



Inkomensbeleid in het ziektekostenstelsel

Auteur(s):

Doorslaer, E. van,
Jansen, E.

De auteurs zijn respectievelijk hoogleraar en onderzoeker Economie van de Gezondheidszorg bij het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit Rotterdam. Met dank aan Xander Koolman en Erik Schut vandoorslaer@bmg.eur.nl

Verschenen in:

ESB, 88e jaargang, nr. 4393, pagina 33, 24 januari 2003

Rubriek:**Trefwoord(en):**

gezondheidszorg

Tijdens de paarse kabinetten is de inkomenssolidariteit in het ziektekostenstelsel de facto toegenomen. In de nieuwe plannen worden de ziektekosten minder gebruikt als instrument in het inkomensbeleid.

Het stelsel van ziektekostenverzekering zou vanaf 2005 helemaal anders moeten dan het huidige stelsel: geen onderscheid tussen ziekenfonds en particulier meer en uniforme pakket- en premieregels voor alle Nederlanders, maar met keuzevrijheid en concurrentie tussen zorgverzekeraars via nominale premies. Maar nominale premies zijn niet inkomenssolidair. Zowel de Paarse kabinetten als het kabinet Balkenende wilden daarom de inkomensgevolgen repareren via fiscale en andere maatregelen.

In dit artikel worden de gevolgen belicht van de varianten zoals die naar voren kwamen in de nota Vraag aan bod van het tweede paarse kabinet en de variant van het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende-I. De uitkomsten hiervan zijn relevant voor de plannen van een volgend kabinet, voorzover die daarop zijn geïnspireerd. De huidige lastenverdeling - die onder paars wat minder degressief is geworden - zou in de toekomst opnieuw degressiever kunnen worden. Het motto is dat herverdeling niet via het ziektekostenstelsel vorm moet krijgen maar langs fiscale weg moet worden gerealiseerd.

In alle plannen van de afgelopen decennia voor een hervorming van het ziektekostenstelsel speelde de te verwachten verdeling van de lasten een centrale rol. Onlangs heeft het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg van de Erasmus Universiteit een onderzoek uitgevoerd naar de te verwachten verschuivingen in de lastenverdeling als gevolg van de in de Vraag aan bod voorgestelde stelselwijziging¹. Daarbij worden verschillende mogelijke varianten van zowel premiestelling (nominaal versus inkomensafhankelijk) als fiscale compensatie onderscheiden. Dit artikel bespreekt onder welke voorwaarden welke inkomensgroepen voor- of nadeel ondervinden van de voorgestelde wijzigingen.

Lastenverdeling...

In het verleden werd aangetoond dat het duale Nederlandse stelsel met een (voornamelijk) inkomensafhankelijke premie voor het ziekenfonds en de awbz en een volledig nominale premie voor de particuliere verzekering per saldo tot een vrij degressieve verdeling van de ziektekostenlasten leidt². In vergelijking met andere Europese landen is het stelsel zelfs aanzienlijk degressiever³. Vooral de middenklasse is een wat groter aandeel van zijn inkomen kwijt aan zorglasten.

Een eerste vraag is hoe de inkomenssolidariteit onder de paarse kabinetten is geëvolueerd in de periode 1992-2001. Een tweede, belangrijker, vraag is wat er met de lastenverdeling zal gebeuren als een nieuw zorgstelsel wordt ingevoerd. Het kabinet Paars-II heeft in Vraag aan bod enkele mogelijke varianten voor een stelselwijziging uiteengezet⁴. Voorgesteld werd om het onderscheid tussen de ziekenfonds- en particuliere verzekering op te heffen en te vervangen door één uniforme basisverzekering. Een nominale verzekeringspremie van voldoende omvang is noodzakelijk om concurrentie tussen zorgverzekeraars te bevorderen en het kostenbewustzijn bij de keuze van een polis te vergroten. Om te voorkomen dat de lastenverdeling daardoor degressiever zou worden, werden tegelijk maatregelen ter (fiscale) compensatie voorgesteld. Ook het Strategisch Akkoord 2003-2006 van het kabinet Balkenende-I wilde een grootschalige stelselwijziging doorvoeren die in grote lijnen voortbouwde op één van de varianten van Vraag aan bod⁵. Het belangrijkste verschil met Vraag aan bod betreft met name de wijze van fiscale compensatie.

...onder Paars...

