

Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen

00/12

Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen

Advies uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Publicatienummer 12, 15 december 2000

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) adviseert de regering en het parlement over de hoofdlijnen van het te voeren sociale en economische beleid en over belangrijke wetgeving op sociaal-economisch terrein. Daarnaast is de SER belast met bestuurlijke en toezichthoudende taken met betrekking tot de publiekrechtelijke bedrijfsorganisatie (productschappen en bedrijfschappen). De raad is voorts betrokken bij de uitvoering van enkele wetten, zoals de Wet assurantiebemiddelingsbedrijf en de Wet op de ondernemingsraden.

De SER is in 1950 ingesteld bij de Wet op de bedrijfsorganisatie. Zitting in de SER hebben vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers alsmede onafhankelijke deskundigen. De raad is een onafhankelijk orgaan dat door het gezamenlijke Nederlandse bedrijfsleven wordt gefinancierd.

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door een aantal vaste en tijdelijke commissies. Enkele vaste commissies zijn onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam.

De belangrijkste adviezen die de SER uitbrengt, worden in boekvorm uitgegeven. Zij zijn tegen kostprijs verkrijgbaar. Een overzicht van recente publicaties vindt u achterin. Een uitgebreid overzicht wordt op aanvraag gratis toegezonden. Het maandblad SER-bulletin geeft uitgebreid nieuws en informatie over de SER. De SER beschikt ook over een eigen site op Internet, met onder meer de samenstelling van de raad en zijn commissies, persberichten en het laatste nieuws.

© 2000, Sociaal-Economische Raad

Alle rechten voorbehouden.

Overname van teksten is toegestaan onder bronvermelding.

Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag
Telefoon: 070 - 3 499 646
Telefax: 070 - 3 832 535
E-mail: ser.info@gw.ser.nl
Internet: www.ser.nl

ISBN 90-6587-770-3 / CIP

Inhoudsopgave

Samenvatting	5
1. Inleiding	17
2. Solidariteit, schaarsteparadigma en eigen verantwoordelijkheid	21
2.1 Algemeen beleidskader	21
2.2 Solidariteit	22
2.2.1 Subsidiërende solidariteit en kanssolidariteit	22
2.2.2 Vormen van subsidiërende solidariteit	23
2.3 Schaarsteparadigma	25
3. Huidig stelsel van gezondheidszorg	27
3.1 Aanbodregulering	27
3.1.1 Structuurwetgeving	27
3.1.2 Prijswetgeving	27
3.1.3 Overige aanbodregulering	28
3.2 Ziektekostenverzekeringen	29
3.2.1 Inleiding	29
3.2.2 AWBZ	30
3.2.3 ZFW	32
3.2.4 Ziektekostenregelingen voor ambtenaren	33
3.2.5 WTZ	35
3.2.6 Individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen	36
3.2.7 Aanvullende ziektekostenverzekeringen	37
3.3 Kosten en gebruik van gezondheidszorg	37
3.3.1 Inkomsten en uitgaven op macroniveau	37
3.3.2 Kosten en gebruik van gezondheidszorg op microniveau	41

4.	Toekomstige ontwikkelingen	45
4.1	Ontwikkeling van de volksgezondheid	45
4.2	Demografische ontwikkelingen	46
4.3	Technologische ontwikkelingen	48
4.4	Economische ontwikkelingen	49
4.5	Sociaal-culturele ontwikkelingen	51
4.6	Ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid	52
4.7	Internationaal-rechtelijke ontwikkelingen	52
4.8	Conclusie	54
5.	Probleemdiagnose en beleidsvraagstukken	57
5.1	Gevolgen maatschappelijke ontwikkelingen	57
5.2	Actuele knelpunten in het perspectief van toekomstige ontwikkelingen	62
5.2.1	Algemeen	62
5.2.2	Eerste compartiment	68
5.2.3	Tweede compartiment	69
5.2.4	Actuele problemen en specifieke knelpunten	71
5.3	Beleidsdiscussie en beleid: een terugblik	75
5.4	Conclusies en beleidsvraagstukken	79
6.	Standpunt van de raad	85
6.1	Inleiding	85
6.2	Preambule	85
6.3	Beleidsdoelstellingen en -uitgangspunten	93
6.4	Inrichting stelsel van ziektekostenverzekeringen	97
6.4.1	AWBZ-nieuwe stijl	97
6.4.2	Algemene verzekering curatieve zorg (algemene zorgverzekering)	102
6.5	Inrichting zorginkoopmarkt	120
6.5.1	Algemeen	120
6.5.2	Instrumenten voor vraagsturing	128
6.6	Effecten	136
6.7	Afrondende opmerkingen	139
Bijlagen		
1	Adviesaanvraag	143
2	Samenstelling van de Commissie Sociale Zekerheid en van de Werkgroep Ziektekostenverzekeringen	147
3	Achtergrondtabellen uitgaven gezondheidszorg 2000	151
4	Ordering en sturing in de gezondheidszorg	155
5	CPB/SCP-notitie Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen: inkomenseffecten	179
6	Lijst van afkortingen	199

Samenvatting

1. Inleiding

Op 8 juli 1999 heeft de minister van VWS de SER advies gevraagd over de solidariteit in de ziektekostenverzekeringen en over het sturingsmodel voor de gezondheidszorg in relatie tot de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Daarmee stelt het kabinet de toekomstige inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de organisatie van de gezondheidszorg aan de orde. Het wil het advies van de raad betrekken bij het ontwikkelen van een lantermijnvisie op het zorg- en verzekeringsstelsel.

Deze samenvatting bevat eerst de hoofdlijnen van het advies (paragraaf 2). Daarna komen de belangrijkste voorstellen van de raad aan de orde: de modernisering van de AWBZ (paragraaf 3), de invoering van een algemene verzekering curatieve zorg (paragraaf 4) en de overgang naar een model van vraagsturing (paragraaf 5). Ook wordt ingegaan op de effecten van de raadsvoorstellen (paragraaf 6). Ten slotte volgen enkele afrondende opmerkingen (paragraaf 7).

2. Hoofdlijnen advies

Beleidsopgave

Een effectieve aanpak van huidige knelpunten en toekomstige uitdagingen op het terrein van de gezondheidszorg is zeer urgent, zo concludeert de raad op basis van zijn probleemanalyse (in de hoofdstukken 3, 4 en 5). Daarin stelt hij vast dat het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen en gezondheidszorg niet afdoende bestand is tegen toekomstige ontwikkelingen en bovendien onvoldoende in staat is daarop in te spelen. Zo kan het stelsel in het licht van de vergrijzing niet genoeg solidariteit organiseren. Daarnaast zijn er onvoldoende mogelijkheden om in te spelen op de steeds sterker wordende voorkeuren van verzekerden en patiënten. Ook actuele knelpunten zoals de wachtlijsten, de personeelstekorten en de verschraling van de zorg vragen om een spoedige modernisering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en gezondheidszorg.

Doelstellingen en uitgangspunten

De (in hoofdstuk 6 geformuleerde) voorstellen van de raad zijn gericht op uiteenlopende doelstellingen en uitgangspunten. Het beleid moet de kwaliteit

van de gezondheidszorg waarborgen evenals de functionele beschikbaarheid, alsmede de bereikbaarheid en spreiding van de gezondheidszorg in geografische zin. Daarnaast moet het beleid de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin garanderen alsook een verantwoorde kostenontwikkeling in het licht van overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen.

De zorgvraag van patiënten en consumenten moet het uitgangspunt van beleid zijn. Zo is het noodzakelijk dat verzekerden een reële keuzevrijheid krijgen ten aanzien van zorgverzekeraars, polissen en zorgaanbieders. Ook moeten alle betrokkenen in de gezondheidszorg meer eigen verantwoordelijkheid dragen, zij het dat de overheid een eindverantwoordelijkheid behoudt voor de toegankelijkheid en de kwaliteit van de gezondheidszorg. Daarnaast dient het stelsel van ziektekostenverzekeringen toekomstbestendig, sociaal en solide te zijn en voor iedereen gelijke toegang tot gezondheidszorg te garanderen. Ten slotte moet de zorg efficiënter worden verleend en moet het budgettaire beslag van de zorguitgaven beheersbaar zijn.

Kern advies

De raad adviseert een algemene verzekering curatieve zorg (of algemene zorgverzekering) in te voeren, waarvoor iedereen wettelijk verplicht is zich te verzekeren. Bij de financiering van de algemene zorgverzekering moet sprake zijn van inkomenssolidariteit (tussen hoge en lage inkomens) én risicosolidariteit (tussen jong en oud, gezond en minder gezond). De raad stelt voor de AWBZ als volksverzekering te handhaven, maar deze meer toe te spitsen op zware medische risico's en langdurende zorgverlening. Verder adviseert hij geleidelijk en zorgvuldig over te stappen van de huidige aanbod-, prijs- en budgetbeheersing naar vraagsturing, concurrentie en marktwerking.

Dit zijn noodzakelijke en onlosmakelijk met elkaar verbonden maatregelen die de toegang tot de gezondheidszorg op korte en lange termijn voor iedereen kunnen garanderen en die de doelmatigheid en de prijs-kwaliteitverhouding in de zorgsector verbeteren.

De raad stelt twee uitdrukkelijke voorwaarden aan de invoering van zijn voorstellen. Ten eerste moeten negatieve inkomenseffecten structureel worden gerepareerd via het belastingstelsel. De hiervoor in te zetten instrumenten moeten robuust en toekomstbestendig zijn. Ten tweede mag de eventuele Europeesrechtelijke vormgeving van de algemene zorgverzekering geen afbreuk doen aan de kernonderdelen van deze verzekering, zoals de ondernemingsvrijheid van zorgverzekeraars.

Beleid op korte termijn

De raad gaat ervan uit dat zijn voorstellen in 2005 zijn ingevoerd. Hij acht het noodzakelijk dat ondertussen actief maatregelen worden getroffen in het perspectief van de algemene zorgverzekering, waarmee tevens actuele knelpunten in de gezondheidszorg adequaat worden aangepakt. In dit ver-

band beveelt de raad maatregelen aan ter vergroting van de concurrentie en marktwerking, zoals de vrije toelating van zorgaanbieders, het bestrijden van schaarste en de geleidelijke invoering van vrije prijsvorming in samenhang met een vergroting van het financiële belang van alle betrokkenen bij een doelmatige zorgverlening. Daarnaast stelt hij voor op korte termijn en in het licht van de totstandkoming van de algemene zorgverzekering maatregelen te treffen ten aanzien van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, zoals het uitbreiden van het huidige ZFW-pakket met tandheelkundige zorg voor volwassenen en het verder nominaliseren van de ziekenfondspremie (waarbij negatieve inkomenseffecten gelijktijdig worden gerepareerd). Ook beveelt de raad aan op korte termijn en met het oog op de algemene zorgverzekering en de daarmee beoogde risicosolidariteit maatregelen voor te bereiden zoals de introductie van een premiebandbreedtemodel in de particuliere ziektekostenverzekeringen.

De raad gaat ervan uit dat deze voorstellen voor alle betrokken partijen uitvoerbaar en haalbaar zijn. Dit betekent onder meer dat zij niet gepaard mogen gaan met een toename van de administratieve lasten voor ondernemingen. Ook wordt voor de kortetermijnmaatregelen uitgegaan van het huidige verzekeringsstelsel, in die zin dat niet onnodig wordt geschoven met groepen van verzekerden over de verschillende verzekeringsvormen binnen dat stelsel.

3. AWBZ

Handhaving en modernisering AWBZ

De AWBZ heeft in de zienswijze van de raad een zelfstandige functie binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Hij stelt daarom voor deze volksverzekering in de toekomst te handhaven. De AWBZ is in zijn huidige vorm echter onvoldoende toekomstbestendig: het aanbod sluit onvoldoende aan op de vraag van patiënten, de uitvoering door zorgverzekeraars en zorgaanbieders is onvoldoende doelmatig en de huidige AWBZ-verstrekkingen zijn onvoldoende toekomstbestendig. Daarom doet de raad een aantal voorstellen voor modernisering van de AWBZ, zowel ten aanzien van de verzekering als ten aanzien van sturing en marktwerking (zie paragraaf 5 van de samenvatting).

Modernisering verstrekkingenpakket

Wat de modernisering van de AWBZ betreft stelt de raad voor het verstrekkingenpakket meer toekomstbestendig te maken. De woonfunctie moet in de toekomst niet langer uit de AWBZ worden gefinancierd. Daarnaast moet een aantal verstrekkingen die korter duren dan een jaar en die functioneel samenhangen met de zorgvoorzieningen in het tweede compartiment, worden overgeheveld naar de algemene zorgverzekering. Het gaat bijvoorbeeld om

op herstel gerichte en kortdurende verpleeghuiszorg, geestelijke gezondheidszorg en thuiszorg. Ten slotte moeten de aanspraken in de AWBZ op korte termijn verder worden geflexibiliseerd, waardoor verzekerden en zorginstellingen meer mogelijkheden krijgen om zorg op maat te krijgen respectievelijk te leveren.

4. Algemene verzekering curatieve zorg (algemene zorgverzekering)

Kenmerken

De algemene zorgverzekering is voor iedereen wettelijk verplicht. Iedereen moet een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar sluiten. Hieraan ontlenen verzekerden hun aanspraken. Zowel op non-profitbasis werkende als op winst gerichte zorgverzekeraars voeren de verzekering uit. Zij concurreren onderling op prijs, kwaliteit en service. Verzekerden kunnen bij een zorgverzekeraar een standaardpolis, een basispolis of een daartussen liggende polis afsluiten, die uiteenlopende pakketten van zorgvormen bevatten. Ook kunnen zij ervoor kiezen om binnen bepaalde grenzen eigen risico te dragen (zie verder).

Verzekerden betalen een volledig nominale premie. De premie wordt door de zorgverzekeraar per polis vastgesteld en rechtstreeks van de verzekerde geïnd. Voor kinderen tot en met 18 jaar is de helft van de premie verschuldigd voor maximaal twee kinderen per huishouden.

De financiering van de algemene zorgverzekering wordt gekenmerkt door een zo groot mogelijke mate van risicosolidariteit en door een vergelijkbare mate van inkomenssolidariteit als onder het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen het geval is. De risicosolidariteitsoverdrachten via de premiestelling en de risicoverevening worden gelokaliseerd binnen het verzekeringsstelsel zelf. De beoogde inkomenssolidariteit moet worden gerealiseerd via het belastingstelsel en moet op robuuste en duurzame wijze zijn gewaarborgd.

Ten slotte valt de verzekering onder de Europese socialezekerheidsverordening 1408/71, die betrekking heeft op migrerende werknemers en daarmee gelijkgestelde personen.

Met deze inrichting van de algemene zorgverzekering kiest de raad voor meer ondernemingsvrijheid en prikkels voor zorgverzekeraars en meer keuzevrijheid en eigen verantwoordelijkheid voor verzekerden, waarbij solidariteit, gelijke toegang tot een breed pakket en doelmatigheid wettelijk zijn gewaarborgd.

Gelijke toegang

Het voorstel van de raad houdt in dat iedereen in Nederland zich kan verzekeren voor de standaardpolis. Deze polis dekt alle vormen van gepaste zorg. Dit pakket komt grotendeels overeen met het huidige ziekenfondspakket.

Ook wordt een aantal voorzieningen uit de AWBZ overgeheveld naar de algemene zorgverzekering (zoals korter dan een jaar durende verpleeghuiszorg en thuiszorg) evenals enkele zorgvormen die nu tot de aanvullende verzekeringen behoren (zoals tandartsenzorg voor volwassenen). Verder bevat de standaardpolis een verplicht eigen risico van 200 gulden.

Om te garanderen dat iedereen zich voor deze polis kan verzekeren geldt er ook een acceptatieplicht voor zorgverzekeraars. Op grond hiervan kunnen verzekerden met deze polis jaarlijks van verzekeraar veranderen. Het voorziene systeem van solidariteitsoverdrachten neemt bij zorgverzekeraars de prikkel voor risicoselectie weg en voorkomt dat verzekerden zich kunnen onttrekken aan de noodzakelijke (risico)solidariteit. Verder moeten zorgverzekeraars een uniforme premie voor de standaardpolis met een verplicht eigen risico van 200 gulden vragen, ongeacht de gezondheid en de leeftijd van de verzekerde.

Keuzemogelijkheden en verzekeringsplicht

Het voorstel van de raad houdt ook in dat verzekerden keuzevrijheid hebben ten aanzien van de verzekerde dekking. Zij kunnen een ruimer eigen risico (dan 200 gulden) en een kleiner pakket kiezen dan dat van de standaardpolis. Zo bepalen zij zelf of zij zich verzekeren voor bijvoorbeeld goedkope genees- en hulpmiddelen, huisartsenzorg, tandheelkundige zorg en fysiotherapie. Om onderverzekering te voorkomen en voldoende solidariteit te garanderen is de keuzevrijheid wettelijk begrensd. Iedereen is verplicht zich ten minste te verzekeren voor de zogeheten basispolis. Deze polis bevat de volgende zorgvormen: ziekenhuiszorg, specialistische zorg, dure genees- en hulpmiddelen, en verpleeghuiszorg of thuiszorg die langer dan drie maanden en korter dan een jaar duurt. Daarnaast kan het eigen risico worden uitgebreid tot maximaal 1000 gulden per polis met één volwassene en maximaal 2000 gulden per polis met twee of meer volwassenen.

De keuzevrijheid voor verzekerden ten aanzien van pakketten en eigen risico geeft zorgverzekeraars de mogelijkheid verschillende polissen aan te bieden. Daarbij zijn de standaardpolis met het verplichte eigen risico van 200 gulden (ruimste dekking) en de basispolis met het maximaal toegestane eigen risico (ruimste keuzevrijheid) de uitersten. Daartussen kunnen zorgverzekeraars polissen aanbieden met uiteenlopende keuzemogelijkheden. De raad pleit voor een beperkt aantal tussenliggende polisvarianten ten behoeve van de transparantie.

Verder kunnen zorgverzekeraars verzekerden in ruil voor een premiekorting een zogeheten *preferred provider*-arrangement aanbieden. In geval van ziekte of een ongeval kan een verzekerde dan beroep doen op zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeenkomst heeft gesloten.

Gepaste zorg

De algemene zorgverzekering dekt alleen zogeheten gepaste zorg. Dit is zorg die bewezen werkzaam, doeltreffend en doelmatig is en een redelijke verhouding weerspiegelt tussen kosten en effectiviteit en tussen ingezette middelen en gezondheidswinst. De raad stelt voor dat een deskundige onafhankelijke instantie zoals het College voor Zorgverzekeringen deze criteria operationaliseert en vertaalt in polisvoorwaarden en in te verstrekken zorg. De criteria en de wijze waarop deze moeten worden geoperationaliseerd, moeten een wettelijke basis krijgen, zodanig dat zorgverzekeraars aanspraken op ongepaste zorgvormen kunnen uitsluiten.

Risicosolidariteit

De keuzevrijheid van verzekerden ten aanzien van de zorgverzekeraar, het pakket en de omvang van het eigen risico mag niet ten koste gaan van de toegankelijkheid van de standaardpolis. Daarom stelt de raad een systeem van solidariteitsoverdrachten voor waaraan alle zorgverzekeraars verplicht moeten deelnemen. Dit systeem bestaat uit verschillende elementen.

Het eerste element betreft solidariteitsoverdrachten *binnen* het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar. Met betrekking tot de standaardpolis met 200 gulden eigen risico moeten de zorgverzekeraars een voor al hun verzekerden gelijke premie hanteren. Daarnaast moeten de premies voor de polissen met een hoger eigen risico of een ander pakket (basispolis, tussenliggende polissen) gebaseerd zijn op twee componenten, te weten de verwachte schade en een afzonderlijke risico-afhankelijke solidariteitsbijdrage. Daardoor is de premie voor mensen met een slecht gezondheidsrisico lager dan hun gemiddelde kosten op grond van de algemene zorgverzekering; voor mensen met een laag gezondheidsrisico geldt het omgekeerde. Van verzekerden die kiezen voor een kleinere dekking dan de standaardpolis met 200 gulden eigen risico wordt op deze wijze een vergelijkbare solidariteitsbijdrage gevraagd als die zij zouden betalen wanneer zij voor de standaardpolis met volledige dekking zouden hebben gekozen. Op deze wijze kunnen zij zich niet onttrekken aan de gewenste risicosolidariteit met (groepen van) verzekerden die een hoger gezondheidsrisico hebben.

Het tweede element is een verplicht systeem van risicoverevening *tussen* zorgverzekeraars. Daarmee wordt voorkomen dat zorgverzekeraars met een relatief slechte risicopopulatie door de acceptatieplicht voor de standaardpolis voorspelbare verliezen lijden. Zorgverzekeraars met een relatief gunstige risicopopulatie moeten hen hiervoor compenseren. Bij de risicoverevening wordt alleen rekening gehouden met de kenmerken leeftijd en gezondheid. Dit neemt bij zorgverzekeraars de prikkel tot risicoselectie weg. Daarnaast stimuleert het zorgverzekeraars om ook voor verzekerden met een slecht gezondheidsrisico adequate en doelmatige zorg in te kopen.

Het derde element heeft betrekking op de bevoegdheid van de overheid tot het opleggen van een premiebandbreedte. De raad gaat ervan uit dat – in geval van een adequaat systeem van afzonderlijke solidariteitsbijdragen en van risicoverevening tussen zorgverzekeraars – de door de zorgverzekeraars gehanteerde premies voor alle polissen zich zullen bevinden binnen een ook maatschappelijk aanvaardbare bandbreedte. Voor het geval de premies voor de standaardpolis (met 200 gulden eigen risico) en de premies voor de basispolis (met het maximaal toegestane eigen risico) een ruimere spreiding hebben moet de overheid een maximumbandbreedte tussen deze premies kunnen opleggen. De raad beschouwt dit instrument uitdrukkelijk als een *ultimum remedium*.

Inkomenssolidariteit en reparatie inkomenseffecten

De vervanging van de huidige verzekeringsarrangementen in het tweede compartiment (thans gefinancierd uit een combinatie van inkomensafhankelijke, nominale en risico-afhankelijke premies) door een algemene zorgverzekering die uit volledig individuele nominale premies wordt bekostigd, zal ongewenste consequenties hebben voor de solidariteits- en de inkomensverhoudingen. Zonder compenserende maatregelen zullen zich een tweetal belangwekkende veranderingen voordoen ten opzichte van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen. In de eerste plaats zal de invoering van de nominale premie leiden tot een beperking van de inkomenssolidariteit en dreigt er met name voor de lagere inkomens een fors koopkrachtverlies. In de tweede plaats zal ook de individualisering van de premies grote negatieve inkomenseffecten tot gevolg hebben, in het bijzonder voor alleenverdieners en voor huishoudens met meerdere kinderen. Deze gevolgen kunnen niet worden aanvaard en vereisen een adequate reactie. Het is voor de raad noodzakelijk de inkomenssolidariteit op robuuste en duurzame wijze te handhaven in een vergelijkbare mate als onder het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen het geval is. Ook correctie van zowel negatieve inkomenseffecten als bovenmatige positieve inkomenseffecten is volgens de raad noodzakelijk.

