn drie hoofdlijnen in de regelingen van vergoeding van kosten van kraamzorg.
- De verzekeraar levert 'kraamzorg in natura'.
 - De feitelijk gemaakte kosten worden (soms tot een maximum) vergoed.
 - Er wordt een vast bedrag uitgekeerd onafhankelijk van de door de cliënt gemaakte kosten aan kraamzorg.
- De vergoeding van kraamzorg valt veelal buiten het eigen risico. In de beschikbare data is echter geen informatie aanwezig over welke vorm van vergoeding van toepassing is voor de betreffende cliënt.
- ¹⁷ Zie hiervoor VWS (1995).
- ¹⁸ Zie bijvoorbeeld Van de Ven (1993) en de werkgroep Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg (1992).

¹⁹ Voor onderzoek naar sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt verwezen naar Mackenbach (1994).

²⁰ Deze kosten vallen onder de macrobegrenzing van de gezondheidszorg.

²¹ Meer precies bestaat de voor huishoudens meegetelde premie ziekenfondsverzekering uit de werknemerspremie en de indirecte effecten van de werkgeverspremie. Voorts bestaat de meegetelde premie voor de particuliere verzekering uit de verzekeringspremie voor het basispakket verminderd met eventuele werkgeversvergoedingen voor ziektekosten en vermeerderd met de daaruit voortvloeiende indirecte effecten.

3 MODELLEN VAN MEDISCHE CONSUMPTIE EN EIGEN RISICO'S

3.1 Inleiding

Bij veel van de in dit Cahier gesimuleerde varianten veranderen de eigen betalingen voor medische consumptie, direct door expliciete regelgeving of indirect door de overgang van personen naar een andere verzekeringsvorm. De doelstelling van dit Cahier is onder meer om de gevolgen te simuleren van deze wijzigingen in de eigen betalingen voor de consumptie van medische zorg. Daartoe is het noodzakelijk inzicht te hebben in de mate waarin deze consumptie wordt beïnvloed door de verzekeringsvorm en de door de consument zelf te betalen prijs. Paragraaf 3.2 beschrijft een consumptiemodel dat dit inzicht beoogt te geven en de empirische schatting daarvan.

In de simulaties zullen sommige personen overgaan van een ziekenfondsverzekering naar een maatschappijpolis van een particuliere verzekering. Om de consequenties daarvan te kunnen simuleren, is het nodig een inschatting te maken van de hoogte van het eigen risico dat deze nieuwe particulier verzekerden zullen kiezen. Voor dit doel is een eenvoudig keuzemodel ontwikkeld, waarin ook verwachtingen omtrent medische kosten die voortvloeien uit het consumptiemodel een rol spelen. Het model is empirisch gevuld op basis van het keuzegedrag van de huidige particulier verzekerden. Model en resultaten zijn te vinden in paragraaf 3.3.

3.2 Het consumptiemodel

3.2.1 Inleiding

Uitgangspunt is een analyse van de determinanten van de consumptie bij zes belangrijke curatieve-zorgvoorzieningen: huisartsen, specialisten, medicijnen, tandartsen, fysiotherapeuten en ziekenhuizen. De analyse is gebaseerd op gegevens over de jaren 1989-1994, verkregen via een koppeling van diverse Gezondheidsenquêtes (GEZ'89 t/m GEZ'94) van het CBS. De consumptie is daarbij uitgedrukt in het aantal consulten bij huisartsen, specialisten, tandartsen, behandelingen bij fysiotherapeuten, gebruikte soorten medicijnen en ligdagen in het ziekenhuis.

De consumptie wordt op persoonsniveau in verband gebracht met een aantal relevante demografische, sociale, medische en economische achtergrondkenmerken. Wat betreft de eerste drie groepen gaat het om leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, gezondheidstoestand en (voor de analyse van het aantal consulten bij de tandarts) het al dan niet hebben van een gebitsprothese. De gezondheidstoestand is daarbij uiteengelegd in een subjectieve component (hoe gezond voelt de respondent zich?) en een objectieve component (lijdt de respondent aan een aantal met name genoemde chronische aandoeningen?).¹ In de analyse is tevens rekening gehouden met periode-effecten, dat zijn algemene wijzigingen in de consumptie van jaar op jaar die niet via de expliciet in beschouwing genomen variabelen worden verklaard. De economische achtergrondkenmerken in de analyse zijn: het netto-inkomen van het huishouden, de nader te bespreken prijsvariabele en de verzekeringsvorm (al dan niet verzekerd bij een ziekenfonds).

In principe zijn alle typen verzekerden (ziekenfonds, privaatrechtelijk en publiek-rechtelijk) in de analyse betrokken. Dit maakt het tot op zekere hoogte mogelijk om de mate te bepalen waarin de verschillende factoren van invloed zijn op de direct door de consument te betalen prijs. Het is deze prijs die bij de afweging van de consument een rol kan spelen.² Het model wordt tevens zodanig geformuleerd dat de gevolgen van andere invullingen van de eigen-bijdrageregeling kunnen worden gesimuleerd.

In de analyse is de relatie tussen de consumptie van verschillende vormen van zorg van belang. Zonder deze relatie kunnen de gevolgen van het uitsluiten van sommige voorzieningen (zoals de huisarts) van eigen betalingen niet goed in beeld worden gebracht. De relaties zijn eveneens van belang voor een goede schatting van de totale eigen betalingen op individueel niveau. Daarom is rekening gehouden met het doorverwijspatroon. Naarmate personen meer diensten van de huisarts consumeren, wordt de waarschijnlijkheid dat zij van de diensten van een specialist gebruikmaken groter. Evenzo mag worden verwacht dat de consumptie van geneesmiddelen en van de diensten van fysiotherapie en ziekenhuizen positief samenhangt met de consumptie van diensten van huisartsen en specialisten.

In het navolgende wordt eerst aandacht besteed aan twee belangrijke variabelen in de analyse: de prijs en de verzekeringsvorm. Vervolgens wordt het formele model geschetst. Na een beschrijving van de gebruikte gegevensbestanden worden de empirische resultaten gepresenteerd.

3.2.2 De prijsvariabele

De traditionele economische consumententheorie gaat uit van goederen waarvoor een vaste prijs per geconsumeerde eenheid geldt. In belangrijke opzichten is de situatie voor een consument van medische diensten die te maken heeft met een maximum aan eigen betalingen, anders (Keeler et al. 1977). De prijs per geconsumeerde eenheid hangt af van het aantal geconsumeerde eenheden. Daarbij komt dat de consument in onzekerheid verkeert over de hoeveelheid medische diensten die hij later in het jaar nog zal (moeten) consumeren.

Wanneer laatstgenoemde onzekerheid niet zou bestaan, met andere woorden wanneer de consument van te voren zekerheid zou hebben over de medische consumptie die hij over het totale jaar zal maken, dan zijn er twee mogelijkheden, afhankelijk van het totaal van eigen betalingen. Ofwel de aan de consumptie verbonden eigen betalingen over het jaar blijven onder het maximum aan eigen betalingen, in welk geval de feitelijk voor de extra eenheid te betalen prijs (de marginale prijs) niets anders is dan het te betalen tarief per eenheid consumptie. Ofwel de met de consumptie over het jaar gemoeide eigen betalingen gaan het maximum te boven. In dat geval is de marginale prijs per eenheid 0. Bij onzekerheid is het verhaal ingewikkelder. De consument maakt dan, zo is de veronderstelling, op basis van zijn persoonlijke omstandigheden (gezondheidstoestand, leeftijd, geslacht, enz.), al dan niet bewust een inschatting van de *te verwachten* medische kosten. Hoe ongezonder de persoon, hoe hoger deze verwachte kosten zullen liggen. Het gaat hier om de gemiddeld te verwachten kosten, want de onzekerheid maakt dat de werkelijkheid anders kan uitpakken. Met andere woorden: er is sprake van *variatie* in de kosten. Ook over deze variatie maakt de consument een inschatting. Hoe

onzekerder hij is over de uiteindelijke medische kosten, hoe groter die variatie zal zijn (en omgekeerd). Deze onzekerheid wordt in de gevolgte benadering geïjkt aan de in werkelijkheid bestaande variatie in de medische consumptie en de daarmee gemoeide kosten. Bij dit alles wordt verondersteld dat consumenten geen systematische mis-schattingen maken van de verwachte kosten en de variatie daarin.

De verwachte kosten bepalen de verwachte marginale prijs. Deze prijs wordt nu berekend uit de combinatie van de kans dat de consument onder zijn betalingsmaximum blijft en de dan effectief geldende marginale prijs.

Bijlage G laat zien onder welke voorwaarden het theoretische nutsmodel achter deze benadering direct leidt tot het gebruik van de hier geschetste effectieve marginale prijs. De uitwerking van het empirisch te schatten model volgt in paragraaf 3.2.4.

3.2.3 De verzekeringsvorm

Zoals eerder gesteld, is naast de genoemde prijsvariabele en een veelheid aan achtergrondkenmerken, ook een variabele opgenomen die met de verzekeringsvorm samenhangende verschillen weergeeft (ziekenfonds versus rest). Nu is de verzekeringsvorm vanuit de consument gezien geen determinant van de vraag naar zorg. Immers, de voor de consument relevante verschillen zijn in principe via de andere achtergrondvariabelen, zoals de prijs, verdisconteerd. Het effect van de verzekeringsvorm kan echter wel worden beschouwd als de weerslag van de invloed die *aanbieders* van zorg hebben op de zorgconsumptie. Door verschillen in tariefstructuur voor ziekenfondsverzekerden enerzijds en particulier verzekerden anderzijds kunnen aanbieders immers belang hebben bij het aanbieden van verschillende zorg aan deze verzekeringscategorieën. In het algemeen liggen de tarieven bij vrij-beroepsbeoefenaren hoger voor particulier verzekerden dan voor ziekenfondsverzekerden. Het is tevens bekend dat vrijeberoepsbeoefenaren invloed kunnen uitoefenen op de omvang van de medische consumptie (supplier induced demand; zie voor een overzicht Labelle et al. 1994). Deze invloed loopt via hun adviezen aan de patiënt en hun terugbestel-, voorschrijf- en verwijzingsgedrag. Hierbij zullen medisch-ethische motieven een belangrijke rol spelen, maar daarnaast kunnen ook financiële motieven invloed hebben. Combinatie van het voorgaande leidt ertoe dat de medische consumptie alleen al als gevolg van de invloed van aanbieders bij particulier verzekerden anders kan liggen dan bij ziekenfondsverzekerden.

Overigens kunnen in principe ook andere, ongemeten variabelen een verklaring zijn voor de overige verschillen. Dit geldt in het bijzonder voor het periodiek onderhoud bij de tandarts. Dit onderhoud was in het verleden bij ziekenfondsen een voorwaarde om andere consulten bij de tandarts vergoed te krijgen.

Overigens kunnen de hier geschatte effecten alleen met een zeker voorbehoud in termen van kosten worden vertaald. Het is mogelijk dat medische producenten reageren op een afname in het beroep op hun diensten door patiënten intensiever te behandelen en daarmee het consumptieremmende effect te verkleinen (opnieuw *supplier induced demand*). Het in het voorjaar van 1997 te publiceren model dat het Centraal Planbureau en het SCP tezamen in opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelen, zal een indruk geven van de mate waarin hiervan sprake is.

3.2.4 Het formele model

Het model bestaat concreet uit zes vergelijkingen die betrekking hebben op de consumptie van zes typen medische zorg ($j=1, \dots, 6$) door persoon i : C_{ij} . Het gaat om huisartsen, specialisten (poliklinisch), medicijnen, tandartsen, fysiotherapeuten en ziekenhuizen. Stel de persoonlijke eigenschappen van persoon i zijn X_i , het inkomen van het huishouden waartoe persoon i behoort is Y_i en de effectieve marginale prijs van een eenheid consumptie van type j voor persoon i is P_{ij} .

Verschillende typen consumptie zijn zeker niet onafhankelijk van elkaar. Personen die vaker een huisarts bezoeken, zullen vaker medicijnen gebruiken dan anderen. Personen die vaker een huisarts bezoeken, hebben een grotere kans in aanraking te komen met specialisten of fysiotherapeuten dan anderen. Deze verbanden tussen consumptie van verschillende typen medische zorg zijn in het model verwerkt. Daarbij is afgezien van het leggen van omgekeerde verbanden, waarbij expliciet met terugverwijzingen rekening zou worden gehouden.³ Daarmee is het consumptiedeel van het model recursief en geïdentificeerd (Johnston 1984).

In de onderstaande formulering is C_{ij} de werkelijke consumptie (altijd groter dan of gelijk aan 0) en C_{ij}^* een daarmee samenhangende hulpvariabele. Deze is opgebouwd uit een verwachting EC_{ij}^* en een individuele en voorzienings specifieke component ϵ_{ij} . De verwachte consumptie is afhankelijk van de karakteristieken van de persoon (gezondheidstoestand, leeftijd, e.d.). Omdat het model wordt toegepast op dwarsdoorsnedegegevens van verschillende jaren wordt bij de verwachting bovendien een uniform periode-effect gemodelleerd via een dummy D_t voor jaar t . De componenten die de individuele variatie in de consumptie weergeven, zijn volgens de gehanteerde veronderstellingen steeds normaal verdeeld. Bovendien worden deze componenten voor de verschillende voorzieningen verder onderling onafhankelijk verondersteld; de gemeenschappelijke variatie over personen in de medische consumptie van verschillende typen is immers al opgevangen door de persoonskarakteristieken en de onderlinge verbanden tussen consumptievariabelen.

$$\begin{aligned}
 C_{ij}^* &= EC_{ij}^* + \epsilon_{ij} \\
 &= \nu_j D_t + \alpha_j X_i + \eta_j Y_i + \pi_j P_{ij} + \sum_{k < j} \gamma_{jk} C_{ik} + \epsilon_{ij} \\
 C_{ij} &= 0 \quad \text{als} \quad C_{ij}^* < 0 \\
 C_{ij} &= C_{ij}^* \quad \text{als} \quad C_{ij}^* \geq 0 \\
 \epsilon_{ij} &\triangleq N(0, \sigma_j^2) \quad \epsilon_{ij}, \epsilon_{ik} \text{ stochastisch onafhankelijk als } j \neq k
 \end{aligned}
 \tag{1}$$

met: C_{ij} - medische consumptie van type j door persoon i
 C_{ij}^* - hulpvariabele medische consumptie van type j door persoon i
 EC_{ij}^* - verwachting van deze hulpvariabele

D_t	- dummy voor jaar t (=1 voor jaar t, = 0 elders)
X_i	- persoonlijke eigenschappen persoon i
Y_i	- inkomen van huishouden waartoe persoon i behoort
P_{ij}	- effectieve marginale prijs persoon i bij consumptietype j

De verdeling van de consumptie over individuen is daarmee vastgelegd.

Wat is nu de effectieve marginale prijs P_{ij} ? Stel: het tarief per eenheid consumptie dat zorgaanbieders van type j in rekening brengen voor persoon i is k_{ij} en het bijbetalingspercentage onder het betalingsmaximum is $100\chi_{ij}\%$, dan bedragen de totale eigen betalingen van persoon i , afgezien van eventuele aftopping vanwege overschrijding van het betalingsmaximum:

$$B_i = \sum_{j=1}^6 \chi_{ij} k_{ij} C_{ij} \quad (2)$$

met:	χ_{ij}	- bijbetalingsfractie onder eigen betalingsmaximum, bij consumptietype j door persoon i
	k_{ij}	- tarief per eenheid consumptietype j door persoon i

De verdeling van de totale eigen betalingen zonder aftopping wordt bepaald door de combinatie van (1) en (2). De exacte verdelingsfunctie is niet analytisch afgeleid, maar numeriek benaderd via optelling van de resultaten voor de zes voorzieningen die via honderd toevalstrekkingen per persoon in de GEZ-bestanden zijn verkregen.⁴

Stel nu de verdelingsfunctie van de eigen betalingen zonder aftopping is F_i en het maximum aan eigen betalingen is d_i . De gemiddelde effectieve marginale prijs is dan:

$$P_{ij} = \chi_{ij} k_{ij} F_i(d_i)$$

met: $F_i(d_i) = P(B_i < d_i)$ (3)

Vergelijkingen (1) en (3) hebben een simultaan karakter met twaalf endogene variabelen: C_{ij} en P_{ij} ($j=1, \dots, 6$). Zij kunnen niet rechtstreeks worden geschat. Daarom wordt een instrumentele variabele voor C_{ij} geconstrueerd door de vergelijkingen in (1) met Tobit-analyse te schatten *zonder de prijsvariabele*. Door gewogen optelling van de

geschatte consumptie van de diverse voorzieningen volgens formule (2) worden de eigen bijdragen zonder aftopping verkregen. Door de eerdergenoemde procedure (via 100 toevalstrekkings) wordt dan een numerieke benadering van de verdelingsfunctie F gevonden.

Dit maakt het mogelijk om de effectieve marginale prijs volgens formule (3) te schatten. Deze prijs kan vervolgens worden gebruikt voor een nieuwe schatting van de medische consumptie volgens formule (1). Deze schatting geeft dan via de verdelingsfunctie F een herziene schatting van de prijs. Deze procedure kan worden herhaald totdat de schattingen convergeren.^{5 6}

Om praktische redenen is een (overwegend) klein deel van de eigen betalingen dat van belang is bij het bereiken van het betalingsmaximum niet in de analyse betrokken. Het gaat bijvoorbeeld om ziekenvervoer in een gedeelte van de tandheelkundige hulp bij publiekrechtelijk verzekerden. Daardoor ontstaat over de hele linie een kleine overschatting van de effectieve marginale prijs.

3.2.5 *Het gegevensbestand*

De Gezondheidsenquête (GEZ) van het CBS is gebruikt om het beschreven model van de zorgconsumptie empirisch te schatten. Voor de schattingen zijn de jaargangen 1989 tot en met 1994, met elk tussen de 7.000 en 9.000 respondenten, gecombineerd tot één bestand.⁷ De continue Gezondheidsenquêtes zijn gebaseerd op een huishoudens-steekproef, waarbij per huishouden maximaal vier personen worden geënquêteerd (CBS 1996: 18). Personen in inrichtingen en tehuizen, zoals verpleeghuizen en verzorgingstehuizen, zijn niet in de steekproef opgenomen. De enquête geeft, naast algemene achtergrondkenmerken van de ondervraagde huishoudens en personen, informatie over gezondheidstoestand, consumptie van diverse medische diensten, verzekeringsvorm en gedrag dat invloed heeft op de gezondheid.

De belangrijkste gegevens zijn als volgt verkregen.

- Gegevens over aandoeningen en de subjectieve gezondheid zijn rechtstreeks gevraagd.
- Inkomensgegevens zijn summier gevraagd. Het nettogezinsinkomen is in klassen bekend. Het bruto-inkomen van de respondent, dat van belang is bij het schatten van de IZA-regeling, is slechts door een deel van de respondenten opgegeven. Zonodig is het netto-inkomen omgerekend tot een bruto-inkomen door relaties tussen netto- en bruto-inkomen via andere bestanden (Woningbehoeftenonderzoek 1989 en 1993 en Aanvullend Voorzieningengebruik Onderzoek 1991) te schatten en over te nemen.
- Het soort ziektekostenverzekering is rechtstreeks gevraagd. Bij particulier verzekerden zijn ook de hoogte van het eventuele eigen risico en de mate van verzekering voor de verschillende zorgvoorzieningen gevraagd. Bij ziekenfonds- en publiekrechtelijk verzekerden zijn de eigen risico's of eigen-bijdragemaxima afgeleid uit de regelgeving en (bij de publiekrechtelijk verzekerden) uit het bruto-inkomen.
- Het gebruik van zorgvoorzieningen is gevraagd in de enquête. Bij huisartsen, specialisten en eerste en herhaalbezoeken bij de tandarts is het aantal bezoeken gevraagd in de afgelopen twee maanden.
- Bij medicijnen (op recept) is voor alle jaren bekend of de respondent deze in de afgelopen twee weken heeft gebruikt dan wel kreeg voorgeschreven. Voor de jaren

- 1990-1992 is tevens bekend welke soorten medicijnen de respondent heeft gebruikt. De analyse is voor medicijnen daarom alleen op deze jaren gebaseerd.
- Bij ziekenhuizen is de verblijfsduur van hooguit drie ziekenhuisverblijven in het afgelopen jaar bekend.
 - De te betalen prijzen voor zorg zijn niet beschikbaar in het GEZ. Daarom zijn de *kostprijzen* afgeleid door de macrokosten (TK 1996/1997a) en de macroconsumptie (uit de CBS-statistiek over de Gezondheidsenquête, bewerkt tot een driejaarsgemiddelde) per zorgvoorziening op elkaar te delen.⁸ Dit is gebeurd per jaar en gesplitst naar ziekenfonds- en overige verzekerden. Vervolgens is ervan uitgegaan dat privaatrechtelijk particulier verzekerden onder hun eigen-betalingsmaximum deze kostprijs betalen en publiekrechtelijk particulier verzekerden het van toepassing zijnde percentage hiervan (meestal 10%) betalen. Ziekenfondsverzekerden betalen alleen een eigen bijdrage in 1989 voor medicijnen en verwijzingen naar de specialist. Deze eigen bijdrage van ziekenfondsverzekerden per eenheid consumptie is ook afgeleid uit een deling van macro eigen bijdragen en macroconsumptie uit het GEZ.
 - Alle inkomens- en prijsvariabelen zijn voor de analyse uitgedrukt in prijzen van 1994.

3.2.6 De resultaten van de consumptieanalyse

Tabel 3.1 laat zien welk effect de diverse achtergrondkenmerken op de medische consumptie hebben. Omdat de consumptie nooit negatief kan zijn, is steeds gebruikgemaakt van specifieke methoden van regressieanalyse.⁹ Bij de tandarts is een onderscheid gemaakt tussen eerste en herhaalbezoeken, omdat eerstgenoemde bij de simulaties wel onder het ziekenfondspakket voor volwassenen vallen, de tweede echter niet. Daarom moeten eerste en herhaalbezoeken al in de schattingen kunnen worden onderscheiden.

De gezondheidstoestand is op twee manieren in de analyse betrokken: via een subjectieve maat ('hoe voelt u zich?') en een objectieve maat (aan- of afwezigheid van een aantal chronische aandoeningen). Wat betreft de subjectieve maat is het mogelijk dat deels sprake is van een omgekeerd effect: personen die net een arts hebben bezocht, zullen wellicht sneller geneigd zijn te antwoorden dat zij ongezond zijn. Daarnaast bestaat echter het gevaar van vertekening van het effect van het eigen risico op de consumptie door een selectie-effect, doordat mensen die menen dat zij een slechte gezondheid hebben lagere eigen risico's zullen kiezen. Om deze vertekening zo veel mogelijk uit te sluiten, is de subjectieve gezondheidsmaat in de analyse betrokken. De in de analyse betrokken chronische aandoeningen en de daarbijbehorende coëfficiënten zijn overigens voor de overzichtelijkheid niet in de tabel vermeld. De in de analyse betrokken chronische aandoeningen/ziekten zijn: astma, hartklachten, hoge bloeddruk, beroerte, suiker, hernia, arthrose, artritis, epilepsie, kanker, problemen aan nieren, schildklier, blaas, huid, neus- en kaakholtes, maag en darm.

Tabel 3.1 Consumptieanalyse: resultaten van Tobit-schattingen^a

	huisarts	specialist	medicijnen	tandarts ^b	tandarts ^c	fysiotherapeut	ziekenhuis
constante	-0,69*	-2,94*	-0,97*	-0,80*	-4,57*	-33,5*	-46,5*
jaar							
1989	-	-	-	-	-	-	-
1990	0,04	-0,00	-0,02	-0,04	-0,20	1,8	1,1
1991	0,14*	-0,18*	0,04	-0,05	0,01	1,1	0,6
1992	0,17*	-0,01	.	-0,02	-0,15	0,9	-1,2
1993	0,13*	-0,04	.	-0,04	-0,16	1,2	1,3
1994	0,09*	-0,01	.	0,07*	-0,20	1,3	-0,6
leeftijd							
0-11 jaar	0,34*	0,55*	0,07	-0,13*	-1,77*	-23,2*	0,9
12-17 jaar	0,00	0,84*	0,23*	0,13*	-0,04	-12,2*	0,0
18-29 jaar	0,08	-0,02	0,38*	0,00	-0,37*	-4,2*	0,5
30-49 jaar	-	-	-	-	-	-	-
50-64 jaar	0,25*	0,47*	0,73*	-0,05	0,17	-2,5*	2,3*
65-74 jaar	0,41*	0,97*	1,15*	-0,22*	-0,11	-4,6*	6,0*
≥ 75 jaar	0,51*	0,75*	1,36*	-0,50*	-0,35	-8,0*	8,1*
geslacht							
man	-	-	-	-	-	-	-
vrouw	0,11*	-0,17*	0,20*	0,05*	0,22*	3,5*	-1,8*
vrouw 18-49 jaar	0,63*	0,64*	1,05*	-	-	-2,3*	7,5*
opleidingsniveau							
laag	-	-	-	-	-	-	-
middel	-0,05	0,16*	0,05	0,08*	0,17	0,2	0,2
hoog	-0,09	0,19*	0,08	0,05	0,32*	0,2	-2,5*
gezondheidstoestand ^d							
zeer goed	-1,60*	-1,85*	-0,92*	-	-	-14,3*	-13,0*
goed	-0,95*	-1,11*	-0,58*	-	-	-6,6*	-6,7*
gaat wel	-	-	-	-	-	-	-
goed noch slecht	0,22*	0,26*	0,17*	-	-	0,8	3,8*
slecht	0,78*	1,11*	0,20*	-	-	2,9	12,7*
prothese							
aanwezig	-	-	-	-0,94*	-1,46*	-	-
niet aanwezig	-	-	-	-	-	-	-
inkomen (x 1.000 gld.)	0,001	0,007*	0,560	0,002*	0,001	0,09*	-0,01
prijs	-0,013*	-0,004*	-0,016*	-0,001*	-0,001	-0,24*	-0,00
verzekeringstype							
ziekenfonds	0,03	-0,09	0,07*	0,09*	-0,25*	-0,7	1,5
anders	-	-	-	-	-	-	-
andere consumptie							
huisarts	-	0,38*	0,29*	-	-	2,8*	1,4*
specialist	-	-	0,12*	-	-	2,5*	5,5*
tandarts ^b	-	-	-	-	0,32*	-	-

^a * = significant op 5%-niveau; - = referentiecategorie; . = gegevens ontbreken.

^b Controlebezoek, via Probit-schatting.

^c Behandeling.

^d De wél in de analyse betrokken chronische aandoeningen zijn niet in de tabel vermeld.

Significante effecten (op 5%-niveau) zijn met een asterisk aangegeven. Bij de interpretatie moet worden bedacht dat hier de effecten van verschillende variabelen simultaan worden bekeken. Zo is het bekend dat ziekenfondsverzekerden gemiddeld ongezonder zijn dan particulier verzekerden en daarom meer consumeren. In de hier gepresenteerde analyse is dit effect in principe al via de maatstaven voor de gezondheidstoestand verdisconteerd en komt het daarmee in principe niet meer in de verzekeringsvorm tot uiting.

Variabelen als leeftijd en gezondheidstoestand hebben het verwachte effect. Ouderen, vrouwen (m.n. in de vruchtbare-leeftijdsgroepen) en ongezonden maken meer gebruik van medische voorzieningen. Opvallend is dat hoger opgeleiden meer gebruikmaken van de specialist (poliklinisch), maar minder van het ziekenhuis (klinisch). De jaardummy's geven geen duidelijk beeld te zien: bij de huisarts en de eerste consulten bij de tandarts is mogelijk van enige stijging in de consumptie sprake als gevolg van niet expliciet beschouwde factoren.

Inkomenseffecten worden gevonden bij de consumptie van diensten van specialisten, herhaalconsulten bij tandartsen en fysiotherapeuten. In alle gevallen maken hogere-inkomensgroepen daar meer gebruik van. Ziekenfondsverzekerden gebruiken meer medicijnen en gaan meer voor periodieke controle naar de tandarts, maar komen juist minder op herhaalbezoek bij de tandarts.¹⁰ Bij de overige voorzieningen worden geen significante verschillen tussen ziekenfonds- en andere verzekerden gevonden. Belangrijk voor de simulaties in dit Cahier is dat bij alle voorzieningen, exclusief ziekenhuizen, remmende effecten van de te betalen prijs worden gevonden. Bij de tandarts betreft dit overigens alleen periodieke controles. Het aantal herhaalconsulten na een periodieke controle is niet prijsgevoelig. De met deze schattingen corresponderende prijselasticiteiten zijn klein: bij de huisarts is de elasticiteit met -0,06 nog het grootst. Ten opzichte van eerdere SCP-analyses (Need et al. 1992; Van Tulder en Bruyns 1995) is het aantal significante effecten groter.¹¹ Dit kan worden toegeschreven aan het gebruik van meer informatie door de koppeling van GEZ-bestanden over zes jaren. Dat prijseffecten worden gevonden, en met name bij voorzieningen 'in de eerste lijn', is consistent met ander onderzoek, bijvoorbeeld de het Amerikaanse RAND-experiment (Newhouse et al. 1993). Zie voor een overzicht van onderzoek op dit gebied VNZ (1994).

Bij de simulaties in dit Cahier zijn de vorenvermelde effecten van prijs- en verzekeringstype alleen verwerkt voorzover zij significant zijn. Met andere woorden: bij niet-significante effecten werken veranderingen in deze variabelen niet door in de schatting van de consumptie,¹² dit om te voorkomen dat effecten die een grote onzekerheidsmarge kennen (en mogelijk zelfs nihil zijn), zoals bij ziekenhuizen, een grote invloed op de ramingen hebben.

Bij medicijnen en tandartsen laat de analyse significante effecten van de verzekeringsvorm op de consumptie zien. Bij medicijnen is dit effect ook in de simulaties betrokken, omdat de vermoedelijk relevante achterliggende instituties (verschil in voorschrijfgedrag vanwege verschillen in tariefstructuur artsen) in 1997 overwegend nog bestaan. De tariefstructuren van de aanbieders en andere instituties worden verder in deze simulaties onveranderd verondersteld.¹³ Bij de tandheelkundige zorg zijn de instituties echter inmiddels wél veranderd, namelijk via het wegvallen van de niet-preventieve tandheelkundige zorg voor volwassenen uit het ziekenfondspakket en de

gelijktrekking van tandartstarieven bij ziekenfonds- en particulier verzekerden. Daarom zal het niet in de prijzen tot uiting komende verschil in consumptie tussen de twee groepen verzekerden bij de tandarts niet worden verdisconteerd in de simulaties.

3.3 De keuze van een eigen risico

3.3.1 Het keuzemodel

Het keuzemodel voor een eigen risico sluit aan op het consumptiemodel. Uitgangspunt is een calculerende verzekerde die een inschatting maakt van de kansverdeling van de te verwachten ziektekosten van het polishuishouden en daaruit afleidt welke eigen betalingen het polishuishouden bij de keuze van een bepaald eigen risico naar verwachting zal moeten doen. Nu brengt de keuze van een bepaald eigen risico ook een bepaalde premiereductie met zich mee (t.o.v. het kiezen van geen eigen risico). Deze reductie is afhankelijk van leeftijd en samenstelling van het polishuishouden. Via saldering van de premiereductie met de te verwachten eigen betalingen kan de verwachte 'winst' - ten opzichte van de nulsituatie: geen eigen risico - van het kiezen van een bepaald eigen risico i : W_i worden vastgesteld.

Nu gedraagt de verzekerde zich mogelijk risicomijdend (zie b.v. Van de Ven en Van Praag 1981a en 1981b). Dat wil zeggen, hij is afkerig van het risico op 'een verlies' dat een eigen risico met zich meebrengt. Het maximale verlies V_i dat een eigen risico met zich mee kan brengen is gelijk aan de hoogte van het eigen risico minus de premiereductie.

Het nut dat de persoon aan de keuze van een eigen risico i ontleent is nu bepaald door een combinatie van de daarbijbehorende te verwachten winst en het maximale verlies. Voor de eenvoud is een lineair verband verondersteld:

$$U_{ij} = \alpha W_i + \rho V_i + \eta_{ij} \quad (4)$$

$\alpha > 0$, $\rho < 0$

met: U_i - nut ontleend aan keuze eigen risico i door persoon j
 W_i - verwachte winst bij keuze eigen risico i
 V_i - maximale verlies bij keuze eigen risico i
 η_{ij} - individuele stochastische component bij keuze eigen risico i door persoon j

De verzekerde zal nu het eigen risico kiezen dat zijn nut maximeert. Deze keuzesituatie maakt toepassing van McFaddens conditionele Logit-model mogelijk (zie voor bijzonderheden Maddala 1983: 59-61); het maximeringsprobleem kan worden omgeschreven in een keuzemodel van Logit-vorm. In de nutsfunctie zonder stochastische component zijn de coëfficiënten α en ρ slechts op een constante factor na bepaald. Immers: dezelfde preferenties en hetzelfde gedrag kunnen worden beschreven door

verschillende nutsfuncties die onderling slechts op een constante factor na verschillen. Door de achterliggende veronderstelling over de verdeling van de stochastische component worden α en ρ echter bij de schatting genormeerd.¹⁴

In werkelijkheid zullen particulier verzekerden niet jaarlijks hun eigen risico aan de omstandigheden willen en kunnen aanpassen. Zij zullen dat niet altijd willen, omdat gewoontevorming en automatismen in werkelijkheid een rol spelen.¹⁵ Dat laat onverlet dat het hier geschetste calculerende gedrag een rol zal spelen en periodiek tot aanpassingen kan leiden. Particulier verzekerden kunnen ook niet altijd het gewenste eigen risico kiezen, omdat verzekeringsmaatschappijen via risicoselectie en acceptatiepolitiek de keuzevrijheid van de verzekerden inperken. Desalniettemin zijn er ook mechanismen die de keuzevrijheid weer kunnen vergroten: zo worden bij grotere stelselwijzigingen en collectieve contracten vaak alle betrokkenen door verzekeraars tot een maatschappijpolis toegelaten. In het model en de daarop gebaseerde simulaties is niet expliciet met risicoselectie door verzekeraars rekening gehouden.¹⁶ In één opzicht is in de analyses expliciet met gewoontevorming rekening gehouden. Oudere verzekerden hebben soms reeds lang geleden een keuze voor een eigen risico gemaakt en dat uit gewoontevorming niet aangepast. Vroeger was de keuze van (hoge) eigen risico's vaak niet mogelijk of ongebruikelijk. Daarom heeft de leeftijd van de verzekerden invloed op vorenstaande afweging en is deze in de analyse betrokken via een keuzeafhankelijk effect van de leeftijd van de hoofdverzekerde op het relevante nutsniveau. Daarmee wordt de nutsfunctie geherformuleerd tot:

$$U_{ij} = \alpha W_i + \rho V_i + \lambda_i L + \eta_{ij}, \quad \alpha > 0, \rho < 0 \quad (5)$$

met: L - leeftijd van de hoofdverzekerde (in jaren).

3.3.2 Empirische analyse

Bij de praktische invulling is uitgegaan van vijf mogelijke keuzen van een eigen risico (in guldens, met tussen haakjes de klassen van corresponderende feitelijke eigen risico's): 0 (0), 200 (meer dan 0, maximaal 300), 500 (meer dan 300, maximaal 600), 1.000 (meer dan 600, maximaal 1.250) en 1.500 (meer dan 1.250). Tabel 3.2 geeft de verdeling van particulier verzekerde polishuishoudens (personen die op één polis staan) over deze vijf eigen-risicoklassen naar leeftijd en gezondheidstoestand van het polishuishouden volgens het analysebestand in 1995 (AVO'95; zie voor een beschrijving van dit bestand § 4.2.2). De leeftijd heeft betrekking op de hoofdverzekerde. De gezondheidstoestand van een huishouden wordt hier aangeduid met 'niet goed' als er in totaal twee of meer aandoeningen onder de leden van het huishouden voorkomen of als een van de huishoudensleden zijn eigen gezondheidstoestand inschat als 'slecht'. Omdat uit macrocijfers bekend is dat de groep particulier verzekerden boven de 65 jaar bijna geheel volgens de standaardpakketpolis is verzekerd (met een algemeen eigen risico van

0 gulden en een specifiek eigen risico voor de specialist in 1995) is deze groep uit de tabel en de analyse van het keuzegedrag weggelaten.¹⁷

Tabel 3.2 Eigen risico's, naar leeftijd hoofdverzekerde en gezondheidstoestand polishuishouden, 1995 (in procenten)^a

	0 gulden	200 gulden	500 gulden	1.000 gulden	1.500 gulden
gezondheid goed					
< 35 jaar	33	30	19	16	2
35-49 jaar	25	33	13	20	8
50-65 jaar	23	37	11	22	7
gezondheid niet goed					
< 35 jaar	43	34	8	13	2
35-49 jaar	31	31	15	15	8
50-65 jaar	31	37	13	13	6

^a Alleen voorzover hoofdverzekerde jonger dan 65 jaar. Leeftijd heeft betrekking op hoofdverzekerde en gezondheidstoestand op polishuishouden.

Bron: SCP (AVO'95)

De verschillen in eigen-risicokeuze tussen de onderscheiden groepen zijn niet heel groot. Steeds heeft circa een derde voor een eigen risico van 0 gulden gekozen en eveneens een derde voor een laag eigen risico (200 gulden). Wel hebben ongezonden gemiddeld een iets lager eigen risico. Naar leeftijd bezien hebben de middelste- en oudere-leeftijdsgroepen, met name bij ongezonden, de hoogste eigen risico's. Deze groepen (met vaak grotere huishoudens) krijgen overigens in het algemeen ook de meeste premiereductie bij het kiezen van hogere eigen risico's (zie bijlage B). Mogelijk zijn daarom geen duidelijke effecten van leeftijd en gezondheidstoestand zichtbaar. Deze cijfers zijn op het niveau van polishuishoudens en exclusief verzekerden boven de 65 jaar. Volgens cijfers van de particuliere verzekeraars (Vektis) kende in 1994 53% van de polissen (incl. die van 65-plussers) geen eigen risico, 27% had een eigen risico tussen 0 gulden en 500 gulden, terwijl de resterende 21% een eigen risico boven de 500 gulden kende.

De in het model bij de verschillende eigen risico's gebruikte premiereducties zijn gemiddelden, gebaseerd op cijfers over 1995 van twaalf ziektekostenverzekeraars met een gezamenlijk marktaandeel van 64%. Zie bijlage B voor een overzicht van premies en bijbehorende eigen risico's. Deze premies en daarmee de premiereducties bij keuze van een bepaald eigen risico zijn afhankelijk van de leeftijd van de hoofdverzekerde en de samenstelling van het onder de polis vallende huishouden.¹⁸

Tabel 3.3 geeft de resultaten van de analyse.

Tabel 3.3 Keuzemodel eigen risico's particulier verzekerden^a

nutseffect verwachte winst (α)	0,05 (1,8)
nutseffect maximale verlies (ρ)	-0,23 (7,3)*
effect leeftijd op keuze eigen risico 200 gld. (λ_2)	0,46 (2,9)*
effect leeftijd op keuze eigen risico 500 gld. (λ_3)	-1,52 (7,1)*
effect leeftijd op keuze eigen risico 1.000 gld. (λ_4)	-0,06 (0,3)
effect leeftijd op keuze eigen risico 1.500 gld. (λ_5)	-1,72 (4,6)*

^a Coëfficiënten x 100; t-waarden tussen haakjes; * = significant op 5%-niveau.

De tekens van de coëfficiënten in tabel 3.3 zijn in overeenstemming met de theoretische verwachtingen: een hogere verwachte winst doet de waarschijnlijkheid van een bepaalde keuze stijgen, een hoger maximaal verlies doet deze waarschijnlijkheid (significant) dalen; verzekerden zijn dus risicomijdend. Uit de relaties tussen de leeftijd en de verschillende keuzemogelijkheden blijkt dat oudere verzekerden minder voor hogere eigen risico's (boven de 300 gulden) kiezen en dus meer voor lage (tot en met 300 gulden) (λ_2 significant positief en λ_3 en λ_5 significant negatief). De hypothese dat ouderen meer risicomijdend zouden zijn dan jongeren wordt niet door nadere analyses bevestigd.¹⁹ Het gevonden resultaat is dus waarschijnlijk een effect van het ontbreken van mogelijkheden tot het kiezen van eigen risico's in vroegere jaren. Daarom wordt dit effect in de simulaties van varianten niet meegenomen: zowel de nieuw verzekerde ouderen als jongeren kunnen uit het huidige aanbod van eigen risico's kiezen. Het gesimuleerde gedrag van ouderen, hier gedefinieerd als personen ouder dan 35 jaar, is daarom gebaseerd op het gemodelleerde keuzegedrag van 35-jarigen.

De hypothese dat hogere-inkomensgroepen vaker zullen kiezen voor hogere eigen risico's wordt in de empirische analyse niet bevestigd. Opneming van een inkomenseffect in plaats van of naast het in de analyse betrokken leeftijdseffect, geeft geen consistente resultaten die wijzen op een systematische keuze voor hogere eigen risico's. Evenmin geeft differentiatie naar lage- en hoge-inkomensgroepen duidelijke verschillen in gedrag te zien. Bedacht moet worden dat de laatste groepen weliswaar een risico makkelijker kunnen incasseren, maar ook minder waarde zullen hechten aan een bepaalde verwachte winst.

Noten

- 1 Door diverse maten van gezondheidstoestand op te nemen, wordt het risico verkleind van vertekening van de invloed van de prijsvariabelen door autoselectie: gezonde particulier verzekerden kiezen wellicht een hoog eigen risico en consumeren weinig zorg.
- 2 Door de geringe variatie die er is in eigen bijdragen tussen ziekenfondsverzekerden onderling en publiekrechtelijk verzekerden onderling konden geen aparte prijselasticiteiten voor verschillende verzekeringsvormen worden geschat.
- 3 Deze verbanden brengen meer een (voor de simulaties relevante) statistische samenhang tussen het gebruik van verschillende typen zorg in een bepaalde tijdsperiode in beeld dan een causale samenhang. Immers: de meeste personen die een specialist bezoeken zullen eerder de huisarts in diens rol van poortwachter hebben geraadpleegd.
- 4 De verdeling is de som van zes afgeknotte normale verdelingen, hetgeen een analytische afleiding gecompliceerd maakt.
- 5 Om te controleren of zodoende een globaal optimale oplossing wordt verkregen, zijn ook schattingen uitgevoerd waarbij de onder het eigen-betalingsmaximum geldende prijs in de eerste stap wordt gebruikt. Dit levert na convergentie dezelfde resultaten op.
- 6 In de analyse kan een effect dat in werkelijkheid optreedt niet geheel bevredigend worden verwerkt. Wanneer het jaar vordert zal de onzekerheid van elk individu over zijn totale ziektekosten in het jaar afnemen. Met andere woorden: de verdelingsfunctie F verandert; de variantie van de verdeling vermindert. Aan het eind van het jaar zijn de totale kosten exact bekend, dus de verdeling is dan tot een punt gereduceerd. Helaas bevatten de Gezondheidsenquêtes van een aantal medische diensten, namelijk van consulten bij de huisarts, specialist en tandarts en het gebruik van medicijnen, geen gegevens over het hele jaar, maar alleen over een kortere periode. Daardoor kan de toenemende zekerheid van de consument niet in de analyse worden meegenomen en wordt de relevante prijs voor de consument met een fout gemeten, waardoor de coëfficiënt van de prijs kan worden onderschat (vanwege *errors in variables*, zie b.v. Maddala 1982: 292-294). De mogelijke vertekening hierdoor is waarschijnlijk niet erg groot.
- 7 GEZ'95 was voor de analyses van dit Cahier te laat beschikbaar.
- 8 Het gebruikmaken van tarieven biedt geen bevredigende oplossing, omdat de nogal ruwe gebruikscijfers in het GEZ vermenigvuldigd met de tarieven niet noodzakelijk optellen tot de macrokosten uit het Jaaroverzicht Zorg (JOZ). Dit geldt temeer daar de inrichtingshuishoudens in de steekproef ontbreken.
- De gebruikscijfers vertonen ook behoorlijke fluctuaties in de tijd. De verhouding tussen macrokosten en het gebruik uit het GEZ per jaar zal daardoor ook fluctueren en geen bruikbare prijs opleveren. In het bijzonder zou met deze prijs een te hoge consumptie worden gerelateerd aan een te lage prijs. Bij de analyse zou dit kunnen leiden tot een overschatting van het prijseffect.
- 9 In de meeste gevallen is gebruikgemaakt van *Tobit-analyse* (analoog aan Van Puijenbroek et al. 1992). Alleen bij periodiek onderhoud bij de tandarts is er sprake van een dichotoom karakter (wel of geen gebruik). Hier is *Probit-analyse* gebruikt. Zie voor deze technieken Maddala (1983).
- 10 Deze effecten bij tandartsconsumptie zijn waarschijnlijk toe te schrijven aan de regeling dat het ziekenfonds verrichtingen van de tandarts alleen vergoedde als de verzekerde regelmatig periodiek onderhoud liet verrichten. Nu de meeste verrichtingen in deze sfeer buiten het ziekenfondspakket vallen, gaat dit effect mogelijk verdwijnen. Daarnaast kunnen verschillen in tandartstarieven voor ziekenfonds- en particulier verzekerden een rol spelen.
- Bij medicijnen spelen mogelijk verschillen in voorschrijfgedrag, als gevolg van verschillen in tariefstructuur van aanbieders een rol.
- 11 In die onderzoeken werden alleen significante effecten bij huisartsen en medicijnen gevonden.
- 12 De relatie is overigens niet zonder prijsvariabele overgeschat; het effect daarvan zou zeer gering zijn geweest en de schattingen van de overige coëfficiënten zijn zuiver.
- 13 Er wordt dus voorbijgegaan aan de mogelijkheid dat een verschuiving in de verhouding tussen aantallen ziekenfonds- en particulier verzekerden leidt tot een wijziging van de tarieven door het COTG. Evenmin worden de gevolgen bekeken van de gelijktrekking van de tarieven voor ziekenfonds- en particulier verzekerden.

