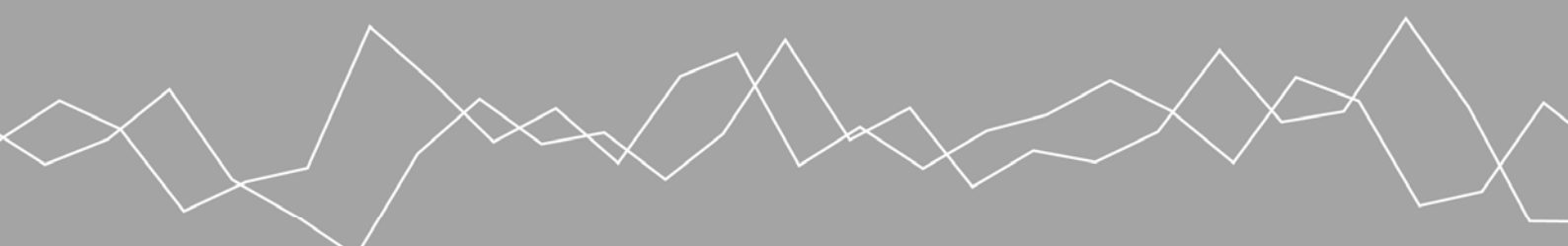


Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een
internationaal onderzoek



Amsterdam, augustus 2008
In opdracht van het ministerie van VWS

Eigen betalingen chronisch zieken en gehandicapten, een internationaal onderzoek

Aenneli Houkes
Mieke Rijken
Peter Makai (Nivel)



seo economisch onderzoek

“De wetenschap dat het goed is”

SEO Economisch Onderzoek doet onafhankelijk toegepast onderzoek in opdracht van overheid en bedrijfsleven. Ons onderzoek helpt onze opdrachtgevers bij het nemen van beslissingen. SEO Economisch Onderzoek is gelieerd aan de Universiteit van Amsterdam. Dat geeft ons zicht op de nieuwste wetenschappelijke methoden. We hebben geen winstoogmerk en investeren continu in het intellectueel kapitaal van de medewerkers via promotietrajecten, het uitbrengen van wetenschappelijke publicaties, kennisnetwerken en congresbezoek.

SEO-rapport nr. 2008-48

ISBN: 978-90-6733-455-6

Copyright © 2008 SEO Economisch Onderzoek Amsterdam. Alle rechten voorbehouden. Het is geoorloofd gegevens uit dit rapport te gebruiken in artikelen en dergelijke, mits daarbij de bron duidelijk en nauwkeurig wordt vermeld.

Inhoudsopgave

Samenvatting en conclusie.....	i
Summary	i
1 Inleiding.....	1
2 Nederland	7
3 België	31
4 Frankrijk	59
5 Zweden	85
6 Zwitserland	115
Bijlage A Uitgangspunten profielen.....	132
Bijlage B Extra tabellen	132
Bijlage C Bijlagen bij Nederland	132
Bijlage D Bijlagen bij België	132
Bijlage E Bijlagen bij Frankrijk.....	132

Samenvatting en conclusie

Inleiding

In de Algemene Politieke Beschouwingen van 28 september 2006 spreekt de Tweede Kamer over het vervangen van de no-claim in de zorg door een systeem van eigen betalingen. Ook bespreekt de Tweede Kamer de wenselijkheid en de mogelijkheid chronisch zieken en gehandicapten uit te zonderen van eigen bijdragen. Naar aanleiding van dit debat en het eveneens in september 2006 door het ministerie van VWS geschreven rapport *Naar integratie van buitengewone uitgaven en zorgstoelag?* over de problemen van de buitengewone uitgavenregeling is het ministerie op zoek gegaan naar een manier om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren. Voorwaarden zijn dat de regeling gericht is op de juiste groep, zo eenvoudig mogelijk uitvoerbaar is en dat het budgettair beslag van de regeling beheersbaar is.

In deze zoektocht heeft het ministerie van VWS SEO Economisch Onderzoek en NIVEL gevraagd samen onderzoek te doen naar de manier waarop andere landen deze problemen hebben opgelost. Doelstelling van het onderzoek was om van Nederland, Zweden, België, Frankrijk en Zwitserland een gedetailleerde beschrijving te krijgen van de eigen betalingen in de zorg. Daarnaast moesten de landen vergeleken worden en dienden - op basis van het onderzoek - aanbevelingen te worden gedaan voor een objectief criterium om chronisch zieken en gehandicapten te onderscheiden van andere burgers.

In deze samenvatting en conclusie zullen we daarom eerst een overzicht geven van de eigen betalingen en beschermingsmaatregelen in de verschillende landen. Vervolgens zullen we de risicosolidariteit en de eigen bijdragen van chronisch zieken en gehandicapten in Nederland vergelijken met de andere landen. Ten slotte zullen we de mogelijke manieren om chronisch zieken en gehandicapten te beschermen tegen een cumulatie van eigen bijdragen met voor- en nadelen behandelen. Afhankelijk van hoe zwaar welke voor- en nadelen politiek wegen is de ene, dan wel de andere beschermingsmethode aan te bevelen.

Overzicht eigen betalingen van de landen

De landen die we hebben vergeleken zijn Zwitserland, Frankrijk, Zweden, België en Nederland. De zorgkosten in Zwitserland en Frankrijk liggen rond de 11% van het BBP, in de andere landen rond de 9%. De patiënt betaalt in Nederland verreweg het minst (8%) en in Zwitserland het meest (31%) aan eigen betalingen. Tabel S.1 illustreert dit.

Tabel S.1. Algemene kenmerken landen en zorgkosten in 2006¹

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
<i>Algemeen land</i>					
Aantal inwoners (1/1/2006)	7.459.100	62.886.200	9.047.800	10.511.400	16.334.200
Aantal verzekerden	Gehele bevolking	Gehele bevolking	Gehele bevolking	99%	99%
Bruto binnenlands product (BBP)	€ 486 miljard	€ 1 791 miljard	€ 314 miljard	€ 316 miljard	€ 534 miljard
<i>Zorgkosten</i>					
Zorgkosten	€ 32.100 miljoen ²	€ 198.300 miljoen	€ 28.859 miljoen	€ 27.781 miljoen ²	€ 48.573 miljoen
Zorgkosten (% van BBP)	11,6%	11,1%	9,2%	9,3%	9,2%
Zorgkosten per persoon	€ 4303 ²	€ 3.138	€ 3.190	€ 2.643 ²	€ 2.974
Publieke uitgaven (% van totale uitgaven)	69%	78%	82%	75%	92%
Kosten voor rekening van patiënt (% van totale uitgaven)	31%	22%	18%	25%	8%

Zwitserland en Nederland (ZVW) hebben een particulier verzekeringsstelsel. Verzekerden sluiten zelf een verzekering met een (inkomensonafhankelijke) nominale premie af bij een particuliere verzekeraar naar keuze. Frankrijk, België en Nederland (AWBZ) hebben een sociaal verzekeringsstelsel, waarvoor mensen een inkomensafhankelijke premie betalen, die wordt ingehouden van hun loon. Zweden financiert de gezondheidszorg via het belastingstelsel. De bijdrage in Zweden is dus ook inkomensafhankelijk. Frankrijk en België kennen een restitutiesysteem: d.w.z. mensen betalen de doktersrekening eerst zelf, waarna ze later dit bedrag minus de eigen bijdrage terug krijgen. In de andere landen is dit niet het geval. Tabel S.2 geeft hiervan een overzicht.

Tabel S.2. Zorgverzekeringsstelsel in 2006

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
<i>Zorgverzekeringsstelsel</i>					
Type stelsel	Particuliere verzekering	Sociale verzekering	Belasting	Sociale verzekering	Particulier: ZVW en Sociaal (AWBZ)
Premie afhankelijk van inkomen?	Nee	Ja	Ja	Ja, grotendeels	ZVW: ja en nee AWBZ: ja
Restitutiesysteem?	Naar keuze	Ja	Alleen eb betalen	Ja	Naar keuze

Wat betreft eigen bijdragen is er een duidelijke tweedeling. Zwitserland en Nederland kennen een algemeen eigen risico. D.w.z. dat alle kosten die iemand maakt tot een bepaald bedrag volledig voor rekening komen voor de patiënt. In de andere onderzochte landen betalen de patiënten een klein vast bedrag per (arts)bezoek.

¹ De gegevens gaan over 2006, tenzij anders vermeld

² Gegevens over 2005

Tabel S.3. Systeem van eigen bijdragen in 2006

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
Eigen bijdragen					
Eigen risico	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja (cure: no claim)
Percentuele eigen bijdrage	Ja	Nee	Ja (geneesmiddelen, care, hulpmiddelen)	Nee	Ja (care)
Eigen bijdrage per bezoek	Nee	Ja	Ja (cure)	Ja	Nee

Ter bescherming tegen te hoge eigen bijdragen zonderen de andere onderzochte landen bepaalde groepen uit van (een deel) van de eigen bijdragen. In Zwitserland, Frankrijk en Zweden zijn er groepen die *volledig* worden uitgezonderd van eigen bijdragen. In Zwitserland en Zweden zijn dit kinderen. In Zwitserland zijn dit daarnaast mensen die een ongeval hebben gekregen. In Frankrijk zijn dit mensen die een chronische ziekte hebben die op een lijst staat met ongeveer 30 ziekten. In België en Zweden betalen bepaalde groepen een verlaagde eigen bijdrage. In Zweden zijn dit zwaar gehandicapten. In België zijn dit mensen met een laag inkomen. Tabel S.4 geeft hiervan een overzicht.

Tabel S.4. Uitzonderingen (deel) eigen bijdrage in 2006

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
Minder of geen eb					
Groepen totaal of deels uitgezonderd van eb?	Totaal	Totaal	Totaal en deels	Deels	Deels
Criterium uitzondering	Kinderen, ongeval	Lijst ziekten	kinderen, zwaar gehandicapten	Lage inkomens	Kinderen

Een tweede beschermingsmaatregel is een plafond. Veel landen kennen een plafond aan de eigen bijdragen. Behalve Frankrijk hebben alle landen een dergelijk plafond. Plafonds kunnen vast of getrapd zijn. Bij een getrapd plafond is de eigen bijdrage percentueel steeds lager naarmate de kosten stijgen. Zweden heeft voor geneesmiddelen een getrapd plafond. Sommige landen kennen een plafond (België) voor alle zorguitgaven. Andere landen kennen meerdere plafonds. Zweden heeft de meeste plafonds van de onderzochte landen. Zij kennen aparte plafonds voor cure (korte termijn zorg gericht op genezing, zoals ziekenhuiszorg), care (lange termijn zorg, gericht op verzorging, zoals het helpen bij het innemen van medicatie), geneesmiddelen, hulpmiddelen en ziekenvervoer. Ten slotte kunnen plafonds een vast bedrag zijn voor iedereen of kunnen ze variëren. In Zwitserland is het plafond gelijk voor iedereen. In Zweden, België en in Nederland voor de care is het plafond inkomensafhankelijk. Tabel S.5 illustreert dit.

Tabel S.5. Plafond aan de eigen bijdrage

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
<i>Plafond eb</i>					
Is er een plafond	Ja	Nee	Ja	Ja	Ja
Vast of getrappt plafond	Getrappt	-	Getrappt voor geneesmiddelen, rest vast	Vast	Vast
Een of meer plafonds	Cure en care	-	Meerdere	Een	Cure en care
Plafond even hoog	Ja	-	Nee	Nee	Ja (cure) en Nee (care)
Verlaagd plafond	-	-	Netto inkomen	Inkomen	Inkomen

Ten slotte kennen de meeste landen flankerend beleid, d.w.z. extra compensatie voor zorgkosten. Zwitserland en Nederland kennen een compensatie voor de premiekosten (zorgtoeslag). Zwitserland en Zweden garanderen mensen dat zij na betaling van huur en eigen bijdragen zorg een bepaald netto inkomen overhouden waarvan zij kunnen leven. Als zij dit netto inkomen niet overhouden krijgen zij in Zwitserland een compensatie zodat zij dit na compensatie wel overhouden. In Zweden worden de eigen bijdragen verlaagd. De eigen bijdragen worden echter nooit minder dan nul, zodat het toch mogelijk is dat mensen dit netto inkomen niet overhouden aan het einde van de maand. Dit is dan echter niet te wijten aan eigen bijdragen in de zorg. De andere landen kennen ook forfaits voor diverse chronisch zieken. Zo kent Zweden een toelage voor ouders van gehandicapte kinderen en heeft België een forfait voor chronisch zieken die binnen enkele maanden sterven. In Zwitserland en Nederland kunnen mensen hun ziektekosten (deels) aftrekken van de belasting. Tabel S.6 geeft dit weer.

Tabel S.6. Flankerend beleid ter bescherming cumulatie eigen bijdrage

2006	Zwitserland	Frankrijk	Zweden	België	Nederland
Zorgtoeslag	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja
Minimum garanderen	Ja	Nee	Ja	Nee	Nee
Forfaits	Ja	Ja	Ja	Ja	Nee
Belastingaftrek	Ja	Nee	Nee	Nee	Ja

De verschillende manieren waarop de onderzochte landen hun systeem van eigen bijdragen hebben vormgegeven en de variatie die er is in de manieren waarop zij hun chronisch zieken en gehandicapten beschermen tegen te hoge (cumulatie van) eigen bijdragen resulteert in een verschillende risicosolidariteit tussen gezonden enerzijds en chronisch zieken anderzijds. In het kader van dit onderzoek zijn we nagegaan hoe risicosolidair de landen zijn, door na te gaan hoeveel meer chronisch zieken en gehandicapten moeten betalen vergeleken met gezonde mensen met dezelfde kenmerken.

Hoe risicosolidair is Nederland?

Hoe risicosolidair is Nederland voor de onderzochte voorbeeldpersonen (bijlage A) vergeleken met de andere onderzochte landen? Om antwoord te geven op deze vraag hebben we het

volgende berekend: Hoe veel meer geld is een chronisch zieke met hartfalen³ kwijt aan zorgkosten dan een kerngezonde met precies dezelfde kenmerken? We hebben dit op twee manieren berekend: in euro en percentage van het inkomen.

Gerekend in euro's is Nederland voor bijstandsgerechtigden en modaalverdieners het meest risicosolidair van alle onderzochte landen. Voor AOW'ers staat Nederland op de tweede plaats. Alleen België is voor AOW'ers meer risicosolidair. Voor hogere inkomens is Nederland minder risicosolidair. Chronisch zieken en gehandicapten met een dubbelmodaal inkomen moeten redelijk wat van hun zorgkosten zelf betalen. Alleen Zwitserland kent een groter verschil in zorgkosten tussen gezonde en chronisch zieke dubbelmodaalverdieners.

Tabel S.7. Zorgkosten voor chronisch zieke hartpatiënten ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen

	Nederland	België	Frankrijk	Zweden	Zwitserland
Bijstand, alleenstaande	€ 566	€ 738	€ 1.779	€ 1.526	€ 767
Modaal werkend, alleenstaande	€ 776	€ 1.279	€ 1.779	€ 1.526	€ 3.829
2x modaalwerkend, alleenstaande	€ 2.444	€ 1.324	€ 1.779	€ 1.526	€ 4.997
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	€ 287	€ 1.279	€ 1.779	€ 1.526	€ 3.780
AOW-alleenstaande	€ 1.022	€ 738	€ 1.779	€ 1.476	€ 2.435
AOW-echtpaar	€ 1.226	€ 929	€ 1.779	€ 1.476	€ 2.386

Het absolute bedrag in euro's dat een chronisch zieke extra moet betalen omdat hij ziek is en niet kerngezond zegt natuurlijk wel wat, maar tegelijkertijd ook niet alles. Dit bedrag is veel makkelijker op te brengen door iemand met een hoog inkomen dan door iemand met een bescheiden inkomen. Dit is de reden dat we dit bedrag ook als percentage van het bruto inkomen hebben berekend.

Ook in percentage van het bruto inkomen gerekend is in Nederland de risicosolidariteit hoog. Voor mensen met een bijstandsuitkering en een modaal inkomen is de onderlinge risicosolidariteit tussen gezond en ziek in Nederland het grootst van alle onderzochte landen. Chronisch zieke hartpatiënten met bijstand of modaal inkomen betalen in Nederland tussen de 1% en 4% van hun inkomen meer aan ziektekosten dan kerngezonden met dezelfde kenmerken. In alle andere onderzochte landen betalen zieke bijstandsgerechtigden en modaalverdieners een groter deel van hun inkomen extra aan zorg (zie tabel S.8). Voor ouderen met alleen AOW is Nederland ook risicosolidair. Alleen oudere Belgen betalen een kleiner percentage van hun bruto inkomen meer aan zorgkosten dan kerngezonden met dezelfde kenmerken. Een hartpatiënt met een dubbelmodaal inkomen betaalt in Nederland net iets meer extra kosten als percentage van zijn bruto inkomen dan in België, Frankrijk en Zweden. Alleen in Zwitserland betaalt de dubbelmodale een groter deel van zijn bruto inkomen.

³ We hebben dit ook berekend voor chronisch zieken met diabetes, artrose, COPD en MS (gehandicapten). Zie bijlage B, Tabel B.6.

Tabel S.8. Zorgkosten chronisch zieke hartpatiënten ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen in percentage van hun bruto inkomen

	Nederland	België	Frankrijk	Zweden	Zwitserland
Bijstand, alleenstaande	4%	6%	14%	12%	6%
Modaal werkend, alleenstaande	3%	4%	6%	5%	13%
2x modaalwerkend, alleenstaande	4%	2%	3%	3%	8%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	1%	4%	6%	5%	13%
AOW-alleenstaande	9%	6%	15%	12%	20%
AOW-echtpaar	8%	6%	11%	9%	15%

Nederland: meest risicosolidair

Zoals gezegd is Nederland het meest risicosolidair. De chronisch zieken die het minst extra betalen zijn de modaalverdieners met een gezin. In Nederland betalen zij de minste extra zorgkosten ten opzichte van kerngezonde modaalverdieners met een gezin. Dit komt omdat dit profiel vergeleken met de andere profielen in Nederland het meest kan profiteren van de fiscale maatregelen.

België goede tweede in risicosolidariteit

België is een goede tweede wat betreft risicosolidariteit. In België betalen de mensen met een laag inkomen het minst, ongeacht de exacte ziekte die zij hebben. Dubbelmodale inkomens betalen het meest extra in België. Zij betalen ongeveer € 1.400 meer, met uitzondering van de gehandicapte. De gehandicapte met een dubbelmodaal inkomen betaalt in België € 4.484 meer. In België betaalt niemand meer dan 6% van zijn inkomen meer dan een kerngezonde met dezelfde kenmerken.

In Zweden betalen alle inkomens evenveel extra, goedkopere ziekten betalen iets minder

In Zweden betalen alle mensen met dezelfde chronische ziekte evenveel, ongeacht inkomen. Uitzondering hierop zijn ouderen. Zij betalen iets minder, maar dit scheelt niet veel (ongeveer € 50). Onze “goedkopere”⁴ ziekten (diabetes, hartfalen en COPD) betalen iets minder dan de “duurdere” ziekten (artrose en handicap). Omdat alle inkomens evenveel extra betalen in euro's liggen de percentages wel sterker uiteen dan in Nederland en België. Zo betalen bijstandsgerechtigden in Zweden tot 13% van hun inkomen meer aan zorgkosten, vergeleken met mensen met dezelfde kenmerken terwijl dit voor een chronisch zieke met dubbelmodaal inkomen maximaal 3% meer is.

In Frankrijk betalen alle inkomens evenveel, duurdere ziekten betalen meer dan goedkopere

In Frankrijk zijn de zorgkostenverschillen tussen chronisch zieken en kerngezonden met hetzelfde inkomen, exact gelijk voor mensen met dezelfde ziekte, ongeacht welk inkomen ze hebben. Er is hierop een kleine uitzondering en dat is het gehandicapte AOW-echtpaar. Zij betalen iets meer dan de andere gehandicapten.

In Frankrijk betalen de relatief “goedkope” ziekten het minst; patiënten met hartfalen, COPD en diabetes. De “duurdere” ziekten betalen meer. Frankrijk en Zwitserland zijn in onze vergelijking het land waar onze chronisch zieken met de meeste eigen betalingen worden geconfronteerd.

In Zwitserland betalen de rijkere chronisch zieken veel meer dan de armere chronisch zieken

In Zwitserland is te zien dat met name chronisch zieken met een modaal en dubbelmodaal inkomen de hoogste extra kosten ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen betalen. Thuiszorg maakt een belangrijk deel van deze kosten uit. Zwitserland en Frankrijk zijn in onze vergelijking het land waar onze chronisch zieken met de meeste eigen betalingen worden geconfronteerd.

Nadat we de uitkomsten van de landen vergeleken hebben, hebben we ten slotte de beschermingsmaatregelen naast elkaar gelegd en de voor- en nadelen van deze maatregelen naast elkaar gezet.

Voor- en nadelen van diverse beschermingsmaatregelen

Chronisch zieken en gehandicapten hebben meer zorgkosten dan gezonde mensen. Veel van deze kosten komen ieder jaar terug en zijn moeilijk vermijdbaar. Chronisch zieken en gehandicapten kunnen daardoor in financiële problemen komen door (cumulatie van) eigen bijdragen in de zorgkosten.

De onderzochte landen die een eigen bijdrage in de zorg kennen, hebben daarom ook allemaal nagedacht over flankerend beleid om te voorkomen dat mensen in financiële problemen komen vanwege te hoge zorguitgaven.

Uit de studie blijkt dat er globaal vier manieren zijn om ervoor te zorgen dat mensen ondanks een systeem van eigen bijdragen in de zorg toch niet in financiële problemen komen. Veel van de landen kennen een combinatie van enkele van deze manieren. Deze manieren zijn:

1. groepen uitzonderen van eigen bijdragen;
2. eigen bijdragen inkomensafhankelijk maken;
3. plafonneren van eigen bijdrage;
4. sociaal minimum garanderen voor iedereen.

1. Groepen uitzonderen van eigen bijdragen

De eerste manier is het benoemen van kwetsbare groepen die uitgezonderd worden van eigen bijdragen. Zo heeft Frankrijk een lijst met ongeveer dertig chronische ziekten. Wie op deze lijst staat wordt uitgezonderd van eigen bijdragen. Zo'n lijst kan bestaan uit ziekten (Frankrijk), maar ook uit bepaalde doelgroepen. Zo kent België uitzonderingen voor een reeks doelgroepen zoals weduwen en leden van kloostergemeenschappen. De groepen kunnen volledig uitgezonderd worden van eigen betalingen zoals in Frankrijk, maar ook een verlaagd bedrag aan eigen betalingen betalen of een verlaagd plafond van eigen betalingen betalen. Deze laatste twee varianten vinden we in België.

⁴ We doelen hier op de zorgkosten die gemaakt worden, niet op de kosten die deze personen zelf betalen.

Voordeel van deze methode is dat de groep(en) naar keuze beperkt gehouden kan(kunnen) worden.

Nadelen zijn ten eerste dat iemand zal moeten bepalen welke chronisch zieken wel en welke chronisch zieken niet uitgezonderd worden. En dit is altijd arbitrair. De ernst van ziekten is gradueel. Er bestaat niet een groep “ernstige ziekten” en “niet-ernstige ziekten” met niets ertussen. Dit geldt ook voor de kosten die ziekten met zich meebrengen. Er bestaan niet alleen dure en goedkope ziekten, maar ook het volledige scala daar tussenin. Daarnaast is het ook nog zo dat binnen bepaalde ziektegroepen de kosten en ernst van de ziekte per individu ook kunnen variëren. Een tweede nadeel is dat deze methode het minst van de hier genoemde beschermingsmaatregelen garandeert dat er geen personen zijn die vanwege te hoge zorgkosten in de financiële problemen komen.

2. Eigen bijdrage inkomensafhankelijk

Een hele andere manier om ervoor te zorgen dat mensen met veel zorgkosten niet vanwege hun zorgkosten in de financiële problemen komen is de eigen bijdragen inkomensafhankelijk maken. Zo is in Zwitserland en Nederland het bedrag dat een patiënt betaalt voor thuiszorg inkomensafhankelijk. In België betalen mensen met een laag inkomen een verlaagde eigen bijdrage voor bijna alle soorten zorg.

Voordeel is dat de financiële prikkels relatief gezien even sterk zijn voor mensen met verschillende inkomens.

Nadeel is dat er een armoedeval zou kunnen optreden.

3. Plafond eigen bijdrage

De derde manier is het plafonneren van de totale zorgkosten. Mensen betalen in dat geval eigen bijdragen tot een plafond. Het plafond beschermt mensen tegen te hoge zorgkosten. Zwitserland, Zweden en Nederland kennen een dergelijk systeem.

Het voordeel van een plafond is dat het administratief de minste lasten meebrengt en tegelijkertijd garandeert (mits het plafond niet te hoog is) dat niemand heel veel zorgkosten moet betalen.

Het nadeel van een plafond is dat de remmende werking van de eigen bijdrage na het bereiken van het plafond buiten werking gesteld wordt.

Er zijn een paar mogelijke variaties in plafonds:

Vast plafond

Het is mogelijk een plafond vast te stellen, waarvoor iedereen 100% eigen bijdrage betaalt en waarna niemand meer een eigen bijdrage betaalt. Dit is in Nederland (in 2006) het geval met de *no-claim*. De eigen bijdrage in Nederland in 2008 is hiervan ook een voorbeeld.

Getrapt plafond

In de onderzochte landen is er gekozen voor een meer geleidelijke variant. Zo betalen mensen in Zwitserland eerst 100% eigen bijdrage over de eerste € 200, waarna ze vervolgens 10% eigen bijdrage betalen over de volgende ruim € 4000 aan zorgkosten. De totale eigen bijdrage is dus ongeveer € 600, maar de prikkel van de eigen bijdrage werkt tot en met zorgkosten van ruim € 4200. Zweden kent voor geneesmiddelen ook een dergelijk gestapte aanpak. Het percentage eigen bijdrage daalt in stappen.

Voordeel van een getrapt plafond boven een vast plafond is dat de prikkel veel langer werkt. Uit onderzoek naar eigen bijdragen in de zorg blijkt dat een eigen bijdrage remmend werkt, maar dat de mate van remming niet heel erg varieert met de hoogte van de eigen bijdrage.⁵ Dit betekent dat – bij hetzelfde plafond – een lage eigen bijdrage langer effect heeft dan een hoge eigen bijdrage. Nadeel van een getrapt plafond is dat redelijk gezonde mensen minder eigen bijdragen betalen dan bij een vast plafond, terwijl chronisch zieken nog steeds evenveel eigen bijdragen betalen.

Plafond afhankelijk maken van chronische ziekte

Mensen met een chronische ziekte of handicap zouden een verlaagd plafond kunnen krijgen. Hierbij gelden alle voordelen en nadelen van het uitzonderen op basis van ziekte (zie hierboven).

Inkomensafhankelijk plafond

Of een plafond nu vast is of getrapt, in beide gevallen is het mogelijk het plafond afhankelijk te maken van bijvoorbeeld inkomen of ziekte.

Voordeel van het inkomensafhankelijk maken van het plafond is dat – omdat rekening gehouden wordt met draagkracht – alleen mensen met een lage financiële draagkracht extra geplafonneerd worden en de anderen meer betalen.

Nadeel is dat inkomen niet alles zegt. Wie een relatief hoog inkomen heeft en ook hoge zorgkosten, kan toch vanwege zorgkosten in financiële problemen komen. Dit probleem kan opgelost worden door een sociaal minimum te garanderen (zie hieronder).

4. Gegarandeerd minimum

De vierde manier is het stellen van een sociaal minimum, waardoor gegarandeerd wordt dat iedereen dat netto beschikbaar houdt voor levensuitgaven, ongeacht de hoogte van zijn eigen bijdragen in de zorg. Wie door eigen bijdragen minder zou overhouden dan dit gegarandeerde netto inkomen voor levensuitgaven, krijgt een korting op zijn eigen bijdragen waardoor hij toch het gegarandeerde inkomen overhoudt. Zweden en Zwitserland kennen een dergelijk systeem. In Zweden komen mensen wiens netto inkomen door zorgkosten te laag wordt in aanmerking voor een verlaagd plafond van eigen bijdragen. In Zwitserland komen mensen wiens netto inkomen door zorgkosten te laag dreigt te worden in aanmerking voor een flankerende subsidie. In een dergelijk systeem wordt ook met overige vaste lasten (met name huur) rekening gehouden.

⁵ Zweifel, Manning (2000): Uit het meest beroemde en meest grootschalige experiment over eigen bijdragen in de zorg, het Health Insurance Experiment bleek dat: zonder eigen bijdrage gebruikt 86,8% medische zorg, tegenover 78,7% bij een eigen bijdrage van 25% en 77,2% bij een eigen bijdrage van 50%. Het aantal doktersbezoeken van mensen zonder eigen bijdrage was gemiddeld 4,55, bij mensen met een eigen bijdrage van 25% was het aantal bezoeken 3,33 en bij een eigen bijdrage van 50% 3,03.

Voordeel: deze methode kan het beste voorkomen dat mensen door zorgkosten in financiële problemen komen.

Nadeel: de methode brengt meer administratieve lasten met zich mee dan de vorige methoden.

Overzicht

De onderstaande figuur geeft de voor- en nadelen weer van verschillende beschermingsmaatregelen. Alle oplossingen hebben voordelen (een groene stip) en nadelen (een rode stip). Het kan ook zijn dat de voor- en nadelen afhangen van nader te bepalen factoren (een blauwe stip).

Figuur S.1. overzicht voor en nadelen diverse uitzonderingen chronisch zieken van eigen bijdragen



Summary

Introduction

In the General Debate of 28 September 2006 the Dutch House of Commons spoke about replacing the no-claim system in the health care sector with a system of deductibles. Also, the House of Commons discussed the desirability and possibility for chronically ill and disabled people to be exempt from paying deductibles. Sparked by this debate as well as the report *Towards integration of extraordinary expenditure and care allowance?*, which was also written by the Ministry of Health, Welfare and Sport in September 2006 about the problems with the extraordinary expenditure regulation, the Ministry has begun to search for a manner in which to compensate chronically ill and handicapped people. Prerequisites of the regulation are that it is aimed at the correct group, that it can be implemented as easy as possible, and that the budgetary scope of the regulation is manageable.

As part of this search, the Ministry of Health, Welfare and Sport has asked SEO Economic Research and NIVEL to jointly investigate in what manner other countries have solved these problems. The objective of the research was to come to a detailed description of co-payments in the health care sector for the Netherlands, Sweden, Belgium, France and Switzerland. Moreover, these countries had to be compared and - on the basis of the research - recommendations had to be made for an objective criterion for distinguishing chronically ill and disabled people from other citizens.

For this reason, in this summary and conclusion we will first give an overview of the co-payments and protection measures that are in place in the different countries. Subsequently, we will compare the risk solidarity and the co-payments of chronically ill and disabled people in the Netherlands with the other countries. Finally, we will discuss the possible ways in which to protect chronically ill and disabled people against an accumulation of co-payments, including their advantages and disadvantages. Depending on the political weight of the respective advantages and disadvantages, either one or the other protection method is to be recommended.

Overview of co-payments for the investigated countries

The countries that we have compared are Switzerland, France, Sweden, Belgium and the Netherlands. The health-care costs in Switzerland and France are around 11% of the GDP, in the other countries it is around 9%. When it comes to cost sharing, patients in the Netherlands pay the least by far (8%) and in Switzerland they contribute the most (31%). Table S.1 illustrates this.

Table S.1. General characteristics countries and health-care costs in 2006⁶

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
<i>General country</i>					
Population (1/1/2006)	7,459,100	62,886,200	9,047,800	10,511,400	16,334,200
Number of insured people	Entire population	Entire population	Entire population	99%	99%
Gross domestic product (GDP)	€ 486 billion	€ 1 791 billion	€ 314 billion	€ 316 billion	€ 534 billion
<i>Health care costs</i>					
Health care costs	€ 32,100 million ⁷	€ 198,300 million	€ 28,859 million	€ 27,781 million ²	€ 48,573 million
Health care costs (% of GDP)	11.6%	11.1%	9.2%	9.3%	9.2%
Health care costs per person	€ 4,303 ²	€ 3,138	€ 3,190	€ 2,643 ²	€ 2,974
Public expenditure (% total expenditure)	69%	78%	82%	75%	92%
Costs paid by the patient (% of total expenditure)	31%	22%	18%	25%	8%

Switzerland and the Netherlands (ZVW) have a private insurance system. Insured parties get their own insurance with a (income-independent) flat-rate premium at a private insurer of their choice. France, Belgium and the Netherlands (AWBZ) have a social insurance system, whereby people pay an income-dependent premium that comes out of their salary. Sweden finances health care via the tax system. The contribution in Sweden is therefore also income-dependent. France and Belgium have a refund system, i.e. people pay the doctor's bill first by themselves, whereupon they later receive a refund of this amount minus the co-payment. In the other countries, this is not the case. Table S.2 gives an overview of these findings.

Table S.2. Health insurance system in 2006

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
<i>Health insurance system</i>					
Type of system	Private insurance	Social insurance	Taxes	Social insurance	Private (ZVW) and Social (AWBZ)
Income-dependent premium?	No	Yes	Yes	Yes, for the most part	ZVW: yes and no AWBZ: yes
Refund system?	If elected	Yes	Only pay co-payment	Yes	If elected

Concerning co-payments there is a clear divide. Switzerland and the Netherlands have a general deductible. This means that all costs that someone incurs up to a certain amount are payable in full by the patient. In the other surveyed countries the patients pay a small amount per (doctor) visit.

⁶ The data regard the year 2006, unless mentioned otherwise

⁷ Data for 2005

Table S.3. System of co-payments in 2006

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
Co-payments					
Deductible	Yes	No	No	No	Yes (cure: no claim)
Co-payment on the basis of a percentage	Yes	No	Yes (medicines, care, appliances)	No	Yes (care)
Fixed co-payment per visit	No	Yes	Yes (cure)	Yes	No

For protection against co-payments that are too high the other surveyed countries exempt certain groups from (a part of) the co-payment. In Switzerland, France and Sweden there are groups that are *fully* excluded from co-payments. In Switzerland and Sweden this applies to children. In Switzerland this is also true for people who have been in an accident. In France it concerns people who have a chronic sickness that appears on a list of approximately 30 illnesses. In Belgium and Sweden certain groups pay a reduced co-payment. In Sweden this applies to the heavily disabled. In Belgium this is true for people with a low income. Table S.4 gives an overview of these findings.

Table S.4. Groups exempt (in part) from paying co-payments in 2006

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
Reduced or no co-payment					
Groups fully or partly exempt from co-payment?	Fully	Fully	Fully and partly	Partly	Partly
Exemption criterion	Children, accident	List of illnesses	Children, heavily disabled	Low incomes	Children

A second protection measure is a ceiling. Many countries have a ceiling to the co-payments. With the exception of France, all countries have such a ceiling. Ceilings can be fixed or multi-stage. With a multi-stage ceiling the co-payment expressed as a percentage is increasingly lower as the costs increase. Sweden has a multi-stage ceiling for medicines. Some countries (Belgium) have a ceiling for all health-care expenditures. Other countries have several ceilings. Sweden has the most ceilings of the surveyed countries. They have separate ceilings for cure, care, medicines, appliances and patient transport. Finally, ceilings can be a fixed amount for everyone or they can vary. In Switzerland the ceiling is the same for everyone. In Sweden, Belgium and in the Netherlands when regards care, the ceiling is income-dependent. Table S.5 illustrates this.

Table S.5. A ceiling to the co-payments

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
<i>Ceiling co-payment</i>					
Is there a ceiling?	Yes	No	Yes	Yes	Yes
Fixed or multi-stage ceiling	Multi-stage	-	Multi-stage for medicines, fixed for others	Fixed	Fixed
One or more ceilings	Cure and care	-	More	One	Cure and care
Ceiling equally high	Yes	-	No	No	Yes (cure) and No (care)
Lowered ceiling	-	-	Net income	Income	Income

Finally, most countries have accompanying policies, i.e. extra compensation for health-care costs. Switzerland and the Netherlands have a compensation for the premium costs (health-care allowance). Switzerland and Sweden guarantee people that after paying their rent and health-care co-payments they will keep a specified net income on which to live. If they do not keep this net income, in Switzerland they receive compensation to see to it that they do. In Sweden, the co-payments are lowered. The co-payments will never be, however, less than zero so that it is nevertheless possible that people do not keep this net income at the end of the month. However, in that case this is not due to health-care co-payments. In the other countries there are also fixed deductions for various chronically ill patients. Sweden, for instance, has an allowance for parents of handicapped children and Belgium has a fixed deduction for chronically ill patients who will be dying within a few months. In Switzerland and the Netherlands people can deduct their medical expenses (partially) from their taxes. Table S.6 reflects these findings.

Table S.6. Accompanying policies to protect accumulation of co-payments

2006	Switzerland	France	Sweden	Belgium	Netherlands
Health-care allowance	Yes	No	No	No	Yes
Guaranteed minimum	Yes	No	Yes	No	No
Fixed deductions	Yes	Yes	Yes	Yes	No
Tax deduction	Yes	No	No	No	Yes

The different ways in which the surveyed countries have shaped their system of co-payments and the variation that exists in the ways they protect their chronically ill and disabled people against overly high (accumulation of) co-payments results in a different risk solidarity between healthy people on the one hand and chronically ill people on the other hand. Within the framework of this research we have examined how great the risk solidarity is in the countries, by examining how much more chronically ill and disabled people must pay compared to healthy people with the same characteristics.

How great is the Dutch risk solidarity?

How great is the risk solidarity in the Netherlands for the people surveyed (appendix A) compared with the other surveyed countries? To provide an answer to this question we have

calculated the following: how much more money is a chronically ill person with heart failure⁸ paying for health care than a perfectly healthy person with exactly the same characteristics? We have calculated this in two ways: in euros and as a percentage of their income.

If calculated in euros, the Netherlands has the greatest risk solidarity of all the surveyed countries for benefit claimants and average income earners. For old age pensioners, the Netherlands is in second place. Only Belgium shows greater risk solidarity towards old age pensioners. When it comes to higher incomes, the Netherlands shows less risk solidarity. Chronically ill and disabled people who earn twice as much as the average income must pay a substantial amount of their health-care costs by themselves. Only in Switzerland is there a greater difference in health-care costs between healthy and chronically ill people who earn twice the average income.

Table S.7. Health-care costs for chronically ill heart patients compared with perfectly healthy people with the same income

	Netherlands	Belgium	France	Sweden	Switzerland
Benefit claimant, single	€ 566	€ 738	€ 1779	€ 1526	€ 767
Working, average income, single	€ 776	€ 1279	€ 1779	€ 1526	€ 3829
Working, 2x average income, single	€ 2444	€ 1324	€ 1779	€ 1526	€ 4997
Single income household, average income, 2 children	€ 287	€ 1279	€ 1779	€ 1526	€ 3780
Pensioner, single	€ 1022	€ 738	€ 1779	€ 1476	€ 2435
Pensioner, couple	€ 1226	€ 929	€ 1779	€ 1476	€ 2386

The absolute amount in euros that a chronically ill person must pay extra because he is sick and not in perfect health says something of course, but at the same time not everything. Someone with a high income can produce this amount more easily than someone with a moderate income. This is the reason that we have also calculated this amount as a percentage of the gross income.

Also if calculated as a percentage of the gross income, the risk solidarity in the Netherlands is high. For people with a social assistance benefit and an average income the mutual risk solidarity between the healthy and the sick in the Netherlands is the greatest of all of the surveyed countries. In the Netherlands, chronically ill heart patients on social security or with a standard income pay between 1% and 4% more of their income for health-care costs than perfectly healthy people with the same characteristics. In all of the other surveyed countries, sick benefit claimants and average income earners pay a larger additional portion of their income for health care (see table 7.3). For the elderly with only old age pension, the Netherlands also has great risk solidarity. Only elderly Belgians pay a smaller additional percentage of their gross income for health care than perfectly healthy people with the same characteristics. A heart patient in the Netherlands who earns twice the average income pays a little more additional cost, as a percentage of his gross income, than in Belgium, France and Sweden. Only in Switzerland those who earn double the average income pay a larger portion of their gross income.

⁸ This was also calculated for chronically ill people suffering from diabetes, arthrosis, COPD and MS (handicapped). See appendix B, table B.6.

Table S.8. Health-care costs for chronically ill hart patients compared with perfectly healthy people with the same income, as a percentage of their gross income

	Netherlands	Belgium	France	Sweden	Switzerland
Benefit claimant, single	4%	6%	14%	12%	6%
Working, average income, single	3%	4%	6%	5%	13%
Working, 2x average income, single	4%	2%	3%	3%	8%
Single income household, average income, 2 children	1%	4%	6%	5%	13%
Pensioner, single	9%	6%	15%	12%	20%
Pensioner, couple	8%	6%	11%	9%	15%

The Netherlands: the greatest risk solidarity

As stated, the Netherlands has the greatest risk solidarity. The chronically ill who pay the lowest additional costs are the average income earners who have a family. In the Netherlands, they pay the lowest additional health-care costs when compared with perfectly healthy people who earn an average income and have a family. This is because in the Netherlands this profile, as compared to the other profiles, can profit the most from tax regulations.

Belgium a strong second in risk solidarity

Belgium is a strong second when it comes to risk solidarity. In Belgium, people with a low income pay the least, regardless of the exact sickness that they have. People with twice the average income pay the most additional costs in Belgium. They pay approximately € 1400 extra, with the exception of disabled people. Disabled people who earn twice the average income pay an additional € 4484 in Belgium. Nobody in Belgium pays more than 6% of his income more than a perfectly healthy person with the same characteristics.

In Sweden, all income levels pay the same supplement, and cheaper sicknesses pay a little less

In Sweden, everyone with the same chronic sickness pays equally, regardless of income. The elderly are an exception. They pay a bit less, but the difference isn't great (about €50). Our "cheaper"⁹ sick people (diabetes, heart failure and COPD) pay a bit less than the "expensive" sick people (arthrosis and handicap). Because all income levels pay the same supplement in euros, however, the percentages differ more strongly than in the Netherlands and Belgium. Thus benefit claimants in Sweden pay up to 13% more of their income for health-care, compared to people with the same characteristics, whereas it is maximally 3% more for a chronically sick person with twice the average income.

In France all income levels pay the same, more expensive sicknesses pay more than the cheaper ones

In France the health-care cost differences between the chronically ill and perfectly healthy people with the same income are exactly alike for people with the same sickness, regardless of which income they have. There is a small exception to this and that is a handicapped couple on an old-age pension. They pay a little more than the other disabled patients.

In France the people with relatively "cheap" sicknesses pay the least; patients with heart failure, COPD and diabetes. People with "more expensive" illnesses pay more. France and Switzerland

⁹ This refers to the costs that are made for health care, not to the costs that these people have to pay by themselves.

are, in our comparison, the countries where our chronic patients are faced with the highest co-payments.

In Switzerland the richer chronically ill pay much more than the poorer chronically ill.

In Switzerland it can be observed that the chronically ill earning an average or twice the average income in particular pay the highest extra costs compared with what perfectly healthy people with the same income pay. Home care constitutes a large part of these costs. Switzerland and France are, in our comparison, the countries where our chronic patients are faced with the highest co-payments.

Finally, after comparing the results for the countries, we compared the protection measures and listed the pros and cons of these measures.

Advantages and disadvantages for various protection measures

Chronically ill and handicapped people have more health-care costs than healthy people. Many of these costs return every year and are difficult to avoid. As a result, the chronically ill and handicapped can run into financial problems because of (the accumulation of) their health-care co-payments.

For this reason, the surveyed countries that have a co-payment in health-care costs have all reflected on compensating policies to prevent that people will run into financial problems from having to pay too much for health care.

This study shows that there basically are four ways to ensure that people, despite a system of co-payments in the health-care sector, nevertheless do not run into financial problems. Many of the countries apply a combination of some of these methods. These methods are:

1. Exclude groups from co-payments;
2. Make co-payments income-dependent;
3. Create ceilings for co-payments;
4. Guarantee a social minimum for everyone.

1. Exclude groups from co-payments

The first method is to designate vulnerable groups that are excluded from co-payments. France, for instance, has a list with approximately thirty chronic sicknesses. Those who are on this list are excluded from paying co-payments. A list such as this can consist of sicknesses (France), but also of certain target groups. Belgium, for example, has exceptions for a range of target groups such as widows and members of convent communities. The groups can be excluded entirely from paying co-payments like in France, but also can pay a reduced amount or a reduced ceiling of co-payments. The latter two alternatives apply to Belgium.

An advantage of this method is that the group(s) can be limited by choice.

A disadvantage is, first of all, that someone will have to decide which chronically sick people will and will not be exempted. And this is always an arbitrary decision. The seriousness of sicknesses is a sliding scale. There is no group of “serious sicknesses” and “not-serious sicknesses” with nothing in between. This also applies to the costs for treating sicknesses. There are not only expensive and cheap sicknesses, but also the full range in between. Moreover it is also true that within certain sickness groups the costs and seriousness of the illness can vary per individual. The second disadvantage is that of the protection measures mentioned here, this method offers the least guarantee that nobody will encounter financial problems because of health-care costs that are too high.

2. Income-dependent co-payment

A completely different method to ensure that people who have a lot of health-care costs do not run into financial problems due to these costs is to make co-payments income dependent. In Switzerland and the Netherlands, for instance, the amount that a patient pays for home care is income-dependent. In Belgium, people with a low income pay a reduced co-payment for almost all types of care.

The advantage is that, relatively speaking, the financial incentives are equally strong for people with different incomes.

The disadvantage is that a poverty trap could arise.

3. Ceiling for co-payments

The third method is creating a ceiling for the total health-care costs. In that case people pay the co-payment up to a fixed amount, the ceiling. This ceiling protects people against overly high health-care costs. Such a system is in place in Switzerland, Sweden and the Netherlands.

The advantage of a ceiling is that the administrative costs are lowest, whereas at the same time it guarantees (as long as the ceiling is not too high) that nobody has to pay very high health-care costs.

The disadvantage of a ceiling is that the inhibiting effect of the co-payment is cancelled out after the ceiling is reached.

There are a couple of possible variations with regard to ceilings:

Fixed ceiling

It is possible to set a ceiling below which everyone pays 100% co-payment and above which nobody pays any co-payment. In the Netherlands, this is the case (in 2006) with the *no claim*. The deductible in the Netherlands in 2008 is also an example of this.

Multi-level ceiling

Within the surveyed countries, a more gradual alternative has been chosen. People in Switzerland, for instance, pay 100% deductible for the first €200 and subsequently pay 10% co-payment for the next portion of over € 4000 of health-care costs. The total co-payment is therefore about €600, but the co-payment stays an incentive to decrease health-care costs up to over € 4200. For

medicines, Sweden has a similar multi-level approach. There is a stepwise decrease of the deductible in terms of percentage.

The advantage of a multi-level ceiling as opposed to a fixed ceiling is that it keeps acting as an incentive much longer. Studies into co-payments in the health-care sector show that a co-payment has an inhibiting effect, but that the degree of inhibition does not vary considerably with the height of the co-payment.¹⁰ This means that - at the same ceiling - a low co-payment has a longer-lasting effect than a high co-payment. The disadvantage of a multi-level ceiling is that people who are relatively healthy pay less co-payment than when a fixed ceiling is in place, whereas chronically ill people still pay the same co-payment.

Making the ceiling dependent on chronic sickness

A reduced ceiling could be put in place for people with a chronic sickness or who are handicapped. Hereby all the advantages and disadvantages of exempting people on the basis of their sickness apply (see above).

Income-dependent ceiling

No matter if a ceiling is fixed or multi-level, in both cases it is possible to make the ceiling dependent on, for example, income or sickness.

The advantage of making the ceiling income-dependent is that – because people's financial resources are taken into account - only people with little money to spend become “ceilinged” and the others pay more.

The disadvantage is that income doesn't mean everything. Someone who has a relatively high income and also has high health-care costs can still run into financial problems because of those health-care costs. This problem can be solved by guaranteeing a social minimum (see below).

4. Guaranteed minimum

The fourth method is setting a social minimum, whereby you guarantee that this will be available to everyone for life expenditures, regardless of their health-care co-payment. Whoever would keep less of this guaranteed net income for life expenditure due to payment of the co-payment would receive a discount on his co-payment so that he nevertheless would keep his guaranteed income. Such a system is in place in Sweden and Switzerland. In Sweden, people whose net income becomes too low due to health-care costs are eligible for a lowered ceiling for their co-payments. In Switzerland, people whose net income would become too low due to health-care costs are eligible for related benefits. In a system like this, other fixed charges (rent in particular) are also taken into account.

¹⁰ Zweifel, Manning (2000): The most famous and most large-scale experiment with regard to health-care deductibles, the Health Insurance Experiment, showed that: without deductibles 86.8% of people used medical care, as opposed to 78.7% when there was a 25% deductible and 77.2% when there was a 50% deductible. The number of doctor visits by people who did not have to pay a deductible was 4.55 on average, while the number of visits was 3.33 for people with a 25% deductible and 3.03 for people with a 50% deductible.

Advantage: this is the best method to prevent people from running into financial problems due to health-care costs.

Disadvantage: this method involves more administrative costs than the other methods mentioned.

Overview

The figure below depicts the advantages and disadvantages of various co-payment exemptions. All solutions have advantages (a green dot) and disadvantages (a red dot). Advantages and disadvantages can also depend on the way the exemption is regulated (a blue dot).

Figure S.1. Overview advantages and disadvantages of various co-payment exemptions for chronically sick people



1 Inleiding

1.1 Aanleiding en onderzoeksvragen

In de Algemene Politieke Beschouwingen van 28 september 2006 spreekt de Tweede Kamer over het vervangen van de no-claim in de zorg door een systeem van eigen betalingen. Ook bespreekt de Tweede Kamer de wenselijkheid en de mogelijkheid chronisch zieken en gehandicapten uit te zonderen van eigen bijdragen. Het debat verloopt als volgt:

Minister Balkenende: Een toekomstbestendige gezondheidszorg kent een goed evenwicht tussen solidariteit en individuele verantwoordelijkheid. Eigen betalingen vergroten de eigen verantwoordelijkheid en beperken de collectieve last. Een bescheiden eigen betaling in de zorgfinanciering bevordert de nettobetalers aan zorg om bij te dragen aan chronisch zieken. Alle landen om ons heen kennen een vorm van eigen betalingen, vaak oplopend tot vele malen de € 255 die in Nederland maximaal moeten worden betaald.”(..)

Minister Balkenende: (..)“U benadrukt een ander punt, namelijk wat het betekent voor kwetsbare groepen.

De heer Rouvoet: ”Gaat u daar dan op in! Kunt u meekomen met de gedachte dat het juist onsolidair is, omdat wij van mensen die chronisch ziek zijn en dus veel zorgkosten hebben, vragen om bij te dragen aan kosten voor gezonde mensen.”(..)

De heer Bos:”(..) Mijn concrete vraag is: welke verantwoordelijkheid wilt u dat een chronisch zieke gaat nemen?”

Minister Balkenende:”Wanneer mensen niet anders kunnen, is die eigen verantwoordelijkheid natuurlijk erg moeilijk. Dat zie ik ook wel. Daar hebt u gelijk in.”(..)

Mevrouw Halsema:(..)”Kan er in dat geval niet naar een tussenoplossing worden gezocht door chronisch zieken en gehandicapten uit te sluiten van de no-claim regeling?”(..)

Minister Balkenende:”Dan halen we een bepaalde groep eruit. Je hebt ook andere solidariteitsmomenten, dus de vraag is of je dat wel zou moeten doen.”(..)

Mevrouw Halsema:” Het is niet zomaar een groep die wij er uithalen, het is precies de groep waarom het gaat. Voor deze mensen pakt de maatregel erg onrechtvaardig uit. De minister-president erkent dat ook. Hij erkent dat chronisch zieken en gehandicapten niet in staat zijn hun eigen verantwoordelijkheid te nemen, omdat zij aangewezen zijn op zorg, omdat zij niet kunnen bezuinigen op hun zorgkosten en daarom onrechtvaardig hoge bedragen moeten betalen.”(..)

Minister Balkenende: “Een groot probleem is waarop je de groep bepaalt. Straks komt de vraag op voor wie wel of wie niet een uitzondering kan worden gemaakt. In dat verband moeten we naar de regeling voor buitengewone uitgaven kijken. Er maken 2,9 miljoen huishoudens gebruik van, terwijl zij voor een veel kleinere groep bedoeld was. Ik geef maar even aan tegen welke dingen we gaan oplopen. Laten wij dat eerlijk onder ogen zien. Juist de buitengewone uitgavenregeling geeft aan hoe moeilijk het is om die groep te definiëren.”(..)

De heer Verhagen:”Als wij het debat goed willen voeren en als wij op verantwoorde wijze tot afschaffing willen overgaan – wij willen dat – dan moeten wij de alternatieven goed bekijken. (..) We moeten van het kabinet een analyse krijgen van de consequenties en mogelijkheden”

Naar aanleiding van dit debat en het eveneens in september 2006 door het ministerie van VWS geschreven rapport *Naar integratie van buitengewone uitgaven en zorgstoelag?* over de problemen van de buitengewone uitgavenregeling is het ministerie op zoek gegaan naar een manier om chronisch zieken en gehandicapten te compenseren. Voorwaarden zijn dat de regeling gericht is op de juiste groep, zo eenvoudig mogelijk uitvoerbaar is en dat het budgettair beslag van de regeling beheersbaar is.

In deze zoektocht heeft het ministerie van VWS SEO Economisch Onderzoek en NIVEL gevraagd samen onderzoek te doen naar de manier waarop andere landen deze problemen hebben opgelost. Doelstelling van het onderzoek was om van Nederland, Zweden, België, Frankrijk en Zwitserland een gedetailleerde beschrijving te krijgen van de eigen betalingen in de zorg.

Op basis van deze doelstelling heeft het ministerie van VWS de vraagstelling voor dit onderzoek als volgt geformuleerd:

1. Beschrijf voor een aantal landen de eigen betalingen in de zorg (zowel de cure als de care). Hierbij moet worden ingegaan op de regelgeving, op welke vormen van zorg is de eigen betaling van toepassing. In welke mate worden de eigen betalingen in de verschillende landen gedifferentieerd naar individuen (inkomen, ziekten, leeftijd?). Speciale aandacht moet hierbij uitgaan naar de manier waarop mensen met een chronische aandoening worden geconfronteerd met eigen betalingen. De gekozen manier van beschrijven moet dusdanig zijn dat de verschillende systemen onderling met elkaar kunnen worden vergeleken.
2. Wat zijn de financiële gevolgen van de gekozen vormgeving? Wat is de macro-opbrengst (in euro's en in percentage van totale zorgkosten), hoe groot zijn de gedragseffecten? Hoe slaan de inkomenseffecten neer bij de verschillende groepen?
3. Maak op microniveau een gedetailleerde vergelijking tussen verschillende individuen onder de omschreven systemen.

1.2 Onderzoeksopzet

Om antwoord te kunnen geven op de onderzoeksvragen hebben wij de volgende onderzoeksmethodieken gebruikt:

- Literatuurstudie;
- Uitgebreide schriftelijke enquête experts uit de betreffende landen;
- Interviews in de betreffende landen;
- Micromodel.

Literatuurstudie

We hebben de beschikbare schriftelijke informatie over eigen betalingen in de zorg in de geselecteerde landen de positie van chronisch zieken daarin onderzocht. Deze literatuur ziet u terug in de literatuurlijsten van de hoofdstukken van de desbetreffende landen.

Enquête experts uit de betreffende landen

Vervolgens hebben we een gestructureerde enquête opgesteld. De enquête hebben we zelf ingevuld voor Nederland. Voor de andere landen hebben we deze ook ingevuld op basis van de informatie die we op basis van het literatuuronderzoek hebben gevonden. De door ons deels ingevulde enquête hebben we voorgelegd aan buitenlandse experts in de betreffende landen. De experts hebben vanuit hun expertise de enquête ingevuld voor hun eigen land. Dit waren: dr. K. Lamiraud, Universiteit van Lausanne (Zwitserland), prof. dr. A. Anell, Universiteit van Lund (Zweden), dr. M. Duriez, Haut Conseil de la Santé Publique (Frankrijk) en dr. C. van de Voorde, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg.

Interviews in de betreffende landen

Vervolgens hebben we werkbezoeken afgelegd in het buitenland. Hierbij hebben we een zo breed mogelijk scala aan personen geïnterviewd, die iets te maken hebben met eigen betalingen en de uitzonderingen daarop. Zo hebben we beleidsambtenaren gesproken, onafhankelijke experts, uitvoerders van organisaties die een rol spelen in het systeem, woordvoerders van een platform chronisch zieken etc. Ook hebben we de eerder geënquêteerde experts opgezocht om de zaken die we elders hoorden aan hen voor te leggen en te verifiëren.

Micromodel

Vervolgens hebben we berekend wat een invoering van een Zweeds, Frans, Zwitsers en Belgisch eigen bijdragesysteem *in Nederland* zou betekenen voor Nederlandse individuen. Hiermee kunnen we een betere vergelijking creëren tussen de microkosten van de verschillende buitenlandse systemen. Het kan immers zijn dat de buitenlandse systemen extra kosten (of juist minder kosten) met zich meebrengen voor een bepaalde doelgroep omdat bijvoorbeeld de manier van belasting heffen, de criteria om een bijstandsuitkering te krijgen etc. verschillen. Door de vertaling te maken van de buitenlandse systemen naar Nederland nemen we de kostenverschillen die ontstaan door zaken buiten het zorgstelsel niet mee. We gaan uit van de situatie in alle landen van 2006.

Op basis van gegevens van de Belastingdienst hebben we bruto/netto trajecten geprogrammeerd voor voorbeeldpersonen binnen de gekozen profielen. We hebben een rekenmodel gemaakt waarin we de verschillende kenmerken van de regeling kunnen variëren:

- a. voor welke zorg een eigen betaling (onderscheiden naar eigen risico en eigen bijdrage) verplicht is, en voor welke zorg niet;
- b. het maximum aan eigen betalingen en hoe dit is vormgegeven;
- c. of er mensen uitgezonderd zijn van het betalen van eigen betalingen en op welke wijze dit is vormgegeven;
- d. of mensen op basis van een chronische aandoening zijn uitgezonderd van de eigen betaling dan wel op andere wijze een speciale behandeling krijgen;
- e. de criteria waaraan mensen moeten voldoen om gerekend te worden tot de groep van mensen met een chronische aandoening (ziektebeeld, medicijngebruik, kosten, inkomen, andere factoren of een combinatie van eerder genoemde factoren);
- f. of mensen via de fiscaliteit of via andere overheidsmiddelen compensatie voor hun ziektekosten kunnen krijgen.

Op basis van de informatie uit de verschillende landen hebben we elk van deze ‘knoppen’ (kenmerken) in de juiste stand gezet en berekend wat deze personen moeten betalen in de verschillende systemen.

We hebben de effecten op de inkomens van de 42 voorbeeldpersonen berekend. Deze voorbeeldpersonen hebben de volgende achtergrondkenmerken:

1. Een alleenstaande met een bijstandsuitkering (we noemen deze in vervolg: “bijstandsgerechtigde”)
2. Een alleenstaande met een modaal inkomen (“alleenstaande modaalverdiener”)
3. Een alleenstaande met een 2x modaal inkomen (“dubbelmodaalverdiener”)
4. Een alleenverdiener met 2 kinderen en een modaal inkomen (“gezin 2 kinderen”)
5. Een alleenstaande met een AOW-inkomen (“alleenstaande AOW’er”)
6. Een echtpaar met een AOW-inkomen (“AOW-echtpaar”)

Als we spreken over groep 2 en 4 samen noemen we hen “modaalverdieners”.

Daarnaast hebben we van elk van deze zes categorieën gekoppeld aan 7 zorgprofielen:

- a. kerngezond persoon (“kerngezonde”)
- b. chronisch zieke met hartfalen (“hartfalen”)
- c. chronisch zieke met COPD (“COPD”)
- d. chronisch zieke met diabetes (“diabetes”)
- e. chronisch zieke met artrose (“artrose”)
- f. chronisch zieke met MS (“gehandicapte”)
- g. redelijk gezond persoon (“redelijk gezonde”)

Waar we spreken over “chronisch zieken” bedoelen we ook gehandicapten.

In bijlage A staat aangegeven welke zorgprofielen we voor deze groepen hebben gebruikt en hoe deze tot stand zijn gekomen.

1.3 Leeswijzer

De volgende vijf hoofdstukken beschrijven gedetailleerd de regelgeving en de gevolgen daarvan in de vijf bestudeerde landen. De hoofdstukken hebben allemaal de volgende opzet:

1. Overzicht zorgstelsel
2. Vormgeving zorgverzekeringsstelsel in 2006
 - 2.1 Kenmerken zorgverzekeringsstelsel
 - 2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?
 - 2.3 Kosten van het stelsel
3. Premie
 - 3.1 Hoogte premie
 - 3.2 Bijzondere groepen voor wie gereduceerde premies gelden
 - 3.3 Premiedifferentiatie
 - 3.4 Keuzevrijheid van eigen risico of arts
 - 3.5 Aanvullende verzekeringen
4. Systeem van eigen betalingen
 - 4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen
 - 4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking
 - 4.3 Uitvoering eigen betalingen

5. Beschermingsmaatregelen
 - 5.1 Vormgeving en criteria van beschermingsmaatregelen
 - 5.2 Specifieke beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken en gehandicapten
 - 5.3 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen
6. Achtergronden van het systeem van eigen betalingen
 - 6.1 Redenen voor invoering van het systeem van eigen betalingen
 - 6.2 Redenen voor aanpassingen en uitzonderingen
 - 6.3 Waargenomen voor- en nadelen van het gehanteerde systeem
7. Gevolgen van het systeem
 - 7.1 Gedragseffecten
 - 7.2 Inkomenseffecten
 - 7.3 Budgettaire effecten
8. Zorgkosten groepen vergeleken
 - 8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen?
 - 8.2 Welke groepen betalen meer en minder?
 - 8.3 Premie
 - 8.4 Eigen bijdragen
 - 8.5 Niet-vergoede zorgkosten
 - 8.6 Flankerend beleid
 - 8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf
9. Literatuur en geraadpleegde personen

2 Nederland

In dit hoofdstuk staat het Nederlandse zorgverzekeringsstelsel centraal. Het hoofdstuk begint met een overzicht van het stelsel in Nederland. Vervolgens volgt er een paragraaf over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel (paragraaf 2), de premies die Nederlanders betalen om zich verzekerd te weten van zorg (paragraaf 3), de eigen bijdragen die mensen betalen aan de eigen zorgkosten (paragraaf 4), de beschermingsmaatregelen (paragraaf 5), de achtergronden van het systeem (paragraaf 6), de gevolgen van het systeem (paragraaf 7) en de vergelijking van de zorgkosten van gezonden en chronisch zieken (paragraaf 8). Daarna volgt de literatuur (Paragraaf 9).

2.1 Overzicht zorgstelsel

Het zorgverzekeringsstelsel in Nederland bestaat uit drie compartimenten. Het eerste compartiment is de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), voor de dekking van langdurige en medische condities met hoge ziektekosten. Het tweede compartiment wordt gevormd door de Zorgverzekeringswet (Zvw), voor de dekking van zorgkosten die binnen het wettelijk basispakket vallen. Het derde compartiment is de aanvullende verzekering, waar men zich kan verzekeren voor zorg die niet binnen de eerste twee compartimenten valt. Iedereen boven 18 jaar is verplicht verzekerd voor de eerste twee compartimenten.

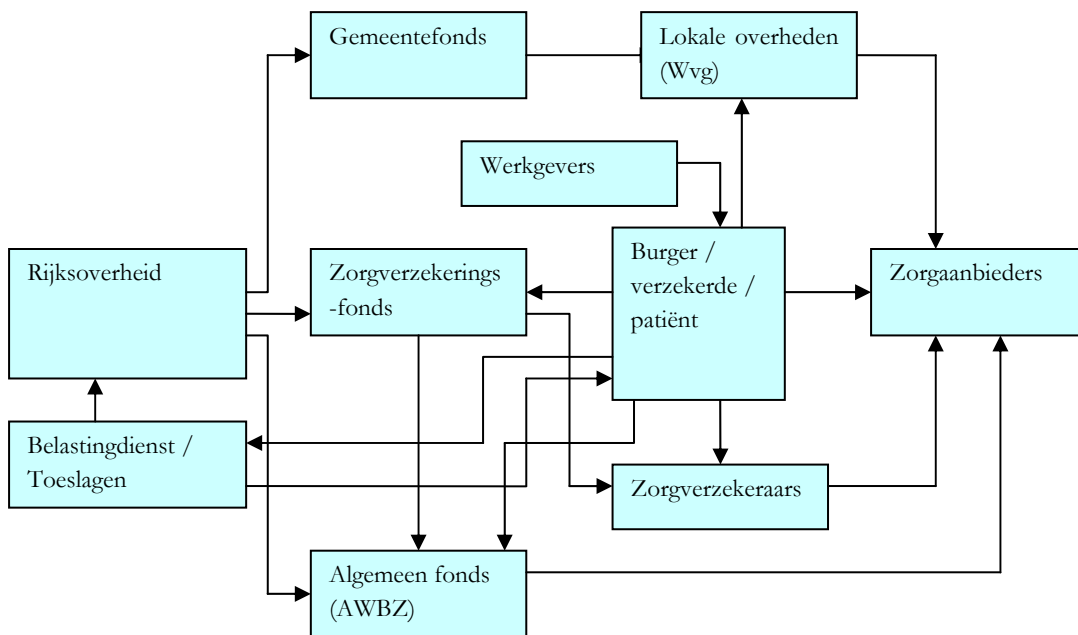
Behalve de AWBZ en de Zvw, bestond in 2006 een derde wet op grond waarvan men recht kon doen gelden op verstrekking van bepaalde vormen van zorg, namelijk de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg). De Wvg bood voorzieningen om het zelfstandig functioneren in de thuissituatie te bevorderen, zoals woning-aanpassingen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen. Per 1 januari 2007 is de Wvg opgegaan in de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Ook de huishoudelijke verzorging, die onderdeel uitmaakte van de AWBZ, is overgeheveld naar de Wmo. We bespreken in dit hoofdstuk echter de situatie van 2006.

De AWBZ is een volksverzekering, waarvan de premie is opgenomen in de loonheffing van de volksverzekeringen. Voor de Zvw betaalt men een inkomensafhankelijke premie, die in het zorgverzekeringsfonds wordt gestort, en een nominale premie aan de particuliere zorgverzekeraar waar men de zorgverzekering heeft afgesloten. Als tegemoetkoming in de nominale premie kunnen burgers met een inkomen tot circa € 25.000 (alleenstaanden) of € 40.000 (meerpersoonshuishoudens) in aanmerking komen voor zorgtoeslag. De Wvg wordt uitgevoerd door de Nederlandse gemeenten en grotendeels gefinancierd vanuit het gemeentefonds.

Eigen betalingen maken deel uit van alle drie genoemde zorgwetten. Bij gebruik van AWBZ-gefinancierde zorg wordt een inkomensafhankelijke eigen bijdrage geïnd. De eigen bijdrage binnen de Zvw had in 2006 (en 2007) de vorm van een no-claimregeling. Bij de verstrekking van Wvg-voorzieningen kon door gemeenten een eigen bijdrage worden gevraagd voor woon- en vervoersvoorzieningen.

Mensen die in verhouding tot hun inkomen hoge zorgkosten hebben kunnen onder bepaalde voorwaarden hun zorgkosten (gedeeltelijk) compenseren via de regeling Bijzondere bijstand en/of de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven binnen de Wet inkomstenbelasting. De regeling Bijzondere bijstand is vooral bedoeld voor mensen met een laag inkomen. Voor het gebruik van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven geldt geen inkomensplafond. Wel zijn binnen deze regeling extra compensatiemogelijkheden opgenomen voor mensen met hoge specifieke uitgaven (deels in combinatie met inkomensvoorwaarden). Tevens bestaat sinds 2004 de regeling Tegemoetkoming buitengewone uitgaven, waardoor mensen die een laag inkomen hebben meer compensatie kunnen ontvangen dan het bedrag dat zij aan inkomstenbelasting hebben betaald. Voor ouders van gehandicapte kinderen bestaat de regeling Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG 2000).

Figuur 2.1 Financieringsstromen gezondheidszorg Nederland, 2006



2.2 Vormgeving zorgverzekeringsstelsel in 2006

2.2.1 Kenmerken zorgverzekeringsstelsel

In deze paragraaf worden de drie wettelijke regelingen beschreven die in 2006 recht gaven op vergoeding van zorg.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ is een volksverzekering die zware ziektekostenrisico's dekt waarvoor men zich niet individueel kan verzekeren. Iedereen die in Nederland woont of werkt heeft recht op vergoeding van AWBZ-zorg. De AWBZ-premie is opgenomen in de loonheffing van de volksverzekeringen. Ook mensen met een AOW- of ANW-uitkering moeten deze premie betalen.

De AWBZ gaat sinds april 2003 niet meer uit van het bestaande zorgaanbod (bijvoorbeeld thuiszorg, verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg), maar van de zorg die iemand nodig heeft. De zeven functies waarvoor iemand in 2006 een AWBZ-indicatie kon krijgen zijn: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, behandeling en verblijf. Iemand die AWBZ-zorg nodig heeft, kan kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget (pgb). Met een persoonsgebonden budget krijgt de cliënt een voorschot van het zorgkantoor waarmee hij zelf zorg kan.

inkopen. In 2006 kon men een pgb krijgen voor de functies huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding, en – onder voorwaarden – voor tijdelijk verblijf. Zowel bij zorg in natura als bij een pgb betaalt men meestal een eigen bijdrage, die inkomensafhankelijk is.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Alle inwoners van Nederland zijn verplicht een zorgverzekering bij een private zorgverzekeraar af te sluiten. De verplichting betreft het basispakket. De overheid stelt het verzekerde pakket van de basisverzekering vast. Voor behandelingen die buiten de zorgverzekering vallen, kunnen mensen zich aanvullend verzekeren. Dat is niet verplicht. De aanvullende verzekering kunnen verzekerden ook afsluiten bij een andere zorgverzekeraar dan die waarbij ze het basispakket hebben verzekerd.