De raad acht dit mogelijk via een evenwichtige mix van vooral de volgende instrumenten:

- de invoering van inkomensafhankelijke zorg- of heffingskortingen;
- een gepaste verdere benutting van het regime van de fiscale aftrekbaarheid van buitengewone ziektekosten;
- een generieke nominale verhoging van belastingkortingen (algemene heffingskorting, aanvullende kinderkorting en ouderenkorting);
- de invoering van een negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting;
- een wettelijk verankerde jaarlijkse aanpassing van de heffingskortingen en van de negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting mede op basis van de ontwikkeling van de kosten van de algemene zorgverzekering.

Op deze wijze is naar het oordeel van de raad de inkomenssolidariteit op robuuste en duurzame wijze gewaarborgd. Ook de al genoemde maatschappelijk aanvaardbare premiebandbreedte heeft consequenties voor de lastenverdeling over de inkomensgroepen.

De raad acht het van zeer groot belang vast te stellen dat er – zoals wordt aangetoond door de CPB/SCP-berekeningen – met de hierboven genoemde instrumenten voldoende mogelijkheden voorhanden zijn om negatieve inkomenseffecten structureel te repareren of te compenseren en om de beoogde inkomenssolidariteit te waarborgen.

Bij de invoering van de beoogde algemene zorgverzekering om en nabij 1 januari 2005 zal een definitieve keuze moeten worden gemaakt met betrekking tot de te hanteren instrumenten en de exacte invulling daarvan. De raad beveelt met klem aan dat dan zorgvuldig wordt gekozen voor een evenwichtige mix van de genoemde fiscale instrumenten. Bij die keuzebepaling zijn in zijn zienswijze uiteenlopende aspecten of wegenselementen van belang. Met beperkte kosten moet een evenwichtig en maatschappelijk verantwoord koopkrachtbeeld gegarandeerd kunnen worden.

Tot slot dringt de raad er uitdrukkelijk op aan de benutting van de genoemde fiscale instrumenten te plaatsen in het bredere kader van het inkomensbeleid op macroniveau, waarvoor de overheid de verantwoordelijkheid draagt. In deze afweging dienen ook de kosten van deze instrumenten en de armoedevalproblematiek te worden betrokken.

5. Vraagsturing, concurrentie en marktwerking

Nieuw sturingsmodel

De toegang tot het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de kwaliteit van de gezondheidszorg kunnen in de visie van de raad alleen gegarandeerd blijven als er een nieuw sturingsmodel wordt ingevoerd. Daarnaast is hij van oordeel dat er meer mogelijkheden zijn om de aanbodregulering te moderniseren of op te schonen dan wel op onderdelen af te schaffen naarmate de (financiële) toegankelijkheid van de gezondheidszorg beter is geregeld via het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

De raad adviseert geleidelijk en zorgvuldig over te stappen van het huidige model van aanbodregulering naar vraagsturing, concurrentie en marktwerking. Een fasering is noodzakelijk om invoering van een vraaggestuurd ordeningsmodel in situaties van schaarste of monopolie- dan wel oligopolievorming bij het zorgaanbod te voorkomen. Tevens is het verantwoord uit te gaan van een differentiatie naar zorgvorm aangezien de mogelijkheden om te komen tot een adequate mate van overaanbod en concurrentie uiteenlopen. De raad kiest dan ook voor een verschillende vormgeving van het ordeningsmodel in de algemene zorgverzekering en in de AWBZ (zie verder). Daarnaast stelt hij een tweesporenbenadering voor. Het eerste spoor betreft een intensivering van het lopende en voorgenomen kabinetsbeleid gericht

op een geleidelijke overgang van aanbodregulering naar meer vraagsturing. Het tweede spoor heeft betrekking op het waar dat mogelijk en verantwoord is volledig vervangen van de aanbodregulering door vraagsturing. Dit betekent een substantiële bijstelling van het lopende en voorgenomen beleid op onderdelen in die zin dat de aanbodbeheersing en de prijswetgeving worden afgeschaft voor die zorgvormen die aan marktwerking kunnen worden blootgesteld.

Ten slotte is de raad van oordeel dat de huidige kwaliteitswetgeving moet worden gehandhaafd. Dit geldt ook voor enige regelgeving ten aanzien van de spreiding van de zorgvoorzieningen, dit ter voorkoming van zowel een mogelijk overaanbod van zeer kostbare (technologisch geavanceerde) voorzieningen als van regionale tekorten van voorzieningen. Daartoe kan de aanbodbudgettering worden beperkt tot dezelfde kostbare voorzieningen waarvoor ook de spreidingsregelgeving geldt. Meer concreet betekent dit volgens de raad dat onder meer de reikwijdte van de WZV en de WVG aanzienlijk kan worden beperkt tot in hoofdzaak kostbare supergespecialiseerde voorzieningen met een beperkte doelgroep. Ook ligt het in de rede dat de overheid regelgevend kan optreden ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen. Op weg naar meer vraagsturing in de gezondheidszorg kan wel de strikte overheidsplanning van het aantal geneeskundestudenten en opleidingsplaatsen voor artsen worden losgelaten.

Algemene zorgverzekering

De raad stelt voor dat zorgverzekeraars onderling concurreren en in een sterke positie komen om in opdracht van hun verzekerden overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders over de prijs, het volume, de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De mogelijkheden die zij daarvoor reeds hebben, moeten aanmerkelijk worden verruimd. Dit vereist een serie maatregelen. In de eerste plaats moet de positie van zorgverzekeraars richting zorgaanbieders worden versterkt. Daarvoor acht de raad onder meer de opheffing van de wettelijke domeinmonopolies voor medische beroepsbeoefenaren noodzakelijk. Ook stelt hij voor de contracteerplicht voor zorgverzekeraars ten aanzien van ziekenhuizen op te heffen. Dit moet gepaard gaan met de afschaffing van de budgettering van zorgaanbieders. Verder stelt hij voor de positie van zorgverzekeraars te versterken door vrije toetreding van zorgaanbieders mogelijk te maken. Zij mogen hun voorzieningen aanbieden mits zij voldoen aan door de overheid gestelde kwaliteitscriteria.

In de tweede plaats stelt de raad voor zorgverzekeraars meer ruimte te geven om over prijzen te onderhandelen. Hierbij kan het instrument van aanbesteding via openbare inschrijving worden ingezet. De raad acht deze maatregelen alleen effectief als er niet langer sprake is van substantiële schaarste. In de meeste sectoren is dit nog niet het geval. Daarom stemt hij in met de door het kabinet beoogde differentiatie van prijswetgeving naar zorgvorm. Op

korte termijn zou de prijswetgeving ten aanzien van geneesmiddelen reeds moeten worden opgeheven. Op langere termijn kunnen de tarieven in de gehele zorg worden vrijgelaten.

AWBZ

Om vraagsturing in de AWBZ mogelijk te maken stelt de raad voor het instrument van persoonsgebonden financiering op korte termijn uit te breiden. Aanbodregulering om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen blijft alleen als overgangsmodel nodig. Daarnaast moet de verzekerde ervoor kunnen kiezen niet zelf maar een zorgverzekeraar de opdracht te geven de zorg voor hem in te kopen. In het door de raad bepleite stelsel zal geen ruimte zijn voor monopolistische zorgkantoren. Verder moeten de zorgverzekeraars en de zorgaanbieders die de AWBZ uitvoeren risicodragend zijn. Dit betekent dat zij om de gunst van de verzekerde moeten gaan concurreren. Mede daarom beveelt de raad aan ook op het terrein van de AWBZ de instellingsgebonden financiering af te schaffen en vrije toetreding van nieuwe zorgaanbieders mogelijk te maken.

6. Effecten

De voorgestelde veranderingen zullen uiteenlopende sociaal-economische gevolgen hebben. Om daarop enig zicht te krijgen hebben het CPB en het SCP de effecten berekend van de voorstellen die in bespreking zijn geweest bij de voorbereiding van dit advies en die uiteindelijk grotendeels zijn opgenomen in het advies. Uit deze indicatieve berekeningen (opgenomen in bijlage 5 van het advies) blijkt dat het koopkrachteffect in het algemeen vrij ongunstig is voor huishoudens met lage inkomens en voor dergelijke huishoudens met kinderen in het bijzonder. De koopkrachteffecten zijn vooral ongunstig voor de alleenverdiener met kinderen en met een inkomen onder de ZFW-loongrens. Daarnaast maken CPB en SCP de technische veronderstelling dat “de omvang van de kosten van de zorg per saldo onveranderd blijft”.

De raad neemt de – weliswaar indicatieve – berekeningen van de inkomenseffecten zeer serieus. Hij acht een adequate (doelmatige en doeltreffende), robuuste en structurele reparatie van dergelijke inkomenseffecten via het belastingstelsel noodzakelijk. In paragraaf 4 zijn daartoe enkele instrumenten geschetst, waarmee ook de beoogde inkomenssolidariteit moet worden gerealiseerd.

De ramingen van de ontwikkeling van de macro-uitgaven voor curatieve zorg betreffen naar het oordeel van de raad een minimale inschatting. Volgens hem is bij realisering van de geformuleerde voorstellen aanzienlijke doelmatigheidswinst mogelijk door de intrinsieke prikkels in het voorgestelde systeem. De raad wijst op de voorstellen voor het verzekeringsstelsel (zoals het

verplicht eigen risico aan de voet) en voor de zorginkoopmarkt (in het bijzonder de op zorgverzekeraars gerichte prikkels om een scherp inkoopbeleid te voeren). Al met al is de raad ervan overtuigd dat zijn voorstellen voor het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de zorginkoopmarkt en de daarin verweven intrinsieke prikkels, de prijs-kwaliteitverhouding vergroten en afdoende garanties bieden om het budgettaire beslag van de zorguitgaven beheersbaar te houden.

7. Tot besluit

Met zijn voorstellen beoogt de raad een integrale oplossing te bieden voor huidige en toekomstige knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg. Hij gaat ervan uit dat daarmee daadwerkelijk invulling kan worden gegeven aan het streven *Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen* en dat daarmee een toekomstbestendig stelsel kan worden vormgegeven. Hij is zich ervan bewust dat deze voorstellen nadere invulling en uitwerking behoeven.

1. Inleiding

In dit advies geeft de Sociaal-Economische Raad (hierna: de raad) zijn visie op de toekomstige inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Daarmee reageert hij op een adviesaanvraag van juli 1999 van het kabinet. In dit inleidende hoofdstuk wordt eerst ingegaan op deze aanvraag en op de specifieke adviesvragen. Daarna komen de voorbereiding en de opbouw van het advies aan de orde.

Adviesaanvraag

Namens het kabinet heeft minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) op 8 juli 1999 de raad advies gevraagd over de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen¹. Het raadsadvies zal dienen als bouwsteen voor het ontwikkelen van een kabinetsvisie op de inrichting van het toekomstige zorg- en verzekeringsstelsel. De minister heeft de Tweede Kamer medegedeeld het advies te zullen betrekken bij de voorbereiding van de notitie over de toekomst van de organisatie en financiering van de gezondheidszorg. Deze notitie – die de minister in de tweede helft van de huidige kabinetsperiode aan het kabinet wil voorleggen² en “voor de zomer 2001” aan het parlement wil aanbieden³ – zal invulling geven aan een afspraak in het regeerakkoord van augustus 1998. Daarin is besloten dat het kabinet zal be-

1 Bijlage 1 bevat de tekst van de adviesaanvraag. De adviesaanvraag bevat naast de specifieke adviesvragen onder meer een beknopte weergave van de huidige vormen van solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

2 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 800 XVI, nr. 79, pp. 6 en 7. In de *Zorgnota 2001* (september 2000) heeft de minister van VWS herhaald dat het kabinet in de komende twee jaar de fundamenteën wil leggen voor een hervorming van het besturings- en verzekeringsstelsel, zodat het systeem bestand zal zijn tegen belangrijke ontwikkelingen als individualisering, verandering van de bevolkingssamenstelling, een steeds sterkere internationale context en toenemende technologische ontwikkelingen. Daarbij zal gebruik worden gemaakt van de inzichten van externen, in de vorm van bouwstenen voor de discussie over de toekomst van het zorgstelsel. De minister noemt de WRR-rapporten *Volksgezondheidszorg* (1997) en *Generatiebewust beleid* (2000), de RVZ-adviezen *De toekomst van de AWBZ* (1997) en *Europa en de gezondheidszorg* (2000), het rapport *gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing* (1999) van de SER-Commissie Sociaal-Economische Deskundigen, het nog uit te brengen SER-advies over solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen en het eveneens nog uit te brengen RVZ-advies over de samenhang tussen cure en care (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 401 (*Zorgnota 2001*), nrs. 1-2). Zie ook de algemene politieke beschouwingen (van 21 september 2000) naar aanleiding van de Miljoenennota voor het jaar 2001 (Handelingen Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, nr. 3, pp. 97 en 98).

3 Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 488, nr. 1 (*Actieplan Zorg Verzekerd*), p. 14; Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XVI, nr. 15, p. 10.

zien of het – in het licht van vergrijzing en andere ontwikkelingen – wenselijk is voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen⁴.

In de adviesaanvraag noemt de minister enkele onderling samenhangende “ontwikkelingen in het beleid en de maatschappij” die van belang zijn voor de houdbaarheid van het stelsel en die effect zullen hebben op de mate waarin vormen van solidariteit kunnen worden georganiseerd. Het gaat om demografische ontwikkelingen (vergrijzing), sociaal-economische ontwikkelingen (toekomstige inkomens- en welvaartspositie ouderen), medisch-technologische ontwikkelingen, ontwikkelingen in zorggebruik en -preferenties (meer vraaggerichte zorg; zorg van betere kwaliteit; nieuwe vormen van zorg) en beleidsmatige ontwikkelingen (met name op het terrein van de sociale zekerheid).

Specifieke adviesvragen

Minister Borst vraagt de aandacht voor twee aspecten van solidariteit. De solidariteit aan de verstrekkingskant van de zorg heeft betrekking op de verdeling van verantwoordelijkheden tussen overheid en burger: wat wordt er in welke verzekeringsvorm (collectief of privaat) verzekerd? De solidariteit aan de financierings- of premiekant van de zorg heeft betrekking op de lastenverdeling: in welke mate kan van groepen met verschillende kenmerken (gezondheidssituatie, leefvorm, inkomenspositie en leeftijd) solidariteit worden verlangd bij de financiering van het collectieve deel van de zorg?

In haar aanbiedingsbrief vraagt de minister ook aandacht voor twee vragen over *Schaarsteparadigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger*. Dit thema is ook aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) ter advisering voorgelegd. De minister stelt ten eerste de vraag welke rol voor het bedrijfsleven kan zijn weggelegd in relatie tot de (grond)wettelijke verantwoordelijkheid van de overheid, en ten tweede de vraag of de publiek gefinancierde gezondheidszorg tegelijk sturingsmechanisme en vangnet kan zijn.

De adviesaanvraag heeft een open karakter. Los van concrete beleidsvoorname wordt advies gevraagd over een breed beleidsvraagstuk. De adviesaanvraag biedt de raad de gelegenheid zijn zienswijze te geven over een fundamenteel thema op het terrein van de gezondheidszorg als een van de kernonderdelen van de sociaal-economische ordening. De raad heeft hierover in 1990 voor het laatst geadviseerd, met name over het zogeheten plan-Simons⁵. In zijn advies *Sociaal-economisch beleid 2000-2004* heeft de raad de modernise-

4 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 10, p. 44.

5 SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, publicatienr. 90/20, Den Haag 1990.

ring van de gezondheidszorg genoemd als een van de zeven prioritaire sociaal-economische beleidsopgaven voor de middellangetermijn⁶.

Vorbereiding advies

Het dagelijks bestuur van de raad heeft de behandeling van de adviesaanvraag opgedragen aan de Commissie Sociale Zekerheid. Vervolgens heeft deze commissie haar Werkgroep Ziektekostenverzekeringen belast met de voorbereiding van het advies⁷.

Tevens is besloten dat de raad in zijn advies over solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen zal ingaan op de vragen van de minister die betrekking hebben op het thema *Schaarsteparadigma en eigen verantwoordelijkheid*. Aangezien hierover ook het advies van de RVZ is gevraagd zijn er op ambtelijk niveau tussen de RVZ en de SER werkafspraken gemaakt onder meer gericht op uitwisseling van informatie. Ten slotte hebben vertegenwoordigers van de RVZ in de genoemde werkgroep een toelichting gegeven op het in januari 2000 uitgebrachte advies *Europa en de gezondheidszorg*. De raad heeft het advies vastgesteld in zijn openbare vergadering van 15 december 2000. Het verslag van deze vergadering is op te vragen bij het secretariaat.

Opbouw advies

Na dit inleidende hoofdstuk is de opbouw van het advies als volgt.

De hoofdstukken 2, 3, 4 en 5 hebben vooral een beschrijvend en analytisch karakter. Naast een plaatsbepaling en afbakening van de gehanteerde begrippen van solidariteit en eigen verantwoordelijkheid bevat hoofdstuk 2 een analysekader voor het advies. Hoofdstuk 3 is gewijd aan een verkenning van de solidariteitsverhoudingen in het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen en aan de organisatie en structuur van de gezondheidszorg. Daarna komen in hoofdstuk 4 de mogelijke implicaties van toekomstige ontwikkelingen voor de gezondheidszorg aan de orde. Op basis van deze hoofdstukken biedt hoofdstuk 5 een overzicht van vraagstukken en knelpunten die nu om een beleidsmatige reactie vragen; centraal staat de vraag of het huidige stelsel van gezondheidszorg toekomstbestendig is.

Uitgaande van deze probleemdiagnose formuleert de raad in hoofdstuk 6 voorstellen voor de toekomstige inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en voor de ordening en sturing op het terrein van de gezondheidszorg. Het standpunt bevat een preambule met de kern van het advies; daarin geeft de raad aan onder welke voorwaarden de voorstellen naar zijn mening moeten worden ingevoerd en welke stappen reeds op korte termijn kunnen worden gezet.

6 SER-advies *Sociaal-economisch beleid 2000-2004*, publicatienr. 00/08, Den Haag 2000, p. 64.

7 De samenstelling van de Commissie Sociale Zekerheid (SZ) en van de Werkgroep Ziektekostenverzekeringen (WZV) is opgenomen in bijlage 2.

2. Solidariteit, schaarsteparadigma en eigen verantwoordelijkheid

Het kabinet vraagt advies over de thema's 'solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen' en 'schaarsteparadigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger'. In dit hoofdstuk worden deze thema's in de paragrafen 2.2 en 2.3 inhoudelijk nader uitgewerkt. Daaraan voorafgaand bevat paragraaf 2.1 een algemeen beleidskader.

2.1 Algemeen beleidskader

Beide in de adviesaanvraag genoemde thema's moeten worden benaderd vanuit het brede kader van de toekomstige structuur, de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg. Vertrekpunten voor dit vraagstuk zijn:

- de grondwettelijke verantwoordelijkheid van de overheid voor het bevorderen van de volksgezondheid en de toegang tot de zorg;
- de doelstellingen voor gezondheidszorgbeleid, namelijk kwaliteit, geografische en financiële toegankelijkheid en doelmatigheid;
- de ontwikkelingen binnen en buiten de gezondheidszorg die in de toekomst op de gezondheidszorg afkomen.

In het verlengde hiervan worden twee vraagstukken onderscheiden te weten de *inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen* en de *ordering en structuur van de gezondheidszorg*.

Het vraagstuk van de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen heeft betrekking op de volgende onderwerpen:

- de vormgeving van solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen;
- de structuur van het verzekeringsstelsel, waarbij het gaat om de vraag welke verzekeringen er zijn te onderscheiden en welke kenmerken deze hebben;
- de omvang van het verzekerde pakket, waarbij het gaat om de vraag welke zorgvoorzieningen door welke verzekering worden gedekt;
- de toegang tot zorgvoorzieningen, waarbij het gaat om de vraag welk deel van de zorgvoorzieningen voor iedereen in gelijke mate toegankelijk is;
- de financiering van het verzekeringsstelsel, waarbij het gaat om de vraag hoe de te onderscheiden verzekeringen gefinancierd moeten worden;

- de eigen verantwoordelijkheid van de burger, waarbij het gaat om prikkels die mensen bewust maken van hun zorggebruik, om een evenwichtige verdeling van zorgkosten over mensen met verschillende inkomens en om een eigen rol voor verzekerden in het verwerven van zorg (vraagsturing).

Het vraagstuk van de organisatie en structuur van de gezondheidszorg heeft betrekking op de toekomstige rolverdeling in de gezondheidszorg tussen de overheid, zorgaanbieders, verzekeraars en burgers. Bij deze rolverdeling zijn de volgende onderwerpen van belang:

- het allocatiemechanisme in de gezondheidszorg (door de overheid en/of door verzekeraars en verzekerden?);
- de verantwoordelijkheidsverdeling voor het realiseren van publieke doelstellingen (centraal of decentraal?), waaronder de eigen verantwoordelijkheid van de burger;
- de financiering van de zorg (collectief en/of particulier?).

2.2 Solidariteit

2.2.1 Subsidiërende solidariteit en kanssolidariteit

Solidariteit kan op verschillende manieren worden uitgedrukt¹. In verzekeringen wordt vaak onderscheid gemaakt naar twee hoofdvormen: subsidiërende solidariteit en kanssolidariteit. Het verschil tussen beide vormen wordt hierna verduidelijkt.

Overdrachten ex post en ex ante

In een verzekering komt solidariteit tot uitdrukking in financiële overdrachten tussen (groepen) verzekerden, waardoor verzekerden de facto elkaars lasten dragen.

Financiële overdrachten kunnen op twee manieren voorkomen²:

- Overdrachten van mensen die *geen*, naar mensen die *wel schade* blijken te hebben geleden. Deze overdrachten vinden na het intreden van het risico plaats (overdrachten ex post).