In Vraag aan bod werden enkele varianten van de stelselwijziging onderscheiden die met name van elkaar verschilden wat betreft de hoogte van de nominale of de procentuele premie. De 'procentuele' variant heeft de hoogste inkomensafhankelijke premie, de mengvariant een lagere en de nominale variant helemaal geen. Het spreekt vanzelf dat zonder bijkomende maatregelen ter compensatie via heffingskortingen of door verhoging van uitkeringen elk van de varianten zou leiden tot een verzwaring van de lasten. Alle varianten hanteerden als randvoorwaarde dat voor geen enkele groep nadelige verschuivingen mochten optreden: alle groepen, rijk of arm, dienden gecompenseerd voor lastenverhoging. Maar omdat niet alle compensaties perfect op maat konden worden gesneden, worden sommige groepen overgecompenseerd en is het mogelijk dat de lastenverdeling gelijkjer of ongelijker wordt dan voorheen.

Het kabinet Balkenende-I baseerde zich vooral op de mengvariant in Vraag aan bod, met een nominale premie van zo'n negenhonderd euro per volwassene en een premie van 5,6 procent van het premieplichtig inkomen, maar zonder kinderpremie. Het belangrijkste verschil betrof echter de compensatie. Het Strategisch Akkoord stelde ook een reeks algemene maatregelen ter compensatie van negatieve koopkrachteffecten voor, zoals een afschaffing van de onroerende zaakbelasting (ozb) en aanpassingen van de kinderkortingen, de ouderenkortingen en de algemene heffingskortingen. Het belangrijkste zorgspecifieke onderdeel van deze compensatie was een inkomensafhankelijke zorgtoeslag, die ervoor dient te zorgen dat huishoudens een 'niet al te groot' aandeel van het inkomen aan nominale premie betalen. De gehanteerde norm is dat een huishouden niet meer dan tweeënhalf procent (voor alleenstaanden) of vijf procent (voor de overige huishoudens) van het wettelijk minimumloon plus vijf procent van het (eventuele) meerkomen mag betalen.

Geschatte lastenverdeling

In [tabel 1](#) worden resultaten gepresenteerd van zowel de waargenomen als de gesimuleerde lastenverdeling. De simulaties gaan er vanuit dat er in het nieuwe stelsel geen variatie is in het gekozen eigen risico en dus iedereen in dezelfde mate eigen betalingen heeft. De totale lastenverdelingen resulteren uit de optelsom van zowel belastingen, procentuele en nominale ziektekostenpremies als directe betalingen per huishouden en per deciel. Elke kolom geeft aan welk aandeel van de totale lasten wordt gedragen door elk deciel.

Tabel 1. Lastenverdeling 1992, 2001 en gesimuleerde varianten, in procenten

| inkomens- deciel | in 1992 | | in 2001 | | bij wijziging zorgstelsel (Vraag aan bod) | | |
|---------------------|---------|---------|---------|---------|--|---------------------|-----------------|
| | inkomen | lasten | inkomen | lasten | procent variant | nominale variant | meng variant |
| 1 | 3,8 | 3,9 | 3,9 | 3,6 | 3,6 | 4,8 | 4,4 |
| 2 | 5,0 | 5,3 | 5,1 | 4,8 | 4,9 | 5,4 | 5,4 |
| 3 | 6,0 | 6,7 | 6,0 | 5,9 | 6,1 | 6,6 | 6,7 |
| 4 | 7,1 | 8,1 | 7,0 | 7,7 | 7,7 | 8,2 | 8,3 |
| 5 | 8,4 | 9,4 | 8,2 | 9,1 | 9,0 | 9,4 | 9,3 |
| 6 | 9,6 | 10,6 | 9,5 | 10,5 | 10,2 | 10,4 | 10,3 |
| 7 | 10,9 | 11,8 | 10,9 | 11,9 | 11,7 | 11,4 | 11,5 |
| 8 | 12,6 | 13,0 | 12,5 | 13,2 | 12,9 | 12,5 | 12,3 |
| 9 | 15,0 | 14,4 | 14,9 | 14,5 | 14,7 | 13,4 | 13,7 |
| 10 | 21,5 | 16,7 | 22,0 | 18,7 | 19,3 | 17,9 | 18,1 |
| Gini/conc. | 0,2758 | 0,2233 | 0,2773 | 0,2543 | 0,2569 | 0,2135 | 0,2199 |
| Kakwani | | -0,0525 | | -0,0230 | -0,0204 | -0,0638 | -0,0574 |

Bron: bewerking van E. Jansen en E. van Doorslaer, Verdeling van de zorglasten voor en na de stelselwijziging, Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Rotterdam, 2002.

