



Inkomens- en risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet is gebaseerd op solidariteit, waarbij iedereen, ongeacht inkomen of gezondheid, toegang heeft tot betaalbare zorg. Huishoudens betalen zorgkosten via de inkomensafhankelijke bijdrage, de nominale premie, de algemene belastingen en het eigen risico. We vinden dat de bijdragen aan de Zorgverzekeringswet nauwelijks afhangen van de gezondheid van een huishouden. Middeninkomens betalen relatief het meest voor zorg uit het basispakket.

Met behulp van microdata brengen we de financiering van de Zorgverzekeringswet in beeld. We laten zien hoe groot de inkomens- en risicosolidariteit is, en hoe beleid hierop van invloed is.

CPB - oktober 2024

Rudy Douven, Kati Gaspar,
Maud Hofland, Anne-Fleur Roos,
Henrik Zaunbrecher, Annette Zeilstra

Samenvatting

Deze studie brengt in kaart hoe de financiering van de zorg onder de Zorgverzekeringswet verdeeld is over huishoudens, gezien naar inkomen en zorggebruik. Bij de introductie van de huidige Zorgverzekeringswet (Zvw) werd solidariteit tussen inkomens en risico's expliciet genoemd als randvoorwaarde. Deze studie brengt in kaart hoe het staat met de solidariteit in de Zvw, en door welke financieringsstromen deze gedreven wordt. We kijken daarbij zowel naar de mate waarin huishoudens met een hoger inkomen meer bijdragen aan de betaling van de zorgkosten dan huishoudens met een lager inkomen (inkomenssolidariteit), en in hoeverre huishoudens met lage zorgkosten in gelijke mate bijdragen aan de zorg als huishoudens met hoge zorgkosten (risicosolidariteit).

Huishoudens dragen op verschillende manieren bij aan de Zvw. De inkomensafhankelijke bijdrage (iab) is met 50% de grootste financieringsstroom van de Zvw. Daarna komt de nominale premie, waarvoor huishoudens met een lager inkomen een zorgtoeslag ontvangen. De premie minus de zorgtoeslag omvat 29% van de totale bijdragen aan de Zvw. De derde stroom in omvang is de algemene belasting met 15%. Het verplicht eigen risico heeft met gemiddeld 6% een relatief beperkte omvang in de financiering van de Zvw.

Hoewel huishoudens met een hoog inkomen in absolute zin meer bijdragen aan de financiering van de Zvw is dat als aandeel van het inkomen niet het geval. Betalingen aan de Zvw nemen als aandeel van het inkomen eerst toe, tot ongeveer een derde van de huishoudens, en nemen daarna gestaag af. Huishoudens met een middeninkomen dragen relatief dus het meeste bij. Zij betalen jaarlijks ongeveer 9,7% van hun inkomen (ongeveer 6300 euro) aan de financiering van de Zorgverzekeringswet (Zvw), terwijl de 20% huishoudens met de hoogste inkomens gemiddeld 6,6% (ongeveer 10.100 euro) bijdraagt. Dat huishoudens met een hoger inkomen relatief minder bijdragen dan huishoudens met een middeninkomen komt doordat drie financieringsstromen constant zijn voor hoge inkomens: de nominale premie minus de zorgtoeslag, de betalingen met betrekking tot het eigen risico en de inkomensafhankelijke bijdrage boven een inkomensgrens. Met een stijging van het inkomen, neemt de bijdrage aan de Zvw dan relatief af.

De samenvattende maatstaf voor inkomenssolidariteit (de KI-index) is met -0,101 in Nederland in 2019 relatief laag. Dat is lager dan bleek uit eerder Nederlands onderzoek naar de inkomenssolidariteit, dat stamt van voor de invoering van de Zvw. Het cijfer is tevens laag in vergelijking met studies die zijn uitgevoerd in België, Frankrijk en Israël. De voor Nederland gevonden KI-index is vergelijkbaar met de schattingen voor Zwitserland en Italië. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat het hier louter de solidariteit in de financiering van het zorgstelsel betreft; naar de gelijkheid van de totale verdeling van netto-inkomens – met aftrek van alle premies en belastingen – is in deze studies niet gekeken. We weten uit eerder onderzoek dat herverdeling in Nederland vooral plaatsvindt via andere overheidsuitgaven, zoals de bijstand (Van Essen et al., 2022).

De risicosolidariteit tussen huishoudens in de Zvw is hoog. Met andere woorden: de hoogte van de betalingen van huishoudens aan de Zvw hangt slechts zeer beperkt af van de zorgkosten van een huishouden. De 1% huishoudens met de hoogste zorgkosten heeft gemiddeld genomen 90.000 euro aan zorgkosten; maar betaalt gemiddeld genomen minder dan 6000 euro aan de Zvw. De 25% huishoudens met de laagste zorgkosten betaalt gemiddeld 5000 euro aan de Zvw. Huishoudens dragen niet evenveel bij aan de Zvw. Zo speelt de gezinssamenstelling een rol: kleine huishoudens dragen bijvoorbeeld minder bij aan de financiering van de Zvw dan grote huishoudens, huishoudens met hogere zorgkosten dragen meer bij via hogere eigen betalingen, en huishoudens met lagere zorgkosten dragen relatief meer bij omdat deze huishoudens vaker een hoger inkomen hebben.

Recente aanpassingen in de iab-premie en de geplande verlaging van het eigen risico van 385 euro naar 165 euro vergroten de inkomenssolidariteit en hebben geen eenduidig effect op de risicosolidariteit. Door een recente aanpassing van de iab-premie zijn huishoudens met lage inkomens minder gaan bijdragen

en huishoudens met hoge inkomens meer. Dit heeft geleid tot meer inkomenssolidariteit: de KI-index stijgt naar -0,084. We vinden vergelijkbare resultaten als we kijken naar de voorgenomen verlaging van het eigen risico naar 165 euro. De inkomenssolidariteit in de Zvw neemt als gevolg van die wijziging toe, maar in mindere mate dan bij de aanpassing in de iab (KI-index stijgt naar -0,098). Het effect van de wijzigingen in iab en eigen risico op de mate van risicosolidariteit hangt af van de gekozen definitie voor risicosolidariteit. Als gecorrigeerd wordt voor huishoudssamenstelling, neemt de risicosolidariteit af. Als er niet gecorrigeerd wordt voor huishoudssamenstelling, neemt de risicosolidariteit als gevolg van de wijzigingen toe.

1 Inleiding

1.1 Solidariteit in de zorg

Het Nederlandse zorgstelsel rust op het principe van solidariteit, waarbij iedereen bijdraagt aan de betaling van de zorgkosten van zowel zichzelf als van anderen. Bij de introductie van de huidige Zorgverzekeringswet (Zvw) werd solidariteit tussen inkomens en risico's expliciet genoemd als randvoorwaarde (Kamerstukken II, 29763, nr. 3, 2004). Dit moest onder meer geborgd worden door een verzekeringsplicht voor burgers, een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars, een verbod op premiedifferentiatie en een wettelijke zorgtoeslag. Deze studie brengt in kaart hoe het staat met de inkomens- en risicosolidariteit in de Zorgverzekeringswet.

Inkomenssolidariteit in de zorg betekent dat mensen met een hoger inkomen meer bijdragen aan de betaling van de zorgkosten dan mensen met een lager inkomen. Dit principe is gebaseerd op het idee dat brede schouders de zwaarste lasten dragen en dat ook mensen met een laag inkomen toegang moeten hebben tot goede en betaalbare zorg. De inkomenssolidariteit is hoger naarmate hogere inkomens meer bijdragen aan de zorg dan lagere inkomens.

Risicosolidariteit houdt in dat de betaling aan de zorg via de zorgverzekering niet of beperkt afhangt van de gezondheidsrisico's van verzekerden. Dit principe is gebaseerd op het idee dat 'gezonde schouders' de zwaarste lasten dragen, zodat ook mensen in minder goede gezondheid toegang hebben tot zorg(verzekeringen). Bijvoorbeeld, in een samenleving met een hoge mate van risicosolidariteit, hoeven chronisch zieken niet de volledige kosten van hun dure behandeling zelf te betalen. Deze kosten worden dan mede betaald door mensen die weinig of geen zorgkosten hebben. De risicosolidariteit is volledig wanneer de betalingen aan de zorguitgaven van een individu onafhankelijk zijn van de hoogte van de zorguitgaven van dat individu.

De mate van solidariteit hangt af van maatschappelijke voorkeuren: een hoge solidariteit kent voor- en nadelen. Een hoge mate van inkomens- en risicosolidariteit waarborgt dat alle mensen in de samenleving, ongeacht hun financiële situatie of gezondheidsrisico, toegang hebben tot gezondheidszorg. Dat zal mede de gezondheidsverschillen tussen sociaaleconomische groepen verkleinen. Een hoge mate van solidariteit kan dus leiden tot een stabielere en productievere samenleving. Maar solidariteit kent ook nadelen. Omdat kosten van zorg niet direct aan het individu worden doorberekend, betekent een hoge mate van risico- en inkomenssolidariteit dat er overconsumptie van zorg kan plaatsvinden. Bovendien kunnen mensen minder prikkels tot het nastreven van een gezonde leefstijl ervaren (Jeurissen & Maarse, 2021) waardoor collectieve uitgaven aan zorg kunnen stijgen.

De mate van solidariteit is geen gegeven, maar is het resultaat van beleidskeuzes en kan conflicteren met maatschappelijke voorkeuren over de mate van solidariteit. Door inkomenssolidariteit dragen hogere inkomens meer bij dan ze gemiddeld genomen gebruiken aan zorg. Wanneer de zorgkosten sneller stijgen dan het inkomen, leidt dat tot een steeds groter beroep op hogere inkomens. Risicosolidariteit zorgt ervoor dat gezonde verzekerden meebetalen aan de kosten van verzekerden die zorg nodig hebben. Wanneer de zorgkosten stijgen, wordt voor gezonde verzekerden het verschil tussen de kosten en baten van zorg steeds groter. En dit geldt bovendien niet alleen binnen de zorg. Ook op bijvoorbeeld de arbeidsmarkt betalen hogere inkomens meer belasting en sociale premies dan lagere inkomens. Hoge inkomens of gezonde

verzekerden kunnen de betalingen (aan zorg) als onevenredig hoog ervaren. De druk op de mate van solidariteit neemt dan toe (Van der Horst & Ter Rele, 2013).

1.2 Aanleiding en afbakening

Recent onderzoek wijst erop dat de toekomstige zorguitgaven sneller zullen stijgen dan het inkomen.

Bijvoorbeeld, Aalbers en Roos (2022) laten in een raming zien dat de collectieve zorguitgaven stijgen van 10% in 2020 naar 18% van het bbp in 2060. Ook anderen waarschuwen voor een stijging van de zorgkosten (WRR, 2021; SBR, 2020; Technische werkgroep macrobeheersing zorguitgaven, 2023). De stijging van de collectieve zorguitgaven kan door diverse beleidsmaatregelen worden getemperd, bijvoorbeeld door hogere eigen betalingen, of door pakketverkleiningen. Een beperking van de omvang van de collectieve gezondheidszorg zal de mate van inkomens- en risicosolidariteit verlagen. Kortom, zowel gelijkblijvend beleid als beleid gericht op het temperen van de stijging van de zorguitgaven heeft consequenties voor de inkomens- en risicosolidariteit in de zorg. De precieze gevolgen voor huishoudens zijn echter nog maar beperkt inzichtelijk. Een afgewogen zorgbeleid vraagt om het in kaart brengen van die gevolgen.

Dit onderzoek naar de solidariteit in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het eerste project van een meerjarige onderzoekslijn over inkomens- en risicosolidariteit in de Nederlandse zorg. In later te verschijnen rapporten wil het CPB ook in kaart brengen hoe het staat met de solidariteit in de Wet langdurige zorg (Wlz), de ontwikkeling van de solidariteit op de langere termijn en hoe beleidsmaatregelen in de zorg de mate van solidariteit beïnvloeden. In deze projecten wordt inkomens- en risicosolidariteit vanuit een jaarlijks perspectief en dus niet vanuit een levenslopperspectief beschouwd. De bedoeling van de rapporten is om inzicht te geven in de mate van en (toekomstige) ontwikkelingen in de solidariteit in de zorg. Het onderzoek naar inkomens- en risicosolidariteit in de zorg bouwt voort op eerder CPB-onderzoek naar de houdbaarheid van de zorguitgaven op de lange termijn (Van Ewijk et al., 2013; Van der Horst & Ter Rele, 2013; Smid et al., 2014; Wouterse & Ter Rele, 2016; Adema & van Tilburg, 2019; Wouterse et al., 2020). Ook sluit dit onderzoek aan bij eerder onderzoek naar de impact van overheidsuitgaven en belastingen op ongelijkheid en herverdeling (Bruil, 2022; Caminada et al., 2021; Van Essen et al., 2022).

Dit rapport beschrijft de inkomens- en risicosolidariteit tussen huishoudens in de Zorgverzekeringswet in 2019. Het betreft hier de solidariteit met betrekking tot het basispakket van de Zvw, dat jaarlijks door de overheid wordt bepaald en zorg betreft die werkt en voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' (Zorginstituut Nederland, z.d. a). We volgen de wetenschappelijke literatuur en kijken naar solidariteit tussen huishoudens. Huishoudens worden namelijk vaak gezien als economische eenheden waar middelen worden gedeeld (zie ook hoofdstuk 3). De onderlinge afhankelijkheid van individuen in een huishouden betekent dat beslissingen en effecten met betrekking tot de financiering van de gezondheidszorg beter kunnen worden vastgelegd op huishoudniveau. Daarnaast worden bijdragen aan de zorg, zoals de algemene belasting en de zorgtoeslag, vastgesteld op basis van het huishoudinkomen.

We kijken in deze studie naar solidariteit binnen een jaar, en niet over de hele levensloop van huishoudens. Het levenslopperspectief kan een completer beeld van solidariteit geven door rekening te houden met inkomens en zorguitgaven naar de verschillende fases van een huishouden. Echter, bij de modellering van het levenslopperspectief is de onzekerheid omtrent de uitkomsten groter, omdat er aannames nodig zijn over de evolutie van variabelen over de levensloop (zoals aantal en type huishoudens, inkomen, zorgkosten, financieringsstromen van Zvw etc.). Dit onderzoek kent deze onzekerheden niet, omdat we naar het verleden kijken en over 2019 micro-data bij het CBS beschikbaar is.

De mate van inkomens- en risicosolidariteit geeft aan hoe de bijdragen van huishoudens aan de Zvw verdeeld zijn naar inkomen en zorgkosten. De inkomens- en risicosolidariteit zeggen dus iets over herverdeling tussen huishoudens binnen de Zvw, maar ze zeggen niets over de hoogte van de absolute bijdragen aan de Zvw, welke invloed deze bijdragen hebben op de koopkracht van huishoudens, en de totale mate van herverdeling in Nederland. Uit eerder onderzoek blijkt dat herverdeling vooral plaatsvindt via andere overheidsuitgaven (Van Essen et al., 2022).

We verkennen in welke mate lage en hoge inkomens, en gezonde en minder gezonde huishoudens in 2019 bijdroegen aan de financiering van de zorg en kijken daarbij naar verschillende financieringsstromen. Hoewel er ook data beschikbaar zijn voor latere jaren, lijken deze jaren minder geschikt voor onze analyse. In latere jaren leidt de COVID-19-epidemie tot specifieke zorguitgaven: er zijn in die jaren extra uitgaven door COVID-19 en er is reguliere zorg uitgesteld (Den Besten et al., 2021). Door de eenmalige verhoging van de zorgtoeslag (die in 2024 weer werd teruggedraaid) is ook 2023 een minder geschikt peiljaar. In dit onderzoek wordt 2019 daarom als peiljaar gehanteerd. Een nadeel van deze keuze is dat een belangrijke aanpassing in de financiering van de zorg, de aanpassing van de inkomensafhankelijke bijdrage in 2024, niet wordt meegenomen. We analyseren daarom het effect van deze aanpassing op de inkomens- en risicosolidariteit in een aparte variant (zie hoofdstuk 7.1).

1.3 Onderzoeksvraag

De hoofdvraag van deze publicatie is: Hoe groot is de inkomens- en risicosolidariteit voor huishoudens in de Zorgverzekeringswet? Het meten van de inkomens- en risicosolidariteit in de zorg is belangrijk voor het maken van beleidskeuzes. Deze studie fungeert als een nulmeting voor de solidariteit in de huidige Zorgverzekeringswet. Het onderzoek kan gebruikt worden om na te gaan welke financieringsstromen veel of weinig bijdragen aan de solidariteit in de zorg. Ook kunnen beleidsmakers het instrumentarium uit deze studie gebruiken om de mate van solidariteit te monitoren, wanneer ze beleidsveranderingen willen doorvoeren. Daarnaast biedt het onderzoek aanknopingspunten voor de overheid om de inkomens- en risicosolidariteit in het zorgstelsel te beïnvloeden.

Voor het berekenen van de inkomenssolidariteit maken we gebruik van de methode van Wagstaff en Van Doorslaer (2000). Deze studie actualiseert de gegevens uit de studie van twintig jaar geleden en kijkt voor het eerst specifiek naar de Zvw. Daarnaast brengen wij de solidariteit in kaart met administratieve data van alle individuele Nederlandse huishoudens, waar eerdere studies vaak gebruikmaakten van enquêtegegevens. Het gebruik van administratieve data heeft als voordeel dat het mogelijk is om de verschillende financieringsstromen binnen de Zvw goed in kaart te brengen en het biedt de mogelijkheid om analyses te doen voor verschillende deelgroepen. In hoofdstuk 3 lichten we toe hoe we met de microdata komen tot een maat voor inkomenssolidariteit. Risicosolidariteit is een relatief onbekend terrein. Voor het berekenen van de risicosolidariteit tussen huishoudens construeren we een eigen definitie. Ook die definitie wordt in hoofdstuk 3 toegelicht.

1.4 Opbouw publicatie

In hoofdstuk 2 beschrijven we de Zorgverzekeringswet en haar financieringsstromen. Hoofdstuk 3 bevat het theoretisch kader voor het bepalen van de inkomens- en risicosolidariteit. In hoofdstuk 4 worden de gebruikte data en methode toegelicht en in de hoofdstukken 5 en 6 worden de empirische resultaten beschreven van respectievelijk de inkomens- en risicosolidariteit. Hoofdstuk 7 beschouwt twee beleidsvarianten. Hoofdstuk 8 bevat een discussie. In bijlage A wordt uitgebreider ingegaan op het model en de daarbij behorende keuzes. In

bijlage B worden de afzonderlijke financieringsstromen in de Zvw uitgebreider besproken. In bijlage C wordt een aantal ondersteunende grafieken gepresenteerd.

2 Zorgverzekeringswet

2.1 Zorgverzekeringswet

De Zorgverzekeringswet (Zvw) is één van de vijf zorgstelselwetten en beslaat het grootste deel van de zorguitgaven in Nederland. Naast de Zvw bestaan de Wet langdurige zorg (Wlz), de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo), de Jeugdwet en de Wet publieke gezondheid.¹

De Zvw betreft het domein van de curatieve gezondheid ('cure'). De curatieve zorg bevat alle zorgverlening gericht op het verbeteren of handhaven van de gezondheid, behalve langdurige zorg. De Zvw omvat verschillende vormen van zorg, zoals de huisartsenzorg, de medisch-specialistische zorg, de geestelijke gezondheidszorg (ggz), medicijnen, de mondzorg, de paramedische zorg, verpleging en verzorging via de wijkverpleegkundige, en verloskundige zorg. Voor sommige zorgdomeinen geldt dat het gedeelte van de zorg dat zich richt op de korte termijn (bijvoorbeeld korter dan een jaar) valt onder de Zvw, terwijl het gedeelte van de zorg dat zich richt op de langere termijn (bijvoorbeeld langer dan een jaar) valt onder de Wlz. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de geestelijke gezondheidszorg.

De inkoop en de financiering van zorg onder de Zvw vinden plaats binnen de driehoek van verzekerden, zorgverzekeraar en zorgaanbieder. In dat systeem concurreren zorgverzekeraars om verzekerden en zorgaanbieders om patiënten. De zorgverzekeraars kopen zorg in van de zorgaanbieders en besluiten dus welke zorgaanbieders gecontracteerd en vergoed worden. Zorgverzekeraars zijn gebonden aan een zorgplicht. Hoewel zorgverzekeraars niet elke aanbieder hoeven te contracteren, bepaalt het zogeheten hinderpaalcriterium dat ook niet-gecontracteerde aanbieders een minimale vergoeding (van momenteel 75% van het gemiddelde gecontracteerde tarief) moeten ontvangen. De gedachte hierachter is dat verzekerden de vrije keuze voor een zorgaanbieder moeten kunnen behouden.

Iedereen die in Nederland woont, is verplicht verzekerd voor het basispakket van de Zvw. Het basispakket van de Zvw wordt jaarlijks door de overheid bepaald en betreft zorg die werkt en voldoet aan de 'stand van de wetenschap en praktijk' (Zorginstituut Nederland, z.d. a). Voor het basispakket hebben zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Dat wil zeggen dat verzekeraars iedereen als klant moeten accepteren. Ook is premiedifferentiatie verboden. Dat wil zeggen dat zorgverzekeraars van iedereen met dezelfde zorgpolis dezelfde premie moeten vragen. Naast de basisverzekering kunnen mensen kiezen voor aanvullende verzekeringspolissen. Voor deze polissen gelden andere voorwaarden. Op de markt voor aanvullende verzekeringen is er geen sprake van inkomenssolidariteit en in beperkte mate van risicosolidariteit. Dit onderzoek richt zich op de collectieve financieringsstromen van de Zvw. Aanvullende verzekeringen laten we in onze analyse buiten beschouwing.