- 14 Er wordt verondersteld dat de stochastische component een extreme-waardeverdeling heeft:
 $P(\eta_i < \eta) = \exp(-e^{-\eta})$.
- 15 Zo passen verzekeringsmaatschappijen bij wijziging van de samenstelling van het polishuishouden het eigen risico vaak volgens standaardprocedures aan, tenzij de verzekerde expliciet te kennen geeft een andere keuze te willen maken.
- 16 Het proces van risicoselectie kan niet worden gesimuleerd zonder het gedrag van zorgverzekeraars te modelleren. Een dergelijke uitbreiding valt buiten het kader van dit onderzoek.
- 17 De eigen-risico-opgaven in het AVO'95 blijken op dit punt niet geheel betrouwbaar. Waarschijnlijk speelt verwarring met het specifieke eigen risico dat in standaardpakketpolissen voor de specialist geldt hierbij een rol.
- 18 Premies zijn gebaseerd op een verzekerd pakket dat qua dekking zo veel mogelijk lijkt op het ZFW-basispakket. De door een aantal verzekeringsmaatschappijen gehanteerde regiokortingen zijn niet in de analyse betrokken.
- 19 Daartoe is getoetst of de coëfficiënt van het maximale verlies ρ verschillend is voor verschillende leeftijdsgroepen. Dit bleek niet in significante mate het geval te zijn.



4 OPZET VAN DE SIMULATIES

4.1 Inleiding

In hoofdstuk 2 zijn enkele discussiepunten naar voren gebracht die betrekking hebben op het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen. Deze discussiepunten betreffen de doelmatigheid van de zorg en de invulling van het verzekeringsstelsel. Met het oog hierop is in het Regeerakkoord van het huidige kabinet de wens kenbaar gemaakt om tot een betere kostenbeheersing en een evenwichtiger lastenverdeling tussen verzekerden te komen.

De kostenbeheersing zou niet alleen via de aanbodzijde moeten worden geregeld, maar ook via de vraagzijde door het versterken van financiële prikkels. De gevolgen van deze financiële prikkels - die tot uitdrukking komen in eigen bijdragen en eigen risico's van zorggebruikers - zijn in hoofdstuk 3 gemodelleerd. Deze gevolgen betreffen het gebruik van medische voorzieningen.

Bij de ontwikkeling van verzekeringsvarianten is niet alleen rekening gehouden met de genoemde discussiepunten, maar ook met het feit dat het huidige kabinet een zogenaamd stap-voor-stap-beleid voert, waarbij de grondslagen van het bestaande stelsel onverlet blijven. In dit hoofdstuk wordt aangegeven welke verzekeringsvarianten precies worden doorgerekend en op welke manier dat gebeurt. In paragraaf 4.2 komt de keuze van de varianten aan bod. Paragraaf 4.3 gaat in op de gebruikte methode en de aannames die daarbij zijn gedaan.

4.2 Verzekeringsvarianten

In deze paragraaf worden de verzekeringsvarianten uitgewerkt. Daarbij worden eerst de uitgangspunten geformuleerd die aan de selectie van de varianten ten grondslag liggen. Het woord 'variant' geeft al aan dat er wordt gekeken naar variaties ten opzichte van een vast uitgangspunt. Dit vaste uitgangspunt wordt de 'nulvariant' genoemd. Ook aan de keuze van deze nulvariant liggen bepaalde uitgangspunten ten grondslag.

Bij de verzekeringsvarianten wordt een onderscheid gemaakt tussen enkelvoudige en samengestelde varianten. Enkelvoudige varianten grijpen aan op één aspect van het verzekeringsstelsel, zoals de kring van verzekerden, de toelatingsgrens of het inkomensbegrip. Bij samengestelde varianten gaat het om ingrijpendere aanpassingen, die een coherente combinatie vormen van enkelvoudige varianten.

4.2.1 Algemene uitgangspunten

De nulvariant, het vertrekpunt van alle berekeningen, valt idealiter samen met de situatie die op het moment van publicatie geldend is. Voor dit onderzoek is dit het jaar 1997. Over de inkomens, premies en tarieven van 1997 was echter nog weinig bekend tijdens het onderzoek. Daarom wordt in de nulvariant wel de verzekeringsregelgeving 1997 gebruikt op het terrein van eigen betalingen, maar voor al het overige zo veel mogelijk de situatie van 1996.

Het centrale gegevensbestand waarop de simulaties van verzekeringsvarianten worden uitgevoerd, dateert van 1995. In 1996 heeft een aantal veranderingen in de ziektekostenverzekeringen plaatsgevonden, waar rekening mee moet worden gehouden. Structurele veranderingen in tarieven en premies en in verzekerde pakketten zijn in het centrale gegevensbestand aangebracht. Vervolgens zijn ook de veranderingen in het systeem van eigen betalingen per 1 januari 1997 in het centrale gegevensbestand verdisconteerd. Vanaf dat moment is immers een systeem van eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden ingevoerd en worden particulier verzekerden in principe geconfronteerd met een verplicht eigen risico van minimaal 200 gulden. In de nulvariant zijn verder de afbakening van de kring van verzekerden en de toelatings- en premiegrens gehanteerd zoals deze golden in 1996.¹ Op de nominale premie van 1996 is een correctie toegepast ter compensatie van de invoering van eigen bijdragen.²

De gevolgen van verzekeringsvarianten op de medische consumptie, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van huishoudens worden berekend ten opzichte van de zojuist beschreven nulvariant. Bij de keuze van de verzekeringsvarianten is mede gelet op het volgende.

- Interne consistentie: de uitwerking van een maatregel mag niet strijdig zijn met de bedoeling van de maatregel.
- De uitvoerbaarheid van een maatregel: de maatregel moet administratief uitvoerbaar zijn tegen aanvaardbare kosten.
- Een 'stabiele' populatie ziekenfondsverzekerden: de maatregel mag niet leiden tot grote jaarlijkse in- en uitstroom; een eenmalige ingrijpende in- of uitstroom wordt uiteraard wel toegestaan.

Om lijn te brengen in de varianten worden ze op een bepaalde manier genummerd. Er zijn twee basisprincipes die bij de verdere vormgeving van de ziekenfondsverzekering worden uitgewerkt: de werknemersverzekering aangeduid met W en de solidariteitsverzekering aangeduid met S. Maatregelen die betrekking hebben op de positie van ouderen in de ziekenfondsverzekering zijn aangegeven met een O.

De enkelvoudige varianten die betrekking hebben op de minimumpremie en eigen betalingen zijn aangeduid met M respectievelijk B. De samengestelde varianten die coherente financieringsalternatieven voorstellen, zijn aangeduid met VV.

De verzekeringsvarianten zijn schematisch weergegeven in schema 4.1. Dit schema is ook te vinden op het uitklapblad achterin dit Cahier, zodat het telkens naast de tekst en tabellen gehouden kan worden.

Schema 4.1 Overzicht van verzekeringsvarianten

ZIEKENFONDS BLIJFT WERKNEMERSVERZEKERING

W1	kring van verzekerden	- ambtenaren worden ook een aangewezen groep
W2	inkomensbegrip	- meetellen wisselende loonbestanddelen (bij toelating ziekenfonds)
W3	toelatingsgrens	- wordt gelijk aan premiegrens 1996 (f 51.090)
W4		- wordt gelijk aan f 40.000
W5	premie	- werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%
W6		- nominale premie wordt verhoogd met f 150

AANGEPASTE REGELING VOOR 65-PLUSSEERS

O1	kring van verzekerden	- verzekeringsvorm houdt eigen ouderen
O2		- ziekenfonds houdt eigen ouderen en instroom tot ruimere toelatingsgrens (f 38.300)

ZIEKENFONDS WORDT SOLIDARITEITSVERZEKERING

SI	inkomensbegrip	- individuele verzekering	(toelatingsgrens: f 48.590)
SH1		- huishoudensverzekering	(toelatingsgrens: f 48.590)
SH2	toelatingsgrens	- gelijk aan de eerste belastingschijf	(toelatingsgrens: f 45.325)
SH3		- gelijk aan premiegrens 1996	(toelatingsgrens: f 40.300)
SH4		- overeenkomstig W4	(toelatingsgrens: f 26.690)
SH5		- overeenkomstig marktverhoudingen ZFW/particulier	(toelatingsgrens: f 57.360)

INVOERING MINIMUMPREMIE

M1		- volledige invoering
M2		- invoering op beperkte schaal

WIJZIGING IN EIGEN BETALINGEN

B1	maximum aan betalingen	- inkomensafhankelijk: 1% van belastbaar inkomen
B2	eigen betalingen	- invoering eigen bijdrage voor de huisarts van f 6,50

SAMENGESTELDE VARIANTEN

VVN	inkomensafhankelijk maximum eigen betalingen en eigen bijdrage huisarts in de ZFW (B1 + B2)
VVW1	als VVN, incl. hogere nominale premie, minimumpremie op beperkte schaal en lagere toelatingsgrens voor werknemers (W3 + W6 + M2 + B1 + B2)
VVW2	als VVN, incl. hogere nominale premie, minimumpremie op beperkte schaal en hogere toelatingsgrens voor 65-plussers (O2 + W6 + M2 + B1 + B2)
VVSI	als VVN, incl. individuele verzekering met toelatingsgrens gelijk aan eerste belastingschijf en minimumpremie op beperkte schaal (SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2)
VVSH	als VVN, incl. huishoudensverzekering met toelatingsgrens gelijk aan eerste belastingschijf (SH2 + B1 + B2)
VVZ	als VVN, incl. iedereen wordt ziekenfondsverzekerder
VVP	iedereen wordt particulier verzekerder

Bij de verschillende varianten kunnen tekorten of overschotten bij de ziektekostenverzekeraars ontstaan, doordat de premieopbrengsten en de bij de verzekeraars gedeclareerde zorgconsumptie en de uitvoeringskosten niet gelijk opgaan. Voorzover dit extra uitvoeringskosten betreft, is hiermee in dit onderzoek geen rekening gehouden. De particuliere verzekeraars kunnen veranderingen in de exploitatiesaldi in principe met de premies verrekenen, maar de ziekenfondsen kunnen deze veranderingen tevens op andere manieren verrekenen omdat er ook andere financieringsbronnen zijn. Dat geldt met name voor de bijdrage van het rijk. Daarom is bij alle varianten een onderscheid gemaakt tussen twee manieren van verrekenen.

- Eventuele tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen worden niet verrekend. Bij deze benadering wordt ervan uitgegaan dat er geen generieke compensatiemethode is die de koopkrachtproblematiek voor alle varianten bevredigend oplost. Bovendien zouden de koopkrachteffecten sterk afhankelijk zijn van de gekozen methode.³ Door generieke compensatie achterwege te laten ontstaat een goed inzicht in de variantspecifieke koopkrachtproblematiek. Wanneer toch generieke compensatie via de middelen van de overheid tot stand moet worden gebracht, wordt doorgaans gebruikgemaakt van het tarief van de eerste belastingschijf. In bijlage H zijn de koopkrachteffecten weergegeven die zouden ontstaan indien tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen via het tarief van de eerste belastingschijf zouden worden verrekend.
- Eventuele tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen worden via een aanpassing van de ziekenfondspremies verrekend. Bij deze benadering wordt ervan uitgegaan dat ontstane tekorten of overschotten binnen de ziekenfondsverzekering moeten worden opgelost. Op deze wijze kunnen bij bepaalde varianten echter eveneens koopkrachteffecten optreden, die vanuit een breder inkomenspolitiek gezichtspunt onbevredigend zijn.

In beide verrekeningsmethoden worden de MOOZ- en WTZ-bijdragen waar nodig aangepast aan de nieuw ontstane kringen van verzekerden.

De tarieven van de maatschappijpolissen en van de publiekrechtelijke verzekeringen worden in de varianten niet gewijzigd. Aangenomen wordt dat de premiestelling van deze polissen in de particuliere ziektekostenverzekering, gegeven de verzekerde risico's (naar leeftijd en aantal verzekerde personen), een kostendekkend karakter heeft.

Een complicatie bij de verrekening van tekorten en overschotten vormt het werkgeversdeel of de werkgeversvergoeding ziektekostenverzekering. Voordelen die neerslaan bij de werkgevers, zoals met name het geval is bij de solidariteitsvarianten, kunnen niet via eenvoudige generieke maatregelen overgeheveld worden naar de werknemers of de huishoudens. Dit zou kunnen geschieden via collectieve arbeidsovereenkomsten tussen werkgevers en werknemers of door tussenkomst van de overheid. In dat laatste geval kan gedacht worden aan heffingen op toegevoegde waarden (BTW) of winsten van ondernemingen (vennootschapsbelasting). Deze compensatiemogelijkheden worden in dit onderzoek niet uitgewerkt.

Verzekerden die in de verschillende varianten uit het ziekenfonds stromen, komen volgens het bestaande stelsel in de particuliere sfeer terecht. Daarbij worden bepaalde rekenregels gehanteerd voor de keuze tussen WTZ-polissen en maatschappijpolissen en,

bij maatschappijpolissen, vervolgens voor de keuze van het eigen risico. Deze rekenregels zijn opgenomen in de technische toelichting in paragraaf 4.2.

4.2.2 Enkelvoudige varianten

Werknemersvarianten (W)

Bij de inrichting van het ziekenfonds als werknemersverzekering blijft het ziekenfonds, zoals dat thans het geval is, bedoeld voor werknemers met lage en modale inkomens (en daarmee gelijkgestelden) en hun gezinnen. De werkgever blijft zorg dragen voor de afdracht van de ziekenfondspremie. Hierdoor zijn de mogelijkheden voor uitbreiding van het inkomensbegrip en het eventueel meetellen van het inkomen van een partner, zeer beperkt. De regeling blijft daarom in alle enkelvoudige en samengestelde varianten van de werknemersverzekering ongewijzigd ten aanzien van meeverzekering (kring van personen) en inkomensgrondslag (van welke personen het inkomen in aanmerking wordt genomen). Verder blijft een afwijkende regeling voor personen van 65 jaar en ouder bestaan.

In de eerste enkelvoudige variant worden ambtenaren gelijkgesteld aan werknemers in de marktsector. Dit houdt in dat zij uit een particuliere of publiekrechtelijke verzekering instromen in het ziekenfonds als zij aan de inkomstenstoets voldoen (W1). De hier geldende toelatingsgrens is die van 1996 (59.700 gulden).

Voor personen jonger dan 65 jaar kan het inkomensbegrip voor toelating, dat momenteel bestaat uit de vaste inkomsten uit huidige of vroegere arbeid, worden uitgebreid met wisselende inkomsten (uit huidige of vroegere arbeid) zoals toeslagen en inkomen uit overwerk. Deze incidentele inkomsten zijn in de tweede variant in aanmerking genomen en toegevoegd aan het inkomen dat voor toelating wordt getoetst (W2). Een dergelijke inrichting van het ziekenfonds zou kunnen leiden tot een forse jaarlijkse in- en uitstroom van verzekerden, hetgeen deze variant gezien de gekozen uitgangspunten problematisch maakt.

Verder kan de toelatingsgrens van het ziekenfonds worden verlaagd tot bijvoorbeeld de premiegrens van 51.090 gulden (W3) of 40.000 gulden (W4).

Bij de inrichting van het ziekenfonds volgens de werknemersgedachte past strikt genomen niet de overweging om verschillende inkomensgrenzen voor verschillende typen huishoudens in te voeren. Het is immers een aan de arbeidsmarkt en daarmee aan personen gebonden systeem. Bovendien zou het de uitvoeringstaak van werkgevers aanzienlijk bemoeilijken. Verder zou er een in- en uitstroom ontstaan door huwelijken, echtscheidingen, verweduwing en het zelfstandig gaan wonen van kinderen, met alle uitvoeringstechnische problemen van dien. Toch zijn er varianten mogelijk die meer rekening houden met de huishoudenssituatie, waardoor de betaalde premie meer in verhouding komt te staan met de genoten rechten. Dit betekent dat de te betalen premie voor eenpersoonshuishoudens lager moet zijn dan die voor meerpersoonshuishoudens. Dit kan worden bereikt door verlaging van de procentuele werknemerspremie van verzekerden zonder meeverzekerden - polishuishoudens bestaande uit één persoon - met 30% (W5) of door verhoging van de per volwassen verzekerde te betalen nominale premie met 150 gulden (W6). De verlaging van de procentuele premie zal in de praktijk wel moeilijker uitvoerbaar zijn, omdat de premies door werkgevers worden ingehouden.

Verder ligt het niet voor de hand om het inkomen van het totale huishouden als grondslag te kiezen, omdat werkgevers hier dan immers inzicht in moeten hebben om de inhoudingen te kunnen bepalen. Het instellen van een minimumpremie lijkt dan ook bij de werknemersverzekering de beste oplossing om ervoor te zorgen dat verzekerden met een laag inkomen (waaronder deeltijders) toch een redelijk bedrag aan premie betalen voor het genieten van een ziektekostenverzekering. Deze mogelijkheid wordt later uitgewerkt.

Varianten voor ouderen (O)

Voor personen van 65 jaar en ouder geldt momenteel de Wet-Van Otterloo (nulvariant). Deze wet is bedoeld om voormalig particulier verzekerde ouderen met een laag inkomen in te laten stromen in het ziekenfonds. Voorheen bleven deze personen namelijk in de verzekeringsvorm die ze hadden voordat ze 65 jaar werden. Door het instellen van een toelatingsgrens voor alle ouderen is er echter ook sprake van een uitstroom. Mensen die tot hun 65ste jaar in het ziekenfonds verzekerd waren en na hun 65ste een inkomen boven de toelatingsgrens voor AOW-gerechtigden ontvangen, moeten zich particulier verzekeren.⁴

De verzekeringspositie van personen van 65 jaar en ouder zal in 1997 structureel worden gewijzigd door een verhoging van de toelatingsgrens (TK 1996/1997b). Dit voorstel betreffende de ziekenfondsverzekering is gebaseerd op het principe 'blijf zitten waar je zit'. Dit principe hoopt men te realiseren door de toelatingsgrens fors te verhogen (met ruim 20%). Dit neemt niet weg dat er bij pensionering uitstroom blijft en (vooral) instroom mogelijk wordt.⁵

Voordat de Wet-Van Otterloo in werking trad, droegen zowel het ziekenfonds als de particuliere verzekering zorg voor hun eigen ouderen. Bij pensionering veranderde men niet van ziektekostenverzekering. Deze situatie is gesimuleerd in de eerste variant (O1). Een andere mogelijkheid om ongewenste uittreding uit het ziekenfonds bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd te voorkomen, is het verruimen van de toelatingsgrens. Momenteel is deze grens gebaseerd op een beperkt eindloonsysteem (Ziekenfondsraad 1995a: 24-31). Bij een gunstiger inschatting van de verhouding tussen AOW en aanvullend pensioen zou de toelatingsgrens aanzienlijk hoger komen te liggen.⁶ Daarom is een variant ontwikkeld waarbij de toelatingsgrens is gebracht van 31.450 gulden op 38.300 gulden (O2). In afwijking van het huidige overheidsbeleid terzake, stromen in deze variant ziekenfondsverzekerden niet uit bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd, ook niet wanneer de toelatingsgrens wordt overschreden. Ziekenfondsverzekerden blijven dus bij het bereiken van de AOW-gerechtigde leeftijd daadwerkelijk 'zitten waar ze zitten'. De partnertoets voor de instromende 65-plussers blijft uiteraard intact, evenals het gebruikte inkomensbegrip.⁷

Solidariteitsvarianten (S)

Volgens de gedachte van een solidariteitsverzekering is het ziekenfonds bedoeld voor alle lage- en modale-inkomensgroepen. Huishoudens waarvoor een particuliere ziektekostenverzekering onbetaalbaar is, kunnen in het ziekenfonds terecht. Dit betekent dat de solidariteitsverzekering in twee belangrijke opzichten verschilt van de werknemersverzekering.

- Alleen het inkomen is bepalend voor toelating. Andere factoren, als leeftijd en inkomensbron, spelen geen rol.
- Er moet een ander inkomensbegrip voor de toelatinggrens worden gebruikt om ervoor te zorgen dat bijvoorbeeld ook kleine zelfstandigen kunnen worden opgenomen in de verzekering.

Wat betreft het laatste punt, het inkomensbegrip, kan gekozen worden voor 'het belastbaar inkomen' of 'de belastbare som'. In deze studie is gekozen voor het inkomensbegrip 'belastbare som'. Deze keuze sluit goed aan bij de financiering van het eerste compartiment (de AWBZ). Verder zullen bij deze keuze door de verschillen in belastingvrije voeten, alleenstaanden eerder uitstromen dan meerpersoonshuishoudens. De belastbare som geeft het draagkrachtprincipe in de belastingwetgeving weer, en dit sluit goed aan bij de solidariteitsgedachte. Het draagkrachtprincipe, dat ertoe leidt dat alleenstaanden bij een gelijk belastbaar inkomen meer premie betalen dan meerpersoonshuishoudens, staat echter wel haaks op het equivalentiebeginsel, dat uitgaat van het principe dat premies in verhouding moeten staan tot aanspraken.

Bij het idee van een solidariteitsverzekering kan men uitgaan van individualisering (aangeduid met I), maar meer voor de hand liggend is het om het huishoudensinkomen (H) te nemen, met eventueel verschillende inkomensgrenzen voor verschillende typen huishoudens (eenpersoonshuishoudens en meerpersoonshuishoudens).

Met huishoudensinkomen wordt in dit onderzoek telkens bedoeld het inkomen van de kostwinner en de eventuele partner. Vanwege de gewenste stabiliteit van de kring van verzekerden wordt het inkomen van kinderen niet meegeteld bij het huishoudensinkomen. Wel is het inkomen van kinderen van belang om te bepalen of deze zelfstandig ziekenfondsverzekerd dienen te zijn.

Vanzelfsprekend moet er ook een toelatinggrens worden gekozen. Bij deze varianten zal - met uitzondering uiteraard van de individuele variant - voor het toelatingsinkomen het totaal van de belastbare sommen van de hoofdverzekerde en de partner in aanmerking worden genomen. De premiegrens is steeds gelijk aan de toelatinggrens.

De eerste twee varianten, SI en SH1, gaan uit van een toelatinggrens die, uitgedrukt in de belastbare som, overeenkomt met de toelatinggrens van 1996.⁸ Verder worden de volgende toelatinggrenzen gesimuleerd: 45.325 gulden, het bedrag van de eerste belastingschijf (SH2); 40.300 gulden, overeenkomend met de premiegrens van 1996 (SH3); 26.690 gulden, overeenkomend met 40.000 gulden volgens het toetsinkomen van de nulvariant (SH4); en 57.360 gulden, het bedrag waarbij het aandeel ziekenfondsverzekerden in de bevolking gelijk blijft ten opzichte van de nulvariant (SH5).

Minimumpremievarianten (M)

De gedachte om een minimumpremie in te stellen is gebaseerd op het feit dat personen met een kleine deeltijd baan momenteel erg weinig betalen voor een ziektekostenverzekering via het ziekenfonds. Zij betalen immers de nominale premie plus een zeer lage inkomensafhankelijke premie. Dit wordt - vanuit het solidariteitsbeginsel - als onwenselijk beschouwd waar dit geldt voor partners van particulier verzekerde kostwinners. Wanneer de partner van de 'goedkoop' verzekerde ook ziekenfondsverzekerde is, wordt de kleine betaling voor het zelfstandig verzekerde zijn niet als problematisch ervaren; immers, wanneer de 'goedkoop' verzekerde geheel geen inkomen had, zou hij nog goedkoper meeverzekerde zijn met de partner. Door het verwerven van een (klein) inkomen ontstaan in dit geval niet meer rechten, maar wel meer plichten in de vorm van een procentuele premie. Hetzelfde geldt voor kinderen van ziekenfondsverzekerden die een bijbaantje hebben of vakantiewerk doen en daardoor zelfstandig ziekenfondsverzekerde zijn.

Te overwegen valt om voor iedereen een minimumpremie overeenkomend met de premie bij een inkomen van 70% van het minimumloon in te stellen, waarmee meteen de eerste variant is gegeven (M1). Een andere mogelijkheid is om deze minimumpremie te beperken tot de groep waar zij in wezen voor is bedoeld (M2). Alleen die personen die zonder de betreffende dienstbetrekking bij hun partner particulier meeverzekerde zouden zijn, moeten dan de minimumpremie betalen. Voor personen die zonder de betreffende dienstbetrekking meeverzekerde zouden zijn in het ziekenfonds, blijft de procentuele premie gelden. De tweede variant (M2) is wel moeilijker uitvoerbaar dan de eerste variant (M1).

De minimumpremie heeft alleen betrekking op de werknemerspremie, daarnaast blijft de nominale premie bestaan. De minimumpremie wordt in de varianten gelijkgesteld aan de hoogte van het bedrag aan werknemerspremie voor een alleenstaande met een inkomen van 70% van het minimumloon.

Eigen-betalingvarianten (B)

Op 1 januari 1997 is een systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering ingevoerd. In dit systeem is geen eigen bijdrage voor de huisarts verschuldigd en is de maximale eigen bijdrage nominaal vastgesteld. Het huidige kabinet zal echter de mogelijkheden onderzoeken om een IZA-achtig systeem in te voeren (TK 1996/1997a: 97). Dit betekent dat er mogelijk in afwijking van het bestaande stelsel een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen wordt gesteld en in aanvulling op het bestaande stelsel een eigen bijdrage voor de huisarts zal worden gevraagd.

In VB-groep (1993: 27 en 37) wordt voorgesteld 1% van het belastbaar inkomen te hanteren voor de bepaling van het inkomensafhankelijke maximum (B1). Verder wordt voorgesteld eigen bijdragen van 5 gulden voor gewone huisartsconsulten en 10 gulden voor visites en weekendconsulten en dergelijke te berekenen. Dit komt gemiddeld neer op zo'n f 6,50 per huisartsconsult. In variant B2 is dit bedrag voor alle huisartsconsulten van ziekenfondsverzekerden gesimuleerd, omdat een onderscheid naar type consult niet mogelijk was.

4.2.3 Samengestelde varianten

Bij de samengestelde varianten worden verschillende enkelvoudige varianten gecombineerd tot een samenhangende verzekeringsvariant. Het basisprincipe van het ziekenfonds als werknemersverzekering of solidariteitsverzekering wordt gecombineerd met maatregelen betreffende bijzondere groepen (oudere particulier verzekerden, deeltijders met draagkrachtige partners) en maatregelen betreffende specifieke onderdelen (minimumpremies, eigen betalingen).

Om de gevolgen van de samengestelde varianten goed te kunnen plaatsen, worden er twee extreme situaties weergegeven waarin iedereen ziekenfondsverzekerd is (VVZ) of iedereen particulier verzekerd is (VVP). Ook deze extreme varianten worden, net als de samengestelde varianten, afgezet tegen de nulvariant. De uitkomsten hiervan zullen echter duidelijk minder betrouwbaar zijn, omdat door de grote omvang van de verschuivingen het gedrag van zorgaanbieders, werkgevers en particuliere verzekeraars een relatief grote rol gaat spelen. Deze varianten dienen slechts te worden geïnterpreteerd als een (grof) kader voor de andere varianten.

In alle samengestelde varianten komt er een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen ter hoogte van 1% van het belastbaar inkomen (B1). Verder komt er een eigen bijdrage van f 6,50 voor de huisarts (B2). Om de resultaten goed vergelijkbaar te maken zullen deze twee veranderingen in het eigen-bijdragesysteem ook als afzonderlijke samengestelde variant worden gepresenteerd (VVN), die daarmee als een nulvariant voor de overige samengestelde varianten kan worden gezien.

De werknemersverzekering

Er worden twee samengestelde werknemersvarianten gepresenteerd (VWW1 en VWW2). Om de premiebetalingen meer in overeenstemming te brengen met het aantal begunstigden per polis, wordt in beide varianten de nominale premie verhoogd met 150 gulden (W6) en wordt er een beperkte minimumpremie ingevoerd (M2). De twee werknemersvarianten verschillen op het punt van de toelatingsgrens voor respectievelijk werknemers en ouderen. In de eerste verzekeringsvariant (VWW1) wordt uitgegaan van de in 1996 bestaande toelatingsgrens voor ouderen (nulvariant), maar wordt de toelatingsgrens voor werknemers verlaagd tot de premiegrens 1996 (W3). In de tweede samengestelde werknemersvariant (VWW2) wordt uitgegaan van de bestaande toelatingsgrens voor werknemers (nulvariant), maar wordt een royalere toelatingsgrens voor ouderen in aanmerking genomen, waarbij ziekenfondsverzekerde ouderen niet meer hoeven uit te stromen, maar particulier verzekerde ouderen wel kunnen instromen (O2).

De solidariteitsverzekering

Voor de solidariteitsverzekering wordt één financieringsalternatief uitgewerkt gebaseerd op een individuele basis (VVSI) en één gebaseerd op een huishoudensbasis (VSSH). Beide varianten hebben een toelatingsgrens gelijk aan de grens van de eerste belastingschijf, zoals in SH2. Verder wordt er in de individuele variant een minimumpremie ingesteld voor personen die zonder de betreffende dienstbetrekking bij een partner particulier meeverzekerd zouden zijn (M2).

4.3 Technische uitwerking

In deze paragraaf wordt een technische toelichting gegeven op drie onderdelen van de simulaties. Het betreft de technische aspecten van het simulatiebestand (§ 4.2.2), de nulvariant (§ 4.2.3) en de verzekeringsvarianten (§ 4.2.4). Het gegevensbestand waarmee de simulaties zijn uitgevoerd komt uit 1995. Daarop zijn verschillende bewerkingen uitgevoerd om een actuele nulvariant te verkrijgen. Ten slotte zijn operationele verzekeringsvarianten ontwikkeld die aansluiten op de nulvariant en op het in hoofdstuk 3 ontwikkelde consumptiemodel. Maar eerst worden enkele aspecten besproken betreffende de definitie en indeling van huishoudens (§ 4.2.1).

4.3.1 Huishoudensbegrippen

Huishoudens bestaan in dit onderzoek uit personen van 18 jaar en ouder, hun eventuele partner en inwonende kinderen tot 18 jaar. Met deze definitie van een huishouden vormen bijvoorbeeld (inwonende) kinderen die 18 jaar of ouder zijn een zelfstandig huishouden. Naast dit begrip ‘huishouden’ speelt in dit onderzoek ook nog het begrip ‘polishuishouden’. Hiermee worden alle personen bedoeld die gezamenlijk op een polis staan. Een polishuishouden bestaat uit een hoofdverzekerde en eventuele meeverzekerden. Het is niet vanzelfsprekend dat alle leden van een huishouden dezelfde verzekeringsvorm hebben. Een huishouden kan dus bestaan uit meerdere polishuishoudens. Maar ook omgekeerd kunnen leden uit verschillende huishoudens behoren tot hetzelfde polishuishouden. Dit doet zich bijvoorbeeld voor wanneer een (inwonend) kind van 18 jaar of ouder, bij de ouder(s) is meeverzekerd.

Bij de simulatie van een verzekeringswijziging kan de samenstelling van polishuishoudens veranderen. De te betalen premies, MOOZ- en WTZ-bijdragen en eigen betalingen hangen samen met deze polishuishoudens. Bij de berekening van de financiële gevolgen voor huishoudens zijn de uitgaven aan gezondheidszorg van het hele polishuishouden steeds toegerekend aan de hoofdverzekerde en dus uiteindelijk aan het huishouden waartoe de hoofdverzekerde behoort.

De huishoudens worden bij de presentatie van de resultaten in hoofdstuk 5 ingedeeld naar de hoogte van het secundair inkomen, de samenstelling, de inkomstenbron en de gezondheidstoestand. Het secundair inkomen is vergelijkbaar met het vrij besteedbaar inkomen, en bestaat uit bruto-inkomen uit arbeid, winst, vermogen en uitkeringen minus premies voor de sociale zekerheid en loon- en inkomstenbelasting. De premie voor de ziektekostenverzekering is niet in mindering gebracht op het bruto-inkomen, en moet dus nog uit het secundair inkomen worden betaald. Dat geldt uiteraard ook voor de eventuele eigen betalingen. De eventuele werkgeverspremie voor het ziekenfonds of voor een publiekrechtelijke verzekering is geen onderdeel van het secundair inkomen. De gezondheidstoestand van een huishouden is als 'niet goed' aangemerkt als er in totaal twee of meer aandoeningen voorkomen of als een of meer leden van het huishouden de eigen gezondheidstoestand als ‘slecht’ typeren.

4.3.2 Het gebruikte gegevensbestand

In dit onderzoek zijn verschillende gegevensbestanden gebruikt voor de schattingen en voor de simulaties. De Gezondheidsenquête (GEZ) van het CBS is gebruikt voor het

uitvoeren van de consumptieschattingen (§ 3.2.6). Dit bestand is al besproken in paragraaf 3.2.5. Het heeft echter enkele nadelen voor het gebruik bij simulaties. De steekproef is vrij klein, waardoor uitspraken over kleine veranderingen in de kring van verzekerden minder goed mogelijk zijn. Verder bevat het slechts summiere gegevens over netto- en bruto-inkomens.

De simulaties zijn daarom verricht op een ander bestand, het Aanvullend voorzieningen-gebruik onderzoek 1995 (AVO'95). Dit is ook gebruikt voor de schatting van het eigen-risicomodel (§ 3.3.2). Het AVO is opgezet voor het verkrijgen van inzicht in het gebruik van een groot aantal maatschappelijke en culturele voorzieningen door de Nederlandse bevolking. Daartoe bevat het niet alleen veel gebruiksgegevens, maar ook veel informatie over kenmerken van de respondenten, waaronder het inkomen.⁹

Het SCP beschikt over een standaardinkomenstraject, dat uniforme inkomensbegrippen construeert en weegfactoren voor personen en huishoudens genereert. De weging zorgt ervoor dat de steekproef representatief wordt voor Nederland voor de verdelingen van vijf kenmerken, te weten leeftijd, geslacht, inkomensbron, huishoudenstype en gemeentegrootte. Dit inkomenstraject is op het AVO'95 toegepast.¹⁰

De ziektekostenverzekering is per persoon gevraagd, met vragen naar premie en eventueel eigen risico bij de persoon op wiens naam een eventuele particuliere verzekering staat. De gezondheidstoestand is gemeten via veertien specifieke aandoeningen. Dit zijn er iets minder dan in de GEZ. De variabelen met betrekking tot de gezondheidstoestand die wel in de GEZ maar niet in het AVO aanwezig zijn, zijn op het AVO bijgeschat met behulp van Probit-analyses op de GEZ. Ditzelfde geldt voor de gezondheidsvariabelen van kinderen tot zes jaar, van wie in het AVO slechts weinig gegevens beschikbaar zijn. Bij verzekerden met een publiekrechtelijke ziektekostenverzekering is steeds de IZA-regeling gesimuleerd, die ongeveer driekwart van het totaal aan publiekrechtelijk verzekerden omvat.

Het bruto gegevensbestand van het AVO'95 bestaat in beginsel uit 7.563 huishoudens. Het gaat daarbij om huishoudens volgens de beperkte definitie, waarin 'thuiswonende kinderen' van 18 jaar en ouder als zelfstandig huishouden zijn aangemerkt. De inkomensbegrippen maken simulatie van veranderingen in de toelatingsregels voor het ziekenfonds in het algemeen goed uitvoerbaar. Bij sommige huishoudens zijn de gegevens echter onvoldoende of inconsistent. Het bestand dat gebruikt is voor de simulaties, het *simulatiebestand*, beslaat daarom minder huishoudens. Verwijderd zijn:

- huishoudens met onvoldoende of inconsistente gegevens over inkomen of verzekeringsvorm;
- studenten (personen die studiefinanciering 18+ ontvangen);
- huishoudens zonder enige vorm van inkomen.

Studenten zijn om technische redenen niet meegenomen in het simulatiebestand.¹¹ De huishoudens zonder enige vorm van inkomen zijn niet opgenomen in het simulatiebestand, omdat het voor deze groep onmogelijk is koopkrachteffecten te berekenen. Bovendien is onduidelijk wie de kosten van een ziektekostenverzekering zou moeten dragen.

Het uiteindelijke simulatiebestand bestaat uit 6.644 huishoudens, dat representatief genoemd kan worden naar verzekeringsvorm.

4.3.3 De nulvariant

Algemeen

In de nulvariant is getracht zo goed mogelijk de situatie in 1997 na te bootsen. Echter, de premies, tarieven en kosten waren ten tijde van het onderzoek nog niet bekend voor 1997. Hiervoor moest worden volstaan met gegevens uit 1996. In 1997 is het systeem van eigen betalingen binnen de verschillende verzekeringsvormen ingrijpend gewijzigd. Deze wijziging is al wel verrekend in de nulvariant. De steekproefgegevens laten verder slechts toe dat de bevolking van 1995 wordt ingedeeld naar de verzekeringsvorm van 1996.

Bij de nulvariant zijn derhalve de volgende uitgangspunten gehanteerd.

- De nulvariant heeft betrekking op de bevolking (demografie) in 1995.
- De nulvariant heeft betrekking op de kring van verzekerden in 1996.
- De nulvariant bevat kosten en tarieven van de zorg in 1996.
- De nulvariant bevat premies, MOOZ- en WTZ-bijdragen van 1996.
- De nulvariant bevat het systeem van eigen betalingen in 1997.

De invulling van deze uitgangspunten wordt hierna toegelicht.

De nulvariant beschrijft de bevolking naar demografische, sociale en economische kenmerken in 1995. Deze keuze vloeit voort uit het basisbestand voor de simulaties, het AVO'95, dat de situatie in 1995 weergeeft.

In de nulvariant wordt echter uitgegaan van de kring van verzekerden in 1996. Immers, voor de verzekeringsvorm in 1996 is het inkomen van 1 november 1995 bepalend. De verzekeringsvorm 1997 is niet gesimuleerd, omdat dit onder meer een gedetailleerde kennis van de ontwikkeling van het toetsingsinkomen voor het ziekenfonds zou vergen. De personen in het AVO'95 zijn op hun inkomen getoetst aan de loongrens 1996 voor de afbakening van ziekenfonds- en andere verzekerden.

In de nulvariant wordt gerekend met kosten en tarieven van medische dienstverlening voor 1996. De kostprijzen 1996 zijn afgeleid door eerst de macrokosten in 1995 (TK 1996/1997a) en de macroconsumptie (berekend op het simulatiebestand in de nulvariant) per zorgvoorziening op elkaar te delen. Dit is afzonderlijk gebeurd voor ziekenfonds- en andere verzekerden. Vervolgens zijn deze kostprijzen omgezet naar 1996 door gebruik te maken van de tariefstijgingen per voorziening. Deze zijn benaderd via raadpleegsystemen van het landelijk informatiecentrum van de zorgverzekeraars, Vektis. In deze systemen zijn de meest recente tariefveranderingen opgenomen. Bij ziekenhuizen is sprake van een verhoging van 6%, bij de andere voorzieningen is de wijziging hooguit 3%.¹² Bij grote verschuivingen in de verhouding van ziekenfondsverzekerden en anderen, kan ook de verhouding van de tarieven voor deze groepen veranderen. Dit is echter in dit onderzoek niet gesimuleerd.

In de nulvariant wordt rekening gehouden met de structurele veranderingen in het systeem van eigen betalingen in 1997. Het betreft de invoering van eigen bijdragen in het ziekenfonds en een minimaal eigen risico in de particuliere ziektekostenverzekering. In het ziekenfonds is in 1997 een stelsel van eigen bijdragen ingevoerd.¹³ Deze zijn van kracht voor een deel van de in dit onderzoek meegenomen zorgvoorzieningen: de specialist, medicijnen, de fysiotherapeut en het ziekenhuis. De tarieven zijn vastgesteld

op 20% van de werkelijke kosten, maar het ziekenhuis is hiervan uitgezonderd met een bijdrage per ligdag van 8 gulden. De huisarts en de tandarts zijn nadrukkelijk uitgesloten van eigen betalingen.

Het maximum aan deze eigen betalingen is in principe 200 gulden per polishuishouden, dus voor de hoofdverzekerde en de eventuele meeverzekerden tezamen. Hierop geldt echter een groot aantal uitzonderingen. Ontvangers van een aantal minimumuitkeringen (AOW, AAW, ANW, ABW, IOAW, IOAZ en TW) krijgen te maken met een maximum van 100 gulden. Hierbij zij opgemerkt dat verreweg de meeste bejaarden individueel een AOW-uitkering ontvangen en daarmee in een groot aantal gevallen geen meeverzekerde partner hebben. Voor hen valt het lagere maximum in de praktijk dus vaak samen met een kleine omvang van het polishuishouden.¹⁴ Ook zij hier aangestipt dat er niet wordt gekeken naar overig inkomen naast de minimumuitkering. Naast deze groepen zijn er nog enkele kleinere, in het AVO niet te identificeren groepen met een maximum van 100 gulden.

Voor de groep personen met een maximum van 200 gulden die geen meeverzekerden hebben, geldt een andere uitzonderingsregel. Indien zij drie jaren aaneengesloten het maximum (in hun geval dus 200 gulden) halen, krijgen ze een eenmalige compensatie van 90 gulden. Voor de eerste twee jaren in het bestaan van deze regeling (in 1997 en 1998) geldt een ingroeieregeling, die hier niet nader wordt besproken.

De standaardpakketpolissen zullen in 1997 een algemeen eigen risico kennen van 200 gulden per polis. Alleenstaanden betalen echter maximaal 100 gulden aan eigen bijdragen. Het specifieke eigen risico van 150 gulden (of 300 gulden bij meeverzekerden) voor de specialist vervalt hierbij.

De overheid streeft ook naar een eigen risico van minimaal 200 gulden voor particuliere maatschappijpolissen. Een derde deel van de zorgverzekeraars is al overgegaan tot zo'n minimaal eigen risico. De rest zal hiertoe naar verwachting in 1997 overgaan (TK 1995/1996b). In principe blijft een verzekering zonder eigen risico echter mogelijk. Ook herverzekering van een eigen risico is niet uitgesloten.

Specifiek

In de nulvariant moesten technische oplossingen worden gevonden voor problemen betreffende de afbakening van de kring van verzekerden, de keuze van het eigen risico van maatschappijpolishouders, de invloed van de invoering van eigen bijdragen in het ziekenfonds op de medische consumptie in 1997, de gevolgen van de verandering in regelgeving in 1996 op de hoogte van de premies en eigen betalingen, de berekening van de werkgeversvergoeding ziektekostenverzekering en het omrekenen van prijzen en inkomens naar 1996. Deze technische aspecten worden nu kort besproken.

Kring van verzekerden

De verzekeringsvorm in de nulvariant is afgeleid uit de confrontatie van regelgeving in 1996 en kenmerken van huishoudens in het simulatiebestand. Bij deze confrontatie moesten soms aanvullende veronderstellingen worden gemaakt. Als iemand particulier verzekerd is, is nog niet duidelijk of dit via een maatschappijpolis of een standaardpakketpolis is. Bij bejaarden is aangenomen dat zij allen een standaardpakketpolis hebben.¹⁵ Dit is voor hen vrijwel altijd voordeliger dan een maatschappijpolis. Bij de

categorie personen onder de 65 jaar is steeds aangenomen dat zij een maatschappijpolis hebben.¹⁶

Eigen risico

Bij de meeste verzekeringsvormen ligt het eigen risico in 1997 vast. Alleen particulier verzekerden met een maatschappijpolis kunnen - in theorie - kiezen voor een eigen risico van minimaal 200 gulden. De keuze van dit eigen risico is geschat op basis van het model uit hoofdstuk 3, dat gebaseerd is op de situatie in 1995. Er is nadrukkelijk gebruikgemaakt van een *geschat* eigen risico in de nulvariant. Bij de simulaties is namelijk de mogelijke verandering in het eigen risico de belangrijkste oorzaak van een verandering in de zorgconsumptie. Deze verandering wordt het best geschat als de eigen risico's in de nulvariant en in de verzekeringsvariant op consistente wijze verkregen zijn. Een probleem is dat de geneesmiddelen in 1996 aan het basispakket zijn toegevoegd. Aangenomen wordt evenwel dat slechts weinig verzekerden daarin aanleiding hebben gevonden om een andere polis te kiezen, waarmee de gevolgen voor de uitkomsten van de simulaties verwaarloosd kunnen worden. De te betalen premie is bepaald op grond van de premietabellen 1996 (zie bijlage B). Het eigen risico mag dan in een vroeger stadium zijn gekozen, de verzekeraar brengt uiteraard wel de geldende premie in rekening.