1 Zie bijvoorbeeld: E. Schokkaert en F. Spinnewyn, Fundamenten van sociale zekerheid: solidariteit en verzekering, overheid en markten, in: M. Despontin en M. Jegers (eds.), *De Sociale Zekerheid verzekerd?* Brussel 1995, pp. 223-268; R. van der Veen, Is de verzorgingsstaat overbodig geworden?, in: J. Bussemaker, e.a., *Verzorgingsstaat tussen individualisme en solidariteit*, Amsterdam 1994, pp. 73-96; A. van Doorn, Solidariteit in perspectief, in: Astin Nederland, *Solidariteit en verzekering*, 1985, pp. 17-33.

2 Op basis van B.H. Posthuma, *Solidariteit kwantitatief*, in: Astin Nederland, *Solidariteit en verzekering*, 1985, p. 38.

- Overdrachten van mensen die *meer*, naar mensen die *minder betalen* dan de premie op basis van hun risicoprofiel (i.e. de risicopremie). Deze overdrachten vinden voorafgaand aan het intreden van het risico plaats (overdrachten *ex ante*).

Homogene en heterogene risicogroepen

Bij het onderscheid tussen financiële overdrachten *ex post* en *ex ante* is verder het risicoprofiel van een verzekerdenpopulatie van belang. Als een verzekerdenpopulatie is ingedeeld in homogene risicogroepen betalen verzekerden met een gelijk risicoprofiel een gelijke premie voor hun verzekering (premiëdifferentiatie naar risico, equivalentie). De premie is dan afgestemd op het risico dat een verzekerde op basis van zijn risicoprofiel inbrengt. Als er in een verzekering niet gedifferentieerd wordt naar risico betalen mensen met verschillende risicoprofielen een doorsneepremie (geen premie-differentiatie naar risico). De premiestelling gaat dan voorbij aan verschillen tussen verzekerden naar het risico dat zij inbrengen.

Kanssolidariteit en subsidiërende solidariteit

De solidariteit die in overdrachten *ex post* tot uitdrukking komt wordt kanssolidariteit genoemd. Deze vorm is inherent aan verzekeren en komt in alle verzekeringen voor.

De solidariteit die in overdrachten *ex ante* tot uiting komt heet subsidiërende solidariteit. Met deze vorm kunnen aanvullende financiële overdrachten worden georganiseerd die noodzakelijk zijn om iedereen ongeacht gezondheidskenmerken of inkomen een gelijke toegang tot de gezondheidszorg te garanderen. Om deze reden is subsidiërende solidariteit beleidsmatig relevant voor het thema over solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

2.2.2 Vormen van subsidiërende solidariteit

Risicosolidariteit en inkomenssolidariteit zijn vormen van subsidiërende solidariteit. Beide vormen komen tot uitdrukking in financiële overdrachten van mensen die meer naar mensen die minder premie betalen dan de premie op basis van hun risicoprofiel. Risicosolidariteit en inkomenssolidariteit kunnen in een verzekering naast elkaar voorkomen. In dit geval worden de lasten van een verzekering *ex ante* niet alleen over verschillende risicogroepen, maar ook over verschillende inkomensgroepen (her)verdeeld.

Risicosolidariteit

In een verzekering is sprake van risicosolidariteit als in de premiestelling niet of niet volledig rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidsrisico. Hierdoor dragen mensen met goede risico's mede de lasten van

mensen met slechte risico's. Een voorbeeld is de intergenerationele solidariteit tussen jong en oud.

Als in de premiestelling van een verzekering niet wordt gedifferentieerd naar risico(profielen), betaalt iedereen een doorsneepremie. Als in de premiestelling wel naar risico wordt gedifferentieerd kan er (ten opzichte van de doorsneepremievariant) sprake zijn van een meer equivalente en een minder equivalente variant. In de meer equivalente variant betalen de goede risico's minder dan de doorsneepremie, maar nog steeds meer dan hun risicopremie. In de minder equivalente variant betalen de goede risico's meer en de slechte risico's minder dan de doorsneepremie.

Inkomenssolidariteit

In een verzekering is sprake van inkomenssolidariteit als in de premieheffing rekening wordt gehouden met het inkomen van verzekerden (inkomensafhankelijke premieheffing). Inkomenssolidariteit betekent dat mensen met een hoger inkomen mede de verzekeringslasten dragen van mensen met een lager inkomen.

Inkomenssolidariteit kan overigens op verschillende manieren georganiseerd worden. Binnen de premiestructuur van een verzekering kan dit via inkomensgerelateerde premies. Inkomenssolidariteit kan ook buiten de premiestructuur van een verzekering om plaatsvinden, bijvoorbeeld via een rijksbijdrage uit algemene middelen, inkomensafhankelijke zorgsubsidies, bijzondere belastingaftrek of tax credits.

Factoren die de subsidiërende solidariteit beïnvloeden

De volgende drie kernvariabelen bepalen de mate van subsidiërende solidariteit:

- de vrijwillige of verplichte deelname aan een collectief arrangement (kring van verzekerden);
- de omvang en de aard van het verstrekkingenpakket (materiële werkingssfeer)³;
- de hoogte en de vormgeving van de financiële bijdrage (financiering en lastenverdeling)⁴.

3 Dit heeft betrekking op: aard, omvang en inhoud van een wettelijk omschreven verstrekkingenpakket; aanspraken krachtens particuliere verzekeringspolis.

4 Dit heeft betrekking op: de wettelijke basis tegenover de vrije markt; verplichte winkelnering tegenover concurrentie tussen aanbieders; verplichte deelname en acceptatieplicht tegenover contractvrijheid voor verzekerde en verzekeraar; uniforme premie tegenover premiedifferentiatie; financiering op basis van omslagstelsel, financiering uit premieheffing (inkomensafhankelijk dan wel nominaal), overheidsbijdragen, eigen bijdragen, procentuele bijbetalingen en mogelijkheid van eigen risico.

Metten van 'de solidariteit'

Het bestaan van de twee verschillende vormen van solidariteit en van de vele factoren die op solidariteit van invloed zijn, maakt duidelijk dat het meten van 'de solidariteit' een uiterst gecompliceerde zaak is. Als beide vormen naast elkaar voorkomen is dit extra ingewikkeld.

2.3 Schaarsteparadigma

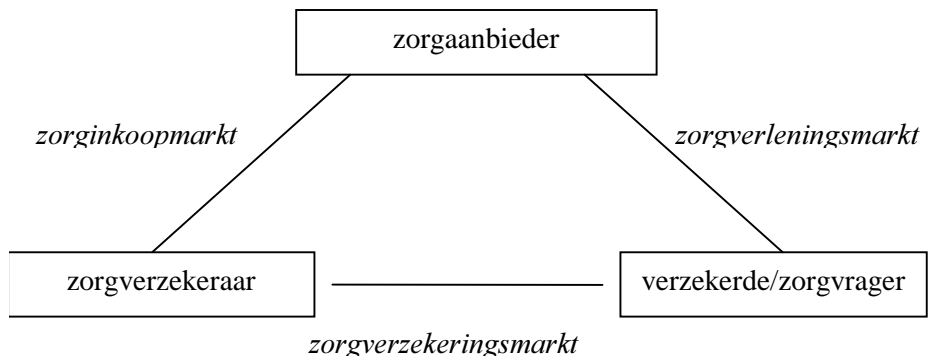
Het thema schaarsteparadigma – of schaarstemodel – heeft betrekking op het sturingsmodel voor de afstemming tussen vraag en aanbod in de gezondheidszorg.

In het huidige model bepaalt de overheid (in zeer belangrijke mate) het aanbod van voorzieningen. Daarvoor maakt zij gebruik van aanbodregulering, het geheel van verzekerings-, plannings- en prijswetgeving. Met deze wetgeving stuurt de overheid het aanbod van zorgvoorzieningen en de toegang tot die zorgvoorzieningen aan. Het aanbod wordt uit overwegingen van kostenbeheersing schaars gehouden. En er is niet altijd sprake van een directe relatie tussen vraag en aanbod.

Het thema schaarsteparadigma is gericht op het verbeteren van de structuur, de organisatie en het functioneren van de gezondheidszorg. Het thema omvat het brede terrein van:

- het allocatiemechanisme in de zorg in casu de aanbodregulering: de wet- en regelgeving ten aanzien van de sociale en particuliere verzekeringen (verzekeringswetgeving), de planning (structuurwetgeving) en prijsstelling (prijswetgeving);
- de rolverdeling tussen organisaties op het terrein van de gezondheidszorg: de overheid, zorgvragers (burgers en bedrijven), zorgaanbieders (zorginstellingen, beroepsbeoefenaren), zorgverzekeraars (ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars) en andere uitvoeringsorganen (zoals zorgkantoren);
- de deelmarkten op het terrein van de gezondheidszorg: de zorgverleningsmarkt, de zorgverzekeringsmarkt en de zorginkoopmarkt (zie figuur 2.1).

Figuur 2.1 – Deelmarkten in de gezondheidszorg



3. Huidig stelsel van gezondheidszorg

Dit hoofdstuk bevat een schets van de stand van zaken van het huidige stelsel van gezondheidszorg. Eerst komt de structuur- en prijswetgeving aan de orde (3.1). Daarna volgt een beschrijving van het stelsel van ziektekostenverzekeringen (3.2). Tot slot wordt ingegaan op de verdeling van de kosten en de baten van gezondheidszorg (3.3). Het hoofdstuk heeft een beschrijvend karakter. Voor een verkenning en beoordeling van het functioneren van het stelsel van gezondheidszorg wordt verwezen naar hoofdstuk 5.

3.1 Aanbodregulering

3.1.1 Structuurwetgeving

Er is een aantal wetten op het terrein van de planning, organisatie en structuur van de gezondheidszorg. Naast de Wet bijzondere medische verrichtingen, de Gezondheidswet en de Wet ambulancevervoer is er de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De WZV gaat over het volume, de planning en de bouw van ziekenhuizen, instellingen voor geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg en verpleeghuizen. De wet beoogt een doelmatig, kwalitatief goed en voor iedereen toegankelijk stelsel van voorzieningen te bevorderen. In aansluiting op de WZV is er een systeem van zogenaamde bouwprioriteiten. Dit systeem houdt in dat bouwprojecten op basis van financiële overwegingen een bepaalde prioriteit krijgen en gepland worden.

Ter vervanging van de WZV is de *Wet exploitatie zorginstellingen* (WEZ) in voorbereiding.

3.1.2 Prijswetgeving

Op het terrein van de prijswetgeving zijn er de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet geneesmiddelenprijzen.

De *Wet tarieven gezondheidszorg* (WTG) beoogt de kosten van gezondheidszorg te beheersen. De wet verbiedt het in rekening brengen van tarieven die niet zijn goedgekeurd door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Hierdoor beoogt de WTG evenwichtige tarieven te waarborgen en een doelmatige gezondheidszorg na te streven. Verder regelt de WTG een uniforme procedure voor de totstandkoming van tarieven in de zorgsector.

De *Wet geneesmiddelenprijzen* (WGP) geeft de minister van VWS de bevoegdheid om maximumprijzen vast te stellen voor geregistreerde geneesmiddelen die voor iedereen beschikbaar moeten zijn.

3.1.3 Overige aanbodregulering

Overeenkomstenstelsel

Een kenmerk van naturastelsels, zoals de AWBZ en de ZFW, is dat verzekerden de zorg op basis van overeenkomsten tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders ontvangen¹.

Het stelsel van overeenkomsten is op dit moment als volgt ingericht. Op landelijk niveau sluiten representatieve organisaties van zorgverzekeraars en zorgaanbieders een zogeheten *Uitkomst van overleg* (uvo). Daarin staan afspraken op hoofdlijnen over prijs, type en hoeveelheid te leveren zorg. Het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) moet deze uvo goedkeuren. Als partijen op landelijk niveau niet komen tot een uvo maakt het CVZ een zogeheten modelovereenkomst. Op lokaal en regionaal niveau maken zorgverzekeraars en -aanbieders binnen het kader van de uvo (of modelovereenkomst) nadere afspraken over prijs, type en hoeveelheid zorg. Zij leggen deze afspraken vast in zogeheten medewerkersovereenkomsten. Ook deze overeenkomsten hebben goedkeuring nodig van het CVZ. Voor zorgverzekeraars geldt op dit moment een verbod op eigen zorginstellingen.

Contracteerplicht

Zorgverzekeraars zijn wettelijk verplicht om in het kader van de AWBZ en de ZFW overeenkomsten te sluiten met alle toegelaten instellingen in het kader van de AWBZ en de ZFW. Sinds 1992 is deze plicht opgeheven ten aanzien van individuele beroepsbeoefenaren.

Toelating van instellingen

Zorginstellingen mogen in het kader van de AWBZ en de ZFW alleen zorg aanbieden als zij door de minister van VWS zijn toegelaten. Daarvoor moeten zij onder meer aan bepaalde kwaliteitsvoorwaarden voldoen. Bij de toelating houdt de minister van VWS tevens rekening met de behoefte aan en spreiding van de zorg die door de desbetreffende instelling wordt verleend.

1 Restitutie van kosten is binnen de AWBZ ook mogelijk, zij het dat in de praktijk nauwelijks van deze mogelijkheid gebruik wordt gemaakt.

3.2 Ziektekostenverzekeringen

3.2.1 Inleiding

Verzekeringen

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen bestaat uit de volgende verzekeringen:

- de Algemene Wet bijzondere ziektekosten (AWBZ);
- de Ziekenfondswet (ZFW);
- de publiekrechtelijke en particuliere ziektekostenregelingen voor categorieën ambtenaren (KPZ-regelingen);
- de privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen, waarbij onderscheid wordt gemaakt tussen standaard(pakket)polissen in de Wet toegang ziektekostenverzekeringen (WTZ) en de individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen;
- aanvullende privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen, namelijk verzekeringen die mensen in aanvulling op hun ziekenfonds- of particuliere verzekering kunnen afsluiten.

Aantal verzekerden

Tabel 3.1 bevat een raming van het aantal verzekerden per verzekering voor het jaar 2000. De ZFW telt ruim 10 miljoen verzekerden, bijna tweederde van de Nederlandse bevolking. Ruim eenderde van de bevolking is particulier verzekerd, waarvan het merendeel via een privaatrechtelijke individuele maatschappijpolis of collectieve ziektekostenregeling.

Tabel 3.1 – Aantal verzekerden per verzekering in 2000 (x1.000)

Verzekering	Aantal verzekerden
AWBZ	15.900
ZFW	10.023
KPZ	786
WTZ	630
Overig particulier	4.276
Onverzekerd	185

Bron: Ministerie van VWS.

Ordening in compartimenten

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen kent een ordening in compartimenten.

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

Het tweede compartiment bevat kortdurende curatieve zorg (de *cure*) 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. Een voorbeeld daarvan is de aanvullende tandartsverzekering of de alternatieve geneeswijzen.

Vervolg

In de volgende paragrafen worden de hiervoor genoemde verzekeringen beschreven. Dit gebeurt aan de hand van de volgende kenmerken:

- de kring van verzekerden;
- de aanspraken en verstrekkingen;
- de financiering;
- de uitvoering.

3.2.2 AWBZ

Kring van verzekerden

De AWBZ is een volksverzekering. In beginsel zijn alle ingezetenen in Nederland ongeacht hun leeftijd voor de AWBZ van rechtswege verzekerd. Daarnaast zijn de mensen verzekerd die niet in Nederland wonen maar wel op grond van in dienstbetrekking verrichte arbeid onder de loonbelasting vallen. Ook zijn ziekenfondsverzekerden die in het buitenland wonen verplicht voor de AWBZ verzekerd. Verder is er een wetsvoorstel dat mensen boven de 65 jaar de mogelijkheid geeft zich per 1 januari 2001 vrijwillig voor de AWBZ te verzekeren. Dit geldt nog niet voor mensen onder de 65 jaar. De minister van VWS wil de toegang tot de AWBZ voor deze laatste groep betrekken bij de discussie over de toekomst van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Bij algemene maatregel van bestuur kan de overheid de kring van verzekerden uitbreiden en beperken. De verzekeringsplicht van de AWBZ is geïndividualiseerd.

Verstrekkingen en aanspraken

De AWBZ is een zorgverzekering. Dit houdt in dat verzekerden aanspraak hebben op zorg. Voor 1 januari 1992 moest die zorg in natura verstrekt worden. Sindsdien kan een uitvoeringsorgaan van de AWBZ ook kiezen voor een restitutiesysteem. In de sectoren geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging, die via de AWBZ worden gefinancierd, komen persoonsgebonden budgetten (PGB) voor, waarmee zorg rechtstreeks door de verzekerde kan worden ingekocht.

Het verstrekkingenpakket van de AWBZ bestaat uit verblijf, verpleging, verzorging en behandeling in verpleeginrichtingen, zwakzinnigeninrichtingen, dagverblijf en gezinsvervangend tehuis voor verstandelijk en lichamelijk gehandicapten, ziekenhuis en sanatorium na een jaar, psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen (PAAZ), opname in 'Het Dorp' te Arnhem, kindergezinsvervangende tehuizen, en beschermde woonvormen. Verder hebben verzekerden aanspraak op hulp in een psychiatrische polikliniek, psychiatrische deeltijdbehandeling, niet-klinische psychiatrische hulp, ambulante geestelijke gezondheidszorg (RIAGG), hulp aan visueel en auditief gehandicapten, thuiszorg, onderzoek van zwanegere vrouwen naar hepatitis-B, onderzoek naar aangeboren stofwisselingsziekten en vaccinaties.

Financiering

De kosten van de AWBZ worden hoofdzakelijk gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies. De premie wordt geheven over het inkomen tot het maximum van de eerste schijf van de loon- en inkomstenbelasting. In het huidige belastingstelsel geldt afhankelijk van de tariefgroep een belasting- en premievrij bedrag (belastingvrije som). De minister van VWS stelt de inkomensafhankelijke premie vast.

Naast premies betalen verzekerden voor intra- en extramurale voorzieningen eigen bijdragen. Voor intramurale voorzieningen geldt een hoge en een lage eigen bijdrage. De hoofdregel is dat iemand die duurzaam in een intramurale instelling is opgenomen een hoge bijdrage betaalt, tenzij andere gezinsleden van het inkomen van de desbetreffende persoon afhankelijk zijn.

Het kabinet heeft besloten de structurele rijksbijdrage aan de AWBZ in 2000 terug te trekken.

Uitvoering

De Belastingdienst int de premies voor de AWBZ en stort deze premies vervolgens in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Het CVZ beheert dit fonds.

Zorgkantoren voeren namens ziekenfondsen, toegelaten particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren de AWBZ uit. Een zorgkantoor is voor een bepaalde regio verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van voldoende zorg van voldoende kwaliteit. Daarnaast is het zorgkantoor verantwoordelijk voor een doelmatige besteding van middelen in het kader van de AWBZ.

Daarvoor sluit een zorgkantoor overeenkomsten met zorgaanbieders.

Het regionaal indicatieorgaan is verantwoordelijk voor het beoordelen van de zorgvraag. Hierdoor bepaalt dit orgaan de toegang tot de zorg die onder de AWBZ valt.

3.2.3 ZFW

Kring van verzekerden

Mensen die aan de wettelijke voorwaarden op grond van de ZFW voldoen zijn van rechtswege verzekerd. Iemand die van rechtswege is verzekerd is echter vrij om zich bij een ziekenfonds in te schrijven (geen inschrijvingsplicht). Iemand die zich niet inschrijft betaalt wel de verplichte inkomensafhankelijke ziekenfondspremie, maar niet de nominale premie die een verzekerde pas verschuldigd is als hij zich inschrijft bij een ziekenfonds.

De kring van verzekerden van de ZFW bestaat uit verschillende categorieën verzekerden. In grote lijnen zijn dit:

- werknemers (inclusief medeverzekerden) in de zin van de Ziekwet (ZW) met een inkomen beneden de loongrens;
- 65-plussers met een inkomen (inclusief dat van hun partner) beneden de inkomensgrens voor ouderen en vervroegd gepensioneerden, mits zij op de dag voordat de VUT-uitkering ingaat ziekenfondsverzekerd zijn;
- bepaalde uitkeringsgerechtigden;
- zelfstandigen met een inkomen beneden de inkomensgrens voor zelfstandigen.

Verstrekkingsen en aanspraken

De ZFW geeft recht op gezondheidszorgvoorzieningen en hanteert het systeem van verstrekkingen in natura. Daarbij gaat het om de volgende verstrekkingen: medische hulp door huisarts en specialist (uitgezonderd psychiater), verloskundige hulp en kraamverzorging of een compenserende uitkering, 365 dagen verpleging in ziekenhuis of sanatorium (uitgezonderd psychiatrische verpleging), farmaceutische hulp, hulp in audiologisch centrum, revalidatiezorg, hulpmiddelen, paramedische hulp en logopedie, ziekenvervoer, erfelijkheidsonderzoek, hulp door trombosedienst, bepaalde tandheelkundige hulp voor kinderen tot 18 jaar, preventieve tandheelkundige hulp voor volwassenen, ziekenhuisverplaatste zorg en chronisch intermitterende beademing en haemodialyse.

Financiering

De financiering van de ZFW geschiedt voor een belangrijk deel uit inkomensafhankelijke premies die worden geheven over het loon of de uitkering tot het maximum premiedagloon. De inkomensafhankelijke premie voor werknemers, uitkeringsgerechtigden en gepensioneerden bedraagt in 2000 8,1 procent van het loon of de uitkering. Werknemers en uitkeringsgerechtigden betalen 1,75 procent. Werkgevers en uitkeringinstanties betalen 6,35 procent². Vervroegd gepensioneerden en 65-plussers betalen in 2000 8,1 procent over respectievelijk hun VUT- en AOW-uitkering. Verder betalen 65-plussers 6,1 procent over hun verdere inkomsten uit arbeid (pensioenen)³. Voor

de medeverzekerde partner zonder eigen inkomen is alleen een nominale premie verschuldigd. Voor medeverzekerde kinderen is geen premie verschuldigd.

ZFW-verzekerden en medeverzekerden betalen allemaal een nominale premie. De gemiddelde nominale premie bedraagt in 2000 410 gulden per jaar. De nominale premie wordt jaarlijks door elk ziekenfonds vastgesteld. Verder draagt het Rijk via de rijksbijdrage ZFW substantieel bij aan de financiering van de ZFW.

Tot slot betalen alle verzekerden met een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering op grond van de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (MOOZ) mee aan de financiering van de ZFW. Deze omslagregeling is bedoeld ter dekking van de lasten als gevolg van de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds.

Uitvoering

De uitvoering van de ZFW is opgedragen aan ziekenfondsen die voldoen aan de in de wet gestelde toelatingsvoorwaarden. Tot 1992 werkten ziekenfondsen alleen regionaal. Nu kunnen zij landelijk werken en mogen verzekerden zelf een ziekenfonds kiezen. De praktijk is nog steeds zo dat de verzekerdenpopulatie van de meeste ziekenfondsen in een bepaalde regio geconcentreerd is.