Toegang tot zorg die onder de Zvw valt, is voornamelijk georganiseerd via de zogeheten eerstelijnszorg; de zorg waarvoor geen verwijzing van een andere zorgverlener nodig is. De huisarts fungeert in de curatieve zorg doorgaans als poortwachter. Dat houdt in dat tweedelijnszorg, zoals ziekenhuiszorg, alleen

¹ Voor een uitgebreide beschrijving van de Zvw en de andere stelselwetten zie bijlage 4 van WRR (2021).

toegankelijk is met een doorverwijzing van de huisarts. Andere eerstelijnszorgaanbieders zijn bijvoorbeeld tandartsen, fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers en wijkverpleegkundigen.

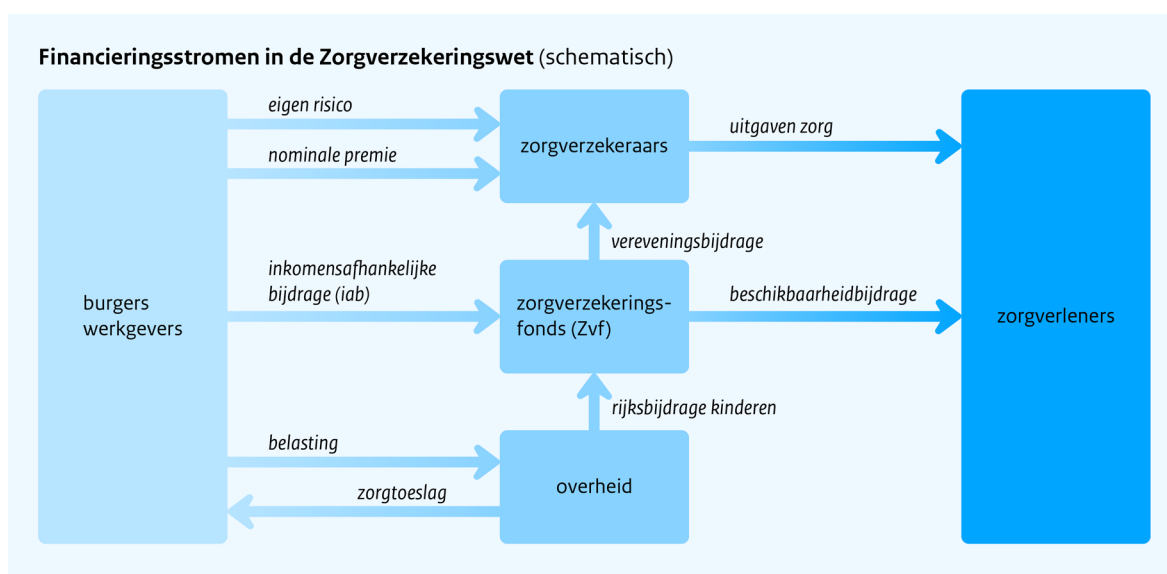
2.2 Betalingen van en aan burgers

Alle burgers van 18 jaar en ouder betalen mee aan de Zorgverzekeringswet (Zvw). De betalingen van burgers aan de Zvw lopen enerzijds via de zorgverzekeraars en anderzijds via belastingen door de overheid.

Figuur 2.1 geeft een overzicht van de betalingen van burgers aan de Zvw. We onderscheiden de volgende betalingen (Ministerie van Financiën, 2019):

- **Nominale premie.** De nominale premie vormt een belangrijk deel van de inkomsten van zorgverzekeraars. De nominale premie wordt door zorgverzekeraars elk jaar vastgesteld. De nominale premie is gelijk voor iedere verzekerde die kiest voor dezelfde verzekeringspolis.
- **Eigen risico.** De hoogte van het verplicht eigen risico wordt jaarlijks door de overheid vastgesteld. In 2019 bedroeg dit 385 euro per jaar.
- **Inkomensafhankelijke bijdrage (iab).** De iab wordt betaald door burgers, vaak via de werkgever. In de wet is een 50/50-verdeling vastgelegd door de overheid. Dit betekent dat vijftig procent van de financiering van de totale Zvw-zorguitgaven via de iab loopt, en de andere vijftig procent via de nominale premie, het eigen risico, algemene belasting en zorgtoeslag.
- **Algemene belasting.** De overheid heeft wettelijk vastgelegd dat voor kinderen tot en met 18 jaar de zorg gratis is. Zij betalen geen premie en hebben geen eigen risico. De overheid financiert de zorgkosten van kinderen via een rijksbijdrage voor kinderen. De rijksbijdrage wordt gefinancierd via de algemene belasting.
- **Zorgtoeslag.** Mensen met een inkomen beneden een bepaalde inkomensgrens ontvangen een bijdrage van de overheid voor de kosten van hun zorgverzekering: de zorgtoeslag. De zorgtoeslag wordt gefinancierd door de overheid via de algemene belastingen. De Wet op de zorgtoeslag bepaalt wat een aanvaardbare nominale premie is voor burgers met een laag inkomen en hoeveel de overheid hen via de zorgtoeslag tegemoet komt in de kosten.

Figuur 2.1 De financieringsstromen in de Zvw



De betaling van zorgaanbieders verloopt grotendeels via zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars vergoeden zorgaanbieders voor de zorg die ze leveren aan hun verzekerden. Een beperkt deel van de zorguitgaven wordt rechtstreeks door de overheid aan zorgaanbieders betaald. Dit gebeurt via het zorgverzekeringsfonds, dat wordt beheerd door het Zorginstituut. Deze betalingen omvatten onder andere kosten voor opleidingen en de beschikbaarheidsbijdrage voor academische en spoedeisende zorg.

Zorgverzekeraars financieren de betalingen aan zorgaanbieders door het innen van een nominale premie, inkomsten via het eigen risico, en een vereveningsbijdrage uit het zorgverzekeringsfonds. Naast de betalingen aan zorgaanbieders dragen zorgverzekeraars beheerskosten voor de uitvoering van de Zorgverzekeringswet. Beheerskosten omvatten onder andere kosten voor personeel, infrastructuur en financiering van reserves.

Jaarlijks stelt de overheid de vereveningsbijdrage vast die een zorgverzekeraar ontvangt uit het zorgverzekeringsfonds. Deze bijdrage wordt enkele maanden vóór het nieuwe jaar door de overheid bepaald, zodat de verzekeraar hiermee rekening kan houden bij het vaststellen van de hoogte van de nominale premie. Bij de bepaling van de vereveningsbijdrage houdt de overheid rekening met het aantal verzekerden en het risicoprofiel van de verzekerdenpopulatie van de zorgverzekeraar. De risicoverevening dient te zorgen voor een gelijk speelveld voor zorgverzekeraars (zie ook McGuire en Van Kleef (2018)).

Het zorgverzekeringsfonds ontvangt ter financiering van zijn uitgaven de inkomensafhankelijke bijdrage (iab) en een rijksbijdrage. De 50/50-verdeling houdt in dat uitgavenstijgingen bij zorgverzekeraars voor 50% moeten worden gedekt uit de iab. De overige 50% procent wordt gefinancierd via de nominale premie en de algemene belasting. De overheid verstrekt een rijksbijdrage aan het zorgverzekeringsfonds, waardoor het mogelijk is om bij kinderen geen nominale premie in rekening te brengen. De rijksbijdrage wordt gefinancierd uit belastinginkomsten.

3 Theoretisch kader

3.1 Inkomenssolidariteit

In deze studie geven we een maat voor de inkomenssolidariteit die aangeeft in hoeverre huishoudens met een hoger inkomen meer bijdragen aan de financiering van de Zvw-zorguitgaven dan huishoudens met een lager inkomen. Hoewel de Zvw zorg regelt voor individuele verzekerden, volgen we in deze studie de literatuur (Wagstaff & Van Doorslaer, 2000) en kijken we naar huishoudens. De reden is dat huishoudens vaak als economische eenheden functioneren waar middelen worden gedeeld. Met andere woorden de financiering van de gezondheidszorg kan beter worden gevolgd op huishoudniveau, omdat individuen in een huishouden van elkaar en elkaars middelen afhankelijk zijn. Bovendien worden bijdragen aan de zorg, zoals de algemene belasting en de zorgtoeslag, vastgesteld op basis van het huishoudinkomen.

In het onderzoek analyseren we zowel de absolute als de relatieve bijdrage van huishoudens aan de zorg. De absolute bijdrage is belangrijk om te bepalen wat de werkelijke financiële bijdrage is van huishoudens aan de zorg. In de wetenschappelijke literatuur over inkomenssolidariteit wordt doorgaans echter gekeken naar de relatieve bijdrage, dat wil zeggen, de bijdrage aan de zorg als een percentage van het huishoudinkomen. Deze bijdrage vormt daarom ook onderdeel van dit onderzoek.

Bij het in kaart brengen van de inkomenssolidariteit maken we gebruik van histogrammen. In een histogram worden huishoudens gerangschikt naar percentielen (1-procentklassen) op basis van hun (oplopend) huishoudinkomen. Voor elk percentiel worden de gemiddelde absolute betalingen van huishoudens aan de Zvw berekend. Merk op dat voor de berekening van de inkomenssolidariteit, zoals hieronder wordt uitgelegd, de absolute bijdragen aan de Zvw voldoende zijn. De relatieve bijdragen per huishouden berekenen we door de absolute gemiddelde betaling te delen door het gemiddelde huishoudinkomen. Het bijbehorend histogram illustreert dan de verdeling van de bijdrage per huishouden als percentage van het inkomen. Deze studie richt zich alleen op horizontale gelijkheid: we kijken naar de verschillen tussen huishoudens in verschillende percentielen. We kijken niet naar verticale gelijkheid: dat wil zeggen de gelijkheid tussen huishoudens *binnen* percentielen.

Vervolgens maken we concentratiecurves: concentratiecurves worden gebruikt om de (on)gelijkheid in de betalingen aan zorg tussen inkomensgroepen te laten zien (O'Donnell et al., 2008). In een concentratiecurve wordt voor ieder percentiel p de geaccumuleerde procentuele bijdrage aan de totale betalingen van percentielen 1 t/m p bepaald. Het allerlaatste percentiel is per definitie gelijk aan 1 omdat dit de totale betalingen bevat. Concentratiecurves stijgen dus altijd van 0 naar 1, waarbij de kromming van de curve de mate van ongelijkheid weergeeft. Wanneer de concentratiecurve lineair is, betalen alle huishoudens (in absolute zin) evenveel aan de financiering van de zorg. Bij een convexe (concave) curve dragen de hoge (lage) inkomens meer bij aan de financiering van de Zvw dan de lage (hoge) inkomens.

Voor de inkomens van huishoudens maken we gebruik van het gestandaardiseerde bruto-inkomen, waarmee rekening wordt gehouden met verschillen in huishoudsamenstelling. Bij standaardisering wordt het bruto-inkomen van huishoudens gecorrigeerd voor de omvang en samenstelling van huishoudens door gebruik te maken van de equivalentiefactoren van het CBS (CBS, 2019). Deze equivalentiefactoren representeren het schaalvoordeel van een gemeenschappelijke huishouding. Voor het inkomen gebruiken we het bruto-inkomen, dit betreft het inkomen vóór de aftrek van belastingen en premiebetalingen. Dit heeft de

voorkeur boven het besteedbaar inkomen, omdat bij het besteedbaar inkomen reeds is gecorrigeerd voor een deel van de financieringsvormen waarnaar we onderzoek doen, zoals de iab en algemene belastingen.

De studie geeft een analyse weer van de financiering van de zorg gegeven het zorggebruik van huishoudens in 2019. De studie maakt geen onderscheid tussen het feit dat zorggebruik van huishoudens kan verschillen door factoren zoals persoonlijke behoefte aan zorg, risico-aversie, zorgmijding, geloofsovertuiging, wel of geen vrijwillig eigen risico, type zorgpolis, voorkeur voor bepaalde zorgverleners of andere mogelijke verschillen die kunnen leiden tot meer of minder zorggebruik.

In de gezondheidseconomie wordt de gemiddelde inkomenssolidariteit weergegeven met de zogenoemde Kakwani-index, in het vervolg aangeduid met KI-index. De KI-index is een maatstaf die gebruikt wordt om de progressiviteit van een bepaalde financieringsstroom, of totale financiering, in een zorgsysteem weer te geven (Kakwani, 1977; Kakwani et al., 1997; Wagstaff & van Doorslaer, 2000). In theorie kan de KI-index waarden aannemen tussen -2 en 1 (De Maio, 2007). Een waarde van 0 staat voor een financiering van de zorg die proportioneel is aan het inkomen: in dat geval financieren hoge en lage inkomens gemiddeld genomen de zorg op een wijze die evenredig is aan de hoogte van hun inkomen. Bij een negatieve (positieve) waarde spreken we van een regressieve (progressieve) financiering van de zorg; gemiddeld genomen dragen hoge (lage) inkomens, als percentage van hun inkomen, dan minder (meer) bij aan de zorgfinanciering.

De KI-index wordt bepaald met het verschil tussen twee indicatoren, de Gini-index en een concentratie-index. De Gini-index is de meest gebruikte maatstaf voor inkomensongelijkheid (Caminada et al., 2021) en heeft als voordeel dat de gelijkheid van de inkomensverdeling in één getal wordt uitgedrukt, en dat de index daardoor goed te interpreteren is. Een nadeel van de Gini-index is dat deze relatief veel gewicht geeft aan de middengroepen van de inkomensverdeling. De reden hiervoor is dat er in praktijk meer huishoudens met een middeninkomen zijn, dan huishoudens met een (zeer) laag of hoog inkomen (Koot, 2019). De Gini-index voor de inkomensverdeling heeft een waarde tussen de 0 en 1 , waarbij een hogere waarde een grotere mate van inkomensongelijkheid weergeeft. Een waarde van 1 duidt op volledige inkomensongelijkheid; één huishouden beschikt dan over al het inkomen. Een waarde van 0 duidt op volledige gelijkheid; alle huishoudens hebben dan exact hetzelfde inkomen. De Gini-index kan grafisch worden weergegeven in een Lorenz-curve, waarbij op de verticale as het cumulatieve aandeel van het inkomen staat en op de horizontale as het cumulatieve percentage huishoudens. Met een 45-gradenlijn wordt in een Lorenz-curve een gelijke inkomensverdeling weergegeven.

De concentratie-index wordt op dezelfde wijze bepaald als de Gini-index, met als verschil dat op de verticale as niet het (cumulatieve) aandeel van het inkomen staat, maar de financiering van zorguitgaven. Wanneer de concentratiecurve gelijk is aan de 45-gradenlijn, betekent dit dat ieder inkomenspercentiel evenveel bijdraagt aan de zorguitgaven. De bijbehorende concentratie-index is dan gelijk aan nul. Wanneer de concentratiecurve convex (concaaf) is en onder (boven) de 45-gradenlijn ligt, ontstaat een positieve (negatieve) concentratie-index. Hogere inkomenspercentielen dragen dan meer (minder) bij aan de financiering van de zorguitgaven dan lagere inkomenspercentielen.

De inkomenssolidariteit, gemeten met de KI-index, wordt bepaald door de concentratiecurve te vergelijken met de Lorenz-curve. Door beide curves in een grafiek te plaatsen, kunnen we onderzoeken hoe deze zich tot elkaar verhouden. Als de concentratiecurve onder (boven) de Lorenz-curve ligt, is de KI-index positief (negatief), wat duidt op respectievelijk progressieve (regressieve) inkomenssolidariteit. Door gebruik te maken van het Lorenz-dominantie-theorema kunnen we controleren of de concentratiecurve volledig onder of boven de Lorenz-curve ligt (Atkinson, 1970). Als de twee curves elkaar ergens binnen de grafiek

kruisen, kan namelijk niet eenduidig worden vastgesteld of de ongelijkheid bij de financiering van de zorguitgaven groter is dan bij het inkomen.

3.1.1 Eerdere studies naar inkomenssolidariteit in de zorg

Eerdere studies naar de inkomenssolidariteit met behulp van een KI-index in de Nederlandse curatieve zorg dateren van vóór de invoering van de Zorgverzekeringswet in 2006. In Wagstaff et al. (1999) werd voor Nederland in 1992 een KI-index van $-0,070$ gevonden, terwijl De Graeve en Van Ourti (2003) voor het jaar 1999 een KI-index van $-0,035$ rapporteerden. Van Doorslaer en Jansen (2003) rapporteerden een KI-index van $-0,023$ voor het jaar 2001. Dit laat zien dat aan het einde van de vorige eeuw de inkomenssolidariteit in het toenmalige Nederlandse ziektekostenstelsel in lichte mate regressief was: gemeten naar rato van het inkomen, droegen hoge inkomens relatief minder bij aan de financiering van de zorg dan lage inkomens. Belangrijk om op te merken is dat dit het ziektekostenstelsel betrof van vóór de invoering van de Zvw in 2006. De financiering van de curatieve zorg vond toen plaats via zowel een particuliere verzekering voor hogere inkomens als een publieke verzekering (de Ziekenfondswet) voor lagere inkomens. Sindsdien is er geen update geweest over de inkomenssolidariteit in Nederland. Bovendien zijn deze eerdere studies met de nodige onzekerheid omgeven omdat ze gebaseerd zijn op enquêtedata met een beperkt aantal waarnemingen.²

Bij internationale vergelijkingen van inkomenssolidariteit in zorgsystemen zijn aanzienlijke verschillen tussen landen waar te nemen, al zijn de studies wel wat verouderd. In een vergelijkend onderzoek tussen de zorgsystemen van Europese landen en de VS (De Graeve & Van Ourti, 2003) werden KI-indices geïdentificeerd die het meest negatief (regressief) waren voor Zwitserland ($-0,140$ in 1992) en de VS ($-0,130$ in 1987), en het meest positief (progressief) voor Finland ($0,050$ in 1994), Italië ($0,041$ in 1991) en het VK ($0,051$ in 1993). Maar deze studie betreft een analyse van zorgsystemen van meer dan dertig jaar geleden. Een meer recentere studie van Schmid et al. (2016) vindt voor 2009 dat Nederland één van de landen is met de minste inkomenssolidariteit in het zorgsysteem, en dus relatief meer regressief is dan de andere onderzochte landen. Alleen Zwitserland komt lager uit. Voor landen als Duitsland, België, Frankrijk en het Verenigd Koninkrijk wordt meer inkomenssolidariteit gevonden.

In meer recente jaren hebben er in de wetenschappelijke literatuur enkele updates van de oudere studies plaatsgevonden, waarbij het meestal ging om analyses van afzonderlijke landen. Crivelli en Salari (2014) vinden voor het Zwitserse zorgsysteem een regressieve financiering van de zorg met een KI-index van $-0,10$ voor het jaar 2005, waarbij de KI-index varieert per Zwitsers kanton tussen de $-0,15$ en $-0,05$. Citoni et al. (2022) vinden voor Italië ook een KI-index van $-0,10$, die varieert per Italiaanse regio tussen de $-0,22$ en $-0,01$, waarbij de inkomenssolidariteit relatief meer regressief is in de zuidelijke regio's. Andere Europese landen rapporteren een progressieve financiering. Bouckaert et al. (2020) vinden voor het Belgische zorgsysteem in 2015 een positieve KI-index van $0,12$. Jusot et al. (2017) vinden voor het Franse zorgsysteem een positieve KI-index van $0,18$. Shmueli (2021) vindt voor Israël een positieve KI-index van rond de $0,20$.

Overigens moet er bij het vergelijken van deze landenstudies enige voorzichtigheid in acht worden genomen. Hoewel alle studies als eenheid het huishoudniveau hanteren, wordt niet altijd hetzelfde inkomensbegrip gebruikt en worden er verschillende methodes gehanteerd om te corrigeren voor het aantal personen en kinderen in een huishouden. Shmueli (2021) corrigeert tevens voor verschillen in geografisch gebruik van zorg. Ook de precieze keuze voor de publieke en private zorguitgaven verschilt per onderzoek, en de keuze wordt vaak bepaald door de databeschikbaarheid. Ook zijn bovenstaande studies veelal gebaseerd op enquêtes met een beperkt aantal waarnemingen.

² Het SCP (Olsthoorn et al., 2017) heeft onderzocht welke huishoudens profijt hebben van de overheid, waarbij er breder wordt gekeken dan de zorg. Voor de inkomenssolidariteit in de Zvw gebruiken ze een andere maatstaf, zo nemen ze bijvoorbeeld niet de eigen betalingen en de algemene belastingen mee, en wordt er geen KI-index berekend.

3.2 Risicosolidariteit

Risicosolidariteit houdt in dat ongeacht het individuele risico om ziek te worden, iedereen dezelfde bijdrage betaalt voor de ziektekostenverzekering. Een hogere mate van risicosolidariteit impliceert dat individuen met een lager ziekterisico meer bijdragen dan mensen met een hoger risico, in vergelijking met hun verwachte zorgkosten. Risicosolidariteit is gebaseerd op het idee dat zorgbehoeften en -kosten iedereen kunnen treffen, ongeacht de sociaaleconomische status of gezondheidstoestand.³

In deze studie kijken we naar de mate waarin huishoudens, met verschillende gezondheidsrisico's, bijdragen aan de betaling van de zorguitgaven. Bij volledige risicosolidariteit is de mate van risicosolidariteit 1, en draagt elk huishouden, onafhankelijk van de verdeling van de zorguitgaven over huishoudens, in gelijke mate bij aan de financiering van de zorguitgaven. Wanneer de risicosolidariteit groter is dan 1 spreken we van positieve risicosolidariteit; huishoudens met lage zorguitgaven dragen relatief meer bij aan de financiering van de zorg dan huishoudens met hoge zorguitgaven. Dit kan bijvoorbeeld optreden omdat huishoudens met lagere zorguitgaven een hoger inkomen hebben. Bij een risicosolidariteit kleiner dan 1 dragen juist huishoudens met hoge zorguitgaven relatief meer bij aan de zorguitgaven.