Consumptie

De medische consumptie in de nulvariant is bepaald op basis van het consumptiemodel uit hoofdstuk 3, rekening houdend met de eigen risico's die hiervoor zijn beschreven. Door gebruik te maken van informatie over de verdeling van de consumptie van zorg van polishuishoudens met bepaalde kenmerken (zie hoofdstuk 3), wordt voor elk polishuishouden de kans bepaald dat de consumptie het betalingsmaximum van het polishuishouden overschrijdt. Aan de hand van deze kans wordt de marginale prijs bepaald (zie hoofdstuk 3). Vervolgens wordt de consumptie geschat, waarbij deze marginale prijs een verklarende factor is.¹⁷

Premies en eigen betalingen

De premies in de nulvariant zijn gelijk aan die van 1996. In afwijking van het in 1996 geldende stelsel is echter de nominale premie voor het ziekenfonds met 110 gulden verlaagd in verband met de invoering van eigen betalingen in 1997. Bij de eigen betalingen is rekening gehouden met de compensatieregeling in het ziekenfonds voor personen die langdurig veel consumeren. Volgens deze compensatieregeling wordt voor ziekenfondsverzekerden die drie jaar aaneengesloten hun betalingsmaximum behalen, in het derde jaar geen maximum van 200 gulden maar van 110 gulden in rekening gebracht. Hoewel hiervoor in 1997 en 1998 een overgangsregeling van kracht is, wordt in de nulvariant uitgegaan van de definitieve regelgeving voor 1999 en later.¹⁸ Voor publiekrechtelijk verzekerden is de IZA-regeling gesimuleerd. Omdat het IZA-pakket wat groter is dan het ziekenfondspakket (o.a. voor tandheelkundige hulp), wordt van de IZA-premie in dit onderzoek het gedeelte genomen dat overeenkomt met het ziekenfondspakket.¹⁹

Werkgeversvergoeding

Particulier verzekerde werknemers krijgen in veel gevallen een tegemoetkoming in de particuliere-verzekeringspremie van hun werkgever. Aangezien deze vergoeding niet bekend is in het simulatiebestand, is dit bedrag in de nulvariant berekend. Bij particulier verzekerde ambtenaren is deze vergoeding eenvoudig te berekenen, aangezien zij recht hebben op een vast (netto)bedrag, vermeerderd met eenzelfde bedrag voor een eventuele meeverzekerde partner en lagere bedragen voor eventuele meeverzekerde kinderen.²⁰ Moeilijker te bepalen is de vergoeding die werkgevers in de marktsector aan hun particulier verzekerde werknemers betalen.²¹ Hiervoor bestaat geen centrale regeling. Daarom is gebruik gemaakt van het Sociaal-economisch panelonderzoek 1989 van het CBS, een van de weinige bronnen met informatie over de werkgeversvergoeding van particulier verzekerden. Daaruit blijkt dat circa 60% van de particulier verzekerde werknemers in de marktsector een tegemoetkoming van de werkgever ontvangt. De hoogte van het bedrag hangt af van de aanwezigheid van een meeverzekerde partner en van meeverzekerde kinderen. De vergoeding bedraagt echter minder dan de helft van de feitelijk gemaakte kosten. In de nulvariant ontvangt een willekeurig gekozen groep van 60% van de particulier verzekerde werknemers in de marktsector die zelf hoofdverzekerde zijn, een vergoeding.

Prijs- en inkomensniveau

Alle prijzen en inkomens zijn op het niveau van 1996 gebracht. De kosten en tarieven van medische dienstverlening zijn op het niveau van 1996, zoals eerder in deze paragraaf vermeld. Bij de toetsing van inkomens aan de toelatingsgrens van 1996 zijn conform het toelatingscriterium van het ziekenfonds de inkomens van 1995 uit het AVO gebruikt. Bij de berekening van premies en de afleiding van koopkrachteffecten uit het secundair inkomen is uitgegaan van inkomens die zijn geïndexeerd naar 1996. Hiervoor is de ontwikkeling van het wettelijk minimumloon van 1995 op 1996 gebruikt (bruto + 1,5%, netto + 2,5%). Het wettelijk minimumloon was in deze periode immers gekoppeld aan de regelingslonen en is daarmee representatief voor de algehele inkomensontwikkeling.

4.3.4 De simulaties

Niet alleen in de nulvariant, maar ook bij de doorrekening van de verschillende verzekeringsvarianten moesten technische oplossingen worden gevonden voor problemen betreffende de gevolgen voor de verzekeringsvorm, de gevolgen voor de keuze van eigen risico's, de invloed van wijzigingen in eigen betalingen op de medische consumptie, de gevolgen voor premies en eigen betalingen, de keuze van de werknemerspremie bij solidariteitsvarianten, de gevolgen voor de werkgeversvergoeding ziektekostenverzekering en de budgettaire gevolgen. Deze technische aspecten worden nu kort besproken.

Kring van verzekerden

De kring van verzekerden is bij de meeste varianten eenvoudig te bepalen. De gesimuleerde regelgeving wordt toegepast op de kenmerken van de personen in het simulatiebestand, uitgaande van de nulvariant. Problemen ontstaan er bij de toetreding tot de particuliere-verzekeringmarkt. Indien een verandering van een polishuishouden leidt tot nieuwe particulier verzekerden, is de keuze tussen een maatschappijpolis en een standaardpakketpolis gemaakt op grond van een vergelijking tussen relevante premies. Deze afweging wordt geacht in het voordeel van de standaardpakketpolis uit te vallen wanneer de hoofdverzekerde 55 jaar is of ouder. Jongere hoofdverzekerden zijn goedkoper uit met een maatschappijpolis, en worden geacht daarvoor te kiezen.²² De varianten voor ouderen, waarin is aangenomen dat men bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd niet van verzekeringsvorm verandert (O1) of waarin is aangenomen dat als men op dat moment in het ziekenfonds zit, men vervolgens in het ziekenfonds blijft (O2), behoeven nadere uitleg. Het gaat hierbij om het inschatten van de verzekeringsvorm van ouderen voordat zij de 65-jarige leeftijd bereiken. Hiertoe zijn overgangskansen tussen verzekeringsvormen berekend met behulp van het Woningbehoefteonderzoek 1993 (WBO'93) van het CBS, die vervolgens zijn toegepast op de huishoudens in het simulatiebestand. Dit is als volgt uitgevoerd. De verzekeringsvorm van ouderen werd vanaf 1986 tot en met 1993 (en dus in het WBO'93) bepaald op grond van de Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ). De WTZ bepaalt dat men na het bereiken van de 65-jarige leeftijd de verzekeringsvorm behoudt die men daarvoor had. Dit vormt het uitgangspunt van de berekeningen. Vervolgens is op het WBO'93 een simulatie van de Wet-Van Otterloo uitgevoerd. Voor alle ouderen in het bestand wordt daarmee bekend hoe zij verzekerd (zouden) zijn in de oude (vóór Van Otterloo) en de nieuwe (na Van Otterloo) situatie.²³ Daarna is telkens voor personen met bepaalde kenmerken de overgangskans bepaald van de nieuwe naar de oude situatie.²⁴ Met behulp van deze overgangskansen is voor de ouderen uit het simulatiebestand de verzekeringsvorm gesimuleerd die zij hadden voordat ze de 65-jarige leeftijd bereiken. Deze gesimuleerde verzekeringsvorm is vervolgens voor de relevante verzekeringsvarianten gebruikt.

Eigen risico

De keuze voor een eigen risico komt slechts bij de maatschappijpolis aan de orde. In de nulvariant hebben de particulier verzekerden met een maatschappijpolis een eigen risico moeten kiezen. In enkele verzekeringsvarianten kunnen deze verzekerden opnieuw een keuze voor een eigen risico maken, bijvoorbeeld wanneer een meeverzekerde uit het polishuishouden uitstroomt. Ook kunnen anderen instromen in dit deel van de particuliere verzekering van maatschappijpolishouders en zo voor het eerst voor deze keuze komen te staan.

Dit keuzeproces is in twee opzichten anders gemodelleerd dan in de nulvariant. In de eerste plaats is nu *geen* rekening gehouden met periode-effecten, die de keuze in het verleden mede hebben bepaald. Dit kan als volgt worden gemotiveerd. Consumenten moeten in de verzekeringsvarianten kiezen op grond van actuele gegevens.²⁵ Bij de schatting van het eigen-risicomodel is echter impliciet rekening gehouden met het feit dat ouderen hun keuze vaak in het verleden hebben bepaald, in een periode dat onder

meer het aanbod van eigen risico's beperkt was. Om dit periode-effect bij de simulatie te vermijden, is het keuzegedrag van personen boven de 35 jaar in de simulaties gelijkgesteld aan dat van personen van 35 jaar.

In de tweede plaats is de keuze van eigen risico's bepaald op grond van de premies die in 1996 bij verschillende eigen risico's golden. Hiermee samenhangend is de verwachte consumptie in de verzekeringsvarianten berekend inclusief medicijnen, die immers vanaf 1996 onderdeel uitmaken van het tweede compartiment.

Consumptie

De consumptie blijft in een verzekeringsvariant gelijk aan de consumptie in de nulvariant, indien het polishuishouden niet verandert en de te betalen prijzen (eigen betalingen) gelijk blijven. Bij veranderingen in het systeem van eigen betalingen wordt de consumptie van 'prijsgevoelige' voorzieningen opnieuw geschat. Hieruit volgt dan een nieuw consumptieniveau voor het polishuishouden.

Bij veranderingen in de kring van verzekerden spelen twee effecten een rol. Enerzijds zal door een ander eigen-betalingsstelsel ook in dit geval de consumptie van prijsgevoelige voorzieningen veranderen, anderzijds kan de verzekeringsvorm (bij medicijnen) ook een zelfstandige invloed hebben (zie hoofdstuk 3). Voor de betreffende voorzieningen wordt de consumptie dan opnieuw geschat.

De nieuwe schatting verloopt uiteraard op dezelfde manier als in de nulvariant.²⁶ Door het gebruik van nieuwe prijzen, nieuwe samenstellingen van polishuishoudens en veranderingen in de maxima aan eigen betalingen kan de effectieve marginale prijs veranderen (zie hoofdstuk 3). Dit leidt in het algemeen tot een andere consumptie, niet alleen door de (significante) prijseffecten maar ook door verwijseffecten.

Premies en eigen betalingen

De verzekeringsvarianten worden in twee versies gepresenteerd. In de versie zonder verrekening blijven de ziekenfondspremies in principe onveranderd. Er worden geen veronderstellingen gemaakt over de wijze waarop resulterende overschotten of tekorten bij de ziekenfondsen worden opgevangen.

In de versie met verrekening worden de premies zodanig aangepast dat voor de ziekenfondsen per saldo geen budgettaire effecten ontstaan. De aanpassing gebeurt in de meeste verzekeringsvarianten door een algehele proportionele verandering in de premies voor werkgevers en werknemers. In bepaalde gevallen wordt hiervan afgeweken en verandert alleen de procentuele werknemerspremie. Dit gebeurt bij de varianten waarin de eigen bijdragen worden veranderd (B1 en B2), waarin een afwijkend premiepercentage voor 'alleenstaanden' wordt gesimuleerd (W5), waarin de nominale premie wordt verhoogd (W6) en waarin een minimumpremie voor werknemers wordt geïntroduceerd (M1 en M2). Bij de solidariteitsvarianten (S) vervalt de werkgeverspremie in zijn geheel en vindt alleen verandering van de procentuele werknemerspremies plaats. Uiteraard gelden deze afwijkingen ook voor samengestelde varianten voorzover daarin een of meer van voornoemde elementen is verwerkt.

In de nulvariant geldt de premiegrens van 1996, die voor mensen in het ziekenfonds die jonger zijn dan 65 jaar, lager is dan de toelatingsgrens. Dit verandert alleen in de solidariteitsvarianten, in sommige werknemersvarianten (W3 en W4) en in de

samengestelde varianten die een van deze elementen bevatten.

De premies van de maatschappijpolissen worden in de verschillende verzekeringsvarianten niet veranderd. Over het gedrag van de verzekeraars is immers weinig bekend. Omdat de premies afhangen van leeftijd en samenstelling van het polishuishouden, is hier aangenomen dat wijzigingen in de populatie verzekerden zichzelf betalen. Ook voor de publiekrechtelijke verzekeringen zijn de premies gelijk gehouden.

Ten slotte worden eventuele extra uitgaven van verzekeraars voor toegenomen uitvoeringskosten (bv. door het toevoegen van huisartsenhulp aan het eigen-bijdragestelsel in het ziekenfonds) niet in de premies verdisconteerd.

Keuze van werknemerspremie bij solidariteitsvarianten

In de verzekeringsvarianten die zijn gebaseerd op de solidariteitsgedachte komt de werkgeverspremie voor het ziekenfonds (5,65% in de nulvariant) in haar geheel te vervallen. In de versie met verrekening van budgettaire effecten komt het verschil voor rekening van de werknemers; zij betalen zowel de voormalige werkgevers- als de werknemerspremie.

In de versie zonder verrekening wordt bij de solidariteitsvarianten ook de premie gewijzigd ten opzichte van de nulvariant. De werknemerspremie van bejaarden en niet-bejaarden, die onderling verschillen in de nulvariant, moeten hierbij immers op één lijn gebracht worden. Er is gekozen voor een uniforme werknemerspremie van 4%, omdat deze de koopkracht van bejaarde en niet-bejaarde ziekenfondsverzekerden het minst verandert.²⁷

Werkgeversvergoeding

Wanneer huishoudens in een variant particulier verzekerd worden, wordt de werkgeversvergoeding berekend op dezelfde manier als in de nulvariant.²⁸

In werkelijkheid is het echter goed denkbaar dat werkgevers zich bij een nieuwe kring van verzekerden anders gaan gedragen. Vooral bij stelselwijzigingen waarbij de werkgeverslasten fors omlaaggaan, zal de bereidheid om vrijwillig een vergoeding aan werknemers toe te kennen mogelijk toenemen. Dergelijk gedrag is echter niet gemodelleerd.

Wettelijke bijdragen

De MOOZ- en WTZ-omslagbijdragen worden in alle verzekeringsvarianten aangepast aan de eventuele nieuwe verhouding tussen groepen verzekerden.²⁹ De MOOZ-bijdragen worden zo aangepast dat de MOOZ-opbrengst per oververtegenwoordigde bejaarde in het ziekenfonds gelijk blijft. Bij de WTZ is ervan uitgegaan dat de kosten van verzekerden met standaardpakketpolissen gedekt worden uit de inkomsten van de WTZ-bijdragen en de premies voor de standaardpakketpolissen.

Verrekening van belastingeffecten

De werkgeverspremie voor het ziekenfonds en de tegemoetkoming ziektekosten bij particulier verzekerden maken deel uit van de grondslag voor de loon- en inkomstenbelasting en de werknemerspremies volksverzekeringen. Bij veel varianten verandert deze grondslag door een premieverandering in het ziekenfonds of door een verandering in de kring van verzekerden. Dergelijke veranderingen in de opbrengst van de belasting- en volksverzekeringspremies zijn in dit onderzoek telkens gecompenseerd door een bijstelling van het tarief in de eerste belastingschijf.

Noten

- 1 Dit sluit op de volgende manier aan bij de gebruikte gegevens uit het AVO'95. De opgegeven inkomens uit 1995 worden vergeleken met de toelatingsgrens voor 1996, conform het toelatingscriterium voor 1996. Verder zijn ook de WTZ- en MOOZ-bijdragen gelijkgesteld aan het niveau van 1996.
- 2 In dit Cahier wordt het begrip 'nominale premie' gebruikt. Verondersteld wordt echter dat wijzigingen in de nominale *rekenpremie*, die door de overheid wordt vastgesteld direct doorwerken in de nominale premie die ziekenfondsen hun verzekerden in rekening brengen.
- 3 Bij bijvoorbeeld financiering via de rijksbijdrage zal een verandering van het tarief van de eerste schijf van de inkomstenbelasting andere gevolgen hebben voor de huishoudens dan een verandering van het algemene BTW-tarief of een specifiek accijnstarief.
- 4 De toelatingsgrens voor AOW-gerechtigden is zodanig vastgesteld dat die vergelijkbaar is met de toelatingsgrens voor werknemers. De bedoeling is immers dat ZFW-verzekerden bij pensionering in het ziekenfonds blijven. Dit geldt, door de grote variëteit aan pensioenregelingen, echter niet voor alle werknemers (Ziekenfondsraad 1995a).
- 5 Als overgangsmaatregel is de toelatingsgrens voor AOW-gerechtigden per 1 januari 1997 structureel verhoogd van 31.450 gulden in 1996 naar 35.300 gulden in 1997, om op 1 juli 1997 uit te komen op 38.300 gulden. Met deze overgangsmaatregel is bij de nulvariant geen rekening gehouden.
- 6 Uitgaande van een inbouw van 10/7 van de 'geschoonde' AOW-uitkering voor alleenstaanden in 1995 komt het aanvullend pensioen uit op 70% van (loongrens - 10/7 AOW-gehuwden) = 70% van (58.950 - 23.160) = 25.050 gulden (Ziekenfondsraad 1995a: 29). Daarbij wordt de AOW-uitkering voor gehuwden (12.640 gulden) opgeteld, waardoor de toelatingsgrens komt op 37.690 gulden in 1995. Wanneer dit bedrag voor 1996 aangepast wordt via de algemene toelatingsgrens, resulteert dat in 38.170 gulden voor 1996. Overigens halen velen dit resultaat niet door breuken in de pensioenopbouw of onvoldoende pensioenjaren.
- Men kan ook kiezen voor een geheel andere systematiek voor de vaststelling van een toelatingsgrens voor 65-plussers, gebaseerd op netto-inkomens. Wanneer uitgegaan wordt van een gehuwde werknemer in tariefgroep 2, ontstaat bij een toelatingsgrens van 59.700 gulden in 1996 een netto-inkomen van 37.640 gulden. Daaruit ontstaat na brutering een toelatingsgrens voor gehuwde 65-plussers van 46.310 gulden bij 100%-koppeling van netto-inkomens en 31.765 gulden bij 70%-koppeling. Deze lagere grens bij 70%-nettokoppeling dan bij 70%-brutokoppeling ontstaat door het gunstiger bruto-nettotraject voor 65-plussers.
- 7 Tot het toelatingsinkomen is zowel in de nulvariant als in de verzekeringsvarianten het inkomen uit particuliere pensioenregelingen gerekend (lijfrente). Het beschikbare gegevensbestand (AVO'95) laat afsplitsing van dit bestanddeel uit het totaal van pensioeninkomsten niet toe.
- 8 De omrekening is gebaseerd op de situatie voor een eenverdiener zonder individuele fiscale aftrek- en bijtelposten.
- 9 Het AVO'95 is een landelijk steekproefonderzoek onder huishoudens, waarbij alle leden zijn ondervraagd. Uitgesloten zijn personen in inrichtingen en tehuizen en de varende en rijdende bevolking. Uit een brutosteekproef van 10.500 adressen heeft een respons geresulteerd van 6.421 adressen. De voornaamste redenen voor non-respons zijn weigering (bijna 2.200 adressen) en fout adres (bijna 700 uitgesloten adressen).
- 10 Voor een aantal variabelen in het AVO heeft bijschatting van ontbrekende waarden plaatsgevonden. Per variabele wordt hierbij nagegaan welke andere variabelen grote samenhang vertonen met de bij te schatten variabele. Vervolgens wordt via gelijkenis op die andere variabelen een donor binnen het AVO gezocht. Van deze donor wordt de waarde overgezet naar de respondent van wie de waarde ontbreekt. Voor dit onderzoek is belangrijk dat dit proces met name heeft plaatsgevonden voor inkomensvariabelen.
- 11 Reden is dat zij in veel gevallen bij de ouders meeverzekerd zijn, of in de hier te simuleren varianten meeverzekerd kunnen worden terwijl de betreffende ouders in het simulatiebestand onbekend zijn.
- 12 Voor de weging van de tarieven van verschillende specialismen is gebruikgemaakt van de aantallen fulltime specialisten in 1991 (NZI 1992).
- 13 Zie brief van de minister van VWS aan Zorgverzekeraars Nederland, 1 juli 1996.
- 14 Het algemene regime voor ontvangers van een minimumuitkering in het ziekenfonds (verlaging van het betalingsmaximum tot 100 gulden) blijft in de SH-varianten bestaan. Ziekenfondsverzekerde AOW-ontvangers hebben in de nulvariant doorgaans geen meeverzekerde partner, maar in de SH-varianten zijn veel samenwonende bejaarden gezamenlijk verzekerd op een polis. Voor deze groep zou het maximum op 200 gulden kunnen worden gesteld, maar dan zou wel weer onderscheid moeten worden gemaakt tussen alleenstaande en andere AOW-ontvangers. In dit onderzoek is dit niet gebeurd.

15 Alleen voor 65-plussers die bij een jongere partner zijn meeverzekerd, is aangenomen dat zij een
 maatschappijpolis hebben. Over collectieve contracten via werkgevers, waarbij werknemers een
 maatschappijpolis voordelig kunnen nemen en houden tot na hun vijftenzestigste jaar, is geen informatie
 beschikbaar.

16 Zoals reeds eerder is opgemerkt, zijn studenten buiten beschouwing gelaten.

17 Deze schatting bevat ook een *random* deel voor de onverklaarde variantie. Door deze stochastische
 benadering komt de verdeling van de consumptieniveaus van identieke huishoudens beter overeen met
 de werkelijkheid.

18 Dit is als volgt gedaan. Bij de schatting van de consumptie is de verdeling van consumptieniveaus per
 persoon bekend. Deze verdeling hangt af van kenmerken van de persoon, zoals de gezondheidstoestand,
 het geslacht en de leeftijd. Uit de verdeling van de consumptieniveaus van personen binnen het
 polishuishouden is de verdeling van consumptieniveaus van het gehele polishuishouden bepaald. Uit
 deze laatste (opgetelde) verdeling zijn drie willekeurige trekkingen verricht. Wanneer al deze
 trekkingen leiden tot het volmaken van de 200 gulden, is aangenomen dat dit huishouden compensatie
 krijgt. Formeel moet hierbij worden opgemerkt dat mogelijke volgtijdelijkheid van hoge en lage
 consumptieniveaus in opeenvolgende jaren in deze benadering geen recht wordt gedaan. Hierover is
 geen informatie beschikbaar, omdat de GEZ geen panelonderzoek is.

19 Volgens de Werkgroep ziektekosten (1995: 34) zouden voor het IZA de werknemerspremie met 0,63%
 moeten dalen, de werkgeverspremie met 0,23% en de gemiddelde eigen betalingen met 87 gulden om
 zo een premiebeeld te verkrijgen dat overeenkomt met de aanspraken van het ziekenfondspakket. Uit
 contact met het IZA blijkt dat dit zowel voor 1995 als 1996 gold.

20 Voor deeltijders geldt een naar werktijd evenredig deel van de vergoeding van voltijders.

21 Opgemerkt kan worden dat deze particulier verzekerde werknemers in de nulvariant een relatief hoog
 inkomen genieten (per definitie boven de ziekenfondsgrens) en dat een fout in deze vergoeding daardoor
 tot slechts een kleine fout in koopkrachteffecten leidt. Deze redenering gaat echter niet op bij varianten
 waarin de loongrens voor het ziekenfonds ver omlaaggaat.

22 Het acceptatiegedrag van verzekeraars ten aanzien van minder gezonde mensen kan op basis van de
 beschikbare gegevensbronnen niet worden geanalyseerd. Hiermee kon dan ook geen rekening worden
 gehouden bij de simulaties.

23 Voor personen die in 1986 al 65 jaar of ouder waren, wordt de verzekeringsvorm ingeschat die zij
 hadden nadat de WTZ in werking was gesteld. Met de WTZ werd het vrijwillige ziekenfonds voor
 bejaarden afgeschaft. De bejaarden die destijds via dit vrijwillige ziekenfonds waren verzekerd, werden
 opgenomen in het verplichte ziekenfonds.

24 Voor de kostwinners zijn de volgende kenmerken in beschouwing genomen: verzekeringsvorm onder de
 Wet-Van Otterloo, de inkomensgroep (groepen ingedeeld naar secundair huishoudensinkomen),
 huishoudensamenstelling (alleenstaand, paar van twee bejaarden, paar van een bejaarde en een
 niet-bejaarde) en een indicator voor het al dan niet hoger zijn van het individuele inkomen dan de Van
 Otterloo-grens. Alleenstaand kan hier ook betekenen dat de bejaarde, partner is van een zelfstandig
 verzekerde niet-bejaarde. De zelfstandig verzekerde niet-bejaarde persoon ondervindt geen invloed van
 de Wet-Van Otterloo en is dan ook buiten de analyse gelaten. De Wet-Van Otterloo heeft wel invloed
 op niet-bejaarde afhankelijke partners van bejaarden. Deze groep niet-bejaarden is ook meegenomen in
 de analyse. Voor de niet-kostwinnende partners is naast de al genoemde kenmerken ook de
 (gesimuleerde) verzekeringsvorm van de kostwinnende partner onder de WTZ als kenmerk opgenomen.

25 Hierbij wordt uitgegaan van premietabel B3 in bijlage B voor volledig nieuwe polishuishoudens met
 een maatschappijpolis. Tabel B2 wordt gebruikt wanneer het nieuwe polishuishouden een verkleining
 of een uitbreiding is van een polishuishouden dat in de nulvariant al via een maatschappijpolis
 verzekerd was.

26 De gebruikte realisaties van de *errorterm* zijn voor gelijke personen in alle varianten gelijk gehouden
 aan die in de nulvariant.

27 Over de werkgeverspremie moeten verzekerden jonger dan 65 jaar premies volksverzekering en
 loonbelasting betalen. Deze heffing komt te vervallen wanneer de werkgeverspremie vervalt. Zoals
 verder in de hoofdstuk tekst uiteengezet, wordt de belastingopbrengst vervolgens weer op het niveau van de
 nulvariant gebracht door een aanpassing van het tarief in de eerste schijf. Per saldo heeft dit 'jongere'
 deel van de ziekenfondsverzekerden hierdoor een voordeel: ze worden immers door anderen 'geholpen'
 bij het weer aanvullen van de belastingopbrengst. Bejaarden hebben juist een nadeel: zij kennen geen
 werkgeverspremie (die in deze varianten zou wegvallen) en ondervinden wel het nadeel van de
 verhoogde belasting.

In de versie zonder verrekening van budgettaire effecten is de werknemerspremie zodanig vastgesteld
 dat de nettolasten voor de werknemer (in de eerste belastingschijf) onveranderd blijven. De werknemers
 onder de 65 jaar betalen nu bovenop hun voormalige inkomensafhankelijke premie een extra
 percentage om het fiscale voordeel dat ze ontvangen af te romen. Het premiepercentage dat hieruit
 resulteert is 4% (was 1,65% in de nulvariant).

Een alternatief zou overigens kunnen zijn om de werknemerspremie op 7% te stellen (de som van de werknemers- en werkgeverspremie in de nulvariant) en dit te compenseren door een verhoging van de overhevelingstoeslag. Deze toeslag is immers ooit ingesteld voor werknemers om de overheveling van AAW- en AWBZ-premies van werkgevers naar werknemers te compenseren. Dit is echter geen goede oplossing, omdat de verhoogde toeslag dan een fors voordeel oplevert voor werknemers die buiten het ziekenfonds vallen.

- ²⁸ Hoofdverzekerden in de marktsector die in de nulvariant al een vergoeding kregen, ontvangen een aangepast bedrag indien het polishuishouden van samenstelling verandert. De werkgevers worden echter verondersteld niet te reageren op veranderingen in de hoogte van wettelijke bijdragen. Ze kijken in de simulaties alleen naar het aantal volwassenen en het aantal kinderen. Indien een werknemer in de nulvariant al geen vergoeding kreeg, blijft dit zo in de simulaties.
- ²⁹ Uiteraard is bij de aanpassingen van WTZ en MOOZ zoveel mogelijk rekening gehouden met de verschillen tussen de AVO'95 steekproef en de Nederlandse bevolking.

5 GEVOLGEN VAN VERZEKERINGSVARIANTEN

5.1 Inleiding

In hoofdstuk 4 zijn verschillende verzekeringsvarianten ontwikkeld met verschillende grenzen voor de afbakening van het ziekenfonds. Zoals al in het inleidende hoofdstuk is aangekondigd, komen er drie aspecten van de verzekeringsvarianten aan de orde:

- de gevolgen voor de medische consumptie van huishoudens;
- de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg;
- de gevolgen voor de koopkracht van huishoudens.

De enkelvoudige en samengestelde varianten worden in twee aparte paragrafen besproken (§ 5.2 en § 5.3). In beide paragrafen komen achtereenvolgens de consumptiegevolgen, de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg en de koopkrachteffecten aan bod. Ten slotte worden in de paragrafen 5.2.4 en 5.3.4 de resultaten besproken in het perspectief van de achterliggende doelstellingen.

Voor de samengestelde varianten worden in paragraaf 5.3 de gevolgen gegeven voor de huishoudens ingedeeld naar alle relevante groepen. Bij de enkelvoudige varianten is hiervan afgezien, terwille van de overzichtelijkheid. Daarom geeft paragraaf 5.2 alleen de resultaten voor alle huishoudens en voor één specifieke groep huishoudens. De consumptiegevolgen worden gegeven voor de groep huishoudens met een minder goede gezondheid. Bij de koopkrachteffecten zullen de gevolgen voor de laagste-inkomsgroep in beeld worden gebracht. Bijlage E geeft de resultaten van de enkelvoudige varianten uitgesplitst naar alle relevante kenmerken van de huishoudens.

De meer algemene (niet variantspecifieke) beschouwingen, bijvoorbeeld over de oorzaken van consumptie- en koopkrachteffecten, zullen in paragraaf 5.2 aan de orde komen.

Om het lezen van de resultaten te vergemakkelijken, is aan het eind van het Cahier een uitklapblad met een korte beschrijving van de varianten opgenomen.

5.2 Enkelvoudige varianten

Tabel 5.1 geeft de resultaten van de enkelvoudige varianten (zie verder bijlage E). De consumptie-effecten van de enkelvoudige varianten worden gegeven in de eerste twee kolommen van tabel 5.1. De consumptie-effecten worden gegeven voor alle huishoudens en voor huishoudens met een minder goede gezondheid. De gezondheidstoestand van een huishouden wordt aangeduid met 'niet goed' als er in totaal twee of meer aandoeningen onder de leden van het huishouden voorkomen of als (ten minste) een van de huishoudensleden zijn eigen gezondheidstoestand inschat als 'slecht'.

De derde kolom in tabel 5.1 geeft de verandering in de kosten van het tweede compartiment in miljarden.

De laatste vier kolommen geven de koopkrachteffecten. De koopkrachteffecten zijn afhankelijk van de behandeling van overschotten of tekorten die ontstaan bij de ziekenfondsen als gevolg van de gesimuleerde wijziging. De gesimuleerde veranderingen in de kring van verzekerden, premiestelling of eigen betalingen kunnen resulteren in een

verschil tussen inkomsten en uitgaven voor de gezamenlijke ziekenfondsen. In dit onderzoek wordt op twee wijzen omgegaan met de ontstane tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen: er vindt geen verrekening plaats of er vindt verrekening plaats via een aanpassing van de premies.¹ Dit wordt in paragraaf 5.2.3 nader toegelicht. De vierde en vijfde kolom in tabel 5.1 geven de gemiddelde koopkrachteffecten zonder verrekening van de ontstane overschotten of tekorten bij de ziekenfondsen. Voor de resultaten in de laatste twee kolommen zijn de overschotten of tekorten bij de ziekenfondsen verrekend door middel van een aanpassing van de ziekenfondspremies. In beide gevallen worden de gemiddelde koopkrachteffecten gegeven voor alle huishoudens en voor de laagste-inkomensgroep.

Tabel 5.1 Uitkomsten voor de enkelvoudige varianten

	verandering in de consumptie (in %)		verandering in de kosten (x mld. gld.)	verandering in de koopkracht (in %)				
				geen verrekening ^a		wel verrekening ^a		
	alle	niet gezond		alle	laagste 20%	alle	laagste 20%	
varianten werknemersverzekering								
W1	ambtenaren stromen in	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,1
W2	wisselend loon medebepalend voor toelating	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1
W3	toelatingsgrens = premiegrens 1996	-0,1	-0,1	0,0	-0,2	-0,1	-0,3	-0,3
W4	toelatingsgrens = 40.000 gulden	-0,4	-0,2	-0,1	-0,5	-0,4	-1,0	-1,5
W5	werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%	0,0	0,0	0,0	0,3	0,7	0,0	0,1
W6	nominale premie verhoogd met 150 gulden	0,0	0,0	0,0	-0,4	-0,7	0,0	0,0
varianten voor ouderen								
O1	verzekeringsvorm houdt eigen ouderen	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,4	-0,1	-0,4
O2	O1 met eenzijdige instroom tot 38.300 gulden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1
varianten solidariteitsverzekering								
SI	individuele verzekering	0,1	0,1	0,0	-0,3	0,1	-3,6	-4,1
SH1	huishoudensverzekering	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,3	-3,6	-5,4
SH2	SH1 met toelatingsgrens = eerste belastingschijf	-0,1	0,0	0,0	-0,2	0,3	-3,6	-5,7
SH3	SH1 met toelatingsgrens = 'premiégrens' 1996	-0,3	-0,1	0,0	-0,2	0,3	-3,6	-6,3
SH4	SH1 met toelatingsgrens = 26.690 gulden	-0,5	-0,2	-0,1	-0,6	0,4	-3,3	-8,0
SH5	SH1 met toelatingsgrens conform marktverhouding	0,1	0,1	0,0	-0,1	0,2	-3,7	-5,0
varianten minimumpremie								
M1	minimumpremie voor iedereen	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,3	0,0	-0,1
M2	minimumpremie op beperkte schaal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
varianten eigen betalingen								
B1	inkomensafhankelijk maximum	-0,3	-0,2	-0,1	-0,1	-0,2	0,0	0,1
B2	eigen bijdrage huisarts van f 6,50	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

^a Gemiddelde koopkrachteffect bij geen verrekening van overschot/tekort bij ziekenfondsen enerzijds en wel verrekening via aanpassingen premies anderzijds.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

5.2.1 De gevolgen voor de medische consumptie

Algemeen

Consumptie-effecten ontstaan in dit onderzoek door veranderingen in de eigen betalingen of veranderingen in de kring van verzekerden. In de praktijk kunnen er ook consumptieeffecten ontstaan door veranderingen in de (gemiddelde) gezondheidstoestand of de tarieven en prijzen van medische voorzieningen. Deze grootheden zijn echter in dit onderzoek constant verondersteld.

Veranderingen in de zorgconsumptie kunnen op hun beurt gevolgen hebben voor de gezondheidstoestand en (bij eigen betalingen) voor de koopkracht van personen. Beide gevolgen hebben invloed op de welvaart van personen (microniveau).² Veranderingen in de medische consumptie kunnen ook leiden tot veranderingen in de macrokosten van gezondheidszorg, zodat tevens een effect op de welvaart op macroniveau ontstaat.³ De macrogevolgen komen aan bod in paragraaf 5.2.2 en de koopkrachteffecten worden besproken in paragraaf 5.2.3. Aan het eind van de onderhavige paragraaf wordt ingegaan op mogelijke risico's ten aanzien van de gezondheid. Het is echter in het kader van dit onderzoek niet mogelijk de gevolgen van de zorgconsumptie op de gezondheidstoestand aan te geven. Wel worden de consumptie-effecten voor 'risicogroepen' besproken, hetgeen een signalerende functie heeft.

De eerste twee kolommen van tabel 5.1 tonen de consumptie-effecten voor alle huishoudens en de huishoudens met een minder goede gezondheid. De gepresenteerde cijfers geven de procentuele toename of afname van de gezamenlijke medische consumptie⁴ van de betreffende groep huishoudens in een variant ten opzichte van de nulvariant. De varianten die alleen een verandering in de premiestelling van de ziekenfondsverzekering voorstellen, hebben geen gevolgen voor de medische consumptie. Dit betreft de varianten W5, W6, M1 en M2.

Consumptie-effecten als gevolg van veranderingen in het systeem van eigen betalingen

De varianten B1 en B2 betreffen specifieke wijzigingen in het systeem van eigen betalingen. In hoofdstuk 3 is de prijsgevoeligheid van zorgconsumptie onderzocht, die voor deze verzekeringsvarianten van belang is. De consumptie van medicijnen en de consumptie van zorg door huisartsen, specialisten, tandartsen (preventieve consulten) en fysiotherapeuten blijken prijsgevoelig te zijn. De ziekenhuiszorg blijkt daarentegen niet prijsgevoelig te zijn. Vanwege de samenhang tussen ziekenhuiszorg en zorg door huisartsen en specialisten (doorverwijzingen) kan er evenwel toch een effect van veranderingen in eigen betalingen op de consumptie van ziekenhuiszorg ontstaan. In variant B1 wordt het vaste maximum aan eigen betalingen van 200 gulden (of 100 gulden voor aangewezen groepen) vervangen door een inkomensafhankelijk maximum van 1% van het belastbaar inkomen. Voor 84% van de huishoudens die (deels) ziekenfondsverzekerd zijn, betekent dit een verhoging van het maximum aan eigen betalingen. Het maximum wordt minder snel bereikt, zodat de zorgconsumptie meer geremd wordt door eigen betalingen. De totale medische consumptie daalt hierdoor met 0,3% en bij de groep minder gezonde huishoudens met 0,2%.

Wanneer een eigen bijdrage van f 6,50 voor de huisarts wordt ingevoerd (variant B2) resulteren kleinere effecten op de medische consumptie. De totale medische consumptie vermindert door de eigen bijdrage voor de huisarts met 0,1%. Enerzijds is dit het gevolg van de verminderde vraag naar zorg verleend door huisartsen zelf (met ruim 1%, zie bijlage C), anderzijds is dit het gevolg van een vermindering aan doorverwijzingen naar andere zorgvoorzieningen, vanwege de poortwachtersfunctie van de huisarts. Door het in rekening brengen van een eigen bijdrage voor de huisarts worden de betalingsmaxima eerder bereikt, waarna geen eigen betalingen meer verschuldigd zijn. Hierdoor vermindert de consumptieremmende werking op de andere zorgvoorzieningen. Uiteindelijk resulteert er een kleine stijging in het gebruik van medicijnen en fysiotherapie en een kleine daling in de consumptie van ziekenhuiszorg.

Consumptie-effecten als gevolg van veranderingen in de kring van verzekerden

Een verandering in de kring van verzekerden heeft twee effecten op de zorgconsumptie: een vraageffect en een aanbodeffect. De (prijsgevoelige) zorgvraag zal bij wijzigingen in de kring van verzekerden veranderen, doordat de eigen betalingen verschillend geregeld zijn bij het ziekenfonds, de privaatrechtelijke en publiekrechtelijke verzekeringen.⁵ De prijsgevoeligheid van de consumptie van zorgvoorzieningen is hiervoor al aan de orde geweest.

Daarnaast hebben zorgaanbieders te maken met verschillende tariefstructuren voor ziekenfondsverzekerden enerzijds en privaatrechtelijk en publiekrechtelijk verzekerden anderzijds. Hierdoor kunnen zij belang hebben bij het aanbieden van verschillende zorg aan deze verzekeringscategorieën: het aanbodeffect.⁶ Zo blijkt uit tabel 3.1 dat ziekenfondsverzekerden meer medicijnen gebruiken.⁷

In algemene zin kan niet worden gezegd in welke van de verzekeringssystemen (ziekenfonds of particuliere verzekering) het remmende effect van eigen betalingen groter is. Er zijn twee tegen elkaar in werkende effecten. Enerzijds geldt in een particuliere verzekering een eigen betaling voor de huisarts en is de te betalen prijs (zolang het eigen risico niet bereikt is) hoger dan in de ziekenfondsverzekering. Anderzijds zal in het ziekenfonds door de lagere betalingen het betalingsmaximum minder snel worden bereikt, zodat over meer consumptie een eigen betaling blijft gelden.

Voor huishoudens die in goede gezondheid verkeren, is het remmende effect van eigen betalingen in een particuliere verzekering groter dan in de ziekenfondsverzekering. In een particuliere verzekering zijn de eigen betalingen gelijk aan het volle tarief en wordt het maximum aan eigen betalingen (met grote kans) niet bereikt. Gezonde mensen kiezen in het algemeen voor grotere eigen risico's (zie hiervoor § 3.3). Verder geldt in de particuliere ziektekostenverzekering ook een eigen betaling voor de huisarts, die met zijn poortwachtersfunctie ook de consumptie van andere zorgvoorzieningen beïnvloedt. Huishoudens met grote gezondheidsproblemen zullen daarentegen zowel in de ziekenfondsverzekering als in de particuliere verzekering het maximum aan eigen betalingen (met grote kans) bereiken, zodat zij in beide gevallen nauwelijks een remmend effect ondervinden van de eigen betalingen. De particulier verzekerden onder hen hebben, in de regel, een klein eigen risico gekozen of hebben een standaardpakketpolis met een

eigen risico van 200 gulden.⁸

De varianten waarin per saldo mensen instromen in het ziekenfonds en de varianten waarin per saldo een uitstroom plaatsvindt, tonen verschillende resultaten. Voor in- en uitstroomcijfers zie bijlage D. Bij een netto-instroom in het ziekenfonds stijgt de totale consumptie en bij een netto-uitstroom daalt de totale consumptie. Bij relatief kleine wijzigingen in het aantal ziekenfondsverzekerden (bij de varianten W2, O1 en O2), is geen verandering in de totale consumptie waarneembaar. Variant SH5, waarin de instroom in het ziekenfonds juist gelijk is aan de uitstroom uit het ziekenfonds, heeft een gering positief effect op de consumptie. In deze variant krijgen ziekenfondsverzekerde tweeverdieners gezamenlijk het betalingsmaximum dat zij in de oorspronkelijke situatie ieder voor zich hadden. In het ziekenfonds als werknemersverzekering bestaat een tweeverdienershuishouden uit twee polishuishoudens met elk een eigen betalingsmaximum. In solidariteitsvariant SH5 worden hele huishoudens gezamenlijk ziekenfondsverzekerd met dus gezamenlijk één betalingsmaximum.⁹

Bij de varianten met instroom, waarbij ambtenaren instromen (W1), en de individuele solidariteitsvariant (SI) neemt de gemiddelde consumptie met 0,1% toe.

In andere werknemersvarianten (W3, W4) en solidariteitsvarianten (SH2-SH4) ontstaat een netto-uitstroom uit het ziekenfonds en een daling van de zorgconsumptie. Men kan ruwweg stellen dat naarmate de netto-uitstroom groter is, ook het consumptie-effect groter is. De solidariteitsvariant SH4 heeft met -0,5% de grootste daling van de zorgconsumptie tot gevolg. Bij deze variant stroomt per saldo dan ook meer dan de helft van de ziekenfondsverzekerden uit.

Consumptie-effecten en gezondheidsverschillen

Er bestaat een positief verband tussen gezondheidstoestand en sociaal-economische kenmerken als inkomen en opleiding. Dit verband wordt ook wel aangeduid met de term 'sociaal-economische gezondheidsverschillen'.¹⁰ Personen met een slechtere gezondheid, de lager opgeleiden en de lagere-inkomensgroepen vormen risicogroepen ten aanzien van gezondheid (Mackenbach en Van der Maas 1987). Een uitsplitsing van de consumptie-effecten naar deze kenmerken geeft inzicht in mogelijke gevolgen van verzekeringswijzigingen voor de gezondheidsverschillen die samenhangen met (al bestaande) sociaal-economische posities. Bijlage E geeft de effecten op de medische consumptie voor huishoudens ingedeeld naar inkomen, opleidingsniveau en gezondheidstoestand.

De zorgconsumptie van huishoudens met minder goede gezondheid blijkt bij alle enkelvoudige varianten minder af te nemen dan bij de rest. Hetzelfde geldt voor de laagste-opleidingsgroep. Voor de laagste-inkomensgroep wordt bij de werknemersvarianten en de ouderenvarianten geen consumptie-effect waargenomen, terwijl bij de solidariteitsvarianten sprake is van een lichte consumptiestijging. Bij de varianten met wijzigingen in de kring van verzekerden moet worden opgemerkt dat de uit het ziekenfonds stromende personen hun gezamenlijke consumptie verlagen met zo'n 2% (bijlage E). De in het ziekenfonds stromende personen verhogen hun medische consumptie met zo'n 1,5%.¹¹ De grootte van het consumptie-effect van de onderscheiden groepen hangt

daarmee vooral samen met de omvang van de in- en uitstromende groepen. Personen die niet van verzekeringsvorm veranderen, hebben uiteraard geen consumptie-effect. Zij dempen het effect van de groep in- of uitstromenden af.

Het is dan ook van belang na te gaan of resultaten van de veranderingen in eigen bijdragen door afdemping vertekend worden. De risicogroepen - te weten de laagste-inkomensgroep, de laagste-opleidingsgroep en de groep minder gezonde huishoudens - hebben bij de groepsindelingen steeds het grootste aandeel ziekenfondsverzekerden. Telkens is de consumptievermindering bij deze risicogroepen geringer dan bij alle huishoudens, terwijl de groep die geen consumptie-effect ondervindt in de risicogroepen kleiner is dan het landelijke gemiddelde. Wanneer de consumptiegevolgen alleen worden gegeven voor personen die getroffen worden door de maatregel, dan blijft de conclusie gehandhaafd dat de risicogroepen een kleinere consumptievermindering hebben dan gemiddeld. De gepresenteerde resultaten geven dus geen aanleiding te veronderstellen dat de varianten in de ziekenfondsverzekering een ongunstige uitwerking hebben op de sociaal-economische gezondheidsverschillen. Hierbij moet echter nog wel worden bedacht dat de gebruikte groepsindeling vrij grof is.¹²

5.2.2 De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg

In tabel 5.1 zijn de gevolgen voor de kosten van het tweede compartiment aangegeven. De cijfers geven de verandering in de kosten (in miljarden) bij een bepaalde variant ten opzichte van de nulvariant. De overheid heeft zich tot doel gesteld het tweede compartiment (samen met het eerste compartiment) voor iedereen betaalbaar te houden, door onder meer de onnodige zorg terug te dringen. Veranderingen van de kosten van het tweede compartiment zijn in de simulaties het gevolg van veranderingen in de consumptie¹³ of van een verschil in tarieven die door zorgaanbieders voor ziekenfondsen particulier verzekerden in rekening worden gebracht.¹⁴ In de praktijk kan er ook een effect op de kosten van het tweede compartiment ontstaan door veranderingen in tarieven van zorgvoorzieningen die door aanbieders in rekening worden gebracht (prijsveranderingen) of door verschuivingen van zorgvoorzieningen van of naar andere compartimenten (pakketveranderingen). Zowel de tarieven als de samenstelling van het tweede compartiment zijn in dit onderzoek constant verondersteld.

