

Vergaderjaar 2000–2001

27 855

Vernieuwing van het zorgstelsel

Nr. 2

NOTA

Vraag aan bod

Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel

Inhoudsopgave

1	Inleiding en samenvatting	3
1.1	De noodzaak tot vernieuwing van het zorgstelsel	3
1.2	Het waarom van vernieuwing	3
1.3	De wijze van vernieuwing	4
1.4	Proces van totstandkoming van deze nota	5
1.5	Opbouw van deze nota	6
2	Analyse huidig zorgstelsel en ontwikkelingen	6
2.1	Algemeen	6
2.2	Analyse bestaande zorgstelsel	6
2.2.1	Dominante aanbodsturing	7
2.2.2	Dualiteit in het tweede compartiment	9
2.2.3	Uitvoeringsstructuur verzekeringsstelsel	13
2.3	Ontwikkelingen	14
2.3.1	Stijgende zorgvraag en -kosten	14
2.3.2	Andere zorgvrager	15
2.3.3	Andere zorgorganisatie en technologie	16
2.3.4	Risicosolidariteit onder druk van voorspellend medisch onderzoek	18
2.4	Verandering noodzakelijk	19
3	Herziening van de sturing van de zorg	19
3.1	Borging van publieke belangen in de zorg	19
3.2	Naar een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem	22
3.3	Zes parallelle trajecten voor de omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid	24
3.4	Tranchegewijze aanpak van deelmarkten	28
3.4.1	Fysiotherapie	29

3.4.2	Huisartsenzorg	30
3.4.3	Farmaceutische zorg	30
3.4.4	Ziekenhuiszorg	31
3.4.5	Preventieve zorg	32
3.5	Toezicht, marktmeesterschap, informatievoorziening en verantwoording	32
4	Aanpassing van het verzekeringsstelsel	34
4.1	Inleiding en samenvatting	34
4.2	Profielschets van een algemene verzekering (voor de curatieve zorg)	36
4.2.1	Risicosolidariteit en transparantie	37
4.2.2	Noodzakelijke zorg: het pakket	39
4.2.3	Beheerste kostenontwikkeling en doelmatige zorgverlening	41
4.2.4	Keuzemogelijkheden	45
4.2.5	Juridische vormgeving	48
4.3	Het eerste compartiment (de AWBZ)	49
4.3.1	Actuele beleidsontwikkeling	50
4.3.2	Overeenkomsten en verschillen tussen het eerste en tweede compartiment	51
4.3.3	De uitvoeringsorganisatie in het eerste compartiment	52
4.3.4	Het persoonsgebonden budget	52
4.3.5	Samenhang bij de zorgverlening	52
4.3.6	De beleidsrichting voor het eerste compartiment	54
4.3.7	De visie van RVZ, CVZ en SER	57
4.4	Inkomenseffecten, (fiscale) compensatie en financiële gevolgen	58
4.4.1	Inleiding	58
4.4.2	De uitgangssituatie	58
4.4.3	Vier varianten	59
4.4.4	Inkomenseffecten en (fiscale) compensatie	60
5	Een indicatieve beleidsagenda	62
5.1	Inleiding	62
5.2	Eerste spoor: veranderingen in de sturing van de zorg	64
5.3	Tweede spoor: aanpassingen in het verzekeringsstelsel	65
5.4	Toezicht en overheidssturing in een vraaggericht zorgstelsel	67
5.5	Tot slot	70
Bijlagen		
1	Adviezen, standpunten en debatten	72
2	Financieringsvarianten en reparatie van inkomensgevolgen	74
3	Gebruikte begrippen en hun betekenis	92
4	Lijst van afkortingen	99

1 INLEIDING EN SAMENVATTING

1.1 De noodzaak tot vernieuwing van het zorgstelsel

De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een evenwichtig gespreid aanbod van zorgvoorzieningen, met verantwoorde zorg, tegen betaalbare kosten. Toch signaleert het kabinet in het licht van nieuwe ontwikkelingen een aantal tekortkomingen. Om te voorkomen dat het zorgstelsel op onderdelen gaat vastlopen, is vernieuwing van het zorgstelsel langs twee sporen noodzakelijk:

1. Herziening van de *sturing van de zorg*, door de verdeling van verantwoordelijkheden aan te passen en de daarbij behorende instrumenten te herzien.
2. Aanpassing van het *verzekeringstelsel*, door:
 - a. de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment te vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg;
 - b. deze nieuwe algemene verzekering en de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) te laten integreren.

Met de uitvoering van het eerste spoor heeft het huidige kabinet al een start gemaakt, onder meer in de trajecten modernisering AWBZ en modernisering curatieve zorg. Om de herziening van de sturing van de zorg op termijn succesvol te kunnen afronden, is het noodzakelijk ook het verzekeringstelsel aan te passen. Deze nota schetst het hoe en waarom van beide sporen.

De nota bevat een samenhangende visie op basis waarvan de komende jaren de noodzakelijke vernieuwing van het Nederlandse zorgstelsel kan plaatsvinden. Vanzelfsprekend behoeft die visie op onderdelen nog verdere uitwerking. Het kabinet stelt zich voor dat de uitwerking van de hoofdlijnen van een nieuw zorgstelsel zodanig plaatsvindt dat bij het volgende Regeerakkoord concrete stappen kunnen worden gezet. Het kabinet ziet zich in de voorliggende visie gesteund door de rapporten die uiteenlopende maatschappelijke organisaties het afgelopen jaar hebben uitgebracht. De adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) en van de Sociaal-Economische Raad (SER) nemen daarbij een bijzondere plaats in. Het kabinet deelt de filosofie van deze adviesorganen dat het gezondheidszorgstelsel iedereen toegang geeft tot noodzakelijke zorg, met risicosolidariteit tussen jong en oud en tussen gezond en ziek, en dat de zorg op vraaggerichte wijze dient te worden geregisseerd door concurrerende en risicodragende verzekeraars.

1.2 Het waarom van vernieuwing

Een belangrijke tekortkoming in het huidige zorgstelsel is dat het onvoldoende aan de vraag van patiënten en cliënten tegemoetkomt. Deze tekortkoming uit zich in een aantal knelpunten, zoals beperkte keuzemogelijkheden, onvoldoende samenhang en gebrekkige aansluiting van aanbod op vraag (kwalitatief en kwantitatief). Deze knelpunten nemen in ernst toe door maatschappelijke en zorginhoudelijke ontwikkelingen, zoals de veroudering van de bevolking, de verandering van het zorgaanbod, de toename van goed geïnformeerde patiënten en het beschikbaar komen van voorspellend medische informatie. Daarom is vernieuwing van het zorgstelsel noodzakelijk. Deze vernieuwing zal een oplossing moeten bieden voor wat het kabinet, in navolging van de RVZ en de SER, ziet als de belangrijkste problemen:

1. Op het vlak van de sturing van de zorg leidt de dominante, centrale aanbodsturing in zowel het eerste als het tweede verzekeringscompartiment tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren.
2. Ten aanzien van het verzekeringstelsel zijn er twee deelproblemen:

- a. Het duale karakter van de verzekering in het tweede compartiment frustrereert doelmatige zorginkoop en -regie door zorgverzekeraars en beperkt de keuzemogelijkheden voor verzekerden en de solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's.
- b. De uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment belemmert de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod.

1.3 De wijze van vernieuwing

De visie van het kabinet op de vernieuwing van het zorgstelsel bestaat uit twee sporen, die in samenhang bekeken moeten worden.

1. Herziening van de sturing van de zorg

Het kabinet meent dat er sprake moet zijn van een herziening van de rol van partijen in de gezondheidszorg. Uitgangspunt is dat de publieke belangen in de gezondheidszorg geborgd blijven. Mede gezien haar grondwettelijke plicht acht de overheid zich er verantwoordelijk voor dat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit, voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidsvooruitzichten of inkomenspositie.

De overheid zal de kaders stellen waarbinnen partijen meer dan nu de mogelijkheid zullen hebben om actief te kunnen zijn. Door een passend systeem van «checks and balances» moeten deze partijen elkaar er toe aanzetten om goede en doelmatige zorg tot stand te brengen die maximaal aansluit bij de wensen van burgers. Het kabinet beoogt langs deze weg het innovatief en zelfregulerend vermogen van de gezondheidszorgsector te vergroten. De versterking van het zorgstelsel op deze punten zal zich ook zoveel mogelijk moeten uitstrekken tot het terrein van de preventieve zorg.

2. Aanpassing van het verzekeringsstelsel

a. Introductie van een algemene verzekering curatieve zorg

De vervanging van de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment door één algemene verzekering is een noodzakelijke voorwaarde voor een volwaardige en toekomstbestendige vernieuwing van het zorgstelsel. De nieuwe verzekering heeft een publiekrechtelijke grondslag en wordt door privaatrechtelijke zorgverzekeraars uitgevoerd.

De algemene verzekering curatieve zorg geldt voor alle Nederlandse ingezetenen. Zorgverzekeraars die deze wettelijke verzekering uitvoeren, hebben een acceptatieplicht. Voorts komt er een sluitend systeem van risicoverevening. Het doel daarvan is te voorkomen dat verzekeraars zich vooral gaan richten op het selecteren van verzekerden in plaats van op hun eigenlijke rol in het nieuwe systeem: die van actieve zorginkoper. De verzekering dekt noodzakelijke zorg. Om de doelmatigheid en een beheerste ontwikkeling van de kosten te bevorderen, kent de nieuwe verzekering functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken en een nominale premie van voldoende omvang. Hiervan is sprake als de premie voldoende prikkelend is om concurrentie tussen verzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers te bewerkstelligen. Tevens kan de invoering van een systeem van verplichte eigen betalingen worden overwogen. Om te kunnen inspelen op de behoefte aan keuzemogelijkheden, kan de algemene verzekering curatieve zorg voorzien in de mogelijkheid te kiezen voor een vrijwillig – aan een maximum gebonden – eigen risico. Daarnaast voorziet de verzekering in de mogelijkheid van preferred provider arrangementen en collectieve contracten.

b. *Integratie van de algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ*
De zorg die nu via de AWBZ wordt gefinancierd, vertoont inhoudelijk grote raakvlakken met die in het tweede compartiment. Bovendien is de ontwikkeling in deze sector inhoudelijk vergelijkbaar met die in het tweede compartiment: meer vraaggerichtheid in een duidelijke verzekeringsstructuur. Daarom dient de AWBZ-zorg integraal te worden betrokken bij de herziening van het zorgstelsel. De uitvoeringsstructuur van het verzekeringsstelsel laat op dit moment te wensen over, met name in het eerste compartiment. Daardoor is er onvoldoende samenhang in het zorgaanbod. De zorgverzekeraar bij wie de burger voor de curatieve zorg is verzekerd, is de meest voor de hand liggende uitvoerder van de AWBZ. De uitvoering van de algemene verzekering curatieve zorg en van de AWBZ komen daarmee in één hand.

Het kabinet heeft een perspectief voor ogen waarin op termijn de nieuwe algemene verzekering curatieve zorg en de AWBZ zullen integreren. Daartoe zal allereerst een algemene verzekering in de curatieve zorg moeten worden gerealiseerd. Voorafgaand aan de totstandkoming van een ongedeelde zorgverzekering kunnen in de bestaande uitvoeringsorganisatie van de AWBZ, reeds belangrijke stappen worden gezet op weg naar het geschetste einddoel.

Met de twee hierboven genoemde sporen zijn de hoofdlijnen geschetst om te komen tot een toekomstig zorgstelsel. Een deel van de in deze nota gepresenteerde voorstellen is onderdeel van de reeds in gang gezette moderniseringstrajecten AWBZ en curatieve zorg. Over de verdergaande voorstellen kan besluitvorming plaatsvinden bij het begin van de volgende regeerperiode.

1.4 Proces van totstandkoming van deze nota

In het Regeerakkoord uit 1998¹ is aangekondigd dat: «*Het kabinet zal bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.*» Op 21 september 2000 heeft de minister-president tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen in de Tweede Kamer toegezegd dat vóór de zomer van 2001 aan het parlement een nota over dit onderwerp wordt toegezonden. Met het uitbrengen van de voorliggende nota doet het kabinet deze belofte gestand.

Ter voorbereiding zijn op verzoek van het kabinet enkele adviezen en rapporten opgesteld. Met name de adviezen van de SER en de RVZ zijn richtinggevend geweest voor de gedachtevorming van het kabinet. Deze nota is tegelijk een reactie op de adviezen die eerder aan de Tweede Kamer ter kennis zijn gebracht².

Ook uit eigen beweging hebben uiteenlopende maatschappelijke organisaties het afgelopen jaar hun opvattingen naar voren gebracht, deels tijdens debatten die door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) zijn georganiseerd³. Het kabinet constateert dat inmiddels een breed gedeelde consensus is ontstaan over de noodzaak het zorgstelsel te vernieuwen. De overeenstemming tekent zich niet alleen af rond de analyse van de problemen, daarnaast bestaat ook voor de hoofdlijnen van de oplossingsrichting een gemeenschappelijk draagvlak. Het kabinet is de adviesorganen en alle andere organisaties erkentelijk voor hun bijdrage aan de gedachtevorming.

¹ Tweede Kamer 1997–1998, 26 024, nr. 10, Brief van de formateur met onder andere het Regeerakkoord.

² RVZ, *Europa en de gezondheidszorg* (december 1999), op 17 januari 2000 door de minister van VWS aangeboden aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS (Z/F-2035690); RVZ, *De rollen verdeeld* (december 2000). Dit advies is onder meer gewijd aan het schaarsteparadigma in relatie tot eigen verantwoordelijkheid van de burger, op 15 januari 2001 aangeboden aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS (Z/T&S-2142606); SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* (december 2000), op 31 januari 2001 aangeboden aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS (Z/T&S-2149790); RVZ, *Care en Cure* (januari 2001), op 29 januari 2001 aangeboden aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS (Z/T&S-2149226).

³ Zie bijlage 1.

1.5 Opbouw van deze nota

Deze nota is als volgt opgebouwd. Hoofdstuk 2 geeft een analyse van de knelpunten in het zorgstelsel en een beschrijving van de ontwikkelingen die de sector verder op de proef zullen stellen. Hoofdstuk 3 beschrijft hoe de bestaande knelpunten in de sturing van de zorg kunnen worden aangepakt, mede in het licht van de toekomstige ontwikkelingen. Dat gebeurt aan de hand van een beschrijving van de rollen, verantwoordelijkheden en instrumenten van partijen. Uitgangspunt daarbij is dat de publieke belangen in de gezondheidszorg zeker moeten zijn gesteld.

Hoofdstuk 4 beschrijft het kabinetsvoorstel voor een nieuw verzekeringsstelsel. Dit hoofdstuk schetst allereerst het eindbeeld: integratie van de verzekeringen in het eerste en tweede compartiment. Dit eindbeeld kan stapsgewijs ontstaan via het totstandkomen van een algemene verzekering in het tweede compartiment, het herinrichten van de uitvoeringsorganisatie in het eerste compartiment en het voorbereiden van een integratie van de financiering van het eerste en tweede compartiment.

Hoofdstuk 5 geeft ten slotte een overzicht van de activiteiten die noodzakelijk zijn voor de vernieuwing van het zorgstelsel. Waar mogelijk worden de activiteiten ook van een tijdsdimensie voorzien, waarmee dit hoofdstuk het karakter krijgt van een indicatieve beleidsagenda. De concretisering daarvan is mede afhankelijk van de uitwerking van de respectieve onderdelen in de komende jaren.

2 ANALYSE HUIDIG ZORGSTELSEL EN ONTWIKKELINGEN

2.1 Algemeen

De Nederlandse gezondheidszorg kent een goede prijs-kwaliteitverhouding, ook in internationaal opzicht¹. Tot de sterke kanten behoren het hoge niveau van gezondheidszorg als gevolg van het sterk professionele karakter ervan, het snel absorberen van technologische vernieuwingen, het succesvolle beleid van kostenbeheersing, de verbetering van doelmatigheid en kwaliteit. Het kabinetsbeleid is erop gericht deze positie te behouden en waar mogelijk verder te optimaliseren. Onder invloed van zorginhoudelijke en maatschappelijke ontwikkelingen echter, is de gezondheidszorg voortdurend in beweging. Dat vraagt om een bezinning op de meest adequate inrichting van het zorgen verzekeringsstelsel en zo nodig om een wijziging daarvan.

Niettegenstaande de vooraanstaande internationale positie van de Nederlandse zorg, gaat tegenwoordig geen dag voorbij of de media maken melding van problemen in de zorgsector. Met name de wachtlijsten wekken het gevoel bij burgers dat zij er niet altijd op kunnen vertrouwen dat de verzekerde zorg daadwerkelijk wordt geleverd wanneer die nodig is. De huidige fricties in de (sturing van de) gezondheidszorg roepen de vraag op of het zorg- en verzekeringsstelsel nog voldoende aansluit bij de huidige ontwikkelingen en of het voldoende toekomstbestendig is. Dit hoofdstuk geeft op hoofdlijnen een analyse van knelpunten in het huidige zorgstelsel, en van ontwikkelingen die op het zorgstelsel van invloed zijn. Op grond daarvan verkent het kabinet welke aanpassingen in het zorg- en verzekeringsstelsel nodig zijn en trekt het uit die verkenning een aantal conclusies.

2.2 Analyse bestaande zorgstelsel

Het Nederlandse zorg- en verzekeringsstelsel is niet in één keer ontworpen, maar heeft zich de afgelopen decennia gaandeweg ontwikkeld in wisselwerking met maatschappelijke veranderingen. Waar aanpas-

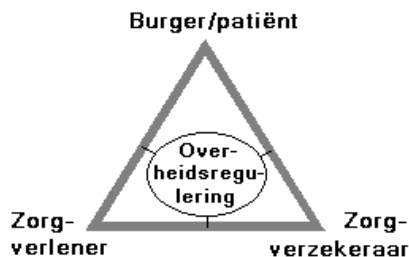
¹ 4 OECD Economic surveys, *Netherlands*, Paris, 2000 en WHO, *Health systems: improving performance in: World Health report 2000*, Geneva, 2000.

singen niet (volledig) zijn geslaagd of zijn achtergebleven bij deze ontwikkelingen, tonen aanvankelijk sterke punten van het zorgstelsel na verloop van tijd ook hun keerzijde. Mede op grond van adviezen en rapporten onderscheidt het kabinet drie belangrijke en onderling samenhangende knelpunten in het huidige zorg- en verzekeringsstelsel. Dat zijn:

1. Op het vlak van de sturing van de zorg leidt de dominante, centrale aanbodsturing in het eerste en het tweede verzekeringscompartiment tot onvoldoende ruimte en prikkels bij partijen voor een kwalitatief hoogwaardig en doelmatig functioneren, en tot een gebrekkige aansluiting van het aanbod bij de vraag.
2. Ten aanzien van het verzekeringsstelsel zijn er twee deelproblemen:
 - a. Het duale karakter van de verzekering in het tweede compartiment frustreert een doelmatige zorginkoop en zorgregie door verzekeraars, de keuzemogelijkheden voor verzekerden, en de solidariteit ten aanzien van gezondheidsrisico's.
 - b. De uitvoeringsstructuur in het eerste en tweede compartiment belemmert de totstandkoming van een samenhangend zorgaanbod en leidt tot afwentelingsmechanismen.

Met deze problemen benoemt het kabinet de zijns inziens belangrijkste structurele tekortkomingen in de zorgsector. Het zijn echter vooral de actuele vraagstukken als wachtlijsten en schaarste aan personeel die momenteel beeldbepalend zijn voor de Nederlandse gezondheidszorg. Deze actuele vraagstukken kunnen voor een deel worden opgelost met extra geld. De afgelopen jaren, en wederom bij de begrotingsvoorbereiding 2002, heeft het kabinet extra middelen uitgetrokken om knelpunten te verlichten rond wachtlijsten¹ en arbeidsmarkt-vraagstukken. Voor een ander deel zijn de problemen mede het gevolg van de structurele knelpunten in de organisatie en sturing binnen het huidige zorg- en verzekeringsstelsel. Daar moet dan ook het andere deel van de oplossing worden gezocht.

2.2.1 Dominante aanbodsturing



Het eerste knelpunt heeft betrekking op de rol van de aanbodsturing. In het huidige zorgstelsel staan patiënten, zorgaanbieders en verzekeraars ten opzichte van elkaar in een driehoeksverhouding, tegen de achtergrond van een sterk sturende overheid. Die sturende rol is de afgelopen twintig jaar mede ingegeven door de noodzaak van stringente kostenbeheersing. De basis hiervan lag in de behoefte de loonkostenontwikkeling te beheersen gedurende een periode van stijgende werkloosheid en beperkte economische groei. De aanbodregulering van de rijksoverheid, vastgelegd in de structuurwetten AWBZ, Ziekenfondswet (ZFW), Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), bepaalt in hoge mate de allocatie van de ingezette middelen en de verhouding tussen de drie partijen. Die regulering heeft bijgedragen aan goede kwaliteit, spreiding van het zorgaanbod en kostenbeheersing. Gaandeweg is een deel van de regelgeving haar doel voorbij geschoten. Dat leidt in toenemende mate tot knelpunten.

¹ Zie onder andere Tweede Kamer 2000–2001, 27 488, nr. 1, Actieplan zorg verzekerd.

De RVZ constateert in het advies *De rollen verdeeld* dat de dominante aanbodssturing vanuit de overheid ertoe geleid heeft dat de verzekeringsgedachte niet meer leidinggevend is. De burger betaalt een verzekeringspremie en heeft recht op een aantal verzekeringsprestaties. Maar dat betekent nog niet per definitie dat de verzekerde datgene krijgt waarop hij of zij recht heeft en wat hij of zij nodig heeft. De verzekering is volgens de RVZ de afgelopen decennia een middel geworden om zorgaanbod te financieren: een exploitatiegarantie. De overheid is dit middel gaan gebruiken als een mogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg te beheersen. Het resultaat hiervan is een sterke overheidsbemoeienis die de «natuurlijke» afstemmingsprocessen van vraag en aanbod in de gezondheidszorg heeft verstoord. Het (collectief gefinancierde) zorgaanbod komt zo niet tot stand als gevolg van een maatschappelijke vraag, maar als afgeleide van de beschikbaar gestelde collectieve middelen.

Zowel in het eerste als het tweede compartiment leidt de dominante aanbodssturing onder meer tot de volgende effecten¹:

- Geringe vraaggerichtheid van het zorgaanbod
Het zorgaanbod speelt onvoldoende in op de behoefte van de patiënt. Tegelijkertijd is de maatschappelijke behoefte aan dergelijke vraaggerichte zorg sterk gegroeid. Het bestaan van verschillende sturings- en financieringsconcepten naast elkaar leidt ertoe dat vanuit het perspectief van de patiënt de zorg niet altijd de gewenste samenhang vertoont.
- Beperkte ruimte voor ondernemerschap, flexibiliteit en innovatie
Regels beperken niet alleen de handelingsruimte voor verzekeraars en zorgaanbieders, maar nemen ook de prikkel weg tot vraaggericht handelen met een accent op kwaliteit en doelmatigheid. Innovatie en flexibiliteit zijn gering. Onduidelijkheden in de verdeling van verantwoordelijkheden leiden ertoe dat niet altijd duidelijk is wie waarop aanspreekbaar is.
- Geringe doelmatigheid
De allocatie van middelen op microniveau is onvoldoende efficiënt. Instrumenten bedoeld om de doelmatigheid te bevorderen, werken verschillend uit en kunnen elkaar ondermijnen.
- Er bestaat onvoldoende informatie over, en er is te weinig transparantie in het zorgaanbod.

De gezondheidszorg is op dit moment nog vooral een aanbiedersmarkt. De afzet van zorg is vrijwel gegarandeerd, zeker wanneer er sprake is van schaarste in het aanbod. Het tegenspel van patiënten, verzekeraars of concurrerende aanbieders is beperkt. De klantgerichtheid van de zorgsector is beperkt, mede omdat het systeem tekortschiet in het bevorderen van innovatie en flexibiliteit. De bedrijfsvoering van de aanbieder wordt gedomineerd door regelgeving en niet door ondernemerschap. De mogelijkheden van verzekeraar, zorgaanbieder en consument om tot afstemming van het aanbod op de vraag te komen, zijn beperkt. De ervaring leert dat het gedrag van deze partijen sterk door regels is gestuurd. Dit draagt er niet toe bij dat zij uit zichzelf of met elkaar naar oplossingen zoeken. De fijnmazig geregelde structuur beperkt het noodzakelijke vermogen en ontbeert prikkels tot aanpassing aan nieuwe ontwikkelingen die van binnen of buiten het zorgstelsel komen.

¹ Zie ook de adviezen van de SER *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* en de RVZ *De rollen verdeeld*.

De grenzen van centrale aanbodsregulering zijn bereikt. In een sociaal-economische context waar krappe financiële ruimte gecombineerd moest worden met gelijke toegang en verdeling van de schaarste, is aanbod-

sturing een effectief sturingsmodel gebleken. Maar in tijden van toegenomen welvaart, meer mondigheid en de wens tot keuzevrijheid en maatschappelijk ondernemerschap, komen de tekortkomingen van dit systeem meer en meer aan het licht.

2.2.2 Dualiteit in het tweede compartiment

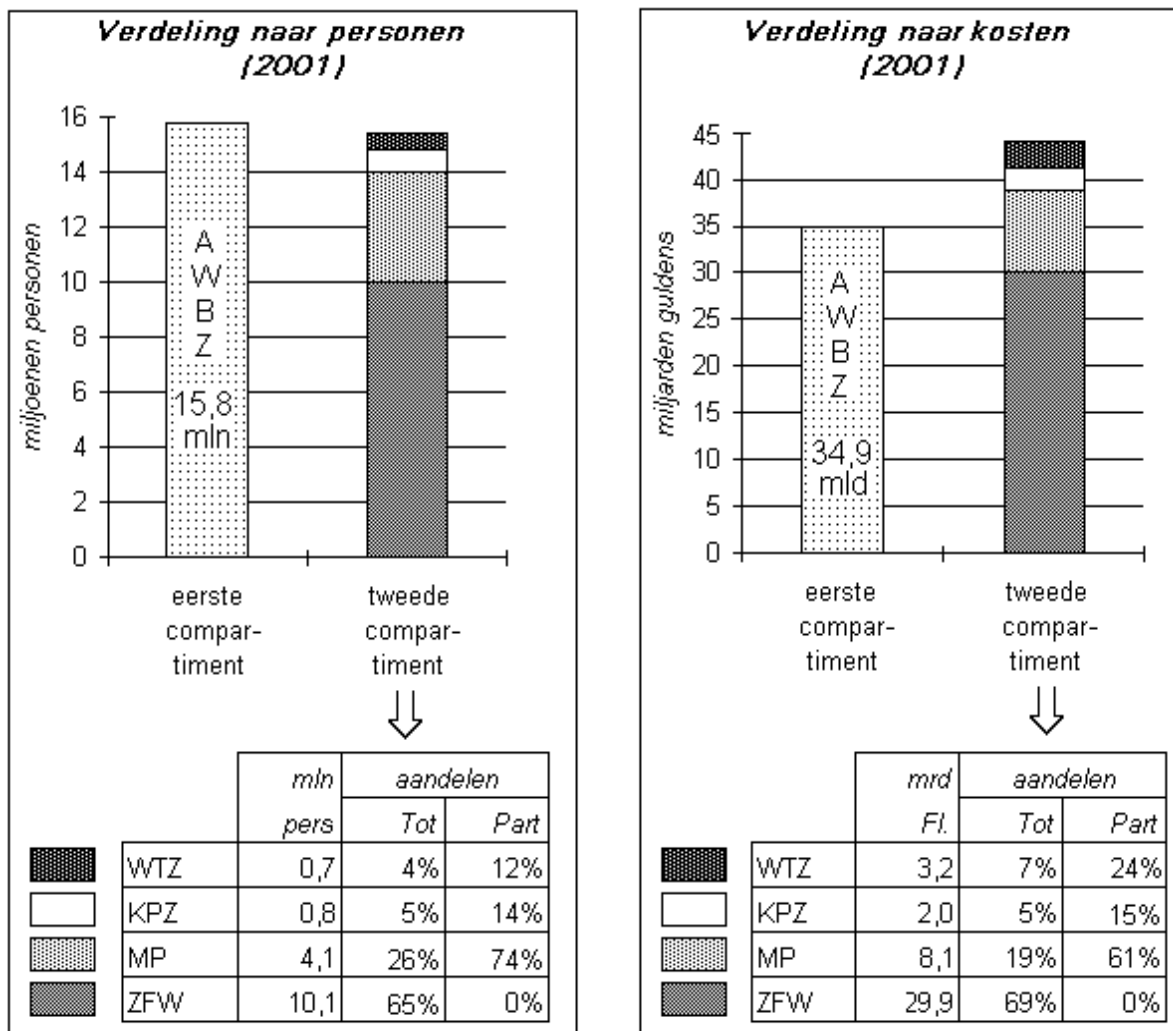
Het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen in Nederland heeft een lange geschiedenis. In de tijd is een systeem gegroeid waarin gaandeweg verschillende beleidsfilosofieën zijn toegevoegd en waarin ook steeds wisselende doelen centraal stonden bij herzieningen van het systeem. De in historisch opzicht verklaarbare ontwikkeling heeft onder meer de volgende consequenties gehad:

- Verschillende en deels tegengesteld werkende sturingsconcepten.
- Ondoorzichtige solidariteit en lastenverdeling.
- Beperkte keuzemogelijkheden.

Huidig verzekeringsstelsel

Alle Nederlanders zijn van rechtswege verzekerd ingevolge de AWBZ. Voor de tweede compartimentszorg is circa tweederde van de Nederlandse bevolking verzekerd via het ziekenfonds en is een derde privaat verzekerd via particuliere verzekeringen. Het particuliere segment kent een onderscheid tussen de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren in dienst van de lagere overheden, de maatschappijpolissen van de particuliere ziektekostenverzekeraars, en voorts de wettelijk gegarandeerde verzekering voor ouderen en degenen die vanwege hun risicoprofiel van een maatschappijpolis zijn uitgesloten. De laatste categorie is (weliswaar tegen hogere kosten) particulier verzekerd op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Bijzondere omstandigheid is bovendien dat een groot deel van de particulier verzekerden (inmiddels bijna tweederde van het totaal) is verzekerd via een collectief contract dat de werkgever voor de werknemers sluit. Enkele groepen kennen specifieke regelingen, zoals bijvoorbeeld militairen.

Fig. 2.1 Verzekeringsvormen eerste en tweede compartiment naar aantallen personen en kosten¹



¹ Toelichting bij figuur 1 KPZ: publiekrechtelijke ziektekostenverzekering voor ambtenaren van lagere overheden en politie; MP: particuliere maatschappijpolis; WTZ: polis op grond van de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen. Tezamen vormen deze drie het particuliere verzekeringssegment voor de tweede compartimentszorg. Daarnaast staat de wettelijke Ziekenfondsverzekering (ZFW).

De dualiteit ziekenfonds-particulier heeft historische gronden die inmiddels aan actuele maatschappelijke betekenis hebben ingeboet. De ziekenfondsverzekering was van oorsprong een verzekering voor mensen met een laag inkomen. Artsen en andere zorgverleners accepteerden voor hulp aan ziekenfondsverzekerden lagere tarieven dan voor hulp aan «particuliere» patiënten. De beroepsorganisaties in de zorg stelden daarbij de eis dat burgers die zich particuliere tarieven konden veroorloven, niet tot de ziekenfondsverzekering werden toegelaten. Aldus deed het fenomeen van de inkomens- en loongrens zijn intrede in het verzekeringsstelsel. Inmiddels wordt er in de honorering van de zorgverleners, een enkele uitzondering als de honorering van huisartsen daargelaten, geen onderscheid meer gemaakt tussen hulp aan ziekenfondsverzekerden en hulp aan particuliere patiënten. Daarmee is de ratio van een inkomens- en loongrens afgenomen.

Deze versnippering van de verzekeringsstructuur heeft gevolgen voor de sturing van het zorgstelsel. De huidige indeling van het verzekeringsstelsel kenmerkt zich door financiële, organisatorische en bestuurlijke schotten, niet alleen tussen de compartimenten, maar ook binnen elk compartiment. Dat geeft aanleiding tot sturingsproblemen en tot onbedoelde afwentelingsmogelijkheden.

Verschillende sturingsconcepten

Het tweede compartiment kent een opeenstapeling van sturingsconcepten. Naast de overheid geven verzekeraars sturing aan de zorg, zij het op verschillende en deels tegengestelde manieren. Binnen het tweede compartiment worden de verzekeringsaanspraken geformuleerd als een recht op vergoeding in de vorm van zorg (het naturasysteem in de ziekenfondsverzekering) of als een recht op schadevergoeding (het restitutie-systeem in de particuliere verzekering). Bij een naturastelsel moet de verzekeraar contractuele afspraken met zorgaanbieders maken om aan de zorgplicht te kunnen voldoen; bij een restitutiestelsel zijn dergelijke afspraken niet noodzakelijk. Dit brengt met zich mee dat ziekenfondsen en particuliere verzekeraars verschillend te werk gaan.

Ziekenfondsen hebben door hun acceptatie- en zorgplicht, in combinatie met het budgetteringssysteem, belang bij een goede organisatie van de zorg, om de uitgaven te beheersen en voldoende zorg voor hun verzekerden te contracteren. Zij sluiten daartoe overeenkomsten met zorgaanbieders. Voor de uitvoering zijn ziekenfondsen grotendeels risicodragend. Eventuele tekorten worden mede gefinancierd uit het nominale gedeelte van de premie die verzekerden betalen. De verzekerde die niet tevreden is over het contracteerbeleid of die de nominale premie te hoog vindt, kan jaarlijks van ziekenfonds veranderen. De (financiële) prikkels voor de verzekerde zijn in het algemeen relatief beperkt. Naast een beperkt nominaal deel is de ziekenfondspremie vooral inkomensafhankelijk. De ziekenfondsverzekering kent geen eigen risico.

Particuliere verzekeraars, werkend volgens het restitutiestelsel, hebben voor de maatschappijpolis geen acceptatie- of zorgplicht. Zij beheersen hun schadelast vooral op basis van risicoselectie. De volledig nominale premie is afgestemd op het risicoprofiel. De verzekeraars zijn volledig risicodragend, met de – belangrijke – beperking dat zij de meeste relatief slechte risico's (waaronder verzekerden ouder dan 65 jaar) onder kunnen brengen in de WTZ-pooling. Particuliere verzekeraars sluiten zelf geen overeenkomsten met zorgaanbieders, maar vergoeden de kosten die de verzekerde heeft gemaakt. Indirect maken particulier verzekerden gebruik van de resultaten van de zorgcontracten die ziekenfondsen afsluiten. De verzekeringspremie is nominaal en afhankelijk van het risicoprofiel van de verzekerde en de hoogte van een vrijwillig gekozen eigen risico. De premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen lopen hierdoor sterk uiteen.

Hoewel beide verzekeringssystemen in formeel opzicht strikt zijn gescheiden, bieden de meeste zorgverzekeraars op dit moment zowel ziekenfonds- als particuliere ziektekostenverzekeringen aan. Beide verzekeringsvormen zijn formeel gezien ondergebracht bij verschillende rechtspersonen binnen één concern. Het aantal verzekeraars dat zich exclusief op de ziekenfonds- dan wel particuliere verzekeringen richt, is gering.

De prikkels tot doelmatige zorginkoop door verzekeraars en tot decentrale zorgsturing zijn in het tweede compartiment op dit moment dus veel sterker voor ziekenfondsen. Maar decentrale sturing van de zorg door alle verzekeraars kan alleen reële betekenis krijgen als voor de verschillende

spelers dezelfde regels gaan gelden en als zij over dezelfde mogelijkheden kunnen beschikken (level playing field). Alleen dan is meer beleidsvrijheid en decentrale sturing een reële optie.

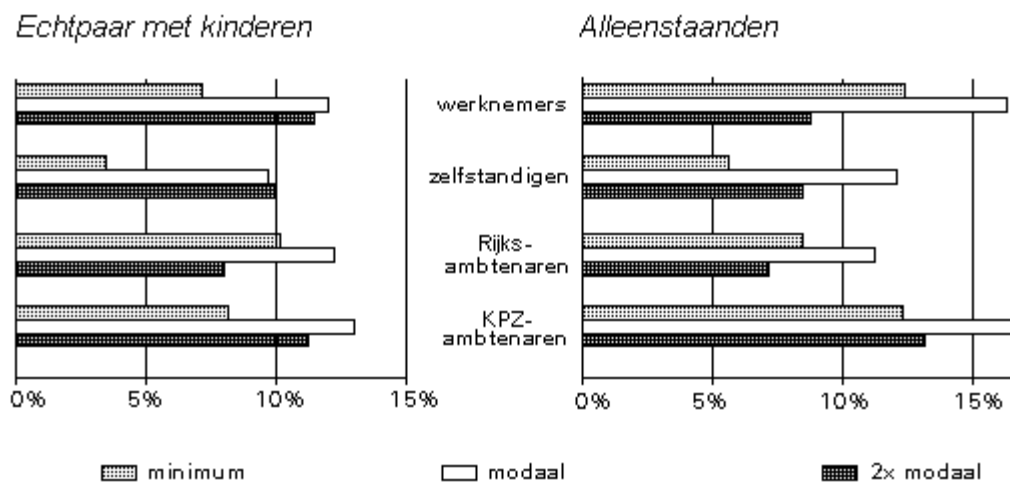
Ongelijke lastenverdeling

De huidige grote variatie aan verzekeringsvormen is verklaarbaar vanuit de historische context. Uit het oogpunt van de organisatie en de bekostiging is deze echter steeds minder houdbaar en verdedigbaar. De verbrokkelde verzekerings- en financieringsstructuur leidt tot ondoorzichtige solidariteitsverhoudingen. Burgers in vergelijkbare omstandigheden, maar met verschillende verzekeringen, betalen sterk verschillende premies.

Voor vier sociaal-economische categorieën is in figuur 2.2 aangegeven wat de totale zorglasten zijn voor een minimum-, modaal- en tweemaal modaal inkomen (als percentage van het netto-inkomen). Hieruit blijkt dat zelfstandigen met kinderen en met een inkomen op minimumniveau de laagste zorglasten hebben. Een ambtenaar met een modaal inkomen, die verzekerd is ingevolge een publiekrechtelijke regeling, heeft de hoogste zorglasten. In geen enkele verzekeringsvorm dragen de hogere inkomens de hoogste zorglasten. Vrijwel altijd zijn dat de modale inkomens.

De solidariteit binnen het huidige verzekeringsstelsel is vormgegeven door middel van de WTZ en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) en regelmatig terugkerende corrigerende maatregelen (Wet Van Otterloo, zelfstandigen onder de ZFW, alimentatiegerechtigden).

Fig. 2.2 Zorglasten als percentage van het netto-inkomen¹



Waar in deze nota gesproken wordt over Rijksambtenaren, wordt bedoeld de groep ambtenaren die gebruik maakt van de interim-regeling voor ziektekosten, te onderscheiden van de ambtenaren die publiekrechtelijk zijn verzekerd.

Een extra complicatie vormt het gegeven dat de afbakening van de publieke en private verzekering in het tweede compartiment geen statisch gegeven is. Tussen beide verzekeringen vindt veelvuldig grensverkeer plaats, bijvoorbeeld bij het overschrijden van de loongrens of bij het veranderen van werkgever. Afgezien van de extra transactiekosten die dit met zich meebrengt, ontstaat bij de burger onbegrip vanwege de forse verandering van het netto besteedbaar inkomen die als gevolg daarvan kan optreden. Zulke inkomensverschillen komen voort uit de marginale premie-effecten die de huidige verzekeringsystematiek kent (zie ook tabel

2 in hoofdstuk 4). Door de jaren heen zijn telkens opnieuw grenscorrecties tussen de publieke en private verzekering doorgevoerd. Er is steeds met groepen verzekerden geschoven, terwijl het resultaat zelden bevredigend was.

Beperkte keuzemogelijkheden

Een derde gevolg van de huidige inrichting van het verzekeringsstelsel bestaat uit de beperkte keuzemogelijkheden voor verzekerden. Zowel in de ziekenfondsverzekering als in de particuliere verzekering worden verzekerden geconfronteerd met beperkingen bij de keuzemogelijkheden inzake de verzekering en de verzekeraar. In de ziekenfondsverzekering hebben verzekerden geen invloed op het pakket of (de hoogte van) het eigen risico, terwijl particulier verzekerden daarin wél keuzemogelijkheden hebben. Daar staat tegenover dat ziekenfondsverzekerden vanwege de acceptatieplicht voor ziekenfondsen ieder jaar van verzekeraar kunnen veranderen, terwijl voor de particulier verzekerden van oudere en middelbare leeftijd daar de facto beperkte mogelijkheden toe hebben, vanwege het ontbreken van een acceptatieplicht en mogelijk forse opslagen op de premies bij het overstappen naar een andere verzekeraar.

De transparantie van de verzekeringsmarkt, zowel voor ziekenfonds als particulier, laat bovendien te wensen over, waardoor wél aanwezige keuzemogelijkheden onvoldoende benut worden. Doordat pakketten en aanvullende verzekeringen moeilijk vergelijkbaar zijn, en door gebrek aan informatie over de uitvoering van het contracteerbeleid, is voor de doorsnee verzekerde een vergelijking tussen verzekeraars in de praktijk ondoenlijk.

2.2.3 Uitvoeringsstructuur verzekeringsstelsel

In tegenstelling tot wat geldt voor het tweede compartiment is zorg in het eerste compartiment voor alle burgers uniform verzekerd via de AWBZ. Inschrijving bij een ziekenfonds, bij een particuliere ziektekostenverzekeraar of bij een uitvoerend orgaan van een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren, geldt tegelijkertijd als inschrijving voor de AWBZ. Deze verzekeraars zijn tevens uitvoerder van de AWBZ. De AWBZ is een naturaverzekering: de verzekeraar heeft een zorgplicht. Vanaf de invoering van de AWBZ werden de administratie en het betalingsverkeer geregeld door verbindingkantoren (aan te wijzen door de minister van VWS) en het Centraal Administratie Kantoor bijzondere zorgkosten (CAK). Administratie en betaling zijn in het aanbodgestuurd systeem gekoppeld aan de zorginstelling, en niet aan de verzekerde. Om zorg-opmaat en zorgvernieuwing te kunnen realiseren zijn de verbindingkantoren per 1 januari 1998 omgevormd tot zorgkantoren. De gezamenlijke verzekeraars hebben de taken die voortvloeien uit de verzekeringsuitvoering (zoals het sluiten van overeenkomsten) op basis van vrijwillige mandatering aan deze zorgkantoren overgedragen. In de huidige situatie hebben de regionale zorgkantoren de taak ervoor te zorgen dat de verzekerde ook feitelijk de zorg krijgt waarop hij of zij krachtens de AWBZ aanspraak kan maken. De wettelijke verantwoordelijkheid voor de taakuitoefening berust nog steeds bij de uitvoeringsorganen, met andere woorden de verzekeraars bij wie de AWBZ-cliënten zijn ingeschreven.