Particuliere zorgverzekeraars ontvangen geld uit het zorgverzekeringsfonds en direct van hun verzekerden. In het zorgverzekeringsfonds wordt de inkomensafhankelijke bijdrage, die door alle verzekeringsplichtigen met een bijdrage-inkomen moet worden betaald gestort, evenals de rijksbijdragen. Werkgevers en uitkeringsinstanties vergoeden de inkomensafhankelijke bijdrage. De directe bijdrage van verzekerden aan de zorgverzekeraars betreft hun nominale premie, die zij van hun netto inkomen betalen. Burgers kunnen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een zorgtoeslag ter compensatie van deze nominale premie. Deze zorgtoeslag wordt uitgekeerd door de Belastingdienst/Toeslagen. De zorgverzekeraars vergoeden de geconsumeerde verzekerde zorg rechtstreeks aan de zorgaanbieder of betalen de verzekerde een vergoeding voor de door hem betaalde nota van de zorgaanbieder. De patiënt betaalt in bepaalde gevallen zelf nog rechtstreeks aan de zorgaanbieder een eigen bijdrage.

Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

Recht op vergoeding van ondersteuning hadden chronisch zieken, gehandicapten en ouderen in 2006 ook door een apart wettelijk kader, te weten de Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)¹¹. Chronisch zieken, gehandicapten en ouderen kunnen voorzieningen nodig hebben om zelfstandig te functioneren. Krachtens de Wvg kan men in aanmerking komen voor woningaanpassingen, rolstoelen en vervoersvoorzieningen. Een inwoner van een bepaalde gemeente kan een aanvraag voor een Wvg-voorziening indienen bij de gemeente waarin hij/zij woont. Het soort voorziening dat verstrekt wordt en de hoogte van de eventuele eigen bijdrage kunnen per gemeente verschillen. De uitvoering van de Wvg wordt gefinancierd uit het gemeentefonds (ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties).

In aanvulling op de Wvg-vervoersvoorzieningen bestaat een regeling voor het bovenregionaal vervoer van gehandicapten, Valys. Met een Valyspas heeft men recht op een persoonlijk kilometerbudget (pkb), waarmee men met een Valys-taxi bovenregionaal kan reizen. De kilometers met de Valys-taxi binnen het pkb worden berekend tegen een gemiddeld OV-tarief

¹¹ Met ingang van 1 januari 2007 opgegaan in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo).

(€ 0,16 per kilometer). Daarboven betaalde men in 2006 € 1,25 per kilometer voor de Valys-taxi. Men komt in aanmerking voor Valys, indien de gemeente een positieve indicatie heeft afgegeven voor Wvg-vervoer, een Wvg-rolstoel of scootmobiel of indien men in het bezit is van een gehandicaptenparkeerkaart of een OV-begeleiderspas.

2.2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?

Bijlage C bevat een overzicht van verstrekkingen waarvoor men gehele of gedeeltelijke vergoeding kan ontvangen krachtens de AWBZ, de Zvw (basisverzekering) of de Wvg. We merken op dat hierbij is uitgegaan van zorg of ondersteuning aan zelfstandig wonende verzekerden c.q. burgers.

2.2.3 Kosten van het stelsel

In 2006 bedroegen de totale uitgaven aan de gezondheidszorg bijna € 48,6 miljard volgens het Budgettair Kader Zorg (ministerie van VWS, 2007). Dit komt overeen met 9,2% van het bruto binnenlands product (BBP) en € 2.974 per hoofd van de bevolking.

De bruto BKZ-uitgaven omvatten de totale uitgaven gefinancierd via opbrengsten uit premieheffing (AWBZ, Zvw), rijksbijdragen en eigen betalingen van patiënten. Wanneer daarvan de eigen betalingen buiten beschouwing worden gelaten, spreekt men van de netto BKZ-uitgaven. De eigen betalingen bedroegen in 2006 ruim 3,8 miljard. Het collectief gefinancierde deel, de netto BKZ-uitgaven, behelsde ruim € 44,7 miljard euro (ministerie van VWS, 2007).

In tabel 2.1 staan de financieringsbronnen van de AWBZ en de Zvw van 2006 vermeld. De tabel laat zien dat de uitgaven aan de AWBZ circa € 23 miljard waren, waarvan 8% uit eigen betalingen van cliënten werd gefinancierd. Ook van de kosten van uitvoering van de Zvw (€ 25,5 miljard en € 2,5 miljard voor de AWBZ ten behoeve van de GGZ) kwam circa 8% voor eigen rekening van de patiënten.

Tabel 2.1. Financiering van de AWBZ en de Zvw per financieringsbron (2006)

	€ miljard
AWBZ	
Procentuele premie	14,0
Bijdrage van het zorgverzekeringsfonds voor GGZ	2,5
Rijksbijdrage	0,0
Bijdrage in de Kosten van Kortingen (BIKK)	4,7
Eigen betalingen cliënten	1,8
Zorgverzekeringswet	
Inkomensafhankelijke bijdrage*	14,1
Nominale premie	9,8
Rijksbijdrage kinderen	1,9
Overige baten zorgverzekeringsfonds	0,1
Eigen betalingen patiënten	2,1

Bron: ministerie van VWS, 2007

* De inkomensafhankelijke bijdrage wordt gestort in het zorgverzekeringsfonds, waaruit € 2,5 miljard aan de AWBZ wordt verstrekt ten behoeve van de GGZ.

De totale kosten van gemeenten aan Wvg-voorzieningen worden voor 2005 geschat op € 927,5 miljoen (SGBO, 2006). Het betreft hier de uitgaven op kasbasis, dat wil zeggen de werkelijke kasuitgaven in het boekjaar van 345 responderende gemeenten, geëxtrapoleerd naar alle 467 Nederlandse gemeenten (april 2006). Wanneer uitgegaan wordt van de uitgaven op verplichtingenbasis (de geraamde uitgaven aan verplichtingen waarvoor een positieve indicatie is afgegeven), dan bedragen de uitgaven over 2005 € 959,4 miljoen. In beide gevallen wordt een fractie van de kosten (€ 1,1 miljoen) betaald uit de eigen betalingen van cliënten. Over het jaar 2006 zijn nog geen landelijke cijfers bekend.

2.3 Premie

2.3.1 Hoogte premie

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

De AWBZ is een volksverzekering, waarvoor maandelijks premie wordt ingehouden van het loon, de uitkering of het pensioen. De definitieve vaststelling van de verschuldigde premies volksverzekeringen gebeurt op basis van het inkomen uit werk en inkomen (box 1), zoals vastgesteld bij de aangifte Inkomstenbelasting. De AWBZ-premie is inkomensafhankelijk en bedroeg in 2006 12,55% van het premie-inkomen. De premie wordt geheven over het inkomen behorend tot de eerste twee belastingschijven (maximaal € 30.631 in 2006) en bedroeg in 2006 dus maximaal € 3.844.

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Voor de basisverzekering betaalt men een nominale premie en een inkomensafhankelijke bijdrage. Kinderen tot 18 jaar zijn gratis verzekerd. De nominale premie betaalt de verzekerde direct aan de zorgverzekeraar. Iedere verzekeraar stelt zelf de nominale premie vast. De gemiddelde nominale premie was in 2006 € 1.030 (ministerie van VWS, 2007). De inkomensafhankelijke bijdrage wordt van het bijdrage-inkomen afgehouden en in het zorgverzekeringsfonds gestort. De inkomensafhankelijke bijdrage is meestal 6,5% van het bijdrage-inkomen tot € 30.015 (2006) en bedroeg in 2006 dus maximaal € 1.950. Deze inkomensafhankelijke bijdrage wordt vergoed door de werkgever of de uitkeringsinstantie. Over de vergoeding is men wel loonbelasting verschuldigd. Indien men niet in aanmerking komt voor vergoeding van de bijdrage, bijvoorbeeld omdat men niet in loondienst is, dan betaalt men 4,4% van het bijdrage-inkomen; in 2006 dus maximaal € 1.320. In tabel 2.2 staat vermeld over welke inkomens welke bijdrage wordt geheven. Voor kinderen jonger dan 18 jaar, betaalt de overheid rechtstreeks aan het zorgverzekeringsfonds.

Tabel 2.2. Inkomensafhankelijke bijdragen (percentage van het bijdrage-inkomen), 2006

Groep	Percentage
Werknemer in loondienst	6,5%
Zelfstandig ondernemer	4,4%
AOW	6,5%
Aanvullend pensioen	4,4%

2.3.2 Bijzondere groepen voor wie gereduceerde premies gelden

Afhankelijk van de hoogte van het inkomen, kan men krachtens de Wet op de zorgtoeslag (Wzt) in aanmerking komen voor zorgtoeslag. Dit is een tegemoetkoming van de overheid in de kosten van de nominale premie van de Zvw, uitgevoerd door de Belastingdienst/Toeslagen. Alleenstaanden met een toelaginkomen tot circa € 25.000 en meerpersoonshuishoudens met een inkomen tot circa € 40.000 komen in aanmerking voor zorgtoeslag. De maximale zorgtoeslag bedroeg in 2006 € 404 voor alleenstaanden en € 1.155 voor meerpersoonshuishoudens en wordt maandelijks uitgekeerd.

2.3.3 Premiedifferentiatie

Voor de AWBZ geldt dat de premie in 2006 zowel voor mensen jonger dan 65 jaar als voor 65-plussers 12,55% van het premie-inkomen (tot de tweede belastingschijf) bedroeg. De inkomensafhankelijke bijdrage voor de zorgverzekering kent twee tarieven: 4,4% en 6,5%, afhankelijk van de inkomensbron (of al of niet vergoeding plaatsvindt). We beperken ons in deze paragraaf tot de mogelijke verschillen in de nominale premie die verzekerden aan zorgverzekeraars betalen.

Voor de basisverzekering hebben de zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Bovendien mogen zij geen premie-differentiatie toepassen, dus niet voor dezelfde verzekering een verschillende premie heffen op grond van leeftijd, geslacht, etnische achtergrond, regio of gezondheidsrisico. Zorgverzekeraars kunnen wel korting geven op de premie bij het afsluiten van collectieve contracten. Deze korting mag maximaal 10% bedragen. In 2006 betaalden collectief verzekerden gemiddeld € 987 voor hun basisverzekering tegen € 1.053 voor de individueel verzekerden (Smit & Mokveld, 2006). Individueel verzekerden betalen dus circa 6,3% meer voor hun basisverzekering dan collectief verzekerden. Collectieve contracten kunnen sinds 2006 niet alleen worden afgesloten via werkgevers, maar ook door leden van een vakbond, patiëntenorganisatie, etc. Steeds meer mensen zijn verzekerd via een collectief contract: in 2005 ging het om 31% en in 2006 44%. Cijfers over 2007 laten zien dat deze trend nog verder is doorgezet; inmiddels heeft 57% van het totale aantal verzekerden een collectieve verzekering (Vektis, 2007).

Aanvullende verzekeringen vallen niet onder de wettelijke voorwaarden van de zorgverzekering. Dit betekent dat de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie niet geldt voor aanvullende verzekeringen.

2.3.4 Keuzevrijheid van eigen risico of arts

Bij het afsluiten van een basisverzekering bij een verzekeraar kon men in 2006 kiezen voor een vrijwillig eigen risico bovenop de no-claim (zie voor informatie over de no-claimregeling paragraaf 2.4.2). Er kon gekozen worden tussen geen eigen risico en een eigen risico van € 100, € 200, € 300, € 400 of € 500. Afhankelijk van de hoogte van het gekozen eigen risico, geven de verzekeraars een korting op de nominale premie. In 2006 heeft 95% van de verzekerden gekozen voor een basisverzekering zonder eigen risico. In het geval dat een eigen risico werd gekozen, ging het meestal om het laagst mogelijke (€ 100) of hoogst mogelijke (€ 500) eigen risico.

De meeste verzekeraars hebben in 2006 een contract afgesloten met een groot aantal zorgaanbieders. Echter, het is mogelijk dat verzekeraars alleen een beperkt aantal zorgaanbieders contracteren, bijvoorbeeld die zorgaanbieders met de kwalitatief beste zorg. (Kiesbeter, 2007)

2.3.5 Aanvullende verzekeringen

In 2006 had 93% van de Nederlandse verzekerden naast de verplichte basisverzekering een vrijwillige aanvullende verzekering afgesloten. Bijna driekwart van de verzekerden (73%) was aanvullend verzekerd voor fysiotherapie en oefentherapie. Eveneens 73% was aanvullend verzekerd voor de tandarts (De Jong et al., 2006).

2.4 Systeem van eigen betalingen

2.4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen

Voor de AWBZ en de Wvg werden in 2006 eigen betalingen in de vorm van inkomensafhankelijke eigen bijdragen geheven. De eigen bijdrage voor de verstrekkingen binnen de basisverzekering (Zvw) betrof vooral de no-claim aftrek. Daarnaast kwamen vaste of procentuele eigen bijdragen voor en eigen betalingen van kosten die boven de maximale vergoeding uitkomen. In de volgende paragraaf worden deze eigen betalingen toegelicht.

2.4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking

Bijlage C laat zien welke eigen betalingen er in 2006 golden voor de verschillende vormen van zorg verzekerd via de AWBZ, de basisverzekering (Zvw) en de Wvg. Hieronder beschrijven wij de belangrijkste eigen betalingen.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

In 2006 werd alle 'zorg zonder verblijf' (thuiszorg) vanuit de AWBZ gefinancierd. Dit gold voor alle AWBZ-functies, dus ook huishoudelijke verzorging. De maximale periodebijdrage bedroeg € 16,40 per vier weken voor iedereen met een minimuminkomen. Bij een hoger inkomen heeft men een hogere maximale periodebijdrage. De maximale periodebijdrage was in 2006 € 544,20 per vier weken. Indien men een partner had die gebruik maakte van intramurale AWBZ-zorg (bijvoorbeeld verblijf in een verzorgings- of verpleeghuis), dan verviel de eigen bijdrage voor 'zorg zonder verblijf' aan de andere (thuiswonende) partner.

In 2007 is de huishoudelijke verzorging uit de AWBZ gehaald en ondergebracht in de Wmo. Voor de AWBZ en de Wmo worden nu de eigen bijdragen in samenhang bekeken. Er is één maximale periodebijdrage voor zowel extramurale AWBZ-zorg als Wmo. Deze is gebaseerd op het verzamelinkomen in het peiljaar (voor 2007 is dat 2005). De maximale periodebijdrage is in 2007 € 16,40 per vier weken voor alleenstaanden jonger dan 65 jaar met een inkomen tot € 16.137 en voor alleenstaanden van 65 jaar of ouder met een inkomen tot € 14.162. Voor gehuwden is de maximale periodebijdrage minimaal € 23,40 per vier weken. Met ingang van 1 januari 2007 wordt voor de AWBZ dus wel onderscheid gemaakt naar jonger of ouder dan 65 jaar of tussen alleenstaanden en gehuwden. Er is geen absoluut plafond meer aan de maximale periodebijdrage voor de AWBZ (en de Wmo).

Zorgverzekeringswet (Zvw)

De eigen bijdragen binnen de Zorgverzekeringswet worden vooral betaald in de vorm van een no-claimregeling. Bij de no-claimregeling betalen verzekerden van 18 jaar en ouder de eerste € 255 aan zorgkosten (vallend onder het basispakket) zelf. De kosten van huisartsenzorg,

verloskundige zorg en kraamzorg gaan niet ten koste van de no-claim. Als iemand in 2006 minder dan € 255 aan zorgkosten had, werd het verschil tussen de € 255 en de werkelijke zorgkosten gerestitueerd. Als de zorgkosten van de patiënt meer dan € 255 bedroegen, was er geen restitutie. Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claim vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per jaar voor verzekerden van 18 jaar en ouder. De zorg die nu buiten de no-claim valt, zal ook niet onder het verplichte eigen risico gaan vallen.

Zoals reeds vermeld, kon een verzekerde in 2006 daarnaast kiezen voor een eigen risico (geldend voor het basispakket). In dat geval betaalt de verzekerde de zorgkosten zelf tot een vastgesteld bedrag. Het eigen risico is de tweede in de orde van eigen betalingen binnen de Zvw. Dit betekent dat de no-claim eerst wordt 'verbruikt'. Indien de no-claim is 'verbruikt', betaalt de patiënt het eigen risico tot het met de verzekeraar overeengekomen bedrag. De kosten van huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, die niet meetellen voor de no-claim, tellen wel mee voor het eventuele vrijwillige eigen risico.

Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

Gemeenten konden een eigen bijdrage vragen voor woningaanpassingen en vervoersvoorzieningen (alleen voor het jaar waarin de voorziening werd toegekend), maar niet voor rolstoelen. De totale eigen bijdrage (voor alle toegekende voorzieningen tezamen) bedroeg in 2006 maximaal € 45 voor mensen met een inkomen tot 150% van het norminkomen. Indien het inkomen hoger was, mocht de gemeente een hogere eigen bijdrage vragen. Daarbij was 8,75% van het inkomen boven het norminkomen het meest gebruikelijk, 12,5% was het maximum. De gemiddelde eigen bijdrage per aanvrager bedroeg in 2005 over alle gemeenten € 10 (SGBO, 2006).

Met ingang van 1 januari 2007 is de Wvg ondergebracht in de Wmo. Er mag een inkomensafhankelijke bijdrage gevraagd worden voor alle individuele voorzieningen, behalve voor rolstoelen. Gemeenten mogen hun burgers gedurende maximaal drie jaar de inkomensafhankelijke bijdrage vragen voor een of meer voorzieningen. Op basis van het verzamelinkomen van de persoon en diens eventuele partner (van de twee voorgaande kalenderjaren) berekent het CAK-BZ (Centraal Administratie Kantoor voor Bijzondere Zorgkosten) de maximale periodebijdrage. Deze maximale periodebijdragen zijn gelijk aan die voor de AWBZ. Indien mensen ook een eigen bijdrage verschuldigd zijn vanwege het gebruik van AWBZ-zorg, dan geldt de maximale periodebijdrage voor beide regelingen tezamen.

2.4.3 Uitvoering eigen betalingen

Deze paragraaf beschrijft op welke wijze de systemen van eigen betalingen binnen de Nederlandse gezondheidszorg worden uitgevoerd.

Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ)

Het CAK-BZ bepaalt de maximale periodebijdrage voor de AWBZ en int ook de eigen bijdragen. Er is geen informatie beschikbaar over de hoogte van de uitvoeringskosten die specifiek zijn gemoeid met het innen van de eigen bijdragen. Van de totale € 23 miljard AWBZ-uitgaven, betreffen de beheerskosten € 180 miljoen (0,8%) (ministerie van VWS, 2007).

Zorgverzekeringswet (Zvw)

Voor de verplichte basisverzekering geldt dat zorgverzekeraars de no-claim en het eventuele vrijwillige eigen risico van verzekerden verdisconteren. De verzekerde betaalt de no-claimpremie

bovenop de verzekerings-premie direct aan de zorgverzekeraar. Het niet-geconsumeerde deel van de € 255 wordt door de verzekeraar aan het einde van het jaar gerestitueerd. Het vrijwillige eigen risico wordt van de nota's ingehouden bij declaratie van zorgkosten. De uitvoeringskosten van de no-claimteruggaveregeling (over 2005) bedroegen volgens de ziekenfondsen gemiddeld circa € 2 per verzekerde van 18 jaar of ouder (Goudriaan et al., 2007).

Wet voorzieningen gehandicapten (Wvg)

De eigen bijdrage voor Wvg-voorzieningen betaalden cliënten in 2006 rechtstreeks aan de gemeente. Het is niet bekend welke uitvoeringskosten specifiek gemoeid zijn met het innen van de eigen bijdragen. Met de komst van de Wmo (2007) zullen de eigen bijdragen voor de Wmo door het CAK-BZ worden geïnd, die dan ook de maximale periodebijdrage bepaalt en zorgt voor afstemming met de AWBZ.

2.5 Beschermingsmaatregelen

2.5.1 Vormgeving en criteria van beschermingsmaatregelen

In 2006 bestond de mogelijkheid tot compensatie voor een deel van de zorgkosten via de regeling Bijzondere bijstand binnen de Wet Werk en Bijstand en de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven binnen de Wet Inkomstenbelasting (BU-regeling). In aanvulling op de BU-regeling bestond bovendien de Tegemoetkomings-regeling buitengewone uitgaven (Tbu). Onderstaand worden deze compensatieregelingen besproken.

Bijzondere bijstand

Bijzondere bijstand omvat financiële steun van de gemeente aan burgers bij bijzondere kosten. Voorbeelden van bijzondere kosten zijn de kosten van een bril, extra energiekosten vanwege het gebruik van een elektrische rolstoel of extra verwarmingskosten vanwege reuma. Een voorwaarde voor vergoeding is dat de uitgaven absoluut noodzakelijk zijn en niet uit het eigen inkomen of vermogen betaald kunnen worden. Om voor restitutie in aanmerking te komen, dient allereerst te worden nagegaan of men in aanmerking komt voor bijzondere bijstand. Over het algemeen voldoet iemand aan de voorwaarden voor bijzondere bijstand, indien:

- De persoon alleen een AOW-uitkering heeft;
- De persoon alleen een Wajong-uitkering heeft;
- De persoon alleen een bijstandsuitkering heeft;
- De persoon een inkomen op bijstandsniveau heeft;
- De kosten medisch noodzakelijk zijn (dit bepaalt de sociale dienst);
- Men de kosten niet zelf kan betalen;
- Men de kosten niet op een andere manier vergoed kan krijgen (ministerie van SZW, 2007).

We merken hierbij op dat het hier globale criteria betreft; gemeenten mogen zelf hun voorwaarden voor bijzondere bijstand vaststellen. Behalve vormen van individuele bijzondere bijstand kunnen gemeenten ook categoriale bijzondere bijstand verlenen aan bepaalde groepen, bijvoorbeeld ouderen, gebruikers van langdurige thuiszorg, Wvg-clënten, etc.

Aftrekregeling voor buitengewone uitgaven

In aanvulling op de bijzondere bijstand, is gedeeltelijke restitutie van ziektekosten mogelijk via de Belastingdienst (persoonsgebonden aftrek). Het betreft hier de aftrekregeling voor buitengewone

uitgaven binnen de Wet Inkomstenbelasting. Restitutie van Inkomstenbelasting was in 2006 mogelijk voor algemene ziektekosten (o.a. premie zorgverzekering) en overige uitgaven (o.a. aan medische hulp, bevalling of adoptie, begrafenis of crematie) en voor specifieke uitgaven die vooral door mensen met een chronische ziekte of handicap worden gemaakt, zoals eigen uitgaven aan hulpmiddelen, geneesmiddelen, dieet of thuiszorg. Tabel 2.3 bevat de indeling van ziektekosten en andere uitgaven die in 2006 onder de aftrekregeling vielen.

De drempel voor de restitutie is afhankelijk van het totale gezinsinkomen. Indien iemand in 2006 een inkomen van minder dan € 6.783 (en geen fiscale partner) had, gold een vaste drempel van € 780 voor de aftrek van ziektekosten en andere buitengewone uitgaven. Bij mensen met een fiscale partner met een drempelinkomen van maximaal € 13.566, bedroeg de drempel een vast bedrag van € 1.560. Bij een hoger inkomen geldt als drempel 11,5% van het zogenaamde drempelinkomen.

Als uitgaven voor ziekte en invaliditeit tellen de uitgaven mee van:

- de belastbare persoon, diens fiscale partner en zijn kinderen jonger dan 27 jaar,
- ernstig gehandicapte personen van 27 jaar of ouder levend in gezinsverband met de persoon die belastingaangifte doet. Als indicatie voor een ernstige handicap geldt dat iemand aanspraak kan maken op de functie verblijf in een AWBZ-instelling,
- ouders, broers of zussen van de belastbare persoon die in huis wonen en afhankelijk zijn van de zorg van de persoon die aangifte doet. Iemand is afhankelijk van de zorg van deze persoon, indien hij normaal gesproken zou zijn aangewezen op ondersteuning of verblijf in een verzorgingshuis of verpleeghuis.

Tabel 2.3. Aftrekbare ziektekosten en andere buitengewone uitgaven (2006)

Indeling	Aftrekbare uitgaven
Algemene uitgaven	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Premies zorgverzekering: forfaitair bedrag voor de nominale premie (€ 1.015 per volwassen gezinslid) minus de eventueel ontvangen zorgtoeslag, inkomensafhankelijke bijdrage ▪ Premies aanvullende zorgverzekering ▪ Vaste aftrek voor 65-plussers à € 795 pp ▪ Vaste aftrek vanwege arbeidsongeschiktheid à € 795 pp
Specifieke uitgaven	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Voorgeschreven geneesmiddelen ▪ Huisapotheek à € 23 pp ▪ Hulpmiddelen en aanpassingen ▪ Verpleging / verzorging (25% eigen bijdrage AWBZ) ▪ Vervoer naar arts of ziekenhuis, ambulance vervoer ▪ Extra kosten van gehandicaptenvervoer ▪ Extra gezinshulp vanwege ziekte of handicap (niet AWBZ) boven drempelbedrag ▪ Extra uitgaven voor kleding en beddengoed (standaardforfait à € 310; in sommige gevallen € 775) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieet op doktersvoorschrift (vast bedrag afhankelijk van soort dieet)
Overige buitengewone uitgaven	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Medische zorg (huisarts, tandarts, specialist) ▪ Paramedische zorg (o.a. fysiotherapie, revalidatie) ▪ Verpleging niet geldend als specifieke uitgaven ▪ Reiskosten vanwege ziekenbezoek

Indeling	Aftrekbare uitgaven
	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rente van schulden voor ziektekosten van voor 2001 ▪ Bevalling en kraamhulp ▪ Adoptie ▪ Begrafenis, crematie

Bron: Pannekeet-Helsen & Rijken 2006 (aangepast voor BU-regeling 2006)

Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven

In aanvulling op de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven is sinds 2004 de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Tbu) ingesteld. De Tbu-regeling is niet specifiek bedoeld voor mensen met een chronische ziekte of handicap, maar voor alle mensen met recht op aftrek van buitengewone uitgaven die een laag inkomen hebben. Mensen met een laag inkomen zijn weinig inkomstenbelasting verschuldigd, waardoor zij hun aftrek van buitengewone uitgaven niet volledig kunnen verzilveren. Men kan dan in aanmerking komen voor een vergoeding van niet-benutte aftrekposten van ziektekosten of andere buitengewone uitgaven.

2.5.2 Specifieke beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken en gehandicapten

In deze paragraaf beschrijven we vier beschermingsmaatregelen die specifiek zijn ontwikkeld ter compensatie van of als tegemoetkoming in de eigen betalingen van mensen met een chronische ziekte of handicap. Achtereenvolgens komen aan de orde het chronisch-ziekenforfait en de vermenigvuldigingsfactor (beide onderdelen van de BU-regeling), de Tegemoetkomingsregeling onderhoudskosten gehandicapte kinderen (TOG 2000) en de compensatie voor het verplichte eigen risico binnen de Zorgverzekeringswet, die per 1 januari 2008 in werking getreden is.

Chronisch-ziekenforfait (onderdeel BU-regeling)

Voor mensen jonger dan 65 jaar die geen recht hebben op de vaste aftrek vanwege arbeidsongeschiktheid geldt dat zij een vast bedrag van € 795 extra bij hun buitengewone uitgaven mogen optellen, indien zij specifieke uitgaven van meer dan € 314 hadden (daadwerkelijke uitgaven, dus voor eventuele toepassing van de vermenigvuldigingsfactor; zie hieronder voor de vermenigvuldigingsfactor). Dit zogenaamde ‘chronisch-ziekenforfait’ is hetzelfde bedrag als het ouderdomsforfait (voor 65-plussers) en het arbeidsongeschiktheidsforfait (voor degenen die voor een bepaalde gedeelte arbeidsongeschikt zijn verklaard). Als de fiscale partner aan dezelfde condities voldoet, kan dit forfaitaire bedrag nog een keer bij de aftrekbare ziektekosten worden opgeteld. Van kinderen tot 27 jaar kunnen de zorgkosten voor het forfait worden meegeteld onder de volgende condities:

- De chronisch zieke of de fiscale partner hebben voor het kind in 2006 meer dan € 314 aan specifieke uitgaven;
- Het kind wordt door de chronische zieke of de fiscale partner van de chronisch zieke voor minimaal € 386 per kwartaal onderhouden of de chronisch zieke of de fiscale partner hebben recht op kinderbijslag (of een vergelijkbare buitenlandse uitkering) voor het kind.

Vermenigvuldigingsfactor (onderdeel BU-regeling)

Indien het verzamelinkomen over 2006 (voor toepassing van de persoonsgebonden aftrek) lager is dan € 30.631, mag men het werkelijke bedrag aan specifieke uitgaven verhogen met 113%. Hierdoor kan 213% van deze specifieke uitgaven in aftrek worden gebracht. Deze vermenigvuldiging van de buitengewone uitgaven zorgt ervoor dat mensen met lage inkomens niet minder voordeel hebben van deze regeling dan mensen met hogere inkomens. De hogere inkomens profiteren namelijk van een aftrek in een hogere belastingschijf. Mensen met specifieke uitgaven halen hierdoor eerder hun drempel voor de BU-regeling. De toepassing van de vermenigvuldigingsfactor telt niet mee voor het behalen van het minimumbedrag aan € 314 specifieke uitgaven dat recht geeft op het chronisch-ziekenforfait.

Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonende gehandicapte kinderen (TOG 2000)

Ouders en verzorgers die thuis een gehandicapt kind van 3 tot 18 jaar verzorgen, kunnen onder bepaalde voorwaarden in aanmerking komen voor een financiële tegemoetkoming. Deze tegemoetkoming bedroeg in 2006 € 200,71 per kwartaal.

Compensatie verplicht eigen risico (binnen Zorgverzekeringswet)

Met ingang van 1 januari 2008 is de no-claimregeling vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per jaar. Chronisch zieken ontvangen een compensatie voor het verplichte eigen risico van € 47 per jaar. De groep chronisch zieken wordt in 2008 daarbij afgebakend met het geneesmiddelengebruik en verblijf in een AWBZ- instelling en omvat circa 1,9 miljoen verzekerden. Het gaat daarbij om verzekerden die in 2006 én 2007 in een farmaceutische kostengroep (FKG) zaten, met uitzondering van de FKG 'hoog cholesterol'. Bij deze methodiek worden verzekerden als chronisch ziek gedefinieerd wanneer zij minimaal 180 dagdoseringen van een geneesmiddel voorgeschreven hebben gekregen. De gedachte is dat deze FKG's goede voorspellers zijn voor groepen met hoge zorgkosten. Daarnaast gaat het om verzekerden die op 1 juli 2008 al langer dan een half jaar in een AWBZ-instelling verblijven.

2.5.3 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen

Voor het chronisch-ziekenforfait en de vermenigvuldigingsfactor geldt dat ze verdisconteerd zijn in de BU-regeling. Bij het doen van belastingaangifte dient men dus op te geven dat men gebruik wil maken van de persoonsgebonden aftrek voor buitengewone uitgaven en vervolgens kan men berekenen of men in aanmerking komt voor opvoering van het chronisch-ziekenforfait of toepassing van de vermenigvuldigings-factor. Een aanvraag voor een tegemoetkoming in het onderhoud van thuiswonende gehandicapte kinderen krachtens de TOG 2000 kan worden ingediend bij de Sociale Verzekeringsbank. Er vindt een medische toetsing plaats, zoveel mogelijk op basis van schriftelijk verstrekte informatie. Om de compensatie voor het verplichte eigen risico te ontvangen, zal het CAK-BZ informatie over de FKG's opvragen bij de zorgverzekeraars. De CAK-BZ zal de compensatie vervolgens betalen aan de rechthebbenden. Hiervoor is geen eigen initiatief vereist.

2.6 Achtergronden van het systeem van eigen betalingen

2.6.1 Redenen voor invoering van het systeem van eigen betalingen

De no-claimregeling is in 2005 (reeds in de Ziekenfondswet) ingevoerd om de zorgconsumptie terug te dringen. De hoofdreden voor invoering van de no-claim was om de bevolking kostenbewuster te maken. Huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg vallen niet onder de no-claimregeling. Dit betekent bijvoorbeeld dat een bezoek aan de huisarts geen gevolgen heeft voor de terug te ontvangen no-claimpremie. In de Zorgverzekeringswet is de no-claimregeling overgenomen en geldt nu (2006 en 2007) dus voor alle verzekerden. Zoals eerder vermeld, is de no-claimregeling in januari 2008 vervangen door een verplicht eigen risico van € 150 per persoon (van 18 jaar of ouder).

2.6.2 Redenen voor aanpassingen en uitzonderingen

Behalve dat de systemen voor eigen betalingen aan verandering onderhevig zijn, zijn ook de compensatieregelingen (Bijzondere bijstand en aftrekregeling voor buitengewone uitgaven) de afgelopen jaren regelmatig aangepast. Het doel van deze aanpassingen was om burgers met hoge zorgkosten en een laag inkomen beter te kunnen compenseren. Het probleem van de compensatieregelingen is echter dat het niet-gebruik onder rechthebbenden nog altijd hoog is, ondanks inspanningen van o.a. de rijksoverheid om meer bekendheid te geven aan deze compensatiemogelijkheden (Pannekeet-Helsen & Rijken, 2006).

Bijzondere bijstand

Wat de Bijzondere bijstand betreft, hebben gemeenten de mogelijkheid gekregen om, naast individuele bijstand, een categoriale regeling toe te passen voor chronisch zieken, gehandicapten en ouderen.

Aftrekregeling voor buitengewone uitgaven

De aftrekregeling voor buitengewone uitgaven is de afgelopen jaren verschillende keren aangepast om chronisch zieken en gehandicapten beter en gericht te kunnen compenseren voor hun zorgkosten. Zo zijn de voorwaarden waaronder men in aanmerking komt voor het chronisch-ziekenforfait aangepast en kunnen de specifieke uitgaven, die vooral door mensen met een chronische ziekte of handicap worden gemaakt, beter worden gecompenseerd door de toepassing van een aparte vermenigvuldigingsfactor over deze specifieke uitgaven.

Tbu-regeling

Om mensen met een laag inkomen beter te kunnen compenseren is in 2004 tevens de Tegemoetkomingsregeling buitengewone uitgaven (Tbu) ingevoerd. Hiermee werd tegemoet gekomen aan de kritiek van verschillende partijen dat mensen met een hoger inkomen meer konden profiteren van de belastingaftrek dan mensen met een laag inkomen. De Tbu biedt een subsidie in aanvulling op de gerestitueerde inkomstenbelasting, zodat mensen met een laag inkomen een groter bedrag ter compensatie van hun ziektekosten en andere bijzondere uitgaven ontvangen.

Nieuwe compensatieregeling (ter vervanging van de BU-regeling)

Ondanks het gesignaleerde niet-gebruik onder chronisch zieken en gehandicapten is het gebruik van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven de afgelopen jaren zeer sterk gestegen. Dit duidt erop dat de BU-regeling ook veel wordt gebruikt voor aftrek van zorgkosten door niet-chronisch zieken en niet-gehandicapten. Op dit moment wordt gewerkt aan een nieuwe, gedecentraliseerde compensatieregeling voor chronisch zieken en gehandicapten, die per 1 januari 2009 de BU-regeling moet gaan vervangen. Met ingang van 1 januari 2008 is de BU-regeling alvast aangepast: de premies voor de zorgverzekering (uitgezonderd de premie voor de aanvullende verzekering) zijn dan niet meer aftrekbaar. Tegelijkertijd wordt de drempel voor aftrek van buitengewone uitgaven verlaagd: van 11,5% naar 1,65% van het verzamelinkomen.

2.6.3 Waargenomen voor- en nadelen van het gehanteerde systeem

De belangenorganisaties van chronisch zieken en gehandicapten hebben veel kritiek geuit op de invoering van de no-claimregeling in 2005. De no-claimregeling is nadelig voor chronisch zieken en gehandicapten, omdat deze groep meer zorg consumeert dan andere burgers, waardoor ze vrijwel altijd hun no-claim kwijt zijn. Vektis (2006) heeft een raming gemaakt van de te verwachten teruggave aan no-claim voor 2007. Daaruit blijkt dat chronisch zieken naar verwachting vrijwel niets (€ 1) terugkrijgen en 65-plussers een gering bedrag (€ 31) tegen een geraamde gemiddelde teruggave van € 91. Ook brengt het bijhouden van de terug te ontvangen no-claim voor verzekeraars veel administratieve besommeringen met zich mee, waardoor veel verzekerden pas zeer laat horen of zij (een deel van) hun no-claimpremie terug ontvangen (Vektis, 2006).

Een reden om de no-claimregeling te vervangen door een verplicht eigen risico is dat hierdoor de verschillen tussen gezonde en zieke verzekerden volgens het kabinet kleiner worden. De Chronisch zieken en Gehandicapten Raad Nederland (CG-Raad) is een voorstander van afschaffing van de no-claimregeling, maar vindt de voorgestelde compensatie voor chronisch zieken en gehandicapten van € 47 te weinig. Bovendien heeft de CG-Raad kritiek op de afbakening van de groep die voor compensatie in aanmerking komt. De CG-Raad is van mening dat de situatie met name voor mensen met beperkingen die wel hoge zorgkosten maken maar geen hoog geneesmiddelengebruik hebben nadelig zal uitpakken (CG-Raad, 2007; mondelinge informatie van vertegenwoordiger van de CG-Raad).

Voor compensatie in de vorm van bijzondere bijstand (uitgezonderd een eventuele categoriale regeling) of belastingaftrek geldt dat men zelf het initiatief moet nemen (aanvraag indienen). Hierdoor is het rechthebbend niet-gebruik van deze regelingen groot (Pannekeet-Helsen & Rijken 2006).

2.7 Gevolgen van het systeem

2.7.1 Gedragseffecten

De evaluatie van de no-claimregeling laat zien dat het gebruik van zorg door de invoering van de no-claimregeling licht is afgeremd. Ruim 5% van de verzekerden geeft aan dat zij zich bij hun zorgconsumptie in 2006 hebben laten leiden door de no-claimteruggaaf. Jongere verzekerden hebben hun zorggebruik meer aangepast dan oudere verzekerden. Het betreft hier in het

algemeen gezondere verzekerden die blijkbaar meer mogelijkheden zien om hun niet of minder noodzakelijke zorgconsumptie terug te brengen (Goudriaan et al., 2007). De Jong (2006) rapporteert dat in 2006 3% van de bevolking aangaf de eigen zorgconsumptie te willen beperken ten behoeve van het behoud van hun no-claim. Het gaat dus om bescheiden gedragseffecten. De omvang van de door verzekerden gerapporteerde gedragseffecten komt overeen met de inschatting van de remgeldeffecten door het ministerie van VWS. De omvang van deze remgeldeffecten zijn eveneens bescheiden en vloeien direct voort uit de beleidsmatige keuze om de kosten van huisartsenzorg niet onder de no-claimregeling te laten vallen (Goudriaan et al., 2007).

2.7.2 Inkomenseffecten

Wat de no-claimregeling betreft, blijkt uit de evaluatie dat de grootste remgeldeffecten optreden onder en vlak boven de no-claimteruggavegrens bij een kleine groep verzekerden. Dit zijn vooral relatief gezonde, jongere verzekerden. Bij ongezonde verzekerden zijn geen duidelijke remgeldeffecten waarneembaar. De reductie van de zorgkosten heeft bij de jongere verzekerden vooral betrekking op geneesmiddelen en paramedische zorg (fysiotherapie, diëtetiek). Oudere verzekerden rond de teruggavegrens maken na invoering van de no-claimregeling ook minder kosten voor hulpmiddelen (Goudriaan et al., 2007).

2.7.3 Budgettaire effecten

De invoering van de no-claimregeling bij ziekenfondsverzekerden in 2005 moest leiden tot een financieringsverschuiving van € 1,4 miljard van collectieve uitgaven naar eigen betalingen. Deze financieringsverschuiving is nagenoeg gerealiseerd. Voor 2006 is rekening gehouden met een financieringsverschuiving van € 2,0 miljard. Dit hogere bedrag hangt samen met het feit dat de no-claimregeling sinds 2006 voor alle verzekerden geldt, terwijl het in 2005 alleen de ziekenfondsverzekerden betrof. Op basis van de voorlopige uitgekeerde no-claimteruggaven lijkt het erop dat de financieringsverschuiving voor 2006 iets lager uitkomt, namelijk op € 1,9 miljard (Goudriaan et al., 2007).

Ten slotte vermelden we hier de budgettaire effecten van de aftrekregeling voor buitengewone uitgaven (BU-regeling), een van de regelingen die beschermt tegen hoge eigen betalingen. Het gebruik van de BU-regeling is over de periode 1990-2006 sterk gestegen, van 424 miljoen naar 5,5 miljard euro (ministerie van VWS, 2006). Deze stijging komt niet uitsluitend op het conto van het gebruik van de BU-regeling door chronisch zieken en gehandicapten; ook niet-chronisch zieken en niet-gehandicapten kunnen bepaalde kosten als buitengewone uitgaven aftrekken. Zoals vermeld in paragraaf 2.6.2 wordt op dit moment gewerkt aan een nieuwe, gedecentraliseerde compensatieregeling, die bedoeld is om de BU-regeling te gaan vervangen. In 2008 is de BU-regeling reeds aangepast doordat de premies voor de zorgverzekering (uitgezonderd de premie voor de aanvullende verzekering) dan niet meer aftrekbaar zijn. Hierdoor hoopt het kabinet vooral het gebruik van de BU-regeling door niet-chronisch zieken en niet-gehandicapten terug te kunnen brengen.

2.8 Zorgkosten groepen vergeleken

Deze paragraaf behandelt zorgkosten in Nederland. De eerste paragraaf laat zien hoever de zorgkosten uiteenlopen tussen gezonden en chronisch zieken. De tweede paragraaf behandelt de groepen die het minst en het meest betalen. De vier paragrafen daarna vergelijken de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten zijn opgebouwd, te weten de premie (paragraaf 2.8.3), de eigen bijdragen (paragraaf 2.8.4), de niet-vergoede zorgkosten (paragraaf 2.8.5) en de compensaties van zorgkosten vanuit flankerend beleid (paragraaf 2.8.6). We eindigen met hoeveel van de gemaakte kosten mensen zelf moeten betalen (paragraaf 2.8.7).

Deze paragraaf gaat alleen over 42 voorbeeldpersonen en vergelijkingen tussen deze profielen. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in de tekst verkorte profielnamen. Zo spreken we bijvoorbeeld over "bijstandsgerechtigden met hartfalen", waarmee we dan altijd op een voorbeeldpersoon doelen (in dit geval "alleenstaande bijstandsgerechtigde met hartfalen zonder kinderen") en niet op alle bijstandsgerechtigden met hartfalen. We spreken ook wel over "onze chronisch zieken" om duidelijk te maken dat het enkel over de door ons geconstrueerde voorbeeldpersonen gaat.

De zorgkosten die de voorbeeldpersonen maken, gebaseerd op hun zorggebruik staan in de onderstaande tabel vermeld. Deze zorgkosten zijn voor alle landen gelijk. Welk deel een chronisch zieke daarvan moet betalen in Nederland beschrijft deze paragraaf.

Tabel 2.4. Verhouding maatschappelijke zorgkosten¹² door de verschillende profielen in 2006

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Totale kosten	37	14547	20319	17321	23259	31272	677
Waarvan thuiszorg	0	2278	2278	2278	3796	14612	0
Aandeel thuiszorg	0%	16%	11%	13%	16%	47%	0%

2.8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in Nederland?

In deze paragraaf gaan we eerst na hoe ver de zorgkosten uiteenlopen in euro's. Vervolgens kijken we naar het verschil als percentage van het bruto inkomen.

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in Nederland in euro's?

Hoe ver lopen de zorgkosten uiteen in Nederland? Onze chronisch zieken betalen tussen de € 71 (modaalverdienende gehandicapte met gezin) en € 4.792 meer (dubbelmodaalverdienende gehandicapte) dan kerngezonde Nederlanders met hetzelfde inkomen. De onderstaande tabel illustreert dit.

¹² Alle voor vergoeding in aanmerking komende en niet voor vergoeding in aanmerking komende zorgposten vermenigvuldigd met het gebruik ervan voor onze voorbeeldpersonen vermenigvuldigd met de prijs ervoor in Nederland in 2006. Welke zorgposten meegenomen worden leest u in bijlage A.

Tabel 2.5. Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg in Nederland dan kerngezonden met hetzelfde inkomen (in euro)?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	€ 0	€ 566	€ 566	€ 683	€ 781	€ 368	€ 386
modaal alleen	€ 0	€ 776	€ 776	€ 866	€ 925	€ 559	€ 534
2x modaal alleen	€ 0	€ 2444	€ 2444	€ 2544	€ 3389	€4792	€ 599
Gezin 2 kinderen	€ 0	€ 287	€ 287	€ 378	€ 437	€71	€ 264
AOW alleen	€ 0	€ 1022	€ 1022	€ 1176	€ 1337	€ 857	€ 486
AOW echtpaar	€ 0	€ 1226	€ 1226	€ 1381	€ 1542	€ 1061	€ 486

Vergelijken we de zorgkosten met thuiszorg (tabel 2.5) en zonder thuiszorg (tabel 2.6) dan valt op dat sommige chronisch zieken met een modaal inkomen meer zorgkosten moeten betalen als zij *geen* thuiszorg gebruiken (maar bijvoorbeeld een mantelzorger hebben) dan als zij dat wel doen. Dit komt door de buitengewone uitgavenregeling. In deze regeling mogen mensen met een inkomen tot iets hoger dan modaal hun specifieke uitgaven “verdubbeld” (maal 2,13) aftrekken van de belasting. Eigen bijdrage thuiszorg is zo’n “specifieke uitgave”. Hierdoor krijgt de modaalverdiener met thuiszorg meer compensatie via flankerend beleid dan dat hij extra betaalt doordat hij meer eigen bijdrage aan de thuiszorg moet betalen. De dubbelmodaalverdiener komt niet in aanmerking voor de verdubbeling en bij de lagere inkomens weegt het belastingvoordeel te weinig mee om dit effect te hebben.

Tabel 2.6 Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg *exclusief thuiszorg* in Nederland dan kerngezonden met hetzelfde inkomen (in euro)?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	€ 0	€ 509	€ 509	€ 626	€ 724	€ 312	€ 386
modaal alleen	€ 0	€ 931	€ 931	€ 1032	€ 1105	€ 720	€ 534
2x modaal alleen	€ 0	€ 996	€ 996	€ 1184	€ 1401	€ 859	€ 599
Gezin 2 kinderen	€ 0	€ 661	€ 661	€ 748	€ 427	€ 61	€ 264
AOW alleen	€ 0	€ 883	€ 883	€ 1037	€ 1198	€ 717	€ 486
AOW echtpaar	€ 0	€ 883	€ 883	€ 1037	€ 1198	€ 717	€ 486

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen als percentage van het inkomen?

In Nederland lopen de zorgkosten die chronisch zieken en gehandicapten extra moeten betalen omdat ze chronisch ziek zijn of gehandicapt als percentage van het inkomen uiteen van 0,2% van hun inkomen tot 11% van hun bruto inkomen. De onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 2.7. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	4%	4%	5%	6%	3%	3%
modaal alleen	0%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
2x modaal alleen	0%	4%	4%	4%	6%	8%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	1%	1%	1%	1%	0,2%	1%
AOW alleen	0%	9%	9%	10%	11%	7%	4%
AOW echtpaar	0%	8%	8%	9%	10%	7%	3%

Als mensen geen gebruik maken van thuiszorg, maar in plaats daarvan mantelzorg inzetten liggen de extra zorgkosten ten opzichte van een gezond persoon met verder dezelfde kenmerken tussen de 0,2% en 10% van hun bruto inkomen (zie onderstaande tabel).

Tabel 2.8. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen exclusief thuiszorg

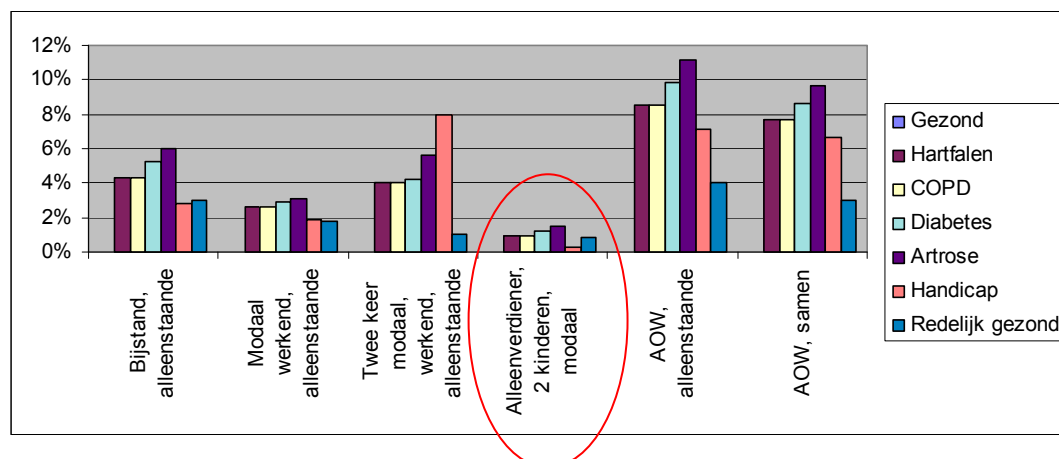
	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	4%	4%	5%	6%	2%	3%
modaal alleen	0%	3%	3%	3%	4%	2%	2%
2x modaal alleen	0%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	2%	2%	2%	1%	0,2%	1%
AOW alleen	0%	7%	7%	9%	10%	6%	4%
AOW echtpaar	0%	6%	6%	6%	7%	4%	3%

2.8.2 Welke groepen betalen meer en minder in Nederland?

Wie betalen het minst in Nederland?

In Nederland betalen chronisch zieke alleenverdieners met een modaal inkomen en een gezin de minste extra zorgkosten vergeleken met kerngezonden met verder dezelfde kenmerken. Dit komt omdat zij optimaal gebruik kunnen maken van de buitengewone lastenaf trek. Met name de “verdubbeling” (maal 2,13) van de specifieke uitgaven (mogelijk tot een inkomen van net iets meer dan modaal) maakt hun positie gunstig. Deze gunstige positie geldt zowel in absolute euro's als in percentage van hun inkomen. Ook met of zonder thuiszorg maakt in dat opzicht niet uit. De onderstaande figuur illustreert dit.

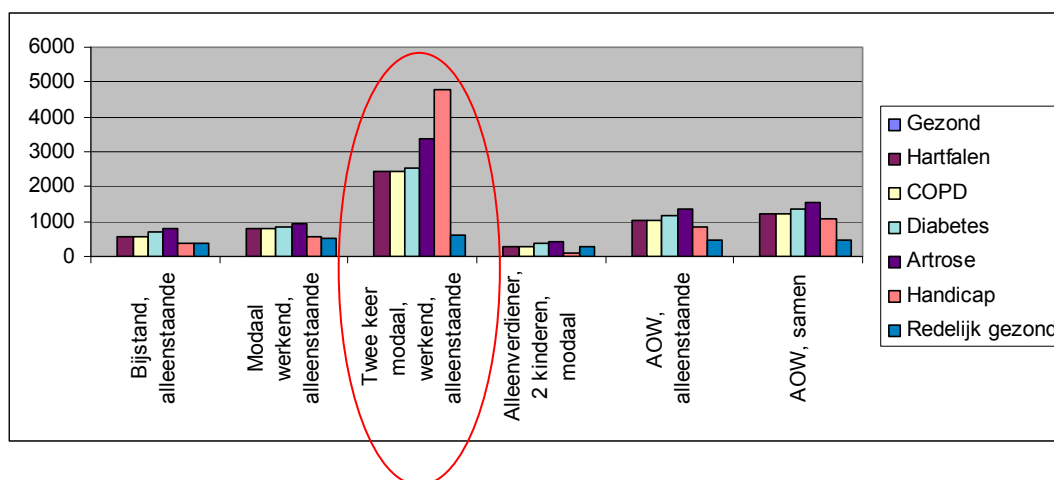
Figuur 2.2. Percentage van bruto inkomen dat chronisch zieke extra betaalt ten opzichte van kerngezonde met verder dezelfde kenmerken in Nederland



Wie betalen het meest in Nederland?

In absolute zin betalen dubbelmodaalverdienende chronisch zieken en gehandicapten de meeste extra zorgkosten vergeleken met kerngezonden met dezelfde kenmerken (zie onderstaande figuur).

Figuur 2.3. Bedrag in euro's dat chronisch zieke extra betaalt ten opzichte van kerngezonde met verder dezelfde kenmerken in Nederland



Leesmijzer vervolg

Om te achterhalen waar de kostenverschillen precies uit bestaan, behandelen we in de volgende paragrafen de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten bestaan. Dit zijn de premie, de eigen bijdragen, de niet-vergoede zorgkosten en de compensaties die individuen ontvangen via flankerend beleid.

2.8.3 Premie in Nederland

De eerste categorie is de premie. Deze bestaat uit vijf componenten: premie cure (Zvw), premie care (AWBZ), premie aanvullende verzekering (we veronderstellen dat al onze voorbeeldpersonen - behalve de kerngezonde – een standaard aanvullende verzekering hebben voor € 26 per maand), het deel van de belasting dat deze persoon betaalt dat besteed wordt aan de rijksbijdrage voor kinderen (waarmee de premies voor kinderen worden betaald) en de eventuele *no-claim* teruggave.

In Nederland zijn de nominale premies voor de *cure* (Zvw, de aanvullende ziektekostenverzekering en de *no-claim*) inkomensafhankelijk. De premie voor de *care* (AWBZ) en de belasting besteed aan rijksgeld voor kinderen zijn wel inkomensafhankelijk. Doordat de AWBZ-premie en de belasting inkomensafhankelijk zijn, verschilt de premie tussen mensen met een verschillend inkomen. Onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 2.9. Extra premie die chronisch zieken betalen vergeleken met kerngezonden met dezelfde kenmerken in Nederland (in euro)

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	€ 0	€ 562	€ 562	€ 562	€ 561	€ 562	€ 388
Modaal alleen	€ 0	€ 551	€ 551	€ 551	€ 544	€ 546	€ 390
2x modaal alleen	€ 0	€ 564	€ 564	€ 563	€ 558	€ 549	€ 390
gezin 2 kinderen	€ 0	€ 531	€ 531	€ 530	€ 524	€ 525	€ 378
AOW alleen	€ 0	€ 567	€ 567	€ 567	€ 567	€ 567	€ 390
AOW echtpaar	€ 0	€ 567	€ 567	€ 567	€ 567	€ 567	€ 390

Er zijn twee andere verschillen in premie tussen chronisch zieken en kerngezonden. Het eerste is de no-claim. Kerngezonden krijgen de no-claim in zijn geheel (€ 255 terug), chronisch zieken krijgen geen no-claim terug en mensen met een redelijke gezondheid betalen een deel van de no-claim. Het tweede is de aanvullende verzekering. Kerngezonden hebben deze verzekering niet (€ 312), alle anderen (inclusief redelijk gezonden) hebben deze verzekering wel.

Bovenstaande tabel laat zien hoe de premies van alle chronisch zieken ongeveer gelijk zijn aan de no-claim plus de aanvullende verzekering: € 255+€ 312 = € 567. De kleine afwijkingen van € 567 liggen aan het feit dat chronisch zieken bij veel profielen iets minder belasting betalen (vanwege de buitengewone lastenaftrek) dan kerngezonden. Zij dragen naar verhouding dus iets minder bij aan de rijksbijdrage kinderen. Voor AOW'ers geldt dit niet, omdat zij in dit model allemaal – kerngezond en chronisch ziek – geen belasting betalen (hun heffingskortingen zijn hoger dan het te betalen belastinggeld).

2.8.4 Eigen bijdragen in Nederland

Voor onze chronisch zieken geldt in Nederland dat de eigen bijdragen alleen een substantieel deel van de zorgkosten uitmaken voor de voorbeeldpersonen met een modaal en dubbelmodaal inkomen. Voor de profielen met AOW en bijstand vormen de eigen bijdragen een beperkt percentage van de zorgkosten.

De eigen bijdrage voor modaalverdieners en dubbelmodaalverdieners is even hoog voor de chronisch zieken met hartfalen, COPD en diabetes. Dit bedrag bestaat voor deze drie ziekteprofielen alleen uit eigen bijdrage thuiszorg. Mensen met artrose en een handicap hebben een hogere eigen bijdrage. Dit komt omdat zij meer thuiszorg nodig hebben. Daarnaast betaalt de artrosepatiënt nog een eigen bijdrage van € 113 aan orthopedisch schoeisel en de gehandicapte betaalt € 83 eigen bijdrage aan vervoer van en naar het ziekenhuis. Dat de gehandicapte wel een eigen bijdrage betaalt en de andere ziekteprofielen niet is een kwestie van definitie. De anderen betalen namelijk ook aan vervoer, maar dat betreft geen eigen bijdrage van een dienst die verder vergoed wordt: de anderen betalen de volledige kosten zelf. Deze kosten komen terug bij de “niet-vergoede zorgkosten”. Onderstaande tabel geeft een overzicht van de extra eigen betalingen die chronisch zieken in Nederland betalen ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen.

Tabel 2.10. Hoeveel meer eigen bijdragen voor zorg betalen chronisch zieken in Nederland vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen (in euro)?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
bijstand alleen	€ 0	€ 213	€ 213	€ 213	€ 326	€ 296	€ 0
modaal alleen	€ 0	€ 1872	€ 1872	€ 1872	€ 2738	€ 2708	€ 0
2x modaal alleen	€ 0	€ 1872	€ 1872	€ 1872	€ 3233	€ 6323	€ 0
gezin 2 kinderen	€ 0	€ 1872	€ 1872	€ 1872	€ 2738	€ 2708	€ 0
AOW alleen	€ 0	€ 213	€ 213	€ 213	€ 326	€ 296	€ 0
AOW echtpaar	€ 0	€ 525	€ 525	€ 525	€ 638	€ 608	€ 0

2.8.5 Niet-vergoede zorgkosten in Nederland

De niet-vergoede zorgkosten zijn voor alle inkomensprofielen gelijk. De onderstaande tabel brengt deze in beeld. Hierbij is rekening gehouden met het feit dat alle profielen, behalve de kernegezonde, een aanvullende verzekering nemen.¹³

Tabel 2.11. Hoeveel meer aan niet vergoede zorgkosten betalen chronisch zieken in Nederland vergeleken met kernegezonden met hetzelfde inkomen (in euro)?

	Kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
bijstand alleen	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209
modaal alleen	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209
2x modaal alleen	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209
gezin 2 kinderen	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209
AOW alleen	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209
AOW echtpaar	€ 0	€ 429	€ 429	€ 617	€ 721	€ 209	€ 209

Onze chronisch zieken maken enkele honderden euro's meer niet-vergoede zorgkosten dan gezonde mensen. De niet-vergoede zorg bestaat voor mensen met hartfalen, COPD uit de tandarts (€ 75)¹⁴, vervoer van en naar het ziekenhuis (€ 200), medicijnen zonder recept (€ 25), fysiotherapie (€ 225) en een bril (€ 200).

Gehandicapten betalen minder niet-vergoede zorg, omdat zij in aanmerking komen voor vergoeding van vervoer van en naar het ziekenhuis. Zij betalen wel een eigen bijdrage (zie hiervoor), maar die telt hier niet mee en is ook lager. Dit is de reden dat de meeste van onze gehandicapten minder betalen dan andere chronisch zieken, hoewel zij meer kosten veroorzaken. Deze meerkosten zijn echter geplafonneerd en daarom gelijk aan de kosten die andere chronisch zieken moeten betalen in de meeste profielen. Alleen voor het dubbelmodaal-profiel geldt dit plafond in mindere mate. Hier is dan ook direct te zien dat de gehandicapte meer betaalt dan de andere profielen.

Het feit dat diabetespatiënten en artrosepatiënten meer niet-vergoede zorgkosten hebben dan de andere ziekteprofielen komt omdat zij niet op de "chronische lijst fysiotherapie" staan, en daardoor hun fysiotherapie veel minder vergoed krijgen dan de andere ziekteprofielen. De aanvullende verzekering vergoedt slechts 12 van de benodigde zittingen (respectievelijk 20 en 24). Daarnaast heeft de diabeet nog € 80 aan kosten van de podotherapeut, maar dat wordt vergoed door de aanvullende verzekering. Artrose heeft daarnaast nog steunzolen (€ 50) die ook worden vergoed door de aanvullende verzekering.

2.8.6 Flankerend beleid in Nederland

Chronisch zieken worden via flankerend beleid deels gecompenseerd voor de zorgkosten die ze maken. Het flankerend beleid in Nederland¹⁵ bestaat uit de zorgtoeslag (een inkomens- en niet

¹³ Deze aanvullende verzekering kost € 26 (gemiddelde Nederland 2006) per maand en dekt 12 zittingen fysiotherapie, podotherapie voor maximaal € 150, een bril tot € 50 per 2 jaar, steunzolen tot € 50 per jaar en de tandarts en mondhygiënist voor 75%. We hebben hiervoor een bestaande standaard aanvullende verzekering genomen van een grote verzekeraar.

¹⁴ Alle getallen zijn afgerond

¹⁵ In 2006

zorgafhankelijke subsidie), de buitengewone uitgavenregeling (een zorggebruik afhankelijke belastingmaatregel) en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven (een zorggebruikafhankelijke subsidie voor mensen die te weinig belasting betalen om optimaal gebruik te kunnen maken van de buitengewone belastingregeling). Omdat de zorgtoeslag enkel inkomensafhankelijk is, krijgen chronisch zieken evenveel zorgtoeslag als kerngezonden met hetzelfde inkomen. De verschillen in de onderstaande tabel worden daarom alleen veroorzaakt door de buitengewone uitgavenregeling en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven.

Tabel 2.12 Hoeveel meer ontvangt de chronisch zieken via flankerend beleid in Nederland dan de kerngezonde met hetzelfde inkomen? (negatief getal betekent ontvangen) (in euro)

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
bijstand alleen	0	-638	-638	-709	-827	-698	-211
modaal alleen	0	-2077	-2077	-2173	-3079	-2904	-65
2x modaal alleen	0	-420	-420	-508	-1123	-2290	0
gezin 2 kinderen	0	-2545	-2545	-2641	-3547	-3372	-323
AOW alleen	0	-187	-187	-221	-277	-216	-113
AOW echtpaar	0	-295	-295	-329	-385	-324	-113

2.8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf in Nederland

Ten slotte vergelijken we nog de meerkosten die een chronisch zieke maakt ten opzichte van een kerngezonde met dezelfde kenmerken met het bedrag dat hij zelf moet betalen. Vanwege het beschermen van chronisch zieken zijn in Nederland de gemaakte zorgkosten en de betaalde zorgkosten niet in verhouding. In Nederland betaalt degene met de hoogste zorgkosten voor de maatschappij (de gehandicapte) ook relatief de meeste kosten. Dit komt omdat de echt hoge kosten geplafonneerd zijn en alle chronisch zieken het plafond (met gemak) bereiken. De maatschappelijke kostenverschillen boven het plafond leiden automatisch niet tot kostenverschillen voor de individuen. We zien dan dat bijstandsgerechtigden en mensen met een modaal inkomen enkele procenten van hun zorgkosten zelf betalen. Dubbelmodalen betalen rond de 15% van de extra kosten zelf. Redelijk gezonden betalen relatief het meeste van hun eigen meerkosten (zie onderstaande tabel).

Tabel 2.13. Hoeveel procent van de zorgkosten die de persoon maakt zijn de meerkosten die hij zelf moet betalen vergeleken met de kerngezonde met hetzelfde inkomen?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
bijstand alleen	0%	4%	3%	4%	3%	1%	57%
modaal alleen	0%	5%	4%	5%	4%	2%	79%
2x modaal alleen	0%	17%	12%	15%	15%	15%	88%
gezin 2 kinderen	0%	2%	1%	2%	2%	0%	39%
AOW alleen	0%	7%	5%	7%	6%	3%	72%
AOW echtpaar	0%	8%	6%	8%	7%	3%	72%

In Nederland betaalt de redelijk gezonde naar verhouding het meest aan zijn daadwerkelijke zorgkosten. Dit komt omdat Nederland¹⁶ een *no-claim* kent waardoor mensen de eerste

¹⁶ In 2006

zorgkosten € 255 aan zorgkosten zelf moeten vergoeden. Dit betekent dat wie weinig zorgkosten heeft ook relatief veel daarvan zelf betaalt. In sommige andere landen betalen mensen over een veel groter deel van het zorggebruik een kleine bijdrage. Zo kan een land ervoor kiezen om niet een eigen bijdrage van 100% voor de eerste € 255 te vragen en daarna een bijdrage van 0%, maar om over de eerste € 2.550 een bijdrage te vragen van 10%. Dit komt neer op hetzelfde bedrag, maar werkt langer door. In Nederland is hier niet voor gekozen.

2.9 Literatuur

www.basisverzekeringonline.nl/basisverzekering_aanvullende_verzekering.htm.

Belastingdienst. Als u ziektekosten en andere buitengewone uitgaven heeft. Belastingdienst, 2006.

Centraal Bureau voor de Statistiek. Gezondheid en Zorg in Cijfers. CBS, 2006.

CG-Raad. www.cg-raad.nl/wmo/20060810.doc, 2006.

CG-Raad. Compensatie chronisch zieken en gehandicapten schiet tekort. Webbericht www.cg-raad.nl, 4 juli 2007.

www.ggzbeleid.nl/wet_awbz_inleiding.html.

www.ggzbeleid.nl/bek_eigenbijdragen.html.

Ginneken E van. Health Insurance Reform in the Netherlands. Health Policy Monitor, March 2006. Beschikbaar op: www.hpm.org/survey/de/a6/1.

Goudriaan R, Lalloesingh RRR, Vemer P. Eindevaluatie van de no-claimteruggaveregelung. Den Haag: APE, september 2007.

Jong, JD de. Minder zorggebruik door de no-claim regeling? Medisch Contact, 28 juni 2006.

Jong J de, Delnoij D, Groenewegen P. Mensen kiezen voor zekerheid in het nieuwe stelsel. Factsheet op basis van een enquête onder het Consumentenpanel Gezondheidszorg in april 2006. Utrecht: NIVEL, 2006.

www.kiesbeter.nl/zorgverzekeringen/Page/UitlegBasispakket.aspx.

www.kiesbeter.nl/Portal/default.aspx?PSType=PSTransfer&PageName=QgoMatch&PSTransfer=Vergoeding

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. OESO indicatoren 2006, persbericht 26 juni 2006.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Naar integratie van buitengewone uitgaven en zorgstoeslag? Den Haag: ministerie van VWS, 1 september 2006.

www.minvws.nl/images/dmo-2743281b_tcm19-142951.pdf.

www.minvws.nl/dossiers/zorgverzekering.

www.minvws.nl/dossiers/thuiszorg.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Rijksbegroting en Miljoenennota 2008. Den Haag: ministerie van VWS, 2007.

www.monitor.nl/ziek.html?http://www.monitor.nl/s_1514_all_.htm?%231514A1

SGBO (Wapstra-Van Damme BA, Quist HJ & Vreugde CJC). Kerncijfers Wvg 2005. Aantallen en kosten van verstrekte Wvg-voorzieningen (landelijke cijfers). Den Haag: SGBO, november 2006.

Smit M, Mokveld Ph. Verzekerdenmobiliteit en keuzegedrag. Dé feiten over de marktontwikkelingen na invoering van de basisverzekering. Zeist: Vektis, mei 2006.

www.st-ab.nl/wetwvg.htm.

www.st-ab.nl/wetwgor1rftebw.htm.

www.st-ab.nl/wetzvw.htm.

www.svb.nl/internet/nl/regelingen/aow_pensioen/bedragen_en_betaaldagen/bedragen_0601.jsp

www.svb.nl/internet/nl/regelingen/aow_pensioen/nieuwe_zorgverzekering.jsp.

www.vektis.nl/index.php?option=com_content&task=view&id=64&Itemid=150.

Vektis. Zorgthermometer. Winternummer 2007. Vektis, 2006.

Vektis. 57% van de verzekerden heeft begin 2007 een collectief contract. Vektis, april 2007.

www.vektis.nl.

3 België

In dit hoofdstuk staat het Belgische zorgverzekeringsstelsel centraal. Het hoofdstuk begint met een overzicht van het stelsel in België. Vervolgens volgt er een paragraaf over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel (paragraaf 2), de premies die Belgen betalen om zich verzekerd te weten van zorg (paragraaf 3), de eigen bijdragen die mensen betalen aan de eigen zorgkosten (paragraaf 4), de beschermingsmaatregelen (paragraaf 5), de achtergronden van het systeem (paragraaf 6), de gevolgen van het systeem (paragraaf 7) en de vergelijking van de zorgkosten van gezonden en chronisch zieken (paragraaf 8). Daarna volgen de literatuur en de geraadpleegde personen (paragraaf 9).