In de nulvariant, het uitgangspunt van alle berekeningen, beslaan de hier beschouwde voorzieningen in het tweede compartiment 26,6 miljard gulden. Alleen bij varianten met een (vrij) forse vermindering van de totale medische consumptie dalen de kosten van het tweede compartiment met een bedrag in de orde van 100 miljoen gulden. Dit resultaat wordt bereikt bij het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen betalingen van 1% van het belastbaar inkomen (B1), of bij forse verlagingen van de toelatingsgrens voor het ziekenfonds tot 40.000 gulden (W4), of, indien de belastbare som van het huishouden als toelatingsinkomen wordt gebruikt, tot 26.690 gulden (SH4). De kosten van het tweede compartiment worden deels door de overheid (rijksbijdragen, subsidies) en deels door de huishoudens (premies, eigen betalingen) gedragen. Een groot deel van de kosten voor rekening van de huishoudens wordt echter door de overheid gereguleerd. Dit deel wordt tot de collectief gefinancierde kosten gerekend. De collectief gefinancierde kosten van gezondheidszorg bevatten de ziekenfondspremies, de premies voor standaardpakketpolissen, de MOOZ- en WTZ-bijdragen en de rijksbijdrage. In

paragraaf 5.2.4 zal, waar relevant, worden ingegaan op de collectief gefinancierde kosten. De resultaten zijn voor alle enkelvoudige varianten te vinden in bijlage E.

5.2.3 De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens

De financiële gevolgen voor huishoudens worden gegeven in de vorm van ‘koopkrachteffecten’. Hierbij wordt voor ieder huishouden gekeken hoeveel er in een bepaalde variant wordt uitgegeven aan gezondheidszorg in het tweede compartiment. De uitgaven aan gezondheidszorg van een huishouden omvatten de eigen betalingen, de premies voor het basispakket (eventueel verminderd met de werkgeversvergoeding), de MOOZ- en WTZ-bijdrage en de betaalde belasting over de werkgeverspremie of de werkgeversvergoeding en de overhevelingstoelage.

Huishoudens zijn gemiddeld 5,5% van hun budget kwijt aan ziektekosten (bijlage A). Gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens zijn minder kwijt (4,7%), geheel niet ziekenfondsverzekerde iets meer (5,8%). Onder deze laatste groep komen dan ook huishoudens voor met een groot budgetaandeel van de kosten van gezondheidszorg. Met name gaat het dan om huishoudens uit de eerste inkomensgroep (met een gemiddeld budgetaandeel van 12,9%), eenverdieners (7,2%) en zelfstandigen (7,8%). Het kleinste budgetaandeel (3,6%) is te vinden bij de groep niet-ziektenfondsverzekerde huishoudens waarvan de kostwinner in overheidsdienst werkt.

De uitgaven aan gezondheidszorg van een huishouden in een bepaalde variant worden vervolgens vergeleken met die in de nulvariant. Het meerdere dan wel mindere wordt vervolgens uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen¹⁵ van het huishouden. Dit is het individuele koopkrachteffect. De gepresenteerde koopkrachteffecten zijn de gemiddelden van de individuele koopkrachteffecten van de huishoudens uit de betreffende groep. Hierbij zijn de huishoudens ingedeeld in inkomensgroepen, naar huishoudentype, naar bron van inkomen, naar verzekeringsvorm in de nulvariant en naar gezondheidstoestand (zie hiervoor bijlage E).

Bij veranderingen in de kring van verzekerden, de premies of de eigen betalingen kunnen bij ziekenfondsen verschillen ontstaan tussen inkomsten en uitgaven. De financiële gevolgen voor huishoudens hangen mede af van de manier waarop met deze verschillen wordt omgegaan. Om inzicht te geven in de koopkrachteffecten van de verschillende varianten zijn de gevolgen op twee wijzen berekend: enerzijds *zonder* verrekening van de tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen (kolommen 4 en 5 in tabel 5.1), anderzijds *met* verrekening van de tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen (kolommen 6 en 7 in tabel 5.1). In het eerste geval blijven verschillen in inkomsten en uitgaven bij de ziekenfondsen bestaan.¹⁶ In het tweede geval wordt ervan uitgegaan dat de ziekenfondsen een kloppende begroting moeten hebben. Bij veranderingen in de kring van verzekerden worden alle premies (werknemerspremie, werkgeverspremie en nominale premies) in dezelfde verhouding verhoogd. Zo wordt ervoor gezorgd dat de inkomsten en uitgaven van de ziekenfondsen aan elkaar gelijk zijn, en wordt de premieverhoging gelijkelijk verdeeld over werkgevers en werknemers. Bij varianten met een gesimuleerde verandering in de werknemerspremie of eigen betalingen (die dus alleen voor rekening komt van de ‘werknemers’) wordt ter reductie van

de verschillen bij ziekenfondsen alleen de procentuele werknemerspremie aangepast. In de praktijk zijn beide berekeningswijzen mogelijk niet realistisch. Een gedeeltelijke aanpassing van de premies en daarnaast een aanpassing van de rijksbijdrage (die bijvoorbeeld wordt doorberekend door verhoging van het belastingpercentage van de eerste schijf, zie hiervoor bijlage H) ligt met name bij varianten met een lage toelatingsgrens misschien meer voor de hand. Dit hangt echter in sterke mate af van de politieke waardering van de inkomensgevolgen en de mate waarin ongewenste inkomensgevolgen technisch kunnen worden gecompenseerd. De benadering die in dit onderzoek wordt gevolgd, is daarom niet gericht op het oplossen van de koopkrachtproblematiek, maar op het schetsen ervan.

Koopkrachteffecten voor huishoudens ontstaan in dit onderzoek door :

1. veranderingen in eigen betalingen
 - a. door veranderingen in het systeem van eigen betalingen (B1 en B2);
 - b. door veranderingen in de medische consumptie (uit § 5.2.1);
2. veranderingen in premies
 - a. door veranderingen in het systeem van premieheffing (W5, W6, M1 en M2);
 - b. door veranderingen in verzekeringsvorm vanwege in- en uitstroom;
 - c. door verrekenen van tekorten of overschotten bij ziekenfondsen;
3. veranderingen in MOOZ- en WTZ-bijdragen die conform de bestaande systematiek aan de kring van verzekerden in de variant worden aangepast;
4. verandering in de te betalen belastingen
 - a. door veranderingen in verzekeringsvorm (er moet belasting worden betaald over de werkgeverspremie of werkgeversvergoeding en de overhevelingstoeslag);
 - b. door veranderingen van het belastingpercentage van de eerste schijf, dat in varianten wordt aangepast om het onder 4a genoemde weglekeffect te compenseren.

Naast deze in aanmerking genomen koopkrachteffecten kunnen in de praktijk ook koopkrachteffecten ontstaan door allerlei andere oorzaken, zoals loonsverhoging, verandering van werkkring¹⁷ of verandering van huishoudenssamenstelling. Deze zijn echter in het onderzoek constant verondersteld.

In bijlage F worden de veranderingen in de MOOZ- en WTZ-bijdragen (3) en de verandering in het belastingpercentage van de eerste schijf (4b) gegeven, alsmede veranderingen in de te betalen premies als gevolg van verrekening van tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen (2c). Ook worden de financiële gevolgen voor de werkgevers (overheid en marktsector) gegeven: veranderingen in uitgaven aan werkgeverspremie of werkgeversvergoedingen. Tevens wordt aangegeven welke koopkrachtwinst er te behalen valt door aanwending van het eventuele overschot bij ziekenfondsen of verminderde uitgaven bij werkgevers. Bij werkgevers gaat het hierbij om het verschil van de in een variant betaalde werkgeverspremie en werkgeversvergoedingen en die in de nulvariant. Voor de overschotten en tekorten bij ziekenfondsen wordt verwezen naar bijlage E.

Koopkrachtheffecten als gevolg van veranderingen in het systeem van eigen betalingen

Veranderingen in het systeem van eigen betalingen brengen op twee wijzen koopkrachtheffecten met zich mee: een prijseffect en een volume-effect. Een prijseffect is uitsluitend het gevolg van een verandering in eigen betalingen, een volume-effect is uitsluitend het gevolg van een verandering in medische consumptie. In dit onderzoek komen deze effecten in de regel niet geïsoleerd voor en zullen bij veranderingen zowel de individuele eigen betalingen als de individuele consumptie veranderen. Een uitzondering hierop vormen uiteraard de varianten met alleen een wijziging in de premie (W5, W6, M1 en M2), aangezien hier zowel de medische consumptie als de eigen betalingen ongewijzigd blijven.

Hier wordt ingegaan op de gevolgen van de varianten met specifieke veranderingen in het systeem van eigen betalingen (B1 en B2). Bij deze varianten ligt het voor de hand om ontstane overschotten bij de ziekenfondsen terug te sluizen naar de ziekenfondsverzekerden via premieaanpassing. Hier is dat gedaan door de inkomensafhankelijke werknemerspremie te verlagen. In dat geval zijn de koopkrachtheffecten van de maatregelen erg klein.

Bij het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen betalingen (B1) ontstaan voor sommige groepen positieve koopkrachtheffecten en voor andere groepen negatieve koopkrachtheffecten, beide in de orde van 0,1% à 0,2% (tabel E4). Er treedt een verlaging van het betalingsmaximum op voor kleine (tweede) verdieners. Dit prijseffect geeft, na aanpassing van de procentuele werknemerspremie, positieve koopkrachtbeelden bij de laagste-inkomensgroep en de tweeverdieners. De koopkrachtheffecten voor huishoudens met kinderen zijn minder gunstig dan die voor vergelijkbare huishoudens zonder kinderen. Voor huishoudens met kinderen wordt de verhoging van de eigen betalingen relatief minder opgevangen door een verlaging van de procentuele premie. Verder is bij gezonden en minder gezonden de consumptievermindering naar verhouding even groot. Hierdoor ontstaat echter, na herverdeling van het overschot bij de ziekenfondsen, voor de grotere gebruikers (de minder gezonden) toch een koopkrachtachteruitgang.

Bij het invoeren van een eigen bijdrage voor de huisarts (B2) wordt alleen voor de pensioenontvangers een koopkrachtheffect van enige omvang gevonden (0,1%). Ouderen maken in het algemeen meer gebruik van gezondheidszorg, zodat zij vaker het maximum aan eigen betalingen, dat voor hen 100 gulden is, al in de nulvariant bereiken. Daarnaast is het inkomensafhankelijke premiepercentage (voor werknemers) voor 65-plussers hoger dan voor personen onder de 65 jaar. Hierdoor profiteren gepensioneerden relatief meer van het terugsluizen van het ontstane overschot bij ziekenfondsen.

Koopkrachtheffecten als gevolg van veranderingen in de premiestelling

Koopkrachtheffecten kunnen ontstaan door specifieke veranderingen in het systeem van premieheffing (W5, W6, M1 en M2). Bij de koopkrachtheffecten zonder verrekening van tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen zullen er bij premiestijgingen (W6, M1 en M2) koopkrachtverliezen ontstaan en bij premiedalingen (W5) koopkrachtwinsten. Bij deze varianten ligt het voor de hand om de ontstane verschillen bij de ziekenfondsen te

verrekenen middels aanpassing van de inkomensafhankelijke werknemerspremie. Het gemiddelde koopkrachteffect is bij deze varianten na verrekening van tekorten en overschotten uiterst gering,¹⁸ maar de koopkrachtgevolgen voor de verschillende groepen huishoudens komen duidelijk naar voren (zie tabel E4). Zo leveren de varianten die bedoeld zijn om de premie meer in overeenstemming te brengen met de zorgaanspraken (W5, W6) een kleine koopkrachtverbetering op voor alleenstaanden (0,1%). Verder ontstaan ook kleine positieve effecten voor tweeverdieners (zonder kinderen) en pensioenontvangers.¹⁹ Overigens bestaat een groot deel van de ziekenfondsverzekerde tweeverdieners uit 65-plussers, doordat de partners ieder afzonderlijk een AOW-uitkering ontvangen. Tweeverdieners komen beiden voor de lagere premie in aanmerking wanneer zij beiden (zonder meeverzekerde kinderen) ziekenfondsverzekerd zijn. Wanneer slechts één van de tweeverdienende partners ziekenfondsverzekerd is of de kostwinnende ziekenfondsverzekerde partner meeverzekerde kinderen heeft, komt slechts één van de tweeverdieners in aanmerking voor de lagere premie. Wanneer de minimumpremie voor alle ziekenfondsverzekerden geldt (M1), ontstaan negatieve koopkrachteffecten voor de tweeverdieners (-0,2%). Daarnaast zijn er kleine negatieve koopkrachteffecten voor de laagste-inkomensgroepen, zelfstandigen, gepensioneerden en minder gezonde huishoudens (-0,1%). Voor deze groepen was de minimumpremie eigenlijk niet bedoeld. Wanneer de minimumpremie alleen wordt ingevoerd voor de doelgroep - de kleine verdieners met particulier verzekerde partners (M2) - resulteert ook alleen voor deze groep (gedeeltelijk ZFW-verzekerde huishoudens) een negatief koopkrachteffect, van -0,1%.

Koopkrachteffecten als gevolg van veranderingen in de kring van verzekerden

Bij de werknemersvarianten worden slechts geringe verschillen gevonden tussen de twee gebruikte methoden om de verschillen in inkomsten en uitgaven bij de gezamenlijke ziekenfondsen te verrekenen. Wanneer de premies worden gehandhaafd (dus geen verrekening plaatsvindt) ontstaat bij de varianten W1, W2 en W3 telkens een relatief klein overschot of tekort bij de ziekenfondsen. Dit kleine tekort of overschot kan worden verrekend met een kleine aanpassing van de premies. De aanpassingen van de premies zijn gegeven in bijlage F. Voor variant W4, waarbij een forse uitstroom uit het ziekenfonds ontstaat, beslaat het tekort bij de ziekenfondsen 2 miljard gulden (bijlage E). Dit brengt vanzelfsprekend bij verrekening onder de achterblijvende ziekenfondsverzekerden een substantieel koopkrachtverlies teweeg.

Bij de varianten voor ouderen is het saldo van in- en uitstroom klein. In beide varianten beslaat het verschil in inkomsten en uitgaven van de ziekenfondsen 200 miljoen gulden. Het is echter een overschot in variant O1 en een tekort in variant O2. De gemiddelde koopkrachteffecten zijn klein, zowel bij wél als bij niet verrekenen.

De solidariteitsvarianten gaan daarentegen gepaard met grotere gevolgen voor de ziekenfondsen. Dit komt vooral doordat de werkgeverspremies komen te vervallen, waarbij dit na verrekening via aanpassing van de premies, ten laste komt van de huishoudens. Het premievoordeel slaat dus neer bij de werkgevers.

Het premiepercentage dat in de versie zonder verrekening is gebruikt, bedraagt 4%. Bij dit percentage is het gemiddelde koopkrachteffect bij gelijkblijvende omvang van het ziekenfonds (SH5) vrijwel nihil. Het belastingvoordeel dat ziekenfondsverzekerden

hebben bij afschaffing van de werkgeverspremie en het premievoordeel vanwege de over het algemeen lager geworden grondslag in de solidariteitsvarianten, worden hierbij afgeroomd.

Wanneer het tekort bij de ziekenfondsen niet wordt verrekend, zijn er positieve koopkrachteffecten voor de laagste-inkomensgroepen. Zij worden in de solidariteitsvarianten immers allemaal ziekenfondsverzekerd. Voor met name de laagste-inkomensgroepen, eenverdieners, gepensioneerden en zelfstandigen is de particuliere verzekering duurder dan de ziekenfondsverzekering (zie hiervoor bijlage A). Zij ondervinden bij toetreding tot het ziekenfonds dan ook positieve koopkrachteffecten.

5.2.4 De resultaten per enkelvoudige variant

Deze paragraaf bespreekt de gevolgen per variant. Bij de bespreking van de resultaten wordt met name de doelstelling achter de gesimuleerde verandering in de ziekenfondsverzekering betrokken.

Varianten werknemersverzekering

W1: ambtenaren stromen in

De eerste variant, W1, heeft tot doel de marktsector en overheidssector meer gelijk te trekken door ook ambtenaren toe te laten in het ziekenfonds. Er zijn in deze variant geen bedoelde effecten op consumptie, kosten of koopkracht.

Opvallend is dat in deze variant werknemers in de overheidssector (na aanpassing van de premies) een koopkrachtverlies van 0,3% moeten incasseren. Met name de alleenstaande ambtenaren zijn door de relatief hoge werkgeversvergoedingen beter af in een particuliere verzekering.²⁰ De oorspronkelijke ziekenfondsverzekerden ondervinden een kleine koopkrachtverbetering, doordat de toetredende ambtenaren relatief lage gezondheidsrisico's hebben, zodat er een premieverlaging kan volgen. De collectieve financiering neemt in deze variant toe met 900 miljoen gulden (bijlage E). Daarnaast is de overheid 200 miljoen gulden minder kwijt aan de som van werkgeverspremies en werkgeversvergoedingen (bijlage F).

W2: wisselend loon is medebepalend voor toelating tot het ziekenfonds

Het is al eerder opgemerkt dat bij een dergelijke inrichting van het ziekenfonds er van jaar op jaar substantiële mutaties in de kring van ziekenfondsverzekerden plaats kunnen vinden. Wanneer de in beschouwing genomen wisselende loonsbestanddelen in de praktijk maximaal wisselen per verzekerde, zal de jaar-op-jaar mutatie gelijk zijn aan de in deze variant gevonden mutatie van 330.000 verzekerden. Een hoge jaarlijkse mutatie in de kring van verzekerden wordt als onwenselijk beschouwd, zowel vanwege uitvoeringstechnische redenen als vanwege de gevolgen voor de betreffende huishoudens. De vermindering van de collectieve financiering, die mede ten grondslag ligt aan deze variant, bedraagt na aanpassing van de premies 300 miljoen gulden.

Over het wisselende loon worden, net als in de nulvariant, wel de procentuele premies betaald. Voor de uitstromende personen waren de procentuele werknemerspremie en werkgeverspremie dus maximaal. Het uitstromen van deze personen levert daardoor voor de 'achterblijvende' ziekenfondsverzekerden, na premie-aanpassing, een negatief koopkrachteffect op.

W3 en W4: verlaging van de toelatingsgrens tot de premiegrens 1996 van 51.090 gulden respectievelijk tot 40.000 gulden

Beide varianten hebben tot doel de collectieve financiering te verminderen. Na premie-aanpassing vermindert de collectieve financiering met 1,2 miljard gulden in variant W3 en met 3,6 miljard gulden in variant W4 (bijlage E). Dit zijn forse dalingen van 7% respectievelijk 20% van de collectieve financiering. De hoogste inkomensstromen hierbij uit het ziekenfonds, zodat er voor de achterblijvende ziekenfondsverzekerden met name in variant W4 een aanzienlijke premieverhoging volgt. In variant W4 worden, na deze verhoging, de eerste drie inkomensgroepen, de eenoudergezinnen, de eenverdieners, de uitkeringsgerechtigden, de gepensioneerden en de minder gezonden geconfronteerd met een gemiddeld koopkrachtverlies van meer dan 1%. Verlaging van de toelatingsgrens tot de premiegrens (W3) heeft minder ingrijpende koopkrachteffecten. De grootste gevolgen worden gevonden bij de eenverdieners met kinderen, die er gemiddeld 0,7% op achteruitgaan.

W5 en W6: verlaging van de procentuele werknemerspremie voor alleenstaanden met 30% respectievelijk verhoging van de nominale premie met 150 gulden

Het doel achter deze varianten is om de betaalde premie meer in overeenstemming te brengen met de genoten rechten. Deze varianten hebben direct gevolgen voor alleenstaanden en voor tweeverdieners (waarbij één verdieners ziekenfondsverzekerd is of beide verdieners apart ziekenfondsverzekerd zijn). Ziektenfondsverzekerden zonder meeverzekerden wordt een relatief lagere premie in rekening gebracht. Ziektenfondsverzekerde alleenstaanden zijn gemiddeld ruim 1% van hun inkomen meer kwijt aan ziektekosten dan de particulier verzekerde alleenstaanden (bijlage A). Tweeverdieners die in bepaalde gevallen ook profiteren van deze maatregel, zijn in het ziekenfonds gemiddeld juist iets beter af dan in de particuliere ziektekostenverzekeringen.

Na aanpassing van de procentuele werknemerspremie, ter compensatie van de ontstane tekorten respectievelijk overschotten bij de ziekenfondsen (tabel E4), ontstaan positieve koopkrachteffecten voor alleenstaanden en tweeverdieners zonder kinderen (W5) en negatieve voor de eenoudergezinnen en eenverdieners. Voor de groep tweeverdieners met kinderen is er enerzijds een positief effect (wanneer een van de verdieners apart ziekenfondsverzekerd is) en anderzijds een negatief effect (wanneer een van de verdieners tezamen met de kinderen ziekenfondsverzekerd is). Gemiddeld gaan de tweeverdieners met kinderen er in koopkracht op achteruit.

Variant W5 is moeilijker uitvoerbaar dan variant W6. De werkgevers moeten de procentuele werknemerspremie inhouden op het loon, zodat zij in variant W5 informatie moeten hebben over het aantal meeverzekerden. Een andere mogelijkheid is om een restitutieregeling te treffen. Verder heeft verhoging van de nominale premie in W6 het voordeel (ten opzichte van W5) dat de lage premies van kleine verdieners met draagkrachtige partners worden verhoogd. Dit is te zien aan de vermindering van de koopkracht met 0,1% van de gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens (tabel E4).

Varianten voor ouderen

Bij de varianten voor ouderen (O1 en O2) is de verandering in het aantal ziekenfondsverzekerden vrij klein. In deze varianten worden over het algemeen personen overgeheveld van een standaardpakketpolis (met kleine eigen risico's) naar een ziekenfondsverzekering of vice versa. De consumptiegevolgen die op zich voor de in- en uitstromende ouderen toch aanzienlijk zijn (+0,7% respectievelijk -0,7%) zijn daardoor op groepsniveau naar inkomen, opleiding of gezondheidstoestand, veelal verwaarloosbaar.

O1: 'blijf zitten waar je zit'

In deze variant stromen ziekenfondsverzekerden niet uit en particulier verzekerden niet in bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd. De resultaten tonen duidelijk waarom de Wet-Van Otterloo destijds is ingevoerd. In de situatie O1 zijn de koopkrachtgevolgen ongunstig voor de gepensioneerden, en daarmee ook voor de laagste-inkomensgroep en de minder gezonden.

O2: ziekenfonds houdt eigen ouderen en eenzijdige instroom tot de verhoogde bejaardengrens van 38.300 gulden

Het doel van deze variant is de uitstroom uit het ziekenfonds bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd tegen te gaan en tevens de particulier verzekerde ouderen met lagere inkomens een betaalbare ziektekostenverzekering te bieden.

Een bejaarde met een inkomen gelijk aan de verhoogde bejaardengrens is in het ziekenfonds, afhankelijk van de hoogte van zijn eigen betalingen, een bedrag tussen 2.522 en 2.622 gulden kwijt aan gezondheidszorg (in het tweede compartiment). Voor een bejaarde met een standaardpakketpolis ligt dit bedrag, afhankelijk van de eigen betalingen, tussen 2.621 en 2.721 gulden. De instromende bejaarden, die vrijwel allemaal afkomstig zijn van een standaardpakketpolis, gaan er dus in koopkracht op vooruit. Gemiddeld over alle gepensioneerden levert dit, na aanpassing van de premies, een koopkrachtverbetering van 0,2% (tabel E4). Huishoudens die ziekenfondsverzekerd blijven, gaan er door een premieverhoging echter licht op achteruit. Ook de overblijvende particulier verzekerden leveren licht aan koopkracht in door een verhoging van het totaal aan wettelijke bijdragen (in het kader van de MOOZ en de WTZ).

Solidariteitsvarianten

De solidariteitsvarianten hebben tot doel om alle huishoudens een betaalbare ziektekostenverzekering te bieden. Hiertoe zullen de laagste-inkomensgroepen tot de kring van ziekenfondsverzekerden horen. Het draagkrachtprincipe staat voorop, zodat toetreding op basis van het inkomen van het *huishouden* het meest voor de hand ligt.

Bij de solidariteitsvarianten komt de werkgeverspremie te vervallen. De uitgespaarde werkgeverspremies zijn voor al deze varianten groter dan de ontstane tekorten bij de ziekenfondsen. Wanneer deze tekorten via aanpassing van de premies zouden worden doorberekend aan de ziekenfondsverzekerden, ontstaan grote negatieve koopkrachteffecten voor alle onderscheiden groepen huishoudens. Wanneer de tekorten niet via premieaanpassingen worden verhaald op de ziekenfondsverzekerden, wat in deze varianten meer voor de hand ligt, zijn de koopkrachteffecten voor de laagste-inkomensgroepen positief.

Bij de huishoudensversie van de solidariteitsvariant dalen de collectieve kosten (na aanvulling van het ontstane tekort bij de ziekenfondsen). Afhankelijk van de hoogte van de toelatingsgrens bedraagt deze daling 300 miljoen gulden bij een toelatingsgrens zodanig dat de omvang van de kring van ziekenfondsverzekerden niet verandert, 2,1 miljard gulden bij een toelatingsgrens gelijk aan de grens van de eerste belastingschijf en 5,5 miljard gulden bij een toelatingsgrens van een belastbare som van 26.690 gulden.

Varianten voor minimumpremie

De minimumpremie is bedoeld voor kleine verdieners (zoals deeltijders) met een particulier verzekerde partner die kostwinner is. Het invoeren van een minimumpremie voor deze specifieke groep (M2) heeft uitvoeringstechnische bezwaren. De werkgever, die de premie moet inhouden op het loon, moet in dat geval op de hoogte zijn van de verzekeringsvorm van de eventuele partner. Een algehele invoering van een minimumpremie (M1) is eenvoudiger. Dit zou echter voor ruim 1,5 miljoen geheel of gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens een verhoging van de premie betekenen, terwijl deze slechts bedoeld is voor een kleine 250.000 gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens.

In beide minimumpremievarianten zijn de extra premie-inkomsten voor de ziekenfondsen zo gering, dat er bij de verdeling van het overschot over alle ziekenfondsverzekerden een nauwelijks waarneembare koopkrachtverbetering ontstaat. Bij dit alles zijn de uitvoeringskosten, conform de uitgangspunten in dit Cahier, buiten beschouwing gelaten.

Varianten voor eigen betalingen

Een belangrijk doel dat met eigen betalingen wordt nagestreefd, is de vermindering van de onnodige zorgvraag naar medische diensten, om de kosten van medische zorg te beperken. Het is echter in het kader van dit onderzoek niet mogelijk de nodige en onnodige zorgvraag te scheiden.

B1: invoeren inkomensafhankelijk maximum aan de eigen betalingen

Doel achter deze variant is het maximum aan eigen betalingen beter af te stemmen op de draagkracht van de betrokkene(n). Voor 16% van de ziekenfondsverzekerde huishoudens is het inkomensafhankelijke maximum lager dan het maximum in de nulvariant van 200 gulden en voor aangewezen groepen 100 gulden. De medische consumptie vermindert als gevolg van deze maatregel met 0,3%, en deze vermindering is vrij gelijk verdeeld over de onderscheiden groepen (bijlage E). De kosten van het tweede compartiment verminderen met een kleine 100 miljoen gulden. Door verschuiving van de financiering naar de burgers en de verminderde consumptie dalen de collectief gefinancierde kosten echter met 300 miljoen gulden.

De uitkeringsontvangers ondervinden, na aanpassing van de premies, een koopkrachtverlies van 0,1%. De laagste-inkomensgroep krijgt daarentegen een koopkrachtverbetering van 0,1%.

B2: invoeren eigen bijdrage voor de huisarts van f 6,50

De vraag naar huisartsen daalt bij de invoering van een eigen bijdrage met 1,1%. Door een vermindering in het aantal doorverwijzingen leidt dit ook tot een kleine daling van andere medische voorzieningen, waaronder klinische ziekenhuiszorg (met 0,1%).

Doordat de maxima aan eigen betalingen sneller bereikt zijn, neemt het gebruik van medicijnen en behandelingen fysiotherapie juist toe (zie bijlage C). De consumptievermindering komt voor alle onderscheiden groepen, naar inkomen, opleiding en gezondheidstoestand, uit op 0,1% à 0,2% (bijlage E).

De vermindering van de kosten van het tweede compartiment zijn gering. De verschuiving van financiering via eigen betalingen naar de huishoudens en de verminderde consumptie tezamen geven een daling van de collectieve financiering met 100 miljoen gulden.

5.3 Samengestelde varianten

In deze paragraaf wordt ingegaan op de gevolgen van de vijf uit enkelvoudige maatregelen samengestelde varianten. In al deze varianten is een eigen bijdrage van *f* 6,50 voor de huisarts (conform B2) ingevoerd en is het maximum aan eigen betalingen gelijk aan 1% van het belastbare inkomen (conform B1). Het effect van alleen deze twee maatregelen in het systeem van eigen betalingen wordt getoond in variant VVN. Deze variant kan worden beschouwd als een tweede nulvariant, waaraan de resultaten van de andere samengestelde varianten kunnen worden gerelateerd. Deze variant geeft uitsluitend de effecten weer die ontstaan als gevolg van wijzigingen in de eigen betalingen. Daarop worden vervolgens in de andere varianten, wijzigingen in de premiestelling en in de kring van verzekerden gestapeld.

Er zijn twee werknemersvarianten samengesteld. De eerste variant (VWV1) vermindert de overheidsinvloed door de kring van verzekerden in het ziekenfonds te verkleinen. De toelatingsgrens voor werknemers wordt hierbij vastgesteld ter hoogte van de premiegrens van 1996 (51.090 gld.). Voor 65-plussers vindt er geen verandering in het systeem plaats. De kring van verzekerden van VWV1 komt overeen met de enkelvoudige variant W3. In de tweede werknemersvariant (VWV2) wordt het ziekenfonds juist vergroot door meer bejaarden toe te laten. Alle 65-plussers die ziekenfondsverzekerd waren voor het bereiken van de 65-jarige leeftijd blijven in het ziekenfonds. Vervolgens kunnen bejaarden vanuit de particuliere verzekering instromen als zij een inkomen hebben onder de ruimere toelatingsgrens van 38.300 gulden. Uitstroom van bejaarden uit het ziekenfonds komt in deze variant dus niet voor. De kring van verzekerden in deze variant is dezelfde als in de enkelvoudige variant O2.

In beide varianten wordt een minimumpremie²¹ op beperkte schaal ingevoerd (M2) zodat de premiebetalingen van kleine verdieners met draagkrachtige partners op een redelijk niveau komen. Verder wordt in beide varianten de nominale premie verhoogd met 150 gulden (W6) ter vermindering van de hoge mate van solidariteit die van alleenstaanden in het ziekenfonds wordt verlangd en ter bevordering van de convergentie tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering.

Vervolgens zijn er twee solidariteitsvarianten opgenomen. Eén individueel bepaalde variant (VSSI) en één gebaseerd op het gezamenlijk inkomen van het hoofd van het huishouden en de eventuele partner (VVSH). In variant VSSI zijn alleen partners en

kinderen meeverzekerd die geen enkele vorm van inkomen hebben. In variant VVSH zijn ofwel alle leden van het huishouden ofwel geen van allen ziekenfondsverzekerd. In deze twee samengestelde varianten geldt de belastbare som als inkomensbegrip voor toelating tot het ziekenfonds. De toelatingsgrens is in beide varianten gelijkgesteld aan het eindbedrag van de eerste belastingschijf. In VVSI worden personen (met partners en kinderen zonder een zelfstandig inkomen) dus toegelaten wanneer de individuele belastbare som de grens van 45.325 gulden niet te boven gaat. In VVSH wordt een huishouden toegelaten wanneer de gezamenlijke belastbare som van hoofd en eventuele partner deze grens niet te boven gaat. Alle huishoudens met een inkomen dat aan de toelatingseis voldoet, worden in deze varianten ziekenfondsverzekerd. Andere factoren als leeftijd en inkomensbron, spelen voor toelating in het ziekenfonds in deze varianten geen rol. Bij de individuele variant (VVSI) is tevens een minimumpremie op beperkte schaal toegevoegd. In de variant gebaseerd op huishoudens (VVSH) is het invoeren van een minimumpremie niet nodig, omdat inkomens van hoofden en partners worden samengevoegd.

Naast deze financieringsalternatieven die zijn opgebouwd uit enkelvoudige varianten, wordt ook gekeken naar twee zeer extreme varianten: variant VVZ waarin alle huishoudens ziekenfondsverzekerd zijn en variant VVP, waarin alle huishoudens particulier (privaatrechtelijk of publiekrechtelijk) verzekerd zijn. Deze twee extreme varianten zijn opgenomen om de omvang van de effecten bij de andere samengestelde varianten beter te kunnen plaatsen.

Omdat bij de variant VVZ iedereen in het ziekenfonds wordt opgenomen, moet het inkomensbegrip waarover premie wordt betaald aansluiten bij de inkomsten die de verschillende huishoudens genieten, waaronder winst uit onderneming en inkomsten uit vermogen. Deze variant zal daarom uitgaan van de belastbare som. Om geen (grote) wijzigingen in de samenstelling van polishuishoudens te krijgen (ten opzichte van de nulvariant) wordt uitgegaan van een individuele verzekering. Alleen partners en kinderen zonder enige vorm van inkomen kunnen bij de kostwinnende partner (of ouder) worden meeverzekerd. Bij de variant VVZ worden tevens de wijzigingen in de eigen betalingen (B1 en B2) ingevoerd. In de variant VVP, waarin iedereen particulier verzekerd is, is een wijziging in de eigen betalingen voor ziekenfondsverzekerden niet relevant.

Van deze samengestelde varianten worden achtereenvolgens per paragraaf de consumptie-effecten, de gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg en de koopkrachteffecten gegeven. In paragraaf 5.3.4 ten slotte worden de belangrijkste gevolgen nog eens per variant belicht. Daarbij zullen ook de achterliggende doelstellingen van varianten aan de orde komen.

5.3.1 De gevolgen voor de medische consumptie

Tabel 5.2 geeft de consumptie-effecten van de samengestelde varianten. De cijfers geven de procentuele veranderingen in de totale zorgconsumptie voor de verschillende groepen huishoudens. Hierbij zijn huishoudens ingedeeld naar verzekeringsvorm in de nulvariant, inkomen, opleidingsniveau en gezondheidstoestand. Bij de indeling naar verzekeringsvorm in de nulvariant worden drie mogelijkheden onderscheiden: alle leden van het huishouden zijn via het ziekenfonds verzekerd, sommige leden zijn wel via het

ziekenfonds verzekerd en andere niet, of geen van de leden van het huishouden is via het ziekenfonds verzekerd. Voor de indeling naar inkomen worden 20%-groepen naar oplopend secundair inkomen gebruikt. Hiervoor is het secundair inkomen van de kostwinner en de eventuele partner bij elkaar geteld. Het secundair inkomen is een goede indicatie voor het vrij besteedbare inkomen van een huishouden. Ter typering zij vermeld dat:

- alleenstaanden met alleen inkomen uit AOW zich bevinden in de eerste 20%-groep;
- eenverdieners met minimum loon zich bevinden aan het begin van de tweede 20%-groep;
- eenverdieners met een modaal inkomen zich bevinden aan het begin van de derde 20%-groep;
- eenverdieners met een twee keer modaal inkomen zich bevinden aan het einde van de vierde 20%-groep.

Verder heeft het opleidingsniveau betrekking op de kostwinner,²² en wordt de gezondheidstoestand van een huishouden aangeduid met 'niet goed' als er twee of meer aandoeningen in dat huishouden voorkomen of als iemand uit dat huishouden zijn gezondheidstoestand als 'slecht' typeert.

Tabel 5.2 Procentuele verandering van de medische consumptie in de samengestelde varianten

	aandeel huishoudens	samengestelde varianten						
		VVN	VWV1	VWV2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
alle huishoudens	100,0%	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,9
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant								
geheel ZFW-verzekerd	64,2%	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,7	-1,3
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,5	-0,1	-0,3
niet ZFW-verzekerd	25,4%	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,1
20%-groepen secundair inkomen								
1 ^e (tot 22.500 gulden)	20,0%	-0,3	-0,3	-0,3	-0,2	-0,2	-0,2	-1,1
2 ^e (22.500 - 32.000 gulden)	20,0%	-0,5	-0,5	-0,5	-0,5	-0,4	-0,4	-1,2
3 ^e (32.000 - 45.700 gulden)	20,0%	-0,7	-0,8	-0,7	-0,8	-0,7	-0,6	-1,2
4 ^e (45.700 - 63.900 gulden)	20,0%	-0,6	-0,6	-0,6	-0,5	-0,8	-0,4	-0,7
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	-0,4	-0,4	-0,4	-0,5	-0,4	-0,5	-0,3
opleidingsniveau kostwinner								
lo	25,3%	-0,4	-0,4	-0,4	-0,5	-0,4	-0,4	-0,8
mavo/lbo	41,3%	-0,6	-0,7	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-1,0
havo/vwo/mbo	18,1%	-0,6	-0,6	-0,6	-0,4	-0,5	-0,3	-1,0
hbo/wo	15,3%	-0,3	-0,4	-0,4	-0,3	-0,3	-0,3	-0,6
gezondheidstoestand								
goed	69,3%	-0,7	-0,8	-0,7	-0,6	-0,7	-0,4	-1,3
niet goed	30,7%	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-0,3	-0,5	-0,5
instromenden in het ziekenfonds ^a	37,2% ^b	-	-	-0,3	0,6	0,6	0,2	-
uitstromenden uit het ziekenfonds ^a	62,8% ^c	-	-2,5	-	-2,4	-1,7	-	-1,3

^a In- en uitstroom is bepaald op persoonsniveau.

^b Aandeel personen dat in de nulvariant niet ziekenfondsverzekerd is.

^c Aandeel personen dat in de nulvariant ziekenfondsverzekerd is.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

De laatste twee regels in tabel 5.2 geven de consumptie-effecten voor de in het ziekenfonds stromende personen respectievelijk uit het ziekenfonds stromende personen. Zoals in paragraaf 5.2.2 al is aangegeven, zijn de consumptie-effecten in dit onderzoek het gevolg van veranderingen in eigen betalingen of veranderingen in de kring van verzekerden.

In variant VVN, waarin beide maatregelen in het systeem van eigen betalingen tegelijk van toepassing worden, vermindert de totale zorgconsumptie met 0,5%. De verschillen tussen de onderscheiden groepen zijn niet erg groot. De consumptie-effecten variëren van -0,3% voor de laagste-inkomensgroep en hoogste-opleidingsgroep tot -0,7% voor de middelste-inkomensgroep en de groep huishoudens met goede gezondheid. Het over het algemeen hoger geworden betalingsmaximum (B1) versterkt de remmende werking van de eigen bijdrage voor de huisarts (B2) op het gebruik van huisartsdiensten. Dit beïnvloedt vervolgens ook weer de consumptie van andere medische voorzieningen. Waardoor het effect van de samengestelde variant (VVN) groter is dan de som van de effecten van de opbouwende enkelvoudige varianten (B1 en B2).

Wanneer vervolgens wijzigingen worden aangebracht in de kring van verzekerden (uitgezonderd de extreme varianten VVZ en VVP), blijven de consumptie-effecten vergelijkbaar met variant VVN. De toename in de medische consumptie onder instromende personen is in de samengestelde varianten beduidend lager dan in de enkelvoudige varianten (zie hiervoor bijlage E). Dit is het gevolg van de veranderingen in de eigen betalingen in het ziekenfonds. Wanneer de toelatingsgrens zou worden verlaagd tot de premiegrens van 1996 (VVW1), volgt vrijwel geen additionele vermindering van de zorgconsumptie. Het effect is hierbij kleiner dan uit de samenstellende varianten VVN en W3 zou volgen, doordat de maatregelen in de eigen betalingen (VVN) nu voor een kleinere populatie gelden. De werknemersvariant waarbij meer bejaarden tot de kring van ziekenfondsverzekerden gaan behoren (VVW2) geeft tevens vrijwel geen verandering in de consumptie-effecten ten opzichte van variant VVN. De omvang van de groep toetredende bejaarden en hun consumptieverandering zijn dermate klein dat er nauwelijks zichtbare effecten zijn.

Bij de solidariteitsvarianten stromen bepaalde huishoudens in het ziekenfonds en andere uit. Waar sprake is van (netto-)uitstroom uit het ziekenfonds, vermindert het effect van de maatregelen in het systeem van eigen betalingen in het ziekenfonds (VVN). De hogere inkomens met dus hoge inkomensafhankelijke betalingsmaxima, stromen uit. In algemene zin kan niet worden gezegd in welk verzekeringssysteem voor hen het consumptieremmende effect het grootst is. De uitstromende minder gezonde huishoudens blijken in een particuliere verzekering meer te consumeren dan in een ziekenfondsverzekering met de twee wijzigingen in het systeem van eigen betalingen. Waar sprake is van (netto-)instroom, zullen (de in de regel positieve) consumptie-effecten uit de enkelvoudige varianten (SI²³ en SH2) door toevoeging van B1 en B2 kleiner of mogelijk zelfs negatief worden.

De consumptie-effecten ontlopen elkaar weinig in de verschillende varianten (de extreme varianten uitgezonderd). Verder vertonen de risicogroepen (lagere inkomens, lager opgeleiden en minder gezonden) een kleinere vermindering in de medische consumptie dan gemiddeld. Vanuit de consumptie-effecten gezien, kan niet gesteld worden dat de ene variant wezenlijk gunstiger is dan de andere.

5.3.2 De gevolgen voor de kosten van gezondheidszorg

De gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg worden op twee manieren berekend, aangeduid met 'kosten tweede compartiment' en 'collectief gefinancierde kosten'. Tabel 5.3 geeft, voor beide benaderingen, de gevolgen weer van de samengestelde varianten. De cijfers geven absolute veranderingen aan ten opzichte van de nulvariant (in miljarden gulden).

De gevolgen voor de kosten van het tweede compartiment sluiten nauw aan bij de berekende consumptie-effecten. Deze betreffen de veranderingen in de totale consumptie (uitgedrukt in kosten) aan zorgvoorzieningen uit het tweede compartiment.

Onder de collectief gefinancierde kosten vallen de premies voor verzekering via ziekenfonds of standaardpakketpolis, de MOOZ- en WTZ-bijdragen en de rijksbijdrage.

Veranderingen in de kring van verzekerden hebben grote invloed op de collectieve financiering, doordat zowel de totale (al dan niet aangepaste) ziekenfondspremies en premies voor standaardpakketpolissen, als de wettelijke bijdragen MOOZ en WTZ beïnvloed worden. Consumptie-effecten van ziekenfondsverzekerden hebben via premieaanpassingen ook gevolgen voor de collectieve financiering.

De gepresenteerde cijfers geven aan hoeveel meer dan wel minder collectief gefinancierd wordt (in miljarden) in een variant ten opzichte van de nulvariant. Naast deze collectief gefinancierde kosten worden eventuele onstane tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen vermeld.

Wanneer er tekorten zijn voor de ziekenfondsen en er geen verrekening plaatsvindt, worden de collectief gefinancierde kosten onderschat met het bedrag van de tekorten. Als er daarentegen een overschot is bij de ziekenfondsen, worden de collectief gefinancierde kosten overschat met de hoogte van het overschot. Wanneer er verrekening plaatsvindt via een aanpassing van de premies, is er geen overschot of tekort meer bij de ziekenfondsen en is het betreffende bedrag via de premies 'opgenomen' in de collectief gefinancierde kosten.

Tabel 5.3 Verandering in de kosten van gezondheidszorg in de samengestelde varianten (in mld. gld.)

	niveau nulvariant	samengestelde varianten						
		VVN	VVW1	VVW2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
geen verrekening van overschot/tekort bij ziekenfondsen								
kosten tweede compartiment	26,6	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,3
collectief gefinancierde kosten	18,1	0,0	-0,8	1,1	-7,4	-9,3	-4,6	-10,6 ^a
overschot/tekort bij ziekenfondsen	0,0 ^b	0,5	0,8	1,5	-8,0	-6,8	-8,9	2,3
verrekening van overschot/tekort via aanpassing premies								
kosten tweede compartiment	26,6	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,2	-0,3
collectief gefinancierde kosten	18,1	-0,5	-1,6	-0,4	0,6	-2,5	4,3	-10,6 ^a

^a In deze variant is een deel van de rijksbijdrage (2,3 mld. gld.) niet meer nodig voor het ziekenfonds.