Het perspectief op de AWBZ-zorg is het afgelopen decennium sterk veranderd. Daardoor staat de uitvoeringsstructuur onder druk. De groepen die een beroep doen op deze volksverzekering bestaan meer en meer uit mondige cliënten. In de zorgverlening ligt meer nadruk op zorg-opmaat en op ondersteuning bij het zelfstandig functioneren. Dankzij invoering van een subsidieregeling voor het persoonsgebonden budget (PGB) heeft een deel van de verzekerden inmiddels de mogelijkheid om zelf zorg in te kopen. Om hieraan meer ruimte te geven is het beleid in de AWBZ gericht

op de verandering van een centraal aanbodgestuurd model naar een decentraal model met een vraaggerichte oriëntatie. Bij een dynamische, vraaggerichte AWBZ hoort een passende uitvoeringsstructuur. Daarin dienen de juiste prikkels een waarborg te bieden voor een doelmatige uitvoering en voor kostenbeheersing, en te stimuleren tot een vraaggericht zorgaanbod.

Het zorgkantoor is een overgangsfiguur naar een meer definitieve uitvoeringsstructuur. De verzekeringsfunctie en de functie van countervailing power voor de zorgaanbieders, zullen in die nieuwe structuur beter tot hun recht moeten komen. Daarbij speelt ook de vraag een rol op welke wijze de afstemming met de zorg in het tweede compartiment en met dienstverlenende hulp en ondersteuning het beste kan plaatsvinden.

2.3 Ontwikkelingen

De knelpunten die hiervoor aan de orde zijn gekomen, zijn mede het gevolg van veranderingen die zich in de samenleving voltrekken. Er zijn verschillende ontwikkelingen die er toe leiden dat de bestaande knelpunten steeds dominanter worden en die de noodzaak van een vernieuwing van het gezondheidzorgstelsel extra onderstrepen. De belangrijkste ontwikkelingen zijn:

1. De zorgvraag en de zorgkosten nemen toe, voornamelijk als gevolg van vergrijzing.
2. De toekomstige zorgvrager is veeleisender en koopkrachtiger en neemt geen genoegen met standaardzorg.
3. De zorgorganisatie zal er anders gaan uitzien, mede als gevolg van technologische vernieuwing.
4. De risicosolidariteit komt onder druk te staan door voorspellende geneeskunde.

Diverse instituten¹ hebben de afgelopen jaren materiaal aangereikt over de verwachte invloed van een aantal ontwikkelingen op de gezondheidszorg. Een deel van die ontwikkelingen is nu al merkbaar. Ook de RVZ en de SER signaleren overeenkomstige ontwikkelingen in hun adviezen.

2.3.1 Stijgende zorgvraag en -kosten

Demografie, ziektelast en ziekte

De komende decennia ondergaat de Nederlandse bevolking belangrijke demografische veranderingen. De factor die het meest van invloed is op de gezondheidszorg, is een voortgaande vergrijzing en een relatieve afname van het aantal jongeren. Het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20–64 jarigen, zal oplopen van 22% nu naar 25% in 2010, daarna versneld naar 32% in 2020 tot uiteindelijk 44% in 2040. Voor de komende kabinetsperiode gaat het Centraal Plan Bureau (CPB) uit van een reële uitgavengroei in de zorg van 4% per jaar, op basis van het ramingsmodel dat in samenwerking met het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) en het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) is opgesteld. Dat mensen ouder worden, betekent niet per definitie dat ze ook gezonder blijven. Ouderdom komt inderdaad met gebreken: extra levensjaren gaan gepaard met ziekte en ongemak. Zo is het aantal gezonde levensjaren bij vrouwen tussen 1983 en 1994 niet toegenomen, onder meer als gevolg van een stijgend aantal rokende vrouwen. Wat nu al zichtbaar wordt, zal in de komende decennia steeds duidelijker worden: de ouderen zijn de centrale doelgroep van de gezondheidszorg. Verbetering van de kwaliteit van leven wordt met het stijgen van de leeftijd steeds belangrijker.

Met het ouder worden, verandert de aard van de ziekteproblemen. Chronische aandoeningen vormen de voornaamste ziektelast in de Nederlandse bevolking. Deze komen vooral voor bij ouderen. Gelet op het stijgend

¹ RIVM, *Volksgezondheid Toekomstverkenning 1997*. De som der delen, Bilthoven, 1997; SCP, *Profijt van de overheid*, Den Haag diverse jaren; SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, Den Haag, 1999; SCP/CPB, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op lange termijn*, Den Haag, 2000; SER-commissie Sociaal economische deskundigen, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Den Haag, 1999; WRR, *Volksgezondheidszorg*, Den Haag, 1997; WRR, *Generatiebewust beleid*, Den Haag, 2000. UvA/AMC, *Naar een nieuwe architectuur van het Nederlandse zorgsysteem*, Amsterdam, 2001. RIVM / CPB / SCP, *Toekomstverkenning geneesmiddelen en medische hulpmiddelen: effecten op gezondheid en zorg, themarapport VTV 2002*, Bilthoven 2001 (in druk).

aantal ouderen zullen ook de chronische aandoeningen de komende decennia sterk toenemen. De grootste stijgingen doen zich voor bij verschillende vormen van kanker, hart- en vaatziekten, diabetes, dementie, astma en stoornissen aan de zintuigen en het bewegingsapparaat. Het verloop van chronische ziekten is niet altijd stabiel of geleidelijk progressief, waardoor de zorgbehoefte kan fluctueren. Periodieke controle en begeleiding worden afgewisseld met acute ziekenhuisopnames. Een ander veelvuldig kenmerk van chronische aandoeningen is comorbiditeit, waarbij een patiënt te maken heeft met twee of meer ziekten tegelijkertijd. Als gevolg daarvan heeft de belangrijkste groep zorggebruikers vaak tegelijkertijd zorg nodig uit zowel het eerste als het tweede compartiment.

Kosten

Op voorhand is niet precies aan te geven welke invloed de epidemiologische ontwikkelingen op de kosten in de zorg hebben. Dat is mede afhankelijk van de ontwikkeling van therapeutische mogelijkheden. De ervaring leert dat nieuwe mogelijkheden zowel kunnen leiden tot besparingen als tot kostenstijgingen. Naar verwachting zullen de uitgaven aan geneesmiddelen en medische hulpmiddelen voor diverse ziekten aanmerkelijk stijgen. Veranderd medisch inzicht schrijft bijvoorbeeld bij reuma en astma een meer intensieve farmaco-therapie voor in de beginfase, om in een later stadium verslechtering of complicaties te voorkomen. Verder zullen nieuwe behandelingsmogelijkheden, alsmede een bredere toepassing van recent succesvol gebleken diagnostiek en behandeling, leiden tot hogere uitgaven.

De genoemde veranderingen leiden zowel tot een toename van de vraag naar zorg, als tot een toename van de kosten. Verschillende studies laten zien dat de zorgvraag de komende decennia als gevolg van diverse maatschappelijke en zorginhoudelijke trends met zo'n 3% per jaar zal toenemen. Afhankelijk van de economische groei in de komende decennia komt dit overeen met een stijging van de zorguitgaven als aandeel van het bruto binnenlands product (BBP) van ongeveer 8% nu, tot ruim 13% in 2040¹.

De gezondheidszorg als geheel bestaat uit communicerende vaten. Als het daadwerkelijk lukt om met meer, nieuwe of meer intensieve diagnostiek en behandelingen preventieve gezondheidswinst te boeken en complicaties te voorkomen, groeit elders in de zorg de vraag minder snel. De «kost» gaat hierbij echter jaren voor de «baat» uit. Het beeld wordt gecompliceerd doordat succesvolle behandeling van ernstige ziekten op jonge of middelbare leeftijd leidt tot een langere levensduur. Daardoor krijgen de «kostbare» ziekten van de ouderdom, zoals cerebrovasculaire aandoeningen (CVA) en Alzheimer, juist een kans.

Zorg is voor het merendeel mensenwerk. Gezondheidszorg is arbeidsintensief. Productiviteitsverbeteringen, met name in de verpleging en verzorging, zijn slechts beperkt mogelijk. Dit leidt tot hogere zorguitgaven, zeker in een periode waarin stijgende welvaart leidt tot stijging van de reële lonen. Al met al levert dat het beeld op dat de zorgquote zal blijven stijgen. Dit vraagt om een zorgstelsel dat aantoonbaar waar voor zijn geld levert.

2.3.2 Andere zorgvrager

Ook het profiel van de zorgvrager verandert in de komende decennia. De behoefte aan zorg op maat zal verder toenemen. In een pluriforme samenleving groeit de behoefte aan zorg die recht doet aan de eigen culturele en levensbeschouwelijke identiteit. Om hieraan tegemoet te komen is een gedifferentieerd zorgpakket en een breed palet aan zorgvormen noodzakelijk. Het opleidingsniveau stijgt, waardoor de gemiddelde burger beter geïnformeerd en mondiger wordt. De verwachte verbetering van het

¹ SER-Commissie Sociaal-Economische Deskundigen, *Gezondheidszorg in het licht van vergrijzing*, Den Haag, 1999. Zie ook Ministerie van VWS, *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*, Den Haag, 2000.

opleidingsniveau heeft een gunstig effect op de gezondheidstoestand van de bevolking. Mogelijk kan dit positieve effect de negatieve gevolgen van de vergrijzing deels teniet doen. Via onder meer internet wordt informatie over behandelingen makkelijker toegankelijk en kunnen patiënten kritischer tegenspel bieden aan artsen. Invloed van de gestegen welvaart maakt dat de consument zijn of haar voorkeuren gehonoreerd wil zien, zeker omdat gezondheid als een van de belangrijkste zaken in het leven wordt beschouwd.

De burger/patiënt ontwikkelt zich tot een kritische consument en heeft meer uitgesproken wensen ten aanzien van aard en kwaliteit van de geboden zorg. Hierdoor is er bij de ontwikkeling van genees- en hulpmiddelen voor diagnostiek en behandeling inmiddels aandacht voor de «vriendelijkheid» van het product. De kritische consument vraagt en krijgt gemakkelijker te bedienen hulpmiddelen, minder belastende ingrepen, minder bijwerkingen en meer keuzevrijheid. De kosten stijgen hierdoor, maar het product sluit beter aan bij individuele behoeften en verwachtingen. Een star en uniform zorgaanbod is ontoereikend om daarin te voorzien.

Een andere ontwikkeling is een verbreding van de definitie van gezondheidszorg. Psychosociale problematiek en medicalisering van maatschappelijke problemen leiden tot een verbreding van de zorgverlening. Zo zal de gezondheidszorg ook meer en meer invloed ondervinden van ontwikkelingen in de sociale zekerheid. Met het oog op het voorkómen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid ontstaat meer behoefte aan snelle en vooral doeltreffende behandeling.

Met het gevoerde beleid van premiedifferentiatie in de Ziektewet is beoogd om een deel van de verantwoordelijkheid voor de preventieve zorg bij de bedrijven te leggen. De arbozorg is daarmee een belangrijk element in de uitvoering van het public health beleid geworden. Mede tegen deze achtergrond is een nadere bezinning nodig op de positie van de bedrijfsgezondheidszorg in de eerstelijnszorg.

De economische ontwikkeling heeft invloed op het verwachtingspatroon van de burger. De welvaart is de afgelopen jaren sterk gegroeid en zal de komende decennia geleidelijk blijven toenemen. De keuzemogelijkheden die burgers op andere maatschappelijke terreinen ter beschikking staan, verwachten die burgers ook in de gezondheidszorg. Er ontstaat behoefte aan meer differentiatie in het zorgaanbod. De vraag naar zorg zal mede stijgen, omdat burgers een groter deel van het inkomen aan zorg willen besteden. Dankzij de voortgaande Europese integratie zal de burger zorg vaker in het buitenland willen betrekken.

De genoemde ontwikkelingen vergen een dusdanige inrichting van het zorgstelsel in Nederland dat beter en sneller tegemoet kan worden gekomen aan de gedifferentieerde behoefte van de zorgvrager. Door meer nadruk te leggen op een decentrale vraaggerichte inrichting van het zorgstelsel ontstaan hiertoe mogelijkheden.

2.3.3 Andere zorgorganisatie en technologie

In reactie op een veranderende zorgvraag veranderen ook de aard en de organisatie van de zorgverlening de komende jaren. Technologische vernieuwing ondersteunt dat proces. De min of meer traditionele scheidslijnen waarlangs het huidige zorgstelsel is ingericht en wordt gefinancierd, vervagen. Veel chronische aandoeningen kenmerken zich door een intermitterend karakter: de ernst van de aandoening, alsmede de behoefte aan zorg kan in de loop der tijd verschillen. Hierdoor vervaagt het onderscheid tussen eerste- en tweedelijnszorg. Multidisciplinaire samenwerking, coördinatie en circuitvorming worden belangrijker om chronische aandoe-

ningen in de volle breedte te kunnen opvangen. Daarnaast breiden de mogelijkheden voor vroege diagnostiek zich uit en de mogelijkheden om het leven met klachten (bijvoorbeeld aan het hart) te verlengen, nemen toe. Uit de ontwikkelingen rond geneesmiddelen en medische hulpmiddelen blijkt ook dat preventie een steeds groter gewicht krijgt binnen de behandeling. Zo gaan de oorspronkelijk aparte circuits van cure, care en preventie inhoudelijk steeds meer met elkaar samenhangen bij ziekten als diabetes, astma en hartfalen. Dit stelt steeds hogere eisen aan de onderlinge communicatie. De zorgverlening wordt steeds minder locatiegebonden. Zo blijft medisch-specialistische zorg niet langer beperkt tot het ziekenhuis, maar kan deze ook in een verzorgingshuis of in de thuis-situatie worden geboden. Al met al neemt de flexibiliteit van de zorg toe: naar aard, plaats en tijd. De patiënt met chronisch, intermitterende klachten krijgt zelf een belangrijkere rol in het proces. Die ontwikkeling stelt steeds hogere eisen aan de communicatie tussen de diverse zorgdisciplines en de betrokken patiënt, maar ook aan de patiënt zelf: zelfregulering bij diabetes en therapietrouw bij astma bijvoorbeeld zijn wezenlijke onderdelen van de integrale, succesvolle behandeling. Voor de organisatie van de zorg hebben deze ontwikkelingen op termijn grote consequenties. Dat geldt zowel voor de beroepsbeoefenaren als voor de instellingen.

Beroepen

Ontwikkelingen bij beroepsgroepen kenmerken zich door professionalisering en specialisatie. Daarbij vindt zowel horizontale als verticale substitutie van taken plaats. Artsen, verpleegkundigen en paramedici hebben meer aandacht voor richtlijnen en protocollair handelen, en voor wetenschappelijke onderbouwing en kwaliteitsbeleid. Evidence-based medicine maakt het handelen van medici meer toetsbaar voor andere hulpverleners en voor patiënten en verzekeraars. Bij traditioneel solistisch werkende beroepsbeoefenaren, zoals huisartsen en verloskundigen, is een trend zichtbaar tot onderlinge samenwerking en de vorming van groepspraktijken, waarbij binnen zo'n praktijk dan weer specialisatie kan plaatsvinden.

Instellingen

De meest kenmerkende ontwikkelingen bij instellingen zijn schaalvergroting en fusies. Fusies vinden vooral plaats binnen de grenzen van een compartiment. Daarnaast is binnen verzorgingshuizen en in zeker opzicht ook binnen verpleeghuizen, sprake van een ontvlechting van wonen en zorg. Intensieve zorg hoeft niet langer gekoppeld te zijn aan verblijf. Ziekenhuizen ontwikkelen zich in toenemende mate tot centra van medische zorg met hoge technische kwaliteit, waar patiënten voor steeds meer zaken worden behandeld zonder opname (poliklinische zorg) of nog dezelfde dag worden ontslagen (dagbehandeling). Voorzover patiënten daarna nog zorg behoeven, wordt die geleverd door mantelzorg, thuiszorg, verpleeghuizen of andere instellingen. Daarmee is de doorstroming van ziekenhuispatiënten niet meer alleen afhankelijk van interne processen, maar ook van de capaciteit van andere voorzieningen. Transmurale zorg raakt steeds meer ingeburgerd.

Tussen de twee ontwikkelingslijnen van instellingen en beroepsbeoefenaren, schaalvergroting en professionalisering, kunnen spanningen ontstaan, wanneer deze onvoldoende op elkaar worden afgestemd. Een en ander heeft ook consequenties voor het management van de zorg. Naarmate beroepsbeoefenaren zich meer in netwerken gaan organiseren en zorginstellingen door eenzelfde netwerkvorming een breder profiel krijgen, neemt de roep om professioneel management toe. Professioneel management in de zorg vergt niet alleen scholing in management en bedrijfsvaardigheden, maar veronderstelt ook kennis van de zorg-

processen. Professionals en managers zullen voldoende ruimte moeten krijgen en voldoende uitgedaagd moeten worden om deze noodzakelijke vernieuwing zelf actief mee vorm te geven.

Technologie

Technologische innovatie is van invloed op de veranderende zorgorganisatie en maakt deze verandering tegelijkertijd mogelijk. Die innovatie gaat de komende decennia voort en verloopt via verschillende lijnen. Innovatie in de geneesmiddelensector is vooral marktgestuurd, waarbij bedrijven voortdurend op zoek zijn naar nieuwe producten. Hulpmiddelen zoals de rollator stellen ouderen in staat langer zelfstandig te blijven wonen, wat weer vergaande consequenties heeft voor de organisatie van de zorg.

Innovatie in de medische zorg heeft een kenniscomponent (denk aan belangrijke onderzoeksgebieden als genetica en immunologie) en een technische component. Een voorbeeld daarvan is de laparoscopie («sleutelgatchirurgie»), die in combinatie met een sterk verbeterde anesthesiologie meer poliklinische ingrepen mogelijk maakt. Vernieuwing in de thuiszorgtechnologie maakt het in toenemende mate mogelijk om specialistische zorg en kennis buiten ziekenhuismuren te organiseren, hetgeen weer gevolgen heeft voor de samenwerking tussen verschillende beroepsgroepen.

De diagnostische en therapeutische mogelijkheden zullen naar verwachting in het algemeen toenemen als gevolg van technologische innovatie. Dit leidt tot een stijging van de vraag. Tegelijkertijd verhoogt technologische vooruitgang in het algemeen de arbeidsproductiviteit, vooral bij medische ingrepen. Nagenoeg alle studies verwachten per saldo een stijging van de kosten als gevolg van innovatie. Voor die hogere kosten krijgt de burger een betere kwaliteit van leven en een langere levensverwachting. Deze opbrengsten komen ten bate van de samenleving als geheel.¹

Samengevat: de ontwikkelingen in de organisatie van de zorg en in de technologie leiden ertoe dat meer nadruk komt te liggen op samenhang en afstemming in de zorgketen. Deze keten wordt meer en meer ingericht vanuit het perspectief van de patiënt. De scheidslijnen tussen professionals, instellingen en compartimenten zullen vervagen. Het zorg- en verzekeringsstelsel zal op een dusdanige wijze moeten worden ingericht dat het die ontwikkelingen stimuleert en niet belemmert.

2.3.4 Risicosolidariteit onder druk van voorspellend medisch onderzoek

Een belangrijke innovatie valt te verwachten op het terrein van het voorspellend medisch onderzoek. De kennis van erfelijke aanleg van ziekten neemt toe, evenals de mogelijkheden van voorspellend medisch onderzoek. Toenemende kennis van de kans op een aandoening kan ertoe leiden dat de geneeskundige zorg verschuift van zorg gericht op het verhelpen van een gezondheidsklacht naar interventies die zijn gericht op het beperken van de kans op een aandoening.

De kans om een bepaalde aandoening te ontwikkelen, is een indicatie voor het risicoprofiel van een verzekerde. Het kan daarom voor een verzekeraar van belang zijn om een op het individu gericht verzekeringsbeleid te voeren (inclusief selectiemethoden). Daarmee kan de risicosolidariteit in het verzekeringsstelsel onder druk komen te staan. In het kader van de ZFW vindt op dit moment geen selectie op gezondheid plaats, omdat sprake is van een algemene acceptatieplicht. Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen vindt wel reeds selectie plaats. De WTZ-polis biedt ook

¹ Zie ook: E.J. Bomhoff, *Het rendement van de gezondheidszorg*, NYFER, Breukelen, 2000.

voor mensen met verhoogde gezondheidsrisico's toegang tot de ziekte-kostenverzekering, zij het tegen aanzienlijk hogere kosten voor de verzekerde.¹

Naarmate er meer mogelijkheden komen om risico's te voorspellen, gaat het onderscheid tussen beide verzekeringssystemen meer knellen. Afgezien van de gevolgen voor de zorgverzekeringen is ook een nadere bezinning nodig op de impact die de voorspellende geneeskunde kan en zal hebben op het terrein van de preventieve zorg.

2.4 Verandering noodzakelijk

Gegeven de bestaande fricties in het huidige zorgstelsel en de toekomstige ontwikkelingen, is een vernieuwing van het zorg- en verzekeringstelsel noodzakelijk. Belangrijk is ervoor te zorgen dat het zorgstelsel aantoonbaar waar voor zijn geld levert en dat het kan inspelen op de gedifferentieerde vragen van de burger, de maatschappelijke veranderingen, de technologische vernieuwing en de organisatorische veranderingen in het zorgaanbod.

Om beter te kunnen inspelen op de vraag zal het innovatieve vermogen van de sector moeten worden vergroot. Dat vereist flexibiliteit en de mogelijkheden om op die behoefte te kunnen inspelen. De totstandkoming van een decentraal vraaggericht zorgstelsel is naar de mening van het kabinet de aangewezen weg om ruimte te geven aan en te prikkelen tot deze veranderingen. De bestaande rolverdeling in de gezondheidszorg moet worden herzien. Hoofdstuk 3 gaat in op de noodzakelijke herziening van de sturing van de zorg. Om deze herziening succesvol te kunnen doorzetten en afronden, behoeft ook het verzekeringstelsel aanpassing. Deze aanpassing komt aan bod in hoofdstuk 4 en omvat zowel het tweede als het eerste compartiment.

3 HERZIENING VAN DE STURING VAN DE ZORG

3.1 Borging van publieke belangen in de zorg

De gedetailleerde wijze waarop de overheidssturing op de zorgsector geleidelijk aan gestalte heeft gekregen, vormt steeds meer een belemmering voor een kwalitatief goed en doelmatig functionerende zorgsector. Dat komt naar voren uit verschillende analyses van het functioneren van het huidige zorgstelsel. Er zijn onvoldoende essentiële prikkels voor zorgaanbieders om te komen tot een kwalitatief hoogstaande, innovatieve, doelmatige en vraaggerichte zorg. In een dynamische omgeving, zoals deze steeds meer ontstaat onder invloed van de in hoofdstuk 2 beschreven ontwikkelingen, gaat dit systeem van centrale aanbodsturing dan ook steeds meer knellen.

Er is een grote mate van overeenstemming over de wenselijkheid en noodzaak van een omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid. De zorgsector moet een zo veel mogelijk zelfregulerend systeem worden met daarin prikkels voor zowel verzekeraars, verzekerden als zorgaanbieders. De RVZ spreekt in dit verband over de wenselijkheid van een «ingebakken klantgerichtheid» van het zorgstelsel, waardoor flexibel kan worden gereageerd op de ontwikkelingen aan de vraagzijde. Dat zelfregulerende karakter moet er ook voor zorgen dat de zorg doelmatig verleend wordt en er een permanente druk is tot kostenbewustzijn. Dit vraagt om een nieuwe balans in de verdeling van verantwoordelijkheden tussen de overheid en de maatschappelijke organisaties in de zorgsector (verzekeraars en

¹ Zie ook Tweede Kamer 2000–2001, 27 543, nr. 2, Nota toepassing genetica in de gezondheidszorg.

aanbieders) en om een versterking van de positie van de zorgvrager-verzekerde.

Als de sturing van de zorg wordt herzien, blijft de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen in de gezondheidszorg onverminderd intact. Wel treedt er een verschuiving op in de manier waarop die belangen veilig gesteld worden. Mede gezien haar grondwettelijke plichten acht de overheid zich er verantwoordelijk voor dat noodzakelijke zorg van goede kwaliteit voor alle Nederlandse burgers toegankelijk is, ongeacht hun leeftijd, gezondheidstoestand en -vooruitzichten of inkomenspositie. Goede kwaliteit betekent dat de zorg doeltreffend en klantgericht is. Om de toegankelijkheid op individueel niveau te kunnen blijven waarborgen, behoort ook een beheerste kostenontwikkeling tot de publieke belangen.

In de wijze waarop de publieke belangen worden geborgd, zal de overheid meer en meer optreden als kadersteller en toezichthouder. Binnen de kaders krijgen de diverse actoren meer verantwoordelijkheid voor en beleidsvrijheid in de uitvoering. Bij de grotere beleids- en beslissingsruimte voor partijen hoort ook dat zij meer financiële verantwoordelijkheid dragen en concurrentieprikkels ondervinden, opdat een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem ontstaat. De mate waarin één en ander mogelijk is, is afhankelijk van specifieke kenmerken van deelsectoren. Zo zal in de preventieve zorg een stevige regie van de (lokale) overheid niet gemist kunnen worden.

Een dergelijk transformatieproces moet aan een aantal criteria beantwoorden. De overgang naar meer decentrale beslissingsruimte moet evenwichtig verlopen: alle partijen moeten op een vergelijkbare wijze meer ruimte ondervinden. Meer vrijheid voor de ene partij zonder gelijktijdige verruiming van de vrijheid voor een andere kan tot onproductieve marktverstoringen of onnodige kostenstijgingen leiden. Het transitieproces zal bovendien goed gefaseerd en begeleid moeten worden. Er is veelal sprake van ongelijke uitgangsposities: van een tekort aan aanbod en her en der van monopolievorming. Die situaties veranderen niet van de ene dag op de andere: markten moeten ook gemaakt worden. Dat vergt zorgvuldigheid. Hervormingen aan de vraag- en aanbodzijde van de zorgmarkten dienen bovendien hand in hand te gaan met de vernieuwing van het verzekeringsstelsel.

Deze criteria van het transformatieproces kunnen worden aangeduid met de termen: gefaseerd, gedifferentieerd en geëgend.

Gefaseerd

Het omvormen van de zorgsector tot een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem vindt niet van de ene op de andere dag plaats. Het is een overgangsproces. Daarin zijn fasering en maatvoering belangrijke aandachtspunten. Een zorgvuldige transitie vereist dat nieuwe rollen in voldoende mate tot ontwikkeling zijn gebracht voordat oude mechanismen kunnen worden losgelaten. Zo moeten verzekerden kennis hebben over hun zorgbehoefte en inzicht in het zorgaanbod. Verzekeraars en aanbieders verdienen onderling gelijke kansen en moeten aan dezelfde spelregels zijn onderworpen. Ze moeten bovendien over en weer reële mogelijkheden tot contracteren hebben. Maatvoering betekent dat het geven van vrijheden is afgestemd op de specifieke omstandigheden en mogelijkheden die een bepaald segment van de zorgsector op enig moment kent. Naarmate de condities voor concurrentie in een segment zich beter ontwikkelen, zijn daarin meer vrijheidsgraden mogelijk. Daarbij is het een belangrijke beleidsopgave om die condities waar mogelijk in de goede richting te buigen.

Gedifferentieerd

Het is verleidelijk om te denken over de gezondheidszorg als was het één systeem. De gezondheidszorg bestaat feitelijk uit een aantal deelmarkten die onderling sterk verschillen. De «markt» voor huisartsenzorg is anders dan die van geneesmiddelen, thuiszorg of revalidatiecentra. In sommige gevallen is sprake van voldoende aanbod of zou dat op korte termijn te realiseren zijn, in andere gevallen is dat niet zo. Voor sommige deelmarkten gelden de facto grote feitelijke toetredingsbarrières door het kapitaal- en kennisintensieve karakter van een deel van de zorg (de oprichtingskosten van een academisch ziekenhuis bedragen al snel een miljard gulden en de opleidingsduur van een beginnend student tot medisch specialist is al snel tien jaar). Prijsvorming verloopt in een markt met (bijna) monopolies anders dan in markten waar snel nieuwe aanbieders kunnen toetreden. Sommige deelmarkten zijn sterk regionaal bepaald, andere weer internationaal. Het spectrum overziend moet worden geconcludeerd dat ook in het eindbeeld, vrijheidsgraden zullen per «deelmarkt» verschillen.

Geëigend



Iedere markt kent zijn specifieke karakteristieken. Dat geldt ook voor de gezondheidszorgmarkten. In de interactie tussen de drie betrokken marktpartijen moet worden onderscheiden tussen drie typen markten. Deze driedeling is in nevenstaande figuur schematisch weergegeven.

Elk van deze markten heeft specifieke kenmerken. Zo kent de zorgverleningsmarkt een substantiële kennisasymmetrie tussen behandelaar en zorgvrager. De prijselasticiteit van de vraag naar zorg is beperkt. De zorgverzekeringsmarkt is heterogeen en diffuus. De zorginkoopmarkt wordt voor een deel bepaald door monopolie- en oligopoliesituaties. Het gaat hierbij niet om volledig statische situaties. Er zal ook actief bevorderd kunnen en moeten worden dat deze situatie waar mogelijk wijzigt, maar dat zal altijd maar in beperkte mate het geval zijn. Het geven van meer vrijheden aan partijen zal dan ook met deze karakteristieken – in economische termen: marktimperfecties – rekening moeten houden.

Met bovenstaande beschrijving is het kader geschetst waarbinnen de transformatie zich voltrekt. Op elk van de alle drie markten zal een adequate incentive-structuur tot stand moeten worden gebracht en dat zal in samenhang moeten geschieden. Het bestaande instrumentarium van aanbodbeheersing moet teruggebracht worden, naar de mate waarin dat mogelijk is. Het kaderstellende instrumentarium van overheidswege zal juist aan soliditeit dienen te winnen. De overheid dient onder meer te

zorgen voor een sterk en onafhankelijk toezicht. Meer ruimte voor partijen impliceert immers een grotere noodzaak voor de overheid om te bewaken dat de publieke belangen in de gezondheidszorg gewaarborgd blijven, en waar nodig in te grijpen. Dit instrumentarium dient gefaseerd, gedifferentieerd en geëigend te worden vormgegeven. Dit hoofdstuk beschrijft deze transformatie van het bestuurlijk instrumentarium en de ijkpunten die daarbij gehanteerd gaan worden. Het volgende hoofdstuk besteedt in het bijzonder aandacht aan een binnen de vernieuwing van de verantwoordelijkheidsstructuur noodzakelijke stap: herziening van het verzekeringsstelsel.

Paragraaf 3.2 beschrijft de werking van het zelfregulerend systeem dat het kabinet voor ogen staat aan de hand van de rollen van de verschillende partijen. Paragraaf 3.3 geeft aan langs welke weg het bestaande overheidsinstrumentarium aangepast moet worden om deze rollen goed tot hun recht te laten komen. Juist omdat de maatvoering nauw luistert, geeft paragraaf 3.4 ter illustratie van de beoogde vernieuwingen een korte beschrijving van een aantal deelmarkten en van de stappen die kunnen worden gezet teneinde de incentive-structuur te optimaliseren. Deze beschrijvingen illustreren de noodzaak van een gedifferentieerde en stapsgewijze aanpak. Omdat het nieuwe sturingsmechanisme een adequaat toezicht vereist, wordt daar in paragraaf 3.5 in het bijzonder bij stilgestaan. Daarbij komen ook de onderwerpen verantwoording en informatievoorziening aan de orde.

3.2 Naar een zoveel mogelijk zelfregulerend systeem

De introductie van meer vrijheidsgraden voor partijen maakt een bezinning op de rolverdeling in de gezondheidszorg noodzakelijk. De SER en met name de RVZ staan hier in hun adviezen uitvoerig bij stil. Teneinde sturing door de vraag zo dicht mogelijk te benaderen, zullen naar de mening van de RVZ verantwoordelijkheid en burgerschap met voorrang in alle onderdelen van het zorgstelsel moeten worden gestimuleerd, te beginnen op de zorgdeelmarkten waar dit het snelst is te realiseren. In de visie van de RVZ is de ondernemende zorgaanbieder de eerst aangewezen partner van de patiënt, naar wiens gunst hij dingt op een open, competitieve markt met een steeds internationaler karakter. De verzekeraar is in de visie van de RVZ ook een partner. Deze vervult vooral de rol van belangenbehartiger of zaakwaarnemer, met name op die zorgdeelmarkten waarin de patiënt belemmeringen ondervindt om individueel op te treden. De overheid creëert noodzakelijke randvoorwaarden en stimuleert waar mogelijk het ondernemerschap. In grote lijnen komt die beschrijving overeen met de rollen die het kabinet voor de verschillende partijen ziet. Met de beschrijving van die rollen krijgen ook de eerdergenoemde begrippen vraaggerichtheid en gereguleerde concurrentie meer inhoud.

Samengevat komt de nieuwe rolverdeling neer op een versterking van de positie van de zorgvrager ten opzichte van de aanbieder en de verzekeraar, een versterking van de positie van de verzekeraar ten opzichte van de zorgaanbieders, en vergroting van de speelruimte voor de zorgaanbieders. De rol van de overheid is in die rolverdeling kaderstellend en toezichthoudend.

Zorgvragers

Gereguleerde marktwerking vereist een kritische opstelling van verzekeren en patiënten ten aanzien van de prijs en kwaliteit van de geleverde diensten. In overeenstemming met de grotere verantwoordelijkheid die aan zorgvragers wordt toegekend, worden de verzekeren hiertoe geprikkeld door het betalen van een (deels) nominale premie aan hun verzekeraar en – eventueel op grond van nadere invulling – een vorm van eigen

betalingen bij zorggebruik. Op bepaalde zorgdeelmarkten zal zelfs sprake kunnen zijn van directe sturing door de patiënt/cliënt als deze, bijvoorbeeld door middel van een persoonsgebonden budget, zelf de gewenste zorg koopt. Eventueel kunnen zorgvragers, om meer marktmacht te mobiliseren, collectief optreden, bijvoorbeeld in de vorm van patiëntenorganisaties die voor hun leden bepaalde zorg inkopen. Het specifieke karakter van deze zorg kan ook samenhangen met de culturele en levensbeschouwelijke identiteit van een groep zorgvragers. Andere vormen van bundeling van krachten kunnen gelegen zijn in het inschakelen van professionele zorgbemiddelaars, of in het contracteren van bepaalde verzekeringsarrangementen voor werknemers door werkgevers.

Zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars zullen in onderlinge concurrentie als belangenbehartigers voor hun verzekerden optreden. In de visie van het kabinet gaat het om een nieuw type verzekeraar die zowel kenmerken heeft van de bestaande particuliere verzekeraar als van het huidige ziekenfonds. Zij kunnen zich laten leiden door het winstmotief. De zorgverzekeraars vervullen de door het kabinet gewenste centrale rol in het model van gereguleerde concurrentie als zij optreden als doelmatige, klantgerichte regisseurs van de zorg. Om dat te bevorderen hebben de zorgverzekeraars een wettelijke zorgplicht. De financiering van zorgverzekeraars wordt bovendien zo ingericht dat zij zich vooral op zorgregie gaan richten en niet op het selecteren van verzekerden op basis van hun gezondheidsvooruitzichten. Daarvoor is nodig dat ze in voldoende mate risicodragend zijn, dat er een adequaat risicovereveningssysteem is en dat er goede concurrentieverhoudingen zijn. Twee belangrijke stimulansen voor goede concurrentieverhoudingen zijn dat verzekerden goed geïnformeerd zijn over prijs en kwaliteit van het zorgen verzekeringsaanbod en dat zij de mogelijkheid hebben om «met de voeten te stemmen»: ze moeten zonder belemmeringen één keer per jaar van verzekeraar kunnen wisselen. Cruciaal daarvoor is een acceptatieplicht. Eveneens cruciaal voor de hier beschreven rol van de verzekeraars is dat er qua omvang en variatie voldoende aanbod van zorg kan ontstaan, zodat zij de zorg scherp kunnen inkopen op basis van een goede prijs-kwaliteitverhouding. De huidige situatie van zorgschaarste zal hiertoe dus omgebogen moeten worden naar een toereikende capaciteit.

Zorgaanbieders

De zorgaanbieders leveren zorg van goede kwaliteit die zoveel mogelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt. De producten en diensten hebben een transparante prijs en zijn te beoordelen op kwaliteit. Ontwikkeling van de markt in deze richting, bevorderd door onderlinge concurrentie, stimuleert innovatief gedrag en de totstandkoming van een goede prijs-kwaliteitverhouding van de verzekerde zorg. Het zorgaanbod moet dus niet alleen klantgericht zijn, maar ook doelmatig. De verzekeraar toetst hierop.

Om vragers van zorg voldoende keuzemogelijkheden te bieden en om effectieve vormen van gereguleerde marktwerking mogelijk te maken, zal de huidige aanbodschaarste plaats moeten maken voor een situatie met voldoende aanbod. De daarbij gewenste differentiatie kan ontstaan bij een grotere bewegingsvrijheid: meer bewegingsruimte prikkelt het innovatievermogen van zorgaanbieders en geeft nieuwe toetreders een kans. Behalve voldoende aanbodcapaciteit is ook de aanwezigheid van voldoende prikkels voor concurrentie een vereiste. Een element daarvan is de prikkel die uitgaat van het winstoogmerk. Dat is voor de individuele zorgverlener, die als zelfstandige ondernemer optreedt, nu reeds een geaccepteerde zaak. Voor de zorginstellingen en de samenwerkingsverbanden van individuele zorgaanbieders is winstoogmerk onder de bestaande wetgeving in de meeste gevallen niet toegestaan. Een belang-

rijke overweging hierbij is de nog gebrekkige concurrentie. Een voldoende mate van concurrentie dwingt tot een zo gunstig mogelijke prijs-kwaliteitverhouding. Dat vraagt om duidelijke en transparante productomschrijvingen, ook op het punt van de kwaliteit. Het contractueel kunnen normeren en controleren van kwaliteit, opdat geen ongewenste afruil plaats vindt tussen kwaliteitseisen en winststreven, is daarmee een voorwaarde voor het toestaan van het winsttoogmerk bij zorginstellingen. Om het maken van keuzen door zorgvragers verder te bevorderen dienen zorgaanbieders zich publiekelijk te verantwoorden over hun prestaties. Waar concurrentie (nog) niet mogelijk is, worden zorgaanbieders met andere marktconforme prikkels gestimuleerd, zoals benchmarking.

Overheid

De keuze voor een besturingsmodel waarin particuliere personen en organisaties op decentraal niveau meer beslissingsvrijheid krijgen om de publieke zorgbelangen veilig te stellen, kan niet los worden gezien van een door de overheid te hanteren kaderstellend instrumentarium. Dit vormt het raamwerk waarbinnen de decentrale beslissingsvrijheid ingevuld kan worden. In dit licht bezien vat het begrip «vrijheid in gebondenheid» de toekomstige positie van de uitvoerende partijen in de zorgsector goed samen – wellicht beter, want breder –, dan het meer economisch toegespitste begrip «gereguleerde concurrentie».

Het is van groot belang dat de overheid ook over een effectief instrumentarium beschikt om deze rol waar te maken. Op alle relevante publieke doelen moet adequaat toezicht mogelijk zijn. Dat stelt eisen aan de systematische beschikbaarheid van informatie en aan een dekkend toezichtsregime. De overheid zal bovendien over een adequaat instrumentarium moeten (blijven) beschikken om in te kunnen grijpen als er imperfecties optreden in het zelfregulerend systeem en bepaalde publieke gezondheidszorgbelangen onvoldoende gewaarborgd worden, of dreigen te worden.

Op een aantal terreinen zal de overheid de komende jaren, in de visie van het kabinet, vooralsnog de regie blijven voeren, omdat het concurrentiemechanisme hier nog onvoldoende effectief zal zijn. Het gaat hierbij onder meer om de spreiding en capaciteit van de topklinische zorg en de medische opleidingscapaciteit. Public health en preventie zullen steeds een sterke aanwezigheid van de (landelijke en lokale) overheid blijven vergen. Dit neemt overigens niet weg dat ook op deze terreinen met meer marktconforme mechanismen (zoals bijvoorbeeld benchmarking) gewerkt moet gaan worden.

3.3 Zes parallelle trajecten voor de omslag van aanbodsturing naar vraaggerichtheid

In het advies over het borgen van publieke belangen onderscheidt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR)¹ vier mechanismen waarvan de overheid gebruik kan maken om het publieke belang te borgen: regels, concurrentie, hiërarchie en institutionele waarden. Deze mechanismen verschillen onderling hoofdzakelijk in de mate van overheidsbetrokkenheid. Welke borgingsmechanismen worden gebruikt – ook combinaties zijn mogelijk – hangt volgens de WRR samen met de aard van het publieke belang en het gewicht dat wordt toegekend aan zaken als effectiviteit, efficiëntie, democratische legitimatie, rechtszekerheid en rechtsgelijkheid. In aansluiting op de eerder gemaakt opmerkingen over maatvoering en tempo in het overgangsproces is een genuanceerde, situationeel bepaalde benadering geboden.

Kenmerkend voor de beoogde veranderingen in de sturing van de zorg, is de verschuiving tussen de eerste twee mechanismen die de WRR noemt: regels en concurrentie. Nu ligt het accent nog op regels. Geleidelijk aan

¹ WRR, *Het borgen van publiek belang*, Den Haag, 2000.

dient gereguleerde concurrentie meer inhoud te krijgen. Dit betekent dat de huidige regelgeving (en het daarbij behorende gedrag van actoren) gedeeltelijk moet worden afgebouwd en dat nieuwe instrumenten, een nieuwe attitude en nieuw gedrag van partijen dienen te worden opgebouwd. Het gaat hierbij overigens niet om een digitale keuze tussen wel of geen concurrentie. Er zijn sterke en milde vormen, die naast elkaar kunnen worden gebruikt, al naar gelang de specifieke omstandigheden in de verschillende deelsectoren. Op 23 mei 2001 heeft het kabinet zijn reactie op het WRR-advies gegeven¹.