Toename solidariteit onder Paars

Uit de resultaten blijkt dat in de periode tussen 1992 en 2001 (dus vooral onder de Paarse kabinetten) de inkomensongelijkheid ongeveer constant is gebleven, maar de verdeling van de lasten iets ongelijker is geworden. Daardoor is de lastendruk minder degressief geworden [6](#). De lagere inkomensdecieën nemen nu een iets geringer aandeel van de totale lasten voor hun rekening en de hogere een iets groter aandeel. Hiervoor zijn een paar oorzaken aan te wijzen.

Intrinsieke veranderingen waren de afschaffing van de nominale awbz-premie en de zogenaamde Wet van Otterloo. Invoering van die wet zorgde ervoor dat er minder ouderen met een laag inkomen particulier verzekerd en minder ouderen met een hoog inkomen ziekenfonds verzekerd zijn. Een wat verrassende, aan de gezondheidszorg extrinsieke verandering, was dat ook de progressiviteit van de inkomstenbelasting is toegenomen en die beïnvloedt de lastenverdeling via het aandeel van de rijksbijdrage. Daardoor is de inkomenssolidariteit onder Paars enigszins toegenomen sinds 1992.

Solidariteit van Vraag aan bod

De verdelingen van de varianten (na fiscale compensatie) zijn gesimuleerd alsof ze waren ingevoerd in 2001. Zonder compensatie zouden alle varianten vanzelfsprekend tot een veel degressievere lastenverdeling hebben geleid. Maar de indices geven aan dat ook met de compensatie zowel de volledig nominale variant als de mengvariant toch nog tot een meer degressieve verdeling leiden terwijl enkel onder de procentuele variant (met de laagste nominale premie) de degressiviteit enigszins afneemt.

Dit heeft alles te maken met de onmogelijkheid om 'perfect' te compenseren. De beschikbare

instrumenten via belastingen en uitkeringen zijn te grof en leiden tot overcompensatie van sommige groepen omwille van de randvoorwaarde dat niemand erop achteruit mag gaan.

Een ander probleem is dat in het huidige fiscale stelsel geen negatieve belastingen kunnen worden uitgekeerd, waardoor met name de groepen met de laagste inkomens onvoldoende kunnen worden gecompenseerd.

Beide nadelen van de voorgestelde compensaties in Vraag aan bod kunnen in principe worden ondervangen met de door het kabinet Balkenende-I voorgestelde inkomensafhankelijke zorgtoeslag. De compensatie kan nauwkeuriger en gedifferentieerder plaatsvinden omdat met het inkomen van elk individueel huishouden rekening wordt gehouden. Daarnaast wordt, in de plaats van een korting op

belastingen, de toeslag uitbetaald of verrekend met de nominale premie. Daarmee valt het probleem weg dat negatieve belastingen niet of moeilijk kunnen worden uitbetaald. Of de zorgtoeslag ook praktisch haalbaar is en of daarmee ook de lastenstijging voor lagere inkomens kan worden tegengegaan valt af te wachten.

In de praktijk ontstaat een soort driedeling voor de nominale premie: huishoudens onder het minimumloon betalen de minimumpremie (en dus meer dan vijf procent van hun inkomen), huishoudens op of net boven het minimumloon betalen vijf procent van hun inkomen en vooral hogere inkomens kunnen een lager percentage betalen.

Solidariteit in nieuw stelsel

De plannen van het kabinet Balkenende-I signaleren daarmee een evolutie in het denken over inkomenshervdeling via het ziektekostenstelsel. Voorheen werd in Nederland - zoals in de meeste andere oeso-landen - het draagkrachtprincipe onderschreven. De impliciete norm is dan een lastenverdeling die proportioneel verloopt met de inkomensverdeling: ieder huishouden draagt ongeveer een gelijk percentage van het inkomen bij aan de gezondheidszorg (tenminste tot de premiegrens). Ook door de wereldgezondheidsorganisatie (who) wordt die norm van inkomenssolidariteit gehanteerd als maat voor een rechtvaardige financiering van de gezondheidszorg⁷. Een proportionele verdeling van zorglasten laat immers de inkomensverdeling onveranderd. Anderen, zoals bijvoorbeeld ook de Internationale Arbeidsorganisatie (ilo), beargumenteren dat veeleer als norm een sociale bescherming tegen excessieve lasten zou moeten gelden: niemand mag met ziektekosten geconfronteerd worden die meer dan een bepaald percentage van het inkomen bedragen⁸. Die opvatting is ook terug te vinden in de vijfprocentnorm voor de nominale premie van het Strategisch Akkoord.