In deze studie fungeert de hoogte van de zorgkosten van een huishouden als een benadering voor het gezondheidsrisico van een huishouden. We meten de mate van risico van een huishouden op zorguitgaven via de hoogte van de gerealiseerde zorgkosten van een huishouden in 2019 en sluiten daarmee qua jaartal en eenheid van analyse (huishoudens) aan bij de analyse van de inkomenssolidariteit. En ook in deze analyse geldt dat we alleen kijken naar horizontale gelijkheid: we onderzoeken de risicosolidariteit tussen huishoudens in verschillende percentielen. Naar (on)gelijkheid tussen huishoudens binnen percentielen (= verticale (on)gelijkheid) kijken we niet.

De definitie van risicosolidariteit die in deze studie gebruikt wordt, wordt in de literatuur ook wel ex-post risicosolidariteit genoemd (Schmid et al., 2016). De reden is dat we de gerealiseerde zorgkosten beschouwen, dus ex post of na afloop van een jaar, en niet de verwachte of ex-ante zorgkosten. Het meten van ex-ante risicosolidariteit is complexer omdat het moeilijker is het ex-ante risico op zorgkosten van individuen of huishoudens vooraf goed in te schatten. Omdat onze analyse zich richt op gemiddelden van grote groepen huishoudens, waardoor willekeurige risico's op grote zorgkosten bij huishoudens worden uitgemiddeld, verwachten we dat onze berekeningen van ex-post risicosolidariteit ook een goede benadering zijn voor de ex-ante risicosolidariteit.

Bij het berekenen van de risicosolidariteit kunnen we de zorgkosten van het huishouden, ongecorrigeerd voor huishoudsamenstelling, of van het individu, waarbij we corrigeren voor huishoudsamenstelling, centraal stellen. Wanneer we de zorgkosten van huishoudens centraal stellen, corrigeren we niet voor gezinssamenstelling. Met andere woorden: een huishouden met twee volwassenen draagt evenveel aan de zorgkosten bij als een huishouden met twee volwassenen en twee kinderen, terwijl het laatste huishouden waarschijnlijk hogere zorgkosten heeft, omdat er meer mensen in het huishouden zijn. Wanneer we de zorgkosten van het individu centraal stellen, corrigeren we wel voor gezinssamenstelling. De redenatie hierachter is dat kleine huishoudens minder hoeven bij te dragen aan de Zvw, omdat zij over het algemeen ook minder zorgkosten hebben.

³ Risicosolidariteit is een verzekeringsbegrip en wordt ook wel kanssolidariteit genoemd (Shmueli, 2021).

Welke maat van risicosolidariteit de voorkeur verdient, hangt mede af van maatschappelijke voorkeuren. Momenteel wordt in de Zvw het huishouden centraal gezet, want huishoudens zonder kinderen betalen mee aan de zorguitgaven van huishoudens met kinderen, omdat kinderen niet zelf bijdragen aan de Zvw. Anderen zullen juist het individu centraal willen stellen. Die mensen zullen meer gewicht geven aan een vorm van risicosolidariteit waarbij wordt gecorrigeerd voor gezinssamenstelling. Voor de resultaten maakt het uit welk risicobegrip wordt gehanteerd.

Evenals bij de inkomenssolidariteit wordt de risicosolidariteit berekend met behulp van concentratie-indexen. We gebruiken de volgende twee concentratie-indexen: a = concentratie-index van de financiering van de Zvw door huishoudens. Deze index is grafisch weer te geven in een concentratiecurve waarbij op de horizontale as de huishoudens in oplopende grootte van hun totale zorguitgaven zijn gerangschikt, en op de verticale as de geaccumuleerde procentuele bijdrage van de totale betalingen van huishoudens aan de Zvw. b = concentratie-index van de totale zorguitgaven in de Zvw door huishoudens. De index is grafisch weer te geven in een concentratiecurve waarbij op de horizontale as huishoudens in oplopende grootte van hun totale zorguitgaven zijn gerangschikt, en op de verticale as de geaccumuleerde procentuele bijdrage van de totale zorguitgaven van huishoudens aan de Zvw.

We definiëren de ex-post risicosolidariteit als:

$$\text{Ex-post risicosolidariteit} = 1 - (a / b)$$

Wanneer huishoudens alle zorgkosten zelf moeten betalen, is er geen sprake van risicosolidariteit. In dat geval geldt $a = b$ en is de ex-post risicosolidariteit gelijk aan $1 - b / b = 0$. Wanneer alle huishoudens precies evenveel betalen aan de Zvw is de risicosolidariteit volledig. De concentratie-curve van de totale financiering van een huishouden zal dan gelijk zijn aan een 45-graden lijn door de oorsprong en de concentratie-index $a = 0$. De risicosolidariteit is dan $1 - 0/b = 1$. Wanneer de concentratiecurve convex is, en de curve onder de 45 graden lijn ligt, geldt $0 < a < b$ en zal de risicosolidariteit tussen 0 en 1 liggen. Huishoudens met hogere zorguitgaven dragen dan meer bij aan de Zvw dan huishoudens met lagere zorguitgaven. Wanneer de curve boven de 45-graden lijn ligt, ontstaat een negatieve concentratie-index, $a < 0$, en zal de risicosolidariteit groter zijn dan 1. Huishoudens met lagere zorguitgaven dragen dan gemiddeld genomen meer bij aan de financiering dan huishoudens met hogere zorguitgaven.

Merk op dat een risicosolidariteit van groter dan 1 nauwelijks voorkomt in een private verzekeringsmarkt. In een markt voor autoverzekeringen zou dit bijvoorbeeld betekenen dat een verzekeringsmaatschappij een contract aanbiedt waarbij mensen die meer schade rijden een lagere premie betalen dan mensen die schadevrij rijden. In een private markt zal zo'n verzekering niet snel aangeboden worden. In het vervolg laten we zien dat dergelijke vormen van risicosolidariteit wel voorkomen in een publieke zorgverzekering, zoals de Zvw, door de manier waarop deze verzekeringen zijn gereguleerd.

3.2.1 Eerdere studies naar risicosolidariteit in de zorg

Eerdere studies in Nederland richten zich op andere aspecten van risicosolidariteit, zoals de verdeling van zorgkosten, en minder op de financiering van de Zvw. Kommer et al. (2005) bestudeerden de verdeling van de zorgkosten in de populatie en toonden aan dat deze kosten in 1999 zeer ongelijk verdeeld waren door verschillen tussen ziektegroepen en leeftijden. Deze scheve verdeling maakt het moeilijker voor de overheid om risicosolidariteit te realiseren. Verder onderzocht het SCP (Olsthoorn et al., 2017) welke huishoudens profiteren van overheidsingrijpen en keek het daarbij ook naar risicosolidariteit in de zorg. Het ex-ante risico van een individu werd geschat op basis van factoren als leeftijd, geslacht, sociaaleconomische status en de gezondheidstoestand en de regio van de verzekerde. Bij de financiering werd uitgegaan van dezelfde bijdrage

voor iedere verzekerde. Eén van de bevindingen van de studie is dat lage inkomens hogere verwachte zorgkosten hebben en dus profiteren van risicosolidariteit in de zorg.

Andere studies richten zich op specifieke aspecten van de zorgverzekeringsmarkt. De NZa (2016a,b) bestudeerde risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt, met als uitgangspunt dat iedere Nederlander – jong en oud, arm en rijk, gezond en ziek – toegang moet hebben tot goede en betaalbare zorg bij een zorgverzekeraar. Risicosolidariteit is gewaarborgd wanneer zorgverzekeraars weinig prikkels ondervinden om bepaalde personen te selecteren of uit te sluiten. De NZa concludeerde dat verzekerden en verzekeringsconcerns er in 2016 in slagen om gezamenlijk een solidaire zorgverzekeringsmarkt te realiseren, hoewel er op het niveau van individuele polissen en risicodragers wel aanwijzingen voor risicoselectie waren. Douven et al. (2016) analyseerden de relatie tussen risicosolidariteit en het vrijwillig eigen risico. Ze vinden dat de invoering van het vrijwillig eigen risico leidt tot iets hogere premiebetalingen voor mensen die niet voor een vrijwillig eigen risico kiezen.

Het concept risicosolidariteit in de zorg heeft tot nu toe weinig aandacht gekregen in de internationale literatuur. Er zijn in de literatuur beschouwingen te vinden over risicosolidariteit (Sass, 1995) en risicosolidariteit wordt ook gebruikt in de context van de risicoverevening (Van de Ven & Ellis, 2000), maar kwantitatieve berekeningen van de risicosolidariteit met betrekking tot de financiering van zorg zijn schaars. Een uitzondering vormt het onderzoek van Schmid et al. (2016) die met de “Index for Risk and Income Solidarity” (IRIS) de mate van risicosolidariteit van de zorgstelsels berekenen voor elf OESO-landen. Bij het berekenen van de IRIS wordt geen gebruik gemaakt van gedetailleerde huishouddata, maar worden zorgsystemen op macroniveau geïnclassificeerd. De IRIS is gebaseerd op gegevens uit de gezondheids- en inkomensstatistieken van de OESO en gezondheidsgegevens uit nationale statistieken. Een vergelijking tussen de landen laat zien dat de risicosolidariteit in Nederland in 2009 het grootste is samen met het Verenigd Koninkrijk en Denemarken.

4 Methodologie en data

In deze studie maken we gebruik van de CBS-microdata voor het jaar 2019. We hebben voor alle Nederlandse individuen toegang tot gegevens over inkomen, zorgtoeslag, inkomstenbelastingen, inkomensafhankelijke bijdrage, totale zorguitgaven en betalingen voor het eigen risico. Sommige gegevens ontbreken, zo heeft het CBS geen gegevens over de nominale premies die afzonderlijke individuen betalen, en zijn de inkomstenbelastingen weliswaar op individueel niveau aanwezig, maar weten we niet in hoeverre ieder individu bijdraagt aan de financiering van de Zvw. Om deze ontbrekende gegevens te bepalen, gaan we uit van een aantal veronderstellingen over de financieringsstromen van de Zvw. Bij deze veronderstellingen volgen we de financieringswijze van de Zvw (Ministerie van Financiën, 2019).

Met behulp van de microdata en veronderstellingen over ontbrekende gegevens brengen we de individuele financieringsstromen in kaart. Figuur 2.1 beschrijft de individuele financieringsstromen. Een uitgebreide beschrijving van de veronderstellingen, inclusief de benaming van de gebruikte variabelen in de CBS-omgeving, wordt gegeven in bijlage A. Hieronder geven we een beknopte beschrijving van de belangrijkste veronderstellingen:

- Omdat de Zvw een individuele zorgverzekering is, worden de stromen in figuur 2.1 op individuele basis geconstrueerd.
- We kijken naar betalingen die direct gerelateerd zijn aan het basispakket van de Zvw. Iedere persoon in Nederland is verplicht een zorgverzekering voor het basispakket af te sluiten. Betalingen aan zorg die niet onder het basispakket vallen, zoals zorg die via de aanvullende verzekering wordt vergoed, worden buiten beschouwing gelaten in de analyse.⁴ De reden dat deze zorg niet onder het basispakket valt, is dat de overheid deze zorg minder noodzakelijk acht of dat verondersteld wordt dat personen deze zorg zelf kunnen betalen (bijv. paracetamol).
- Het saldo van het Zorgverzekeringsfonds is nul. Met andere woorden: de totale zorguitgaven van alle individuen worden gelijk verondersteld aan de totale financiering van alle individuen in de zorg.⁵
- De 50/50-regeling. De totale bijdrage vanuit de iab is gelijk aan de totale bijdragen vanuit de nominale premies, de algemene belastingen en de bijdragen van het eigen risico minus de zorgtoeslag.
- We veronderstellen dat alle individuen (ook degenen die een vrijwillig eigen risico kiezen) dezelfde nominale premie betalen.
- De totale bijdrage via de algemene belastingen is gelijk aan de rijksbijdrage van kinderen en de totale bijdrage via de zorgtoeslag, waarbij de rijksbijdrage van een kind gelijk is aan de helft van de nominale premie.
- De bijdrage per huishoudens via de algemene belastingen aan de Zvw wordt bepaald door deze naar verhouding af te zetten tegen de totale belastingen die huishoudens aan de overheid betalen (zie hieronder). Dus voor ieder huishouden hanteren we hetzelfde percentage van de totale belastingen.
- In dit onderzoek kijken we uitsluitend naar eigen betalingen door het verplichte eigen risico van 385 euro. Naast het verplichte eigen risico zijn er eigen bijdragen voor bepaalde vormen van zorg, zoals hoortoestellen, kunstgebit, kraamzorg etc.⁶ Voor deze eigen bijdragen is er geen informatie beschikbaar op individueel niveau.

⁴ In 2019 had 83,7% van de bevolking een aanvullende zorgverzekering (Zorgwijzer, z.d.).

⁵ In de praktijk kan het saldo van het Zorgverzekeringsfonds positief of negatief uitvallen en vindt het volgend jaar een correctie plaats.

⁶ Voor een volledig overzicht: Zorginstituut Nederland (z.d. b).

Ook het vrijwillig eigen risico laten we in dit onderzoek buiten beschouwing.⁷ We veronderstellen in de analyse dat individuen met een vrijwillig eigen risico dezelfde nominale premie betalen als individuen zonder vrijwillig eigen risico. De reden is dat we verwachten dat de invloed van het vrijwillig eigen risico op de totale bijdrage van een huishouden aan de Zvw gering is. Mensen die voor een vrijwillig eigen risico kiezen, betalen bij hoge zorgkosten weliswaar meer zorg uit eigen zak, maar krijgen daarvoor ook een korting op de nominale premie. Door de risicoverevening in de zorg is het verschil tussen deze twee effecten gemiddeld genomen klein over alle individuen met een vrijwillig eigen risico (Douven et al., 2016).

- Het uitgangspunt van de Zvw is dat ieder individu die daar recht op heeft de zorgtoeslag gebruikt om de nominale premie te betalen. Daarom presenteren we de variabele nominale premie minus de zorgtoeslag.

De individuele gegevens aggregeren we naar huishoudniveau. Individuen of huishoudens van wie gegevens ontbreken, negatief of niet representatief zijn (zoals individuen die niet het hele jaar in Nederland wonen en institutionele huishoudens, zoals verpleeghuizen en gevangenis en huishoudens van meer dan tien personen) worden verwijderd. Het aantal observaties wordt hierdoor gereduceerd van ongeveer 7,9 miljoen huishoudens tot een sample van 7.472.676 huishoudens, een reductie van ongeveer 5%.

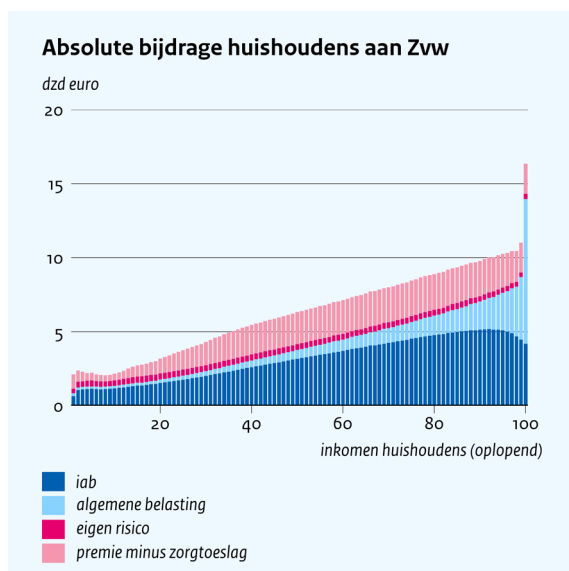
De grootse onzekerheid in de berekeningen volgt uit de toedeling van de algemene belastingen aan individuele huishoudens. De iab , de nominale premie minus zorgtoeslag en de bijdragen onder het eigen risico zijn op huishoudniveau aanwezig in de microdata van het CBS. De algemene belastingen zijn dat niet. Voor de algemene belastingen weten we alleen de totale omvang, maar niet de precieze individuele toewijzing. In deze studie is ervoor gekozen om de algemene belastingen voor 50% proportioneel mee te laten lopen met de inkomstenbelasting (belastingen via box 1, 2 en 3) en voor 50% met het brutohuishoudinkomen. We weten uit eerdere studies dat de inkomstenbelasting progressief is (Van Essen et al., 2022). Als we echter alleen kijken naar de inkomstenbelasting, dan missen we bronnen van indirecte belastingen zoals de btw, die een sterk degressief karakter hebben. Wanneer naast de inkomstenbelasting ook indirecte belastingen en premies (zoals ziektekostenpremies) worden meegenomen dan is het belastingstelsel proportioneel aan het brutohuishoudinkomen (Trimp & de Kam, 2011). De keuze maakt uit voor onze analyse. Bijvoorbeeld, wanneer we de bijdrage via de algemene belasting van huishoudens volledig proportioneel laten meelopen met de inkomstenbelasting dan is de concentratie-index, 0,621. Gaan we voor het andere uiterste en laten we de algemene belastingen proportioneel meelopen met het brutohuishoudinkomen dan is de concentratie-index 0,369. Zoals hierboven uiteengezet kiezen we in ons model voor een 50/50-benadering met een bijbehorende concentratie-index van 0,495 (zie ook bijlage B).

⁷ Het CPB heeft eerder het verband onderzocht tussen het vrijwillig eigen risico en de risicosolidariteit: CPB (2018). In 2019 had 13,1% van de bevolking een vrijwillig eigen risico (Zorgwijzer, z.d.).

5 Resultaten inkomenssolidariteit

In absolute termen dragen huishoudens met een hoger inkomen meer bij aan de financiering van de Zvw dan huishoudens met een lager inkomen. In figuur 5.1 wordt de financiering van de Zvw in absolute termen weergegeven naar 100 percentielen (in 2019). Tabel 5.1 bevat dezelfde gegevens, maar dan naar kwintielen. We delen de financiering op in vier stromen: de inkomensafhankelijke bijdrage (iab), de betalingen onder het verplichte eigen risico, de algemene belastingen en de nominale premie minus de zorgtoeslag. Huishoudens in het laagste inkomenskwintiel dragen gemiddeld ongeveer 2449 euro per jaar bij aan de financiering van de Zvw (Bij). Dit bedrag loopt op naarmate het bruto-inkomen van huishoudens toeneemt. De huishoudens in het kwintiel met het hoogste inkomen betalen gemiddeld 10.138 euro. Uit figuur 5.1 blijkt dat de huishoudens in de hoogste percentielen vooral veel algemene belastingen betalen (lichtblauw). Wat verder opvalt is dat de inkomensafhankelijke bijdrage (iab, donkerblauw) oploopt tot na het 90e inkomenspercentiel; daarna nemen de inkomensafhankelijke bijdragen van huishoudens aan de financiering van de Zvw af. De bijdragen van huishoudens met betrekking tot het eigen risico (donkerroze) zijn relatief gering in de totale bijdragen, ze liggen gemiddeld genomen rond de 400 euro, en zijn relatief constant ongeacht het huishoudinkomen.

Figuur 5.1 Totale bijdrage huishoudens aan de Zvw naar oplopend bruto-inkomen, 2019

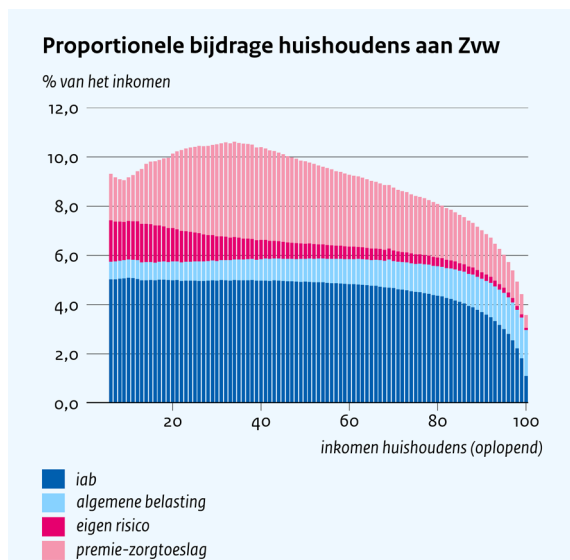


In relatieve termen dragen de huishoudens met een lager inkomen juist meer bij aan de financiering van de Zvw dan de huishoudens met een hoger inkomen. Figuur 5.2 laat de financiering van de Zvw als percentage van het gecorrigeerde brutohuishoudinkomen zien, waarbij het bruto-inkomen van een huishouden is gedeeld door de equivalentiefactor (hoofdstuk 3.1). Uit figuur 5.2 volgt dat de relatieve uitgaven aan de Zvw stijgen tot ongeveer 11% van het bruto-huishoudinkomen voor huishoudens met een bruto-inkomen rond het 35e percentiel. Na het 35e percentiel begint de curve te dalen en zien we dat huishoudens met hoge inkomens minder bijdragen als percentage van het inkomen. Het hoogste inkomenskwintiel draagt in absolute zin het meeste bij aan de financiering van de Zvw, gemiddeld 10.138 euro, maar in procentuele zin het minste, namelijk gemiddeld 6.6% als percentage van het brutohuishoudinkomen.

De reden dat huishoudens met een lager inkomen relatief meer bijdragen aan de financiering van de Zvw is dat drie van de vier financieringsstromen constant gehouden worden. De premie minus de zorgtoeslag is constant voor de huishoudens met midden en hogere inkomens omdat zij geen zorgtoeslag krijgen. Daarnaast is de inkomensafhankelijke bijdrage constant boven een bepaalde inkomensgrens (zie bijlage B) en zijn de betalingen onder het eigen risico relatief constant. Naarmate het inkomen toeneemt, neemt het

aandeel van die drie financieringsstromen dus relatief af, of, andersom, als het huishoudinkomen lager is, dan is het aandeel van de bijdrage van de drie financieringsstromen relatief hoog. Alleen de procentuele bijdrage via de algemene belastingen neemt toe met het inkomen, maar deze toename is te gering om de afname van de andere drie financieringsbronnen teniet te doen. Relatief gezien dragen huishoudens met lagere inkomens daarom meer bij dan huishoudens met een hoger inkomen.