Om de beoogde transformatie in de zorgsector te realiseren, moeten op verschillende terreinen stappen worden gezet. Het kabinet onderscheidt hierbij zes trajecten. Deze lopen voor een deel parallel en hun samenhang zal goed bewaakt moeten worden. Hierna komen eerst in analytische zin de zes trajecten aan bod waarlangs de omslag zal plaatsvinden. Vervolgens wordt in paragraaf 3.4 ter illustratie van hetgeen het kabinet voor ogen staat, voor een aantal deelmarkten de geschetste benadering verder uitgewerkt.

A. Meer concurrerende en klantgerichte verzekeraars

Een startvoorwaarde voor een goed functionerend systeem is de aanwezigheid van gelijkwaardige verzekeraars die voldoende prikkels voelen om een aanbod te contracteren dat aansluit bij de preferenties van hun verzekerden. Het realiseren van een level playing field impliceert dat een aantal van de bestaande ongelijkheden tussen de verschillende typen verzekeraars zal moeten worden opgeheven. Verzekerden zullen daarbij binnen zekere grenzen vrij moeten kunnen wisselen van verzekeraar. Een dergelijke situatie ontstaat door de bestaande zorgverzekeringssystemen te vervangen door één algemene zorgverzekering met een acceptatieplicht. Daar hoort een systeem van concurrentieprikkels bij: verzekeraars moeten zodanig risicodragend worden dat zij elkaar beconcurreren op premiestelling, een goede bediening van de verzekerden en een efficiënte uitvoering van de zorg in plaats van op het selecteren van de verzekerden naar gezondheidsrisico's. De nadere uitwerking van het verzekeringsinstrumentarium komt in hoofdstuk 4 aan de orde.

B. Vergroting van de transparantie bij verzekeraars en zorgaanbieders

Belangrijk voor de werking van het concurrentiemechanisme is dat verzekerden en zorgvragers over optimale keuzemogelijkheden beschikken. Daartoe behoeven zij informatie over de beschikbaarheid en variëteit in het aanbod, over de kwaliteit, de levertijden, de veiligheid en betrouwbaarheid van de zorg en van degenen die de zorg aanbieden en over de prijs van de zorg. Ook de mogelijkheden voor de consument om verhaal te halen over onbevredigende zorgzaken behoren tot de vereisten van het systeem.

Op de verzekeringsmarkt zijn dezelfde voorwaarden van toepassing. De invloed van verzekerden op het beleid van verzekeraars is van groot belang voor de geloofwaardigheid van laatstgenoemden, omdat die bij de uitvoering van hun zorginkoopbeleid optreden als zaakwaarnemers van degenen die bij hen verzekerd zijn. Voor zover mogelijk wordt de transparantie van de verzekeringsmarkt ook bevorderd door de inrichting van de algemene zorgverzekering, onder andere door de differentiatie in polissen te beperken (zie hoofdstuk 4).

Het is in eerste instantie de taak van elk van de decentrale partijen om te voorzien in die transparantiebevorderende informatie en in de mogelijkheden tot verhaal bij geschillen. Voor bestaande organisaties als de Consumentenbond en de patiëntenorganisaties ligt hier een belangrijke toetsende en activerende taak. De overheid kan daarbij een stimulerende, faciliterende en initiërende rol vervullen. Zoals in de recente nota over het

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 27 771, nr. 1, Borging van publieke belangen.

patiënten en consumentenbeleid¹ is aangekondigd zullen met partijen in en eerste concrete stap tot verbeteringen op dit terrein zogenoemde informatieconvenanten worden afgesloten.

C. *Betere verantwoording zorgverzekeraars en zorgaanbieders*

Bij de beschrijving van de rollen is opgemerkt dat het kabinet een bepaald type verzekeraar en zorgaanbieder op het oog heeft voor de uitvoering van het gezondheidszorgsysteem. Uit die beschrijving komt een maatschappelijk geëngageerde opstelling van deze partijen naar voren, gegeven de specifieke marktomstandigheden waarbinnen deze instellingen functioneren. Deze uit zich in betrokkenheid bij de publieke belangen van de gezondheidszorg. De WRR heeft dit het mechanisme van institutionele waarden genoemd: het versterken van normen binnen organisaties die de behartiging van het desbetreffende publieke belang ondersteunen. Een grote dosis van deze waarden is in de Nederlandse gezondheidszorg al aanwezig. De overheid zal behoud en versterking daarvan bevorderen door partijen te bewegen hun jaarlijkse verantwoording mede toe te spitsen op de op dit gebied geleverde prestaties.

Inmiddels leggen zorgaanbieders en verzekeraars in toenemende mate verantwoording af over de door hen geleverde prestaties. Het initiatief van Zorgverzekeraars Nederland om een commissie onder voorzitterschap van prof. Glasz² te belasten met het verder uitwerken van goed verzekeraarschap, juist in het licht van de verantwoording naar zowel verzekerden als zorgaanbieders, is hiervan een goed voorbeeld. Voor de aanbieders van zorg heeft de Commissie Meurs met haar rapport *Health care governance*³ belangrijk werk verricht. Op grond van de Regeling jaarverslaglegging zorginstellingen worden sinds kort de jaarrekeningen van alle instellingen die vallen onder de WZV, openbaar gemaakt. Dergelijke informatie is van vitaal belang voor een goede werking van het toekomstig zorgstelsel: voor de patiënt om te kunnen kiezen, voor de verzekeraar om te kunnen contracteren en voor de overheid om toezicht te houden (zie ook paragraaf 3.5 en 5.4).

D. *Meer vrije prijsvorming*

In de huidige structuur krijgt de capaciteitsbeheersing aan de aanbodkant onder andere vorm door middel van de WTG. Via door de overheid goed te keuren beleidsregels voor de tarieven die de zorgaanbieders bij de verzekeraars in rekening mogen brengen, worden met deze raamwet zorginstellingen en zorgaanbieders in hun jaarlijkse productie beperkt. Het prijsinstrument wordt zo door de overheid gebruikt om de capaciteit te reguleren. Voor het ontstaan van concurrentie is evenwel een vrije prijsvorming noodzakelijk. Waar de marktsituatie dat mogelijk maakt (voldoende aanbod en transparantie), zullen de prijzen dan ook worden vrijgelaten. Waar de markt dat (nog) niet mogelijk maakt, zal prijsregulering in stand blijven via landelijk vastgestelde maximumtarieven. Dit zal bijvoorbeeld het geval zijn bij de aanwezigheid van monopolies van aanbieders.

Dit vergt deels aanpassing van de WTG en deels een andere toepassing van het instrumentarium van de WTG. Eerste concrete plannen daarvoor zijn ingediend met de notitie *Speelruimte en eigen verantwoordelijkheid*, die op 12 mei 2000 aan het parlement is gezonden⁴. De notitie bevat onder meer voorgenomen maatregelen die moeten leiden tot een beperking van de reikwijdte van de WTG tariefstelling en afstemming op de mededingingswetgeving.

E. *Meer vrije investeringsbeslissingen*

Om een verruiming van het zorgaanbod mogelijk te maken, moeten

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 27 807, nrs. 1–2, Met zorg kiezen.

² Zorgverzekeraars Nederland, Commissie health insurance governance, geïnstalleerd op 14 maart 2001.

³ Commissie health care governance, *Aanbevelingen voor goed bestuur*, goed toezicht en adequate verantwoording in de Nederlandse gezondheidszorg, november, 1999.

⁴ Tweede Kamer 1999–2000, 27 156, nrs. 1 en 2, Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg.

bestaande aanbieders van zorg in principe zelf hun investeringsbeslissingen kunnen nemen en moeten nieuwe aanbieders vrij kunnen toetreden. Dat is op dit moment niet mogelijk. Op microniveau regelt de overheid een belangrijk deel van het zorgaanbod via de WZV. Het aangrijpingspunt is de vergunningverlening door de overheid voor het bouwen van instellingen. Via omslachtige planningsprocedures en het beschikbare macrobudget moet een lange en onzekere weg worden afgelegd voordat instellingen de door hen gewenste investeringen in gebouwen kunnen doen. Hoewel er versoepelingen in deze procedures zijn aangebracht, is de WZV niet geschikt als wet ter ondersteuning van het overgangsproces naar gereguleerde marktwerking. Inmiddels is ter vervanging van de WZV een voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) ingediend, waarover op 13 juni 2001 een hoofdlijnen debat met de Kamer heeft plaatsgevonden.

De WEZ regelt de toegang van zorgaanbieders door regels te stellen voor het exploiteren van zorginstellingen. Een exploitatietoestemming is vereist voor instellingen waarbij de kosten van zorgverlening op grond van de ZFW of de AWBZ worden vergoed, alsmede voor zelfstandige behandelcentra en ziekenhuizen, ook als die kosten niet ten laste van de ZFW of de AWBZ komen. Naarmate de inhoud van de exploitatietoestemming globaler is, neemt de handelingsvrijheid van partijen toe. De WEZ voorziet derhalve in een regime van toelating van zorgaanbieders dat flexibeler is dan de bestaande WZV.

Bij het bieden van meer vrijheid aan aanbieders bij investeringsbeslissingen zal ook specifieke aandacht gegeven moeten worden aan de verschillen in uitgangspositie tussen instellingen met betrekking tot de kapitaallasten. Sommige en vooral oudere instellingen beschikken thans bijvoorbeeld over onroerend goed dat goedkoop is verworven, andere niet. De manier waarop met deze verschillen omgegaan kan worden, zal de komende jaren nader worden uitgewerkt.

Om toetreding van nieuwe aanbieders mogelijk te maken, vindt verruiming van toetredingsmogelijkheden plaats. Voorts vindt, met name binnen de AWBZ, een verbreding van de toelating plaats. Dit biedt mogelijkheden voor bestaande zorgaanbieders om ook op andere terreinen zorg aan te bieden. Beide maatregelen tezamen bieden partijen die thans niet vertegenwoordigd zijn, de mogelijkheid tot de zorgmarkt toe te treden. Daarnaast zullen ook de belemmeringen voor toetreding van in een ander EU-land gevestigde zorgaanbieders weggenomen worden. Voor al deze maatregelen, die een ruimer zorgaanbod mogelijk maken, heeft het kabinet reeds voorstellen gedaan.¹

F. Globalere kostenbeheersing

Het huidige aangrijpingspunt voor de macrokostenbeheersing is het Budgettair Kader Zorg (BKZ), dat taakstellend is voor de kosten die aan de aanbodzijde van de zorg mogen worden gemaakt. Handhaving van de uitgavendiscipline leidde de afgelopen decennia van tijd tot tijd tot direct overheidsingrijpen in tarieven en budgetten van zorgaanbieders en instellingen, zodat sturing van de zorg door verzekeraars maar beperkt kon plaatsvinden. Dit heeft de laatste jaren allengs meer spanning opgeroepen met de wens om meer speelruimte op decentraal niveau te creëren, om daarmee de meer risicodragende en concurrerende verzekeraars hun verantwoordelijkheid voor de zorgregie te laten waarmaken. In het licht van het waarborgen van de toegankelijkheid en van het nagestreefde decentrale besturingsmodel is een nadere bezinning nodig op de wijze waarop de macrozorguitgaven worden geraamd en de wijze waarop ze worden beheerst.

De Studiegroep Begrotingsruimte komt in haar jongste rapport² tot eenzelfde analyse en conclusie: «*In het decentrale sturingsmodel dat de afgelopen jaren geleidelijk is ontwikkeld is een sleutelrol weggelegd voor*

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 24 036, nr. 202, Marktwerking deregulering en wetgevingskwaliteit, brief van de staatssecretaris van VWS inzake persoonsgebonden budget en verruiming zorgaanbod.

² Tweede Kamer 2000–2001, 27 805, nr. 1, Stabiel en duurzaam begroten, 11e rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte.

risicodragende, concurrerende verzekeraars, waarbij op termijn een belangrijk deel van de zorgregie aan hen wordt toevertrouwd. Een en ander heeft consequenties voor hoe de overheid haar verantwoordelijkheden ten opzichte van de zorgsector moet invullen. Het overheidsingrijpen zal minder dan nu het geval is bij het aanbod kunnen plaatsvinden, en bovendien minder op detailniveau.» Onder de vaststelling dat ook in een vraaggestuurd zorgstelsel beheersing van de zorguitgaven, voor zover deze collectief gefinancierd worden, noodzakelijk blijft, ziet de Studiegroep daarvoor als logische overheidsinstrumenten: wijzigingen in de aanspraken en/of de eigen betalingen, en wijzigingen in de structuur van het zorgstelsel. Overigens komen deze instrumenten pas ten volle aan de orde als de kostenbeheersing in het zelfsturend systeem faalt.

Om het systeem een reële kans te geven, is het allereerst nodig dat de overheid de zorguitgaven realistisch raamt. Op dit punt wijst de publicatie van het Centraal Planbureau¹ over de budgettaire ruimte 2003–2006 al op de wenselijkheid van een nieuwe aanpak: voor de zorgsector wordt in samenwerking met RIVM en SCP een raming gemaakt van de volumegroei in de komende kabinetsperiode. Dit betekent dat de raming niet is onderbouwd vanuit beschikbaar gestelde budgetten, maar wordt opgesteld op grond van te verwachten ontwikkelingen van vraag en aanbod gegeven de institutionele context, de omvang van het verzekeringspakket en de systematiek van eigen betalingen. Daarmee is een belangrijke stap gezet naar een meer evenwichtige ramingmethodiek ten opzichte van de andere collectieve uitgaven.

Met behulp van deze parallelle trajecten neemt het kabinet de transformatie op de verschillende deelmarkten voortvarend ter hand. Voor de verschillende deelmarkten zal daarbij een verschillend tempo moeten gelden, afhankelijk van de karakteristieken van de verschillende markten. Daartoe zet het kabinet deze regeerperiode nog een aantal stappen. Het kabinet hoopt allereerst het komende parlementaire jaar de gedachtevorming met de Kamer af te ronden over de deregulering van de WTG en de vervanging van de WZV door de WEZ. Daarmee wordt immers een belangrijk deel van het bestuurlijk instrumentarium gecreëerd dat nodig is om de beoogde transformatie op de afzonderlijke deelmarkten te faciliteren.

Daarnaast zullen voor een aantal sectoren meer specifieke plannen worden uitgewerkt. Recent is een brief naar de Tweede Kamer gezonden over relatie tussen wonen en zorg op maat in de AWBZ². Binnen de caresector zullen op korte termijn plannen voor vergaande deregulering van de PGB-systematiek worden gepresenteerd. Dat kan immers een belangrijke bijdrage leveren aan de dynamiek in de AWBZ-markt. Binnen de curatieve zorg zullen onder meer voorstellen rond een herziening van de financieringsstructuur voor huisartsenzorg worden uitgewerkt (advies commissie Tabaksblat)³. De volgende paragraaf gaat nader in op de vertaling naar verschillende deelmarkten.

3.4 Tranchegewijze aanpak van deelmarkten

In de vorige paragraaf zijn voorwaarden en instrumenten beschreven die noodzakelijk zijn om het concurrentiemechanisme in de zorg te activeren. Belangrijke voorwaarden zijn een gefaseerde, gedifferentieerde en geëigende toepassing van dit dereguleringsprogramma. Dat betekent dat activering van de concurrentie per deelmarkt nadere invulling moet krijgen.

Daarom wil het kabinet voor het einde van deze kabinetsperiode rond diverse deelmarkten nadere analyses en stappen presenteren die erop zijn gericht de mogelijkheden van een meer marktconforme prikkelstructuur verder te faciliteren. Ten aanzien van deze deelmarkten heeft het kabinet een tranchegewijze aanpak voor ogen. Ervaringen die in de ene tranche zijn

¹ CPB, *Boekhoudkundige berekening budgettaire ruimte 2003–2006*, Den Haag, juni 2001.

² Brief van de staatssecretarissen van VWS en VROM van 25 juni 2001 (DVVO-ZV-U-2191728).

³ Een standpunt op hoofdlijnen over het advies van de commissie Tabaksblat is op 29 juni aan de Tweede Kamer gezonden (DBO-CB-U-2194680).

opgedaan, kunnen worden benut in een andere tranche. Indicatief kan worden uitgegaan van een drietal tranches:

- fysiotherapie, verloskunde, kraamzorg en overige paramedische beroepen;
- apothekers, geneesmiddelen, hulpmiddelen en zittend vervoer;
- ambulancevervoer, revalidatie en specialistische hulp en ziekenhuiszorg.

Op die wijze kan na het analyseren en het scheppen van de noodzakelijke condities successievelijk worden overgegaan tot vraaggerichte zorg en tot deregulering op verschillende deelmarkten. De deregulering is in verschillende gradaties mogelijk. Met uitzondering van bepaalde deelmarkten (bijvoorbeeld topklinische zorg) zal de eerste stap op de meeste deelmarkten zijn dat de aanbodregulering wordt losgelaten. Mede door toetreding van nieuwe aanbieders kan de aanbodcapaciteit dan toenemen. Afhankelijk van de mate waarin dit tot voldoende concurrentie leidt kan dan ook de prijsregulering worden versoepeld of losgelaten. Voor het zetten van deze stappen is een goed inzicht in de karakteristieken en ontwikkelingen van afzonderlijke deelmarkten noodzakelijk.

Het kabinet is voornemens vóór het einde van de kabinetsperiode een nadere toelichting te geven op de wijze waarop deze tranchegewijze aanpak van deelmarkten in de zorg concreet vorm kan krijgen. Met de eerste tranche (fysiotherapie, kraamzorg en verloskunde) wordt in de zomerperiode van dit jaar begonnen, zodat de resultaten daarvan begin 2002 beschikbaar zijn. Relevante aandachtsgebieden zijn onder meer: de feitelijke marktomstandigheden, het gedrag van marktpartijen, de in het geding zijnde publieke belangen en de manieren om de ontwikkeling naar een marktconforme prikkelstructuur te realiseren.

Vooruitlopend op de nadere uitwerking wordt hierna een eerste schets gegeven van de benadering van de deelmarkten. In het kader van deze nota kan geen uitputtende beschrijving worden opgenomen. Wel wordt ter illustratie geschetst hoe dat in enkele belangrijke deelmarkten vorm kan krijgen. Gedetailleerdere uitwerkingen zijn of komen binnenkort beschikbaar in het kader van de reeds bij het parlement ingediende beleidsbrieven rond de modernisering van de cureen de caresector.

3.4.1 Fysiotherapie

Ten aanzien van de fysiotherapie zijn al veel van de voorwaarden vervuld om bij de sturing effectief gebruik te kunnen maken van marktconforme mechanismen. Er lijkt voldoende aanbod beschikbaar. Ook de karakteristieken van het product, zoals de relatief geringe kapitaalintensiteit en de mogelijkheid voor vragers om, als de hen geleverde diensten niet bevallen, zonder al te groot risico over te stappen naar een ander, en de marktstructuur maken het mogelijk om meer verantwoordelijkheden bij het veld neer te leggen. Toch is er sprake van relatief veel rust op de zorginkoopmarkt. Ondanks de mogelijkheden die verzekeraars reeds hebben tot actief, marktconform contracteerbeleid, blijkt de concurrentie en de differentiatie tussen fysiotherapeuten, zowel in aanbod als in prijs, gering te zijn. Dit kan veroorzaakt worden doordat de machtsposities van gevestigde aanbieders een belangrijke belemmering voor verzekeraars zijn om hun rol goed op te pakken. Belangrijke voorwaarde voor een goed functionerende markt is dan ook dat er geen ongewenste machtsconcentraties zijn. Dit vraagt om een actief mededingingstoezicht.

Een andere mogelijkheid is om in deze markt de sturing meer direct bij de patiënt te leggen en niet zozeer bij de verzekeraar. Introductie van een persoonsgebonden budget voor fysiotherapie kan daarbij een bruikbaar instrument zijn. Immers, de marktomstandigheden, in combinatie met het gegeven dat fysiotherapie vaak geen acuut noodzakelijk product is, maken

het voor patiënten mogelijk om zelf een verantwoorde keuze te maken. Naar de mate waarin de genoemde instrumenten een belangrijker rol gaan spelen op deze deelmarkt, kan het belang van de (beperkte) toetredingsregulering via de numerus fixus en de maximumtariefstelling via de WTG verminderen.

Na afronding van de eerste tranche geeft het kabinet aan hoe, vooruitlopend op de verdeling van verantwoordelijkheden in het nieuwe zorgstelsel de markt voor fysiotherapie verder kan worden gedereguleerd en verzekeraars de regie over dit deel van de curatieve zorg krijgen.

3.4.2 Huisartsenzorg

Ook de huisartsenzorg is in principe geschikt om meer marktconforme mechanismen op toe te passen. Consumenten kunnen redelijk eenvoudig en zonder al te veel risico's kiezen tussen aanbieders en de kapitaalintensiteit van huisartsenzorg is relatief beperkt. Probleem is echter allereerst het schaarse aanbod van huisartsen (mede als gevolg van deels achterhaalde overheidsregulering) en ten tweede de strakke regulering door de beroepsgroep zelf. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit zal de onderhandelingspositie van verzekeraars versterken, hetgeen prijsregulering ook minder noodzakelijk maakt dan in perioden van schaarste. Gezien de vestigingsregulering door de beroepsgroep zelf, zal het mededingingstoezicht aan kracht moeten winnen. Overigens zet de NMa hier al stappen toe. Tevens zal loslaten van de prijsregulering betekenen dat de NMa actief moet gaan toezien op misbruik van machtsposities bij de prijsstelling.

Om meer marktconforme mechanismen te kunnen toepassen, dienen de verschillende «producten» van de huisartsen specifiek te worden omschreven en zal tevens moeten worden bezien waar raakvlakken liggen met andere zorgaanbieders zodat substitutie mogelijk wordt.

Een goede aanzet is het voorstel van de commissie Tabaksblat om te differentiëren in de financiering van de huisartsenzorg naar de verschillende taken van de huisarts. Het kabinet presenteert naar verwachting later dit jaar een meer uitgewerkt standpunt over het rapport van de commissie Tabaksblat en zal daarin de voorstellen leggen naast de nieuwe rollen en verantwoordelijkheden voor aanbieders en verzekeraars zoals die hier zijn uiteengezet.

Van belang is ook de samenhang tussen de ontwikkelingen in de sociale zekerheid, die een grotere verantwoordelijkheid voor de werkgever met zich brengen bij het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid van werknemers, en de veranderende rol van partijen in de zorg. Op het gebied van de arbeidsgerelateerde aandoeningen vervullen de bedrijfsartsen een belangrijke rol die in toenemende mate raakvlakken vertoont met de rol van de huisarts. Behalve tot een verdergaande samenwerking tussen beide disciplines kan dit ook leiden tot een verwijzfunctie voor de bedrijfsarts in geval van beroepsziekten en arbeidsgerelateerde aandoeningen.

3.4.3 Farmaceutische zorg

De geneesmiddelenmarkt biedt in principe voldoende mogelijkheden voor verzekeraars om hun rol als sturende partij op te pakken. Uit het MDW-onderzoek¹ is gebleken dat belemmeringen tot vernieuwing en meer diversiteit, slechts ten dele voortkomen uit de bestaande formele wet- en regelgeving. Belangrijker is het gedrag van partijen (verzekeraars, voorschrijvers, apothekers en farmaceutische industrie/groothandel) zelf.

Te denken valt hierbij aan zaken als machtsposities van industrie en groothandel en de beperkte mogelijkheden voor nieuwe toetreders om contracten af te sluiten met verzekeraars.

Het kabinet heeft reeds eerder besloten tot een pakket van maatregelen

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 24 124 en 24 036, nr. 111. Kostenbeheersing in de zorgsector. Kabinetsstandpunt op de rapporten van de Commissie De Vries en de MDW-werkgroep geneesmiddelen.

dat het verzekeraars beter mogelijk moet maken om op de geneesmiddelenmarkt daadwerkelijk de rol van regisseur op zich te kunnen en ook te willen nemen. Dit pakket bestaat deels uit dereguleringsaspecten, maar deels ook uit maatregelen gericht op de instrumentering van zorgverzekeraars. Op 24 oktober 2000 is de Kamer uitgebreid op de hoogte gebracht van de stand van zaken bij de uitvoering van dit pakket maatregelen¹. Kern is dat de maatregelen geënt zijn op het wegnemen van versturende regulering op het gebied van toetreding en prijs/vergoeding en op vergroting van de invloed van verzekeraars op zowel het volume als de prijs/vergoeding van geneesmiddelen. Een recent verschenen rapport van het CVZ biedt houvast om de rol van verzekeraars in een doelmatige verstrekking van farmaceutische zorg te versterken.² Momenteel zijn er niet veel formele beperkingen in het aanbod van geneesmiddelen. Wel is de prijs/vergoeding voor geneesmiddelen, ter beheersing van de kostenontwikkeling sterk gereguleerd via het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en de WVG. Met deze instrumenten stuurt de overheid via het ZFW-pakket datgene wat de verzekerde vergoed krijgt.

3.4.4 Ziekenhuiszorg

Van alle zorgmarkten is die van ziekenhuiszorg ongetwijfeld op dit moment het meest complex. Vrijwel iedere vorm van marktfalen is op deze markt aanwezig. Denk aan schaarste aan de aanbodkant, toetredingsbelemmeringen (formeel, maar ook bijvoorbeeld door de relatief hoge kapitaalintensiteit van dit type zorg), weinig transparante producten en het ontbreken van reële productprijzen. Maar niet al deze vormen van marktfalen zijn in alle onderdelen van de ziekenhuiszorgmarkt aanwezig of zijn per definitie tot het einde der tijden bepalend. Ook op deze complexe markt bestaat perspectief voor meer marktconforme mechanismen. Immers, de ziekenhuiszorgmarkt is heterogeen. Soms zal alleen een lichte vorm van concurrentie, zoals benchmarking, mogelijk zijn; in andere gevallen zijn er ruimere mogelijkheden voor introductie van marktwerking. Niet in alle delen van de ziekenhuiszorg bestaat schaarste. En ook daar waar nu schaarste heerst, wordt – in het kader van de wachtlijstbestrijding – hard gewerkt aan capaciteitsuitbreiding. Daarnaast zal voor sommige vormen van zorg Europa – en niet langer alleen Nederland – als de relevante markt kunnen worden aangemerkt. De vermeende schaarste op sommige deelmarkten komt hiermee in een ander perspectief te staan. Zo zal men voor bepaalde specialistische behandelingen, tegenwoordig eerder dan voorheen, bereid zijn naar het buitenland uit te wijken. Tevens is niet alle geleverde zorg even intransparant en zijn niet alle behandelingen even kapitaalintensief (dermatologie, oogheelkunde, neurologie, en dergelijke).

Een deel van de activiteiten die nu in het ziekenhuis plaatsvinden, kan ook los van de ziekenhuisorganisatie worden aangeboden in zelfstandige behandelcentra (bijvoorbeeld bij zelfstandige specialisten of in kleine poliklinieken), zoals in het buitenland overigens op grote schaal vaak het geval is. Door behandelcentra toe te laten tot de markt wordt ook de markt van de ziekenhuiszorg betwistbaar (door de dreiging van concurrentie). Het toelaten van deze nieuwe aanbieders vereist overigens wel dat de ziekenhuistarieven die aanbieders en verzekeraars overeenkomen, integrale tarieven zijn: tarieven die alle kostencomponenten omvatten. Waar thans ziekenhuizen voor hun kapitaalkosten (en de aan de capaciteit gerelateerde kosten) een gegarandeerd budget krijgen, moeten in de toekomst alle kosten in de productprijzen tot uitdrukking gebracht worden. Op dit moment wordt gewerkt aan de introductie van diagnosebehandelcombinaties (DBC's) als productie-eenheden van ziekenhuizen. In eerste instantie (vanaf 2003) zullen deze DBC's gebruikt worden als instrument om het variabele deel van de ziekenhuisbudgetten te «vullen». Op termijn

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 24 124 en 24 036, nr. 111. Kostenbeheersing in de zorgsector; brief minister met de nadere uitwerking van het programma van deregulering en instrumentering voor het geneesmiddelenbeleid.

² CVZ, *Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars*, Amstelveen, mei 2001.

moeten de aan de DBC's hangende prijzen tot stand komen in afzonderlijke onderhandelingen tussen verzekeraars en aanbieders, en moeten deze prijzen alle kostencomponenten omvatten. De budgetgarantie van instellingen vervalt daarmee. Met name in de Randstad lijkt de markt voor zorg door algemene ziekenhuizen (en vergelijkbare zorg in andere instellingen) geschikt voor marktwerking. Hier is sprake van een relatief groot aantal aanbieders. Voor een goede werking van de ziekenhuismarkt is de beschikbaarheid van voldoende beroepsbeoefenaren (zoals medisch specialisten en verpleegkundigen) cruciaal.

Andere voorwaarden voor het goed functioneren van het nieuwe sturingsmodel in de ziekenhuiszorg is dat er voldoende aanbod bestaat. De laatste jaren is sprake van een fusietendens binnen de ziekenhuiszorg. Zoals het kabinet in zijn reactie op het interdepartementale beleidsonderzoek Marktconcentraties in de zorg¹ naar voren heeft gebracht, is een verdere concentratie niet wenselijk. Van belang voor het aanbod is tevens dat er voldoende toetredingsmogelijkheden zijn voor nieuwe specialisten. Hierover zal het kabinet nog dit jaar rapporteren aan de Tweede Kamer in het kader van de MDWToetredingsbelemmeringen Medische Beroepen.

3.4.5 Preventieve zorg

Een bijzondere zorgmarkt is die van de potentiële ziekten en aandoeningen. Daarmee betreden we het terrein van de preventieve zorg, of breder, public health. Vanwege het collectieve karakter en de externe effecten is de overheid als uitvoerder op dit terrein altijd sterk aanwezig geweest. Ook na de vernieuwing van het zorgstelsel zal dat het geval zijn, al ligt het voor de hand dat ook op dit terrein een verschuiving van verantwoordelijkheden en de rolverdeling plaatsvindt. Het kabinet kan zich wat dit betreft goed vinden in de benadering die de RVZ in *De rollen verdeeld* kiest.

Een belangrijke vraag op dit terrein is hoe individuele burgers effectief tot een gezonde leefstijl kunnen worden aangezet en erop worden aangesproken wanneer dit niet het geval is. Van de zorgverzekeraars nieuwe stijl mag worden verwacht dat zij het belang inzien van effectieve preventie. Ook van de zorgaanbieders mag een dergelijk inzicht worden verwacht. Hoe deze verschuiving van verantwoordelijkheden kan worden bevorderd, vereist de nodige uitwerking. Het zal in ieder geval zaak zijn dat de prestaties van de partijen op dit gebied zodanig meetbaar gemaakt worden, dat ze contractueel kunnen worden overeengekomen. Dit geldt zowel voor de relatie overheid – zorgverzekeraar als voor de relatie zorgverzekeraar – zorgaanbieder.

Een bijzonder punt van aandacht bij de zorgverzekeraars is, in hoeverre een deel van de public health activiteiten onder de risicodragende uitvoering kan worden begrepen omdat er een beperking van de schadelast tegenover staat. De zorgverzekeraar kan het effect van zijn inspanning verloren zien gaan op het moment dat zijn verzekerden overstappen naar een andere zorgverzekeraar.

3.5 Toezicht, marktmeesterschap, informatievoorziening en verantwoording

Meer ruimte voor partijen, maar ook een duidelijk en effectief kader waarmee de overheid de publieke gezondheidsbelangen borgt; dat is het uitgangspunt. Dat betekent dat het overheidsinstrumentarium om deze kaders goed te bewaken, ook adequaat vorm moet krijgen. De instrumenten die inzage geven in wat er gebeurt en waarmee de overheid waar nodig kan ingrijpen, moeten voldoende aanwezig zijn. Op vier gebieden betekent dat de noodzaak van bijstellingen.

¹ Tweede Kamer 1999–2001, 27 226, nr.1, Interdepartementaal beleidsonderzoek: marktconcentraties in de zorgsector.

Helder en effectief toezicht

De veranderende bestuurlijke verhoudingen hebben ook gevolgen voor de verantwoording en het toezicht. Door middel van beleidsplannen vooraf en verantwoording achteraf moeten partijen inzicht bieden in de wijze waarop zij de zorg verlenen (zorgaanbieders) dan wel de verzekering uitvoeren (zorgverzekeraars). Daarenboven zullen instrumenten als visitatie en benchmarking moeten worden ingezet voor het onderling vergelijkbaar en beoordeelbaar maken van de doelmatigheid van de geleverde prestatie. Als sluitstuk is er onafhankelijk toezicht op de uitvoering van de verzekering en op de kwaliteit van de zorgverlening. Het huidige toezichtsregime gaat dan ook uit van een hoge mate van verantwoordelijkheid van partijen. Daarbij geldt dat het toezicht als volgt verloopt:

- intern toezicht door de Raden van Toezicht;
- intern toezicht door bijvoorbeeld de Raad van Toezicht op het waarborgen van voldoende zeggenschap van verzekerden in het beleid;
- een goede invulling van health care governance (zorgaanbieders) en goed verzekeraarschap (zorgverzekeraars);
- extern toezicht op de kwaliteit van de zorg(instellingen) door de Inspectie van de gezondheidszorg;
- extern toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering door het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ);
- handhaving van de Mededingingswet door de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa).

Dit principe van gecontroleerde zelfregulering geldt ook in de nieuwe situatie. Tegelijkertijd zullen er accentverschuivingen tot stand gebracht moeten worden. Er zal met name meer accent moeten komen te liggen op enerzijds het ontwikkelen van inzicht in het doelmatig handelen van partijen in het zorgstelsel en anderzijds het toezicht houden op de uitkomsten daarvan. Door het inzetten van nieuwe instrumenten als visitaties, intervisie, monitoring en benchmarking zal het inzicht in het doelmatig functioneren van individuele partijen moeten worden vergroot. Voor zorgverzekeraars is dergelijke informatie van belang om effectief te kunnen contracteren (zie ook paragraaf 3.3. onder C). Het toezicht van de overheid is primair gericht op de doelmatige werking van het zorgstelsel als geheel. De daarmee samenhangende informatie betreft vooral de output en de outcome op macroniveau, in relatie met de input en de kosten daarvan. Bovendien zal het toezichtssysteem bijgesteld moeten worden om een sluitend systeem te krijgen. Het «gat» tussen het zorginhoudelijke toezicht door de Inspectie en het verzekeringstechnische toezicht door het CTZ behoeft nadere invulling om het toezicht op doelmatigheid ook daadwerkelijk te realiseren. Nog in deze kabinetsperiode wil het kabinet tot een nadere gedachtebepaling hieromtrent komen.

Marktmeesterschap

Daar waar de gereguleerde concurrentie handen en voeten krijgt, komen partijen onder invloed van de Mededingingswet. De overheid zal er dus zelf voor moeten waken algemene wettelijke bepalingen te treffen die partijen zouden kunnen stimuleren tot het opnemen van mededingingsbeperkende afspraken in de lokale overeenkomsten. Voor zover de geboden vrijheden en de mededingingsrechtelijke bepalingen tekortschieten in het teweegbrengen van de gewenste marktwerking, zal aanvullend instrumentarium moeten worden gerealiseerd. Daarbij kan men denken aan het stimuleren van ondernemerschap. Ook kunnen tijdelijke sectorspecifieke mededingingsregels nodig zijn. Het kabinet zal onderzoeken of en waar, binnen de afzonderlijke deelmarkten, de algemene mededingingsregels tekort schieten en tijdelijke sectorspecifieke mededingingsregels noodzakelijk zijn. Ook zal het kabinet bezien op welke wijze het toezicht op de naleving van deze regels het beste kan worden vormgegeven. Hierbij is de bevoegdheidsverdeling tussen de Nma

(mededingingstoezicht) en het CTZ (toezicht op uitvoering) een bijzonder punt van aandacht. Nog in deze kabinetsperiode wil het kabinet ook hieromtrent tot een nadere gedachtebepaling komen.

Informatievoorziening

De verandering van een centraal, aanbodgestuurd systeem naar een meer decentraal, vraaggeoriënteerd model vergt ook een vernieuwing van de informatievoorziening op twee terreinen. Tot nu toe is in dit hoofdstuk vooral het eerste aandachtsgebied aan bod geweest: meer transparantie in producten en prestaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders, ten behoeve van een versteviging van de positie van patiënten/consumenten en een beter functioneren van de verschillende zorgmarkten.

Het tweede aandachtsgebied is de informatie waarover de overheid dient te beschikken om de borging van de publieke belangen van de gezondheidszorg te monitoren. Het gaat om de informatie die de overheid nodig heeft om een realistische raming te kunnen maken van de zorguitgaven, voor het toezicht op kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg, voor haar inzicht in de besteding van de collectieve middelen, en voor haar verantwoording aan het parlement.

In de huidige situatie vindt de informatievoorziening haar wettelijke basis in een groot aantal verschillende bepalingen in de basiswetten AWBZ, ZFW, WZV en WVG. Bij de modernisering van dit wetgevingscomplex verdient de wijze waarop de informatiestromen in een transparante, competitieve zorgmarkt gereguleerd dienen te worden, bijzondere aandacht. Dit geldt te meer omdat een situatie met concurrerende verzekeraars en aanbieders ontstaat, waarin er niet altijd de bereidheid zal zijn om informatie op basis van vrijwilligheid ter beschikking te stellen. Uiteraard zal daarbij worden nagegaan in hoeverre transparantie, toezicht en verantwoording samenvallen. De administratieve lastendruk bij de instellingen is een bijzonder punt van aandacht. Nog deze kabinetsperiode wordt nagegaan welke informatiestructuur in de nieuwe situatie nodig is, en binnen welk wettelijk kader verankering daarvan dient plaats te vinden.

Verantwoording van de overheid

Nadere bezinning is ten slotte nodig op de wijze waarop het gezondheidszorgbeleid door de overheid vooraf wordt gepresenteerd en achteraf wordt verantwoord. Met inachtneming van de principes van de operatie «Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording» (VBTO) zullen – in het licht van de nieuwe rolverdeling – in twee opzichten accenten moeten worden verlegd. Er zal een verschuiving moeten plaatsvinden van «input» naar «output», en over het overheidsbeleid zal op een hoger abstractieniveau worden gecommuniceerd. Meer concreet betekent dit dat het overheidsbeleid zal worden gepresenteerd en verantwoord aan de hand van de publieke belangen die de overheid wil borgen. Het gaat dan om kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid/kostenontwikkeling. Er zullen indicatoren moeten worden ontwikkeld om die beleidsdoelen concreet te maken. Het is wenselijk dat dit indicatoren zijn waarmee de prestaties van Nederland op gezondheidszorggebied ook in internationaal opzicht reliëf kunnen krijgen.

4 AANPASSING VAN HET VERZEKERINGSSTELSEL

4.1 Inleiding en samenvatting

Op grond van de voorgaande analyse van de huidige situatie en de te verwachten ontwikkelingen concludeert het kabinet dat niet alleen een vernieuwing van de sturing in de zorg nodig is (zoals beschreven in hoofdstuk 3), maar ook aanpassing van het verzekeringsstelsel. Wil het nieuwe besturingsmodel effectief en efficiënt kunnen functioneren, dan

dient het verzekerings- en financieringsstelsel daar in zijn structuur en werking goed bij aan te sluiten. Vice versa kan de beoogde rol voor de verzekeraar als inkoper en regisseur van zorg alleen dan goed gestalte krijgen, als er sprake is van de benodigde beleidsruimte en verantwoording en een voldoende – en voldoende transparant – zorgaanbod. Daarnaast draagt een adequaat vormgegeven verzekeringsstelsel bij aan de borging van het publieke belang van een brede en voor iedereen gelijke toegang tot kwalitatief goede gezondheidszorg. Een dergelijk zorgstelsel bevordert ook gewenste ontwikkelingen als klantgerichtheid en versterking van het innovatief vermogen.

In hoofdstuk 2 is vastgesteld dat het huidige verzekeringsstelsel knelpunten vertoont die belemmerend werken op een verdere ontplooiing van het zorgstelsel:

- De huidige verbrokkelde verzekerings- en financieringsstructuur biedt de verzekerde onvoldoende mogelijkheden voor een afgewogen keuze, leidt tot een ongelijke verdeling van lasten en tot ondoorzichtige solidariteitsverhoudingen.
- Er is een opeenstapeling van sturingsconcepten, zowel in het eerste als in het tweede compartiment. Tezamen met de verbrokkelde financiering leidt dit tot inconsistentie, fricties en afwentelingsmechanismen, in het bijzonder waar de compartimenten elkaar raken en waar schotten in de financiering en de verzekering oprijzen.
- De keuzemogelijkheden voor verzekerden zijn beperkt.

Het kabinet ziet de oplossing voor deze knelpunten in het tot stand brengen van een verplichte algemene verzekering. Deze algemene verzekering dekt allereerst zorg die nu in het tweede compartiment verzekerd is, om vervolgens verbreed te worden met de daarvoor in aanmerking komende zorg uit het eerste compartiment.

De verzekering bevat de noodzakelijke zorg. Het kabinet vindt daarbij een voortdurende toetsing nodig op werkzaamheid, doelmatigheid en noodzaak van collectieve financiering. Alleen zó kunnen ook nieuwe vormen van zorg aan het pakket worden toegevoegd, zonder dat de betaalbaarheid in het gedrang komt. Voor het pakket van noodzakelijke zorg hebben risicodragende verzekeraars acceptatieplicht en geldt een verbod op premiedifferentiatie. Voor het tegengaan van risicoselectie door verzekeraars is er een systeem van risicoverevening tussen verzekeraars.

De verzekeraar heeft zorgplicht; dat wil zeggen dat hij door middel van overeenkomsten met zorgaanbieders de tijdige levering moet regelen van de door zijn verzekerden gewenste zorg – binnen de wettelijk geregelde functioneel omschreven aanspraken –. De verzekerde heeft ruime keuzemogelijkheden; hij kan jaarlijks van verzekeraar veranderen en kiezen voor een vrijwillig eigen risico, voor preferred provider arrangementen en voor deelneming in – door bijvoorbeeld zijn werkgever – aan te bieden collectieve contracten.

De verzekering heeft een publiekrechtelijk karakter en kent een volledig privaatrechtelijke uitvoering. Winstoogmerk is daarbij toegestaan.

Een aantal elementen van de verzekering vergt nadere afweging, zoals de vormgeving van een systeem van verplichte en/of vrijwillige eigen betalingen en de premiestructuur, mede in relatie tot koopkrachtreparatie. De premie dient in ieder geval een effectief nominaal deel te bevatten.