Conclusie

Onder Paars-I en II is de degressiviteit van de lastenverdeling in de gezondheidszorg afgenomen. Dit was vooral een gevolg van de afschaffing van de nominale awbz premie, de invoering van een inkomensgrens voor de ziekenfondswet voor ouderen en de toegenomen progressiviteit van de belastingen. Uit onze doorrekening van de varianten van Vraag aan bod blijkt dat - ondanks de fiscale compensatie - zowel een mengvorm als een volledig nominale variant de degressiviteit van de huidige lastenverdeling weer zouden verhogen. Enkel de variant met een hoofdzakelijk procentuele premiestelling zou de huidige lastenverdeling redelijk intact laten, maar dan blijft nog nauwelijks ruimte voor enige echte premieconcurrentie op de zorgverzekeringsmarkt. Enige toename van de degressiviteit is blijkbaar de prijs die moet worden betaald voor de invoering van substantiële nominale premies ter wille van de premieconcurrentie.

Elk nieuw kabinet dat het stelsel wil herzien en geregleerde marktwerking in de zorgverzekering wil organiseren, zal een oplossing moeten vinden voor de koopkrachteffecten die gepaard gaan met de nominalisering van een groter deel van de premielast. Nominale premies zijn nodig om marktwerking en keuzevrijheid te realiseren. De voornaamste verschillen tussen verschillende stelsels betreffen de wijze waarop en de mate waarin de nominale premies worden gecompenseerd.

Voor het eerst lijkt daarbij de mening terrein te winnen dat niet iedereen per definitie een gelijk aandeel van zijn inkomen aan zorgkosten moet bijdragen. De zorgtoeslag gaat uit van het idee dat niemand met onbetaalbare lasten mag worden geconfronteerd, maar dat onder de onbetaalbaarheidsdrempel best wat ongelijke premielasten mogen voorkomen.

Methodiek ter bepaling van de lastendruk

Om de consequenties voor de lastenverdeling van de verschillende varianten te bepalen werd gebruik gemaakt van budgetonderzoeken van het cbs. Voor elk huishouden in de steekproef werden de bijdragen aan de verschillende financieringsbronnen van gezondheidszorg berekend voor de verschillende varianten. Om het effect van de stelselwijziging te meten, werd de geschatte lastenverdeling voor 2001 vergeleken met de verdeling die zou resulteren na invoering van de varianten.

Huishoudens werden gerangschikt naar (equivalent) huishoudinkomen en ingedeeld in tien inkomensdecielen. Vervolgens werd de decielverdeling van zowel inkomens als betalingen bepaald. Een index voor een progressieve of degressieve verdeling kan worden berekend door de ongelijkheid in de zorgbetalingen te vergelijken met de ongelijkheid in de inkomens. De zogenaamde Kakwani-index is gelijk aan het verschil tussen de Gini-coëfficiënt en de concentratie-coëfficiënt en negatief, positief of gelijk aan nul voor respectievelijk een degressieve, progressieve of proportionele verdeling.

¹ E. Jansen en E. van Doorslaer, Verdeling van de zorglasten voor en na de stelselwijziging, Onderzoeksrapport van het Instituut Beleid en Management van de Gezondheidszorg, Erasmus MC, Rotterdam, 2002.

² E. van Doorslaer en H van der Burg, De verdeling van de lastendruk van de gezondheidszorg onder Simons, Openbare Uitgaven, nr. 1, 1995.

³ E. van Doorslaer, H. van der Burg en X. Koolman, Verdeling van lasten en gebruik van gezondheidszorg naar inkomen, ESB, 18 september 1998, blz. 692-695.

⁴ Ministerie van VWS, Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Tweede kamer, 2000-2001, 27 855 nrs 1-2., Den Haag.

⁵ Voor een samenvatting zie bijvoorbeeld CPB, Economische gevolgen van het Strategisch Akkoord 2003-2006, CPB Document, nr. 22, Den Haag, 2002.

6 De Gini-coëfficiënt als maat voor ongelijkheid in bruto-inkomens bleef onveranderd (ongeveer 0,276), de concentratie-index van de zorglasten steeg van 0,223 tot 0,254, en de (Kakwani) progressiviteitsindex steeg van -0,053 naar -0,023.

7 World Health Organisation, World Health Report 2000: health systems: improving performance, Genève, 2000.

8 A. Wagstaff en E. van Doorslaer, Catastrophe and impoverishment in paying for health care: with applications to Vietnam 1993 -1998, Health Economics, te verschijnen in 2003.