^b In de nulvariant is het overschot/tekort bij de ziekenfondsen 0 verondersteld.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

De gevolgen voor de kosten van het tweede compartiment

De gevolgen voor de kosten van het tweede compartiment hangen nauw samen met de in paragraaf 5.3.1 besproken consumptie-effecten. Immers, in de hier uitgevoerde simulaties liggen de tarieven voor zorgvoorzieningen en de samenstellingen van compartimenten vast, zodat de kosten met name veranderen door volumeveranderingen.²⁴

In alle samengestelde varianten (VVP uitgezonderd) zijn de maatregelen van variant VVN in het systeem van eigen betalingen ingevoerd. Deze maatregelen verminderen de kosten in het tweede compartiment met een bedrag van 100 miljoen gulden. Deze kostendaling verandert nauwelijks door de gesimuleerde wijzigingen in de kring van verzekerden in de werknemersvarianten en solidariteitsvarianten.

Wanneer iedereen particulier (VVP) zou zijn verzekerd, zouden de kosten voor het tweede compartiment dalen met zo'n 300 miljoen gulden. In deze variant hebben huishoudens een zelf gekozen eigen risico van minimaal 200 gulden. De voorheen ziekenfondsverzekerde 55-plussers en de oorspronkelijk particulier verzekerde 65-plussers krijgen (of hebben) hierbij een standaardpakketpolis met een eigen risico van 200 gulden (of 100 gulden wanneer slechts één persoon op de polis staat). Wanneer (minder gezonde) personen jonger dan 55 jaar worden uitgesloten van maatschappijpolissen, kan de kostenbesparing lager uitkomen dan de genoemde 300 miljoen gulden, doordat deze personen dan een standaardpakketpolis krijgen met een klein eigen risico. Een vermindering van de kosten voor het tweede compartiment in de orde van 100 miljoen gulden, zoals bij de samengestelde varianten resulteert, mag dus relatief gezien als aanzienlijk worden beschouwd.

De gevolgen voor de collectief gefinancierde kosten

Veranderingen in de kring van verzekerden hebben invloed op de collectief gefinancierde kosten. De collectief gefinancierde kosten bestaan immers uit de ziekenfondspremies, de premies voor standaardpakketpolissen en de MOOZ- en WTZ-bijdragen. Daarbij moeten ook de rijksbijdragen worden geteld, die echter in dit onderzoek constant zijn verondersteld.

Consumptie-effecten en eigen betalingen spelen via aanpassing van de ziekenfondspremies een rol bij de collectief gefinancierde kosten. Na aanpassing van de premies daalt in de variant met alleen wijzigingen in de eigen betalingen (VVN) de collectieve financiering met 500 miljoen gulden. Bij de werknemersvarianten (VWV1 en VWV2) ontstaat door de eigen betalingen en door de verhoging van de nominale premie een overschot bij de ziekenfondsen als de premies niet worden aangepast. Dit kan verrekend worden door een premieverlaging voor ziekenfondsverzekerde huishoudens en hun werkgevers. Bij de solidariteitsverzekering op het niveau van huishoudens treedt na de premieaanpassing, net als bij de werknemersverzekering, een daling op van de collectief gefinancierde kosten. Bij de individuele solidariteitsvariant nemen de collectief gefinancierde kosten echter toe.

De verlaging van de collectieve financiering betreft gedeeltelijk een financieringsverschuiving. Dit blijkt uit variant VVN. Een gedeelte van de vermindering van de collectieve kosten met 500 miljoen ontstaat door het verminderde gebruik van zorgvoorzieningen (100 miljoen). Het andere gedeelte van de vermindering van de

collectieve kosten komt ten laste van de ziekenfondsverzekerden door meer eigen betalingen.

5.3.3 De gevolgen voor de koopkracht van huishoudens

De tabellen 5.4 en 5.5 geven de koopkrachteffecten voor de huishoudens. In tabel 5.4 worden tekorten of overschotten bij de ziekenfondsen niet verrekend. De resultaten in tabel 5.5 zijn gebaseerd op verrekening door aanpassing van de ziekenfondspremies.

Tabel 5.4 Procentuele verandering van de koopkracht in de samengestelde varianten, geen verrekening van ontstane overschot/tekort bij ziekenfondsen

	aandeel huishoudens ^a	samengestelde varianten						
		VVN	VVW1	VVW2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
alle huishoudens	99,1%	-0,2	-0,8	-0,6	-0,4	-0,3	-0,6	-2,9
20%-groepen secundair inkomen								
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	-0,2	-1,2	-1,0	-0,1	0,1	-0,5	-6,2
2 ^e (22.500 - 32.000 gulden)	20,0%	-0,2	-1,1	-0,8	-0,7	-0,2	-1,1	-4,4
3 ^e (32.000 - 45.700 gulden)	20,0%	-0,2	-0,9	-0,6	-0,4	0,0	-0,9	-2,8
4 ^e (45.700 - 63.900 gulden)	20,0%	-0,1	-0,7	-0,5	-0,5	-0,8	-0,2	-1,1
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,2	-0,2	-0,4	-0,6	-0,2	-0,3
huishoudenstype								
alleenstaande	40,4%	-0,2	-0,8	-0,6	-1,0	-0,8	-1,8	-2,6
eenoudergezin	2,9%	-0,3	-1,1	-0,9	0,0	0,1	0,1	-5,6
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	-0,2	-1,1	-0,7	0,2	0,3	0,9	-5,2
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	-0,2	-1,2	-0,7	0,2	0,3	1,2	-3,1
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	-0,1	-0,7	-0,6	-0,1	0,1	-0,5	-2,9
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	-0,1	-0,7	-0,5	-0,1	-0,6	0,2	-1,5
inkomensbron van de kostwinner								
werknemer marktsector	48,7%	-0,1	-0,7	-0,5	-0,7	-0,7	-0,7	-1,2
werknemer overheidssector	9,5%	0,0	-0,3	-0,3	-0,8	-0,4	-1,7	0,3
zelfstandige	4,8%	0,0	-0,3	-0,3	2,2	2,1	2,4	-1,0
uitkeringsontvanger	17,1%	-0,3	-1,3	-1,0	-0,8	-0,8	-1,0	-5,3
pensioenontvanger	18,4%	-0,2	-1,2	-0,8	-0,2	0,3	-0,4	-7,1
overig	0,7%	0,0	-0,6	-0,5	4,7	4,9	4,5	-6,1
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant								
geheel ZFW-verzekerd	63,8%	-0,2	-1,2	-0,9	-0,7	-0,5	-1,1	-4,3
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	0,0	-0,4	-0,3	-0,5	-0,8	-0,5	-0,8
niet ZFW-verzekerd	25,0%	0,0	-0,1	0,1	0,3	0,4	0,5	-0,2
gezondheidstoestand								
goed	68,6%	-0,1	-0,7	-0,5	-0,5	-0,3	-0,7	-2,1
niet goed	30,6%	-0,3	-1,1	-0,8	-0,4	-0,3	-0,4	-4,7
aandeel huishoudens met een koopkrachteffect van meer dan 2%	99,1%	0	5	1	9	12	21	42

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen koopkrachteffect berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

De cijfers geven procentuele koopkrachtveranderingen ten opzichte van de nulvariant. Hierbij worden de gevolgen in beeld gebracht voor huishoudens ingedeeld naar inkomen, samenstelling, inkomensbron (van de kostwinner), verzekeringsvorm en gezondheidstoestand. De laatste regel uit de tabel geeft het aandeel van de huishoudens die als gevolg van de samengestelde variant een koopkrachteffect van meer dan 2% ondervinden.

Voor de varianten VVN, VVW1 en VVW2 ligt verrekening van overschotten en tekorten middels premieaanpassing voor de hand. Voor deze varianten zijn de resultaten in tabel 5.5 het meest relevant. Voor de solidariteitsvarianten ligt dit anders. Bij de resultaten zonder verrekening ontstaan aanzienlijke tekorten bij de ziekenfondsen door verlies aan premie-inkomsten. De werkgeverspremie komt immers in die varianten te vervallen. De procentuele premie voor de ziekenfondsverzekerden wordt op 4% gesteld. Het belastingvoordeel dat ziekenfondsverzekerden zouden hebben doordat de werkgeverspremie komt te vervallen, wordt zo afgeroomd. Overigens is het bedrag dat de werkgevers in deze varianten uitsparen groter dan het ontstane tekort bij de ziekenfondsen. Wanneer de werkgevers verplicht zouden worden om deze uitgespaarde lasten af te dragen, zou de ziekenfondspremie in de solidariteitsvarianten kunnen dalen. In dat geval zijn de koopkrachteffecten dus gunstiger dan de resultaten in tabel 5.4. Tabel 5.5 geeft de resultaten voor de situatie waarbij de tekorten bij de ziekenfondsen door premieverhoging geheel worden verhaald op de ziekenfondsverzekerden.

De koopkrachteffecten bij de combinatie van de maatregelen B1 en B2 in het systeem van eigen betalingen (VVN) zijn na aanpassing van de premies gemiddeld licht positief (0,1%, tabel 5.5). Eenoudergezinnen, eenverdieners met kinderen en uitkeringsontvangers gaan er echter iets op achteruit (met 0,1% à 0,2%). In variant VVW1 vindt gemiddeld een vermindering van koopkracht plaats met 0,2%. De groepen die nadelig worden getroffen door een verhoging van de nominale premie, ondervinden het grootste koopkrachtverlies. Het betreft de eenoudergezinnen, eenverdieners en uitkeringsontvangers, die er allen gemiddeld meer dan 0,6% in koopkracht op achteruit gaan. In variant VVW2 wordt net als in VVW1 de nominale premie verhoogd en worden dezelfde huishoudens nadelig getroffen. Echter, in deze variant zijn de koopkrachtverliezen veel kleiner. De eenoudergezinnen leveren in deze variant de meeste koopkracht in (0,4%). De pensioenontvangers, van wie een deel in het ziekenfonds instroomt, boeken met 0,6% de grootste vooruitgang. Het verschil in de resultaten van de twee varianten ontstaat doordat in variant VVW1 het belastingpercentage van de eerste schijf met 0,2 procentpunt omhoog moet, ter compensatie van de vermindering aan inkomstenbelasting en premies volksverzekering die geheven worden over de werkgeverspremies en werkgeversvergoedingen (bijlage F). Deze vermindering aan werkgeverspremies en -vergoedingen ontstaat doordat de ziekenfondsverzekerden met de hoogste inkomens uit het ziekenfonds stromen. Voor hen werd voorheen veel werkgeverspremie betaald, maar in de particuliere verzekering ontvangen zij een lagere werkgeversvergoeding. In variant VVW2 blijven de werkgeverspremies en daarmee het belastingpercentage vrijwel ongewijzigd. Bij de solidariteitsvarianten (VSSI en VSSH) zijn alleen de koopkrachteffecten zonder verrekening relevant (tabel 5.4).

De koopkrachteffecten sporen in VVSH met de som van koopkrachteffecten als gevolg van de eigen betalingen en de koopkrachteffecten als gevolg van de wijziging in de kring van verzekerden. Bij de enkelvoudige variant SI is uitgegaan van de toelatingsgrens 1996. Deze is dus niet direct vergelijkbaar met de samengestelde variant. Voor vrijwel alle onderscheiden groepen is het koopkrachteffect in de huishoudensversie (VVSH) gunstiger, of minder ongunstig, dan in de individuele versie. Dit geldt met name voor de laagste-inkomensgroepen, werknemers in de overheidssector, gepensioneerden en minder gezonde huishoudens. Het gemiddelde koopkrachtverlies is voor de alleenstaanden, de werknemers in de marktsector en de uitkeringsontvangers in beide varianten groot, namelijk meer dan 0,7%. De zelfstandigen gaan er in beide varianten op vooruit. Zij ondervinden een koopkrachtwinst van ruim 2%.

Tabel 5.5 Procentuele verandering van de koopkracht in de samengestelde varianten, verrekening van ontstane overschot/tekort bij ziekenfondsen via aanpassingen premies

	aandeel huishoudens ^a	samengestelde varianten						
		VVN	VVW1	VVW2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
alle huishoudens	99,1%	0,1	-0,2	0,1	-3,5	-3,6	-3,3	-2,9
20%-groepen secundair inkomen								
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	0,1	-0,2	0,1	-4,1	-5,6	-3,2	-6,2
2 ^e (22.500 - 32.000 gulden)	20,0%	0,1	-0,2	0,1	-5,1	-6,0	-4,1	-4,4
3 ^e (32.000 - 45.700 gulden)	20,0%	0,0	-0,3	0,1	-3,7	-4,2	-3,8	-2,8
4 ^e (45.700 - 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,4	0,0	-2,9	-1,6	-3,1	-1,1
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	0,0	-1,5	-0,6	-2,5	-0,3
huishoudenstype								
alleenstaande	40,4%	0,1	0,0	0,3	-4,8	-6,1	-4,8	-2,6
eenoudergezin	2,9%	-0,2	-0,6	-0,4	-2,8	-3,8	-2,2	-5,6
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	0,0	-0,7	-0,1	-2,1	-2,8	-1,5	-5,2
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	-0,1	-0,9	-0,3	-1,8	-2,5	-1,0	-3,1
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	0,1	-0,1	0,1	-3,1	-1,2	-3,3	-2,9
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	0,0	-0,4	-0,1	-2,5	-1,4	-2,3	-1,5
inkomensbron van de kostwinner								
werknemer marktsector	48,7%	0,1	-0,2	0,0	-3,4	-3,4	-3,5	-1,2
werknemer overheidssector	9,5%	0,0	-0,1	-0,1	-2,8	-2,1	-4,4	0,3
zelfstandige	4,8%	0,0	-0,2	-0,1	0,6	0,5	0,6	-1,0
uitkeringsontvanger	17,1%	-0,1	-0,6	-0,3	-4,3	-5,2	-3,7	-5,3
pensioenontvanger	18,4%	0,2	0,1	0,6	-4,4	-4,8	-3,4	-7,1
overig	0,7%	0,1	-0,5	-0,5	2,9	2,4	3,0	-6,1
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant								
geheel ZFW-verzekerd	63,8%	0,1	-0,3	0,0	-4,6	-5,0	-4,0	-4,3
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	0,0	-0,1	-0,1	-2,2	-1,0	-3,1	-0,8
niet ZFW-verzekerd	25,0%	0,0	-0,1	0,2	-1,1	-1,1	-1,8	-0,2
gezondheidstoestand								
goed	68,6%	0,1	-0,2	0,1	-3,4	-3,6	-3,4	-2,1
niet goed	30,6%	0,0	-0,4	0,0	-3,6	-3,7	-3,2	-4,7
aandeel huishoudens met een koopkrachteffect van meer dan 2%	99,1%	0	3	0	66	56	77	42

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen koopkrachteffect berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

5.3.4 De resultaten per samengestelde variant

De gevolgen van de samengestelde varianten worden nog eens kort samengevat. Daarbij wordt ook aandacht besteed aan de doelstellingen achter de gesimuleerde verzekeringswijzigingen.

VVN: verruiming van de eigen betalingen in het ziekenfonds

Het doel achter de gesimuleerde uitbreiding van eigen betalingen in de ziekenfondsverzekering is het terugdringen van onnodige zorg. Het onderscheid tussen nodige en onnodige zorg kan in dit onderzoek echter niet worden gemaakt. De gepresenteerde consumptie-effecten tonen aan dat de consumptievermindering voor de risicogroepen (lage inkomens, laag opgeleiden en minder gezonden) niet ongunstig afwijkt van de gemiddelde consumptievermindering. Met het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen betalingen van 1% van het belastbaar inkomen en een eigen bijdrage voor de huisarts van f 6,50, verminderen de kosten van het tweede compartiment met ruim 100 miljoen gulden. Dit beslaat zo'n 0,4% à 0,5% van de totale kosten van het tweede compartiment.

VVW1: verkleining van het ziekenfonds, premies meer in overeenstemming brengen met de zorgaanpakken en verruiming van de eigen betalingen

Het doel achter deze variant is beperking van de collectieve financiering. De collectieve financiering daalt in deze variant (na premie-aanpassing) met 1,6 miljard gulden. De koopkrachtgevolgen zijn alleen positief voor de huishoudens die profiteren van een groter nominaal deel in de ziekenfondspremie, te weten alleenstaanden en sommige tweeverdieners, waaronder gepensioneerden. Gemiddeld genomen gaan de (geheel) ziekenfondsverzekerde huishoudens er met deze maatregelen 0,3% in koopkracht op achteruit. Daarnaast leiden ook particulier verzekerden een koopkrachtverlies van gemiddeld 0,1%, omdat - ter compensatie van verminderde belastinginkomsten door weggevallen werkgeverspremies - het belastingpercentage van de eerste schijf met 0,2 procentpunt moet worden verhoogd.

VVW2: meer ouderen in het ziekenfonds, premies meer in overeenstemming brengen met de zorgaanpakken en verruiming van de eigen betalingen

Het doel achter deze variant is verbetering van de koopkracht van gepensioneerden. Alle maatregelen waaruit deze samengestelde variant is opgebouwd, hebben positieve koopkrachteffecten voor gepensioneerden. Zij gaan er dan ook in deze variant gemiddeld 0,6% in koopkracht op vooruit. Deze variant pakt met name gunstig uit voor de instromende ouderen, maar ook de reeds ziekenfondsverzekerde ouderen ondervinden gemiddeld genomen een koopkrachtverbetering. In deze variant verminderen de collectief gefinancierde kosten, na aanpassing van de premies, met 400 miljoen gulden. Dit is het gevolg van de uitbreiding van de eigen betalingen. De vermindering van de collectieve financiering die daarmee samenhangt, is groter dan de verhoging van de collectieve financiering als gevolg van de instroom van ouderen.

VVSI: individuele solidariteitsverzekering, een minimumpremie voor kleine verdiemers met particulier verzekerde partners en verruiming van de eigen betalingen

Het doel achter deze variant is het meer in overeenstemming brengen van de uitgaven

die huishoudens doen aan gezondheidszorg met de draagkracht. Bij de solidariteitsverzekeringen krijgen werkgevers een fors voordeel doordat de werkgeverspremie komt te vervallen. Wanneer tekorten bij de ziekenfondsen niet worden verhaald op de ziekenfondsverzekerden, en de procentuele ziekenfondspremie op 4% wordt gesteld, daalt de koopkracht van huishoudens met gemiddeld 0,4%. Wanneer het bedrag aan uitgespaarde werkgeverspremies zou worden ingezet ten gunste van het ziekenfonds en daarmee de ziekenfondsverzekerden zou er een koopkrachtverbetering ontstaan voor de ziekenfondsverzekerden in deze variant. Hieronder vallen onder meer alle huishoudens uit de eerste twee inkomensgroepen.

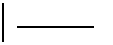
Per saldo stromen er huishoudens in van alle onderscheiden typen. De eenverdieners gaan er in deze variant in koopkracht op vooruit. De tweeverdieners en (vooral) de alleenstaanden gaan er in koopkracht op achteruit. Voor alleenstaanden is de particuliere verzekering relatief gunstig, omdat daarin de premie in verhouding staat tot de omvang van de zorgaanspraken. Deze situatie is versterkt doordat in de solidariteitsvarianten de belastbare som de premiegrondslag vormt. Door de kleinere belastingvrije voet betalen alleenstaanden relatief meer premie dan bijvoorbeeld eenverdieners. Ditzelfde geldt ook bij individuele verzekering van een tweeverdiener. Tweeverdieners zijn echter, vanwege de relatief kleine inkomsten van sommige tweede verdieners, in het ziekenfonds gemiddeld genomen goedkoper verzekerd dan in een particuliere verzekering. Zelfstandigen worden in deze variant toegelaten tot het ziekenfonds wanneer hun inkomen aan de toelatingsgrens voldoet. Zij ondervinden een koopkrachtverbetering van gemiddeld 2,2%.

De 'achterblijvende' particulier verzekerden worden geconfronteerd met een aanzienlijke stijging van de som aan wettelijke bijdragen met 60 gulden. Wanneer de tekorten bij de ziekenfondsen worden aangezuiverd, stijgen de collectief gefinancierde kosten in deze variant met 600 miljoen gulden.

VVSH: solidariteitsverzekering waarbij (alleen) hele huishoudens worden toegelaten tot het ziekenfonds met verruiming van de eigen betalingen

Ook deze variant heeft tot doel om de kosten voor gezondheidszorg naar draagkracht te verdelen over de huishoudens. Het draagkrachtprincipe komt met deze huishoudensvariant meer tot zijn recht dan in de hiervoor besproken individuele versie van de solidariteitsverzekering. Ook in deze variant wordt alleen gekeken naar de resultaten waarbij de tekorten van de ziekenfondsen niet door een premieverhoging worden verrekend.

Ten opzichte van de individuele versie ondervinden alleen de tweeverdieners een verandering. Velen van hen zullen niet langer in het ziekenfonds worden opgenomen. Naarmate de beide inkomens van tweeverdieners dichterbij de grens van de eerste belastingschijf komen, is de individuele solidariteitsverzekering duur in verhouding tot de particuliere verzekering. Dat geldt des te meer wanneer er geen kinderen in het huishouden zijn. Deze groep is particulier verzekerd in de huishoudensvariant van de solidariteitsverzekering, en ondervindt ten opzichte van de individuele variant dan ook een koopkrachtverbetering. In deze groep bevinden zich ook 90.000 gepensioneerden. Daarnaast zijn ambtenaren gemiddeld genomen beter af in de huishoudensversie dan in de individuele versie. Dit komt onder meer doordat ambtenaren vanwege de relatief ruime werkgeversvergoedingen in de particuliere ziektekostenverzekering beter af zijn. De verhoging van de MOOZ-bijdrage en de verlaging van de WTZ-bijdrage houden



elkaar in deze variant in evenwicht. Verder dalen de collectief gefinancierde kosten in deze variant met 2,5 miljard gulden, wanneer het tekort bij het ziekenfonds wordt aangezuiverd.

Noten

- 1 Bij de andere verzekeringsvormen vindt geen verrekening plaats. Zie hiervoor hoofdstuk 4.
2 In het algemeen zijn het twee tegengestelde effecten op de welvaart van personen. Een
vermindering van de medische consumptie heeft mogelijk een negatief effect op de
3 gezondheidstoestand en een positief effect op de koopkracht.
Een macrovermindering van medische consumptie kan verlaging van de premie voor
4 ziektekostenverzekeringen betekenen. Dit heeft dan weer een gunstig effect op de koopkracht van
personen (micro).
De gezamenlijke medische consumptie is berekend door de consumptie van de verschillende
5 zorgvoorzieningen gewogen op te tellen voor de betreffende groep huishoudens. De gewichten
bestaan hierbij uit gemiddelde tarieven (over ziekenfondstarieven en particuliere tarieven) voor de
betreffende zorgvoorziening.
6 Daarnaast kan er sprake zijn van een wijziging in de samenstelling van een polishuishouden.
Zelfstandig verzekerden kunnen bij wijzigingen meeverzekerde worden bij de partner of een
ouder. Met meer personen op een polis wordt een maximum aan eigen betalingen eerder bereikt.
7 In het onderzoek is rekening gehouden met de bestaande ‘aanbodgeïnduceerde’
consumptieverschillen tussen ziekenfondsverzekerden en de privaatrechtelijk en publiekrechtelijk
verzekerden. Bij grote veranderingen zouden er ook nieuwe aanbodeffecten kunnen ontstaan:
8 verandering van tarieven, verandering van terugbestelgedrag bij vrijeberoepsbeoefenaren wanneer
de zorgvraag erg verandert, of het vollopen van wachtlijsten wanneer de zorgvraag erg toeneemt.
Dergelijke effecten zijn echter niet in het onderzoek opgenomen.
9 Ziektenfondsverzekerden blijken vaker een preventief tandartsconsult te nemen en ondergaan
minder vaak een tandartsbehandeling. Tot aan 1995 behoorde de tandartszorg nog tot het
10 basispakket en was het bezoeken van preventieve consulten een voorwaarde voor
ziekenfondsverzekerden om ook tandartsbehandelingen vergoed te krijgen. Vanaf 1995 valt het
preventieve tandartsconsult nog onder het ziekenfondspakket, maar voor tandartsbehandelingen
11 moeten ziekenfondsverzekerden zich aanvullend verzekeren. In de simulaties zijn verschillen in
het gebruik van tandartszorg tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden niet
meegenomen, omdat de verschillen in tandartstarieven voor ziekenfondsverzekerden en
12 particulier verzekerden geharmoniseerd zijn en de ‘verplichting’ van een preventief consult voor
ziekenfondsverzekerden minder strikt is geworden.
13 De standaardpakketpolis heeft vanaf 1997 een vastgesteld eigen risico van 200 gulden voor een
polishuishouden bestaande uit meerdere personen en 100 gulden voor een polishuishouden van
14 één persoon.
Onder meer betekent dit dat gepensioneerde paren in de huishoudensversies van de
15 solidariteitsverzekering gezamenlijk een betalingsmaximum hebben van 100 gulden.
Voor een uitgebreide bespreking van sociaal-economische gezondheidsverschillen wordt
16 verwezen naar Mackenbach (1994).
17 Instromende ouderen verhogen hun consumptie met 0,7% en uitstromende ouderen verlagen hun
consumptie met 0,7%.
18 Ranchor et al. (1996) merken op dat wellicht de grootste sociaal-economische verschillen in
gezondheid meer voorkomen tussen de groepen aan de onderkant van de sociale ladder, terwijl
hier gekeken wordt naar verschillen tussen lagere en hogere sociale groepen.
De veranderingen in consumptie kunnen, zoals besproken in paragraaf 5.2.1, op hun beurt
19 veroorzaakt worden door veranderingen in eigen betalingen of in de kring van verzekerden.
De tarieven zelf blijven in de simulaties ongewijzigd. Maar wanneer personen bijvoorbeeld
20 worden overgeheveld van het ziekenfonds naar een particuliere verzekering, wordt hun
consumptie ‘duurder’ doordat de tarieven voor particulier verzekerden hoger zijn dan voor
ziekenfondsverzekerden. Dit heeft dan een kostenverhogend effect op de kosten van het tweede
21 compartiment.
Hier wordt met besteedbaar inkomen bedoeld het secundaire inkomen gecorrigeerd voor fiscale
22 aftrek- en bijtelposten die verband houden met ziektekostenverzekeringen. Verder zijn de
werkgeverspremies en werkgeversvergoedingen niet bij het inkomen opgeteld.
23 Tabel E2 geeft de omvang van deze verschillen (in miljarden gulden) voor de enkelvoudige
varianten.
24 Ook strategisch gedrag om goedkoop verzekerd te zijn, of juist het wegvallen van dit gedrag in
een nieuwe situatie waarin het niet meer loont, kan in de praktijk optreden maar is in dit
25 onderzoek buiten beschouwing gelaten.
Omdat het gemiddelde wordt genomen van de individuele koopkrachteffecten, is dit niet
noodzakelijk gelijk aan 0.

19 Het positieve effect bij gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens hangt samen met die van
de tweeverdieners. Het positieve effect bij de huishoudens met minder goede gezondheid hangt
samen met die van de gepensioneerden.

20 De Werkgroep ziektekosten (1995: 26) heeft een met W1 vergelijkbare variant onderzocht voor
1995. Zij komt tot de conclusie dat alleenstaanden en tweeverdieners zonder kinderen nadelige
koopkrachtheffingen ondervinden wanneer zij van een particuliere verzekering worden
overgeheveld naar het ziekenfonds.

21 De minimumpremie is steeds ter grootte van het bedrag aan betaalde procentuele
werknemerspremie voor een eenverdiener met 70% van het minimumloon. Het bedrag aan
minimumpremie verschilt dus tussen de varianten.

22 De bepaling van de kostwinner is uitgevoerd op basis van het secundaire inkomen.

23 In de samengestelde variant VVSI is de toelatinggrens gelijk aan 45.325 gulden. In de
enkelvoudige variant SI bedraagt deze echter 48.590 gulden.

24 Doordat de tarieven die berekend worden aan ziekenfondsverzekerden verschillen van die voor
particulier verzekerden ontstaan er los van volume-effecten ook kleine prijseffecten door
veranderingen in de kring van verzekerden. Deze zijn ook opgenomen in de berekeningen. Deze
prijseffecten spelen met name een rol in de varianten waarin per saldo een grote in- of uitstroom
plaatsvindt. Bij de extreme variant VVZ, waarbij iedereen ziekenfondsverzekerd wordt, is dat te
zien. Het gemiddelde consumptie-effect is net als in de samengestelde varianten -0,5%. De
verandering in de kosten van het tweede compartiment is echter in deze variant -200 miljoen
gulden, tegen -100 miljoen gulden in de samengestelde varianten. Dit is het gevolg van het
prijseffect dat ontstaat wanneer zo'n 5,5 miljoen particulier verzekerden niet langer de
particuliere tarieven betalen, maar de ziekenfondstarieven.

6 SAMENVATTING EN CONCLUSIES

6.1 Inleiding

De beheersing van de kosten van de gezondheidszorg is een belangrijk aandachtspunt van het overheidsbeleid. De kostenontwikkeling wordt niet alleen beïnvloed door demografische en technologische ontwikkelingen, maar ook door de wijze waarop de gezondheidszorg is georganiseerd. Een belangrijke rol hierin speelt het verzekeringsstelsel. De laatste jaren is er een toenemende trend om de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg niet alleen via de aanbodzijde maar ook via de vraagzijde te versterken. Financiële prikkels in de vorm van eigen bijdragen en eigen risico's moeten aan deze kostenbeheersing bijdragen. De overheid verwacht dat de financiële prikkels een remmende werking hebben op de kosten van de gezondheidszorg. Vanaf 1997 worden aan ziekenfondsverzekerden bij het gebruik van zorgvoorzieningen eigen bijdragen in rekening gebracht en zullen in principe alle particulier verzekerden te maken krijgen met een eigen risico.

De overheid moet zich echter ook inspannen om de gezondheidszorg voor iedereen betaalbaar en toegankelijk te houden. Dit betekent dat de premies en eigen betalingen in een evenwichtige verhouding moeten staan tot het inkomen van een huishouden. Hoe de premielast 'evenwichtig' verdeeld moet worden over huishoudens blijft echter een discussiepunt, dat voorlopig is opgeschoven naar de volgende kabinetsperiode. Vragen die hierbij spelen zijn de volgende.

- Voor wie is het ziekenfonds bedoeld? Moet het ziekenfonds in beginsel een werknemersverzekering blijven of moet de ziekenfondsverzekering ook toegankelijk zijn voor anderen, zoals ambtenaren en zelfstandigen?
- Tot welke inkomensgrens zou men onder de ziekenfondsverzekering moeten vallen en van welke gezinsleden moet het inkomen worden meegeteld?
- Welke inkomensbestanddelen moeten in ogenschouw worden genomen? Telt alleen het vaste loon of de vaste uitkering, of moeten ook variabele loonbestanddelen of inkomen uit onderneming en vermogen en dergelijke worden meegenomen?
- Is voor de bepaling van de hoogte van de te betalen premie alleen het inkomen van de hoofdverzekerde van belang of ook dat van een eventuele partner, en moeten er bepaalde minima aan de te betalen premies worden gesteld?
- Moet aan het systeem van eigen bijdragen dat op 1 januari 1997 is ingevoerd nog een eigen bijdrage voor de huisarts worden toegevoegd en moet het vaste maximum van 200 gulden aan eigen bijdragen worden vervangen door een inkomensafhankelijk maximum?

In dit Cahier zijn toekomstige verzekeringsvarianten geanalyseerd die kunnen helpen bij het vinden van een antwoord op deze vragen. De varianten zijn in drie groepen onderverdeeld. In de eerste plaats zijn er varianten ontwikkeld die aansluiten bij de huidige structuur van het ziekenfonds als een werknemersverzekering, met aanvullingen hierop voor ouderen. In de tweede plaats zijn er varianten ontwikkeld die aansluiten bij het solidariteitsbeginsel dat ten grondslag ligt aan de ziekenfondsverzekering, en die daarmee alle lagere inkomensgroepen omvatten. Ten slotte zijn er varianten ontwikkeld

die betrekking hebben op specifieke onderdelen, zoals de instelling van een minimumpremie en de invoering van een inkomensafhankelijk maximum in het eigen-bijdragesysteem. Deze veranderingen zijn zowel apart als in combinatie onderzocht.

Telkens zijn deze verzekeringsvarianten op de volgende drie aspecten bekeken.

- Wat zijn de gevolgen voor de medische consumptie?
- Wat zijn de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg?
- Wat zijn de gevolgen voor de koopkracht van huishoudens?

De resultaten van dit onderzoek kunnen worden gebruikt als cijfermatige ondersteuning van de discussie over de toekomstige inrichting van het systeem van ziektekostenverzekeringen.

Momenteel wordt de gezondheidszorg in drie compartimenten onderverdeeld, met elk een eigen financieringskarakter. Dit onderzoek heeft betrekking op het tweede compartiment dat globaal de zorgvoorzieningen omvat die onder het ziekenfondspakket vallen. Het eerste compartiment - de langdurige zorg - is in een volksverzekering ondergebracht (AWBZ) en het derde compartiment - het aanvullende pakket - komt voor eigen rekening van de burger.

De effecten van verzekeringsvarianten op de medische consumptie, de kosten van de gezondheidszorg en de koopkracht van huishoudens hebben in dit Cahier dus uitsluitend betrekking op de gezondheidszorg uit het tweede compartiment.¹ Dit compartiment beslaat ruim de helft van de totale kosten van de zorg, hetgeen voor 1996 neerkwam op een bedrag van ruim 31 miljard gulden.

6.2 Gebruikte modellen voor consumentengedrag

Bij het bepalen van de gevolgen van verzekeringsvarianten wordt nadrukkelijk rekening gehouden met mogelijke veranderingen in de medische consumptie als gevolg van prijsveranderingen. Het gaat hierbij om de gevoeligheid van gebruikers van medische voorzieningen voor veranderingen in eigen bijdragen.² Daarnaast is inzicht nodig in het keuzegedrag van consumenten ten aanzien van eigen risico's. Dit laatste is van belang bij die varianten waarin personen uit het ziekenfonds overgaan naar een particuliere verzekering.

In het consumptiemodel is een relatie gelegd tussen de consumptie van zorgdiensten uit het tweede compartiment en de door de personen zelf te betalen prijs, gegeven diverse achtergrondkenmerken van de betreffende persoon. Tot de achtergrondkenmerken behoren onder meer de gezondheidstoestand, de leeftijd en het inkomen. Bij de zelf te betalen prijs zijn twee zaken van belang: het gedeelte van het tarief dat zelf betaald dient te worden en het maximum dat aan de eigen betalingen is gesteld. Een complicatie hierbij is dat dit maximum geldt per polis. Op een polis kunnen meerdere personen zijn verzekerd. Hiermee is uiteraard rekening gehouden in de berekeningen.

Het eigen-risicomodel volgt een vrij eenvoudig concept. De veronderstelling is dat consumenten zich als calculerende burgers gedragen. In hun keuze voor een eigen risico spelen de verwachte winst en het maximaal mogelijke verlies een rol. Het maximale verlies is gelijk aan het eigen risico minus de premiereductie die op het eigen risico wordt gegeven; de verwachte winst is gelijk aan de premiereductie minus de verwachte (extra) eigen bijdragen. De verwachte eigen bijdragen zijn afhankelijk van de verwachte

consumptie. Deze verwachte consumptie is in dit rapport geschat op basis van het eerdergenoemde consumptiemodel.³

Zowel bij het consumptiemodel als bij het eigen-risicomodel is uitgegaan van de zes grote zorgvoorzieningen in het tweede compartiment: huisartsen, specialisten, tandartsen, fysiotherapeuten, ziekenhuizen en medicijnen. Deze voorzieningen zijn verantwoordelijk voor ruim 90% van de totale kosten in het tweede compartiment.

6.2.1 Het consumptiemodel

Tabel 6.1 vat de uitkomsten van het consumptiemodel samen. Daarin zijn uitsluitend de determinanten opgenomen die bij de simulaties van verzekeringsvarianten een rol spelen (prijs, doorverwijzing, soort ziektekostenverzekering) of kenmerkend zijn voor de getroffen sociale groepen (inkomen, gezondheidstoestand).

Tabel 6.1 Uitkomsten van het consumptiemodel^a

	huisarts	specialist	medicijnen	tandarts ^b	tandsarts ^c	fysiotherapeut	ziekenhuis
prijs	-	-	-	-	.	-	.
ziekenfondsverzekerd	.	.	+	+	-	.	.
doorverwijzing							
van huisarts naar	.	+	+	.	.	+	+
van specialist naar	.	.	+	.	.	+	+
van tandarts-c naar	+	.	.
inkomen	.	+	.	+	.	+	.
minder goede gezondheid	+	+	+	.	.	.	+

^a + = significant positief effect en - = significant negatief effect op 5%-significantieniveau;

. = geen significant effect of bij doorverwijzing een niet onderzochte of onlogische doorverwijzing.

^b Tandartscontrole.

^c Tandartsbehandeling.

Bron: CBS (GEZ'89-'94) SCP-bewerking

De prijs, in de vorm van een eigen betaling, blijkt de consumptie van zorg significant te verminderen bij voorzieningen waarbij de gebruiker nog een redelijke beslissingsmarge heeft: de huisarts, de specialist, het medicijngebruik, de tandarts (voor controles) en de fysiotherapeut. Bij het ziekenhuis is geen invloed van eigen bijdragen op het gebruik waarneembaar. Opmerkelijk is dat het aantal behandelingen bij de tandarts, na controle, niet prijsgevoelig is.

De effecten via het doorverwijspatroon zijn conform de verwachtingen. Zo leidt meer gebruik van de huisarts tot meer gebruik van specialistische hulp, medicijnen, fysiotherapie en ziekenhuisbedden.

De wijze van verzekering heeft ook enige invloed: ziekenfondsverzekerden maken - rekening houdend met andere determinanten - meer gebruik van medicijnen en de tandarts (voor zover het controles betreft); daartegenover bezoeken zij de tandarts minder vaak voor behandelingen. De verzekeringsvorm geeft in het consumptiemodel de

gevolgen van de regelgeving weer, voor zover deze gevolgen niet direct te maken hebben met de door de consument te betalen prijs. Met name gaat het hier om verschillen in tariefstructuur en andere verschillen in instituties, met mogelijke gevolgen voor het gedrag van patiënten en zorgaanbieders. Zo kan het naar verhouding hoge controlebezoek bij de tandarts verklaard worden uit voorschriften van de ziekenfondsen ter zake.⁴ Hogere-inkomensgroepen maken meer dan gemiddeld gebruik van de specialist en de fysiotherapeut. Dat geldt ook voor een bezoek aan de tandarts, wegens periodieke gebitscontrole. De significante invloed van een minder goede gezondheid op het gebruik van medische voorzieningen spreekt voor zich.

6.2.2 *Het eigen-risicomodel*

De empirische uitkomsten van het eigen-risicomodel wijzen op het bestaan van risicomijdend gedrag. Een polishouder blijkt bij de keuze van een eigen risico het maximale verlies vier à vijf keer zwaarder te laten wegen dan de verwachte winst. Wanneer een gemiddelde polishouder voor de keuze van een eigen risico staat bij het afsluiten van een particuliere ziektekostenverzekering, wenst hij het maximale verlies dus substantieel te beperken. Hij kiest - gegeven de verwachte ziektekosten - liever voor een iets hogere premie dan voor een iets hoger eigen risico.

6.3 Resultaten van verzekeringsvarianten

De resultaten worden besproken aan de hand van drie aspecten die bij de politieke beoordeling van verzekeringsstelsels in de gezondheidszorg van groot belang zijn: de medische consumptie van huishoudens, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van de huishoudens. De eerste twee aspecten hangen nauw samen. Een vermindering van de consumptie leidt tot lagere kosten. Deze consumptievermindering mag echter geen nadelige invloed hebben op de gezondheidstoestand van de bevolking. Helaas is het in het kader van dit onderzoek niet mogelijk aan te geven wat de effecten van de onderzochte varianten op de gezondheidstoestand zullen zijn. Wel is het mogelijk om consumptieveranderingen van risicogroepen te signaleren. Deze risicogroepen zijn personen met een slechte gezondheidstoestand, lagere-inkomensgroepen en lagere-opleidingsgroepen⁵.

De kosten van het tweede compartiment hangen nauw samen met de consumptie van zorgvoorzieningen. Wanneer de consumptie verandert met bijvoorbeeld 1%, veranderen in principe ook de kosten van het tweede compartiment met 1%, ware het niet dat de kosten per behandeling verschillen voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden. Wanneer de consumptieverandering zich volledig bij ziekenfondsverzekerden concentreert, veranderen de kosten met iets minder dan 1%, wanneer de consumptieverandering zich bij particulier verzekerden concentreert, veranderen de kosten juist met iets meer dan 1%. Naast de kosten van het tweede compartiment, houdt de overheid ook rekening met de collectieve uitgaven aan gezondheidszorg. Deze bestaan uit alle uitgaven die samenhangen met de ziekenfondsverzekering en de standaardpakketpolissen.⁶

Het derde aspect betreft de koopkrachteffecten die naar inkomensgroepen worden weergegeven. Voor ieder huishouden is de verandering in uitgaven aan gezondheidszorg

berekend en uitgedrukt als percentage van het besteedbaar inkomen.⁷ Onder de uitgaven aan gezondheidszorg vallen premies (verminderd met de eventuele werkgeversvergoeding), eigen betalingen wegens verplichte eigen bijdragen (ziekenfonds en publiekrechtelijk) dan wel eigen risico's aan de voet (privaatrechtelijk), en eventuele wettelijke bijdragen als MOOZ en WTZ.⁸

In deze paragraaf worden de resultaten besproken in samenhang met de discussiepunten die in paragraaf 6.1 zijn aangegeven. Het gaat hier om de gevolgen voor de medische consumptie, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van huishoudens.

Als uitgangspunt van alle berekeningen is het verzekeringsstelsel in 1996 genomen.⁹ Daarbij is echter wel rekening gehouden met de invoering van het eigen-bijdragesysteem in de ziekenfondsverzekering per 1 januari 1997 (incl. de compenserende verlaging van de nominale premie), een minimaal eigen risico van 200 gulden voor de particuliere maatschappijpolis en een eigen risico van 200 gulden (of 100 gulden bij alleenstaanden) voor de standaardpakketpolis.

Tabel 6.2 geeft een overzicht van de gevolgen van de gesimuleerde verzekeringsvarianten. De eerste twee kolommen van de tabel geven de consumptie-effecten voor alle huishoudens en voor de minder gezonde huishoudens (in procenten). De derde en vierde kolom gaan in op twee aspecten van de kosten van gezondheidszorg, te weten de verandering in de kosten van het tweede compartiment en de verandering in de collectief gefinancierde kosten. Beide veranderingen worden gegeven in miljarden gulden. De laatste drie kolommen geven de koopkrachteffecten. Daarbij wordt eerst ingegaan op de gemiddelde koopkrachteffecten van alle huishoudens en van de laagste-inkomensgroep. Vervolgens wordt het aandeel huishoudens gegeven dat als gevolg van de gesimuleerde variant een koopkrachtverlies van meer dan 2% ondervindt.

Tabel 6.2 Resultaten simulaties

	verandering in de consumptie (in %)		verandering in de kosten tweede compartiment (x mld.gld.)	verandering in de collectieve financiering (x mld.gld.) ^a	verandering in de koopkracht (in %) ^b		aandeel huishoudens met meer dan 2% koopkrachtverlies (in %) ^b	
	alle	niet gezond			alle	laagste 20%		
varianten werknemersverzekering								
W1	ambtenaren stromen in	0,1	0,0	0,0	0,9	0,0	0,1	1
W2	wisselend loon medebepalend voor toelating	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,1	-0,1	1
W3	toelatingsgrens = premiegrens 1996	-0,1	-0,1	0,0	-1,2	-0,3	-0,3	2
W4	toelatingsgrens = 40.000 gulden	-0,4	-0,2	-0,1	-3,6	-1,0	-1,5	8
W5	werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	1
W6	nominale premie verhoogd met 150 gulden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
varianten voor ouderen								
O1	verzekeringsvorm houdt eigen ouderen	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,4	3
O2	O1 met eenzijdige instroom tot 38.300 gulden	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	-0,1	0
varianten solidariteitsverzekering								
SI	individuele verzekering	0,1	0,1	0,0	1,8	-0,3	0,1	8
SH1	huishoudensverzekering	-0,1	0,0	0,0	-1,6	-0,1	0,3	10
SH2	SH1 met toelatingsgrens = eerste belastingschijf	-0,1	0,0	0,0	-2,1	-0,2	0,3	11
SH3	SH1 met toelatingsgrens = 'premieregrens' 1996	-0,3	-0,1	0,0	-3,0	-0,2	0,3	11
SH4	SH1 met toelatingsgrens = 26.690 gulden	-0,5	-0,2	-0,1	-5,6	-0,6	0,4	19
SH5	SH1 met toelatingsgrens conform marktverhouding	0,1	0,1	0,0	-0,3	-0,1	0,2	10
varianten minimumpremie								
M1	minimumpremie voor iedereen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	1
M2	minimumpremie op beperkte schaal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
varianten eigen betalingen								
B1	inkomensafhankelijk maximum	-0,3	-0,2	-0,1	-0,3	0,0	0,1	0
B2	eigen bijdrage huisarts van f 6,50	-0,1	-0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0
samengestelde varianten								
VVN	B1 + B2	-0,5	-0,4	-0,1	-0,5	0,1	0,1	0
VVW1	W3 + W6 + M2 + B1 + B2	-0,5	-0,3	-0,1	-1,6	-0,2	-0,2	3
VVW2	O2 + W6 + M2 + B1 + B2	-0,5	-0,4	-0,1	-0,4	0,1	0,1	0
VVSI	SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2	-0,5	-0,4	-0,1	0,6	-0,4	-0,1	9
VVSH	SH2 + B1 + B2	-0,5	-0,3	-0,1	-2,5	-0,3	0,1	12

^a Voor alle varianten zijn hierbij de resultaten gegeven in het geval de overschotten of tekorten bij ziekenfondsen worden verrekend.