Paragraaf 4.2 beschrijft het profiel voor de algemene verzekering (die in de eerste fase betrekking heeft op de curatieve zorg), in te voeren in een volgende kabinetsperiode. Paragraaf 4.3 gaat na hoe de reeds algemeen

verzekerde zorg in het eerste compartiment (de AWBZ) in het perspectief kan worden geplaatst van één algemene zorgverzekering. Paragraaf 4.4 verkennt de financiële effecten van de overgang van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen naar een nieuwe algemene zorgverzekering. Deze paragraaf schenkt ook aandacht aan de wijze waarop inkomenseffecten kunnen worden gecompenseerd. Waar dat van belang is, legt dit hoofdstuk een relatie met de adviezen van de SER, de RVZ en het CVZ. Het kabinet onderschrijft deze adviezen qua basisfilosofie, kernelementen en doelstellingen. Ook in de technische uitwerking zijn er – naast enkele verschillen – veel overeenkomsten.

De veranderingen in de organisatie en sturing van de zorg enerzijds en de ontwikkeling van de algemene verzekering anderzijds zijn de twee complementaire pijlers onder het vernieuwingstraject van het zorgstelsel. Verschillende ontwikkelingen dienen daarbij hand in hand te gaan: het versterken van vraaggerichte prikkels en van vormen van gereguleerde concurrentie binnen het eerste en tweede compartiment, het herijken en vernieuwen van het bestuurlijk instrumentarium, het verder risicodragend maken van de zorgverzekeraars én het voorbereiden van de invoering van de algemene verzekering.

4.2 Profielschets van een algemene verzekering (voor de curatieve zorg)

Het beleidsmatige richtsnoer bij de vernieuwing van het verzekeringsstelsel is als volgt samen te vatten:

Publiek belang:	Randvoorwaarde:	Verbeterpunten:
Noodzakelijke zorg van goede kwaliteit moet voor iedereen toegankelijk zijn	Beheerste kostenontwikkeling	Risicosolidariteit, transparantie, doelmatigheid, eigen verantwoordelijkheid en keuzevrijheid

De te borgen publieke belangen, de randvoorwaarde en de verbeterpunten stellen eisen aan het zorgstelsel als geheel. De wijze van sturing van de zorgverlening en de vormgeving van de verzekering zijn bepalend voor de prestaties van dat zorgstelsel. De eisen die uit dit alles voortvloeien, zijn niet louter complementair. Sommige roepen onderlinge spanning op. Zo stelt een beheerste kostenontwikkeling grenzen aan wat noodzakelijke, kwalitatief goede en voor iedereen toegankelijke zorg kan zijn. Ook kan er spanning zijn tussen de eisen van risicosolidariteit en keuzevrijheid. Het vaststellen van de karakteristieken van een nieuwe zorgverzekering is dan ook een zaak van beleidsmatige afweging.

In die afweging is het kabinet tot onderstaande profielschets van een nieuwe algemene zorgverzekering gekomen. Gelet op de fasering, is die profielschets in eerste instantie toegespitst op de curatieve zorg. Deze profielschets acht het kabinet in het eindperspectief van de stelselvernieuwing op hoofdlijnen ook geschikt voor de verzekering van de eerste compartimentszorg, de huidige AWBZ. Een aantal elementen van de profielschets leent zich voor nadere invulling en besluitvorming bij het volgende regeerakkoord.

- A. Voor een *transparant* zorgstelsel waarin de *risicosolidariteit* stevig is verankerd, is een wettelijke algemene verzekering gewenst waarmee alle Nederlandse ingezetenen verzekerd zijn van noodzakelijke zorg. Om risicoselectie tegen te gaan, hebben zorgverzekeraars die deze verzekering uitvoeren een acceptatieplicht, en bestaat er een sluitend systeem van risicoverevening tussen zorgverzekeraars.

- B. Bij het bepalen van de omvang en kwaliteit van *het pakket* dat de algemene verzekering dekt, geldt het uitgangspunt van noodzakelijke zorg, dat wil zeggen zorg van bewezen werkzaamheid, doelmatig toegepast, die niet in aanmerking komt voor eigen financiering door de verzekerde.
- C. Omwille van een *beheerste ontwikkeling van de zorgkosten* bevat de algemene verzekering de volgende prikkels en instrumenten voor een *doelmatige zorgverlening*:
 1. een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars;
 2. een vereveningssysteem die zorgverzekeraars risicodragend maakt;
 3. nader in te vullen: een nominale premie die voldoende omvang heeft om als prijsprikkel effectief te zijn;
 4. functioneel gedefinieerde zorgaanspraken;
 5. nader in te vullen: verplichte eigen betalingen voor de verzekerde.
- D. Om te kunnen inspelen op de uiteenlopende wensen van verzekerden wordt de algemene verzekering voorzien van de volgende *keuzemogelijkheden*:
 1. een staffel van vrijwillige eigen risico's;
 2. preferred provider arrangementen;
 3. collectieve contracten.
- E. Voor het optimaal veiligstellen van de verschillende publieke belangen van de gezondheidszorg is een algemene zorgverzekering op een publiekrechtelijke grondslag, uit te voeren door private partijen – waaronder partijen met winst oogmerk – het meest aangewezen.

4.2.1 Risicosolidariteit en transparantie

Een algemene verzekering voor een pakket van noodzakelijke zorg geldt voor alle ingezetenen in Nederland¹. Daarmee is de basis gelegd voor blijvende toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor alle burgers. Door de toegang tot de verzekering van rechtswege te regelen geldt dat eenieder die aan de voorwaarden van de wet voldoet, zoals ingezetenen, automatisch verzekerd is. Op deze wijze kan niemand zich aan de zorgverzekering onttrekken; dit is een belangrijke voorwaarde voor de verankering van de risicosolidariteit.

Om de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg verder te waarborgen is een wettelijke acceptatieplicht voor de zorgverzekeraar noodzakelijk. De zorgverzekeraar is hierdoor verplicht elke aspirant-verzekerde te accepteren voor het noodzakelijke pakket van de verzekering, zonder onderscheid naar gezondheidsrisico's. Dit houdt tevens in dat vaststaat welke aanspraken de verzekering dekt, met andere woorden voor welk pakket de zorgverzekeraar acceptatieplicht heeft. De verzekerden moeten op hun beurt de voorwaarden in acht nemen die de wet voorschrijft om voor acceptatie in aanmerking te komen. Deze voorwaarden hebben veelal betrekking op de verplichting om zich binnen een bepaalde termijn bij een zorgverzekeraar in te schrijven. Ten behoeve van de keuzevrijheid van de verzekerden dienen de voorwaarden zodanig te zijn omschreven dat verzekerden ieder jaar opnieuw kunnen kiezen bij welke zorgverzekeraar zij zich inschrijven.

Een noodzakelijk onderdeel van de acceptatieplicht is het verbod op premiedifferentiatie. Dit houdt in dat elke zorgverzekeraar voor al zijn verzekerden dezelfde premie in rekening moet brengen voor eenzelfde product. Dit sluit de mogelijkheid van risicoselectie – langs de weg van

¹ Voor de zorg in het eerste compartiment en voor tweederde van de verzekerden in het tweede compartiment geldt reeds een dergelijke verzekering van rechtswege.

lagere premies voor mensen met goede gezondheidsvooruitzichten en hogere premies voor anderen – uit.

Een andere manier waarop zorgverzekeraars op gezondheidsrisico's zouden kunnen selecteren, is door differentiatie aan te brengen in het pakket zorgaanspraken. Mensen met goede gezondheidsvooruitzichten kunnen dan verzekeringspolissen afsluiten met een minder brede dekking, in ruil voor een lagere premie. Door de acceptatieplicht voor iedereen op hetzelfde pakket van toepassing te verklaren, is ook het bewandelen van de weg van pakketdifferentiatie niet mogelijk. Daarmee is de risico-solidariteit op dat pakket veiliggesteld.

Met deze verzekeringskarakteristieken zijn twee belangrijke zaken geborgd: toegankelijkheid voor iedereen en een goede verankering van de risicosolidariteit. Voorts komt de wettelijke verzekering voor noodzakelijke zorg met acceptatieplicht ook de transparantie van de verzekeringsmarkt ten goede. Doordat er geen differentiatie in dit pakket kan ontstaan, blijft het palet aangeboden verzekeringen overzichtelijk. Dit is van belang voor een effectieve zorgsturing door risicodragende zorgverzekeraars en voor de zorgconsument (zie ook 4.2.3).

De wettelijke verankering van een sluitend systeem dat de risico's tussen zorgverzekeraars verevent, draagt ook bij aan het tegengaan van risico-selectie. Het moet voor de risicodragende zorgverzekeraars blijvend aantrekkelijk zijn om ook verzekerden met een hoog gezondheidsrisico te verzekeren. De vormgeving van een systeem van risicoverevening kan daaraan in belangrijke mate bijdragen. In de vaststelling van de criteria voor de normatieve uitkeringen aan zorgverzekeraars moet voor verzekerden met hoge gezondheidsrisico's voldoende compensatie aan de zorgverzekeraar geboden worden. Daarnaast is de vormgeving van het vereveningssysteem ook van belang voor een effectieve zorgsturing. De uitgangspunten voor de vereveningssystematiek komen eveneens in 4.2.3 aan de orde.

De opvattingen van het kabinet vergeleken met de adviezen

Anders dan het kabinet voorstaat, adviseert de SER om de algemene verzekering van toepassing te laten zijn op een spectrum van zorgpakketten. Dat spectrum wordt aan de onderkant begrensd door de basispolis met de smalste dekking en aan de bovenkant door de standaardpolis met de breedste dekking. De basispolis dekt met name de kostbare gepaste zorg: ziekenhuis, specialist, dure medicijnen, kostbare hulpmiddelen en verpleeghuiszorg korter dan een jaar. Onder andere huisartsenzorg, tandheelkundige zorg en fysiotherapie, zijn met deze polis dus niet verzekerd. De SER introduceert de standaardpolis als het volledige pakket van gepaste zorg waarmee ook huisartszorg, paramedische zorg, goedkopere medicijnen, overige hulpmiddelen en tandheelkundige zorg verzekerd zijn.

Het kabinet meent dat het toestaan van een basispakket zonder huisartsenhulp ertoe kan leiden dat mensen om financiële redenen het goedkopere basispakket kiezen en vervolgens, wanneer zij zorg nodig hebben, de huisarts omzeilen. Dit ondergraaft het principe van de «huisarts als spil van het zorgsysteem». Dit kan tot hogere kosten leiden, omdat voor dezelfde klacht specialistische hulp duurder is dan huisartsenhulp. Ook zouden sommigen om financiële redenen te laat hulp kunnen zoeken, hetgeen ook tot hogere kosten leidt.

Een ander nadeel van het SER-model is de koppeling van de verzekeringsplicht voor de burgers aan de basispolis en de acceptatieplicht voor de verzekeraars aan de standaardpolis. Om de acceptatieplicht bij de standaardpolis inhoud te geven, mogen de verzekeraars bij deze polis geen premiedifferentiatie toepassen. Bij alle overige polissen, die een

smallere dekking hebben, ontbreekt die voorwaarde. Toepassing van dit model werkt negatief uit op risicosolidariteit en transparantie. Voor de risicosolidariteit betekent het dat mensen met gunstige gezondheidsrisico's in aanmerking kunnen komen voor de polissen met een smallere dekking en een lagere premie. Mensen met minder goede gezondheidsvooruitzichten zijn aangewezen op de standaardpolis, waarvoor de zorgverzekeraar hen – vanwege de acceptatieplicht – niet mag weigeren. De SER ziet wel de noodzaak in van een systeem van risicosolidariteit waarbij de goede risico's die een klein pakket kiezen net zo veel solidariteitsbijdrage moeten betalen als mensen die voor het ruime pakket kiezen. Over de werking, uitvoerbaarheid en handhaafbaarheid van een dergelijk systeem geeft de SER geen uitsluitel.

Voor de transparantie betekent het SER-model dat zich een gedifferentieerd aanbod van zorgpolissen kan gaan ontwikkelen met verschillende pakketbreedtes. Tegenover het positieve effect hiervan op het aantal keuzemogelijkheden, staat het nadeel van een verminderd inzicht in het aanbod van verzekeringen. Dit is niet bevorderlijk voor de mobiliteit van verzekerden en voor de kracht van concurrentieprikkels bij de zorgverzekeraars. De SER bepleit een beperkt aantal tussenliggende polissen. De SER heeft niet uitgewerkt hoe op de totstandkoming en handhaving van deze beperking wordt toegezien.

De verschillen tussen het model van de SER en de profielschets van het kabinet komen voort uit een verschil in beleidsmatige weging. De SER laat de keuzevrijheid voor de consument zwaar wegen en kiest voor pakketdifferentiatie. Het kabinet laat bij zijn afweging de balans doorslaan naar solidariteit en transparantie en kiest daarom voor één wettelijk verzekerd pakket voor iedereen met de mogelijkheid van vrijwillige eigen risico's, preferred provider arrangementen en collectieve contracten (Zie 4.2.4 Keuzemogelijkheden).

Conclusie risicosolidariteit en transparantie

Omwille van een transparant zorgstelsel waarin de risicosolidariteit stevig is verankerd, is het wenselijk dat er een wettelijke algemene verzekering komt voor één pakket noodzakelijke curatieve zorg. De risicodragende zorgverzekeraars die deze verzekering uitvoeren hebben een acceptatieplicht en mogen voor het pakket geen premiedifferentiatie toepassen.

4.2.2 Noodzakelijke zorg: het pakket

Het kabinet is van oordeel dat het pakket wettelijk verzekerde zorg dient te bestaan uit noodzakelijke zorg of een daarmee vergelijkbare omschrijving. Deze opvatting is ook terug te vinden in de nota's van de diverse politieke partijen, adviezen over het zorgstelsel, en in de opvattingen van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst (KNMG), de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF), de Consumentenbond en de gezamenlijke ouderenorganisaties. In opdracht van de minister van VWS onderzocht het College voor zorgverzekeringen (CVZ) hoe de afgelopen tien jaar in de discussie over de omvang van het verzekerde pakket het begrip noodzakelijk zorg is ingevuld. Ook ging het CVZ na wat het effect is geweest van genomen maatregelen en welke algemene conclusies hieruit te trekken zijn.

De analyse van het College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ constateert dat er geen algemeen toepasbare interpretatie is van noodzakelijk te verzekeren zorg. De overheid heeft altijd de noodzakelijke zorg in het pakket opgenomen, ondanks de soms zeer hoge kosten. De mate waarin een bepaalde verstrekking noodzakelijk is, hangt af van het toepassingsdoel en geldt zelden voor alle zorgvragers. De grens tussen noodzakelijk en niet noodzakelijk loopt dwars door de verstrekkingen-

gebieden heen. Hetzelfde geldt voor de doelmatigheid van zorgvormen. Er zijn volgens het CVZ geen grote gebieden binnen het huidige ziekenfondspakket aan te wijzen die in totaliteit «niet noodzakelijk» of «niet doelmatig» zijn. (Vorgenomen) pakketwijzigingen veroorzaken naar de mening van het college dan ook nieuwe schotten binnen de zorg, substitutie tussen compartimenten, en druk op individuele indicatiebeslissingen en de noodzaak om effecten op toegankelijkheid te repareren.

Op grond van deze analyse concludeert het CVZ dat het enkele criterium van de noodzakelijkheid van zorg als zodanig niet bruikbaar is om grote zorggebieden niet op te nemen in het wettelijk omschreven pakket. De begrenzing van het wettelijke pakket kan beter plaatsvinden via de toepassing van het verzekerde pakket. Zo hebben de verschillende beroepsgroepen in de gezondheidszorg inmiddels enkele honderden richtlijnen en protocollen ontwikkeld, die in toenemende mate leiden tot het doelmatig gebruik en het doelmatig voorschrijven van zorg.

Het college beveelt een «onderhoudssystematiek» voor het pakket aan, zodanig in te richten dat een reguliere doelmatigheidstoets plaatsvindt op richtlijnen en protocollen. Deze benadering sluit aan bij de pleidooien om alleen noodzakelijke zorg in de verzekering op te nemen, en om door middel van richtlijnen aan te zetten tot een gepast zorggebruik.

De trechter van Dunning

Sinds 1992 baseert het kabinet zijn besluitvorming over de omvang van het wettelijk verzekerd pakket op de criteria die de Commissie Dunning noemt in haar rapport *Kiezen en delen*¹. Bij de beoordeling van de vraag of een verstrekking thuishoort in het wettelijk verzekerde pakket gaat het achtereenvolgens om een antwoord op de volgende vragen:

1. Is de verstrekking noodzakelijk uit een oogpunt van gezondheid?
2. Zo ja, is de werkzaamheid van de verstrekking voldoende aangetoond?
3. Zo ja, is het ook een doelmatige verstrekking (kosten/batenverhouding)?
4. Zo ja, kan deze verstrekking in alle redelijkheid voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde komen?

Pas als de vragen 1 tot en met 3 met ja zijn beantwoord en vraag 4 met neen, dan komt, respectievelijk, blijft de verstrekking in het wettelijk verzekerd pakket.

Sinds 1992 zijn nieuwe behandelingen, waaronder nieuwe geneesmiddelen, getoetst met behulp van deze zogenoemde trechter van Dunning. Ook zijn met behulp van deze methode enkele verstrekkingen uit het pakket verwijderd dan wel beperkt. Zo zijn de aanspraken op fysiotherapie beperkt tot de eerste negen behandelingen, is de tandheelkundige hulp voor volwassenen grotendeels als aanspraak verwijderd, en zijn er beperkingen gesteld aan de aanspraken op geneesmiddelen (alternatieve middelen zijn volledig geschrapt en voor nieuwe geneesmiddelen geldt een strikt toelatingsbeleid).

Het kabinet acht het van belang zowel potentieel nieuwe als bestaande verstrekkingen in het wettelijke pakket, te toetsen aan de criteria van wetenschappelijk aantoonbare werking («evidence based medicine») en de kosteneffectiviteit. Daarbij zal tevens rekening moeten worden gehouden met mogelijk negatieve effecten, zoals ongewenste substitutie. Reeds lopende programmatische activiteiten van het CVZ en ZON MW bieden daartoe een kader. Daarnaast is het onder meer een taak van de uitvoerders van de wettelijke verzekering om te werken aan een doelmatige toepassing van de wettelijke aanspraken.

¹ Commissie Keuzen in de zorg, *Kiezen en delen*, Den Haag, november 1991.

Aanvullende verzekeringen: niet voor noodzakelijke zorg
Noodzakelijke zorg maakt in de visie van het kabinet deel uit van het

wettelijk verzekerd pakket. Bovenop dat pakket kan de verzekerde, voor niet-noodzakelijke zorg, een aanvullende verzekering afsluiten. In de definitie ligt besloten dat wettelijke regels ten aanzien van acceptatieplicht, verzekeringsplicht en verbod op premiedifferentiatie/risicoselectie niet van toepassing zijn op aanvullende verzekeringen.

Conclusie noodzakelijke zorg

Alle vormen van noodzakelijke zorg – ter bepaling door de overheid – worden in het wettelijk verzekerd pakket opgenomen. De samenstelling van het wettelijk pakket noodzakelijke zorg dient onderhevig te zijn aan een toetsing van de wetenschappelijk aantoonbare werking van de kosteneffectiviteit, en van de noodzaak van collectieve financiering, waarbij rekening wordt gehouden met mogelijk negatieve effecten (zoals ongewenste substitutie). Voor niet-noodzakelijke zorg kunnen aanvullende verzekeringen worden afgesloten.

4.2.3 Beheerste kostenontwikkeling en doelmatige zorgverlening

Een specifiek probleem bij zorgverzekeringen is het verschijnsel dat er geen «rem» zit op de vraag naar extra zorg of extra dure zorg, omdat de zorg toch verzekerd is. Dit staat bekend als «moral hazard». Het is voor zorgverzekeraars zeer moeilijk vooraf de te verwachten schade vast te stellen die vergoed moet worden; de vergoeding vindt plaats op basis van de gemaakte kosten, en die worden in hoge mate door patiënt en zorgverlener bepaald. Ook is het voor zorgverzekeraars bijna niet mogelijk om via de polisvoorwaarden te bevorderen dat verzekerden zich inspannen om de kans op gezondheidszorgschade te verkleinen. Bij ziektekostenverzekeringen treedt moral hazard niet alleen op door de houding van de verzekerde. Ook de zorgverlener draagt hieraan bij, bijvoorbeeld wanneer hij bij de behandeling laat meewegen dat de patiënt verzekerd is. Grosso modo zijn er twee soorten oplossingen om dit effect te bestrijden:

- a) het versterken van de sturing van de zorg door de zorgverzekeraars en
- b) het invoeren van financiële prikkels bij de verzekerden.

Het kabinet wil beide wegen bewandelen, daarbij gebruik makend van de volgende instrumenten:

Wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars

De verzekering biedt de verzekerde een door de overheid geboden recht op zorg. Schaarste van het aanbod kan ertoe leiden dat dit recht op zorg onder druk komt te staan. Dat is met name in de laatste jaren duidelijk geworden door de toenemende wachtlijsten in vrijwel alle sectoren van de zorg. Het komt de duidelijkheid in de verantwoordelijkheidsverdeling binnen het zorgstelsel ten goede, als aan de algemene verzekering curatieve zorg een zorgplicht voor de zorgverzekeraar wordt gekoppeld. Zorgplicht is de plicht van de zorgverzekeraar om voldoende zorg van voldoende kwaliteit in te kopen, zodat deze tijdig aan de vraag naar zorg van zijn verzekerden kan voldoen.

In de huidige sociale ziektekostenverzekeringen is de zorgplicht aanwezig omdat de aanspraken van de verzekerden zijn geformuleerd in termen van zorg in natura. Dit brengt met zich mee dat zorgverzekeraars op een zodanige wijze overeenkomsten moeten sluiten met de aanbieders en instellingen van zorg, dat zij binnen redelijke termijnen aan de vraag van hun verzekerden kunnen voldoen.

De beschikbaarheid van zorg is in het nieuwe zorgstelsel nog meer een verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars. Een expliciete wettelijke zorgplicht voor de zorgverzekeraars markeert die gewijzigde verantwoordelijkheid. Behalve aan het waarborgen van beschikbaarheid van zorg draagt een naturastelsel ook bij aan sturing van de zorg door de zorgverzekeraars, en daarmee aan een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten. Doordat er zorg in natura moet worden geleverd zijn zorgver-

zekeraars en zorgaanbieders op elkaar aangewezen. De zorgverzekeraars lopen risico en werken bovendien in een concurrerende omgeving. Zij zullen zich bij het contracteren van zorg dus rekenschap moeten geven van de hoeveelheid, kwaliteit en prijs van de te leveren zorg. Dit draagt bij aan een doelmatige inkoop van zorg.

Komt in het naturastelsel de zorgplicht van de zorgverzekeraars al tot uitdrukking, dit is anders bij de toepassing van een restitutiesysteem. Daarin heeft de verzekerde recht op vergoeding van gemaakte kosten, eventueel na aftrek van zijn eigen risico. Als voordeel van een restitutiesysteem geldt dat de verzekerde zich in principe tot elke gekwalificeerde aanbieder kan wenden, ook in het buitenland. Dit draagt bij aan de keuzevrijheid. In dit geval zijn er geen verplichte contracten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders die waarborgen dat de zorg beschikbaar is. Wil men in een restitutiesysteem de verantwoordelijkheid van een tijdige en goede zorgverlening bij de zorgverzekeraar leggen, dan moet de zorgverzekeraar in ieder geval voldoende overeenkomsten sluiten, en lijkt een wettelijke vastlegging van de plicht tot het sluiten van overeenkomsten noodzakelijk.

Met name uit het oogpunt van beheerste kostenontwikkeling en doelmatige zorgverlening, is het gewenst nader onderzoek te doen naar de combinatie van zorgplicht en de keuzemogelijkheid van een natura- dan wel restitutiestelsel, mede in verband met de mogelijkheid van effectief gebruik van de zorg op de verschillende deelmarkten en de toepassing van preferred provider arrangementen. Van belang daarbij is criteria te formuleren die waarborgen dat de zorgverzekeraar zijn verantwoordelijkheid voor de toegang tot de zorg voor zijn verzekerden ten volle neemt.

De SER gaat er in zijn advies, evenals het kabinet, vanuit dat zorgverzekeraars de regie over de zorg voeren en dat zij daarvoor overeenkomsten sluiten met aanbieders en instellingen van zorg. De SER geeft de zorgverzekeraars en verzekerden daarbij de ruimte om te kiezen voor natura, restitutie, persoongebonden budgetten of mengvormen van deze mogelijkheden. De SER kiest er niet voor de zorgplicht wettelijk te regelen. Mede gelet op recente rechterlijke uitspraken, dat uit de aanspraak op zorg van de verzekerde de zorgplicht van de verzekeraar voortvloeit, acht het kabinet een dergelijke wettelijke verankering wel gewenst.

Adequate vereveningssystematiek op basis van risicovergoedingen

In paragraaf 4.2.1 is uiteengezet dat de risicosolidariteit in de algemene verzekering is verankerd door de acceptatieplicht van de zorgverzekeraar voor één ongedifferentieerd pakket van wettelijk verzekerde aanspraken. De zorgverzekeraar mag hierop geen premiedifferentiatie toepassen. Deze bepaling voorkomt niet dat zorgverzekeraars toch zullen proberen risicoselectie toe te passen door hun aandeel gezonde verzekerden zo groot mogelijk te maken. Concurrentie om gezonde verzekerden veroorzaakt een grote kans op een instabiele zorgverzekeringsmarkt. De belangrijkste oorzaak hiervan is de ongelijke kennis tussen aspirant-verzekerden en zorgverzekeraars over de gezondheidsrisico's van eerstgenoemden.

Omdat een instabiele verzekeringsmarkt ongunstig is voor de bedrijfscontinuïteit en dus ook voor de door de zorgverzekeraars tot stand te brengen sturing van de zorg, moet risicoselectie worden tegengegaan. Dit kan met behulp van een adequaat systeem van risicoverevening. De risicoverevening compenseert zorgverzekeraars voor het verzekeren van personen met minder goede gezondheidsrisico's en neemt de prikkel voor risicoselectie weg. Voorwaarde voor een goed functionerend vereveningssysteem is dat de overheid een pakket definieert waarop de risicovergoedingen betrekking hebben. Tevens moet de overheid ervoor zorgen

dat zorgverzekeraars noch verzekerden zich aan deelname aan het systeem kunnen onttrekken. Met de combinatie van acceptatie- en verzekeringsplicht, toegepast op één pakket noodzakelijke zorg, is aan die voorwaarden voldaan.

Het vereveningssysteem moet wel zorgen voor prikkels die zorgverzekeraars aanzetten tot een doelmatige sturing van de zorgverlening. Hiervoor is het nodig dat de zorgverzekeraars risico lopen over hun activiteiten. Dit kan worden bereikt door zorgverzekeraars een risicovergoeding vooraf te geven, die is gebaseerd op objectieve kenmerken van verzekerden zoals leeftijd, geslacht en arbeidsongeschiktheid. Omdat deze risicovergoeding niet per definitie gelijk is aan de feitelijke kosten, lopen zorgverzekeraars hierop een zeker risico. De risicovergoedingen worden vooraf vastgesteld, zodat de zorgverzekeraar hiermee rekening kan houden bij het vaststellen van zijn nominale premie. Op deze wijze ontstaat de prikkel dat de zorgverzekeraar, die door doelmatige zorginkoop en een efficiënte organisatie zijn kosten weet te drukken, aan zijn verzekerden een lagere nominale premie in rekening kan brengen dan zijn concurrenten.

Cruciaal voor een effectieve zorgsturing door zorgverzekeraars is dus dat de verevening tussen zorgverzekeraars zoveel mogelijk vooraf plaatsvindt op basis van objectiveerbare risico's, en zo min mogelijk achteraf, op basis van gerealiseerde kosten.

Nominale premie van voldoende omvang

Als prikkel voor een doelmatige zorgverlening vervult ook een nominale premiecomponent een functie, en wel in twee opzichten. Verzekeraars kunnen zich daarmee qua prijs ten opzichte van hun concurrenten onderscheiden. Hoe doelmatiger een verzekeraar zijn zorg regisseert en inkoop, hoe aantrekkelijker de nominale premiestelling voor de verzekerden kan zijn. Daarnaast brengt een nominale premiecomponent bij verzekerden het effect teweeg dat men scherper wordt geconfronteerd met de kosten van de zorg. Verzekerden en patiënten worden zo geprikkeld tot een kritische opstelling ten aanzien van prijs en kwaliteit van de geleverde diensten.

Het kabinet is van mening dat de nominale premiecomponent van voldoende omvang dient te zijn om als prikkel voor concurrentie tussen verzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers effectief te zijn.

Bij de keuze van de premiestructuur spelen evenwel ook andere afwegingen een rol, waaronder in het bijzonder de vraag of en in welke mate negatieve inkomensgevolgen langs fiscale weg duurzaam kunnen worden gecompenseerd. Dit laatste stelt eisen aan de daarvoor beschikbare budgettaire ruimte en de doelgerichtheid van op compensatie gerichte instrumenten.

Welke premiestructuur ook wordt gekozen, in alle gevallen zullen forse inkomenseffecten het gevolg zijn vanwege de variatie in de bestaande premies en regelingen. Alomvattende en sluitende afspraken over de premiestructuur dienen onderdeel te zijn van de aan het begin van de volgende kabinetsperiode te nemen politieke besluiten. Dan zal immers het volledige afwegingskader beschikbaar zijn met betrekking tot de te verwachten budgettaire ruimte, de voorziene inkomensontwikkelingen en het geheel van beleidsmatige prioriteiten. Daarbij zullen tevens dienen te worden betrokken eventuele effecten op de werkgeverslasten, de marginale wig en de loonkosten, alsmede de samenhang met de risico-vereveningssystematiek.

Functioneel gedefinieerde zorgaanspraken

Functionele omschrijvingen van de wettelijke zorgaanspraken zijn om twee redenen van belang. De eerste is dat daardoor de zorgverlening beter kan aansluiten bij de vraag van de verzekerde. De tweede reden is dat het de zorgverzekeraars de mogelijkheid geeft substitutie te bewerkstelligen in het kader van een doelmatige zorgverlening.

Wanneer de aanspraken van zorg grotendeels gedefinieerd zijn in instellings- of aanbiedersgebonden verstrekkingen, ontbreekt voor de verzekerde en zorgverzekeraar de mogelijkheid om, waar dat uit een oogpunt van persoonlijke wensen en/of doelmatigheid of effectiviteit gewenst is, de zorg op een andere wijze te verlenen. De aanspraken van de huidige ZFW zijn om die reden de afgelopen jaren al herzien en in hoge mate in functionele termen omschreven.

De functioneel beschreven aanspraken zijn aan de boven- en onderzijde begrensd. De grens aan de bovenzijde is de wettelijke aanspraak. Deze wordt bewaakt, door nieuwe (c.q. dure) behandelingen en geneesmiddelen te onderwerpen aan een doelmatigheidstoets. In het rapport dat tien jaar pakketdiscussie beschrijft, gaat het CVZ hier uitvoerig op in. Bij geneesmiddelen geschiedt een dergelijke toets in de vorm van farmacoeconomische analyses, op grond waarvan de minister van VWS een beslissing neemt. Bij nieuwe behandelingen gebeurt dit via doelmatigheidsonderzoek met conclusies over het nut en over het eventuele indicatiegebied voor de behandeling. Bovendien heeft de toezichthouder tot taak om toe te zien op een doelmatige en doeltreffende invulling van die wettelijke aanspraak. Zo nodig kunnen aanvullende maatregelen worden genomen om de aanspraak of de toepassing ervan te bevorderen. De begrenzing van functioneel gedefinieerde aanspraken aan de onderzijde kan de vraag oproepen in hoeverre de rechtszekerheid van de verzekerden voldoende is gewaarborgd en hoe groot het gevaar is van een ontoelaatbare verschraling van de aanspraak op zorg. Er zijn voldoende mechanismen om deze ondergrens te bewaken. Zo kunnen bijvoorbeeld functioneel omschreven aanspraken worden voorzien van de toevoeging dat de omvang en kwaliteit van de zorg moet voldoen aan de norm «algemeen aanvaarde standaard». Daarmee beschikt de toezichthouder – en eventueel de rechter – over voldoende instrumenten om een verschraling van de kwaliteit van de zorg tegen te gaan. Los van de borging die deze (beroeps)instanties bieden, heeft de verzekerde de mogelijkheid van zorgverzekeraar te veranderen. Kwaliteit wordt zo ook een aspect waarop zorgverzekeraars onderling concurreren.

Verplichte eigen betalingen

Bij de verdeling van verantwoordelijkheden in het vernieuwde verzekeringsstelsel, heeft ook de eigen verantwoordelijkheid van de burger een plaats. Het onderbrengen van een wettelijk verplichte eigen betaling in de algemene verzekering is daarmee in overeenstemming. Het belangrijkste argument daarvoor is de prikkel tot doelmatig zorggebruik. Op grond daarvan pleit de SER in zijn advies voor een verplicht eigen risico van f 200,- per verzekerde per jaar.

Er is veel onderzoek gedaan naar het effect van eigen betalingen. Dat onderzoek had te maken met methodologische problemen als het gelijktijdig optreden van effecten van andere maatregelen, het selectie-effect – dat inhoudt dat mensen met polissen met hoge eigen betalingen in de regel tot de groep behoren met gunstige gezondheidsrisico's –, en de aanwezigheid van een latente zorgvraag bij een tekortschietend aanbod. Toch komt er de breed onderschreven conclusie uit naar voren dat eigen betalingen leiden tot een verminderd gebruik van medische zorg – en dus tot lagere ziektekosten. Het kabinet is zich er van bewust dat de effecten

van de invoering van verplichte eigen betalingen mogelijk niet voor alle bevolkingsgroepen gelijk zijn.

Bij de vormgeving van een verplichte eigen betaling is er een keuze mogelijk tussen eigen bijdragen per verstrekking en een algemeen eigen risico aan de voet. Bij een eigen bijdrage per verstrekking betaalt de verzekerde een deel van de kosten van de verstrekking zelf, meestal gemaximeerd tot een bepaald bedrag per verzekerde per jaar. Een dergelijke regeling bestaat thans voor de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. Ook in de ziekenfondsverzekering is ervaring opgedaan met eigen bijdragen per verstrekking¹.

Bij een algemeen eigen risico aan de voet komen alle kosten tot een bepaald bedrag voor eigen rekening van de verzekerde, of anders gezegd: bij een algemeen eigen risico geldt een bepaald bedrag als verzekeringsvrije voet; alleen de kosten boven dit bedrag komen ten laste van de verzekering. Eigen risico's komen voor in de particuliere ziektekostenverzekering. Beide vormen kennen voor- en nadelen.

In vergelijking met eigen risico's zijn eigen bijdragen administratief bewerkelijk. Bovendien remmen eigen bijdragen niet méér dan een eigen risico met eenzelfde maximum. Daarentegen biedt een systeem met verplichte eigen bijdragen per verstrekking de mogelijkheid van selectieve toepassing; er kunnen verstrekkingen worden aangegeven waarvoor geen eigen bijdrage geldt (bijvoorbeeld voor huisartsenzorg). Een systeem met gerichte eigen bijdragen werkt dan ook bij eenzelfde maximum langer door. Het kabinet wijst op de samenhang tussen de te kiezen omvang van de nominale premie, de vorm en het maximum van de verplichte eigen betaling en de inkomensgevolgen van beide maatregelen. Deze elementen vergen dan ook een nadere uitwerking in relatie tot de inkomensreparatie, bij voorkeur bij het regeerakkoord.

Conclusie kostenontwikkeling en doelmatigheid

Omwille van een beheerste ontwikkeling van de zorgkosten bevat de algemene verzekering de volgende prikkels en instrumenten voor een doelmatige zorgverlening: een wettelijke zorgplicht voor zorgverzekeraars, een vereveningssysteem die zorgverzekeraars risicodragend maakt, functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken en een effectieve nominale premie. Ter nadere invulling is een systeem van verplichte gemaximeerde eigen betalingen.

4.2.4 Keuzemogelijkheden

In deze profielschets staat de toegankelijkheid tot noodzakelijke zorg voor iedereen voorop. De keuzevrijheid voor de verzekerden binnen de wettelijke ziektekostenverzekering bestaat uit de mogelijkheid om jaarlijks van zorgverzekeraar te wisselen. In aanvulling daarop volgt in dit onderdeel een uitbreiding van de keuzemogelijkheden. Extra keuzemogelijkheden gaan ten koste van de risicosolidariteit; alleen verzekerden met de beste gezondheidsvooruitzichten hebben daadwerkelijk baat bij polissen met een smallere dekking. Het is voor de houdbaarheid van het zorgstelsel van belang dat het aan uiteenlopende wensen van verzekerden tegemoet kan komen. Nadere voorwaarden aan de keuzeinstrumenten beperken de afzwakking van de solidariteit tot een aanvaardbaar niveau.

Vrijwillige eigen betalingen

Bij de vormgeving van keuzemogelijkheden in de algemene verzekering kan de introductie van vrijwillige eigen betalingen worden overwogen. Hiermee krijgen verzekerden de mogelijkheid om een verzekering te kiezen waarbij ze een gedeelte van de onder de verzekeringsdekking vallende verstrekkingen zelf moeten betalen. Ook hier is in beginsel de keuze mogelijk tussen eigen bijdragen per verstrekking, tot een bepaald

¹ In 1997 bestond in de ziekenfondsverzekering een systeem van algemene eigen bijdragen, dat een eigen bijdrage inhield van 20% van de kosten van verstrekkingen tot een maximum van f 200,- (voor een aantal categorieën van personen f 100,-) per hoofd- en medeverzekerden per jaar. Op deze hoofdregel gold een fors aantal uitzonderingen, zowel ten aanzien van de verstrekking waarop de eigen bijdragen van toepassing waren (bijvoorbeeld niet op huisartsenzorg en tandheelkunde) als ten aanzien van de groep van personen die een eigen bijdrage verschuldigd was (bijvoorbeeld niet voor uitkeringsgerechtigden, personen die in een AWBZ-instelling verblijven, asielzoekers).

maximum per jaar, of een jaarlijks eigen risico. Bij de keuze voor een van de vorm van vrijwillige betalingen spelen dezelfde argumenten een rol als bij de verplichte eigen betalingen (zie 4.2.3); de administratieve eenvoud van eigen risico's in vergelijking met eigen bijdragen en de mogelijk ongelijke effecten op gezondheidsrisico's en het inkomen voor bepaalde bevolkingsgroepen. Een ander aspect dat bij de beoordeling van belang kan zijn is dat de keuze voor eigen risico's voor een belangrijk deel de discussie kan wegnemen over het wel of niet opnemen van bepaalde verstrekkingen in het pakket noodzakelijke zorg (zoals de huisarts en/of een deel van de geneesmiddelen). In de meeste gevallen zullen de kosten hiervan via het eigen risico immers geheel of gedeeltelijk voor rekening van de verzekerde blijven. Dat is in een systeem van gedeeltelijke eigen bijdragen minder het geval, tenzij de eigen bijdragen alleen betrekking hebben op juist deze verstrekkingen. Een nadeel dat verbonden is aan de invoering van vrijwillige eigen bijdragen is dat de verzekerde bewust kan kiezen voor eigen bijdragen voor verstrekkingen waarvan hij redelijkerwijs weet dat hij daarvan geen gebruik zal maken. Hij krijgt dan wel de premiekorting maar levert geen bijdrage aan een doelmatig zorggebruik. Het instrument schiet dan zijn doel voorbij. Dat pleit ervoor om de vrijwillige eigen betaling in de vorm van vrijwillige eigen risico's in de verzekering in te voeren.

Om de in paragraaf 4.2.1 benadrukte transparantie van het verzekeringsstelsel niet te laten vertroebelen door de invoering van vrijwillige eigen risico's, is het wenselijk dat verzekerden, indien voor de invoering van een vrijwillig eigen risico wordt gekozen, deze in een uniforme staffel van mogelijkheden krijgen aangeboden. Een dergelijke staffel moet de verzekerde duidelijkheid verschaffen over het totaal aan in enig jaar op te brengen eigen risico en de daartegenover staande korting op de premie. Voor het behoud van voldoende solidariteit dient in de visie van het kabinet de staffel een maximum te kennen en dient er voor alle treden van de staffel een acceptatieplicht en een verbod op premiedifferentiatie te gelden. Gedacht kan worden aan een systeem met vijf treden. De SER adviseert een vrijwillig eigen risico aan de voet en noemt daarvoor een maximum van f 1000,-.

Hoewel het nemen van een hoog eigen risico voor mensen met een ongunstig gezondheidsrisico geen reële optie is, zorgen de acceptatieplicht en het verbod op premiedifferentiatie er in ieder geval voor dat het benutten van de keuzemogelijkheden een beslissing van de verzekerde is en niet van de zorgverzekeraar.

Bij een keuze voor vrijwillige eigen risico's zullen enkele praktische punten nog nadere uitwerking behoeven, zoals de soepelheid waarmee een verzekerde met een hoog eigen risico, kan overstappen op een polis met een laag of zelfs geen eigen risico. Een jaarlijkse overstapmogelijkheid ongeacht het eigen risico is op zichzelf mogelijk, maar kan afwentelingsgedrag uitlokken, omdat verzekerden met een hoog eigen risico een dure behandeling kunnen uitstellen tot het moment dat ze zijn overgestapt op een polis met een laag (of geen) eigen risico. Het introduceren van een verplichte wachttijd van bijvoorbeeld 2 jaar bij de overstap naar een lager eigen risico kan dit tegengaan. Tevens dient er aandacht gegeven te worden aan de mogelijkheid dat meer keuzevrijheid in de sfeer van eigen betalingen tot financiële risico's zou kunnen leiden voor mensen in de lagere inkomensgroepen en voor de overheid.

Ten slotte geldt ook hier dat er samenhang bestaat tussen de te kiezen omvang van de nominale premie, de vorm en het maximum van de verplichte en vrijwillige eigen betalingen en de inkomensgevolgen van beide maatregelen.