Figuur 5.2 Percentage van het bruto-inkomen dat huishoudens bijdragen aan de Zvw, 2019



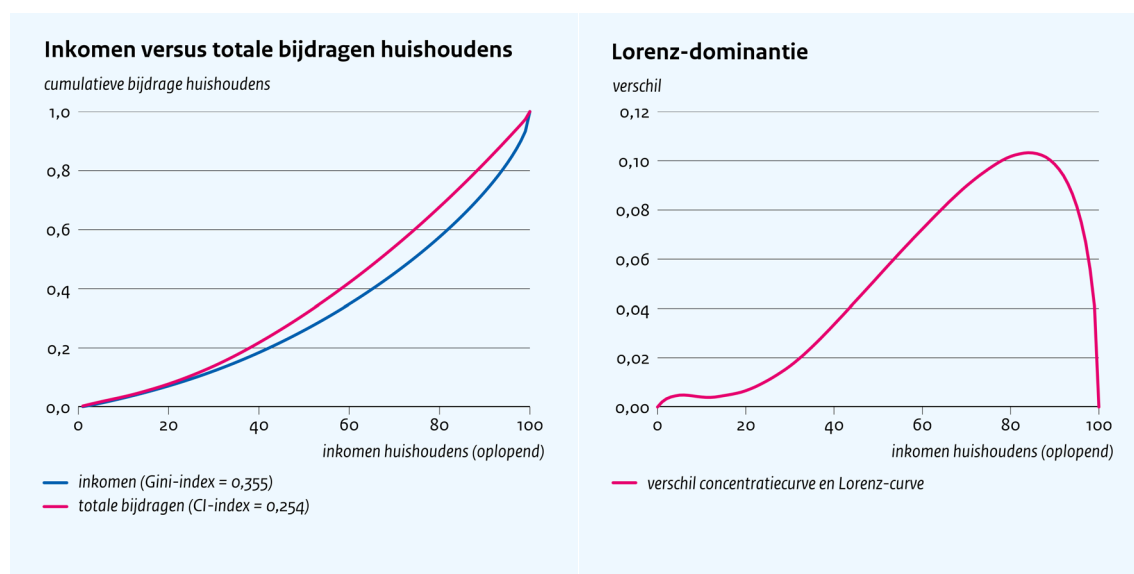
*De eerste vijf percentielen zijn weggelaten.

De figuren maken inzichtelijk hoe de financiering van de Zvw in grote lijnen verloopt, maar de hoogte van de bijdrage van de huishoudens in een inkomenspercentiel hangt ook af van zogenoemde samenstellingseffecten. In figuur 5.1 en 5.2 bevat iedere kolom rond de 75.000 huishoudens. De hoogte van de kolom wordt bepaald door de gemiddelde bijdragen van deze huishoudens. De samenstelling van de huishoudens kan echter verschillen tussen kolommen. Dit noemen we samenstellingseffecten. Bijvoorbeeld, in figuur 5.1 valt op dat de gemiddelde bijdragen van huishoudens aan de Zvw niet altijd toenemen in de hogere percentielen. Dit komt doordat in het ene percentiel grotere huishoudens (in aantallen kinderen en volwassenen) vertegenwoordigd zijn dan in het andere percentiel. Bijvoorbeeld, een groter huishouden draagt meer bij aan de financiering van de Zvw, via de nominale premies, betalingen aan het eigen risico en inkomensafhankelijke bijdrage, dan een huishouden dat, bijvoorbeeld, bestaat uit één volwassene. In bijlage C laten we zien hoe de huishoudgrootte is verdeeld over de inkomenspercentielen. Opmerkelijk is dat rondom het 35e inkomenspercentiel de huishoudgrootte lager is dan bij de hogere percentielen.

Ook spelen de omvang van de vermogens van huishoudens en de tarieven van de inkomensafhankelijke bijdrage een rol. Bijvoorbeeld, in het eerste inkomenspercentiel zijn relatief veel huishoudens vertegenwoordigd die weliswaar een laag inkomen hebben, maar ook veel vermogen hebben. Bij het eerste percentiel is de lichtroze kolom (premie minus zorgtoeslag) wat hoger; deze huishoudens dragen relatief meer bij aan de financiering van de Zvw, omdat ze geen zorgtoeslag krijgen (Belastingdienst, z.d. a). Een laatste opvallend resultaat is dat de gemiddelde absolute inkomensafhankelijke bijdrage (donkerblauwe kolommen in figuur 5.1) van een huishouden *lager* is voor de *vijf hoogste* inkomens-percentielen, percentielen 96-100, dan in de percentielen 90-95. Hier speelt mee dat bij de inkomensafhankelijke bijdrage een hoog en laag tarief wordt gehanteerd (zie ook bijlage B). Huishoudens in de allerhoogste inkomenspercentielen vallen vaker in het lage tarief van de inkomensafhankelijke bijdragen (zie bijlage B voor een verklaring).

Voor de Zvw als geheel is de inkomenssolidariteit regressief met een KI-index van $-0,101$. Dit betekent dat hoge inkomens, als percentage van het bruto-inkomen, minder bijdragen aan de financiering van de Zvw dan lage inkomens. Dit is te zien in het linkerdeel van figuur 5.3, waarbij de concentratiecurve van de totale financiering van de Zvw (donkerroze) boven de Lorenz-curve (donkerblauw) ligt. De KI-index van $-0,101$ wordt berekend door de concentratie-index ($0,254$) van de Gini-index ($0,355$) af te trekken. De contrastcurve (zie rechterdeel figuur 5.3), het verschil tussen de concentratiecurve en de Lorenz-curve, is overal positief (er is dus sprake van Lorenz-dominantie). De contrastcurve laat ook zien dat rond het 35e percentiel de financiering sterk toeneemt. De hogere-inkomensgroepen dragen geleidelijk minder bij aan de Zvw, gemeten naar rato van het bruto-inkomen. Merk op dat ook bij andere modelleringen voor de algemene belasting de KI-index negatief blijft. Wanneer we de algemene belasting proportioneel nemen aan de inkomstenbelasting, vinden we een KI-index van $-0,082$; zouden we daarentegen de keuze maken om de algemene belasting proportioneel te nemen aan het brutohuishoudinkomen dan krijgen we een KI-index van $-0,122$.

Figuur 5.3 Lorenz-curve (donkerblauw) en concentratiecurve (donkerroze) van totale financiering Zvw (links) en de Lorenz-dominantie (rechts), 2019



De inkomenssolidariteit, gemeten met de KI-index, is laag in vergelijking met andere landen en ook lager dan eerdere Nederlandse studies naar de inkomenssolidariteit. In vergelijking met andere landen is een KI-index van $-0,101$ relatief laag; alleen voor de VS, Zwitserland en Italië worden vergelijkbare KI-indexen gevonden. In veel andere landen, zoals België, Frankrijk, Israël en het Verenigd Koninkrijk worden hogere en positieve KI-indexen gevonden (zie hoofdstuk 3.1.). Eerdere studies voor Nederland onderzochten de inkomenssolidariteit ten tijde van het ziektekostenstelsel van voor de invoering van de Zvw in 2006. Die studies rapporteerden een KI-index van $-0,035$ en $-0,023$ voor Nederland (zie hoofdstuk 3.1.) Dit is een relatief groot verschil met de KI-index van $-0,101$ die we in deze studie vinden. Deze bevinding suggereert dat door de invoering van de Zvw de inkomenssolidariteit is afgenomen.

5.1 Individuele financieringsstromen

De enige financieringsstroom die over de hele linie toeneemt naarmate het huishoudinkomen hoger is, zijn de algemene belastingen. Tabel 5.1 vat figuren 5.1 en 5.2 samen in een tabel waarbij huishoudens zijn verdeeld in vijf inkomenskwintielen. Opvallend is dat alleen voor de algemene belastingen zowel de absolute als procentuele bijdragen toenemen naarmate een huishouden is ingedeeld in een hoger inkomenskwintiel. Voor de drie andere financieringsstromen verschilt dit patroon. Bij de inkomensafhankelijke bijdrage stijgt de

absolute bijdrage in de hogere kwintielen.⁸ Als percentage van het inkomen neemt de iab echter af bij het vierde en vijfde inkomenskwintiel omdat de inkomensafhankelijke bijdrage constant is voor alle huishoudens boven een bepaalde inkomensgrens (zie ook hoofdstuk 7). De bijdrage via de nominale premie minus de zorgtoeslag stijgt, maar is vrij constant voor de hoogste drie kwintielen. Dat komt doordat huishoudens met een hoger inkomen geen recht hebben op zorgtoeslag. De verschillen die hier optreden, hebben daarom voor een belangrijk deel te maken met samenstellingseffecten. Bijvoorbeeld, de absolute bijdrage is lager voor huishoudens in het vijfde kwintiel dan huishoudens in het vierde kwintiel omdat in het vierde kwintiel de huishoudens relatief groter zijn (zie bijlage C). De absolute eigen bijdragen die huishoudens betalen door het verplicht eigen risico zijn relatief constant over de inkomenskwintielen, daardoor neemt de procentuele bijdrage af voor hogere kwintielen.

Tabel 5.1 Bijdrage van een gemiddeld huishouden per kwintiel aan de financiering van de Zvw, 2019

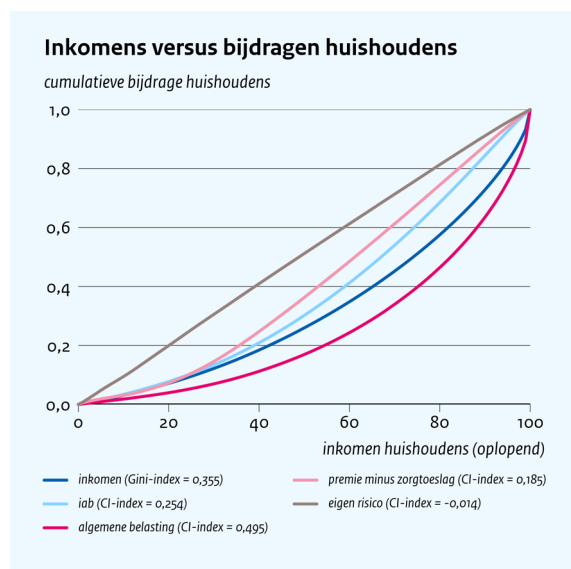
	Huishoudens met de 20% laagste inkomens	Kwintiel 2	Kwintiel 3	Kwintiel 4	Huishoudens met de 20% hoogste inkomens
Totale financiering					
Absoluut	2449 euro	4390 euro	6351 euro	8044 euro	10.138 euro
Procentueel	9,9%	10,5%	9,8%	8,7%	6,6%
<i>Totale financiering onderverdeeld naar financieringsstroom</i>					
Inkomensafhankelijke bijdrage					
Absoluut	1218 euro	2060 euro	3188 euro	4272 euro	4947 euro
Procentueel	4,9%	4,9%	4,9%	4,6%	3,2%
Premie minus zorgtoeslag					
Absoluut	658 euro	1583 euro	2156 euro	2349 euro	2318 euro
Procentueel	2,7%	3,8%	3,3%	2,5%	1,5%
Algemene belasting					
Absoluut	186 euro	341 euro	614 euro	1035 euro	2511 euro
Procentueel	0,8%	0,8%	0,9%	1,1%	1,6%
Betalingen door verplicht eigen risico van 385 euro					
Absoluut	387 euro	406 euro	393 euro	388 euro	362 euro
Procentueel	1,6%	1,0%	0,6%	0,4%	0,2%
*De procentuele bijdragen zijn gemeten door voor ieder kwintiel de gemiddelde absolute bijdrage in de financiering van de Zvw van huishoudens te delen door het gemiddelde brutohuishoudinkomen in dat kwintiel.					

⁸ Dit is niet het geval voor de hoogste vijf inkomenspercentielen (zie tekst over samenstellingseffecten).

Van de vier individuele financieringsstromen is de financiering van het verplichte eigen risico het meest regressief. Figuur 5.4 toont aan dat de concentratiecurve van het eigen risico (grijs) het meest links van de Lorenz-curve (donkerblauw) ligt. De concentratiecurve van het eigen risico komt ongeveer overeen met de 45-gradenlijn, wat betekent dat elk inkomenspercentiel evenveel bijdraagt aan de totale eigen betalingen. Dit is ook zichtbaar in de concentratie-index van het eigen risico van $-0,0143$, die dicht in de buurt van nul ligt en aanzienlijk lager is dan de Gini-index van $0,355$. De concentratie-index van het eigen risico is zelfs iets lager dan nul omdat huishoudens met lagere inkomens over het algemeen iets hogere gemiddelde zorgkosten hebben (zie ook figuur 7.4). Vervolgens dragen de premie minus de zorgtoeslag (lichtroze; concentratie-index van $0,174$) en de inkomensafhankelijke bijdrage (lichtblauw; concentratie-index van $0,185$) bij aan de regressieve financiering, aangezien beide curves links van de Lorenz-curve (donkerblauw) liggen. Alleen de algemene belastingen (donkerroze; concentratie-index van $0,495$), met een concentratiecurve die rechts van de Lorenz-curve (donkerblauw) ligt, zorgen voor een progressieve bijdrage aan de financiering.

De mate van inkomenssolidariteit wordt beïnvloed door het aandeel van een financieringsstroom in de totale financiering en de mate van progressiviteit per financieringsstroom. De voornaamste bron van financiering is de inkomensafhankelijke bijdrage, die 50% van de financiering van de Zvw voor zijn rekening neemt. Andere belangrijke bronnen zijn de nominale premie minus de zorgtoeslag (29%), de financiering via belastingen (15%) en de eigen bijdrage via het eigen risico (6%). De concentratie-index van de totale financiering, $0,254$, wordt bepaald door de som van de aandelen van iedere financieringsvorm te vermenigvuldigen met de concentratie-index per financieringsvorm (figuur 5.4). Dus $0,254 = 50\% * 0,254$ (iab) + $29\% * 0,185$ (nominale premie minus zorgtoeslag) + $15\% * 0,495$ (algemene belastingen) + $6\% * -0,0143$ (eigen risico). Wanneer het aandeel van de algemene belastingen in de financiering bijvoorbeeld zou toenemen en het aandeel van een andere financieringsbron als gevolg daarvan afneemt, zal de financiering van de Zvw een meer progressieve inkomensverdeling krijgen, omdat de algemene belastingen meer progressiviteit kennen dan bijvoorbeeld het eigen risico. In bijlage B gaan we dieper in op de (bijdrage van) individuele financieringsstromen.

Figuur 5.4 Lorenz-curve en concentratiecurves van verschillende financieringsstromen, 2019



Onze berekeningen zijn geschikt om de effecten van beleidsveranderingen op de mate van inkomenssolidariteit te meten. Bijvoorbeeld, beleid waardoor er meer (minder) financiering via de algemene belastingen plaatsvindt, zal de inkomenssolidariteit meer (minder) progressief maken, omdat de belastingen van alle financieringsstromen het meeste bijdragen aan de progressiviteit van de

inkomenssolidariteit. In hoofdstuk 7 bespreken we twee voorbeelden van beleidsveranderingen in de financiering van de zorg.

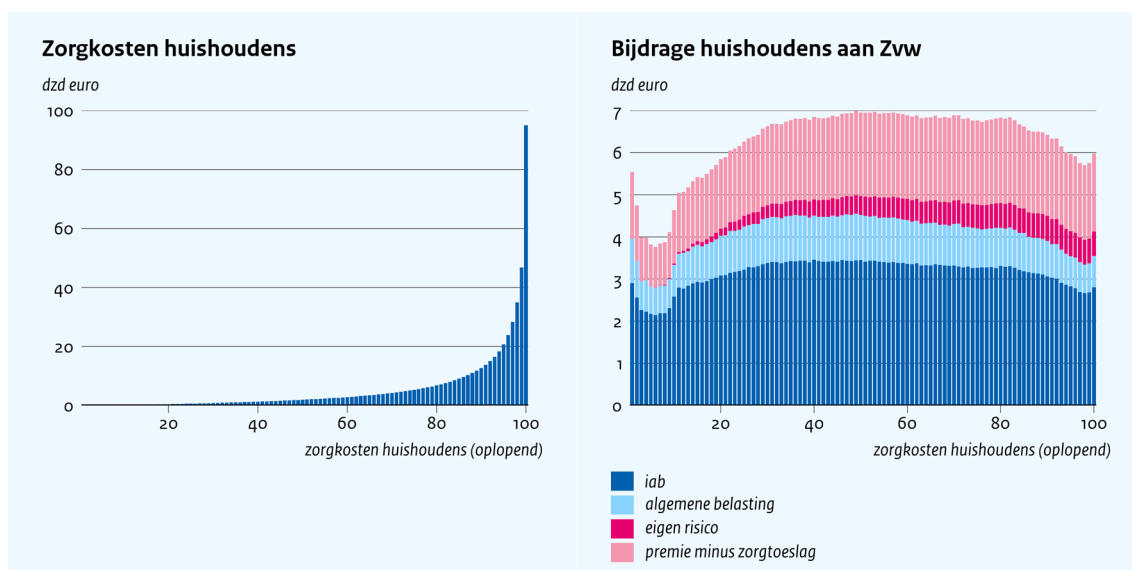
6 Resultaten risicosolidariteit

De risicosolidariteit tussen huishoudens is groot in Nederland. Het linkerdeel van figuur 6.1 laat de uitgaven van alle huishoudens aan zorg zien. Op de horizontale as staan de totale zorguitgaven voor huishoudens in 2019, waarbij de huishoudens oplopend naar percentielen zijn gerangschikt. De grafiek laat zien dat huishoudens in de laagste percentielen nauwelijks zorgkosten hebben, terwijl in de hoogste percentielen de zorgkosten van een huishouden heel hoog kunnen zijn. Zo hebben de huishoudens in het bovenste percentiel gemiddeld genomen rond 90.000 euro aan zorgkosten. Wanneer huishoudens deze zorgkosten zelf zouden moeten betalen, zouden veel huishoudens in de financiële problemen komen. De maat voor risicosolidariteit geeft aan in hoeverre de zorgkosten van huishoudens worden verdeeld over alle huishoudens. Dit is weergegeven in het rechterdeel van figuur 6.1. Op de verticale as staat de bijdrage van alle huishoudens aan de Zvw in 2019. De verschillende kleuren geven aan welke financiële bijdrage het betreft. Door de twee grafieken in figuur 6.1 te vergelijken, is duidelijk dat de risicosolidariteit groot is: de bijdragen in de rechtergrafiek zijn redelijk evenredig verdeeld over de huishoudens en voor alle percentielen geldt dat de gemiddelde bijdrage nooit hoger dan 7000 euro is. Bijvoorbeeld, voor het hoogste percentiel ligt de gemiddelde bijdrage rond de 6000 euro, hetgeen aanmerkelijk lager is dan de zorgkosten van deze groep (rond 90.000 euro), terwijl de bijdrage voor de 25% huishoudens met de laagste zorgkosten gemiddeld 5000 euro is. De risicosolidariteit is niet volledig, hetgeen het geval zou zijn als ieder huishouden precies evenveel zou bijdragen.

De ex-post risicosolidariteit is 0,938. De ex-post risicosolidariteit wordt berekend door eerst de concentratiecurves behorende bij figuur 6.1 te bepalen. Deze zijn 0,043 voor het linkerdeel van figuur 6.1 en 0,698 voor de bijdrage aan de Zvw naar zorguitgaven (het rechterdeel van figuur 6.1). Vervolgens wordt de ex-post risicosolidariteit bepaald door $1 - (0,043/0,698) = 0,938$ (zie hoofdstuk 3). De ex-post risicosolidariteit ligt dicht bij 1; daarmee is de mate van risicosolidariteit tussen Nederlandse huishoudens groot.

De mate van risicosolidariteit wordt mede bepaald door huishoudgrootte. Het rechterdeel van figuur 6.1 laat zien dat de gemiddelde bijdragen van huishoudens aan de Zvw tussen de 4000 en 7000 euro liggen. Figuur 6.1 laat een opmerkelijk patroon zien. Bij de eerste twee percentielen zijn de bijdragen relatief hoog, daarna dalen ze fors en vanaf het 3e percentiel stijgen de bijdragen tot aan het 35e percentiel, waarna ze relatief constant blijven en weer licht afnemen na het 80e percentiel. De vorm van de grafiek wordt voor een belangrijk deel gedreven doordat de gemiddelde huishoudgrootte verschilt per percentiel. Bijvoorbeeld, de dip rond het 10e percentiel wordt verklaard doordat daar relatief veel eenpersoonshuishoudens zitten die minder bijdragen aan de financiering van de zorguitgaven. De eerste twee percentielen betreffen weer relatief grote huishoudens met lage zorgkosten. Zij dragen relatief veel bij aan de Zvw. De licht aflopende trend bij de hogere percentielen wordt verklaard doordat daar zich de relatief meer kleine huishoudens bevinden.