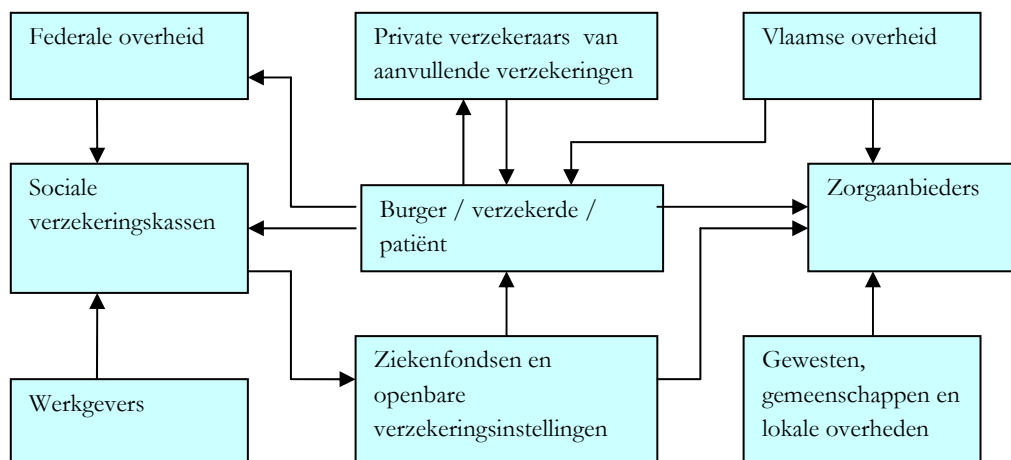
3.1 Overzicht zorgstelsel

In België (Brussel) zijn twee soorten verzekeringen die relevant zijn voor de vergoeding van medische en niet-medische kosten van zorgbehoevenden, te weten de ziekteverzekering en de (Vlaamse) zorgverzekering. De ziekteverzekering geeft recht op (gedeeltelijke) restitutie van medische kosten. De zorgverzekering biedt een tegemoetkoming voor de kosten van niet-medische zorg of ondersteuning en is alleen bedoeld voor zwaar zorgbehoevenden.

De verplichte ziekteverzekering maakt deel uit van het sociale verzekeringsstelsel. Er zijn twee regelingen: de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen. De regeling voor zelfstandigen dekte in 2006 alleen de grote medische risico's; met ingang van 2008 is dit verschil in verstrekkingen tussen de algemene regeling en de regeling voor zelfstandigen opgeheven. De verplichte ziekteverzekering wordt hoofdzakelijk gefinancierd uit de sociale premies die werknemers en werkgevers betalen, belastingen en bijdragen van de federale overheid en andere overheden. Daarnaast betalen verzekerden remgelden (wettelijk vastgestelde eigen bijdragen), wanneer zij zorg consumeren. Van de totale uitgaven aan gezondheidszorg kwam in 2005 circa 25% voor rekening van de burger. Dit betreft niet alleen de remgelden, maar ook out-of-pocket uitgaven voor niet-verzekerde zorg of supplementen en uitgaven aan aanvullende verzekeringen. Voor de zorgverzekering betaalt men jaarlijks een vast bedrag (€ 25) als bijdrage. Inwoners van Vlaanderen zijn verplicht zich aan te sluiten; inwoners van Brussel kunnen dat vrijwillig doen. Er is geen Waalse equivalent van de zorgverzekering.

De uitvoering van de ziekteverzekering behoort tot de taken van het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering). Voor het afsluiten van een ziekteverzekering (en de zorgverzekering) kan men zich wenden tot een ziekenfonds. De meeste ziekenfondsen vervullen een regionale functie en maken deel uit van vijf landsbonden.

Figuur 3.1. Financieringsstromen gezondheidszorg België, 2006



3.2 Vormgeving zorgverzekeringsstelsel

3.2.1 Kenmerken van het zorgverzekeringsstelsel

Ter bescherming tegen hoge eigen betalingen aan remgelden bestaan twee belangrijke maatregelen: de verhoogde tegemoetkoming (VT-systeem; in 2007 uitgebreid met het Omnio-statuut) en de maximumfactuur (MAF). Bepaalde bevolkingsgroepen hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming, wanneer zij zorg gebruiken. Deze mensen hoeven dus minder remgeld te betalen. Ging het in eerste instantie daarbij vooral om een aantal sociaal kwetsbare groepen, sinds de invoering van het Omnio-statuut geldt de verhoogde tegemoetkoming voor alle verzekerden met een laag inkomen. De MAF is een regeling die ervoor zorgt dat het totale bedrag dat men per kalenderjaar aan remgelden betaalt nooit hoger is dan een bepaald (inkomensafhankelijk) maximum. In 2006 hadden 1,3 miljoen Belgen (circa 12% van de bevolking) recht op verhoogde tegemoetkoming. Circa 10% van de Belgische gezinnen bereikt op dit moment zijn maximale grens aan betaalde remgelden.

Naast deze maatregelen die vooral beschermen tegen hoge remgelden, is er een beperkte regulering van de toegestane supplementen. De eigen betalingen aan supplementen kunnen niettemin hoog oplopen. Voor bepaalde groepen mensen met een chronische ziekte of handicap bestaat een aantal forfaitaire tegemoetkomingen in de (meer-)kosten van zorg. Uitgaven voor zorg zijn – enkele uitzonderingen daargelaten – niet fiscaal aftrekbaar.

Ziekteverzekering

De Belgische ziekteverzekering is een verplichte verzekering die onderdeel uitmaakt van het sociale verzekeringsstelsel. Iedereen die officieel in België verblijft is verplicht een ziekteverzekering af te sluiten. De ziekteverzekering valt onder de bevoegdheid van de federale overheid. De Federale Overheidsdienst Sociale Zekerheid is verantwoordelijk voor het opstellen en de interpretatie van de wet- en regelgeving. De uitvoering en de praktische toepassing van de wetgeving behoren tot de taken van o.a. het RIZIV (Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering). Een ziekteverzekering kan worden afgesloten bij een ziekenfonds

(mutualiteit). De meeste ziekenfondsen vervullen een regionale functie en maken deel uit van vijf private non-profit verzekeringsinstellingen, de landsbonden¹⁷. Vrijwel alle inwoners van België (ca. 99%) hebben een ziekteverzekering afgesloten bij een ziekenfonds (of openbare instelling).

De verplichte ziekteverzekering omvat een uitgebreide nomenclatuur van verstrekkingen. Alleen verstrekkingen die in de nomenclatuur zijn opgenomen worden (gedeeltelijk) vergoed. De dekking is echter afhankelijk van de geldende regeling: algemene regeling of regeling voor zelfstandigen. Werknemers in de privé- en de openbare sector (inclusief hun meeverzekerde gezinsleden) vallen onder de algemene regeling die zowel de grote als de kleine risico's dekt¹⁸. De algemene regeling is tevens de regeling waarin de afgelopen decennia alle nieuw te verzekeren bevolkingsgroepen, zoals ambtenaren en studenten, werden ondergebracht. In de regeling voor zelfstandigen worden alleen de grote risico's vergoed. Gehandicapte en invalide¹⁹ zelfstandigen zijn wel verzekerd voor kleine risico's in de verplichte ziekteverzekering. Bovendien kan elke zelfstandige zich vrijwillig aanvullend verzekeren tegen kleine risico's. Om de verschillende behandeling van werknemers en zelfstandigen weg te werken, heeft de Belgische federale overheid besloten om ook de kleine risico's van zelfstandigen in de verplichte verzekering op te gaan nemen. Met ingang van 1 juli 2006 is dit reeds gebeurd voor startende zelfstandigen en gepensioneerden met een laag inkomen. Per 1 januari 2008 worden de kleine risico's voor alle zelfstandigen binnen de verplichte verzekering vergoed.

Zorgverzekering

Naast de verplichte ziekteverzekering, kunnen inwoners van Vlaanderen en Brussel een beroep doen op de Vlaamse zorgverzekering. Deze zorgverzekering is een initiatief van de Vlaamse overheid en bestaat sinds 1 oktober 2002. De zorgverzekering voorziet in een tegemoetkoming in de kosten van niet-medische zorg of ondersteuning voor mensen met langdurige en ernstige beperkingen. Het betreft dus mensen die zeer zwaar zorgbehoevend zijn. Inwoners van Vlaanderen (ouder dan 25 jaar) zijn verplicht zich aan te sluiten bij een zorgkas van de Vlaamse zorgverzekering. Inwoners van Brussel kunnen zich ook aansluiten, maar zijn dit niet verplicht.

De Vlaamse zorgverzekering kent een aantal verstrekkingen voor verschillende doelgroepen. De meeste begunstigden zijn erkend voor de premie 'mantel- of thuiszorg'. Deze premie is een forfaitair bedrag (€ 95 per maand in 2006) en is bedoeld als een tegemoetkoming in de kosten van zelfstandig wonende zwaar zorgbehoevenden voor niet-medische zorg en ondersteuning, zoals een tegemoetkoming voor de mantelzorg, het gebruik van verzorgingsmiddelen (bijvoorbeeld incontinentiemateriaal, dieetvoeding, stomamateriaal), het gebruik van vervoersdiensten, huishoudelijke hulp en gezinszorg (Pacolet et al., 2007). Deze zorgverzekering voorziet ook in een forfaitaire tegemoetkoming voor mensen die in een intramurale voorziening voor gehandicapten verblijven (€ 125 per maand in 2006). Eind 2005 telde de Vlaamse zorgverzekering 4,27 miljoen leden en 158.582 begunstigden (1,5% van de totale Belgische bevolking). Van deze totale groep begunstigden ontving 59% de tegemoetkoming 'mantel- en

¹⁷ Naast deze private (non-profit) ziekenfondsen bestaan nog twee openbare verzekeringsinstellingen, te weten de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering en de Kas voor het spoorwegpersoneel.

¹⁸ Grote risico's zijn o.a. verblijfskosten in het ziekenhuis, chirurgische ingrepen, grote laboratoriumonderzoeken, synthesemateriaal of een rolstoel. Kleine risico's omvatten consulten bij een huisarts of specialist, kleine chirurgische ingrepen, geneesmiddelen op voorschrift, verpleegkundige zorg of fysiotherapie.

¹⁹ Invaliden zijn mensen die arbeidsongeschikt zijn verklaard, dat wil zeggen dat zij ten minste één jaar ziekteverzuim achter de rug hebben.

thuiszorg', de overige 41% ontving de tegemoetkoming voor personen verblijvend in een intramurale instelling voor mensen met een handicap (Pacolet et al., 2007).

Daarnaast is er het Persoonlijke-AssistentieBudget (PAB). Dit is een budget dat het Vlaams Fonds voor de Sociale Integratie van Personen met een Handicap (VFSIPH) toekent aan personen met een handicap die zelfstandig wonen en die hun eigen ondersteuning (op het gebied van lichamelijke activiteiten, huishoudelijke activiteiten, verplaatsingen, e.d.) organiseren en financieren. Een PAB-budget bedraagt minimaal € 7.437 en maximaal € 34.705 per jaar. Het gebruik van het PAB is nog zeer gering; in maart 2004 beschikten 613 gehandicapten over een PAB-budget (Breda et al., 2004).

3.2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?

De Belgische nomenclatuur van geneeskundige verstrekkingen omvat een gedetailleerde lijst van verstrekkingen die in aanmerking komen voor vergoeding door de ziekteverzekering (circa 8.000 codes). Een vergelijkbare lijst bestaat ook voor de farmaceutische specialiteiten die vergoed worden (circa 2.500 items). In bijlage D wordt voor een aantal categorieën van zorg vermeld of hiervoor recht op vergoeding bestaat vanuit de algemene regeling van de verplichte ziekteverzekering. Let op: de regeling voor zelfstandigen binnen de verplichte ziekteverzekering, die dus een beperktere dekking kent, wordt hier buiten beschouwing gelaten.

Voor de Vlaamse zorgverzekering geldt dat het gaat om een forfaitaire tegemoetkoming per maand (premie 'mantel- of thuiszorg'). De zorgkosten hoeven niet te worden aangetoond. In 2006 ging het om een bedrag van € 95 per maand voor zelfstandig wonende rechthebbenden. De premie mantel- of thuiszorg bedraagt in 2007 € 105 en zal verder worden verhoogd tot € 125 per maand in 2009 (Pacolet et al., 2007).

3.2.3 Kosten van het stelsel

De meest recente gegevens die een globaal beeld geven van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in België betreffen het jaar 2005 (Assuralia, 2007). Deze gegevens zijn vermeld in tabel 3.1.

De overheidsuitgaven vanuit de sociale zekerheid hebben hoofdzakelijk betrekking op de verplichte ziekteverzekering uitgevoerd door het RIZIV. Het aandeel van de algemene middelen van de federale overheid in de nationale uitgaven bedraagt 1,3 miljard euro (4,7%). De belangrijkste uitgave is de financiering door het ministerie van Volksgezondheid van 25% van de ligdagprijs voor de opname in een ziekenhuis. De uitgaven van de gewesten, de gemeenschappen en de lokale overheden hebben betrekking op preventieve zorg, thuiszorg en zorgondersteunende componenten. Het aandeel voor rekening van de burger in de totale uitgaven bedraagt circa 25%. Wanneer we daarvan de uitgaven aan aanvullende verzekeringen buiten beschouwing laten, spreken we van de netto eigen betalingen. Het gaat om de officiële remgelden en de out-of-pocket uitgaven of supplementen (de medische kosten die ofwel de officiële RIZIV-tarieven overschrijden ofwel niet in aanmerking komen voor een wettelijke vergoeding). Deze netto eigen betalingen bedragen 19,4% van de totale uitgaven aan gezondheidszorg. De totale uitgaven aan gezondheidszorg behelzen 9,3% van het bruto binnenlands product (BBP); de publieke uitgaven omvatten 7,0% van het BBP.

Tabel 3.1. Overzicht van de financiering van de totale uitgaven aan gezondheidszorg (2005)

	%	In miljoen €
Overheid:		
Sociale zekerheid	67,7	18.770,25
Federale overheid	4,7	1.295,51
Gewesten en gemeenschappen	1,2	323,54
Lokale overheden	1,5	408,98
Werkgever:		
Verzekering 'arbeidsongevallen'	0,4	101,69
Burger:		
Aanvullende verzekeringen	5,3	1.480,91
Remgelden	6,6	1.841,30
Out-of-pocket	12,8	3.558,88
Totaal		27.781,06

Bron: Assu ralia, 2007

3.3 Premie

3.3.1 Hoogte premie

Verplichte ziekteverzekering

Om verzekerd te zijn van sociale verzekeringen, waaronder de ziekteverzekering, is een minimum aan bijdragen vereist: deze moeten worden geïnd worden op basis van een minimumloon dat voor 2006 is vastgesteld op € 4.936,80 voor personen van 21 jaar en ouder, en op € 3.702,60 voor personen die jonger dan 21 jaar zijn²⁰. Is het vereiste minimum niet bereikt, dan kan de verzekerde zijn rechten behouden, mits betaling van een aanvullende bijdrage ??werkwoord??.

Voor werknemers in de *algemene regeling* wordt de bijdrage voor de verplichte ziekteverzekering door de werkgever automatisch van het niet-geplafonneerde brutoloon afgehouden. De bijdrage voor gezondheidszorg bedraagt 3,55% voor de werknemers en 3,80% voor de werkgevers (in totaal 7,35%). Voor werklozen wordt de bijdrage vervangen door een aantal gelijkgestelde dagen met een fictief berekende waarde. Voor bepaalde categorieën van werknemers worden de bijdragen berekend op een forfaitair bedrag in plaats van op het brutoloon (bijvoorbeeld voor zeevissers, sportlui en sommige werknemers die volledig of deels met fooien worden betaald). Dat forfaitaire bedrag varieert met het beroep.

Daarnaast zijn er binnen de algemene regeling bepaalde gerechtigden die een persoonlijke bijdrage moeten betalen om aanspraak te kunnen maken op vergoeding van geneeskundige zorg. Het gaat om mensen die nooit een sociale zekerheidsbijdrage hebben betaald. De hoogte van deze persoonlijke bijdrage is sterk afhankelijk van de specifieke groep waartoe men behoort en varieert tussen € 0 en € 2.353 (zie bijlage D).

In het *stelsel voor zelfstandigen* wordt alleen door de zelfstandige ondernemer zelf premie afgedragen voor de verplichte ziekteverzekering. De verschuldigde bijdragen voor 2006 worden berekend op

²⁰ Zie http://socialsecurity.fgov.be/NL/nieuws_publicaties/publicaties/overzicht/2006/BEKNOPT-2006.pdf.

de beroepsinkomsten voor 2003. De jaarlijkse bijdragen voor de sociale zekerheid²¹ zijn als volgt vastgesteld:

- 19,65% op het gedeelte van de inkomsten dat € 47.203 niet te boven gaat. Deze bijdragen zijn verschuldigd vanaf een minimuminkomen van € 9.665 (drempel).
- 14,16% op het gedeelte van de inkomsten tussen € 47.203 en 69.568.

De minimumbijdrage per kwartaal is € 475 en de maximumbijdrage per kwartaal bedraagt € 3.111.

Voor beginnende zelfstandig ondernemers bestaat een specifieke regeling: gedurende de eerste drie jaar betalen zij een voorlopige bijdrage, berekend op een minimuminkomen voor het betreffende jaar (startjaar, tweede en derde jaar). Na drie jaar vindt een verrekening plaats op basis van het werkelijk verdiende inkomen.

Zelfstandigen moeten zich verplicht aansluiten bij een sociaal verzekeringsfonds of bij de Nationale Hulpkas voor de Sociale Verzekeringen aan wie ze de verschuldigde bijdragen storten. Ze zijn ook verplicht om zich aan te sluiten bij een ziekenfonds.

Behalve de sociale zekerheidsbijdragen, betalen verzekerden meestal nog van hun netto-inkomen een bijdrage ‘financiële verantwoordelijkheid’ aan het ziekenfonds²². Deze bijdrage kan variëren tussen de ziekenfondsen. In 2006 was de bijdrage financiële verantwoordelijkheid minimaal € 0 en maximaal € 18 per jaar. Daarnaast vragen de ziekenfondsen nog een ledenbijdrage, waaruit zij extra activiteiten (buiten het wettelijk verzekerde pakket om) financieren, zoals ziekenbezoek en reisbegeleiding door vrijwilligers. Deze ledenbijdrage varieert tussen € 50 en € 75 per jaar.

Vlaamse zorgverzekering

De bijdrage zorgverzekering bedraagt sinds januari 2003, dus ook in 2006, € 25 per jaar. Personen jonger dan 25 jaar betalen geen bijdrage, maar kunnen wel in aanmerking komen voor een vergoeding.

3.3.2 Bijzondere groepen voor wie geen of een gereduceerde premies gelden

Zoals in paragraaf 3.3.1 werd vermeld, is de bijdrage die men betaalt voor de verplichte ziekteverzekering inkomensafhankelijk en afhankelijk van het feit of men in loondienst werkzaam is of als zelfstandig ondernemer. Afgezien hiervan, zijn er geen bijzondere groepen (anders dan bepaalde lage inkomensgroepen) die geen of een gereduceerde bijdrage betalen.

Voor de Vlaamse zorgverzekering geldt een gereduceerde bijdrage van € 10 per jaar (in plaats van € 25) voor personen met recht op de verhoogde tegemoetkoming (zie paragraaf 3.5.1).

3.3.3 Premiedifferentiatie

Voor de verplichte ziekteverzekering is geen premiedifferentiatie toegestaan. De bijdrage financiële verantwoordelijkheid kan, zoals eerder vermeld, wel verschillen tussen de

²¹ Er zijn geen aparte percentages bekend voor alleen de verplichte ziekteverzekering.

²² De ‘bijdrage financiële verantwoordelijkheid’ is een vaste premie die door het ziekenfonds wordt vastgesteld. Sinds 1995 zijn de ziekenfondsen gedeeltelijk zelf verantwoordelijk voor hun uitgaven. Elk ziekenfonds ontvangt een deel van het globale budget voor geneeskundige verzorging, afhankelijk van a. het aandeel van het ziekenfonds in de totale uitgaven, en b. het risicoprofiel van de leden. Het eventuele tekort (uitgaven – budget) wordt aan de leden gevraagd in de vorm van een vaste, risico-onafhankelijke bijdrage.

ziekenfondsen, maar een ziekenfonds mag geen verschillende bijdrage vragen aan hun leden op grond van hun medisch risico.

Voor de Vlaamse zorgverzekering bestaat evenmin premiedifferentiatie: elk lid (ouder dan 25 jaar) betaalt € 25 of € 10 (personen met recht op verhoogde tegemoetkoming; zie paragraaf 3.5.1).

3.3.4 Keuzevrijheid van eigen risico of arts

Belgische inwoners kunnen niet zelf kiezen voor een hogere of lagere premie voor het basispakket (verplichte ziekteverzekering) door bijvoorbeeld het eigen risico aan te passen. Er is geen eigen risico.

In België is de keuze van huisarts of specialist, van ziekenhuis en van alle zorgaanbieders of instellingen in principe volledig vrij. Dit geldt in beide regelingen (algemene regeling en regeling voor zelfstandigen). In de praktijk gebeurt het vaak dat de keuze van ziekenhuisspecialist gekoppeld wordt aan de kamerkeuze bij ziekenhuisopname. De keuze voor een twee- of meerpersoonskamer in plaats van een éénpersoonskamer sluit dan de volledig vrije keuze van specialist uit.

In 1999 werd het Globaal Medisch Dossier (GMD) ingevoerd: patiënten kunnen ervoor kiezen om een huisarts als houder van een GMD aan te melden. In dat geval betalen zij minder remgeld voor een consult aan hun GMD-houdende huisarts. Per 1 februari 2007 kunnen zij onder bepaalde voorwaarden en na doorverwijzing door deze huisarts tevens genieten van een remgeldvermindering voor consultatie van bepaalde specialisten.

3.3.5 Aanvullende verzekeringen

België kent vier soorten aanvullende verzekeringen:

1. Een 'solidair georganiseerde' aanvullende verzekering bij de ziekenfondsen (dit geldt niet voor de openbare instellingen). In de statuten van de meeste ziekenfondsen staat dat zij iedereen die zich bij haar aansluit voor de verplichte ziekteverzekering ook kan verplichten om een aanvullende verzekering te nemen. De concrete inhoud van deze verplichte aanvullende verzekering verschilt lokaal per ziekenfonds. Ongeveer 95% van de Belgische bevolking heeft een dergelijke verplichte aanvullende verzekering. Premiedifferentiatie is toegestaan. Uitsluiting van de verzekering op grond van leeftijd of gezondheidstoestand is in principe verboden; wel mogen bijkomende voorwaarden (minimum- of maximumleeftijd, medische toestand, etc.) worden gesteld voor bepaalde diensten. De hoogte van de premie is hoofdzakelijk afhankelijk van leeftijd, gezinssamenstelling en statuut (werknemer/zelfstandige).
2. Daarnaast kan men vrijwillig een aanvullende ziekenhuisverzekering nemen bij het ziekenfonds. Dit kan uitsluitend bij hetzelfde ziekenfonds waar men ook voor de verplichte verzekering is aangesloten. Er zijn geen officiële cijfers over het aantal polissen, maar dit aantal wordt op 2,6 miljoen geschat. Ten aanzien van de vrijwillige aanvullende ziekenhuisverzekering geldt per 1 juli 2007 een acceptatieplicht. Daarbij worden twee uitzonderingen gemaakt: 1. ziekenfondsen mogen personen van 65 jaar of ouder die nog geen ziekenhuisverzekering hadden weigeren; 2. ziekenfondsen mogen beslissen tot een lagere tegemoetkoming bij ziekenhuisopname voor bestaande aandoeningen. Ze kunnen bijvoorbeeld beslissen om voor deze patiënten slechts een forfaitaire tegemoetkoming uit te keren per dag in het ziekenhuis in plaats van een tegemoetkoming voor de werkelijk gemaakte kosten. Ziekenfondsen mogen nooit een medische aandoening uitsluiten van

vergoeding als er nog geen symptomen van de ziekte aanwezig waren bij het afsluiten van de ziekenhuisverzekering. Indien die symptomen wel aanwezig waren maar de ziekte nog niet gediagnosticeerd was, kan dit leiden tot een beperkte uitsluiting voor maximaal twee jaar. Ziekenfondsen bieden alleen individuele contracten aan, geen collectieve contracten. De premiebepaling is vrij, maar de Controledienst ziet er wel op toe dat er voldoende reserves aanwezig zijn. De premie stijgt meestal mee met de leeftijd.

3. Iedere zelfstandige die niet verzekerd is voor de kleine risico's in de verplichte verzekering, kan voor zichzelf en voor zijn meeverzekerde gezinsleden een verzekering afsluiten voor kleine risico's. Indien de zelfstandige deze verzekering voor kleine risico's afsluit bij hetzelfde ziekenfonds waar men aangesloten is voor de verplichte verzekering, komt men in aanmerking voor fiscale aftrek van de premie²³. Eind 2004 hadden ruim 700.000 zelfstandigen (gerechtigden en meeverzekerde gezinsleden) een aanvullende verzekering tegen kleine risico's afgesloten. De hoogte van de premie is hoofdzakelijk afhankelijk van de gezinssamenstelling en van de leeftijd bij afsluiting. Het verzekerde pakket is bij alle ziekenfondsen identiek en is gelijk aan de kleine risico's waarvoor de leden van de algemene regeling verzekerd zijn via de verplichte ziekteverzekering.
4. In principe kan iedereen zich aanvullend verzekeren bij een private verzekeraar, zowel individueel als via de werkgever (collectief contract). Dit geldt voor de kosten van ziekenhuisopnames maar ook voor ambulante zorg. Het aantal polissen aangeboden door particuliere verzekeraars wordt geschat op 4,3 miljoen, hoofdzakelijk via collectieve bedrijfspolissen (3,7 miljoen polissen). De premie neemt niet toe met de leeftijd, maar is wel afhankelijk van de leeftijd bij afsluiting van de verzekering, woonplaats (bijvoorbeeld Brussel of niet), gezondheidstoestand (vragenlijst) en de hoogte van de franchise. Bij een collectieve bedrijfspolis loopt de dekking op dit moment tot 65 jaar²⁴.

De aanvullende verzekeringen voor ziekenhuisopnames (2. en 4.) vergoeden – afhankelijk van de betreffende polis – zowel remgelden als supplementen. Circa 63% van de bevolking heeft een aanvullende verzekering voor ziekenhuisopname bij het ziekenfonds of via een private verzekeraar. Sommige private verzekeraars bieden ook verzekeringen die een deel van de remgelden (en supplementen) voor ambulante zorg vergoeden.

3.4 Systeem van eigen betalingen

3.4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen

De eigen betalingen van patiënten bestaan uit remgelden en supplementen.

Remgelden

Remgelden zijn gelijk aan het verschil tussen de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis en het terugbetalingstarief. Voor vrijwel alle zorg die is opgenomen in de verplichte ziekteverzekering geldt dat men een gedeeltelijke vergoeding ontvangt; in de meeste gevallen moet dus een remgeld betaald worden.

²³ Een zelfstandige kan een verzekering voor kleine risico's ook afsluiten bij een particuliere verzekeraar, maar dan kan hij/zij niet de premie aftrekken ter bepaling van de verschuldigde inkomstenbelasting.

²⁴ Binnenkort treedt een nieuwe wet in werking, waardoor iedereen die een ziekenhuisverzekering afsluit levenslang recht heeft op de verzekering.

Supplementen

Supplementen zijn lastig op een eenduidige manier te definiëren. Een eerste categorie supplementen zijn de bedragen die het verschil uitmaken tussen het honorarium of de prijs die werkelijk betaald werd door de patiënt en de door het RIZIV gehanteerde vergoedingsbasis. De supplementen omvatten verder ook de kosten die door de patiënt gedragen worden maar die niet onder de verplichte ziekteverzekering vallen, zoals medische kosten die niet gedekt worden (bijvoorbeeld voor sommige implantaten en geneesmiddelen in categorie D), maar ook de diverse kosten voor niet-medische zorg en diensten op de ziekenhuisnota, zoals voor televisie of telefoon. Hoewel het hier niet gaat om supplementen in de strikte zin, kunnen deze betalingen ook als een supplement worden geïnterpreteerd omdat ze de financiële toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor zwakkere bevolkingsgroepen in gevaar kunnen brengen (De Graeve et al., 2006). Supplementen komen bovenop de remgelden en worden vooral in rekening gebracht op honoraria, kamer en materiaal.

Regulering supplementen

De supplementen die in rekening mogen worden gebracht zijn tot op zekere hoogte gereguleerd. De regulering geldt vooral voor de ziekenhuissector; in de ambulante sector is er een zeer beperkte regulering. De mogelijkheid om supplementen in rekening te brengen hangt in belangrijke mate af van of de zorgverlener het voor zijn sector geldende akkoord al dan niet expliciet heeft onderschreven of verworpen.

In bijlage D geven we een kort overzicht van de reglementering ten aanzien van kamer- en honorariasupplementen. Behalve voor kamer- en honorariasupplementen, bestaat er ook een reglementering voor supplementen op gebruikte materialen, zoals verbandmiddelen, katheters, implantaten, etc. Deze reglementering is echter zeer complex en specifiek voor elk type materiaal en wordt daarom hier niet verder toegelicht²⁵. Er is geen reglementering voor de diverse kosten of hotelsupplementen. Deze hebben betrekking op de uitrusting van de kamer en verleende diensten, zoals televisie, telefoon, dranken, extra bed voor partner, mortuarium, en ziekenvervoer. De supplementen voor parafarmaceutische producten (thermometer, anti-decubitus materiaal, badolie, etc.) zijn evenmin gereguleerd.

Supplementen en remgelden geneesmiddelen

De patiënt betaalt een forfait van € 0,62 in algemene ziekenhuizen en € 0,80 in psychiatrische ziekenhuizen als remgeld voor geneesmiddelen die voor vergoeding in aanmerking komen. Geneesmiddelen van categorie D (zelfzorggeneesmiddelen) komen volledig ten laste van de patiënt en worden als een supplement beschouwd²⁶.

Om het gebruik van goedkope geneesmiddelen te stimuleren, werd in 2001 de referentietrugbetaling voor ambulante en ziekenhuisgeneesmiddelen ingevoerd. Wanneer een patiënt kiest voor een duurder geneesmiddel in de ambulante sector, moet hij een supplement betalen (referentiesupplement). In de ambulante sector zijn supplementen op vergoedbare geneesmiddelen wettelijk niet toegelaten, met uitzondering van het referentiesupplement. De meerkosten bij ziekenhuisgeneesmiddelen komen ten laste van het ziekenhuis.

²⁵ De Graeve et al. (2006) geven een gedetailleerd overzicht van de reglementering van supplementen.

²⁶ In de psychiatrische ziekenhuizen dekt het dagforfait echter ook deze geneesmiddelen.

3.4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking

In bijlage D staat de hoogte van de remgelden vermeld bij die typen zorg die onder de verplichte ziekteverzekering vallen. De tabel is zowel van toepassing op de algemene regeling als op de regeling voor zelfstandigen. In principe gelden alle remgelden in gelijke mate voor de werknemers en zelfstandigen, tenzij anders vermeld. Voor de zelfstandigen komen daar de uitgaven voor kleine risico's bovenop. Indien een zelfstandige een aanvullende verzekering tegen kleine risico's heeft afgesloten, gelden opnieuw dezelfde regels voor de remgelden. Als algemene regel kunnen we stellen dat in de ambulante zorg de remgelden percentages van de vastgestelde tarieven zijn. In de intramurale zorg is het remgeld meestal een vaste bijdrage per zorgitem.

3.4.3 Uitvoering van eigen betalingen

Voor de ambulante zorg geldt in België in principe een restitutie-systeem, dus terugbetaling van (een deel van) de gemaakte kosten achteraf. Daarnaast bestaat ook de derdebetalersregeling: de vergoeding van de verplichte verzekering wordt dan door het ziekenfonds rechtstreeks aan de zorgverlener of instelling betaald; de patiënt betaalt alleen het verschuldigde remgeld direct aan de zorgverlener of instelling. De derdebetalersregeling geldt in het algemeen voor geneesmiddelen en ziekenhuisopnames. De regeling geldt ook voor specifieke doelgroepen, om de financiële toegankelijkheid van de zorg te garanderen.

De administratiekosten van ziekenfondsen bedroegen in 2006 878 miljoen euro²⁷. Dit bedrag komt overeen met ongeveer 4,8% van het totale RIZIV-budget. Deze administratiekosten hebben niet alleen betrekking op de uitvoering van de verplichte ziekteverzekering, maar ook op de uitvoering van de inkomensvervangende uitkeringen voor kortstondig arbeidsongeschikten en invaliden (dit is ook een taak van de ziekenfondsen). Er is geen informatie beschikbaar over de verdeling van de administratiekosten over de verschillende taken van de ziekenfondsen, zoals restitutie van remgelden, uitvoering derdebetalersregeling, en uitvoering van de genoemde uitkeringen.

3.5 Beschermingsmaatregelen

3.5.1 Vormgeving en criteria van de beschermingsmaatregelen

Er zijn in België relatief weinig verstrekkingen binnen de ziekteverzekering waarvoor geen eigen betalingen gevraagd worden. Er bestaan wel diverse beschermingsmechanismen, zowel voor de remgelden als voor de supplementen. Dientengevolge is het bedrag dat men vergoed krijgt ook afhankelijk van de persoonlijke situatie van de patiënt.

²⁷ 863 miljoen voor de vijf landsbonden en 15 miljoen voor de Kas voor geneeskundige verzorging van de Nationale Maatschappij der Belgische Spoorwegen.

Beschermingsmaatregelen remgelden

1. Verhoogde tegemoetkoming

Sommige categorieën van rechthebbenden hebben recht op een verhoogde tegemoetkoming (VT-systeem) en betalen dus minder remgeld per verstrekking. De volgende gerechtigden (incl. gezinsleden) hadden in 2006 recht op verhoogde tegemoetkoming²⁸:

- rechthebbenden op het leefloon of op een soortgelijke OCMW-steun²⁹ (bijstandsuitkeringen);
- rechthebbenden op het gewaarborgd inkomen voor bejaarden (GIB) of op de inkomensgarantie voor ouderen (IGO);
- weduwnaars of weduwen, invaliden (mensen die minimaal één jaar arbeidsongeschikt zijn in het kader van de wettelijke ziekteverzekering), gepensioneerden of wezen*;
- leden van een kloostergemeenschap*;
- werklozen ouder dan 50 jaar die minimaal één jaar volledig werkloos zijn*;
- personen van 65 jaar of ouder die bij hun ziekenfonds als resident (d.w.z. verblijvend in een intramurale instelling voor ouderenzorg) zijn ingeschreven*;
- personen die bij hun ziekenfonds als mindervalide zijn ingeschreven op grond van een medische erkenning*;
- personen die een tegemoetkoming voor gehandicapten ontvangen*;
- personen die een verhoogde kinderbijslag ontvangen*.

* Voor deze categorieën geldt als aanvullende voorwaarde dat het bruto belastbaar gezinsinkomen niet hoger mocht zijn dan € 13.313 (2006), te verhogen met € 2.465 per gezinslid.

Onlangs (1 juli 2007) is het Omnio-statuut van kracht geworden. Het Omnio-statuut bepaalt dat elke verzekerde (ongeacht sociale groep) in aanmerking komt voor verhoogde tegemoetkoming, indien het bruto belastbaar gezinsinkomen³⁰ in 2006 niet hoger was dan € 13.313, te verhogen met € 2.465 per gezinslid. Hierdoor komen nu bijvoorbeeld ook werknemers met een laag inkomen, werklozen jonger dan 50 jaar en één- oudergezinnen in aanmerking voor verhoogde tegemoetkoming, indien zij aan de inkomensvoorwaarde voldoen.

Vooralsnog worden beide systemen (VT en Omnio) beschouwd als twee aparte statuten. Het Omnio-statuut is dus op dit moment geen vervanging, maar een aanvulling op het systeem van verhoogde tegemoetkoming. In 2006 hadden 1,3 miljoen Belgen recht op verhoogde tegemoetkoming (VT-systeem). Naar verwachting komen daar nu circa 800.000 mensen bij die krachtens het Omnio-statuut eveneens op verhoogde tegemoetkoming kunnen rekenen (Hannes, 2007).

2. Maximumfactuur (MAF)

De maximumfactuur (MAF) wil aan elk gezin de waarborg bieden dat het – rekening houdend met de hoogte van het gezinsinkomen – tijdens een kalenderjaar niet meer dan een bepaald bedrag hoeft uit te geven voor verzekerde en noodzakelijke zorg (verzekerd via verplichte ziekteverzekering). Zodra de remgelden die in de MAF zijn opgenomen een bepaald grensbedrag overschrijden, wordt het remgeld voor de rest van het kalenderjaar volledig vergoed door het ziekenfonds.

²⁸ Zie <http://www.hziv.be/downloads/brochure/HZIV-infobrochure%202006.pdf> voor een volledige lijst.

²⁹ Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn

³⁰ Om het gezinsinkomen te berekenen, telt het inkomen mee van alle personen die op 1 januari 2007 op hetzelfde adres woonden, ongeacht of er al dan niet een familieband is.

Er bestaan twee soorten van maximumfactuur: de sociale MAF en de inkomens-MAF. De sociale MAF geldt voor gezinnen waarvan tenminste één gezinslid recht heeft op verhoogde tegemoetkoming van remgelden. Bovendien moet het gezin minimaal € 450 aan remgelden in het betreffende jaar hebben betaald. Voor de inkomens-MAF gelden eisen ten aanzien van het gezinsinkomen. Het gezinsconcept is verschillend voor beide types. Voor de sociale MAF wordt het gezin gedefinieerd als de rechthebbende, de echtgenoot of partner en hun personen ten laste. Voor de inkomens-MAF is het gezin alle personen die op 1 januari van het jaar op hetzelfde woonadres waren ingeschreven. Samenvattend kunnen we stellen dat de sociale MAF bescherming biedt tegen hoge remgelden voor specifieke groepen, terwijl de inkomens-MAF voor alle Belgen (met een bepaald inkomen) geldt. Het netto belastbaar gezinsinkomen bepaalt vanaf welk plafond aan remgelden de inkomens-MAF in werking treedt. Tabel 3.2 laat zien hoe hoog het grensbedrag aan remgelden is per netto jaarinkomen van het gezin (inkomens-MAF).

Tabel 3.2. Inkomens-MAF (2006)

Netto gezinsinkomen	Grensbetrag remgeld
Tot € 14.878	€ 450
€ 14.878 – 22.872	€ 650
€ 22.872 – 30.867	€ 1.000
€ 30.867 – 38.528	€ 1.400
Hoger dan € 38.528	€ 1.800

Voor kinderen jonger dan 19 jaar is er een aparte regeling. Kinderen die op 1 januari jonger zijn dan 19 jaar en voor wie minimaal € 650 aan remgelden is betaald, kunnen individueel in aanmerking komen voor de MAF.

De volgende kostenposten tellen mee voor de MAF:

- honoraria van artsen, kinesitherapeuten (fysiotherapeuten), verpleegkundigen en paramedici;
- kosten van technische verstrekkingen (bijvoorbeeld van medische beeldvorming, heekkundige ingrepen, technische onderzoeken en laboratoriumonderzoeken);
- kosten van noodzakelijke geneesmiddelen (categorieën A, B en C evenals magistrale bereidingen³¹);
- kosten van ziekenhuisopname, met name de eigen betalingen voor verpleegdagen (in geval van opname in een psychiatrisch ziekenhuis tellen alleen de kosten voor ziekenhuisverpleging gedurende het eerste jaar mee voor de MAF);
- de eigen betalingen voor endoscopisch materiaal en het materiaal voor viscerosynthese;
- de afleveringsmarge van implantaten.

De in aanmerking genomen remgelden zijn dezelfde in de twee soorten MAF.

De MAF geldt zowel voor de algemene regeling als voor de regeling voor zelfstandigen. Voor zelfstandigen die een verzekering voor kleine risico's hebben afgesloten, tellen de remgelden voor kleine risico's mee in de berekening van het remgeldplafond. Nadat het plafond is bereikt, worden de remgelden voor kleine risico's niet vergoed via het systeem van de MAF (wel de remgelden voor grote risico's). Circa 10% van de Belgische gezinnen bereikt op dit moment zijn maximale grens aan betaalde remgelden (mondelijke informatie van vertegenwoordiger RIZIV).

³¹ Magistrale bereidingen zijn geneesmiddelen die de apotheker zelf maakt op basis van een voorschrift. Ze worden terugbetaald door de ziekteverzekering op voorwaarde dat ze samengesteld zijn uit officieel erkende producten.

3. Het stelsel van de derdebetaler

Zoals in paragraaf 3.4.3 reeds werd beschreven, is voor de vergoeding van ziekenhuisopname en geneesmiddelen de derdebetalersregeling van toepassing. Echter, om de financiële toegankelijkheid van de zorg te garanderen kan het systeem van de derdebetaler ook voor andere verstrekkingen en dan voor bepaalde categorieën van verzekerden worden toegepast. De verstrekker is dit niet verplicht. De volgende categorieën rechthebbenden komen hiervoor in aanmerking³²:

- rechthebbenden op de verhoogde tegemoetkoming en meeverzekerde gezinsleden;
- rechthebbenden waarvan het gezin een belastbaar bruto inkomen heeft dat lager is dan het bedrag dat recht geeft op het leefloon;
- rechthebbenden op kinderbijslag die niet van een verhoogde tegemoetkoming genieten.

Beschermingsmaatregelen supplementen

In paragraaf 3.4.1 en de tabellen in bijlage D is vermeld in welke gevallen of bij welke personen supplementen op honoraria, kamer en materiaal niet zijn toegestaan.

3.5.2 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen

Voor de uitvoering van het merendeel van de beschermingsmaatregelen volstaat het dat het ziekenfonds over een medische verklaring of een indicatie beschikt zodat kan worden gecontroleerd of de patiënt daadwerkelijk recht heeft op een beschermingsmaatregel. Voor de maatregelen waar de remgelden als determinerende factor gelden, ligt de uitvoering van de maatregel volledig bij het ziekenfonds. Voor de MAF geldt bijvoorbeeld dat het ziekenfonds het betaalde remgeld bijhoudt. Wanneer het betaalde remgeld de grens van € 450 overschrijdt, wordt vastgesteld of het gezin aan zijn maximumfactuur zit. Indien het gezin recht heeft op verhoogde tegemoetkoming, is meteen duidelijk dat de maximumfactuur is gehaald; in andere gevallen moeten de inkomensgegevens worden opgevraagd.

Om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming van de zorgverzekering, dient men de jaarlijkse bijdrage te hebben betaald en men moet kunnen aantonen zwaar zorgbehoevend te zijn. Hiervoor is een bestaande indicatie voldoende³³. Indien men niet beschikt over een geldige indicatie, dan kan er een indicatiestelling (bepaling van de mate waarin het zelfzorgvermogen is verminderd) worden gedaan door de sociale dienst van het ziekenfonds, een erkende thuiszorgorganisatie of een Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn (OCMW).

3.5.3 Flankerend beleid

In dit hoofdstuk is reeds beschreven onder welke voorwaarden mensen met langdurige functiebeperkingen in aanmerking kunnen komen voor een tegemoetkoming in de kosten van niet-medische zorg en ondersteuning vanuit de zorgverzekering. Daarbij is vermeld dat men om in aanmerking te komen voor een tegemoetkoming krachtens deze zorgverzekering langdurig én

³² Zie <http://www.hziv.be/downloads/brochure/HZIV-infobrochure%202006.pdf>.

³³ De volgende scores komen in aanmerking:

- minimaal score B op de Katz-schaal in de thuisverpleging
- minimaal score 35 op de Bel-profielschaal in de gezinszorg
- minimaal score 15 op de medische schaal voor de integratietegemoetkoming
- minimaal score 7 voor de extra kinderbijslag op basis van 66% handicap
- minimaal score 18 op de medisch-sociale schaal voor de extra kinderbijslag
- minimaal score C voor een dagverzorgingscentrum of een centrum voor kort verblijf (zie www.vnz.be).

zwaar zorgbehoevend moet zijn. In deze paragraaf wordt een aantal andere regelingen beschreven, die bedoeld zijn ter compensatie van uitgaven aan zorg.

Forfaitaire tegemoetkomingen

In België bestaat een aantal forfaits die zijn gericht op chronisch zieken en federaal worden uitgevoerd (dus voor geheel België gelden)³⁴. Deze forfaits kunnen gecumuleerd worden.

Zorgforfait

Het zorgforfait is een jaarlijkse tegemoetkoming voor chronisch zieken die sterk afhankelijk zijn van anderen en die aan twee voorwaarden voldoen. Ten eerste moet het bedrag aan remgelden van de chronisch zieke gedurende twee opeenvolgende jaren een minimum bereiken, te weten € 450 (of € 365 voor rechthebbenden op verhoogde tegemoetkoming) in 2006. Voor dit zorgforfait tellen alleen de remgelden mee die verband houden met de medische consumptie van de chronisch zieke zelf³⁵. Ten tweede moet de chronisch zieke zich in één van de volgende situaties bevinden:

- minstens drie maanden recht hebben op het forfait B of C³⁶ in het kader van de thuisverpleging;
- minstens zes maanden erkend zijn als rechthebbende met een zware aandoening in het kader van kinesitherapie of fysiotherapie (E-pathologie);
- in het betreffende en het daaraan voorafgaande kalenderjaar tezamen, minstens zesmaal of gedurende minstens 120 dagen opgenomen zijn in een algemeen of psychiatrisch ziekenhuis;
- voldoen aan de medische voorwaarden die recht geven op de verhoogde kinderbijslag voor kinderen met een handicap of ernstige ziekte;
- voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van de integratietegemoetkoming voor gehandicapten (minstens 12 punten);
- voldoen aan de afhankelijkheidsvoorwaarden voor de toekenning van de tegemoetkoming hulp aan bejaarden met een handicap (minstens 12 punten);
- recht hebben op een tegemoetkoming voor hulp van derden (mindervaliden);
- als invalide met meeverzekerde gezinsleden recht hebben op een forfaitaire tegemoetkoming voor hulp van derden;
- als invalide zonder meeverzekerde gezinsleden recht hebben op een uitkering als gerechtigde met gezinslast wegens een behoefte aan hulp van derden.

Het bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. In 2006 bedroeg het zorgforfait € 254.

³⁴ Zie Degraeve et al. (2006)

http://www.cm.be/nl/108/ziekteverzekering/forfaits_chronisch_zieken/Zorgforfait.jsp en http://cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Infofiche%20juni%202006_tcm24-16962.pdf.

³⁵ Dit in tegenstelling tot de MAF waar ook de remgelden die samenhangen met de zorgconsumptie van gezinsleden worden meegeteld.

³⁶ Criteria forfait B:

- afhankelijkheidsscore 3 of 4 wegens het criterium zich wassen en het criterium zich kleden, en
- afhankelijkheidsscore 3 of 4 wegens het criterium transfer en verplaatsingen en het criterium toiletbezoek, en
- afhankelijkheidsscore 3 of 4 wegens het criterium continëntie en/of het criterium eten.

Criteria forfait C: op alle genoemde criteria afhankelijkheidsscore 4, met uitzondering van het criterium continëntie en het criterium eten (hierbij dient één van de twee een afhankelijkheidsscore van 4 en de andere minimaal een score van 3 te zijn).

Incontinentieforfait

Het incontinentieforfait is een jaarlijkse tegemoetkoming in de kosten voor incontinentiemateriaal van zwaar zorgbehoevenden. Het bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd. In 2006 bedroeg het incontinentieforfait € 417. De aanvraag moet jaarlijks worden herhaald. Het forfait is niet gekoppeld aan een remgeldvoorwaarde.

Om recht te hebben op dit forfait moeten de volgende voorwaarden zijn vervuld:

- Gedurende minstens vier van de laatste twaalf maanden recht hebben op het forfait B of C in de thuisverpleging, met een score 3 of 4 voor het criterium 'incontinentie';
- De laatste dag van de hierboven vermelde vier maanden niet verblijven in een verzorgingsinstelling waarvoor de ziekteverzekering een tegemoetkoming voorziet (algemeen of psychiatrisch ziekenhuis, rust- en verzorgingstehuis (RVT), rustoord voor bejaarden (ROB), psychiatrisch verzorgingstehuis (PVT), initiatief voor beschut wonen of bepaalde revalidatiecentra);
- Op de laatste dag van de referentieperiode van twaalf maanden in leven zijn.

Forfait palliatieve zorg

Het forfait palliatieve zorg is een tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen, die vereist zijn voor de thuisverzorging van palliatieve patiënten. Het forfait bedraagt € 483 en wordt voor maximaal twee maanden toegekend.

Om recht te hebben op dit forfait moeten volgende voorwaarden vervuld zijn:

- Thuis worden verzorgd en tijdens de terminale fase thuis willen blijven;
- Lijden aan een onomkeerbare aandoening, waarbij behandeling en revalidatie geen invloed meer hebben en het overlijden op relatief korte termijn wordt verwacht;
- Behoeft hebben aan permanente ondersteuning en toezicht, aan geneesmiddelen, hulpmiddelen of psychosociale ondersteuning, aan toezicht of dagelijkse verzorging door een verpleegkundige.

Patiënten die in aanmerking komen voor het palliatief forfait hebben ook recht op de volledige terugbetaling van het remgeld voor huisbezoeken door de huisarts, de kinesist (fysiotherapeut) en de thuisverpleegkundige.

PVS-forfait

Het PVS-forfait is een tegemoetkoming in de kosten voor medicatie, verzorgings- en hulpmiddelen van thuisverzorgde PVS-patiënten (PVS= persistente vegetatieve status). In 2006 bedroeg het maximum € 6.966. Het bedrag wordt jaarlijks geïndexeerd.

Om recht te hebben op het PVS forfait moeten de volgende voorwaarden vervuld zijn:

- PVS-patiënt zijn;
- Thuis of in een centrum voor dagverzorging verzorgd worden.

Tegemoetkoming voor coeliakie

Patiënten die aan coeliakie lijden, kunnen sinds juni 2006 een tegemoetkoming van € 19 per maand krijgen. Hiervoor is toestemming van de adviserend arts van het ziekenfonds vereist en moeten de nota's van glutenvrije dieetproducten worden overgelegd.

Bijzonder Solidariteitsfonds

Voor uitzonderlijke geneeskundige verstrekkingen kan een tegemoetkoming gekregen worden van het Bijzonder Solidariteitsfonds van het RIZIV. Het betreft uitsluitend dure verstrekkingen die doeltreffend een zeldzame levensbedreigende aandoening behandelen en die niet in

aanmerking komen voor vergoeding door de ziekteverzekering of een andere tegemoetkoming. Voor kinderen jonger dan 19 jaar die lijden aan een levensbedreigende chronische ziekte is ook een tegemoetkoming van het Solidariteitsfonds mogelijk. Hieraan zijn echter zeer strenge voorwaarden verbonden.³⁷ Het fonds is beperkt van omvang: circa € 4 miljoen (mondelinge informatie van experts).

Fiscale regeling

Uitgaven voor zorg zijn niet fiscaal aftrekbaar³⁸. Alleen de premie voor de aanvullende verzekering ter dekking van kleine risico's van zelfstandigen (indien zelfstandigen deze verzekering bij een ziekenfonds hebben afgesloten) en de (geringe) bijdrage financiële verantwoordelijkheid voor het systeem van risicoverevening zijn fiscaal aftrekbaar.

3.6 Achtergronden van het systeem van eigen betalingen

3.6.1 Redenen voor invoering van het systeem van eigen betalingen

Het Belgische verzekeringssysteem is een restitutiesysteem, waarin altijd sprake is geweest van eigen betalingen. Vroeger waren artsen en andere zorgverleners geheel vrij om hun kosten in rekening te brengen aan patiënten die zij behandelden. Eind negentiende eeuw ontstonden hulpkassen (vanuit de arbeidersbeweging), die zorgden voor een tegemoetkoming ('tussenkost') in de kosten van patiënten. Tot 1963 waren artsen en andere zorgverleners vrij om zelf hun tarieven te bepalen. Dit veranderde met de wet van augustus 1963, waarin begonnen werd met het maken van tariefafspraken.

De wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bepaalt dat: "terwijl de verzekerden zo een tariefzekerheid hebben, blijft een deel van de honoraria, remgeld genoemd, te hunnen laste. Nochtans genieten de gepensioneerden, de weduwen, de invaliden en de wezen (WIGW) onder bepaalde voorwaarden een hogere verzekeringstegemoetkoming, waardoor de geneeskundige verstrekking in principe kosteloos wordt." Deze wettekst spreekt alleen over eigen betalingen in de vorm van remgelden, niet over andere eigen betalingen zoals supplementen. De wettekst laat tevens zien dat de verhoogde tegemoetkoming voor een aantal sociale groepen (WIGW) reeds in 1963 was voorzien.

3.6.2 Redenen voor aanpassingen en uitzonderingen

In 1993 werd een grote verhoging van de remgelden doorgevoerd. Deze verhoging was noodzakelijk om de overheidsuitgaven te saneren met het oog op het voldoen aan de voorwaarden voor België tot toetreding tot de EMU. Om de financieel kwetsbare personen te beschermen tegen deze hogere remgelden, werd in januari 1994 een sociaal correctiesysteem ingevoerd. Dit systeem van sociale en fiscale franchise corrigeerde jaarlijks het door de patiënt betaalde remgeld tot een bepaald plafond (afhankelijk van gezinsinkomen en categorie

³⁷ Zie http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/specific/solidarity/pdf/fss20060424.pdf voor meer details.

³⁸ In het vroegere systeem van de fiscale maximumfactuur waren remgelden vanaf een bepaald plafond wel fiscaal aftrekbaar. Omdat dit systeem afgeschaft is vanaf 01/01/2005, bespreken we dit hier niet.

gerechtigde). In de loop der jaren zijn meerdere wijzigingen aan dit systeem aangebracht. De meest fundamentele hervorming werd ingevoerd in januari 2002 betreffende de maximumfactuur (MAF). De belangrijkste kritiek op het systeem van de sociale en fiscale franchise was dat chronisch zieke mensen met een laag inkomen die niet tot een bepaalde sociale groep behoorden, onvoldoende werden gecompenseerd³⁹.

Ook de regeling betreffende de verhoogde tegemoetkoming heeft diverse wijzigingen ondergaan. De verhoogde tegemoetkoming gold in eerste instantie alleen voor een viertal sociale groepen met een laag inkomen, te weten weduwen, wezen, invaliden en gepensioneerden. De gedachte hierachter was dat het hier mensen betrof die enerzijds een grotere kans hadden op ziekte (en dus mogelijk substantiële eigen betalingen) en anderzijds financieel kwetsbaar waren, dat wil zeggen dat zij een laag inkomen hadden en bovendien weinig kans om meer inkomen te genereren. In een tweede fase kwamen daar nog andere sociale groepen bij, zoals mensen die leefloon (soort bijstand) ontvangen. Recent is met de invoering van het Omnio-statuut het recht op verhoogde tegemoetkoming uitgebreid naar alle gezinnen met een laag inkomen. Dit omdat er ongelijkheid bestond tussen niet-actieven en actieven met een laag inkomen; de eerste groep kwam wel in aanmerking voor verhoogde tegemoetkoming, de tweede niet. Dat paste niet meer in het regeringsbeleid van het vorige kabinet, dat juist de arbeidsparticipatie onder Belgische burgers wilde stimuleren (mondelijke informatie van vertegenwoordiger van het RIZIV). In feite is met de komst van het Omnio-statuut het principe van de (inkomens-)MAF overgenomen: de hoogte van het gezinsinkomen is bepalend, niet de sociale groep waartoe men behoort.

3.6.3 Waargenomen voor- en nadelen van het gehanteerde systeem

Maximumfactuur

Uit de studie van Schokkaert et al. (2004) bleek dat de invoering van de MAF voor veel huishoudens tot een duidelijke verbetering van de inkomenssituatie heeft geleid. Bovendien constateerden Schokkaert en collega's dat de MAF uitstekend gericht was op risicogroepen. Ook uit het onderzoek van De Graeve et al. (2006) bleek dat de invoering van de MAF bijgedragen heeft tot een vermindering van zeer hoge eigen betalingen.

Hoewel ook de ziekenfondsen benadrukken dat met de komst van de MAF de toegankelijkheid van de gezondheidszorg voor bepaalde kwetsbare groepen is verbeterd, plaatst een aantal van hen ook kanttekeningen. De eerste is dat uitsluitend het gezinsinkomen bepalend is voor de hoogte van de te betalen remgelden en dus de hoogte van de terugbetalingen. Enkele ziekenfondsen vinden de MAF in zijn huidige vorm te weinig gericht op chronisch zieken en gehandicapten; zij pleiten voor meer selectiviteit op basis van gezondheidstoestand. De landbond van de CM is van mening dat de selectiviteit op basis van inkomen zou moeten worden beperkt tot het niveau van de financiering (mensen met een hoog inkomen moeten meer bijdrage betalen dan mensen met een laag inkomen), maar niet van de terugbetalingen (Cornelis & Léonard, 2006). Nu is het zo dat mensen met een lager gezinsinkomen een groter deel van hun zorgkosten vergoed krijgen dan mensen met een hoger gezinsinkomen.

Een andere vraag is of de MAF voldoende bescherming biedt. Zo is het laagste plafond van € 450 aan remgelden voor sommige groepen mogelijk toch nog te hoog. Dit is één van de aspecten die wordt onderzocht in de evaluatie die op dit moment plaatsvindt. In deze evaluatie wordt

³⁹ Zie http://www.cm.be/cm-tridion/nl/108/Resources/THM%20DOS%20%20EVOL%20UITGAVEN%20GEZONDHEIDSZORG_DEF/cm252-24680.pdf voor een overzicht van en commentaar op het systeem van de MAF.

tevens onderzocht of het behalen van de MAF leidt tot een hogere zorgconsumptie (omdat de remming van de remgelden wegvalt) in het vervolg van het jaar. Verzekerden ontvangen namelijk bericht wanneer zij hun maximale bedrag aan remgelden hebben betaald. Experts betrokken bij deze evaluatie laten weten dat zij vooralsnog niet de indruk hebben dat het behalen van de MAF zorgconsumptie in de hand werkt (mondelijke informatie van experts). De meeste mensen die hun plafond aan remgelden halen bereiken dit plafond pas laat in het jaar. Bij aanvang van een nieuw jaar moeten zij weer gewoon remgelden betalen. Vanaf 2008 ontvangen ziekenhuizen ook bericht, wanneer een patiënt zijn grensbedrag aan remgelden heeft bereikt. De effecten van deze maatregel zullen moeten worden geëvalueerd; de vraag is bijvoorbeeld of ziekenhuizen meer zorg aan een patiënt gaan verlenen – en dus meer gaan declareren – in het geval dat een patiënt zijn maximale remgeldbedrag heeft bereikt. Het Vlaams Patiëntenplatform is van mening dat de MAF niet zou moeten gelden per kalenderjaar, maar per twaalf aaneengesloten maanden. Hierdoor zouden ook mensen die bijvoorbeeld over de periode oktober t/m maart hun plafond aan remgelden halen vanwege noodzakelijke zorgconsumptie beter worden beschermd (mondelijke informatie van een vertegenwoordiger van het Vlaams Patiëntenplatform).

Verhoogde tegemoetkoming

Ten aanzien van de verhoogde tegemoetkoming wordt opgemerkt dat deze regeling geen onderscheid maakt tussen mensen met hoge zorgkosten en lage zorgkosten. Ongeacht of men vaak of juist weinig medische zorg nodig heeft, men heeft altijd recht op verhoogde tegemoetkoming. De vraag is of de verhoogde tegemoetkoming wel voor alle huidige rechthebbenden nodig is, bijvoorbeeld ook voor mensen die weinig medische zorg gebruiken en derhalve maar een gering bedrag aan remgelden zouden moeten betalen (ook als zij de standaardtarieven zouden moeten betalen). Tevens wordt opgemerkt dat de verhoogde tegemoetkoming het gewenste remmende effect van de remgelden op het gebruik van niet-noodzakelijke zorg deels teniet doet. Anderzijds zijn er onder de experts ook zorgen over een te grote remming bij bepaalde groepen burgers, indien de verhoogde tegemoetkoming zou worden afgeschaft. Mensen zouden bijvoorbeeld noodzakelijke zorg gaan uitstellen, waardoor de kans op ernstiger (en dus ook duurder) gezondheidsproblemen groter wordt.

Eenduidigheid in definities

Vertegenwoordigers van verschillende betrokken partijen zijn van mening dat meer eenduidigheid tussen de verschillende beschermingsmaatregelen (VT, MAF, zorgforfait) wenselijk is. Zo worden bij deze beschermingsmaatregelen bijvoorbeeld verschillende definities van het begrip ‘gezin’ gehanteerd (ter bepaling van het gezinsinkomen of de in de beoordeling te betrekken remgelden). Ook zijn er verschillen ten aanzien van de verstrekkingen waarvan de remgelden in de regeling worden meegenomen.

Supplementen

Een belangrijk punt van aandacht is ten slotte het gegeven dat de beschermingsmaatregelen alleen beschermen tegen hoge remgelden, maar niet tegen hoge eigen betalingen in de vorm van supplementen. Hoewel de studie van De Graeve et al. (2006) laat zien dat 78% van de Belgische bevolking in 2003 minder dan € 10 aan supplementen betaalde, bestaat er toch zorg over de hoge eigen betalingen aan supplementen bij een deel van de bevolking. Gemiddeld betaalde men in 2003 € 61 aan supplementen. Gezien de grote groep met zeer lage eigen betalingen aan supplementen, betekent dit dat ongeveer een kwart van de Belgische burgers in 2003 aanzienlijk hogere eigen betalingen aan supplementen had. Het aantal patiënten dat hoge (€ 500-1.000) en

zeer hoge (> € 1.000) eigen betalingen (zowel remgelden als supplementen) had bedroeg in 2003 respectievelijk 510.000 en 317.000 personen. Uit de studie van De Graeve et al. (2006) kwam tevens een duidelijk verband naar voren tussen de omvang van de te betalen ziekenhuissupplementen en de verblijfsduur. Voor chronisch zieken en psychiatrische patiënten kan de totale rekening hoog oplopen, zelfs als zij recht hebben op verhoogde tegemoetkoming. De beschermende effecten van de regulering voor deze groepen worden gecompenseerd door een gemiddeld langere verblijfsduur.

Enkele studies van de ziekenfondsen hebben bovendien aangetoond dat ziekenhuizen steeds meer en steeds hogere supplementen zijn gaan vragen. Zo zouden de supplementen over de periode 2002-2004 met 21% zijn gestegen (vooral de honoraria- en kamersupplementen). Regulering was en is nodig om een verdere stijging te voorkomen.

3.7 Gevolgen van het systeem

3.7.1 Gedragseffecten

Er is relatief weinig onderzoek gedaan naar mogelijke gedragseffecten van eigen betalingen in België⁴⁰. Twee studies hebben de effecten van de remgeldverhoging die in 1993 is doorgevoerd, onderzocht. De resultaten van beide studies zijn vergelijkbaar. Na de invoering van de remgeldverhoging was er een korte-termijneffect waarneembaar op de zorgconsumptie. Afhankelijk van de sociale categorie van de patiënt en het soort zorgconsumptie, lag de prijselasticiteit tussen -0.39 en -0.06 (Van de Voorde et al., 2001). In de volgende jaren nam de zorgconsumptie opnieuw toe. Cockx en Brasseur (2003) vermelden een prijselasticiteit van -0.13 voor mannen en -0.03 voor vrouwen; mannen bleken dus iets gevoeliger voor verhoging van de remgelden dan vrouwen wat hun medische zorgconsumptie betreft.

3.7.2 Inkomenseffecten

Voor het jaar 2004 bedraagt het aandeel van de uitgaven aan gezondheid 4,7% van de totale gezinsuitgaven (FOD Economie – Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie). Volgens de gezondheidsenquête van 2004⁴¹ gaf 10% van de gezinnen in België aan dat financiële belemmeringen er de oorzaak van waren dat ze in de loop van de afgelopen twaalf maanden medische zorg, tandheelkundige zorg, (voorgeschreven) geneesmiddelen, een bril en/of psychosociale zorg nodig hadden, maar deze niet konden betalen.

Pacolet et al. (2007)⁴² beschrijven de verdeling van medische en niet-medische kosten in functie van het inkomen voor inwoners van Vlaanderen die in 2006 de premie mantel- of thuiszorg (zorgverzekering) ontvingen. Dit betreft dus zelfstandig wonende mensen met een langdurige en zware zorgbehoefte. Binnen de totale steekproef bedroegen de eigen betalingen aan medische en niet-medische kosten ongeveer 12% van het beschikbare netto maandinkomen. Een vijfde van deze chronisch zieken en gehandicapten had eigen betalingen van meer dan € 3.600 per jaar. Uit het onderzoek van Pacolet et al. blijkt tevens dat bijna 80% van de groep die de premie mantel-

⁴⁰ Op dit moment loopt een studie over de effecten van de MAF. Deze studie wordt uitgevoerd in opdracht van het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg.

⁴¹ <http://www.iph.fgov.be/epidemiologie/epidemiologie/crospnl/hisnl/his04nl/his61nl.pdf>

⁴² http://www.cm.be/cm-tridion/nl/100/Resources/Info%20228%20NL_tcm24-35619.pdf

of thuiszorg ontving van mening is dat hun uitgaven aan zorg moeilijk tot onmogelijk in hun budget passen. Een kleine groep (6,5%) geeft aan dat zij het afgelopen jaar noodzakelijke medische zorg voor zichzelf of een gezinslid had uitgesteld.

3.7.3 Budgettaire effecten

De uitgaven aan de MAF blijven stijgen en dreigen volgens sommigen de sociale zekerheid te doen ontsporen. Bij de komst van de MAF in 2002 bedroegen de totale uitgaven 81,4 miljoen. Een jaar later bedroegen de uitgaven aan de MAF 204,9 miljoen (2003). In 2004 en 2005 ging het om een bedrag van respectievelijk € 239,3 miljoen en € 252,8 miljoen (CM Departement Onderzoek & Ontwikkeling, 2006). Voor 2006 zijn de uitgaven aan de MAF begroot op € 314,6 miljoen (gegevens RIZIV).

3.8 Zorgkosten groepen vergeleken

Dit hoofdstuk behandelt zorgkosten in België. De eerste paragraaf laat zien hoever de zorgkosten uiteenlopen tussen gezonden en chronisch zieken. De vier paragrafen daarna vergelijken de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten zijn opgebouwd, te weten de premie (paragraaf 3.8.3), de eigen bijdragen (paragraaf 3.8.4), de niet-vergoede zorgkosten (paragraaf 3.8.5) en de compensaties van zorgkosten vanuit flankerend beleid en belastingmaatregelen (paragraaf 3.8.6).

Deze paragraaf gaat alleen over 42 voorbeeldpersonen en vergelijkingen tussen deze profielen. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in de tekst verkorte profielnamen. Zo spreken we bijvoorbeeld over "bijstandsgerechtigden met hartfalen", waarmee we dan altijd op een voorbeeldpersoon doelen (in dit geval "alleenstaande bijstandsgerechtigde met hartfalen zonder kinderen") en niet op alle bijstandsgerechtigden met hartfalen. We spreken ook wel over "onze chronisch zieken" om duidelijk te maken dat het enkel over de door ons geconstrueerde voorbeeldpersonen gaat.

De zorgkosten die de voorbeeldpersonen maken, gebaseerd op hun zorggebruik staan in de onderstaande tabel vermeld. Deze zorgkosten zijn voor alle landen gelijk. Welk deel een chronisch zieke daarvan moet betalen in België beschrijft deze paragraaf.

Tabel 3.3. Verhouding maatschappelijke zorgkosten door de verschillende profielen

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Totale kosten	37	14547	20319	17321	23259	31272	677
Waarvan thuiszorg	0	2278	2278	2278	3796	14612	0
Aandeel thuiszorg	0%	16%	11%	13%	16%	47%	0%

3.8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen?

In deze paragraaf vergelijken we eerst alle 42 ziekteprofielen, vervolgens bekijken we de profielen per inkomensgroep en ten slotte kijken we in hoeverre verschillende ziekten verschillen in zorgkosten.

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in België in euro's?

Hoe ver lopen de zorgkosten uiteen in België? De onderzochte chronisch zieken betalen tussen de € 464 (bijstandsgerechtigde met artrose) en € 4.484 (gehandicapte 2x modaal) meer aan zorgkosten dan kernegezonden met hetzelfde inkomen. Tabel 3.4 illustreert dit.

Tabel 3.4. Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg in België dan kernegezonden met hetzelfde inkomen? (in euro)

	kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	738	738	770	464	626	181
Modaal alleen	0	1279	1279	1307	1005	1167	205
2x modaal alleen	0	1324	1559	1307	1664	4484	205
Gezin 2 kinderen	0	1279	1279	1307	1005	1167	205
AOW alleen	0	738	738	770	464	626	181
AOW echtpaar	0	929	929	961	655	817	205

Het beeld exclusief thuiszorg is in België voor lage inkomens niet heel verschillend aan het beeld inclusief thuiszorg. Voor bijstandsgerechtigden (op de diabetespatiënt na) is er zelfs geen enkel verschil. Dit komt omdat zij een lager plafond van de eigen bijdrage (maximumfactuur) hebben (€ 450) en zij dit plafond al volmaken met andere kosten. Thuiszorg valt volledig onder dit plafond. Extra thuiszorguitgaven maken daarom geen verschil voor het bedrag dat zij moeten betalen. Van onze chronisch zieke AOW'ers betalen alleen diabetespatiënten en patiënten met hartfalen iets meer met thuiszorg, dan zonder thuiszorg. Zij hebben wat minder andere kosten, waardoor ze zonder de thuiszorgkosten nog net niet aan het plafond zaten en met de thuiszorgkosten wel. Omdat mensen in België per zorggebruik (bijvoorbeeld een bezoek aan een arts) een klein percentage eigen bijdrage betalen, die allemaal samen optellen tot het plafond betalen zij relatief lang nog eigen bijdragen⁴³.

Bij mensen met een modaal inkomen en zeker met een dubbelmodaal inkomen worden de verschillen tussen wel of geen thuiszorg wel relevanter. Zo heeft thuiszorg voor een dubbelmodaal verdienende gehandicapte alleen al aan thuiszorg € 3.653 extra zorgkosten dan de gezonde met een dubbelmodaal inkomen. Dit komt omdat voor dubbelmodaalverdienenden in België geen plafond voor eigen bijdragen geldt. De gehandicapte heeft veel meer uren thuiszorg nodig dan andere chronisch zieken (twee keer zoveel als de artrose patiënt en drie keer zoveel als de andere chronisch zieken), zodat de dubbelmodaalverdienende gehandicapte hiervoor dus veel meer moet betalen. Bovenstaande en onderstaande tabel samen illustreren dit.