Preferred provider arrangementen

Binnen het scala van zorgaanbieders of zorginstellingen waarmee zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten, zijn de verzekerden in principe vrij in het kiezen van hun zorgverlener. Een zorgverzekeraar kan ook selectief contracteren. In het verlengde daarvan zou een verzekerde ook moeten kunnen kiezen voor een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg in een zogenoemd preferred provider arrangement. In een dergelijk arrangement kan de zorgverzekeraar afspraken maken met de zorgaanbieders over aspecten die aansluiten bij de wensen van verzekerden (zoals de mate van luxe bij de zorgverlening, of een levensbeschouwelijke oriëntatie van de zorg), maar ook over een doelmatige en doeltreffende zorgverlening, zodat noodzakelijke zorg tegen een lagere prijs kan worden verstrekt. De verzekerde betaalt een lagere nominale premie wanneer hij of zij kiest voor zo'n arrangement. En de kosten voor de zorgverzekeraar zijn lager vanwege de doelmatigheidswinsten, kwantumafspraken en dergelijke met de aanbieders, die deel uitmaken van het preferred provider arrangement. Op deze wijze kunnen preferred provider arrangementen ook een rol spelen bij het tot stand komen van een doelmatige zorgverlening.

Er zal in een dergelijk arrangement altijd sprake zijn van een aantal geselecteerde aanbieders waaruit de verzekerde kan kiezen. Enige keuzevrijheid voor de verzekerde blijft dus in stand. Crux is dat de verzekerde er bewust voor kiest dat het aantal aanbieders beperkt is. Een verzekerde die niet tevreden is over het arrangement zal zijn of haar zorgverzekeraar moeten aanzetten tot verandering van diens contracteerbeleid of zal zelf van zorgverzekeraar moeten veranderen.

Bij de uitwerking van deze arrangementen moeten verdere randvoorwaarden worden verkend. De vraag is bijvoorbeeld hoe de aangeboden arrangementen en de daarbij behorende premiekortingen transparant zijn te houden, zodat ze niet kunnen worden misbruikt voor verkapte vormen van risicoselectie. Het College voor zorgverzekeringen is gevraagd voor 1 oktober 2001 een uitvoeringstoets te verrichten op de mogelijkheden van een dergelijke polisdifferentiatie.

Collectieve contracten

Collectieve contracten nemen in het verzekeringsstelsel een steeds belangrijkere plaats in, vooral in het segment van particulier verzekerden. Bijna tweederde van deze verzekerden valt onder een collectief contract. Bij ziekenfondsverzekerden beperkt het fenomeen van de collectieve contracten zich tot de aanvullende (dus particuliere) verzekering. Het aantal deelnemers daaraan is gering.

De specifieke vorm van collectieve regelingen verschilt sterk. Het voorname onderscheid is dat tussen «echte» collectieve contracten en begunstigingscontracten. Echte collectieve contracten kenmerken zich door een verplichtend karakter: iedereen die deel uitmaakt van een bepaalde groep (bijvoorbeeld werknemers van een bedrijf), neemt verplicht deel. Tegenover het inperken van de individuele keuzevrijheid staan meestal lagere premies of gunstiger voorwaarden van de collectieve regeling. Bij een begunstigingscontract biedt een zorgverzekeraar aan leden van een bepaalde groep eveneens een lagere premie of gunstiger voorwaarden, maar elk individu beslist zelf of hij of zij daarvan gebruik wil maken. Bovendien heeft de verzekerde vrijheid te kiezen uit verschillende polissen.

Onder de nieuwe algemene verzekering verminderen de financiële voordelen voor verzekeraars, die op dit moment aan collectieve contracten zijn gebonden. In het kader van de vereveningssystematiek krijgt elke zorg-

verzekeraar een vaststaande, objectieveerbare risicovergoeding voor zijn verzekerdenpopulatie; van risicoselectie en premiedifferentiatie kan geen sprake meer zijn. Een beperkte premiekorting, in de orde van enkele procenten, in verband met behaalde administratieve voordelen, lijkt nog wel mogelijk.

Daarnaast kan het aanbieden van collectieve ziektekostenverzekeringen interessant zijn in het licht van de ontwikkelingen in de sociale zekerheid. Werkgevers kunnen er om arbeidsvoorwaardelijke of zorginhoudelijke redenen voor kiezen werknemers collectieve ziektekostenverzekeringen aan te bieden. De werkgever kan op deze wijze een actieve rol spelen bij het bestrijden en voorkomen van arbeidsverzuim en bij het beperken van de werkgeverslasten in verband met ziekte van de werknemer.

Een definitief oordeel over de toepassing van collectieve contracten bij de invoering van een algemene verzekering, is afhankelijk van het antwoord op een aantal uitwerkingsvragen. Een belangrijke vraag is hoe de verschillende arrangementen zich verhouden tot de nagestreefde transparantie. Voor de aspirant-verzekerden zijn belangrijke vragen of zij verschillende gelijkwaardige alternatieven krijgen voorgelegd en hoe de werkgeversbijdrage deel uitmaakt van het contract. Ook is van belang nader te analyseren of, en zo ja in welke mate, collectieve contracten van invloed zijn op de mobiliteit op de arbeidsmarkt.

Dit soort vragen dient in een later stadium van passende antwoorden te worden voorzien. Dit geldt ook voor de wenselijkheid en mogelijkheid om een en ander wettelijk te regelen.

Conclusie keuzemogelijkheden

Om te kunnen inspelen op de uiteenlopende wensen van verzekerden wordt de algemene verzekering voorzien van de volgende keuzemogelijkheden: vrije keuze van zorgverzekeraar, en keuze uit gestaffelde (gemaximeerde) vrijwillige eigen risico's, preferred provider arrangementen en collectieve contracten.

4.2.5 Juridische vormgeving

Het spectrum van denkbare ziektekostenverzekeringen kent als uitersten een sociale verzekering van rechtswege enerzijds en een particuliere ziektekostenverzekering anderzijds. De verschillende modellen in dat spectrum onderscheiden zich vooral op het niveau van wettelijke regelgeving en uitvoeringsorganisatie. Daarin blijken de als wenselijk ervaren kernelementen van een ziektekostenverzekering, in onderscheiden samenstellingen, te kunnen worden gecombineerd. Daarbij gaat het om toegankelijkheid, solidariteit, risicodragende uitvoering door zorgverzekeraars, kostenbeheersing en keuzemogelijkheden, en eigen verantwoordelijkheid voor de verzekerden. Deze kernelementen kunnen in beginsel zowel in een privaatrechtelijke verzekering met publieke randvoorwaarden, als in een publiekrechtelijke verzekering met marktelementen worden gerealiseerd. Bij de uiteindelijke keuze van de juridische vormgeving is de Europeesrechtelijke context van groot belang. Hierover is het nodige gepubliceerd¹. Daarnaast heeft de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER) aangegeven welke Europeesrechtelijke wet- regelgeving een zodanig dwingend karakter heeft dat deze bepalend is voor de juridische vormgeving van een zorgverzekeringsstelsel.

De SER adviseert om de algemene verzekering een privaatrechtelijke grondslag te geven. Dit houdt in dat burgers privaatrechtelijke overeenkomsten met zorgverzekeraars sluiten, waaraan zij hun aanspraken op zorg ontlenen. Er moet aan zorgverzekeraarszijde voldoende bewegingsvrijheid zijn voor particuliere verzekeraars, als private ondernemingen met winstoogmerk. De privaatrechtelijke grondslag is omgeven met wettelijke

¹ Onder andere: RVZ, *Europa en de gezondheidszorg*, Zoetermeer, 2000 en Ministerie van VWS, *Grenze(n)loze zorg*, Den Haag, september 2000.

waarborgen voor toegankelijkheid en solidariteit, zoals een wettelijke plicht voor alle burgers om een zorgverzekering af te sluiten en een acceptatieplicht voor de zorgverzekeraars.

Het kabinet heeft gekozen voor een verzekering op een publiekrechtelijke grondslag en privaatrechtelijke uitvoering omdat het van mening is dat langs die weg de publieke belangen, die de overheid wettelijk moet regelen, het best en het eenvoudigst gewaarborgd kunnen worden, en tegelijkertijd marktelementen in de uitvoering, zoals risicodragendheid, onderlinge concurrentie en winstprikkelers kunnen worden toegepast.

Het kabinet heeft zijn keuze mede gebaseerd op het advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER).¹ De privaatrechtelijke vormgeving van de verzekering, zoals voorgestaan door de SER, zal volgens de ICER betekenen dat een dergelijke verzekering valt onder de Europese schaderichtlijnen. De verzekering verkrijgt daarmee alle kenmerken van de particuliere verzekering.

Het binnen een particuliere verzekering wettelijk regelen van de acceptatieplicht, de verzekerde aanspraken en een vereveningssysteem, verdraagt zich slecht met de Europese regelgeving. De ICER acht het derhalve juridisch risicovol, mede vanwege het ontbreken van specifieke Hofrechtspraak terzake, om de verzekering op privaatrechtelijke leest te schoeien. Bovendien stelt de Europese regelgeving eisen aan het toezicht die op gespannen voet staan met het gewenste toezicht op rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering. Het toezicht zoals de Europese schaderichtlijnen dat voorschrijven voor de particuliere verzekering richt zich hoofdzakelijk op de solvabiliteit van de verzekeraar en heeft een formeel en geen materieel karakter.

De Europese regels stellen ook eisen inzake het vormen en aanhouden van een solvabiliteitsmarge en technische voorzieningen. Afhankelijk van de mate van risicodragende uitvoering kunnen deze oplopen tot meer dan 25% van de premie-inkomsten. Ook het gegeven dat alle Europese landen een sociale basisverzekering of voorzieningssysteem hebben waarin de gehele bevolking of vrijwel de gehele bevolking is gedekt speelt een rol. De trend in deze landen gaat bovendien de laatste decennia in de richting van een verbreding van de kring van personen die wordt gedekt in een publiekrechtelijke verzekering.

De publiekrechtelijke grondslag van de verzekering kan goed worden gecombineerd met de door het kabinet wenselijk geachte uitvoering door private partijen, waaronder partijen met winstoogmerk. Participatie door private partijen acht het kabinet van belang vanwege de doelmatigheidsprikkelers die uitgaan van de concurrerende en risicodragende omgeving waarin de uitvoering van de verzekering moet plaatsvinden.

Het kabinet blijft met deze keuze dicht bij de uitgangspunten en doelstellingen die de SER voor ogen had bij het uitspreken van zijn voorkeur voor een privaatrechtelijke vormgeving van de verzekering.

Conclusie juridische vormgeving

Om de verschillende publieke belangen van de gezondheidszorg optimaal veilig te stellen acht het kabinet een algemene zorgverzekering op publiekrechtelijke grondslag die door private partijen – waaronder partijen met winstoogmerk – wordt uitgevoerd, het meest aangewezen.

4.3 Het eerste compartiment (de AWBZ)

Zoals aangegeven in de inleiding bij dit hoofdstuk, moet de zorg in het eerste compartiment een integraal onderdeel zijn van de beleidsafwegingen voor de vernieuwing van het zorgstelsel. Naast de modernisering

¹ ICER, *Advies inzake Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, april 2001.

van het tweede compartiment volgt het eerste compartiment een eigen moderniseringstraject. Grosso modo is de doelstelling hier hetzelfde als in het tweede compartiment: een omslag bereiken van centraal aanbodgestuurde zorg naar decentraal vraaggerichte zorg. De manier waarop wijkt af, omdat de (start)situatie in beide compartimenten op wezenlijke punten verschilt.

Het perspectief is dat op termijn de zorg in het eerste en tweede compartiment geïntegreerd zijn. Dit vanwege de gewenste samenhang en doelmatige organisatie in de zorg en het voorkomen van afwentelingsmechanismen. In dit perspectief zal de verzekering van het overgrote deel van de AWBZ-zorg dan ook beantwoorden aan het profiel dat in paragraaf 4.2 voor de curatieve zorg is geschetst (acceptatieplicht, zorgplicht, functiegerichte zorgaanspraken, zoveel mogelijk risicodragendheid voor zorgverzekeraars etc). Voorwaarde voor deze integratie is de opheffing van de dualiteit in de verzekering van het tweede compartiment. Tevens moet er zekerheid over bestaan dat de risicosolidariteit afdoende gerealiseerd kan worden, gelet op de bijzondere risico's die onder de AWBZ verzekerd zijn.

Hierna volgen beknopte beschrijvingen van de actuele beleidskoers in het eerste compartiment (paragraaf 4.3.1) en van de overeenkomsten en verschillen tussen het eerste en tweede compartiment (paragraaf 4.3.2). Daarop voortbouwend staan in de paragrafen 4.3.3 tot en met 4.3.5 de uitvoeringsorganisatie, het persoonsgebonden budget en samenhang in de zorgverlening centraal. Daarna volgt de beleidsrichting voor de verzekering in het eerste compartiment (4.3.6).

4.3.1 Actuele beleidsontwikkeling

Het perspectief van de zorg in het eerste compartiment is in vergelijking met zo'n tien jaar geleden sterk veranderd. De doelgroepen zijn allengs meer mondige en dynamische cliënten geworden die over het algemeen een goed beeld hebben van wat zij aan zorg nodig hebben. Mede hierdoor is ook het beleid in het eerste compartiment gericht op verandering van het systeem van centraal aanbodgestuurde naar decentraal vraaggerichte zorgverlening. Het centrale thema bij deze verandering is het creëren van meer keuzevrijheid voor de cliënt. Deze keuzevrijheid weegt daarom zo zwaar, omdat voor mensen die een beroep moeten doen op de AWBZ, hun beperking niet een onderbreking is van het reguliere leven, maar een kenmerk ervan. Mensen die zijn aangewezen op de AWBZ, moeten de regie over hun eigen leven kunnen voeren. Keuzemogelijkheden en differentiatie in de wijze van verkrijging van de wettelijk geregelde aanspraken moeten dus mogelijk zijn. Tegelijkertijd dient gewaarborgd te zijn dat het ontvangen van adequate en passende zorg niet afhankelijk wordt gemaakt van de mogelijkheden om de regie over het eigen leven te voeren.

Het vraaggericht maken van de zorg is gestart met flexibilisering: niet alleen kan het totaalpakket van de integrale, intramurale zorg worden geboden, maar ook zorgonderdelen, afgestemd op de behoefte van de cliënt. Het beleid om meer keuzevrijheid te creëren krijgt nu vorm via twee sporen die nauw met elkaar samenhangen. In het ene spoor ligt het accent op het vergroten van de zeggenschap van mensen over de zorg die zij ontvangen (persoongebonden budget). In het andere spoor ligt het accent op het verruimen van de mogelijkheid van mensen om zelf een type aanbieder te kiezen (zorg in natura). Het functioneel omschrijven van de aanspraken, het verruimen van het toelatingsbeleid voor aanbieders, het opheffen van de contracteerverplichting en het introduceren van maximumprijzen en -tarieven, zijn belangrijke voorwaarden voor het vergroten van de keuzemogelijkheden.

Uiteindelijk moet de verandering er in resulteren dat cliënten na indicatie vrij kunnen kiezen of zij hun zorg willen ontvangen in de vorm van een persoonsgebonden budget (PGB) waarvoor zij vervolgens zelf zorg inkopen of in de vorm van naturazorg waarbij de uitvoerder van de verzekering de zorg heeft ingekocht (natura). Op dit moment beslaat het PGB (in de vorm van subsidieregelingen) ca. f 450 mln. De omvang groeit snel, mede als gevolg van de aanpak van de wachtlijsten.

4.3.2 Overeenkomsten en verschillen tussen het eerste en tweede compartiment

De belangrijkste overeenkomsten tussen het eerste en het tweede compartiment zijn vooral institutioneel van aard. In beide compartimenten wordt gewerkt op basis van het naturastelsel. Verder zijn, afgezien van feitelijke uitvoeringskwesties, ZFW en AWBZ vergelijkbaar qua reglementering van de verzekeringsuitvoering. Beide compartimenten kennen een gelijksoortige regulering voor zorginstellingen als het gaat om toelating, contracteerplicht en budgettering. Het toezicht is voor beide wetten gelijk geregeld en wordt ook door dezelfde toezichthouder uitgeoefend.

De, veelal relatieve, verschillen tussen het eerste en tweede compartiment zitten in de aard van de zorgverlening, de uitvoeringsstructuur en de samenhang met andere terreinen. In tabel 4.1 zijn de verschillen samengevat weergegeven.

Tabel 4.1 Verschillen tussen het eerste en tweede compartiment

	Beleidsaspect	Eerste compartiment	Tweede compartiment
A	Accent zorgdoel	Ondersteuning bij en compensatie van (onomkeerbare) beperkingen	Herstel
B	Samenhang	Met zorg tweede compartiment maar ook met aanpalende terreinen rond wonen, welzijn, werk en vervoer.	Met eerste compartiment (thuis- en verpleeghuiszorg) en met derde compartiment (fysiotherapie).
C	Uitvoeringsstructuur	Eén volksverzekering, formeel uitgevoerd door de drie soorten verzekeraars, materieel door zorgkantoor op basis van mandaat.	Drie soorten verzekeringen/verzekeraars met landelijke uitvoering
D	Toepassing eigen bijdragen	Ja (10% van de uitgaven)	Nee
E	Risicodragendheid	Alleen de beheerskosten zijn gebudgetteerd	Zowel de beheerskosten als de verstrekkingen zijn gebudgetteerd
F	Spreiding schadelast	Beperkt	Groot
G	Indicatiestelling	Regionaal Indicatie Orgaan (is nog in opbouw)	Huisarts als poortwachter en vervolgindicaties door specialisten na doorverwijzing
H	Kennisasymmetrie vraag/aanbod	Relatief weinig	Relatief veel
I	Roep om vraaggerichte zorg	Sterk	Relatief minder sterk
J	Gebruik persoonsgebonden budget	Ja	Nee
K	Behoefte aan verandering door	Perspectief van de gebruiker	Externe en sectorale factoren
L	Baumol-effect	Relatief sterk	Relatief zwak

Drie aspecten die van bijzonder belang zijn bij het kabinetsvoornemen om het eerste en het tweede compartiment beide in de algemene verzekering onder te brengen, zijn de verschillen in de uitvoeringsorganisatie, het gebruik van het persoonsgebonden budget, en de verschillen in samen-

hang bij de zorgverlening. Deze drie aspecten krijgen nu eerst de aandacht.

4.3.3 De uitvoeringsorganisatie in het eerste compartiment

De ziekenfondsen, de particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoerende organen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren, zijn aangewezen als uitvoerders van de AWBZ. Bij hen staan de verzekerden ingeschreven, op hen rust de zorgplicht. De financiering van de zorg is in principe aan hen gekoppeld. Vanaf de start van de AWBZ is het administratieve en betalingsverkeer geregeld in de vorm van (door de minister van VWS aan te wijzen) verbindingskantoren en het CAK. Administratie en betaling is in het aanbodgestuurde systeem gekoppeld aan de instelling, niet aan de verzekerde. Met het oog op het realiseren van zorgopmaat en zorgvernieuwing zijn de verbindingskantoren per 1 januari 1998 omgevormd tot zorgkantoren. De gezamenlijke verzekeraars hebben de taken die voortvloeien uit de verzekeringsuitvoering (zoals het sluiten van overeenkomsten) aan deze zorgkantoren overgedragen op basis van vrijwillige mandatering. Op dit moment hebben de regionale zorgkantoren de taak ervoor te zorgen dat de verzekerde ook feitelijk de zorg krijgt waarop hij krachtens de AWBZ aanspraak kan maken. De wettelijke verantwoordelijkheid voor de taakuitoefening berust bij de uitvoeringsorganen, dit zijn de verzekeraars bij wie de cliënten zijn ingeschreven.

De bestaande verantwoordelijkheidsverdeling tussen verzekeraars en zorgkantoren, die gebaseerd is op een vrijwillig verstrekt mandaat van de niet-dominante verzekeraars in een regio aan de dominante verzekeraar, is voor de lange termijn te diffuus en een te smalle basis om er de zorgsturing in het eerste compartiment structureel op te enten. Met de Tweede Kamer is inmiddels de conclusie getrokken dat de constructie met zorgkantoren een overgangssituatie is. Dat betekent dat de werkzaamheden van de zorgkantoren en de ontwikkeling van bijvoorbeeld een AWBZ-brede zorgregistratie nu al in het teken staan van de uitvoering van de AWBZ door (risicodragende) zorgverzekeraars.

4.3.4 Het persoonsgebonden budget

De beleidslijn om de persoonsgebonden budgetten verder uit te breiden en te versterken is breed gedragen. De komst van het PGB biedt mensen de keus tussen het zelf regelen en inkopen van zorg of gebruik te maken van het beschikbare aanbod van zorg in natura. Het gebruik van PGB is mede afhankelijk van de kwaliteit van het aanbod van zorg in natura. Tevens blijft een deel van de AWBZ-gerechtigden er de voorkeur aan geven dat «iemand anders het regelt». Kernpunt is dus de vrije keuze tussen zelf doen of laten doen. Het huidige beleid is erop gericht het PGB in zijn uitvoering dusdanig te vereenvoudigen en stroomlijnen, dat een grootschalig gebruik dichterbij komt.

4.3.5 Samenhang bij de zorgverlening

Een belangrijk aspect bij de integratie van het eerste en tweede compartiment is de zorginhoudelijke samenhang. In pleidooien voor integratie van de twee compartimenten wordt het gebrek aan samenhang tussen beide veelal gezien als het belangrijkste probleem. Schotten van organisatorische en financieringstechnische aard zouden de noodzakelijke samenhang in de zorgverlening beletten. Het kabinet onderkent het belang van deze invalshoek. Voor een evenwichtige benadering van de AWBZ is het evenwel noodzakelijk om niet alleen de samenhang met de zorg in het tweede compartiment in beschouwing te nemen, maar ook de voor het eerste compartiment zo karakteristieke samenhang met de terreinen van

maatschappelijke dienstverlening buiten de zorgsector. Teneinde het belang van beide vormen van samenhang te kunnen wegen, zullen deze achtereenvolgens worden toegelicht.

Samenhang met de zorg in het tweede compartiment

Er zijn ingrijpende aandoeningen, vaak van chronische aard, waarbij het accent op behandeling in het tweede compartiment ligt. Zowel vanuit de patiënt als vanuit een doelmatige zorgverlening is deze zorg zonder al te veel belemmeringen te combineren met de thuiszorg en verpleeghuiszorg die onder het eerste compartiment vallen. Een andere eerste compartimentsector die verbanden heeft met het tweede compartiment is de GGZ; de kortdurende zorg van psychosociale en psychische aard hangt in belangrijke mate samen met de eerstelijnszorg van het tweede compartiment (huisarts, eerstelijns psychologen en psychiaters). In de tweede lijn komt de samenhang tot uitdrukking in de psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen.

De schottenproblematiek staat een samenhangende zorgverlening in de weg. Deze komt met name tot uiting in een aantal kenmerkende verschillen tussen beide compartimenten. Ze kunnen bovendien leiden tot afwenteling:

- *Eigen bijdragen:* Voor thuiszorg en verpleeghuiszorg worden deze wel gevraagd en voor de tweede compartimentszorg niet (voorbeeld: voor de handelingen van de wijkverpleegkundige moet een eigen bijdrage worden betaald, maar voor de handelingen van de huisarts niet).
- *Risicodragendheid:* Verzekeraars in het tweede compartiment zijn risicodragend terwijl risicodragendheid in het eerste compartiment afwezig is; daar worden de risico's gedragen door het Algemeen Fonds Bijzonder Ziektekosten (voorbeeld: de doelmatigheidsprikkels in het tweede compartiment leiden tot een verkorting van de ligduur in het ziekenhuis, waardoor een verschuiving van de zorglast optreedt naar de AWBZ-gefinancierde thuiszorg).
- *Indicatiestelling:* In het tweede compartiment gelden daarvoor de oordelen van verschillende medici waarmee men te maken krijgt, terwijl voor de AWBZ-aanspraken het oordeel van het regionaal indicatieorgaan (RIO) maatgevend is.

Dat er schotten ontstaan door het verschil in indicatiestelling, is evident. De verschillen in eigen bijdragen en risicodragendheid belemmeren ook de samenhang, maar doen dat via afwentelingsmechanismen. Voor de patiënten vormt de eigen bijdragen een prikkel om zoveel mogelijk zorg uit het tweede compartiment te verkrijgen. Maar gezien vanuit de (risicodragende) verzekeraars, is er juist sprake van een omgekeerde prikkel. Enige nuancering bij de schottenproblematiek is op zijn plaats. Veel van de frictie die aan dit fenomeen wordt toegeschreven komt voort uit capaciteitsproblemen (de wachtlijsten). Aan de oplossing daarvan wordt nu hard gewerkt. Dit laat onverlet dat een serieuze verkenning van een meer structurele en algemene oplossing, wenselijk blijft. Het belang van integrale zorgverlening zal immers alleen maar toenemen.

Samenhang met de terreinen van maatschappelijke dienstverlening «buiten de zorg»

Voor de mensen die zijn aangewezen op AWBZ-zorg, staat in de meeste gevallen niet herstel voorop, maar een zorgende leefomgeving, het behoud van functies en zelfredzaamheid. Zorg vormt voor hen een langdurige, vaak blijvende, onmisbare schakel in het leven. Aansluiting van zorg op andere terreinen buiten de zorg die net zo bepalend zijn voor de inrichting van hun leven, is voor hen dan ook essentieel. Afhankelijk van de verschillende doelgroepen gaat het hierbij om de terreinen wonen, werk, vervoer, dienstverlening en onderwijs. De organisatorische en

bestuurlijke implicaties van de samenhang van de AWBZ-zorg met deze terreinen van maatschappelijke dienstverlening zijn van een andere orde dan de samenhang met de tweede compartimentszorg. Daarnaast gelden in het bijzonder voor de geestelijke gezondheidszorg nog afstemmingsvragen in verband met de openbare orde en veiligheid.

De eerder beschreven omslag in de visie op de cliënt is van belang voor de beoordeling van de samenhang met maatschappelijke dienstverlening op aanverwante terreinen. Vooralsnog heeft deze geleid tot algemene doelstellingen van zelfredzaamheid en maatschappelijke integratie en hieruit voortvloeiende functies binnen de AWBZ. Deze visie blijft gehandhaafd. Mensen die met langdurende beperkingen moeten leren leven, kunnen voor hun zorg in de zorgsector terecht en voor hun maatschappelijke voorzieningen bij woningbouwcorporaties, onderwijsinstellingen, vervoersbedrijven, etcetera. De cruciale, beleidsmatige vraag die beantwoord moet worden is, waar de verantwoordelijkheid komt te liggen voor de coördinatie van deze, via onderscheiden stelsels, beschikbaar gestelde voorzieningen.

4.3.6 De beleidsrichting voor het eerste compartiment

Mede op basis van het voorafgaande komt het kabinet samengevat tot de volgende beleidsrichting voor het eerste compartiment:

1. Om eenduidigheid in de uitvoeringsstructuur en samenhang in de zorgverlening te krijgen, nemen zorgverzekeraars de functie van de zorgkantoren over vanaf het moment dat de algemene verzekering curatieve zorg is ingevoerd. Het eerste en het tweede compartiment hebben dan nog wel hun eigen (algemene) verzekering.
2. Om de samenhang in de zorgverlening verder te vergroten wordt de eerste compartimentszorg in een verantwoord tempo onder de nieuwe algemene verzekering en zoveel mogelijk ook onder het risicodragende regime van verzekeraars gebracht.
3. Voorafgaande aan de stappen 1 en 2 wordt de reikwijdte van de eerste compartimentszorg onder de loep genomen. Daar waar dat nodig en verantwoord is, kunnen bepaalde onderdelen uit de wettelijke zorgaanspraken worden verwijderd en ondergebracht in andere arrangementen.

Ad 1: Een eerste stap naar een eenduidige uitvoeringsorganisatie

Samenhang in de zorgverlening komt tot stand door samenwerking en afstemming tussen verschillende coördinatiemechanismen en instrumenten. In het eerste compartiment zijn dat onder andere de indicatiestelling, afstemmingsdocumenten als regio- en zorgvisie, ander wettelijk instrumentarium zoals de WVG, de gemeentelijke regiefunctie, etcetera. In de huidige AWBZ-uitvoeringsstructuur is voor de coördinatie op onderdelen van dit terrein een rol weggelegd voor het zorgkantoor. Zoals al is opgemerkt, is de constructie met zorgkantoren een overgangfiguur waarvoor in het kader van de vernieuwing van het zorgstelsel een alternatief moet worden bedacht. Grosso modo zijn er voor die toekomstige uitvoeringsstructuur twee alternatieven denkbaar:

- (zelfstandige) regionale uitvoeringsautoriteiten
- zorgverzekeraars.

Het meest logische alternatief voor de zorgkantoren zijn de instellingen die ook nu al de formele uitvoerders van de AWBZ zijn: de zorgverzekeraars. Door de formele verantwoordelijkheidspositie te laten samenvallen met de materiële, ontstaat een eenduidige situatie. Voor de zorgverzekeraars die in een regio een dominante positie bekleden zou er door deze stap niet veel veranderen. Die verzekeraars voeren nu ook al de zorgkantoorfunctie uit. Anders ligt het voor niet-dominante verzekeraars. Die zullen, anders dan via het vrijwillige mandaat aan de

dominante verzekeraar, zelf de zorginkoop en zorgcoördinatie moeten waarmaken. Het is mogelijk dat ze dat zullen doen via uitbesteding aan (dominante) verzekeraars of aan andere uitvoeringsinstellingen. Omwille van de gewenste eenduidige uitvoeringsstructuur van de eerste compartimentszorg is het wenselijk dat stap 1 niet wordt gezet voordat de invoering van de algemene verzekering voor de curatieve zorg heeft geleid tot een uniform verzekeringslandschap waarin alle zorgverzekeraars aan dezelfde wettelijke bepalingen en economische prikkels onderhevig zijn; dit in verband met het level playing field en het tegengaan van ongewenste afwentelingsmechanismen.

Bij deze eerste stap op weg naar vernieuwing van de uitvoering van de eerste compartimentszorg, blijft de AWBZ vooralsnog als aparte algemene zorgverzekering bestaan naast de nieuwe algemene verzekering voor de curatieve zorg. Er is dan dus nog wel sprake van een «financieringsschot», en de zorgverzekeraar loopt over de eerste compartimentszorg (nog) geen risico. De verzekerde kan zijn verzekeraar wel op alle aspecten van de eerste en tweede compartimentszorg aanspreken. Bovendien zal de dienstverlening die verzekeraars produceren op de eerste compartimentszorg naar verwachting ook gaan werken als een element waarmee zorgverzekeraars zich op de verzekeringsmarkt van elkaar kunnen onderscheiden. Onder die dienstverlening behoort ook de afstemming, waar nodig, met ondersteunende activiteiten op aanpalende terreinen van de zorg. De activiteiten die op dit moment in gang zijn gezet in het kader van de modernisering van de AWBZ, zullen ook van nut zijn bij het zetten van deze eerste stap: de herziening van het overeenkomstenstelsel, de flexibilisering en functionalisering van de aanspraken, het ontwikkelen van producttyperingen, en dergelijke.

Ad 2: Perspectief van verdere integratiestappen

Nadat de eerste en tweede compartimentszorg beide onder de uitvoering van de «nieuwe» zorgverzekeraars zijn gebracht, kunnen verdere stappen gezet worden. Het perspectief daarvoor is om ook het financieringsschot tussen beide zorgcompartimenten zoveel mogelijk weg te nemen, teneinde de samenhang en doelmatigheid nog meer te kunnen verbeteren. Het meest verstrekkende resultaat is dat de eerste en tweede compartimentszorg samen onder één algemene zorgverzekering door risicodragende zorgverzekeraars worden uitgevoerd.

Bij de realisatie van dit perspectief wil het kabinet twee randvoorwaarden in acht nemen:

1. In de eerste plaats dient de uitvoeringsstructuur in het tweede compartiment «ontvankelijk» te zijn voor een adequate uitvoering van de eerste compartimentszorg. De zorgverzekeraars moeten voldoende toegerust zijn en in hun rol gegroeid om de additionele taken succesvol aan te kunnen.
2. Het onderbrengen van eerste- en tweede compartimentszorg in één beheersregime mag er niet toe leiden dat er verdringing plaatsvindt ten koste van zorgcategorieën waarop een beroep wordt gedaan door mensen met een ongunstiger risicoprofiel.

Voorwaarde één is bedoeld om de bestuurlijke zorgvuldigheid te benadrukken waarmee een integratie moet plaatsvinden van de financiering van de eerste en tweede compartimentszorg.

Voorwaarde twee is bedoeld om de eerste compartimentszorg te beschermen tegen ongewenste en onbedoelde allocatie-effecten die kunnen optreden in een gedecentraliseerd besturingsmodel waarin beide compartimenten zijn geïntegreerd. Gelet op de spreiding in de mate van verzekeraarbaarheid van de verschillende risico's (naar categorieën aandoeningen/aanspraken/markten) ligt de ontwikkeling van een gediffe-

rentieerde vormgeving van risicodragendheid voor de verschillende deelsectoren voor de hand. Tenslotte moet ook worden gezien wat de gevolgen zijn van vergaande uitbreiding van het PGB voor de risicodragende uitvoering van het geheel (PGB en natura).

De verkenning en de bewaking van de voorwaarden zullen zich ook op andere belangrijke zaken moeten richten. Zo is er de vraag of een coördinerende/afstemmende rol van een risicodragende uitvoerder van de verzekering op alle deelreinen van de samenhang wel vanzelfsprekend is. Een eerste bezinning op deze vraag zou al kunnen plaatsvinden bij de discussie over de uitkomsten van de evaluatie van de WVG. Andere nader te onderzoeken onderwerpen zijn de rol van de onafhankelijke indicatieorganen in de nieuwe situatie, de harmonisatie van de eigen bijdragen, de inhoud van de zorgproducten en diensten die centraal moeten staan in de onderhandelingen tussen zorginkoper en zorgaanbieder, etcetera.

Ad 3: Het domeinvraagstuk

Mede ten behoeve van het hiervoor onder 1 en 2 beschreven perspectief, wil het kabinet de werkingssfeer van de bestaande AWBZ onder de loep nemen. Door de AWBZ zoveel mogelijk toe te spitsen op «echte» zorgverlening, zal de integratie met een algemene zorgverzekering curatieve zorg worden vereenvoudigd. De intentie is hier gericht op het realiseren van betere voorwaarden voor samenhang vanuit het perspectief van zowel de zorgverzekeraar als dat van de verzekerde, maar ook op het beter laten uitvoeren van bepaalde onderdelen. Dit kan door bepaalde onderdelen onder te brengen bij aanpalende, bestuurlijk meer logische, wettelijke kaders.

De zorg voor 0–4 jarigen gaat nu al via de AWBZ. Hiervoor is al een wetgevingstraject ingezet voor overheveling naar de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

Een belangrijk onderdeel dat voor «uitplaatsing» in aanmerking komt, is de woonfunctie. Daar waar het verblijf in een instelling niet noodzakelijkerwijs verbonden is met de verlening van zorg, zou dat verblijf het meest logisch onder de beleidsverantwoordelijkheid van gemeenten en woningbouwcorporaties kunnen vallen. Het beleidsvoornemen om in dergelijke gevallen wonen en zorg te scheiden is niet nieuw. In het kader van de ingezette modernisering van de AWBZ en de aanpak van de wachtlijsten, wordt, waar mogelijk, al uitgegaan van het scheiden van wonen en zorg. Gegeven het perspectief van een verdergaande integratie van uitvoering en financiering van de zorg wil het kabinet deze weg verder bewandelen.

Andere AWBZ-terreinen waar mogelijkheden zijn voor een verschuiving naar het gemeentelijke/WVG-domein, vormen de sterk met de individuele situatie van de persoon samenhangende gewenste voorzieningen. Het criterium van de individuele wensen mag overigens geen dogma worden; er zijn grenzen aan wat maatschappelijk aanvaardbaar is. Evenzeer van belang is de vraag of het perspectief van maatschappelijke reïntegratie en participatie niet beter op andere wijze vorm gegeven kan worden. In de domeindiscussie moet het belang van een geïntegreerd aanbod van voorzieningen ten behoeve van de cliënt gepaard gaan met een effectieve en doelmatige uitvoeringsstructuur. Voor dat laatste is onder meer van belang of de betreffende aanspraak voor zorgverzekeraars interessant is als aanvulling op of als substituut voor andere aanspraken, om zodoende tot een doelmatige zorgregie te kunnen komen.

Deze overwegingen in aanmerking genomen, lijken hulpmiddelen en vormen van arbeidsgerelateerde dagbesteding (met name in samenhang met de WSW, gesubsidieerde arbeid/sociale activering) eerder voor

«uitplaatsing» in aanmerking te komen dan het verstrekken van huishoudelijke hulp, die zeer relevant voor substitutie is en vaak onderdeel van een breed pakket geïndiceerde zorg.

Het bovenstaande is geen uitputtend beleidskader voor de domein-afbakening van de eerste compartimentszorg. De belangrijkste boodschap ervan is dat een nadere beschouwing van het domein van de AWBZ, onderdeel zou moeten zijn van het geheel van maatregelen om, via een geïntegreerde uitvoeringsstructuur en financiering, tot een meer samenhangende zorgverlening te komen. In verband met de complexiteit van de bestuurlijke veranderingen als gevolg van de moderniseringstrajecten en de invoering van de algemene verzekering voor de tweede compartimentszorg, acht het kabinet het niet verstandig om nu al met bepaalde onderdelen te gaan schuiven.

4.3.7 De visie van RVZ, CVZ en SER

De RVZ is in zijn advies *Care en cure* van mening dat voor de langere termijn één (basis)verzekering voor de gezondheidszorg het meest geschikt is om meer samenhang tussen care en cure te bewerkstelligen. Op weg naar die ene verzekering moeten eerst de meest urgente knelpunten op het terrein van de bureaucratie, de indicatiestelling en sectoraal afgebakende afspraken worden opgelost. Ook moet het persoonsgebonden budget vrij baan worden gegeven.

Wat het domeinvraagstuk betreft staat de RVZ een verdere profilering van de gezondheidszorg voor, waarmee wordt bedoeld dat dienstverlenende activiteiten (waaronder wonen en op termijn wellicht de huishoudelijke thuiszorg) zouden kunnen worden ondergebracht in een aparte wet op de dienstverlening of een herziene WVG.

Op enkele accenten na zit het kabinet met zijn visie op de eerste compartimentszorg op hetzelfde spoor als de RVZ. Zeker wanneer daarbij ook de gefaseerde aanpak voor de verschillende deelmarkten wordt betrokken die de RVZ in «De rollen verdeeld» bepleit.

Het CVZ wijst in zijn rapport *Het CVZ en de financiering van de zorgverzekeraars*¹ op de complexiteit van het te ontwikkelen vereveningsstelsel voor de wezenlijk andere verzekeringsrisico's in de AWBZ-zorg. Het college adviseert een zorgvuldig traject van onderzoek en geleidelijke invoering. Het kabinet onderschrijft die conclusie.

Het verschil tussen de kabinetsvisie en die van de SER is iets groter. Dat komt vooral omdat de SER adviseert om voor de onverzekerbare risico's een apart compartiment te laten bestaan, dat wordt gefinancierd door een volksverzekering van rechtswege. De zorg in dit compartiment is beduidend minder breed dan die in het huidige eerste compartiment. Evenals het kabinet bepleit de SER verdergaande scheiding van wonen en zorg. Voorts wordt een deel van de huidige AWBZ-aanspraken overgeheveld naar de algemene verzekering curatieve zorg, iets wat het kabinet in zijn perspectief op termijn, ook bepleit. De SER noemt met name:

- de op behandeling en revalidatie gerichte verpleeghuiszorg;
- de op herstel gerichte thuiszorg (verpleging);
- de op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg (eerste en tweede lijn).

Dat de resterende zorg in het SER-advies als onverzekerbaar wordt beschouwd waardoor er een volksverzekering met inkomensafhankelijke premies nodig wordt geacht, moet echter vooral ook in relatie worden gezien met de privaatrechtelijke grondslag die de SER heeft gekozen voor de algemene verzekering curatieve zorg. Bij een zorgverzekering op publiekrechtelijke grondslag krijgt het begrip onverzekerbaarheid een andere weging.

¹ CVZ, *Het CVZ en de financiering van de zorgverzekeraars*, Amstelveen, mei 2001.

Overige overeenkomsten tussen de visies van de SER en het kabinet zijn voorts dat de zorgverzekeraars de uitvoerende rol van de zorgkantoren overnemen en dat de (overblijvende) aanspraken flexibel moeten zijn met het oog op meer zorg op maat en meer persoonsgebonden financiering.

4.4 Inkomenseffecten, (fiscale) compensatie en financiële gevolgen

4.4.1 Inleiding

Bij de overgang van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen naar een nieuwe algemene zorgverzekering zullen nagenoeg voor iedereen in ons land inkomenseffecten optreden. Over deze effecten en de wijze van compensatie gaat deze paragraaf. Paragraaf 4.4.2 beschrijft de uitgangssituatie, en in aansluiting daarop de toekomstige situatie in vier varianten (paragraaf 4.4.3). Uit de confrontatie van de bestaande met de nieuwe situatie resulteren de inkomensgevolgen, respectievelijk een «taakstelling» voor de compensatie (paragraaf 4.4.4). Paragraaf 4.4.5 beschrijft welke (fiscale) instrumenten kunnen worden ingezet ter compensatie en wat het budgettaire beslag daarvan is.

De mate waarin de effecten van de invoering van een algemene zorgverzekering en de fiscale compensatie uitwerken, kan van groep tot groep en zelfs van persoon tot persoon sterk verschillen. In het algemeen geldt dat bij de keuze voor een variant met een overwegend inkomensafhankelijke premie de mensen die nominale premies betalen (particulier verzekerden) de grootste inkomenseffecten ondergaan. Bij de keuze voor een variant waarin het accent ligt op nominale premiestelling, zijn de grootste gevolgen voor mensen die tot nu toe inkomensafhankelijke premies betalen (de ziekenfondsverzekerden).

Binnen dit algemene beeld kunnen alleen verantwoorde nuanceringen worden aangebracht door gedetailleerde koopkrachtanalyses die recht doen aan de uiteenlopende verzekeringsvormen en -regelingen voor ziektekosten, en de fiscale posities die hierop van toepassing zijn. Bijlage 2 geeft inzicht in de gevolgen voor de belangrijkste groepen. In deze bijlage komen ook de gevolgen aan de orde voor de ontwikkeling van loonkosten en van de marginale wig.

4.4.2 De uitgangssituatie

In de uitgangssituatie is sprake van een ruime variatie in premielast. Omdat het eerste compartiment via de AWBZ uniform is verzekerd, komen de verschillen voort uit de versnipperde financieringsstructuur in het tweede compartiment. Tabel 4.2 laat die verschillen zien.