^b Bij de solidariteitsvarianten SI, SH1 tot en met SH5, VVSI en VVSH heeft geen verrekening van overschotten of tekorten bij ziekenfondsen plaatsgevonden. Bij alle andere varianten zijn de overschotten of tekorten bij ziekenfondsen via aanpassing van de premies verrekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

6.3.1 Eigen betalingen

Mogelijke wijzigingen in eigen betalingen voor ziekenfondsverzekerden zijn het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen betalingen en het invoeren van een eigen bijdrage voor de huisarts. Het inkomensafhankelijke maximum is in dit onderzoek gesteld op 1% van het belastbaar inkomen (variant B1).¹⁰ Een eigen

bijdrage voor de huisarts is vastgesteld op f 6,50 per consult (B2). Beide maatregelen hebben tot doel de onnodige zorgvraag terug te dringen, dat wil zeggen, de kosten van het tweede compartiment te verminderen zonder nadelige gevolgen voor de (individuele) gezondheidstoestand. Verder is het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum bedoeld om de eigen betalingen te relateren aan de draagkracht.¹¹

De invoering van het inkomensafhankelijke maximum vermindert de medische consumptie van huishoudens die geheel ziekenfondsverzekerd zijn met 0,4% (tabel E1). De eigen bijdrage voor de huisarts geeft voor deze huishoudens een consumptievermindering van 0,1%. Wanneer beide maatregelen tegelijk worden ingevoerd (variant VVN), vermindert de medische consumptie van deze ziekenfondsverzekerde huishoudens met 0,8% (tabel 5.2). De consumptieverminderingen zijn bij de risicogroepen over het algemeen kleiner dan bij de anderen. Deze berekeningen geven geen aanleiding te veronderstellen dat de gesimuleerde veranderingen in het systeem van eigen bijdragen de sociaal-economische gezondheidsverschillen ongunstig beïnvloeden. De koopkrachteffecten van deze maatregelen zijn, na aanpassing van de procentuele werknemerspremie ter compensatie van de in de varianten ontstane overschotten bij de ziekenfondsen, gemiddeld genomen uiterst gering.

Invoering van een inkomensafhankelijk maximum aan eigen betalingen geeft een vermindering van de kosten van het tweede compartiment met een kleine 100 miljoen gulden. Wanneer tevens een eigen bijdrage voor de huisarts wordt ingevoerd, nemen de kosten van het tweede compartiment verder af tot ruim 100 miljoen gulden. Deze vermindering van de totale kosten van het tweede compartiment met zo'n 0,4% à 0,5%, is op zich niet groot te noemen. Het is daarentegen een fors resultaat wanneer het wordt afgezet tegen de resulterende vermindering van de kosten van het tweede compartiment met 1,1% bij een extreme variant waarin iedereen particulier verzekerd is. In dat geval dalen de kosten van het tweede compartiment met 300 miljoen gulden. Wanneer minder gezonde personen jonger dan 55 jaar in de praktijk mogelijk worden uitgesloten van een maatschappijpolis met een zelf te kiezen eigen risico, of zorgaanbieders reageren op de teruggang in de zorgvraag en een deel van de consumptievermindering tegengaan, dan wordt deze 300 miljoen gulden niet gehaald.

6.3.2 Werknemersverzekering versus solidariteitsverzekering

Een groot deel van de op het niveau van huishoudens gemaakte kosten voor gezondheidszorg bestaat uit de premie(s) voor de ziektekostenverzekering. Werknemers in de marktsector, uitkeringsgerechtigden en ouderen, met inkomens tot bepaalde grenzen, betalen een inkomensafhankelijke premie, omdat deze groepen in het Ziekenfonds verzekerd zijn. Daarnaast hebben ambtenaren van lagere overheden als secundaire arbeidsvoorwaarde een qua premiestructuur met het ziekenfonds vergelijkbare ziektekostenverzekering zoals het IZA. Anderen, zoals de rijksambtenaren, zelfstandigen en renteniers, zijn aangewezen op een particuliere verzekering waarvan de premie niet in relatie staat tot hun inkomen. Een steeds weer terugkerende discussie gaat dan ook over de vraag of het solidariteitsprincipe van het ziekenfonds moet worden uitgebreid naar alle huishoudens met inkomens onder een bepaalde grens. In het onderhavige onderzoek zijn meerdere varianten van zo'n solidariteitsverzekering uitgewerkt.

Om ambtenaren of (meer) ouderen toe te laten hoeft het ziekenfonds (als werknemers-

verzekering) niet ingrijpend te veranderen. Ambtenaren hebben immers werkgevers en inkomen uit dezelfde 'inkomensbronnen' als werknemers in de marktsector. De structuur van werknemers- en werkgeverspremies kan zonder meer op hen worden toegepast. Ook de groep ouderen kan in beginsel eenvoudig worden vergroot door een verhoging van de toelatingsgrens. Voor zelfstandigen ligt dit heel anders. Om hen toe te kunnen laten tot het ziekenfonds zal het inkomensbegrip voor toelating en premieheffing moeten worden gewijzigd.

De ambtenaren wordt financieel gezien geen dienst bewezen door toetreding in het ziekenfonds (met de toelatingsgrens van 1996 variant W1). Dit betreft met name de ambtenaren die zonder meeverzekerden een privaatrechtelijke maatschappijpolis hebben.¹² Gemiddeld genomen gaan de ambtenaren er met 0,3% in koopkracht op achteruit (tabel E4). Het aandeel van het besteedbaar inkomen dat door huishoudens wordt besteed aan gezondheidszorg in het tweede compartiment is voor (niet-ziekenfondsverzekerde) ambtenaren het laagst: 3,6% tegen 5,5% gemiddeld. De privaatrechtelijk verzekerde (alleenstaande) ambtenaren hebben met de interimregeling een relatief hoge werkgeversvergoeding voor de ziektekostenverzekering. Bij toetreding tot het ziekenfonds verliezen met name de ambtenaren zonder meeverzekerden hun relatieve voordeel. Onder 3% van de niet-ziekenfondsverzekerden komt in deze variant een koopkrachtvermindering van 2% tot 5% voor, bij nog eens 1% vermindert de koopkracht zelfs met meer dan 5% (bijlage I).

Het toelaten van ambtenaren tot de ziekenfondsverzekering heeft ook niet tot doel de koopkracht van ambtenaren te verbeteren. Het doel is de arbeidsvoorwaarden voor werknemers uit de overheidssector (meer) gelijk te trekken met die voor werknemers uit de marktsector.

Voor ouderen is in variant O2 een gecombineerde maatregel doorgerekend: ziekenfondsverzekerden blijven ziekenfondsverzekerd bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd¹³ ('blijf zitten waar je zit') en particulier verzekerde 65-plussers kunnen toetreden tot het ziekenfonds wanneer hun inkomen¹⁴ onder de verhoogde toelatingsgrens van 38.300 gulden valt. Deze variant wijkt met het 'blijf zitten waar je zit'-gedeelte iets af van de voor ouderen voor juli 1997 geplande aanpassingen in het ziekenfonds.

De ouderen die met deze maatregelen in het Ziekenfonds stromen, verhogen hun medische consumptie gemiddeld met 0,7% (tabel E1). Dit heeft echter niet zoveel gevolgen voor de kosten van het tweede compartiment, omdat de instromende groep niet zo groot is (200.000 ouderen). Wanneer deze maatregelen voor ouderen worden ingevoerd, krijgen gepensioneerden gemiddeld een koopkrachtverbetering van 0,2% (tabel E4). Doordat de ziekenfondspremies bij de instroom van ouderen iets omhoog moeten (ter compensatie van de door instroom ontstane tekorten) en de MOOZ-bijdrage iets meer toeneemt dan de WTZ-bijdrage afneemt, gaan de oorspronkelijke ziekenfondsverzekerden en de overblijvende particulier verzekerden er iets in koopkracht op achteruit.

Om onder meer zelfstandigen toe te kunnen laten, is in dit onderzoek de belastbare som genomen als inkomensbegrip voor toelating tot het Ziekenfonds bij de solidariteitsvarianten. Alle vormen van inkomen zijn hierin bevat en het weerspiegelt de draagkracht

(volgens de belastingwetgeving). De toelatingsgrens voor het ziekenfonds is vervolgens omgezet in een toelatingsgrens uitgedrukt in de belastbare som.¹⁵ Voor 65-plussers gelden hierbij dezelfde regels als voor personen jonger dan 65 jaar. Bij de solidariteitsverzekering zullen dan ook meer 65-plussers ziekenfondsverzekerd zijn dan in de uitgangssituatie, waarin een lagere bejaardengrens geldt.

Hier worden de resultaten van de *individuele* solidariteitsvariant besproken (SI). Daarbij worden alle personen met enige vorm van inkomen die voldoen aan de toelatingsgrens, in het ziekenfonds verzekerd. Personen zonder enige vorm van inkomen worden bij hun ziekenfondsverzekerde partner of ouder meeverzekerd. Meer voor de hand liggend is het echter om bij een solidariteitsverzekering uit te gaan van het huishoudensinkomen. Dit komt later aan de orde. De individuele variant van de solidariteitsverzekering lijkt meer op het ziekenfonds als werknemersverzekering dan de huishoudensvariant en leent zich dan ook meer voor een vergelijking met de werknemersverzekering.

Bij een solidariteitsverzekering komt de werkgeverspremie te vervallen. Doordat ziekenfondsverzekerden in deze varianten geen belasting meer betalen over de werkgeverspremie en de belastbare som voor de meeste ziekenfondsverzekerden een lagere premiegrondslag vormt dan die in de nulvariant, zouden ziekenfondsverzekerden bij gelijkblijvende werknemerspremie, een koopkrachtwinst boeken. In de simulaties is dit voordeel afgeroomd door de procentuele premie op 4% te stellen voor alle ziekenfondsverzekerden. Vanzelfsprekend zullen er zonder de bijdrage van de werkgever tekorten ontstaan bij de ziekenfondsen. Het lijkt niet realistisch dit volledig te verhalen op de ziekenfondsverzekerden. De koopkrachteffecten die hierdoor zouden ontstaan zijn enorm. De overheid zal de tekorten (gedeeltelijk) moeten afwentelen op de werkgevers (vanwege de weggevallen werkgeverspremies) en particulier verzekerden (door bijvoorbeeld de rijksbijdrage aan het ziekenfonds te verhogen en deze via belastingaanpassingen aan alle burgers door te berekenen). In alle solidariteitsvarianten is het ontstane tekort bij de ziekenfondsen kleiner dan de besparingen bij de werkgevers. Bij de hier volgende bespreking van solidariteitsvarianten wordt telkens uitgegaan van de situatie dat de procentuele premie voor het ziekenfonds 4% bedraagt en de tekorten bij de ziekenfondsen niet door verdere premieaanpassingen worden verrekend.

Met de individuele solidariteitsverzekering (variant SI) gaan precies de groepen met relatief hoge kosten van gezondheidszorg er in koopkracht op vooruit: met name de zelfstandigen, maar ook de laagste-inkomensgroep, de eenoudergezinnen, de eenverdieners en de pensioenontvangers. Door het individuele karakter van de solidariteitsverzekering krijgen ook de tweeverdieners gemiddeld een klein koopkrachtvoordeel. Ambtenaren zijn gemiddeld genomen beter af met de aanpassingen op de werknemersverzekering (variant W1) dan bij de individuele solidariteitsvarianten. Gepensioneerden krijgen in de twee situaties SI en O2, een vergelijkbare koopkrachtverbetering van 0,3% respectievelijk 0,2%.

De collectief gefinancierde kosten stijgen bij het invoeren van een individuele solidariteitsverzekering met 1,8 miljard gulden (tabel E2). Verder zullen de wettelijke bijdragen gezamenlijk 70 gulden hoger worden (tabel F1).

6.3.3 *Individueel inkomen versus huishoudensinkomen*

Een solidariteitsverzekering heeft tot doel de uitgaven aan gezondheidszorg voor huishoudens zo veel mogelijk in overeenstemming te laten zijn met de draagkracht van dat huishouden. Met dit streven ligt het meer voor de hand om het huishoudensinkomen¹⁶ als criterium te nemen voor toetreding. Een heel huishouden wordt dan tot het ziekenfonds toegelaten als het huishoudensinkomen onder de toelatingsgrens ligt. In variant SH1 is dezelfde toelatingsgrens gebruikt die hiervoor is besproken bij de individuele versie van de solidariteitsverzekering.

Alleen de tweeverdieners ondervinden een aanzienlijk verschil tussen een individuele solidariteitsverzekering en een solidariteitsverzekering op basis van huishoudens. Doordat de opgetelde belastbare sommen worden getoetst aan de toelatingsgrens in de huishoudensvariant, stromen zij daar meer uit. Ten opzichte van de individuele variant gaan tweeverdieners met kinderen er in de huishoudensvariant gemiddeld met 0,5% op achteruit (tabel E3).

In de huishoudensvariant gaat 9% van de geheel ziekenfondsverzekerde huishoudens en 21% van de huishoudens met een ziekenfondsverzekerde en een particulier verzekerde partner er meer dan 2% in koopkracht op achteruit. Daarnaast gaat ook 5% van de volledig particulier verzekerde huishoudens er meer dan 2% op achteruit (bijlage I). Dit betreft de alleenstaanden met inkomens dicht bij de toelatingsgrens, die in de particuliere verzekering beter af waren.

Bij de huishoudensversie van de solidariteitsvariant compenseren de veranderingen in de MOOZ- en WTZ-bijdrage elkaar. De collectief gefinancierde kosten dalen in deze variant met 1,6 miljard gulden.

6.3.4 *Verlaging van de toelatingsgrens van het ziekenfonds*

De kosten van ziekenfondsverzekerden vallen, op de eigen betalingen na, onder de collectief gefinancierde kosten van gezondheidszorg. Men zou ter verlaging van de collectief gefinancierde kosten de toelatingsgrens voor het ziekenfonds kunnen verlagen. Hiertoe zijn in dit onderzoek meerdere varianten uitgewerkt. Voor het ziekenfonds als werknemersverzekering zijn de gevolgen berekend van een verlaging van de toelatingsgrens met een kleine 10.000 gulden tot de premiegrens van 1996 (variant W3), en met nog eens zo'n 10.000 gulden tot een toelatingsgrens van 40.000 gulden (W4). Voor de huishoudensvariant van de solidariteitsverzekering zijn de gevolgen met overeenkomende toelatingsgrenzen (uitgedrukt in belastbare som) berekend (SH3 en SH4). Hieraan is nog een toelatingsgrens toegevoegd, gelijk aan de grens van de eerste belastingschijf (SH2).

Bij verlaging van de toelatingsgrens vermindert de medische consumptie van uitstromende ziekenfondsverzekerden met 2% à 2,5% in de individuele solidariteitsvariant en de (tevens individuele) werknemersvarianten. Bij de huishoudensversie van de solidariteitsvariant is de consumptievermindering van de uitstromende ziekenfondsverzekerden in de orde van 1,7%. Bij de solidariteitsvarianten stromen ook particulier verzekerden in het ziekenfonds in. Hun medische consumptie neemt daarbij juist toe, met zo'n 1,5%. Voor de varianten met veranderingen in de kring van verzekerden geldt dat de consumptievermindering van de risicogroepen (minder gezonden, lagere inkomens en

lager opgeleiden) in het algemeen kleiner is dan van anderen. Er is dus op basis van deze berekeningen geen aanleiding te veronderstellen dat zulke verzekeringsvarianten de sociaal-economische gezondheidsverschillen ongunstig beïnvloeden. Daarbij moet wel de kanttekening worden geplaatst dat de gebruikte groepsindeling vrij grof is. Ranchor et al. (1996) merken op dat de grootste sociaal- economische verschillen in gezondheid vooral optreden binnen de groepen aan de onderkant van de sociale ladder, terwijl hier wordt gekeken naar verschillen tussen lagere en hogere sociale groepen.

Het verlagen van de toelatingsgrens tot de premiegrens en de eerste belastingschijf brengt voor veel huishoudens grote koopkrachteffecten, van meer dan 2%, met zich mee. In de werknemersvariant is deze groep kleiner (2%) dan in de solidariteitsvarianten op huishoudensbasis (11%). Wanneer de toelatingsgrens nog eens met zo'n 10.000 gulden wordt verlaagd, schiet het aantal huishoudens met grote negatieve koopkrachteffecten omhoog naar 8% in de werknemersvariant en 19% in de solidariteitsvariant. Het betreft met name huishoudens uit de derde en vierde inkomensgroep.

Uiteraard gaan bij het verlagen van de toelatingsgrenzen de collectief gefinancierde kosten omlaag. Bij de werknemersverzekering verminderen de collectief gefinancierde kosten met 1,2 miljard gulden bij verlaging van de toelatingsgrens tot de premiegrens van 1996 en met 3,6 miljard gulden bij verlaging van de toelatingsgrens tot 40.000 gulden (tabel E2). Bij de solidariteitsverzekering op huishoudensniveau verminderen de collectief gefinancierde kosten met 2,1 miljard gulden bij een toelatingsgrens gelijk aan de grens van de eerste belastingschijf; met 3,0 miljard gulden bij toelating tot 'de premiegrens' en met 5,6 miljard gulden bij toelating tot een belastbare som van 26.690 gulden (hetgeen overeenkomt met de hiervoor gestelde grens van 40.000 gulden in een ziekenfonds als werknemersverzekering).

6.3.5 Verandering van de premiestelling in het ziekenfonds

De premiestructuur van het ziekenfonds heeft naast het positief gewaardeerde draagkrachtprincipe ook twee minder gewaardeerde aspecten. Ten eerste is de relatie tussen de hoogte van de premie en de omvang van de zorgaanpak gering. Ten tweede betalen kleine verdieners met draagkrachtige partners weinig premie, terwijl de draagkracht van hun huishouden groot is. Voor beide problemen zijn in deze studie varianten opgenomen.

De eenvoudig in te voeren verhoging van de nominale premie in het ziekenfonds bestrijdt beide problemen. In variant W6 is de nominale premie verhoogd met 150 gulden. Na verrekening van de hiermee ontstane overschotten bij de ziekenfondsen via verlaging van de procentuele werknemerspremies, gaan alleenstaanden er in koopkracht gemiddeld 0,1% op vooruit en ziekenfondsverzekerde personen met een particulier verzekerde partner gaan er in koopkracht gemiddeld met 0,1% op achteruit (tabel E4). Door het individuele karakter van de AOW profiteren gepensioneerden van deze maatregel met een koopkrachtwinst van gemiddeld 0,2%. Daarentegen brengt de maatregel nadelige effecten met zich mee voor uitkeringsontvangers. Zij zien hun koopkracht dalen met gemiddeld 0,2%.

Het invoeren van een minimumpremie voor ziekenfondsverzekerden met een particulier verzekerde partner (variant M2) is technisch moeilijk uitvoerbaar. Substantiële koopkrachteffecten komen bij niemand voor. De minimumpremie geldt voor twee-

verdieners, die met name in de vierde en vijfde inkomensgroep voorkomen. De herverdeling van de opgebrachte extra premies over alle ziekenfondsverzekerden geeft verwaarloosbare koopkrachtverbeteringen.

Er zijn ook andere maatregelen denkbaar die (onder meer) dit probleem van de ziekenfondsverzekerde kleine verdieners met draagkrachtige partners aanpakken, bijvoorbeeld toelating in het ziekenfonds op basis van het huishoudensinkomen. In de varianten W5 en M1 zijn nog twee andere simulaties uitgevoerd die op de premiestelling ingaan: een verlaging van de procentuele werknemerspremie met 30% voor ‘alleenstaanden’ (personen die zonder meeverzekerden ziekenfondsverzekerd zijn) respectievelijk een invoering van een minimumpremie voor iedereen. De eerstgenoemde maatregel is moeilijk uitvoerbaar en heeft als ongewenst nevenresultaat dat de kleine verdieners met draagkrachtige partners ook profiteren van deze maatregel. Een verhoging van de nominale premie is dan ook in deze zin te verkiezen boven de maatregel waarin de procentuele premie voor ‘alleenstaanden’ wordt verlaagd. Bij invoering van een minimumpremie voor iedereen worden de laagste-inkomensgroepen getroffen met een verlies aan koopkracht. Dit is een zeer ongewenst bijverschijnsel wanneer de maatregel bedoeld is om de hogere-inkomensgroepen (de ziekenfondsverzekerde kleine verdieners met draagkrachtige partners) wat meer voor de genoten ziekenfondsverzekering te laten betalen.

6.3.6 Samengestelde varianten

Wanneer maatregelen tegelijk (of na elkaar) worden ingevoerd, ontstaan mogelijk combinatie-effecten. Sommige maatregelen zullen elkaar versterken, andere compenseren elkaar mogelijk. Om hier meer inzicht in te krijgen, zijn ook samengestelde varianten doorgerekend. De gevolgen bij samenvoeging van de twee maatregelen in het systeem van eigen bijdragen zijn hiervoor al besproken. Deze twee maatregelen zijn in alle samengestelde varianten betrokken. Hieraan zijn wijzigingen in de kring van verzekerden toegevoegd. In de situatie van het ziekenfonds als werknemersverzekering is in één samengestelde variant de toelatingsgrens verlaagd tot de premiegrens (VVW1) en is in de tweede samengestelde variant de toetreding voor ouderen verruimd zoals eerder beschreven (VVW2). In de situatie van het ziekenfonds als solidariteitsverzekering is een individuele versie (VVSI) en een huishoudensversie (VVSH) uitgewerkt, beide met een toelatingsgrens ter hoogte van de eerste belastingschijf. Bij de samengestelde werknemersverzekeringen is hier nog een verhoging van de nominale premie met 150 gulden en de invoering van een minimumpremie voor kleine verdieners met draagkrachtige partners aan toegevoegd. In de individuele solidariteitsvariant is alleen de invoering van een minimumpremie toegevoegd.

De consumptieremmende werking van de twee maatregelen in het systeem van eigen bijdragen zijn in combinatie (VVN) doorgaans groter dan de som van de effecten van de twee individuele maatregelen (B1 en B2). De consumptie-effecten veranderen nauwelijks wanneer hieraan nog eens wijzigingen in de kring van verzekerden worden toegevoegd. Uiteraard ondervinden de in of uit het ziekenfonds intredende personen wel een afwijkend consumptie-effect. De in het ziekenfonds instromende personen hebben in de samengestelde variant een consumptie-effect dat ongeveer 1% lager ligt dan bij de

enkelvoudige wijziging van de kring van verzekerden het geval is.

Een opmerkelijk resultaat wordt gevonden voor de (samengestelde) variant waarin ouderen toetreden tot het ziekenfonds. Voor hen slaat hierbij het teken van het consumptie-effect om. In de situatie dat er een vast maximum aan de eigen betalingen is en geen eigen bijdrage geldt voor de huisarts, neemt de medische consumptie van de toetredende ouderen met 0,7% toe (tabel E1). De toetredende ouderen hadden voorheen een standaardpakketpolis. Wanneer er een inkomensafhankelijk maximum wordt gesteld aan de eigen betalingen in het ziekenfonds en ook een eigen bijdrage voor de huisarts wordt ingevoerd, daalt de medische consumptie bij de toetredende ouderen met 0,3% (tabel 5.2). Voor de ouderen wordt het maximum aan eigen bijdragen hoger wanneer dit afhankelijk wordt gemaakt van het inkomen. Zij behoren immers tot de groep die bij een vast maximum aan eigen betalingen een maximum van 100 gulden hebben.

De vermindering van de kosten van het tweede compartiment liggen voor alle samengestelde varianten in de orde van 100 miljoen gulden. Veranderingen in de kring van verzekerden laten het resultaat dat ontstaat wanneer alleen de twee maatregelen in het systeem van eigen betalingen worden doorgevoerd, dus vrijwel ongemoeid. De resultaten voor de collectief gefinancierde kosten in de samengestelde varianten komen vrijwel overeen met de som van de resultaten uit de samenstellende enkelvoudige varianten. De vermindering van de collectieve financiering als gevolg van de vergroting van de eigen betalingen neemt uiteraard iets toe bij vergroting van de ziekenfondspopulatie en iets af bij verkleining van de ziekenfondspopulatie.

De samengestelde variant betreffende het systeem van eigen betalingen (VVN) geeft een gemiddelde koopkrachtverbetering. Dit is het gevolg van de premieverlaging die mogelijk is door de consumptievermindering. Daarnaast speelt ook het inkomensafhankelijke maximum een rol. Er is meer samenhang tussen eigen betalingen en draagkracht.

De koopkrachteffecten als gevolg van de invoering van een minimumpremie op beperkte schaal (M2) zijn klein. Het cumulerende effect hiervan blijft dan ook gering. Bij de werknemersverzekering is het samengestelde effect met name opgebouwd uit het effect dat ontstaat door de veranderingen in de eigen betalingen, het effect dat het gevolg is van de veranderingen in de kring van verzekerden en het effect als gevolg van de verhoging van de nominale premie.

Bij de solidariteitsvarianten ligt het iets anders. Dat komt doordat het bij deze varianten niet voor de hand ligt om tekorten die ontstaan bij de ziekenfondsen als gevolg van wijzigingen in de kring van verzekerden, via aanpassing van de premies te verhalen op de ziekenfondsverzekerden. De minder draagkrachtigen die in deze varianten ziekenfondsverzekerden zijn, zouden dan zelf de gezamenlijke kosten van gezondheidszorg moeten opbrengen (op de MOOZ-bijdrage na). Er is dan alleen sprake van onderlinge solidariteit, terwijl in deze varianten juist de solidariteit van de draagkrachtigen ten opzichte van de minder draagkrachtigen vooropstaat.

6.4 Kanttekeningen

Bij het interpreteren van de resultaten moeten de volgende kanttekeningen over de

methode van onderzoek in ogenschouw worden genomen.

Het gebruikte uitgangspunt van de berekeningen, de nulvariant, is niet helemaal ideaal. De resultaten zouden makkelijker interpreteerbaar zijn wanneer de nulvariant volledig zou samenvallen met de situatie op 1 januari 1997. Dit is wel nagestreefd maar op een aantal punten schiet de nulvariant tekort. Dat betreft de demografische samenstelling van de bevolking, die in de nulvariant overeenkomt met de situatie van 1995. De premies voor de verschillende verzekeringssystemen zijn die uit 1996.¹⁷ De kring van verzekerden komt overeen met die van 1996. Ten slotte kon geen rekening worden gehouden met recente veranderingen in de toelatingsgrens voor 65-plussers.

Voor de simulaties van verzekeringsvarianten zijn de in het onderzoek betrokken gedragreacties beperkt tot die van de consumenten (de zorggebruikers). Wanneer grote groepen verzekerden overgaan van ziekenfonds- naar particuliere verzekering of vice versa, is het niet ondenkbaar dat hier reacties op volgen, zoals verandering van tarieven in de zorgsector, veranderingen in het gedrag van zorgaanbieders ten aanzien van herhaalbezoeken en doorverwijzingen, veranderingen in de zorgverzekeringen en veranderingen in het gedrag van werkgevers ten aanzien van vergoedingen in de ziektekosten of het aangaan van collectieve of bedrijfsverzekeringen. In de modellering van consumptie- en koopkrachteffecten en bij de berekening van de kosten van gezondheidszorg zijn dergelijke reacties niet opgenomen.

De drie systemen van zorgverzekeringen in het tweede compartiment, te weten het ziekenfonds, de privaatrechtelijke particuliere verzekering en de publiekrechtelijke particuliere verzekering, kunnen veranderen wanneer (grote) groepen verzekerden toe- of uittraden.

De ziekenfondsen dragen steeds meer risico en zullen in 1998 geheel risicodragend worden. Eventuele overschotten of tekorten bij individuele ziekenfondsen kunnen via de nominale premie worden verrekend. De verschillen in nominale premies tussen ziekenfondsen kunnen veranderen door de in deze studie gesimuleerde verzekeringsvarianten. Dit heeft uiteraard gevolgen voor de koopkracht van individuele huishoudens. Het gedrag van de ziekenfondsen is in deze studie echter niet gemodelleerd, waardoor dit aspect buiten beschouwing blijft.

Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen zijn premieaanpassingen achterwege gelaten. Dit is voor de privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen minder bezwaarlijk, omdat zij al premiedifferentiatie toepassen voor verschillende leeftijdsgroepen en huishoudenssamenstellingen. Het mag worden aangenomen dat de premies opgebracht door bepaalde groepen redelijk in verhouding staan tot de kosten van gezondheidszorg van die groepen. Voor de publiekrechtelijke verzekeringen (voor bepaalde groepen ambtenaren) is de veronderstelling dat de premies niet zullen worden aangepast echter niet erg realistisch. In bepaalde varianten, waarin veel publiekrechtelijk verzekerden instromen in het ziekenfonds, staat mogelijk zelfs het bestaansrecht van de publiekrechtelijke verzekering ter discussie. Daarnaast zou bij uittrading van oudere publiekrechtelijk verzekerden moeten worden nagedacht over de vraag of de achterblijvende relatief jongere populatie ook een MOOZ-achtige bijdrage moet betalen. Het voert echter te ver om in dit onderzoek, dat zich concentreert op veranderingen in de ziekenfondsverzekering, ook verschillende scenario's van verrekenmethodes in de

publiekrechtelijke verzekeringen door te rekenen.

De gemaakte veronderstellingen beïnvloeden echter wel de resultaten van het onderzoek. De lezer zal zich hiervan bewust moeten zijn bij de interpretatie van de resultaten.

Ten slotte moet worden opgemerkt dat de gevonden consumptie- en koopkrachteffecten representatief mogen worden geacht voor de Nederlandse samenleving exclusief studenten en personen in instellingen. Bij de berekeningen voor de macrokosten van gezondheidszorg is zo goed mogelijk rekening gehouden met deze in de gegevensbestanden ontbrekende groepen.¹⁸

6.5 Conclusies

Dit Cahier biedt een cijfermatige ondersteuning voor de discussie die gaande is over de vormgeving en afbakening van het ziekenfonds. Verschillende aspecten van de ziekenfondsverzekering, zoals de kring van verzekerden, het toelatingsinkomen, de premiestelling en eigen betalingen, zijn in varianten uitgewerkt en doorgerekend. Het onderzoek is niet opgezet om uitspraken te doen over de wenselijkheid van bepaalde varianten. Dat is ter beslissing van de overheid. Wel worden de gevolgen op de medische consumptie, de kosten van gezondheidszorg en de koopkracht van de huishoudens op hun omvang beoordeeld en worden geplaatst in het licht van de beoogde doelstellingen. Op grond van deze overwegingen zijn de volgende algemene conclusies te trekken.

1. Wijzigingen in de ziekenfondsverzekering hebben slechts geringe invloed op de kosten van het tweede compartiment van de gezondheidszorg.

Het invoeren van een inkomensafhankelijk maximum aan de eigen bijdragen in het ziekenfonds ter grootte van 1% van het belastbaar inkomen en een eigen bijdrage van f 6,50 voor de huisarts verminderen de kosten van het tweede compartiment met 100 miljoen gulden. Eenzelfde effect wordt bereikt wanneer de toelatingsgrens van het ziekenfonds drastisch wordt verlaagd tot 40.000 gulden, waarbij zo'n 3,5 miljoen ziekenfondsverzekerden uitstromen. Andere in dit onderzoek gesimuleerde wijzigingen in de ziekenfondsverzekering hebben een kleiner effect op de kosten van het tweede compartiment. In de situatie van een volledig systeem van particuliere verzekeringen zouden de kosten van het tweede compartiment met maximaal 300 miljoen gulden dalen. In dit perspectief moet een op zich geringe vermindering van de kosten met 100 miljoen gulden toch als substantieel worden aangemerkt.

2. De vermindering van de medische consumptie als gevolg van het invoeren van een eigen bijdrage voor de huisarts en een inkomensafhankelijk maximum is voor risicogroepen kleiner dan voor anderen.

Als gevolg van de twee genoemde maatregelen in het systeem van eigen betalingen neemt de medische consumptie van geheel ziekenfondsverzekerde huishoudens af met 0,8%. De consumptievermindering van de risicogroepen (de lagere inkomens, de lager opgeleiden en de minder gezonden) is kleiner dan voor anderen. De kosten van het

tweede compartiment in de gezondheidszorg dalen als gevolg van deze variant met een bedrag van 100 miljoen gulden. De collectieve financiering vermindert met zo'n 500 miljoen gulden, mede doordat er een financieringsverschuiving naar de huishoudens plaatsvindt van 400 miljoen gulden. Geheel ziekenfondsverzekerde huishoudens ondervinden een koopkrachtverlies van 0,2%.

3. Het invoeren van een minimumpremie lijkt niet de geëigende weg om iets te doen tegen de goedkoop in het ziekenfonds verzekerde partners van draagkrachtige kostwinners.

Wanneer een minimumpremie ter grootte van de procentuele premie voor een alleenstaande met 70% van het minimumloon wordt ingevoerd voor alle ziekenfondsverzekerden, betekent dit een premieverhoging voor 1,5 miljoen geheel of gedeeltelijk ziekenfondsverzekerde huishoudens. Deze gevolgen zijn aanzienlijk, aangezien de maatregel alleen bedoeld is voor 250.000 kleine verdieners met een particulier verzekerde kostwinnende partner. Het alleen voor de doelgroep invoeren van een minimumpremie geeft nauwelijks een verhoging van de premie-inkomsten van de ziekenfondsen.

Er zijn in dit kader ook andere wijzigingen van het ziekenfonds mogelijk. Zo heeft een verhoging van de nominale premie onder meer tot gevolg dat de kleine tweede verdieners met draagkrachtige partners meer voor hun ziekenfondsverzekering betalen. Tevens vermindert de hoge mate van solidariteit die van alleenstaanden in het ziekenfonds wordt gevraagd. Met het verhogen van de nominale premie worden bepaalde groepen huishoudens onbedoeld benadeeld. Zo leidt de in dit onderzoek gesimuleerde verhoging van de nominale premie van 150 gulden, voor uitkeringsgerechtigden tot een koopkrachtverlies met gemiddeld 0,2%.

Een andere mogelijkheid om iets te doen tegen de goedkoop in het ziekenfonds verzekerde partners van particulier verzekerde kostwinners is de betreffende groep te 'weren' uit het ziekenfonds. Dit kan bereikt worden door de toelating tot het ziekenfonds te baseren op het huishoudensinkomen. Dit is echter alleen mogelijk door een ingrijpende wijziging van de ziekenfondsverzekering.

4. Het toelaten van werknemers in de overheidssector tot het ziekenfonds onder dezelfde condities als werknemers in de marktsector is gemiddeld genomen nadelig voor de betreffende ambtenaren en voordelig voor de (oorspronkelijke) ziekenfondsverzekerden.

Met het toelaten van ambtenaren tot de ziekenfondsverzekering worden de arbeidsvoorwaarden in de marktsector en de overheidssector meer gelijk getrokken. Wanneer ambtenaren met een inkomen onder de toelatingsgrens worden toegelaten tot de ziekenfondsverzekering kunnen de ziekenfondspremies iets dalen. De instromende ambtenaren ondervinden gemiddeld genomen een koopkrachtverlies. Zij zijn in de particuliere verzekering veelal beter af vanwege de relatief gunstige werkgeversvergoeding voor ziektekosten. Doordat daarnaast de premie in de particuliere verzekering meer in verhouding staat tot de zorgaanspraken dan in de ziekenfondsverzekering, gaan met name de alleenstaande ambtenaren er bij toelating tot het

ziekenfonds in koopkracht op achteruit.

5. De solidariteitsvarianten zijn in het algemeen gunstig voor de koopkracht van lagere-inkomensgroepen, de zelfstandigen en de pensioenontvangers, terwijl de consumptie van de risicogroepen niet of nauwelijks achteruitgaat.

De solidariteitsvarianten, voornamelijk bedoeld om het ziekenfonds open te stellen voor alle huishoudens met een inkomen tot aan een bepaalde grens, leveren in het algemeen relatief gunstige koopkrachteffecten op voor de lagere-inkomensgroepen, de zelfstandigen, de pensioenontvangers en de huishoudens waarvan de gezondheidstoestand niet goed is.

Wel moet worden bedacht dat de uitvoering van deze varianten, waarin de belastbare som (van het vorige jaar) als toelatingscriterium geldt, problematisch kan zijn indien deze niet tijdig bekend is of aanzienlijk is veranderd in het lopende jaar.

De huishoudensvariant is voor werkgevers minder eenvoudig te toetsen, daar ook informatie over het partnerinkomen nodig is. Verder gelden de uitkomsten alleen als de werkgevers het ziekenfonds mee blijven financieren, ondanks het feit dat de werkgeverspremie in deze varianten komt te vervallen. Hierbij valt te denken aan een algemene heffing voor werkgevers, bijvoorbeeld op de toegevoegde waarde.

Noten

- 1 De hier gepresenteerde koopkrachteffecten geven een betrouwbaar beeld van de totale koopkrachteffecten, omdat het aannemelijk is dat personen die in de huidige situatie een aanvullende verzekering hebben, deze ook weer zullen nemen wanneer zij in varianten worden overgeheveld van het ziekenfonds naar een particuliere verzekering of vice versa. Verder verschillen de premies van vergelijkbare aanvullende verzekeringen niet zoveel tussen particuliere maatschappijen en ziekenfondsen. Maatschappijen die zowel een ziekenfondsverzekering als een particuliere verzekering aanbieden, hebben in beide verzekeringstypen over het algemeen dezelfde premies voor aanvullende verzekeringen). Ook de koopkrachteffecten die samenhangen met mogelijke gevolgen voor het eerste compartiment worden uiterst gering geacht. Er worden geen substantiële substitutiegevolgen verwacht tussen voorzieningen uit het tweede compartiment en die uit het eerste compartiment (de AWBZ).
- 2 De prijsgevoeligheid speelt momenteel ook een rol, aangezien ziekenfondsverzekerden sinds 1 januari 1997 te maken krijgen met procentuele eigen bijdragen en particulier verzekerden met hogere eigen betalingen wegens de invoering van een minimaal eigen risico van 200 gulden. Een derde van de particuliere verzekeraars is hiertoe in 1996 reeds overgegaan. De rest wacht tot ook in de ZFW een systeem van eigen bijdragen is ingevoerd (TK 1995/1996b).
- 3 Hierbij is een eventueel prijseffect buiten beschouwing gelaten.
- 4 Tot aan 1995 behoorde de tandartszorg nog tot het basispakket en was het bezoeken van preventieve consulten een voorwaarde voor ziekenfondsverzekerden om ook tandartsbehandelingen vergoed te krijgen. Hierdoor bezoeken ziekenfondsverzekerden vaker een preventief consult dan particulier verzekerden (tabel 3.1). Vanaf 1995 valt het preventieve tandartsconsult nog onder het ziekenfondspakket, maar voor tandartsbehandelingen moeten ziekenfondsverzekerden zich aanvullend verzekeren. In de simulaties zijn verschillen in het gebruik van tandartszorg tussen ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden niet meegenomen, omdat de verschillen in tandartstarieven voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden geharmoniseerd zijn en het 'verplichte' gebruik van een preventief consult voor ziekenfondsverzekerden minder strikt is geworden.
- 5 Ook bepaalde beroepsgroepen behoren tot de risicogroepen (Mackenbach 1994). Hierover bevat de gebruikte gegevensbron (AVO'95) echter onvoldoende informatie.
- 6 De collectieve uitgaven bestaan uit premies voor de ziekenfondsverzekering en de standaardpakketpolissen, de MOOZ- en de WTZ-bijdragen en de rijksbijdrage voor de ziekenfondsverzekering.
- 7 Het besteedbaar inkomen wordt gevormd door het secundair inkomen dat is gecorrigeerd voor fiscale aftrek- en bijtelposten in verband met ziektekostenverzekeringen.
- 8 Ook zijn bij de uitgaven gerekend de belastingen die over de werkgeverspremie of werkgeversvergoeding moeten worden betaald verminderd met de overhevelingstoeslag (die op zijn beurt verminderd is met de daarover betaalde belastingen).
- 9 De gebruikte steekproef (AVO'95) is echter representatief voor de demografische opbouw in 1995.
- 10 Doordat het maximum aan eigen betalingen al gerelateerd is aan de draagkracht, is compensatie voor personen die drie jaren achtereenvolgend het maximumbedrag bereiken, strikt genomen niet nodig. In de simulaties van deze maatregel is dit dan ook achterwege gelaten.
- 11 Een maximum aan de eigen betalingen zal vanwege de gevolgen voor de draagkracht van de lagere-inkomensgroepen niet te hoog moeten zijn, maar tegelijk ook weer niet zo laag dat hiervan voor de hogere-inkomensgroepen geen consumptieremmende werking meer uitgaat. Dit wordt beter bereikt met een inkomensafhankelijk maximum dan met een nominaal maximum (VB-Groep 1993).
- 12 Dit is conform de bevindingen van de Werkgroep ziektekosten (1995).
- 13 In de simulatie is deze maatregel als het ware met terugwerkende kracht ingevoerd.
- 14 Bij bejaarde paren zullen beide individuele inkomens aan de toelatingssgrens moeten voldoen. Is dat het geval, dan worden beide bejaarde partners verzekerd in het ziekenfonds; zo niet, dan zullen beide partners aangewezen blijven op een particuliere verzekering.
- 15 De omzetting van de toelatingssgrens is zo uitgevoerd dat de verzekeringsvorm voor eenverdieners zonder individueel bepaalde aftrekposten onveranderd blijft.

- 16 In dit onderzoek wordt met huishoudensinkomen bedoeld de som van het inkomen van de kostwinner en het inkomen van de eventuele partner. Inkomens van (inwonende) kinderen worden niet betrokken in het huishoudensinkomen omdat dat de stabiliteit van de kring van verzekerden in de weg staat.
- 17 De voor 1997 overeengekomen verlaging van de nominale premie met 110 gulden ter compensatie van de invoering van de eigen bijdragen is wel opgenomen.
- 18 Personen in instellingen komen in het geheel niet voor in de gebruikte gegevensbestanden. Studenten zijn op zich wel vertegenwoordigd in de gegevensbestanden. Veel studenten zijn meeverzekerd bij de ouders. Het is bij simulaties van verzekeringsvarianten dan ook van belang om de gegevens van de ouders van de studenten te hebben. Dit ontbreekt echter in de gebruikte gegevensbestanden voor uitwonende studenten.



SUMMARY

Controlling costs in the health care sector is an important focus of attention in Dutch government policy. The development of those costs is influenced not only by demographic and technological trends, but also by the way in which health care is organised. The health insurance system plays a key role here. In recent years there has been a growing trend towards limiting health care costs by focusing on the demand side as well as the supply side. Financial incentives in the public health insurance system, in the form of patient contributions and deductibles, are intended to contribute to this cost control. However, the government is also responsible for ensuring that health care remains accessible and affordable to everyone. This means that insurance premiums and deductibles must be in proportion to household income.

Given these twin aims of achieving a health care system which is both effective and affordable, questions can be formulated regarding the current set-up of the insurance system in the Netherlands and the lines along which it should develop in the longer term. In the current set-up of the Dutch public health insurance fund, employees and persons receiving benefits, up to a certain income level, are compulsory insured. Their partners and children are included under restrictions. Premiums are mainly income-dependent, but also include a fixed component. Patient contributions are charged up to a fixed maximum. The key questions concerning this system are as follows:

- For whom is the public health insurance fund (*ziekenfonds*) designed? Should it continue to be an insurance for employees in principle, or should it be opened up to everyone on a low income?
- Up to what income threshold should a person be eligible for inclusion in the public health insurance fund, and the income of which family members should be counted in making this calculation?
- Should only the fixed wage or benefit be counted, or should variable income components or income from business activities and capital also be taken into account?
- Should only the income of the main insured be taken into account in calculating the premiums, or should the income of a partner (where present) also be included?
- Should a system of minimum premiums apply?
- Should a patient contribution be introduced for GP services, and should the maximum level of patient contributions be income-dependent?

These questions relate to the core health care package. This package comprises the necessary and insurable health care, including care provided by hospitals, medical specialists, GPs, dentists and physiotherapists, and also covers the cost of medicines.

This Report contains an analysis of future insurance variants which could help in the search for an answer to these questions. The variants are divided into three groups. First a group of variants is developed which is an extension of the present structure of the public health insurance fund as an employee insurance. Secondly there is a group of variants which build on the principle of solidarity which forms the basis of the public

health insurance fund. Finally a group of variants is developed which relate to specific components of the current system, such as the introduction of a minimum premium and of an income-dependent maximum for patient contributions.

Each of the insurance variants is examined on the basis of the following three aspects:

- What are the consequences for medical consumption?
- What are the consequences for the costs of health care?
- What are the consequences for the purchasing power of households?

The findings of this study can be used to provide statistical support in the discussion on the future structure of the health cost insurance system.

In assessing the consequences of insurance variants, explicit account is taken of possible changes in medical consumption as a result of price changes. At issue here is the sensitivity of users of medical facilities to changes in their own contribution (price elasticities). Allowance is also made for the selection behaviour of consumers with regard to their insurance deductibles (risk aversion). Behavioural models are devised for both these aspects.