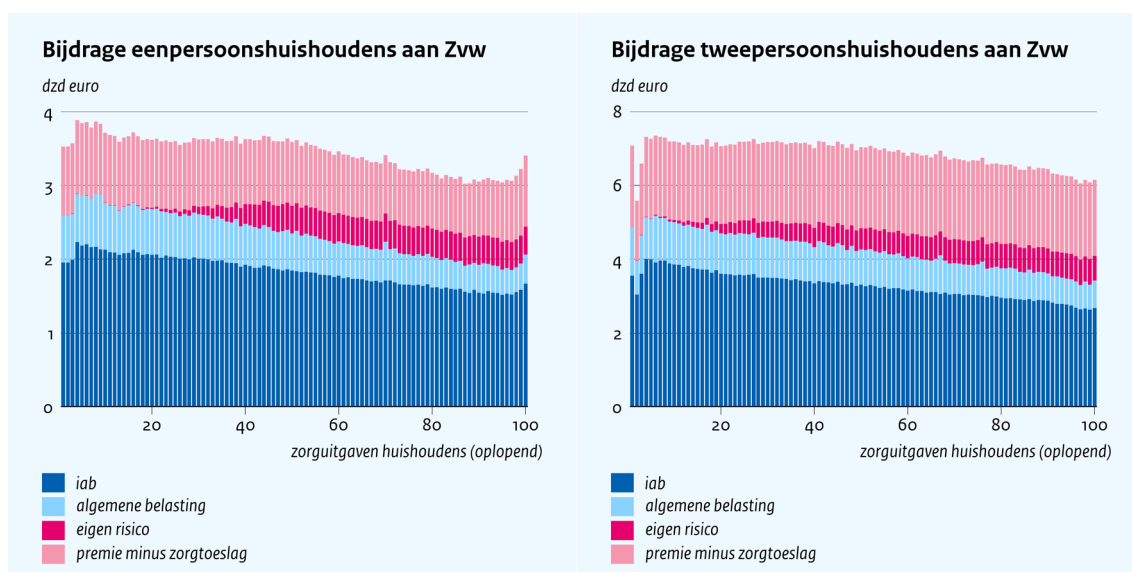
Figuur 6.1 Totale zorgkosten Zvw (links) en totale bijdrage huishoudens Zvw (rechts) gesorteerd naar oplopende zorguitgaven, 2019



Bij huishoudens met dezelfde huishoudgrootte is de risicosolidariteit zelfs meer dan volledig. Figuur 6.2 geeft meer inzicht in de mate van risicosolidariteit bij gelijke huishoudgrootte. Het linkerdeel van figuur 6.2 toont de risicosolidariteit voor eenpersoonshuishoudens en het rechterdeel voor tweepersoonshuishoudens. Ook hier blijkt de risicosolidariteit groot te zijn; wanneer we voor een- en tweepersoonshuishoudens de ex-post risicosolidariteit bepalen vinden we voor de eenpersoonshuishoudens een index van 1,05 en voor tweepersoonshuishoudens een index van 1,06 (zie tabel 6.1). Voor huishoudens met drie of meer personen vinden we een vergelijkbaar resultaat. Het gewogen gemiddelde is 1,04 (zie tabel 6.1).

Naarmate de zorgkosten van een huishouden toenemen, draagt een huishouden minder bij aan zorg en de bijdragen onder het verplicht eigen risico worden hoger naarmate een huishouden hogere zorgkosten heeft. Deze twee resultaten worden zichtbaar in figuur 6.2. Ten eerste zien we in zowel het linkerdeel als in het rechterdeel van figuur 6.2 een dalende trend. De dalende trend zorgt ervoor dat de ex-post risicosolidariteit groter is dan 1. Dit betekent dat naarmate de zorgkosten van huishoudens toenemen, deze huishoudens minder bijdragen aan de financiering van de zorg. Deze aflopende trend wordt in beide grafieken vooral veroorzaakt door twee financieringsstromen: de iab (donkerblauw) en de bijdrage via de algemene belastingen (lichtblauw). De reden voor de aflopende trend is dat huishoudens met lage zorgkosten doorgaans een hoger bruto-inkomen hebben. Huishoudens met een hoog bruto-inkomen liggen dus relatief meer gegroepeerd aan de linkerkant van de grafiek. Een tweede effect dat we zien is dat de bijdragen onder het verplichte eigen risico (donkerroze) een oplopende trend kennen. Dit ligt voor de hand omdat huishoudens met hogere zorgkosten doorgaans hogere eigen betalingen hebben. Deze twee effecten werken tegen elkaar in.

Figuur 6.2 Totale absolute bijdrage voor eenpersoonshuishoudens (links) en tweepersoonshuishoudens (rechts), 2019



Tabel 6.1 Risicosolidariteit voor verschillende huishoudsamenstellingen, 2019

	Aandeel	Concentratie-index	Risicosolidariteit
Huishoudens			
Eenpersoonshuishoudens	0,36	-0,04	1,05
Tweepersoonshuishoudens	0,34	-0,02	1,03
Huishoudens met 3 of meer personen	0,30	0,00	1,00
Totaal	1,00		1,03
*De risicosolidariteit voor de totale populatie is in de laatste rij berekend door het gewogen gemiddelde te nemen van de risicosolidariteit in de eerste drie rijen.			

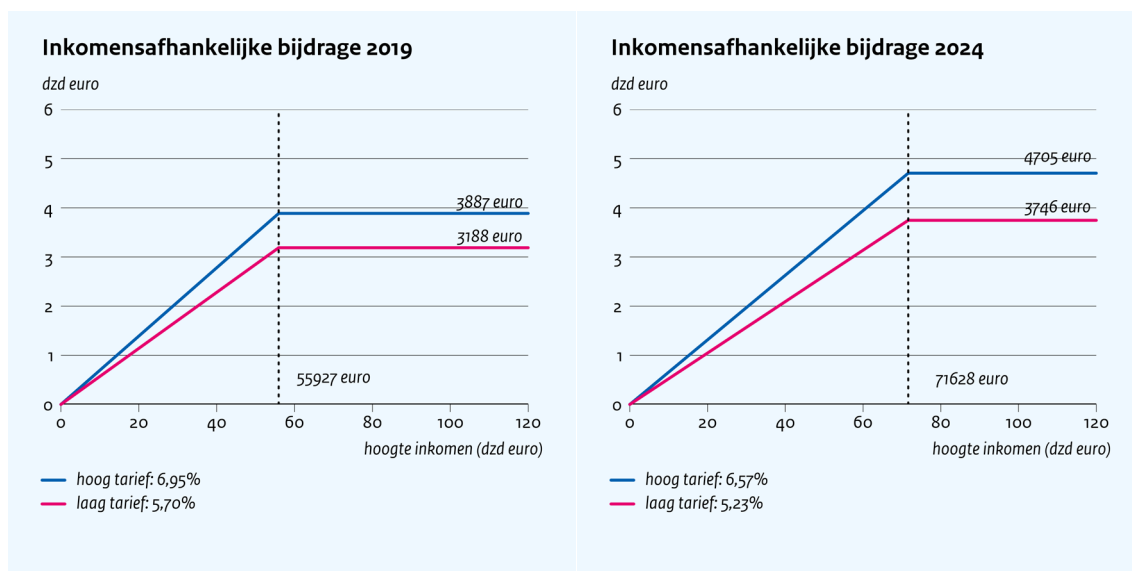
7 Twee beleidsvarianten

In dit hoofdstuk bespreken we twee beleidsvarianten en hun effecten op de inkomens- en risicosolidariteit. In paragraaf 7.1 kijken we naar beleidswijzigingen in de inkomensafhankelijke bijdrage (iab). De overheid heeft de afgelopen jaren wijzigingen aangebracht in de iab, en we vergelijken in deze paragraaf de inrichting van de iab in 2024 met de inrichting van de iab van 2019 (zoals centraal staat in de rest van dit stuk). In paragraaf 7.2 brengen we een verandering aan in het eigen risico. In plaats van een verplicht eigen risico van 385 euro onderzoeken we een verplicht eigen risico van 165 euro, zoals het kabinet-Schoof voornemens is in te voeren per 2027.

7.1 De inkomensafhankelijke bijdrage

Door de beleidswijzigingen in de iab gaan lage inkomens minder, en hoge inkomens meer betalen aan iab in 2024 dan in 2019. Figuur 7.1 laat de vormgeving van de inkomensafhankelijke bijdrage zien in respectievelijk 2019 en 2024. De inkomensafhankelijke bijdrage kent twee tarieven: een laag tarief en een hoog tarief. De vormgeving van beide tarieven is de afgelopen jaren aangepast. Ten eerste is voor beide tarieven de inkomensgrens verhoogd van 55.927 euro naar 71.628 euro. Als burgers de inkomensgrens passeren, wordt het bedrag dat zij betalen aan iab gemaximeerd. Zij betalen dan dus een vast bedrag aan iab. Ten tweede is het percentage dat burgers met een inkomen onder de inkomensgrens moeten betalen bij beide tarieven verlaagd; van 6,95% naar 6,57% voor het hoge tarief, en van 5,70% naar 5,23% voor het lage tarief. Per saldo betekent de beleidswijziging dat lage inkomens minder betalen en hoge inkomens meer betalen aan de iab.

Figuur 7.1 Vormgeving inkomensafhankelijke bijdrage in 2019 en 2024

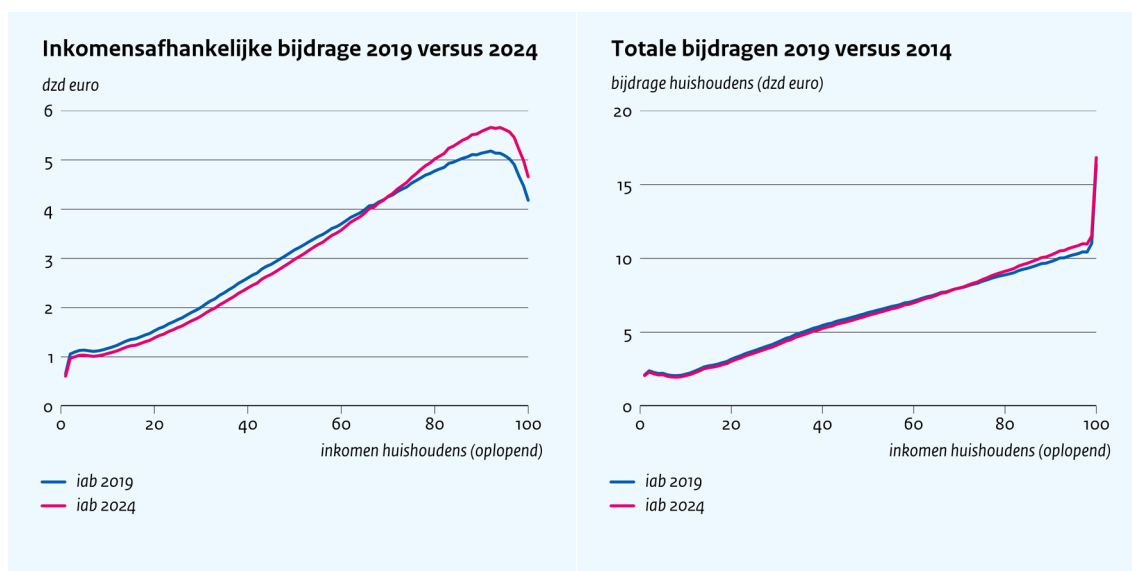


De inkomenssolidariteit wordt door de beleidswijzigingen in de iab minder regressief. We simuleren de tariefwijziging van de iab door alle variabelen in 2019 constant te houden, behalve de iab; de iab wordt aangepast⁹. In figuur 7.2 is te zien dat huishoudens met een huishoudinkomen lager dan het 70^e percentiel minder betalen aan iab bij de nieuwe inrichting van het iab, terwijl huishoudens met een inkomen boven het

⁹ Bij de variant houden we totale iab-bijdragen van huishoudens in 2019 en 2024 gelijk.

70^e percentiel meer betalen aan iab (figuur 7.2, links). Hetzelfde patroon is te zien wanneer we naar de totale Zvw bijdragen van huishoudens naar inkomensgroep kijken (figuur 7.2, rechts). Doordat huishoudens met hoge inkomens meer bijdragen dan lage inkomens wordt de inkomenssolidariteit door de beleidswijziging minder regressief. De KI-index stijgt van $-0,101$ naar $-0,084$ (zie tabel 7.1).

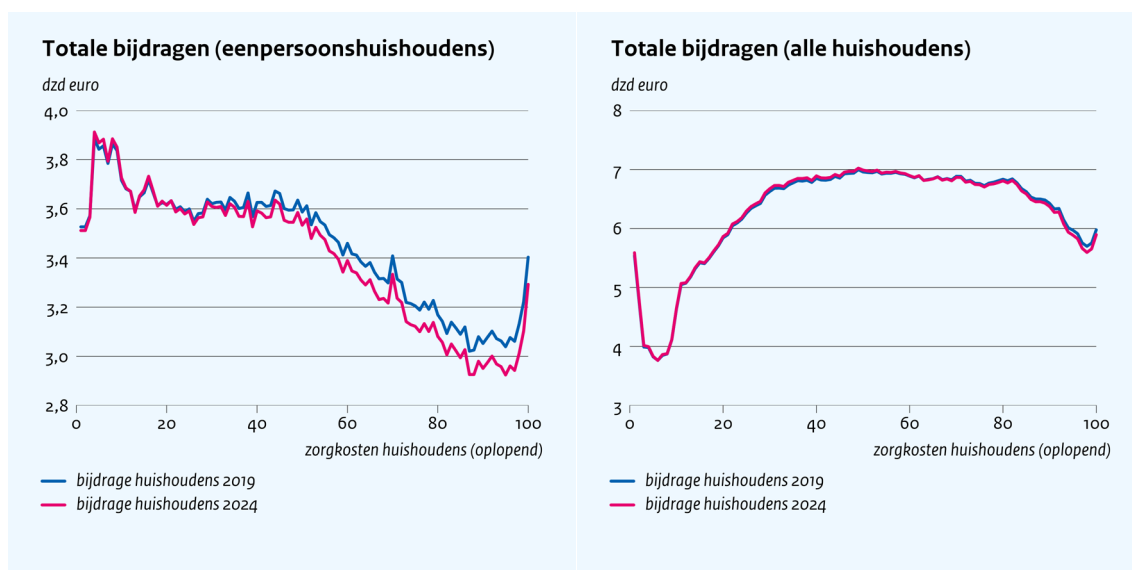
Figuur 7.2 Iab en totale bijdragen aan Zvw in 2019 en 2024



Huishoudens met hoge zorgkosten gaan minder bijdragen aan de Zvw; huishoudens met lage zorgkosten gaan meer bijdragen. Dit valt te zien in figuur 7.3. Het linkerdeel van figuur 7.3 laat de verandering van de bijdrage van de iab voor alle huishoudens zien, waarbij de huishoudens gerangschikt zijn naar hun zorguitgaven. We zien dat, na de nieuwe inrichting van het iab, huishoudens met relatief hoge zorguitgaven (percentiel 65 en hoger) minder bijdragen en huishoudens met lage zorguitgaven (percentiel 20 tot en met 50) meer. Wanneer de huishoudgrootte constant wordt gehouden, is het effect nog duidelijker te zien (figuur 7.3, rechts). We zien dat de eenpersoonshuishoudens met de meeste zorguitgaven (percentielen 30-100) door de beleidswijziging minder bijdragen aan de financiering van de zorg. Dit effect is te verklaren doordat in de percentielen met huishoudens met hogere zorguitgaven meer huishoudens zitten met lagere inkomens, die minder iab betalen in het systeem zoals dat geldt in 2024.

Het effect op de risicosolidariteit is niet eenduidig. De maat voor risicosolidariteit stijgt, zowel als we naar alle huishoudens tegelijkertijd kijken, als wanneer we de huishoudgrootte constant houden, maar het effect op de risicosolidariteit is verschillend. Wanneer we naar alle huishoudens kijken, en geen onderscheid maken naar huishoudgrootte, komt de risicosolidariteit dichterbij 1 en neemt de risicosolidariteit toe (zie tabel 7.1). Wanneer we huishoudgrootte constant houden, schiet de risicosolidariteit verder door en komt deze verder af te liggen van 1.

Figuur 7.3 Totale bijdragen alle huishoudens (links) en eenpersoonshuishoudens (rechts) met de inkomensafhankelijke bijdrage van 2019 en 2024.



7.2 Het verplicht eigen risico

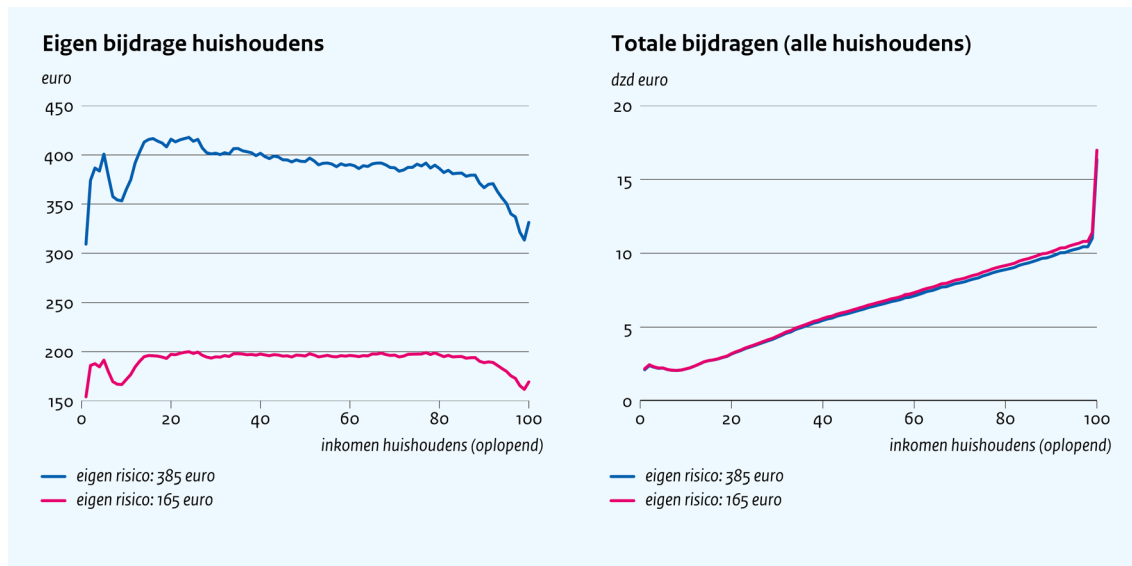
Bij een verlaging van het verplicht eigen risico van 385 euro naar 165 euro, zoals voorgenomen door het kabinet-Schoof, nemen de eigen betalingen van huishoudens af, maar stijgen de overige bijdragen van huishoudens aan de Zvw. Het verlagen van het eigen risico heeft twee effecten: een financieringsschuif en een gedragseffect. Met de financieringsschuif wordt bedoeld dat de zorg die nu via eigen betalingen privaat wordt gefinancierd door de maatregel collectief wordt gefinancierd. Het gedragseffect wordt ook wel het remgeldeffect genoemd. Door het verlagen van het verplicht eigen risico zullen sommige verzekerden meer zorg gebruiken, wat leidt tot een toename van collectieve zorguitgaven. We veronderstellen in deze paragraaf een stijging van 3% van de zorguitgaven door het gedragseffect, hetgeen grofweg overeenkomt met de inschatting die gemaakt is op basis van eerdere doorrekeningen door het CPB (CPB, 2024). We berekenen eerst de verhoging van de zorguitgaven, vervolgens worden de eigen betalingen berekend en daarna worden de overige bijdragen aan de Zvw door andere financieringsstromen bepaald.¹⁰

Door een verlaging van het verplicht eigen risico gaan hoge inkomens relatief meer bijdragen aan de zorg en wordt de inkomenssolidariteit minder regressief. De uitkomsten zijn te zien in figuur 7.4. Het linkerdeel van figuur 7.4 laat zien dat de eigen bijdragen door de verlaging van het eigen risico dalen met gemiddeld ongeveer 200 euro per huishouden. Het rechterdeel van figuur 7.4 toont de verandering in absolute bijdragen aan de Zvw van huishoudens, waarbij de huishoudens zijn gerangschikt naar hun inkomen. We zien een toename van de totale bijdragen voor alle huishoudens, waarbij deze bijdrage relatief meer toeneemt voor de inkomens in de hogere percentielen. Voor de lage inkomens stijgt de absolute bijdrage aan zorg omdat de stijging van de iab, premie minus de zorgtoeslag en de algemene belasting door het gedragseffect (zie vorige paragraaf) groter is dan de daling die veroorzaakt wordt door de verandering van het eigen risico. Omdat de hoogte van de zorgtoeslag gekoppeld is aan de hoogte van de premie en het eigen risico, is de toename van de zorgtoeslag in deze variant beperkt. Al met al betalen hogere inkomens relatief iets meer aan de Zvw als het

¹⁰ Zie de methode in hoofdstuk 4. We veronderstellen dat de iab voor ieder huishouden weer 50% bedraagt, vervolgens laten we de premie minus zorgtoeslag en de algemene belasting proportioneel stijgen zodat de totale financiering overeenkomt met de 3%-stijging van de totale zorguitgaven.

eigen risico verlaagd wordt, waardoor de inkomenssolidariteit iets minder regressief wordt; de KI-index stijgt van $-0,101$ (bij een eigen risico van 385 euro) naar $-0,098$ (bij een eigen risico van 165 euro) (zie tabel 7.1).

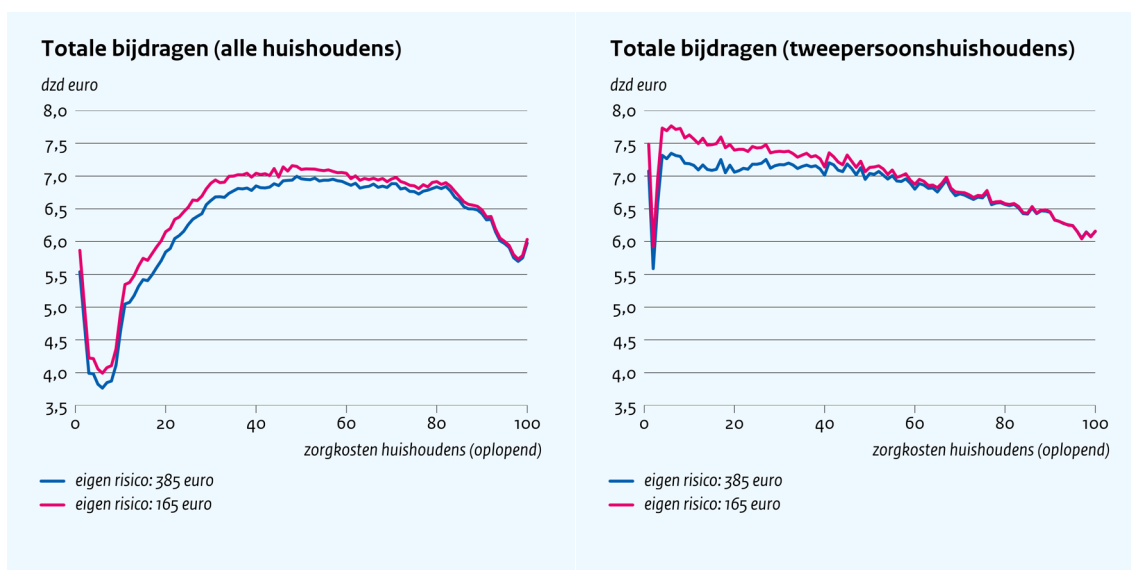
Figuur 7.4 Eigen betalingen door het eigen risico en totale bijdragen van huishoudens bij een eigen risico van 165 euro en 385 euro.