Het Landelijk instituut sociale verzekeringen (Lisv) en de Sociale Verzekeringsbank (SVB) innen de procentuele premies. Zij dragen die premies af aan de Algemene Kas van de Ziekenfondsverzekering, waarin ook de rijksbijdrage en de MOOZ-bijdrage worden gestort. Het CVZ verdeelt op aanwijzing van de minister van VWS en op grond van risicocriteria de gelden over de toegelaten ziekenfondsen. Daarnaast ontvangen ziekenfondsen rechtstreeks van de verzekerden nominale premies.

3.2.4 Ziektekostenregelingen voor ambtenaren

Overheidspersoneel is in het verleden buiten de sociale werknemersverzekeringen gehouden. Overheidspersoneel is of publiekrechtelijk of particulier verzekerd. De desbetreffende ziektekostenregelingen komen hierna aan de orde⁴.

2 Het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie wordt opgeteld bij het inkomen van de werknemer die daarover inkomstenbelasting betaalt. Oorspronkelijk gold als uitgangspunt voor de werkgeversbijdrage een 50-50 verdeling tussen werkgevers en werknemers. Door inkomenspolitieke maatregelen zijn in het verleden veranderingen in deze verhouding aangebracht.

3 De ratio hierachter is inkomensbeleid.

4 De beschrijving van de ziektekostenregelingen voor ambtenaren is mede gebaseerd op het rapport *Anders Verzekerd?* van het CAOP, mei 1995, Den Haag.

Nederland kent vier publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (de zogenaamde KPZ-regelingen): de IZA-Nederland-regeling voor ambtenaren van gemeenten en de provincie Limburg, de IZR-regeling voor ambtenaren van provincies (exclusief Limburg), de DGVP-regeling voor politieambtenaren en de ziektekostenregeling voor beroepsmilitairen.

Iemand in dienst van gemeente, provincie of politie is van rechtswege verzekerd en is verplicht tot deelname als de desbetreffende gemeente of provincie is aangesloten bij een van de genoemde ziektekostenregelingen. Dit geldt voor nagenoeg alle gemeenten en voor alle provincies. Als iemand deelneemt is hij verplicht premie te betalen. De regelingen vallen onder het arbeidsvoorwaardenpakket van de desbetreffende ambtenaren en hebben daardoor een rechtspositioneel karakter.

Kring van verzekerden

De kring van verzekerden van de publiekrechtelijke regelingen bestaat uit ambtenaren van gemeenten, provincies en politie, ongeacht de hoogte van hun inkomen of hun nationaliteit. Daarnaast kunnen de partner en de kinderen van de verzekerde onder bepaalde voorwaarden meeverzekerd zijn. Verder kunnen nabestaanden van de deelnemer, ambtenaren die met invaliditeits- of ouderdomspensioen gaan en ambtenaren die wachtgeld ontvangen facultatief deelnemen aan een regeling⁵.

Het overheidspersoneel (inclusief partner en kinderen) werkzaam in de sectoren rijk, onderwijs, rechterlijke macht en burgerpersoneel van defensie is particulier verzekerd. Op grond van de Interimregeling ziektekosten ambtenaren 1982 ontvangen zij een tegemoetkoming van hun werkgever in de kosten van een particuliere ziektekostenpremie.

Verstrekkings- en aanspraken

De ambtenarenregelingen bevatten in meer of mindere mate arbeidsvoorwaardelijke elementen. Zij bieden een verzekering tegen ziektekosten, waarbij de verzekerde een vergoeding ontvangt voor gemaakte kosten van medische zorg (restitutie). Het merendeel van de zorgkosten wordt volledig vergoed. Voor een aantal verstrekkingen worden de kosten voor 80 of 90 procent vergoed. Voor tandheelkundige hulp is de vergoeding gebonden aan maximumbedragen.

Financiering

De financiering van de publiekrechtelijke regelingen geschiedt voor een belangrijk deel uit inkomensafhankelijke premies. Daarnaast betalen de verzekerde en zijn meeverzekerde partner ieder een nominale premie. Voor meeverzekerde kinderen hoeft geen premie te worden afgedragen. Omdat de no-

5 Dit geldt niet voor de ziektekostenregeling voor beroepsmilitairen.

minale premies per uitvoeringsorgaan worden vastgesteld, kunnen die per regeling uiteenlopen.

Naast de premies moet een verzekerde voor een aantal zorgvoorzieningen een algemene eigen bijdrage van 10 procent van het tarief betalen (tandarts 20 procent), totdat een maximum is bereikt van 1 procent van het bruto-inkomen van de hoofdverzekerde.

Verzekerden betalen geen MOOZ- en WTZ-bijdragen met uitzondering van de beroepsmilitairen die hiertoe wel verplicht zijn.

Overheidspersoneel (inclusief partner en kinderen) werkzaam in de sectoren rijk, onderwijs, rechterlijke macht en burgerpersoneel van defensie ontvangt een tegemoetkoming van de werkgever in de kosten van een particuliere ziektekostenpremie. Daarnaast kan dat personeel in geval van bovenmatige ziektekosten of ziektekostenpremies op grond van de regeling ziektekostenvoorziening overheidspersoneel (ZVO) kosten boven een bepaald percentage van het inkomen vergoed krijgen.

Politieambtenaren en IZA- en IZR-verzekerden kunnen gebruikmaken van een soortgelijke voorziening binnen hun eigen regeling.

Uitvoering

De uitvoering van de regelingen vindt plaats door uitvoeringsorganen voor de publiekrechtelijke regelingen: IZA-Nederland, de IZR en de Dienst GVP. Het bestuur van de uitvoeringsorganen is samengesteld uit werkgevers en werknemers. De uitvoering van de regeling voor beroepsmilitairen gebeurt door een particuliere verzekeraar.

3.2.5 WTZ

Kring van verzekerden

De standaardverzekering op grond van de WTZ is een privaatrechtelijke overeenkomst tussen een verzekerde en een particuliere verzekeraar. De WTZ verplicht particuliere verzekeraars de bij algemene maatregel van bestuur aan te wijzen categorieën van personen een standaardverzekering aan te bieden tegen een maximumpremie, die door de minister van VWS wordt vastgesteld.

De belangrijkste categorieën WTZ-verzekerden zijn mensen ouder dan 65 jaar en studenten. In de AMVB staan 21 categorieën van personen vermeld. Daaronder vallen ook de mensen die gedurende een aaneengesloten periode van drie jaar een hogere premie moeten betalen dan de premie van een standaardpakketpolis (de zogenoemde meerbetalersregeling). Het verschil tussen de premieopbrengsten en de schade van de categorie meerbetalers is uitge-

zonderd van de WTZ-omslagregeling. Ten aanzien van die groep loopt een verzekeraar financieel risico⁶.

Aanspraken en verstrekkingen

Het verstrekkingenpakket van de WTZ komt vrijwel overeen met het ZFW-pakket. Een verzekerde kan aanspraak maken op een vergoeding voor gemaakte kosten voor medische zorg (restitutie).

Financiering

De financiering van de standaardverzekering geschiedt uit nominale premies per verzekerde, waarvan de maximumhoogte door de overheid wordt vastgesteld. De maximale nominale premies verschillen afhankelijk van de categorie verzekerden.

De standaardverzekering kent verder een verplicht eigen risico aan de voet van 100 gulden per persoon. Daarnaast gelden er eigen risico's voor bepaalde zorgvoorzieningen, namelijk voor ziekenvervoer, kraamzorg, tandheelkundige hulp, hulpmiddelen en sommige geneesmiddelen.

De premies voor de standaardverzekering zijn met inbegrip van de eigen betalingen niet kostendekkend. Om dit risico voor verzekeraars af te dekken voorziet de WTZ in een omslagregeling. De zogenoemde WTZ-omslagbijdrage dekt het verschil tussen premieopbrengsten en zorglasten. Dit tekort wordt omgeslagen over alle verzekerden met een privaatrechtelijke ziektekostenverzekering, exclusief mensen met een standaardverzekering die 65 jaar of ouder zijn.

Uitvoering

Particuliere verzekeraars voeren de standaardverzekering uit. De Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO) voert de WTZ-omslagregeling uit (evenals de MOOZ-omslagregeling).

3.2.6 Individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen

Kring van verzekerden

Mensen die niet in aanmerking komen voor de ZFW, WTZ of een ziektekostenregeling voor ambtenaren kunnen zich vrijwillig verzekeren via een individuele maatschappijpolis of via een collectieve ziektekostenregeling. In dit laatste geval kan een werkgever bijvoorbeeld een collectieve verzekering voor zijn werknemers afsluiten, maar werknemers kunnen dat ook zelf doen. Collectieve verzekeringen kunnen ook buiten de arbeidsrelatie worden afgesloten.

6 In de nota *Grenze(n)loze zorg* van het ministerie van VWS (pp. 48 en 49) wordt geconcludeerd dat de meerbetalersregeling in strijd is met Europese regels.

Individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen zijn privaatrechtelijke overeenkomsten. Voor deze verzekeringen geldt geen wettelijke verzekeringsplicht.

Verzekeraars voeren in tegenstelling tot de ZFW en de WTZ bij maatschappijpolissen een zelfstandig acceptatiebeleid. Voor collectieve ziektekostenregelingen geldt vaak acceptatie op nonselectiebasis als uitgangspunt. De (collectiviteiten van) verzekerden hebben keuzevrijheid ten aanzien van het pakket. Verder geven verzekeraars bij collectieve ziektekostenregelingen vaak een administratiekorting op de premie.

Financiering

De financiering van maatschappijpolissen gebeurt grotendeels via volledig nominale premies. Voor kinderen geldt veelal een lagere nominale premie, waarbij het aantal kinderen waarvoor premie moet worden betaald vaak gemaximeerd is (vaak 2 of 3). De hoogte van de premie is afhankelijk van het verstrekkingenpakket, de leeftijd van de verzekerde(n) en de hoogte van het eigen risico.

Individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen kennen naast nominale premies vaak ook eigen risico's en eigen bijdragen.

3.2.7 Aanvullende ziektekostenverzekeringen

Mensen kunnen zich in aanvulling op een ziekenfonds- of particuliere verzekering vrijwillig bijverzekeren voor zorgvoorzieningen uit het derde compartiment. De aanvullende verzekering wordt doorgaans op de polis van de hoofdverzekering afgesloten.

De financiering van de aanvullende verzekeringen geschiedt net als de genoemde privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen uit nominale premies. Daarbij kan de verzekerde kiezen uit het percentage eigen betalingen, dat in principe kan variëren van volledige dekking tot geringe dekking.

3.3 Kosten en gebruik van gezondheidszorg

3.3.1 Inkomsten en uitgaven op macroniveau

Deze paragraaf bevat een beschrijving van de inkomsten en uitgaven op macroniveau. In bijlage 3 zijn de basistabellen opgenomen waarop de informatie in deze paragraaf is gebaseerd.

Uitgaven gezondheidszorg naar verzekering

De uitgaven gezondheidszorg bedragen in 2000 ruim 77 miljard gulden (zie tabel 3.2). Ruim 95 procent van deze uitgaven vindt plaats binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De uitgaven die buiten het stelsel om plaatsvinden bedragen ruim 3,6 miljard gulden, bijna 5 procent van de totale

zorguitgaven in 2000. De uitgaven gezondheidszorg zijn in tabel 3.2 per verzekering aangegeven.

De uitgaven in het eerste compartiment, uitgedrukt als uitgaven AWBZ, bedragen bijna 32 miljard gulden (41,3 procent). Ruim de helft van de uitgaven gezondheidszorg (51,1 procent) vindt plaats in het tweede compartiment. De uitgaven ZFW en particuliere verzekeringen bedragen bijna 40 miljard gulden. De uitgaven in het derde compartiment en in de overige gezondheidszorg⁷ nemen respectievelijk 2,9 en 4,7 procent van de uitgaven gezondheidszorg in beslag.

Ruim 88 procent van de uitgaven gezondheidszorg wordt door de overheid gereguleerd. Dit omvat de uitgaven in het kader van de AWBZ, de ZFW, de WTZ, de KPZ-regelingen en de uitgaven overige gezondheidszorg (ruim 68 miljard gulden).

Tabel 3.2 – Uitgaven gezondheidszorg naar verzekering in 2000 (in mln. gulden)

Compartiment	Verzekering	Uitgaven
Eerste	AWBZ	31.853,7
Tweede	ZFW	27.632,0
	KPZ ¹	2.157,6
	WTZ	2.778,6
	Overig particulier	6.873,5
Derde	Aanvullende verzekeringen	2.265,0
Overig	Overige gezondheidszorg	3.606,3
Totaal	Uitgaven gezondheidszorg	77.166,7

¹ Exclusief zorguitgaven beroepsmilitairen.

Bron: Ministerie van VWS.

Uitgaven gezondheidszorg naar sectoren

In tabel 3.3 zijn de uitgaven gezondheidszorg uitgesplitst naar sectoren. Omdat gegevens over de uitgaven in het derde compartiment naar sectoren ontbreken, is dit compartiment buiten beschouwing gelaten.

Bijna 40 procent van de uitgaven gezondheidszorg vindt plaats in de sector curatieve somatische zorg. Deze sector is met bijna 29,5 miljard gulden veruit de grootste sector. Ook de sector verpleging en verzorging is groot in vergelijking tot andere sectoren. Deze sector heeft een omzet van bijna 17 mil-

⁷ Overige gezondheidszorg heeft onder meer betrekking op de onderwijspoot van academische ziekenhuizen, CAD, GGD, Algemeen maatschappelijk werk betaald door gemeenten en uitgaven voor beheer en onderzoek door de overheid (bijvoorbeeld Inspectiediensten en RIVM).

jard gulden, bijna 23 procent van de uitgaven gezondheidszorg. De sector genees- en hulpmiddelen heeft een aandeel van 11 procent.

Tabel 3.3 – Uitgaven gezondheidszorg (exclusief derde compartiment) naar sectoren in 2000 (in mln. gulden)

Sector	Eerste comp.	Tweede comp.	Overige uitgaven	Totaal
Gezondheidsbevordering	658,7	0,7	944,0	1.603,4
Curatieve somatische zorg	441,8	27.680,8	1.357,9	29.480,5
Genees- en hulpmiddelen	24,1	8.200,0	15,5	8.239,6
Geestelijke gezondheidszorg e.a.	5.499,2	0	625,0	6.124,2
Gehandicaptenzorg	6.701,8	0	35,8	6.737,6
Verpleging en verzorging, incl. thuiszorg	16.809,2	0	23,5	16.832,7
Beheer en diversen	1.718,9	3.560,2	604,6	5.883,7
Totaal	31.853,7	39.441,7	3.606,3	74.901,7

Bron: Ministerie van VWS.

Uitgaven gezondheidszorg naar financieringsvorm

In tabel 3.4 is voor 2000 de financiering van de AWBZ, de ZFW en de particuliere ziektekostenverzekeringen uitgesplitst naar financieringsvorm. Er is uitgegaan van een structurele situatie, waarbij de uitgaven gelijk zijn aan de inkomsten (lastendekkend niveau). Rentebaten of rentelasten zijn buiten beschouwing gelaten. Hierdoor wijken de totale uitgaven AWBZ en ZFW iets af van de uitgaven volgens de Zorgnota 2000 en CPB-cijfers.

Tabel 3.4 – Financiering van de AWBZ, ZFW en particuliere ziektekostenverzekeringen naar financieringsvorm in 2000 uitgaande van een lastendekkend niveau (in mln. gulden)

Financ. Vorm	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	Ov. part.	Aanv.verz.	Totaal
Inkomsten uit:							
Proc. Premie	28.425,6	17.865,5	1.760,2	0	0	0	48.051,3
Nom. Premie	0	2.496,4	309,0	1.474,0	5.841,3	1.132,5	11.253,2
Eigen betaling	3.427,4	0	88,4	54,6	1.032,2	1.132,5	5.735,1
Omslagbijdrage	0	835,0	0	1.250,0	0	0	2.085,0
Rijksbijdrage	12,5	6.771,8	0	0	0	0	6.784,3
Totaal	31.865,5	27.968,7	2.157,6	2.778,6	6.873,5	2.265,0	73.908,9

Bron: Ministerie van VWS.

Het stelsel van ziektekostenverzekeringen wordt voor 65 procent (ruim 48 miljard gulden) van de uitgaven gefinancierd via inkomensafhankelijke premies. Inkomensafhankelijke premieheffing speelt een belangrijke rol in de AWBZ, de ZFW en de KPZ-regelingen.

Ruim 15 procent van de uitgaven in het kader van het verzekeringsstelsel wordt gefinancierd uit nominale premies. Nominale premieheffing is in de particuliere privaatrechtelijke verzekeringen de voornaamste financieringsvorm. In de ZFW is deze financieringsvorm relatief minder belangrijk, hoewel bijna 2,5 miljard gulden wordt geïnd uit nominale premies.

Na de inkomensafhankelijke en nominale premieheffing is de rijksbijdrage de derde belangrijkste financieringsvorm in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. De rijksbijdrage aan de ZFW is bijna 6,8 miljard gulden, bijna een kwart van de totale financiering van de ZFW.

In de financiering van het verzekeringsstelsel komt 5,7 miljard gulden via eigen betalingen rechtstreeks voor rekening van de gebruikers van bepaalde zorgvoorzieningen. Eigen betalingen zijn substantieel in de AWBZ en bij individuele maatschappijpolissen, collectieve ziektekostenregelingen en aanvullende ziektekostenverzekeringen.

Met aanvullende omslagbijdragen is in het stelsel van ziektekostenverzekeringen ruim 2 miljard gulden gemoeid. Dit is bijna 3 procent van de totale financiering van het verzekeringsstelsel. De financiering van de ZFW vindt voor 3 procent plaats via de MOOZ-omslagbijdrage. In de financiering van de WTZ is de WTZ-omslagbijdrage aanzienlijk belangrijker. Bijna 45 procent van de WTZ-lasten (1,25 miljard gulden) wordt uit de omslagbijdrage gefinancierd.

Uitgaven gezondheidszorg naar financiers

In tabel 3.5 is de financiering van de verzekeringen in het eerste en tweede compartiment uitgesplitst naar financiers. Er zijn drie financiers onderscheiden: de verzekerden, de werkgevers (inclusief de overheid als werkgever) en de overheid.

Verzekerden financieren ruim 60 procent van de uitgaven in het eerste en tweede compartiment. Zij betalen:

- een deel van de inkomensafhankelijke premies AWBZ, ZFW en KPZ;
- de nominale premies ZFW, KPZ en WTZ en een deel van de nominale premies voor de overige particuliere verzekeringen;
- de eigen betalingen;
- een deel van de omslagbijdragen WTZ en MOOZ.

Tabel 3.5 – Financiering van de verzekeringen in het eerste en tweede compartiment naar financiers in 2000 uitgaande van een lastendeckend niveau (in mln. guldens)

	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	Ov. part.	Totaal	%
Verzekerden	25.403,0	9.939,5	929,3	1.693,1	5.358,0	43.322,9	60,5
Werkgevers	6.450,0	10.422,4	1.228,3	0	3.436,0	21.536,7	30,1
Overheid	12,5	6.771,8	0	0	0	6.784,3	9,5

Bron: Ministerie van VWS.

Het bedrijfsleven, inclusief de overheid als werkgever, financiert als geoormerkt deel van de aan werknemers te betalen loonsom, ruim 30 procent van de uitgaven in het eerste en tweede compartiment. Het bedrijfsleven betaalt:

- de overhevelingstoeslag (tot 31 december 2000) als compensatie voor premielasten AWBZ van verzekerden;
- een deel van de inkomensafhankelijke premies ZFW en KPZ;
- een deel van de nominale premies van individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen;
- een deel van de omslagbijdragen MOOZ en WTZ, namelijk bij individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen.

De overheid neemt via de rijksbijdrage ZFW 9,5 procent van de financiering van de uitgaven in het eerste en tweede compartiment voor haar rekening.

3.3.2 Kosten en gebruik van gezondheidszorg op microniveau

Gebruik gezondheidszorg

Gezondheid is ongelijk verdeeld, waardoor niet iedereen een gelijk ziekterisico heeft. Dat met dit gegeven in de premiestelling van een groot aantal verzekeringen geen rekening wordt gehouden impliceert dat er binnen die verzekeringen sprake is van subsidiërende solidariteit.

Bekend is dat de kans op ziekte of een aandoening over het algemeen groter wordt naarmate de leeftijd vordert. Met het stijgen van de leeftijd nemen het gebruik en de kosten van gezondheidszorg toe. Dit geldt met name voor de curatieve somatische zorg, het genees- en hulpmiddelengebruik en de verpleging en verzorging. Een belangrijke verklaring voor toenemende kosten bij een stijgende leeftijd is de verhoogde kans op sterfte. Een groot deel van het gebruik en de kosten van gezondheidszorg vindt namelijk plaats in het laatste levensjaar⁸.

8 WRR, *Volksgesondheidszorg*, Den Haag 1997, pp. 74 en 75.

Een uitzondering op toenemend zorggebruik bij een stijgende leeftijd geldt voor kinderen in de eerste levensfase (0 tot 1 jaar). Zij hebben ook een verhoogd ziekterisico, wat tot uitdrukking komt in het gebruik van ziekenhuiszorg. Ook hier is leeftijd een belangrijke determinant voor het ziekterisico. Niet voor alle ziektes en aandoeningen geldt echter dat leeftijd een belangrijke determinant is voor het ziekterisico. Het gebruik en de kosten van geestelijke gezondheidszorg zijn vrij constant na de 20-jarige leeftijd⁹.

Bekend is ook dat (anno 2000) een groot deel van de bevolking geen of betrekkelijk weinig gebruik maakt van zorgvoorzieningen. Dit deel van de bevolking is solidair met een klein deel van de bevolking dat een verhoogd risico heeft op een ziekte of aandoening. In grote lijnen kan deze laatste groep worden geduid als chronisch zieken, geestelijk en lichamelijk gehandicapten en ouderen.

Verdeling kosten gezondheidszorg

De verdeling van de kosten van mensen met een verhoogd ziekterisico over de rest van de bevolking vindt plaats via het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Daarin wordt niet alleen binnen verzekeringen solidariteit georganiseerd, maar ook tussen verzekeringen (bijvoorbeeld de MOOZ).

