

Gevolgen Regeerakkoord voor de zorgverzekering

Update 13-11-2012:

De inkomensafhankelijke zorgpremie wordt vervangen door een hogere arbeidskorting en een hogere heffingskorting voor de lage inkomens. Er komt wel een inkomensafhankelijk eigen risico. De zorgtoeslag blijft.

De financiering van de zorg verandert in 2014. De premie voor de zorgverzekeringswet wordt bijna helemaal gefiscaliseerd. De basisverzekering wordt uitsluitend in de vorm van een naturapolis aangeboden.

Financiering basisverzekering

De premie voor de basisverzekering bestaat vanaf 2014 voor een groot deel uit een inkomensafhankelijke premie (IAP) en voor een klein deel uit een nominale premie. De IAP van 11,1% wordt geheven vanaf het WML (inclusief vakantiegeld) tot een grens van twee keer modaal. De inkomensgrens van de inkomensafhankelijke bijdrage (IAB) wordt eveneens verhoogd naar twee keer modaal. De IAP en de IAB worden beide uitgevoerd door de belastingdienst. De huidige nominale premie van gemiddeld 1.280 euro per jaar daalt in 2014 naar gemiddeld 255 euro en stijgt daarna tot circa 400 euro in 2017. Daarna blijft de verhouding tussen de nominale en inkomensafhankelijke premie constant.

Het eigen risico wordt budgettair neutraal omgezet in een inkomensafhankelijk eigen risico. Er komen drie tredes voor drie even grote inkomensgroepen en zullen bij invoering grofweg 180, 350 en 595 euro bedragen.

De zorgtoeslag kan hierdoor verdwijnen. De zorgkosten blijven gelijk verdeeld tussen werkgevers en werknemers.

Voor verzekeraars betekent het dat 85% van hun inkomsten afkomstig zal zijn van inkomensafhankelijke premies, feitelijk zijn dat belastingen. Slechts 15% van hun inkomsten innen ze zelf bij de verzekerden.

Door de premies voor zorgverzekeringen grotendeels inkomensafhankelijk te maken, zal de prikkel bij zorgverzekeraars om onderling te concurreren waarschijnlijk afnemen. In 2012 ligt de premie voor de goedkoopste individuele polis zonder korting 170 euro per jaar onder het gemiddelde. Ook bieden verzekeraars premiekortingen, vooral voor een verhoogd eigen risico. Vanaf 2014 wordt voor verzekeraars de ruimte beperkt om zich te profileren met lage premies en daarmee belemmert deze wijziging de concurrentie tussen verzekeraars. Ook bij verzekerden verdwijnt dan wellicht de prikkel om nog over te stappen naar een andere verzekeraar. Het kabinet tast hiermee de kern aan van het zorgstelsel dat in 2006 is ingevoerd.

Overige belangrijke wijzigingen

De invoering van het liggeld van 7,50 euro per verpleegdag in een ziekenhuis wordt teruggedraaid. Daartegenover wordt voor elk bezoek aan de spoedeisende hulp post zonder verwijzing van de huisarts, een eigen bijdrage van 50 euro geïntroduceerd.

De coalitiepartijen nemen ook diverse maatregelen op het gebied van de curatieve zorg. Zij willen nieuwe hoofdlijnenakkoorden sluiten met sectoren van medisch specialistische instellingen, de GGZ

en de huisartsen voor de periode 2015–2017. Het doel is om tot afspraken te komen die de jaarlijkse volumegroei van de ingezette middelen beperken tot 2% (voor huisartsen 2,5%).

Met verzekeraars wordt een convenant gesloten over preventie en het bevorderen van een gezonde levensstijl.

De AWBZ zorg die nu thuis of in de omgeving wordt geleverd en die vooral ondersteunend van aard is, wordt vanaf 2015 door gemeenten uitgevoerd en gaat dan vallen onder de Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO). Zorg die meer medisch gericht is, zoals de AWBZ verpleging aan huis en de GGZ, wordt risicodragend ondergebracht bij de zorgverzekeraars. Zij hebben de kennis in huis om hiervoor de juiste zorg in te kopen voor patiënten en er een integraal aanbod van te maken.

De AWBZ in nieuwe opzet blijft behouden voor echt onverzekerbare risico's, de zwaardere zorg voor ouderen en gehandicapten.

Zorgverzekeraars worden in 2017 financieel verantwoordelijk voor de Geestelijk GezondheidsZorg (GGZ). De bestaande eigen bijdrage in de eerste lijn wordt budgettair neutraal omgezet in een procentuele eigen bijdrage voor alle GGZ-kosten in de eerste en tweede lijn gezamenlijk. Dit betekent een lagere eigen bijdrage in de eerste lijns GGZ.

Een combinatie van de introductie van inkomensafhankelijke zorgfinanciering en het organiseren van zorg dicht bij mensen maakt beperking, vereenvoudiging en decentralisatie mogelijk van inkomensregelingen als compensatie eigen risico (CER), de aftrek specifieke zorgkosten voor de inkomstenbelasting en de wet tegemoetkoming chronisch zieken en gehandicapten (Wtcg). Door decentralisatie van de financiële ondersteuning voor chronisch zieken en gehandicapten met meerkosten ontstaat uit een complex van ongerichte regelingen één eenduidig vangnet, waarmee de doelgroep op transparante wijze en met scherpe focus wordt bereikt.

Naturapolissen

Een concentratie van voorzieningen zorgt vaak voor een hogere kwaliteit tegen lagere kosten. Verzekeraars kunnen dit doel bereiken door zorgaanbieders selectiever te contracteren op basis van heldere kwaliteitscriteria. De basisverzekering wordt om die reden beperkt tot naturapolissen. De restitutiepolis gaat naar de aanvullende verzekering.

Rijssen, 31 oktober 2012

Erik Hertgers
Hertgers Pensioen Advies

Disclaimer

Dit bericht is geschreven naar de inzichten van 30 oktober 2012. Hertgers Pensioen Advies heeft bij het redigeren van dit bericht de nodige zorgvuldigheid betracht. Hertgers Pensioen Advies is niet verantwoordelijk voor schade die ontstaat als gevolg van onjuistheden in deze nieuwsbrief.