De verlaging van het eigen risico leidt tot hogere bijdragen voor huishoudens met lagere zorgkosten. Dit valt te zien in figuur 7.5. De figuur laat zien dat de verandering van het verplicht eigen risico leidt tot hogere bijdragen voor huishoudens met lage zorgkosten. De reden is dat de toename in de bijdragen aan de Zvw voor het grootste gedeelte voor rekening komt van de hoge inkomens. Huishoudens met lagere zorgkosten hebben doorgaans een hoger inkomen.

Het effect op de risicosolidariteit is niet eenduidig. De maat voor risicosolidariteit komt, als we niet corrigeren voor huishoudgrootte, dicht bij 1 en de risicosolidariteit neemt dus toe. De maat voor risicosolidariteit schiet echter verder door, wanneer we corrigeren voor huishoudgrootte omdat de risicosolidariteit dan verder van 1 komt af te liggen. Dit laatste resultaat betekent bijvoorbeeld dat tweepersoonshuishoudens met weinig tot geen zorgkosten gemiddeld genomen meer bijdragen (rond de 7500 euro) dan huishoudens met hoge zorgkosten (rond de 6500 euro).

Figuur 7.5 De totale bijdragen van alle huishoudens (links) en tweepersoonshuishoudens (rechts) bij een eigen risico van 165 euro en 385 euro.



Tabel 7.1 De inkomens- en risicosolidariteit in het basismodel en voor verschillende beleidsvarianten

	Inkomenssolidariteit	Risicosolidariteit	Risicosolidariteit	Risicosolidariteit
		<i>Alle huishoudens</i>	<i>Eenpersoonshuishoudens</i>	<i>Tweepersoonshuishoudens</i>
Basismodel	-0,101	0,953	1,046	1,033
Varianten				
(1) iab van 2024	-0,084	0,942	1,055	1,041
(2) Verplicht eigen risico naar 165 euro	-0,098	0,951	1,064	1,049

8 Conclusies en discussie

Deze studie brengt in kaart in welke mate er sprake is van inkomens- en risicosolidariteit in het Nederlandse stelsel van curatieve zorg, die bij de introductie van de Zorgverzekeringswet (Zvw) expliciet genoemd werden als randvoorwaarde. De studie beschrijft de inkomens- en risicosolidariteit tussen huishoudens in de Zorgverzekeringswet in 2019. Daarbij kijken we naar vier verschillende financieringsstromen. De inkomensafhankelijke bijdrage (iab) is met 50% de grootste financieringsstroom van de Zvw. Daarna komt de nominale premie, waarvoor huishoudens met een lager inkomen een zorgtoeslag ontvangen. De premie minus de zorgtoeslag omvat 29% van de totale bijdragen aan de Zvw. De derde stroom in omvang is de algemene belasting met 19%. Het verplicht eigen risico heeft met gemiddeld 6% een relatief beperkte omvang in de financiering van de Zvw.

Hoewel huishoudens met een hoog inkomen absoluut gezien meer bijdragen aan de financiering van de Zvw, is dat als aandeel van het inkomen niet het geval. Betalingen aan de Zvw nemen als aandeel van het inkomen toe tot ongeveer het derde deciel, en nemen daarna gestaag af. We vinden voor de inkomenssolidariteit een KI-index van $-0,101$. Deze inkomenssolidariteit is relatief laag in vergelijking met eerder Nederlands onderzoek naar de inkomenssolidariteit van het ziektekostenstelsel van voor de invoering van de Zvw. Dat huishoudens met een hoger inkomen relatief minder bijdragen dan huishoudens met een middeninkomen komt doordat drie financieringsstromen constant zijn voor hoge inkomens: de nominale premie minus de zorgtoeslag, de betalingen door het eigen risico en de inkomensafhankelijke bijdrage boven een inkomensgrens. Met een stijging van het inkomen, neemt de bijdrage aan de Zvw relatief af.

Vergeleken met andere Europese landen is de inkomenssolidariteit in het Nederlandse curatieve zorgstelsel relatief laag. De in deze studie gevonden KI-index van $-0,101$ is laag in vergelijking met studies die zijn uitgevoerd in België, Frankrijk en Israël, en is vergelijkbaar met de schattingen voor Zwitserland en Italië. Daarbij moet wel opgemerkt worden dat het louter de solidariteit in de financiering van het zorgstelsel betreft; naar de gelijkheid van de totale verdeling van netto-inkomens – met aftrek van alle premies en belastingen – is in deze studies niet gekeken. We weten uit eerder onderzoek dat herverdeling in Nederland vooral plaatsvindt via andere overheidsuitgaven, zoals de bijstand (Van Essen et al., 2022).

De risicosolidariteit tussen huishoudens voor de Zvw is hoog. We vinden een maat voor de risicosolidariteit die dicht bij 1 ligt. Wanneer we alle huishoudens meenemen, en niet corrigeren voor huishoudgrootte vinden we een waarde van $0,94$, die ligt dus net iets lager dan 1. Wanneer we huishoudens beschouwen met gelijke huishoudgrootte vinden we een waarde van $1,05$, die waarde is iets groter dan 1. De keuze van de maat van risicosolidariteit is niet eenduidig en hangt mede af van maatschappelijke voorkeuren.

Recente aanpassingen in de iab-premie en de geplande verlaging van het eigen risico van 385 euro naar 165 euro vergroten de inkomenssolidariteit, en hebben geen eenduidig effect op de risicosolidariteit. De inkomenssolidariteit stijgt in beide varianten ongeveer evenveel, maar blijft in relatie tot de eerder genoemde studies uit zowel Nederland als het buitenland relatief laag. Het effect op de risicosolidariteit hangt in beide varianten af van de gehanteerde definitie.

We nemen een aantal financieringsstromen in deze studie niet mee: in werkelijkheid is de inkomenssolidariteit in de Zvw daardoor regressiever dan deze studie observeert. Dit betreft de eigen bijdragen, anders dan via het verplicht eigen risico van 385 euro. Dit zijn eigen bijdragen voor extramurale farmacie, ziekenvervoer, kraamzorg en mondzorg. De reden is dat huishoudens deze kosten zelf betalen, en dat die kosten niet afhangen van het inkomen van een huishouden. Dit geldt eveneens voor de aanvullende verzekeringen, zoals bijvoorbeeld voor mondzorg, fysiotherapie, spoedhulp in buitenland, brillen en

contactlenzen. Als we de financiering van de eigen bijdragen en de aanvullende verzekeringen zouden meenemen, zou de mate van inkomenssolidariteit regressiever uitvallen dan we in deze studie rapporteren. Ook het keuzegedrag met betrekking tot het vrijwillig eigen risico en de hoogte van de nominale premie maken de werkelijke verdeling waarschijnlijk regressiever¹¹.

Deze studie bevat een aantal lessen voor beleidsmakers. Ten eerste geeft de studie een beter beeld van hoe de financiering binnen de Zvw is georganiseerd en hoe groot de inkomens- en risicosolidariteit is. Ten tweede laat de studie zien hoe de verschillende financieringsstromen binnen de Zvw verschillen in hun invloed op de inkomens- en risicosolidariteit. De aandacht ging in het beleidsdebat in de afgelopen jaren veelal naar de hoogte van het eigen risico. Het eigen risico is direct voelbaar voor mensen die zorg gebruiken. Deze studie laat zien dat de andere financieringsstromen een groter aandeel in de financiering van de Zvw hebben. Ten derde toont de studie de effecten van twee concrete beleidsaanpassingen op de inkomens- en risicosolidariteit: een verlaging in het eigen risico en recente aanpassingen in de iab-premie. Beide beleidsaanpassingen leidden tot meer inkomenssolidariteit. Het effect van de wijzigingen op de mate van risicosolidariteit hangt af van de gekozen definitie voor solidariteit, maar in beide gevallen blijft de mate van risicosolidariteit in Nederland hoog. Het zijn voorbeelden van hoe beleidsinstrumenten door beleidsmakers ingezet kunnen worden om de mate van inkomens- en/of risicosolidariteit te beïnvloeden. Twee kanttekeningen zijn hierbij van belang. Ten eerste geldt dat beleidsinstrumenten, naast solidariteit, ook andere doelen kunnen hebben. Zo kunnen eigen betalingen een rol spelen in het afremmen van de zorgkosten, wat geen rol speelt bij de financieringsstromen die losstaan van zorggebruik. Een tweede kanttekening is dat solidariteit tussen inkomens ook met andere instrumenten, buiten het zorgdomein, bereikt kan worden.

Dit onderzoek naar de solidariteit in de Zorgverzekeringswet (Zvw) is het eerste project van een meerjarige onderzoekslijn over inkomens- en risicosolidariteit in de Nederlandse zorg. In een volgende studie wil het CPB de solidariteit van de Wet langdurige zorg (Wlz) in kaart brengen. Vervolgens maken we een inschatting van de inkomens- en risicosolidariteit op de langere termijn. Tot slot onderzoeken we ook de invloed van mogelijke beleidsmaatregelen op de inkomens- en risicosolidariteit in de Zvw en Wlz.

¹¹ Handel et al. (2024) laten zien dat sommige individuen betere keuzes maken dan anderen met betrekking tot het vrijwillig eigen risico: zij definiëren een keuze als beter als mensen met lage (hoge) verwachte zorguitgaven een hoger (lager) vrijwillig eigen risico kiezen. Wanneer huishoudens met hogere inkomens betere keuzes maken dan huishoudens met lagere inkomens zal dat de inkomenssolidariteit meer regressief maken.

Referenties

Aalbers, R. & Roos, A.F., (2022). *Zorguitgaven, ons een zorg?* Centraal Planbureau.

Adema, Y. & Van Tilburg, I (2019). *Zorgen om morgen, CPB vergrijzingsstudie*, Centraal Planbureau.

Atkinson, A.B. (1970). On the measurement of inequality, *Journal of Economic Theory* (2), pp.244-263.

Belastingdienst. (z.d. a). *Hoeveel vermogen mag ik hebben om zorgtoeslag te krijgen?* Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/nl/zorgtoeslag/content/maximaal-vermogen-zorgtoeslag>

Belastingdienst. (z.d. b). *Inkomensafhankelijke bijdrage Zvw*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van https://www.belastingdienst.nl/wps/wcm/connect/bldcontentnl/belastingdienst/privewerk_en_inkomen/zorgverzekeringswet/bijdrage_zorgverzekeringswet/

Belastingdienst (2019). *Toeslagenkaart 2019*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van https://download.belastingdienst.nl/toeslagen/docs/toeslagenkaart_2019_tg7101z91pl.pdf

Besten, den, M., Beekers, P., Grolleman, J. J., Dik, J. W., Van der Lee, M., & Van Zonneveld, T. (2021). *ZorgCijfers monitor: Zorgverzekeringswet en Wet langdurige zorg 4e kwartaal 2020*. Zorginstituut Nederland.

Bouckaert, N., Maertens de Noordhout, C. & Van de Voorde, C. (2020). *Health system performance assessment: How equitable is the Belgian health system? Health Services Research (HSR). KCE Reports 334*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van https://kce.fgov.be/sites/default/files/2021-11/KCE_334A_Billijkheid_Belgisch_gezondheidssysteem_Synthese%20%281%29.pdf

Bruil, A. (2022). Distributional national accounts for the Netherlands and a comparison with 12 other countries. *Review of Income and Wealth*, 96 (4), 886-906. <https://doi.org/10.1111/roiw.1260>

Caminada, C. L. J., Brakel, M. van den, Goudswaard, K. P., Vethaak, H. T., & Been, J. (2021). *Inkomensongelijkheid en het effect van herverdeling*. In K. Caminada, E. Jongen, W. Bos, & F. Otten (Eds.), *Inkomen verdeeld, trends 1977-2019* (pp. 41-56). Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) / Universiteit Leiden

CBS (2019), *Welvaart in Nederland 2019*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.cbs.nl/nl-nl/publicatie/2019/27/welvaart-in-nederland-2019>

CPB (2023), *Keuzes in Kaart 2025-2028, Economische analyse van verkiezingsprogramma's*.

Centraal Planbureau. (2018). *Centraal Economisch Plan (CEP) 2018. Tekstkader: Staat het vrijwillig eigen risico in de zorg op gespannen voet met risicosolidariteit?* Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.cpb.nl/sites/default/files/omnidownload/CEP2018-Tekstkader-pag-59.pdf>

Citoni, G., De Matteis, D., & Giannoni, M. (2022), Vertical Equity in Healthcare Financing: A Progressivity Analysis for the Italian Regions. *Healthcare* 10(3), 449. <https://doi.org/10.3390/healthcare10030449>

Crivelli, L., & Salari, P. (2014). The inequity of the Swiss health care system financing from a federal state perspective. *International Journal of Equity and Health* 13(17). <https://doi.org/10.1186/1475-9276-13-17>

- Doorslaer, van, E. & Jansen E., (2003), Inkomensbeleid in het ziektekostenstelsel, *ESB*, 4393:33.
- Douven, R., Remmerswaal, M. & Kranendonk, H. (2016), *Keuzegedrag verzekerden en risicosolidariteit bij vrijwillig eigen risico*. Centraal Planbureau.
- Essen, van, C., Leenders, W., Lejour, A., Möhlmann, J. & Rabaté, S., (2022), *Ongelijkheid en herverdeling*, Centraal Planbureau
- Ewijk, van, C., Besseling, P. & van der Horst, A. (2013) *Toekomst voor de zorg*, Centraal Planbureau
- Graeve, de, D. & Van Ourti, T. (2003), The Distributional Impact of Health Financing in Europe: A Review. *World Economy*, 26: 1459-1479. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9701.2003.00582.x>
- Handel, B., Kolstad, J., Minten, T. & Spinnewijn, J. (2024), The Socio-Economic Distribution of Choice Quality: Evidence from Health Insurance in the Netherlands, *American Economic Review: Insights*, 6(3):395-412.
- Horst, van der, A., & Ter Rele, H. (2013), *De prijs van gelijke zorg*, Centraal Planbureau.
- Jeurissen, P. & Maarse, H. (2021) *The market reform in Dutch health care. Results, lessons and prospects*. Health Policy Series 55. World Health Organization Regional Office for Europe.
- Jusot, F., Legal, R., Louvel, A., Pollak, C. & Shmueli A. (2017) *Public and Private Health Insurances: How do They Contribute to Social Solidarity? Questions de l'Economie de la Sante* 225. IRDES.
- Koot, P. (2019) *Het ramen van beleidseffecten op de inkomensverdeling via de Gini-coëfficiënt*, Centraal Planbureau
- Kakwani, N. (1977) Measurement of tax progressivity: an international comparison, *Economic Journal* 87, 71-80
- Kakwani, N., Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (1997) Socioeconomic inequalities in health: measurement, computation, and statistical inference. *Journal of Econometrics* 77: 87-103.
- Kamerstukken II, 29763, nr. 3 (2004, 24 september), Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/kst-29763-3.html>.
- Kommer, G.J., Slobbe, L. & Polder, J. (2005), *Risicosolidariteit en zorgkosten, Achtergrondstudie bij het RVZ-signalement Houdbare solidariteit in de gezondheidszorg*, Raad voor Volksgezondheid & Zorg.
- Maio, de, F.G. (2007), Income inequality measures, *Journal of Epidemiology and Community Health* 61(10): 849–852. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2652960/#>
- McGuire, T.G. & van Kleef, R.C. (2018). *Risk Adjustment, Risk Sharing and Premium Regulation in Health Insurance Markets: Theory and Practice*. Elsevier.
- Ministerie van Financiën (2019). *Begroting XVI Volksgezondheid, Welzijn en Sport. 4. Financiering van de zorguitgaven*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.rijksfinancien.nl/memorie-van-toelichting/2019/OWB/XVI/onderdeel/d17e65938>

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2005). *Wet van 16 juni 2005, houdende regeling van een sociale verzekering voor geneeskundige zorg ten behoeve van de gehele bevolking*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://zoek.officielebekendmakingen.nl/STB-2005-358.html>.

NZa (2016a), *Kwantitatief onderzoek naar risicoselectie en risicosolidariteit op de zorgverzekeringsmarkt*.

NZa (2016b), *Risicoselectie en risicosolidariteit zorgverzekeringsmarkt. Kwalitatief onderzoek 2016*.

O'Donnell, O., van Doorslaer, E., Wagstaff, A. & Lindelow, M. (2008) *Analyzing Health Equity Using Household Survey Data: A Guide to Techniques and Their Implementation*. World Bank Institute.

Olsthoorn M., Pommer, M., Ras, M. van der Torre, A. & Wildeboer Schut, J (2017), *Voorzieningen verdeeld, Profijt van de overheid*, Sociaal Cultureel Planbureau.

Sass, H. M. (1995), The new triad: Responsibility, solidarity and subsidiarity, *Journal of Medicine and Philosophy* 20, 587-594.

Schmid, A., Siemsen, P. & Götze, R. (2016), Keeping an Eye on IRIS: Risk and Income Solidarity in OECD Healthcare Systems. In: Wulfgramm, Bieber, Leibfried (Ed.), *Welfare State Transformations and Inequality in OECD Countries, Transformations of the State*, (pp. 111-129). Palgrave Macmillan.

Shmueli, A. (2021), Social solidarity in healthcare: The Israeli case, *Social Science and Medicine* 291: 114474. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114474>

Smid, B., Ter Rele, H., S. Boeters, N. Draper, A. Nibbelink & B. Wouterse (2014), *Minder zorg om vergrijzing*. Centraal Planbureau.

Studiegroep Begrotingsruimte (SBR), (2020). *Koers bepalen: Kiezen in tijden van budgettaire krapte*.

Technische Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven, (2023), *Rapport Technisch Werkgroep Macrobeheersing Zorguitgaven*.

Trimp, R. & de Kam, C.A. (2011). De drukverdeling van collectieve lasten, *ESB*, 96(4623), 698-701.

Wagstaff, A. & van Doorslaer, E. (2000), Equity in Health Care Finance and Delivery. In: Culyer, A. and Newhouse, J.P., (Eds.), *Handbook of Health Economics 1B*, (pp. 1803-1861). Elsevier Science.

Wagstaff, A., Van Doorslaer, E., Van der Burg, H., Calonge, S., Christiansen, T., Citoni, G., Gerdtham, U., Gefin, M., Gross, L., Häkkinen, U., Johnson, P., John, J., Klavus, J., Achaud, C., Lauritsen, J., Leu, R., Nolan, B., Peran, E., Pereira, J., Propper, C., Puffer, F., Rochaix, L., Marisol, R., Schellhorn, M., Sundberg, G. & Winkelhake, O. (1999), 'Equity in the Finance of Health Care: Some Further International Comparisons', *Journal of Health Economics*, 18(3):263 – 290.

Wouterse, B. & Ter Rele, H. (2016), *Financiering van de zorg op de lange termijn*, Centraal Planbureau

Wouterse, B. Hussem, A. & Aalbers, R., 2020, *Betere risicospreiding van eigen bijdragen in de verpleeghuiszorg*, Centraal Planbureau

WRR (2021). *Kiezen voor houdbare zorg. Mensen, middelen en maatschappelijk draagvlak*.

Ven, Van de, W.P.M.M. & Ellis, R., (2000), Risk adjustment in competitive health plan markets, chapter 14,. In Culyer, A. J. & Newhouse, J. P. (eds.), *Handbook of Health Economics*, vol. 1, (pp. 755-845) Elsevier Science.

Zorginstituut Nederland. (z.d. a). *Zvw-algemeen: Hoe werkt de Zorgverzekeringswet?* Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/zvw-algemeen-hoe-werkt-de-zorgverzekeringswet>.

Zorginstituut Nederland. (z.d. b). *Eigen bijdrage (Zvw)*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.zorginstituutnederland.nl/Verzekerde+zorg/eigen-bijdrage-zvw>

Zorgwijzer. (z.d.). *Cijfers zorgverzekering*. Geraadpleegd op 1 oktober 2024, van <https://www.zorgwijzer.nl/faq/cijfers-zorgverzekering>

Bijlage A Modelkeuzes

A.1 Selectie van observaties

Voor dit onderzoek gebruiken we diverse bronbestanden die via het CBS toegankelijk zijn. We hebben veelvuldig gebruikgemaakt van de datasets die door het CBS op maat zijn gemaakt voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Uit deze datasets halen we onder andere informatie over demografische kenmerken, zorgkosten, zorgtoeslag, eigen risico in de Zvw en inkomen. Aanvullende informatie over inkomen en vermogen halen we uit de bestanden INPATAB en INHATAB. We gebruiken de data uit 2019 en hanteerden de volgende selectiecriteria:

Gemeentelijke basisadministratie (gba)

Alleen personen die op peildatum 31 december 2018 in de dataset zitten en die de gehele periode 2019 in de gemeentelijke basisadministratie (gba) voorkomen, zijn meegenomen in de analyse¹². De volgende personen worden uit de sample verwijderd:

- Personen die op peildatum 31 december 2018 niet in het gba zitten.
- Personen die in 2019 geboren worden (deze individuen betalen niet mee).
- Personen die in 2019 tijdelijk in Nederland wonen.
- Personen van wie het geboortjaar onbekend is.
- Personen die in 2019 19 jaar worden, worden verondersteld kind te zijn. Ze betalen geen premie en krijgen geen zorgtoeslag.¹³
- Personen die niet aan een huishouden kunnen worden toegewezen, of zijn toegewezen aan een huishouden waarbij geen volwassene (iemand boven de 18 jaar) aanwezig is.