Feitelijke en eenduidige informatie over de verdeling van de kosten van mensen met een verhoogd ziekterisico over de rest van de bevolking ontbreekt (wie betaalt wat?). Dit heeft te maken met de complexe structuur van het verzekeringsstelsel, waarin verschillende verzekeringsvormen naast elkaar voorkomen en de financieringswijze per verzekering verschilt. Daarom kan alleen in kwalitatieve zin worden aangegeven welke groepen in het kader van de subsidiërende solidariteit mee betalen aan de ziektekosten van mensen met een verhoogd ziekterisico.

In de AWBZ vindt de financiering vrijwel volledig via inkomensafhankelijke premies plaats. Er gelden alleen eigen betalingen voor de woonfunctie in verpleeg- en verzorginghuizen. De premie is niet gekoppeld aan het risico dat verzekerden inbrengen. Er is in de AWBZ dus sprake van risicosolidariteit naast inkomenssolidariteit. De AWBZ-premie wordt geheven over de eerste schijf (1A en 1B) van de loon- en inkomstenbelasting (box 1 nieuwe belastingstelsel). Deze systematiek impliceert dat:

- mensen die loon- en inkomstenbelasting betalen solidair zijn met mensen die deze niet betalen (mensen zonder loon of inkomen);
- mensen met een hoger inkomen tot de inkomensgrens van de eerste schijf solidair zijn met mensen met een lager inkomen. De eerste groep draagt in absolute zin meer bij aan de financiering dan de tweede groep;

9 J.J. Polder e.a., *Kosten van ziekten in Nederland 1994*, Rotterdam 1997, pp. 68 en 69.

- op huishoudenniveau zijn huishoudens met relatief veel premiebetalers (bijvoorbeeld huishoudens met twee inkomens zonder kinderen) solidair met huishoudens met relatief weinig premiebetalers (bijvoorbeeld huishoudens met één inkomen en kinderen).

Kijkend naar de verzekeringen in het tweede compartiment valt op dat de financiering – en daarmee de solidariteit – per verzekering verschillend is geregeld (zie tabel 3.4).

In de ZFW en de KPZ-regelingen is de premie net als in de AWBZ niet gedifferentieerd naar risico. De financiering vindt voor een belangrijk deel plaats via inkomensafhankelijke premies. Hierdoor betalen verzekerden met een gelijk risico meer voor hun verzekering naarmate zij een hoger loon of inkomen hebben.

In de ZFW zijn huishoudens met relatief veel premiebetalers (bijvoorbeeld huishoudens met een dubbel inkomen zonder kinderen) – net als in de AWBZ – solidair met huishoudens waarin relatief weinig premiebetalers voorkomen (bijvoorbeeld huishoudens met één inkomen en kinderen). Dit heeft ermee te maken dat mensen zonder inkomen in de ZFW automatisch meeverzekerd zijn via de kostwinner.

Voor de verdeling van de kosten ZFW zijn verder de financiering in het kader van de MOOZ en de rijksbijdrage van belang. Via de MOOZ-omslagregeling dragen particulier verzekerden (exclusief KPZ-verzekerden) mee aan de financiering van de ZFW. Op deze manier zijn particulier verzekerden (risico)solidair met ZFW-verzekerden. Via de rijksbijdrage zijn alle belastingbetalers (inclusief ZFW-verzekerden) solidair met ZFW-verzekerden.

In de WTZ komt geen inkomenssolidariteit voor. De premieheffing is geheel nominaal. De WTZ kent verschillende premies voor de standaardpolis, de standaardpakketpolis en de studentenpolis. Geen van de polissen is echter kostendekkend. Het verlies wordt omgeslagen over WTZ-verzekerden (exclusief 65-plussers) en alle particulier verzekerden met een privaatrechtelijke verzekering. Hierdoor is deze laatste groep in sterke mate (risico)solidair met ouderen die een WTZ-verzekering hebben. Vermoedelijk zijn zij ook solidair met de groep studenten in de WTZ, echter in veel mindere mate gegeven het aanmerkelijk lagere risico dat studenten inbrengen.

In de overige particuliere verzekeringen komt eveneens geen inkomenssolidariteit voor. Individuele maatschappijpolissen en collectieve ziektekostenregelingen worden via nominale premies gefinancierd. De premieheffing van individuele maatschappijpolissen gaat uit van een zekere mate van risicosolidariteit. Collectieve ziektekostenregelingen bevatten een ruimere risicosolidariteit, namelijk tussen de goede risico's en de slechte risico's in het collectief. Zoals gememoreerd zijn alle verzekerden met een individuele maat-

schappijpolis of collectieve ziektekostenregeling in een bepaalde mate (risico)solidair met WTZ- en ZFW-verzekerden.

Hoewel de feitelijke verdeling van de kosten van mensen met een verhoogd ziekterisico over de rest van de bevolking niet bekend is, kan worden geconcludeerd dat verzekerden door het bestaan van naast elkaar voorkomende ziektekostenverzekeringen in verschillende mate bijdragen aan de inkomens- en risicosolidariteit.

4. Toekomstige ontwikkelingen

Dit hoofdstuk is gewijd aan de invloed van toekomstige ontwikkelingen op de gezondheidszorg. De paragrafen gaan over de ontwikkeling van de volksgezondheid (4.1), demografische ontwikkelingen (4.2), technologische ontwikkelingen (4.3), economische ontwikkelingen (4.4), sociaal-culturele ontwikkelingen (4.5), ontwikkelingen op het terrein van sociale zekerheid en gezondheidszorg (4.6) en internationaal-rechtelijke ontwikkelingen (4.7). Tot slot bevat het hoofdstuk een aantal algemene conclusies over de invloed van de beschreven ontwikkelingen op de toekomstige zorgvraag (4.8).

4.1 Ontwikkeling van de volksgezondheid

Volksgezondheid

Bekend is dat veranderingen in de volksgezondheidstoestand langzaam plaatsvinden. Grote veranderingen zullen daardoor alleen op lange termijn plaatsvinden. Dit in acht nemend, kan aan de hand van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 van het RIVM een aantal indicaties over gezondheid en ziekte in de toekomst (tot 2015) worden gegeven¹.

In de eerste plaats verwacht het RIVM een toenemend aantal veel voorkomende chronisch lichamelijke en psychische aandoeningen bij ouderen. De vergrijzing is in belangrijke mate de verklaring hiervoor. In 2015 zullen aandoeningen als kanker, hart- en vaatziekten, suikerziekte, dementie, zintuigstoornissen, CARA en aandoeningen van het bewegingsapparaat zijn toegenomen. In de tweede plaats verwacht het RIVM een opkomst van nieuwe en een toename van oude infectieziekten, ondanks nieuwe vaccins, uitbreiding van huidige vaccinatieprogramma's en verbetering van de hygiëne.

Het RIVM voorziet geen afname van de gezondheidsverschillen in Nederland. Nu zijn die verschillen het omvangrijkst naar sociaal-economische status (opleiding, inkomen, beroepsstatus). Het RIVM verwacht dat de omvang van de meeste bevolkingsgroepen die nu een gezondheidsachterstand hebben tot 2015 sneller zal toenemen dan de groei van de Nederlandse bevolking. Onduidelijk is echter in hoeverre de gezondheidstoestand van deze groepen in de toekomst zal wijzigen.

¹ RIVM, *Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De som der delen*, Bilthoven 1997.

Uitdijende gezondheidsdefinitie

Er is sprake van een uitdijende definitie van gezondheid.

In de eerste plaats gaat het hier om de geleidelijk aan gegroeide bemoeienis van de medische dienstverlening met psychosociale problematiek². Deze ontwikkeling heeft vooral gevolgen gehad voor het beroep op de huisarts maar heeft (ondanks de hoge drempel) ook effect op de vraag naar diensten van het RIAGG. Deze trend is dus zowel in het tweede als in het eerste compartiment merkbaar.

In de tweede plaats wordt hier gedoeld op de voorzieningen die oorspronkelijk uit de maatschappelijke dienstverlening komen en geleidelijk aan in het systeem van gezondheidszorg zijn opgenomen (bureaus voor Levens- en gezinsvragen in de RIAGG; gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten; pensiontehuizen in de RIBW's; gezinsverzorging en verzorgingstehuizen). Met deze herhaalde overheveling zouden ook cliënten met een voornamelijk sociale problematiek (die terecht een beroep deden op maatschappelijke dienstverlening) van AWBZ-gefinancierde zorg gebruik zijn gaan maken, terwijl de AWBZ daarvoor niet is bedoeld.

In de derde plaats gaat het bij de uitdijende gezondheidsdefinitie om de toegevoegde maatschappelijke functie van de gezondheidszorg. Te denken valt aan de legitimering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, aan de behandeling van mensen die in eerste instantie met justitie in aanraking zijn gekomen, maar ook aan voorzieningen ter voorkoming of juist bevordering van voortplanting en voorzieningen rond de normale bevalling; daarbij is veelal sprake van een sterke medicalisering³. Afgezien van het raakvlak tussen justitie en GGZ betreft het hier een ontwikkeling binnen het tweede compartiment.

4.2 Demografische ontwikkelingen

Niet alleen de *omvang*, maar ook de *leeftijdsopbouw* van de Nederlandse bevolking zal de komende decennia veranderen (zie tabel 4.1). Dit zal de omvang van de toekomstige zorgvraag maar ook de aard ervan beïnvloeden.

Omvang van de bevolking

De Nederlandse bevolking zal tot omstreeks 2035 groeien. Deze groei zal leiden tot een toename van het zorggebruik. In 2035 heeft Nederland naar schatting ruim 17,4 miljoen inwoners. Daarna neemt de omvang van de be-

2 SCP, *Sociaal en cultureel rapport 1998*, Den Haag 1998, p. 297.

3 SCP, *Sociaal en cultureel rapport 1992*, Den Haag 1992, p. 70.

Tabel 4.1 – Ontwikkeling van de Nederlandse bevolking en bevolkingsopbouw tot 2050

Jaar	0-19 jaar	20-64 jaar	65 jaar en ouder	waarvan 80 e.o.	Totaal	rel. (%)	x 1000	rel. (%)	x 1000
2000	3864	24,4	9829	62,0	2155	13,6	503	3,2	15848
2005	3975	24,4	10033	61,6	2278	14,0	575	3,5	16286
2010	3965	23,9	10181	61,3	2465	14,8	618	3,7	16611
2015	3871	23,0	10138	60,1	2847	16,9	659	3,9	16856
2020	3805	22,3	10111	59,2	3153	18,5	703	4,1	17069
2025	3770	21,8	10025	58,1	3460	20,1	791	4,6	17255
2030	3811	21,9	9805	56,4	3772	21,7	986	5,7	17389
2035	3871	22,2	9571	54,9	4004	22,9	1094	6,3	17447
2040	3887	22,3	9463	54,3	4068	23,4	1184	6,8	17418
2045	3852	22,2	9529	55,0	3951	22,8	1277	7,4	17332
2050	3806	22,1	9603	55,7	3821	22,2	1337	7,8	17230

Bron: CBS bevolkingprognose 1998-2050.

volking geleidelijk af. In 2050 heeft Nederland nog ruim 17,2 miljoen inwoners.

Leeftijdsopbouw bevolking

De Nederlandse bevolking zal de komende decennia verouderen. Deze ontwikkeling heeft invloed op de omvang en de aard van het zorggebruik. Twee ontwikkelingen liggen aan de veroudering van de bevolking ten grondslag. In de eerste plaats ontgroent de Nederlandse bevolking. Uit tabel 4.1 blijkt dat het aandeel jongeren (0-19 jaar) in de bevolking tot omstreeks 2025 afneemt (ontgroening). Nu is nog 24,4 procent van de bevolking jonger dan 20 jaar. In 2025 is het aandeel jongeren in de bevolking nog maar 21,8 procent. In de periode 2025-2050 ligt dit tussen de 21,9 en 22,3 procent.

In de tweede plaats vergrijs de Nederlandse bevolking. Uit tabel 4.1 blijkt dat het aantal ouderen (65 jaar en ouder) in de periode 2000-2040 met bijna 90 procent zal groeien. Ook het aandeel ouderen in de bevolking groeit (vergrijzing). Ongeveer 23,4 procent is in 2040 65 jaar of ouder. Nu is dat nog 13,6 procent van de bevolking. Binnen de groep ouderen neemt bovendien het aandeel hoogbejaarden (80 jaar en ouder) toe (dubbele vergrijzing). Tot 2025 schommelt dit aandeel ongeveer tussen de 23 en 25 procent. Daarna neemt dit flink toe tot 35 procent in 2050.

De groene druk – het aantal 0-19-jarigen in verhouding tot het aantal 20-64-jarigen – is de komende vijf decennia vrij constant. Tegenover vijf 20-64-jarigen staan gemiddeld twee 0-19-jarigen. De grijze druk – het aantal 65-plussers in verhouding tot het aantal 20-64-jarigen – verdubbelt bijna in de periode tot 2050. Nu staat tegenover vijf 20-64-jarigen één 65-plusser. Vanaf om-

streeks 2030 zijn dit er ongeveer twee. Als gevolg van deze toename neemt ook de demografische druk toe. Dit is het aantal 0-19-jarigen en 65 plussers in verhouding tot het aantal 20-64-jarigen. Nu bedraagt deze verhouding 3:5. Vanaf omstreeks 2030 is deze verhouding 4:5.

Alleenstaande ouderen

In tabel 4.2 is het aandeel van de oudere bevolking met een eenpersoonshuishouden per leeftijdscategorie weergegeven. Ouderen met een eenpersoonshuishouden hebben gemiddeld hogere zorguitgaven dan ouderen met een meerpersoonshuishouden⁴. De voorspellingen geven aan dat in de toekomst een groter deel van de ouderen met een partner zal samenwonen. Verwacht mag worden dat deze trend een uitgavenverlagend effect zal hebben.

Tabel 4.2 - Aandeel eenpersoonshuishoudens onder ouderen naar leeftijdscategorie

	Leeftijdscategorie	70-74	75-79	80-84	85-plus
2000	23,0	31,7	42,8	56,9	73,8
2010	23,8	30,9	40,7	53,9	70,7
2020	26,2	30,8	38,2	50,0	67,9
2030	26,2	30,8	38,3	49,5	66,2

Bron: SCP, 1999.

4.3 Technologische ontwikkelingen

Ontwikkelingen medische technologie

De kennis over de oorzaak van ziektes en aandoeningen groeit in hoog tempo. De vraag waarom mensen ziek worden kan daardoor steeds beter worden beantwoord. De meest belangwekkende ontwikkeling in dit verband is de snelle vooruitgang op het terrein van het genetisch onderzoek en genetische behandelingen (gentherapie). Maar ook op het terrein van de biotechnologie vinden innovaties plaats die zijn gericht op het voorkomen en behandelen van ziektes en aandoeningen door middel van voeding (bijvoorbeeld de transgene tomaat). Verder zullen ook bestaande behandelmethoden worden verbeterd.

Het effect van de medisch-technologische innovatie op de gezondheid en op de gezondheidszorg zal, hoewel moeilijk te voorspellen, betekenisvol zijn, in het bijzonder voor de zorg in het tweede compartiment⁵. Ziektes en aandoeningen kunnen in de toekomst beter worden voorspeld, voorkomen (preven-

4 SCP, *Demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen; gevolgen voor het wonen van ouderen in de toekomst*, Den Haag 1999.

5 Zie ook: WRR, *Volksgesondheidszorg*, op.cit., pp. 71 en 72.

tie), opgespoord (diagnostiek) en behandeld. Dit zal leiden tot winst in termen van efficiency (via substitutie), productiviteitsstijging, levensverwachting en kwaliteit van leven. De medisch-technologische ontwikkelingen kunnen ook leiden tot hogere kosten van gezondheidszorg. Hierbij spelen de gemiddeld hoge ontwikkelingskosten van nieuwe medische producten een rol. Verder kunnen medisch-technologische ontwikkelingen nieuwe en/of meer vraag genereren. Patiënten raken steeds beter geïnformeerd over nieuwe producten en behandelmethoden en zullen hier ook gebruik van willen maken. Verder is van belang dat mensen – omdat zij langer leven – mogelijk meer beroep doen op gezondheidszorgvoorzieningen. Bijvoorbeeld omdat zij in hun laatste levensfase vaker gebruikmaken van de huisarts of van controleonderzoeken in ziekenhuizen, of langer gebruikmaken van zorgvoorzieningen omdat hun ziekte of aandoening slechts ten dele geneest (zogenoemde half-way technologies).

Ontwikkelingen informatietechnologie

Ontwikkelingen op het terrein van de informatietechnologie kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de procesinnovatie in de gezondheidszorg en leiden tot een andere rolverdeling in de gezondheidszorg. Ontwikkelingen in de informatietechnologie manifesteren zich reeds geruime tijd, maar de mogelijkheden ervan zijn binnen de gezondheidszorg nog niet volledig benut⁶. Zowel binnen als tussen organisaties in de zorgketen zal procesinnovatie met behulp van informatietechnologie in de toekomst verder vorm (moeten) krijgen. Te denken is aan de invoering van het elektronisch patiëntendossier, aan de toepassing van electronic data interchange tussen verschillende partijen die zijn betrokken bij het zorgproces en aan de verdere benutting van informatietechnologie in zorgondersteunende werkprocessen. Door de toepassing van informatietechnologie kunnen de organisatie van de gezondheidszorg en de communicatie tussen verschillende partijen in het zorgproces er in de toekomst aanmerkelijk anders uitzien.

4.4 Economische ontwikkelingen

Economische ontwikkelingen hebben op verschillende manieren invloed op de gezondheidszorg⁷. In de eerste plaats beïnvloedt een stijging van de welvaart de vraag naar en de uitgaven van gezondheidszorg. In de tweede plaats hebben het algemeen economisch en sociaal-economisch beleid van de overheid effect op het gebruik van zorgvoorzieningen. Omdat de ontwikkeling van de welvaart en het beleid van de overheid op langere termijn onzeker zijn, kan het effect van deze factoren niet nauwkeurig worden bepaald. Wel

6 Zie ook: WRR, *Volksgezondheidszorg*, op.cit., p. 63.

7 E. Westerhout, The future of the Dutch health insurance system, in: *CPB-report*, 99/4, p. 24.

kan de richting van een aantal economische ontwikkelingen en hun effect op de gezondheidszorg op hoofdlijnen worden aangegeven.

Ontwikkeling welvaart

Verwacht mag worden dat de Nederlandse bevolking in de toekomst welvaarder zal zijn dan nu. In het algemeen wordt verondersteld dat de verwachte welvaartstijging (macro) een groei van de uitgaven aan gezondheidszorg tot gevolg zal hebben. Wanneer mensen meer geld hebben zullen zij geneigd zijn een groter deel hiervan te besteden aan gezondheidszorg. Zij zullen ook hogere eisen gaan stellen aan zorgvoorzieningen (meer maatwerk en luxe). Daar staat tegenover dat een hoger inkomen ook gepaard kan gaan met een betere gezondheid en minder gebruik van gezondheidszorgvoorzieningen, bijvoorbeeld als gevolg van betere huisvesting.

Minder zeker is hoe de verwachte welvaartstijging over de bevolking zal zijn verdeeld. Het is aannemelijk dat niet elke persoon, huishouden of bevolkingsgroep in de toekomst in dezelfde mate van een welvaartstijging zal kunnen profiteren⁸. Een stijging van de gezondheidszorguitgaven kan voor groepen die er relatief beperkt van profiteren moeilijker zijn op te vangen.

Loonontwikkeling en Baumol-effect

Een ander aspect van de toenemende welvaart is de loonontwikkeling in de gezondheidszorg. Wanneer deze in de toekomst gelijke tred houdt met de gemiddelde loonontwikkeling in Nederland en de productiviteit in de gezondheidszorg achterblijft bij de macroproductiviteit (Baumol-effect), zal dit op zich leiden tot een aanmerkelijke stijging van de uitgaven aan gezondheidszorg. Dit is niet onwaarschijnlijk, omdat de mogelijkheden voor het realiseren van productiviteitswinst in de gezondheidszorg – en met name in de arbeidsintensieve care sector – beperkt zijn. Maar ook de cure sector is in de toekomst niet verzekerd van (voldoende) productiviteitswinst. Zo ziet het SCP de eerstkomende jaren relatief beperkte mogelijkheden voor ziekenhuizen om doelmatigheidswinst te realiseren⁹.

8 Voor een genuanceerde beschouwing over de (toekomstige) inkomens- en vermogenspositie van ouderen wordt verwezen naar het rapport van de SER-Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (CSED), *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Den Haag 1999, par. 2.4. Deze commissie concludeert dat het nu niet mogelijk is harde uitspraken te doen over de toekomstige financiële positie van ouderen. Grosso modo verwacht zij dat de gemiddelde inkomenspositie van de toekomstige ouderen in absolute zin nog zal verbeteren. Ook acht de commissie het plausibel dat er binnen de groep toekomstige ouderen grote verschillen zullen zijn naar inkomens- en vermogenspositie (CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., p. 62).

9 SCP, *Tussen bed en budget*, Den Haag 1998.

4.5 Sociaal-culturele ontwikkelingen

Individualisering is al geruime tijd een belangrijke maatschappelijke trend. Mensen willen steeds meer zelf beslissen wat zij kopen en stellen steeds hogere eisen aan producten. Zij kunnen hun individuele behoeften ook steeds beter effectueren, onder meer door de toenemende welvaart, het stijgende opleidingsniveau en door het feit dat zij steeds beter geïnformeerd zijn, mede door de ontwikkelingen op het terrein van de informatievoorziening. Hierdoor zal in het aanbod van diensten en producten steeds meer tegemoet (moeten) worden gekomen aan de individuele behoeften van mensen.

Emancipatie en autonomie van patiënten

Op het terrein van de gezondheidszorg zal individualisering ook in de toekomst leiden tot verdere emancipatie en een grotere autonomie van de patiënt. Patiënten zullen in de toekomst in de relatie met artsen en zorginstellingen een sterkere positie innemen. In de relatie met de arts zal de patiënt steeds meer zelf beslissen welke behandeling hij krijgt. De arts stelt de diagnose en informeert en adviseert de patiënt over behandelmogelijkheden. Ook in de relatie met de zorginstelling zal de patiënt een sterkere positie verlangen. Hij zal – meer dan nu – zelf willen beslissen wie wanneer en hoe lang de zorg verleent en van welke kwaliteit de zorg moet zijn (meer of minder luxe). De versterking van de positie van de patiënt zal op het terrein van de curatieve zorg tot uitdrukking komen in de vraag naar meer onderzoek en vooral meer, betere en snellere behandelingen (inclusief geneesmiddelen). Op het terrein van de care zal de versterking van de positie van de patiënt tot uitdrukking komen in de behoefte aan keuzemogelijkheden uit het zorgaanbod.