Tabel 4.2 Premielasten tweede compartiment^a (gulden per jaar, in % van het netto besteedbaar inkomen^b)

	Alleenstaande Premie (f)	% best. ink	Echtpaar Premie (f)	% best. ink
Werknemer				
– minimum inkomen	1 592	6	1 916	6
– modaal	2 633	7	2 957	6
– loongrens – f 1,-	2 722	6	3 046	6
– loongrens + f 1,-	2 178	5	6 535	14
– 2x modaal inkomen	2 307	3	6 921	9
Zelfstandigen				
– minimum inkomen	1 628	5	1 952	6
– modaal	3 242	7	3 566	7
– loongrens ^d – f 1,-	3 432	7	3 756	7

	Alleenstaande Premie (f)	% best. ink	Echtpaar Premie (f)	% best. ink
– loongrens + f 1,-	2 925	6	8 776	17
– 2x modaal inkomen	2 925	4	8 776	11
Rijksambtenaar				
– minimum inkomen	1 199	5	4 461	14
– modaal	1 199	3	4 461	10
– 2x modaal inkomen	1 199	2	4 461	6
KPZ ambtenaar				
– minimum inkomen	1 712	7	2 456	7
– modaal	2 756	7	3 500	8
– 2x modaal inkomen	5 035	7	5 779	8
65-plusser^c				
– AOW	2 037	10	3 009	11
– AOW + 10 000	2 577	9	7 426	23
– AOW + 30 000	3 713	8	7 426	15

^a Inclusief belasting over werkgeversbijdrage.

^b Het netto besteedbaar inkomen is het netto inkomen minus de nominale premie ziektekosten.

^c Voor 65-plussers is bij echtpaar gerekend met een echtpaar zonder kinderen.

^d De loongrens bedraagt in 2001 f 65 700,-

Uit de tabel blijkt dat een alleenstaande met een inkomen van 2x modaal bij de overheid 2% van zijn besteedbaar inkomen aan premie voor de cure uitgeeft. Een gehuwde 65-plusser met een aanvullend pensioen van f 30 000 betaalt 15% van zijn besteedbaar inkomen.

4.4.3 Vier varianten

Om de inkomensgevolgen van de invoering van een algemene verzekering in het tweede compartiment te verkennen zijn, vier varianten uitgewerkt. Uitgangspunt in alle varianten is dat eerste en tweede compartimentszorg qua aanspraken onveranderd blijven. Voor het eerste compartiment is bovendien verondersteld dat de financiering niet wijzigt: de werknemers¹ betalen in alle varianten een procentuele premie van 10,67% en de eigen bijdragen blijven intact. De verschillen tussen de varianten komen derhalve voort uit andere veronderstellingen ten aanzien van de financiering van het tweede compartiment.

Variant 1 kan worden omschreven als de inkomensafhankelijke variant en borduurt voort op de bestaande financieringsverhouding binnen de ziekenfondsen. Uitgangspunt in deze variant is een nominale premie van f 492,-; de hoogste nominale premie op dit moment. De rest wordt met procentuele premies door werknemers en werkgevers gefinancierd. De werknemerspremie in deze variant komt uit op 3,17% en de werkgeverspremie op 4,18%, beide over het belastbaar inkomen. Laatstgenoemde premies worden verondersteld aan een vereveningsfonds te worden afgedragen. De macrofinancieringsverhouding nominaal-procentueel zou uitkomen op 12:88.

Tevens is in bijlage 2 een variant 1a uitgewerkt waarbij kinderen geen nominale premie betalen.

Variant 2 kan als de nominale variant worden gekenschetst en borduurt voort op de bestaande particuliere verzekering. In deze variant wordt er van uitgegaan dat het totale curatieve deel van de algemene verzekering met nominale premies wordt gefinancierd. De hoogte van de werknemerspremie bedraagt f 2833,- per verzekerde. Zij ontvangen daarvoor van hun werkgever een nominale tegemoetkoming van f 1546,-. Werknemers betalen de volledige premie (inclusief de werkgeversbij-

¹ Waar gesproken wordt van werknemers worden daar ook zelfstandigen, ambtenaren en uitkeringsgerechtigden mee bedoeld. Onder werkgevers worden ook de uitkeringsinstanties verstaan. Zelfstandigen en 65+ers worden geacht hun eigen werkgever te zijn.

drage) aan de zorgverzekeraars. De verdeling tussen nominale financiering en procentuele financiering komt in deze variant uit op 55:45.

Variante 3 is een tussenvariant, die qua inrichting overeenkomt met variant 1. Ook hier is de premieverdeling tussen werknemers en werkgevers in de ZFW het uitgangspunt. Het enige verschil ten opzichte van variant 1 is dat de werknemerspremie volledig nominaal is. Die bedraagt dan f 1493,- per verzekerde. Werkgevers betalen evenals in variant 1 een procentuele premie van 4,18% over het belastbaar inkomen. Variante 3 leidt vanuit macroperspectief tot een verdeling tussen nominaal gefinancierd en procentueel gefinancierd van 30:70.

In variante 4 wordt de werkgeversbijdrage zoals die nu bestaat in het loon verdisconteerd. Hiermee blijven de loonkosten op individueel niveau constant, maar wordt de in de andere varianten veronderstelde uniformiteit opgeheven. In de huidige situatie variëren de werkgeversbijdragen immers per verzekeringsvorm en binnen de verschillende verzekeringsvormen.¹

Bij de varianten is voorts nog het volgende verondersteld. Voor de tweede compartimentszorg wordt ervan uitgegaan dat de huidige rijksbijdrage wordt ingezet voor fiscale koopkrachtreparatie². Voorts blijft het macrobeslag van de werkgeversbijdrage ongewijzigd³. Bij nadere keuzes ten aanzien van de premiestructuur en de daaruit voortvloeiende compensatiemaatregelen zullen – in de varianten 1, 2, 3 – de werkgeverslasten bezien moeten worden, met als oogmerk dat in de marktsector respectievelijk de collectieve sector geen verhoging van loonkosten plaatsvindt. Alle varianten kennen aan de voet een verplicht eigen risico van 200 gulden per verzekerde (dit in de lijn van het SER-voorstel) en de mogelijkheid van vrijwillige eigen risico's van 800 en 1200 gulden (het verplichte deel van 200 gulden is hierbij inbegrepen). De introductie van het verplicht eigen risico vermindert de omvang van de te financieren zorg met ruim 0,5 miljard⁴. Bij de keuze voor vrijwillige eigen risico's krijgt men een premiekorting. Die premiekorting is in alle varianten in mindering gebracht op het nominale premiedeel. Aangenomen is dat 25% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van f 800,- zal kiezen en 10% voor een eigen risico van f 1200,-. Alle varianten gaan uit van nominale kinderprijzen, waarvan de hoogte de helft bedraagt van de nominale prijzen voor volwassenen.

¹ Ongeveer 20% van de particulier verzekerden ontvangt van de werkgever geen tegemoetkoming in de premie voor de ziektekostenverzekering; Ministerie van Binnenlandse Zaken, *Arbeidsmarkt in de collectieve Sector*, bijlagen, pagina 36, Den Haag, februari 2001.

² De terugtrekking van de rijksbijdrage veroorzaakt op zich negatieve inkomenseffecten voor alle ziekenfondsverzekerden die gerepareerd zullen moeten worden.

³ Concreet betekent dit dat *alle* werkgevers (verplicht) mee gaan betalen aan de ziektekosten van hun werknemers. Omdat de overheidswerkgevers in het algemeen meer bijdragen aan de ziektekostenverzekering (de interimregeling en de KPZ-regeling) dan het bedrijfsleven, houden (met name de interim) overheidswerkgevers door deze systematiek geld over in de ziektekostenfeer. Deze ruimte wordt in de varianten ingezet om de negatieve inkomenseffecten van de nieuwe uniforme werkgeversbijdrage voor (met name de rijks-) ambtenaren te repareren. Dit betekent per saldo een verzwaring van werkgeverslasten in de markt- en non-profit sector (niet ambtenaren) met circa 800 mln.

⁴ Gebaseerd op: SCP, *Analyse effecten invoering IZA-systeem voor ziekenfondsverzekerden*, Den Haag, 1995.

In variante 1 en 3 zijn de werkgeversprijzen procentueel. In deze varianten wordt ervan uitgegaan dat deze prijzen gebruikt worden om het vereveningsfonds te vullen waarmee uitkeringen aan zorgverzekeraars worden gedaan om risicoprofielen van verzekerdenportefeuilles te verevenen. In variante 2 is de werkgeversbijdrage een nominaal bedrag dat aan de werknemer wordt uitgekeerd. De werknemer betaalt aan de zorgverzekeraar dan een veel hogere premie dan in de varianten 1 en 3. De varianten geven naar de mening van het kabinet een representatief beeld van de gevolgen van de invoering van een algemene zorgverzekering bij uiteenlopende benaderingen van premiestelling. Zoals in paragraaf 4.2.3 is beschreven zal in het algemeen in een verzekeringsstelsel met concurrerende zorgverzekeraars de nominale component van de premie van voldoende omvang moeten zijn om een effectieve prikkelwerking mogelijk te maken. Eveneens is daar geconcludeerd dat de vraag van belang is of en in welke mate negatieve inkomensgevolgen langs fiscale weg duurzaam kunnen worden gecompenseerd.

4.4.4 Inkomenseffecten en (fiscale) compensatie

Ongeacht de keuze voor een nominale of inkomensafhankelijke premie, zal de overgang van het huidige verzekeringsstelsel naar een nieuwe

algemene verzekering voor vrijwel iedereen inkomenseffecten teweegbrengen.

Tabel 4.3 toont een overzicht van de wijze waarop fiscale instrumenten kunnen worden ingezet om de inkomenseffecten in de varianten te compenseren. Daarbij is variant 4 buiten beschouwing gebleven. De reden hiervoor is dat bij het zoeken naar compensatie-instrumenten alleen de huidige fiscale instrumenten op hun mogelijkheden zijn onderzocht en geen nieuwe instrumenten zijn geïnterpreteerd. Dit betekent dat een inkomensafhankelijke heffingskorting – bij uitstek juist in variant 4 van belang – niet is opgenomen als compensatie-instrument. Ook toont de tabel het budgettaire beslag waarmee compensatie gepaard gaat. Uitgangspunt bij het opstellen van de tabel is dat bij de compensatie alleen gebruik wordt gemaakt van de bestaande fiscale instrumenten. Dit maakt de fiscale compensatie voor mensen onderin het inkomensgebouw moeizaam: omdat deze mensen (bijna) geen belasting en premie betalen, kunnen zij met de bestaande fiscale instrumenten van heffingskortingen niet bereikt worden. Heffingskortingen die leiden tot negatieve belastingaanslagen worden onder de bestaande fiscale regels niet uitgekeerd. Het budgettaire beslag van de fiscale compensatie is het gevolg van het feit dat mensen die vanuit fiscaal oogpunt vergelijkbaar zijn, in de uitgangssituatie anders bijdragen aan de financiering van de zorg. In de fiscale sfeer kan tussen deze groepen niet gediscrimineerd worden. De compensatie moet het inkomensverlies compenseren voor de meest getroffen groep. De fiscaal vergelijkbare groepen die er door de wijziging van het verzekeringsstelsel relatief weinig op achteruit gaan of erop vooruitgaan worden door de fiscale compensatie ruim bedeed. Zij zullen er na fiscale compensatie in inkomen op vooruitgaan.

Tabel 4.3 Instrumenten voor fiscale compensatie bij drie verzekeringsvarianten (gulden/jaar)

	Variant 1	Variant 2	Variant 3
Maatregelen 65–			
Heffingskorting	655	825	610
Extra verhoging tariefgroep 3	–	470	555
Mutatie tarief schijf 2	– 2,58%	3,22%	
Mutatie tarief schijf 3	– 1%	– 0,5%	
Verkortings van de 3e schijf			
Verhoging zelfstandigenaftrek	500	1 300	370
Verhoging loon rijksambtenaren	2,76%	2,55%	2,3%
Mutatie kinderbijslag per kind	750	440	750
Mutatie kinderkorting	1 370	1 035	
Geen kinderkorting boven	65 895	68 045	65 895
Maatregelen 65+			
Mutatie algemene ouderkorting	303	88	100
Mutatie alleenstaande ouderkorting		– 547	– 518
Kosten netto-nettokoppeling	– 0,7 mld	1,6 mld	– 0,7 mld
Bruto kosten	10,5 mld	11,5 mld	10,0 mld
Terugtrekking rijksbijdrage	– 7,0 mld	– 7,0 mld	– 7,0 mld
Per saldo compensatiekosten (fiscaal)	3,5 mld	4,5 mld	3,0 mld
Compensatie veronderstelde werkgeverslasten	0,8 mld	0,8 mld	0,8 mld

Een groot deel van de compensatie is nodig om inkomenseffecten voor de voormalig ziekenfondsverzekerden met lage inkomens en kinderen te compenseren. Het inkomenseffect voor deze groep wordt groter naarmate er minder inkomensafhankelijk gefinancierd wordt. Alleenverdieners met kinderen in de onderste inkomensklassen, betaalden slechts een geringe ziekenfondspremie en geen premies voor hun kinderen. In de nieuwe situatie zijn in variant 2 de premies nominaal, en moet in alle varianten

voor de kinderen een nominale premie ter grootte van de helft van een volwassenenpremie worden opgebracht.

Bij de compensatiemaatregelen verdienen de diverse ambtenarenpopulaties, gelet op de wijze waarop die via meerdere regelingen verzekerd zijn, separate aandacht. Een verslechtering van de relatieve arbeidsmarktpositie dient te worden voorkomen.

Het budgettaire beslag van alle varianten is aanzienlijk. Een mogelijke beperking hiervan kan gevonden worden in een meer gericht instrumentarium. In het huidige fiscale systeem is dit echter niet voorhanden. Dit geldt met name voor een inkomensafhankelijke heffingskorting. De SER schenkt hieraan in zijn advies, bij de bespreking van de door hem voorgestane instrumenten voor inkomenscompensatie, waaronder de inkomensafhankelijke heffingskorting, geen aandacht. Een keuze vóór dit instrument moet mede worden afgewogen tegen de nadelen hiervan in termen van administratieve lasten en marginale druk.

5 EEN INDICATIEVE BELEIDSAGENDA

5.1 Inleiding

De noodzakelijke vernieuwing van het zorgstelsel verloopt langs twee onderling samenhangende sporen: het eerste spoor betreft de veranderingen in de sturing van de zorg. Langs het tweede spoor verlopen de aanpassingen van het verzekeringsstelsel die noodzakelijk zijn voor de realisatie van de verandering in de sturing. Dit slothoofdstuk voorziet deze parallel te ontwikkelen sporen van een procesmatig perspectief: een indicatieve beleidsagenda voor de komende jaren. Het indicatieve karakter betreft niet de doelstellingen en kenmerken van het veranderingsproces. Daarover bestaat voldoende duidelijkheid. Met «indicatief» wil het kabinet aangeven, dat het mogelijk noch wenselijk is om voor de beoogde veranderingen een blauwdruk te maken. Het kabinet staat een proces van «ontwikkeland ontwerpen» voor ogen. De wijze waarop en het tempo waarin de noodzakelijke veranderingen plaats kunnen vinden, is mede afhankelijk van de bevindingen en ervaringen die tijdens het proces worden opgedaan. Daarbij dient, gelet op de noodzakelijkheid van de veranderingen, het maximaal haalbare tempo te worden betracht.

Eerste spoor: de sturing van de zorg

De vereiste veranderingen ten aanzien van de sturing van de zorg zijn inmiddels in gang gezet. Zij maken als «beleid in uitvoering» deel uit van de moderniseringstrajecten Curatieve zorg¹ en de AWBZ². Deze twee trajecten voorzien in een grondige vernieuwing van het zorgstelsel, onder meer door herijking en – waar nodig – vernieuwing van het wettelijk instrumentarium, door verduidelijking van verantwoordelijkheden, en door het inbouwen van voldoende prikkels voor doelmatig handelen. Kenmerk van dit spoor is het introduceren van gereguleerde marktwerking in de zorgsectoren die zich daarvoor lenen. De versterking van vraaggerichte elementen in de sturing van de zorgsector die hiermee wordt beoogd zal, naar het kabinet verwacht, tevens bijdragen aan een verbetering van de doelmatigheid.

Gemeenschappelijk uitgangspunt voor beide trajecten is dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zowel de ruimte als de prikkels krijgen om een op de vraag van de burgers afgestemd zorgaanbod tot stand te brengen, waarbij ook rekening kan worden gehouden met uiteenlopende culturele en levensbeschouwelijke identiteiten van zorgvragers. Dat gebeurt niet overal op dezelfde wijze of volgens een eenvormig stramien, maar op maat gesneden en in een passend tempo. Het is tenslotte de taak

¹ Tweede Kamer 2000–2001, 23 619, nr. 18, Brief van de minister van VWS, modernisering curatieve zorg, tweede fase.

² Tweede Kamer 2000–2001, 26 631, nr. 10, Brief van de staatssecretaris van VWS, Groot project modernisering AWBZ.

van de overheid dit proces dusdanig in te richten dat de publieke belangen in de zorg (toegang, kwaliteit en beheerste kostenontwikkeling) gewaarborgd blijven.

Tweede spoor: aanpassingen van het verzekeringsstelsel

Meer ruimte voor marktwerking en concurrentie, en de modernisering van de aanbod-, prijs- en budgetregulering gaan in de visie van het kabinet onlosmakelijk gepaard met het organiseren van een brede en gelijkwaardige toegang tot kwalitatief goede zorg via één verzekeringsstelsel. De hoofdbestanddelen van de algemene verzekering waarvan in het eindperspectief ook de AWBZ deel uitmaakt, zijn: een voor iedereen toegankelijk pakket, met keuzemogelijkheden voor verzekerden en afdoende solidariteit. De opdracht voor de komende jaren is het vergaand laten integreren van de verzekeringen in het eerste en het tweede compartiment. Dat betekent in een eerste fase het vervangen van het huidige duale verzekeringsstelsel voor het tweede compartiment door één algemene verzekering curatieve zorg. De tweede fase in dit traject bestaat uit het onderbrengen van de uitvoering van de AWBZ bij de zorgverzekeraars. In de daarop volgende fase zal integratie plaatsvinden van AWBZ en de algemene verzekering curatieve zorg. Dit proces loopt parallel met het vergroten van de risicodragendheid van de verzekeraars bij de uitvoering van de verzekering.

Informatievoorziening, transparantie, verantwoording en toezicht

Zowel de veranderingen in de sturing van de zorg als de wijziging van het verzekeringsstelsel stellen eisen aan de informatievoorziening, de transparantie, de verantwoording en het toezicht in de zorg. De omslag naar vraaggerichte zorg brengt het verleggen van verantwoordelijkheden van centraal naar decentraal niveau met zich mee. Marktwerking en concurrentie vragen om de inzet van andere instrumenten voor de toets op het functioneren van zorgverzekeraars en zorgaanbieders dan de bij de centrale aanbodsturing gebruikelijke, veelal wettelijke instrumenten. Voor het tot stand brengen van evenwichtige markten en het bewaken van de (markt)spelregels zal een marktregulator nuttig werk kunnen verrichten. Instrumenten als visitatie en benchmarking leveren de zorgaanbieders en zorgverzekeraars inzicht in doelmatigheid. Monitoring van belangrijke parameters stelt de overheid – maar ook anderen – in staat ontwikkelingen te volgen en zonodig daarnaar te handelen. Een wederzijdse, maar ook een maatschappelijke verantwoording over het gevoerde beleid dwingt zorgaanbieders en zorgverzekeraars tot duidelijke rapportages. Een adequaat ingericht onafhankelijk toezicht vormt het formele sluitstuk van dit afgestemde traject van informatie, verantwoording en toezicht. De onafhankelijke toezichthouder dient te beschikken over een wettelijk geregeld instrumentarium dat hem in staat stelt zich een oordeel te vormen over zowel de rechtmatige als de doelmatige uitvoering van de zorg- en de verzekeringsmarkt.

De hier geschetste trajecten moeten in hun onderlinge samenhang worden gezien. Het creëren van meer mogelijkheden voor verzekeraars en aanbieders betekent dat er sprake moet zijn van een level playing field en een goede incentivestructuur. Dat betekent dat de bestaande verzekeringsstructuur, die versnipperd is en niet op alle punten doelgericht, omgevormd moet worden tot één systeem. De bestuurlijke vormgeving en aanpassing van een nieuw verzekeringsstelsel komen zo samen. Paragraaf 5.2 gaat nader in op het veranderingsproces voor de sturing van de zorg. Paragraaf 5.3 behandelt het verzekeringsstelsel. In paragraaf 5.4 komt het vernieuwde toezichtinstrumentarium aan bod.

5.2 Eerste spoor: veranderingen in de sturing van de zorg

De voor dit eerste spoor noodzakelijke veranderingen zijn voor een deel al in gang gezet. Liepen ziekenfondsen in 1996 risico over 3% van hun volledige budget, in 2001 is dat al 38%. Voor de agenda van de komende jaren is het van belang deze ingezette veranderingen door te zetten, in het perspectief van meer marktwerking en concurrentie.

De herziening van de sturing van de zorg in het eerste en tweede compartiment verschilt tot op zekere hoogte qua inhoud en vormgeving. In het tweede compartiment ligt het accent op de ontwikkeling van zorgmarkten. In het eerste compartiment is de verdere ontwikkeling van persoonsgebonden bekostiging een speerpunt. Beide compartimenten hebben de ontwikkelingsrichting echter nadrukkelijk gemeen. Die bestaat uit een beheerst veranderingsproces, waarin zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorgvragers de mogelijkheid en de verantwoordelijkheid krijgen om de zorg decentraal, dichtbij de vrager te organiseren, respectievelijk te verkrijgen. De overheid stelt de kaders vast die nodig zijn uit een oogpunt van publiek belang. Op deelterreinen behoudt de overheid vooralsnog een taak, bijvoorbeeld opleidingen, topklinische zorg en (collectieve) preventie.

Kernelementen, die grotendeels ook zijn terug te vinden als lopend of voorgenomen beleid in de moderniseringstrajecten AWBZ en Curatieve zorg, zijn:

1. Herijking van de bestaande aanbodregulering

- de vereenvoudiging van de bouwregelgeving door de invoering van de WEZ;
- het functioneel omschrijven van de wettelijke geregelde aanspraken, waar mogelijk over de grens van deelsectoren heen;
- de afschaffing van de landelijke modelovereenkomsten (uitkomsten van overleg);
- de afschaffing van de contracteerverplichting voor zorgverzekeraars;
- de verdere vergroting van de risicodragendheid van ziekenfondsen.

2. Vernieuwing van het prijs- en bekostigingsstelsel

- de verdere ontwikkeling van een transparante bekostigingssystematiek met heldere producttyperingen en productprijzen;
- de inpassing van persoonsgebonden bekostigingsvormen (zoals het PGB), door het stroomlijnen, harmoniseren en vereenvoudigen van de huidige subsidieregulering, en het wettelijke verankeren van het recht op PGB in de AWBZ.

3. Vernieuwing van het aanbod

- een verruiming van de toetredingsmogelijkheden voor nieuwe zorgaanbieders;
- een verbreding van de toelating voor zorgaanbieders waardoor de mogelijkheid ontstaat werkzaam te zijn op het werkterrein van de hele AWBZ;
- een optimalisering van de indicatiestelling;
- de modernisering van de eerstelijnszorg door versterking van de organisatiestructuur, toepassing van taakdifferentiatie en taakspecialisatie, en aanpassing van de bekostiging en financierings-systematiek bij onder meer huisartsen, bedrijfsartsen en eerstelijnspsychologen.

4. Verbetering van informatievoorziening

- het sluiten van informatieconvenanten tussen patiëntenorganisaties en zorgaanbieders, respectievelijk verzekeraars, over de beschikbaarstelling van vergelijkende informatie;

- het vaststellen van een sectorbreed systeem van onderlinge vergelijking van instellingsprestaties door middel van benchmarking.

Deze stappen kunnen voor een deel zorgbreed gezet worden; voor een deel zullen ze ook op maat gesneden moeten worden voor de verschillende deelmarkten. Dat betekent dat het kabinet voor ogen staat om in de komende periode per deelmarkt vast te stellen welke vorm en welke mate van deregulering aan de orde is, bijvoorbeeld bij het loslaten van de capaciteitsregulering en het versoepelen cq loslaten van de prijsvoorschriften. Voorzover er (nog) geen sprake is van voldoende adequate marktcondities om door te gaan met deregulering, zal dan worden aangegeven in welke mate en op welke manier het mogelijk is om die situatie dichterbij te brengen, bijvoorbeeld door gericht te sturen op de aanwezigheid van voldoende, en gedifferentieerd aanbod.

5.3 Tweede spoor: aanpassingen in het verzekeringsstelsel

Naast het sturingsmodel is ook het verzekeringsstelsel de afgelopen jaren op enkele onderdelen aangepast. Het ging daarbij onder meer om:

- de invoering van de ziekenfondsbudgettering en de daarmee gepaard gaande maatregelen als de invoering van een nominale premie, gevolgd door gedeeltelijke opheffing van de verevening en nacalculatie (vergroting risico verzekeraar);
- de opname van zelfstandigen met een laag inkomen in het ziekenfonds;
- de aanpak van specifieke knelpunten in de ZFW.

Eerder zijn al de verplichte werkgebieden voor ziekenfondsen losgelaten (waardoor de fondsen in het hele land werkzaam kunnen zijn), zijn nieuwe ziekenfondsen toegelaten en is verzekeren de mogelijkheid geboden om jaarlijks van ziekenfonds te veranderen.

De verdergaande aanpassing van het verzekeringsstelsel is een hoofdthema voor de agenda van de komende jaren. De invoering van een algemene zorgverzekering is het noodzakelijke complement van de veranderingen in de sturing van het zorgstelsel. Een uniforme verzekeringsstructuur is noodzakelijk voor het realiseren van zowel het beoogde model van gereguleerde concurrentie als van een transparant verzekeringsstelsel waarin de solidariteit en toegankelijkheid goed zijn verankerd. De aanpassing van het verzekeringsstelsel vindt plaats in vier, deels samenvallende stadia:

- invoering van een algemene verzekering curatieve zorg;
- uitvoering van de AWBZ van zorgkantoor naar verzekeraar;
- domeinafbakening van de AWBZ;
- integratie van de AWBZ en de algemene verzekering curatieve zorg.

Invoering algemene verzekering curatieve zorg

De beoogde effecten van de invoering van de algemene verzekering kunnen pas volwaardig tot hun recht komen als ook het sturingsmodel, met daarin een regierol voor verzekeraars, voldoende is ontwikkeld. De voorbereiding en invoering van de verzekering lopen parallel met de ontwikkelingen in het sturingsmodel. Uiteraard is een ordelijke wetgeving nodig en een voldoende lange periode voor de verzekeraars om zich voor te bereiden op de nieuwe situatie.

Met de profielschets voor de algemene verzekering heeft dit kabinet zijn visie op hoofdlijnen ontvouwd. Het kabinet gaat ervan uit dat bij regeerakkoord nader tot stand komt de precieze invulling van de nu globaal aangegeven punten. Ervan uitgaande dat een volgend regeerakkoord medio 2002 in deze zaken voorziet, en uitgaande van een minimaal benodigde periode van twee jaar voor wetgeving en voorbereiding door verzekeraars, zou invoering per 1 januari 2005 haalbaar kunnen zijn.

Voor de invoering van een algemene verzekering kunnen verschillende wegen worden bewandeld. Het belangrijkste onderscheid in benadering is invoering ineens of gefaseerd. Invoering ineens heeft het voordeel van snelle duidelijkheid, maar vereist een zeer grondige voorbereiding. Een gefaseerde invoering, waarbij stapsgewijs verschillende categorieën verzekerden onder de algemene verzekering worden gebracht, stelt minder eisen aan de voorbereiding, maar laat een aantal jaren de onzekerheid en onduidelijkheid bestaan. Het betekent tevens dat het volgende kabinet de zaak niet tot een afronding kan brengen in een regeerperiode van vier jaar. Alles afwegende heeft het kabinet een voorkeur voor een goed voorbereide invoering ineens.

Uitvoering van de AWBZ van zorgkantoor naar verzekeraar

De bestaande uitvoeringsstructuur in de AWBZ in de vorm van zorgkantoren is een overgangssituatie. Door de uitvoering van de AWBZ straks expliciet bij de zorgverzekeraar te leggen, krijgt de zorgverzekeraar in de toekomst niet alleen de formele, maar ook de materiële verantwoordelijkheid voor de eerste-compartimentszorg. Uitvoering van de AWBZ en van de algemene verzekering curatieve zorg komen daarmee in één hand. Het overnemen van de uitvoering van de AWBZ door de verzekeraar (ziekenfonds en particulier) kan pas plaatsvinden als voor alle verzekeraars dezelfde wettelijke spelregels gelden voor de uitvoering van de algemene verzekering curatieve zorg. De periode waarin die verzekering tot stand gebracht wordt, is overigens ook nodig om verzekeraars de gelegenheid te geven zich op deze taak voor te bereiden.

Domeinvraagstuk eerste compartiment

Naast de vraag naar de meest adequate uitvoeringsstructuur van de AWBZ speelt ook de vraag van de werkingssfeer ervan en de mogelijke onderbrenging van bepaalde delen van de AWBZ in een ander domein. In het kader van een nadere bezinning op het domein van de AWBZ gaat het in het bijzonder om de woonfunctie (voorzover niet noodzakelijk verbonden met zorgverlening) en de aanspraken op het gebied van maatschappelijke integratie, arbeidsparticipatie, leefomstandigheden en arbeidsgerelateerde dagbesteding. Dat zijn relevante vragen die al bezien kunnen worden in de aanloop naar het onderbrengen van de AWBZ in een algemene zorgverzekering.

Op het gebied van wonen en zorg voert het kabinet al een beleid waarbij met name bij nieuwbouw en grootschalige renovatie zo veel mogelijk ingezet wordt op het gescheiden aanbieden van woon-, zorg- en dienstverleningsarrangementen. Nadere voorstellen ter zake zijn het afgelopen jaar dan ook reeds gepresenteerd.

Met betrekking tot de mogelijke overheveling van delen van de AWBZ naar het gemeentelijke regime, ligt er een duidelijke relatie met de uitwerking van het dienstverleningsstelsel, zoals die wordt voorbereid naar aanleiding van het IBO-rapport over de WVG. De rapportage hierover is voorzien aan het eind van dit kalenderjaar.

De besluitvorming over het domeinvraagstuk kent daarmee een eigen dynamiek en kan dan ook los gezien worden van de andere activiteiten die voor de stelselvernieuwing noodzakelijk zijn.

Integratie van de AWBZ en de algemene verzekering curatieve zorg

Wanneer de uitvoering van de AWBZ berust bij de zorgverzekeraars die ook de algemene verzekering curatieve zorg uitvoeren, treedt de volgende fase in het integratieperspectief naar een algemene verzekering in werking. Daarbij gaat het erom ook de eerste compartimentszorg in een verantwoord tempo onder de paraplu van de nieuwe algemene zorgverzekering te brengen. Dat betekent dat een deel van de AWBZ, die dan immers ook door risicodragende verzekeraars wordt uitgevoerd, risicodragend kan worden gemaakt. Voorzover dit in delen van de care-sector

geen realistisch perspectief is, kan een systeem van kostenverevening of -normering worden ontwikkeld waarmee verzekeraars wel geprikkeld worden effectieve zorg in te kopen, maar waarbij ze niet geprikkeld worden tot risicoselectie.

Voor de fase waarin de AWBZ opgaat in de nieuwe algemene verzekering curatieve zorg, is ook de ontwikkeling van de vraag naar persoonsgebonden budgetten van belang. Als het PGB in omvangrijke mate het gezicht van de AWBZ bepaalt, heeft dit consequenties voor de uitvoering door risicodragende en zorgregisserende verzekeraars. Aan de ene kant lijken daardoor de mogelijkheden tot zorgregie beperkt te kunnen worden, omdat na de indicatiestelling het bedrag waarop men recht heeft, vaststaat. Aan de andere kant kunnen verzekeraars het als een uitdaging zien om de zorg in natura zo interessant te maken dat de cliënt die preferereert boven het PGB.

5.4 Toezicht en overheidssturing in een vraaggericht zorgstelsel

De noodzaak van een adequaat toezichtinstrumentarium behoeft, gezien het voorgaande, nauwelijks toelichting. Voor sterke paarden zijn stevige teugels nodig. De verantwoordelijkheden van partijen komen tot uitdrukking in maatschappelijk verantwoord handelen, in verantwoording en verslaglegging, in zelfonderzoek en evaluatie en in een toetsbare opstelling. Aan het eind van dat traject bevindt zich het wettelijk geregeld onafhankelijk toezicht dat zich richt op rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering. Met de vernieuwing van de zorgsturing en het verzekeringsstelsel vindt ook een vernieuwing van het toezichtsinstrumentarium plaats. Toezichtinstrumentarium in de brede betekenis van het woord omvat (invloed op) de allocatie van middelen, monitoring van en toezicht op de met die middelen gerealiseerde prestaties en beoordeling van de effecten van die prestaties met de mogelijkheid te interveniëren als dat noodzakelijk is. De zorgbrede visie in deze nota vergt een nadere bezinning op een adequaat toezichtinstrumentarium. Het kabinet wil daarmee nog in deze regeerperiode een start maken. Daartoe zullen zes onderwerpen op korte termijn nader worden uitgewerkt.

1. Toezicht op financiële doelmatigheid en op de werking van het systeem

Het huidige toezicht door het CTZ is gericht op het beoordelen van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering en de zorginkoop door zorgverzekeraars. Dit toezicht biedt ook inzicht in de mate waarin en de wijze waarop het systeem als zodanig functioneert. Het resulteert namelijk in oordelen over de vraag of zorgverzekeraars waarmaken wat zij moeten doen en legt bloot waarin zij wellicht tekortschieten. Bij dat toezicht kan de toezichthouder zich nadrukkelijk inlaten met de doelmatigheid van de bedrijfsvoering. Het gaat immers om de uitvoering van de verzekering. Anders ligt dat bij de aanbieders van zorg. De bevordering van de doelmatigheid van zorgverleners is momenteel vooral een zaak van het CTG, dat doelmatigheid betreft bij de vaststelling van tarieven en budgetten. Dergelijke budgetten zullen in de toekomst echter niet meer centraal worden vastgesteld. In het beoogde nieuwe sturingsmodel zal de doelmatigheid van zorgaanbieders vooral een zaak zijn die door de concurrerende verzekeraars zal moeten worden bewerkstelligd. Dat betekent dat zorgverzekeraars ook over het inzicht in het functioneren van zorgaanbieders moeten beschikken, zich daarvoor een oordeel kunnen vormen en dat tot uitdrukking brengen in het al dan niet contracteren van de zorgaanbieders. Informatievoorziening speelt daarbij een belangrijke rol. Informatie van zorgaanbieders zelf, maar ook van de gebruikers van zorg. In geïnstitutionaliseerde vorm moet de zorgverzekeraar kunnen beschikken over gegevens waarmee hij de doelmatigheid van het handelen van de zorgaanbieders kan beoordelen.

Het toezicht op de kwaliteit van de door de zorgaanbieders geleverde zorg berust bij de Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ). Tussen doelmatig functioneren en het leveren van voldoende kwaliteit bestaat een natuurlijke relatie in een evenwichtige markt. Doelmatige zorgverlening en zorg van goede kwaliteit kunnen echter, onder druk van omstandigheden, op gespannen voet komen te staan. Een meer samenhangende toezichtstructuur, die recht doet aan de rol van het CTZ, zorgverzekeraars en de IGZ, zal daarom worden uitgewerkt.

2. Toezicht op zorginhoudelijke doelmatigheid

Doelmatigheid heeft behalve een financiële ook een zorginhoudelijke component. In een gedecentraliseerd systeem mag ervan uitgegaan worden dat partijen, juist doordat ze elkaar in evenwicht houden, zullen komen tot een efficiënte vorm van zorgverlening. Het kan betwijfeld worden of hetzelfde in de komende tijd ook al geldt voor het kunnen beoordelen van nieuwe interventiemogelijkheden. Verzekeraars beschikken vooralsnog niet in alle gevallen over het instrumentarium om dat adequaat te kunnen beoordelen. Daarom zal de overheid voorlopig blijven voorzien in een vorm van doelmatigheidstoetsing van nieuwe interventiemethoden, inclusief geneesmiddelen.

Het gaat hierbij om het voortdurend monitoren van nut, noodzaak en doelmatigheid van behandelmethoden en producten, met het oog op de afbakening van de wettelijke aanspraken. Een belangrijke rol hierbij is weggelegd voor de richtlijnen en protocollen die door de beroepsgroepen zelf zijn opgesteld. Centrale toetsing, zoals die reeds vorm krijgt in systematische farmaco-economische toetsing van nieuwe geneesmiddelen, zal voorlopig een plaats behouden. Door hier een onafhankelijke vorm van toetsing voor te organiseren, kan tevens voorzien worden in een adequate toetsing van de wijze waarop verzekeraars in hun polissen inhoud geven aan de wettelijk bedoelde grenzen van noodzakelijke zorg. De uitwerking van deze systematiek zal de komende tijd verder ter hand worden genomen.

3. Toezicht op marktwerking

Een cruciaal instrument bij de voorgestane omslag is een adequaat toezicht op marktwerking. Toezicht heeft in deze context zowel de betekenis van het scheppen van omstandigheden voor een effectieve marktwerking, als van een toezien op het functioneren van de markt. Op de verzekeraars (zowel in hun verzekeraarsrol als in hun zorginkopersrol) en op de zorgaanbieders is de Mededingingswet van toepassing. De NMa ziet toe op naleving van deze wet. De mate waarin de NMa kan ingrijpen, is mede afhankelijk van de wijze waarop de verschillende zorgmarkten zijn vormgegeven en van de mate waarin overheidsregulering van toepassing is. De bevoegdheden van de NMa omvatten het toetsen van concentraties, het toetsen van samenwerkingsovereenkomsten op (onnodige) mededingingsbeperkingen en het voorkomen van misbruik van marktmacht. Prijsregulering en andere (ex ante) interventiemogelijkheden behoren niet tot het wettelijk instrumentarium van de NMa. Voor het scheppen van omstandigheden voor een effectieve marktwerking kan daarom een marktregulator nodig zijn. Het kabinet zal nog dit jaar onderzoeken in welke gevallen algemene mededingingsregels niet volstaan en welke tijdelijke specifieke regels dan noodzakelijk zijn. Indien specifiek aanvullende mededingingsregels noodzakelijk zijn, zal ook het toezicht op de naleving van deze regels geschieden door de Nma.

4. Informatievoorziening en transparantie

Van groot belang voor de microdoelmatigheid zijn goed geïnformeerde kritische cliënten/consumenten. In het vernieuwde, vraaggerichte zorgstelsel zullen zij meer dan nu in een zelfstandige positie komen om keuzes te maken tussen verzekeraars, aanbieders en verschillende behandel-

methoden. Dat betekent dat de benodigde informatie ook echt beschikbaar zal moeten zijn. Informatie over behandelaanbod, de kwaliteit daarvan, de leveringsvoorwaarden naar tijd en plaats, maar ook informatie over verzekeringspakketten en de prijs-kwaliteitsverhouding van die pakketten, de service en de dienstverlening moeten op een toegankelijke wijze voor iedereen beschikbaar zijn.

In de recent aan het parlement toegezonden nota over het patiënten/consumentenbeleid, *Met zorg kiezen*, heeft het kabinet aan de totstandkoming van vergelijkende informatie over het zorg- en verzekeringsaanbod al een eerste uitwerking gegeven. Het kiest daarbij vooralsnog voor de vorm van tussen betrokken partijen te sluiten informatieconvenanten, maar sluit verdere regulering op termijn niet uit. Bij het optimaliseren van de informatievoorziening zullen de mogelijkheden van moderne ICT-middelen ten volle worden benut.

5. Passende verantwoording

Naast het denken over het financiële aspect is de komende tijd ook een nadere bezinning nodig op de wijze waarop de overheid het beleid vooraf presenteert en achteraf verantwoordt. Met inachtneming van de principes van het VBTB-traject zullen de accenten moeten worden verlegd: van input naar output en van detailniveau naar hoofdlijnen. Meer concreet betekent dit dat het beleid zal moeten worden gepresenteerd aan de hand van (ontwikkelingen in) de publieke gezondheidszorgbelangen: toegankelijkheid, kwaliteit en beheerste kostenontwikkeling. Er zullen prestatie-indicatoren moeten worden vastgesteld aan de hand waarvan de overheid zich de beleidsdoelen stelt en voortgang rapporteert. Het kabinet zal de komende jaren nadrukkelijk in de ontwikkeling van deze vorm van output-verantwoording investeren, mede in het licht van de verdere uitbouw van het Jaarbeeld Zorg, de herziening van de structuur van de Zorgnota, en de reeds lopende ontwikkeling van een zorgbrede systematiek van brancherapporten en benchmarkingsystemen.

6. Realistisch ramen en normeren

Ook in de toekomst blijft de overheid verantwoordelijk voor een voor iedereen toegankelijk zorgstelsel dat noodzakelijke zorg van aanvaardbare kwaliteit levert en doelmatig werkt. Een belangrijke voorwaarde is een beheerste kostenontwikkeling. Binnen de jaarlijkse beleidscyclus vindt een adequate raming plaats van het financiële kader waarover achteraf verantwoording moet worden afgelegd. De verschuiving van verantwoordelijkheden en bevoegdheden naar partijen op decentraal niveau, stelt eisen aan de wijze waarop dat gebeurt. De wijze waarop het zorgbeleid is ingebed in de jaarlijkse beleidscyclus zal een verandering moeten ondergaan. Het voorgenomen beleid zoals dat jaarlijks ten behoeve van het parlement in de Zorgnota wordt gepresenteerd, is op dit moment sterk gericht op de budgetten van de zorgaanbieders. Ook de macronormering voor de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg (het BKZ) grijpt aan bij deze budgetten.