Inkomen

Het bruto-inkomen moet bekend zijn. Verder moet er sprake zijn van een regulier huishouden. De volgende huishoudens worden daarom niet opgenomen:

- Studentenhuishoudens en huishoudens met een onvolledig jaarinkomen.
- Institutionele huishoudens, zoals verpleeg-, verzorgings- en kindertehuizen, gezinsvervangende tehuizen, revalidatiecentra en penitentiaire inrichtingen.
- Particuliere huishoudens die samen een woonruimte delen en niet afzonderlijk als huishouden geïdentificeerd kunnen worden.
- Particuliere huishoudens met meer dan tien personen.

Zorgkosten

Individen worden uit de sample verwijderd als informatie over de zorgkosten in 2019 ontbreekt of niet te achterhalen is.¹⁴

Door deze keuzes is het aantal huishoudens in onze sample teruggebracht van 7.925.000 huishoudens naar 7.472.676 huishoudens. Dit is een reductie van ongeveer 6%.

¹² Als het individu in 2019 overlijdt, wordt het individu wel meegenomen in de analyse.

¹³ De reden is dat we het model zo eenvoudig mogelijk willen houden. Het voorkomt dat we voor een 19-jarige de nominale premie en de zorgtoeslag moeten berekenen, die afhangt van de maand waarin hij/zij is geboren.

¹⁴ Bijvoorbeeld, wanneer er sprake is van onbekende of negatieve zorgkosten in de data.

A.2 Selectie van variabelen

Betalingen van burgers aan het verplichte eigen risico van 385 euro

Omdat niet alle zorgkosten onder het eigen risico vallen zijn de betalingen door het eigen risico herleid. Allereerst zijn de Zvw kosten bepaald die onder het eigen risico vallen. Hiervoor gebruiken we vijf variabelen uit CBS-microdata uit het VWS-maatwerkbestand in het peiljaar 2019. Dit zijn:

ZVWKTOTAAL2019: Totale kosten Zvw zorg binnen de basisverzekering.

ZVWKHUISARTS2019: Kosten van huisartsenzorg binnen de basisverzekering.

ZVWKGEBOORTEZORG2019: Kosten van geboortezorg binnen de basisverzekering.

ZVWKWYKVERPLEGING2019: Kosten van verpleging en verzorging zonder verblijf binnen de basisverzekering

ZVWKMULTIDISK2019: Kosten van multidisciplinaire zorg binnen de basisverzekering

Omdat de laatste vier variabelen niet onder het eigen risico vallen, trekken we deze variabelen af van het totaal.

Vervolgens zetten we de verplichte eigen betalingen op de zorgkosten (zk) als zorgkosten lager zijn dan 385 euro. We zetten de verplichte eigen betalingen op 385 euro als de zorgkosten hoger dan of gelijk aan 385 euro zijn. Verder zetten we eigen betalingen op 0 als het personen betreft van nul tot en met negentien jaar.

Inkomensafhankelijke bijdrages (iab)

De inkomensafhankelijke bijdrage (iab) in de Zorgverzekeringswet (Zvw) kent een hoog en een laag tarief.¹⁵ In Bijlage B4 wordt de iab verder toegelicht. In het model wordt de inkomensafhankelijke bijdrage berekend als de som van de volgende variabelen uit de CBS-microdata:

- De variabele inkomensafhankelijke bijdrage voor het hoge tarief is de som van de volgende bijdragen:
 - PG810ZFW2019: Premie Zvw ten laste van de werkgever.
 - PI840ZFW2019: Premie Zvw betaald door de uitkeringsinstanties van inkomensverzekeringen.
 - PS850ZFW2019: Premie Zvw over uitkering sociale voorzieningen ten laste van uitkeringsinstantie.
- De variabele inkomensafhankelijke bijdrage voor het lage tarief is de som van:
 - PN800ZFW2019: Premie Zvw ten laste van werknemer en het loon van directeuren-groootaandeelhouders.
 - PV820ZFW2019: Premie Zvw over uitkering inkomensverzekering ten laste van uitkeringsontvanger.
 - PO830ZFW2019: Premie Zvw over uitkering sociale voorzieningen ten laste van uitkeringsontvanger.
 - PZ860ZFW2019: Premie Zvw betaald over overig inkomen.

De maximale inkomensafhankelijke bijdrage voor het lage tarief is 3188 euro.

Wanneer een individu zowel een hoog als laag tarief betaald heeft, bijvoorbeeld omdat iemand met een uitkering halverwege het jaar in loondienst gaat, tellen we de waardes van de twee variabelen bij elkaar op. Dit is de inkomensafhankelijke bijdrage van een individu in ons model. In het model zijn negatieve bedragen vervangen door 0 euro en bedragen gemaximeerd op 3887 euro.

Zorgtoeslag

De zorgtoeslag wordt bepaald met de variabele PH868ZTS2019 uit de ZORGINKOMSTENTAB. Deze variabele is de ontvangen zorgtoeslag in het jaar 2019. De maximale zorgtoeslag was 1189 in 2019. Voor een aanvrager met toeslagpartner bedraagt de maximale zorgtoeslag 2314 per jaar (zie ook Belastingdienst, 2019). Aangezien de maximale zorgtoeslag voor een persoon zonder toeslagpartner 1189 euro per jaar is, zijn de bedragen hoger dan 1189 euro afgekapt op 1189 euro. Daarnaast zijn bedragen kleiner dan nul op nul gezet. De zorgtoeslag is 0 voor individuen jonger dan 19 jaar. Het CBS vermeld over deze variabele bij de INPATAB nog het volgende:

¹⁵ Voor meer algemene informatie over de inkomensafhankelijke bijdrage zie: Belastingdienst (z.d. b).

“Deze inkomenscomponent wordt bij de instelling in het inkomensbegrip behandeld als een negatieve premie (of korting op de premie), en niet zoals de huurtoeslag als een gebonden overdracht. De zorgtoeslag maakt hierdoor geen deel uit van het bruto-inkomen.”

Rijksbijdrage voor kinderen

Voor het berekenen van de individuele nominale premies en inkomstenbelasting hebben we de totale rijksbijdrage voor kinderen nodig (zie ook figuur 2.1). We modelleren dit door de wettelijke bepaling te gebruiken: $\text{rijksbijdrage voor kinderen} = 0,5 * \text{nominale premie} * \text{aantal kinderen}$.

Algemene inkomstenbelasting

Voor de bepaling van de algemene inkomstenbelasting wordt de variabele INPV3900ink uit INPTAB gebruikt. Deze inkomstenbelasting betreft de belasting die over het inkomen van het betreffende jaar verschuldigd is. Het bedrag is het saldo van de verschuldigde (bruto) inkomstenbelasting (IB) en het IB-deel van de heffingskorting (vanaf 2001). Als geen aanslag inkomstenbelasting is opgelegd, is de inkomstenbelasting gelijk aan de voorheffingen in de vorm van loonbelasting en dividendbelasting. Als INPV3900ink negatief is, hebben we de waarde op nul gezet. Om de totale inkomstenbelasting te bepalen gebruiken we de formule: $\text{Totale bijdrage belasting Zvw} = \text{som (Zorgtoeslag)} + \text{rijksbijdrage kinderen}$. Om de individuele bijdrage te bepalen, gebruiken we $\text{inkomstenbelasting Zvw per individu} = (\text{totale bijdrage belasting Zvw} / \text{totale inkomstenbelasting}) * \text{INPV3900ink}$. In onze analyses kennen we de algemene belasting voor 50% proportioneel aan de inkomstenbelasting en voor 50% aan het bruto-inkomen toe.

Zvw zorguitgaven

Om de individuele zorguitgaven binnen de basisverzekering te bepalen, gebruiken we ZVWKTOTAAL2019 uit het VWS maatwerkbestand in de CBS microdata.

Nominale premie

De nominale premie van het CBS (PH868ZTS2019 uit de ZORGINKOMSTENTAB) is niet goed bruikbaar voor ons onderzoek omdat deze niet de werkelijk betaalde premie weergeeft, maar een standaardpremie betreft die is gecorrigeerd voor de gemiddelde kosten van het eigen risico, gedifferentieerd naar leeftijd en geslacht. In deze studie bepalen we de nominale premie daarom door de premie gelijk te stellen voor alle volwassen personen en gelijk te stellen aan nul voor alle kinderen (en personen die 19 jaar worden in 2019). De hoogte van de nominale premie wordt vervolgens bepaald met behulp van de drie vergelijkingen, zoals uiteengezet in hoofdstuk A3.

A.3 Keuze van model

We maken in deze studie gebruik van een model om enkele ontbrekende variabelen op individueel niveau te bepalen. Ten eerste verschilt onze populatie van de werkelijke populatie omdat er gegevens ontbreken in de CBS-microdata waardoor het totale aantal huishoudens in ons model ongeveer 6% kleiner is dan de werkelijke populatie. Ten tweede verschilt in werkelijkheid het saldo van het Zorgverzekeringsfonds van nul waardoor in de praktijk de jaarlijkse bijdragen niet hoeven te voldoen aan de vergelijkingen in onderstaand model.

Om de ontbrekende variabelen te bepalen, berekenen we eerst de totalen met het onderstaande model, waarbij de onderstreepte variabelen rechtstreeks uit de microdata van het CBS komen. De niet onderstreepte variabelen worden hieruit afgeleid. Het stelsel kent zes vergelijkingen. Met behulp van de volgende drie vergelijkingen bepalen we de nominale premie en het totale bedrag van de algemene belasting.

$\text{Som}(iab) = \text{som}(\text{bijdrage eigen risico}) + \text{som}(\text{nominale premies}) + \text{rijksbijdrage kinderen}$

$\text{Algemene belasting} = \text{som}(\text{zorgtoeslag}) + \text{rijksbijdrage kinderen}$

$$\text{Rijksbijdrage kinderen} = 0,5 * \text{nominale premie} * \text{aantal kinderen}$$

Met de volgend bijdragen maken we voor de volledigheid het model compleet. Deze worden niet gebruikt bij de analyses.

$$\text{Totale Zvw zorguitgaven} = 2 \times \text{som(iab)}$$

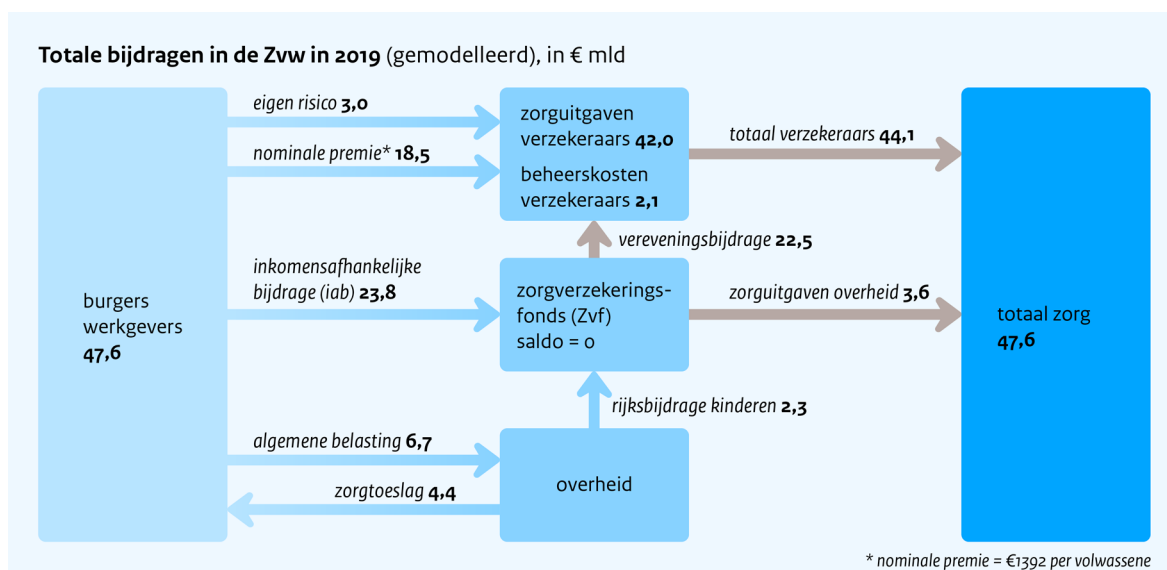
$$\text{Beheerskosten Zvw verzekeraars} = 5\% * \text{zorguitgaven Zvw verzekeraars}$$

$$\text{Beschikbaarheidsbijdrage} = \text{totale Zvw zorguitgaven} - (\text{zorguitgaven Zvw verzekeraars} + \text{beheerskosten Zvw verzekeraars})$$

A.4 Descriptieve analyse

In de eerste stap worden met behulp van bovenstaand model de waarnemingen op individueel niveau berekend. Deze worden vervolgens opgeteld naar financieringsstroom. De totalen per financieringsstroom in het model zijn weergegeven in figuur A.1. De lichtblauwe pijlen geven aan dat deze financieringsstromen op huishoudniveau in de CBS-microdata aanwezig zijn. De grijze pijlen geven geconstrueerde totalen aan die zijn berekend om het model te complementeren.

Figuur A.1 Totale bijdragen in de Zvw zoals die met het model zijn gemodelleerd, 2019



De totalen die wij geconstrueerd hebben over het jaar 2019 komen redelijk overeen met de financiering van de zorguitgaven zoals gerapporteerd door de overheid in datzelfde jaar (Ministerie van Financiën, 2019). De bedragen in figuur A.1 liggen iets lager dan in de werkelijkheid omdat de bevolking in het model kleiner is dan de totale bevolking. Bijvoorbeeld de totale zorguitgaven in het model komen uit op 47,6 miljard euro tegenover 50,4 miljard euro in de overheidsrapportage. Een ander verschil is dat het model uitgaat van een saldo van nul voor het Zorgverzekeringsfonds terwijl de overheid een saldo van -0,4 miljard euro rapporteert. De 50/50-regeling geldt precies in het model: 50% (23,8 miljard euro) wordt betaald door de iab en de overige 50% door de nominale premie, het eigen risico en de rijksbijdrage kinderen. De nominale premie voor volwassenen komt in het model uit op 1392 euro terwijl de overheid in haar rapportage een nominale premie van 1432 euro hanteert. Voor het doel van onze studie, het uitrekenen van de mate van inkomens- en risicosolidariteit, hebben deze verschillen een minimale invloed.

Vervolgens worden de bijdragen van individuen vertaalt naar het huishoudniveau. Enkele descriptieve gegevens op huishoudniveau worden gerapporteerd in tabel A.1. Het gemiddelde bruto-inkomen van een

huishouden in de data is 77.000 euro. Als dat bedrag gedeeld wordt met de equivalentiefactoren (om de welvaart van huishoudens van verschillende grootte en samenstelling beter met elkaar te vergelijken), dan gaat het om een gemiddeld bruto-inkomen van ongeveer 54.000 euro. Deze laatste variabele wordt gebruikt om de variabelen te ordenen op de horizontale as bij het berekenen van de inkomenssolidariteit.

Tabel A.1 Beschrijvende gegevens van huishoudens in het model, 2019

Variabele op huishoudniveau	Gemiddelde	Standaarddeviatie
Bruto-inkomen (euro)	77.494	101.888
Equivalentiefactor	1,398	0,371
Aantal personen in een huishouden	2,198	1,25
Zvw zorguitgaven per huishouden (euro)	5610	12882
Inkomensafhankelijke bijdrage (euro)	3137	1891
Premie minus zorgtoeslag (euro)	1813	1083
Inkomstenbelasting (euro)	937	3961
Eigen bijdragen door verplicht eigen risico (euro)	387	271
*De gegevens zijn gebaseerd op 7.472.676 huishoudens		

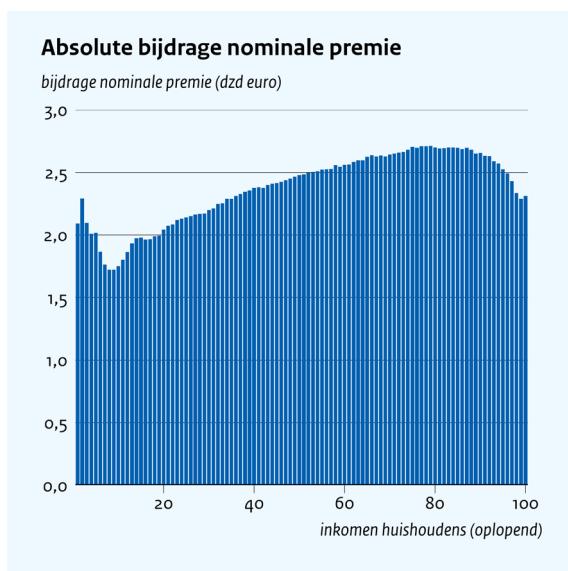
Bijlage B Inkomenssolidariteit per financieringsstroom

In deze bijlage bespreken we de resultaten van afzonderlijke financieringsstromen met betrekking tot de inkomenssolidariteit.

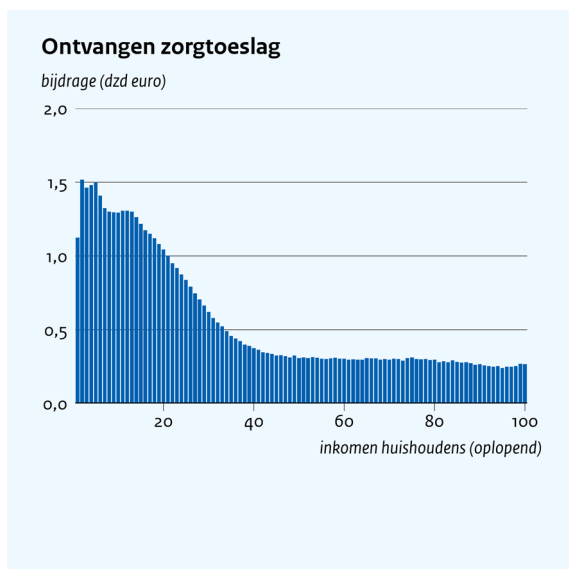
B.1 Nominale premie minus zorgtoeslag

De zorgtoeslag compenseert de premiebetalingen in aanzienlijke mate voor huishoudens met een lager inkomen. Figuren B.1 en B.2 laten zien hoe de premie minus zorgtoeslag is bepaald. In figuur B.1 staat de absolute bijdrage van de nominale premie. Omdat de hoogte van de premie gelijk is voor alle volwassen en nul voor kinderen wordt de verdeling bepaald door het gemiddeld aantal volwassen in een huishouden in een percentiel. Figuur B.2 laat de zorgtoeslag zien. Huishoudens met lage inkomens ontvangen meer zorgtoeslag dan huishoudens met hoge inkomens. Ongeveer na het 40e percentiel is de hoogte van de zorgtoeslag constant. Huishoudens met een hoog inkomen ontvangen alleen nog zorgtoeslag wanneer ze thuiswonende kinderen boven de 18 jaar hebben. Figuur B.3 laat de premie minus zorgtoeslag als percentage van het bruto-inkomen zien. Deze variabele stijgt tot aan het 40e percentiel en neemt dan sterk af. Rond het 40e percentiel betaalt een huishouden iets meer dan vijf procent van het bruto-inkomen aan nominale premies minus zorgtoeslag. Dit sterk oplopende karakter komt door de zorgtoeslag, die huishoudens met een laag inkomen compenseert voor de nominale premie. De sterke daling na het 40e percentiel wordt vrijwel volledig veroorzaakt door het stijgende bruto-inkomen: de nominale premie en de zorgtoeslag blijven in die groep relatief constant.

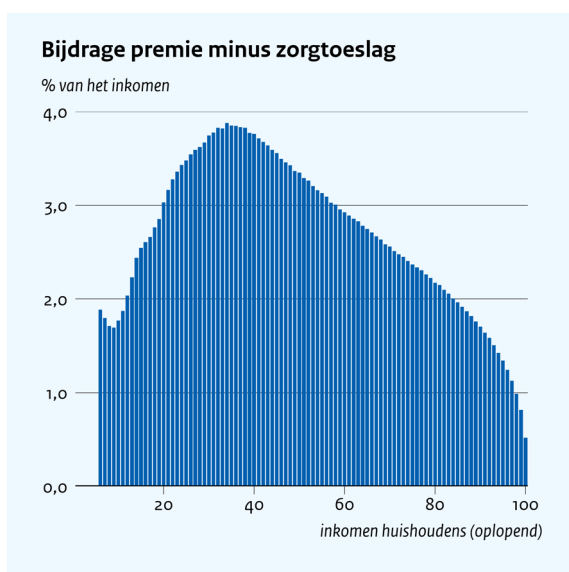
Figuur B.1 Absolute bijdrage nominale premie huishoudens, 2019



Figuur B.2 Ontvangen zorgtoeslag huishoudens, 2019

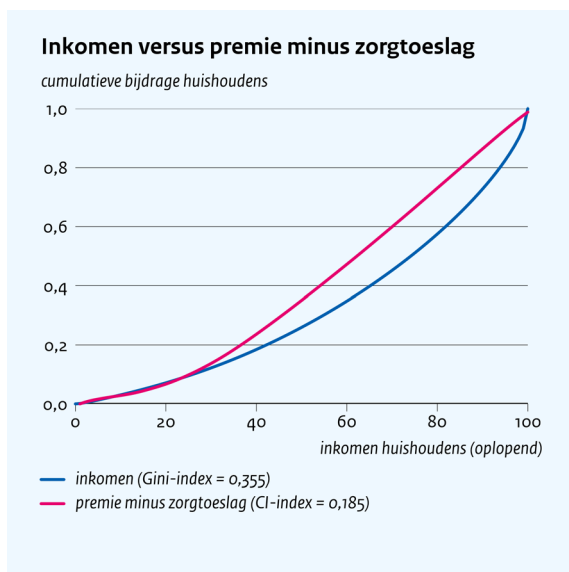


Figuur B.3 Bijdrage premie minus zorgtoeslag als percentage van het bruto-inkomen, 2019



De financiering door de nominale premie minus de zorgtoeslag is gemiddeld genomen regressief met een KI-index van -0,170 De KI-index is het gemiddelde van het progressieve patroon voor het 40^e percentiel en regressieve patroon na het 40^e percentiel. Figuur B.4 laat zien dat gemiddeld genomen de financiering door de nominale premie minus de zorgtoeslag regressief is met een waarde van -0,170 (concentratie-index is 0,185 en Gini-index is 0,355).