Positie van (chronisch) zieken

Door de sociaal-culturele ontwikkelingen komen nieuwe eisen ten aanzien van het aanbod en de kwaliteit van zorgvoorzieningen naar voren. De nieuwe eisen komen bijvoorbeeld tot uitdrukking in de opvattingen over de maatschappelijke positie van patiënten met chronische ziekten en aandoeningen. Zo moeten verstandelijk gehandicapten, als zij dat willen, na hun jeugd hun ouderlijk huis kunnen verlaten en zoveel mogelijk op eigen benen kunnen staan. Deze trend, die ook op andere terreinen van de care plaatsvindt, heeft eveneens effect op de omvang van de vraag naar zorg- en woonvoorzieningen voor mensen met chronische aandoeningen.

Opvattingen over de maatschappelijke positie van (chronisch) zieken hebben ook gevolgen voor de rol van zorginstellingen in het eerste compartiment. Er worden steeds hogere eisen gesteld aan hun bijdrage aan de maatschappelijke integratie van mensen met fysieke of psychische beperkingen en/of chronische ziekten. Zorginstellingen gaan steeds meer samenwerken met woon-,

welzijns-, onderwijs- en gesubsidieerde arbeidsinstellingen of gaan zelf diensten op deze terreinen aanbieden.

4.6 Ontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid

In het advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* uit 1998 heeft de SER zijn zienswijze gegeven over onderdelen van het toekomstige beleid voor de samenhang tussen sociale zekerheid en gezondheidszorg¹⁰. Die samenhang is noodzakelijk als gevolg van de groeiende onderlinge verwevenheid van de stelsels van sociale verzekeringen en gezondheidszorg.

De raad heeft aangegeven met het kabinet van mening te zijn dat de sociale zekerheid en de gezondheidszorg dienen bij te dragen aan het wederzijds realiseren van elkaars doelstellingen. De gezondheidszorg kan bijdragen aan de preventie van ziekte en reïntegratie van zieke werknemers en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten. Daarbij mag geen afbreuk worden gedaan aan de intrinsieke primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf. Omgekeerd kan de sociale zekerheid via de beperking van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid bijdragen aan een relatieve afname van het beroep op (curatieve) gezondheidszorgvoorzieningen. Maar ook in het sociaal-economisch beleid moet rekening worden gehouden met de gevolgen voor de volksgezondheidszorg.

De raad concludeerde in zijn advies dat er nieuwe accenten in het volksgezondheidszorgbeleid nodig zijn. De gezondheidszorg dient preventief, diagnostisch en curatief bij te dragen aan een alerte en adequate behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen en gezondheidsklachten.

Sinds 1998 is er toenemende aandacht gekomen voor het behandelen van arbeidsrelevante aandoeningen. Ook is een aantal initiatieven genomen, zoals de instelling van het Platform Wachtlijsten Gezondheidszorg en het ontstaan van behandelcentra voor arbeidsrelevante aandoeningen.

In de toekomst zullen de veranderingen in de sociale zekerheid ertoe leiden dat het bedrijfsleven zich steeds meer en nadrukkelijker zal gaan manifesteren als vragende partij met specifieke behoeften.

4.7 Internationaal-rechtelijke ontwikkelingen

Bij de inrichting van het stelsel van gezondheidszorg moet uitdrukkelijk rekening worden gehouden met een aantal juridische kaders. Zo is uit rechtelijke uitspraken reeds gebleken dat Europese regelgeving van invloed is op de organisatie van de Nederlandse gezondheidszorg. Voorbeelden zijn de zaken

10 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, publicatienr. 98/13, Den Haag 1998.

Decker en Kohll. Het betreft de op 28 april 1998 gewezen arresten van het Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen (nrs. C-120/95 en C-158/96). Op basis daarvan worden nationale vergoedingsregels met een beroep op de beginselen van vrij verkeer van goederen en diensten terzijde gesteld.

Internationale regels stellen kaders aan de inrichting van een toekomstig zorgstelsel. Op Europees niveau zijn de mededingingsregelgeving en de bepalingen in het EG-verdrag over vrij verkeer van goederen, diensten, personen en kapitaal van toepassing. Specifiek van toepassing op sociale verzekeringen (onder meer de sociale ziektekostenverzekeringen) is EEG-verordening 1408/71 over de coördinatie van socialezekerheidsbepalingen die noodzakelijk zijn voor een vrij verkeer van werknemers, zelfstandigen en hun gezinsleden¹¹. Ook van toepassing op sociale verzekeringen is een aantal door Nederland geratificeerde ILO-verdragen¹². Specifiek van toepassing op schadeverzekeringen zijn de drie Europese richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf¹³.

De invloed van de genoemde wet- en regelgeving voor een toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen kan pas blijken als de bevoegde instantie zich over de toepassing ervan heeft uitgesproken. Niettemin zal de Mededingingswet in Nederland een geleidelijk grotere impact krijgen aangezien deze wet een zogeheten horizonbepaling bevat die inhoudt dat in 2002 een einde komt aan de uitzonderingspositie van de gezondheidszorg in de toepassing van deze wet. Ook supranationale regelgeving zal steeds meer invloed hebben op de nationale regelingen van gezondheidszorg¹⁴. De invloed van de Europese interne markt op de gezondheidszorg is groot en feitelijk onomkeer-

11 Naast de genoemde wordt de volgende wet- en regelgeving ook van toepassing geacht: de Algemene wet bestuursrecht (artikel 1), het Eerste Protocol (artikel 1) bij het Europese Verdrag voor de Rechten van de Mens (EVRM) en de door het Hof van Justitie geformuleerde fundamentele rechten zoals vrije beroepsuitoefening en de gelijke behandeling van verschillende nationaliteiten. Bron: Memorandum van de Landsadvocaat over enkele juridische aspecten van risicodragendheid in de WTZ, in: Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 24 036 nr. 88, bijlage 12.

12 Het gaat in het bijzonder om de ILO-verdragen nrs. 102 (minimumnormen sociale zekerheid) en 103 (bescherming moederschap) en 121 (prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten).

13 Richtlijn 73/239/EEG (24 juli 1973); Richtlijn 88/357/EEG (22 juni 1988); Richtlijn 92/49/EEG (18 juni 1992).

14 Zie: Ministerie van VWS, Grenze(n)loze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal perspectief, Den Haag 2000; RVZ, Europa en de gezondheidszorg, Zoetermeer 1999.

De RVZ heeft op basis van het Europese gemeenschapsrecht in agendazettende zin een aantal mogelijke knelpunten in het huidige stelsel op een rij gezet en daarbij op onderdelen vraagtekens geplaatst.

Zie ook de volgende RVZ-achtergrondstudies: W.B.F. Brouwer, Het Nederlandse gezondheidszorgstelsel in Europa. Een economische verkenning, Zoetermeer 1999; P.J. Belcher, The role of the European Union in Healthcare, Zoetermeer 1999; D. Pieters De Nederlandse zorgverzekering in het licht van het recht van de EG. Onderzoek naar de verenigbaarheid van het Nederlandse zorgstelsel met het recht op Vrij Dienstenverkeer en het Europese Mededingingsrecht, Zoetermeer 1999.

baar. De Europese wet- en regelgeving heeft consequenties voor de drie deelmarkten in de zorg: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt. Van belang voor de zorgverzekeringsmarkt is de mate van overheidsregulering (acceptatie, premie, pakket) in relatie tot het karakter van een verzekering (sociaal of particulier)¹⁵. Een aandachtspunt voor de toekomstige zorginkoopmarkt is de aanbod- en prijsregulering door de overheid en het stelsel van overeenkomsten.

Relevant voor de toekomstige zorgverleningsmarkt is het gegeven van vrij verkeer van personen, diensten en goederen, waardoor de Nederlandse gezondheidszorg steeds meer als een open systeem moet kunnen gaan functioneren.

4.8 Conclusie

In dit hoofdstuk zijn ontwikkelingen beschreven die gevolgen hebben voor de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg op de middellange en lange termijn. Ook al levert kijken naar de toekomst (per definitie) geen exact beeld op, de contouren van een toekomstbeeld worden uit de voorgaande paragrafen duidelijk. De gezondheidszorg, functionerend in een internationaal-rechtelijk kader, krijgt in de toekomst te maken met een grotere zorgvraag, met een andere zorgvraag en met ontwikkelingen op het gebied van de medische en informatietechnologie.

De in dit hoofdstuk behandelde ontwikkelingen zullen het aanbod, de inrichting en het functioneren van de gezondheidszorg en de solidariteitsverhoudingen sterk kunnen gaan beïnvloeden. De ontwikkelingen zullen echter verschillend uitpakken in het eerste en in het tweede compartiment¹⁶. Dit mag op zich geen verbazing wekken, omdat het eerste compartiment een geheel andere functie vervult dan het tweede. Voorzieningen in het tweede compartiment hebben een herstelfunctie. Voorzieningen in het eerste compartiment zijn gericht op het functioneren van mensen die moeten leven met de sociale gevolgen van hun ziekte of beperkingen. Uitzondering hierop vormen de op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg en de voorzienin-

15 In dit verband is van belang dat de Landsadvocaat heeft aangegeven dat er aanmerkelijke risico's zijn verbonden aan een wettelijke regeling waarbij de overheid particuliere verzekeraars bij de uitvoering van een wettelijke taak in een positie brengt waarbij op die activiteiten (mogelijkerwijs) verlies wordt geleden. Deze conclusie is gebaseerd op de Derde richtlijn schadeverzekering (92/49/EEG) die overheidsingrijpen ten aanzien van acceptatie, dekkingsomvang of premiestelling verbiedt als de financiële risico's daarvan bij de particuliere schadeverzekeraar worden gelegd (Memorandum van de Landsadvocaat over enkele juridische aspecten van risicodragendheid in de WTZ, in: Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 24 036 nr. 88, bijlage 12).

16 Zie ook: J.M. Timmermans, *De toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering?*, Den Haag, september 2000, pp. 8 en 9.

gen voor reactivering. Zij hebben eenzelfde functie als de voorzieningen in het tweede compartiment.

De vraag is of men gegeven de verschillen tussen het eerste en tweede compartiment en gegeven de betekenis van ontwikkelingen voor de twee compartimenten, beide compartimenten in één verzekering moet willen regelen (zie ook hoofdstuk 5). Het gevaar bestaat dat dan op allerlei manieren wordt geanticipeerd op ontwikkelingen die slechts voor één compartiment van belang zijn. Zo zullen toekomstige ontwikkelingen de solidariteitsverhoudingen in het eerste en tweede compartiment op een verschillende manier beïnvloeden. Voor de solidariteit in het eerste compartiment zijn demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang voor de solidariteitsverhoudingen; voor het tweede compartiment is dat eerder het streven naar meer doelmatigheid én solidariteit. Dit vraagt om een beleidsmatige benadering per compartiment.

5. Problemdiagnose en beleidsvraagstukken

Op het terrein van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen zijn er uiteenlopende problemen en knelpunten die het opvangen van de gevolgen van huidige en toekomstige ontwikkelingen (zullen) bemoeilijken. Deze conclusie volgt uit de analyses in de hoofdstukken 3 en 4. Hoofdstuk 5 scherpt de problemdiagnose verder aan.

Na een weergave van de gevolgen van maatschappelijke ontwikkelingen (paragraaf 5.1) volgt een overzicht van enkele huidige en te verwachten knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen die een beleidmatige reactie vragen (paragraaf 5.2). Vervolgens gaat de aandacht naar de beleidsdiscussie en het gevoerde beleid in de afgelopen periode (paragraaf 5.3). Ten slotte komen enkele conclusies en de belangrijkste keuze-elementen en -vraagstukken voor het beleid in beeld (paragraaf 5.4). Mede op basis daarvan bepaalt de raad in hoofdstuk 6 zijn nadere keuze.

5.1 Gevolgen maatschappelijke ontwikkelingen

Inleiding

De toekomst is onzeker en de verre toekomst is grotendeels onvoorspelbaar. Een verkenning van toekomstige ontwikkelingen heeft dan ook een relatief karakter. Een langetermijnonoriëntatie kan niet volstaan met het simpelweg doortrekken van ontwikkelingslijnen naar de toekomst.

Ook op het terrein van de gezondheidszorg kunnen zich onder invloed van economische, technologische, sociaal-culturele en demografische ontwikkelingen trendbreuken voordoen die leiden tot verschuivingen in maatschappelijke preferenties en nieuwe mogelijkheden scheppen om aan deze preferenties tegemoet te komen. Eveneens kunnen zich nieuwe maatschappelijke vraagstukken voordoen¹.

Uitgaande van hoofdstuk 4 bevat deze paragraaf een beknopte schets van enkele huidige en toekomstige ontwikkelingen en enkele beleidsrelevante conclusies.

1 Zie: SER-advies *Commentaar op de Nota Ruimtelijk Economisch Beleid*, publicatienr. 99/17, Den Haag 1999, par. 3.4.2.

Relevante ontwikkelingen

Verskillende ontwikkelingen kunnen de Nederlandse gezondheidszorg en de daarin verweven solidariteitsverhoudingen in toenemende mate onder druk zetten².

De groeiende sociaal-economische welvaart op macroniveau zal met hogere zorguitgaven gepaard gaan. Ook leiden sociale en culturele ontwikkelingen zoals de toegenomen mondigheid en pluriformiteit van de bevolking, de emancipatie van de patiënt en de groeiende behoefte aan keuzemogelijkheden in de gezondheidszorg tot een autonome groei van de zorgvraag³. Zoals in de adviesaanvraag wordt vermeld zullen zij eveneens een meer vraaggerichte zorg tot gevolg hebben. Daarnaast kan de steun voor de huidige verplichte collectieve solidariteitsarrangementen (verder) verminderen, als blijkt dat het zorgaanbod onvoldoende voorziet in individuele preferenties. Ook het gehanteerde schaarstemodel kan daardoor onder druk komen te staan.

De zorgkosten zullen in de komende periode ook stijgen door demografische ontwikkelingen zoals de structurele vergrijzing van de bevolking, die omstreeks 2040 haar hoogtepunt bereikt⁴. De toenemende heterogeniteit van de vergrijzende bevolking veroorzaakt naar verwachting een steeds pluriformer zorgvraag van ouderen. In de adviesaanvraag wordt opgemerkt dat ouderen in de toekomst een grotere bijdrage aan de financiering van de zorg zullen kunnen leveren aangezien zij zullen delen in de toenemende welvaart en zullen beschikken over goede pensioenen en spaartegoeden. Dit neemt niet weg dat de wijziging van de leeftijdsstructuur van de bevolking (in het bijzonder het toenemende aantal 65-plussers) leidt tot een versmalling van het (huidige) financiële draagvlak van de gezondheidszorg die thans grotendeels op omslagbasis en collectief wordt gefinancierd. Aan deze versmalling dragen ook andere demografische ontwikkelingen bij, zoals de veranderingen in de levensloop; tegenover een verkorting van de arbeidszame periode staat een langere periode waarin mensen afhankelijk zijn van collectieve overdrachten⁵. Volgens de Commissie Sociaal-Economische Deskundigen (CSED) van de SER hoeft een relatieve stijging van de zorguitgaven niet per definitie nadelig te zijn maar zal het systeem van gezondheidszorg – bij handhaving van de huidige financieringsystematiek – een toenemende soli-

2 Zie onder meer: Ministerie van VWS, *Beweging in de zorg. Krachten en ontwikkelingen binnen het stelsel*, Den Haag 2000; id., *Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief*, Den Haag 2000.

3 WRR, *Volksgesondheidszorg*, op.cit., p. 55 e.v.

4 Zie: CPB, *Ageing in the Netherlands*, Den Haag 2000, pp. 113-122 (hoofdstuk 9 *Reforming health care*).

5 Van belang hierbij zijn ook de ontwikkelingen in leefstijl, de veranderingen in samenlevingsvormen en in de man-vrouwverhoudingen. Zo zal de vraag naar zorg toenemen door de gezinsverdunding en de stijging van het aantal alleenstaanden (zie: R. Lesthaeghe e.a., *Eerst optellen, dan delen. Demografie, economie en sociale zekerheid*, Leuven 1998, p. 80).

dariteitsoverdracht tussen generaties noodzakelijk maken⁶. Relevant is dat de verschillende generaties een uiteenlopende omvang en verschillende patronen van zorggebruik hebben. Verder is van belang dat de demografische ontwikkelingen niet alleen leiden tot een toenemende en veranderende zorgvraag maar ook tot een afname van arbeidskrachten, tenzij de arbeidsdeelname van een aantal specifieke groepen op de arbeidsmarkt (ouderen, vrouwen, etnische minderheden) daadwerkelijk toeneemt⁷.

Ook zullen de medisch-technologische mogelijkheden zowel voor diagnostiek als voor behandelingen fors toenemen. Zoals in de adviesaanvraag wordt opgemerkt bieden de medisch-technologische ontwikkelingen enerzijds nieuwe perspectieven, anderzijds zullen zij leiden tot een verschuiving in bestaande patronen van zorg en tot een groter beslag op de financiële middelen. Innovaties op medisch gebied (genees- en hulpmiddelen, technieken en apparaten) en in de sfeer van de informatietechnologie⁸ hoeven echter niet per se hogere zorgkosten met zich te brengen. Zij kunnen ook de doelmatigheid van de gezondheidszorg vergroten en preventieve in plaats van curatieve handelingen mogelijk maken. Verder kunnen innovaties extramuralisatie van de zorg bevorderen en duurdere ingrepen overbodig maken. Daardoor kunnen ze ook (al dan niet op langere termijn) besparingen genereren. Daartegenover staat dat de nieuwe technieken op het gebied van de voorspellende geneeskunde ertoe kunnen leiden dat (ook gezonde) mensen een beroep zullen doen op de gezondheidszorg om ziekte te voorkomen; dit kan aanzienlijke financiële gevolgen hebben⁹.

Ook medisch-technologische ontwikkelingen leiden tot een groeiend belang van de risico-georiënteerde voorspellende geneeskunde en daarmee tot grotere mogelijkheden om te selecteren op risico's. Dit kan gevolgen hebben voor de solidariteit tussen verzekerden met verschillende gezondheidsrisico's.

Al met al zullen de uitgaven voor gezondheidszorg de komende decennia verder gaan toenemen, zo wordt in het algemeen aangenomen. Uit de langetermijnverkenning 1995-2020 en de generatierekeningen van het CPB blijkt dat rekening wordt gehouden met een reële groei van de zorguitgaven met 3 tot 4 procent per jaar in de periode tot 2020 en met circa 3 procent per jaar in de periode 2020-2040. Demografische ontwikkelingen dragen voor onge-

6 CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., pp. 139, 140 en 178.

7 Zie: SER-advies *Bevordering arbeidsdeelname ouderen*, publicatienr. 99/18, Den Haag 1999; SER-advies *Kansen geven, kansen nemen. Bevordering arbeidsdeelname etnische minderheden*, publicatienr. 00/03, Den Haag 2000; SER-advies *Meerjarennota Emancipatiebeleid*, publicatienr. 00/09, Den Haag 2000.

8 Zie: Nyfer, *Het rendement van de gezondheidszorg. Een macro-economische beschouwing*, Breukelen 2000, pp. 25-27.

9 E. Schippers, *Het stelsel van ziektekostenverzekeringen – liberale dilemma's*, in: *Liberaal Reveil*, 2000/4, p. 144.

veer 1 procentpunt bij aan de groei van de zorguitgaven en niet-demografische ontwikkelingen voor ongeveer 2 tot 3 procent (technologische ontwikkeling, stijging welvaart, sociaal-economische ontwikkelingen, productiviteitsontwikkeling, epidemiologische ontwikkelingen)¹⁰.

Over het algemeen heerst de opvatting dat de collectieve zorguitgaven niet ongelimiteerd kunnen toenemen, omdat dit kan leiden tot negatieve effecten op de economie en de werkgelegenheid. Deze kunnen bij voldoende economische groei ten dele worden gecompenseerd door besparingen elders, bijvoorbeeld door het terugdringen van de EMU-schuld, een toenemende arbeidsparticipatie, de activering van de sociale zekerheid of beperking van de uitgaven aan openbaar bestuur¹¹.

Verder leiden ook de veranderingen in de inkomensdervingsregelingen bij ziekte en arbeidsongeschiktheid ertoe dat het bedrijfsleven als vragende partij specifieke behoeften heeft op het terrein van de gezondheidszorg met als doel preventie van uitval uit het arbeidsproces en terugleiding naar werk. Zoals in de adviesaanvraag wordt gesteld hebben werkgevers een toegenomen belang bij een adequate toegang van zieke werknemers tot de gezondheidszorg. Enerzijds kan dit de beschikbaarheid en toegankelijkheid van zorgvoorzieningen onder druk zetten, anderzijds biedt dit meer mogelijkheden voor kostenconfrontatie en integrale afwegingen met betrekking tot ziekte en ziektekosten¹².

Ten slotte is de invloed van wet- en regelgeving op het toekomstige stelsel van gezondheidszorg in Nederland moeilijk aan te geven. Deze invloed blijkt pas als een bevoegde instantie zich over de toepassing ervan heeft uitgesproken. Niettemin zal de Mededingingswet in Nederland een geleidelijk grotere impact krijgen aangezien deze een zogeheten horizonbepaling bevat; deze houdt in dat in 2002 een einde komt aan de uitzonderingspositie van de gezondheidszorg bij de toepassing van deze wet. Ook supranationale regelgeving zal steeds meer invloed hebben op de nationale regelingen van gezondheidszorg¹³. De invloed van de Europese interne markt op de gezondheidszorg is groot en feitelijk onomkeerbaar. De Europese wet- en regelgeving heeft consequenties voor de drie deelmarkten in de zorg: de zorgverzekeringsmarkt, de zorginkoopmarkt en de zorgverleningsmarkt.

10 CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., par. 3.5. Zie ook de in dit rapport opgenomen bijlage 3 (*Lange Termijnramingen Zorg van het CPB*).

11 CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., p. 177.

12 Zie: SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit.

13 Zie: Ministerie van VWS, *Grenze(n)loze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal perspectief*, Den Haag 2000; RVZ, *Europa en de gezondheidszorg*, Zoetermeer 1999.

Conclusies

De demografische, medisch-technologische, sociaal-economische en beleidsmatige ontwikkelingen zullen ook in de nabije toekomst hun stempel drukken op de gezondheidszorg¹⁴. Zij zijn – zoals gezegd in de adviesaanvraag – inderdaad relevant voor de solidariteitsverhoudingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen en leiden tot een groeiende behoefte aan solidariteitsoverdrachten. Het gaat om een complex en ondoorzichtig krachtenspel van deels met elkaar samenhangende, exogene en endogene ontwikkelingen. Zij leggen een zware druk op de solidariteitsverhoudingen tussen groepen met uiteenlopende gezondheidsrisico's, tussen leeftijdscategorieën en generaties, en tussen inkomenscategorieën.