⁴³ Stel dat iemand maximaal een eigen bijdrage betaalt van 100, dan kan dat de eerste uitgegeven 100 zijn (zoals in het Nederlandse en Zwitserse systeem. In België is er ook een plafond (zeg 100), alleen betaalt iemand die niet over de eerste uitgegeven 100, maar betaalt deze steeds een klein bedrag (zeg 10%). Dit betekent dat als iemand 1000 zorgkosten maakt, hij in het Nederlandse systeem alleen een (volledige) eigen bijdrage voelt bij het maken van de eerste 100 aan zorgkosten, maar in België een eigen bijdrage voelt tijdens de eerste 1000 aan zorgkosten. Hierdoor zitten Belgen met hoge zorgkosten minder snel aan hun plafond, hoewel het plafond zelf niet hoger hoeft te zijn.

Tabel 3.5. Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg *exclusief thuiszorg* in België dan kerngezonden met hetzelfde inkomen? (in euro)

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	738	738	728	464	626	181
Modaal alleen	0	755	990	737	715	831	205
2x modaal alleen	0	755	990	737	715	831	205
Gezin 2 kinderen	0	755	990	737	715	831	205
AOW alleen	0	677	738	667	464	626	181
AOW echtpaar	0	755	929	737	655	817	205

Hoe ver lopen zorgkosten in België uiteen als percentage van het inkomen?

In België lopen de zorgkosten die onze chronisch zieken en gehandicapten extra moeten betalen omdat ze chronisch ziek of gehandicapt zijn uiteen tussen de 2% (hartfalen en diabetes dubbelmodaal) en 7% (gehandicapt dubbelmodaal) van hun bruto inkomen aan zorg.

Tabel 3.6. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg in België dan gezonden met hetzelfde inkomen

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%
Modaal alleen	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
2x modaal alleen	0%	2%	3%	2%	3%	7%	0%
Gezin 2 kinderen	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
AOW alleen	0%	6%	6%	6%	4%	5%	2%
AOW echtpaar	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%

3.8.2 Welke groepen betalen meer en minder?

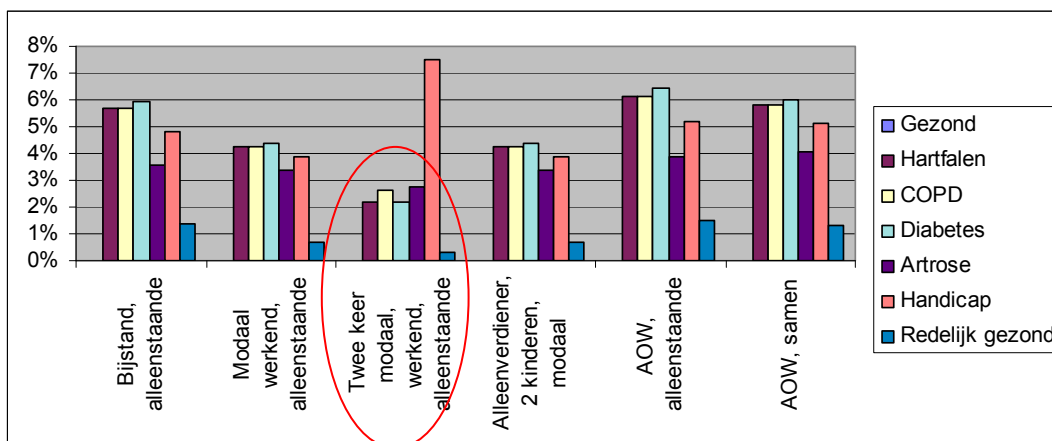
Zijn de verschillen groot in België?

De zorguitgaven tussen verschillende ziekten zijn niet groot, behalve bij dubbelmodaal. Het maximale verschil tussen de meest betalende chronisch zieke en de minst betalende chronisch zieke is € 307 (afgezien van de dubbelmodale, bij hem is het € 3.178). Dat dubbelmodaal zoveel scheelt komt omdat dubbelmodaal geen plafond voor de eigen bijdrage kent (maximumfactuur) en de gehandicapte € 2.903 meer betaalt aan thuiszorg dan de minst betalende chronisch zieke.

Wie betaalt er het minst in België?

De chronisch zieken met de laagste inkomens betalen in euro's de minste extra zorgkosten vergeleken met gezonde mensen met dezelfde kenmerken. Als percentage van hun inkomen betalen dubbelmodalen het minst extra in België. Uitzondering hierop is de gehandicapte.

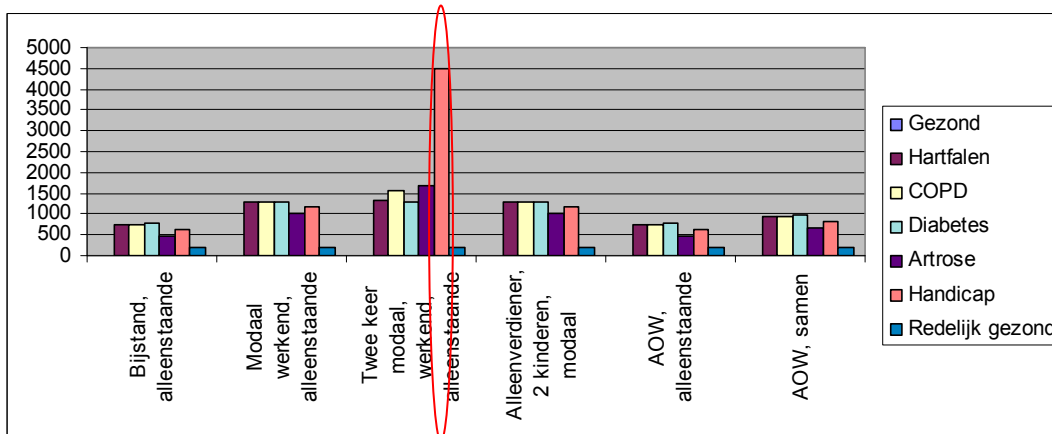
Figuur 3.2. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg in België dan gezonden met hetzelfde inkomen



Wie betaalt er het meest in België?

De gehandicapte met een dubbelmodaal inkomen betaalt in België het meest, zowel in euro's als in percentage van zijn bruto inkomen. Bovenstaande en onderstaande figuren illustreren dit. De meerkosten ten opzichte van andere chronisch zieken komen volledig voor rekening van de extra thuiszorg die onze gehandicapten nodig hebben. Het treft alleen de dubbelmodaalverdiener, omdat dubbelmodaalverdieners geen plafond eigen bijdragen hebben in België. Omdat voor hogere inkomens geen plafond is in België, is er ook geen controle op de vraag of de zorgkosten betaald kunnen worden uit het inkomen. Er is geen garantie dat de chronisch zieke een bepaald minimumbedrag om van te leven overhoudt na het betalen van eigen bijdragen.

Figuur 3.3. Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg in België dan kerngezonden met hetzelfde inkomen? (in euro)



Leeswijzer vervolg

Om te achterhalen waar de kostenverschillen precies uit bestaan, behandelen we in de volgende paragrafen de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten bestaan. Dit zijn de premie, de eigen bijdragen, de niet-vergoede zorgkosten en de compensaties die individuen ontvangen via flankerend beleid.

3.8.3 Premie in België

De premie is in België volledig inkomensafhankelijk (afgezien van de € 25 zorgpremie). Chronisch zieken betalen in België daardoor evenveel premie als de kerngezonden met hetzelfde inkomen. De onderstaande tabel laat dit zien.

Tabel 3.7. Hoeveel meer premie betalen chronisch zieken ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen in België?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	0	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	0	0
AOW echtbaar	0	0	0	0	0	0	0

3.8.4 Eigen bijdrage in België

De eigen bijdrage in België wordt voor de meeste chronisch zieken volledig bepaald door de Maximum Factuur (MAF), het plafond aan eigen bijdragen in België. Bijstandsgerechtigden en alleenstaande AOW'ers hebben een MAF-plafond van € 450, mensen met een modaal inkomen een MAF-plafond van € 1000, het AOW-echtbaar heeft een MAF-plafond van € 650. Voor chronisch zieken met een dubbelmodaal inkomen geldt geen maximumfactuur. Zij betalen daardoor alle eigen bijdragen zelf.

Alle chronisch zieken met een plafond betalen de volledige eigen bijdrage die voor hun inkomensplafond geldt. In de rij van de dubbelmodaalverdiener is te zien welke extra kosten chronisch zieken moeten maken als er geen plafond voor hen geldt. In de tabel lijkt het alsof modaalverdieners hun plafond net niet volmaken. Dit is echter niet het geval. Dit komt omdat het bedrag relatief ten opzichte van de kerngezonde is. De kerngezonde modaalverdiener betaalt € 9 aan eigen bijdrage aan de tandartscontrole. Bijstandsgerechtigden en alleenstaande AOW'ers hoeven deze € 9 euro niet te betalen.

Tabel 3.8. Hoeveel meer eigen bijdrage betalen chronisch zieken ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen in België?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	450	450	450	450	450	158
Modaal alleen	0	991	991	986	991	991	182
2x modaal alleen	0	1036	1272	986	1650	4308	182
Gezin 2 kinderen	0	991	991	986	991	991	182
AOW alleen	0	450	450	450	450	450	158
AOW echtbaar	0	641	641	641	641	641	182

3.8.5 Niet-vergoede zorgkosten

In België worden de meeste zorgkosten vergoed. In de onderstaande tabel is te zien dat chronisch zieken tussen de € 268 (artrose) en € 430 (gehandicapte) aan niet-vergoede

zorguitgaven betalen. Het grootste deel van deze niet-vergoede zorgkosten betreft het vervoer van en naar arts of ziekenhuis. Hieraan betalen deze chronisch zieken tussen de € 200 en € 280, afhankelijk van gebruik. Daarnaast worden in België de diëtist (tussen de € 15 en € 45), de podotherapeut (€ 83) en medicijnen zonder recept (€ 23) niet vergoed. Alle andere worden vergoed. De onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 3.9. Hoeveel meer niet vergoede zorgkosten betalen chronisch zieken in België ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	288	288	320	268	430	23
Modaal alleen	0	288	288	320	268	430	23
2x modaal alleen	0	288	288	320	268	430	23
Gezin 2 kinderen	0	288	288	320	268	430	23
AOW alleen	0	288	288	320	268	430	23
AOW echtpaar	0	288	288	320	268	430	23

3.8.6 Flankerend beleid

Het flankerend beleid voor deze profielen bestaat uit het zorgforfait. Het normbedrag voor het zorgforfait is € 254. Voor deze vergoeding komen van onze chronisch zieken alleen de mensen met artrose en mensen met een handicap in aanmerking. De onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 3.10. Hoeveel meer compensatie ontvangen chronisch zieken via flankerend beleid vergeleken met kerngezonde mensen met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	-254	-254	0
Modaal alleen	0	0	0	0	-254	-254	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	-254	-254	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	-254	-254	0
AOW alleen	0	0	0	0	-254	-254	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	-254	-254	0

3.8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf in België?

Ten slotte vergelijken we nog de meerkosten die een chronisch zieke maakt ten opzichte van een kerngezonde met dezelfde kenmerken met het bedrag dat hij zelf moet betalen. Hoeveel van de gezondheidskosten die (chronisch) zieken maken betalen zij zelf?

In België betalen de duurste chronisch zieken (gehandicapten en artrosepatiënten) met een laag tot modaal inkomen iets minder extra zorgkosten zelf dan de goedkopere chronisch zieken (hartfalen, COPD of diabetes). Dit komt met name door de plafonds. Daarnaast komen deze profielen in aanmerking voor het zorgforfait (een compensatie voor zorgkosten) en de andere chronisch zieken niet. Diabetespatiënten hebben enkele posten die niet vergoed worden in België, zoals podotherapie.

De redelijk gezonde persoon betaalt ongeveer een derde van de extra kosten die hij maakt ook zelf. Onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 3.11. Hoeveel procent van de zorgkosten die de chronisch zieke maakt zijn de meerkosten die hij zelf moet betalen vergeleken met de kerngezonde met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	5%	4%	4%	2%	2%	27%
Modaal alleen	0%	9%	6%	8%	4%	4%	30%
2x modaal alleen	0%	9%	8%	8%	7%	14%	30%
Gezin 2 kinderen	0%	9%	6%	8%	4%	4%	30%
AOW alleen	0%	5%	4%	4%	2%	2%	27%
AOW echtpaar	0%	6%	5%	6%	3%	3%	30%

3.9 Literatuur

Arnaert A, Van Den Heuvel B, Windey, T. *Geriatr Nurs* 2005; 26:366-371.

Breda J, Van Landeghem C, Claessens D, Vandervelden M, Geerts J, Schoenmaekers D. Drie jaar later: evaluatie van het PAB-gebruik. Eindrapport. Universiteit Antwerpen: Departement Sociologie, Onderzoeksgroep Welzijn en de Verzorgingsstaat, april 2004.

Christelijke Mutualiteit, Departement Onderzoek & Ontwikkeling. De evolutie van de uitgaven voor de gezondheidszorg in België. Een dynamisch evenwicht tussen de beheersing van de openbare uitgaven en de financiële bescherming van de patiënt. CM – Themadossier, no. 8, September 2006.

Cockx B, Brasseur C, The Demand for Physician Services. Evidence from a Natural Experiment, *Journal of Health Economics*, 22, 2003, 881-913.

Corens D. Health system review: Belgium. *Health Systems in Transition*, 2007; 9(2): 1–172.

Cornelis K, Léonard Ch. Van franchise tot MAF: meer veiligheid in ruil voor meer selectiviteit. CM-Themadossier, nr. 8, september 2006 (p. 18-25).

Diels J. Sociale en fiscale franchise: een evaluatie. CM-informatie (Informatieblad van de Christelijke Mutualiteiten), no. 171, 1996.

De Graeve D, Lecluyse A, Schokkaert E, Van Ourti T, Van de Voorde C. Eigen betalingen in de Belgische gezondheidszorg. De impact van supplementen. *Equity and Patient Behaviour (EPB)*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg (KCE); 2006. KCE reports 50 A.

Hannes P. Verhoogde tegemoetkoming / Omnio-statuu. CM-informatie (Informatieblad van de Christelijke Mutualiteiten), no. 230, november 2007 (in druk).

Pacolet J, Spruytte N, Merckx S, Bestaansonzekerheid in Vlaanderen bij chronisch zorgbehoefte thuis: belang van de Vlaamse zorgverzekering. CM-informatie, no. 228, juni 2007.

Schneider M, Hofmann, U, Kose A. Zuzahlungen in Internationalen Vergleich 2004 Basy, Augsburg: RSZ (Rijksdienst voor sociale zekerheid).

Schokkaert E, Van de Voorde C. Health care reform in Belgium, *Health Economics*, 14(1), 2005, 25-39.

Schokkaert E, De Graeve D, Van Camp G, Van Ourti T, Van de Voorde C. Maximumfactuur en kleine risico's: Verdeling van de eigen bijdragen voor gezondheidszorg in België, 2004, *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, vol. 46, no. 2, pp. 221 - 246.

Van de Voorde C, van Doorslaer E, Schokkaert E. Effects of cost sharing on physician utilization under favourable conditions for supplier-induced demand, *Health Economics*, 10(5), 2001, 457-471.

Van Winckel H, Versieck K, Boly J. Welk prijskaartje voor de verzorging van chronisch zieken? *CM-informatie (Informatieblad van de Christelijke Mutualiteiten)* 1997; 178: 2-12.

3.9.1 Geraadpleegde personen

We bedanken de volgende personen voor hun medewerking:

- Mevrouw Carine van de Voorde, Federaal Kenniscentrum voor de gezondheidszorg
- De heer Joerri Guillaume en de heer Tom de Boeck, Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten
- De heer Raf Mertens, de heer Koen Cornelis en de heer Ignace Leus, Landsbond der Christelijke Mutualiteiten
- De heer Ri de Ridder, Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering
- Mevrouw Ilse Weeghmans, Vlaams Patiëntenplatform

4 Frankrijk

In dit hoofdstuk staat het Franse zorgverzekeringsstelsel centraal. Het hoofdstuk begint met een overzicht van het stelsel in Frankrijk. Vervolgens volgt er een paragraaf over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel (paragraaf 2), de premies die Fransen betalen om zich verzekerd te weten van zorg (paragraaf 3), de eigen bijdragen die mensen betalen aan de eigen zorgkosten (paragraaf 4), de beschermingsmaatregelen (paragraaf 5), de achtergronden van het systeem (paragraaf 6), de gevolgen van het systeem (paragraaf 7) en de vergelijking van de zorgkosten van gezonden en chronisch zieken (paragraaf 8). Daarna volgen de literatuur en de geraadpleegde personen (paragraaf 9).

4.1 Overzicht zorgstelsel

In Frankrijk maakt de ziekteverzekering deel uit van het sociale verzekeringsstelsel. Hiervoor dragen Franse burgers (inkomensafhankelijke) sociale premies af van hun bruto-inkomen. Ook werkgevers betalen mee aan de sector Ziekte van het sociale verzekeringsstelsel. Ruim 90% van de Fransen is verzekerd tegen ziektekosten via één van de nationale regelingen, waarvan de Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) de grootste is. Sinds 2000 bestaat als aanvulling de CMU-regeling ('Couverture Maladie Universelle'), die zorgt voor een basisverzekering voor burgers die geen beroep kunnen doen op de algemene regeling of één van de regelingen voor specifieke beroepsgroepen, omdat zij nooit sociale premies hebben betaald. Het basispakket van de verplichte ziekteverzekering is wettelijk vastgelegd.

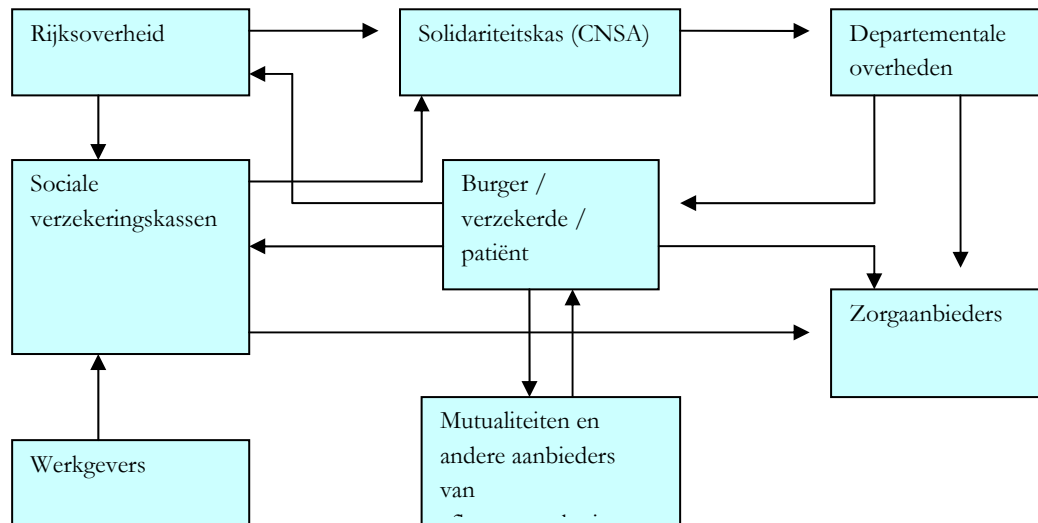
Voor vrijwel alle verstrekkingen binnen het wettelijk verzekerde pakket gelden procentuele eigen bijdragen van gemiddeld 30 à 40%. Daarnaast is er een aantal forfaitaire bijdragen voor specifieke verstrekkingen. Vrijwel alle Franse burgers (92%) hebben echter een aanvullende verzekering afgesloten die (een deel van) de eigen bijdragen dekt. De beperkte aanvullende verzekeringen vergoeden alleen de officiële eigen bijdragen; de uitgebreidere varianten vergoeden vaak ook (een deel van) de eigen betalingen die bovenop de officiële tarief- of prijsafspraken komen. De eigen betalingen die bovenop de officiële eigen bijdragen uitkomen kunnen aanzienlijk zijn.

Mensen met een chronische ziekte of handicap kunnen op grond van hun ziekte of handicap vrijgesteld worden van de officiële eigen bijdragen. Frankrijk kent een uitgebreide lijst van chronische aandoeningen die recht geeft op vrijstelling van de eigen bijdragen voor zorg samenhangend met de betreffende aandoening. Ook mensen met beperkingen kunnen wanneer zij bepaalde indicaties hebben vrijstelling krijgen van (een deel van) de eigen bijdragen.

Naast de verplichte ziekteverzekering, kent Frankrijk ook enkele verstrekkingen die bedoeld zijn als tegemoetkoming in de kosten van care (de ziekteverzekering is voornamelijk gericht op de cure), te weten de Allocation Personnalisée d'Autonomie (voor mensen met beperkingen in ADL-functioneren vanaf 60 jaar) en de Prestation de Compensation du Handicap (PCH; voor mensen met beperkingen jonger dan 60 jaar). PCH bestaat pas sinds 2006 en is de opvolger van een oudere verstrekking (ACTP), die evenals APA gelijkenis vertoonde met de AWBZ-verstrekkingen. PCH vertoont qua verstrekkingen overeenkomst met de nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) in Nederland: beide zijn gericht op het bevorderen van participatie en het zelfstandig functioneren in de thuissituatie. De regelingen APA en PCH

worden gefinancierd door de Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (NCSA) en de Franse departementen. Het zijn de departementen die deze regelingen uitvoeren. Hiertoe wordt door de Maisons départementales des personnes handicapées voor elke aanvrager een individueel zorgplan opgesteld en indicatiestellingen uitgevoerd.

Figuur 4.1. Financieringsstromen gezondheidszorg Frankrijk, 2006



4.2 Vormgeving van het zorgverzekeringstelsel in 2006

4.2.1 Kenmerken zorgverzekeringstelsel

De Franse ziektekostenverzekering is een verplichte basisverzekering, die onderdeel uitmaakt van het sociale verzekeringsstelsel. In dit sociale verzekeringsstelsel worden vier sectoren onderscheiden, waarvan de 'branche Maladie' (sector Ziekte) er een is. Het overgrote deel van de Fransen (92%) is verzekerd via één van de nationale regelingen, waarvoor zij premie van hun loon of salaris afdragen. Er zijn drie grote regelingen en nog diverse kleine regelingen voor specifieke beroepsgroepen. De grote regelingen zijn:

- 1) de 'Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés' (CNAMTS); dit is de algemene regeling die veruit het grootste deel van de bevolking dekt (86%);
- 2) de 'Mutualité Sociale Agricole' (MSA), een ziekenkas voor de landbouwsector;
- 3) de 'Régime Social des Indépendants' (RSI), een regeling voor zelfstandig ondernemers en vrije beroepsbeoefenaren.

In januari 2000 werd de CMU-regeling ('Couverture Maladie Universelle') ingevoerd. De CMU-regeling zorgt voor een basisverzekering voor Franse burgers die geen beroep kunnen doen op één van de hiervoor genoemde regelingen, omdat zij nooit premie hebben afgedragen. Het kan

daarbij gaan om mensen die nooit betaald werk hebben gehad (en evenmin via hun partner rechten kunnen doen gelden). Dit zijn dus veelal mensen met een laag inkomen. Maar ook mensen die nooit in Frankrijk maar wel elders hebben gewerkt, bijvoorbeeld mensen die op latere leeftijd in Frankrijk zijn gaan wonen, kunnen een beroep doen op de CMU-regeling⁴⁴. Deze laatste groep is dus niet per definitie een lage inkomensgroep. Met de introductie van de CMU-regeling werd het Franse verzekeringsstelsel universeel, dat wil zeggen alle Franse burgers zijn verplicht verzekerd en hebben recht op gezondheidszorg.

De premies tussen de verschillende regelingen verschillen, maar het basispakket dat daarvoor wordt vergoed is gelijk. Het basispakket is namelijk wettelijk vastgelegd. De hoogte van de (sociale zekerheids-)premie is inkomensafhankelijk.

Behalve de Franse ziektekostenverzekering, die dus vooral gericht is op vergoeding van de kosten van medische zorg, bestaat voor ouderen en mensen met langdurige beperkingen ('gehandicapten') nog de mogelijkheid om bepaalde zorg en ondersteuning vergoed te krijgen via de Maisons départementales des personnes handicapées, gefinancierd door de 'Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie' (CNSA) en de Franse departementen. De CNSA financiert de instellingen en sociaal-medische uitgaven in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg en verschaft daarnaast aan de departementen een budget voor uitvoering van de verstrekkingen 'Allocation Personnalisée d'Autonomie' (APA) en 'Prestation de Compensation du Handicap' (PCH). Om in aanmerking te komen voor APA of PCH kan men terecht bij de Maisons départementales. Deze Maisons départementales vervullen een éénloketfunctie voor ouderen en gehandicapten; men kan er terecht voor o.a. informatie en advies over instellingen en diensten, een persoonlijk plan gericht op zelfstandig leven en participatie, indicatiestellingen en claimbeoordelingen. De Maisons départementales beslissen over de toewijzing van de diverse vertrekkingen. De uitvoering van deze prestaties is dus gedecentraliseerd naar departementaal niveau. De departementen zelf dragen ook bij aan financiering van deze verstrekkingen. Onderstaand worden de verstrekkingen APA en PCH toegelicht.

Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA)

APA bestaat sinds 2002 en is een verstrekking voor mensen van 60 jaar en ouder die hulpbehoevend zijn. APA is zowel voor zelfstandig wonende ouderen als voor geïnstitutionaliseerde ouderen bedoeld. De mate van hulpbehoevendheid wordt uitgedrukt in zes gradaties (AGGIR classificatie), van GIR1 (persoon is totaal afhankelijk) tot GIR6 (persoon kan globaal autonoom functioneren bij ADL-activiteiten). Alleen de gradaties GIR1 tot en met GIR4 geven recht op APA. APA is een bedrag dat wordt afgestemd op de persoonlijke situatie van de oudere (hiertoe wordt een zorgplan opgesteld) en is bedoeld om een deel van de zorgkosten te vergoeden van de verzorging thuis of in een instelling.

Het bedrag aan APA is afhankelijk van de mate van hulpbehoevendheid en het inkomen.

Er is geen inkomensplafond, dus ook ouderen met een hoger inkomen kunnen APA ontvangen. Bijvoorbeeld, indien men voor alle ADL-activiteiten totaal afhankelijk is van anderen (GIR1) en men heeft een inkomen van meer dan € 2.576, kan men maximaal € 115 per maand aan APA ontvangen (2007). Indien men met hetzelfde inkomen minder hulpbehoevend is (GIR4), dan

⁴⁴ Daarnaast is er nog voor mensen die meer dan drie maanden per jaar woonachtig zijn in Frankrijk en die een laag inkomen hebben de regeling 'Aide Médicale d'Etat' (AME). Het recht op AME moet elk jaar opnieuw worden aangevraagd. Deze regeling dekt 1.785.000 mensen en zal in dit rapport niet verder worden behandeld.

ontvangt men maximaal € 49 per maand. Indien men grote bezittingen heeft, zoals een tweede huis, dan telt daarvan een deel van de huurwaarde als inkomen mee. Een eerste huis, spaargeld of pensioen tellen niet mee ter bepaling van het inkomen.

In tabel 4.1 staat vermeld wat het gemiddelde zorgplan van zelfstandig wonende APA-begunstigden in 2006 kostte, wat zij hiervan vergoed kregen en wat zij dan nog zelf aan eigen betalingen hadden. De tabel laat bijvoorbeeld zien dat het gemiddelde zorgplan in 2006 € 490 per maand kostte, dat daarvan gemiddeld € 410 aan APA werd vergoed (door de CNSA en de departementen tezamen) en dat er dus een gemiddelde eigen bijdrage van € 80 resteerde (DREES, 2007a).

Tabel 4.1. Maandelijkse bedragen APA, 2006

Ernst van de ziekte	Gemiddelde bedrag zorgplan	Gemiddelde bedrag APA	Gemiddelde eigen bijdrage
GIR1	€ 972	€ 816	€ 156
GIR2	€ 769	€ 635	€ 134
GIR3	€ 575	€ 483	€ 92
GIR4	€ 356	€ 302	€ 55
Totaal	€ 490	€ 410	€ 80

Bron: DREES, april 2007 de totalen hierboven snap ik niet, zijn in ieder geval geen gemiddelden van de kolommen daarboven

Eind december 2006 ontvingen 994.000 Fransen (1,6% van de bevolking) APA (DREES, 2007b). Daarvan was 60% (602.000) zelfstandig wonend. Van deze zelfstandig wonende begunstigden was 56% geclassificeerd met GIR4 (GIR1: 3%, GIR2: 19% en GIR3: 22%) (DREES, 2007a).

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

PCH is een nieuwe verstrekking sinds 2006 en is bedoeld voor mensen met beperkingen in de leeftijd van 20 tot 60 jaar. Het is een verstrekking die bedoeld is om de zelfstandigheid van mensen met beperkingen en hun deelname aan de samenleving te bevorderen. Het omvat een vergoeding voor mantelzorg, technische hulpmiddelen zoals rolstoelen en tilliften, woningaanpassingen, autoaanpassingen en meerkosten van vervoer, specifieke of uitzonderlijke uitgaven (o.a. meerkosten van een aangepaste vakantie) en hulphonden.

Voor 2006 konden zelfstandig wonende gehandicapten jonger dan 60 jaar een beroep doen op de 'Allocation compensatrice pour tierce personne' (ACTP). Een kleine groep gehandicapten krijgt ook een bijdrage voor huishoudelijke hulp van de departementen. Sinds 2006 kunnen mensen niet meer in aanmerking komen voor ACTP, maar voor PCH. In 2006 ontvingen 112.667 (volwassen) zelfstandig wonende gehandicapten jonger dan 60 jaar een vorm van vergoeding of zorg. Bij 88.361 betrof het ACTP (deze mensen vallen dus nog onder de oude regeling), 17.381 personen ontvingen een bijdrage van de departementen voor huishoudelijke hulp en 6.924 personen ontvingen de nieuwe verstrekking PCH. Deze laatste groep is dus nog erg klein (2006 betrof het eerste jaar van de regeling), maar zal in de toekomst groter worden.

PCH omvat vijf vormen van prestaties: 1. menselijke hulp, 2. technische hulpmiddelen, 3. woningaanpassingen, autoaanpassingen en meerkosten van vervoer, 4. vergoeding voor specifieke of uitzonderlijke uitgaven, en 5. hulphonden. Voor elk van deze vormen van zorg heeft de CNSA voorwaarden en maandelijkse maximumvergoedingen vastgesteld, die door de departementen worden gehanteerd. Bijvoorbeeld, voor een verhuizing geldt een maximale tegemoetkoming van € 3.000 (2007). De maximale vergoeding voor woningaanpassingen (waartoe ook de

verhuisvergoeding hoort) bedraagt € 10.000 per 10 jaar. Tot een bedrag van € 1.500 aan woningaanpassingen wordt het gehele bedrag vergoed. Daarboven wordt 50% vergoed tot het maximum van € 10.000. De vergoeding voor menselijke hulp varieert tussen € 11,02 per uur voor een huishoudelijke hulp die men zelf inhuurt tot € 17,19 per uur voor een verzorgende (hulp bij persoonlijke verzorging) die in dienst is van een thuiszorgorganisatie (2007).

4.2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?

Frankrijk heeft een ruim basispakket, dat vooral gericht is op de dekking van de kosten van medische verrichtingen. Ook de verstrekking van medische hulpmiddelen is in de basisverzekering opgenomen. In de farmaceutische sector worden 4.500 geneesmiddelen via de basisverzekering vergoed. Bijlage E laat zien welke zorg krachtens de verplichte basisverzekering en welke verstrekkingen via de Maisons départementales (CNSA en departementen) voor gehele of gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komen.

4.2.3 Kosten van het stelsel

De totale uitgaven aan gezondheidszorg (sector Ziekte van het sociale verzekeringsstelsel) bedroegen in 2006 198,3 miljard (11,1% van het BBP), waarvan 156,6 miljard (8,7% van het BBP) aan de consumptie van medische zorg en diensten⁴⁵ (DREES, 2007d). Dit komt neer op respectievelijk € 3.138 per inwoner voor de gehele sector Ziekte en € 2.477 per inwoner aan uitgaven voor medische zorg en consumptie. De uitgaven aan medische zorg en diensten worden hoofdzakelijk gefinancierd uit de sociale verzekeringen, gevolgd door aanvullende verzekeringen en eigen bijdragen (zie tabel 4.2).

Tabel 4.2. Uitgaven aan medische zorg en diensten (sector Ziekte, sociale verzekeringsstelsel) per bron (2006)

Bron	Bedrag (in euro's)	Percentage van totaal
Belastingen / bijdragen sociale zekerheid	120,6 miljard	77,0
Rijksbijdragen (incl. fictieve rijksbijdrage)	2,2 miljard	1,4
Aanvullende verzekering	20,4 miljard	13,0
Eigen betalingen (verplicht en vrijwillig)	13,5 miljard	8,6
Totale uitgaven aan medische zorg en diensten	156,6 miljard	100

Bron: DREES, Comptes de la santé, 2007d

4.3 Premie

4.3.1 Hoogte premie of bijdrage

Voor financiering van de sector Ziekte van het sociale verzekeringsstelsel betalen burgers drie soorten bijdragen. De eerste bijdrage is een bijdrage voor vergoeding van de sociale schuld CRDS

⁴⁵ De overige 41,7 miljard omvat de uitgaven aan vergoeding van ziekteverzuim, onderzoek, medisch onderwijs, collectieve preventie, en beheer van het gezondheidszorgstelsel.

(‘Contribution au Remboursement de la Dette Sociale’). De tweede heffing maakt deel uit van de algemene bijdrage voor sociale zekerheid, de CSG (‘Contribution Sociale Generalisée’). De derde bijdrage is uitsluitend bedoeld ter dekking van uitgaven binnen de sector Ziekte. De totale bijdrage onder de verschillende regelingen staat vermeld in tabel 4.3. Naast de bijdragen die werknemers betalen, betalen ook werkgevers in de algemene regeling (CNAMTS) en de regeling voor de landbouwsector (MSA) een werkgeversbijdrage van 13% ter dekking van de kosten van de sector Ziekte.

Tabel 4.3. Bijdragen aan sector Ziekte (2006)

Type regime	Totale bijdrage sector Ziekte, percentage van het bruto inkomen
Algemene regeling (CNAMTS)	
Werknemers	6,300%
Werkgevers	13,100%
Inkomen uit pensioen	5,850%
Inkomen uit kapitaal	6,450%
Regeling landbouwsector (MSA)	
Werknemers	6,315%
Werkgevers	13,300%
Inkomen uit pensioen	0,0% (van basispensioen) en 1,0% (van aanvullend pensioen) en 4,35% (CSG)
Regeling zelfstandigen (RSI)	0,6% (tot aan € 32.184) en 5,9% (boven deze grens)
Regeling Couverture Maladie Universelle (CMU)	0,0% (tot aan € 6.965) en 8,0% (boven deze grens)

4.3.2 Bijzondere groepen voor wie geen of gereduceerde premies gelden

De premies voor sociale verzekeringen zijn een percentage van het inkomen. Dus, mensen met een lager inkomen betalen minder premie dan mensen met een hoger inkomen. In 2006 gold dat indien het inkomen niet hoger was dan € 6.965 men geen sociale zekerheidsbijdragen hoefde te betalen. Mensen die verzekerd zijn krachtens de CMU-regeling en meer dan € 6.965 aan inkomen hadden over 2006, betaalden een totale bijdrage aan de sector Ziekte van 8% over het inkomen boven dit plafond.

4.3.3 Premiedifferentiatie

De sociale zekerheidsbijdragen zijn inkomensafhankelijk; het verzekerde basispakket is voor iedereen gelijk. In Frankrijk heeft vrijwel iedereen echter een aanvullende verzekering ter dekking van de eigen bijdragen voor medische kosten (zie paragraaf 4.3.5). Afhankelijk van bij welke soort verzekeraar men deze ‘afkoop eigen betalingen’-verzekering afsluit, is premiedifferentiatie (voor deze afkoopverzekering) mogelijk op basis van leeftijd en gezondheidsrisico.

4.3.4 Keuzevrijheid van eigen risico of arts

Franse inwoners kunnen niet zelf kiezen voor een hogere of lagere premie voor het basispakket door bijvoorbeeld het eigen risico aan te passen. Er bestaat geen eigen risico.

In Frankrijk is de keuze van huisarts of specialist, van ziekenhuis en van alle zorgaanbieders of instellingen in principe vrij. Wel bestaan er verschillen in de vergoeding van zorg verleend door

geconventioneerde (sector 1) en niet-geconventioneerde (sector 2) artsen⁴⁶. Sector 1 artsen zijn gehouden aan de wettelijke tariefafspraken, sector 2 artsen kunnen (en zullen) hogere tarieven in rekening brengen. Voorwaarde is wel dat deze sector 2 artsen hun patiënten vooraf het door hen gehanteerde tarief meedelen. Patiënten die kiezen voor zorg verleend door een sector 2 arts betalen een hogere eigen bijdrage (indien zij zich hiervoor niet aanvullend hebben verzekerd), omdat alleen een bepaald percentage van het wettelijk vastgestelde tarief voor vergoeding in aanmerking komt.

In 2004 zijn verschillende hervormingsmaatregelen getroffen, waaronder maatregelen ter versteviging van het poortwachtersysteem: wanneer een patiënt niet ingeschreven staat bij een arts (huisarts of specialist), kan hij of zij maximaal 60% vergoeding krijgen in plaats van de gebruikelijke 70%. De vergoeding van 70% geldt voor raadpleging van de eigen arts (die als 'poortwachter' door de verzekerde is aangewezen en als zodanig geregistreerd staat bij de ziekteverzekering) en bij verwijzing door de eigen arts naar een andere arts. Eind december 2006 had 80% van de verzekerden van 16 jaar en ouder een arts als poortwachter gekozen; van degenen met een aandoening voorkomend op de lijst ALD (zie paragraaf 4.5.2) is het meer dan 90% (Gigon, Lemaire & Bismuth, 2007).

4.3.5 Verzekering voor 'afkoop eigen betalingen'

In Frankrijk is het mogelijk een aanvullende verzekering af te sluiten, die de verschuldigde eigen betalingen dekt. We noemen dit de 'afkoop eigen betalingen'-verzekering of kortweg 'afkoopverzekering'. Circa 85% van alle Fransen heeft zo'n afkoopverzekering. Deze verzekering kan men afsluiten bij een mutualiteit (particulier non-profit), bij een onderlinge verzekeringsmaatschappij ('institut de prévoyance, voortgekomen uit de vakbonden) of bij een commerciële particuliere verzekeraar. Ruim 59% van de afkoopverzekeringen in 2005 is afgesloten bij een mutualiteit (dit zijn individuele contracten), circa 15% is afgesloten bij een onderlinge verzekeringsmaatschappij (dit zijn uitsluitend collectieve contracten) en ruim een kwart (26%) is afgesloten bij een commerciële verzekeraar (dit zijn zowel individuele als collectieve contracten) (DREES, 2007c). In totaal is 43% van de afkoopverzekeringen individueel afgesloten; ruim de helft betreft dus collectieve contracten.

Vrijwel alle mutualiteiten werken volgens de in 2001 nieuw opgestelde 'Code de la Mutualité' (aangepast aan Europese wetgeving). Mutualiteiten die volgens deze code werken zijn verplicht zich aan bepaalde regels te houden die bedoeld zijn om invulling te geven aan het solidariteitsprincipe. Zo is het gebruik van een vragenlijst ter vaststelling van gezondheidsrisico's bij mensen die verzekering voor afkoop van eigen betalingen willen afsluiten verboden. De premie voor de afkoopverzekering is wel in zekere mate afhankelijk van de leeftijd van de persoon, maar heel grote verschillen in premie bestaan er niet. Commerciële verzekeraars differentiëren de premie wel naar gezondheidsrisico. Daarnaast verschillen de premies van deze verzekeraars sterker naar leeftijd van de verzekerde. Volgens de wet mag de premie voor iemand van 60 jaar of ouder maximaal 1,5 keer zo hoog zijn als de premie voor een jongere persoon. Het is echter niet duidelijk of commerciële verzekeraars zich hieraan houden.

IRDES (2007) heeft de afkoopverzekeringen in zes klassen ingedeeld aan de hand van de vergoedingen die zij bieden. De meest beperkte variant (klasse 1) vergoedt ten hoogste de eigen bijdragen die men wettelijk verschuldigd is (het vastgestelde percentage van het officiële tarief of

⁴⁶ Bij de introductie van het tariefsysteem (1980) hadden artsen de keuze om zich al of niet te conventioneren. Tegenwoordig staat sector 2 alleen open voor artsen met speciale kwalificaties (Sandier et al., 2004). Op dit moment is 85% van de huisartsen en 65% van de medisch specialisten sector 1 artsen.

het vastgestelde vaste bedrag, zoals voor een opnamedag). De uitgebreidere varianten vergoeden ook (een deel van) de kosten boven de afgesproken tarieven. De afgesproken tarieven liggen vaak lager dan de werkelijke kosten, bijvoorbeeld vanwege supplementen (voor een eenpersoonskamer in het ziekenhuis, merkgeneesmiddelen of behandeling door een sector 2 arts), maar ook omdat de werkelijke kosten van bijvoorbeeld een bril of gehoorapparaat vele malen hoger zijn dan het afgesproken tarief.

Het is niet bekend hoe hoog de gemiddelde premie voor een afkoopverzekering was in 2006. Wel kunnen we aan de hand van enkele voorbeelden een beeld geven van te betalen premies voor de afkoopverzekering in 2007 (zie www.novia.sante.fr/calculateur/comparateur). Bijvoorbeeld, een afkoopverzekering met een beperkte dekking kost voor een persoon van 50 jaar die in loondienst is circa € 600 in 2007. Voor iemand van 70 jaar kost dezelfde verzekering in 2007 circa € 900. Wanneer de persoon van 50 jaar een wat bredere dekking wil ('medium' dekking), dan betaalt hij of zij circa € 720. Indien de persoon van 70 jaar dat ook wil, betaalt hij of zij circa € 1020 voor de afkoopverzekering in 2007⁴⁷. We merken hierbij op dat deze bedragen nogal kunnen variëren, afhankelijk van de verzekeraar die men kiest.

De gemiddelde premie voor een afkoopverzekering in 2004 is wel bekend: € 950 per contract. Deze premie is berekend over alle soorten verzekeraars en over alle soorten contracten heen. Hierop kunnen dus meerdere mensen verzekerd zijn⁴⁸. Het meest voorkomende contract (klasse 3⁴⁹) kostte in 2004 gemiddeld € 837; indien één persoon op het contract was verzekerd bedroeg de premie gemiddeld € 542 (Allonier et al., 2004).

Naast de circa 85% die zich aanvullend heeft verzekerd tegen eigen betalingen, is nog eens 8% van de Franse burgers gedekt tegen de eigen bijdragen via de CMUC-regeling ('Couverture Maladie Universelle Complémentaire'). De CMUC-regeling is een subsidieregeling die recht geeft op een afkoopverzekering voor burgers met een huishoudinkomen tot maximaal € 6.965 (2006). De CMUC-regeling kan worden uitgevoerd door één van de verzekeraars van afkoopverzekeringen (mutualiteiten, onderlinge verzekeringsmaatschappijen of commerciële verzekeraars) en is voor rechthebbenden gratis. De afkoopverzekering voor CMUC-gerechtigden is ingedeeld in klasse 4 en kent dus een redelijk goede dekking tegen eigen betalingen (IRDES, 2007). In januari 2006 bedroeg het aantal CMUC-begunstigden circa 4,5 miljoen (mondelijke informatie van vertegenwoordiger CNAMTS).

Mensen die een fiscaal inkomen hebben dat maximaal 15% boven het CMUC-plafond ligt, komen sinds 2004 in aanmerking voor een forfaitaire tegemoetkoming in de premie voor een afkoopverzekering. Dit wordt de 'Aide Complémentaire Santé' (ACS) genoemd. Het gaat om een bedrag van € 100 voor personen jonger dan 25 jaar, € 200 voor personen van 25 t/m 60 jaar) en € 250-400 voor personen ouder dan 60 jaar (IRDES, 2007). In 2006 heeft slechts 20% van de groep rechthebbenden een beroep gedaan op deze vergoedingsregeling (Fonds CMU, 2007).

⁴⁷ Uitgaande van twee personen van 50 jaar in loondienst op de polis zijn de bedragen circa € 1.080 (beperkte dekking) en € 1.320 (medium dekking). Uitgaande van twee personen van 70 jaar zijn de bedragen circa € 1.680 (beperkte dekking) en € 1.800 (medium dekking).

⁴⁸ Het aantal verzekerden per contract voor mensen met een afkoopverzekering die een forfaitaire tegemoetkoming in de premie krijgen (zie de tekst over ACS) bedroeg in 2004 1,8 personen (IRDES, 2007).

⁴⁹ Ruim 39% van de aanvullende contracten betreft klasse 3; 25% klasse 2 en 19% klasse 4. De klasse 3-afkoopverzekering dekt tot 100% van de afgesproken tarieven voor ziekenhuiszorg, 100% van het afgesproken tarief voor ambulante zorg en van geneesmiddelen met wit vignet, tot € 100 voor brillenglazen (hogere dioptrieën) en tot 100% van het afgesproken tarief voor een gebitsprothese. Omdat de werkelijke kosten vaak veel hoger liggen dan de overeengekomen tarieven (DREES, 2007a), wordt dit als een beperkte variant van de afkoopverzekering beschouwd (IRDES, 2007).

Resteert 8% van de Franse bevolking die geen aanvullende verzekering ter afkoop van de eigen betalingen heeft en evenmin participeert in de CMUC-regeling. Deze groep bestaat deels uit (jonge) mensen die niet geïnteresseerd zijn in een afkoopverzekering, onder andere omdat men het eigen gezondheidsrisico laag inschat en men zich tegelijkertijd verzekerd weet van vrijstelling van eigen bijdragen in het geval van chronische ziekte (zie paragraaf 4.5.2, lijst ALD). Een ander deel van deze groep bestaat waarschijnlijk uit mensen die geen afkoopverzekering kunnen betalen. Het betreft gezinnen met een huishoudinkomen dat iets hoger ligt dan het CMUC-plafond, maar voor wie een polis voor het hele gezin desondanks te duur is. (Mondelinge informatie van vertegenwoordigers van CNAMTS en Mutualité Française, 2007).

4.4 Systeem van eigen betalingen

4.4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen

Voor vrijwel alle verzekerde zorg binnen de verplichte basisverzekering gelden procentuele eigen bijdragen. Deze worden ‘ticket modérateur’ genoemd. Meestal bedraagt de procentuele eigen bijdrage circa 30-40% van het officieel vastgestelde tarief. De tarieven waarvan bij de berekening van de vergoedingen en de eigen bijdragen wordt uitgegaan liggen echter vaak aanzienlijk lager dan de werkelijke kosten, bijvoorbeeld vanwege supplementen (voor een eenpersoonskamer in het ziekenhuis, merkgeneesmiddelen of behandeling door een sector 2 arts), maar ook omdat de werkelijke kosten van bijvoorbeeld een gebitsprothese, bril of gehoorapparaat vele malen hoger zijn dan het afgesproken tarief. Om die reden worden afkoopverzekeringen die alleen de officiële ‘ticket modérateur’ dekken als beperkte aanvullende verzekeringen gezien; de afkoopverzekeringen vanaf klasse 4 dekken daarom meestal meer dan 100% van het afgesproken tarief, bijvoorbeeld 130% of 150%. Naast de procentuele eigen bijdragen, bestaan er verschillende verplichte forfaitaire bijdragen (zie hiervoor paragraaf 4.4.2).

In bepaalde gevallen kunnen de Maisons départementales een aanvullende vergoeding bieden op de vergoeding die door de ziekteverzekering wordt uitgekeerd. Bijvoorbeeld, voor medische hulpmiddelen zoals orthesen en prothesen, of loophulpmiddelen en rolstoelen. Ondersteuning en hulpmiddelen die niet zozeer medisch van aard zijn, maar vooral bedoeld zijn ter bevordering van het zelfstandig kunnen blijven wonen, zelfredzaamheid en participatie komen voor vergoeding in aanmerking via de Maisons départementales.

4.4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking

Bijlage E laat de aard en hoogte van de eigen bijdragen zien die gelden binnen het wettelijk verzekerde pakket (van de ziekteverzekering) en bij de verstrekkingen die vanuit de CNSA en de departementen (via de Maisons départementales) worden vergoed. De procentuele eigen bijdragen (‘ticket modérateur’) binnen de ziekteverzekering kennen geen vastgestelde jaarlijkse limiet. Voor geneesmiddelen geldt dat de hoogte van de vergoeding (en van de eigen bijdrage) wordt bepaald door het belang van het geneesmiddel en de ernst van de toestand van de patiënt (zie bijlage E).

Voor elke consultatie en elke verrichting door een arts moet (sinds 2004) bovendien een vast bedrag van € 1 worden betaald, ook indien het een consult betreft bij de arts die als poortwachter

is aangemeld. Gemiddeld betaalt de verzekerde hierdoor een vast bedrag van € 1 à € 2,50 per consult bij (Haute Autorité de Santé, 2007). Deze € 1–bijdrage geldt voor alle medische consulten en verrichtingen (incl. psychiatrie), maar niet voor paramedische, verpleegkundige of tandheelkundige consulten of verrichtingen. Dit forfaitaire bedrag wordt niet door de afkoopverzekering vergoed. Wel is voor deze eigen bijdrage een plafond van € 50 per jaar ingesteld.

Sinds 1 september 2006 is er een nieuwe forfaitaire eigen bijdrage van € 18 voor medische verrichtingen, zoals diagnostisch onderzoek, therapeutische verrichtingen en producten, indien de betreffende verrichting (of het geheel van verrichtingen) tenminste € 91 bedraagt. Deze vaste eigen bijdrage geldt voor medische verrichtingen in de ambulante sector en in de ziekenhuissector⁵⁰. De patiënt betaalt dit bedrag direct aan de zorgverlener of de zorginstelling. Een aantal verrichtingen is van deze vaste eigen bijdrage uitgezonderd. Indien de patiënt aanvullend is verzekerd, dekt de afkoopverzekering meestal deze vaste eigen bijdrage.

In de intramurale zorg is er bovendien sinds enige jaren een vaste eigen bijdrage van € 16 per opnamedag voor maximaal 31 dagen. In geval van opname op een psychiatrische afdeling betaalt men € 12 per dag. Ook deze eigen bijdrage wordt door de afkoopverzekering gedekt.

Tabel 4.4. Vergoeding en eigen bijdragen voor geneesmiddelen

Indeling geneesmiddelen		Vergoeding	Eigen bijdrage
Wit gekruist vignet	Geneesmiddelen die als onvervangbaar zijn erkend en die bijzonder duur zijn (veelal geneesmiddelen ter behandeling van ernstige of chronische ziekte)	100%	0%
Wit vignet	Meeste van de huidige geneesmiddelen	65%	35%
Blauw vignet	Geneesmiddelen die van minder therapeutische waarde worden geacht (minder effectief of voor niet ernstige aandoeningen)	35%	65%
Oranje vignet	Geneesmiddelen die van onvoldoende therapeutische waarde worden geacht	15%	85%
Zelfzorggeneesmiddelen (OTC)		0%	100% (volledig zelf betalen)

Bron: Sandier et al. (2004) en persoonlijke communicatie via expert (2007)

4.4.3 Uitvoering van eigen betalingen

De algemene regel is dat de ziekteverzekering een gedeeltelijke vergoeding van de kosten voor medische zorg biedt. De plaatselijke administraties ('Unions de Recouvrement de la Sécurité Sociale et des Allocations Familiales') innen de fondsen en ontvangen het geld dat nodig is voor vergoeding. De vergoeding vindt over het algemeen plaats volgens een restitutiesysteem: de patiënt betaalt eerst zelf de rekening en krijgt vervolgens een (gedeeltelijke) vergoeding terug. Ziekenhuiszorg wordt hoofdzakelijk vergoed via een derde-betalerssysteem: de ziekenhuizen

⁵⁰ In geval van ziekenhuisopname geldt dat men voor (het geheel van) medische verrichtingen (van € 91 of meer) gedurende het verblijf één keer het bedrag van € 18 voor deze verrichtingen verschuldigd is.

brengen hun kosten direct in rekening bij de ziekenkassen. De laatste jaren is het derde-betalersysteem ook in de ambulante sector algemener geworden.

Indien de patiënt een afkoopverzekering heeft (hetgeen dus vrijwel altijd het geval is), wordt het verschil tussen de rekening en de officiële vergoeding betaald uit de afkoopverzekering⁵¹. Als er geen afkoopverzekering is, is de eigen betaling gelijk aan het niet-vergoede bedrag. De administratiekosten voor uitvoering van de algemene regeling (CNAMTS) bedragen 3,4% van de totale uitgaven (CCSS rapport, 2006).

4.5 Beschermingsmaatregelen

4.5.1 Vormgeving en criteria van de uitzondering

Zoals in bijlage E is vermeld, is een aantal groepen vrijgesteld van betaling van de officiële eigen bijdragen. Deze groepen zijn in tabel 4.4 weergegeven.

Tabel 4.5. Verzekerden die zijn uitgezonderd van de officiële eigen bijdragen

	Procentuele eigen bijdrage ('ticket modérateur')	Vaste eigen bijdrage van € 1 per consult of verrichting	Vaste eigen bijdrage van € 18 voor dure verrichtingen	Vast bedrag van € 16 per opnamedag
CMUC gerechtigden	*	*	*	*
Gepensioneerde militairen				*
Invaliden ¹			*	
Kinderen tot 18 jaar		*		
Kinderen tot 18 jaar met ziekenhuisopname van maximaal 31 dagen	*	*	*	*
Zwangere vrouwen ²	*	*	*	*
Mensen met chronische ziekte op lijst ALD ³	*		*	
Slachtoffers van bedrijfsongevallen en beroepsziekten ⁴	*		*	*
Gehandicapte kinderen ⁵				*

Bron: Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 2007
www.sante.gouv.fr/htm/dossers/hcaam/rapport_2007.pdf

¹ Invaliden zijn mensen met een oorlogspensioen

² Zwangere vrouwen zijn uitgezonderd van deze eigen bijdragen vanaf de zesde maand van de zwangerschap.

³ Zie voor de lijst ALD paragraaf 4.5.2.

⁴ Slachtoffers van bedrijfsongevallen en arbeidsongeschikten vanwege beroepsziekten zijn mensen met de inkomensvervangende uitkering 'Rente d' incapacité permanent accident du travail et maladie professionnelle'.

⁵ Het betreft hier kinderen die een positieve indicatie hebben voor speciaal onderwijs.

⁵¹ Of de aanvullende verzekering de gehele eigen betaling dekt is afhankelijk van de geconsumeerde zorg (of men ook bepaalde supplementen, dus niet alleen de officiële eigen bijdragen, verschuldigd is) en van de soort aanvullende verzekering die men heeft (beperkte of uitgebreide variant).

Behalve de in tabel 4.4 genoemde groepen, is ook een aantal vormen van zorg uitgezonderd van de procentuele eigen bijdragen en het forfaitaire bedrag van € 18 per medische verrichting (van € 91 of meer). Dit betreft:

- behandelingen die naar verwachting langer dan zes maanden duren
- ziekenhuisopname langer dan 31 dagen
- nabehandeling/revalidatie na grote chirurgische ingreep
- laboratoriumtesten voor de detectie van VIH en VHC
- preventieve testen voor kinderen tussen 6 en 12 jaar
- onvruchtbaarheidsbehandelingen
- dure, essentiële geneesmiddelen (zie tabel 4.4; wit gekruist vignet).

4.5.2 Specifieke beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken en gehandicapten

In deze paragraaf gaan we nader in op de vrijstelling van eigen bijdragen in geval men een chronische ziekte heeft die voorkomt op de lijst ALD en in geval men langdurige functiebeperkingen heeft, dat wil zeggen gehandicapt is.

Lijst ALD

De lijst ‘Affections de Longue Durée’ (ALD) omvat 32 categorieën van chronische aandoeningen. Indien men lijdt aan een chronische aandoening die voorkomt op deze lijst is men vrijgesteld van de eigen bijdragen voor zorg (uitgezonderd de vaste bijdrage van € 1 per medisch consult/verrichting). In principe is men dan alleen vrijgesteld van de eigen bijdragen voor de zorg die verband houden met de betreffende chronische aandoening en niet van alle eigen bijdragen. Bijvoorbeeld, indien men diabetes mellitus type 2 heeft, maar men de huisarts bezoekt vanwege een luchtweginfectie, dan is men in theorie niet vrijgesteld van de eigen bijdrage voor het betreffende consult aan de huisarts. Het is aan de artsen om te bepalen of zij het zorggebruik van de patiënt beschouwen als zijnde gerelateerd aan de chronische ziekte. Volgens vertegenwoordigers van de CNAMTS nemen de artsen het hiermee niet zo nauw en worden patiënten met een chronische aandoening daardoor meestal ook vrijgesteld van eigen bijdragen voor zorg niet samenhangend met hun chronische aandoening.

De lijst ALD omvat de volgende categorieën van chronische aandoeningen:

1. CVA met invaliderende gevolgen
2. beenmergziekten en andere chronische bloedziekten
3. chronisch arterieel vaatlijden met ischemische manifestaties
4. gecompliceerde bilharziose
5. ernstig hartfalen, ernstige ritmestoornissen, ernstige hartklepgebreken, ernstige aangeboren hartziekten
6. actieve chronische leverziekten en cirrose
7. ernstige immuundeficiëntie die langdurige behandeling vereist; HIV-infectie
8. diabetes mellitus type 1 en type 2
9. ernstige neurologische en spieraandoeningen (waaronder myopathie), ernstige epilepsie
10. aangeboren of verworven ernstige hemoglobinepathieën, hemolytische aandoeningen
11. ernstige hemofilie en aangeboren stollingsstoornissen
12. ernstige hypertensie
13. coronaire hartziekten
14. ernstige chronisch respiratoire insufficiëntie (COPD)

15. ziekte van Alzheimer en andere vormen van dementie
16. ziekte van Parkinson
17. aangeboren metabole ziekten die langdurige of gespecialiseerde behandeling vereisen
18. cystische fibrose
19. ernstige chronische nefropathie en nefrotisch syndroom
20. paraplegie
21. nodulaire periarteritis, lupus erythematoses disseminatus, gegeneraliseerde sclerodermie
22. ernstig verloopende reumatoïde polyartritis
23. psychiatrische aandoeningen van lange duur
24. hemorrhagische rectocolitis en ziekte van Crohn
25. multiple sclerose
26. structurele scoliose (waarvan de hoek is groter of gelijk 25 graden is)
27. ernstige spondylitis ankylopoetica (ziekte van Bechterew)
28. gevolgen van orgaantransplantatie
29. actieve tuberculose, lepra
30. kwaadaardige tumoren

Het bovenstaande tezamen wordt de lijst ALD30 genoemd. Daarnaast zijn (in 1988) nog twee categorieën toegevoegd die niet specifiek betrekking hebben op bepaalde categorieën van aandoeningen ('hors liste'):

31. ernstige aandoening, progressief of invaliderend van karakter, met een verwachte duur van meer dan zes maanden
32. multimorbiditeit die gepaard gaat met een invaliderende pathologische toestand, met een verwachte duur van meer dan zes maanden.

Op dit moment zijn acht miljoen Franse burgers (circa 13%) vrijgesteld van (het grootste deel van de) eigen betalingen op grond van de lijst ALD. Jaarlijks worden 950.000 nieuwe gevallen geregistreerd. Vier categorieën van chronische aandoeningen vertegenwoordigen tezamen bijna 80% van het totale aantal ALD-gevallen⁵²: cardiovasculaire aandoeningen (31%), kwaadaardige tumoren (17%), diabetes mellitus (16%) en psychiatrische aandoeningen (incl. de ziekte van Alzheimer) (14%) (Weill et al., 2007).

In 2004 bedroeg de gemiddelde jaarlijkse vergoeding (van de totale zorgkosten vallend onder de verplichte ziekteverzekering) per persoon met een chronische aandoening voorkomend op de lijst ALD € 7.068, maar er zijn grote verschillen afhankelijk van de chronische aandoening waaraan men lijdt. De gemiddelde vergoedingen per categorie aandoeningen op de lijst ALD variëren tussen bijna € 3.400 (in geval van ernstige spondylitis ankylopoetica of structurele scoliose) tot meer dan € 20.000 (in geval van ernstige chronische nefropathie en nefrotisch syndroom of ernstige hemofilie en aangeboren stollingsstoornissen). De categorieën 'kwaadaardige tumoren' en 'psychiatrische aandoeningen van lange duur' vormen de categorieën die in totaal het grootste bedrag aan vergoedingen voor hun rekening nemen, respectievelijk 14,0 miljard en ruim 10,2 miljard euro (Vallier et al., 2007). Dit zijn de totale zorgkosten van deze zieken.

Gehandicapten

Een aantal groepen gehandicapten is eveneens vrijgesteld van verschillende eigen bijdragen voor zorg (zie paragraaf 4.5.1). Er zijn verschillende definities van 'gehandicapten' die hierbij worden

⁵² Dit zijn geen personen; één persoon kan meerdere chronische aandoeningen op de lijst ALD hebben. De gemiddelde persoon met recht op vrijstelling krachtens de lijst ALD heeft 1,14 ALD30-categorieën (Weill et al., 2007).

toegepast. Allereerst worden tot de gehandicapten gerekend degenen die recht hebben op een oorlogspensioen (invaliden) en degenen die recht hebben op een uitkering vanwege een bedrijfsongeval of beroepsziekte. Daarnaast kan men als ‘gehandicapt’ zijn erkend op grond van een indicatie voor ‘Allocation d’Adulte Handicapé (AAH; inkomensvervangende uitkering, vergelijkbaar met Wajong) of de invaliditeitskaart. Hiertoe wordt door een multidisciplinair team van de Maisons départementales de ernst van de handicap bepaald. Ook kan men worden geïndiceerd voor de verstrekking APA of PCH door de Maisons départementales. De publieke ziektekassen die de verplichte ziekteverzekering uitvoeren doen zelf geen aparte indicatiestelling om te bepalen of iemand op grond van zijn handicap recht heeft op vrijstelling van de betaling van eigen bijdragen; zij maken hiervoor gebruik van bestaande claims of indicaties (uitkeringen en indicaties voor bepaalde verstrekkingen die door de Maisons départementales zijn afgegeven). Ter bepaling van het recht op bepaalde verstrekkingen maken de Maisons départementales gebruik van beoordelingsinstrumenten die zijn afgeleid van de Internationale Classificatie van het menselijk Functioneren (ICF) en diens voorganger de Internationale Classificatie van Stoornissen, Beperkingen en Handicaps (ICIDH).

4.5.3 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen

Voor vrijstelling van de eigen bijdragen voor zorg die valt onder de ziekteverzekering dient men te beschikken over een medische verklaring (om te worden erkend als chronisch zieke met een aandoening voorkomend op de lijst ALD) of een verklaring of indicatie die recht geeft op vrijstelling van eigen bijdragen op grond van handicap. De Maisons départementales voeren evaluaties en claimbeoordelingen uit voor verschillende verstrekkingen (niet specifiek voor het recht op vrijstelling van eigen bijdragen binnen de ziekteverzekering; daarvoor wordt geen aparte indicatiestelling gedaan). De kosten van deze procedure vormen de enige echte administratieve last in verband met het systeem.

4.6 Achtergronden van het systeem van eigen betalingen

4.6.1 Redenen voor invoering van het systeem van eigen betalingen

De belangrijkste wet betreffende de wettelijke verzekering werd in 1974 van kracht. In die tijd was het grootste deel van de bevolking verzekerd via het sociale verzekeringsstelsel. Echter, met een stijgende werkloosheid dekte het sociale verzekeringsstelsel dat gebaseerd was op werk niet meer alle burgers. In 2000 werd daarom de Couverture Maladie Universelle (CMU) ingevoerd. Hierdoor ontstond een universele gezondheidsdekking voor alle Franse burgers, ongeacht of zij al of niet betaald werk hadden (en dus premie afdroegen).

Het vergoedingsniveau steeg van 50% in 1960 naar 80% in 1980. Daarna was er een langzame daling in het vergoedingsniveau. In 1985 was het vergoedingsniveau 79%, in 1995 78%, en in 2005 77% (Persoonlijke communicatie met expert, 2007). Redenen voor deze daling van het vergoedingsniveau waren de sterk gestegen uitgaven aan zorg (dit werd gecompenseerd door verhoging van de eigen bijdragen) en de introductie van het tariefsysteem (1980), waarna de hogere tarieven van de sector 2 artsen niet meer werden vergoed. Het hoofddoel van deze maatregel was kostenbeheersing, en in mindere mate bewustwording van de kosten van zorg bij patiënten.

4.6.2 Redenen voor aanpassingen en uitzonderingen

Veel mensen sloten een aanvullende verzekering af ter dekking van de eigen betalingen aan zorg. Echter, voor mensen met een laag inkomen was het afsluiten van een afkoopverzekering financieel niet haalbaar. Ter bescherming van deze groep werd daarom de CMUC-regeling ingevoerd (in 2001). Mensen met een fiscaal inkomen van maximaal € 6.965 (2006) zijn nu op grond van CMUC vrijgesteld van de (officiële) eigen bijdragen. De doelgroep werd met deze maatregel goed geholpen (Persoonlijke communicatie met expert, 2007). Op dit moment heeft circa 8% van de Franse burgers geen dekking van de eigen bijdragen (uit CMUC of een aanvullende verzekering). Volgens vertegenwoordigers van de CNAMTS en de Mutualité Française betreft dit enerzijds (jonge) mensen die niet in een afkoopverzekering geïnteresseerd zijn, omdat zij in goede gezondheid zijn en zich in geval van chronische ziekte tegen hoge eigen betalingen gedekt weten door de lijst ALD, en anderzijds mensen met een gezin met een inkomen net iets boven het CMUC-plafond voor wie een afkoopverzekering voor het gehele gezin te duur is. Deze groep (met een inkomen tot maximaal 15% boven CMUC-plafond) kan nu sinds 2004 aanspraak maken op een forfaitaire tegemoetkoming in de kosten van een afkoopverzekering, maar het rechtgevend niet-gebruik is hierbij groot.

De totale uitgaven aan de gezondheidszorg zijn in Frankrijk hoog (11,1% van het BBP in 2006). Om stijging van de publieke uitgaven tegen te gaan, zijn tot op heden telkens de eigen bijdragen verhoogd. Dit leidt dan weer tot uitbreiding van de dekking van de afkoopverzekering en dus tot een hogere premie die voor de afkoopverzekering moet worden betaald.

In 2004 werd een nieuw soort eigen bijdrage ingevoerd: een eigen bijdrage die niet wordt gedekt door de afkoopverzekering. Het betreft een eigen bijdrage van € 1 per consult (en verrichting) aan een arts tot een maximum van € 50 per persoon per jaar. Deze eigen bijdrage moet ook worden betaald voor een consult aan de arts bij wie men ingeschreven staat en die de poortwachterfunctie vervult. Het is de aanbieders van aanvullende verzekeringen in principe niet verboden deze eigen bijdrage te dekken, maar indien ze dit zouden doen zijn zij meer belasting verschuldigd en om die reden houdt men zich aan het niet vergoeden van deze eigen bijdrage.

4.6.3 Waargenomen voor- en nadelen van het gehanteerde systeem

Het huidige Franse verzekeringssysteem is voor de meeste Franse burgers, ook voor chronisch zieken en gehandicapten, tamelijk gunstig. Er kan echter een aantal problemen worden genoemd. Allereerst zijn dat de hoge uitgaven aan gezondheidszorg in Frankrijk. De totale uitgaven bedragen 11,1% van het BBP (2006) en dit is hoog in vergelijking tot andere OESO-landen (gemiddeld 8,8% in 2003) en Nederland (9,1% in 2003). Om de uitgaven aan zorg terug te dringen zijn structurele aanpassingen nodig. Vooral de lijst ALD is een grote uitgavenpost: 10 jaar geleden betrof 53% van de uitgaven aan de verplichte ziekteverzekering mensen met recht op vrijstelling op grond van de lijst ALD; indien er niet wordt ingegrepen zal dit percentage in 2015 zijn opgelopen tot 70% (Libault, 2007). De lijst ALD is al zeer oud (kort na de Tweede Wereldoorlog ontstaan). Restrictie of afschaffing van de lijst kan daarom rekenen op veel protest. Volgens vertegenwoordigers van de CNAMTS is ingrijpen echter noodzakelijk. Het terugschroeven van (de vrijstelling op grond van) de lijst ALD zou volgens sommige experts dan wel gepaard moeten gaan met het invoeren van bijvoorbeeld een inkomens-afhankelijk maximumplafond aan eigen bijdragen (conform de Belgische maximumfactuur).

Een tweede probleem betreft de groep mensen die momenteel niet gedekt zijn tegen de eigen bijdragen (8% van de bevolking). Voor deze mensen is het gebruik van zorg in Frankrijk duur,

hetgeen kan leiden tot uitstel van noodzakelijke zorg. Er zijn geen gegevens over de omvang van dit probleem. Ten slotte kan als een probleem worden aangemerkt dat 92% van de Fransen nauwelijks eigen bijdragen betaalt, omdat zij die in feite hebben afgekocht. Hierdoor is er voor het overgrote deel van de bevolking geen waarneembaar verband tussen hun gedrag (zorgconsumptie) en hun uitgaven aan zorg. Artsen en patiënten zijn niet terughoudend ten aanzien van het gebruik van zorg. Ter illustratie wordt door een vertegenwoordiger van de Mutualité Française gewezen op het hoge geneesmiddelengebruik in Frankrijk: de eigen bijdragen aan geneesmiddelen vormen het grootste deel van de vergoedingen door de mutualiteiten.

4.7 Gevolgen van het systeem

4.7.1 Gedragseffecten

De herhaaldelijke verhoging van de eigen bijdragen is gepaard gegaan met een evenredige toename van het aantal mensen dat een aanvullende verzekering ter dekking van deze eigen bijdragen heeft afgesloten. In 1970 had 50% van de Franse bevolking een afkoopverzekering, in 2000 was dat 86% (Sandier et al., 2004) en in 2007 92% (dit is inclusief rechthebbenden op CMUC). In hoeverre er een direct verband bestaat is overigens niet bekend.