Zoals ook de Studiegroep Begrotingsruimte concludeert, heeft het decentrale sturingsmodel, waarin een sleutelrol voor verzekeraars is weggelegd, consequenties voor de wijze waarop de overheid haar verantwoordelijkheden ten opzichte van de zorgsector invult. De overheid zal, minder dan nu het geval is, op het aanbod kunnen ingrijpen, en bovendien minder op detailniveau. Instrumenten van de overheid voor beheersing van de collectief gefinancierde kosten zijn: wijzigingen in de aanspraken, de eigen betalingen en in de structuur van het zorgstelsel. Sturing op deze variabelen komt pas ten volle aan de orde als de kostenbeheersing in het zelfsturend systeem te wensen overlaat. De verkenning van de mogelijke vormgeving van dit instrumentarium zal reeds in de aanloop naar het volgende regeerakkoord plaatsvinden. Uitgangspunt daarbij zal zijn een financieel kader te definiëren dat is gebaseerd op een realistische raming

en op een doelmatige uitvoering, met meer instrumenten voor partijen om ook daadwerkelijk binnen dat kader te blijven.

Interventie

In een decentraal, vraaggericht zorgstelsel zal het interventie instrumentarium van de overheid een ander karakter hebben dan in de huidige centraal gestuurde situatie. De mogelijkheid tot rechtstreekse overheidsinterventie staat op gespannen voet met het decentraliseren van verantwoordelijkheden. Een toekomstig zorgstelsel zal, rekening houdend met het ontstaan van risicodragende, concurrerende verzekeraars een grotere mate van zelfregulering kennen. De noodzaak voor de overheid om te sturen in specifieke situaties als de aanwezigheid van huisartsenzorg, de beschikbaarheid van ambulances of de verdeling van psychiatrische bedden zal geringer zijn. Daar waar een noodzaak blijkt tot interveniëren, zal de overheid minder gebruik maken van specifieke bevoegdheden en instrumenten en sterker zijn aangewezen op een algemener instrumentarium dat vaker achteraf wordt ingezet. Dit ligt in lijn met een perspectief waarin de overheid minder vaak en minder direct in de zorg intervineert en meer als «dijkbewaker» optreedt. Concurrentiebeperkend gedrag van zorgaanbieders of verzekeraars, al dan niet leidend tot een opdrijvend effect van de prijzen, zal bijvoorbeeld via het mededingingsinstrumentarium kunnen worden bestreden. Het instrumentarium van de Kwaliteitswet en de Wet BIG zal ook in de toekomst ingezet kunnen worden om een goede kwaliteit te waarborgen.

Preventieve zorg

Binnen het geheel van bestuurlijke vernieuwingen mag een stevig fundament voor een adequate preventie en public health niet ontbreken. In zijn kaderstelling en toezicht zal de centrale overheid dit terrein integraal moeten blijven betrekken en lokale overheden zullen in de uitvoering van hun public health taken blijvend worden gesteund. Het kabinet acht het voorts van belang dat het beleid op de terreinen preventieve zorg, cure en care in onderlinge samenhang wordt uitgevoerd. In lijn met de in deze nota uiteengezette rolverdeling zal gezocht worden naar incentives om de preventieve zorg tot een meer vanzelfsprekend aandachtsgebied van verzekeraars en zorgaanbieders te maken.

5.5 Tot slot

Met het oog op een goed functioneren van het nieuwe sturingsmodel is het noodzakelijk de twee in de nota uitgezette beleidssporen (verandering in de sturing van de zorg en aanpassingen in het verzekeringsstelsel) in onderlinge samenhang verder te ontwikkelen.

Het kabinet heeft daarom het voornemen om in het laatste jaar van deze regeerperiode de reeds ingezette moderniseringstrajecten op het gebied van de AWBZ en de curatieve zorg met kracht voort te zetten, en tegelijkertijd verdergaande voorstellen, zoals in deze nota beschreven, op een aantal belangrijke thema's van een nadere uitwerking te voorzien. Die uitwerking is mede noodzakelijk om bij het begin van de volgende regeerperiode concrete stappen te kunnen zetten. Samengevat gaat het om de volgende onderwerpen.

a. Parlementaire behandeling van reeds ingediende stukken

- Deregulering van de WTG
- Vervanging van de WZV door de WEZ
- Modernisering van de curatieve sector
- Relatie tussen wonen en zorg op maat
- Ondersteuning van consumenten en patiënten in hun nieuwe rol

b. Nader uit te werken onderwerpen in deze kabinetsperiode

- Vereenvoudiging van het PGB
- Deelmarktgewijze aanpak concurrentieprikkels
- Beheersing van het financieel macrokader
- Kapitaallasten van zorginstellingen
- Inhoud en vorm van het marktmeesterschap
- Informatievoorziening en transparantie
- Aanpassingen in de toezichtstructuur

c. Notitie vervolgstappen

Het kabinet zal deze kabinetsperiode tevens een notitie presenteren over de te zetten vervolgstappen. Mede op basis van overleg met het veld, zal worden aangegeven welke operationele stappen in welke volgorde in de komende kabinetsperiode gezet moeten worden om de beoogde stelselvernieuwing adequaat uit te voeren. Het transformatieproces is immers ook in technische zin een complexe operatie.

Met de in deze nota geschetste hoofdlijnen en de zojuist beschreven aanpak bij de verdere uitwerking, kan in de visie van het kabinet het zorgstelsel zodanig worden vernieuwd dat het beter in staat is bestaande knelpunten het hoofd te bieden en in te spelen op toekomstige ontwikkelingen. In de in deze nota gepresenteerde visie blijft de overheid aanspreekbaar op het realiseren van de publieke belangen in de gezondheidszorg, maar laat zij tegelijkertijd in de uitvoering meer vrijheid en verantwoordelijkheid aan partijen, om binnen de gestelde kaders flexibel en innovatief te werk te gaan.

1. Door de regering gevraagde adviezen en rapporten

- RVZ, *Europa en de gezondheidszorg*, Zoetermeer, december 1999.
- RVZ, *De rollen verdeeld*, Zoetermeer, december 2000.
- SER, *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, december 2000.
- RVZ, *Care en Cure*, Zoetermeer, januari 2001.
- SCP, *De toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering*, Den Haag, januari 2001.
- CVZ, *Het basispakket, inhoud en grenzen*, Amstelveen, februari 2001.
- ICER, *Advies inzake Europeesrechtelijke aspecten van een stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag, april 2001.
- UvA/AMC, *Naar een nieuwe architectuur van het zorgstelsel*, Amsterdam, mei 2001.

2. Standpunten en rapporten maatschappelijke organisaties

- CPZ, *Borg voor zorg*, Bunnik, maart 2000.
- PCOB, *Verzilvering van de solidariteit*, Zwolle, mei 2000.
- Zorgverzekeraars Nederland, *Randvoorwaarden stelseldiscussie*, Zeist, juni 2000.
- Sigra, *Een nieuw stelsel voor zorgaanbieders*, Amsterdam, juli 2000.
- Vereniging Klinische Genetica Nederland, *Klinisch genetische zorg in het toekomstige basispakket*, Rotterdam, 31 juli 2000.
- NMT, *Stelseldiscussie en menskrachttekort*, Nieuwegein, 26 oktober 2000.
- LHV, *Stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Utrecht, 8 en 11 december 2000.
- Consumentenbond, *Consumenteneisen op het gebied van de gezondheidszorg*, Den Haag, december 2000.
- NPCF, *nota Toetsingskader gezondheidszorg in patiënten/consumentenperspectief*, Utrecht, januari 2001.
- NVOG, *Nieuw stelsel ziektekostenverzekering*, Eindhoven, 7 en 15 februari 2001.
- KNMG, *Verankering van vraaggestuurde zorg*, Utrecht, 17 april 2001.
- NSPH, *Public health is het stelsel, een manifest*, Utrecht, 24 april 2001.
- BOZ, *Voorlopig referentiekader stelseldiscussie*, Utrecht, 22 mei 2001.
- Arcares en LVT, *Tien voor de zorg*, Utrecht/Bunnik, 23 mei 2001.
- ANBO, PCOB en Unie KBO, *Basisverzekering nu of nooit*, Zwolle, 20 juni 2001.
- ZN, brief aan minister-president Kok, *brainstorming ziektekostenverzekeringssstelsel*, Zeist, 25 juni 2001.

3. Standpunten politieke partijen

- CDA, *Naar een meer menselijke maat in de gezondheidszorg*, september 1999.
- VVD, *Kiezen voor keuze*, april 2000.
- D66, *Volksgezondheid in het perspectief van de burger*, mei 2000.
- CDA, *Nieuwe regie in de zorg*, september 2000.
- D66, *Kiezen met zorg*, november 2000.
- GroenLinks, *Op gezonde basis*, november 2000.
- PvdA, *Beter worden*, november 2000.
- SP, *Een kwestie van beschaving*, december 2000.

4. Publicaties en debatten ministerie van VWS

Achtergrondstudies:

- Ministerie van VWS, *Beweging in de zorg*, Den Haag, september 2000.
- Ministerie van VWS, *Grenze(n)loze zorg*, Den Haag, september 2000.
- Ministerie van VWS, *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*, Den Haag, september 2000.

Debatten:

- Ministerie van VWS, *Met zorg veranderen*, Den Haag, mei 2000, verslag van een conferentie op 10 april 2000.
- Ministerie van VWS, *Het stelsel op de schop*, Den Haag, februari 2001, verslag van een debatcyclus op 16 oktober, 31 oktober en 15 november 2000.
- Ministerie van VWS, *Met zorg verzekeren*, Den Haag, mei 2001, verslag van een conferentie op 9 april 2001.

1. Inleiding

Deze bijlage geeft een illustratie van de inkomenseffecten die optreden (voor een beperkt aantal groepen) bij de overgang van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen naar een nieuwe algemene verzekering. De opgenomen cijfers zijn bedoeld als indicatieve rekenvoorbeelden en geen exacte doorberekening van het voorstel uit de nota.

Van een nieuwe algemene verzekering worden vier financieringsvarianten uitgewerkt. In alle gevallen treden inkomenseffecten op. De oorzaak van deze effecten is hoofdzakelijk gelegen in het feit dat het vertrekpunt een situatie is met twee verschillende premiestructuren (ziekenfondswet in belangrijke mate procentueel en particuliere verzekering volledig nominaal), terwijl de nieuwe situatie een uniforme premiestructuur kent. In de notitie wordt tevens verkend met welke (fiscale) instrumenten de inkomenseffecten kunnen worden gecompenseerd. Tot slot wordt ook aandacht besteed aan de gevolgen voor de marginale wig en de loonkosten.

In de varianten die zijn doorgerekend, is uitgegaan van een (basis)verzekeringstelsel dat¹:

- wat betreft dekking het huidige eerste en het tweede compartiment omvat;
- voor de huidige eerste compartimentszorg gefinancierd wordt met een procentuele werknemerspremie en een rijksbijdrage van 3,7 miljard gulden (de huidige BIKK). Eigen betalingen in de AWBZ blijven in de berekening vooralsnog ongewijzigd;
- voor de tweede compartimentszorg gefinancierd wordt met nominale en/of procentuele premies zonder rijksbijdrage. De huidige rijksbijdrage wordt ingezet voor fiscale koopkrachtreparatie;
- een werkgeversbijdrage die macro ongewijzigd blijft;
- een verplicht eigen risico van 200 gulden voor de curatieve zorg kent, conform het SER-voorstel. De premiegevolgen van een vrijwillig hoger eigen risico van 600 en 1000 gulden voor de curatieve zorg worden aangegeven (bovenop een verplicht deel van 200 gulden);
- nominale kinderpremies kent. De nominale kinderpremies zijn de helft van de nominale premies voor volwassenen.

In de berekeningen is ervan uitgegaan dat verzekeraars ook ten aanzien van de premiekortingen bij vrijwillige eigen risico's niet differentiëren naar risico en ook geen selectief acceptatiebeleid voeren.

In dit memo worden vier varianten in de premiestelling doorgerekend op hun inkomenseffecten.

1. In de eerste variant wordt uitgegaan van een nominale premie van f 492,-; de hoogste nominale premie die op dit moment in het ziekenfonds geldt. Daarnaast betalen de werknemers een procentuele premie. Werkgevers betalen alleen een procentuele premie.
2. In de tweede variant betalen kinderen geen premie en geldt voor hen geen eigen risico. Voor het overige is de variant gelijk aan variant 1.
3. In de derde variant wordt het totale curatieve deel van de verzekering met nominale premies gefinancierd. De werkgeverspremies worden doorgegeven aan de werknemers in de vorm van een nominale tegemoetkoming. Deze betalen de volledige premies (inclusief de werkgeversbijdrage) aan de verzekeraars.
4. In de vierde variant zijn de werkgeverspremies volledig procentueel en de werknemerspremies volledig nominaal.
5. In variant vijf wordt geen werkgeversbijdrage geheven, de huidige werkgeversbijdrage wordt ongewijzigd in het brutoloon verdiscon-

¹ Als in deze bijlage wordt gesproken over werknemers worden daar ook zelfstandigen, ambtenaren en uitkeringstrekkers mee bedoeld. Onder werkgevers worden ook de uitkeringsinstanties verstaan. Zelfstandigen en 65+ers worden geacht hun eigen werkgever te zijn.

teerd. De verzekerde betaalt een volledig nominale premie voor de tweede compartimentsuitgaven.

Bij de fiscale compensatie wordt alleen gekeken naar de inkomenseffecten bij een verplicht eigen risico van f 200,-, in de lijn van het SER-voorstel. Omdat de keuze van een hoger eigen risico vrijwillig is, zullen mensen dit alleen kiezen als ze verwachten daar voordeel van te hebben.

2. De uitgangssituatie

In tabel 1 staat een overzicht van de financiering van het eerste en het tweede compartiment. De zorguitgaven in het eerste compartiment worden thans gefinancierd door:

- rechtstreekse betalingen door de overheid,
- verplichte premiebetalingen voor de AWBZ,
- eigen bijdragen van verzekerden.

De uitgaven in het tweede compartiment worden gefinancierd door:

- verplichte premiebetalingen voor de ZFW,
- particuliere verzekeringpremies,
- «out of pocket» betalingen door particulier verzekerden voor verstrekkingen die binnen het ZFW-pakket vallen.

Particuliere verzekeringen zijn in de tabel gesplitst in publiekrechtelijke regelingen (KPZ), polissen in het kader van de Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen (WTZ) en maatschappijpolissen (MP).

Curatieve zorguitgaven die buiten het ZFW-pakket vallen (zorg in het derde compartiment zoals een belangrijk deel van de tandheelkundige zorg) blijven buiten beschouwing.

Uit tabel 1 blijkt dat 80% van de zorg op inkomensafhankelijke wijze wordt betaald; de overige 20% is nominaal gefinancierd. Eigen betalingen zijn deels inkomensafhankelijk (AWBZ) en deels nominaal (particuliere verzekeringen).

Tabel 1. Financiering van AWBZ, ZFW en particuliere verzekeringen in 2001 (miljoen)

	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	MP	Totaal	In %
Procentuele premies	27 720	19 277	1 533	0	0	48 530	
Rijksbijdragen (incl. BIKK)	3 698	6 984	0	0	0	10 682	
Eigen betalingen AWBZ	3 522					3 522	
Subtotaal inkomensafhankelijk	34 939	26 261	1 533	0	0	62 734	80%
Nominale premies	0	2 660	359	1 726	6 828	11 573	
Eigen betalingen	0	0	81	56	1 276	1 413	
Omslagbijdragen	0	934	0	1 381	0	2 316	
Subtotaal inkomensafhankelijk	0	3 594	440	3 163	8 104	15 302	20%
Totaal generaal	34 939	29 116	1 974	3 163	8 104	78 036	100%

Bron: Zorgnota 2001

Voor de meeste verzekeringen in de zorg geldt een verplichte betaling. Tabel 2 geeft een overzicht van de premies die voor de verschillende zorgverzekeringen betaald moeten worden. Voor de particuliere verzekering is een gemiddelde premie opgenomen.

Tabel 2. Premie ziektekostenverzekering huidig systeem in 2001 (gulden per jaar)

	Lasten- dekkend	Werkelijk
AWBZ-premie	10,67%	10,25%
ZFW		
Procentuele premie werkgever	5,75%	6,25%
Procentuele premie werknemer	1,65%	1,70%
Gemiddelde nominale premie	324	414
KPZ		
Procentuele premie werkgever	4,81%	4,81%
Procentuele premie werknemer	2,36%	2,36%
Nominale premie (volwassene)	372	372
Gemiddelde maatschappijpolis (inclusief wettelijke bijdragen)	2 925	3 003
Gemiddelde werkgeversbijdrage	1 288	1 327
Standaardpakketpolis 65+	3 713	3 783

Bron: Zorgnota en onderbouw.

In alle gevallen, d.w.z. ongeacht de keuze voor een nominale of inkomensafhankelijke premie, zal de overgang van het huidige stelsel naar een nieuw stelsel voor bepaalde groepen (aanzienlijke) inkomenseffecten teweegbrengen. Bij de keuze voor een inkomensafhankelijke premie voor de nieuwe verzekering zullen de huidige particulier verzekerden (met een volledig nominale premie) te maken krijgen met (grote) inkomenseffecten. Bij de keuze voor een nominale premie zullen daarentegen de ziekenfondsverzekerden te maken krijgen met (grote) inkomenseffecten. De verschillen in premiestructuur worden op dit moment veroorzaakt door de verschillende verzekeringsvormen van het tweede compartiment (de premiestructuur voor de AWBZ is voor iedereen gelijk).

Tabel 3 laat zien dat de verschillen in premie in het tweede compartiment leiden tot grote verschillen in de te betalen premie. In de tabel zijn de premies die door verschillende huishoudens en sociaal-economische categorieën betaald moeten worden zowel in gulden als in een percentage van het netto besteedbaar inkomen aangegeven. Uit de tabel blijkt dat een alleenstaande met een 2x modaal inkomen bij de overheid slechts 2% van zijn besteedbaar inkomen aan premie voor de cure uitgeeft. Een 65-plusser met een aanvullend pensioen van f 30 000,- betaalt 15% van zijn besteedbaar inkomen. In de algemene verzekering wordt een uniforme premie voor alle verzekerden geïntroduceerd. Gegeven de grote verschillen in het huidige systeem en de uniforme premie in het nieuwe systeem ontstaan er dus grote inkomenseffecten.

Tabel 3. Premielasten tweede compartiment^a(gulden per jaar, in % van het besteedbaar inkomen^b)

	Alleenstaande Premie (f)	% best. ink	Echtpaar Premie (f)	% best. ink
Werknemer				
- minimum inkomen	1 592	6	1 916	6
- modaal	2 633	7	2 957	6
- loongrens - f 1,-	2 722	6	3 046	6
- loongrens + f 1,-	2 178	5	6 535	14
- 2x modaal inkomen	2 307	3	6 921	9
Zelfstandigen				
- minimum inkomen	1 628	5	1 952	6

	Alleenstaande Premie (f)	% best. ink	Echtpaar Premie (f)	% best. ink
- modaal	3 242	7	3 566	7
- loongrens ^d - f 1,-	3 432	7	3 756	7
- loongrens + f 1,-	2 925	6	8 776	17
- 2x modaal inkomen	2 925	4	8 776	11
Rijksambtenaar				
- minimum inkomen	1 199	5	4 461	14
- modaal	1 199	3	4 461	10
- 2x modaal inkomen	1 199	2	4 461	6
KPZ ambtenaar				
- minimum inkomen	1 712	7	2 456	7
- modaal	2 756	7	3 500	8
- 2x modaal inkomen	5 035	7	5 779	8
65-plusser^c				
- AOW	2 037	10	3 009	11
- AOW + 10 000	2 577	9	7 426	23
- AOW + 30 000	3 713	8	7 426	15

^e Inclusief belasting over werkgeversbijdrage.

^f Het netto besteedbaar inkomen is het netto inkomen minus nominale premie ziektekosten.

^g Voor 65-plussers is bij echtpaar gerekend met een echtpaar zonder kinderen.

^h De loongrens bedraagt in 2001 f 65 700,-.

3. Financiering basisverzekering – macro

In tabel 4 staan de macro financieringsopties van de algemene verzekering. Er worden drie varianten gepresenteerd die betrekking hebben op het eerste en tweede compartiment zoals toegelicht in paragraaf 1. Om de effecten van een verschillende mix van procentuele en nominale premie voor de basisverzekering inzichtelijk te maken, is gekozen voor de volgende combinaties:

Variant 1:

- Procentuele premie voor de care: 10,67%.
- Procentuele premie voor de cure: 7,35% (werkgever 4,18% en werknemer 3,17%).
- Nominale premie per volwassene f 492,- per jaar.
- Nominale premie per kind f 246,- per jaar.

Variant 1a:

- Procentuele premie voor de care: 10,67%.
- Procentuele premie voor de cure: 7,35% (werkgever 4,18% en werknemer 3,17%).
- Nominale premie per volwassene f 587,- per jaar.
- Nominale premie per kind f 0,-.

Variant 2:

- Procentuele premie voor de care: 10,67%.
- Nominale premie per volwassene f 2833,- per jaar (werknemers ontvangen van de werkgever een tegemoetkoming van f 1546).
- Nominale premie per kind f 1416,50 per jaar (werknemers ontvangen van de werkgever een tegemoetkoming van f 773).

Variant 3:

- Procentuele premie voor de care: 10,67%
- Procentuele premie voor de cure: 4,18% (werkgevers betalen 4,18% en werknemers betalen voor de care geen procentuele premie)
- Nominale premie per volwassene f 1493,- per jaar.
- Nominale premie per kind f 746,50 per jaar.

Variant 4:

- Procentuele premie voor de care: 10,67%
- Nominale premie per volwassene f 2833,- per jaar.
- Nominale premie per volwassene f 1416,50 per jaar.

- Werknemers voor wie de werkgever nu een procentuele premie betaalt (ziekenfonds- en KPZ-verzekerden), krijgen dit geld uitgekeerd via een verhoging van het bruto loon. De bestaande tegemoetkoming voor particulier verzekerde werknemers blijft zoals deze nu is.

In variant 1, 1a, 2 en 3 wordt uitgegaan van een gemiddelde werkgeversbijdrage voor ziektekosten. De gemiddelde werkgeversbijdrage is zodanig berekend dat het macro bedrag dat werkgevers in het huidige ziektekostenstelsel bijdragen na de stelselwijziging niet verandert. Omdat werkgevers in het huidige ziektekostenstelsel op zeer verschillende wijze bijdragen aan de ziektekostenpremie van hun werknemers, zal dit tussen werkgevers wel tot verschuivingen in de hoogte van de werkgeversbijdrage leiden. In variant 4 wordt dit bezwaar ondervangen omdat werkgevers zowel micro als macro hetzelfde blijven betalen. Het voordeel van deze variant is dat de lasten voor werkgevers niet veranderen.

Bij de premiestelling is rekening gehouden met een verplicht eigen risico van f 200,- conform het SER-advies. In de eerste variant is deze korting in mindering gebracht op het procentuele premiedeel. In de andere varianten – waar geen procentuele werknemerspremie bestaat – is de nominale premie verlaagd.

Aangenomen is dat de introductie van een verplicht eigen risico als voorgesteld door de SER per saldo leidt tot een vermindering van de zorgconsumptie (macro) met ruim 0,5 miljard¹. Bij acceptatie van hogere eigen risico's krijgt men een premiekorting. De premiekorting bij hogere vrijwillige eigen risico's is in alle varianten in mindering gebracht op het nominale premiedeel. De volgende paragraaf bespreekt in detail de premiestelling op microniveau. In deze paragraaf beperken we ons tot de financiering op macroniveau. Aangenomen is dat 25% van de verzekerden voor een vrijwillig eigen risico van f 600,- zal kiezen en 10% voor een eigen risico van f 1000,-² (dit is een vrijwillig eigen risico bovenop een verplicht eigen risico van f 200,-).

¹ Gebaseerd op SCP, Analyse effecten invoering IZA-systeem voor ziekenfonds-verzekerden, Den Haag, 1995.

² Idem.

Tabel 4. Financiering basisverzekering (macro in miljoen)

	Variant 1	Variant 1 ^a	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Omvang basis verzekering	78 036	78 036	78 036	78 036	78 036
Volume-effect verplicht eigen risico f 200,-	- 500	- 500	- 500	- 500	- 500
Totaal	77 536	77 536	77 536	77 536	77 536
Werkgeverspremie basisverzekering	18 940	18 940	(18 940 ^a)	18 940	(18 940 ^a)
- waarvan inkomensafhankelijk	18 940	18 940		18 940	
- waarvan nominaal			(18 940 ^a)		(18 940 ^a)
Werknemerspremie basisverzekering	48 832	49 147	67 772	48 832	67 772
- waarvan inkomensafhankelijke premie care	27 720	27 720	27 720	27 720	27 720
- waarvan inkomensafhankelijke premie cure	14 156	14 156	0	0	0
- waarvan nominale premies cure	6 956	7 271	40 052 ^b	21 112	4 0052 ^c
Rijksbijdrage care	3 698	3 698	3 698	3 698	3 698
Rijksbijdrage cure	0	0	0	0	0
Totaal eigen betalingen	6 081	5 752	6 081	6 081	6 081
- eigen betalingen care	3 522	3 522	3 522	3 522	3 522
- eigen betalingen curatieve zorg a.g.v. verplicht eigen risico van f 200,-	2 545	2 230	2 545	2 545	2 545
Additionele eigen betalingen curatieve zorg bij f 800,- eigen risico (25% van de verzekerden)	1 380	1 380	1 380	1 380	1 380
Additionele eigen betalingen curatieve zorg bij f 1200,- eigen risico (10% van de verzekerden)	815	815	815	815	815
Totaal nominaal gefinancierd	12%	12%	55%	30%	55%
Totaal inkomensafhankelijk gefinancierd	88%	88%	45%	70%	45%

^a Werkgever betaalt werkgeversdeel direct aan verzekerde.

^b De werkgeverspremie wordt aan de werknemer uitbetaald. Per saldo betalen werknemers dus 39 956 - 18 940 = 21 016 mln.

^c Werkgeversdeel wordt ongewijzigd in het bruto loon verdisconteerd (huidige werkgeversbijdrage zie tabel 2).

In de tabel is aangegeven dat introductie van een verplicht eigen risico uit het SER-voorstel de omvang van de te financieren zorg met ruim 0,5 miljard vermindert. Omdat aannemelijk is dat de vrijwillige eigen risico's hierboven op van 600 en 1000 gulden hier weinig aan toevoegen, is hiervoor geen volume-effect ingeboekt. De in tabel 4 gegeven percentages voor het aandeel nominale en procentuele financiering zijn inclusief de financiering van de AWBZ.

De werkgeversbijdrage is zodanig gekozen dat macro de bijdrage van (de particuliere) werkgevers gelijk is aan die in de huidige situatie. Concreet betekent dit dat in deze opstelling *alle* werkgevers (verplicht) mee gaan betalen aan de ziektekosten van hun werknemers. Omdat de overheids-werkgevers in het algemeen meer bijdragen aan de ziektekostenverzekering (de interimregeling en de KPZ-regeling) dan het bedrijfsleven, houden (met name de interim) overheidswerkgevers door deze systematiek geld over in de ziektekosten sfeer. Deze ruimte zal echter ingezet moeten worden om de negatieve inkomenseffecten van de nieuwe uniforme werkgeversbijdrage voor (met name de rijks)ambtenaren te repareren.

Uit de tabel blijkt dat het deel van de zorg dat inkomensafhankelijk gefinancierd wordt tussen de varianten sterk varieert. In de eerste en derde variant is het percentage dat nominaal gefinancierd wordt relatief bescheiden omdat de hele AWBZ (de helft van de verstrekkingen) procentueel gefinancierd wordt en omdat er van uit gegaan is dat de werkgeversbijdrage via procentuele premies geheven wordt. In de volgende paragraaf komen we nog terug op de voor- en nadelen van inkomensafhankelijke financiering van werkgeverspremies.

4. Financiering van de algemene verzekering – micro

In aanvulling op de macroberekeningen in de vorige paragraaf kijken we in deze paragraaf naar de consequentie voor de te betalen premies op microniveau. Hoeveel premies gaan mensen nu in de verschillende situaties betalen?

Tabel 5. Premies basisverzekering op microniveau (gulden per jaar per verzekerde)

	Variant 1	Variant 1 ^a	Variant 2	Variant 3	Variant 4
					Procentuele premies (f)
– Werknemersdeel care ^a (max f 59 520,-)	10,67%	10,67%	10,67%	10,67%	10,67%
– Werknemersdeel cure (max. f 59 520,-)	3,17%	3,17%	0	0	0
– Werkgeversdeel cure (max.f 59 520,-)	4,18%	4,18%	0	4,18%	^c
					Nominale premies (f)
– Nominale werkgeversbijdrage ^b	0	0	1 546	0	^c
– Nominale werknemers premie bij eigen risico van f 200,-	492	587	2 833	1 493	2 833
– Nominale werknemers premie bij eigen risico van f 800,-	102	197	2 443	1 103	2 443
– Nominale werknemers premie bij eigen risico van f 1200,-	–	–	2 263	923	2 263
					Eigen betalingen (f)
– Gemiddelde eigen betaling bij eigen risico van f 200,-	180	180	180	180	180
– Gemiddelde eigen betaling bij eigen risico van f 800,-	570	570	570	570	570
– Gemiddelde eigen betaling bij eigen risico van f 1200,-	750	750	750	750	750

^a Huidige AWBZ-premie.

^b Vergoeding van de werkgever aan de werknemer.

^c Varieert afhankelijk van huidige werkgeversbijdrage (zie tabel 2).

Uit tabel 5 blijkt het verschil tussen de varianten 1 en 3 bij eenzelfde procentuele werkgeversbijdrage te liggen in de premiemix voor het werknemersdeel (in variant 1 cf. huidige ZFW, in variant 2 volledige nominale premie). Het verschil tussen varianten 2 en 3 betreft het al of niet inkomensafhankelijk zijn van de werkgeversbijdrage. In variant 3 wordt deze als inkomensafhankelijke premie direct afgedragen aan de Centrale Kas, in variant 2 wordt de nominale werkgeversbijdrage aan de verzekerde uitgekeerd waarna deze de gehele nominale premie betaalt aan de verzekeraar.

Uit tabel 5 blijkt ook dat de vrijwillige uitbreiding van het eigen risico tot f 800,- en f 1200,- gulden (een mogelijk verplicht eigen risico van f 200,- plus een vrijwillig eigen risico van f 600,- of f 1000,-) tot een premiereductie leidt van respectievelijk f 390,- en f 570,- per verzekerde per jaar. Deze premiereductie is per persoon, en berekend onder de veronderstelling dat de verzekeraars bij de vaststelling van deze kortingen geen rekening houden met de risico's die mensen inbrengen. Met andere woorden: de premiereductie is, afhankelijk van het gekozen eigen risico, voor iedereen gelijk.

Eigen risico's en premiekortingen gelden per individu. Of iemand voor een eigen risico zal kiezen hangt af van zijn eigen risicoperceptie. Afhankelijk van de mate waarin men verwacht dat men het eigen risico volmaakt, kan men zijn verwachte inkomenspositie verbeteren. Iemand die verwacht dat hij het eigen risico volmaakt, zal er normaal gesproken van afzien om een eigen risico te accepteren, omdat de premiekorting altijd kleiner zal zijn dan dit eigen risico. Mensen die zeker weten geen zorg te consumeren, zullen altijd het eigen risico accepteren. Veel mensen zullen zich tussen deze twee extremen in bevinden; zij verwachten in sommige jaren het eigen risico vol te maken en in andere jaren niet. In deze gevallen hangt

het ook van de individuele preferenties van mensen (de mate van risicoaversie) af of men al dan niet voor een eigen risico zal kiezen.

Tabel 6. Effecten op microniveau bij vrijwillig eigen risico's van 800 en 1200 gulden

	Premie-korting	Eigen betaling			Koopkrachteffect		
	Geen medische kosten	ER vol gemaakt	Gemiddeld		Geen medische kosten	ER vol gemaakt	Gemiddeld
Eigen risico van f 800	- f 570 ^a	0	f 800,-	f 570,-	f 570,-	- f 230,-	0
Eigen risico van f 1 200	- f 750 ^a	0	f 1 200,-	f 750,-	f 750,-	- f 450,-	0

^a inclusief de premiereductie van f 180,- als gevolg van een verplicht eigen risico van f 200,-.

Bovenstaande berekeningen berusten overigens op vergaande veronderstellingen over de premiestelling door de verzekeraars. Verzekeraars worden verondersteld de premiekorting niet te differentiëren naar risico. Dit is een houdbare veronderstelling als de ex-ante verevening goed werkt. Naarmate de verevening minder goed werkt, en verzekeraars over additionele informatie op individueel niveau beschikken krijgen zij sterkere incentives om dit wel te doen. Verzekeraars verbieden de premiekorting te differentiëren en verzekeraars voor alle eigenrisicovarianten een acceptatieplicht op leggen, kan helpen dit te voorkomen.

De keuzevrijheid ten aanzien van het eigen risico beïnvloedt de inkomenseffecten van de invoering van een algemene verzekering voor mensen in, voor het overige, geheel vergelijkbare omstandigheden. Omdat mensen alleen voor een aanvullend vrijwillig eigen risico zullen kiezen als ze erop vooruit gaan, is in de koopkrachtberekeningen volstaan met het doorrekenen van de varianten met eigen risico van f 200,-.

In paragraaf 2 zijn de premielasten voor het huidige zorgstelsel gegeven (tabel 3). Zoals daar wordt opgemerkt, worden de inkomenseffecten veroorzaakt doordat in het huidige zorgstelsel uiteenlopende premieregimes gelden en in het nieuwe zorgstelsel één premieregime. In onderstaande tabel zijn de premielasten voor variant 1, 2, 3 en 4 gegeven. In de tabel worden de premielasten (inclusief belasting van het werkgeversdeel) gegeven in guldens per jaar en als percentage van het besteedbaar inkomen.

Tabel 7. Premielasten tweede compartiment voor vier varianten (gulden per jaar, % besteedbaar inkomen)

	Variant 1		Echtpaar		Variant 1a		Echtpaar		Variant 2		Echtpaar		Variant 3		Echtpaar		Variant 4		Echtpaar	
	Alleenstaand premie f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Werknemer																				
- minimum inkomen	2 326	9	3 670	11	2 421	9	3 188	9	2 055	8	6 164	18	2 196	8	5 542	16	1 835	7	7 861	23
- modaal	3 549	9	4 893	10	3 644	9	4 411	9	2 055	5	6 265	13	2 596	6	5 942	12	965	2	6 991	15
- loongrens - f 1,-	3 604	8	4 948	10	3 699	8	4 466	9	2 116	5	6 349	12	2 718	6	6 064	12	1 046	2	7 072	14
- loongrens + f 1,-	3 604	8	4 948	10	3 699	8	4 466	9	2 116	5	6 349	13	2 718	6	6 064	13	2 266	5	6 798	14
- 2x modaal inkomen	3 853	5	5 197	7	3 948	5	4 715	6	2 271	3	6 813	9	2 967	4	6 313	8	2 395	3	7 184	9
Zelfstandigen																				
- minimum inkomen	1 967	6	3 311	9	2 062	7	2 829	8	3 013	10	9 039	26	2 409	8	5 755	16	3 013	10	9 039	26
- modaal	1 922	4	4 914	9	2 017	4	4 432	8	3 013	7	9 039	17	1 673	4	6 667	12	3 013	7	9 039	17
- loongrens - f 1,-	2 003	4	5 103	9	2 098	4	4 621	8	3 013	6	9 039	16	1 673	4	6 775	12	3 013	6	9 039	16
- loongrens + f 1,-	2 003	4	5 103	10	2 098	4	4 621	9	3 013	6	9 039	18	1 673	3	6 775	13	3 013	6	9 039	18
- 2x modaal inkomen	2 559	3	6 391	8	2 654	3	5 909	7	3 013	4	9 039	11	1 673	2	7 507	9	3 013	4	9 039	11
Rijksambtenaar																				
- minimum inkomen	2 278	9	3 622	12	2 373	9	3 140	10	2 034	8	6 144	20	2 167	8	5 513	18	1 287	5	4 724	15
- modaal	3 426	9	4 770	11	3 521	9	4 288	10	2 055	5	6 164	14	2 544	6	5 890	13	1 287	3	4 724	11
- 2x modaal inkomen	3 853	5	5 197	7	3 948	6	4 715	6	2 271	3	6 813	9	2 967	4	6 313	8	1 287	2	4 724	6
KPZ ambtenaar																				
- minimum inkomen	2 278	9	3 622	11	2 373	9	3 140	9	1 467	6	6 144	19	2 167	8	5 513	17	2 024	8	8 050	24
- modaal	3 462	9	4 806	10	3 557	9	4 324	9	2 055	5	6 190	13	2 556	7	5 902	13	1 316	3	7 342	16
- 2x modaal inkomen	3 853	6	5 197	7	3 948	6	4 715	6	2 271	3	6 813	9	2 967	4	6 313	8	798	1	6 824	9
65-plusser																				
- AOW	2 352	12	3 660	13	2 391	12	3 737	13	3 013	15	6 026	21	2 631	13	4 668	16	3 013	15	6 026	21
- AOW + f 10 000,-	3 115	11	4 423	13	3 126	11	6 677	21	3 013	11	6 026	18	3 065	11	5 102	15	3 013	11	6 026	18
- AOW + f 30 000,-	3 115	11	5 950	12	4 596	11	5 942	12	3 013	7	6 026	12	3 933	9	5 970	12	3 013	7	6 026	12

In variant 1 en 3 zijn de werkgeverspremies procentueel. In deze varianten ligt het voor de hand om deze premies te gebruiken om het vereveningsfonds te vullen. In de tweede variant is de werkgeversbijdrage een nominaal bedrag dat de werkgever aan de werknemer uitkeert. De werknemer betaalt aan de verzekeraar dan een veel grotere nominale premie. Het voordeel van deze variant is dat de verzekerden geconfronteerd worden met een duidelijk beeld van de kosten van de zorg. Alleen de financiering van het eerste compartiment voltrekt zich dan nog grotendeels buiten het zicht van de verzekerden om. Er zijn echter ook nadelen aan verbonden. Een nadeel van een hoge nominale premie is dat er grotere negatieve koopkrachteffecten gerepareerd moeten worden via de fiscaliteit. Daarnaast leidt het opleggen van een wettelijk verplichte werkgeversbijdrage hetzij procentueel, dan wel nominaal, in het particuliere segment tot uiteenlopende loonkostenmutaties. Dit komt doordat werkgeversbijdragen nu in omvang verschillen. In sommige sectoren zijn deze bijdragen namelijk al verwerkt in het bruto loon, terwijl elders een groot deel wordt vergoed. Het uitkeren van nominale premies aan verzekerden, die dit weer aan verzekeraars moeten doorgeven, die op hun beurt weer een deel

hiervan in het vereveningsfonds moeten storten, leidt tot het rondpompen van geld, met alle transactiekosten van dien. Bovendien leiden nominale werkgeverspremies tot sterk stijgende loonkosten bij werknemers met een laag inkomen, in het bijzonder voor werknemers met een deeltijdbaan. Omdat ook de koopkrachteffecten aanzienlijk zijn, zijn de compensatiekosten in deze variant dan ook hoog. Variant 4 vermijdt dit effect door in een nominale variant de huidige werkgeversbijdragen in het brutoloon te verdisconteren. Naast dit voordeel is er een aantal nadelen. De brutering van de procentuele werkgeverspremie ziektekosten in het brutoloon betekent een verhoging van het brutoloon en daarmee verhoging van een aantal rechten voor werknemers die niet beoogd zijn (bijvoorbeeld verhoging van de pensioenaanspraken). Het zal niet eenvoudig zijn deze niet-beoogde effecten weg te nemen. Een tweede nadeel is het feit dat de werkgeversbijdrage voor ziektekosten onzichtbaar wordt. Het is niet langer duidelijk dat de werkgever meebetaalt in de ziektekostenpremie voor zijn werknemers. In geval van een ongeluk op de werkvloer kan de werknemer zijn werkgever dan wellicht aansprakelijk stellen en compensatie voor zijn ziektekosten eisen. In het huidige stelsel waar de werkgever zichtbaar meebetaalt aan de ziektekosten van zijn werknemer, heeft de werkgever deze claim van te voren afgekocht.

Een ander aspect van zichtbare werkgeversbijdragen is dat in het SER-advies wordt gesteld dat het verdwijnen van de werkgeversbijdrage voor ziektekosten tot gevolg heeft dat toekomstige kostenverhogingen aan de werkgevers voorbij gaan. De SER pleit er echter voor de werkgeversbijdrage ook in het nieuwe stelsel voor de toekomst vast te leggen. Een derde nadeel is dat de negatieve koopkrachteffecten behorend bij een nominale premievariant aanzienlijk groter worden. Dit is een gevolg van het feit dat in de nominale variant de werkgeversbijdrage is afgestemd op de samenstelling van het huishouden. In de bruteringsvariant krijgen alleenstaanden en gezinnen met kinderen evenveel van de werkgever. Deze slaan vooral neer bij gezinnen met een inkomen onder de loongrens ziekenfondswet en kinderen. Reparatie van deze effecten zal derhalve een relatief zware inspanning vragen.

5. Inkomenseffecten

Introductie van een algemene verzekering langs de contouren zoals in dit memo geschetst, heeft inkomenseffecten. Daarbij wordt steeds uitgegaan van een mogelijk verplicht eigen risico van 200 gulden, conform de SER. Alleen mensen die verwachten profijt te hebben van een hoger eigen risico zullen hiervoor kiezen. In onderstaande inkomenseffecten is dus alleen rekening gehouden met een verplicht eigen risico van 200 gulden per persoon en niet met de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico.

In deze paragraaf willen we een aantal aspecten van de koopkrachtproblematiek voor het voetlicht brengen. De kwantitatieve uitkomsten hangen af van de gemaakte veronderstellingen ten aanzien van premiestelling en pakketomvang. Kwalitatief kunnen een aantal effecten echter gegeneraliseerd worden. Dat wil zeggen: de groepen die er sterk op achteruitgaan of fors op vooruitgaan zijn in alle varianten dezelfde. Om zicht te krijgen op de inkomensproblematiek – en op de taakstelling voor de fiscale compensatie – is het nuttig om een helder beeld te hebben van welke groepen op welke manier door de stelselwijziging worden beïnvloed.