De ontwikkelingen zullen hoe dan ook leiden tot een verandering van de aard en de omvang van het beroep op de gezondheidszorg en tot een stijging van de zorgkosten. Aangenomen wordt dat de zorgkosten in sterkere mate zullen toenemen dan het nationaal inkomen. Daardoor komt de toekomstige financiering van de gezondheidszorg onder druk te staan evenals de verdeling van de kosten en de baten van de zorg over de bevolking.

Uitgaande van een bepaalde omvang en samenstelling van de noodzakelijk geachte zorgvoorzieningen en van een redelijke inkomens- en lastenverdeling is het mogelijk deze druk op te vangen door toenemende solidariteitsoverdrachten, een inperking van de verzekerde zorgvoorzieningen, een andere lastenverdeling of een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid.

Ten slotte blijkt uit hoofdstuk 4 dat de toekomstige ontwikkelingen de solidariteitsverhoudingen in het eerste en tweede compartiment op een verschillende manier zullen beïnvloeden. Voor de solidariteit in het eerste compartiment zijn demografische en sociaal-culturele ontwikkelingen van belang voor de solidariteitsverhoudingen; voor het tweede compartiment is dat eerder het streven naar meer doelmatigheid én solidariteit.

Al met al stellen de geïnventariseerde ontwikkelingen de toekomstbestendigheid van het stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen op de proef. In het perspectief van de soliditeit en solidariteit van het stelsel zullen verschillende beleidsopgaven om een gepaste reactie vragen.

¹⁴ Zie ook: RVZ, *De trend, de traditie en de turbulentie*, Zoetermeer 1999.

5.2 Actuele knelpunten in het perspectief van toekomstige ontwikkelingen

5.2.1 Algemeen

Inleiding

De actuele inrichting van het huidige stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen bepaalt mede zijn toekomstbestendigheid. Het is dan ook nodig aandacht te schenken aan de (on)mogelijkheden van het stelsel om aan de toekomstige uitdagingen ook op langere termijn adequaat tegemoet te komen.

Uit internationaal vergelijkend onderzoek blijkt dat de Nederlandse gezondheidszorg relatief gezien goed scoort¹⁵. In vergelijking tot andere landen is zij kwalitatief goed en breed toegankelijk¹⁶. Ook kost de zorg naar verhouding weinig geld. De zorguitgaven bevinden zich op een vergelijkbaar niveau als in de meeste OESO-landen¹⁷, zij het dat een correctie nodig is voor de uiteenlopende demografische ontwikkelingen zoals de huidige relatief lage vergrijzingsgraad in Nederland.

Niettemin blijkt dat er nu op het terrein van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen enkele knelpunten zijn die het opvangen van de beschreven gevolgen van huidige en toekomstige ontwikkelingen (zullen) bemoeilijken. Hieronder volgt een schets van enkele onderling samenhangende knelpunten.

Algemeen beeld

Kenmerken van de Nederlandse gezondheidszorg zijn de complexiteit en dichtheid van wet- en regelgeving en de verbrokkelde verzekerings- en financieringsstructuur. Verder is er sprake van een diffuus sturingsmodel¹⁸ en een

15 Ministerie van SZW, *De Nederlandse verzorgingsstaat in internationaal perspectief*, Den Haag 1996, hoofdstuk 6; id., *De Nederlandse verzorgingsstaat. Sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief*, Den Haag 2000, hoofdstuk 7; OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, Paris 2000, hoofdstuk IV (The health care system); SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 2000. Nederland in Europa*, Den Haag 2000, pp. 238-272.

De minister van VWS heeft aangekondigd om de recente internationaal vergelijkende rapporten naast elkaar te leggen en grondig te analyseren en het resultaat daarvan eind 2000 aan de Tweede Kamer aan te bieden (Ministerie van VWS, *Zorgnota 2001*, Den Haag 2000).

16 Wel scoort Nederland op enkele onderdelen minder goed. Daarbij wordt gewezen op de relatief langzaam toenemende levensverwachting van Nederlandse vrouwen en de enigszins stagnerende daling van de zuigelingensterfte (WHO, *The World Health Report 2000. Health Systems: improving performance*, Geneve 2000).

17 OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, op.cit., pp. 86-95. Gesteld wordt dat: "... the Dutch health care system, on the whole, would seem to be rather good". Daarbij wordt erop gewezen dat de totale zorguitgaven in Nederland nauwelijks hoger zijn dan het OESO-gemiddelde.

18 Dit wil zeggen de rollen en posities die de verschillende partijen in de gezondheidszorg vervullen of innemen en de countervailing power die zij ten opzichte van elkaar hebben.

versnipperde verdeling van verantwoordelijkheden over een groot aantal publieke en private actoren.

Zo speelt de overheid een centrale rol; zij bepaalt hoeveel en welk aanbod er is, hoeveel ervoor moeten worden betaald en wat de kwalitatieve maatstaven zijn. De verzekeraars hebben beperkte verantwoordelijkheden en er is nauwelijks concurrentie tussen zorgaanbieders. Ook hebben verzekerden de facto een beperkte keuzevrijheid ten aanzien van de verzekeraars, maar wel een reële keuzevrijheid ten aanzien van het zorgaanbod.

Een en ander leidt tot onduidelijkheid over de regiefunctie en tot een gebrek aan samenhang en consistentie in het systeem van gezondheidszorg.

Ook kunnen gedecentraliseerde verantwoordelijkheden in de praktijk niet worden waargemaakt door het ontbreken van de noodzakelijke bevoegdheden en middelen¹⁹. Recente publicaties over de sector geneesmiddelen laten zien dat het gevoerde kortetermijnbeleid gericht op kostenbeheersing op gespannen voet staat met het langetermijnbeleid gericht op gereguleerde marktwerking²⁰.

Er is ook een opeenstapeling van uiteenlopende sturingsconcepten. Zo hebben in het eerste compartiment verzekeraars op het terrein van de AWBZ een betrekkelijk marginale rol. Het zijn de verbindings- of zorgkantoren die namens en voor de bij de verzekeraars ingeschreven verzekerden de zorg organiseren of inkopen en dus een sturende rol hebben. Ook kent de AWBZ een sterke aanbodregulering. Daarnaast is er sprake van een van overheidswege gestimuleerde regiovisie en bestaat er voor bepaalde voorzieningen de mogelijkheid van een persoonsgebonden budget.

In het tweede compartiment is het uitgangspunt dat (landelijk) concurrerende verzekeraars sturen doordat zij de zorg namens de verzekerde inkopen of ten minste betalen. De overheid stuurt echter ook door capaciteitsbepaling (vergunningen), macrobudgetten, microbudgetten en tariefsystemen. Ook maakt zij meerjarenafspraken en wordt de druk van overheidswege op de vormgeving van semi-bestuurlijke regiovisies steeds groter.

19 Zo is de huidige rol van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeraars als kostenbeheerder beperkt omdat zij weinig instrumenten bezitten om zelfstandig afspraken te maken en na te komen met de zorgaanbieders. Zie: F.T. Schut, Schipperen tussen plan en markt, in: *ESB-Dossier De Zorg ontregeld?*, 1 juli 1999, p. D20.

20 Begeleidingscommissie Uitvoering Geneesmiddelenbeleid (commissie-de Vries), *Een helder recept*, Den Haag 1999; The Boston Consulting Group (commissie-Wijers), *Geneesmiddel verzekerd. Een nieuwe rol voor zorgverzekeraars in het inkoopproces van geneesmiddelen*, Amsterdam 1999. De commissie-de Vries is van oordeel dat de zorgverzekeraar als belangrijkste actor in het besturingsmodel onvoldoende is toegerust om zijn nieuwe regierol waar te maken; de verzekeraar heeft onvoldoende instrumenten, te weinig handelingsvrijheid en onjuiste prikkels. Ook de MDW-werkgroep geneesmiddelen signaleert inconsistenties in beleid en uitvoering. Het beleid om verzekeraars meer ruimte te bieden sluit niet aan bij de huidige regelgeving (zie: Tweede Kamer 24 124 en 24 036, nr. 101, pp. 17 en 18).

Ten slotte kunnen de uiteenlopende sturingsmechanismen tussen het eerste en het tweede compartiment leiden tot inconsistenties en fricties, in het bijzonder waar beide compartimenten raakvlakken hebben²¹.

Solidariteit

De verbrokkelde verzekerings- en financieringsstructuur leidt tot ondoorzichtige solidariteitsverhoudingen. De beperking van de AWBZ-heffingsgrondslag tot de eerste belastingschijf en de verschillende vormen van premieheffing in het tweede compartiment (ZFW-inkomensgrens; scheiding tussen ZFW, ambtelijke regelingen en privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen) bepalen mede de lastenverdeling tussen de verschillende inkomensgroepen. Van belang voor de lastenverdeling zijn ook de rijksbijdragen, de eigen bijdragen, de werkgeversbijdragen, de solidariteitsbijdragen in het kader van de MOOZ en de WTZ, de grondslag voor de premieheffing en het gebruik van eigen risico's (zie paragraaf 3.3). Voor individuele burgers en huishoudens die in vergelijkbare omstandigheden verkeren, kunnen de premielasten sterk verschillen afhankelijk van de dienstbetrekking, de inkomenshoogte en de samenstelling van een huishouden²². Deze verschillen zijn alleen te verklaren op grond van de historische ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

In de afgelopen periode is geen bestendig beleid gevoerd ten aanzien van de kring van verzekerden, de omvang en inhoud van de wettelijk verzekerde pakketten, en de financiering en lastenverdeling. Hieronder volgt een nadere toelichting van deze elementen die de kernvariabelen vormen van het solidariteitsgehalte van het stelsel van ziektekostenverzekeringen (zie paragraaf 3.2).

De wijzigingen van de kring van ZFW-verzekerden hebben het karakter van de ziekenfondsverzekering veranderd. Zij is niet langer te kenschetsen als een pure werknemersverzekering, maar meer als een verplichte verzekering voor uiteenlopende categorieën werknemers, 65-plussers, uitkeringsgerech-

21 R. Bekker, Met zorg besturen, in: *ESB-Dossier De zorg ontregeld?*, 1 juli 1999, p. D11.

22 OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, op.cit., p. 103; M. Camps, B. Geurts en S. Katee, De zorgverzekeringscombi, in: *ESB*, 3 november 2000, pp. 872-875; J.P. Mackenbach, *Ongezonde verschillen: over sociale stratificatie en gezondheid in Nederland*, Assen 1994. Aan een studie over de verdeling van de lasten van gezondheidszorg kan worden ontleend dat in het Nederlandse stelsel van ziektekostenverzekeringen huishoudens met gelijke kenmerken (risico of inkomen) ongelijk bijdragen aan de financiering (inclusief solidariteit) van de zorg. De belangrijkste oorzaak hiervan is het naast elkaar voorkomen van verschillende verzekerings- en financieringsvormen, zoals het onderscheid tussen inkomensafhankelijke premies en risicopremies, tussen de ZFW, de KPZ-regelingen en de particuliere ziektekostenregelingen, tussen wel en geen medeverzekering, tussen inkomen uit arbeid en overig inkomen (H.G. van den Burg en E. van Doorslaer, *De verdeling van de lasten en de baten van de Nederlandse gezondheidszorg*, Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996).

tigden en zelfstandigen tot een bepaalde loon- en inkomensgrens. Na de invoering van de WTZ (1986) wordt van de oorspronkelijke kring van ziekenfondsverzekerden ook solidariteit gevraagd voor groepen die geen binding hebben met het verrichten van arbeid in dienstbetrekking. Via de ZFW zijn verschillende problemen voor de toegang van de particuliere ziektekostenverzekeringen aangepakt. Dit heeft mede geleid tot een verzwakking van het financiële draagvlak van de ziekenfondsverzekering.

Wat de omvang en inhoud van het verzekerde pakket van voorzieningen en verstrekkingen betreft hebben veel verschuivingen plaatsgevonden tussen het eerste en het tweede compartiment (overheveling en terugheveling van voorzieningen).

Evenzo zijn in de afgelopen periode veel en uiteenlopende maatregelen getroffen ten aanzien van de financiering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen, zoals de invoering van eigen risico's, eigen bijdragen en nominale premies, en wijzigingen in de rijksbijdragen.

Ten slotte is de overheid zich in de afgelopen periode steeds meer gaan bemoeien met de particuliere ziektekostenverzekeringen en heeft zij met name via de WTZ een deel van de solidariteitsverhoudingen op de particuliere verzekeringsmarkt geregeld²³. Zo kregen particuliere verzekeraars te maken met regelgeving ten aanzien van de acceptatieplicht, de pakketinhoud en de premiestelling; deze regelgeving geldt in het bijzonder voor de zogeheten standaard(pakket)polis.

Het gevoerde beleid op zich is niet verwonderlijk aangezien het solidariteitsgehalte of -evenwicht van het stelsel voortdurend onder druk staat door vele uiteenlopende ontwikkelingen. Via ad hoc- en reparatiemaatregelen is gepoogd het solidariteitsgehalte optimaal te handhaven dan wel dreigende onevenwichtigheden en fricties te voorkomen. In die zin is het gevoerde beleid onderdeel van een proces gericht op optimalisering binnen een turbulente omgeving. Pendant daarvan is het verminderen van de transparantie en het risico dat wijzigingen bijvoorbeeld in de kring van ZFW-verzekerden tot nieuwe onbillijkheden in de lastenverdeling kunnen leiden. Illustratief zijn recente veranderingen (reparaties op de Wet van Otterloo; toegang van zelfstandigen tot de ZFW) waaruit blijkt dat het niet langer mogelijk is om onrechtvaardig geachte premieverhoudingen voor een bepaalde groep verzekerden op te heffen zonder tegelijkertijd voor een andere groep nieuwe onrechtvaardigheden te creëren. Deze wijzigingen die waren gericht op de sociaal-politiek gewenste solidariteit hebben ook geleid tot voortdurend grensverkeer en gedwongen overgangen tussen de verschillende verzekeringsvormen (jo-jo-effecten). Daarnaast hebben zij geleid tot onrechtvaardig geachte

23 G.H. Okma, *Studies in Dutch health politics, policies and law*, Leiden 1997. Het directe overheidsingrijpen in de particuliere ziektekostenverzekeringen ging in feite gepaard met het collectiviseren van delen van het private verzekeringswezen.

premieverschillen, extra administratieve lasten voor werkgevers en hogere transactiekosten.

Organisatie en structuur gezondheidszorg

Sinds de tweede helft van de jaren tachtig is het besef gegroeid dat door de regelgeving gericht op de beheersing van aanbod/volume, prijs en kosten of budget van de gezondheidszorg (zogenoeten aanbodregulering) de allocatie van middelen op microniveau te wensen overlaat en dat dit het uitlokken van innovatie ernstig beperkt. Bijlage 4A bevat een uitgebreide toelichting hierop.

Hier is van belang dat dit beleid heeft geleid tot een beperking van de stimulansen voor een zo doelmatig mogelijke, op de zorgbehoefte van de patiënten afgestemde zorgverlening: door het ontbreken van prikkels voor efficiënte zorgverlening krijgen aanbieders, verzekeraars en patiënten onvoldoende verantwoordelijkheid voor het beheersen van de kosten. Door de te bureaucratische regelgeving rond planning en financiering kan het aanbod onvoldoende aansluiten op de feitelijke vraag. Al met al leidt de incentivestructuur niet tot optimale uitkomsten²⁴. Er zijn onvoldoende incentives om tijdig zorg te leveren aan patiënten die zorg behoeven. Extra financiële middelen leiden niet tot een betere zorg omdat er onvoldoende incentives zijn om middelen doelmatig te benutten.

De hierboven genoemde kenmerken van de gezondheidszorg leiden tot veel inefficiënties en tot onvoldoende financiële beheersbaarheid. De aanbodregulering op macroniveau staat op gespannen voet met mechanismen die doelmatigheid op microniveau moeten stimuleren. In de literatuur wordt ook wel gewezen op het ontbreken van een zichtbare en voelbare relatie tussen kosten, prijzen en vergoedingen²⁵.

De lange traditie van door de overheid gereguleerde prijs- en marktverdelingskartels in de zorgsector is hier mede debet aan geweest²⁶. De regulering van de productiecapaciteit via de WZV en de budgettering van zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren op grond van de WTG beperken in ernstige mate de speelruimte voor verzekeraars om een eigen zorginkoopbeleid vorm te geven. Ook staat de regulering van aanbod en prijzen een efficiënte en op de behoeften van de patiënt toegesneden zorgverlening in de weg. Overigens hebben de consumenten weinig mogelijkheden om de beste zorg te

24 W. Groot en F. van Merode, Gezondheidszorg als bedrijfstak, in: *Medisch Contact*, 23 juni 2000, pp. 923-926.

25 R. Bekker, *Met zorg besturen*, op.cit., p. D12.

26 Zie: W.P.M.M. van de Ven en F.T. Schut, Heeft het ziekenfonds nog toekomst?, in: *ESB*, 12 november 1999, pp. 828 en 829.

kiezen op een markt waar zorg schaars is. Verder kent de aanbod- en prijsregulering nog steeds een gebrek aan samenhang.

Illustratief in dit verband is dat de OECD een verband legt tussen de bestaande wachtlijsten en het sturingsmodel; de conclusie is dat het Nederlandse zorgstelsel gebukt gaat onder te veel regels, verstarring en verkeerde prikkels²⁷. De remedie ligt – volgens de OECD – in minder top-downsturing, vergroting van de vrijheid van verzekeraars bij het inkopen van zorg en uitbreiding van het aanbod door het slechten van drempels die de toetreding bemmeren.

In meer algemene zin is de afstemming van de coördinatiemechanismen op de drie deelmarkten van de gezondheidszorg gebrekkig en inconsistent (zie paragraaf 2.3). Dit gaat gepaard met een gebrek aan kostenefficiëntie en effectiviteit. Met name de huidige organisatie van de zorginkoopmarkt (waar de door de overheid nagestreefde samenwerking tussen verzekeraars afwijkt van de eveneens door de overheid beoogde concurrentie op de zorgverzekeringmarkt) leidt door het ontbreken van afdoende marktprikkels tot een onvoldoende positieve verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van de geleverde zorg²⁸. Mede hierdoor gedragen verzekeraars zich nog in sterke mate als ‘uitvoeringsorganisatie’ in plaats van ‘zorgregisseur’ en ontbreekt het de zorginstellingen aan flexibiliteit en oplossingsvermogen. Dit heeft ook tot gevolg dat de zorginkoopmarkt niet vraaggericht functioneert en onvoldoende rekening kan houden met maatschappelijke ontwikkelingen en een veranderende zorgvraag. Tegelijkertijd leidt de groeiende koopkracht van groepen van patiënten/consumenten in samenhang met de individualisering tot hogere eisen ten aanzien van de aard en de kwaliteit van de zorgverlening; ook daaruit kan een druk voortvloeien in de richting van een privaat – niet-collectief – gefinancierd aanbod van zorg.

Een en ander heeft ook te maken met de beperkte keuzevrijheid van verzekerden ten aanzien van het verzekerde zorgpakket en de verzekeraars. Zo kunnen ziekenfondsverzekerden niet kiezen voor een eigen risico en zijn hun keuzemogelijkheden bij het verstrekkingenpakket beperkt tot de aanvullende verzekering. De van overheidswege opgelegde uniformiteit van aanspraken maakt dat de diversiteit voor ziekenfondsverzekerden minimaal is.

27 OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, Paris 2000, hoofdstuk IV (The health care system).

28 Zo heeft de MDW-werkgroep Geneesmiddelen geconstateerd dat de huidige wet- en regelgeving onvoldoende is toegesneden op het bereiken van een goede prikkel voor doelmatigheid. Voor een belangrijk deel is dit het gevolg van het stelsel van gezondheidszorg in brede zin, zowel aan de kant van de financiering als aan de kant van de aanspraken. In dit verband wijst de werkgroep erop dat de geringe grootte van de nominale premie versus de procentuele premie de financiële prikkel reduceert voor de verzekerde om een ‘goedkope’ zorgverzekeraar uit te kiezen en voor de verzekeraar de prikkel reduceert om doelmatigheid na te streven (Zie: Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124 en 24 036, nr. 101, p. 17).

Dit geldt ook voor de ziektekostenverzekeringen voor gemeente-, provincie- en politiepersoneel; daarvoor bestaat één uitvoerende instantie. Echte bewegingsvrijheid bestaat in wezen op de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt alleen voor relatief jonge, gezonde verzekerden en voor collectiviteiten van verzekerden met een inkomen boven de ZFW-loon/inkomensgrens. Is een verzekerde eenmaal rond de 45 jaar oud, of is er sprake van gezondheidsklachten, dan is het op basis van een individuele maatschappijpolis meestal niet meer mogelijk om van verzekering te veranderen op condities die gelijk zijn aan of gunstiger dan de oude polis.

Het gebrek aan mogelijkheden en prikkels voor de zorgverlening om (geleidelijk) te reageren op vraagimpulsen geldt op vele terreinen van de gezondheidszorg. Illustratief is de geringe bijdrage van de gezondheidszorg aan de terugdringing van ziekteverzuim en aan de reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers²⁹. De gebrekkige vraaggerichtheid geldt ook voor de zorg voor chronisch zieken. Hieronder volgt een nadere toelichting voor het eerste en het tweede compartiment.

5.2.2 Eerste compartiment

De starre AWBZ-regelgeving laat zich kenmerken door een gebrekkige samenhang tussen de voorzieningen, een beperkte keuzevrijheid ten aanzien van het zorgaanbod (met de mogelijkheid van regionale monopolies) en een onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden³⁰. Het voornaamste knelpunt is de scheefheid in de vraag-aanbodverhouding. De belangrijkste oorzaak hiervoor is het huidige sturingsmodel voor de AWBZ, namelijk de verdeling van schaarste (rantsoenering van de vraag) via het aanbod. De scheefheid uit zich op verschillende manieren³¹:

- Mensen die gebruik willen maken van AWBZ-voorzieningen moeten daarop dikwijls wachten en diegenen die er wel gebruik van kunnen maken ervaren dit vaak als te weinig.
- De kwaliteit van het aanbod ervaren sommige mensen als dermate gebrekkig dat zij van het gebruik afzien. In combinatie met hoge inkomens-

29 Zie: SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 121 en Stichting van de Arbeid, *Nota Beperking ziekteverzuim en instroom in de WAO*, publicatienr. 5/99, Den Haag 1999, pp. 30-35.