Er zijn geen officiële gegevens over het effect van de eigen bijdragen op het zorggebruik van verzekerden. Gezien het feit dat vrijwel iedereen verzekerd is tegen (het grootste deel van) deze eigen bijdragen, lijkt de kans op gedragseffecten als gevolg van de eigen bijdragen gering. Alleen bij degenen die geen afkoopverzekering hebben en niet gedekt zijn tegen de eigen bijdragen vanuit de CMUC-regeling zouden gedragseffecten kunnen voorkomen. Het gaat dan om circa 8% van de bevolking, waarvan een deel hoogstwaarschijnlijk niet aanvullend verzekerd is omdat ze dat niet kunnen betalen. Volgens de Franse consumentenpanels (Enquête Décennale sur la Consommation de Santé) gaf 13% van de bevolking in 2003 aan dat zij hun vraag naar gezondheidszorg om financiële redenen hebben aangepast. In bijna de helft van de gevallen betrof dit het gebruik van tandheelkundige zorg en in 18% van de gevallen ging het om de aanschaf van brillen. In 9% van de gevallen zou het niettemin (ook) om specialistische zorg gaan.

4.7.2 Inkomenseffecten

Over het algemeen wordt het Franse gezondheidssysteem beschouwd als een royaal systeem, maar de combinatie van een verplichte basisverzekering en aanvullende verzekeringen leidt tot maatschappelijke ongelijkheid. Het probleem is dat de minderbedeelde mensen zich geen uitgebreide afkoopverzekering kunnen veroorloven, als ze zich er al een kunnen veroorloven. Zij hebben dus in het gunstigste geval een beperkte afkoopverzekering, waardoor zij toch nog geconfronteerd kunnen worden met hoge eigen betalingen, terwijl dat voor degenen die zich een uitgebreidere afkoopverzekering kunnen veroorloven niet het geval is. Volgens een expert van het Franse systeem is het huidige systeem dus gunstiger voor hen die financieel beter af zijn dan voor de minderbedeelde.

Voor mensen met een chronische ziekte is vrijstelling van eigen betalingen mogelijk op grond van de lijst ALD. Deze mensen zouden hierdoor dus tegen (het grootste deel van) de officiële eigen bijdragen beschermd moeten zijn. Er is geen informatie over mensen met chronische aandoeningen die niet op de lijst ALD voorkomen. Het is niet bekend of deze groep omvangrijk

is of niet, en welke zorgkosten deze mensen hebben. In 2004 werd gemiddeld ruim € 7.000 per persoon rechthebbend op vrijstelling krachtens de lijst ALD vergoed.

4.7.3 Budgettaire effecten

De totale uitgaven aan gezondheidszorg liggen in Frankrijk boven het gemiddelde van de OESO-landen (Sandier et al., 2004), te weten op 11,1% van het BBP (2006). De heffing van eigen bijdragen heeft waarschijnlijk niet geleid tot een vermindering van de zorgconsumptie. Een expert zegt hierover: "Iedere hervorming brengt in de eerste maanden een aankondigingseffect met zich mee, maar later zet de stijgende trend van kosten aan gezondheidszorg zich voort. 92% van de bevolking heeft een afkoopverzekering en de globale kosten van verplichte verzekering worden opgevoerd door de uitgaven. Het Franse systeem is een inflatiesysteem."

Het Franse systeem wordt met ernstige problemen geconfronteerd, omdat het aantal chronisch zieken (o.a. vanwege de vergrijzing) toeneemt. Men verwacht dat tegen 2015 de zorg voor chronisch zieken 70% van de totale kosten aan gezondheidszorg omvat.

4.8 Zorgkosten groepen vergeleken

Dit hoofdstuk behandelt zorgkosten in Frankrijk. De eerste paragraaf laat zien hoever de zorgkosten uiteenlopen tussen gezonden en chronisch zieken. De vier paragrafen daarna vergelijken de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten zijn opgebouwd, te weten de premie (paragraaf 4.8.3), de eigen bijdragen (paragraaf 4.8.4), de niet-vergoede zorgkosten (paragraaf 4.8.5) en de compensaties van zorgkosten vanuit flankerend beleid en belastingmaatregelen (paragraaf 4.8.6). Het hoofdstuk sluit af met een conclusie (paragraaf 4.8.7).

Deze paragraaf gaat alleen over 42 voorbeeldpersonen en vergelijkingen tussen deze profielen. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in de tekst verkorte profielnamen. Zo spreken we bijvoorbeeld over "bijstandsgerechtigden met hartfalen", waarmee we dan altijd op een voorbeeldpersoon doelen (in dit geval "alleenstaande bijstandsgerechtigde met hartfalen zonder kinderen") en niet op alle bijstandsgerechtigden met hartfalen. We spreken ook wel over "onze chronisch zieken" om duidelijk te maken dat het enkel over de door ons geconstrueerde voorbeeldpersonen gaat.

De zorgkosten die de voorbeeldpersonen maken, gebaseerd op hun zorggebruik staan in de onderstaande tabel vermeld. Deze zorgkosten zijn voor alle landen gelijk. Welk deel een chronisch zieke daarvan moet betalen in Frankrijk beschrijft deze paragraaf.

Tabel 4.6. Verhouding maatschappelijke zorgkosten door de verschillende profielen

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Totale kosten	37	14547	20319	17321	23259	31272	677
Waarvan thuiszorg	0	2278	2278	2278	3796	14612	0
Aandeel thuiszorg	0%	16%	11%	13%	16%	47%	0%

4.8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen?

In deze paragraaf vergelijken we eerst alle 42 ziekteprofielen, vervolgens bekijken we de profielen per inkomensgroep en ten slotte kijken we in hoeverre verschillende ziekten verschillen in zorgkosten.

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in Frankrijk in euro's?

Hoe ver lopen de zorgkosten uiteen in Frankrijk? Chronisch zieken betalen tussen de € 1.779 en € 4.815 meer aan zorgkosten dan kerngezonden met hetzelfde inkomen. Onderstaande tabel laat dit zien.

Tabel 4.7. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Frankrijk aan gezondheidszorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen (in euro)

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
Modaal alleen	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
2x modaal alleen	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
Gezin 2 kinderen	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
AOW alleen	0	1779	1883	1770	3496	3438	381
AOW echtpaar	0	1779	1883	1770	3496	4815	381

Als de personen geen thuiszorg krijgen, zien we een vreemd beeld ontstaan bij de AOW'er met een handicap. Het bedrag minus thuiszorg is dan negatief. Dit komt omdat gehandicapte ouderen in Frankrijk recht hebben op flankerend beleid (APA) dat afhankelijk is van de mate van ziekte, en niet de mate van daadwerkelijk zorggebruik. Wie de thuiszorg laat uitvoeren door mantelzorgers, krijgt dus meer geld als compensatie dan de zorgkosten die hij daadwerkelijk maakt. "Jonge" gehandicapten (tussen de 20 en 60 jaar) krijgen een andere flankerende maatregel (PCH), die wel afhankelijk is van gebruik van (thuis)zorg. Hun bedragen worden daardoor niet negatief. Onderstaande tabel laat dit zien.

Tabel 4.8. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Frankrijk aan gezondheidszorg *exclusief thuiszorg* dan kernegezonden met hetzelfde inkomen (in euro)

	kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	825	929	815	1905	1263	381
Modaal alleen	0	825	929	815	1905	1263	381
2x modaal alleen	0	825	929	815	1905	1263	381
Gezin 2 kinderen	0	825	929	815	1905	1263	381
AOW alleen	0	825	929	815	1905	-6340	381
AOW echtbaar	0	825	929	815	1905	-4963	381

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen voor mensen in percentage van het bruto inkomen?

Chronisch zieke Fransen betalen tussen de 3% en 30% van hun bruto inkomen meer aan gezondheidskosten dan kernegezonde Fransen met hetzelfde inkomen. Met name de lagere inkomens met een handicap en artrose betalen een groot deel van hun inkomen meer dan kernegezonden met hetzelfde inkomen. Dit komt omdat er in Frankrijk veel niet-vergoede zorgkosten zijn (hierover later meer). Dit zijn hoge kosten die niet inkomensafhankelijk zijn. Daardoor nemen ze een groter deel van het bruto inkomen in beslag bij lagere inkomens. Zie onderstaande tabel.

Tabel 4.9. Percentage van het bruto inkomen dat chronisch zieken in Frankrijk meer besteden aan zorg dan kernegezonden met hetzelfde inkomen

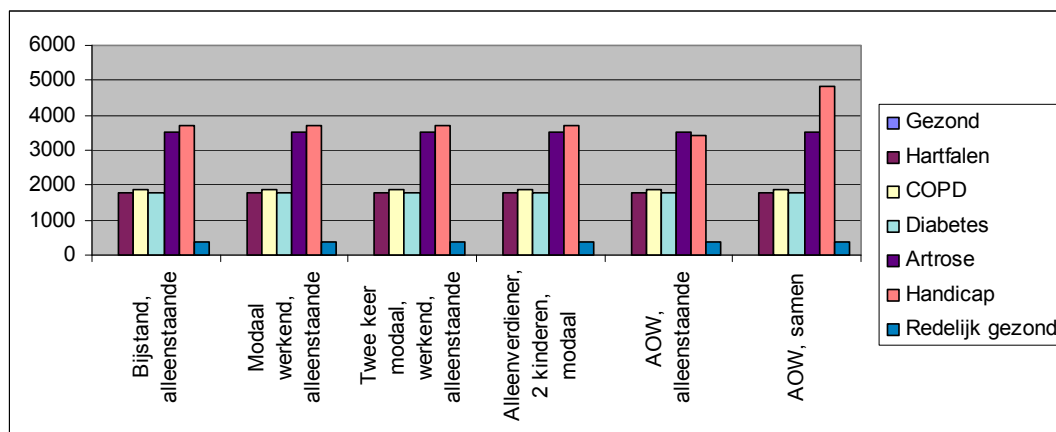
	kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	14%	14%	14%	27%	29%	3%
Modaal alleen	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
2x modaal alleen	0%	3%	3%	3%	6%	6%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
AOW alleen	0%	15%	16%	15%	29%	29%	3%
AOW echtbaar	0%	11%	12%	11%	22%	30%	2%

4.8.2 Welke groepen betalen meer en minder in Frankrijk?

Zijn de verschillen groot in Frankrijk?

De zorguitgaven tussen verschillende ziekten in Frankrijk zijn groot. Het maximale verschil tussen de meest betalende chronisch zieke en de minst betalende chronisch zieke is € 3.045. Deze verschillen worden veroorzaakt door de niet-vergoede zorguitgaven, die in Frankrijk voor chronisch zieken een groot deel van hun kosten uitmaken (zie ook paragraaf hieronder “niet vergoede zorgkosten in Frankrijk”). Thuiszorg is hier een grote post. De grote negatieve verschillen bij de AOW'ers ontstaan zoals hierboven beschreven door het flankerend beleid voor ouderen dat niet zorggerelateerd is, maar zorgbehoeftegerelateerd.

Figuur 4.2. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Frankrijk aan gezondheidszorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen (in euro)



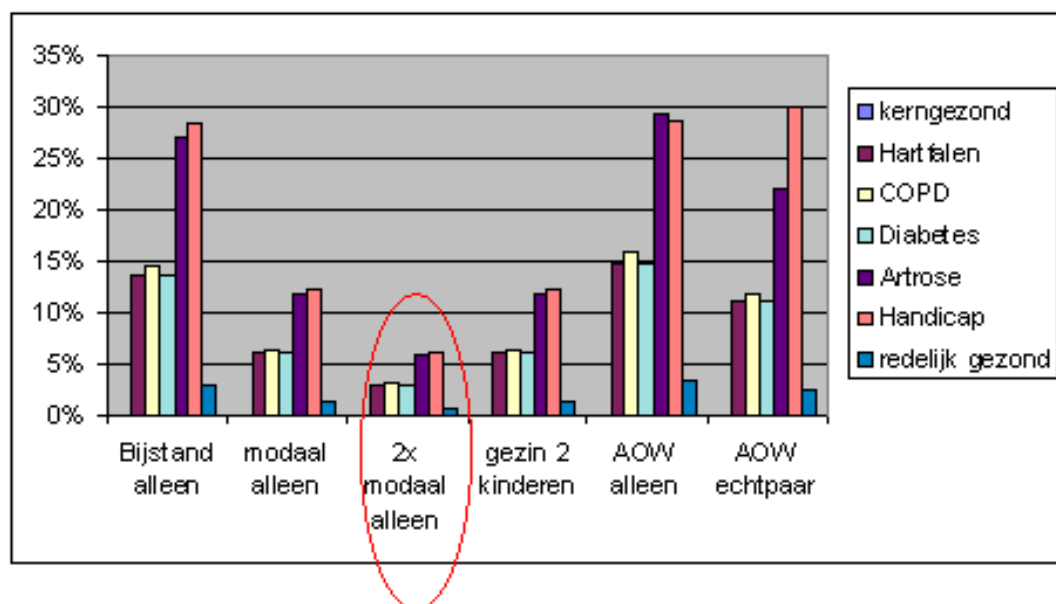
Wie betalen het minst in Frankrijk?

Het minst extra betalen onze chronisch zieken met hartfalen en diabetes. Omdat er geen verschil in euro's is tussen de kosten die de verschillende inkomensgroepen betalen, betalen de hoge inkomens in Frankrijk het kleinste deel van hun inkomen aan extra zorgkosten.

Wie betalen het meest in Frankrijk?

Het meest extra betalen onze chronisch zieken met een handicap. Omdat er geen verschil in euro's is tussen de kosten die de verschillende inkomensgroepen betalen, betalen de laagste inkomens in Frankrijk het grootste deel van hun inkomen aan extra zorgkosten. Onderstaande figuur illustreert dit.

Figuur 4.3. ercentage van het bruto inkomen dat chronisch zieken in Frankrijk meer besteden aan zorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen



Leeswijzer vervolg

Om te achterhalen wat het ene profiel precies meer betaalt dan het andere, behandelen de volgende paragrafen de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten bestaan. Dit zijn de

premie, de eigen bijdragen, de niet-vergoede zorgkosten en betreft de compensaties die individuen terugkrijgen via flankerend beleid.

4.8.3 Premie in Frankrijk

De zorgpremie in Frankrijk is inkomensafhankelijk. Als mensen een verzekering voor de afkoop van het eigen risico afsluiten is deze niet inkomensafhankelijk, maar afhankelijk van leeftijd, geslacht en woonplaats. Onze chronisch zieken zullen geen afkoopverzekering kopen, omdat zij wettelijk zijn vrijgesteld van eigen bijdragen. We veronderstellen dat ook de kerngezonde persoon geen afkoopverzekering eigen bijdragen aanschaft, evenmin mensen met een inkomen onder de € 10.000 (overigens geen van onze profielen). Ten slotte veronderstellen we dat mensen die meer premie moeten betalen aan de afkoopverzekering, dan dat zij moeten betalen aan eigen bijdragen en niet vergoede zorg samen ook geen afkoopverzekering afsluiten. Hierdoor valt ook de redelijk gezonde af. Voor onze voorbeeldpersonen betekent dit dat geen van de 42 voorbeeldpersonen een afkoopverzekering afsluit. Er bestaat ook een door de overheid gefinancierde afkoopverzekering voor lage inkomens (de CMUVC). Geen van onze profielen heeft echter een laag genoeg inkomen om daarvoor in aanmerking te komen (ongeveer € 8000 voor alleenstaanden en € 12000 voor echtparen). Kortom, iedereen betaalt dezelfde premie als de kerngezonde met hetzelfde inkomen. Tabel 4.11 geeft dit weer.

Tabel 4.11 Premie in Frankrijk

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	0	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	0	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	0	0	0

4.8.4 Eigen bijdragen in Frankrijk

De eigen bijdragen in Frankrijk zijn voor onze chronisch zieken laag. Onze chronisch zieken staan op de ALD-lijst en zijn daarom vrijgesteld van bijna alle eigen bijdragen. De enige eigen bijdragen die chronisch zieken betalen zijn de onafkoopbare eigen bijdragen van € 1 per consult. De kerngezonde persoon gebruikt nauwelijks zorg en heeft dus ook nauwelijks eigen bijdragen. Zij betalen slechts een eigen bijdrage voor de tandarts van € 17. Omdat chronisch zieken zijn vrijgesteld van de eigen bijdrage voor de tandartscontrole en de onafkoopbare bijdragen minder zijn dan de eigen bijdrage tandartscontrole, betalen ze minder eigen bijdragen dan de kerngezonde. Alleen de redelijk gezonde betaalt € 130 meer. Hij moet ook alle eigen bijdragen zelf betalen en heeft er wat meer dan de kerngezonde. Zie onderstaande tabel.

Tabel 4.12 Hoeveel meer eigen bijdragen betalen chronisch zieken in Frankrijk dan kerngezonden met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	-8	-8	-7	-7	-7	130
Modaal alleen	0	-8	-8	-7	-7	-7	130
2x modaal alleen	0	-8	-8	-7	-7	-7	130
Gezin 2 kinderen	0	-8	-8	-7	-7	-7	130
AOW alleen	0	-8	-8	-7	-7	-7	130
AOW echtpaar	0	-8	-8	-7	-7	-7	130

4.8.5 Niet-vergoede zorgkosten in Frankrijk

De extra zorgkosten die chronisch zieken in Frankrijk moeten betalen vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen, bestaan voornamelijk uit niet-vergoede zorgkosten. Deze bestaan met name vanwege het feit dat de officiële tarieven waarvoor de zorg vergoed wordt weinig te maken hebben met de werkelijke prijzen van de zorg. Zo is het officiële vergoedingstarief voor thuiszorg persoonlijke verzorging in Frankrijk €10,11 per uur. De werkelijke tarieven zijn vier maal zo hoog⁵³.

Het grootste deel van deze niet-vergoede zorgkosten in Frankrijk bestaat uit thuiszorg. Voor de gehandicapte die het meeste thuiszorg nodig heeft veroorzaakt thuiszorg 89% van deze kosten. Voor de andere ziekteprofielen is dit ongeveer de helft. Zoals al eerder opgemerkt gaan we in de profielen uit van eenzelfde zorggebruik in alle landen. Als echter zoveel zelf betaald moet worden, zullen er met name voor thuiszorg, hoogstwaarschijnlijk alternatieven ontwikkeld worden (mantelzorg).

Daarnaast betalen chronisch zieken niet-vergoede zorgkosten aan de specialist (tussen de € 200 en € 500), vervoer van en naar de arts (ongeveer € 200), fysiotherapie (€ 150), diëtist (€ 50), podotherapie (€ 20), bril (€ 175), steunzolen (€ 50) en orthopedische schoenen (€ 800).

Tabel 4.13 Hoeveel meer niet vergoede zorgkosten betalen chronisch zieken in Frankrijk vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen? (in euro's)

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	1788	1892	1777	3504	11049	251
Modaal alleen	0	1788	1892	1777	3504	11049	251
2x modaal alleen	0	1788	1892	1777	3504	11049	251
Gezin 2 kinderen	0	1788	1892	1777	3504	11049	251
AOW alleen	0	1788	1892	1777	3504	11049	251
AOW echtpaar	0	1788	1892	1777	3504	11049	251

Doordat thuiszorg niet vergoed is, lopen de niet vergoede zorgkosten met name voor de gehandicapte sterk op. De gehandicapte heeft niet alleen meer thuiszorg nodig, maar heeft als

⁵³ We hebben voor de werkelijke tarieven in ieder land de Nederlandse tarieven genomen, omdat het onderzoek vergelijkt hoe de zorgkosten voor individuen zouden uitpakken als het Franse, Belgische, Zweedse of Zwitserse systeem werd overgenomen in Nederland. Overigens is € 10,11 ook in Frankrijk zelf geen tarief waarvoor persoonlijke verzorging ingekocht kan worden.

enige profiel ook het relatief dure thuiszorg type persoonlijke verzorging nodig, dat maar voor een kwart vergoed wordt.

4.8.6 Flankerend beleid

De gehandicapte is de enige die in aanmerking komt voor flankerend beleid.

Gehandicapten kunnen tegemoetkoming van kosten krijgen via APA (voor oudere gehandicapten boven de 60) en PCH (voor gehandicapten tussen 20 en 60 jaar). Het bedrag PCH is niet inkomensafhankelijk, maar wel afhankelijk van daadwerkelijk zorggebruik. APA is wel inkomensafhankelijk (daarom is de bijdrage die het AOW-echtpaar terugkrijgt ook lager dan de compensatie die de AOW-alleenstaande ontvangt), maar niet afhankelijk van daadwerkelijk zorggebruik. Wie een mantelzorger inschakelt kan toch APA krijgen, dit geldt niet voor PCH.

Zoals te zien uit onderstaande tabel krijgen gehandicapten rond de € 7000 compensatie extra via flankerend beleid dan gezonde mensen met hetzelfde inkomen.

Tabel 4.14 Hoeveel meer compensatie via flankerend beleid ontvangen chronisch zieken in Frankrijk vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen?

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	-7335	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	-7335	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	-7335	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	-7335	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	-7603	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	0	-6226	0

4.8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf in Frankrijk

Ten slotte vergelijken we nog de meerkosten die een chronisch zieke maakt ten opzichte van een kerngezonde met dezelfde kenmerken met het bedrag dat hij zelf moet betalen.

In Frankrijk betalen de duurste patiënten (artrosepatiënten en gehandicapten) het meest zelf. Dit komt met name door de thuiszorg die niet wordt vergoed. De ziekteprofielen bevatten veel thuiszorg, omdat dit overeenkomt het Nederlandse daadwerkelijke gebruik hiervan. Het is echter de vraag of mensen deze thuiszorg ook aangeschaft zouden hebben als het Franse systeem – zonder vergoeding van thuiszorg – van kracht zou zijn geweest.

Mensen met een redelijke gezondheid betalen 56% van de zorgkosten zelf. Zij kunnen hiervoor een afkoopverzekering afsluiten, dit is echter niet rationeel om te doen, omdat de premie van een afkoopverzekering hoger ligt dan de kosten die ze maken. Onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 4.15 Welk deel van de zorgkosten die zij extra maken t.o.v. kerngezonden met hetzelfde inkomen betalen chronisch zieken in Frankrijk zelf?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	12%	9%	10%	15%	12%	56%
Modaal alleen	0%	12%	9%	10%	15%	12%	56%
2x modaal alleen	0%	12%	9%	10%	15%	12%	56%
Gezin 2 kinderen	0%	12%	9%	10%	15%	12%	56%
AOW alleen	0%	12%	9%	10%	15%	11%	56%
AOW echtpaar	0%	12%	9%	10%	15%	15%	56%

4.9 Literatuur en geraadpleegde personen

4.9.1 Literatuur

Allonier et al. Enquête santé et protection sociale, ESPS 2004 (rapport). Parijs: IRDES, 2004..

Dourgnon P. "Preferred doctor reform". Health Policy Monitor, oktober 2006. Beschikbaar via <http://www.hpm.org/survey/fr/a8/2>

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). L'Allocation Personnalisée d'Autonomie au 31 décembre 2006. Etudes et Resultats, no. 569, april 2007a.

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les beneficiaries de l'aide sociale départementale en 2006. Etudes et Resultats, no. 597, september 2007b.

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005. Etudes et Resultats, no. 575, mei 2007c.

DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Les comptes nationaux de la santé en 2006. Etudes et Resultats, no. 593, september 2007d.

Gigon E, Lemaire N, Bismuth C. Fonctionnement du dispositif des ALD. Actualité et Dossier en Santé Publique 59, juni 2007.

Haut Autorité de Santé. La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays Européens. Document de travail. HAS, Mission Etudes et Recherche, september 2007.

IRDES. Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire: une première évaluation du dispositif ACS. Bulletin d'information en économie de la santé, no. 121, april 2007.

Libault D. Les affections de longue durée : undispositif à réinventer? Actualité et Dossier en Santé Publique 59, juni 2007.

Sandier S, Paris V, Polton D. Health care systems in transition: France. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, 2004.

Schneider M, Hofmann, U, Kose A. Zuzahlungen in Internationalen Vergleich. Augsburg: Basys, 2004.

Fonds CMU. Rapport no. III Evaluation de la loi de CMU. Fonds CMU, januari 2007.

Franc, C Perronnin, M. "Health insurance voucher plan: mid-term evaluation". Health Policy Monitor, April 2006. Available at Health Insurance Vouchers Plan – 8 <http://www.hpm.org/survey/fr/a7/3>

Vallier N, Salanave B, Weill A. Les aspects économiques des affections de longue durée. Actualité en Dossier en Santé Publique 59, juni 2007.

<http://vosdroits.service-public.fr/particuliers/N420.xhtml>

<http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-medicale/en-cas-d-affection-de-longue-duree/qu-8217-est-ce-qu-8217-une-a.l.d.php>

4.9.2 Geraadpleegde personen

We bedanken de volgende personen voor hun medewerking:

- De heer M. Duriez, Haut Conseil de la Santé Publique
- De heer F. von Lennep en de heer D. Bernstein, Afdeling Strategisch Onderzoek, Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
- Mevrouw E. Delpit en de heer A. Pelc, Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)
- Mevrouw A. Pieroni-Garcia en de heer R. Fanchon, Mutualité Française
- De heer D. Velche, Centre Technique National d'Etudes et de Recherches sur les Handicaps et les Inadaptations (CTNERHI).

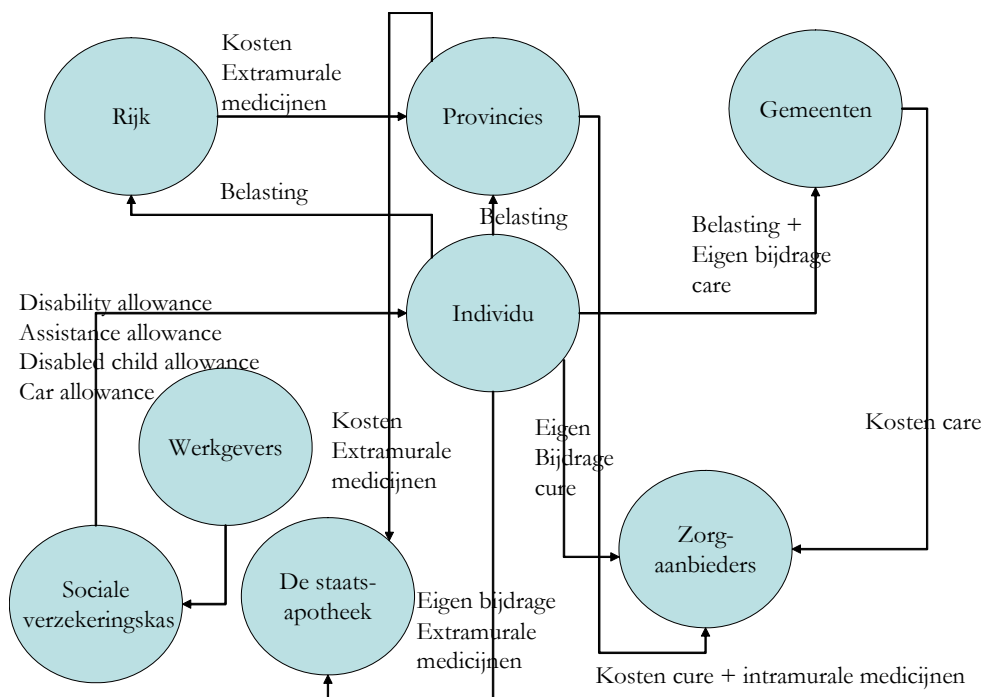
5 Zweden

In dit hoofdstuk staat het Zweedse zorgverzekeringsstelsel centraal. Het hoofdstuk begint met een overzicht van het stelsel in Zweden. Vervolgens volgt er een paragraaf over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel (paragraaf 2), de premies die Zweden betalen om zich verzekerd te weten van zorg (paragraaf 3), de eigen bijdragen die mensen betalen aan de eigen zorgkosten (paragraaf 4), de beschermingsmaatregelen (paragraaf 5), de achtergronden van het systeem (paragraaf 6), de gevolgen van het systeem (paragraaf 7) en de vergelijking van de zorgkosten van gezonden en chronisch zieken (paragraaf 8). Daarna volgen de literatuur en de geraadpleegde personen (paragraaf 9).

5.1 Overzicht zorgstelsel

Zweden financiert de basisgezondheidszorg niet via een verzekering. De gezondheidszorg in Zweden wordt betaald uit belastingmiddelen. Deze belasting wordt met name regionaal en lokaal geïnd en uitgegeven. De provincie (*Landsting*) verzorgt de *cure* (korte termijn zorg gericht op genezing, zoals ziekenhuiszorg) en de gemeente verzorgt de *care* (lange termijn zorg, gericht op verzorging, zoals het helpen bij het innemen van medicatie). Geneesmiddelen worden verstrekt door de staatsapothek en betaald door het rijk⁵⁴. Patiënten betalen eigen bijdragen voor de cure aan de zorgverleners, eigen bijdragen voor geneesmiddelen aan de staatsapothek en eigen bijdragen voor thuiszorg/zorg in een verzorgingshuis aan de gemeente. Figuur 5.1 geeft deze geldstromen in de gezondheidszorg weer.

Figuur 5.1 Geldstromen in gezondheidszorg Zweden



⁵⁴ Mits niet intramuraal, want zijn de geneesmiddelen onderdeel van de cure

Cure

Alle geneeskundige zorg, paramedische zorg, ambulante geestelijke gezondheidszorg en ziekenhuiszorg wordt verzorgd en betaald door de provincies (*Landsting*). Deze provincies hebben als primaire taak gezondheidszorg; zij besteden ongeveer 90% van hun tijd en middelen aan gezondheidszorg. De provincies zijn zelfstandig. Ze worden bestuurd door direct gekozen politici en heffen zelf belasting. Iedere belastingplichtige betaalt ongeveer 11% van zijn belastbaar inkomen aan de provincie. Niet iedere provincie heft evenveel belasting, maar de verschillen zijn klein (1% meer of minder). Deze verschillen zijn klein omdat de belastingbijdragen landelijk verevend worden via bevolkingskenmerken. Ongeveer 90% van alle gezondheidszorg wordt geleverd door openbare aanbieders.

Voor de *cure* betalen mensen een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage is een vast bedrag per doktersbezoek of dag in het ziekenhuis. Mensen betalen voor *cure* nooit meer dan € 100 per 12 maanden aan eigen bijdragen (zie hierover meer in paragraaf “5.4.1 kenmerken van het systeem van eigen betalingen”).

Care

Alle langdurige zorg zoals de ouderenzorg, gehandicaptenzorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg wordt verzorgd en betaald door de gemeenten. Hierbij gaat het zowel om thuiszorg, als zorg in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Ook gemeenten mogen in Zweden zelf belasting innen. Iedere belastingplichtige betaalt rond de 21% van zijn belastbaar inkomen aan de gemeente. Ook bij dit belastingtarief zijn de verschillen tussen gemeenten klein (1% meer of minder), omdat ook hier de bedragen verevend worden.

Ook voor *care* betalen Zweden een eigen bijdrage. Zij betalen een eigen bijdrage, afhankelijk van gebruik. Het wettelijk maximum is € 180 per maand. Er zijn daaronder nog diverse gemeentelijke plafonds. Mensen met een laag inkomen en/of hoge kosten kunnen in aanmerking komen voor gedeeltelijke of volledige kwijtschelding van de eigen bijdrage.

Geneesmiddelen

Geneesmiddelen worden uitsluitend verkocht door de staatsapotheek. Het rijk financiert ongeveer 80% van de geneesmiddelen. De overige 20% wordt gefinancierd door eigen bijdragen van patiënten. Patiënten betalen een percentage van het aankoopbedrag als eigen bijdrage. Hoe hoger het bedrag dat ze in een jaar aan geneesmiddelen hebben uitgegeven, hoe lager deze percentuele bijdrage is. Als mensen meer dan € 200 hebben uitgegeven aan eigen bijdragen voor geneesmiddelen hoeven ze dat jaar over de overige geneesmiddelen geen eigen bijdrage meer te betalen. Als patiënten in het ziekenhuis liggen en daar geneesmiddelen krijgen, is er geen extra eigen bijdrage voor geneesmiddelen. De eigen bijdrage voor geneesmiddelen wordt dan geacht inbegrepen te zijn in de eigen bijdrage voor het ziekenhuis.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen worden verstrekt door de gemeenten. Voor hulpmiddelen verschilt het sterk per gemeente of er niets, alleen een borg of huur voor moet worden betaald. In tabel 5.3 in paragraaf 5.4.1 hebben we de bedragen voor de gemeente Stockholm opgenomen. Het wettelijke maximumbedrag aan eigen bijdragen voor hulpmiddelen is € 222⁵⁵ per jaar.

⁵⁵ SEK 2000

Flankerende regelingen

Om chronisch zieken en gehandicapten (deels) tegemoet te komen in hun kosten voor gezondheidszorg, bestaan er compensatieregelingen in Zweden. Deze compensatieregelingen worden betaald uit de verzekeringskas. De verzekeringskas betaalt in Zweden diverse onderdelen van de sociale zekerheid, o.a. de pensioenen. Werknemers en werkgevers betalen premies voor de verzekeringskas. De werknemers betalen (deels) premies voor hun pensioen aan de verzekeringskas. Alle overige premies worden betaald door werknemers. De onderstaande regelingen worden met deze werkgeversbijdrage van de verzekeringskas betaald (zie verdere uitleg paragraaf 5.5.2 flankerend beleid):

- Zeer zwaar gehandicapten en verstandelijk beperkten onder de 65 jaar die zeer veel thuiszorg nodig hebben⁵⁶, hebben recht op een sterke vermindering van de eigen bijdragen voor thuiszorg
- Gehandicapten onder de 65 jaar kunnen in aanmerking komen voor een toelage die afhankelijk is van de kosten die zij maken vanwege het feit dat zij gehandicapt zijn. Deze kosten moeten dan wel meer bedragen dan € 1.570 per jaar.
- Ouders van gehandicapte kinderen kunnen ook in aanmerking komen voor een toelage die afhankelijk is van de kosten die samenhangen met de handicap voor hun kind. Hun eigen mantelzorguren kunnen ze daar onder bepaalde voorwaarden bij rekenen.
- Gehandicapten die niet zonder grote problemen zich zelfstandig kunnen vervoeren of met het openbaar vervoer vervoerd kunnen worden, kunnen eens per 7 jaar een autotoelage krijgen. Eens in de 7 jaar kunnen mensen een aangepaste auto, motor of brommer (scootmobiel) kopen.

5.2 Vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel in 2006

5.2.1 Kenmerken van het zorgverzekeringsstelsel

De gezondheidszorg in Zweden wordt betaald uit belastingmiddelen. Deze belasting wordt met name regionaal en lokaal geïnd en uitgegeven. De provincie (*Landsting*) verzorgt de *cure* (korte termijn zorg gericht op genezing, zoals ziekenhuiszorg) en de gemeente verzorgt de *care* (lange termijn zorg, gericht op verzorging, zoals het helpen bij het innemen van medicatie). Geneesmiddelen worden verstrekt door de staatsapotheek en betaald door het rijk⁵⁷. Patiënten betalen eigen bijdragen voor de cure aan de zorgverleners, eigen bijdragen voor geneesmiddelen aan de staatsapotheek en eigen bijdragen voor thuiszorg/zorg in een verzorgingshuis aan de gemeente.

⁵⁶ Vallend onder de wet LSS, zie hierover meer in paragraaf 4.3.4 vormgeving (en criteria) van de uitzondering

⁵⁷ Mits niet intramuraal, want zijn de geneesmiddelen onderdeel van de cure

5.2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?

Alle zorg die ook in Nederland vergoed wordt, wordt in Zweden vergoed. De onderstaande tabel geeft dit weer.

Tabel 5.1. Welke zorg wordt vergoed in Zweden?

Type zorg	Wordt dit vergoed in Zweden
Geneeskundige zorg	
Huisartsenzorg	Volledig
Medisch-specialistische zorg	Volledig
Verloskundige zorg en kraamzorg	Volledig
Tandheelkundige zorg	Deels
Opname in ziekenhuis	Volledig
Opname in revalidatiecentrum	Volledig
Geneesmiddelen	Volledig (mits op recept)
Vervoer van en naar ziekenhuis of arts	Volledig
Paramedische zorg	
Fysiotherapie en oefentherapie	Volledig
Ergotherapie	Volledig
Logopedie	Volledig
Diëtetiek	
Podotherapie	
Verpleging en verzorging	
Thuiszorg: huishoudelijke verzorging	volledig
Thuiszorg: verpleging	Volledig
Thuiszorg: persoonlijke assistent	Volledig
Tijdelijke opname in verpleeghuis	volledig
Hulpmiddelen en aanpassingen	
Brillen en contactlenzen	Deels
Gehoorapparaten	Volledig
Prothesen en orthesen	Volledig
Loophulpmiddelen (rollator/stok)	Volledig
Rolstoelen	Volledig
Woningaanpassingen	Volledig
Vervoersvoorzieningen (aanpassingen auto/scootmobiel)	Volledig
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	volledig

Bron: SEO Economisch Onderzoek 2007

5.2.3 Kosten van het stelsel

De zorgkosten in Zweden waren in 2006 € 28,9 miljard. Dat is ongeveer 9,2% van het GDP. Zweden heeft ongeveer 9 miljoen inwoners. Dit betekent dat Zweden € 3.190 per inwoner per jaar aan zorgkosten uitgeeft. Hierbij is onderscheid te maken tussen de publieke uitgaven aan de verleende zorg, investeringen in de zorg en eigen bijdragen. Investerings in de zorg zijn bijvoorbeeld geormerkte subsidies om de toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. In Zweden betalen de inwoners 15% van de zorg uit eigen bijdragen. In de onderstaande tabel staat dit weergegeven.

Tabel 5.2. Uitgaven gezondheidszorg in 2006

	In miljoenen euro
<i>Publieke uitgaven (82%)</i>	23.575
Rijk	510
Gemeenten	2.582
Provincies (Landsting)	20.483
<i>Private uitgaven (18%)</i>	5.284
Private out-of-pocket uitgaven huishoudens	4.642
Overig privaat (private verzekeringen, bedrijven)	642
Totaal	28.859

Bron: Statistiska CentralByrån, Swedish Health Accounts 2001-2006

5.3 Bijdragen aan zorgverzekeringsstelsel in 2006

5.3.1 Hoogte premie

Zweden betalen geen verplichte premie, omdat de ziektekosten volledig betaald worden uit belastinggelden en eigen bijdragen. De bijdrage via de belastingen wordt betaald is – zoals we in de vorige paragraaf zagen – gemiddeld € 2.680 per persoon per jaar. Omdat de belastingen inkomensafhankelijk zijn wisselt dit bedrag sterk per persoon.

5.3.2 Bijzondere groepen voor wie geen of gereduceerde premies gelden

Omdat de gezondheidszorg betaald wordt uit belastingen, is de bijdrage die mensen betalen aan de gezondheidszorg (anders dan bij de Nederlandse premie) volledig inkomensafhankelijk. Wie geen inkomen heeft, betaalt ook geen belasting en betaalt dus niet mee aan de gezondheidszorg, afgezien van de eigen bijdragen. In Zweden wordt er door drie instanties belasting geïnd, waarmee zij de gezondheidszorg financieren.

Zweden betalen 11% van hun belastbaar inkomen aan provincies. Hiervan wordt 90% besteed aan gezondheidszorg. Hiervan betalen de provincies de *care*: artsen, specialisten en de ziekenhuizen.

Daarnaast betalen Zweden 21% van hun belastbaar inkomen aan gemeenten. Hiervan besteden gemeenten ongeveer 20% aan gezondheidszorg. Hiervan bekostigen zij de *care*: langdurige zorg in de vorm van de thuiszorg en zorg in verpleeghuizen.

Alleen Zweden met een belastbaar inkomen boven de ruim € 30.000 betalen belasting aan de staat. De staat vraagt over het inkomensdeel boven de € 30.000 20% belasting. Zestien procent van de Zweden betaalt deze belasting aan de staat. Voor het inkomensdeel boven de ruim € 50.000 betalen Zweden 25% belasting. Drie procent van de volwassen Zweden heeft een inkomen dat (deels) valt onder het 25%-tarief⁵⁸. Het rijk financiert de geneesmiddelen en

⁵⁸ Swedish Tax Agency (Skatteverket), *Taxes in Sweden 2006*, summary of the Tax Statistical Yearbook of Sweden 2006, 2007.

subsidieert kwaliteitsverhogende projecten. Het bedrag dat besteed wordt door het rijk aan gezondheidszorg is 3,7 miljard.

Ongeveer 70% van de totale kosten van de gezondheidszorg wordt gefinancierd uit lokale en regionale belastingen, ongeveer 15% door rijksbelastingen en ongeveer 15% door eigen bijdragen. Omdat de belastingen volledig inkomensafhankelijk zijn, is de bijdrage aan de gezondheidszorg ook zeer verschillend.

5.3.3 Premiedifferentiatie

De uitvoerders van de gezondheidszorgverzekering (provincies en gemeenten) mogen de bijdragen niet differentiëren naar personen. Iedereen betaalt hetzelfde percentage van zijn inkomen. Wel verschilt de bijdrage tussen de provincies onderling en tussen de gemeenten onderling. Deze verschillen zijn echter niet groot, omdat zowel regionaal als lokaal de belastingbijdragen verevend worden op basis van bevolkingskenmerken. De hoogste regionale en lokale belasting samen werd in 2006 betaald in de gemeente Dals-Ed, een gemeente dichtbij de Noorse grens in het westelijke midden van Zweden. De lokale en regionale belasting was daar 34,24%. De laagste regionale en lokale belasting samen werd in datzelfde jaar betaald in de gemeente Vellinge, een voorstad van Malmö. Het belastingpercentage was daar 28,89%⁵⁹.

5.3.4 Kunnen Zweden kiezen voor minder of meer premie?

Het is niet mogelijk om minder of meer te betalen binnen het verplichte gezondheidszorg-systeem. Het is wel mogelijk om je aanvullend te verzekeren voor dezelfde zorg als in het basispakket zit. Dit is dubbelop, maar het kan minder lange wachttijden opleveren. Zweden kent een wet die mensen garandeert dat zij niet langer dan 3 maanden hoeven te wachten op behandeling. De wet heeft de wachttijden verkort, maar er zijn nog steeds mensen die langer moeten wachten. In mei 2006 wachtten er ongeveer 15.000 mensen langer dan 3 maanden op een behandeling.⁶⁰ Minder dan 1% van de Zweden heeft een dergelijke private verzekering tegen wachttijden. 0,2% van de kosten van de gezondheidszorg wordt hierdoor gefinancierd.⁶¹

5.4 Eigen betalingen bij zorgconsumptie in 2006

5.4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen

De eigen betalingen in Zweden verschillen per type zorg. Er zijn vier maximumbedragen voor de eigen betalingen.

1. De eerste is de maximale eigen betaling van een kleine € 100⁶² per jaar voor geneeskundige zorg, paramedische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Het jaar begint in te gaan op de dag van het eerste doktersbezoek;
2. Daarnaast betalen Zweden voor geneesmiddelen een gestaffelde eigen betaling tot ten hoogste een kleine € 200⁶³ per jaar;

⁵⁹ Swedish Tax Agency (Skatteverket), *Taxes in Sweden 2006*, summary of the Tax Statistical Yearbook of Sweden 2006, 2007.

⁶⁰ Swedish Association of Local Authorities and Regions *Care of the elderly today 2006*, pagina 47, januari 2007

⁶¹ Swedish Association of Local Authorities and Regions *Care of the elderly today 2006*, pagina 56, januari 2007

⁶² SEK 900

⁶³ $100\% \cdot 900 + 50\% \cdot (1700 - 900) + 25\% \cdot (3300 - 1700) + 10\% \cdot (4300 - 3300) = 1800$ SEK

3. Ook is er een maximumbedrag voor de care van ongeveer € 180⁶⁴ per maand;
4. Ten slotte is er een maximumbijdrage voor hulpmiddelen van rond de € 222⁶⁵ per maand.

Hieronder werken we de eigen betalingen en hun plafonds nader uit.

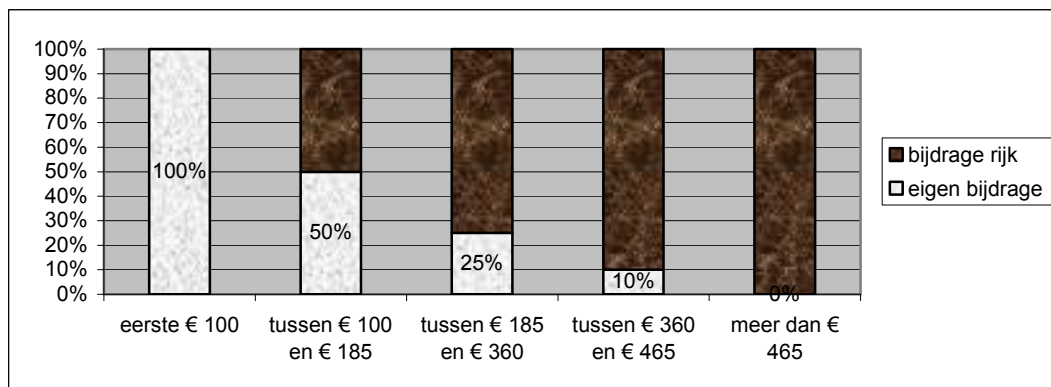
Cure

Voor geneeskundige zorg, paramedische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg betalen Zweden per doktersbezoek een eigen bijdrage. Voor het bezoek aan een huisarts is deze bijdrage bijvoorbeeld ongeveer € 15⁶⁶ en voor het bezoek aan een specialist € 30.⁶⁷ Per periode van 12 maanden (die ingaat bij het eerste doktersbezoek) is er een jaarlijks plafond van deze eigen bijdragen van iets minder dan € 100. Voor het ziekenhuis betalen mensen per dag € 9⁶⁸. De bijdrage in het ziekenhuis heeft geen plafond. In tabel 5.3 (zie paragraaf 5.4.2 *Hoogte eigen betalingen per verstrekking*) staat aangegeven welke eigen bijdragen precies per soort arts gelden.

Geneesmiddelen

Voor geneesmiddelen geldt in Zweden een gestaffelde eigen betaling. Voor de eerste kleine € 100⁶⁹ betalen Zweden de volledige kosten van de geneesmiddelen zelf. Als ze in een jaar meer geneesmiddelen nodig hebben, betalen ze voor alle geneesmiddelen tussen € 100 en € 185 de helft zelf. De andere helft wordt gesubsidieerd door het rijk. Als een persoon voor meer dan € 185 aan geneesmiddelen nodig heeft, betaalt hij voor geneesmiddelen tussen de € 185 en € 355 een kwart van de kosten van het geneesmiddel. Tussen de € 355 en € 465 betaalt hij 10% van het geneesmiddel zelf. Als hij meer geneesmiddelen nodig heeft worden deze volledig betaald door het rijk. In de onderstaande figuur staat dit aangegeven. Op de horizontale as staat aangegeven hoeveel de geneesmiddelen van een persoon in totaal kosten. Op de verticale as staat aangegeven welk percentage van die totale kosten mensen zelf moeten betalen (lichtgrijs) en welk percentage het rijk subsidieert (donkerbruin). Het plafond voor geneesmiddelen is een kleine € 200⁷⁰ per jaar.

Figuur 5.2 Eigen bijdrage geneesmiddelen



Bron: Läkemedelsförmånsnämnden 2007

⁶⁴ SEK 1612

⁶⁵ SEK 2000

⁶⁶ SEK 140

⁶⁷ SEK 260

⁶⁸ SEK 80

⁶⁹ SEK 900

⁷⁰ $100\% \cdot 100 + 50\% \cdot (185 - 100) + 25\% \cdot (360 - 185) + 10\% \cdot (465 - 360) = 196,75$

Care

De eigen bijdrage voor de care is sterk afhankelijk van het aantal uren thuiszorg dat iemand nodig heeft. Een los uur kost ongeveer € 20⁷¹. Wie echter regelmatig thuiszorg nodig heeft, betaalt een kleinere bijdrage. Zo betalen mensen bijvoorbeeld maximaal € 75⁷² per maand als zij 1 à 2 dagen per week thuiszorg nodig hebben of een dagactiviteit doen.

5.4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking

Tabel 5.3 Standaard hoogte eigen betalingen

Type zorg	Vorm van eigen betaling	Hoogte eigen betaling	Plafond eigen betaling
Geneeskundige zorg			
Huisartsenzorg	Vast bedrag per doktersbezoek	€ 15	€ 100
Medisch-specialistische zorg	Vast bedrag per specialistbezoek	€ 30 eerste bezoek specialist na verwijzing huisarts is €13, ⁷³ , ieder volgende bezoek € 30,	€ 100
Verpleegkundige		€ 8, ⁷⁴	
Verloskundige zorg en kraamzorg	Gratis	Geen	n.v.t.
Tandheelkundige zorg	Vaste tegemoetkoming van de kosten per soort behandeling.	Mondhygiënist € 8 Algemene tandarts € 15 Specialistische tandarts € 30,	Geen
Opname in het ziekenhuis	Vaste bijdrage per dag	€ 9, per dag	Geen
Dagopname		€30,	
Opname in het revalidatiecentrum	Vaste bijdrage per dag	€ 9 per dag	
Geneesmiddelen	Gestaffelde eigen bijdrage	Eerste € 100 = 100% EB Van € 100 tot € 185= 50% EB Van € 185 tot € 360 = 25%EB Van € 360 tot € 465 = 10% Boven € 465 = 0%	€ 200
Vervoer van en naar ziekenhuis of arts	Bedrag p. km.	€8, ⁷⁵ per reis per aangebroken 30 km (het gaat hier om een brede categorie sociaal vervoer, waarmee het ook mogelijk is een arts te bezoeken. Mensen krijgen 72 reizen per jaar sociaal vervoer, maar vervoer naar arts mag altijd, ook als het totale vervoer dan boven deze 72 reizen per jaar uitkomt..	€ 65, ⁷⁶
Paramedische zorg			
Fysiotherapie en oefentherapie	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15 voor eerste bezoek, € 7,50 ⁷⁷ voor volgende bezoeken	

⁷¹ SEK 185

⁷² SEK 675

⁷³ SEK 120

⁷⁴ SEK 70

⁷⁵ SEK 80

⁷⁶ SEK 600 (voor kinderen en ouderen SEK 360)

Type zorg	Vorm van eigen betaling	Hoogte eigen betaling	Plafond eigen betaling
Ergotherapie (arbeidstherapeut)	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15, voor eerste bezoek, € 7,50 ⁷⁸ voor volgende bezoeken	
Logopedie	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15, voor eerste bezoek, € 7,50 ⁷⁹ voor volgende bezoeken	
Diëtetiek	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15, voor eerste bezoek, € 7,50 ⁸⁰ voor volgende bezoeken	
Podotherapie	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15 voor eerste bezoek, € 7,50 ⁸¹ voor volgende bezoeken	
Verpleging en verzorging Thuiszorg: huishoudelijke verzorging		Tarieven in gemeente Stockholm: Standaard: € 20 per uur Alarmknop: € 11 per maand Er gelden echter plafonds: * Tot 2 uur thuiszorg per maand: maximaal € 30 per maand * 1-2 keer per week thuiszorg of dagactiviteit: max € 75 per maand * 3-5 dagen per week thuiszorg of dagactiviteit: max € 100 per maand * Dagelijks thuiszorg en 6-7 dagen per week dagactiviteit max € 180 per maand Daarnaast is er nog bijdrage aan eten: * Bijdrage aan eten in een dagactiviteitencentrum is € 3,50 per dag	€ 180 per maand ⁸²
Tijdelijke opname in het verpleegtehuis		Tijdelijke opname verpleeghuis: max € 180 per maand aan zorgkosten Bijdrage voor eten in een verpleeghuis is € 265 per maand.	
Hulpmiddelen en aanpassingen			€ 222 per jaar
Brillen en contactlenzen	Vast bedrag voor de bril per jaar + vast bedrag per oogartsbezoek	€ 108,40 per jaar	
Gehoorapparaten	Vast bedrag voor het apparaat per jaar + vast bedrag per bezoek	€ 65,05 per apparaat	
Prothesen en orthesen	Gratis	Geen	
Loophulpmiddelen (rollator/stok)	Huurkosten per kwartaal en bijdrage per bezoek	Rollator: € 21 per maand Eenvoudige hulpmiddelen: €	€ 216,80

⁷⁷ SEK 70

⁷⁸ SEK 70

⁷⁹ SEK 70

⁸⁰ SEK 70

⁸¹ SEK 70

⁸² 1612 SEK (2007)

Type zorg	Vorm van eigen betaling	Hoogte eigen betaling	Plafond eigen betaling
		11 per 3 maanden	
Rolstoelen		Standaardrolstoel: € 32,50 per maand Comfortrolstoel: € 65 per maand	
Woningaanpassingen	Gratis	Gehandicapten krijgen geld om hun woning dusdanig aan te passen dat zij zelfstandig kunnen leven in de woning. D.w.z. zelfstandig in en uit de woning kunnen komen, zich verplaatsen binnen de woning, te kunnen koken, zichzelf wassen en slapen en visite ontvangen ⁸³ .	
Vervoersvoorzieningen (aanpassingen auto/scootmobiel)		Aanpassingen auto: gratis (het is mogelijk tot € 3.250 per 7 jaar te krijgen om je auto aan te passen). Driewieler € 325,20	
Dialysehulpmiddelen	Gratis		
Geestelijke gezondheidszorg			
Psycholoog	Vast bedrag per therapeutbezoek	€ 15 voor eerste bezoek, €7,50 voor volgende bezoeken	

5.4.3 Uitvoering eigen betalingen

De eigen betalingen worden uitgevoerd door drie instanties: de zorgaanbieders voor de cure, de staatsapotheek voor de geneesmiddelen en de gemeente voor de care. We behandelen deze hieronder één voor één.

De eigen betalingen in de cure worden geïnd door de zorgaanbieders. Patiënten kunnen het geld lenen van de provincie, maar betalen daarvoor extra € 1,65 per keer. Patiënten krijgen een lege stempelkaart waarop zij bij ieder bezoek aan een arts een stempel met het betaalde bedrag krijgen. Als de stempelkaart vol is, d.w.z. het maximumbedrag betaald is, kunnen zij de stempelkaart inruilen voor een vrijkaart, die hen recht geeft op 12 maanden lang⁸⁴ vrije zorg. De administratieve last hiervan is zeer gering.

Voor geneesmiddelen betalen patiënten direct aan de apotheek. Het is ook mogelijk om in plaats daarvan per maand te betalen, maar hiervan wordt niet veel gebruik gemaakt. Omdat Zweden een staatsapotheek kent en deze het monopolie heeft op geneesmiddelen op recept, houdt deze in de computer de aankopen bij van de klanten. Op deze manier kunnen zij ook direct zien hoeveel eigen bijdrage iemand moet betalen en of hij het plafond al heeft overschreden of niet. De administratieve handeling is hierbij het invoeren van de inkoop in de computer.

⁸³ Bron: The National Board of Housing, Building and Planning – Boverket www.boverket.se “Bostadsanpassningsbidrag”

⁸⁴ Gerekend vanaf het eerste doktersbezoek/de eerste stempel

De eigen betalingen in de care worden gedaan aan de gemeente. De gemeente bepaalt hoeveel thuiszorg er nodig is. Vervolgens krijgt de patiënt een voucher voor het aantal uren en de soort zorg dat er voor hem nodig is. Hij kan de voucher inwisselen bij een thuiszorgorganisatie (of verpleeghuis) naar keuze. De gemeente betaalt de thuiszorgorganisatie of het verpleeghuis en int de eigen bijdrage. De gemeente heft belasting en heeft dus al zicht op het inkomen van de persoon. In een formulier geeft de inwoner daarnaast zijn huur en evt. kosten voor een voogd aan. De administratieve handelingen zijn het optellen en controleren van deze formulieren en innen van de bijdrage.

5.5 Beschermingsmaatregelen

5.5.1 Vormgeving beschermingsmaatregelen

Er zijn diverse groepen in Zweden (deels) uitgezonderd zijn van eigen betalingen. Dit zijn:

- kinderen;
- ouderen (d.w.z. 65+);
- gehandicapten;
- chronisch zieken;
- bepaalde behandelingen;
- bepaalde omstandigheden.

We behandelen ze één voor één.

Kinderen

Voor kinderen hoeven bijna geen eigen betalingen te worden betaald. Geneeskundige zorg, paramedische zorg, ziekenhuisopname, ambulante geestelijke gezondheidszorg, thuiszorg, hulpmiddelen zijn allemaal gratis voor kinderen. Alleen in enkele uitzonderingsgevallen moet er voor kinderen een eigen bijdrage betaald worden bij deze zorgverlening. Bijvoorbeeld als kinderen in Stockholm zonder verwijzing naar een specialist gaan, betalen ze € 28,20.

Voor geneesmiddelen moet voor kinderen wel een eigen bijdrage worden betaald. Kinderen uit één gezin hebben wel een gezamenlijk maximaal plafond voor eigen bijdragen van geneesmiddelen.

Kinderen betalen geen bijdrage aan care⁸⁵.

⁸⁵ Bron: Avgifter för dig som är under 65 år och har stöd, service eller boende enligt Socialtjänstlagen (SoL) eller Lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS)

Tabel 5.4. Eigen bijdrage voor kinderen voor zover afwijkend

Soort zorg	EB	Plafond aan EB
Geneeskundige zorg	Geen i.p.v. wel	
Ziekenhuisopname	Geen i.p.v. wel	
Tandarts	Geen i.p.v. wel	
Geneesmiddelen	Ja	Gezamenlijk plafond voor alle kinderen van € 195,10 i.p.v. dit plafond per persoon.
Paramedische zorg	Geen i.p.v. wel	
Verpleging en verzorging	Geen i.p.v. wel	
Hulpmiddelen en aanpassingen		
Visuele hulpmiddelen	Kinderen onder de 8: geen EB	
Vervoer		€ 39 per maand i.p.v. € 65,05
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	Geen i.p.v. wel	

Ouderen (d.w.z. 65+)

Bij ouderen valt de eigen bijdrage voor de tandarts onder het eigenbijdragenplafond van de geneeskundige zorg, paramedische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast betalen ze minder voor aangepast vervoer.

Tabel 5.5. Eigen bijdrage voor ouderen voor zover afwijkend

Soort zorg	EB	Plafond aan EB
Geneeskundige zorg		
Tandarts	- tandartskosten zijn € 15,20 voor algemene tandarts en € 28,20 voor een specialistische tandarts i.p.v. meestal hogere bedragen.	- als de tandartsbehandeling gevolg is van een ziekte of als de oudere in een verzorgingshuis woont, worden tandartskosten onderdeel van het algemene eigen bijdrage plafond van € 97,50 - voor alle ouderen: bepaalde zeer dure behandelingen hebben samen een eigen bijdrage plafond van € 834,70
Paramedische zorg	Geen afwijking	
Verpleging en verzorging	Geen afwijking	
Hulpmiddelen en aanpassingen		
Vervoer		€ 39 per maand i.p.v. € 65,05

Gehandicapten

Er zijn diverse soorten “gehandicapten” in Zweden, waarvoor verschillende regelingen gelden:

- zwaar gehandicapten en verstandelijk beperkten, vallend onder de LSS
- Overige gehandicapten onder de 65
- Gehandicapten boven de 65

Zwaar gehandicapten en verstandelijk beperkten, vallend onder de wet LSS zijn “1. mensen met een ontwikkelingsstoring, autisme of een op autisme gelijkende toestand, of 2. mensen die een zware en blijvende verstandelijke beperking na hersenschade hebben opgelopen op volwassen leeftijd of 3. mensen met een duurzame fysieke of psychische functiebeperking die duidelijk niet samenhangt met het normale verouderingsproces en die omvangrijke problemen in het dagelijks leven veroorzaakt waardoor deze mensen erg veel zorg nodig hebben”. De gemeente bepaalt aan de hand van een intakeproces of iemand voldoet aan deze criteria.

Deze zwaar gehandicapten zijn wettelijk vrijgesteld van eigen betalingen in de care. Zij kunnen 24-uurs zorg krijgen als dat nodig is, zonder eigen betalingen. Ook kunnen zij gebruik maken van dagactiviteiten of in een tehuis wonen zonder dat zij hiervoor hoeven te betalen voor de zorg. Zij moeten wel betalen voor eten bij een tijdelijke opname in een verpleeghuis of op een dagactiviteitencentrum. In principe betalen zij wel eigen betalingen voor de *cure* en geneesmiddelen (niet gehandicapten betalen ook voor de dokter), tenzij het artsbezoek een gevolg is van hun handicap.

Overige gehandicapten onder de 65 jaar moeten wel betalen voor de care. Zij hebben echter een lager plafond dan anderen. Hun plafond ligt op € 70 per maand, terwijl dat voor anderen bij € 180 per maand ligt. Ook zij moeten voor de *cure* en geneesmiddelen de gewone bijdragen betalen.

Gehandicapten boven de 65 moeten gewoon betalen wat anderen ook betalen, tenzij zij al voor hun 65e gehandicapt geworden zijn en al in de regeling opgenomen worden. In dat laatste geval blijven zij altijd vallen onder de regeling voor gehandicapten.

Tabel 5.6. Eigen bijdrage voor gehandicapten

Soort zorg	EB	Plafond aan EB
Geneeskundige zorg		Geen afwijking
Paramedische zorg		Geen afwijking
Verpleging en verzorging	SSL: geen eigen bijdrage	Overige gehandicapten jonger dan 65 jaar: € 70. i.p.v. € 180
Hulpmiddelen en aanpassingen		Geen afwijking
Vervoer		€ 39 i.p.v. € 65,05
Ambulante geestelijke gezondheidszorg		Geen afwijking

Chronisch zieken

Mensen die langer dan een jaar ziek zijn, hoeven de eerste 30 dagen dat zij in een ziekenhuis liggen per jaar maar de helft van de eigen bijdrage te betalen. In plaats van € 8,50 per dag, betalen zij € 4,25 per dag.

Als tandartsbezoek gevolg is van een ziekte of bepaalde geneesmiddelen, dan telt het tandartsbezoek mee voor de totale eigen bijdrage in de *cure*. Hetzelfde geldt voor visuele hulpmiddelen.

Tabel 5.7. Uitzonderingen voor chronisch zieken

Soort zorg	EB	Plafond aan EB
Geneeskundige zorg		
Tandarts		Als de tandartsbehandeling gevolg is van een ziekte of als de gehandicapte intramuraal woont, worden tandartskosten onderdeel van het algemene eigen bijdrage plafond van € 97,50
Ziekenhuis	Voor mensen die langer dan een jaar ziek zijn geldt dat zij de eerste 30 dagen € 4,25 i.p.v. € 8,50 betalen, daarna gewone bijdrage	
Hulpmiddelen en aanpassingen		
Visuele hulpmiddelen	Als veroorzaakt door ziekte, dan gratis	

Bepaalde aandoeningen

Bepaalde zorgdiensten worden gratis, d.w.z. zonder eigen betalingen aangeboden:

- insuline voor diabetici;
- verloskunde en kraamzorg;
- enkele gereguleerde infectieziekten;
- bepaalde psychiatrische zorg;

Bepaalde omstandigheden

In bepaalde omstandigheden hoeven patiënten niets zelf te betalen:

- als zij doorverwezen zijn door een (huis)arts naar een specialist in een acuut geval;
- in sommige regio's hoeven patiënten hun eigen bijdrage niet te betalen als zij meer dan 30 minuten moeten wachten bij een (niet acuut) artsbezoek.

5.5.2 Flankerend beleid

Er is flankerend beleid voor mensen die de eigen betalingen niet kunnen betalen. Zweden kent de volgende regelingen:

Kwijtschelding (deel) eigen bijdrage care

Mensen betalen maximaal een kleine € 175 per maand eigen bijdrage voor langdurige zorg. Mensen met een laag inkomen en/of hoge kosten kunnen in aanmerking komen voor gedeeltelijke of volledige kwijtschelding van deze eigen bijdrage. Dit wordt berekend door het inkomen te nemen en daar de uitgaven (huur, kosten voor een voogd en een forfaitair bedrag voor overige kosten zoals levensonderhoud en ziektekosten) van af te trekken. Het resultaat van deze som is het bedrag waarvoor de persoon belast mag worden met een eigen bijdrage care. Als deze som hiervan hoger is dan het eigen bijdragenplafond van € 180, dan geldt voor deze persoon het maximale plafond. Als het bedrag lager is, dan is dat het plafond voor die persoon. Als de som nul of negatief is, dan mag de gemeente geen eigen bijdrage vragen voor de care. Het forfaitaire bedrag is € 480⁸⁶ per maand voor alleenstaanden en € 715 per persoon voor (echt)paren⁸⁷.

⁸⁶ SEK4346 voor alleenstaanden en SEK 3761 voor (echt)paren

⁸⁷ Bron: Avgifter for äldreomsorg I Stockholm stad, gäller från och med januari 2007

Zeer zwaar gehandicapten onder 65 jaar

Zweden kent een speciale wet (LSS) ter bescherming van mensen met een verstandelijke beperking, mensen met autisme en mensen met een zeer zware fysieke of psychische belemmering die zeer veel hulp nodig hebben in hun dagelijks leven.⁸⁸ Zij hebben recht op een persoonlijke assistent. Hiervoor betalen ze geen eigen bijdrage. Daarnaast betalen deze mensen ook geen of minder eigen bijdragen voor overige thuiszorg. Zij betalen maximaal € 75⁸⁹ per maand voor hun thuiszorg. Voor kinderen die onder deze categorie vallen is thuiszorg volledig gratis.

Assistentievergoeding

Zeer zwaar gehandicapten die vallen onder de bovenbeschreven wet (LSS) en minstens 20 uur (thuis)zorg per week nodig hebben voor hun dagelijkse activiteiten zoals aankleden, wassen, eten, communiceren, hebben recht op assistentievergoeding. Zij kunnen een persoonlijke assistentie krijgen. Dit is een maatwerkprogramma dat uitgevoerd wordt door een beperkt aantal mensen. De gehandicapte kan zelf een of twee persoonlijke assistenten in dienst nemen, een samenwerkingsverband oprichten samen met andere gehandicapten, het overlaten aan de gemeente of een bedrijf inhuren om dit voor hem te regelen. Het is ook mogelijk om een mantelzorger uit je eigen huishouden in te huren. De mantelzorger wordt dan door de gemeente in dienst genomen. Het bedrag is € 25 per uur in 2007. Onder bijzondere omstandigheden (bijvoorbeeld als je een persoonlijke assistent met een bepaalde opleiding nodig hebt) kan dit uurbedrag verhoogd worden tot maximaal 12% extra. Er is geen maximum aan het aantal uren per maand. Als dat nodig is kan er 24 uur per etmaal assistentie verleend worden.

De verzekeringskas betaalt deze vergoeding en verricht ook het assessment om te bepalen hoeveel hulp de persoon nodig heeft. De gehandicapte moet aantonen hoeveel uren hij daadwerkelijk heeft gebruikt. Als de gehandicapte een hoger uurtarief heeft gekregen, moet hij ook de kosten aantonen.

Gehandicaptenkostenvergoeding

De Zweedse wet geeft aan dat mensen met een handicap niet meer hoeven te betalen voor hun dagelijks leven dan anderen. Om hen te compenseren voor de extra kosten die zij maken vanwege het feit dat zij gehandicapt zijn, hebben ze – onder bepaalde voorwaarden – recht op een gehandicaptentoeelage. De gehandicaptentoeelage is maximaal € 3.015 per jaar. Dit is 69% van het basisbedrag (€ 4.370⁹⁰ in 2007) dat ieder jaar aangepast wordt aan de prijsindex.

Tabel 5.8. Gehandicaptentoeelage

Kosten	Toelage (%)	Toelage bedrag ⁹¹
Onder de 36%	Geen	0
Tussen de 36% en 53%	36%	€ 1.570
Tussen de 53% en 69%	53%	€ 2.315
Meer dan 69%	69%	€ 3.015

⁸⁸ Bron: Lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade

⁸⁹ SEK 660

⁹⁰ SEK 40.300

⁹¹ SEK 14.508, SEK 21.359 en SEK 27807

Voor deze toelage in aanmerking te komen moet je tenminste 2 uur per dag hulp nodig hebben bij het dagelijks leven, zoals voorgedij, koken, inkopen, aankleden, geneesmiddelen toedienen, wassen, strijken en schoonmaken van het huis. Ook ondersteuning bij werk en studie hoort hier expliciet bij.

De kosten die meegenomen kunnen worden zijn zeer divers. In principe zijn dit alle meerkosten die een persoon heeft, omdat hij gehandicapt is. Hierbij valt te denken aan kosten voor een extra (behandel)kamer in de woning waar technische hulpmiddelen neergezet kunnen worden, de huur of kosten van aankoop van hulpmiddelen, eigen bijdragen in de cure voor zover het kosten betreft die ontstaan door de handicap (bijvoorbeeld een noodzakelijke massage), de eigen bijdrage van geneesmiddelen, meerkosten voor vervoer, kosten voor gebruiksartikelen zoals verband en zalf, extra vervangingskosten voor apparaten of kleren (bijvoorbeeld als je allergisch bent en vaker moet wassen en je daardoor vaker een wasmachine moet aanschaffen en je kleren sneller slijten) de meerkosten voor speciaal dieet, tandartskosten die veroorzaakt zijn door jouw handicap, eigen bijdrage in de thuiszorg. Mantelzorgers worden hierin overigens niet vergoed. Omdat het gaat om alle meerkosten die een gehandicapte heeft, zijn er ook diverse randgevallen. Gemeenten bekijken per geval welke kosten wel en niet meegenomen worden. De wet spreekt zich bijvoorbeeld niet uit over of een gehandicapte de meerkosten van een vakantie in Griekenland kan terugkrijgen. Als de gehandicapte daar een grotere vakantiewoning moest betrekken en met taxi's naar bezienswaardigheden moest, zijn dit kosten die hij maakt vanwege zijn handicap. In principe zouden deze vergoed moeten worden. Maar hoeveel kost een gewone vakantie in Griekenland? En is op vakantie gaan in Griekenland onderdeel van iemands dagelijks leven? Omdat deze details niet uitgewerkt zijn in de wet, worden beslissingen hierover in de gemeenten gemaakt. Dit heeft als gevolg dat wat er precies wel en niet onder deze toelage valt maatwerk is en sterk kan verschillen per gemeente.