A link is made in the consumption model between the consumption of care services and the price to be paid by the patient him or herself, given various background features of the patient in question, such as health status, age and income. Two factors are important in determining the price to be paid by the patient: the portion of the cost which has to be paid by the patient and the maximum set for patient contributions. The empirical results of the consumption model show that the price, in the form of the patient's own contribution, reduces the take-up of care significantly in the case of those facilities where the user has a reasonable margin of decision: GPs, specialists, use of medicines, dentists (for check-ups) and physiotherapists. The level of patient contributions has no observable effect on the take-up of hospital care. The effects via the referral pattern are in line with expectations, with increased use of GP services resulting in greater consumption of specialist care, medicines, physiotherapy and hospital beds.

The insurance deductible model is based on a fairly simple concept. Privately insured have to choose their deductible. The assumption is that consumers behave as calculating citizens, with expected gains and the maximum potential loss playing a role in their choice of deductible. The maximum loss is equal to the deductible less the premium reduction granted in return for the deductible selected. The expected gain is equal to the premium reduction less the expected (additional) patient contributions. The empirical results from the deductible model indicate the presence of risk aversion. In the selection of the level of the deductible, the maximum loss proves to weigh four to five times more heavily for insured patients than the expected gain. If an average insured person is faced with selecting his/her own deductible when taking out a private health cost insurance, he/she therefore seeks to limit the maximum loss substantially. Given the expected health care costs, he/she is more inclined to opt for a slightly higher premium than for a slightly higher deductible.

This study was not designed to make statements about the desirability of particular insurance variants. This should be a political issue. The extent of the consequences for medical consumption, health care costs and the purchasing power of households can however be assessed, and these consequences are placed in the context of the underlying objectives. Based on these considerations, the following general conclusions are drawn.

1. Changes in the public health insurance system have only a limited impact on the costs of health care.

The introduction of an income-dependent maximum for patient contributions in the public health insurance fund of 1% of the taxable income and a deductible of NLG 6.50 for GP consultations, reduces the costs of health care by NLG 100 million. The same effect is achieved if the entry threshold to the public health insurance fund is lowered drastically to NLG 40,000, leading to the outflow of around 3.5 million people currently covered by the scheme. Other changes in the public health insurance system simulated in this study have a small effect on the costs of health care, the costs of which would fall be a maximum of NLG 300 million if a switch was made to a complete system of private health insurance; seen in this light a fall of NLG 100 million, while relatively small in itself, must be seen as substantial.

2. The reduction in medical consumption as a result of the introduction of a deductible for GP consultations and an income-dependent maximum is smaller for risk groups than for others.

Introducing these two measures into the system of patient contributions reduces the medical consumption of households which are insured entirely under the public health insurance fund by 0.9%. The reduction in consumption among the risk groups (those on low incomes, the poorly educated and the less healthy) is smaller than average. The costs of health care fall as a result of this variant by NLG 100 million. The collective funding requirement reduces by some NLG 500 million, partly due to a shift in funding of NLG 400 million in the direction of households. Households which are entirely dependent on the public health insurance fund undergo a loss of purchasing power of 0.2%.

3. The introduction of a minimum premium does not appear to be the most appropriate means of combating the situation whereby partners of relatively high-earning breadwinners continue to be insured cheaply in the public health insurance fund.

If a minimum premium equivalent to the percentage premium for a single person receiving 70% of the minimum wage is introduced for all those insured under the public health insurance fund, this results in a premium increase for 1.5 million households which are insured wholly or partly under this fund. This is a considerable effect, given that this measure is only intended to reach 250,000 low earners with a privately insured breadwinner partner. Introducing a minimum premium only for the target group produces virtually no increase in the overall premium income of the public health insurance fund.

Other changes in the public health insurance system are also possible, such as an increase in the nominal premium. This would then also reduce the high degree of solidarity which is demanded by single persons in the system, and could unintentionally put certain household groups at a disadvantage. The increase in the nominal premium of NLG 150 as simulated in this study reduces the purchasing power of benefit claimants by 0.2% on average. Another option for tackling the problem of partners of relatively high-earning breadwinners enjoying cheap public health insurance would be to 'expel' the group concerned from the public system, for example by basing admission to the system on household income.

4. Admitting public servants to the public health insurance fund under the same conditions as employees in the private sector has a net adverse effect on the public servants concerned and benefits the original group of publicly insured.

Admitting public servants to the public health insurance fund would create greater equality in the terms of employment in the public and private sectors. If public servants with an income below the admission threshold are admitted to the public fund, the premiums could be allowed to fall slightly. On average, the incoming public servants experience some loss of purchasing power: they are often better off in the private insurance system because of the relatively favourable employer's contribution to medical expenses. Since private insurance premiums are furthermore more closely related to the take-up of care than is the case in the public system, single public servants in particular lose purchasing power in a switch out of the private system.

5. The solidarity variants generally have a favourable effect on the purchasing power of lower-income groups, the self-employed and pensioners, while the care consumption by the risk groups falls little if at all.

The solidarity variants generally have relatively positive effects on the purchasing power of lower-income groups, the self-employed, pensioners and households with a low health status. It does however have to be borne in mind that implementing these variants could present problems if the taxable income is not known in good time or has undergone substantial change in the current year.

The household variant is less simple for employers to test, since information is also needed on the partner's income. Moreover, the findings hold only if employers continue to help finance the public health insurance scheme, even though the employer's premium lapses under these variants. One way of achieving this might be through a general employer levy, for example on the added value.

BIJLAGE A UITGAVEN AAN GEZONDHEIDSZORG IN DE NULVARIANT

Deze bijlage presenteert het gemiddelde budgetaandeel van gezondheidszorg voor groepen huishoudens naar de verzekeringsvorm in de nulvariant. Het betreft dus niet de kosten als gevolg van een wijziging van ziektekosten, maar de uitgaven die huishoudens in de *nulvariant* doen aan gezondheidszorg. Deze uitgaven aan gezondheidszorg bestaan uit:

- de werknemerspremie voor ziekenfondsverzekerden en publiekrechtelijk verzekerden en de premie voor het basispakket vermindert met de werkgeversvergoeding voor particulier verzekerden;
- de eigen betalingen;
- de MOOZ- en WTZ-bijdragen voor particulier verzekerden;
- de betaalde belasting over de werkgeverspremie of de werkgeversvergoeding.¹

De eventuele kosten van een aanvullende verzekering zijn niet betrokken in dit onderzoek.

De uitgaven aan gezondheidszorg worden uitgedrukt in een percentage van het secundair inkomen (gecorrigeerd voor fiscale bijtel- en aftrekposten in verband met ziektekostenverzekeringen) van huishoudens: het budgetaandeel per huishouden.

Vervolgens worden deze individuele budgetaandelen gemiddeld over de betreffende groep huishoudens.

Tabel A1 Gemiddeld budgetaandeel van de uitgaven aan gezondheidszorg van huishoudens in de nulvariant, naar verzekeringsvorm (in procenten)

	aandeel huishoudens ^a	alle	geheel ZFW-verzekerd	gedeeltelijk ZFW-verzekerd	niet ZFW-verzekerd
alle huishoudens	99,1%	5,5	5,6	4,7	5,8
20%-groepen secundair inkomen					
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	6,2	5,9	.	12,9
2 ^e (22.500-32.000 gulden)	20,0%	5,7	5,6	.	6,8
3 ^e (32.000-45.700 gulden)	20,0%	5,6	5,5	.	5,7
4 ^e (45.700-63.900 gulden)	20,0%	5,6	5,3	5,2	6,2
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	4,5	4,8	4,3	4,5
huishoudenstype					
alleenstaande	40,4%	5,3	5,5	-	4,3
eenoudergezin	2,9%	5,2	5,2	-	.
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	6,5	5,9	.	7,2
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	6,3	5,5	.	7,2
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	5,3	5,7	4,1	5,8
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	5,5	5,5	5,3	5,8
inkomensbron van de kostwinner					
werknemer marktsector	48,7%	5,3	5,3	4,8	5,4
werknemer overheidssector	9,5%	4,1	5,4	4,0	3,6
zelfstandige	4,8%	6,8	2,3	5,7	7,8
uitkeringsontvanger	17,1%	5,7	5,8	4,5	5,2
pensioenontvanger	18,4%	6,4	6,1	.	7,2
overig	0,7%	9,9	.	.	.
gezondheidstoestand					
goed	68,6%	5,4	5,4	4,6	5,5
niet goed	30,6%	5,9	5,9	4,9	6,6

. Te weinig waarnemingen.

- Komt niet voor.

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen budgetaandeel berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

Noot

- ¹ Het totaal is vervolgens nog verminderd met de ontvangen overhevelingstoeslag over de werkgeverspremie of de werkgeversvergoeding, die op zijn beurt weer is verminderd met de belasting over deze toeslag.

BIJLAGE B PREMIETABELLEN MAATSCHAPPIJPOLISSEN

Particulier verzekerden met een maatschappijpolis kunnen een eigen risico kiezen. In ruil voor het nemen van een eigen risico krijgen zij dan een premiereductie. Tabellen B1, B2 en B3 geven combinaties weer van eigen risico's en te betalen premies voor reeds particulier verzekerden in 1995 en 1996, en voor toetredende particulier verzekerden in 1996. De gepresenteerde cijfers zijn de (met onderlinge marktverhoudingen) gewogen gemiddelden van de premies van twaalf verzekeringsmaatschappijen die gezamenlijk twee derde van de privaatrechtelijke markt bedienen. De gemiddelde premies betreffen maandbedragen en zijn exclusief wettelijke bijdragen MOOZ en WTZ. Deze tabellen zijn gebruikt voor de simulaties van het keuzegedrag ten aanzien van de hoogte van het eigen risico voor particulier verzekerden, alsmede voor de bepaling van de te betalen premie bij een bepaald eigen risico in de varianten.

Er is een grote verscheidenheid aan mogelijke eigen risico's bij de verschillende verzekeringsmaatschappijen. In de simulaties zijn echter slechts vijf mogelijke eigen risico's opgenomen, namelijk 0, 200, 500, 1.000 en 1.500 gulden per polis. Per maatschappij is waar nodig door middel van interpolatie de premie bepaald bij de genoemde eigen risico's. Er zijn erg weinig maatschappijen die een eigen risico van 1.500 gulden (of meer) aanbieden voor alleenstaanden. Daarom is dit ook niet als keuzemogelijkheid opgenomen in de analyse en simulaties in dit onderzoek.

De te betalen premie bij een bepaald eigen risico hangt af van het verzekerde pakket en het aantal en de leeftijden van de verzekerde personen op de polis. Voor het verzekerde pakket is uitgegaan van het basispakket. Voor iedere maatschappij is het aangeboden pakket genomen dat zo veel mogelijk het basispakket benadert. Een belangrijk verschil tussen 1995 en 1996 is dat in 1996 medicijnen onder het basispakket vallen, terwijl in 1995 medicijnen onder de AWBZ vallen.

Verder is er over het algemeen voor maximaal twee of drie meeverzekerde kinderen premie verschuldigd. Dit geldt voor kinderen tot een maximumleeftijd, variërend van 18 jaar tot 26 jaar. Voor de simulaties in dit Cahier is uitgegaan van een premiebetaling voor maximaal twee kinderen tot 26 jaar. Voorts is in de simulaties de leeftijd van de hoofdverzekerde bepalend voor de te betalen premie. De leeftijden van meeverzekerden spelen in de simulaties geen rol.

Bij de analyse van het keuzegedrag, beschreven in hoofdstuk 3, wordt het verband onderzocht tussen de keuze voor een bepaald eigen risico en de daarmee samenhangende 'verwachte opbrengst' en het 'maximale verlies'. De analyse is uitgevoerd op de particulier verzekerden uit het AVO'95. In 1995 was ook een eigen risico van 0 gulden mogelijk. Deze mogelijkheid is expliciet opgenomen in de analyse. Voor deze analyse zijn de premies uit tabel B1 gebruikt.

In de nulvariant zijn de eigen risico's bepaald met het keuzemodel en de premies van 1995 (tabel B1). Vervolgens zijn bij de gevonden eigen risico's de premies van 1996 voor reeds verzekerden overgenomen. Deze premies zijn gegeven in tabel B2. Verder krijgen alle polishuishoudens met eigen risico 0, een eigen risico van 200 gulden en de daarbij behorende premie.

Bij simulaties gaat het om nieuwe particulier verzekerden. Deze verzekerden krijgen te maken met zogenoemde premies bij toetreding. Een aantal maatschappijen vraagt aan personen van 45 jaar of ouder bij toetreding hogere premies dan wanneer zij al verzekerd zijn bij deze maatschappij en vervolgens de betreffende leeftijd bereiken.

Bij simulaties wordt voor nieuwe particulier verzekerden jonger dan 55 jaar een eigen risico bepaald met behulp van het keuzemodel en de premies uit tabel B3. Een eigen risico van 0 gulden valt hierbij niet meer onder de mogelijkheden. Personen van 55 jaar en ouder krijgen in de simulaties een standaardpakketpolis toegewezen.

Tabel B1 Maandpremies voor reeds particulier verzekerden, naar huishoudenssamenstelling en hoogte eigen risico, 1995

polishuishouden met: hoogte eigen risico (x qld.)	een volwassene					twee volwassenen				
	0	200	500	1.000	1.500	0	200	500	1.000	1.500
polishuishouden zonder meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	85	73	59	37	-	170	158	139	117	94
25-29 jaar	93	81	64	42	-	186	173	154	128	106
30-34 jaar	95	82	65	43	-	189	176	157	129	107
35-39 jaar	106	92	76	52	-	211	197	176	150	124
40-44 jaar	121	106	88	62	-	242	226	203	174	145
45-49 jaar	129	113	94	66	-	258	242	218	185	155
50-54 jaar	131	116	96	67	-	263	246	222	189	158
55-59 jaar	136	119	99	70	-	271	254	229	195	163
≥ 60 jaar	137	121	100	71	-	274	257	232	198	165
polishuishouden met één meeverzekerd kind										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	136	126	113	97	80	221	206	184	158	129
25-29 jaar	144	134	120	101	86	236	221	199	168	141
30-34 jaar	145	135	121	102	87	240	224	201	170	143
35-39 jaar	156	146	131	113	95	262	245	221	191	160
40-44 jaar	172	160	144	124	106	293	273	248	215	181
45-49 jaar	179	168	151	130	110	308	290	263	226	191
50-54 jaar	182	170	154	132	112	313	294	267	230	194
55-59 jaar	186	174	157	134	115	322	302	274	236	200
≥ 60 jaar	188	176	158	136	116	325	305	277	239	202
polishuishouden met twee of meer meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	186	174	157	136	114	271	254	228	197	164
25-29 jaar	194	182	164	141	120	287	269	243	208	177
30-34 jaar	196	183	165	141	121	290	272	246	210	178
35-39 jaar	207	194	175	152	129	312	293	265	231	195
40-44 jaar	222	208	188	163	139	343	321	292	255	216
45-49 jaar	230	216	195	169	144	359	337	307	267	227
50-54 jaar	233	218	198	171	145	364	342	311	270	230
55-59 jaar	237	222	201	174	148	372	350	318	277	235
≥ 60 jaar	238	223	202	175	149	375	353	321	279	237

Bron: Gegevens van twaalf verzekeringsmaatschappijen met een gezamenlijk marktaandeel van 64%; SCP-bewerking

Tabel B2 Maandpremies reeds particulier verzekerden, naar huishoudenssamenstelling en hoogte eigen risico, 1996

polishuishouden met hoogte eigen risico (x qld.)	een volwassene					twee volwassenen				
	0	200	500	1.000	1.500	0	200	500	1.000	1.500
polishuishouden zonder meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	104	89	70	45	-	208	193	169	139	111
25-29 jaar	111	96	76	50	-	222	207	184	151	122
30-34 jaar	111	97	77	50	-	223	208	185	152	123
35-39 jaar	128	112	92	64	-	257	240	215	182	151
40-44 jaar	149	131	109	78	-	299	280	253	216	181
45-49 jaar	163	146	123	90	-	327	309	280	243	207
50-54 jaar	166	148	125	92	-	332	314	284	247	210
55-59 jaar	168	150	127	94	-	337	319	289	251	214
≥ 60 jaar	170	152	128	95	-	342	323	293	254	217
polishuishouden met één meeverzekerd kind										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	161	150	132	111	94	266	248	222	188	158
25-29 jaar	168	157	140	116	99	280	257	237	201	169
30-34 jaar	169	157	141	117	99	281	258	238	202	170
35-39 jaar	186	173	155	132	113	315	291	268	233	199
40-44 jaar	207	193	173	148	129	357	329	306	266	229
45-49 jaar	221	207	181	162	141	385	359	333	294	255
50-54 jaar	223	210	189	164	143	390	363	338	298	259
55-59 jaar	226	212	191	166	145	395	368	342	302	262
≥ 60 jaar	228	214	193	167	146	399	372	346	305	265
polishuishouden met twee of meer meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	218	204	184	159	138	324	302	273	237	204
25-29 jaar	226	211	192	165	143	337	316	288	250	215
30-34 jaar	227	212	193	166	143	339	318	289	251	216
35-39 jaar	244	228	208	181	157	372	350	320	282	245
40-44 jaar	264	247	226	197	172	414	389	357	316	276
45-49 jaar	278	262	240	211	185	443	418	385	344	302
50-54 jaar	281	264	242	213	187	447	423	389	347	306
55-59 jaar	283	267	244	215	189	453	428	394	352	309
≥ 60 jaar	286	269	246	217	190	457	432	398	355	312

Bron: Gegevens van twaalf verzekeringsmaatschappijen met een gezamenlijk marktaandeel van 64%; SCP-bewerking

Tabel B3 Maandpremies toetredende particulier verzekerden, naar huishoudenssamenstelling en hoogte eigen risico, 1996

polishuishouden met hoogte eigen risico (x qld.)	een volwassene					twee volwassenen				
	0	200	500	1.000	1.500	0	200	500	1.000	1.500
polishuishouden zonder meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	104	89	70	45	-	208	193	169	139	111
25-29 jaar	111	96	76	50	-	222	207	184	151	122
30-34 jaar	111	97	77	50	-	223	208	185	152	123
35-39 jaar	128	112	92	64	-	257	240	215	182	151
40-44 jaar	149	131	109	78	-	299	280	253	216	181
45-49 jaar	172	153	127	94	-	344	325	295	251	214
50-54 jaar	212	185	151	118	-	425	355	353	297	262
polishuishouden met één meeverzekerd kind										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	161	150	132	111	94	266	248	222	188	158
25-29 jaar	168	157	140	116	99	280	257	237	201	169
30-34 jaar	169	157	141	117	99	281	258	238	202	170
35-39 jaar	186	173	155	132	113	315	291	268	233	199
40-44 jaar	207	193	173	148	129	357	329	306	266	229
45-49 jaar	229	215	194	165	144	402	380	349	302	263
50-54 jaar	270	230	224	192	174	483	410	406	349	311
polishuishouden met twee of meer meeverzekerde kinderen										
leeftijd hoofdverzekerde										
< 25 jaar	218	204	184	159	138	324	302	273	237	204
25-29 jaar	226	211	192	165	143	337	316	288	250	215
30-34 jaar	227	212	193	166	143	339	318	289	251	216
35-39 jaar	244	228	208	181	157	372	350	320	282	245
40-44 jaar	264	247	226	197	172	414	389	357	316	276
45-49 jaar	287	270	247	215	189	459	435	400	352	311
50-54 jaar	328	285	277	242	218	541	466	460	400	358

Bron: Gegevens van twaalf verzekeringsmaatschappijen met een gezamenlijk marktaandeel van 64%; SCP-bewerking

BIJLAGE C CONSUMPTIEGEVOLGEN PER VOORZIENING

Deze bijlage toont de consumptiegevolgen van de verzekeringsvarianten naar zorgvoorziening. De gepresenteerde cijfers zijn procentuele veranderingen van de consumptie van de betreffende zorgvoorziening, gemeten in consulten (bij huisartsen, specialisten, tandartsen), behandelingen (fysiotherapeuten), gebruikte soorten medicijnen en ligdagen (ziekenhuizen). De kolom 'totaal' geeft de verandering in de consumptie van de zes voorzieningen tezamen. De totale consumptie is berekend als een gewogen som van de consumptievolumes van de zorgvoorzieningen. De hierbij gebruikte gewichten zijn berekend door de tarieven voor de betreffende zorgvoorziening voor particulieren en ziekenfondsverzekerden te middelen volgens de verhouding in nulvariant.

Tabel C1 Consumptiegevolgen van de verzekeringsvarianten, naar zorgvoorziening (in %)

		totaal	hui	spe	med	tan	fys	zie
varianten werknemersverzekering								
W1	ambtenaren stromen in	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0
W2	wisselend loon medebepalend voor toelating	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
W3	toelatingsgrens = premiegrens 1996	-0,1	-0,3	-0,1	-0,4	-0,1	-0,1	-0,1
W4	toelatingsgrens = 40.000 gulden	-0,4	-0,9	-0,3	-1,2	-0,1	-0,3	-0,1
W5	werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
W6	nominale premie verhoogd met 150 gulden	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
varianten voor ouderen								
O1	verzekeringsvorm houdt eigen ouderen	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0
O2	O1 met eenzijdige instroom tot 38.300 gulden	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
varianten solidariteitsverzekering								
SI	individuele verzekering	0,1	0,2	0,0	0,4	0,1	-0,1	0,0
SH1	huishoudensverzekering	-0,1	-0,2	0,1	-0,4	0,1	-0,1	0,0
SH2	SH1 met toelatingsgrens = eerste belastingschijf	-0,1	-0,4	0,1	-0,6	0,1	-0,1	0,0
SH3	SH1 met toelatingsgrens = 'premiégrens 1996'	-0,3	-0,6	0,0	-0,9	0,0	-0,2	-0,1
SH4	SH1 met toelatingsgrens = 26.690 gulden	-0,5	-1,1	-0,2	-1,9	0,0	-0,3	0,0
SH5	SH1 met toelatingsgrens conform marktverhouding	0,1	0,0	0,2	0,1	0,1	0,0	0,0
varianten minimumpremie								
M1	minimumpremie voor iedereen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
M2	minimumpremie op beperkte schaal	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
varianten eigen betalingen								
B1	inkomensafhankelijk maximum	-0,3	0,0	-0,4	-0,9	0,0	-0,3	-0,1
B2	eigen bijdrage huisarts van f 6,50	-0,1	-1,1	0,0	0,2	0,0	0,1	-0,1
samengestelde varianten								
VVN	B1 + B2	-0,5	-1,9	-0,5	-0,9	0,0	-0,3	-0,3
VWV1	W3 + W6 + M2 + B1 + B2	-0,5	-1,9	-0,5	-1,1	0,0	-0,3	-0,2
VWV2	O2 + W6 + M2 + B1 + B2	-0,5	-1,9	-0,6	-0,9	0,0	-0,3	-0,3
VVSI	SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2	-0,5	-2,0	-0,6	-0,7	0,1	-0,3	-0,3
VVSH	SH2 + B1 + B2	-0,5	-1,6	-0,3	-1,2	0,1	-0,3	-0,2
VVZ	iedereen ziekenfondsverzekerd met B1 + B2	-0,5	-2,2	-0,8	-0,2	0,3	-0,4	-0,3
VVP	iedereen particulier verzekerd	-0,9	-1,6	-0,4	-3,6	-0,1	-0,2	-0,1
hui	= huisartsenhulp							
spe	= specialistenhulp							
med	= medicijnen							
tan	= tandartsenhulp							
fys	= fysiotherapie							
zie	= ziekenhuis							

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

BIJLAGE D IN- EN UITSTROOM BIJ DE VARIANTEN

De consumptie- en financiële aspecten die in hoofdstuk 5 aan de orde komen, hangen veelal samen met veranderingen in de kring van verzekerden. Tabel D1 toont voor de verschillende varianten het saldo van instroom in en uitstroom uit het Ziekenfonds, naar diverse kenmerken van het huishouden.

De inkomensbron is die van de kostwinner. Hierdoor geven sommige varianten onverwachte resultaten, doordat ze van belang blijken voor de niet-kostwinnende partner in een huishouden. Zo is variant W1, waarin ambtenaren worden toegelaten in het Ziekenfonds, ook van betekenis voor huishoudens waarvan de kostwinner niet bij de overheid in dienst is. Hetzelfde geldt voor de varianten voor ouderen (O1, O2 en VVW2), die ook effecten hebben voor huishoudens waarvan de kostwinner geen pensioenontvanger is.

Het kenmerk 'verzekeringvorm huishouden' heeft betrekking op de nulvariant. Er kan dus een uitstroom plaatsvinden van huishoudens die geheel of gedeeltelijk ziekenfondsverzekerd zijn. Omgekeerd kunnen alleen van huishoudens die gedeeltelijk of helemaal niet ziekenfondsverzekerd zijn personen instromen in het Ziekenfonds.

Sommige varianten hebben geen invloed op de kring van verzekerden. Deze varianten zijn niet opgenomen in tabel D1. Dit betreft de varianten met wijzigingen in de premies (W5, W6, M1 en M2) en varianten met wijzigingen in het systeem van eigen betalingen (B1, B2 en VVN).

Tabel D1 Saldo in- en uitstroom Ziekenfonds bij de verschillende varianten (× 1.000 personen)

	aantal ZFW-verzekerde personen in de nulvariant	varianten			
		W1	W2	W3	W4
alle huishoudens	9.320	720	-330	-1.180	-3.540
20%-groepen secundair inkomen					
1 ^e (tot 22.500 gulden)	1.530	20	0	0	-10
2 ^e (22.500-32.000 gulden)	2.100	120	0	0	-210
3 ^e (32.000-45.700 gulden)	2.380	260	-30	-400	-1.510
4 ^e (45.700-63.900 gulden)	2.170	170	-160	-510	-1.190
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	1.150	150	-140	-260	-610
huishoudenstype					
alleenstaande	2.350	130	-30	-140	-510
eenoudergezin	480	20	0	-20	-40
eenverdiener geen kind(eren)	760	60	-20	-90	-300
eenverdiener wel kind(eren)	1.450	200	-110	-340	-1.010
tweeverdieners geen kind(eren)	2.330	140	-60	-230	-700
tweeverdieners wel kind(eren)	1.950	170	-100	-360	-970
inkomensbron van de kostwinner					
werknemer marktsector	5.340	140	-310	-1.010	-2.970
werknemer overheidssector	500	420	-20	-60	-240
zelfstandige	140	0	0	-10	-20
uitkeringsontvanger	1.900	70	0	-80	-290
pensioenontvanger	1.370	70	0	0	0
overig	60	10	0	0	-10
verzekeringvorm huishouden in nulvariant					
geheel ZFW-verzekerd	8.550	0	-310	-1.120	-3.340
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	770	140	-10	-50	-190
geheel niet ZFW-verzekerd	0	580	0	0	0
gezondheidstoestand					
goed	6.150	500	-240	-850	-2.550
niet goed	3.170	220	-90	-330	-980

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

varianten													
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	VW1	VW2	VVS1	VVSH	VVZ	VVP
-80	200	1.370	-1.280	-1.820	-2.690	-5.210	0	-1.180	200	770	-1.820	5.520	-9.320
-70	0	130	130	130	130	130	130	0	0	130	130	130	-1.530
-40	30	240	240	240	210	-390	240	0	30	240	240	240	-2.100
20	100	470	440	280	-160	-1.710	610	-400	100	330	280	670	-2.380
10	60	440	-1.000	-1.350	-1.760	-2.120	70	-510	60	130	-1.350	1.650	-2.170
0	20	100	-1.090	-1.110	-1.110	-1.130	-1.050	-260	20	-50	-1.110	2.840	-1.150
-60	80	220	220	120	-70	-710	360	-140	80	120	120	640	-2.350
0	0	30	30	20	0	-40	50	-20	0	20	20	80	-480
20	40	170	170	100	40	-300	260	-90	40	110	100	630	-760
0	0	410	410	290	20	-810	660	-340	0	290	290	1.440	-1.450
-40	80	250	-1.090	-1.180	-1.330	-1.640	-800	-230	80	130	-1.180	1.050	-2.330
0	0	280	-1.020	-1.190	-1.350	-1.710	-520	-360	0	100	-1.190	1.680	-1.950
0	0	-30	-1.880	-2.210	-2.770	-4.320	-980	-1.010	0	-430	-2.210	2.640	-5.340
0	0	440	60	-10	-120	-410	270	-60	0	360	-10	1.270	-500
-10	0	450	340	300	270	160	370	-10	0	420	300	740	-140
0	0	50	-170	-260	-360	-700	-80	-80	0	-20	-260	290	-1.900
-70	190	380	300	280	230	-110	350	0	190	370	280	500	-1.370
0	0	80	80	70	70	60	80	0	0	70	70	80	-60
-200	0	-530	-2.060	-2.380	-3.000	-5.000	-1.380	-1.120	0	-860	-2.380	0	-8.550
0	10	230	-610	-650	-680	-730	-460	-50	10	150	-650	1.340	-770
110	190	1.670	1.390	1.210	1.000	520	1.830	0	190	1.490	1.210	4.180	0
-30	90	930	-940	-1.280	-1.900	-3.580	-70	-850	90	500	-1.280	3.940	-6.150
-50	110	440	-340	-540	-790	-1.630	70	-330	110	270	-540	1.580	-3.170

—|

|—

BIJLAGE E RESULTATEN VAN ENKELVOUDIGE VARIANTEN

In deze bijlage worden de resultaten van enkelvoudige varianten gegeven. Hierbij komen de drie aspecten van verzekeringsvarianten aan de orde, te weten de effecten op de medische consumptie, de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg en de financiële consequenties voor de huishoudens.

De consumptie-effecten van de enkelvoudige varianten worden gegeven in tabel E1. Voor de consumptie-effecten wordt gekeken naar huishoudens ingedeeld naar verzekeringsvorm, inkomen, opleiding en gezondheidstoestand. Ook worden de consumptie-effecten gegeven voor de in het Ziekenfonds instromende en de uit het Ziekenfonds uitstromende personen. De gepresenteerde cijfers geven de procentuele toename of afname van de gezamenlijke medische consumptie van de betreffende groep huishoudens (of personen) in een variant ten opzichte van de nulvariant.

In tabel E2 zijn de veranderingen van de kosten van gezondheidszorg aangegeven. De veranderingen worden aangegeven voor enerzijds de kosten van het tweede compartiment en anderzijds de collectief gefinancierde kosten. Bij de collectief gefinancierde kosten is het van belang of al dan niet de ontstane verschillen in inkomsten en uitgaven bij de gezamenlijke ziekenfondsen worden verrekend via de premies. Als eerste worden in tabel E.2 de resultaten gegeven waarbij het verschil in inkomsten en uitgaven bij de ziekenfondsen niet wordt verrekend. Vervolgens worden de resultaten gepresenteerd die zijn gebaseerd op het uitgangspunt dat de ziekenfondsen een kloppende begroting moeten hebben. Voor varianten waarbij de kring van verzekerden verandert, worden alle premies (de werkgeverspremie, de werknemerspremie en de nominale premie) in gelijke verhouding aangepast, zodat de premieverhoging gelijkelijk wordt verdeeld over werknemers en werkgevers. Bij varianten met expliciete veranderingen in de premies of eigen betalingen wordt vervolgens alleen de procentuele werknemerspremie aangepast om het ontstane overschot of tekort bij de ziekenfondsen te reduceren.

De cijfers in tabel E2 betreffen absolute veranderingen ten opzichte van de nulvariant en worden gegeven in miljarden.

Voor het presenteren van de financiële gevolgen voor huishoudens zijn de huishoudens ingedeeld naar inkomen, samenstelling, inkomensbron, verzekeringsvorm en gezondheidstoestand.

De tabellen E3 en E4 geven de koopkrachteffecten voor de huishoudens ten opzichte van de nulvariant. Het verschil tussen de twee tabellen is gelegen in de manier waarop is omgegaan met de verschillen in inkomsten en uitgaven bij de ziekenfondsen. De koopkrachteffecten waarbij de verschillen in inkomsten en uitgaven bij de ziekenfondsen niet worden verrekend, worden gegeven in tabel E3. Tabel E4 geeft de koopkrachteffecten waarbij de premies voor de ziekenfondsverzekering worden aangepast zodat voor de gezamenlijke ziekenfondsen de inkomsten weer sporen met de uitgaven. De gepresenteerde koopkrachteffecten zijn groepsgemiddelden van de koopkrachteffecten per huishouden. Het koopkrachteffect van een huishouden is de verandering in de uitgaven aan gezondheidszorg voor dat huishouden als aandeel van het besteedbaar inkomen van dat huishouden (dit is het secundair inkomen, gecorrigeerd van fiscale aftrek- en bijtelposten die verband houden met de ziektekostenverzekering).

Tabel E1 Procentuele verandering in de medische consumptie in de enkelvoudige varianten

	aandeel huishoudens	enkelvoudige varianten					
		W1	W2	W3	W4	W5	W6
alle huishoudens	100,0%	0,1	0,0	-0,1	-0,4	0,0	0,0
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant							
geheel ZFW-verzekerd	64,2%	0,0	0,0	-0,2	-0,5	0,0	0,0
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	0,1	0,0	-0,1	-0,1	0,0	0,0
niet ZFW-verzekerd	25,4%	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
20%-groepen secundair inkomen							
1 ^e (tot 22.500 gulden)	20,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
2 ^e (22.500-32.000 gulden)	20,0%	0,1	0,0	0,0	-0,2	0,0	0,0
3 ^e (32.000-45.700 gulden)	20,0%	0,1	0,0	-0,3	-0,8	0,0	0,0
4 ^e (45.700-63.900 gulden)	20,0%	0,1	-0,1	-0,2	-0,6	0,0	0,0
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,2	-0,3	0,0	0,0
opleidingsniveau kostwinner							
lo	25,3%	0,0	0,0	0,0	-0,2	0,0	0,0
mavo/lbo	41,3%	0,1	0,0	-0,2	-0,5	0,0	0,0
havo/vwo/mbo	18,1%	0,1	-0,1	-0,2	-0,5	0,0	0,0
hbo/wo	15,3%	0,1	0,0	-0,1	-0,3	0,0	0,0
gezondheidstoestand							
goed	69,3%	0,1	-0,1	-0,2	-0,6	0,0	0,0
niet goed	30,7%	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	0,0
instromenden in het ziekenfonds ^a	37,2% ^b	1,8	-	-	-	-	-
uitstromenden uit het ziekenfonds ^a	62,8% ^c	-	-2,1	-2,5	-2,2	-	-

^a In- en uitstroom is bepaald op persoonsniveau.

^b Aandeel personen dat in de nulvariant niet ziekenfondsverzekerd is.

^c Aandeel personen dat in de nulvariant ziekenfondsverzekerd is.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

Tabel E2 Verandering in de kosten van de gezondheidszorg in de enkelvoudige varianten (in mld. gld.)

	niveau nulvariant	enkelvoudige varianten					
		W1	W2	W3	W4	W5	W6
geen verrekening van overschot/tekort bij ziekenfondsen							
kosten tweede compartiment	26,6	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0
collectief gefinancierde kosten	18,1	1,2	-0,5	-1,8	-5,5	-0,8	1,0
overschot/tekort bij ziekenfondsen	0,0	0,4	-0,1	-0,6	-2,0	-0,8	1,0
verrekening van overschot/tekort via aanpassing premies							
kosten tweede compartiment	26,6	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0
collectief gefinancierde kosten	18,1	0,9	-0,3	-1,2	-3,6	0,0	0,0

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
0,0	0,0	0,1	-0,1	-0,1	-0,3	-0,5	0,1	0,0	0,0	-0,3	-0,1
0,0	0,0	-0,1	-0,3	-0,3	-0,5	-0,7	-0,2	0,0	0,0	-0,4	-0,1
0,0	0,0	0,2	-0,3	-0,4	-0,5	-0,4	-0,2	0,0	0,0	-0,1	-0,1
0,1	0,1	0,6	0,6	0,5	0,4	0,3	0,8	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	-0,2	-0,1
0,0	0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	-0,3	0,2	0,0	0,0	-0,3	-0,1
0,0	0,1	0,2	0,2	0,1	-0,2	-1,0	0,3	0,0	0,0	-0,4	-0,1
0,0	0,0	0,1	-0,4	-0,6	-0,8	-0,7	0,1	0,0	0,0	-0,3	-0,2
0,0	0,0	0,0	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	0,0	0,0	-0,2	-0,1
0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,1	0,0	0,0	-0,2	-0,1
0,0	0,0	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-0,6	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,1
0,0	0,0	0,1	-0,2	-0,3	-0,5	-0,6	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,2
0,0	0,0	0,1	-0,1	-0,1	-0,3	-0,4	0,0	0,0	0,0	-0,1	-0,1
0,0	0,0	0,1	-0,2	-0,3	-0,4	-0,8	0,0	0,0	0,0	-0,3	-0,2
0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,1	0,0	0,0	-0,2	0,0
0,7	0,7	1,3	1,5	1,4	1,4	1,6	1,7	-	-	-	-
-0,7	-	-2,3	-1,6	-1,7	-1,8	-1,7	-1,6	-	-	-	-

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0
0,2	-0,1	-7,1	-9,1	-9,3	-9,7	-9,8	-8,6	0,3	0,0	0,0	0,0
0,2	-0,2	-8,9	-7,5	-7,2	-6,6	-4,3	-8,2	0,3	0,0	0,3	0,1
0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,2	1,8	-1,6	-2,1	-3,0	-5,6	-0,3	0,0	0,0	-0,3	-0,1

Tabel E3 Procentuele verandering van de koopkracht in enkelvoudige varianten, geen verrekening van ontstane overschot/tekort bij ziekenfondsen

	aandeel huishoudens	enkelvoudige varianten					
		W1	W2	W3	W4	W5	W6
alle huishoudens	99,1% ^a	-0,1	0,0	-0,2	-0,5	0,3	-0,4
20%-groepen secundair inkomen							
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	0,0	0,0	-0,1	-0,4	0,7	-0,7
2 ^e (22.500-32.000 gulden)	20,0%	-0,1	0,0	-0,2	-0,3	0,5	-0,6
3 ^e (32.000-45.700 gulden)	20,0%	-0,1	0,0	-0,2	-1,3	0,3	-0,4
4 ^e (45.700-63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,3	-0,5	0,2	-0,3
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	0,0	0,0	-0,1	0,1	-0,1
huishoudenstype							
alleenstaande	40,4%	-0,1	0,0	-0,1	-0,2	0,5	-0,4
eenoudergezin	2,9%	0,0	0,0	-0,1	-0,3	0,0	-0,5
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	-0,1	-0,1	-0,3	-1,4	0,0	-0,5
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	0,0	-0,1	-0,6	-2,0	0,0	-0,4
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	-0,4
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	0,0	-0,1	-0,2	-0,6	0,1	-0,3
inkomensbron van de kostwinner							
werknemer marktsector	48,7%	0,0	-0,1	-0,2	-0,7	0,2	-0,3
werknemer overheidssector	9,5%	-0,4	0,0	0,0	0,0	0,1	-0,2
zelfstandige	4,8%	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	-0,1
uitkeringsontvanger	17,1%	-0,1	0,0	-0,2	-0,7	0,3	-0,7
pensioenontvanger	18,4%	-0,1	0,0	-0,1	-0,3	0,9	-0,6
overig	0,7%	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0	-0,5
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant							
geheel ZFW-verzekerd	64,2%	0,0	0,0	-0,2	-0,7	0,5	-0,6
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	-0,1	0,0	0,0	-0,1	0,2	-0,2
niet ZFW-verzekerd	25,4%	-0,2	0,0	-0,1	-0,3	0,0	0,0
gezondheidstoestand							
goed	68,6%	-0,1	0,0	-0,2	-0,4	0,3	-0,4
niet goed	30,6%	0,0	0,0	-0,2	-0,7	0,4	-0,5

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen koopkrachteffect berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
-0,1	0,0	-0,3	-0,1	-0,2	-0,2	-0,6	-0,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0
-0,4	0,0	0,1	0,3	0,3	0,3	0,4	0,2	-0,3	0,0	-0,2	0,0
-0,2	0,1	-0,5	0,0	0,0	0,1	0,2	0,0	-0,2	0,0	-0,2	0,0
0,0	0,1	-0,2	0,2	0,2	0,1	-1,7	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	-0,2	-0,6	-0,8	-1,1	-1,4	0,1	0,0	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	-0,4	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,2	0,0	-1,0	-0,7	-0,6	-0,5	-0,2	-0,9	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	0,4	0,5	0,5	0,4	0,4	0,5	-0,1	0,0	-0,3	0,0
-0,1	0,2	0,5	0,7	0,5	0,4	-1,1	0,8	0,0	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	0,5	0,7	0,6	0,2	-1,4	0,9	0,0	0,0	-0,2	0,0
-0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,0	-0,6	0,4	-0,3	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	0,1	-0,4	-0,6	-0,7	-1,3	0,0	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	-0,5	-0,6	-0,6	-0,7	-1,1	-0,5	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	-0,8	-0,5	-0,3	-0,2	0,0	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	2,3	2,2	2,1	2,1	1,7	2,2	-0,1	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-0,5	-0,4	-0,5	-0,6	-1,2	-0,4	-0,1	0,0	-0,2	0,0
-0,7	0,3	0,1	0,6	0,6	0,6	0,1	0,6	-0,3	0,0	-0,2	0,0
0,1	-0,1	4,5	4,7	4,7	4,8	4,7	4,6	-0,7	0,0	0,1	0,0
-0,3	0,0	-0,5	-0,3	-0,3	-0,4	-0,9	-0,2	-0,2	0,0	-0,2	0,0
0,0	0,0	-0,3	-0,8	-0,8	-0,8	-0,9	-0,7	-0,1	-0,1	0,0	0,0
0,1	0,2	0,4	0,5	0,5	0,5	0,2	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,1	0,0	-0,4	-0,3	-0,2	-0,3	-0,5	-0,2	-0,1	0,0	-0,1	0,0
-0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	-0,1	-0,9	0,2	-0,2	0,0	-0,2	0,0

Bijlage A geeft voor de nulvariant de uitgaven aan gezondheidszorg van huishoudens als aandeel van het besteedbare inkomen. Door cijfers uit tabellen E3 en E4 te combineren met de cijfers uit bijlage A, kan het beslag dat de gezondheidszorg legt op het besteedbare inkomen van de huishoudens voor iedere variant worden berekend.