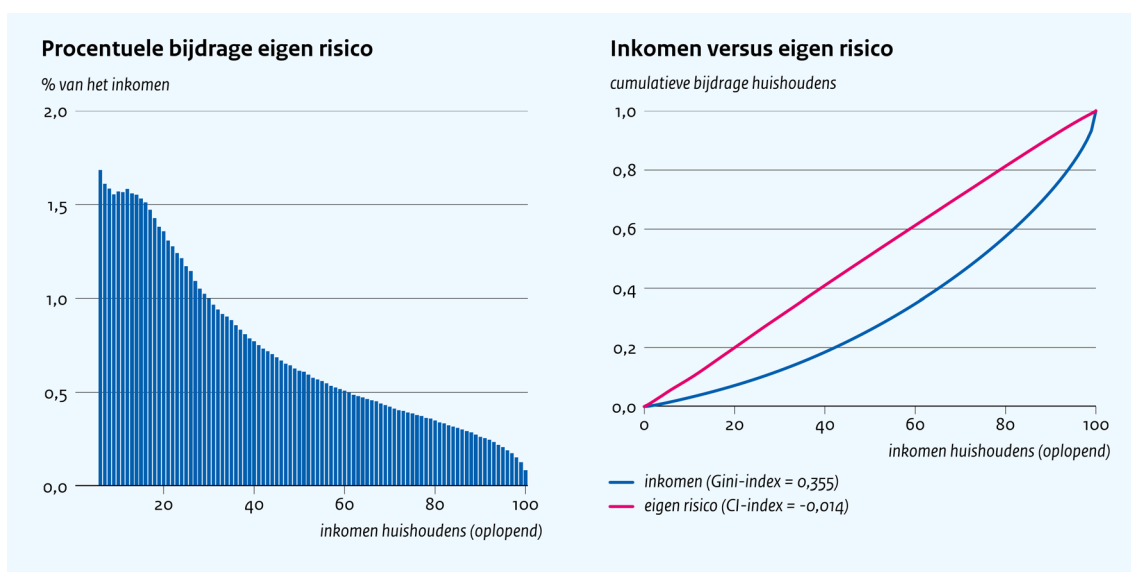
Figuur B.4 Concentratiecurve (donkerroze) en Lorenz-curve (donkerblauw) nominale premie min zorgtoeslag, 2019



B.2 Eigen betalingen door het verplicht eigen risico

De proportionele bijdrage van de eigen betalingen door het verplicht eigen risico van 385 euro daalt naarmate het bruto-inkomen van huishoudens stijgt. Figuur 7.4 in de hoofdtekst laat zien dat de absolute bijdragen van huishoudens via het eigen risico vrij constant zijn over de huishoudpercentielen. Figuur B.5 toont de procentuele bijdrage door het eigen risico van huishoudens per percentiel (links). Omdat de absolute hoogte van de eigen bijdrage door het verplicht eigen risico van 385 euro constant is over de inkomens, zien we in figuur B.5 een sterke daling naarmate het inkomen stijgt. De dalende lijn wordt dus vooral bepaald doordat het bruto-inkomen van de huishoudens stijgt.

Figuur B.5 Bijdrage door het verplicht eigen risico als percentage van het bruto-inkomen (links) en de concentratiecurve (donkerroze) en Lorenz-curve (donkerblauw) van de bijdrage door het verplicht eigen risico (rechts), 2019



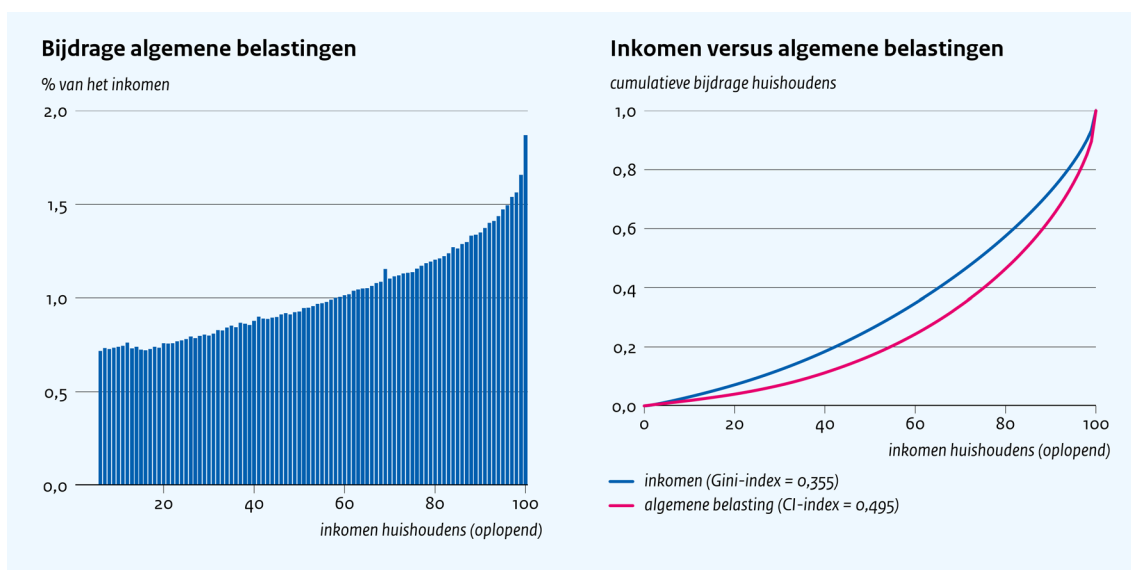
De eigen betalingen door het verplicht eigen risico van 385 euro vertonen een sterk regressief karakter, met een KI-index van $-0,37$. De concentratiecurve in figuur B.5 (rechts) laat zien dat de eigen betalingen vanwege het eigen risico (donkerroze lijn) bijna parallel lopen aan de 45-gradenlijn. Dit volgt ook uit de concentratie-index die met $-0,014$ in de buurt van nul ligt. Dit wijst op een sterk regressief karakter. De KI-index van het eigen risico is gelijk aan $-0,37$ (De Gini-index is $0,355$ en $-0,014 - 0,355 = -0,37$).

B.3 Algemene belastingen

De algemene belastingen dragen progressief bij aan de financiering van de Zvw. Via de algemene inkomstenbelastingen worden de zorguitgaven van kinderen tot en met 18 jaar en de zorgtoeslag gefinancierd. Het totale bedrag van beide posten bedraagt ongeveer 6,7 mld euro (zie figuur A.1). Aangezien de financiering van dit bedrag via de overheid loopt, en dus niet zoals de andere drie financieringsstromen rechtstreeks betaald wordt door individuele personen, is ervoor gekozen om dit bedrag toe te wijzen aan personen voor 50% naar rato van hun inkomstenbelastingen en voor 50% naar rato van hun bruto-inkomen (zie hoofdstuk 4). Dat betekent dat in dit onderzoek personen met hoge (lage) inkomstenbelasting meer (minder) bijdragen via de algemene belastingen aan de financiering van de Zvw. Figuur B.6 laat zien dat bijdragen sterk oplopen als percentage van het gecorrigeerde bruto-inkomen (links). Zoals toegelicht in hoofdstuk 4 maakt deze keuze uit voor de resultaten van onze analyse.

De algemene belastingen vertonen een sterk progressief karakter met een KI-index van $0,140$. In het rechterdeel van figuur B.6 is te zien dat de concentratiecurve van de algemene belastingen (donkerroze) onder de Lorenzcurve (donkerblauw) ligt. Dit valt ook af te leiden uit de concentratie-index van $0,495$ die veel hoger is dan de Gini-coëfficiënt van $0,355$. De KI-index van de algemene belastingen komt daarmee uit op $0,140$. Merk op dat de concentratiecurve van de algemene belastingen de enige curve is die onder de Lorenz-curve ligt en dus als enige progressief is. De concentratiecurves van de drie andere financieringsstromen liggen boven de Lorenz-curve (zie figuur 5.4). Een andere belangrijke opmerking is dat een verhoging (verlaging) van de zorgtoeslag de progressiviteit (regressiviteit) van de financiering op twee manieren beïnvloedt. Ten eerste zorgt een verhoging (verlaging) van de zorgtoeslag voor een stijging (daling) van de bijdrage van de algemene belastingen in de Zvw. Ten tweede zorgt een hogere (lagere) zorgtoeslag op zichzelf voor een meer progressieve (regressieve) financiering, omdat de zorgtoeslag gericht is op de lagere huishoudinkomens.

Figuur B.6 Bijdrage algemene belastingen als percentage van het bruto-inkomen (links) en de concentratiecurve (donkerroze) en Lorenz-curve (donkerblauw) van de bijdrage algemene belastingen (rechts), 2019

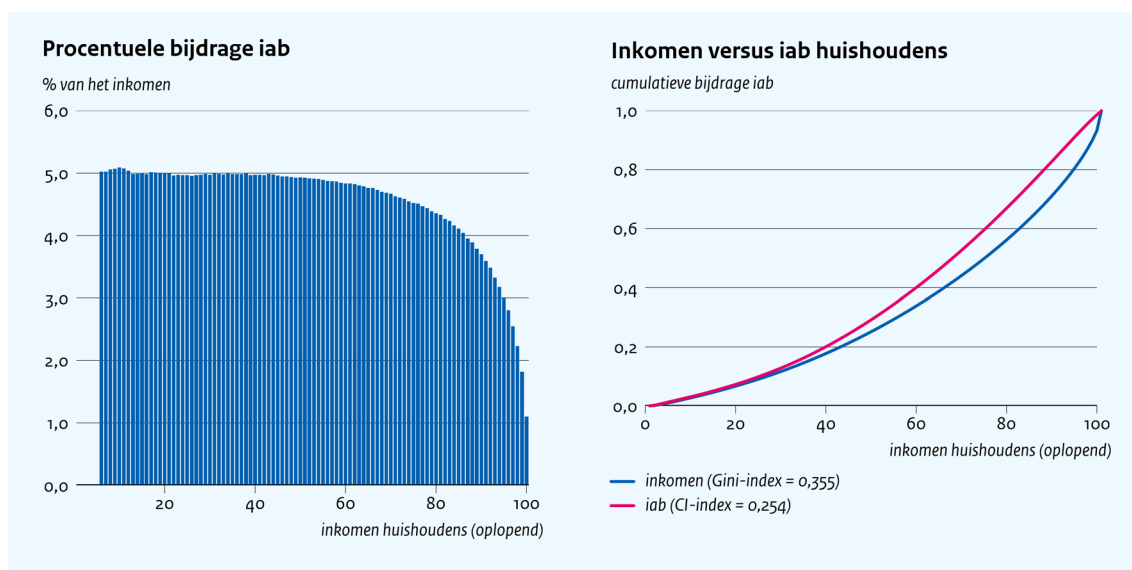


B.4 Inkomensafhankelijke bijdragen

De bijdrage via de inkomensafhankelijke bijdragen (iab) is progressief bij huishoudens met een lager inkomen en regressief bij de huishoudens met een hoger inkomen. Dit valt te zien in figuur B.7 (links) waar de iab als percentage van het gecorrigeerde bruto-inkomen oploopt tot aan ongeveer het 50^e percentiel. Na het 50^e percentiel daalt de curve vrij steil. Dit heeft te maken met hoe de iab wordt gefinancierd, zoals we hieronder verder uitleggen.

Gemiddeld genomen kent de iab een regressief karakter met een KI-index van -0,101. De rechterzijde van figuur B.7 laat zien dat de inkomensafhankelijke bijdrage gemiddeld genomen regressief is: de concentratiecurve (donkerroze) ligt links van de Lorenz-curve (donkerblauw), dit komt vooral door sterke daling van de curve bij de huishoudens met hogere inkomens (figuur B.7, links). De KI-index van -0,101 is de resultante van de concentratie-index van 0,254 die lager is dan de Gini-coëfficiënt van 0,355.

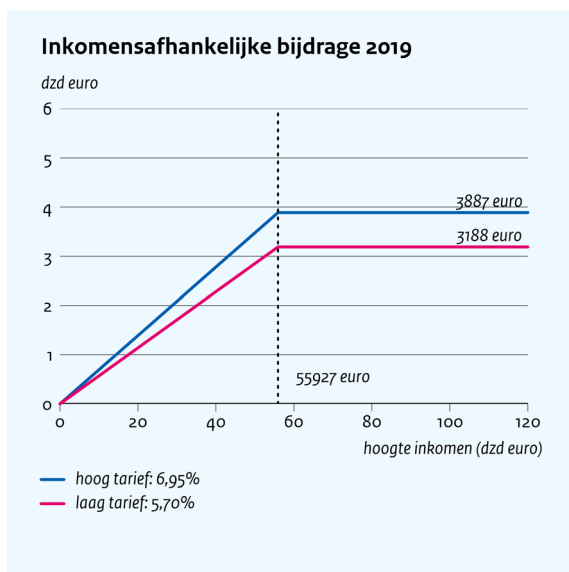
Figuur B.7 Bijdrage iab als percentage van het bruto-inkomen (links) en de concentratiecurve (donkerroze) en Lorenz-curve (donkerblauw) van de bijdrage iab (rechts), 2019



De inkomensafhankelijke bijdrage (iab) in de Zvw hangt af van het inkomen en kent een hoog en een laag tarief. De tarieven van de iab worden weergegeven in figuur B.8. De twee lijnen weerspiegelen het hoge tarief (donkerblauwe lijn) en het lage tarief (donkerroze lijn). Zowel het hoge als het lage tarief wordt geheven over het 'bijdrage inkomen' (horizontale as) dat voor ieder individu ouder dan 18 jaar apart wordt bepaald. Het 'bijdrage inkomen' wordt bepaald uit inkomsten uit onder meer loon, pensioen, uitkeringen (bijstand, ziekte en invaliditeit) en winst uit ondernemingen (Ministerie van VWS, 2005). Om de iab per individu te berekenen, wordt gerekend met een percentage van het 'bijdrage inkomen'. In 2019 was het percentage van het hoge tarief 6,95%, en lage tarief 5,70%. Het hoge tarief geldt voor het merendeel van de bevolking, zo'n 54% van de huishoudens betaalt alleen het hoge tarief. Dat betreft bijvoorbeeld werknemers en uitkeringsgerechtigden. De werkgever of uitkeringsinstantie betaalt de inkomensafhankelijke bijdrage rechtstreeks aan de Belastingdienst. Het lage tarief wordt betaald door AOW'ers, zelfstandige ondernemers (zzp'ers) en directeur-grotaandeelhouders (dga's). Ongeveer 36% van de huishoudens betaalt alleen het lage tarief, 9% van de huishoudens betaalt zowel het hoge als lage tarief, en van iets meer dan 1% van de huishoudens was de iab in de CBS-microdata nul of negatief.

Zowel het hoge als lage tarief kent een inkomensgrens van 55.927 euro, waarna de iab constant is. Figuur B.8 laat zien dat in 2019 de iab voor mensen in het hoge tarief oploopt met het inkomen, van 0 naar 3887 euro, en in het lage tarief van 0 naar 3188 euro. Wanneer de inkomensgrens van het 'bijdrage inkomen' van 55927 euro is bereikt blijft de iab constant. De blauwe lijn ligt boven de donkerroze lijn: dat betekent dat bij hetzelfde 'bijdrage inkomen' mensen met een hoog tarief meer betalen dan mensen met een laag tarief.

Figuur B.8 Tarieven van de iab, 2019



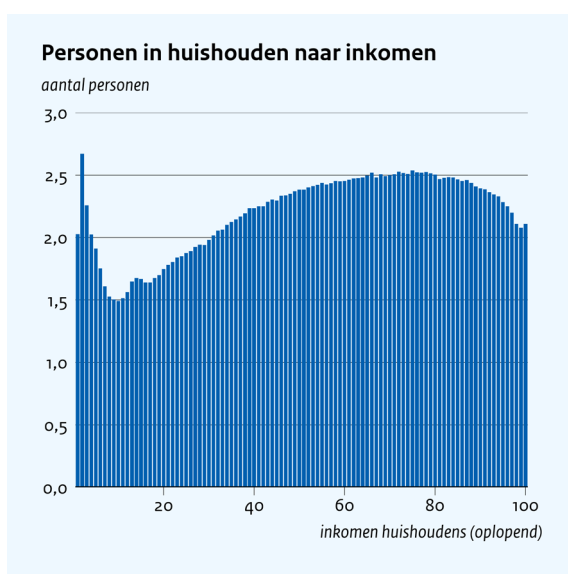
Door het stijgende tarief tot de inkomensgrens van 55.927 euro is de iab progressief voor lage inkomens, en door het constante tarief na de inkomensgrens regressief voor hoge inkomens. Dit komt overeen met figuur B.7, waarin de iab als percentage van het gecorrigeerde bruto-inkomen oploopt en daarna sterk daalt bij hogere inkomens. De daling wordt verklaard doordat de iab constant blijft terwijl het gecorrigeerde bruto-inkomen (sterk) stijgt.

Bijlage C Hulpgrafieken

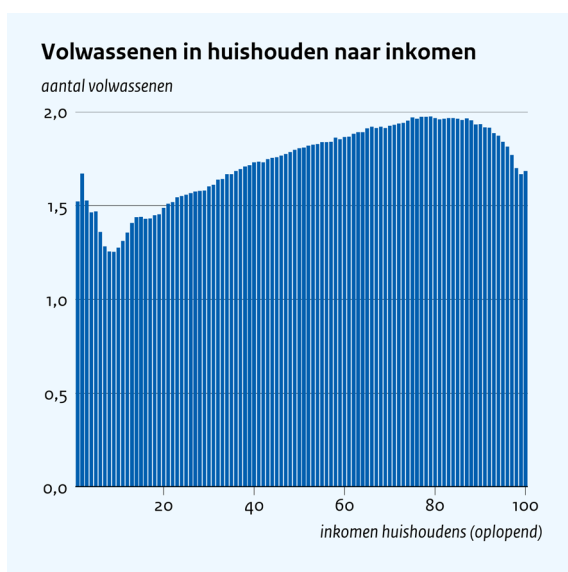
Bijlage C beschrijft een aantal hulpgrafieken waarnaar verwezen wordt in de tekst.

Figuur C.1 laat het aantal personen in een huishouden per percentiel zien waarbij de percentielen gerangschikt zijn naar oplopend inkomen. Het aantal personen in een huishouden kan worden opgesplitst naar het aantal volwassenen in een huishouden (figuur C.2) en het aantal kinderen in een huishouden (figuur C.3). Rondom het 10e percentiel en bij de hoogste percentielen is er een dip in alle drie de figuren te zien. Figuur C.2 laat zien dat er in deze percentielen relatief weinig volwassen voorkomen, en figuur C.3 laat zien dat deze huishoudens gemiddeld genomen minder kinderen hebben.

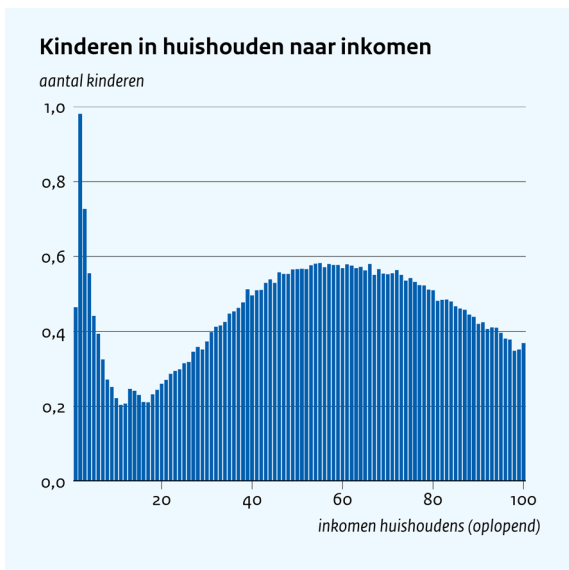
Figuur C.1 Aantal personen in een huishouden naar inkomen, 2019



Figuur C.2 Aantal volwassenen in een huishouden naar inkomen, 2019

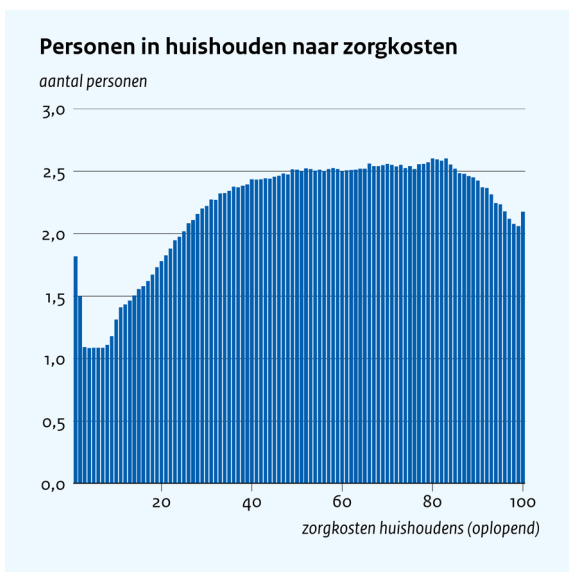


Figuur C.3 Aantal kinderen in een huishouden naar inkomen, 2019



Figuur C.4 laat het aantal personen in een huishouden per percentiel zien, waarbij de percentielen gerangschikt zijn naar toenemende zorguitgaven. Deze figuur laat zien dat er een verband bestaat tussen het aantal personen per huishouden en de zorguitgaven van het huishouden. Alleen bij de eerste en laatste percentielen is dit verband minder duidelijk aanwezig

Figuur C.4 Aantal personen in een huishouden naar zorgkosten, 2019



Figuur C.5 geeft het inkomen weer naar oplopende percentielen van het bruto-inkomen. Deze verdeling van inkomens wordt gebruikt voor het bepalen van de Gini-index.

Figuur C.5 Bruto-inkomen huishoudens, 2019