Ouders van gehandicapte kinderenvergoeding

Ouders van langdurig (minstens 6 maanden) zieke of gehandicapte kinderen kunnen ook in aanmerking komen voor een vergoeding als zij voor deze kinderen zorgen. Dit bedrag bestaat uit twee delen. Ten eerste een vergoeding voor de (mantel)zorg en ten tweede een compensatie van de kosten die ontstaan doordat het kind ziek of gehandicapt is. De vergoeding voor de (mantel)zorg is maximaal € 910⁹² per maand. Het is ook mogelijk (bij minder zware gevallen) om de helft of een kwart van dit bedrag te krijgen. De extra kosten kunnen 18%, 36%, 53% of 69% zijn van een bepaald basisbedrag € 4.370⁹³ dat jaarlijks gecorrigeerd wordt voor inflatie. Als de uitgaven minder zijn dan 18% van het basisbedrag worden de additionele kosten niet vergoed. Verder werkt het systeem hetzelfde als de gehandicaptenvergoeding. De maximale bijdrage voor de kosten is € 3.015 per jaar. De totale maximale gehandicaptekinderentoeelage per kind is dus € 3015 + 12*€ 910 = € 13.935 per jaar.⁹⁴

5.5.3 Specifieke beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken en gehandicapten

Zoals hierboven al vermeld zijn er specifieke beschermingsmaatregelen voor “gehandicapten” en “chronisch zieken”.

⁹² SEK 8396

⁹³ SEK 40.300

⁹⁴ 27807 SEK + 8396 *12 SEK = SEK 128.559

5.5.4 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen

De toelagen worden versterkt door de sociale verzekeringskas. Voor de assistentievergoeding verrichten zij zelf een assessment. Voor de gehandicapententoeelage en de kindertoelage moeten gehandicapte of de ouders een doktersverklaring meesturen. Het assessment is tijdsintensief, maar is nodig om maatwerk te bieden, Daarnaast gaat het om een zeer omvangrijk aantal uren, waardoor een goed assessment ook kosteneffectief is.

De kwijtschelding van (een deel) van de eigen bijdrage van de care wordt verricht door de gemeente, die ook de eigen bijdrage int.

Het niet betalen van eigen bijdragen in de cure door kinderen wordt verzorgd door de zorgaanbieders. Legitimatie is hierbij de manier om te controleren of de persoon een uitzondering is. In het geval een doelgroep geen eigen bijdrage betaalt, stuurt de zorgverlener de volledige rekening naar de provincie. Een volledige rekening betalen i.p.v. een gedeeltelijke rekening levert eerder minder dan meer administratie op.

5.6 Achtergronden van het systeem van eigen betalingen

5.6.1 Redenen invoering en aanpassing eigen bijdragen en uitzonderingen

Eigen betalingen in de zorg bestaan al heel lang in Zweden. Sinds de jaren '70 van de vorige eeuw zijn er de volgende belangrijke veranderingen doorgevoerd:

1971: Sterke verlaging eigen bijdrage

Voor 1971 moesten patiënten voor extramurale zorg het volledige bedrag voorschieten. Zij konden dan 75% van het bedrag terugvragen bij de overheid. In 1971 kwam er een vaste eigen bijdrage per doktersbezoek van € 0,75. Reden hiervoor was de gelijke toegankelijkheid van de zorg te verbeteren. Dit lukte inderdaad. Nadeel was wel dat omdat artsen nauwelijks meer naar doktersbezoek/output werden gefinancierd, de productiviteit daalde. Dit had weer een negatief effect op de toegankelijkheid.

1991: Provincies mochten zelf tarieven vaststellen cure

In 1991 werden de nationale wettelijke plafonds voor de eigen bijdragen losgelaten en kregen de provincies de vrijheid om tarieven en plafonds te variëren. Provincies konden op deze manier patiënten stimuleren om meer gebruik te maken van de eerstelijns zorg i.p.v. de tweedelijns zorg. In het begin had dit weinig effect, hoewel de eigen bijdragen stegen en differentieerden. Op dit moment zijn de eigen betalingen voor huisartsen € 15 en voor specialisten € 30. Het verschil is te klein om – de met name hoger opgeleiden die graag direct naar de specialist gaan – te stimuleren tweedelijns hulp te vervangen door de eerstelijns hulp. Pas in combinatie met de beperking van het directe gebruik van specialisten, verplaatste de zorgvraag zich meer naar de eerste lijn.

1993: gemeenten mochten zelf tarieven vaststellen verpleging

Gemeenten mochten hun eigen tarieven voor de verpleging instellen, als ze er maar voor zorgden dat de mensen een minimaal inkomen overhielden om van te leven. Hoe hoog een “minimaal inkomen om van te leven” was, werd niet vastgelegd. Als gevolg van deze hervorming varieerden de tarieven sterk in de jaren '90, wat in 2001/2002 leidde tot een debat over rechtsongelijkheid tussen gemeenten.

1997: geneesmiddelen krijgen eigen extra plafond van eigen bijdragen

In 1997 kregen geneesmiddelen een eigen plafond. Voor die tijd werden de kosten voor geneesmiddelen meegeteld bij het totale plafond van zorgkosten. Hierdoor steeg de eigen bijdrage (de plafonds werden niet gehalveerd). Reden om te kiezen voor een apart plafond voor geneesmiddelen was om artsen wat gematigder te laten worden in het voorschrijven van geneesmiddelen.

1998: kinderen uitgezonderd van eigen betalingen cure

In 1998 werden kinderen door provincies uitgezonderd van eigen betalingen voor de cure. Dit was een nationale beslissing.

1999: Tarieven tandartsen vrij en percentuele eigen bijdrage

De overheid liet in 1999 de tandartstarieven vrij. Tandartsen mochten voortaan hun eigen tarieven stellen. Tegelijkertijd werd er een percentuele subsidie gegeven, i.p.v. een nominale eigen bijdrage. Hierdoor werd de eigen bijdrage voor tandartsdiensten direct afhankelijk van de tandartstarieven en de overheidsbijdrage niet. Doel van deze verandering was de kosten in de hand te houden en prijsconcurrentie in te voeren tussen tandartsen. Gevolg was dat de eigen betalingen sterk stegen (met 18% in het eerste jaar na introductie) doordat de subsidies lager werden en de tandartsen tegelijkertijd de tarieven lieten stijgen. De gehoopte prijsconcurrentie onder tandartsen bleef uit.

2001/2002: maximumtarieven in de care

De overheid introduceert maximumtarieven voor de eigen bijdragen in de care, samen met de regeling voor (gedeeltelijke) kwijtschelding van deze bijdrage voor mensen met hoge kosten en een laag inkomen. Het doel van deze maatregel was om ouderen te beschermen tegen te hoge eigen bijdragen en om de verschillen tussen gemeenten te reduceren. Over het algemeen is dit gelukt. In enkele gemeenten zijn de tarieven door de gelijkschakeling gestegen.

2002: Plafond voor tandartskosten voor ouderen

Om ouderen te beschermen tegen te hoge tandartskosten wordt er in 2002 een plafond ingesteld voor bepaalde tandartskosten. Dit neemt niet weg dat tandartskosten nog steeds erg kunnen oplopen, ook voor deze groep.

2002: Eigen bijdragen geneesmiddelen fors omhoog

De eigen bijdragen van geneesmiddelen gaan fors omhoog en worden gestaffeld op de manier waarop ze nu zijn. Ook wordt er een autoriteit opgericht die geneesmiddelen is gaan beoordelen en waaraan geneesmiddelfabrikanten toestemming moeten vragen om geneesmiddelen voor een bepaalde prijs op de markt te brengen. Als de autoriteit de prijs te hoog vindt, verbiedt ze het geneesmiddel tot de fabrikant met een redelijker bod komt. Ten derde worden de apotheken verplicht generieke geneesmiddelen aan te bieden als dat mogelijk is. Alleen als de arts expliciet

een origineel geneesmiddel voorschrijft, bieden zij dit aan. Deze maatregelen gaan samen met het verlopen van het patent van enkele belangrijke geneesmiddelen. Gevolg van het verlopen van de patenten in combinatie met de maatregelen is dat de prijzen van geneesmiddelen zijn gedaald. Reden voor deze maatregel was om de kostenstijging van geneesmiddelen in te perken. De Zweedse regering vindt dat een kwart van de geneesmiddelkosten uit eigen bijdragen zou moeten bestaan. Zodra die verhouding te ver ligt van de werkelijkheid, past de regering de eigen bijdragen aan. Op dit moment (2006) zijn de eigen bijdragen 21% van de totale kosten van geneesmiddelen.

5.6.2 Waargenomen voor- en nadelen van het gehanteerde systeem

Het Zweedse systeem kent verschillende voordelen:

- Het systeem van eigen bijdragen zorgt voor een bepaald kostenbewustzijn bij de mensen (hoewel veel mensen ook denken dat de eigen bijdrage gelijk is aan de totale kosten van de arts);
- Het plafond voor de cure is niet hoog (€ 100 per jaar), zodat er geen mensen door in financiële moeilijkheden zullen komen;
- Er is kwijtschelding van de care mogelijk. Deze kwijtschelding is niet alleen gebaseerd op inkomen, maar ook op kosten;
- Mensen met zeer zware handicaps en een zorggebruik van meer dan 20 uur per week, zijn vrijgesteld van eigen bijdragen in de care en kunnen 24-uurs zorg krijgen en deze zelf volledig op maat inkopen;
- Het geneesmiddelenstelsel dat mensen merkloze substituten aanbiedt, tenzij de arts via een kruisje op het recept expliciet aangeeft dat alleen het originele merkgeneesmiddel uitgereikt zal worden werkt bijzonder kostenbesparend;
- Voor gehandicapten is er maatwerk mogelijk in de vergoeding van handicapgerelateerde kosten, omdat de wet enkel het principe heeft vastgelegd dat gehandicapten niet meer kosten zouden moeten hebben dan dat zij zouden hebben als zij niet gehandicapt waren en dat de uitwerking overgelaten wordt aan de gemeenten.

Nadelen:

- De positieve effecten gelden alleen tot het kostenplafond. Daarboven hebben mensen geen stimulans om hun zorggebruik te rationeren;
- Rationering is ook afhankelijk van inkomen. Diverse studies laten zien dat mensen met een laag inkomen meer rationeren, omdat ze gevoeliger zijn voor prijsprikkels. De plafonds worden geacht individuen te beschermen tegen al te hoge uitgaven, maar mensen met een laag inkomen zijn desondanks nog steeds kwetsbaar. In Zweden zijn er enkele studies die suggereren dat mensen met lage inkomens minder geneesmiddelen gebruiken dan rijke mensen. Het grootste probleem in Zweden is de tandartszorg, waarbij volwassenen nauwelijks beschermd worden tegen hoge kosten;
- Omdat de kostenplafonds per 12 maanden zijn, plannen mensen hun kosten;
- Aangezien verschillende kostenplafonds gelden voor verschillende soorten zorg, en aangezien gemeenten en provincies allemaal hun eigen tariefsystemen hebben is het systeem intransparant voor veel patiënten.

5.7 Gevolgen van het systeem

5.7.1 Gedragseffecten

Internationale studies suggereren dat mensen gevoeliger zijn voor verhogingen in eigen bijdragen voor tandartsenzorg, gevolgd door geneesmiddelen en medische diensten. Daarnaast zijn mensen gevoeliger voor eigen bijdragen in preventieve zorg, dan voor eigen bijdragen in acute zorg. Deze conclusies gelden ook voor Zweden. In Zweden is met name het lage zorggebruik van preventieve tandartscontrole een probleem.

De National Board of Health and Welfare heeft in 2000 een studie verricht naar het effect van eigen bijdragen op het aantal artsenbezoeken. De resultaten hieruit waren:

- eigen bijdragen zijn substantieel gestegen in de negentiger jaren van de vorige eeuw, met name op het gebied van tandartskosten (de kosten zijn verdubbeld) en geneesmiddelen;
- er is geen statistisch relevante relatie tussen de stijging in eigen betalingen en het aantal doktersbezoeken, behalve in een provincie;
- het uitsluiten van eigen bijdragen voor kinderen leidde in 1998 tot een miljoen extra artsconsulten. De gezondheidseffecten van deze extra consulten zijn niet onderzocht;
- mensen zoeken steeds vaker eerstelijns hulp, maar het is niet duidelijk of de eigen betalingen hier de oorzaak van zijn;
- het aantal doktersconsulten zou zonder eigen bijdrage stijgen van 25 miljoen tot 30 miljoen (onderzoek 1999). Dit zou betekenen dat Zweden 1500 tot 2000 extra artsen zou moeten aantrekken;
- sinds 1999 stellen meer mensen hun tandartscontroles uit;
- de studie stelt het nut van een plafond voor alle diensten in twijfel en vraagt zich af of verschillende plafonds voor verschillende diensten niet beter zou zijn.

Rudholm (2005) stelt dat zowel het geneesmiddelgebruik als de prijzen van geneesmiddelen stijgen als de verzekering een deel van de kosten van de geneesmiddelen betaalt.

Prof. Anell vindt dat negatieve gevolgen van eigen betalingen onderschat worden. Voor de meeste mensen is de eigen bijdrage weliswaar geen probleem, gezien de geringe hoogte van de eigen bijdragen en de lage eigen bijdragenplafonds. Er zijn echter groepen (alleenstaanden en families met veel kinderen en een laag inkomen) waarvoor de eigen betalingen wel een probleem zouden kunnen zijn. Dit is echter niet onderzocht.

5.7.2 Inkomenseffecten

Doordat de “premies” in Zweden inkomensafhankelijk zijn en de eigen bijdragen slechts ten dele, is het Zweedse systeem licht regressief. De exacte effecten voor diverse doelgroepen beschrijven we verder in paragraaf 5.8.

5.7.3 Budgettaire effecten

Het uitsluiten van eigen betaling van kinderen leidde in 1998 tot een miljoen extra artsconsulten, bovenop de 5 miljoen het jaar ervoor. Om de eigen bijdragen van de 6 miljoen consulten te betalen was € 86,7 miljoen extra belastinggeld nodig.

Voor oktober 2002 kwamen alle geneesmiddelen die voorgeschreven werden door artsen in aanmerking voor terugbetaling (binnen het eigen betalingen systeem). Sinds oktober 2002 is er een geneesmiddelenautoriteit (Läkemedelsförmånsnämnden (LFN) die van alle geneesmiddelen beslist of ze wel of niet voor vergoeding in aanmerking komen. Als ze niet voor vergoeding in aanmerking komen, moeten mensen ze zelf betalen. Tussen 2002 en 2005 zijn de prijzen voor geneesmiddelen met 15% gedaald. Dit betekende een besparing van 700 miljoen euro.

5.8 Zorgkosten vergeleken

Dit hoofdstuk behandelt zorgkosten in Zweden. De eerste paragraaf laat zien hoever de zorgkosten uiteenlopen tussen gezonden en chronisch zieken. De vier paragrafen daarna vergelijken de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten zijn opgebouwd, te weten de premie (paragraaf 5.8.3), de eigen bijdragen (paragraaf 5.8.4), de niet-vergoede zorgkosten (paragraaf 5.8.5) en de compensaties van zorgkosten vanuit flankerend beleid en belastingmaatregelen (paragraaf 5.8.6).

Deze paragraaf gaat alleen over 42 voorbeeldpersonen en vergelijkingen tussen deze profielen. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in de tekst verkorte profielnamen. Zo spreken we bijvoorbeeld over "bijstandsgerechtigden met hartfalen", waarmee we dan altijd op een voorbeeldpersoon doelen (in dit geval "alleenstaande bijstandsgerechtigde met hartfalen zonder kinderen") en niet op alle bijstandsgerechtigden met hartfalen. We spreken ook wel over "onze chronisch zieken" om duidelijk te maken dat het enkel over de door ons geconstrueerde voorbeeldpersonen gaat.

De zorgkosten die de voorbeeldpersonen maken, gebaseerd op hun zorggebruik, staan in de onderstaande tabel vermeld. Deze zorgkosten zijn voor alle landen gelijk. Welk deel een chronisch zieke daarvan moet betalen in Zweden beschrijft deze paragraaf.

Tabel 5.9. Verhouding maatschappelijke zorgkosten door de verschillende profielen

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Totale kosten	37	14547	20319	17321	23259	31272	677
Waarvan thuiszorg	0	2278	2278	2278	3796	14612	0
Aandeel thuiszorg	0%	16%	11%	13%	16%	47%	0%

5.8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in Zweden?

In deze paragraaf vergelijken we eerst alle 42 ziekteprofielen, vervolgens bekijken we de profielen per inkomensgroep en ten slotte kijken we in hoeverre verschillende ziekten verschillen in zorgkosten.

Hoe ver lopen zorgkosten in Zweden uiteen in euro's?

De chronisch zieken uit onze profielen betalen in Zweden tussen de € 1.440 en € 1.728 méér per jaar aan zorgkosten dan kerngezonden met hetzelfde inkomen. Dit bedrag is inkomensonafhankelijk en dus voor alle inkomens gelijk. Zo betalen chronisch zieke patiënten met COPD € 1.635 meer dan gezonde mensen met dezelfde kenmerken, of ze nu een

bijstandsuitkering of een dubbelmodaal inkomen ontvangen. Uitzondering hierop zijn de AOW'ers: mensen die ouder zijn dan 65 betalen iets minder extra zorgkosten voor dezelfde kwaal. Het verschil is echter klein. De onderstaande tabel geeft dit weer.

Tabel 5.10. Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg in Zweden dan kernegezonden? (in euro)

	Kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
modaal alleen	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
2x modaal alleen	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
Gezin 2 kinderen	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
AOW alleen	0	1476	1585	1440	1665	1704	329
AOW echtpaar	0	1476	1585	1440	1665	1704	329

Als thuiszorg niet wordt meegenomen, liggen de meerkosten van chronisch zieken aan gezondheidszorg vergeleken met kernegezonden met dezelfde kenmerken tussen de € 540 en € 828 (zie onderstaande tabel). Het verschil met en zonder thuiszorg bedraagt exact € 900. Dit is precies het plafond van de eigen bijdrage care voor onze chronisch zieken⁹⁵. Al onze chronisch zieken hebben dusdanig veel thuiszorg nodig dat zij dit plafond bereiken.

Tabel 5.11 Hoeveel meer betalen chronisch zieken aan gezondheidszorg exclusief thuiszorg in Zweden dan kernegezonden met hetzelfde inkomen (in euro)?

	Kernegezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	626	735	590	815	828	353
modaal alleen	0	626	735	590	815	828	353
2x modaal alleen	0	626	735	590	815	828	353
Gezin 2 kinderen	0	626	735	590	815	828	353
AOW alleen	0	576	685	540	765	804	329
AOW echtpaar	0	576	685	540	765	804	329

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen als percentage van het inkomen?

Omdat in Zweden mensen met hetzelfde zorggebruik allemaal evenveel extra betalen ten opzichte van de kernegezonden met dezelfde kenmerken, betekent dit dat de extra zorgkosten voor mensen met een hoger inkomen een kleiner deel van hun bruto inkomen uitmaakt, dan voor mensen met een laag inkomen. Zo betaalt iemand met hartfalen € 1.526 extra, ongeacht of hij een bijstandsuitkering heeft of een dubbelmodaal inkomen. Voor de bijstandsgerechtigde is € 1.526 12% van zijn bruto inkomen en voor de dubbelmodaalverdiener is ditzelfde bedrag 3% van zijn inkomen.

In Zweden betalen onze chronisch zieken tussen de 2% (dubbelmodaal diabetes) en 14% (alleenstaande AOW'er met artrose of handicap) van hun bruto inkomen aan zorg extra vergeleken met kernegezonde mensen met dezelfde kenmerken. De onderstaande tabel illustreert dit.

⁹⁵ € 75 per maand (deelplafond).

Tabel 5.12. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg dan kerngezonden met dezelfde kenmerken in Zweden

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	12%	13%	11%	13%	13%	3%
modaal alleen	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
2x modaal alleen	0%	3%	3%	2%	3%	3%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
AOW alleen	0%	12%	13%	12%	14%	14%	3%
AOW echtpaar	0%	9%	10%	9%	10%	11%	2%

Exclusief thuiszorg (lees exclusief € 900 eigen bijdrage care) bedragen de meeruitgaven van chronisch zieken ten opzichte van kerngezonden met hetzelfde inkomen tussen de 1% en 7% van het bruto inkomen.

Tabel 5.13. Percentage van hun bruto inkomen dat chronisch zieken meer besteden aan zorg dan kerngezonden *exclusief thuiszorg* met dezelfde kenmerken in Zweden

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	5%	6%	5%	6%	6%	3%
modaal alleen	0%	2%	2%	2%	3%	3%	1%
2x modaal alleen	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	2%	2%	2%	3%	3%	1%
AOW alleen	0%	5%	6%	5%	6%	7%	3%
AOW echtpaar	0%	4%	4%	3%	5%	5%	2%

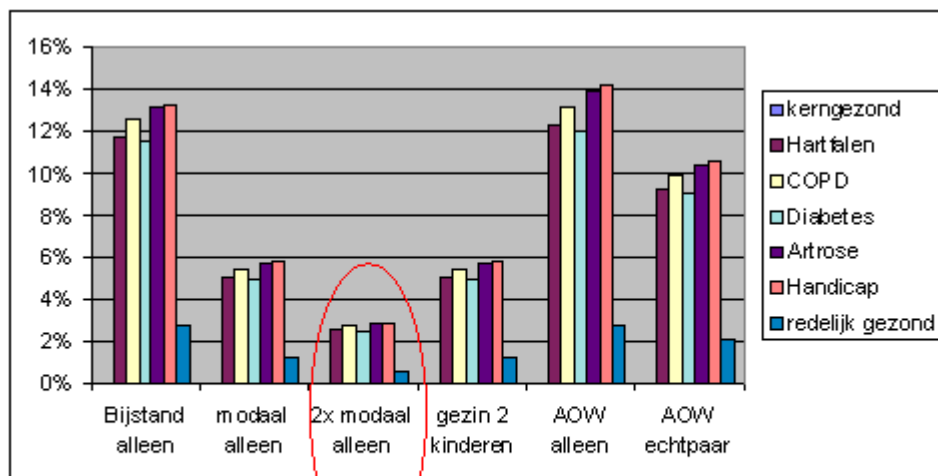
5.8.2 Welke groepen betalen meer en minder in Zweden?

De extra zorguitgaven tussen onze verschillende chronisch zieken zijn niet groot. Het maximale verschil tussen de meest betalende chronisch zieke en de minst betalende chronisch zieke is € 264. Voor thuiszorg betalen al onze chronisch zieken evenveel, namelijk het plafond care van € 900.

Wie betalen het minst in Zweden?

De chronisch zieken die het minst extra betalen ten opzichte van kerngezonden met dezelfde kenmerken zijn onze chronisch zieken met diabetes. In percentage van het bruto inkomen betalen chronisch zieken met een dubbelmodaal inkomen het minst extra.

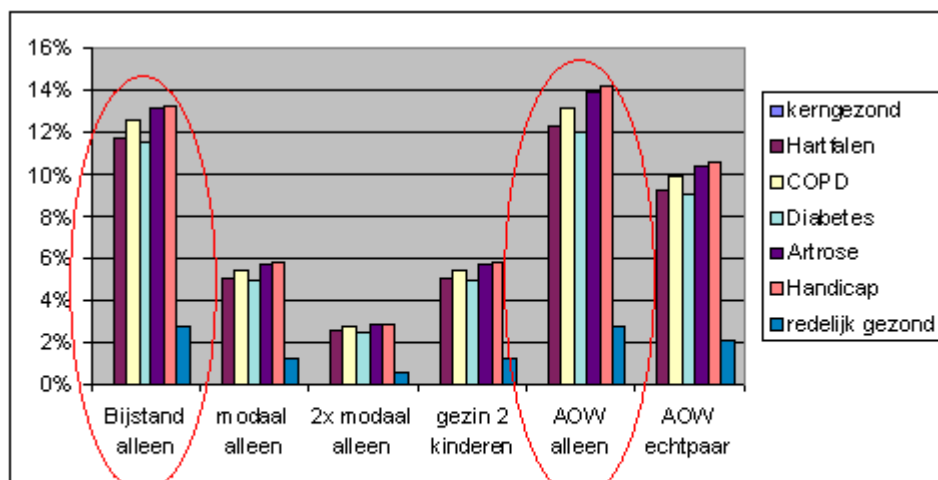
Figuur 5.3. Percentage van hun bruto inkomens dat chronisch zieken meer besteden dan gezonden met dezelfde kenmerken in Zweden.



Wie betalen het meest in Zweden?

De chronisch zieken die het meest extra betalen ten opzichte van kerngezonden met dezelfde kenmerken zijn chronisch zieken met hartfalen. In percentage van het bruto inkomen betalen chronisch zieken met een laag inkomen (alleenstaande AOW'er of bijstandsgerechtigde) het meest.

Figuur 5.4. Percentage van hun bruto inkomens dat chronisch zieken meer besteden dan gezonden met dezelfde kenmerken in Zweden.



Leesmijzer vervolg

Om te achterhalen waar de kostenverschillen precies uit bestaan, behandelen we in de volgende paragrafen de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten bestaan. Dit zijn de premie, de eigen bijdragen, de niet-vergoede zorgkosten en de compensaties die individuen ontvangen via flankerend beleid.

5.8.3 “Premie”

Zweden betalen geen premie voor hun ziektekostenverzekering. De ziektekosten worden volledig via belastingen gefinancierd. Onder deze paragraaf behandelen we daarom alleen het bedrag dat onze voorbeeldpersonen betalen aan belasting dat wordt besteed aan gezondheidszorg. De belastingbijdrage is inkomensafhankelijk. De premie is daardoor in Zweden volledig risiconutraal. Deze is slechts afhankelijk van inkomen. Een kerngezonde en een chronisch zieke met hetzelfde inkomen betalen dus precies evenveel premie/belasting aan gezondheidszorg. Zie tabel 5.14.

Tabel 5.14 Extra premie/belasting die mensen in Zweden betalen ten opzichte van kerngezonden

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	0	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	0	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	0	0	0

5.8.4 Eigen bijdrage in Zweden

In Zweden betalen mensen eigen bijdragen voor bijna alle soorten zorg. Groepen zorg (geneesmiddelen, care, cure, hulpmiddelen, vervoer van en naar ziekenhuis, tandarts en ziekenhuisopname) hebben alle hun eigen plafonds. De plafonds zijn niet inkomensafhankelijk. Alleen het plafond care kan verlaagd worden, afhankelijk van inkomen en uitgaven van bijvoorbeeld zorg. Het plafond voor vervoer van en naar het ziekenhuis is lager voor ouderen en gehandicapten. De eigen bijdrage tandarts is lager voor ouderen. Onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 5.15 Extra eigen bijdrage in Zweden ten opzichte van kerngezonden (in euro)

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	1503	1612	1467	1642	1705	330
Modaal alleen	0	1503	1612	1467	1642	1705	330
2x modaal alleen	0	1503	1612	1467	1642	1705	330
Gezin 2 kinderen	0	1503	1612	1467	1642	1705	330
AOW alleen	0	1453	1562	1417	1592	1681	306
AOW echtpaar	0	1453	1562	1417	1592	1681	306

We zien dan ook dat de extra eigen bijdragen voor de eerste vier inkomensgroepen per ziekteprofiel exact gelijk zijn. Mensen met hartfalen betalen bijvoorbeeld altijd € 1.503 meer aan eigen bijdrage dan een kerngezonde met hetzelfde inkomen, ongeacht of zij een bijstandsuitkering ontvangen of 2x modaal verdienen. Ouderen betalen (iets) minder. Dit verschil ligt aan het verlaagde plafond voor vervoer van en naar het ziekenhuis en door de lagere eigen bijdrage aan de tandarts voor ouderen.

Het verschil in eigen bijdragen tussen onze chronisch zieken onderling wordt veroorzaakt door de verschillen in zorgconsumptie. Zo betalen Zweden voor ziekenhuisopname een niet

geplafondeerde eigen bijdrage afhankelijk van gebruik. Voor de overige eigen bijdragen geldt dat er wel een plafond is, maar dat dit niet door al onze chronisch zieken gehaald wordt. Alleen het plafond cure (€ 100) en het plafond care (€ 900) worden door al onze chronisch zieken met gemak gehaald. Hun werkelijke kosten cure en care zijn een veelvoud hiervan. Het plafond voor geneesmiddelen wordt echter alleen gehaald door de COPD-patiënt. De anderen betalen een bepaald percentage van de kosten van hun geneesmiddelgebruik zelf. Het plafond hulpmiddelen wordt alleen door de gehandicapte gehaald.

5.8.5 Niet vergoede zorgkosten in Zweden

In Zweden is er bijna geen zorg die niet onder het vergoedingssysteem valt. Enige uitzondering zijn geneesmiddelen zonder recept (€ 23) en steunzolen (artrosepatiënten). Zie tabel 5.16.

Tabel 5.16. Extra niet vergoede zorgkosten in Zweden ten opzichte van een kerngezonde

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	23	23	23	73	23	23
Modaal alleen	0	23	23	23	73	23	23
2x modaal alleen	0	23	23	23	73	23	23
Gezin 2 kinderen	0	23	23	23	73	23	23
AOW alleen	0	23	23	23	73	23	23
AOW echtpaar	0	23	23	23	73	23	23

5.8.6 Flankerend beleid in Zweden

Er is wel flankerend beleid in Zweden, maar dit is bijvoorbeeld voor zeer zwaar gehandicapten. Onze profielen vallen hier niet onder. Dit betekent dat zij geen flankerend beleid ontvangen.

Tabel 5.17 Extra tegemoetkomingen voor flankerend beleid in Zweden ten opzichte van kerngezonde

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	0	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	0	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	0	0	0

5.8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf in Zweden

Ten slotte vergelijken we nog de meerkosten die een chronisch zieke maakt ten opzichte van een kerngezonde met dezelfde kenmerken met het bedrag dat hij zelf moet betalen. Hoeveel van de gezondheidskosten die (chronisch) zieken maken betalen zij zelf?

In Zweden betalen de duurste chronisch zieken meer extra zorgkosten zelf dan de goedkopere chronisch zieken. Zoals al eerder opgemerkt, zijn de verschillen tussen chronisch zieken onderling overigens niet groot.

De redelijk gezonde persoon betaalt de meeste kosten die hij maakt ook zelf. De gehandicapte betaalt 6% van de kosten die hij maakt zelf. Dit komt doordat mensen in Zweden eigen bijdragen betalen tot ze diverse plafonds bereiken. Onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 5.18 Hoeveel procent van de zorgkosten die chronisch zieken maken zijn de meerkosten die de chronisch zieke zelf moet betalen vergeleken met de kerngezonde met hetzelfde inkomen?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	10%	8%	9%	7%	6%	52%
modaal alleen	0%	10%	8%	9%	7%	6%	52%
2x modaal alleen	0%	10%	8%	9%	7%	6%	52%
Gezin 2 kinderen	0%	10%	8%	9%	7%	6%	52%
AOW alleen	0%	10%	8%	8%	7%	5%	49%
AOW echtpaar	0%	10%	8%	8%	7%	5%	49%

5.9 Literatuur en geraadpleegde personen

5.9.1 Literatuur

Atlantic Institute for market studies. User Fees For Health Care In Sweden. A two-tier threat or a tool for solidarity? By Johan Hjertqvist mei 2002 <http://www.aims.ca/library/newsletter6.pdf>

Boverket, Bostadnansanpassningsbidragen 2006, 2007

Glenngård, Anna H., e.a., Health systems in transition, Sweden 2005

Foltandvården, Prislister Allmäntandvård, 1 februari 2007

Försäkringskassan, assistance allowance, 07.01.01

Försäkringskassan, child care allowance, 07.01.01

Johansson, Per, Marten Palme, Moral Hazard and sickness insurance, Journal of Public Economics 89 (2005), p 1979-1890

Läkemedelsförmånsnämnden (Pharmaceutical Benefits Board) *The Swedish pharmaceutical reimbursement system* January 2007

Läkemedelsförmånsnämnden (Pharmaceutical Benefits Board), Sharp drop in prices after the introduction of generic substitution, juni 2006

Lilja, Margareta, e.a., Disability policy in Sweden, Journal of disability policy studies, vol. 14, no 3, 2003, p130-135

Ministry of Health and Social affairs in Sweden, the health and medical service act, 1982:763, translation 2003

Nilsson, Mats, irritation mounts over Swedish pharmaceutical reforms, the lancet, volume 349, februari 22, 1979

OECD, Economic Survey of Sweden 2005: Improving quality and value for money in healthcare, 2006

Rudholm, N. (2005). Pharmaceutical insurance and the demand for prescription pharmaceuticals in Västerbotten, Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*. Volume 33, issue 1 February 2005. p. 50-56.

Sundström, Gerdt, e.a. The shifting Balance of Long-Term Care in Sweden, the Gerontologist, vol 42, no 3. p 350-355

Socialtjänstförvaltningen Stockholm, Avgifter för dig som är under 65 år och har stöd, service eller boende enligt Socialtjänstlagen (SoL), eller Lagen om stöd och service för vissa funktionshindrade (LSS), 2006

Statistiska CentralByrån, Public finances in Sweden, 2007

Statistiska CentralByrån, Statistisk årsbok för Sverige 2007

Statistiska CentralByrån, Swedish Health Accounts 2001-2006

Stockholm Äldreförvaltningen, Avgifter gällande Vård- och omsorgsboende Sjukhem, Ålderdomshem och Gruppboende, 2007

Stockholm Äldreförvaltningen Avgifter gällande Hemtjänst Trygghetslarm Dagverksamhet Servicehus och Korttidsvård, 2007

Stockholms läns landsting, Avgifter korttidsförskrivning, 2007

Swedish Institute, Swedish health care, fact sheet, January 2007 sweden.se.

5.9.2 Geraadpleegde personen

We bedanken de volgende personen voor hun medewerking:

- Ulla Ahs, Care of the Elderly, Swedish Association of Local Authorities and Regions
- Stefan Ackerby, Economist, Health Economics in Sweden, Swedish Association of Local Authorities and Regions
- Mårten Wirén, National Board of Health and Welfare
- Ingela Wahlgren, National Board of Health and Welfare
- Catharina Mann, head of Social Welfare in Nacka Municipality
- Anna Ingmanson, Care of handicapped persons, Swedish Association of Local Authorities and Regions

- Per-Olov Nylander, System of Charge for social Welfare, Swedish Association of Local Authorities and Regions
- Maarten Sengers, National Board of Health and Welfare
- Anders Anell, Professor in Health Economics, Universiteit van Lund

6 Zwitserland

In dit hoofdstuk staat het Zwitserse zorgverzekeringsstelsel centraal. Het hoofdstuk begint met een overzicht van het stelsel in Zwitserland. Vervolgens volgt er een paragraaf over de vormgeving van het zorgverzekeringsstelsel (paragraaf 2), de premies die Zwitsers betalen om zich verzekerd te weten van zorg (paragraaf 3), de eigen bijdragen die mensen betalen aan de eigen zorgkosten (paragraaf 4), de beschermingsmaatregelen (paragraaf 5), de achtergronden van het systeem (paragraaf 6), de gevolgen van het systeem (paragraaf 7) en de vergelijking van de zorgkosten van gezonden en chronisch zieken (paragraaf 8). Daarna volgen de literatuur en de geraadpleegde personen (paragraaf 9).

6.1 Overzicht zorgstelsel

Alle Zwitsers zijn verplicht een basisziektekostenverzekering af te sluiten bij – naar keuze - één van de 87 *not-for-profit* ziektekostenverzekeraars voor een wettelijk pakket van zorg.⁹⁶ De verzekeraars hebben acceptatieplicht. De premie bedraagt gemiddeld € 125 per maand. De premies (en de onderliggende zorgkosten) verschillen sterk per kanton. Zo zijn de zorgkosten in het duurste kanton (Genève) meer dan twee keer zo hoog als in het goedkoopste kanton (Appenzell Innerrhoden).⁹⁷

Verzekerden hebben een verplicht eigen risico met een plafond van ongeveer € 182⁹⁸ per jaar. Naast het eigen risico betaalt de verzekerde 10% van de kosten zelf tot een plafond van € 424⁹⁹. Zwitsers mogen hun eigen risico vrijwillig verhogen. In ruil daarvoor krijgen zij premiekorting tot maximaal 80% van het extra eigen risico. Wie zijn eigen risico niet verhoogt betaalt nooit meer dan € 182 + € 424 = € 606 per jaar.¹⁰⁰ En hoewel er wel eens gesproken wordt over het verhogen van de eigen bijdrage naar 20%, is er weinig politiek draagvlak voor het tornen aan dit plafond van € 606; omgerekend 1000 Zwitserse Franken.¹⁰¹

De *cure* wordt deels door publieke (80%), deels door private (20%)¹⁰² zorgverleners uitgevoerd. De *care* wordt verleend door publieke (70%)¹⁰³ en private (30%) verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties. De maximale eigen bijdrage in een verpleeghuis is € 95¹⁰⁴ per dag. Of iemand dat ook werkelijk betaalt is afhankelijk van zijn inkomen en vermogen. Voor verplegende thuiszorg geldt het algemene eigen risico en de eigen bijdrage van de basisziektekostenverzekering. De huishoudelijke thuiszorg wordt niet betaald door de

⁹⁶ Verzekerden kunnen echter alleen een verzekeraar kiezen die opereert in hun eigen provincie. Het aantal verzekeraars verschilde per provincie tussen de 48 en 68. Gemiddeld kan een Zwitser kiezen uit 55 verzekeraars.

⁹⁷ Bron: Santesuisse, Datenpool, Monatsdaten nach Leistungserbringer und nach Wohnort des Versicherten, 2007

⁹⁸ CHF 300

⁹⁹ CHF 700

¹⁰⁰ Dit is afgezien de bijdrage aan eten van € 6 per dag in het ziekenhuis. Deze is ongelimiteerd. Er zijn echter doelgroepen van uitgesloten.

¹⁰¹ Bron: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik 2007

¹⁰² Bron: schätzung Schweizerische Gesellschaft für GesundheitsPolitik

¹⁰³ Bron: Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion, kanton Bern. Dit % geldt voor verpleeghuizen.

¹⁰⁴ CHF 10*31*0,5 = CHF 155 voor 5 uur en een kwartier of meer zorg nodig per dag.

ziektekostenverzekering. Deze wordt deels betaald door de provincie en deels door een eigen bijdrage. Deze eigen bijdrage is inkomensafhankelijk¹⁰⁵.

Naast dit plafond aan de verplichte eigen bijdragen zijn er nog diverse flankerende maatregelen, om ervoor te zorgen dat met name mensen met een laag inkomen, gehandicapten en ouderen niet te veel zorgkosten hebben:

- *Ergänzungsleistungen*: Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (*Invalidenversicherung*) of een staatspensioen (*Altersrente*) kunnen als zij – na huur, zorgkosten en levensonderhoud – niet een bepaald minimuminkomen overhouden een aanvullende vergoeding (*Ergänzungsleistungen*) krijgen van het kanton. Zij krijgen dan een aanvulling op hun jaarinkomen om een bestaansminimum te garanderen. Naast deze jaarlijkse aanvulling op de uitkering worden door de aanvullende vergoedingen (*Ergänzungsleistungen*) een deel van de zelf betaalde ziektekosten en kosten die samenhangen met een handicap overgenomen door het kanton¹⁰⁶.
- *Zusatzleistungen*: De gemeente (Bern) verhoogt het inkomen van dezelfde doelgroep nog met extra aanvullende vergoedingen (*Zusatzleistungen*). Deze extra aanvullende vergoedingen komen bovenop de aanvullende vergoedingen van het kanton. De *Zusatzleistungen* zijn zo vormgegeven dat voor een meerderheid van de mensen die er gebruik van maakt na betaling van de huur en ziektekostenpremie er nog € 916 per maand voor alleenstaanden en € 1.374 voor echtparen per maand overblijft om van te leven. Mensen kunnen deze gemeentelijke bijdrage tegelijkertijd met de kantonale bijdrage aanvragen en hoeven er geen apart formulier voor in te vullen¹⁰⁷.
- *Hilflosenentschädigung*: Arbeidsongeschikten en ouderen met (alleen) staatspensioen die veel (thuis)zorg nodig hebben, hebben recht op zogenaamde *Hilflosenentschädigung*. Dit is een maandelijks vergoeding voor (thuis)zorg. Ook minderjarige gehandicapten die veel (thuis)zorg nodig hebben, kunnen hier gebruik van maken. Daarnaast bestaat er nog een extra *IntensivZuschlag* voor minderjarigen als zij zeer veel (thuis)zorg nodig hebben¹⁰⁸.
- *Zorgtoeslag*: Mensen met een laag inkomen hoeven niet de volledige premie van de ziektekostenverzekering zelf te betalen. De kantons geven premiekorting¹⁰⁹ aan mensen met een belastbaar inkomen onder de € 20.605 per jaar. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de premiekorting. Bijstandsgerechtigden, arbeidsongeschikten¹¹⁰ en mensen met alleen een staatspensioen krijgen in het kanton Bern hun volledige premie terug. Net als bij de Nederlandse zorgtoeslag is de hoogte van deze premiekorting alleen afhankelijk van het inkomen en niet van de daadwerkelijke premiekosten. Hierdoor worden ook mensen met premiereductie geprikkeld een goedkope verzekeraar uit te kiezen¹¹¹¹².
- *Fiscale maatregel*: Ten slotte kent Zwitserland nog de mogelijkheid ziektekosten en kosten die te maken hebben met het hebben van een handicap af te trekken van de belasting¹¹³.

¹⁰⁵ Hierover meer in paragraaf 6.4

¹⁰⁶ Informationsstelle AHV/IV i.s.m. Bundesamt für Sozialversicherungen, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Stand am 1 Januar 2007

¹⁰⁷ Hierover meer in paragraaf 6.5.2 “flankerend beleid”.

¹⁰⁸ Hierover meer in paragraaf 6.5.2 “flankerend beleid”.

¹⁰⁹ Niet alle kantons geven premiekorting. Het is de keuze van een kanton om premiekorting te bieden. Zij kunnen de premiekorting voor 80% declareren bij het rijk. De meeste kantons hebben premiekorting. Kanton Bern, waar de hoofdstad ligt (ons referentiepunt in dit onderzoek), voert deze premiekorting wel door.

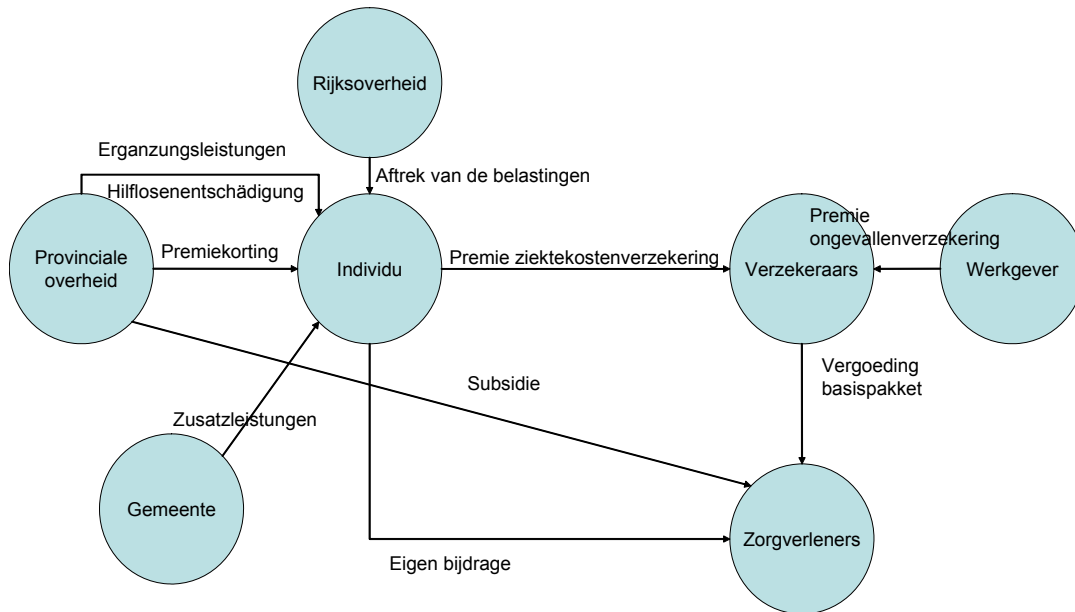
¹¹⁰ Inclusief zogenaamde „huishoudongeschikten“

¹¹¹ Bron: Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht Bern, 2007

¹¹² Hierover meer in paragraaf 6.3 “premie”

De zorgkosten in Zwitserland waren in 2005 € 32,1 miljard. Dat is ongeveer 11,6% van het bruto binnenlands product. Deze zorgkosten worden voornamelijk betaald via sociale verzekeringen (42%), private huishoudens (31%) en de overheid (17%). Figuur 6.1 geeft de geldstromen weer.

Figuur 6.1 Geldstromen in de gezondheidszorg in Zwitserland



6.2 Vormgeving van het zorgverzekeringstelsel

6.2.1 Kenmerken van het zorgverzekeringstelsel

De gezondheidszorg in Zwitserland wordt grotendeels (42%) gefinancierd via sociale verzekeringen.¹¹⁴ De belangrijkste hiervan is de verplichte ziektekostenverzekering (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung*) KVG. Alle Zwitsers zijn verplicht een basisziektekostenverzekering af te sluiten. Hierbij kunnen ze zelf een ziektekostenverzekeraar kiezen. De ziektekostenverzekeraars zijn wettelijk verplicht de verzekering not-for-profit aan te bieden. Er zijn in Zwitserland 87 *not-for-profit* ziektekostenverzekeraars die een wettelijk pakket van zorg aanbieden. Verzekeraars zijn vrij om daarnaast nog een aanvullende zorgverzekering aan te bieden. Deze mag wel winstgevend zijn. Verzekerden kunnen alleen een verzekeraar kiezen die opereert in hun eigen provincie. Het aantal verzekeraars verschilt per provincie, maar is minimaal 48 en maximaal 68. Gemiddeld kan een Zwitser kiezen uit 55 verzekeraars. De verzekeraars hebben acceptatieplicht. De premie bedraagt gemiddeld € 125 per maand. De premies (en de onderliggende zorgkosten) verschillen sterk per kanton. Zo zijn de zorgkosten in het duurste

¹¹³ Hierover meer in paragraaf 6.5.2 “flankerend beleid”.

¹¹⁴ Daarnaast betalen private huishoudens (31%), de overheid (17%) en aanvullende verzekeringen (9%) de gezondheidszorg.

kanton (Genève) meer dan twee keer zo hoog als in het goedkoopste kanton (Appenzell Innerrhoden).¹¹⁵

6.2.2 Waaruit bestaat de wettelijk verzekerde zorg?

Voor een gemiddelde premie voor de ziektekostenverzekering van € 1.500 per jaar (€ 125 per maand) is de Zwitserse verzekerde verzekerd tegen een groot deel van de zorgkosten. De onderstaande tabel geeft per zorgsoort weer of deze volledig, deels of niet vergoed wordt. Als de zorgsoort volledig vergoed wordt betekent dit overigens niet dat de zorg gratis is voor de patiënt. Afgezien van enkele uitzonderingen zoals verloskundige zorg, kraamzorg en inentingen geldt voor iedere soort zorg die onder het basispakket valt dat het standaard eigen risico (€ 182) en de standaard eigen bijdrage (€ 424) gelden.

Tabel 6.1. Basispakket dat wordt vergoed

Type zorg	In hoeverre wordt deze zorg vergoed?
Geneeskundige zorg	
Huisarts	Volledig
Specialist	Volledig
Verloskundige zorg en kraamzorg	Volledig, valt ook niet onder eigen risico
Tandarts	Deels, alleen voor degenen met een ernstig mond- of kaakprobleem of als de behandeling nodig is om de behandeling van een ernstige ziekte (zoals leukemie) betere slaagkans te geven, of als het een gevolg is van een ongeluk.
Ziekenhuisopname	Volledig (maar met eigen bijdrage) mits in een niet-luxe afdeling van een ziekenhuis op de "lijst" van de verzekeraar in het eigen kanton.
Revalidatie	Ja, mits de arts dit voorschrijft en de verzekeraar het ermee eens is. Een ambulante behandeling wordt geacht 2 tot 6 maanden te duren. Als patiënt opgenomen wordt, wordt de behandeling geacht 4 weken te duren. Voor een eenvoudige behandeling staat 2 tot 3 weken.
Geneesmiddelen	Volledig, mits voorgeschreven door een arts en opgenomen op de "Spezialitätenliste" en de patiënt een generiek geneesmiddel gebruikt als dat voorhanden is. Bij het gebruik van een merkgeneesmiddel moet de patiënt extra bijbetalen, tenzij de arts dit expliciet voorschrijft
Transport van en naar ziekenhuis of arts	Deels. Transport: de helft van de kosten tot een maximum van € 303 per jaar. Redding: van mensen in levensgevaar (bijv. helikopter uit de bergen of ambulance bij hartaanval): de helft van de kosten tot een maximum van € 3030 per jaar.
Paramedische zorg	
Fysiotherapie en oefentherapie	Volledig tot 12 zittingen per 3 maanden (mits in woonplaats of werkplaats), daarna aanvullende artsverklaring nodig
Ergotherapie	Volledig, tot 12 zittingen binnen 3 maanden, na 60 zittingen aanvullende artsverklaring nodig
Logopedie	Volledig, tot 12 zittingen binnen 3 maanden, na 60 zittingen aanvullende artsverklaring nodig
Diëtist	Volledig tot 6 zittingen

¹¹⁵ Bron: Santesuisse, Datenpool, Monatsdaten nach Leistungserbringer und nach Wohnort des Versicherten, 2007

Type zorg	In hoeverre wordt deze zorg vergoed?
Podotherapie	Wordt niet apart onderscheiden in Zwitserland. Dr Lamiraud schat in dat dit onder dezelfde voorwaarden valt als de overige paramedische zorg.
Verpleging en verzorging	
Thuiszorg	Persoonlijke verzorging en verpleging (hulp met aankleden, injecties etc.) volledig vergoed tot 60 uur per 3 maanden. Daarboven goedkeuring van de verzekeraar nodig. Huishoudelijke hulp: niet vergoed, maar kosten per uur wel inkomensafhankelijk.
Tijdelijke opname in het verpleeghuis	Onderzoek, behandeling en verpleging worden vergoed tot minimaal 60 uur per kwartaal. Daarboven goedkeuring van de verzekeraar nodig.
Hulpmiddelen en aanpassingen	
Brillen en contactlenzen	Volledig tot een maximum bedrag
Gehoorapparaten	Volledig tot een maximum bedrag
Prothesen en orthesen	Volledig tot een maximum bedrag
Loopmiddelen (rollator/stok)	Volledig tot een maximum bedrag
Rolstoelen	Volledig (worden uitgeleend)
Woningaanpassingen	Niet
Aanpassingen aan auto/scootmobiel	Niet
Overige hulpmiddelen en aanpassingen	Afhankelijk van of ze op de lijst van nuttig geachte hulpmiddelen staan ¹¹⁶
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	Volledig voor 2 uur per week in de eerste 3 jaar, 1 uur per week in het 4 ^e t/m 6 ^e jaar, vanaf 7 ^e jaar 1 uur per 2 weken. Vanaf 60 uur in 2 jaar moet de behandelend therapeut een voorstel voor verdere behandeling indienen bij de verzekeraar.

6.2.3 Kosten van het stelsel

De zorgkosten in Zwitserland waren in 2005 € 32,1 miljard. Dat is ongeveer 11,6% van het bruto binnenlands product. Deze zorgkosten worden voornamelijk betaald via sociale verzekeringen (42%), private huishoudens (31%) en de overheid (17%). We behandelen hieronder wie wat betaalt.

Sociale verzekeringen

In Zwitserland wordt de basisgezondheidszorg voor een derde (34%) gefinancierd door de verplichte basisziektekostenverzekering. De gemiddelde premie voor deze ziektekostenverzekering bedraagt € 125 per maand. Geneeskundige zorg, paramedische zorg en ambulante geestelijke gezondheidszorg worden betaald uit deze verzekering. Ook verplegende thuiszorg wordt vergoed door de basisverzekering. Daarnaast zijn er nog enkele kleinere verzekeringen, zoals de ongevallenverzekering (deze wordt verplicht betaald door werkgevers en werknemers), de WAO en de AOW die enkele zorgkosten op zich nemen en de militaire zorgverzekering. Samen vergoeden deze sociale verzekeringen 42% van de zorgkosten.

Patiënten betalen een verplicht eigen risico met een plafond van ongeveer € 180¹¹⁷ per jaar. Naast het eigen risico betaalt de verzekerde 10% van de kosten zelf tot een plafond van € 425¹¹⁸.

¹¹⁶ Deze lijst heet MIGEL.

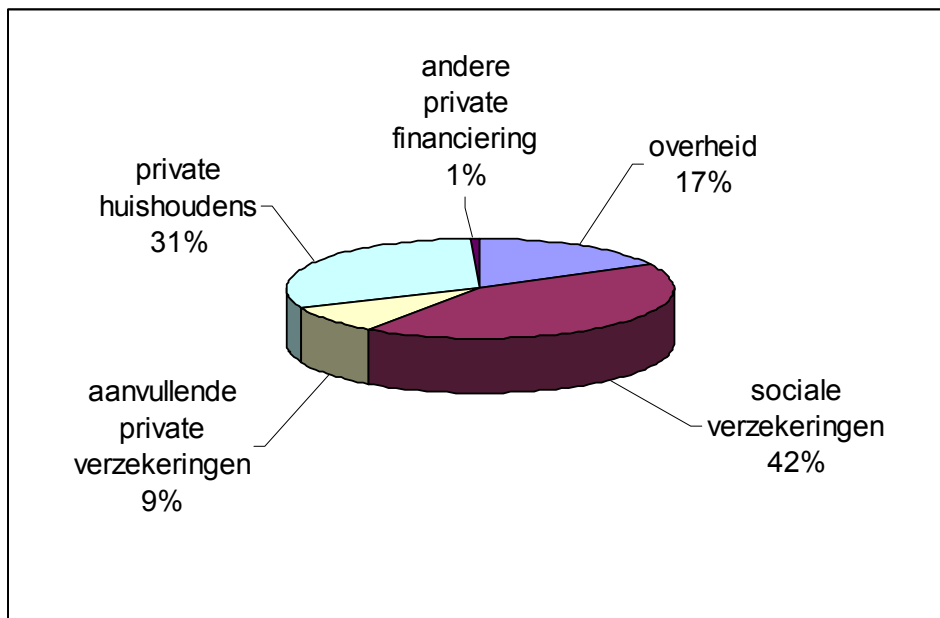
¹¹⁷ CHF 300

¹¹⁸ CHF 700

Private huishoudens

Een ander derde deel (31%) wordt betaald door private huishoudens. De eigen bijdragen vormen 6% van de zorguitgaven. Zwitsers geven daarnaast nog 25% uit aan niet vergoede zorg, zoals medicijnen zonder recept.

Figuur 6.2. Wie betaalt de zorgkosten in Zwitserland?



Bron: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Neuchâtel 2007

Overheid

17% van de zorg wordt betaald door de overheid. Dit betreft voor het grootste deel de provincies (kantons). De provincie betaalt de helft van de kosten in de basisziekenhuiszorg.¹¹⁹ De ziektekostenverzekering betaalt de andere helft. Ook de zorg in verpleeghuizen en de thuiszorg wordt deels betaald door de provincie. De ziektekostenverzekeraar en de provincie delen de kosten die overblijven na de eigen bijdrage van de patiënt. De provincie subsidieert ook de huishoudelijke thuiszorg. De tarieven voor thuiszorg worden daardoor inkomensafhankelijk. Gemeente, provincie en rijk hebben daarnaast enkele regelingen om individuen met lage inkomens te compenseren voor hoge ziektekosten. Het rijk heeft een fiscale regeling; ziektekosten mogen afgetrokken worden van de belasting. Provincies kennen twee compensatieregelingen (*Ergänzungsleistungen* en *Hilflosenentschädigung*) als compensatie voor hoge ziektekosten en een forfaitaire premiekorting (vergelijkbaar met de Nederlandse zorgtoeslag). De gemeente Bern heeft in aanvulling op de provinciale regelingen een extra compensatie voor hoge ziektekosten.

De onderstaande tabel geeft aan wie welke kosten draagt.

¹¹⁹ Met basisziekenhuiszorg wordt hier bedoeld de zorg waarvoor men verplicht verzekerd is (welke zorg dit is staat beschreven in paragraaf 6.2.2). Daarnaast worden ziekenhuizen ook betaald uit aanvullende verzekeringen, maar dat betreft extra luxe (eenpersoonskamer) of zorg die niet verplicht verzekerd is.

Tabel 6.2. Kosten gezondheidszorg in Zwitserland

	CHF in miljoenen	%	EURO in miljoenen
Overheid	9.078,1	17% (100%)	5.501
Staat	126,9	(1%)	77
- intramurale zorg	0,5		0
- preventie	54,2		33
- bestuur	72,3		44
Provincies	7.553,4	(83%)	4.577
- intramurale zorg	6.551,5		3.970
- Ambulante zorg	219,7		133
- Preventie	244,9		148
- bestuur	200,1		121
- gehandicapten	320,6		194
- openbare veiligheid, reddingsdiensten	16,7		10
Gemeenten	1.397,8	(15%)	847
- intramurale zorg	747,9		453
- ambulante zorg	179,8		109
- Preventie	124,2		75
- bestuur	62,1		38
- Gehandicapten	72,4		44
- openbare veiligheid, reddingsdiensten	211,3		128
Sociale verzekeringen	22.514,6	42% (100%)	13.644
Ziektekostenverzekering	18.272,7	(81%)	11.073
Ongevallenverzekering	1.654,4	(7%)	1.003
AHV/IV (vergelijkbaar met AOW en WAO)	2.538,5	(11%)	1.538
Militaire zorgverzekering	49,0	(0,2%)	30
Aanvullende private verzekeringen¹²⁰	4.674,8	9% (100%)	2.833
Aanvullende verzekeringen	1.392,2	(30%)	844
Private verzekeraars	3.282,5	(70%)	1.989
Private huishoudens	16.163,1	31% (100%)	9.795
Eigen bijdrage sociale verzekeringen	2.995,0	(19%)	1.815
Eigen bijdrage private verzekeringen	36,7	(0,2%)	22
Out of pocket	13.131,4	(81%)	7.958
Andere private financiering	500,1		303
Totaal	52.930,7	100%	32.076

Bron: Bundesamt für Statistik, Kosten und Finanzierung des Gesundheitswesens 2005, Neuchâtel 2007

¹²⁰ Het verschil tussen de aanvullende verzekeringen en de private verzekeraars is dat aanvullende verzekeringen de aanvullende verzekeringen zijn, aangeboden door verzekeraars die ook het basispakket aanbieden (en dus verplicht not-for-profit instellingen zijn) en de verzekeraars die aanvullende verzekeringen aanbieden, maar geen basispakket (dit zijn private instellingen, vergelijkbaar met verzekeraars voor welk ander door de markt aangeboden verzekeringsproduct dan ook).

6.3 Premie

6.3.1 Hoogte premie

De gemiddelde landelijke premie is € 1.500 per jaar (€ 125 per maand) voor alle personen (inclusief kinderen) en over alle soorten eigen risico. Gemiddeld betaalt een volwassene in Zwitserland voor een premie met het laagste eigen risico € 2.275 per jaar (€ 200 per maand)¹²¹.

6.3.2 Bijzondere groepen voor wie geen of gereduceerde premies gelden

De kantonale overheden verstrekken een tegemoetkoming voor de premiekosten aan mensen met een belastbaar inkomen onder de € 20.605 per jaar. Deze tegemoetkoming is vergelijkbaar met de Nederlandse zorgtoeslag. Hoe lager het inkomen, hoe hoger de premiekorting. Bijstandsgerechtigden, arbeidsongeschikten, huishoudongeschikten en mensen met alleen een staatspensioen krijgen in kanton Bern het volledige premiebedrag terug. Dit is niet de premie die zij zelf betaald hebben, maar een bedrag ter hoogte van de gemiddelde premie van het kanton¹²². In de onderstaande figuur is te zien hoe hoog de premiereductiebedragen zijn:

Tabel 6.3. Zorgtoeslag (tegemoetkoming premiekosten) per jaar in stad Bern (2007)

Belastbaar inkomen per jaar → Premievergoeding per jaar ↓	Bijstandsuitkering of Ergänzungsleistungen	Tot € 4.848	Tot € 9.696	Tot € 14.544	Tot € 20.604
Volwassenen	€ 2.385 (= gemiddelde premie kanton)	€ 1.236	€ 909	€ 618	€ 327
Jong volwassenen 18-25	Gemiddelde premie kanton				€ 924
Kinderen 0-18	Gemiddelde premie kanton				€ 276

Bron: Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht Bern, 2007

In 2005 hebben 2.262.160 mensen een tegemoetkoming in de premiekosten gekregen. In sommige kantons heeft 40% van de bevolking een subsidie gekregen. In 2005 was de gemiddelde hoogte van een dergelijke premiekorting € 857 per jaar (dat is 58% van het gemiddelde premiebedrag per jaar). Dit liep uiteen van gemiddeld € 444 in (half)kanton Appenzell Innerrhoden tot € 1.453 in (half)kanton Baselstad.

6.3.3 Premiedifferentiatie

Verzekeraars mogen zelf hun premiehoogte bepalen. Premies verschillen daarom per verzekeraar. Daarnaast mogen verzekeraars hun eigen premies differentiëren naar regio en leeftijdscategorie.

De verzekeraars maken in hoge mate gebruik van de mogelijkheid premies te differentiëren naar regio. Het laagst ligt de gemiddelde premie in (half)kanton Appenzell Innerrhoden. De gemiddelde premie in dat kanton is € 1.580 per jaar. De gemiddelde premie ligt het hoogst in kanton Genève. Hier ligt de gemiddelde premie op € 3.078 per jaar. In 2005 was de laagste gemiddelde premie voor iemand die in kanton Bern woont (waar de hoofdstad Bern in ligt) € 836 per jaar (Progres, gebied 3, eigen risico € 2500) en de hoogste premie was € 2.593 per jaar (met

¹²¹ 2005, bron: Lamiraud 2007

een eigen risico van € 182) (Visana Bern, gebied 1). De gemiddelde premie in kanton Bern is € 2.385 per jaar. Deze premies lopen met name uiteen omdat de uitgaven per hoofd van de bevolking voor gezondheidszorg tussen de kantons sterk uiteenlopen. De uitgaven per hoofd zijn in Appenzell Innerrhoden de helft van die per hoofd in Genève. Daarnaast zijn de beheerskosten in Genève hoger; van de totale premie-opbrengst bestaat in Genève 85% uit zorgkosten en in Appenzell Innerrhoden 94%¹²³.

Ook mogen verzekeraars zeer beperkt differentiëren naar leeftijdscategorie, namelijk: “kinderen (0-18 jaar)”, “jongeren (19-25 jaar)” en “volwassenen (vanaf 26 jaar)”¹²⁴. Ook hiervan maken zij gebruik. De gemiddelde premie voor kinderen (met laagste eigen risico) ligt tussen gemiddeld € 389 en € 760. De gemiddelde premie van jongeren ligt tussen de € 1.222 en € 2.555. De gemiddelde premie van volwassenen ligt tussen de € 1.580 en € 3.078 per jaar.

6.3.4 Kunnen Zwitsers vrijwillig kiezen voor het betalen van meer of minder premie?

In Zwitserland is er een uitgebreid systeem waarin men ervoor kan kiezen om minder premie te betalen in ruil voor een hoger eigen risico en/of in ruil voor beperkte keuze uit zorgaanbieders (HMO-systeem). Er zijn (wettelijk vastgelegd) vijf extra schijven eigen risico waarvoor men mag kiezen, waarvoor een verzekeraar (tot een wettelijk vastgelegd maximum) korting op de premie mag geven.

Verhoging eigen risico

Het minimale eigen risico is € 182 voor volwassenen en € 0 voor minderjarigen (t/m 18 jaar). Verzekerden kunnen een hoger eigen risico kiezen, namelijk voor volwassenen € 303, € 606, € 909, € 1.212 en € 1.515 en voor kinderen € 61, € 121, € 182, € 242, € 303, € 364. Wettelijk is vastgelegd dat verzekeraars maximaal 80% van het extra eigen risico aan korting mogen geven. Bovendien geldt dat de premiekorting voor de hoogste franchise nooit meer mag zijn dan 50% van de premie voor de verzekering met alleen het wettelijk verplichte eigen risico.

Tabel 6.4. Keuze eigen risico's en maximaal toegestane premiekorting voor volwassenen

Eigen risico	€ 182	€ 303	€ 606	€ 909	€ 1212	€ 1515
Max. korting	0	€ 97	€ 339	€ 582	€ 824	€ 1067

Tabel 6.5. Keuze eigen risico's en maximaal toegestane premiekorting voor kinderen

Eigen risico	0	€ 61	€ 121	€ 182	€ 242	€ 303	€ 364
Max. korting	0	€ 48	€ 97	€ 145	€ 194	€ 242	€ 291

Zoals gezegd betaalt een volwassene in kanton Bern gemiddeld voor een premie met het laagste eigen risico € 2.276 per jaar (€ 198 per maand). Hierop kan hij een maximale korting krijgen van € 1.067 als hij het hoogste eigen risico (€ 1.515) kiest. Mensen die niet verwachten meer dan

¹²² Bron: Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht Bern, 2007

¹²³ Bron: Lamiraud, F-analyse de la relation entre primes et prestations (2003), Institute d' economic et management de la sante.

¹²⁴ Bron: Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2005, Bundesamt für Gesundheit, januari 2007.

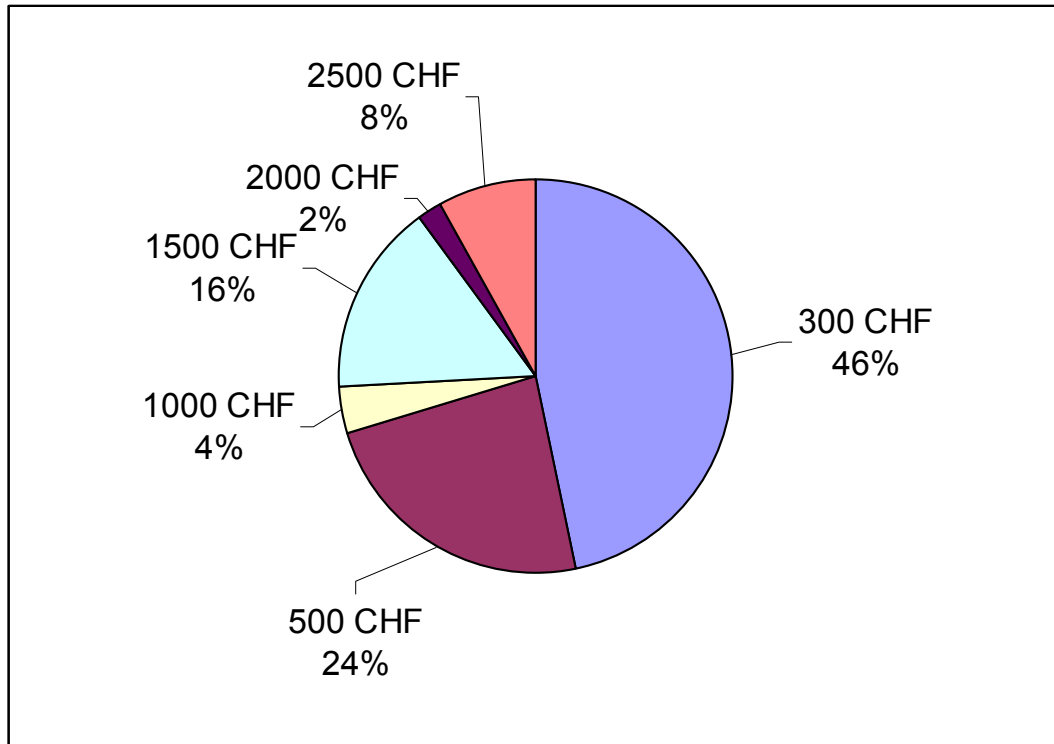
€ 1.367¹²⁵ aan gezondheidskosten per jaar te maken zijn het gunstigst af met het hoogste risico. Dit betekent dat mensen met een hoog stabiel en voorspelbaar zorggebruik (een deel van de chronisch zieken en gehandicapten) € 1.367 meer premie betalen dan gezonde mensen. Mensen die wel meer dan € 1.367 aan zorgkosten maken zijn gunstiger af met de laagste franchise. Addertje onder het gras is dat het hier gaat om gemiddelde bedragen. De premie mag echter nooit minder worden dan 50% van de premie die iemand zonder vrijwillig eigen risico betaalt. Aangezien premies echter sterk verschillen per kanton, is dit niet altijd dezelfde afweging. In kanton Appenzell Innerrhoden is de gemiddelde premie € 1.580. Dit betekent dat er maximaal € 790 korting gegeven mag worden. Als de verzekeraars de wettelijk maximale kortingen bieden, betekent dit dat de korting voor een eigen risico van € 1.515 even hoog is als de korting voor een eigen risico van € 1.212. Voordat deze wet er was, werd er nog meer dan 80% korting gegeven, soms zelfs meer dan 100%. Dit komt omdat Zwitserland weliswaar een risicovereveningssysteem kent (verzekeraars worden gecompenseerd voor “slechte risico’s”), maar dit niet optimaal werkt. Verzekeraars verliezen ondanks dit vereveningssysteem toch nog op slechte risico’s¹²⁶ en willen deze dus graag mijden.