Tabel E4 Procentuele verandering van de koopkracht in enkelvoudige varianten, verrekening van ontstane overschot/tekort bij ziekenfondsen via aanpassingen premies

	aandeel huishoudens	enkelvoudige varianten					
		W1	W2	W3	W4	W5	W6
alle huishoudens	99,1% ^a	0,0	-0,1	-0,3	-1,0	0,0	0,0
20%-groepen secundair inkomen							
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	0,1	-0,1	-0,3	-1,5	0,1	0,0
2 ^e (22.500-32.000 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,3	-1,1	0,0	0,0
3 ^e (32.000-45.700 gulden)	20,0%	-0,1	-0,1	-0,3	-1,4	-0,1	0,0
4 ^e (45.700-63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,4	-0,7	0,0	0,0
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	0,0	-0,1	-0,2	0,0	0,0
huishoudenstype							
alleenstaande	40,4%	0,0	-0,1	-0,2	-0,8	0,1	0,1
eenoudergezin	2,9%	0,1	-0,1	-0,3	-1,1	-0,4	-0,1
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	0,0	-0,1	-0,4	-1,8	-0,3	-0,2
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	0,0	-0,1	-0,7	-2,1	-0,2	-0,2
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	0,0	0,0	-0,1	-0,5	0,2	0,0
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	0,0	-0,1	-0,3	-0,9	-0,1	-0,1
inkomensbron van de kostwinner							
werknemer marktsector	48,7%	0,1	-0,1	-0,3	-1,0	-0,1	0,0
werknemer overheidssector	9,5%	-0,3	0,0	0,0	-0,1	0,0	0,0
zelfstandige	4,8%	0,0	0,0	-0,1	-0,3	0,0	0,0
uitkeringsontvanger	17,1%	0,0	-0,1	-0,4	-1,6	-0,1	-0,2
pensioenontvanger	18,4%	0,0	-0,1	-0,3	-1,2	0,3	0,2
overig	0,7%	0,0	0,0	-0,2	-0,2	0,0	-0,4
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant							
geheel ZFW-verzekerd	64,2%	0,1	-0,1	-0,4	-1,4	0,0	0,0
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	-0,1	0,0	-0,1	-0,3	0,1	-0,1
niet ZFW-verzekerd	25,4%	-0,2	0,0	-0,1	-0,2	0,0	0,0
gezondheidstoestand							
goed	68,6%	0,0	-0,1	-0,3	-0,9	0,0	0,0
niet goed	30,6%	0,0	-0,1	-0,3	-1,3	0,1	0,0

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen koopkrachteffect berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
-0,1	0,0	-3,6	-3,6	-3,6	-3,6	-3,3	-3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,4	-0,1	-4,1	-5,4	-5,7	-6,3	-8,0	-5,0	-0,1	0,0	0,1	0,0
-0,2	0,0	-5,0	-5,8	-6,1	-6,4	-4,0	-5,3	-0,1	0,0	0,0	0,0
0,0	0,1	-4,1	-4,6	-4,3	-3,3	-2,6	-5,1	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-3,0	-1,8	-1,6	-1,5	-1,5	-2,3	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-1,7	-0,7	-0,6	-0,6	-0,6	-0,7	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,2	0,0	-5,0	-6,3	-6,3	-6,1	-5,0	-6,3	0,0	0,0	0,1	0,0
0,1	-0,1	-2,6	-3,5	-3,7	-3,8	-4,2	-3,3	0,0	0,0	-0,2	0,0
0,0	0,1	-2,0	-2,8	-2,8	-3,0	-3,3	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	-0,1	-1,7	-2,4	-2,5	-2,4	-2,4	-2,4	0,0	0,0	-0,1	0,0
-0,1	0,0	-3,3	-1,2	-1,2	-1,2	-1,5	-1,2	-0,2	0,0	0,1	0,0
0,1	-0,1	-2,4	-1,4	-1,4	-1,4	-1,5	-1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	-0,1	-3,6	-3,5	-3,4	-3,2	-2,3	-3,6	0,0	0,0	0,1	0,0
0,0	0,0	-3,1	-2,4	-2,2	-1,6	-0,6	-3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	0,5	0,5	0,5	0,5	0,6	0,5	-0,1	0,0	0,0	0,0
0,1	-0,1	-4,3	-5,1	-5,2	-5,4	-5,6	-4,8	0,0	0,0	-0,1	0,0
-0,7	0,2	-4,3	-4,5	-4,8	-5,3	-6,4	-4,1	-0,1	0,0	0,1	0,1
0,1	-0,1	2,3	1,7	2,1	1,8	1,9	1,9	-0,7	0,0	0,1	0,0
-0,2	-0,1	-4,8	-4,9	-5,0	-5,1	-4,8	-4,8	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	0,0	-2,1	-1,1	-1,0	-1,0	-1,0	-1,3	0,0	-0,1	0,0	0,0
0,1	0,2	-1,2	-1,3	-1,2	-1,0	-0,4	-1,7	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-3,6	-3,7	-3,7	-3,5	-2,9	-3,8	0,0	0,0	0,1	0,0
-0,2	0,0	-3,5	-3,5	-3,6	-3,8	-4,1	-3,4	-0,1	0,0	-0,1	0,0

—|

|—

BIJLAGE F OVERIGE GEVOLGEN VAN VERZEKERINGSWIJZIGINGEN

Naast de consumptie-effecten, de koopkrachteffecten en de gevolgen voor de kosten van de gezondheidszorg, brengen verzekeringswijzigingen nog andere gevolgen met zich mee. Zo kan er een financiële verandering optreden voor werkgevers. Dit betreft zowel de werkgevers uit de marktsector als de overheid als werkgever. Voor ziekenfondsverzekerde (en publiekrechtelijk verzekerde) werknemers zijn de werkgevers verplicht de werkgeverspremie bij te dragen in de ziektekostenverzekering. Voor privaat-rechtelijk verzekerde werknemers wordt een werkgeversvergoeding niet bij wet geregeld. Werkgevers zijn vrij al dan niet een vergoeding voor de ziektekosten te verstrekken van een zelf te bepalen hoogte. Wanneer de kring van verzekerden verandert in een simulatie, zullen daarmee samenhangend ook de werkgeverspremies en werkgeversvergoedingen veranderen. Deze veranderingen in uitgaven door werkgevers (in miljarden gulden) zijn voor de enkelvoudige varianten en samengestelde varianten weergegeven in de tabellen F1 respectievelijk F2.

Verder is in deze tabellen de verandering aangegeven van de MOOZ- en WTZ-bijdragen ten opzichte van de nulvariant. Het gaat hierbij om een bedrag in gulden per betreffende persoon in de leeftijdsgroep 20-64 jaar. Overeenkomstig de MOOZ- en WTZ-bijdragen, krijgen betreffende kinderen en bejaarden te maken met 50% respectievelijk 80% van de aangegeven verandering voor personen van 20 tot 64 jaar.

Voorts worden de premie-aanpassingen voor het Ziekenfonds gegeven die het, door de variant ontstane, tekort of overschot bij de ziekenfondsen compenseren. De cijfers in de tabellen voor de nominale premie zijn veranderingen in gulden ten opzichte van de nulvariant. De cijfers voor de premiepercentages van het Ziekenfonds zijn absolute veranderingen in procentpunten.

Een ander mogelijk gevolg van verzekeringswijzigingen is een verandering in de betaalde volksverzekeringen en inkomstenbelasting. Deze heffingen zijn verschuldigd over de werkgeverspremie, werkgeversvergoedingen en de overhevelingstoelage. Deze veranderingen zijn via een aanpassing van het belastingpercentage van de eerste schijf direct verwerkt in de koopkrachteffecten. De absolute veranderingen in het belastingpercentage zijn in de tabellen F1 en F2 gegeven.

De laatste drie regels in de tabellen F1 en F2 geven aan welke koopkrachtvoortgang of -achteruitgang behaald wordt wanneer het overschot of tekort bij ziekenfondsen respectievelijk de verandering aan uitgaven voor de werkgevers ten gunste of ten laste zouden komen van de burgers. Hierbij is uitgegaan van een zelfde procentuele koopkrachtverandering voor alle huishoudens.

Tabel F1 Overige gevolgen van verzekeringwijzigingen in de enkelvoudige varianten

	verrekening ^a	niveau nulvariant	enkelvoudige varianten					
			W1	W2	W3	W4	W5	W6
gevolgen voor particulier verzekerden								
MOOZ-bijdrage per particulier verzekerde (x gld.) ^b	wel + niet	100	-10	10	40	80	0	0
WTZ-bijdrage per particulier verzekerde (x gld.) ^b	wel + niet	324	10	-10	-30	-80	0	0
gevolgen voor premies Ziekenfonds ^c								
percentage werknemerspremie < 65 jaar	wel	1,7	0,0	0,0	0,1	0,4	0,4	-0,4
percentage werkgeverspremie < 65 jaar	wel	5,4	-0,1	0,1	0,3	1,3	0,0	0,0
percentage over AOW ≥ 65 jaar	wel	4,0	-0,1	0,0	0,2	1,0	0,9	-1,0
percentage over overig inkomen ≥ 65 jaar	wel	7,0	-0,1	0,1	0,3	1,7	1,5	-1,8
nominale premie per volwassene (x gld.)	wel	233	-10	0	10	60	0	0
gevolgen voor werkgevers marktsector								
totaal aan werkgeverspremie Ziekenfonds (x mld. gld.)	niet	10,0	0,2	-0,4	-1,7	-5,2	0,0	0,0
totaal aan werkgeverspremie Ziekenfonds (x mld. gld.)	wel	10,0	0,0	-0,4	-1,3	-4,1	0,0	0,0
totaal aan vergoedingen voor part. verz. (x mld. gld.)	wel + niet	1,2	0,0	0,1	0,4	1,2	0,0	0,0
gevolgen voor de overheid als werkgever								
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds ^d (x mld. gld.)	niet	1,7	0,3	0,0	-0,1	-0,3	0,0	0,0
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds ^d (x mld. gld.)	wel	1,7	0,2	0,0	-0,1	-0,3	0,0	0,0
totaal aan vergoedingen voor part. verz. (x mld. gld.)	wel + niet	1,7	-0,4	0,0	0,1	0,4	0,0	0,0
gevolgen voor belastingpercentage eerste schijf ^e	niet	37,5 ^f	0,0	0,1	0,2	0,6	0,0	0,0
gevolgen voor belastingpercentage eerste schijf ^e	wel	37,5 ^f	0,0	0,0	0,2	0,4	0,0	0,0
eventuele koopkrachtruimte te behalen uit								
overschot/tekort ziekenfondsen	niet	-	0,1	0,0	-0,2	-0,6	-0,3	0,3
verandering uitgaven werkgevers	niet	-	0,0	0,1	0,4	1,2	0,0	0,0
verandering uitgaven werkgevers	wel	-	0,1	0,1	0,3	0,8	0,0	0,0

^a De in de variant ontstane overschotten en tekorten bij de ziekenfondsen zijn *wel* dan wel *niet* via premie-aanpassingen verrekend.

^b De MOOZ- en WTZ-bijdragen en de veranderingen daarin zijn aangegeven voor particulier verzekerden van 20-64 jaar; voor kinderen en bejaarden is de MOOZ-bijdrage en WTZ-bijdrage 50% respectievelijk 80% hiervan.

^c Bij de varianten SI en SH1-SH6 zijn de premiepercentages onder de situatie 'niet verrekend' als volgt: werknemerspremie, premie over AOW en premie over overig inkomen 4%; werkgeverspremie 0%. De nominale premie is ongewijzigd.

^d Hierbij is de werkgeverspremie bij publiekrechtelijke verzekeringen en ziekenfonds samengenomen.

^e Compenserende tarieven in verband met eventuele grondslagverandering, veroorzaakt door veranderingen in werkgeverspremies, werkgeversvergoedingen en overhevelingstoelag.

^f Voor personen van 65 jaar en ouder geldt een afwijkend tarief van 15,4%.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
-40	80	120	110	110	100	80	110	0	0	0	0
10	-60	-50	-100	-110	-110	-70	-90	0	0	0	0
0,0	0,0	7,4	9,2	9,7	10,4	12,5	8,6	-0,1	0,0	-0,1	0,0
-0,1	0,1	-	-	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,1	0,1	5,0	6,8	7,3	8,1	10,2	6,2	-0,2	0,0	-0,3	-0,1
-0,1	0,1	2,0	3,8	4,3	5,1	7,2	3,2	-0,4	-0,1	-0,6	-0,2
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0,0	0,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,1	0,1	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-0,1	0,7	0,8	1,1	1,8	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-1,2	-1,0	-1,0	-0,9	-0,8	-1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-1,2	-1,0	-1,0	-0,9	-0,8	-1,1	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-0,4	0,2	0,3	0,4	0,8	-0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,7	1,4	1,4	1,3	1,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	1,7	1,4	1,4	1,3	1,1	1,5	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	-0,1	-2,6	-2,2	-2,1	-2,0	-1,3	-2,4	0,1	0,0	0,1	0,0
0,0	0,0	3,5	3,0	2,9	2,8	2,4	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	3,5	3,0	2,9	2,8	2,4	3,2	0,0	0,0	0,0	0,0

Tabel F2 Overige gevolgen van financieringswijzigingen in de samengestelde varianten

	verrekening ^a	niveau nulvariant	samengestelde varianten						
			VVN	VVW1	VVW2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
gevolgen voor particulier verzekerden									
MOOZ-bijdrage per particulier verzekerde (x gld.) ^b	wel + niet	100	0	40	80	120	110	-	-
WTZ-bijdrage per particulier verzekerde (x gld.) ^b	wel + niet	324	0	-30	-60	-60	-110	-	10
gevolgen voor premies ziekenfonds ^c									
percentage werknemerspremie < 65 jaar	wel	1,7	-0,2	-0,6	-0,6	7,2	9,2	5,6	-
percentage werkgeverspremie < 65 jaar	wel	5,4	0,0	0,3	0,1	-	-	-	-
percentage over AOW ≥ 65 jaar	wel	4,0	-0,5	-1,4	-1,4	4,9	6,9	3,2	-
percentage over overig inkomen ≥ 65 jaar	wel	7,0	-0,9	-2,4	-2,5	1,9	3,9	0,2	-
nominale premie per volwassene (x gld.)	wel	233	0	10	0	0	0	0	-
gevolgen voor werkgevers marktsector									
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds (x mld. gld.)	niet	10,0	0,0	-1,7	0,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds (x mld. gld.)	wel	10,0	0,0	-1,3	0,1	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
totaal aan vergoedingen voor part. verz. (x mld. gld.)	wel + niet	1,2	0,0	0,4	0,0	0,1	0,8	-1,2	2,6
gevolgen voor de overheid als werkgever									
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds ^d (x mld. gld.)	niet	1,7	0,0	-0,1	0,0	-1,1	-1,0	-1,7	-0,8
totaal aan werkgeverspremie ziekenfonds ^d (x mld. gld.)	wel	1,7	0,0	-0,1	0,0	-1,1	-1,0	-1,7	-0,8
totaal aan vergoedingen voor part. verz. (x mld. gld.)	wel + niet	1,7	0,0	0,1	0,0	-0,3	0,3	-1,7	1,0
gevolgen voor belastingpercentage eerste schijf ^e									
gevolgen voor belastingpercentage eerste schijf ^e	niet	37,5 ^f	0,0	0,2	0,0	1,6	1,4	2,2	1,0
gevolgen voor belastingpercentage eerste schijf ^e	wel	37,5 ^f	0,0	0,2	0,0	1,6	1,4	2,2	1,0
eventuele koopkrachtruimte te behalen uit									
overschot/tekort ziekenfondsen	niet	-	0,2	0,4	0,5	-2,4	-2,0	-2,6	0,7
verandering uitgaven werkgevers	niet	-	0,0	0,4	0,0	3,3	2,9	4,3	2,1
verandering uitgaven werkgevers	wel	-	0,0	0,3	0,0	3,3	2,9	4,3	2,1

^a De in de variant ontstane overschotten en tekorten bij de ziekenfondsen zijn *wel* dan wel *niet* via premie-aanpassingen verrekend.

^b De MOOZ en WTZ-bijdragen en de veranderingen daarin zijn aangegeven voor particulier verzekerden van 20-64 jaar; voor kinderen en bejaarden is de MOOZ-bijdrage en WTZ-bijdrage 50% respectievelijk 80% hiervan. In variant VVZ vervallen beide bijdragen, in variant VVP vervalt de MOOZ-bijdrage.

^c Bij de varianten VVSI en VVSH zijn de premiepercentages onder de situatie 'niet verrekend' als volgt: werknemerspremie, premie over AOW en premie over overig inkomen 4%; werkgeverspremie 0%. De nominale premie is ongewijzigd.

^d Hierbij is de werkgeverspremie bij publiekrechtelijke verzekeringen en ziekenfonds samengenomen.

^e Compenserende tarieven in verband met eventuele grondslagverandering, veroorzaakt door veranderingen in werkgeverspremies, werkgeversvergoedingen en overhevelingstoelag.

^f Voor personen van 65 jaar en ouder geldt een afwijkend tarief van 15,4%.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

BIJLAGE G HET THEORETISCHE CONSUMPTIEMODEL

Het consumptiemodel uit paragraaf 3.2 berust op het volgende denkschema. Persoon i kent een waardering toe, ofwel ontleent een bepaald nut U_i aan de consumptie van een bepaalde medische dienst: C_i en aan de consumptie van alle andere goederen en diensten: A_i . Stel, de nutsfunctie laat zich benaderen via:

$$U_i = f(C_i) + wA_i \quad (1)$$

Ofwel: de nutsfunctie is over het relevante interval bij benadering lineair in de overige consumptie.

De budgetrestrictie is:

$$k_i C_i + p_A A_i = Y_i \quad (2)$$

met: k_i - effectieve prijs per geconsumeerde eenheid van medische dienst door persoon i
 p_A - prijs per geconsumeerde eenheid overige goederen en diensten
 Y_i - besteedbaar inkomen van persoon i

Stel nu: de kans dat persoon i onder zijn maximum d_i aan eigen betalingen blijft is ϕ_i . Dan is het verwachte nut (*expected utility*) van consumptiebeslissing C_i :

$$\begin{aligned} EU_i &= w \phi_i \left(\frac{Y_i}{p_A} - \frac{k_i}{p_A} C_i \right) \\ &+ w (1 - \phi_i) \frac{Y_i - d_i}{p_A} + f(C_i) \quad (3) \\ &= w \left(\frac{Y_i - (1 - \phi_i) d_i}{p_A} - \frac{\phi_i k_i}{p_A} C_i \right) + f(C_i) \end{aligned}$$

Stel nu dat het uitgangspunt was geweest dat de prijs van een eenheid medische consumptie door persoon i effectief gelijk is aan $\phi_i k_i$, waarbij deze prijs verder als een gewone prijs volgens de standaard economische theorie wordt behandeld. Dan wordt, op een constante na, dezelfde uitdrukking voor het nut dat persoon i kan bereiken, als functie van C_i , gevonden. Dit betekent dat ook de consumptie die het nut maximeert in beide gevallen hetzelfde moet zijn.

Dus: de consumptie van de medische dienst die het verwachte nut onder de randvoorwaarde van de budgetrestrictie maximeert is dezelfde als de optimale medische consumptie die behoort bij de prijs die de vermenigvuldiging is van de kans dat de persoon onder zijn maximum aan eigen betalingen blijft, en de dan te betalen kostprijs. Deze prijs (aangeduid als 'effectieve marginale prijs') zal in het model daarmee de rol van de prijs in de traditionele economische theorie overnemen.

BIJLAGE H KOOPKRACHTGEVOLGEN BIJ VERREKENING VIA INKOMSTENBELASTING

Bij de verzekeringsvarianten ontstaan in het algemeen overschotten en tekorten bij de ziekenfondsen. In de hoofdtekst worden deze ofwel niet verrekend, ofwel verrekend via een aanpassing van de ziekenfondspremies. In deze bijlage worden de koopkrachtgevolgen van alle varianten echter weergegeven voor een andere verrekening van de ontstane overschotten en tekorten bij de ziekenfondsen, namelijk via het belastingtarief in de eerste schijf.

Achtereenvolgens komen de enkelvoudige (tabel H1) en de samengestelde varianten (tabel H2) aan bod.

Tabel H1 Procentuele verandering van de koopkracht in enkelvoudige varianten bij verrekening van ontstane overschot /tekort bij ziekenfondsen via tarief eerste schijf

	aandeel huishoudens	enkelvoudige varianten					
		W1	W2	W3	W4	W5	W6
alle huishoudens	99,1% ^a	0,0	-0,1	-0,3	-1,0	0,1	-0,3
20%-groepen secundair inkomen							
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	0,1	-0,1	-0,3	-0,9	0,4	-0,4
2 ^e (22.500 - 32.000 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,3	-0,9	0,2	-0,3
3 ^e (32.000 - 45.700 gulden)	20,0%	-0,1	-0,1	-0,4	-1,9	0,0	-0,3
4 ^e (45.700 - 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,4	-1,0	0,0	-0,2
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	0,0	-0,2	-0,5	0,0	-0,1
huishoudenstype							
alleenstaande	40,4%	0,0	-0,1	-0,3	-0,9	0,2	-0,1
eenoudergezin	2,9%	0,0	-0,1	-0,3	-0,8	-0,2	-0,5
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	-0,1	-0,1	-0,5	-1,9	-0,2	-0,5
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	0,0	-0,2	-0,8	-2,5	-0,2	-0,4
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	0,0	0,0	-0,1	-0,4	0,3	-0,3
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	0,0	-0,1	-0,4	-1,1	-0,1	-0,3
inkomensbron van de kostwinner							
werknemer marktsector	48,7%	0,0	-0,1	-0,4	-1,2	0,0	-0,2
werknemer overheidssector	9,5%	-0,3	0,0	-0,2	-0,5	-0,1	0,0
zelfstandige	4,8%	0,0	-0,1	-0,3	-0,6	-0,1	0,0
uitkeringsontvanger	17,1%	0,0	-0,1	-0,4	-1,3	0,1	-0,5
pensioenontvanger	18,4%	0,0	-0,1	-0,2	-0,7	0,7	-0,5
overig	0,7%	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-0,2	-0,3
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant							
geheel ZFW-verzekerd	63,8%	0,1	-0,1	-0,4	-1,2	0,3	-0,4
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	-0,1	0,0	-0,2	-0,5	0,0	-0,1
niet ZFW-verzekerd	25,0%	-0,1	-0,1	-0,3	-0,8	-0,2	0,1
gezondheidstoestand							
goed	68,6%	0,0	-0,1	-0,3	-1,0	0,1	-0,2
niet goed	30,6%	0,0	-0,1	-0,4	-1,2	0,2	-0,4

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen budgetaandeel berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

enkelvoudige varianten											
O1	O2	SI	SH1	SH2	SH3	SH4	SH5	M1	M2	B1	B2
-0,1	0,0	-2,6	-2,1	-2,1	-2,0	-1,7	-2,3	-0,1	0,0	-0,1	0,0
-0,4	-0,1	-2,2	-1,6	-1,6	-1,4	-0,7	-1,9	-0,2	0,0	-0,1	0,0
-0,2	0,0	-3,1	-2,2	-2,1	-1,8	-1,0	-2,5	-0,2	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,1	-3,0	-2,2	-2,1	-2,0	-3,1	-2,6	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,0	0,0	-2,6	-2,6	-2,7	-2,8	-2,6	-2,1	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	-2,1	-2,0	-2,0	-1,8	-1,4	-2,2	0,0	0,0	0,0	0,0
-0,2	-0,1	-3,8	-3,1	-3,0	-2,6	-1,6	-3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	-1,8	-1,4	-1,3	-1,2	-0,7	-1,6	-0,1	0,0	-0,3	0,0
-0,1	0,1	-1,8	-1,2	-1,3	-1,3	-2,2	-1,4	0,0	0,0	-0,1	0,0
0,1	-0,1	-1,7	-1,2	-1,3	-1,5	-2,5	-1,2	0,0	0,0	-0,2	0,0
-0,1	0,0	-1,8	-1,3	-1,3	-1,3	-1,4	-1,3	-0,3	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	-1,8	-2,1	-2,1	-2,2	-2,2	-1,8	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,1	-0,1	-3,0	-2,7	-2,6	-2,5	-2,3	-2,8	0,0	0,0	0,0	0,0
0,1	-0,1	-3,2	-2,5	-2,3	-2,0	-1,2	-2,9	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	0,4	0,6	0,6	0,7	0,8	0,5	-0,1	0,0	0,0	0,0
0,0	-0,1	-3,1	-2,7	-2,6	-2,6	-2,5	-2,9	-0,1	0,0	-0,1	0,0
-0,7	0,2	-1,8	-1,0	-0,9	-0,8	-0,8	-1,1	-0,3	0,0	-0,2	0,0
0,1	-0,1	2,5	3,0	3,1	3,3	3,7	2,8	-0,7	0,0	0,1	0,0
-0,2	-0,1	-3,0	-2,4	-2,3	-2,2	-2,1	-2,5	-0,1	0,0	-0,1	0,0
0,1	-0,1	-2,2	-2,4	-2,4	-2,2	-1,8	-2,5	-0,1	-0,1	0,0	0,0
0,2	0,1	-1,9	-1,4	-1,4	-1,2	-0,8	-1,6	0,0	0,0	0,0	0,0
0,0	0,0	-2,8	-2,3	-2,2	-2,1	-1,7	-2,5	-0,1	0,0	0,0	0,0
-0,2	0,0	-2,2	-1,8	-1,8	-1,7	-1,9	-1,8	-0,1	0,0	-0,2	0,0

Tabel H2 Procentuele verandering van de koopkracht in samengestelde varianten bij verrekening van ontstane overschot/tekort bij ziekenfondsen via tarief eerste schijf

	aandeel huishoudens	samengestelde varianten						
		VVN	VVW1	VVW2	VVSI	VVSH	VVZ	VVP
alle huishoudens	99,1% ^a	-0,1	-0,6	-0,3	-2,5	-2,1	-3,0	-2,9
20%-groepen secundair inkomen								
1 ^e (tot 22.500 gulden)	19,1%	-0,1	-0,9	-0,5	-2,1	-1,7	-2,8	-6,2
2 ^e (22.500 - 32.000 gulden)	20,0%	-0,1	-0,8	-0,4	-3,1	-2,2	-3,8	-4,4
3 ^e (32.000 - 45.700 gulden)	20,0%	-0,1	-0,6	-0,3	-2,9	-2,2	-3,8	-2,8
4 ^e (45.700 - 63.900 gulden)	20,0%	-0,1	-0,6	-0,3	-2,7	-2,6	-2,6	-1,1
5 ^e (vanaf 63.900 gulden)	20,0%	0,0	-0,1	-0,1	-2,0	-1,9	-1,9	-0,3
huishoudenstype								
alleenstaande	40,4%	0,0	-0,3	-0,1	-3,6	-3,0	-4,6	-2,6
eenoudergezin	2,9%	-0,3	-1,0	-0,8	-2,0	-1,5	-2,3	-5,6
eenverdiener geen kind(eren)	9,5%	-0,2	-1,1	-0,7	-1,9	-1,4	-1,4	-5,2
eenverdiener wel kind(eren)	9,7%	-0,2	-1,2	-0,7	-1,9	-1,4	-1,1	-3,1
tweeverdieners geen kind(eren)	23,3%	0,0	-0,5	-0,4	-1,7	-1,3	-2,3	-2,9
tweeverdieners wel kind(eren)	13,3%	-0,1	-0,7	-0,5	-1,9	-2,1	-1,7	-1,5
inkomensbron van de kostwinner								
werknemer marktsector	48,7%	0,0	-0,5	-0,2	-2,9	-2,6	-3,2	-1,2
werknemer overheidssector	9,5%	0,0	-0,1	-0,1	-2,9	-2,2	-4,1	0,3
zelfstandige	4,8%	0,0	-0,1	0,0	0,5	0,7	0,5	-1,0
uitkeringsontvanger	17,1%	-0,2	-1,0	-0,7	-3,2	-2,8	-3,6	-5,3
pensioenontvanger	18,4%	-0,2	-0,9	-0,5	-1,9	-1,1	-2,3	-7,1
overig	0,7%	0,1	-0,4	-0,3	2,9	3,4	2,5	-6,1
verzekeringsvorm huishouden in nulvariant								
geheel ZFW-verzekerd	63,8%	-0,1	-0,9	-0,6	-2,9	-2,4	-3,5	-4,3
gedeeltelijk ZFW-verzekerd	10,4%	0,0	-0,3	-0,2	-2,2	-2,3	-2,4	-0,8
niet ZFW-verzekerd	25,0%	0,1	0,1	0,3	-1,7	-1,3	-1,7	-0,2
gezondheidstoestand								
goed	68,6%	0,0	-0,5	-0,2	-2,6	-2,2	-3,1	-2,1
niet goed	30,6%	-0,2	-0,9	-0,6	-2,3	-1,9	-2,6	-4,7

^a Voor huishoudens met een besteedbaar inkomen < 5.000 gulden per jaar is geen budgetaandeel berekend.

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

BIJLAGE I KOOPKRACHTGEVOLGEN NAAR OMVANG

In de hoofdtekst worden steeds de *gemiddelde* koopkrachtgevolgen van varianten naar groepen huishoudens gepresenteerd. Dit geeft echter nog geen inzicht in de variatie van deze gevolgen binnen die groepen. In deze bijlage wordt een overzicht gegeven van de meest negatieve gevolgen voor alle huishoudens en naar de verzekeringsvorm die huishoudens in de nulvariant hebben. In tabel I1 staan de resultaten zonder verrekening van de ontstane overschotten en tekorten bij de ziekenfondsen, in tabel I2 de resultaten bij verrekening via aanpassingen van de premies.

Tabel I1 Aandeel van huishoudens naar omvang van negatieve koopkrachtgevolgen (in procenten), zonder verrekening van ontstane overschot/tekort bij de ziekenfondsen^a

		alle		geheel ZFW-verzekerd		gedeeltelijk ZFW-verzekerd		niet ZFW-verzekerd	
		*	**	*	**	*	**	*	**
varianten werknemersverzekering									
W1	ambtenaren stromen in	1	0	0	0	2	0	3	1
W2	wisselend loon medebepalend voor toelating	1	0	1	0	0	0	0	0
W3	toelatingsgrens = premiegrens 1996	2	1	2	1	0	0	0	0
W4	toelatingsgrens = 40.000 gulden	4	4	6	6	1	0	0	0
W5	werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%	0	0	0	0	0	0	0	0
W6	nominale premie verhoogd met 150 gulden	0	0	1	0	0	0	0	0
varianten voor ouderen									
O1	verzekeringsvorm houdt eigen ouderen	1	2	1	2	0	0	1	0
O2	O1 met eenzijdige instroom tot 38.300 gulden	0	0	0	0	0	0	0	0
varianten solidariteitsverzekering									
SI	individuele verzekering	8	1	8	0	2	0	8	2
SH1	huishoudensverzekering	9	1	8	1	21	0	6	2
SH2	SH1 met toelatingsgrens = eerste belastingschijf	9	1	9	2	21	0	5	1
SH3	SH1 met toelatingsgrens = premiegrens 1996	9	2	10	3	20	1	4	1
		1							
SH4	SH1 met toelatingsgrens = 26.690 gulden	1	7	13	11	21	1	2	0
SH5	SH1 met toelatingsgrens conform marktverhouding	9	1	8	1	19	0	8	2
varianten minimumpremie									
M1	minimumpremie voor iedereen	2	0	3	0	0	0	0	0
M2	minimumpremie op beperkte schaal	0	0	0	0	0	0	0	0
varianten eigen betalingen									
B1	inkomensafhankelijk maximum	0	0	0	0	0	0	0	0
B2	eigen bijdrage huisarts van f 6,50	0	0	0	0	0	0	0	0
samengestelde varianten									
VVN	B1 + B2	0	0	0	0	0	0	0	0
VVW1	W3 + W6 + M2 + B1 + B2	4	1	7	1	0	0	0	0
VVW2	O2 + W6 + M2 + B1 + B2	1	0	1	0	0	0	1	0
VVSI	SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2	9	1	10	1	2	0	8	1
		1							
VVSH	SH2 + B1 + B2	1	1	11	2	21	0	6	1
		2							
VVZ	iedereen ziekenfondsverzekerd met B1 + B2	0	1	20	0	14	0	22	4
		1							
VVP	iedereen particulier verzekerd	5	27	20	42	17	2	1	0

^a De totale aantallen huishoudens in de nulvariant zijn:

- geheel ZFW-verzekerde huishoudens:	4.640.000	(64,3%)
- gedeeltelijk ZFW-verzekerde huishoudens:	760.000	(10,5%)
- niet ZFW-verzekerde huishoudens:	1.820.000	(25,2%)

* Aandeel van de huishoudens uit de betreffende groep die een koopkrachtdaling tussen 2% en 5% ondervinden (koopkrachtgevolg tussen -2% en -5%).

** Aandeel van de huishoudens uit de betreffende groep die een koopkrachtdaling van meer dan 5% ondervinden (koopkrachtgevolg < -5%).

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking

Tabel I2 Aandeel van huishoudens naar omvang van negatieve koopkrachtgevolgen (in procenten), met verrekening van ontstane overschol/tekort bij de ziekenfondsen via de premies^a

	alle		geheel ZFW-verzekerd		deels ZFW-verzekerd		niet ZFW-verzekerd		
	-	**	-	**	-	**	-	**	
varianten werknemersverzekering									
W1	ambtenaren stromen in	1	0	0	0	2	0	3	1
W2	wisselend loon medebepalend voor toelating	1	0	1	0	0	0	0	0
W3	toelatingsgrens = premiegrens 1996	2	1	2	1	0	0	0	0
W4	toelatingsgrens = 40.000 gulden	5	4	7	6	1	0	0	0
W5	werknemerspremie 'alleenstaande' verlaagd met 30%	0	0	0	0	0	0	0	0
W6	nominale premie verhoogd met 150 gulden	0	0	0	0	0	0	0	0
varianten voor ouderen									
O1	verzekeringsvorm houdt eigen ouderen	1	2	1	2	0	0	0	0
O2	O1 met eenzijdige instroom tot 38.300 gulden	0	0	0	0	0	0	0	0
varianten solidariteitsverzekering									
SI	individuele verzekering	30	37	37	52	30	10	12	13
SH1	huishoudensverzekering	20	38	23	53	24	2	9	14
SH2	SH1 met toelatingsgrens = eerste belastingschijf	18	38	21	55	23	1	7	13
SH3	SH1 met toelatingsgrens = premiegrens 1996	17	37	21	54	21	1	6	11
SH4	SH1 met toelatingsgrens = 26.690 gulden	17	32	22	47	21	2	3	5
SH5	SH1 met toelatingsgrens conform marktverhouding	22	38	26	52	24	3	12	18
varianten minimumpremie									
M1	minimumpremie voor iedereen	1	0	1	0	0	0	0	0
M2	minimumpremie op beperkte schaal	0	0	0	0	0	0	0	0
varianten eigen betalingen									
B1	inkomensafhankelijk maximum	0	0	0	0	0	0	0	0
B2	eigen bijdrage huisarts van f 6,50	0	0	0	0	0	0	0	0
samen gestelde varianten									
VVN	B1 + B2	0	0	0	0	0	0	0	0
VVW1	W3 + W6 + M2 + B1 + B2	2	1	3	1	0	0	0	0
VVW2	O2 + W6 + M2 + B1 + B2	0	0	0	0	0	0	0	0
VVSI	SI + S(H)2 + M2 + B1 + B2	31	36	38	50	39	8	11	11
VVSH	SH2 + B1 + B2	18	39	21	55	23	1	8	13
VVZ	iedereen ziekenfondsverzekerd met B1 + B2	52	26	59	29	61	14	29	22
VVP	iedereen particulier verzekerd	15	27	20	42	17	2	1	0

^a De totale aantallen huishoudens in de nulvariant zijn:

- geheel ZFW-verzekerde huishoudens:	4.640.000	(64,3%)
- gedeeltelijk ZFW-verzekerde huishoudens:	760.000	(10,5%)
- niet ZFW-verzekerde huishoudens:	1.820.000	(25,2%)

* Aandeel van de huishoudens uit de betreffende groep die een koopkrachtdaling tussen 2% en 5% ondervinden (koopkrachtgevolg tussen -2% en -5%).

** Aandeel van de huishoudens uit de betreffende groep die een koopkrachtdaling van meer dan 5% ondervinden (koopkrachtgevolg < -5%).

Bron: SCP (AVO'95) SCP-bewerking



LITERATUUR

- CBS (1996)
Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheidsenquêtes - aspecten van gezondheid en medische consumptie in de bevolking. In: Maandbericht gezondheidsstatistiek (1996) november (18-24).
- Hooijmans (1987)
Hooijmans, E. Effecten van stelselwijzigingen ziektekostenverzekeringen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1987 (Stukwerk 40).
- Johnston (1984)
Johnston, J. *Econometric methods*. Singapore: McGraw-Hill, 1984.
- Keeler et al. (1977)
Keeler, E.B., J.P. Newhouse en C.E. Phelps. Deductibles and the demand for medical care services: the theory of a consumer facing a variable price schedule under uncertainty. In: *Econometrica* 45 (1977) 3 (641-655).
- Labelle et al. (1994)
Labelle, R., G. Stoddart en Th. Rice. A re-examination of the meaning and importance of supplier-induced demand. In: *Journal of health economics* 13 (1994) (347-368).
- Mackenbach (1994)
Mackenbach, J.P. *Ongezonde verschillen. Over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*. Assen: Van Gorcum, 1994.
- Mackenbach en Van der Maas (1987)
Mackenbach, J.P., en P.J. van der Maas. Sociale ongelijkheid en verschillen in gezondheid; een overzicht van de belangrijkste onderzoeksbevindingen. In: D.J.D. Dees en W. Albeda (red.). *De ongelijke verdeling van gezondheid. Verslag van een conferentie gehouden op 16-17 maart 1987*. Den Haag: Staatsuitgeverij, 1987.
- Maddala (1982)
Maddala, G.S. *Econometrics*. Tokyo: McGraw-Hill, 1982.
- Maddala (1983)
Maddala, G.S. *Limited-dependent and qualitative variables in econometrics*. Cambridge: Cambridge University Press, 1983.
- Need et al. (1992)
Need, A., R.A.G. van Puijtenbroek en F.P. van Tulder. Het plan-Simons en het eigen risico. In: *Economisch statistische berichten* 3880 (1992) 7 oktober (968-972).
- Newhouse et al. (1993)
Newhouse, Joseph P., en the Insurance Experiment Group. *Free for all? Lessons from the RAND Health insurance experiment*. Cambridge: Harvard University Press, 1993.
- NZi (1992)
Nationaal ziekenhuisinstituut. *De intramurale gezondheidszorg in cijfers per 1 januari 1992*. Utrecht: NZi, 1992.
- Pommer en Ruitenbergh (1995)
Pommer, E., en L. Ruitenbergh. *Inkomensgevolgen van het regeerakkoord 1994-1998*. Rijswijk/Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau/VUGA, 1995 (Cahier 122).
- Van Puijtenbroek et al. (1992)
Van Puijtenbroek, R.A.G., F.P. van Tulder en A. Need. Het plan-Simons en het eigen risico: verantwoording bij het artikel gepubliceerd in ESB van 7 oktober 1992. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau, 1992 (op te vragen bij auteurs).
- Ranchor et al. (1996)
Ranchor, A.V., J. Ormel en I. Miedema. Sociaal-economische status en gezondheid. In: G.I.J.M. Kempen en J. Ormel (red.). *Dagelijks functioneren van ouderen*. Assen: Van Gorcum, 1996.
- Sociaal memo (1996)
Sociaal memo 2, juli 1996. Deventer: Kluwer, 1996.
- TK (1994/1995)
Zorg in het Regeerakkoord. Tweede Kamer, vergaderjaar 1994/1995, 24124, nrs. 1-2.
- TK (1995/1996a)
De prijs die zorg verdient. Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24478, nrs. 1-2.
- TK (1995/1996b)
Invoering van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW. Tweede Kamer, vergaderjaar 1995/1996, 24678, nr. 1.

- TK (1996/1997a)
 Jaaroverzicht zorg 1997. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25004, nrs. 1-2.
- TK (1996/1997b)
 Wijzigingen van de inkomensgrens ziekenfondsverzekering voor AOW-gerechtigden. Tweede Kamer, vergaderjaar 1996/1997, 25062, nr. 3.
- Van Tulder en Bruyns (1995)
 Van Tulder, F.P., en A. Bruyns. Eigen risico in de gezondheidszorg. In: Economisch statistische berichten 4009 (1995) 10 mei (445-449).
- VB-Groep (1993)
 Voorzee, H., M. Dekker, F. Galesloot, H. Juch, A. Lamers en H. van Leeuwen. Betalen voor zorg. Haalbaarheidsonderzoek eigen bijdragen. Voorburg: VB-Groep, 1993.
- Vektis (1995)
 Financiering van de zorg. Jaarboek 1995. Zeist: Vektis, 1995.
- Van de Ven (1993)
 Ven, W.P.M.M., van de. De rol van ziektekostenverzekering. In: R.M. Lapré en F.F.H. Rutten (red.). Economie van de gezondheidszorg. Utrecht: Lemma, 1993.
- Van de Ven en Van Praag (1981a)
 Ven, W.P.M.M. van de, en B.M.S. van Praag. Risk aversion and deductibles in private health insurance: application of an adjusted tobit model to family health care expenditures. In: J. van der Gaag en M. Perlman (red.). Health, economics and health economics. Amsterdam: North-Holland Publishing Company, 1981.
- Van de Ven en Van Praag (1981b)
 Ven, W.P.M.M. van de, en B.M.S. van Praag. The demand for deductibles in private health insurance. In: Journal of econometrics 17 (1981) 2 (229-252).
- Van de Ven en Van Vliet (1995)
 Ven, W.P.M.M. van de, en R.C.J.A. van Vliet. Consumer information surplus and adverse selection in competitive health insurance markets: an empirical study. In: Journal of health economics 14 (1995) 2 (149-169).
- Van de Ven et al. (1996)
 Ven, W.P.M.M. van de, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld. Vouchers voor particuliere ziektekostenverzekeringen. In: Economisch statistische berichten 4082 (1996) 20 november (948-952).
- VNZ (1994)
 Eigen betalingen in de zorg. Zeist: Vereniging van Nederlandse zorgverzekeraars, 1994.
- VWS (1995)
 Gezondheidseffectscreening. Verkennend rapport en verslag van een workshop. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 1995.
- VWS (1996)
 Besluit van 24 oktober 1996 (96.003760) tot wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden in verband met invoering van een algemeen systeem van eigen bijdragen. Rijswijk: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (Staatsblad 1996, nr. 541).
- Werkgroep Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg (1992)
 Werkgroep Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg. Standpunt eigen betalingen in de gezondheidszorg. Den Haag: Vereniging voor volksgezondheid en wetenschap, 1992.
- Werkgroep Ziektekosten (1995)
 Werkgroep Ziektekosten. Anders verzekerd? Een verkenning van knelpunten en mogelijke wijzigingen in de thans voor ambtenaren geldende stelsels voor vergoeding van ziektekosten. Den Haag: Centrum voor arbeidsverhoudingen overheidspersoneel, 1995.
- Ziekenfondsraad (1988)
 Invoering nominale premie in de ziekenfondsverzekering. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1988 (Advies nr. 393).
- Ziekenfondsraad (1993)
 Modernisering zorgsector; onderdeel tandheelkunde. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1993 (Advies nr. 608).
- Ziekenfondsraad (1994a)
 Advies inzake overheidspersoneel onder werknemersverzekeringen. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994 (Advies nr. 615).
- Ziekenfondsraad (1994b)
 Beperking fysiotherapie ziekenfondsverzekering. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1994 (Advies nr. 654).

- Ziekenfondsraad (1995a)
Evaluatie Wet-Van Otterloo. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1995 (Rapport nr. 669).
- Ziekenfondsraad (1995b)
Premie-adviezen AWBZ 1996, premie-adviezen ZFW 1996. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1995 (Rapport nr. 666).
- Ziekenfondsraad (1996a)
Rapport werkgroep loongrens van de Ziekenfondsraad. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996 (Rapport nr. 699).
- Ziekenfondsraad (1996b)
Rapport over minimumpremie, minimumloongrens en inkomenstoetsing in de ziekenfondsverzekering. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996 (Rapport nr. 702).
- Ziekenfondsraad (1996c)
Invoering eigen bijdrage Ziekenfondswet per 01-01-1997. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996 (Rapport nr. 716).
- Ziekenfondsraad (1996d)
Premie-advies ZFW 1997, premie-advies AWBZ 1997. Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1996 (Rapport nr. 714).



LIJST VAN AFKORTINGEN

AVO	Aanvullend voorzieningengebruik onderzoek (van het SCP)
AWBZ	Algemene wet bijzondere ziektekosten
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
DGVP	Dienst geneeskundige verzorging politie
GEZ	Gezondheidsenquête (van het CBS)
IZA	Instituut ziektekostenvoorziening ambtenaren
IZR	Interprovinciale ziektekostenregeling voor provinciepersoneel
JOZ	Jaaroverzicht zorg (van VWS)
MOOZ	Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBO	Woningbehoefteonderzoek (van het CBS)
WTZ	Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen
ZFW	Ziekenfondswet



LIJST VAN BEGRIPPEN

compartiment

Een afgebakend deel van de zorg:

- eerste compartiment: de zorg voor chronisch zorgbehoevenden
- tweede compartiment: het basispakket geneeskundige zorg
- derde compartiment: de aanvullende zorg.

eigen bijdrage

Een geldelijke bijdrage van gebruikers voor het gebruik van zorg, naast de verzekeringspremie.

eigen risico

Het maximale bedrag dat een verzekerde in een gegeven periode (meestal een jaar) voor het gebruik van zorgvoorzieningen vallend onder het verzekerde pakket zelf dient te betalen.

eigen betaling

Het geldelijke bedrag dat een gebruiker wegens eigen bijdragen of eigen risico's voor het gebruik van voorzieningen betaalt.

financiering, collectieve

Dat deel van de kosten dat gereguleerd wordt door de overheid. Collectieve financiering in de zorg: het totaal aan ZFW-premies, premies van standaardpakketpolissen, MOOZ- en WTZ-bijdragen en de rijksbijdrage ZFW.

huishoudens

(Beperkte definitie) een alleenstaande of een groep van personen die in huiselijk verkeer samenwonen en een gemeenschappelijke huishouding voeren; thuiswonende kinderen van 18 jaar en ouder worden geacht een eigen huishouding te voeren.

(Opsomming) alleenstaanden, alleenstaande ouders met minderjarige kinderen, partners zonder kinderen, partners met minderjarige kinderen, thuiswonende kinderen van 18 jaar en ouder.

inkomen, secundair

Lonen en winsten vermeerderd met ongebonden overdrachten van de overheid (sociale uitkeringen) en verminderd met ongebonden overdrachten aan de overheid (sociale premies en inkomstenbelasting); de premies ziektekostenverzekering worden niet tot de ongebonden overdrachten gerekend, en moeten derhalve nog uit het secundaire inkomen worden betaald.

maatschappijpolis

Ziektekostenverzekering voor het tweede compartiment die op de vrije markt wordt aangeboden en waarop geen acceptatieplicht rust; premies komen op de markt tot

stand en er kan een eigen risico worden gekozen.

nominale premie

Algemeen: een vast bedrag, als premie in rekening gebracht door een verzekeraar.
Rekenpremie: de nominale premie die ziekenfondsen zouden moeten heffen ter volledige dekking van het verschil tussen geraamde uitgaven en het macroverstrekkingsbudget.

polishuishouden

De personen die samen op één verzekeringspolis staan vermeld.

privaatrechtelijke ziektekostenverzekering

Een verzekering voor personen die noch ziekenfondsverzekerd zijn noch publiekrechtelijk verzekerd zijn.

publiekrechtelijke ziektekostenverzekering

Een verzekering voor ambtenaren werkzaam bij de provincies, de gemeenten en de politie.

premiegrens

Het maximale inkomen waarover premie is verschuldigd.

standaardpakketpolis

Ziektekostenverzekering voor het tweede compartiment die verzekeraars wettelijk moeten aanbieden en waarop een acceptatieplicht rust; eigen risico en premie liggen wettelijk vast.

toelatingsgrens

Het maximale inkomen op grond waarvan aanspraak kan worden gemaakt op een regeling (b.v. toelating tot het ziekenfonds).