5.1 Inkomenseffecten vóór compensatie

Bij de berekening van de inkomenseffecten is in eerste instantie de Rijksbijdrage ZFW (ad. 7 mld.) teruggetrokken om daarna als financieringsbron voor compensatie te kunnen dienen. Daardoor geven de hierna gepresen-

Tabel 10. Inkomenseffecten tweeverdieners (beide werknemer)

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3	Variant 4
	Mutatie in besteedbaar inkomen (%)						
Tweeverdiener zonder kinderen							
Part 1: Lg ^a - f 1,- + Part 2: f 10 000	75 699	53 073	-2,5	-2,9	-1,3	-2,2	-0,5
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: f 20 000	85 699	59 986	-2,4	-2,7	-0,6	-1,5	0,8
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: f 30 000	95 699	67 402	-2,3	-2,6	0,0	-1,0	1,8
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 10 000	75 701	53 618	-3,5	-3,9	-2,3	-3,2	-3,8
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 20 000	85 701	60 531	-3,3	-3,6	-1,5	-2,4	-2,2
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 30 000	95 701	67 947	-3,1	-3,4	-0,8	-1,8	-0,8
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: Lg - f 1,-	131 398	87 289	-2,0	-2,2	1,4	0,0	3,8
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: Lg + f 1,-	131 402	88 379	-3,2	-3,4	0,1	-1,2	-0,2
Tweeverdiener met twee kinderen							
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: f 10 000	75 699	57 959	-3,5	-3,0	-4,8	-4,8	-5,7
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: f 20 000	85 699	64 656	-3,3	-2,8	-4,8	-4,0	-4,0
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: f 30 000	95 699	72 072	-3,1	-2,7	-3,8	-3,3	-2,5
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 10 000	75 701	56 325	-0,7	-0,1	-2,1	-2,1	-3,8
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 20 000	85 701	63 022	-0,8	-0,3	-1,3	-1,5	-2,2
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: f 30 000	95 701	70 438	-0,9	-0,4	-0,7	-1,0	-0,9
Part 1: Lg - f 1,- + Part 2: Lg - f 1,-	131 398	91 875	-2,7	-2,3	-1,0	-1,8	0,4
Part 1: Lg + f 1,- + Part 2: Lg + f 1,-	131 402	90 786	-1,5	-1,1	0,2	-0,6	-0,3

a = Loongrens

In tabel 11 zijn de inkomenseffecten (voor compensatie) weergegeven voor 65-plussers.

Tabel 11. Inkomenseffecten van AOW-ers

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3	Variant 4
	Mutatie in besteedbaar inkomen (%)						
Alleenstaande							
AOW	23 149	20 313	-2,9	-3,4	-2,2	-4,1	-4,8
AOW + f 10 000	33 149	28 266	-2,7	-3,0	0,2	-2,4	-1,5
AOW + f 20 000	43 149	35 118	-0,9	-1,2	3,4	0,2	2,0
AOW + f 30 000	53 149	43 106	-2,5	-2,7	2,8	-0,8	1,6
Echtpaar							
AOW	31 911	28 349	-3,7	-4,3	-7,7	-6,9	-10,6
AOW + f 10 000	41 911	32 445	8,1	7,6	6,9	6,3	4,4
AOW + f 20 000	51 911	40 791	4,8	4,3	5,4	4,1	3,5
AOW + f 30 000	61 911	48 779	2,5	2,1	4,5	2,6	2,9

5.2 Inkomenseffecten na compensatie

In tabel 12 worden de inkomenseffecten voor alleenstaanden met elkaar vergeleken, maar nu inclusief compensatiemaatregelen (zie paragraaf 6 voor nadere toelichting) voor variant 1,2 en 3. De negatieve inkomenseffecten die in variant 4 voorkomen zijn zonder nieuw fiscaal instrumentarium (de mogelijkheid om heffingskortingen uit te betalen) moeilijk te compenseren. Dit is vooral (m.n. voor deeltijdwerkers) een gevolg van het feit dat de inkomenseffecten voor gezinnen met kinderen en laag inkomen in deze variant fors negatief worden.

Tabel 12. Inkomenseffecten van alleenstaanden met wettelijk minimumloon (%)

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
Werknemer (ZFW)	33 340	26 038	0,0	0,0	1,2	0,0
Ambtenaar (rijk)	33 340	26 069	0,5	0,5	1,5	0,2
Ambtenaar (KPZ)	33 340	25 556	0,6	0,6	1,8	0,6
AOW + f 10 000	33 149	28 266	1,7	1,8	3,3	0,4
Zelfstandige	33 340	31 059	1,0	1,0	- 3,6	- 1,6

Voor alleenstaanden en gezinnen rond de ziekenfondsgrens worden in onderstaande tabel de inkomenseffecten getoond inclusief de compensatiemaatregelen.

Tabel 13. Inkomenseffecten van alleenstaanden en gezinnen rond loongrens ZFW (%)

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
Alleenstaanden						
Werknemer (loongrens – f 1)	65 699	43 644	1,2	1,2	1,4	1,4
Werknemer (loongrens + f 1)	65 701	44 189	0,0	0,0	0,1	0,2
Ambtenaar (Rijk; modaal)	58 507	39 994	0,0	0,0	0,0	0,0
Ambtenaar (KPZ; modaal)	59 320	38 886	1,7	1,7	1,9	2,1
Zelfstandige (loongrens – f 1)	59 320	45 640	1,6	1,6	3,1	1,3
Zelfstandige (loongrens + f 1)	62 562	47 430	0,6	0,6	2,0	0,2
Alleenverdiener met kinderen						
Werknemer (loongrens – f 1)	65 699	51 159	0,1	0,4	- 0,2	0,5
Werknemer (loongrens + f 1)	65 701	47 671	4,3	4,7	4,8	7,7
Ambtenaar (Rijk; modaal)	58 507	44 481	5,7	6,1	5,3	6,0
Ambtenaar (KPZ; modaal)	59 320	46 404	0,4	0,8	0,1	1,0
Zelfstandige (loongrens – f 1)	59 320	53 578	- 0,3	0,1	- 2,6	- 0,3
Zelfstandige (loongrens + f 1)	62 562	55 368	9,7	10,0	7,1	9,6

Alleenstaande werknemers en zelfstandigen net onder de loongrens gaan er (zonder fiscale compensatie) na invoering van de algemene verzekering op vooruit omdat zij in de huidige situatie relatief veel aan de solidariteit bijdragen. Dezelfde personen net boven de loongrens gaan er dus aanzienlijk minder op vooruit (zonder compensatiemaatregelen gaan zij erop achteruit). Kijken we echter naar alleenverdieners met kinderen dan is het beeld precies andersom. Degene die in de uitgangssituatie net boven de loongrens zit gaat er meer op vooruit dan degene net onder de loongrens; degene die er onder zit gaat erop achteruit. Bij de ambtenaren maakt het een groot verschil of men onder de KPZ-regeling valt of dat men onder de interim-regeling valt en of het een alleenstaande of alleenverdiener met kinderen betreft.

In de koopkrachtberekeningen wordt gekeken naar de inkomenspositie op huishoudniveau. Een snel in omvang toenemende groep huishoudens zijn de tweeverdieners. Het inkomenseffect van een tweeverdienende huishouden zonder kinderen kan over het algemeen benaderd worden door de inkomenseffecten van de twee partners als alleenstaanden te wegen. In geval van een tweeverdienend huishouden met kinderen kan het inkomenseffect van een alleenstaande met kinderen (voor de meestverdienende) gewogen worden met het inkomenseffect van een alleenstaande zonder kinderen (de minstverdienende). Toch is het in het geval van een wijziging in het zorgstelsel moeilijk om zicht te krijgen op de inkomensgevolgen voor tweeverdienende huishoudens. Dit komt doordat zich in de uitgangssituatie veel verschillende combinaties van verzekeringsvormen kunnen voordoen, met verschillende premiestructuren (procentueel versus nominaal, met en zonder kinderpremies, etc). Eveneens gaan mensen die in deeltijd werken er in het algemeen op achteruit. Voor mensen met een

betrekkelijk laag inkomen en relatief hoge heffingskortingen (bijvoorbeeld: deeltijders en zelfstandigen) biedt een verhoging van de heffingskorting geen soelaas. Het probleem is dat voor deze categorieën de belasting en premiedruk nagenoeg nihil is.

Tabel 14 Inkomenseffecten tweeverdieners met en zonder kinderen (%)

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
tweeverdiener zonder kinderen						
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 10 000	75 699	53 073	0,6	1,3	-0,7	-1,1
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 20 000	85 699	59 986	1,0	1,0	0,8	0,5
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 30 000	95 699	67 402	0,7	0,7	1,2	0,8
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 10 000	75 701	53 618	-0,4	0,3	-1,7	-2,1
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 20 000	85 701	60 531	0,1	0,1	-0,1	-0,4
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 30 000	95 701	67 947	-0,1	-0,1	0,4	0,0
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: Loongrens – f 1,-	131 398	87 289	1,2	1,2	1,4	1,4
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: Loongrens + f 1,-	131 402	88 379	0,0	0,0	0,1	0,2
tweeverdiener met twee kinderen						
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 10 000	75 699	57 959	-2,6	-2,6	-1,6	0,2
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 20 000	85 699	64 656	-2,5	-2,5	-1,9	0,5
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: f 30 000	95 699	72 072	-2,4	-2,4	-1,2	0,7
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 10 000	75 701	56 325	0,2	0,2	1,2	3,1
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 20 000	85 701	63 022	0,0	0,0	1,6	3,1
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: f 30 000	95 701	70 438	-0,2	-0,2	2,0	3,1
Part 1: Loongrens – f 1,- + Part 2: Loongrens – f 1,-	131 398	91 875	-1,2	-1,2	0,2	1,4
Part 1: Loongrens + f 1,- + Part 2: Loongrens + f 1,-	131 402	90 786	0	0,0	1,4	2,7

Een laatste groep die aandacht verdient zijn de gepensioneerden. Over het algemeen gaan AOW-ers met aanvullende pensioenen door de koppelingssystematiek erop vooruit. Dit geldt echter niet voor de gepensioneerde echtparen met alleen AOW. Deze laatste groep wordt in de koopkrachtberekeningen verondersteld ziekenfondsverzekerd te zijn, terwijl de anderen verondersteld worden particulier verzekerd te zijn. In werkelijkheid geldt de veronderstelling voor de verzekeringsvorm niet voor alle AOW-ers. Het wel of niet ZFW-verzekerd zijn hangt namelijk mede af van de verzekeringsvorm op het moment dat men 65 wordt. KPZ-ambtenaren blijven na hun pensionering onder de KPZ-regeling vallen en betalen een premie waarvan de hoogte afhangt van het laatstgenoten salaris. De inkomensgevolgen voor deze niet-standaard groepen blijven vooralsnog onderbelicht.

Tabel 15. Inkomenseffecten van AOW-ers (%)

	Bruto inkomen	Besteedbaar inkomen	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
Alleenstaande						
AOW	23 149	20 313	3,3	3,4	2,4	0,0
AOW + f 10 000	33 149	28 266	1,7	1,8	3,3	0,4
AOW + f 20 000	43 149	35 118	2,5	2,6	5,9	2,3
AOW + f 30 000	53 149	43 106	0,4	0,4	4,8	0,9
Echtpaar						
AOW	31 911	28 349	1,1	1,1	-0,9	-1,1
AOW + f 10 000	41 911	32 445	12,3	12,3	12,9	11,4
AOW + f 20 000	51 911	40 791	8,1	8,1	10,1	8,1
AOW + f 30 000	61 911	48 779	5,2	5,2	8,5	5,9

In variant 2 en 3 kan onvoldoende fiscale compensatie worden ingezet om koopkrachtbehoud te realiseren voor AOW-echtparen. In deze variant zijn de belastbare inkomens nihil, zodat andere instrumenten (bijvoorbeeld verhoging van de AOW-uitkering) moeten worden overwogen. De in de koopkrachtberekeningen gemaakte veronderstellingen komen niet altijd overeen met de werkelijkheid op individueel niveau. Dit geldt in zijn algemeenheid in berekeningen waarin het inkomenseffect voor een groep mensen wordt benaderd door te kijken naar het inkomenseffect van een representatief geacht individu uit die groep. Voor veranderingen in het zorgstelsel geldt dit wel in bijzondere mate, omdat de verschillen in verzekeringsvorm in de uitgangssituatie slechts in geringe mate samenvallen met de groepen die in inkomensberekeningen (kunnen) worden onderscheiden. Welke aggregatieniveau er ook gekozen wordt, altijd zal men constateren dat binnen de groepen deelgroepen aanwezig zijn die andere inkomenseffecten ervaren (bijvoorbeeld alleenstaande ouders). Bij de fiscale compensatie zal – tot op zekere hoogte – ook met deze niet-standaardeffecten rekening gehouden moeten worden.

6. (Fiscale) compensatie

In deze paragraaf wordt geïnventariseerd met welke instrumenten inkomensreparatie vorm zou kunnen krijgen en met welke budgettaire belasting dit gepaard gaat. Bij de compensatie wordt alleen gebruik gemaakt van bestaande fiscale instrumenten. Dit maakt met name de fiscale compensatie van mensen onder in het inkomensgebouw moeilijk. Omdat deze mensen (bijna) geen belasting en premie betalen kunnen zij met de voor de hand liggende fiscale instrumenten van heffingskortingen niet bereikt worden. Heffingskortingen die leiden tot negatieve belastingaanslagen worden onder de bestaande fiscale regels niet uitgekeerd. Om die reden is voor variant 4 geen compensatie pakket berekend.

De budgettaire belasting waarmee fiscale compensatie van inkomenseffecten door een wijziging van het verzekeringsstelsel gepaard gaat, is het gevolg van het feit dat de inkomensmutatie van mensen die vanuit fiscaal oogpunt vergelijkbaar zijn, in de uitgangssituatie anders bijdragen aan de financiering van de zorg. In de vorige paragraaf zijn enkele groepen waarvoor dit geldt gepresenteerd. In de fiscale sfeer kan tussen deze groepen niet gediscrimineerd worden. De compensatie moet het inkomensverlies compenseren voor de meest getroffen groep. De fiscaal-vergelijkbare groepen die er door de stelselwijziging relatief weinig op achteruit gaan of er zelfs op vooruit gaan worden door de fiscale compensatie te ruim bedeed. Zij zullen er na fiscale compensatie in inkomen op vooruit gaan. Deze plussen in de koopkracht op microniveau (gesaldeerd met eventuele minnen die niet gecompenseerd worden) vormen de bron van de budgettaire belasting op macroniveau. In tabel 16 staat een overzicht van de ingezette fiscale maatregelen om de inkomenseffecten in de drie varianten te compenseren, en de budgettaire belasting waar dit mee gepaard gaat.

Tabel 16. Instrumenten voor fiscale compensatie bij drie verzekeringsvarianten (gulden/jaar)

	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
Maatregelen 65–				
Heffingskorting	655	716	825	610
Extra verhoging tariefgroep 3	–		470	555
Mutatie tarief schijf 2	– 2,58%	2,58%	3,22%	
Mutatie tarief schijf 3	– 1%	– 1%	– 0,5%	
Verhoging zelfstandigen aftrek	500	500	1 300	370

	Variant 1	Variant 1a	Variant 2	Variant 3
Verhoging loon rijksambtenaren ^a	2,76%	2,76%	2,55%	2,3%
Mutatie kinderbijslag per kind	- 750	- 1 232	440	750
Mutatie kinderkorting	1 370	- 1 370	1 035	
Geen kinderkorting boven	65 895	65 895	68 045	65 895
Maatregelen 65+				
Heffingskorting				
Mutatie algemene ouderkorting	303	303	88	100
Mutatie alleenstaande ouderkorting			- 547	- 518
Kosten netto-netto koppeling				
Bruto kosten	- 0,7 mld	- 0,7 mld	1,6 mld	- 0,7 mld
Terugtrekking rijksbijdrage	10,5 mld	10,5 mld	11,5 mld	10,0 mld
Per saldo compensatiekosten (fiscaal)	- 7,0 mld	- 7,0 mld	- 7,0 mld	- 7,0 mld
	3,5 mld	3,5 mld	4,5 mld	3,0 mld
Compensatie veronderstelde werkgeverslasten				
	0,8 mld	0,8 mld	0,8 mld	0,8 mld

^a De interimregeling komt te vervallen en daarvoor in de plaats komt een werkgeversbijdrage die voor werknemers en ambtenaren gelijk is. Als compensatie voor het vervallen van de interimregeling worden de bruto lonen van rijksambtenaren verhoogd.

Een groot deel van de compensatie is nodig om inkomenseffecten voor de voormalig ziekenfondsverzekerden met lage inkomens en kinderen te compenseren. Het inkomenseffect voor deze groep wordt groter naarmate er minder inkomensafhankelijk gefinancierd wordt. Alleenverdieners met kinderen in de onderste inkomensklassen, betalen slechts een geringe ziekenfondspremie en geen premies voor hun kinderen. In de nieuwe situatie zijn niet alleen de premies nominaal, maar moet ook voor de kinderen een nominale premie ter grootte van de helft van een volwassene premie worden opgebracht.

Huishoudens met kinderen die in het bestaande systeem ziekenfondsverzekerd zijn, hebben relatief grote inkomenseffecten omdat kinderen in de huidige ziekenfondsverzekering geen premie betalen. Naast compensatie via kinderbijslag en kinderkorting is het mogelijk om de inkomenseffecten voor deze groep te mitigeren door de nominale premie voor kinderen in het nieuwe systeem eveneens achterwege te laten. In onderstaande tabel zijn de budgettaire gevolgen van het achterwege laten van de nominale kinderpremie voor de drie varianten aangegeven.

Tabel 17. Budgettaire gevolgen achterwege laten van de kinderpremie

	Variant 1	Variant 2	Variant 3
Premiederving	1 176 mln	5 275 mln	2 930 mln

De compensatie van deze groepen moet gebeuren met dure instrumenten. Deze instrumenten zijn «duur» omdat ook grote groepen mensen die een veel geringer, of helemaal geen inkomensverlies leden, hiervan profiteren.

Een zelfde probleem doet zich voor bij compensatie van mensen rond de loongrens ZFW. Fiscaal vergelijkbare groepen net aan de andere kant van de loongrens krijgen dezelfde fiscale compensatie, maar hebben voor compensatie een heel andere uitgangspositie.

Problemen met de koopkracht van ambtenaren zijn vaak nog relatief eenvoudig en goedkoop op te lossen. Dit kan in een aantal gevallen door de salarisschalen aan te passen. Dit werkt echter niet voor zover de

inkomensverandering van fiscaal vergelijkbare ambtenaren veroorzaakt wordt door de gezinssituatie.

In variant 2 wordt een tegemoetkoming van de werkgever uitgekeerd aan de werknemer. De tegemoetkoming is hetzelfde voor parttimers en fulltimers. Dit heeft consequenties voor de loonkosten voor mensen die nu parttime werken. De oplopende lasten voor werkgevers in variant 2 in verband met parttimers kan gecompenseerd worden middels de Wet vermindering afdracht loonbelasting (WVA). De Wet vermindering afdracht loonbelasting en premie voor de volksverzekeringen (WVA) is van kracht vanaf 1 januari 1996. Middels deze wet kunnen hogere loonkosten voor de werkgever in de vorm van hogere werkgeversbijdrage gecompenseerd worden door lagere afdrachten voor belasting en premie. Daar is overigens in de varianten nog niet mee gerekend.

7. De mutatie in de marginale wig en de loonkosten

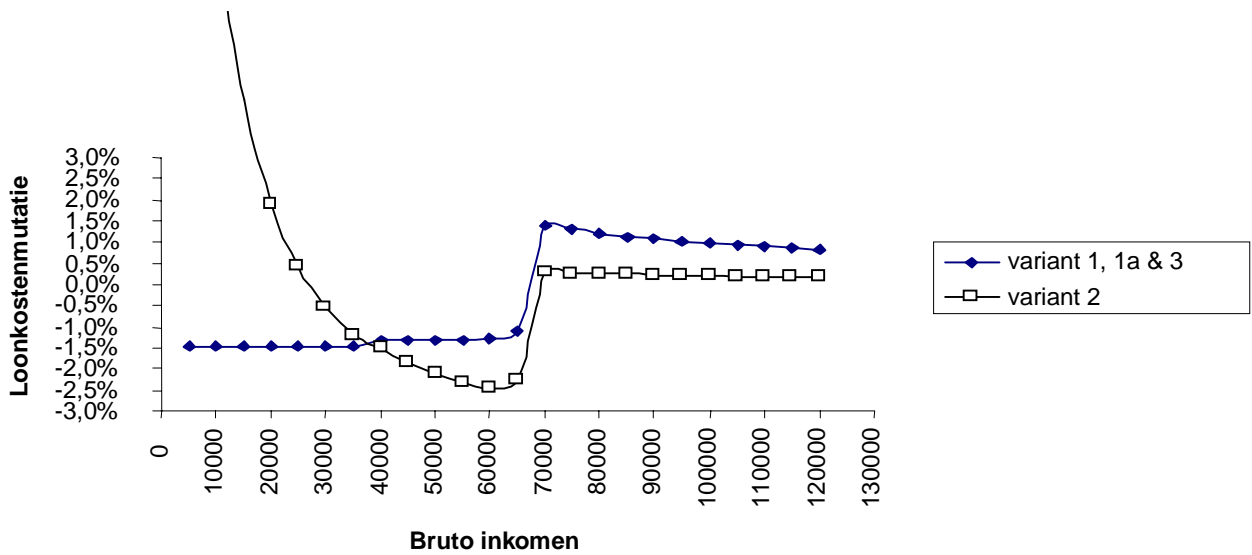
Met de wig wordt bedoeld het verschil tussen de toename van de loonkosten en de toename van het beschikbaar inkomen, ofwel de afdrachten van premies en belastingen door werkgevers en werknemers aan sociale fondsen en belastingen. De gemiddelde en marginale wig beschrijven het verband tussen de twee meest relevante loonbegrippen voor de partijen op de arbeidsmarkt. Immers voor de werkgevers zijn de loonkosten van belang terwijl dat voor de werknemers het beschikbaar inkomen is. Naarmate de gemiddelde wig hoger is, ofwel de loonkosten en het beschikbaar inkomen verder uiteen lopen wordt een efficiënte werking van de arbeidsmarkt verstoord. Dezelfde redenering geldt voor de marginale wig. Een hoge marginale wig zal ten koste gaan van de motivatie of de scholingsbereidheid van werknemers. Hierdoor is het aannemelijk dat een hoge marginale wig de werkgelegenheid negatief beïnvloedt, al is het moeilijk dit verschijnsel te kwantificeren (Bron: CEP 1996).

In grafiek 1 zijn de mutaties in de loonkosten aangegeven voor de drie varianten. In variant 1,1a en variant 3 dalen de loonkosten voor werknemers die nu via de ziekenfondswet verzekerd zijn en stijgen de loonkosten voor werknemers die nu particulier verzekerd zijn. In de variant 3 stijgen de loonkosten sterk voor mensen met een kleine baan, omdat in deze variant wordt verondersteld dat werkgevers een nominale vergoeding betalen die onafhankelijk is van de deeltijdfactor. Zou wel met een deeltijdfactor op de werkgeversvergoeding worden gerekend, dan zou de loonkostenmutatie kunnen worden gemitigeerd. In variant 4 vindt geen mutatie van de loonkosten plaats.

Tabel 18. Loonkostenmutatie voor werknemers (%)

	Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Minimum	- 1,5	- 0,5	- 1,5	0,0
Modaal	- 1,1	- 2,3	- 1,1	0,0
2x modaal	0,8	0,2	0,8	0,0

Loonkostenmutatie voor werknemer tariefgroep 2

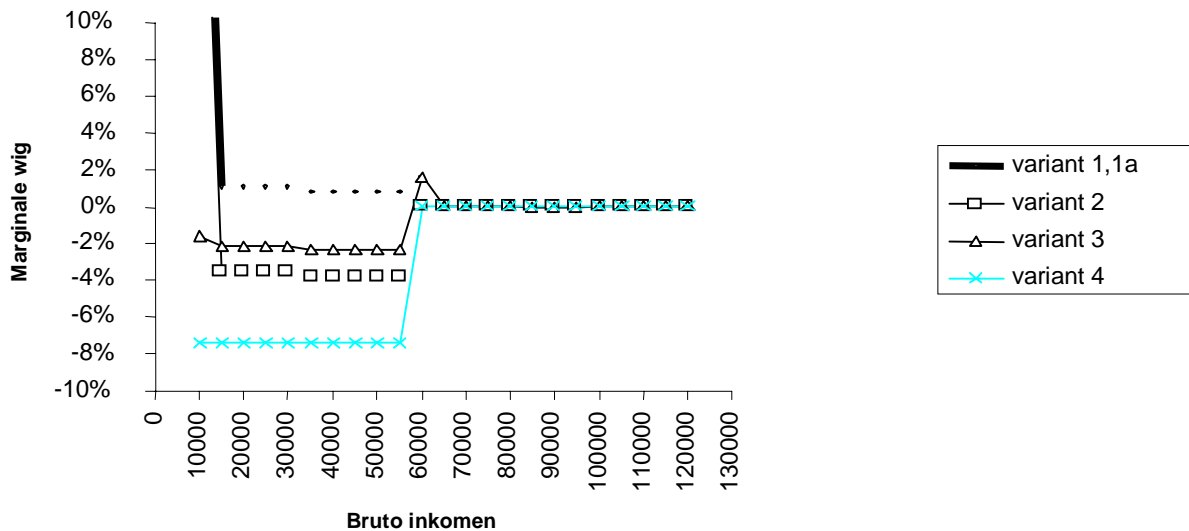


In grafiek 2 is voor de drie varianten de marginale wig gegeven. De marginale wig geeft het verschil aan tussen het bruto loon en het beschikbaar inkomen. In de variant 2 en variant 3 daalt de wig voor mensen die nu ziekenfondsverzekerd zijn. In variant 1 en 1a stijgt de wig voor mensen die nu ziekenfondsverzekerd zijn.

Tabel 19. Mutatie marginale wig werknemers alleenstaand (%)

	Variant 1	Variant 2	Variant 3	Variant 4
Minimum	1,1	- 3,5	- 2,1	- 7,3
Modaal	0,0	0,0	0,0	0,0
2x modaal	0,0	0,0	0,0	0,0

Marginale wig voor werknemers tariefgroep 2



Gebruikte begrippen en hun betekenis**Aanbodregulering**

De overheid regelt door middel van een stelsel van wetten, regels, vergunningen en erkenningen de inhoud, prijs en omvang van het aanbod van gezondheidszorg. Omdat de overheid hier een nadrukkelijke rol speelt, spreekt men ook van centrale aanbodregulering.

Aanvullende ziektekostenverzekering

Vorm van particuliere verzekering die gehele of gedeeltelijke vergoeding biedt voor zorgvormen die niet of niet volledig in het wettelijk verzekerde pakket of in de reguliere particuliere ziektekostenverzekering zijn opgenomen.

Acceptatieplicht

Wettelijke plicht van verzekeraars om elke verzekerde die zich aanmeldt, te accepteren (voor zover de verzekerde voldoet aan de wettelijk gestelde voorwaarden) voor een wettelijk vastgelegd pakket van aanspraken of vergoedingen

Algemene verzekering

Verplichte verzekering voor de hele bevolking met een voor iedereen gelijk pakket van aanspraken of vergoedingen.

Basisverzekering

Zie algemene verzekering

Baumol-effect

Genoemd naar de Amerikaanse econoom William Baumol, die constateert dat de lonen in de collectieve sector veelal gelijk oplopen met de lonen in de marktsector terwijl de arbeidsproductiviteitsstijging in de collectieve sector achterblijft bij die in de marktsector. Hierdoor worden de producten van de collectieve sector steeds duurder ten opzichte van de producten van de marktsector.

Beheerskosten

De kosten van beleid, beheer en administratie die verschillende organisaties maken bij het uitvoeren van zorgverzekeringen.

Benchmarking

Het vergelijken van prestaties van organisaties met de (beste) prestaties in de branche.

Budgettering (instellings-)

Vorm van financiering van zorginstellingen door middel van het toekennen van een maximaal bedrag voor een bepaalde periode. Door middel van productie- en prestatieafspraken wordt overeengekomen welke tegenprestatie de ontvanger moet leveren.

Budgettering (zorgverzekeraars-)

Vorm van financiering van verzekeraars waarbij sprake is van een aan een individuele zorgverzekeraar toegekende som geld voor gebudgetteerde verstrekkingen. Voor zorgverzekeraars is dit de som van de normbedragen per verzekerde volgens zijn verzekerdenbestand. Ter bepaling van de uitkering uit de Algemene Kas worden hierop de opbrengsten van de nominale rekenpremie en de opbrengsten van verhaal op derden in mindering gebracht.

Budgetdiscipline

Regels voor het omgaan met mutaties bij de uitgaven en niet-belasting-ontvangsten, gericht op het handhaven van een eerder vastgelegd uitgavenkader, in dit geval voor de zorgsector.

Budgettair kader zorg (BKZ)

Kader voor dat gedeelte van de Zorgnota-uitgaven waarvoor de Minister van VWS budget-verantwoordelijkheid draagt. Het BKZ wordt per kabinetsperiode afgesproken. Het kader heeft betrekking op de zorg in het eerste en tweede compartiment en op de relevante VWS-begrotings-uitgaven.

Capaciteit

Het geheel van productiefactoren waarmee een bedrijf of instelling zorg-producten, of -diensten tot stand brengt. Zo wordt de zorgcapaciteit bepaald door aantallen verpleegkundigen, verzorgenden, artsen, bedden en operatiekamers.

Care

Zorg aan langdurig zorg- of hulpbehoevenden (vergelijk cure).

Collectieve lastendruk

Het totaal van belasting- en premie-ontvangsten van de collectieve sector, vermeerderd met enkele niet-belasting ontvangsten. De collectieve lastendruk is uitgedrukt als de verhouding van de omvang van de collectieve lasten tot de omvang van het nationaal inkomen.

Collectieve uitgaven

Via belastingen of wettelijke premies gefinancierde uitgaven, ofwel het totaal van de relevante uitgaven van het Rijk, de overige publiekrechtelijke lichamen en de sociale fondsen, met consolidatie van de onderlinge betalingen.

Compartiment

Sinds het regeerakkoord van 1994 onderscheidt de overheid drie compartimenten in de zorg.

Het eerste compartiment bevat de langdurige zorg (care) en de zogeheten onverzekerbare medische risico's. De verstrekking en financiering van deze zorg worden grotendeels geregeld door de overheid via de AWBZ en enkele subsidieregelingen.

Het tweede compartiment bevat kortdurende noodzakelijke geneeskundige zorg die voor iedereen toegankelijk moet zijn. Zowel de overheid als

de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars hebben een rol in de verstrekking en financiering van de zorg in dit compartiment. Het derde compartiment bevat de zorg die niet in het eerste en tweede compartiment is ondergebracht en waarvoor iedere burger zich vrijwillig aanvullend kan verzekeren. Voorbeelden zijn de tandheelkundige hulp voor volwassenen en de alternatieve geneeswijzen.

Contracteerplicht

De wettelijk plicht van de verzekeraar om overeenkomsten te sluiten met wettelijk toegelaten zorgaanbieders en instellingen. Sinds 1 januari 1992 bestaat deze verplichting niet langer jegens vrije beroepsbeoefenaren en kraamcentra.

Cure/Curatieve zorg

Geneeskundige zorg (vergelijk care).

Doelmatigheid

In enge zin: De verhouding tussen de kwaliteit van de geleverde zorg en de kosten ervan. In brede zin: Goede zorg aan hen die het nodig hebben tegen aanvaardbare kosten. Hierbij gaat het zowel om de allocatieve doelmatigheid (de mate waarin het aanbod zich naar de vraag voegt) als om de kostendoelmatigheid in enge zin.

Duaal verzekeringsstelsel

Een stelsel van ziektekostenverzekeringen waarin naast elkaar een sociale verzekering en een particuliere verzekering bestaan.

Eigen betalingen

Verzamelbegrip voor alle betalingen van de verzekerde/zorggebruiker die niet door de verzekering worden gedekt.

Eigen bijdrage

Vast bedrag of een percentage van de kosten van de verzekerde verstrekking of aanspraak dat ten laste van de verzekerde blijft. Eigen bijdragen zijn veelal gemaximeerd tot een bepaald bedrag per jaar.

Eigen risico aan de voet

Het deel van de verzekerde kosten dat voor eigen rekening van de verzekerde komt; alleen de kosten boven dit bedrag komen ten laste van de verzekering. Een verplicht eigen risico is wettelijk geregeld; een vrijwillig eigen risico komen verzekeraar en verzekerde overeen.

Gereguleerde marktwerking

Marktwerking binnen door de overheid gestelde voorwaarden.

Indicatiestelling

Vaststelling of en in welke mate een cliënt in aanmerking komt voor zorg en welk type zorg dat is. Het indicatieadvies vormt de formele machtiging om zorg te ontvangen.

Inkomensafhankelijke premie

De inkomensafhankelijke of procentuele premie is een premie uitgedrukt als percentage van het loon of andere inkomensbronnen. Het bedrag waarover premie verschuldigd is, kent veelal een maximum, bijvoorbeeld de loongrens voor de ziekenfondsverzekering.

Inkomenssolidariteit

Wanneer de ziektekostenpremies niet evenredig aan de risico's zijn vastgesteld, ondanks dat aan iedere verzekerde wel hetzelfde risico wordt toegeschreven, dan is sprake van inkomenssolidariteit. De premie wordt dan vastgesteld in relatie tot het inkomen van de verzekerde, zodat er solidariteit is tussen verzekerden met hoge en lage inkomens, ofwel premie naar draagkracht (vergelijk risicosolidariteit).

Level-playing field

Letterlijk: gelijk speelveld. Hier gebruikt in de betekenis van: een omgeving waarin voor alle ondernemingen in een bepaalde markt dezelfde regels gelden en die alle ondernemingen gelijke mogelijkheden voor concurrentie biedt.

Marktwerking

Beslissingen over produceren, afnemen en verdelen van goederen en diensten worden genomen door individuele producenten, consumenten en bezitters van productiemiddelen. Daarbij spelen de wensen van de vragers, de prijs en kwaliteit van het aanbod een belangrijke rol.

Moral hazard

Het verschijnsel dat er geen remmende werking op het gebruik van extra zorg of extra dure zorg uitgaat omdat er voor de verzekerden geen (extra) kosten aan verbonden zijn.

Nacalculatie

1. Bij instellingen: het vaststellen van het instellingsbudget met terugwerkende kracht.
2. Bij verzekeraars: het (gedeeltelijk) vergoeden van een verzekeraar voor het verschil tussen enerzijds werkelijke kosten minus de te innen premies en anderzijds het verzekeraarsbudget na herrekening voor de werkelijk gemiddelde verzekerdenstand en na eventuele toepassing van verevening.

Naturasysteem

Verzekeringssysteem waarbij de verzekerde aanspraak heeft op zorg (vergelijk restitutiesysteem).

Nominale premie

Een nominale premie is een vast bedrag dat de verzekerde, bijvoorbeeld per maand, kwartaal of jaar verschuldigd is aan zijn verzekeraar.

Nominale rekenpremie

De gemiddelde nominale premie per volwassene voor de ziekenfonds-verzekering, die verzekeraars zouden moeten heffen om het verschil te dekken tussen de in de Zorgnota geraamde uitgaven ziekenfondswet en het macro-verstrekkingen budget ziekenfondswet dat verzekeraars uit de Algemene Kas ontvangen.

Persoonsgebonden budget

Een zorgbudget dat de individuele zorgvrager naar eigen inzicht kan inzetten voor verschillende vormen van geïndiceerde zorg.

Public health

Het samenstel van doelen, beleid, organisatie en activiteiten gericht op het voorkomen van ziekte en het beschermen en bevorderen van gezondheid.

Regionaal indicatieorgaan (RIO)

Om aanspraak te kunnen maken op AWBZ-zorg is een indicatie vereist. Op gemeentelijk niveau georganiseerde regionale organen zijn verantwoordelijk voor een onafhankelijke indicatiestelling (zie aldaar).

Restitutiesysteem

Verzekeringssysteem waarbij de verzekeraar, op basis van originele nota's, de ziektekosten geheel of gedeeltelijk vergoedt, na aftrek van een eventuele bedrag van het eigen risico (vergelijk naturasysteem).

Risicoselectie

Kenmerk van verzekering waarbij de verzekeraar bepaalt op basis van zijn inschatting van de ziekerisico's of hij iemand wel of niet zal accepteren als verzekerde en op welke voorwaarden en premie.

Risicosolidariteit

Risicosolidariteit is de vorm van solidariteit waarbij de ziektekostenpremies niet zijn gedifferentieerd naar ziekerisico's, zodat verzekerden met ongelijke risico's gelijke premies betalen. Hierdoor dragen mensen met een laag risico bij aan de ziektekosten van mensen met een hoger risico (vergelijk inkomenssolidariteit).

Schotten in de zorg

Wetten en regels die de aard en omvang van de zorgverlening bepalen en die onbedoeld de samenhang tussen verschillende voorzieningen belemmeren.

Solidariteit (zie ook: inkomenssolidariteit en risicosolidariteit)

Financiële overdrachten tussen (groepen) verzekerden, waardoor verzekerden de facto elkaars lasten dragen (zie ook: risicosolidariteit en inkomenssolidariteit).

Toegankelijke zorg

Zorg die voor iedereen betaalbaar, bereikbaar en beschikbaar is.

Verevening

Het aanpassen van de inkomsten van individuele verzekeraars voor het verschil tussen het tekort/overschot van de individuele verzekeraar en het gemiddelde tekort/overschot van alle verzekeraars samen.

Verzekeringsstelsel

Het geheel van wetten en regels dat de verzekering van ziektekosten omvat. Kenmerk van een verzekeringsstelsel is de financiering door middel van premies. Het huidige verzekeringsstelsel bestaat uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de Ziekenfondswet, de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

Vraaggerichte zorg

Zorg die tegemoetkomt aan wat de patiënt wenst en op grond van zijn verzekering mag verwachten.

Vraagsturing

Het vergroten van de mogelijkheden om bij de financiering en organisatie van de gezondheidszorg de wensen van de zorgvrager tot hun recht te laten komen. Dat kan door:

1. Sturing van de vraag: de overheid houdt bij de aanbodregulering rekening met de vraag van de patiënt (daarbij blijft het aanbod de vraag sturen).
2. Sturing op de vraag: verzekeraars (of andere zaakwaarnemers) sturen het zorgaanbod door namens de patiënt zorg in te kopen, uit te voeren of te financieren.
3. Sturing door de vraag: de patiënt stuurt zelf bijvoorbeeld via een persoonsgebonden budget (de vraag leidt daarbij het aanbod).

Vrije artsenkeuze

Het recht van de burger om zich – al dan niet na verkregen indicatie – met zijn zorgvraag te wenden tot de zorgaanbieder (arts) van zijn keuze.

Zorgaanbieder (of zorgverlener)

Instellingen en beroepsbeoefenaren die zorg verlenen.

Zorgkantoor

Uitvoeringsorgaan dat namens alle ziektekostenverzekeraars, op basis van een vrijwillig mandaat, in een bepaalde regio de AWBZ uitvoert. In feite is dat uitvoeringsorgaan de verzekeraar die in de betreffende regio een dominante positie inneemt.

Zorgmarkt

Algemene aanduiding van de economische driehoeksrelatie tussen verzekerde/patiënt, zorgverlener en zorgverzekeraar. Binnen de driedelige zorgmarkt worden de relaties tussen patiënten en zorgverleners aangeduid als de zorgverleningsmarkt, de relaties tussen verzekerden en zorgverzekeraars als de zorgverzekeringsmarkt en de relatie tussen zorgverzekeraars en zorgverleners als de zorginkoopmarkt. De zorgmarkt is

zeer heterogeen en bestaat uit vele deelmarkten (huisartsenzorg, thuiszorg, etc.), die elk de driedelige structuur hebben.

Zorgplicht

De wettelijke plicht van zorgverzekeraars om voldoende zorg van voldoende kwaliteit in te kopen om tijdig aan de vraag van zijn verzekerden naar zorg te kunnen voldoen. De zorgverzekeraar sluit daarvoor overeenkomsten met zorgaanbieders.

Zorgquote

De uitgaven volgens de Zorgnota van het ministerie, uitgedrukt in percentage van het Bruto Binnenlands Product.

Zorgstelsel

Het geheel van wetten en regels waarmee de overheid de gezondheidszorg beïnvloedt.

Zorgverzekeraar

Ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars en de uitvoeringsorganen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

Zorgvrager

De patiënt/verzekerde of zijn belangenbehartiger (zoals verzekeraars).

Zorg van goede kwaliteit

Zorg die doeltreffend en cliëntgericht wordt verleend.

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BBP	Bruto Binnenlands Product
BIG	Wet op de beroepen individuele gezondheidszorg
BIKK	Bijdrage in de kosten van kortingen
BKZ	Budgettair Kader Zorg
BOZ	Brancheorganisaties Zorg
CAK	Centraal Administratie Kantoor Bijzondere Zorgkosten
CPB	Centraal Plan Bureau
CPZ	Vereniging van Collectiviteiten en Personeelsfondsen Ziektekosten
CTG	College tarieven gezondheidszorg
CTZ	College van toezicht op de zorgverzekeringen
CVZ	College voor zorgverzekeringen
DBC	diagnose behandelcombinatie
EU	Europese Unie
GVS	Geneesmiddelenvergoedingssysteem
IBO	Interdepartementaal beleidsonderzoek
ICER	Interdepartementale Commissie Europees Recht
ICT	Informatie- en communicatietechnologie
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IZA	Instituut Zorgverzekeringen voor Ambtenaren Nederland
IZR	Instituut Ziektekostenregeling
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering der Geneeskunst
KPZ	Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
MDW	Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit
MOOZ	Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden
MP	Maatschappijpolis
NMa	Nederlandse Mededingingsautoriteit
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NPCF	Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie
NSPH	Netherlands School of Public Health
NVOG	Nederlandse Vereniging van Organisaties van Gepensioneerden
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
PCOB	Protestants Christelijke Ouderen Bond
PGB	persoonsgebonden budget
RIO	Regionaal Indicatieorgaan
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne
RVZ	Raad voor de volksgezondheid en zorg
SCP	Sociaal Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
VBTB	van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording
VTV	Volksgezondheidstoekomst Verkenning
VWS	ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WBMV	Wet op de bijzondere medische verrichtingen
WCPV	Wet collectieve preventie volksgezondheid
WEZ	voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen
WGP	Wet geneesmiddelenprijzen

WHO	World Health Organisation (Wereldgezondheidsorganisatie)
WSW	Wet sociale werkvoorziening
WTG	Wet tarieven gezondheidszorg
WTZ	Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen
WVG	Wet voorzieningen gehandicapten
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WZV	Wet ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
ZON MW	ZorgOnderzoek Nederland Medische Wetenschappen