Verzekeraars zijn overigens niet verplicht deze eigen risico’s aan te bieden. 46% van de volwassen Zwitsers kiest (in 2006) voor het laagste eigen risico en 8% voor het hoogste risico. Toch wil een groot deel van de Zwitsers blijkbaar niet te veel risico lopen. Ze kiezen voor een premie die nooit gunstig kan zijn, welke zorgkosten ze ook zullen hebben. In de meeste kantons zijn alleen de laagste en de hoogste premie gunstig. Echter, bijna de helft van de Zwitsers (46%) kiest een tussenvariant (zie figuur 6.3). Deze is echter alleen gunstig in kantons met zeer lage premies.

¹²⁵ Dit bedrag komt als volgt tot stand. Bij zorgkosten van CHF 2.060 zijn de gederfde premiekorting (CHF 1.760 + het eigen risico (CHF 300) van degene met de laagste franchise even hoog als van degene met de hoogste franchise (eigen risico CHF 2.060). Degene met de laagste franchise betaalt echter nog 10% van de zorgkosten (met een plafond van CHF 700) over alle zorgkosten boven de CHF 300. Dit betekent dat pas als: $(\text{de zorgkosten} - \text{CHF } 300) * 10\% = (\text{zorgkosten} - \text{CHF } 2.060)$, de te betalen (en gederfde) gelden in totaal evenveel zijn. Als de zorgkosten daarbovenuit stijgen is de laagste franchise gunstiger. Franchises tussen de hoogste en de laagste zijn nooit gunstig, behalve voor mensen die in kantons wonen waarbij de premie lager is dan 2 x CHF 1.760 (deze kantons zijn er). De korting van het hoogste eigen risico mag namelijk nooit meer zijn dan 50% van de premie met het kleinste eigen risico.

¹²⁶ Bron: DNB kwartaalbericht december 2005

Figuur 6.3. Welk eigen risico kiezen volwassen Zwitsers?



Bron: Santésuisse datenpool *Von den Erwachsenen in 2006 gewählten Franchisen*: juni 2007

HMO-systeem

Het is in Zwitserland ook mogelijk de premie te reduceren in ruil voor beperktere keuze in ziekenhuizen en artsen (HMO-systeem) (20% korting op de premie), de huisarts (20% korting op de premie) en andere systemen, zoals de (echte) no claim (in het eerste jaar tot 10% duurder, maar loopt na 5 jaar toe naar een korting (bij no claim) van 45%) en telefonisch contact met de dokter voor ieder bezoek. Het combineren van deze mogelijkheden om de premie te korten in combinatie met een zelfgekozen eigen risico levert echter nooit meer op dan de wettelijke maximale kortingen per eigen risico. Het is dus geen gunstige combinatie.

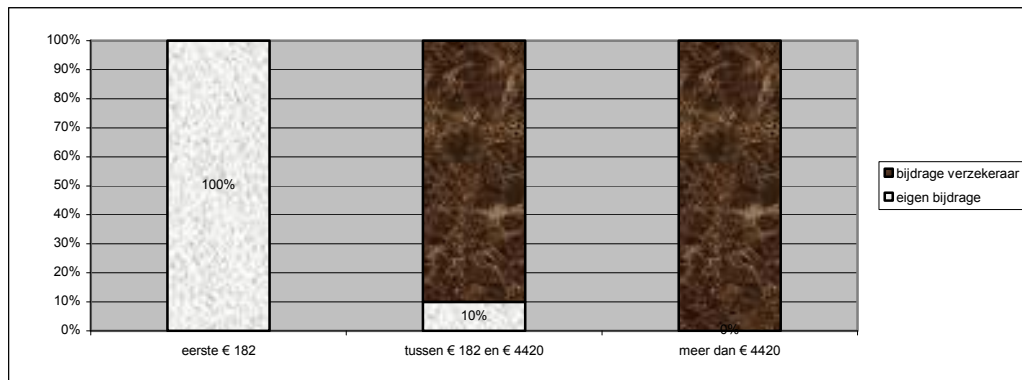
6.4 Systeem van eigen betalingen

6.4.1 Kenmerken van het systeem van eigen betalingen

Eigen risico en eigen bijdrage

Zwitsers hebben een verplicht eigen risico van € 182 per jaar voor kosten aan bezoeken aan artsen, specialisten, fysiotherapeuten, psychologen etc., geneesmiddelen, hulpmiddelen en verplegende thuiszorg. Bovenop dat eigen risico betalen ze een eigen bijdrage van 10%. Deze eigen bijdragen hebben een gezamenlijk maximum van € 424 per jaar. Het plafond voor eigen bijdragen aan artsen, geneesmiddelen, hulpmiddelen en verplegende thuiszorg is daarmee dus € 182 + € 424 = € 606 per jaar. De onderstaande illustreert dit.

Figuur 6.4 Eigen risico en eigen bijdragen Zwitserland



Bron: Bundesamt für Gesundheit, 2007

Het is mogelijk om vrijwillig te kiezen voor een hoger eigen risico. De keuze aan eigen risico's en de maximale premiekorting (80% van het extra eigen risico) is wettelijk vastgelegd. De eigen bijdrage gaat in dat geval in vanaf het verhoogde eigen risico. Wie bijvoorbeeld voor een eigen risico kiest van € 303, betaalt de eerste € 303 volledig zelf en betaalt over de volgende € 4240 10%. Zijn vrijwillig verhoogde plafond ligt dan dus op € 303 + € 424 = € 727.

Artsen

Voor het bezoek aan artsen (alle soorten artsen zoals: huisarts, specialist, ergotherapeut, psycholoog etc.) betaalt men als eigen bijdrage het volledige tarief totdat het eigen risico is behaald. Daarna betaalt men een percentage van 10% tot het maximum van de eigen bijdragen.

Geneesmiddelen

Voor geneesmiddelen betalen Zwitsers het volledige bedrag tot het eigen risico. Daarna betalen zij 10% van de aanschafwaarde als het een generiek geneesmiddel betreft en 20% eigen bijdrage als het een merkproduct betreft tot de maximale eigen bijdrage. Als een arts expliciet het merkgeneesmiddel voorschrijft, hoeft de patiënt niet 20% te betalen, maar 10%.

Hulpmiddelen

Hulpmiddelen worden tot een bepaald maximumbedrag vergoed. Dit bedrag verschilt per soort hulpmiddel (zie paragraaf 6.4.2). Tot zover de hulpmiddelen voor vergoeding in aanmerking komen tellen ze mee met het eigen risico en het eigen bijdragenplafond. Als een patiënt echter meer dan het maximale bedrag aan hulpmiddelkosten heeft, vallen deze buiten de vergoeding en betaalt de patiënt deze volledig zelf, zonder dat deze meetellen voor het eigen risico of het plafond aan de eigen bijdragen.

Ziekenhuis

Voor het ziekenhuis betalen patiënten een eigen bijdrage van € 6,10¹²⁷ per dag. Dit tarief is bedoeld als tegemoetkoming van de kosten voor eten. Dit bedrag telt niet mee voor het eigen risico en is ongelimiteerd.

¹²⁷ CHF 10

(Tijdelijke) opname in een verpleeghuis

De kosten voor een verpleeghuis bestaan uit huur, overige hotelvoorzieningen, verzorging¹²⁸ en ziekenverpleging¹²⁹. De kosten voor verpleging verschillen per zorgbehoefte. Het tarief voor verpleging in een verpleeghuis bestaat uit een basisbedrag van € 70¹³⁰ en een bedrag € 19¹³¹ per verpleegniveau¹³². Dit basisbedrag en de helft van het bedrag per verpleegniveau worden betaald door het kanton en de verzekeraar. De andere helft van het bedrag per verpleegniveau betaalt de patiënt zelf. Dit betekent dat een patiënt met verpleegniveau 4 bijvoorbeeld $0,5 * € 19 * 4 = € 38$ per dag eigen bijdrage betaalt. Er zijn 10 verpleegniveaus. De maximale eigen bijdrage voor verpleging is dus $0,5 * € 19 * 10 = € 95$ per dag. Dit tarief geldt voor patiënten die meer dan 5 uur zorg per dag nodig hebben. De zorgkosten die voor vergoeding door de verzekeraar in aanmerking komen, tellen mee voor het standaard eigen risico en de eigen bijdrage. De verzekeraar vergoedt dezelfde kosten voor zorg in een verpleeghuis, als bij thuiszorg, d.w.z. minimaal 60 uur per kwartaal. Afhankelijk van de verzekeraar worden er (veel) meer uren vergoed.

De overige kosten van het verpleeghuis (huur, hotelvoorzieningen en verzorging) worden door de persoon zelf betaald en tellen niet mee voor het eigen risico of de eigen bijdrage. De hoogte van deze kosten verschilt tussen verpleeghuizen en hangt af van de mate van luxe. Niet iedereen betaalt de volledige eigen bijdrage voor de kosten van het verpleeghuis. Mensen voor wie de kosten¹³³ te hoog zijn voor hun inkomen en vermogen, rekening houdend met ook andere kosten zoals kosten van hun eigen huis (indien daar nog een partner woont of indien het verblijf tijdelijk is) en overige eigen bijdragen aan ziektekosten krijgen een deel van de kosten terug via de *Ergänzungsleistungen*. Ruim de helft van de mensen in provincie Bern die in een verzorgings- of verpleeghuis woonden ontvangt *Ergänzungsleistungen*.

Thuiszorg

Voor verplegende thuiszorg¹³⁴ geldt het algemene eigen risico en de 10% eigen bijdrage tot een maximum. De eerste 60 uren verplegende thuiszorg per kwartaal moeten (wettelijk verplicht) betaald worden door de verzekeraar. Of de thuiszorg ook betaald wordt na deze 60 uur per maand wisselt sterk per verzekeraar¹³⁵. De wet schrijft voor dat er in dat geval toestemming van de verzekeraar nodig is.

Voor thuiszorg in de vorm van huishoudelijke hulp betalen Zwitsers een inkomensafhankelijke eigen betaling. Deze telt niet mee voor het eigen risico of de eigen bijdrage van 10%. De hoogte van de inkomensafhankelijke betaling staat in de onderstaande tabel.

¹²⁸ Betreuung

¹²⁹ Krankenverpflegung

¹³⁰ CHF 115

¹³¹ CHF 31

¹³² Het gaat hier om zogenaamde BESA-pleegniveaus. Pleegniveau 0 is een kwartier zorg per dag nodig. Ieder pleegniveau extra betekent een half uur extra zorg per dag nodig. D.w.z. pleegniveau 4 = kwartier + vier x half uur = 2 uur en een kwartier zorg nodig per dag. De pleegniveaus gaan tot en met niveau 10. Bron: Gesprek Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion

¹³³ Hierbij gaat het om alle (vier) soorten kosten van het verpleeghuis

¹³⁴ Dit houdt in alle thuiszorg, exclusief hulp in het huishouden, zoals het toedienen van geneesmiddelen, wondverzorging, suikerpeil bloed meten, injecties toedienen, zuurstof toedienen, hulp bij wassen, aan- en uitkleden, eten en drinken, gaan slapen, voortbewegen etc.

¹³⁵ Bron: Spitex Bern

Tabel 6.6. Eigen bijdrage *huishoudelijke* thuiszorg

Belastinginkomen ¹³⁶	Tarief per uur	Eerste 10 minuten	Volgende 5 minuten
Tot € 12.119	€ 9,33	€ 1,56	€ 0,78
€ 12.120 tot € 18.179	€ 12,00	€ 2,00	€ 1,00
€ 18.180 tot € 21.209	€ 14,63	€ 2,44	€ 1,22
€ 21.210 tot € 24.239	€ 15,97	€ 2,66	€ 1,33
€ 24.240 tot € 27.269	€ 17,27	€ 2,88	€ 1,44
€ 27.269 tot € 30.299	€ 18,63	€ 3,11	€ 1,56
€ 30.300 tot € 36.359	€ 19,97	€ 3,33	€ 1,67
€ 36.360 tot € 39.389	€ 21,94	€ 3,65	€ 1,83
€ 39.390 tot € 42.419	€ 23,97	€ 3,99	€ 2,00
€ 43.420 en meer	€ 26,12	€ 4,35	€ 2,18
Ongevalverzekerde	0	0	0
WA-verzekerde	0	0	0
Ergänzungsleistungen	€ 15,15	€ 2,52	€ 1,26

Bron: Spitex Bern 2007

6.4.2 Hoogte eigen betalingen per verstrekking

De eigen betalingen staan weergegeven in de onderstaande tabel.

Tabel 6.7. Standaard hoogte eigen betalingen (afgezien van standaard eigen risico)

Type zorg	Vorm van eigen betaling	Hoogte eigen betaling	Plafond eigen betaling
Geneeskundige zorg			
Huisartsenzorg	Standaard eigen risico	€ 182 +(10% tot plafond)	Eigen risico (minimaal € 182) + € 424
Medisch-specialistische zorg	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Verloskundige zorg en kraamzorg	Geen	0	0
Tandheelkundige zorg	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Opname in het ziekenhuis	Vast bedrag + Standaard eigen risico	€ 6,10 per dag zonder limiet € 182 +10% tot plafond	Geen limiet ER + € 424
Opname in het revalidatiecentrum	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Geneesmiddelen	Percentuele bijdrage + Standaard eigen risico	€ 182 +10% (generiek geneesmiddel) of 20% (merkgeneesmiddel) tot plafond	ER + € 424
Vervoer van en naar ziekenhuis of arts	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Overige geneeskundige zorg	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Paramedische zorg			
Fysiotherapie en oefentherapie	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Ergotherapie	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Logopedie	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Diëtetiek	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Podotherapie	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424

¹³⁶ Steuerbares Einkommen

Type zorg	Vorm van eigen betaling	Hoogte eigen betaling	Plafond eigen betaling
Overige paramedische zorg	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Verpleging en verzorging			
Thuiszorg: persoonlijke verzorging en verpleging ¹³⁷	standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	€ ER + € 424
Thuiszorg: huishouden	Inkomensafhankelijke bijdrage	Zie thuiszorgtabel in paragraaf 6.4.1	
Tijdelijke opname in het verpleegtehuis	Deels standaard eigen risico (zie tekst)	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424
Hulpmiddelen en aanpassingen			
Brillen en contactlenzen	Telt deels mee voor het standaard eigen risico tot een bepaald maximum, daarna is de eigen bijdrage 100% zonder limiet.	Telt tot € 109 mee voor het eigen risico per 5 jaar	Geen limiet
Gehoorapparaten	Telt deels mee voor het standaard eigen risico tot een bepaald maximum, daarna is de eigen bijdrage 100% zonder limiet.	Vergoed wordt batterijen mono: max: € 54,50 Batterijen bi?: max € 109 Gehoorapparaten € 294, Rest eigen bijdrage	Geen limiet
Prothesen en orthesen	Telt deels mee voor het standaard eigen risico tot een bepaald maximum, daarna is de eigen bijdrage 100% zonder limiet.	Vergoed wordt: Max: € 324 per 2 jaar, rest eigen bijdrage	Geen limiet
Loophulpmiddelen (rollator/stok)	Telt deels mee voor het standaard eigen risico tot een bepaald maximum, daarna is de eigen bijdrage 100% zonder limiet.	Vergoed wordt max: € 55, rest eigen bijdrage	Geen limiet
Rolstoelen	Volledig vergoed door de IV en AHV ¹³⁸	Geen eigen bijdrage	n.v.t.
Orthopedische schoenen	Niet vergoed, tenzij IV of AHV, dan 75% vergoed	Als IV of AHV, 25%	
Woningaanpassingen	Volledig, maar wel aftrekbaar van de belasting	100%	Geen limiet
Vervoersvoorzieningen (aanpassingen auto/scootmobiel)	Volledig, maar wel aftrekbaar van de belasting	100%	Geen limiet
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	Standaard eigen risico	€ 182 +10% tot plafond	ER + € 424

6.4.3 Uitvoering van de eigen betalingen

De zorgverlener stuurt de volledige rekening van het zorggebruik naar de patiënten. Zolang zij hun eigen risico nog niet bereikt hebben, betalen zij zelf deze rekeningen en vindt er geen

¹³⁷ onder verplegende thuiszorg wordt in Zwitserland verstaan: 1. instrueren en adviseren (bijvoorbeeld uitleg hoe hulpmiddelen werken of hoe insuline gespoten moet worden, het adviseren en ondersteunen van familieleden), 2. behandelingszorg (bijvoorbeeld: medicamenten toedienen, wondverzorging, suiker in urine of bloed bepalen, zuurstof toedienen) en 3. eenvoudige en complexe basiszorg (zoals hulp bij lichamelijke verzorging, aankleden, eten, naar bed gaan, lopen, benen inbinden, wassen).

¹³⁸ Per 1 januari 2007 verandert de regeling voor ouderen iets. Voorheen betaalde de verzekering (IV en AHV) de maandelijkse huur van de rolstoel. Per 1 januari 2007 krijgen rolstoelgebruikers een bedrag van € 54.540 per 5 jaar, waarmee ze een rolstoel kunnen huren of kopen naar eigen wens. Dit dekt ongeveer 75% van de aankoop van een nieuwe rolstoel. Een tweedehands rolstoel is hiermee volledig te bekostigen. Bron: Bundesamt für Sozialversicherungen.

administratie plaats. Zodra zij hun eigen risico hebben overschreden, beginnen zij met het declareren van hun kosten. Zij sturen daartoe al hun declaraties naar de ziektekostenverzekeraar, die uitrekent hoeveel zij terugkrijgen (90% indien de kosten het plafond van de eigen bijdragen nog niet zijn overstegen of anders 100%). De totale administratiekosten van de verzekeraars bedroeg in 2005 5,4% van de totale uitgaven. Ter vergelijking: in Nederland zijn de beheerskosten en exploitatiesaldi van verzekeraars samen 4,6% van de totale uitgaven¹³⁹. Uitzondering hierop zijn de bedragen die de provincie aan de verpleeghuizen, ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties betaalt. Deze worden niet aan de patiënt inzichtelijk gemaakt. De rekening bestaat uitsluitend uit het deel dat de patiënt zelf moet betalen en het deel dat voor vergoeding van de ziektekostenverzekeraar in aanmerking komt.

6.5 Beschermingsmaatregelen

Landen die een eigen bijdrage in de zorg aanbieden hebben meestal ook beschermingsmaatregelen om ervoor te zorgen dat mensen niet in de financiële problemen komen door deze eigen bijdragen. De toegankelijkheid van de gezondheidszorg moet immers voor iedereen gehandhaafd blijven. Mensen beschermen tegen eigen bijdragen kan door hen niet te laten betalen of door hen te compenseren voor de gemaakte kosten. In deze paragraaf behandelen we eerst de manieren waarop mensen uitgezonderd worden van (een deel van de) eigen betalingen. Daarna behandelen we de manieren waarop hun zorgkosten worden gecompenseerd via flankerend beleid. Vervolgens gaan we in op welke van deze beschermingsmaatregelen van toepassing zijn op chronisch zieken en gehandicapten. We eindigen deze paragraaf met de uitvoering van de beschermingsmaatregelen.

6.5.1 Vormgeving (en criteria) van de uitzonderingen

In Zwitserland is het mogelijk (een deel van) de eigen betalingen niet te betalen of vergoed te krijgen. Mensen kunnen worden uitgezonderd op basis van de criteria:

- leeftijd;
- handicap;
- huishoudvorm;
- soort zorg;
- veroorzaakt door ongeval;
- inkomen.

De onderstaande tabel geeft de uitzonderingen en wat deze globaal inhouden samenvattend weer.

Tabel 6.8. Overzichtstabel uitzonderingen eigen betalingen

criterium	Uitgezonderde groepen	Uitzondering
Leeftijd	Minderjarigen	Geen verplicht eigen risico Lager plafond eigen bijdragen
	Ouderen	Aanvullende vergoedingen, mits laag inkomen
Handicap	Gehandicapten	Aanvullende vergoedingen, mits laag inkomen
Huishoudvorm	Gezinnen en gehuwden	Geen liggeld ziekenhuis

¹³⁹ Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2008, Tabel 11 Exploitatietelling en premietelling ZWF. Beheerskosten/exploitatiesaldi individuele verzekeraars € 1.203,4 mln en uitgaven individuele verzekeraars € 26.425,4 mln in 2006.

criterium	Uitgezonderde groepen	Uitzondering
Bepaalde zorg	Moederschap Preventie (Inentingen en onderzoek)	Geen eigen bijdrage
Veroorzaakt door ongeval	Veroorzaakt door ongeval	Geen eigen bijdrage voor meeste ziektekosten
Inkomen	Laag tot middeninkomen	Aanvullende vergoedingen Premiekorting (tot 100%)

We behandelen de uitzonderingen één voor één.

1. Uitzonderingen eigen betalingen vanwege leeftijd

Er zijn twee soorten uitzonderingen van eigen betalingen vanwege leeftijd. Dit zijn de minderjarigen en de ouderen met een laag inkomen.

Minderjarigen betalen geen verplicht standaard eigen risico. Wel moeten zij 10% van de kosten betalen tot een maximum van € 212. Als hun ouders echter kiezen voor een vrijwillig extra eigen risico voor zichzelf, geldt er ook een eigen risico (maar wel lager dan voor volwassenen) voor hun kinderen. Als ouders meerdere kinderen hebben is het eigen risico van alle kinderen samen nooit meer dan dat van een volwassene.

Tabel 6.9. Eigen bijdrage voor minderjarigen voor zover afwijkend

Soort zorg	EB	Plafond aan EB
Geneeskundige zorg	10% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER (minimaal 0) + € 212
Tandarts	10% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER + € 212
Medicijnen	10% of 20% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER + € 212
Paramedische zorg	10% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER + € 212
Verpleging en verzorging	10% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER + € 212
Hulpmiddelen en aanpassingen		
Visuele hulpmiddelen	Kinderen hebben jaarlijks het bedrag te besteden i.p.v. 5-jaarlijks	
Prothesen en orthesen	Maximum per jaar i.p.v. per 2 jaar	
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	10% tot plafond (i.p.v. € 182+10% tot € 424)	ER + € 212

Ouderen met een ouderdomspensioen hebben ook recht op diverse vergoedingen. Dit geldt echter alleen als zij een laag inkomen hebben. Deze vergoedingen beschrijven we daarom hieronder bij 6. Uitzonderingen vanwege een laag inkomen.

2. Uitzonderingen eigen betalingen vanwege handicap

In Zwitserland zijn er twee soorten tegemoetkomingen voor zorgkosten voor gehandicapten. Mensen kunnen “kosten die voortkomen uit het hebben van een handicap” aftrekken van de belasting en mensen die arbeidsongeschikt zijn, kunnen onder bepaalde voorwaarden hun eigen bijdragen in de zorg vergoed krijgen.

Ten eerste de arbeidsongeschikten. Iedereen die in Zwitserland woont of werkt is verplicht verzekerd tegen arbeidsongeschiktheid (*Invalidenversicherung*). Wie vanwege lichamelijke,

psychische of geestelijke gezondheidsproblemen niet kan werken, heeft recht op een arbeidsongeschiktheidsuitkering. Wie een arbeidsongeschiktheidsuitkering heeft, kan recht hebben (er zijn nog aanvullende inkomenseisen) op aanvullende vergoedingen (*Ergänzungsleistungen*), o.a. van ziektekosten. Deze *Ergänzungsleistungen* bestaan uit twee delen. Ten eerste krijgen mensen als ze meer noodzakelijke kosten voor levensonderhoud hebben dan hun inkomen is, een jaarlijkse aanvulling op hun uitkering. Deze behandelen we in paragraaf 6.5.2 “flankerend beleid”. Ten tweede vergoedt de aanvullende vergoeding ziektekosten en kosten die samenhangen met de handicap.

Tabel 6.10. Uitzonderingen eigen bijdragen gehandicapten

Soort zorg	Eigen bijdrage	Plafond aan vergoeding (let op dit is een ander plafond dan in de tabel hierboven)
Tandartsbehandeling	0	
Thuiszorg	0	
Verpleging en verzorging in dagvoorzieningen	0	
Diëtiste	0	
Vervoer naar zorgaanbieder	0	
Verpleeghulpmiddelen (bv elektrisch bed)	0	
Eigen risico en eigen betalingen	0	€ 606
Verblijf in kuuroord	0	
Mantelzorgers (gezinsleden en familie)	Extra vergoeding (mits inkomen hierdoor zwaar gereduceerd wordt)	
Mantelzorgers (geen gezinsleden of familie)	Extra vergoeding	€ 2.909
TOTAAL	Wordt vergoed	€ 15.150 (alleenstaande thuiswonend)
		€ 30.300 (echtpaar thuiswonend)
		€ 3.636 (in een instelling wonend)
		€ 54.540 (recht op Hilflosenentschädigung, bij zware hulpeloosheid thuiswonend)
		€ 36.360 (recht op Hilflosenentschädigung, bij middelzware hulpeloosheid, thuiswonend)

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een ouderdomspensioen hebben in sommige gevallen ook recht op een “schadevergoeding voor de hulpelozen” (*Hilflosenentschädigung*). Deze schadevergoeding geeft mensen die verpleging en verzorging nodig hebben bij hun dagelijkse verrichtingen, zoals aankleden, opstaan, eten en lichaamsverzorging een vergoeding. Ook deze wordt behandeld in paragraaf 6.5.2.

Gehandicapten komen ook in aanmerking voor belastingaftrek voor kosten die voortkomen uit het hebben van een handicap¹⁴⁰.

¹⁴⁰ Bron: Steuergesetz, der Grosse Rat des Kantons Bern, 21 mei 2000

3. *Uitzondering eigen betalingen vanwege huishoudvorm*

Uitgezonderd van de € 6,10 liggeld in het ziekenhuis per dag zijn (zij hoeven niets te betalen)¹⁴¹:

- a. verzekerden die met een of meerdere familieleden samenwonen (d.w.z. gehuwde echtparen en gezinnen). Zij betalen geen liggeld.
- b. verzekerden die in de EU, IJsland, Liechtenstein of Noorwegen wonen en die aanspraak kunnen maken op een internationale verzekering (zij betalen een tegemoetkoming in de kosten)

4. *Uitzondering eigen betalingen voor bepaalde zorg*

Bepaalde zorg wordt gratis, d.w.z. zonder eigen betalingen aangeboden:

- Alle zorg rondom een normaal verlopend moederschap
- Bepaalde preventieve maatregelen (m.n. inentingen en onderzoeken, zoals genetisch onderzoek bij mensen met erfelijke ziekten in de familie en HIV-testen).

5. *Uitzondering eigen betalingen vanwege ongeval*

Als de zorgkosten tot stand zijn gekomen door een ongeval hoeft de verzekerde (blijvend) geen eigen bijdrage te betalen. Het gaat hier om bedrijfsongevallen, “niet-bedrijfs”-ongevallen en beroepsziekten. De werkgevers betalen de premie voor de bedrijfsongevallen en beroepsziekten, de werknemers betalen (de werkgever houdt dit in op hun loon) de premie voor de “niet-bedrijfs”-ongevallen¹⁴². Wie een ongeval heeft gehad meldt dit aan de verzekeraar en – in het geval van beroepsziekten of bedrijfsongeval - aan de werkgever met daarbij aangegeven wie de behandelend arts is. De werkgever is verplicht de melding te controleren. De verzekeraar geeft hierop een “ongevalbewijs” af, waarna de gedupeerde recht heeft op vrijstelling van eigen bijdragen die gerelateerd zijn aan het ongeval.

6. *Uitzondering eigen betalingen vanwege inkomen*

Mensen met een laag inkomen hebben diverse mogelijkheden om hun eigen bijdragen in de zorg te reduceren. Hier gaan we in de volgende paragraaf uitgebreid op in.

6.5.2 Flankerend beleid

Naast de premiereductie (zorgtoeslag) en de uitzonderingen op eigen betalingen zijn er vier soorten flankerend beleid om ervoor te zorgen dat mensen niet te hoge zorgkosten krijgen. Dit zijn de:

- Hilflosenentschädigung;
- Ergänzungsleistungen;
- Zusatzleistungen;
- Belastingaftrek.

We behandelen deze hier één voor één.

Hilflosenentschädigung

Arbeidsongeschikten en ouderen met (alleen) staatspensioen die veel (thuis)zorg nodig hebben, hebben recht op zogenaamde *Hilflosenentschädigung*. Dit is een maandelijkse vergoeding voor (thuis)zorg. Ook minderjarige gehandicapten die veel (thuis)zorg nodig hebben, kunnen hier gebruik van maken. Daarnaast bestaat er nog een extra *Intensivzuschlag* voor minderjarigen als zij zeer veel (thuis)zorg nodig hebben.

¹⁴¹ Artikel 64 Absatz 5 KVG

¹⁴² Bron: Verordnung über die Unfallversicherung UVG, 832.202, 20 december 1985, stand December 2006

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering of een ouderdomspensioen hebben in sommige gevallen ook recht op een “schadevergoeding voor de hulpelozen” (*Hilflosenentschädigung*). Deze schadevergoeding geeft mensen die verpleging en verzorging nodig hebben bij hun dagelijkse verrichtingen, zoals aankleden, opstaan, eten en lichaamsverzorging een vergoeding. Alleen de graad van “hulpeloosheid” (licht, middel of zwaar) bepaalt de hoogte van de vergoeding. Deze vergoeding is een vast bedrag en bedraagt voor mensen die thuis wonen jaarlijks € 12.857 (zwaar), € 8.036 (middel) en € 3.214 (licht). Wie permanent verblijft in een intramurale instelling, ontvangt de helft van dit bedrag. Minderjarigen krijgen daarnaast een intensiviteitstoeslag voor extra hulp (*Intensivzuschlag*) van € 9.643 (bij minstens 8 uur verzorging per dag), € 6.428 (bij minstens 6 uur verzorging per dag) of € 3.214 (bij minstens 4 uur verzorging per dag) ¹⁴³.

Ergänzungsleistungen

Mensen met een arbeidsongeschiktheidsuitkering (*Invalidenversicherung*) of een staatspensioen (*Altersrente*) kunnen als zij meer uitgaven hebben dan inkomsten, het verschil terugkrijgen als aanvullende vergoeding (*Ergänzungsleistungen*) van het kanton. Zij krijgen dan een aanvulling op hun jaarinkomen om te garanderen dat zij niet meer uitgaven hebben dan inkomsten. Om dit te berekenen worden de volgende uitgaven meegerekend:

Tabel 6.11. Ergänzungsleistungen

Uitgaven	Soort doelgroep	Bedrag forfait of maximum	Inkomsten
Levensonderhoud (forfait)	Voor alleenstaande	€ 10.993	Uitkering
	Voor Echtpaar	€ 16.489	Ontvangen rente, huur, pacht
	Voor eerste twee kinderen	€ 5.745	Eigenhuurwaarde
	Voor tweede twee kinderen	€ 3.830	Ontvangen alimentatie
	Voor ieder volgende kind	€ 1.915	2/3 van het looninkomen (minus beroepskosten, sociale verzekeringen en € 606 voor een alleenstaande en € 909 voor een echtpaar)
Huur (maximumbedragen)	In een ziekenhuis of verpleeghuis verblijvend		Deel vermogen
	Voor alleenstaanden	€ 7.999	
	Voor echtpaar of mensen met kinderen	€ 9.090	
	Overige kosten woning voor huiseigenaren (forfait)	€ 1.018	
	Extra kosten voor rolstoelaangepaste woning	€ 2.182	
Overige kosten	Eigenhuurwaarde (bij eigen huis)		
	Dagtarief ziekenhuis of verpleeghuis		
	Beroepskosten		
	Hypotheek en onderhoud huis		
	Forfait ziektekosten	€ 2.632 ¹⁴⁴	

¹⁴³ Bron: Informationsstelle AHV/IV i.s.m. Bundesamt für Sozialversicherungen, *Invalidenrenten und Hilflosenentschädigungen der IV*, Informatieblad 4.04, Stand am 1 januar 2007

¹⁴⁴ Bron: Pro Senectute, Berechnen Sie Ihre Ergänzungsleistungen zur AHV, kanton Bern, 2007

Uitgaven	Soort doelgroep	Bedrag forfait of maximum	Inkomsten
	Bijdragen aan <i>Invalidenversicherung</i> , <i>Altersrente</i> en EO		
	Betaalde alimentatie		

Het vermogen wordt als volgt meegerekend. De eerste € 15.150 voor alleenstaanden en de eerste € 24.240 voor echtparen wordt niet meegerekend. Als het vermogen een eigen huis betreft wordt daarbovenop een extra € 45.450 niet meegerekend. Vervolgens wordt voor mensen met een *Invalidenrente* of *Hinterlassenenrente* (wezenpensioen) 1/15 van hun vermogen daarboven meegerekend als inkomen. Bij mensen met een *Altersrente* (ouderdompensioen) wordt 1/10 van hun inkomen meegerekend¹⁴⁵.

Naast deze jaarlijkse aanvulling op de uitkering worden via de aanvullende vergoeding (*Ergänzungsleistungen*) een deel van de zelf betaalde ziektekosten en kosten die samenhangen met een handicap overgenomen door het kanton. Deze jaarlijkse aanvulling is maximaal € 32.142 per jaar voor een thuiswonende en € 56.249 voor iemand die in een instelling woont¹⁴⁶.

Zusatzleistungen

De *Ergänzungsleistungen* zorgen ervoor dat mensen niet meer noodzakelijke uitgaven hebben dan inkomsten. Omdat sommige mensen door forfaitaire bedragen die niet overeenkomen met hun werkelijke kosten en grensbedragen toch meer noodzakelijke uitgaven hebben dan inkomsten, heeft de gemeente Bern *Zusatzleistungen*. Hiermee probeert de gemeente Bern te garanderen dat niemand meer noodzakelijke uitgaven heeft dan inkomsten. De inkomsten en uitgaven zijn vergelijkbaar met die van de *Ergänzungsleistungen*. Bij de *Zusatzleistungen* worden daarnaast nog ziektekosten meegerekend, zoals het volledige eigen risico en de eigen bijdragen, maar ook andere ziektekosten, zoals huishoudelijke hulp (op doktersvoorschrift), alle thuiszorg, tandartskosten en vervoer van en naar het ziekenhuis of arts. Voor het vermogen gelden minder strenge eisen. Zo hoeft er maar 1/12 van het resterende vermogen als inkomen gerekend te worden voor mensen met een *Altersrente* i.p.v. 1/10 en voor mensen met een *Invalidenrente* of *Hinterlassenenrente* 1/18 i.p.v. 1/15. Mensen kunnen deze gemeentelijke bijdrage tegelijkertijd met de kantonale bijdrage aanvragen en hoeven er geen apart formulier voor in te vullen.

Belastingafrek

Ten slotte kent Zwitserland nog de mogelijkheid ziektekosten (*Krankheitskosten*) en “kosten die te maken hebben met het hebben van een handicap” (*Behinderungsbedingte Kosten*) af te trekken van de belasting.

Handicapkosten

In Zwitserland is het mogelijk alle noodzakelijke kosten die voortkomen uit het hebben van een handicap af te trekken van de belasting¹⁴⁷. “Gehandicapt” is voor deze regeling iedereen die door een blijvende lichamelijke, geestelijke of psychische beperking heel moeilijk of helemaal niet meer

¹⁴⁵ Dit betekent bijvoorbeeld voor een alleenstaande oudere (*Altersrente*) met een eigen huis met een vermogen van € 100.000 dat er € 15.150 + €45.450 = € 60.600 niet wordt meegerekend en dus 1/10 *(€ 100.000-€60.600) = € 3.940 als extra inkomen wordt meegerekend.

¹⁴⁶ Informationsstelle AHV/IV i.s.m. Bundesamt für Sozialversicherungen, *Ergänzungsleistungen zur AHV/IV*, Informatieblad 5.01 Stand am 1 Januar 2007

¹⁴⁷ Bron: Steuergesetz, der Grosse Rat des Kantons Bern, 21 mei 2000

dagelijkse handelingen kan verrichten, sociale contacten kan handhaven, zich voort kan bewegen, een opleiding kan volgen of kan werken. “Blijvend” is minstens een jaar al geweest en nog minstens een jaar durend. Hieraan voldoet (aldus de wet) per definitie iedereen die een arbeidsongeschiktheidsverzekering heeft (*Invalidenversicherung*), *Hilflosenentschädigung* ontvangt, hulpmiddelen gebruikt, in een verpleeghuis woont en meer dan 75 minuten verpleging per dag nodig heeft¹⁴⁸ en mensen die meer dan een uur per dag thuiszorg nodig hebben. Wie niet onder één van deze regelingen valt en toch gebruik wil maken van deze vorm van belastingaftrek, moet aantonen met een doktersverklaring dat hij onder de definitie valt.

Voorbeelden van kosten die te maken hebben met een handicap (*Behinderungsbedingte Kosten*) zijn: ambulante verpleging, begeleiding en verzorging en begeleiding van de dagelijkse bezigheden, huishoudelijke hulp, kosten dagopvang, verpleeghuiskosten, blindengeleidehond, woningaanpassingen, geneeskundige pedagogische therapieën, sociale revalidatie, transport en transportmiddelenkosten (zoals scootmobiel). Het gaat hier uitsluitend om medisch noodzakelijke kosten; luxe medische kosten¹⁴⁹ kunnen niet worden afgetrokken van de belasting.

Voor enkele ziekten kunnen mensen kiezen of ze een forfait willen aftrekken van de belasting of dat ze de werkelijke kosten willen declareren. Mensen met een *Hilflosenentschädigung* kunnen bijvoorbeeld forfaitair € 1.515 aftrekken als zij licht gehandicapt zijn, € 3.030 als zij middelzwaar gehandicapt zijn en € 4.545 als zij zwaar gehandicapt zijn. Mensen met coeliakie die zodanig ernstig is dat mensen er gehandicapt door zijn geraakt, nierpatiënten die dialyse nodig hebben en doven kunnen forfaitair € 1.515 aftrekken. De meeste ziekten kunnen niet forfaitair worden afgetrokken, omdat de kosten per patiënt te sterk verschillen.

Ziektekosten

Daarnaast kunnen mensen die meer dan 5% van hun belastbaar inkomen besteden aan zorgkosten deze aftrekken van de belasting. Aftrekbaar zijn drie soorten kosten: 1) kosten voor ziekenhuis, arts en geneesmiddelen (zoals kosten voor geneeskundige zorg, kosten voor een ziekenhuis, tandartsbehandelingen die niet zuiver cosmetisch zijn, medicijnen op voorschrift), 2. Heelkundige maatregelen¹⁵⁰ (zoals: kosten voor acupunctuur, atlaslogie (een alternatieve therapie bij problemen met de wervelkolom), (bad)kuren, bestraling, chiropractie, drugsafkickbehandeling, ergotherapie, kunstmatige inseminatie, hormoonbehandelingen, logopedie, massage, fysiotherapie, psychotherapie) 3: Verpleging, behalve de huishoudelijke zorg, hulpmiddelen en overige kosten (zoals kosten voor verpleging, kosten voor hulpmiddelen (mits op doktersvoorschrift en noodzakelijk), vervoer naar arts of ziekenhuis, speciaal dieet, tandartscontrole. Hieronder vallen dus ook de eigen bijdragen. Het gaat uitsluitend om noodzakelijke zorg; luxe kan niet afgetrokken worden van de belasting.

6.5.3 Zijn er beschermingsmaatregelen voor chronisch zieken en gehandicapten?

Chronisch zieken en gehandicapten zijn niet als groep uitgezonderd van (een deel van de) eigen betalingen. De wet kent echter speciale toeslagen voor arbeidsongeschikten en “huishoudongeschikten” met een laag inkomen en een erg hoog zorggebruik.

¹⁴⁸ Verplegingsgraad 3

¹⁴⁹ De meerkosten voor een luxere rolstoel bijvoorbeeld

¹⁵⁰ Heilmaßnahmen

Daarnaast zijn chronisch zieken en gehandicapten die als gevolg van een ongeval ziek of gehandicapt zijn geworden volledig uitgezonderd van eigen betalingen.

6.5.4 Uitvoering van de beschermingsmaatregelen

De Ausgleichskasse des Kantons Bern (AKB) van verzorgt de Ergänzungsleistungen en de Zusatzleistungen. De *Invalidenversicherung Bern* geeft Hilflosenentschädigung. Het Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht keert de premiekorting uit. De belastingkorting wordt gegeven door de belastingdienst. De laatste heeft 18 fte in dienst om de premiekorting uit te rekenen en te geven aan 300.000 personen in kanton Bern.

Deze instanties bepalen of iemand gehandicapt, chronisch ziek is en/of een laag inkomen heeft. Vervolgens stuurt de zorgverlener de volledige rekening aan de patiënt en betaalt de ziektekostenverzekeraar meer terug aan de persoon die voor een verlaagde eigen bijdrage in aanmerking komt, dan aan andere patiënten.

6.6 Achtergronden systeem van eigen betalingen

6.6.1 Redenen invoering systeem

De verplichte ziektekostenverzekering (*Bundesgesetz über die Krankenversicherung*) KVG is ingevoerd per 1 januari 1996. Daarvoor was er in Zwitserland ook al een traditie van eigen betalingen in de zorg, het verschil is dat op deze datum alle Zwitsers verplicht werden zich te verzekeren tegen ziektekosten.

De Zwitserse regering vindt het belangrijk om enerzijds patiënten kostenbewust te houden, maar anderzijds geen on sociaal systeem te creëren. Verder vindt zij het erg belangrijk dat een systeem niet te veel administratieve lasten met zich meebrengt. In beleidsstukken uit 1996 worden de volgende redenen genoemd. Ten eerste had de regering het idee dat mensen die ergens voor verzekerd zijn, zo snel mogelijk iets van dat bedrag terug willen zien. Om die prikkel te reduceren vindt de Zwitserse overheid een eigen bijdrage nodig. In de afweging is verder meegenomen dat een te grote eigen bijdrage on sociaal is, maar een eigen bijdrage wel helpt om patiënten kostenbewuster te maken, waardoor een eigen bijdrage kostenmatigend werkt. De Zwitserse regering heeft daarom gekozen voor een eigen bijdrage van maximaal € 606 euro per jaar. Preventie is uitdrukkelijk uitgesloten van een eigen bijdrage, omdat de Zwitserse regering juist wil stimuleren dat mensen maatregelen nemen om ziekten te voorkomen¹⁵¹.

In de loop van de jaren is er nagedacht over diverse veranderingen van het systeem. Zo is er in 1991 nagedacht over een substantiële verhoging van de eigen bijdrage, maar dit is niet doorgevoerd. Reden hiervan is dat de Zwitserse regering van mening is dat als de bijdrage substantieel verhoogd zou worden, er inkomensdifferentiatie zou moeten plaatsvinden en inkomensdifferentiatie veel administratieve rompslomp met zich meebrengt. Ook is er in dat jaar nagedacht over het invoeren van een grootrisicoverzekering. Dit is het alleen verplicht laten verzekeren van de grootste (gezondheidskosten) risico's en al de overige voorzieningen uit de verplichte basisverzekering schrappen. Ook dit idee is echter verworpen. Doorslaggevend was

¹⁵¹ Bron: Bundesministerium von Gesundheit, 2007

dat de bescherming van zo'n grootrisicoverzekering, zelfs bij een gedifferentieerde eigen bijdrage naar inkomen, te mager zou zijn geweest. Daarnaast zou een inkomensdifferentiatie veel administratieve lasten met zich meebrengen voor verzekeraars. Wel is in 1991 besloten ziekenhuisbehandelingen niet langer vrij te stellen van eigen bijdragen, omdat ziekenhuisopnamen in veel gevallen ook vervangen kunnen worden door goedkopere ambulante en dagbehandelingen. In 1987 heeft men in de wetstekst (20 maart) artikel 6, al rekening gehouden met de mogelijkheid de eigen bijdrage te differentiëren naar zorgsoort. Zo – aldus het beleidsstuk hierover - heeft het weinig zin een eigen bijdrage in te stellen om het kostenbewustzijn te verhogen bij nierdialyse, maar is het bij fysiotherapie veel beter mogelijk. Hier is echter tot dusverre niets mee gedaan.

6.6.2 Redenen voor aanpassingen en uitzonderingen

In de loop van de jaren is de eigen bijdrage verhoogd en is er een hoger eigen risico toegestaan.

Verhoging van het eigen risico

In 1998 is de minimale eigen bijdrage verhoogd van € 91 naar € 139. De reden was dat de kosten in de gezondheidszorg waren gestegen. In 2004 vindt er weer een verhoging van het minimale eigen risico plaats. Omdat de kosten tussen 1998 en 2004 met 31% waren gestegen, koos de regering in 2004 voor een verhoging van eveneens ongeveer 30% van het minimale eigen risico¹⁵², naar € 182, wat het nu nog is. Per 1 januari 2005 zijn de keuze-eigen risico's veranderd. Eerder was er de keuze tussen de verplichte CHF 300, CHF 400, CHF 600 en CHF 1500. Daarna zijn er de eigen risico's gekomen zoals we die nu kennen. Met name de sterke verhoging van het hoogste eigen risico valt daarbij op. Dit is gegaan van maximaal CHF 1500 naar CHF 2500.

In 1998 zijn er maximale premiereducties vastgelegd voor vrijwillige eigen bijdrage. Dit laatste had als reden dat het voor verzekerden in bepaalde regio's en bij bepaalde verzekeraars goedkoper was om een groot eigen risico te nemen dan dit niet te doen, zelfs als zij de maximale zorgkosten maakten. Het extra eigen risico was dus kleiner dan de extra premiereductie die je ervoor kreeg. Om de solidariteit niet onder druk te zetten, heeft men deze maatregel genomen. De korting voor extra eigen risico mag nooit meer zijn dan 50% van de premiekosten van het minimale eigen risico en de besparing die een korting op het eigen risico met zich meebrengt mag wettelijk maximaal 80% zijn van het extra eigen risico dat mensen nemen (zie voor de exacte bedragen paragraaf 6.3 "premie").

Marktwerking in de zorg

In 2000 is het makkelijker geworden te wisselen van verzekeraar en zijn de investeringsmogelijkheden van de verzekeraars uitgebreid. Daarnaast is er in 2007 een referendum geweest over het zorgverzekeringssysteem. Hierbij stelden de initiatiefnemers voor om de verplichte verzekering door één verzekeraar te laten uitvoeren. Het voorstel is afgewezen. De *Bundesrat* was ook tegen de wijziging, omdat zij er bewust voor koos om de concurrentie tussen zorgverzekeraars te laten bestaan. De *Bundesrat* geeft hierbij aan dat zij hiervoor kiest vanwege de kostenreducerende prikkels in het systeem.

Alternatieve geneeswijzen

¹⁵² Bron: Verordnung vom 27. Juni 1995 über die Krankenversicherung (KVV), Vorgesehene Änderungen per 1. Januar 2004, Kommentar und Änderungen im Wortlaut (Anhang)

Jaarlijks wordt het basispakket herzien en indien nodig aangepast, maar in 1999 is het basispakket fors uitgebreid met (bepaalde) alternatieve geneeswijzen. In juni 2005 heeft de regering besloten om vijf alternatieve geneeswijzen (antroposofische geneeswijzen, homeopathie, neuraaltherapie, fytotherapie en traditionele Chinese geneeswijzen) weer uit de basisverzekering te halen. Doorslaggevend was hierbij dat er onvoldoende bewijs was dat ze werkzaam waren.

6.6.3 Waargenomen voor- en nadelen van het systeem

De Zwitserse expert Karine Lamiraud (Université de Lausanne) ziet als nadeel van het systeem dat de eigen bijdragen niet inkomensafhankelijk zijn. Als voordelen noemt zij dat het de patiënt verantwoordelijker maakt en moral hazardproblemen zou kunnen voorkomen.

Als tweede voordeel ziet zij dat mensen zelf een eigen risico kunnen kiezen, afgestemd op hun verwachte zorgkosten.

6.7 Gevolgen van het systeem

6.7.1 Gedragseffecten

Zorgen eigen bijdragen voor reductie in zorgkosten in Zwitserland?

De reden van het invoeren van eigen bijdragen in de zorg is de vermeende negatieve correlatie tussen eigen bijdragen en gezondheidskosten, waarbij deze negatieve relatie dan zou worden veroorzaakt door gedragsveranderingen en/of selectie (gezondere mensen kiezen een hoger eigen risico). Of dit ook voor de eigen bijdrage in Zwitserland geldt wordt door empirisch onderzoek niet eenduidig bewezen. Gardiol et al (2005), Werblow, A. en S. Felder (2003) en Gerfin & Schellhorn (2005) vinden een significant negatief effect van de hoogte van het eigen risico op de gezondheidskosten. Schellhorn (2001, 2004) vindt echter geen significante effecten van het eigen risico op het aantal bezoeken aan de arts. De eerste twee studies zijn gebaseerd op een verzekeraar in één provincie. Schellhorn baseert zich op data van het Zwitserse gezondheidssurvey die landelijk zijn.

Wordt dit veroorzaakt door selectie-effecten of gedragseffecten?

Ook op deze vraag geeft de empirie geen eenduidig antwoord. Uit de studie van Schellhorn M. (2001) blijkt dat het lagere aantal artsbezoeken van mensen met een groter eigen risico voor het grootste deel te verklaren is door zelfselectie (mensen die toch al weinig gingen, kiezen een hoog eigen risico). Uit de studie van Gerfin M, Schellhorn M (2005) blijkt echter dat mensen minder naar de arts gaan bij een eigen bijdrage en dat dit deels te danken is aan een reductie van *moral hazard* effecten. Gardiol L, Geoffard P.Y., Grandchamp C (2005) ten slotte tonen aan dat beide effecten in Zwitserland een rol spelen. Hun studie geeft een sterk en robuust bewijs voor het selectie-effect. Als afgezien wordt van het selectie-effect blijft er een belangrijk gedragseffect over. Een vermindering in de eigen bijdrage van 100% naar 10% laat de marginale vraag naar zorg met 90% stijgen. Een vermindering van de eigen bijdrage van 100% naar 0% laat de kosten stijgen met 150%. De correlatie tussen dekking van de verzekering en zorguitgaven kan verdeeld worden naar twee effecten: 75% kan toegerekend worden aan selectie en 25% aan gedragseffecten.

6.7.2 Inkomenseffecten

Leu R, Schellhorn (2004) onderzoekt de gelijkheid in toegankelijkheid in gezondheidszorg in Zwitserland over de tijd. De studie maakt gebruik van nationale getallen uit 1982, 1992, 1997 en 2002. De studie gebruikt kwartielverdelingen en concentratie-indices om de horizontale gelijkheid te meten, d.w.z. de mate waarin volwassenen met gelijke noodzaak voor medische zorg ook een gelijk zorggebruik kennen. Uit dit onderzoek bleek dat er weinig of geen ongelijkheid was in het gebruik, afgezien van het gebruik van medisch-specialistische zorg. Specialisten worden vaker bezocht door mensen met een hoog inkomen dan mensen met een laag inkomen. Dit is overigens ook in de meeste andere OECD-landen het geval. Ook in de loop van de tijd is dit niet veranderd. Noch het feit dat de zorgkosten zijn toegenomen, noch het feit dat er in 1996 een eigen risico is geïntroduceerd heeft hier iets aan veranderd.

6.7.3 Budgettaire effecten

Uit Gardiol L, Geoffard P.Y., Grandchamp C (2005) blijkt dat 25% van de negatieve correlatie tussen zorguitgaven en eigen risico te verklaren is uit gedragseffect. Daarnaast is er nog de financiële eigen bijdrage zelf die budgettair effect heeft.

6.8 Zorgkosten groepen vergeleken

Dit hoofdstuk behandelt de zorgkosten in Zwitserland. De eerste paragraaf laat zien hoever de zorgkosten uiteenlopen tussen gezonden en chronisch zieken. De vier paragrafen daarna vergelijken de verschillende onderdelen waaruit de zorgkosten zijn opgebouwd, te weten de premie (paragraaf 6.8.3), de eigen bijdragen (paragraaf 6.8.4), de niet-vergoede zorgkosten (paragraaf 6.8.5) en de compensaties van zorgkosten vanuit flankerend beleid en belastingmaatregelen (paragraaf 6.8.6). Het hoofdstuk sluit af met een conclusie (paragraaf 6).

Deze paragraaf gaat alleen over 42 voorbeeldpersonen en vergelijkingen tussen deze profielen. Om de leesbaarheid te vergroten gebruiken we in de tekst verkorte profielnamen. Zo spreken we bijvoorbeeld over "bijstandsgerechtigden met hartfalen", waarmee we dan altijd op een voorbeeldpersoon doelen (in dit geval "alleenstaande bijstandsgerechtigde met hartfalen zonder kinderen") en niet op alle bijstandsgerechtigden met hartfalen. We spreken ook wel over "onze chronisch zieken" om duidelijk te maken dat het enkel over de door ons geconstrueerde voorbeeldpersonen gaat.

De zorgkosten die de voorbeeldpersonen maken, gebaseerd op hun zorggebruik staan in de onderstaande tabel vermeld. Deze zorgkosten zijn voor alle landen gelijk. Welk deel een chronisch zieke daarvan moet betalen in Zwitserland beschrijft deze paragraaf.

Tabel 6.12. Verhouding maatschappelijke zorgkosten door de verschillende profielen

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Totale kosten	37	14547	20319	17321	23259	31272	677
Waarvan thuiszorg	0	2278	2278	2278	3796	14612	0
Aandeel thuiszorg	0%	16%	11%	13%	16%	47%	0%

6.8.1 Hoe ver lopen zorgkosten uiteen?

In deze paragraaf vergelijken we eerst alle 42 ziekteprofielen, vervolgens bekijken we de profielen per inkomensgroep en ten slotte kijken we in hoeverre verschillende ziekten verschillen in zorgkosten.

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in Zwitserland in euro's?

Hoe ver lopen de zorgkosten uiteen in Zwitserland? Chronisch zieke Zwitsers betalen tussen de € 767 en € 8.563 meer aan zorgkosten dan kerngezonde personen met hetzelfde inkomen. Onderstaande tabel geeft dit weer.

Tabel 6.13. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Zwitserland aan gezondheidszorg vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	767	810	767	2331	2331	370
Modaal alleen	0	3829	3871	3819	6544	6616	370
2x modaal alleen	0	4997	5040	4987	8491	8563	370
Gezin 2 kinderen	0	3780	3780	3770	6507	6579	370
AOW alleen	0	2435	2478	2435	3999	3999	23
AOW echtpaar	0	2386	2386	2386	3962	3962	23

Thuiszorg is een belangrijk deel van de kosten in Zwitserland. Verreweg de meeste kosten voor chronisch zieken betreffen thuiszorg. Exclusief thuiszorg betalen chronisch zieken nog maar maximaal € 1.700 meer dan kerngezonden met dezelfde kenmerken. Kanttekening bij deze cijfers is dat we het zorggebruik voor de chronisch zieken hebben bepaald aan de hand van het gebruik in Nederland. Het is echter de vraag of mensen deze thuiszorg ook aangeschaft zouden hebben als het Zwitserse systeem – waarbij thuiszorg in veel mindere mate vergoed wordt – van kracht zou zijn geweest.

Sommige chronisch zieken betalen zelfs minder zorgkosten dan kerngezonden met hetzelfde inkomen als zij geen thuiszorg zouden kopen. Dat komt omdat zij compensatie via flankerend beleid krijgen (vanwege het feit dat zij gehandicapt zijn) ongeacht of zij thuiszorg inkopen of mantelzorgers kunnen regelen.

Tabel 6.14. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Zwitserland aan gezondheidszorg exclusief thuiszorg vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen?

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	-1596	-1553	-1596	-1608	-1608	370
Modaal alleen	0	922	965	912	1700	940	370
2x modaal alleen	0	922	965	912	1700	940	370
Gezin 2 kinderen	0	874	874	864	1664	904	370
AOW alleen	0	72	115	72	60	60	23
AOW echtpaar	0	23	23	23	23	23	23

Hoe ver lopen zorgkosten uiteen in percentage van het bruto inkomen?

Chronisch zieken betalen tussen de 6% en 33% van hun bruto inkomen extra aan zorgkosten vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen.

Tabel 6.15. Percentage van het bruto inkomen dat chronisch zieken in Zwitserland meer besteden aan zorg dan kerngezonden met hetzelfde inkomen

	kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	6%	6%	6%	18%	18%	3%
Modaal alleen	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
2x modaal alleen	0%	8%	8%	8%	14%	14%	1%
Gezin 2 kinderen	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
AOW alleen	0%	20%	21%	20%	33%	33%	0%
AOW echtpaar	0%	15%	15%	15%	25%	25%	0%

6.8.2 Welke groepen betalen meer en minder?

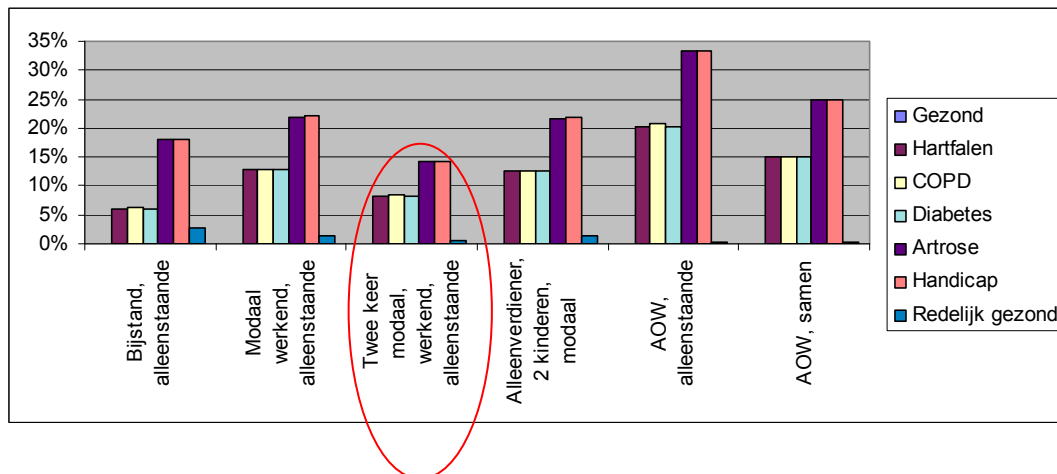
Zijn de verschillen groot in Zwitserland?

De zorguitgaven tussen verschillende ziekten in Zwitserland zijn groot. Het maximale verschil tussen de meest betalende chronisch zieke en de minst betalende chronisch zieke is € 3576. Onderstaande tabel illustreert dit. Deze verschillen worden veroorzaakt door de niet-vergoede zorgkosten en het flankerend beleid. Bij de niet-vergoede zorgkosten speelt thuiszorg een grote rol. De onderstaande tabel laat dit zien.

Wie betaalt het minst in Zwitserland?

In Zwitserland betalen de lage inkomens het minst. In percentage van het bruto inkomen betalen bijstandsgerechtigden met de goedkopere chronische ziekten (COPD, hartfalen en diabetes) het minst.

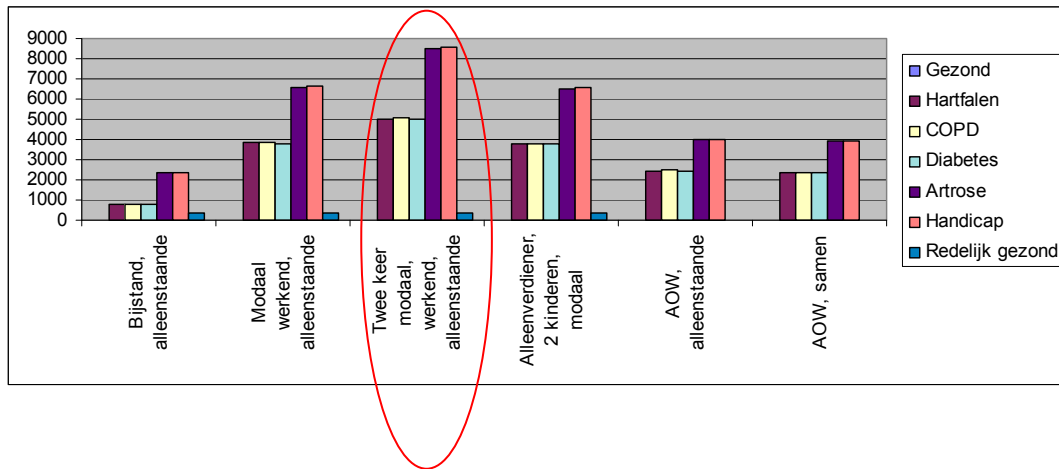
Figuur 6.5. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Zwitserland aan gezondheidszorg vergeleken met kerngezonden met dezelfde kenmerken (in % van hun bruto inkomen)?



Wie betaalt het meest in Zwitserland?

In Zwitserland betalen chronisch zieken met een dubbelmodaal inkomen de meeste extra zorgkosten. In percentage van het inkomen betalen AOW'ers met een dure chronische ziekte (artrose en handicap) het meest.

Figuur 6.6. Hoeveel meer betalen chronisch zieken in Zwitserland aan gezondheidszorg vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen?



6.8.3 Premie

De premie in Zwitserland is voor iedereen gelijk. We zijn er in het model vanuit gegaan dat niemand een vrijwillig hoger eigen risico neemt.

Tabel 6.17 Hoeveel meer premie betalen chronisch zieken vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen in Zwitserland?

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	0	0	0	0	0	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	0	0	0	0	0	0
AOW echtpaar	0	0	0	0	0	0	0

6.8.4 Eigen bijdragen

De eigen bijdragen in Zwitserland zijn geplafonneerd voor iedereen, ongeacht ziekte of inkomen op CHF 1000, d.w.z. € 606. Dit is goed te zien in de onderstaande tabel. Alle chronisch zieken betalen precies dit plafond.

Tabel 6.18. Hoeveel meer eigen bijdragen betalen chronisch zieken in Zwitserland dan kerngezonden met hetzelfde inkomen? (in euro's)

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	606	606	606	606	606	212
Modaal alleen	0	606	606	606	606	606	212
2x modaal alleen	0	606	606	606	606	606	212
Gezin 2 kinderen	0	606	606	606	606	606	212
AOW alleen	0	606	606	606	606	606	212
AOW echtpaar	0	606	606	606	606	606	212

6.8.5 Niet-vergoede zorgkosten

De niet-vergoede zorgkosten in Zwitserland zijn voor chronisch zieken behoorlijk hoog. De onderstaande tabel illustreert dit.

Tabel 6.19. Niet-vergoede zorgkosten in Zwitserland

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	2680	2723	2670	5033	5105	158
Modaal alleen	0	3223	3265	3213	5938	6010	158
2x modaal alleen	0	4391	4434	4381	7885	7957	158
Gezin 2 kinderen	0	3174	3174	3164	5901	5973	158
AOW alleen	0	2680	2723	2670	5033	5105	158
AOW echtpaar	0	2631	2631	2621	4997	5069	158

Thuiszorg maakt tussen de 78% en 96% van de niet-vergoede kosten in Zwitserland uit. Onderstaande tabel geeft de niet-vergoede zorgkosten zonder thuiszorg weer. De hoogste niet-vergoede zorgkostenpost na thuiszorg is orthopedisch schoeisel. De artrosepatiënt heeft schoenen nodig ter waarde van € 800. Deze moet hij in het Zwitserse systeem geheel zelf betalen. Verder zijn er nog enkele kleine posten die maar voor gedeeltelijke vergoeding in aanmerking komen. Het deel dat niet vergoed wordt is voor vervoer van en naar het ziekenhuis € 100 tot € 140 (dit is 50% van de werkelijke kosten) en voor een bril € 91. Tandartskosten € 37 tot € 80 en medicijnen zonder recept (23) worden – evenals in de meeste andere landen - helemaal niet vergoed.

Tabel 6.20. Extra niet-vergoede zorgkosten in Zwitserland exclusief thuiszorg vergeleken met kerngezonden met hetzelfde inkomen.

	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	316	359	306	1094	334	158
Modaal alleen	0	316	359	306	1094	334	158
2x modaal alleen	0	316	359	306	1094	334	158
Gezin 2 kinderen	0	268	268	258	1058	298	158
AOW alleen	0	316	359	306	1094	334	158
AOW echtpaar	0	268	268	258	1058	298	158

6.8.6 Flankerend beleid

Het flankerend beleid in Zwitserland geldt voor de lage inkomens. Mensen met een modaal inkomen en hoger hebben hier geen recht op.

Het flankerend beleid bestaat voor deze profielen uit *Ergänzungsleistungen* (compensatie voor zorgkosten) en uit zorgtoeslag (*Prämienverbilligung*) (compensatie voor de premie).

Tabel 6.21. Extra compensatie via flankerend beleid die chronisch zieken in Zwitserland krijgen ten opzichte van kerngezonden

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0	-2518	-2518	-2508	-3308	-3380	0
Modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
2x modaal alleen	0	0	0	0	0	0	0
Gezin 2 kinderen	0	0	0	0	0	0	0
AOW alleen	0	-851	-851	-841	-1641	-1713	-347
AOW echtpaar	0	-851	-851	-841	-1641	-1713	-347

6.8.7 Hoeveel van de gemaakte kosten betaalt men zelf in Zwitserland?

Uit de onderstaande tabel (6.22) blijkt dat de chronisch zieken tussen de 7% en 42% van de kosten die zij maken zelf betalen.

Mensen met hartfalen en artrose betalen relatief het grootste deel van hun eigen kosten zelf. Daarnaast is te zien dat de lage inkomens beduidend minder betalen. Dit is te danken aan het flankerend beleid dat inkomensafhankelijk is.

Er is geen verschil in modaal en dubbelmodaal. Dit komt omdat zij niet in aanmerking komen voor flankerend beleid en verder dezelfde kosten betalen.

Tabel 6.22. Hoeveel procent van de extra zorgkosten die gemaakt worden vergeleken met de kerngezonde met hetzelfde inkomen, betaalt de chronisch zieke zelf?

	Kerngezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand alleen	0%	5%	4%	4%	10%	7%	58%
Modaal alleen	0%	26%	19%	22%	28%	21%	58%
2x modaal alleen	0%	34%	25%	29%	37%	27%	58%
Gezin 2 kinderen	0%	26%	19%	22%	28%	21%	58%
AOW alleen	0%	17%	12%	14%	17%	13%	4%
AOW echtpaar	0%	16%	12%	14%	17%	13%	4%

De redelijk gezonde persoon betaalt alle zorgkosten zelf (onder de 65 jaar)

De redelijk gezonde persoon onder de 65 jaar betaalt 95% van de zorgkosten die hij maakt zelf. Dit is hoog vergeleken met de andere onderzochte landen. Dit komt omdat Zwitserland een absoluut eigen risico kent, waardoor de eigen bijdrage 100% van alle kosten is tot het plafond. Iemand die relatief weinig kosten heeft betaalt daardoor alles zelf. Dat in de tabel geen 100% staat komt omdat de kerngezonde zijn tandartscontrole ook zelf betaalt en we de kosten vergelijken met die van de kerngezonde.

Boven de 65 krijgt de redelijk gezonde persoon meer terug dan hij betaalt. Dit komt doordat ook gezonde AOW'ers recht hebben op Ergänzungsleistungen, o.m. als dekking voor hun premie.

6.9 Literatuur en geraadpleegde personen

6.9.1 Literatuur

Böni, Thomas en Marcel Züger, Institut für Technische Orthopädie, Orthopädieschuhtechnik beim Schmerzhaften Fuss, Kostenträger bei Orthopädieschuhtechnischen Massnahmen

Bundesamt für Gesundheit, Statistik der obligatorischen Krankenversicherung 2006.

Bundesamt für Gesundheit, Finanzierung der Pflege, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, februari 2004

Bundesamt für Gesundheit, Kostenbeteiligung, Grundlagen zur 3. KVG-Revision, april 2003

Bundesamt für Gesundheit, Kantonale durchschnittsprämien der obligatorische Krankenversicherung

Bundesamt für Sozialversicherungen, Informationsstelle AHV/IV, Hilfsmittel der IV, 4.03

Bundesamt für Sozialversicherungen, Informationsstelle AHV/IV, Hörgeräte der IV, 4.08

Bundesamt für Sozialversicherungen, Informationsstelle AHV/IV, Leistungen der Invalidenversicherung, 4.01

Bundesamt für Sozialversicherungen, Informationsstelle AHV/IV, Motorfahrzeuge der IV, 4.07

Bundesamt für Statistik (2007a), „Kosten und Finanzierung des gesundheitswesens 2005“, Neuchatel, 2007.

Bundesamt für Statistik (2007b), „Prognosen der Kosten des Gesundheitswesens, Methode und Ergebnisse, Neuchatel, 2007

Bundesgesetz über die direkte Bundessteuer, SR 642.11

Bundesgesetz über Ergänzungsleistungen zur Alters-, Hinterlassenen- und Invalidenversicherung (ELG) 831.30, vom März 1965 (Stand am 28. März 2006)

Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG) 831.20, vom 19. Juni 1959 (Stand am 1. Januar 2008)

Gerfin M, Schellhorn M (2005). "Nonparametric Bounds on the Effect of Deductibles in Health Care Insurance on Doctor Visits - Swiss Evidence," IZA Discussion Papers 1616, Institute for the Study of Labor (IZA).

Gardiol L, Geoffard P.Y., Grandchamp C (2005) "Separating selection and incentive effects in health insurance", PSE Working Papers

Kanton Bern, Finanzdirektion, BE Taxinfo, Behinderungsbedingte Kosten ab steuerjahr 2005

Kanton Bern, Finanzverwaltung des Kantons Bern, Geschäftsbericht mit Jahresrechnung 2006 des kantons Bern

- Kanton Bern, Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion, Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht, abteilung Prämienverbilligung und obligatorium, Informationen zur Prämienverbilligung und Berechnung des massgebendes Einkommen, Berechnungsschema 2007 d, Stand 19.09.2006
- Kanton Bern, Kantonale Krankenversicherungsverordnung (KKVV) 842.111.1, 25 oktober 2000
- Leu R, Schellhorn (2004). The Evolution of Income-Related Inequalities in Health Care Utilization in Switzerland over Time. IZA Discussion Paper No. 1316.
- Ordonnance concernant la remise de moyens auxiliaires par l'assurance-invalidité (OMAI), 831.232.51, 29 november 1976 (stand 25 november 2003)
- Santos-Eggiman B. Is There Evidence of Implicit Rationing in the Swiss Health Care System? Health Services Research Unit, University of Lausanne, Institute of Social and Preventive Medicine, July 2005.
- Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik, Gesundheitspolitische Informationen, februari 2007
- Schellhorn M. (2001): "The Effect of Variable Health Insurance Deductibles on the Demand for Physicians Visits", Health Economics, 10, 441–456.
- Spitex Bern, Ganz gross in der Pflege der Kleinen
- Spitex Bern, Heimspiel, Informationen zur welk der Spitex Hilfe und Pflege zu Hause, januari 2007
- Spitex Bern, In den eigenen vier Wänden in guten Händen
- Spitex Bern, Jahresbericht 2006
- Steuergesetz (StG), der Grosse Rat des Kantons Bern, 21 mai 2000
- Verordnung des EDI über die Leistungen in der obligatorischen Krankenversicherung (krankenpflege-leistungsverordnung, KLV) 832.112.31, vom Spetmeber 1995 (Stand am 1. September 2007)
- Werblow A., and S. Felder (2003): "Der Einfluss von freiwilligen Selbstbehalten in der gesetzlichen Krankenversicherung: Evidenz aus der Schweiz", Zeitschrift für Wirtschafts und Sozialwissenschaften, 123(2),235-264.

6.9.2 Geraadpleegde personen

We bedanken de volgende personen voor hun medewerking

Tabel 6.23. personen we hebben geraadpleegd voor het onderzoek over Zwitserland

Organisatie	Persoon	Functie
Justiz-, Gemeinde- und Kirchendirektion, Amt für Sozialversicherung und Stiftungsaufsicht Kanton Bern	Regula Hartmann	Directrice Directie Sociale verzekeringen en toezicht instellingen
Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern	Markus Loosli	Directeur Directie Ouderen en gehandicapten
Spitalamt der Gesundheits- und Fürsorgedirektion Kanton Bern	Dr. med. Thomas Spuhler	Directeur Directie Principes van de ziekenhuiszorgwet
Bundesministerium für Gesundheit, departement ziektekosten- en ongevalverzekering	Patricia Leiber	Hoofd autoriteit verzekerdinformatie
AGILE, koepelorganisatie van ruim 40 zelfhulporganisaties van gehandicapten ¹⁵³	Simone Leuenberger	Wetenschappelijk medewerker
Schweizerische Gesellschaft für GesundheitsPolitik (SGGP)	Philippe Lehmann	Vice president
Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik	Anna Sax	Algemeen directrice
Spitex Bern ¹⁵⁴	Charlotte Baumgartner	Deskundige
Université de Lausanne	Dr. Karine Lamiraud	Universitair docent

¹⁵³ Aktieve leden: **ASPr/SVG**, Association Suisse des Paralysés/Schweizerische Vereinigung der Gelähmten, Freiburg, **ASRIM**, Association de la Suisse Romande et Italienne contre les Myopathies, Aubonne **avanti donne**, Kontaktstelle für behinderte Frauen und Mädchen, Maisprach **Behindertenforum**-Dachorganisation der Behinderten-Selbsthilfe Region Basel **CAB**, Schweiz. Caritasaktion der Blinden, Zürich, **CHIP**, Schweiz. Interessengemeinschaft Phenylketonurie und andere Stoffwechselstörungen, Amsoldingen, **FRAGILE Suisse**, Schweiz. Vereinigung für hirnerkrankte Menschen, Zürich, **FTIA**, Federazione Ticinese Integrazione Andicap, Giubiasco, **HiKi**, Verein Hilfe für hirnerkrankte Kinder, Zürich, **IMPULS**, Selbsthilfeorganisation behinderter und nichtbehinderter Menschen, Kriens, **insieme Zürcher Oberland**, Uster, **Invaliden-Verein Winterthur**, Winterthur, **Invaliden Verein Zürich**, Zürich, **InvaSupport**, Zürich, **IVB**, Behinderten-Selbsthilfe beider Basel, Binningen, **MARFAN STIFTUNG**, Bern, **Pinocchio**, Kontaktstelle für Eltern mit Kindern ohne Finger/Hand/Arm, Schindellegi, **Procap – für Menschen mit Handicap**, Olten, **SBb**, Schweiz. Blindenbund, Zürich, **SBV**, Schweiz. Blinden- und Sehbehindertenverband, Bern, **SGB-FSS**, Schweiz. Gehörlosenbund, Lausanne / Zürich, **SGMK**, Schweiz. Gesellschaft für Muskelkranke, Zürich, **SHG**, Schweiz. Hämophilie-Gesellschaft, Hinwil, **SNFV**, Schweiz. Neurofibromatose-Vereinigung, Bern, **SSARV**, Schweiz. Sakoidose-Vereinigung, Aesch, **SVOI**, Schweiz. Vereinigung Osteogenesis Imperfecta, Widnau, **TGS**, Tourette Gesellschaft Schweiz, Ettingen, **Thurgauische Invalidenvereinigung**, Frauenfeld, **VASK Schweiz**, Vereinigung der Angehörigen von Schizophrenie- und Psychisch-Kranken, Basel, **Verein Selbstständig**, Verein zur Verbreitung der konduktiven Förderung von cerebraler Behinderten in der Schweiz, Luzern (bis 31.12.2006), **visoparents**, Eltern blinder und seh- und mehrfachbehinderter Kinder, Zürich, **VKM**, Verein kleinwüchsiger Menschen der Schweiz, **Zugang für alle**, Schweiz. Stiftung zur behindertengerechten Technologienutzung, Zürich. Solidaire leden: **aphasie suisse**, Fachgesellschaft und Betroffenenorganisation, Luzern, **Band-Genossenschaft**, Bern (bis 31.12.2006), **Bandar**, Bern, **FA-CH/aCHaf**, Friedreich Ataxie Gesellschaft Schweiz, St-Aubin, **pro audito schweiz**, Organisation für Menschen mit Hörproblemen, Zürich, **Retina Suisse**, Zürich, **Schleudertrauma-Verband**, Zürich, **Vereinigung Cerebral Schweiz**, Solothurn

¹⁵⁴ Grootste thuiszorgorganisatie in kanton Bern

Bijlage A Uitgangspunten profielen

We hebben in dit onderzoek via een simulatiemodel berekend wat een invoering van een Zweeds, Frans, Zwitsers en Belgisch eigen bijdragesysteem *in Nederland* zou betekenen voor Nederlandse individuen. In dit simulatiemodel hebben we de belangrijkste wettelijke regelingen voor betaling en compensatie van zorg van een land genomen en deze ingevuld in de Nederlandse situatie. De bijstandsgerechtigden van alle landen in de voorbeelden hebben daarom als inkomen 13.000 euro bruto bijstand. In werkelijkheid is dit natuurlijk sterk verschillend in de diverse landen.

We hebben ervoor gekozen om alleen de wettelijke zorgregelingen mee te nemen uit de andere landen om een betere vergelijking te kunnen creëren tussen de microkosten van de verschillende buitenlandse systemen. Het kan immers zijn dat de buitenlandse systemen extra kosten (of juist minder kosten) met zich meebrengen voor een bepaalde doelgroep omdat bijvoorbeeld de manier van belasting heffen, de criteria om een bijstandsuitkering te krijgen etc. verschillen. Door de vertaling te maken van de buitenlandse systemen naar Nederland nemen we de kostenverschillen die ontstaan door zaken buiten het zorgstelsel niet mee.

We hebben de effecten op de inkomens van de 42 personen berekend. Deze personen hebben de volgende achtergrondkenmerken:

- a. Een alleenstaande met een bijstandsuitkering (we noemen deze in vervolg: “bijstandsgerechtigde”)
- b. Een alleenstaande met een modaal inkomen (“alleenstaande modaalverdiener”)
- c. Een alleenstaande met een 2x modaal inkomen (“dubbelmodaalverdiener”)
- d. Een alleenverdiener met 2 kinderen en een modaal inkomen (“gezin 2 kinderen”)
- e. Een alleenstaande met een AOW-inkomen (“alleenstaande AOW’er”)
- f. Een echtpaar met een AOW-inkomen (“AOW-echtpaar”)

Daarnaast hebben we van elk van deze zes categorieën gekoppeld aan 7 zorgprofielen:

- kernegezond persoon (“kernegezonde”)
- chronisch zieke met hartfalen (“hartfalen”)
- chronisch zieke met COPD (“COPD”)
- chronisch zieke met diabetes (“diabetes”)
- chronisch zieke met artrose (“artrose”)
- chronisch zieke met MS (“gehandicapte”)
- redelijk gezond persoon (“redelijk gezonde”)

Samen vormen deze combinaties 42 profielen per land.

Alle mensen maken gebruik van alle wettelijke zorgregelingen van het betreffende land en betalen belasting conform het Nederlandse systeem, uitgezonderd de Nederlandse belastingregelingen die iets te maken hebben met zorgkosten (m.n. de buitengewone uitgavenregeling). De buitengewone uitgavenregeling (en de tegemoetkoming buitengewone uitgaven) worden alleen door de Nederlanders gebruikt.

Inkomensprofielen

Als uitgangspunten voor de inkomensprofielen hebben we voor inkomen en woonkosten gezocht naar datgene dat in Nederland het meeste voorkomt. Hiervoor hebben we het (SZW/ASEA) Micros-bestand met informatie over inkomens en kosten voor 60.000 huishoudens (afgeleid van het databestand op WOON2005) gebruikt.¹⁵⁵ In 2007 gelden op basis van dit bestand de volgende schattingen: Mensen met een minimum inkomen betalen (zonder rekening te houden met huurtoeslag) gemiddeld ongeveer € 400 per maand aan kale huur. Mensen met een modaal inkomen betalen ongeveer € 435 per maand. Mensen jonger dan 65 jaar met een dubbelmodaal inkomen hebben een koopwoning met een WOZ-waarde van € 280.000. Van de minimumhuishoudens huurt twee derde van de mensen. Bij modaalverdieners huurt de helft en heeft de andere helft een koopwoning met een WOZ-waarde van € 235.000. Dubbelmodaalverdieners hebben in 80% van de gevallen een koopwoning.

Hieruit hebben we de volgende uitgangspunten afgeleid per inkomensprofiel:

De alleenstaande bijstandsgerechtigden in ons voorbeeld hebben een volledige bijstandsuitkering met een bruto inkomen van € 13.000 per jaar. Zij werken daarnaast niet. Zij wonen in een huurhuis met een huur van 400 per maand. Zij zijn 35 jaar oud. Zij hebben geen kinderen.

De alleenstaanden met een modaal inkomen in ons voorbeeld hebben een baan in loondienst en verdienen hiermee € 30.000 per jaar. Zij zijn 35 jaar oud. Zij wonen in een huurhuis met een huur van € 435 per maand. Zij hebben geen kinderen.

De alleenstaanden met een dubbelmodaal inkomen in ons voorbeeld hebben een baan in loondienst en verdienen € 60.000 bruto per jaar. Zij zijn 35 jaar oud. Zij wonen in een koophuis met een WOZ-waarde van € 280.000. Zij hebben geen kinderen.

De alleenverdieners met twee kinderen en een modaal inkomen hebben een baan in loondienst en verdienen hiermee € 30.000 per jaar. Zij zijn 35 jaar oud. Zij wonen in een huurhuis met een huur van € 435 per maand. Hun partner werkt niet. Zij hebben twee inwonende kinderen. Ook de kinderen hebben geen eigen inkomen. De kinderen en de partner zijn kerngezond en hebben geen zorgkosten. De partner en de kinderen zijn verzekerd voor het basispakket en hebben geen aanvullende zorgverzekering. De premie die de partner en de kinderen betalen is meegerekend bij de premie. Of de kinderen en de partner premie betalen en de hoogte van de premie is afhankelijk van het land.

De alleenstaande AOW'ers hebben een bruto inkomen uit AOW van € 12.000 per jaar. Zij hebben geen aanvullend pensioen. Zij zijn 70 jaar oud. Zij wonen in een zelfstandige huurwoning met een huur van € 400 per maand. Zij hebben geen inwonende kinderen.

De echtparen AOW hebben gezamenlijk een bruto inkomen uit AOW van € 16.000 per jaar. Zij hebben geen aanvullend pensioen. Zij zijn 70 jaar oud. Zij wonen in een zelfstandig huurhuis met een huur van € 400 per maand. De partners zijn kerngezond en hebben geen zorgkosten. De partners zijn verzekerd voor het basispakket en hebben geen aanvullende verzekering. De premie die de partners betalen is meegerekend bij de premie. Of de partners premie betalen en de hoogte van de premie is afhankelijk van het land. Zij hebben geen inwonende kinderen.

Ziekteprofielen

Om het zorggebruik voor de chronisch zieken te bepalen hebben we gebruik gemaakt van het NPCG van het NIVEL. Hierbij hebben we de volgende uitgangspunten gebruikt:

- Het uitgangspunt voor de zorgprofielen is de informatie in tabel A.1. We nemen alle vormen van zorg mee die door tenminste 10% van de betreffende groep in 2006 werd gebruikt. Voor geneesmiddelen kiezen we voor het criterium van ‘ten minste door 20% van de betreffende groep gebruikt’ voor inclusie in het zorgprofiel.
- Uit het NPCG hebben we geen informatie over tandartsconsulten; we stellen het aantal tandartsconsulten voor alle groepen gelijk aan die van de gemiddelde Nederlander op twee per jaar (alleen periodieke controles).
- Uit het NPCG hebben we wel informatie over het aantal keren dat mensen met een chronische ziekte of handicap in het ziekenhuis waren opgenomen, maar niet over het aantal dagen dat zij dan waren opgenomen. Hiervoor gebruiken we gegevens van de LMR over de gemiddelde verpleegduur per diagnose. Die is voor 2006 als volgt:
 - Ischemische hartziekten en hartfalen (hier: ischemische hartziekten):4,0 dagen
 - COPD (hier: chronische bronchitis):5,0 dagen
 - Diabetes:.....4,4 dagen
 - Reumatoïde artritis en artrose (hier: osteoartrose):.....3,3 dagen
 - Gemiddeld over alle diagnoses (te gebruiken voor ‘gehandicapt’):2,9 dagen
- Het gemiddelde aantal uren, dagen of contacten per diagnosegroep verschilt soms tussen de groepen chronisch zieken vanwege het feit dat het een berekening over een aantal mensen is (deelnemers aan het NPCG). Wanneer er geen aanleiding is om te veronderstellen dat er daadwerkelijke verschillen zijn tussen de betreffende groepen, is de meest voorkomende gemiddelde waarde overgenomen voor alle groepen. Bijvoorbeeld, het aantal uren thuiszorg voor diabetespatiënten met thuiszorg (huishoudelijke hulp) is in tabel 2 gemiddeld 3,8 (afgerond 4). Echter, er is geen aanleiding om te veronderstellen dat diabetespatiënten gemiddeld meer thuiszorg (huishoudelijke hulp) krijgen dan mensen met een hartziekte of COPD. Daarom wordt het aantal uren thuiszorg – huishoudelijke hulp in het profiel van de diabetespatiënt ook op 3 gesteld.
- Met betrekking tot hulpmiddelen blijkt uit tabel 2 dat telkens meer dan 20% van de verschillende groepen chronisch zieken en gehandicapten in 2006 uitgaven had aan een bril of contactlenzen. Omdat er geen aanleiding is te veronderstellen dat dat onder de algemene bevolking anders zal zijn (we hebben hierover geen informatie), stellen we dat ook de ‘gemiddelde Nederlander’ in 2006 een bril of contactlenzen heeft aangeschaft.
- De aantallen zijn soms afgerond, bijvoorbeeld in plaats van 11 dagen naar 10 dagen, om geen nauwkeurigheid te pretenderen die we niet waar kunnen maken.

155 Bron: Mevrouw C. van Vliet, ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Tabel A.1. Overzicht van de zorgprofielen 2006

	Persoon met hartfalen	Persoon met COPD	Persoon met diabetes	Persoon met artrose	Persoon met handicap	Redelijk gezonde Nederlander	Kerngezonde Nederlander
Aantal huisartsconsulten	5	5	5	5	5	4	0
Aantal consulten met gespecialiseerd verpleegkundige (bijv. POH in huisartspraktijk of gespecialiseerd verpleegkundige in polikliniek)	3	2	3	0	3	0	0
Aantal consulten met medisch specialist in polikliniek	4	4	5	5	5	0	0
Aantal ziekenhuisopnames	2 keer 4 dagen	3 keer 5 dagen	2 keer 4 dagen	2 keer 3 dagen	2 keer 3 dagen	0 keer	0 keer
Aantal dagopnames	2 keer een dag	2 keer een dag	0 keer	3 keer een dag	2 keer een dag	0 keer	0 keer
Aantal dagen dagbehandeling	0 keer	0 keer	0 keer	0 keer	10 dagen in revalidatie centrum	0 keer	0 keer
Gebruikte geneesmiddelen op recept:							
- pijn en koortswerende middelen	Ja	Nee	nee	ja	ja	nee	nee
- medicijnen tegen hoest, verkoudheid, griep, keelpijn, etc.	Nee	Ja	nee	nee	nee	nee	nee
- medicijnen voor hart, bloedvaten of bloeddruk	Ja	Ja	ja	ja	ja	ja	nee
- medicijnen tegen maag- en darmklachten, spijsverteringsmiddelen	Ja	Ja	ja	ja	ja	nee	nee
- slaap- en kalmeringsmiddelen	Nee	Ja	nee	ja	ja	nee	nee
- medicijnen voor de huid (bij acné, eczeem, jeuk, roos, wonden)	Nee	Nee	nee	nee	ja	nee	nee
- medicijnen tegen reuma, gewrichtspijnen, etc.	Nee	Nee	nee	ja	ja	nee	nee
- plaspillen	Ja	Ja	ja	ja	ja	nee	nee
- antibiotica	Nee	Ja	nee	nee	nee	nee	nee
- medicijnen tegen 'astma'	Nee	Ja	nee	nee	ja	nee	nee
- medicijnen tegen diabetes	Nee	Nee	ja	nee	nee	nee	nee
Aantal zittingen fysiotherapie (extramuraal, in praktijk)	20	24	20	24	30	8	0
Aantal consulten met diëtist (niet tijdens ziekenhuisopname)	3	3	3	3	3	0	0
Aantal consulten podotherapeut (niet tijdens ziekenhuisopname)	0	0	3	0	3	0	0

	Persoon met hartfalen	Persoon met COPD	Persoon met diabetes	Persoon met artrose	Persoon met handicap	Redelijk gezonde Nederlander	Kerngezonde Nederlander
Aantal tandartsconsulten (alleen periodieke controle)	2	2	2	2	2	2	0
Aantal bezoeken aan mondhygiënist (voor reiniging gebit)	2	2	2	2	2	2	0
Thuiszorg (huishoudelijke hulp)	3 uur, 52 weken	3 uur, 52 weken	3 uur, 52 weken	5 uur, 52 weken	5 uur, 52 weken	0 uur	0 uur
Thuiszorg (persoonlijke verzorging)	0 uur	0 uur	0 uur	0 uur	5 uur, 52 weken	0 uur	0 uur
Hulpmiddelen							
- steunzolen	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	Nee
- orthopedisch schoeisel	Nee	Nee	nee	ja	nee	nee	nee
- bril of contactlenzen	ja	Ja	ja	ja	ja	ja	nee
- hulpmiddelen voor doseren of toedienen van medicijnen, bijv. bloedsuiker stickjes, injectiespuiten, infusiepomp	nee	nee	ja	nee	nee	nee	nee
- vervoersvoorziening (Wvg)	nee	nee	nee	nee	ja, scootmobiel	nee	nee

Bijlage B Extra tabellen

Tabel B.1. Hoeveel extra betalen chronisch zieken ten opzichte van kerngezonden per land?

Nederland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	566	566	683	781	368	386
Modaal werkend, alleenstaande	0	776	776	866	925	559	534
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	2444	2444	2544	3389	4792	599
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	287	287	378	437	71	264
AOW, alleenstaande	0	1022	1022	1176	1337	857	486
AOW, samen	0	1226	1226	1381	1542	1061	486

Zwitserland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	767	810	767	2331	2331	370
Modaal werkend, alleenstaande	0	3829	3871	3819	6544	6616	370
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	4997	5040	4987	8491	8563	370
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	3780	3780	3770	6507	6579	370
AOW, alleenstaande	0	2435	2478	2435	3999	3999	23
AOW, samen	0	2386	2386	2386	3962	3962	23

Zweden	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
Modaal werkend, alleenstaande	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	1526	1635	1490	1715	1728	353
AOW, alleenstaande	0	1476	1585	1440	1665	1704	329
AOW, samen	0	1476	1585	1440	1665	1704	329

Frankrijk	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
Modaal werkend, alleenstaande	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	1779	1883	1770	3496	3707	381
AOW, alleenstaande	0	1779	1883	1770	3496	3438	381
AOW, samen	0	1779	1883	1770	3496	4815	381

België	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	738	738	770	464	626	181
Modaal werkend, alleenstaande	0	1279	1279	1307	1005	1167	205
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	1324	1559	1307	1664	4484	205
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	1279	1279	1307	1005	1167	205
AOW, alleenstaande	0	738	738	770	464	626	181
AOW, samen	0	929	929	961	655	817	205

Tabel B.2. Hoeveel betalen zieken ten opzichte van gezonden in percentage van het bruto inkomen per land

Nederland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	4%	4%	5%	4%	3%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	4%	4%	4%	5%	8%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
AOW, alleenstaande	0%	9%	9%	10%	9%	7%	4%
AOW, samen	0%	8%	8%	9%	8%	7%	3%

Zwitserland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	18%	18%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	8%	8%	8%	14%	14%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
AOW, alleenstaande	0%	20%	21%	20%	33%	33%	0%
AOW, samen	0%	15%	15%	15%	25%	25%	0%

Zweden	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	12%	13%	11%	13%	13%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	2%	3%	3%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
AOW, alleenstaande	0%	12%	13%	12%	14%	14%	3%
AOW, samen	0%	9%	10%	9%	10%	11%	2%

Frankrijk	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	14%	14%	14%	27%	29%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	6%	6%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
AOW, alleenstaande	0%	15%	16%	15%	29%	29%	3%
AOW, samen	0%	11%	12%	11%	22%	30%	2%

België	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	2%	3%	2%	3%	7%	0%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
AOW, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	2%
AOW, samen	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%

Tabel B.3. Hoeveel extra betalen chronisch zieken en gehandicapten relatief ten opzichte van kerngezonden per land *EXCLUSIEF THUISZORG*

Nederland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	509	509	626	520	312	386
Modaal werkend, alleenstaande	0	931	931	1032	923	720	534
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	996	996	1184	1089	859	599
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	661	661	748	261	61	264
AOW, alleenstaande	0	883	883	1037	937	717	486
AOW, samen	0	883	883	1037	937	717	486

Zwitserland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	-1596	-1553	-1596	-1608	-1608	370
Modaal werkend, alleenstaande	0	922	965	912	1700	940	370
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	922	965	912	1700	940	370
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	874	874	864	1664	904	370
AOW, alleenstaande	0	72	115	72	60	60	23
AOW, samen	0	23	23	23	23	23	23

Zweden	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	626	735	590	815	828	353
Modaal werkend, alleenstaande	0	626	735	590	815	828	353
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	626	735	590	815	828	353
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	626	735	590	815	828	353
AOW, alleenstaande	0	576	685	540	765	804	329
AOW, samen	0	576	685	540	765	804	329

Frankrijk	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	825	929	815	1905	1263	381
Modaal werkend, alleenstaande	0	825	929	815	1905	1263	381
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	825	929	815	1905	1263	381
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	825	929	815	1905	1263	381
AOW, alleenstaande	0	825	929	815	1905	-6340	381
AOW, samen	0	825	929	815	1905	-4963	381

België	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0	738	738	728	464	626	181
Modaal werkend, alleenstaande	0	755	990	737	715	831	205
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0	755	990	737	715	831	205
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0	755	990	737	715	831	205
AOW, alleenstaande	0	677	738	667	464	626	181
AOW, samen	0	755	929	737	655	817	205

Tabel B.4. Hoeveel betalen zieken ten opzichte van gezonden in percentage van het bruto inkomen per land

Nederland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	4%	4%	5%	4%	3%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	4%	4%	4%	5%	8%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	1%	1%	1%	1%	0%	1%
AOW, alleenstaande	0%	9%	9%	10%	9%	7%	4%
AOW, samen	0%	8%	8%	9%	8%	7%	3%

Zwitserland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	18%	18%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	8%	8%	8%	14%	14%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	13%	13%	13%	22%	22%	1%
AOW, alleenstaande	0%	20%	21%	20%	33%	33%	0%
AOW, samen	0%	15%	15%	15%	25%	25%	0%

Zweden	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	12%	13%	11%	13%	13%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	2%	3%	3%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	5%	5%	5%	6%	6%	1%
AOW, alleenstaande	0%	12%	13%	12%	14%	14%	3%
AOW, samen	0%	9%	10%	9%	10%	11%	2%

Frankrijk	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	14%	14%	14%	27%	29%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	6%	6%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	6%	6%	6%	12%	12%	1%
AOW, alleenstaande	0%	15%	16%	15%	29%	29%	3%
AOW, samen	0%	11%	12%	11%	22%	30%	2%

België	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	2%	3%	2%	3%	7%	0%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	4%	4%	4%	3%	4%	1%
AOW, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	2%
AOW, samen	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%

Tabel B.5. Hoeveel betalen zieken ten opzichte van gezonden in percentage van het bruto inkomen per land *EXCLUSIEF THUISZORG*

Nederland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	4%	4%	5%	4%	2%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	3%	2%	2%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	2%	2%	2%	2%	1%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	2%	2%	2%	1%	0,2%	1%
AOW, alleenstaande	0%	7%	7%	9%	8%	6%	4%
AOW, samen	0%	6%	6%	6%	6%	4%	3%
Zwitserland	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	-12%	-12%	-12%	-12%	-12%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	6%	3%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	2%	2%	2%	3%	2%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	3%	3%	3%	6%	3%	1%
AOW, alleenstaande	0%	1%	1%	1%	0%	0%	0%
AOW, samen	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Zweden	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	5%	6%	5%	6%	6%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	2%	2%	2%	3%	3%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	1%	1%	1%	1%	1%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	2%	2%	2%	3%	3%	1%
AOW, alleenstaande	0%	5%	6%	5%	6%	7%	3%
AOW, samen	0%	4%	4%	3%	5%	5%	2%
Frankrijk	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	7%	6%	15%	10%	3%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	3%	6%	4%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	1%	2%	1%	3%	2%	1%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	3%	3%	3%	6%	4%	1%
AOW, alleenstaande	0%	7%	8%	7%	16%	-53%	3%
AOW, samen	0%	5%	6%	5%	12%	-31%	2%
België	Gezond	Hartfalen	COPD	Diabetes	Artrose	Handicap	Redelijk gezond
Bijstand, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	1%
Modaal werkend, alleenstaande	0%	3%	3%	2%	2%	3%	1%
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	0%	1%	2%	1%	1%	1%	0%
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	0%	3%	3%	2%	2%	3%	1%
AOW, alleenstaande	0%	6%	6%	6%	4%	5%	2%
AOW, samen	0%	5%	6%	5%	4%	5%	1%

Tabel B.6. Hoeveel extra betalen chronisch zieken ten opzichte van kerngezonden in alle landen, per ziekte

Hartfalen versus gezond	NL	BE	FR	ZWE	ZWI
Bijstand, alleenstaande	566	738	1779	1526	767
Modaal werkend, alleenstaande	776	1279	1779	1526	3829
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	2.444	1324	1779	1526	4997
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	287	1279	1779	1526	3780
AOW, alleenstaande	1.022	738	1779	1476	2435
AOW, samen	1.226	929	1779	1476	2386

COPD versus gezond	NL	BE	FR	ZWE	ZWI
Bijstand, alleenstaande	566	738	1883	1635	810
Modaal werkend, alleenstaande	776	1279	1883	1635	3871
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	2.444	1559	1883	1635	5040
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	287	1279	1883	1635	3780
AOW, alleenstaande	1.022	738	1883	1585	2478
AOW, samen	1.226	929	1883	1585	2386

diabetes versus gezond	NL	BE	FR	ZWE	ZWI
Bijstand, alleenstaande	683	770	1770	1490	767
Modaal werkend, alleenstaande	866	1307	1770	1490	3819
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	2.544	1307	1770	1490	4987
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	378	1307	1770	1490	3770
AOW, alleenstaande	1.176	770	1770	1440	2435
AOW, samen	1.381	961	1770	1440	2386

artrose versus gezond	NL	BE	FR	ZWE	ZWI
Bijstand, alleenstaande	781	464	3496	1715	2331
Modaal werkend, alleenstaande	925	1005	3496	1715	6544
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	3.389	1664	3496	1715	8491
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	437	1005	3496	1715	6507
AOW, alleenstaande	1.337	464	3496	1665	3999
AOW, samen	1.542	655	3496	1665	3962

Handicap versus gezond	NL	BE	FR	ZWE	ZWI
Bijstand, alleenstaande	368	626	3707	1728	2331
Modaal werkend, alleenstaande	559	1167	3707	1728	6616
Twee keer modaal, werkend, alleenstaande	4.792	4484	3707	1728	8563
Alleenverdiener, 2 kinderen, modaal	71	1167	3707	1728	6579
AOW, alleenstaande	857	626	3438	1704	3999
AOW, samen	1.061	817	4815	1704	3962

Bijlage C Bijlagen bij Nederland

Tabel C.1. Tabel met zorgkosten in Nederland

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Geneeskundige zorg						
Huisartsenzorg	Volledig		Nee			
Medisch-specialistische zorg	Volledig		Ja	No-claim aftrek*		
Verloskundige zorg en kraamzorg	Volledig, voor kraamzorg geldt dat men recht heeft op 24 uur (in maximaal 10 dagen); op indicatie kan het aantal uren kraamzorg worden uitgebreid (maximaal 80 uur).		Ja, voor kraamzorg	Kraamzorg thuis: Eigen bijdrage van € 3,50 per uur. Kraamzorg in ziekenhuis of kraamcentrum: Zonder medische indicatie: eigen bijdrage van € 14 per dag (uitgaande van een tarief van € 100,50 per dag; bij een hoger tarief, komt het 'supplement' bij de eigen bijdrage. Met medische indicatie: geen eigen bijdrage.		

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Tandheelkundige zorg	Gedeeltelijk	Alleen vergoed voor kinderen jonger dan 18 jaar; voor volwassenen worden alleen chirurgische tandheelkunde en uitneembare prothesen (kunstgebitten) vergoed.	Ja	No-claim aftrek en eigen bijdrage van 25% voor een kunstgebit.		In uitzonderlijke gevallen hebben volwassenen toch recht op vergoeding van tandheelkundige zorg. Het gaat om ernstige afwijkingen van de mond of het gebit, ernstige lichamelijke of geestelijke aandoeningen (waardoor extra mondzorg noodzakelijk is), en medische behandelingen waarvan het resultaat mede afhankelijk is van tandheelkundige zorg. Men betaalt dan wel een eigen bijdrage (afhankelijk van de soort zorg).
Ziekenhuisopname	Volledig	Alle kosten bij verblijf in het ziekenhuis worden vergoed, ook alle paramedische zorg, genees-, hulp- en verbandmiddelen.	Ja	No-claim aftrek	Indien opname langer dan een jaar, dan financiering uit AWBZ (en dan ook eigen bijdrage verschuldigd).	

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Revalidatie	Volledig		Ja	No-claim aftrek	Indien opname langer dan een jaar, dan financiering uit AWBZ (en dan ook eigen bijdrage verschuldigd). Ook indien men voor revalidatie in een verpleeghuis verblijft, valt dit onder de AWBZ (dan direct vanaf de eerste dag eigen bijdrage verschuldigd)	
Geneesmiddelen	Gedeeltelijk	Niet vergoed worden: homeopathische en antroposofische geneesmiddelen. Vrij verkrijgbare geneesmiddelen worden ook niet vergoed, uitgezonderd laxeermiddelen, kalktabletten, middelen ter behandeling van een allergie, middelen tegen diarree en maagledigingsmiddelen. Deze laatste worden alleen vergoed, indien door een arts voorgeschreven voor behandeling van een chronische aandoening en ze langer dan zes maanden moeten worden gebruikt. De kosten van het eerste recept zijn dan voor eigen rekening.	Ja	No-claim aftrek. Daarnaast komen de eventuele kosten boven de referentieprijzen voor eigen rekening.		

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Vervoer van en naar ziekenhuis of arts	Gedeeltelijk	Ambulancevervoer wordt volledig vergoed, indien medisch noodzakelijk. Vervoer per auto of openbaar vervoer wordt allen vergoed, indien men naar het ziekenhuis of behandelcentrum moet vanwege nierdialyse, chemo- of radiotherapie, of indien de patiënt zich alleen per rolstoel kan verplaatsen*** of een zodanig beperkt gezichtsvermogen heeft dat hij/zij zich niet zonder begeleiding kan verplaatsen.	Ja	No-claim aftrek en eigen bijdrage van maximaal € 83 per 12 maanden (de eerste € 83 zijn voor eigen rekening).	De eigen bijdrage van maximaal € 83 geldt voor vervoer per auto of openbaar vervoer dat voor vergoeding in aanmerking komt. Bij gebruik van de eigen auto mag men € 0,25 per kilometer declareren, nadat de eigen bijdrage is betaald. Voor medisch noodzakelijk ambulancevervoer is geen eigen bijdrage verschuldigd.	In uitzonderingsgevallen is vergoeding van vervoer mogelijk, indien men niet tot de reeds genoemde categorieën behoort, maar voor behandeling van een langdurige aandoening voor langere tijd is aangewezen op vervoer. De verzekeraar beslist hierover op grond van de zogenaamde 'hardheidsclausule': n (maanden) \times n (keren per week) \times n (weken in een maand) \times $\{n(\text{km afstand enkele reis}) \times 0,25 (\text{wegingsfactor})\} = 250$. Als uitkomst 250 of hoger is, dan recht op vergoeding.

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Paramedische zorg Fysiotherapie en oefentherapie**	Gedeeltelijk	Jonger dan 18 jaar: maximaal 18 zittingen (twee keer negen) vergoed; indien chronische aandoening van 'lijst' ook recht op vergoeding vervolgzittingen. 18 jaar of ouder: geen recht op vergoeding, tenzij sprake is van een chronische aandoening voorkomend op 'lijst' (dan eerste negen zittingen zelf betalen)	Ja	No-claim aftrek. Daarnaast geldt voor jonger dan 18 jaar: vanaf de 19de zitting zijn de kosten voor eigen rekening. Ouder dan 18 jaar: kosten vanaf de 1ste zitting zijn voor eigen rekening.		Indien men behandeld wordt vanwege een chronische ziekte voorkomend op de lijst 'Chronische aandoeningen fysio-/oefentherapie', dan geldt het volgende: Jonger dan 18 jaar: alle zittingen volledig vergoed, dus geen eigen betaling. Ouder dan 18 jaar: eerste 9 zittingen voor eigen rekening, vanaf de 10de zitting volledig vergoed.
Ergotherapie**	Volledig, maximaal 10 uur per kalenderjaar.		Ja	No-claim aftrek		
Logopedie**	Volledig		Ja	No-claim aftrek		
Diëtiek**	Volledig, maximaal 4 uur per kalenderjaar			No-claim aftrek		
Podotherapie**	Niet		n.v.t.			
Mondhygiënische zorg	Niet		n.v.t.			
Verpleging en verzorging Thuiszorg: huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding, activerende begeleiding ('zorg zonder verblijf')	Volledig (AWBZ)	Indicatiestelling CIZ bepaalt waar men recht op heeft.	Ja	Eigen bijdrage van € 12 per uur tot de maximale periodebijdrage. De maximale periodebijdrage is minimaal € 16,40 en maximaal € 544 per vier weken, afhankelijk van inkomen (wordt berekend op verzamelinkomen 2004).	De eigen bijdrage is niet verschuldigd voor ondersteunende en/of activerende begeleiding.	Indien jonger dan 18 jaar: geen eigen bijdrage verschuldigd.

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Tijdelijke opname in een verpleeghuis	Volledig (AWBZ)?	Indicatiestelling CIZ bepaalt waar men recht op heeft.	Ja	Twee soorten inkomensafhankelijke eigen bijdragen: een 'lage eigen bijdrage' voor de eerste zes maanden (maximaal € 706 per maand). Daarna afhankelijk van persoonlijke situatie nog de 'lage eigen bijdrage' of de 'hoge eigen bijdrage' (maximaal € 1.751,40 per maand).		Indien jonger dan 18 jaar: geen eigen bijdrage verschuldigd.
Hulpmiddelen en aanpassingen						
Brillen en contactlenzen	Niet		n.v.t.			
Gehoorapparaten	Volledig	Indicatie moet gedetailleerd en specialistisch zijn.	Ja	No-claim aftrek. Daarnaast geldt voor een elektro-akoestisch hoortoestel een maximale vergoeding afhankelijk van de gebruiksduur. Het meerdere komt voor eigen rekening.		
Prothesen en orthesen	Volledig		Ja	No-claim aftrek		
Loophulpmiddelen (rollator, stok)	Volledig		Ja	No-claim aftrek		
Rolstoelen	Volledig (Wvg)	Indicatiestelling bepaalt waar men recht op heeft.	Nee			

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen betaling?	Type en hoogte eigen betaling	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen betaling geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Woningaanpassingen	Gedeeltelijk (Wvg)	Woningaanpassingen tot € 45.000 vallen onder de Wvg. Indicatiestelling bepaalt waar men recht op heeft.	Ja	Inkomensafhankelijke bijdrage. Maximaal € 45 per jaar (tezamen met de categorie vervoersvoorzieningen) voor mensen met inkomen tot 150% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm; daarboven mag 8,75%-12,75% van het inkomen boven deze norm worden gevraagd.		
Vervoersvoorzieningen (aanpassingen aan auto, scootmobiel, etc.)	Volledig (Wvg)	Indicatiestelling bepaalt waar men recht op heeft.	Ja	Inkomensafhankelijke bijdrage, maar niet alle gemeenten vragen een eigen bijdrage voor bepaalde vervoersvoorzieningen, zoals een scootmobiel. Maximaal € 45 per jaar (tezamen met de categorie woningaanpassingen) voor mensen met inkomen tot 150% van de van toepassing zijnde bijstandsnorm, daarboven mag 8,75%-12,75% van het inkomen boven deze norm worden gevraagd.		
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	Gedeeltelijk	Alleen psychotherapie via AWBZ.	Ja	Eigen bijdrage van € 15,20 per zitting (individuele of groepspsychotherapie), tot maximum van € 684 per kalenderjaar. Daarnaast kosten voor eigen rekening boven aantal zittingen (25 of 50 zittingen, afhankelijk van leeftijd en stoornis).		

* De no-claim bedroeg in 2006 € 255; het maximale bedrag aan eigen betalingen vanwege de no-claim aftrek is dus € 255 in totaal.

** Het betreft hier de *extramurale* paramedische zorg. Paramedische zorg tijdens ziekenhuisopname valt onder de ziekenhuiskosten. Deze worden volledig vergoed.

*** Indien men via de Wvg een scootmobiel heeft gekregen, kan men als rolstoelgebruiker worden beschouwd en voor vergoeding van vervoerskosten in aanmerking komen. Men kan dan alleen aanspraak maken op vergoeding van vervoerskosten, indien de behandellocatie redelijkerwijs niet met de scootmobiel te bereiken is.

Bijlage D Bijlagen bij België

Tabel D.1. Verzekerde zorg krachtens de verplichte ziekteverzekering (algemene regeling)

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
Geneeskundige zorg						
- huisartsenzorg	Ja		Ja	Percentage van 25% van het honorarium (bij huisbezoek: 35%)	Voor huisbezoeken is het remgeld afhankelijk van de leeftijd en van het al dan niet chronisch ziek zijn (d.w.z. rechthebbend op het zorgforfait) van de patiënt	10% van het honorarium voor personen met verhoogde tegemoetkoming; 30% remgeldverlaging indien de patiënt beschikt over een globaal medisch dossier
- medisch-specialistische zorg	Ja		Ja	Percentage van 40% van het honorarium		15% van het honorarium voor personen met verhoogde tegemoetkoming
- kraamzorg en verloskundige zorg	Ja, gedeeltelijk	Verloskundige zorg wordt vergoed; kraamzorg wordt beperkt vergoed via nomenclatuur van de vroedvrouwen. Kraamcentra worden wel gesubsidieerd door de regionale overheid.	Nee, niet voor verloskundige zorg.	-		-
- tandheelkundige zorg	Ja, gedeeltelijk	Gedeeltelijk vergoed (bij sommige verrichtingen gelden	Ja	Afhankelijk van de verrichting, maar meestal 75%.		Kinderen tot 12 jaar: tandheelkundige zorg wordt volledig vergoed (uitgezonderd orthodontie).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
		aanvullende leeftijdsbeperkingen). Voor bepaalde behandelingen (op bepaalde leeftijd) is vooraf goedkeuring nodig van een adviserend arts van het ziekenfonds. Stifftanden, kronen of brugwerk worden niet vergoed. Nieuwe prothesen en herstel, vervanging of aanpassing van prothesen worden gedeeltelijk vergoed, indien 50 jaar of ouder.				Indien recht op verhoogde tegemoetkoming: consulten, preventie en bewarende verzorging (bijvoorbeeld vullingen) worden volledig vergoed. Voor extractie geldt een extra leeftijdsbeperking: voor personen met verhoogde tegemoetkoming: alleen volledig vergoed t/m 15 jaar en vanaf 66 jaar.
- opname in ziekenhuis	Ja		Ja	Vaste eigen bijdragen: - verpleegdagprijs (1 ^{ste} dag: € 40,33, vanaf 2 ^{de} dag: € 13,06; - forfait geneesmiddelen: € 0,62 per dag; - forfait klinische biologie: € 7,44 per opname; - forfait medische beeldvorming: € 6,20 per opname; - forfait voor technische verstrekkingen: € 16,40 per opname		Vaste eigen bijdragen voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming: - verpleegdagprijs: € 4,64, zowel voor de eerste dag als de volgende dagen; - forfait geneesmiddelen: € 0,62 per dag; - forfait klinische biologie: € 0 per opname; - forfait medische beeldvorming: € 1,98 per opname; - forfait voor technische verstrekkingen: € 0 per opname.
- opname in revalidatiecentrum	Ja		Ja	€ 40,33 voor 1 ^{ste} dag, daarna € 13,06 per dag		Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming betalen € 4,64 per dag (zowel eerste dag als de volgende dagen).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
- geneesmiddelen	Ja	Alleen geneesmiddelen behorend tot de categorieën A t/m C worden geheel of gedeeltelijk vergoed (zie bijlage B).	Ja	Afhankelijk van categorie geneesmiddel; procentuele bijbetaling tot een bepaald plafond, zie bijlage B.		Zie bijlage B.
- vervoer van en naar arts of ziekenhuis	Nee, tenzij	Dringend ziekenvervoer wordt niet vergoed (er zijn wel tariefafspraken). Indien de Mobiele Urgentie Groep (MUG) moet worden ingeschakeld voor dringende medische of verpleegkundige hulpverlening ter plaatse, worden aan de patiënt geen 'voorrijkosten' in rekening gebracht. Niet-dringend ziekenvervoer is wordt niet vergoed; het is bovendien geen federale bevoegdheid.	n.v.t.	-		Kankerpatiënten die chemo- of radiotherapie ondergaan worden onder bepaalde voorwaarden vergoed voor hun reiskosten (van/naar arts of behandelcentrum). Dit geldt ook voor dialysepatiënten (naar het dialysecentrum), te vroeg geboren baby's en patiënten die voor revalidatie naar een revalidatiecentrum moeten.
Paramedische zorg - fysio- en oefentherapie	Ja	De tarieven verschillen naar gelang de behandellocatie (thuis, praktijk of rusthuis). De vergoeding hangt af	Ja	40% van het tarief voor een zitting en afhankelijk van aantal zittingen.		Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming betalen 20% van het tarief voor een zitting. Voor ernstige aandoeningen (F-pathologieën) zijn tot 60 zittingen mogelijk met een standaardtegemeetkoming; vanaf de

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
- ergotherapie	Nee, tenzij:	van de soort pathologie. Voor courante aandoeningen is er een standaard tegemoet-koming voor de eerste 18 zittingen; vanaf de 19 ^{de} zitting is er een verminderde tegemoetkoming. Voor patiënten opgenomen in een ziekenhuis blijft de standaardvergoeding per zitting gehandhaafd gedurende de gehele ziekenhuisopname. Ergotherapie wordt niet vergoed, tenzij het onderdeel uitmaakt van revalidatie in een instelling.	n.v.t.	-		6 ¹ ^{ste} zitting is er een verminderde tegemoetkoming. Daarnaast is er een aparte lijst voor zware pathologie waarvoor er altijd een verhoogde tegemoetkoming is (E-lijst). De goedkeuring van een adviserend geneesheer van het ziekenfonds is vereist.
- logopedie	Ja	Voor behandeling in een zelfstandige logopediepraktijk is meestal goedkeuring nodig van een adviserend arts van het ziekenfonds.	Ja	25% van het honorarium		10% van het honorarium voor personen met recht op verhoogde tegemoetkoming
- diëtetiek	Nee, tenzij	Diëtetiek wordt niet vergoed, uitgezonderd voor diabetespatiënten (onder bepaalde voorwaarden).	n.v.t.	-		De vergoeding (aan diabetespatiënten) is beperkt tot twee consulten per jaar.

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
- podotherapie	Nee, tenzij	Podotherapie wordt niet vergoed, uitgezonderd voor diabetespatiënten (onder bepaalde voorwaarden).	n.v.t.	-		De vergoeding (aan diabetespatiënten) is beperkt tot twee consulten per jaar.
Verpleging en verzorging - thuiszorg (huishoudelijke hulp, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende begeleiding en activerende begeleiding)	Ja, gedeeltelijk	Verpleegkundige zorg verleend in de thuissituatie valt onder de verplichte ziekteverzekering. Huishoudelijke hulp, begeleiding en persoonlijke verzorging (inclusief palliatieve zorg) worden niet vergoed vanuit de verplichte ziekteverzekering. Wel premie 'mantel- of thuiszorg' van Vlaamse zorgverzekering.	Ja	In de meeste gevallen 25% van het honorarium		Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming betalen tussen 0 en 10%. De vergoeding is afhankelijk van de zorgbehoefte van de patiënt (zorgzwaarte).
Hulpmiddelen en aanpassingen - brillen en contactlenzen	Ja, gedeeltelijk	Beperkte vaste vergoeding die afhankelijk is van o.a. leeftijd en dioptrie.	Ja	Het bedrag dat boven de tegemoetkoming uitkomt is de eigen betaling.	Het remgeld varieert naargelang leeftijd, dioptrie en de materie van de glazen.	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming ontvangen dezelfde tegemoetkoming, dus geen lagere eigen betaling. (Er is wel een verschil in tegemoetkoming tussen personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, wanneer de verstrekker geen contract heeft met de ziekenfondsen.)
- gehoorapparaten	Ja, gedeeltelijk	Het vergoede bedrag is afhankelijk van de	Ja	Het bedrag dat boven de tegemoetkoming uitkomt	Diverse bepalingen,	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming ontvangen dezelfde

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
		leeftijd.		is de eigen betaling.	bijbetaling o.a. afhankelijk van leeftijd.	tegemoetkoming, dus geen lagere eigen betaling. (Er is wel een verschil in tegemoetkoming tussen personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, wanneer de verstrekker geen contract heeft met de ziekenfondsen.)
- prothesen en orthesen	Ja, gedeeltelijk		Ja	Het bedrag dat boven de tegemoetkoming uitkomt is de eigen betaling.	Diverse bepalingen	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming ontvangen dezelfde tegemoetkoming, dus geen lagere eigen betaling. (Er is wel een verschil in tegemoetkoming tussen personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, wanneer de verstrekker geen contract heeft met de ziekenfondsen.)
- rolstoelen	Ja, gedeeltelijk	Er bestaat een limitatieve lijst en verschillende aanvraagprocedures afhankelijk van het type rolstoel. Voor vergoeding is goedkeuring van adviserend arts van het ziekenfonds nodig.	Ja	Het bedrag dat boven de tegemoetkoming uitkomt is de eigen betaling.	Diverse bepalingen	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming ontvangen dezelfde tegemoetkoming, dus geen lagere eigen betaling. (Er is wel een verschil in tegemoetkoming tussen personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, wanneer de verstrekker geen contract heeft met de ziekenfondsen.)
- woningaanpassingen	Nee	Wel premie 'mantel- of thuiszorg' van Vlaamse zorgverzekering.	n.v.t.	-		-
- vervoers-voorzieningen (aanpassingen auto, scootmobiel, etc.)	Nee	Wel premie 'mantel- of thuiszorg' van Vlaamse zorgverzekering.	n.v.t.	-		-
- overige hulpmiddelen en aanpassingen	Ja, gedeeltelijk	Medische hulpmiddelen vallen	Ja	Het bedrag dat boven de tegemoetkoming uitkomt	Diverse bepalingen.	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming ontvangen dezelfde

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen (zie paragraaf 1.4.1)
		onder de verplichte ziekteverzekering, bijvoorbeeld kussens ter preventie van decubitus. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is goedkeuring nodig van de adviserend geneesheer van het ziekenfonds.		is de eigen betaling.		tegemoetkoming, dus geen lagere eigen betaling. (Er is wel een verschil in tegemoetkoming tussen personen met en zonder recht op verhoogde tegemoetkoming, wanneer de verstrekker geen contract heeft met de ziekenfondsen.)
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	Ja, gedeeltelijk	Alleen psychiatrie valt onder de verplichte ziekteverzekering. Andere vormen van (ambulante) GGZ worden gefinancierd door lokale overheden.	Ja	Percentage van 40% van het honorarium van een psychiater		Percentage van 15% van het honorarium van een psychiater.

Tabel D2 Remgelden voor geneesmiddelen (voor ambulante patiënten, per 1 april 2007)

Vergoedings-categorieën	Omschrijving	Gewoon verzekerden	Personen met recht op verhoogde tegemoetkoming
Categorie A	Omvat 'levensnoodzakelijke' geneesmiddelen (bijvoorbeeld geneesmiddelen voor de behandeling van diabetes of kanker).	100% vergoed, geen remgeld	100% vergoed, geen remgeld
Categorie B	Omvat geneesmiddelen die therapeutisch belangrijk zijn (zoals antibiotica).	Remgeld: van 25%, met een maximum van € 10,60 (bij grote verpakking* is het maximum € 13,30) Indien geneesmiddel behoort tot ATC-niveau 4: remgeld 15% met maximum van € 15,90 (bij grote verpakking* is het maximum € 23,90)	Remgeld van 15%, met een maximum van € 7,10 (bij grote verpakking* is het maximum € 8,80) Indien geneesmiddel behoort tot ATC-niveau 4: remgeld 15% met maximum van € 10,60 (bij grote verpakking* is het maximum € 15,90)
Categorie C	Omvat geneesmiddelen bestemd voor symptomatische behandeling (bijvoorbeeld slijmverdunnende middelen voor behandeling van COPD).	Remgeld van 50%, met een maximum van € 13,30 Indien geneesmiddel behoort tot ATC-niveau 4: remgeld 50% met maximum van € 23,90	Remgeld van 50%, met een maximum van € 8,80 Indien geneesmiddel behoort tot ATC-niveau 4: remgeld 50% met maximum van € 15,90
Categorie Cs	Omvat geneesmiddelen ter behandeling van bijvoorbeeld allergieën	Remgeld van 60%, zonder maximum	Remgeld van 60%, zonder maximum
Categorie Cx	Orale anticonceptiva	Remgeld van 80%, zonder maximum	Remgeld van 80%, zonder maximum
Categorie D	Omvat o.a. slaap- en kalmeringsmiddelen.	0% vergoed	0% vergoed

* Een grote verpakking is een verpakking die meer dan 60 eenheden bevat.

Tabel D3 Persoonlijke bijdragen (verplichte ziekteverzekering) voor specifieke groepen

Categorie	Situatie	Bedrag per kwartaal (€)	Bedrag per maand (€)
Gepensioneerden, weduwnaars en weduwen van de algemene regeling die een pensioen ontvangen dat overeenstemt met een loopbaan van minder dan één derde van een volledige loopbaan	Gerechtigde met personen ten laste	27,71	-
	Gerechtigde zonder personen ten laste	18,44	-
	21 jaar of ouder	-	37,18
Voortgezette verzekering	18 tot 21 jaar	-	28,08
	14 tot 18 jaar	-	18,72
Studenten	-	49,88	-
	Normaal	588,34	-
	Als inkomen < het grensbedrag van de jaarinkomens voorzien in artikel 134, 3° alinea van het KB van 3/7/96	294,17	-
Personen ingeschreven in het Rijksregister van natuurlijke personen	Als inkomen < het bedrag dat is vastgesteld om de verhoogde tegemoetkoming te genieten	49,88	-
	Als inkomen < het jaarbedrag van het bestaansminimum	0,00	-
	Als men recht heeft op een voordeel bedoeld in artikel 37, § 19, alinea 1, 1°, 2° of 3° van de gecoördineerde wet	0,00	-
Zelfstandigen - E.E.G.-verordening	Gerechtigde met personen ten laste	-	71,07
	Gerechtigde zonder personen ten laste	-	47,38
Kloostergemeenschappen	Gerechtigde jonger dan 65 jaar	75,34	-
	Gerechtigde ouder dan 65 jaar	21,54	-
Voorlopige bijdrage van zelfstandigen waarvoor de zelfstandige vrijstelling van de bijdragen voor het sociaal statuut heeft gevraagd	Voorlopige bijdrage	218,20	-
Gewezen personeel van de openbare sector in Afrika	-	33,93	-
Behoud van het recht v.d. zelfstandigen	-	26,73	-
Gepensioneerden, weduwen en weduwnaars van de regeling van de zelfstandigen die een pensioen ontvangen dat overeenstemt met een loopbaan van minder dan één derde van een volledige loopbaan	Gerechtigde met personen ten laste	11,04	-
	Gerechtigde zonder personen ten laste	7,40	-

Categorie	Situatie	Bedrag per kwartaal (€)	Bedrag per maand (€)
Weduwnaars en weduwen beoogd in art. 5,5° van de rechthebbenden bedoeld in art. 5, 1° 2° 3° en 4° van het K.B. van 29.12.1997	Gerechtigde met personen ten laste	16,66	-
	Gerechtigde zonder personen ten laste	11,04	-

Bron: http://www.riziv.fgov.be/secure/nl/medical_cost/cotisations/index.htm

Tabel D.4. Reglementering kamersupplementen

Gemeenschappelijke kamer	Kamersupplement verboden
Tweepersoonskamer	Kamersupplement van maximum € 20,51 per dag toegestaan, behalve: voor personen met de verhoogde tegemoetkoming (en hun meeverzekerde gezinsleden); voor personen die erkend zijn als chronisch ziek; voor patiënten met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal; voor patiënten die een palliatieve tegemoetkoming ontvangen of opgenomen zijn op een palliatieve afdeling van een ziekenhuis; bij opname in een tweepersoonskamer omdat er geen gemeenschappelijke kamer beschikbaar is; bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; bij opname van een kind samen met een begeleidende ouder.
Eenpersoonskamer	Kamersupplement (vrij te bepalen door het ziekenhuis) toegestaan, behalve: indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; bij opname in een eenpersoonskamer omwille van dienstonodigheden (organisatorische redenen); bij opname van een kind samen met een begeleidende ouder.

Bron: http://www.cm.be/nl/108/ziekteverzekering/ziekenhuisfactuur/specifieke_regelingen/kamersupplement.jsp

Tabel D.5. Reglementering honorariasupplementen

	Geconventioneerde arts (arts die tariefafspraken heeft ondertekend)	Niet-geconventioneerde arts (arts die tariefafspraken niet heeft ondertekend)
Gemeenschappelijke kamer Tweepersoonskamer	Honorariasupplementen verboden	Honorariasupplementen toegestaan, behalve: voor personen met de verhoogde tegemoetkoming (en hun meeverzekerde gezinsleden); voor personen die erkend zijn als chronisch ziek; voor patiënten met een tegemoetkoming voor incontinentiemateriaal; voor patiënten die een palliatieve tegemoetkoming ontvangen of opgenomen zijn op een palliatieve afdeling van een ziekenhuis; bij opname in een tweepersoonskamer omwille van dienstdoendigheden (organisatorische redenen) bij opname in een tweepersoonskamer omdat er geen gemeenschappelijke kamer beschikbaar is; bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; bij opname van een kind met een begeleidende ouder.
Eenpersoonskamer	Honorariasupplementen toegestaan, behalve: indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document heeft ondertekend waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd.	Honorariasupplementen toegestaan, behalve: indien de gezondheidstoestand van de patiënt een eenpersoonskamer vereist; bij opname in een eenpersoonskamer omdat er geen ander kamertype beschikbaar is; bij opname op de spoedafdeling of de afdeling intensieve zorg; bij opname van een kind met een begeleidende ouder en indien de ouder geen document ondertekende waarin uitdrukkelijk een eenpersoonskamer wordt gevraagd.

Bijlage E Bijlagen bij Frankrijk

Tabel E.1. Verzekerde zorg krachtens de basisverzekering ('Assurance Maladie') of verstrekkingen via de Maisons départementales (CNSA/departementen) in 2006

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Geneeskundige zorg						
- huisartsenzorg	Ja		Ja	In geval van sector 1 arts: Percentage van 30% van het vastgestelde tarief (tarief is € 22 per consult) en € 1 à 2,50 extra per consult.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). Enkele groepen zijn vrijgesteld van het € 1-forfait (zie tabel 4).
- medisch-specialistische zorg	Ja		Ja	In geval van sector 1 arts: Percentage van 30% van het vastgestelde tarief (tarief is € 25 per consult) en € 1 à 2,50 per consult.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). Enkele groepen zijn vrijgesteld van het € 1-forfait (zie tabel 4).
- verloskunde en kraamzorg	Ja		Nee	n.v.t.		-

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
- ziekenhuisopname	Ja		Ja	Vast bedrag van € 16 per opnamedag (of € 12 bij opname op een psychiatrische afdeling). Naast de vaste eigen bijdrage per opnamedag, betaalt men 20% van de prijs van verrichtingen, indien de totaalprijs van verrichtingen minder is dan € 91. Indien de totaalprijs van verrichtingen tenminste € 91 bedraagt, betaalt men een vast bedrag van € 18.	Geen vast bedrag per opnamedag meer verschuldigd vanaf de 31 ^{ste} dag van (opeenvolgende) hospitalisatie.	€ 0 per opnamedag voor de enkele groepen (zie tabel 4). Vrijgesteld van het € 18-forfait zijn eveneens enkele groepen zie tabel 4).
- dagopname in ziekenhuis	Ja		Ja	20% van de prijs van verrichtingen, indien de totaalprijs van verrichtingen minder is dan € 91. Indien de totaalprijs van verrichtingen tenminste € 91 bedraagt, betaalt men een vast bedrag van € 18.		Vrijgesteld van het € 18-forfait zijn enkele groepen (zie tabel 4).
- opname in revalidatiecentrum	Ja		Nee	n.v.t.		-
- geneesmiddelen	Ja, gedeeltelijk		Ja, De vergoeding is afhankelijk van het belang van het geneesmiddel en de ernst van de toestand van de patiënt. De vergoedingspercentages zijn: 100%, 65%, 35% en 15% van de referentieprij (zie tabel 3).	Percentage tussen 0 en 85% van de referentieprij (zie tabel 3).	Geldt voor geneesmiddelen op recept; geneesmiddelen zonder recept (OTC-geneesmiddelen) dient men volledig zelf te betalen.	De eigen bijdrage voor CMUC-gerechtigden is 0% (alle voorgeschreven geneesmiddelen). Mensen met een aandoening voorkomend op de lijst ALD betalen 0% eigen bijdrage voor die geneesmiddelen die verband houden met hun chronische ziekte (op de lijst ALD); ze moeten wel de gewone eigen bijdrage betalen voor andere geneesmiddelen.

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
- vervoer van en naar ziekenhuis of arts	Ja, gedeeltelijk	Voor 'ongepland' transport (in noodgeval) naar arts of ziekenhuis wordt 65% vergoed. Indien men daarna in het ziekenhuis moet blijven (voor meer dan 24 uur), wordt 100% van de transportkosten vergoed. Voor 'gepland' transport geldt dat het onder bepaalde voorwaarden wordt vergoed (65%) en dat er in elk geval een doktersverklaring voor nodig is.	Ja	Percentage van 35% van vervoerskosten in geval van ongepland transport (zonder aansluitend ziekenhuisverblijf) of gepland transport onder bepaalde voorwaarden en op doktersvoorschrift. Indien men niet aan de voorwaarden voldoet, betaalt men zelf de gehele vervoerskosten van en naar arts of ziekenhuis.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
- tandheeskundige zorg	Ja, gedeeltelijk	Er wordt 70% van het officieel vastgestelde tarief vergoed (van verrichtingen die onder het basispakket vallen). Echter, meestal wordt veel meer dan het officiële tarief gerekend. De prijzen voor gebitsprothesen en beugels zijn vrij, maar de basisverzekering vergoedt 70%, in geval van een prothese of beugel die geregistreerd is op de lijst van producten die voor vergoeding in aanmerking komen.	Ja	Percentage van 30% van het officieel vastgestelde tarief.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Paramedische zorg						
- fysiotherapie, oefentherapie, ergotherapie	Ja	Deze vormen van zorg kunnen worden verleend door een gespecialiseerde arts of door een 'masseur-kinésitherapeut' (dit is een gespecialiseerd verpleegkundige). Vergoeding bedraagt 70% van het tarief voor artsen en 60% van het tarief voor gespecialiseerd verpleegkundigen. Vergoeding van behandeling door masseur-kinésitherapeut is alleen mogelijk, na verwijzing door een arts.	Ja	Percentage van 30% van het vastgestelde honorariumtarief (bij een daarvoor opgeleide arts) of 40% (bij een masseur-kinésitherapeut). De vergoeding en de tarieven zijn onafhankelijk van het aantal zittingen.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
- diëtetiek	Ja	Dieetzorg kan worden verleend door een gespecialiseerde arts of door een gespecialiseerd verpleegkundige. Vergoeding bedraagt 70% van het tarief voor artsen en 60% van het tarief voor gespecialiseerd verpleegkundigen. Vergoeding van behandeling door een gespecialiseerd verpleegkundige is alleen mogelijk, na verwijzing door een arts.		Percentage van 30% van het vastgestelde honorariumtarief (bij een daarvoor opgeleide arts) of 40% (bij een masseur-kinésitherapeut). De vergoeding en de tarieven zijn onafhankelijk van het aantal zittingen.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).
- logopedie	Nee	-	n.v.t.	-		-
- podotherapie	Ja	Deze vorm van zorg wordt verleend door een 'pédicure-podologue'.	Ja	Percentage van 40% van het vastgestelde honorariumtarief.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Verpleging en verzorging						
- thuiszorg: huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en reacterende begeleiding	Ja, gedeeltelijk: alleen thuisverpleging (persoonlijke verzorging en verpleging) via basisverzekering. Andere vormen van thuiszorg kunnen (indien indicatie afgegeven) worden vergoed door CNSA/ departementen (PCH/APA).	Alleen thuisverpleging 'hospitalisation à domicile' (H.A.D.) komt in aanmerking voor vergoeding via de basisverzekering. Hiervoor is toestemming nodig van de coördinerend arts van de H.A.D.- dienstverlening. Andere voorwaarden: men moet woonachtig zijn in een regio waar dit type zorg wordt geboden en de thuissituatie moet geschikt zijn voor thuisverpleging.	Ja	Procentuele eigen bijdrage van 20% van de vastgestelde tarieven voor alle verrichtingen in de thuissituatie. Voor huishoudelijke hulp vergoedt de CNSA via de PCH tot 130% van het bruto uurloon, waarbij van een referentiesalaris van € 8,48 per uur wordt uitgegaan, m.a.w. de vergoeding bedraagt € 11,02 per uur (2007).		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). Om in aanmerking te komen voor vergoeding van huishoudelijke hulp via CNSA/ departementen moet met een positieve indicatie voor APA of PCH hebben.
- gespecialiseerd verpleegkundige	Ja		Ja	Procentuele eigen bijdrage van 40% van het honorariumtarief.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4).
- tijdelijke opname in verpleeghuis	Verpleeghuis-zorg valt niet onder de ziekteverzekering, maar wordt geleverd door de CNSA/ departementen.	Men dient positieve indicatie te hebben.	Ja	Cliënten betalen vaak een groot deel zelf; hoeveel is afhankelijk per centrum.		

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
Hulpmiddelen en aanpassingen						
- brillen en contactlenzen	Ja	Voor kinderen gelden andere vergoedingen dan voor volwassenen.	Ja	Percentage van 35% van het 'tarif de responsabilité'. NB De werkelijke kosten bedragen vaak een veelvoud van deze tarieven, bijvoorbeeld het tarief voor een montuur bedraagt € 2,84 en voor een glas varieert het tarief tussen € 2,29 en € 24,54. Daarvan krijgt men dus 65% vergoed.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). NB Deze groepen moeten dus wel zelf alle kosten boven het 'tarif de responsabilité'. De meeste afkoop-verzekeringen betalen eveneens een deel van de kosten.
- gehoorapparaten	Ja	Voor kinderen gelden andere vergoedingen dan voor volwassenen. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is bovendien een verklaring van een arts nodig.	Ja	Percentage van 35% van het 'tarif de responsabilité' (TR). Bij volwassenen wordt uitgegaan van een vast TR van € 199,71 voor correctie van één oor. De vergoeding is dus € 129,81 per gehoorapparaat voor één oor. NB De werkelijke kosten bedragen vaak een veelvoud van dit tarief.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). NB Deze groepen moeten dus wel zelf alle kosten boven het 'tarif de responsabilité'. De meeste afkoop-verzekeringen betalen eveneens een deel van de kosten.
- prothesen en orthesen	Ja		Nee	Geen procentuele eigen bijdrage voor prothesen en orthesen voorkomend op de 'lijst van producten en prestaties'.		-
- loophulpmiddelen (rollator, stok) en rolstoelen	Ja		Nee	Geen procentuele eigen bijdrage voor prothesen en orthesen voorkomend op de 'lijst van producten en prestaties'.		-

Type zorg	Recht op vergoeding	Specificatie van de vergoede zorg	Eigen bijdrage?	Type en hoogte eigen bijdrage	Eventuele specificatie van zorg waarvoor eigen bijdrage geldt	Eventueel gereduceerd tarief voor speciale groepen
- woningaanpassingen	Ja, via CNSA/ departementen.	Men dient positieve indicatie te hebben.	Afhankelijk van bedrag:	Tot € 1.500 wordt 100% vergoed, dus geen eigen bijdrage. Daarboven wordt 50% vergoed (en dus 50% eigen bijdrage), maximale vergoeding over 10 jaar bedraagt € 10.000 (2007).		
- autoaanpassingen en meerkosten van vervoer	Ja, via CNSA/ departementen.	Men dient positieve indicatie te hebben.	Afhankelijk van bedrag:	Autoaanpassingen: Tot € 1.500 wordt 100% vergoed, dus geen eigen bijdrage. Daarboven wordt 75% vergoed (en dus 25% eigen bijdrage), maximale vergoeding over 5 jaar bedraagt € 5.000 (2007) of € 12.000 onder bepaalde voorwaarden (voor woon-werkverkeer bij afstand van meer dan 50 km heen en terug). Transport: 75% of € 0,50 per km (tot maximumbedrag).		
Overige hulpmiddelen en aanpassingen	Ja, via CNSA/ Departementen. Technische hulpmiddelen die bedoeld zijn om zelfstandigheid en participatie te vergroten.	Men dient positieve indicatie te hebben.		Algemene regel is: maximaal € 3.960 per drie jaar wordt vergoed (vaak betaalt men 25% van de prijs als eigen bijdrage). In sommige gevallen is hogere maximale vergoeding mogelijk.		
Geestelijke gezondheidszorg (ambulant)	Ja, gedeeltelijk	Alleen zorg verleend door psychiater wordt vergoed.	Ja	In geval van sector 1 psychiater: Percentage van 30% van het vastgestelde tarief (tarief is € 37 per consult) en € 1 per consult.		0% voor de groepen die vrijgesteld zijn van betaling van de officiële procentuele eigen bijdragen (zie tabel 4). Enkele groepen zijn vrijgesteld van het € 1-forfait (zie tabel 4).

Bijlage E.2. Berekening eigen bijdrage APA

De berekening van de bijdrage APA gaat als volgt. Er wordt een zorgplan gemaakt. Afhankelijk van het inkomen, krijg je meer of minder eigen bijdrage.

Er is een maximumbedrag aan het zorgplan:

S (majoration pour de tierce personne) in 2006: € 982,15 per maand

A=maximale kosten van het zorgplan (geplafonneerd):

GIR 1 : $A = S \times 1,19$;

GIR 2 : $A = S \times 1,02$;

GIR 3 : $A = S \times 0,765$;

GIR 4 : $A = S \times 0,51$.

Dus, voor 2006 zijn de maximale bedragen per zorgplan:

GIR1: $A = 1168,76$

GIR2: $A = 1001,79$

GIR3: $A = 751,34$

GIR4: $A = 500,90$

Eigen bijdrage:

1) Het inkomen is minder dan $0,67 \times S$ (658,04 per maand): geen eigen bijdrage.

2) Het inkomen bedraagt tussen $0,67$ en $2,67 \times S$ (tussen 658,04 en 2622,34 per maand):

$P = A \times (R - (S \times 0,67)) \times 90\%$ divisé par (gedeeld door) $S \times 2$

P= eigen bijdrage

A= bedrag van het voorgestelde zorgplan ; représente le montant du plan d'aide proposé ;

R= maandinkomen van de begunstigde (lijkt mij van het huishouden);

S= bedrag van de 'majoration pour tierce personne'(in 2006 : dus 982,15 per maand).

3) Het inkomen bedraagt meer dan $2,67 \times S$ (dus meer dan 2622,34 per maand):

$P = A \times 90\%$.



seo economisch onderzoek

Roetersstraat 29 . 1018 WB Amsterdam . T (+31) 20 525 16 30 . F (+31) 20 525 16 86 . www.seo.nl