30 Ook de kabinetsnota *Zicht op Zorg* (1999) biedt een treffende illustratie van uiteenlopende besturingsconcepten zoals: gereguleerde competitie of marktwerking, regionale samenwerking, meerjarenafspraken, persoonsgebonden of patiëntvolgende budgetten en aanbodbeheersing versus vraagbeheersing of -sturing. In wezen staat een persoonsgebonden budget echter haaks op de bestaande budgettering van zorginstellingen en de bekostiging van nieuwe voorzieningen op grond van de AWBZ.

31 Zie ook: J.M. Timmermans, *De toekomst van de AWBZ: van ziekte- naar zorgverzekering?*, op.cit.; id., *Kwaliteit van de AWBZ-voorzieningen*, in: CPB en SCP, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op langere termijn*, Den Haag 2000, pp. 145-151.

afhankelijke eigen bijdragen draagt dit bij tot een slechte prijs-kwaliteit-verhouding.

- De geleverde hulp komt niet altijd overeen met de gewenste hulp.
- Mensen hebben weinig zeggenschap over het moment van de zorgverlening, wie de zorg verleent en wat die zorg inhoudt. Het is voor mensen vaak niet mogelijk om zorg uit verschillende stelsels geïntegreerd aangeboden te krijgen.

Het tweede knelpunt is het bestaan van ondoelmatigheden in en rond de uitvoering van de AWBZ. Er ontbreekt een effectieve prikkelstructuur in de financiering van zorginstellingen. Daarnaast treden er ondoelmatigheden op door financieringsschotten binnen de AWBZ (tussen AWBZ-sectoren) en tussen de AWBZ en andere stelsels.

Het derde knelpunt is het ontbreken van een eenduidige verantwoordelijkheidsverdeling. De regie in de AWBZ loopt over een groot aantal schijven³². Het is in de praktijk dikwijls niet duidelijk hoe en op welk niveau het aanbod van zorgvoorzieningen wordt afgestemd op de vraag en wie daarvoor verantwoordelijk is.

Een vierde knelpunt betreft de betaalbaarheid van de AWBZ op de langere termijn³³. In de eerste plaats zou handhaving van de huidige financieringssytematiek in het licht van de toekomstige vergrijzing en ontgroening een verhoging van de AWBZ-premie tot gevolg hebben. Hierdoor ontstaat het risico van afwenteling op de loonkosten, waardoor negatieve effecten op de arbeidsmarkt kunnen optreden. In de tweede plaats zullen de toenemende zorguitgaven door de ontgroening bij relatief minder 20-64-jarigen neerslaan. Deze ontwikkeling zet de betaalbaarheid van de AWBZ op langere termijn onder druk.

5.2.3 Tweede compartiment

In het tweede compartiment bevat de zorginkoopmarkt weinig prikkels tot efficiency. Ziektekostenverzekeraars hebben onvoldoende stimulansen om kritisch en als *countervailing power* op te treden en kostenbewust zorg te contracteren met de aanbieders. De verzekeraars hebben hier onvoldoende belang bij.

Voor de ziekenfondsen geldt dat hun risico's (met name voor de vaste kosten van de intramurale zorg) worden beperkt via een systeem van verevening en nacalculatie. De particuliere ziektekostenverzekeraars kunnen een substantieel deel van hun risico's onderbrengen in een 'pooling' in het kader van de

32 Zie ook: CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., pp. 125-127.

33 Zie ook: CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., pp. 162 en 163.

WTZ. Ook is voor hen concurrentie op prijs en volume van de zorgverlening slechts beperkt mogelijk door de sturingsinstrumenten van de overheid (zoals de WTG) die vooral bedoeld zijn om de macrokostenontwikkeling te beheersen.

Door de regulering van prijzen en volumes van de (intramurale) zorg en door de schaarste van het aanbod hebben verzekeraars nauwelijks instrumenten om doelmatigheid in de gezondheidszorg te bevorderen. Zij hebben (nog) niet in voldoende mate de ruimte en de middelen om druk uit te oefenen op de zorgaanbieders.

Op de achtergrond speelt de dubbele financiële verantwoordelijkheid in het tweede compartiment. Enerzijds is het beleid gericht op het verleggen van financiële verantwoordelijkheden en de verantwoordelijkheid voor beheersing van de zorguitgaven naar verzekeraars. Anderzijds is de minister van VWS gehouden aan de handhaving van het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Het overheidsbeleid is erop gericht dat verzekeraars via een programma van de-regulering hun verantwoordelijkheid meer kunnen waarmaken, echter onder de conditie dat de overheid toch onder alle omstandigheden verantwoordelijk blijft voor de omvang en de doelmatigheid van de collectief gefinancierde uitgaven.

Het spanningsveld tussen een landelijke markt voor verzekeringen en een regionale concentratie van marktleiders is eveneens van belang. Ziekenfondsen richten hun strategie vooral op het behoud en de versterking van hun regionale machtspositie door fusie met andere ziekenfondsen, het aanbieden van aanvullende verzekeringen en het onderhouden van een bevoorrechte relatie met de regionale zorgaanbieders³⁴. Zij kiezen dus eerder voor samenwerking en concentratie dan voor prijsconcurrentie met andere verzekeraars. Daardoor is de prikkel om op de zorgverzekeringsmarkt een zo efficiënt mogelijk marktresultaat te bereiken minder groot.

Bij de particuliere verzekeraars zijn eveneens samenwerking en concentratie zichtbaar. Op de zorgverzekeringsmarkt concurreren zij met elkaar vooral om de collectieve contracten en om de jonge verzekerden. De onderlinge concurrentie heeft vooral invloed op de prijs en omvang van de verzekering maar niet op het zorgaanbod, aangezien verzekeraars de zorginkoopmarkt nauwelijks kunnen beïnvloeden.

Bij de zorgaanbieders is er ook sprake van een sterke mate van samenwerking en concentratie. Dit gebeurt onder meer om de continuïteit van de instelling beter te kunnen waarborgen en om zorginhoudelijke redenen.

34 Interdepartementaal BeleidsOnderzoek, *Marktconcentraties in de zorgsector*, Den Haag 2000.

Door deze ontwikkelingen domineren op de (regionale) zorginkoopmarkt in de praktijk vaak maar één vrager (het dominante ziekenfonds) en één aanbieder of slechts enkele aanbieders. Bovendien is de onderhandelingsruimte tussen (regionale) verzekeraars en aanbieders zeer beperkt.

Sinds kort bestaan bij de verstrekking van genees- en hulpmiddelen mogelijkheden voor verticale integratie in de verzekeringsmarkt. Dit houdt in dat de verzekeraars naast de verzekering ook de verzekerde zorg zelf aanbieden of aansturen (*managed care*). Op termijn kan dit leiden tot intense samenwerking tussen een verzekeraar en een zorgaanbieder die erop is gericht in gezamenlijk verband de zorg lokaal te organiseren. Naast de daarmee verbonden mogelijke voordelen kan een dergelijke samenwerkingsvorm evenwel leiden tot een vergroting van de dominante positie van het regionale ziekenfonds en daarmee tot verdergaande machtsconcentratie.

Door de dynamiek van de markt zullen bepaalde knelpunten verminderen of verdwijnen, zo is de verwachting. De zorg zal zich meer klantgericht organiseren, bijvoorbeeld door de verdere ontwikkeling van zorgketens. Daardoor kan de verticale samenwerking tussen ziekenhuizen en de verplegings- en verzorgingssector zich doorzetten. Eveneens zal de omvang van de partijen aan de aanbodzijde door fusies toenemen. Daarbij zet de trend zich voort naar een beperkt aantal topzorgaanbieders met daaromheen een stelsel van aanbieders die actief zijn in de rest van de zorgketen.

Ook zal het effect van het loslaten van de regiobinding voor ziekenfondsen toenemen. Verzekerden beginnen namelijk pas geleidelijk aan te ontdekken dat zij van ziekenfonds kunnen veranderen.

Ten slotte zal de NMa vermoedelijk meer invloed op de zorginkoopmarkt uitoefenen, waardoor zowel verzekeraars als aanbieders niet of minder sterk mogen samenwerken.

5.2.4 Actuele problemen en specifieke knelpunten

Actuele problemen

Het structurele karakter van de geëventariseerde problemen komt ook tot uiting in de actuele knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg. Zij vormen een indicatie voor het niet (meer) goed op elkaar aansluiten van vraag en aanbod in de gezondheidszorg³⁵. Het huidige beleid van gedetailleerde aanbodregulering en het rantsoeneringsbeleid beperken de diversiteit van het aanbod en staan daardoor steeds meer op gespannen voet met de trend naar maatwerk, keuzevrijheid en individuele verantwoordelijkheid³⁶. De problematische en hardnekkige wachtlijsten en daarmee de (dreigende)

35 E.W.M.T. Westerhout, Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, in: CPB en SCP, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op langere termijn*, op.cit., pp. 123-144; J. Hamel, Ga bij gezondheidszorg uit van de vraag, in: *NRC-Handelsblad*, 23 september 2000, p. 7.

aantasting van het verzekeringskarakter van de AWBZ en de ZFW³⁷, de veroudering van verzekerde pakketten en de verschraling van zorg en het daarmee gepaard gaande kwaliteitsverlies verdienen vermelding. Dit geldt eveneens voor de gebrekkige kostenefficiëntie, de zogeheten zorgkloof en het ontstaan van gescheiden zorgcircuits (collectief gefinancierde, reguliere sector versus individueel bekostigde particuliere sector³⁸) zoals het teruglopend gebruik door (rijkere) ouderen van AWBZ-voorzieningen.

Ook de schaarste op de arbeidsmarkt in de zorgsector is relevant. Er is met name een groot gebrek aan gekwalificeerd medisch personeel. Deze krapte hangt samen met de kennelijk geringe aantrekkelijkheid van het werken in de gezondheidszorg, de beloning en de arbeidsomstandigheden, waardoor de verpleging en de verzorging in aanzien zijn gedaald. Hierbij zijn ook het hoge ziekteverzuim en personeelsverloop in de zorgsector van belang.

De capaciteit van de opleiding van artsen is niet afgestemd op de maatschappelijke behoefte, maar staat in dienst van de aanbodsturing en de kostenbeheersing. Bovendien neemt de behoefte aan professionele verpleging en verzorging toe door de verhoging van de werkdruk en doordat het groeiend aantal twee (of anderhalf)verdieners het verlenen van mantelzorg minder vanzelfsprekend maakt³⁹.

Daarnaast heeft de scheiding tussen zorgvoorzieningen over twee compartimenten als nadeel dat het een doelmatige substitutie en afstemming van voorzieningen belemmert en een ondoelmatige kostenafwenteling bevordert.

Ook de belemmeringen in de structuur en financiering van de gezondheidszorg voor preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers zijn van belang, zoals de SER in zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) heeft beschreven (zie kader).

36 Zie ook: OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, op.cit., pp. 95 en 100-103. De OECD stelt: "It is doubtful whether a policy largely based on price restrictions and supply regulations can result in an efficient determination and allocation of health care resources. In fact, some of the current problems in this area seem to be the result of a general lack of competition and market forces; others are more related to specific aspects of the Dutch system, such as the coexistence and partial interaction of private and social health insurance." (OECD, *Economic Survey of the Netherlands*, op.cit., pp. 100 en 101.)

37 A.J.P. Schrijvers, *De gezondheidszorg in 2020*, in: *ESB-Dossier De zorg ontregeld*, 1 juli 1999, p. D28.

38 Zie: WRR, *Generatiebewust beleid*, op.cit., pp. 131-133.

39 Zie: WRR, *Doorgroei van arbeidsparticipatie*, Den Haag 2000, pp. 148-150 en 157-162.

Diagnose SER

Met betrekking tot de aanbod- en prijsregulering wees de raad erop dat de regels en bepalingen in de sfeer van zorgverlening en van zorginkoop ertoe leiden dat niet of slechts zeer geleidelijk wordt gereageerd op vraagimpulsen vanuit de markt. Ook kunnen de bestaande vormen van budgettering in het eerste en tweede compartiment leiden tot averechtse prikkels voor doelmatig gedrag bij zorgaanbieders. Daarnaast geeft de huidige verzekeraarsbudgettering ziekenfondsen maar beperkte prikkels om het doelmatig handelen van zorgverleners te stimuleren. Voorts is door het huidige overeenkomstenstelsel nog steeds sprake van een onevenwichtige verhouding op de zorginkoopmarkt tussen enerzijds de zorginkopen-

de verzekeraars en anderzijds de zorgaanbiedende partijen (in het bijzonder de medische beroepsbeoefenaren). Daardoor hebben zorgvragers weinig mogelijkheden tot het aansturen van de zorgverlening en tot het preciezer aansluiten op de specifieke zorgbehoeften. Ook kunnen verzekeraars (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars) slechts in beperkte mate eisen stellen aan zorgaanbieders. De formele vrijheid die verzekeraars hebben bij de keuze van zorgaanbieders wordt in de praktijk beperkt doordat in de zorgsector in vergelijking met de vraag slechts een beperkte groep aanbieders aanwezig is; dit gerantsoepeerde aanbod heeft als gevolg dat de 'marktmacht' van verzekeraars beperkt is.

Bron: SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., pp. 106-115.

Hoewel deze belemmeringen betrekking hebben op preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers zijn zij ook relevant voor de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Dit blijkt ook uit eerdere bevindingen en conclusies van enkele commissies, zoals de commissie-Bruins Slot⁴⁰ en de commissie-Biesheuvel⁴¹, die per saldo werden bevestigd in het SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*.

40 Volgens de commissie-Bruins Slot hebben verzekeraars onvoldoende mogelijkheden tot beïnvloeding van de exploitatie van de gezondheidszorg als gevolg van de incongruentie tussen enerzijds de budgettering van de verzekeraars en de onverminderde regulering van het aanbod anderzijds (voortbestaan budgettering zorginstellingen op grond van de WTG (dubbele budgettering), handhaving wettelijke planning van voorzieningen op grond van de WZV, ten dele bepaling van het zorgaanbod op grond van de ZFW en de AWBZ).

41 Volgens de commissie-Biesheuvel worden doelmatigheid en kostenbeheersing in de gezondheidszorg belemmerd door de steeds groter wordende druk op het zorgaanbod als gevolg van enerzijds de toenemende vraag en anderzijds de instandhouding van de schaarste. Aanbieders van curatieve zorgvoorzieningen hebben te weinig belang bij doelmatige zorgverlening en verzekeraars dragen te weinig financiële verantwoordelijkheid.

Specifieke knelpunten

Hieronder volgt een schets van enkele – overigens onderling samenhangende – algemene actuele knelpunten die gelden voor specifieke deelterreinen van de gezondheidszorg.

Het sinds 1994 operationele overeenkomstenstelsel ZFW en AWBZ biedt slechts een beperkte ruimte voor decentrale afspraken tussen verzekeraars en aanbieders over de kwaliteit, de vorm en het tarief van de te leveren zorg. Dit stelsel heeft als doel te komen tot een meer flexibel en dynamisch systeem van overeenkomsten. Naast onderhandelingen over het volume en de kwaliteit van de zorg zou ook worden onderhandeld over het tarief. Zowel in 1995 als in 1999 stelde de toenmalige Ziekenfondsraad vast dat dit doel nog geenszins is bereikt⁴². Het gecoördineerde gedrag van de zorgaanbieders (in het bijzonder bij huisartsen en apothekers) leidt ertoe dat er geen sprake is van de op de zorginkoopmarkt beoogde concurrentie. Daar waar overeenkomsten tot stand komen bepalen de zorgaanbieders de inhoud in belangrijke mate. Ook resulteert het huidige overeenkomstenstelsel erin dat de zogeheten Uitkomsten van Overleg tussen de koepels van de verzekeraars en van de zorgaanbieders in grote mate bepalend zijn voor de feitelijke contractvorming tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder.

De minister van VWS heeft medio 2000 het CVZ verzocht om een uitvoeringstoets over de herziening van het overeenkomstenstelsel ZFW/AWBZ. Het belangrijkste voorstel tot revitalisering van dit stelsel betreft de afschaffing van de landelijke uitkomst van overleg (zie verder paragraaf 6.5.2).

De huidige prijsregulering (WTG) impliceert dat er weinig ruimte is voor prijsconcurrentie en tariefsdifferentiatie. Het systeem van landelijk geldende maximumtarieven in combinatie met rantsoenering van het zorgaanbod stimuleert te weinig tot daadwerkelijke onderhandelingen tussen verzekeraars en zorgaanbieders over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. Tussen de medische beroepsbeoefenaren is sprake van een beperkte dan wel geen marktwerking. Daaraan liggen uiteenlopende factoren ten grondslag, zoals het bestaan van wettelijke domeinmonopolies van medische beroepsbeoefenaren. Opvallend is de toepassing van twee ‘pure’ vormen voor de financiering van de vrijeberoepsbeoefenaren, namelijk financiering op basis van geleverde productie (zoals per verrichting, handeling, consult et cetera) en financiering op lumpsumbasis. Van beide systemen in hun zuivere vorm kunnen averechtse effecten uitgaan (prikkels tot overproductie dan wel onderproductie). Zo wordt de huisartsenzorg aan ziekenfondsverzekerden bekostigd op basis van een abonnementensysteem terwijl particulier verzekerd

42 Ziekenfondsraad, *Evaluatie overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en AWBZ*, publicatienr. 673, Amstelveen 1995, p. 35. In april 1999 werden de uitkomsten van het evaluatierapport van 1995 opnieuw bevestigd.

den vallen onder een verrichtingensysteem; dit verschil heeft belangwekkende economische implicaties, zoals een voorrangsverlening aan particulier verzekerden en een snelle doorverwijzing van ziekenfondsverzekerden⁴³. De vervanging bij de medisch specialisten van het jarenlang vigerende verrichtingensysteem door financiering op lumpsumbasis heeft er mede toe geleid dat nu sprake is van wachtlijsten en terugloop in de ziekenhuiszorg. Vervolgens verraadt de bestaande variatie in behandelmethodes en -trajecten van zorgaanbieders ondoelmatigheden. Dit kan ertoe leiden dat niet iedereen toegang heeft tot dezelfde kwantiteit en kwaliteit van zorg. Dit is eveneens van belang voor de ziekenhuizen.

In de ziekenhuissector is marktwerking tot nu toe van beperkte betekenis gebleken. Dit heeft onder meer te maken met het beperkte aantal ziekenhuizen (vooral in de meer landelijke gebieden) en met de strakke aanbod- en tariefwetgeving. Om de kosten te beheersen is het beleid gericht op het voorkomen van een overschot aan capaciteit; in het verlengde daarvan is er sprake van een grote bemoeienis met de bouw van ziekenhuizen. Daarnaast is de huidige bekostigingssystematiek aan vernieuwing toe. Doordat deze ingesteld is op klinische activiteiten stimuleert zij niet tot het inrichten van de zorgverlening op basis van de behoeften van de patiënt/consument. Ook is er een onvoldoende verband met de eindproducten van de ziekenhuiszorg.

De knelpunten met betrekking tot de geneesmiddelen hebben te maken met het onvoldoende doelmatig voorschrijven door artsen, het commercieel gedrag van apotheekhouders, het onvoldoende kritisch en ondoelmatig geneesmiddelengebruik en het marktgedrag van producenten en groothandel⁴⁴. De verzekeraars zijn thans onvoldoende toegerust om hun regierol in de medisch-farmaceutische zorg waar te maken en hebben daartoe onvoldoende instrumenten en handelingsvrijheid. De schaarste in het zorgaanbod versterkt de positie van de zorgaanbieder. Dit maakt van de contracteervrijheid voor verzekeraars een minder effectief pressiemiddel. Ook beperken de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de huidige regeling van de aanspraak op geneesmiddelen de mogelijkheden voor de verzekeraar om bij de samenstelling van zijn verzekeringspakket rekening te houden met de prijsstelling van onderling concurrerende geneesmiddelen.

5.3 Beleidsdiscussie en beleid: een terugblik

De in paragraaf 5.2 gepleegde verkenning en analyse van knelpunten zijn op zichzelf genomen niet nieuw en hebben in het verleden ook al geleid tot dis-

43 Zie: E.W.M.T. Westerhout, Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, in: CPB en SCP, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op langere termijn*, op.cit., p. 133.

44 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124 en 24 036, nr. 101.

cussies over het te voeren beleid. Zij hebben dan ook een *déjà vu*-karakter. Dit geldt ook voor de beleidsvoering.

Probleemanalyse en beleidsdiscussie

De gezondheidszorg en het stelsel van ziektekostenverzekeringen zijn in de afgelopen periode met grote regelmaat onderwerp geweest van de politieke en maatschappelijke discussie⁴⁵. Centraal daarbij staan onder meer: de budgettaire beheersbaarheid van het stelsel, de doelmatigheid ervan, de aansluiting tussen vraag en aanbod, de lastenverdeling en de besturing van het systeem⁴⁶. Bijlage 4B bevat een nadere toelichting.

In zijn advies van 1990 over het stelsel van ziektekostenverzekeringen concludeerde de raad dat de knelpunten en vraagstukken op het terrein van de gezondheidszorg zich concentreren rond twee thema's: de structuur en vormgeving van het stelsel en het functioneren van het verzekeringsstelsel in het proces van afstemming tussen de vraag naar en het aanbod van zorgvoorzieningen⁴⁷. De belangrijkste elementen van deze conclusie zijn ook terug te vinden in vele analyses en onderzoeksrapporten vanaf het begin van de jaren tachtig. Deze elementen komen ook naar voren in nota's van de verschillende kabinetten (zie kader). Van belang is dat er tal van dwarsverbanden zijn tussen de geïnventariseerde problemen.

De kabinetsvisie op de beleidsmatig aan te pakken problemen op het terrein van de gezondheidszorg is gecompriemd verwoord in de nota *Zorg in het regeerakkoord: bestuurlijk/wetgevend programma 1995-1998* van het kabinet Kok-I⁴⁸.

45 Zo wijst Schnabel erop dat de gezondheidspolitiek in het laatste kwart van de twintigste eeuw in het teken staat van een regelmechanisme dat een redelijke en rechtvaardige oplossing zou moeten bieden voor 'het trilemma' van de te snel stijgende kosten bij een zich inhoudelijk voortdurend verder ontwikkelende gezondheidszorg en een steeds toenemende zorgvraag. De pogingen om dit trilemma op te lossen door een fundamentele herstructurering van het gehele gezondheidszorgsysteem (zowel de organisatie als de financiering) zijn als zodanig steeds mislukt; wel heeft ieder 'grand design' zijn sporen nagelaten in het huidige stelsel (P. Schnabel, *Sociale dilemma's in de gezondheidszorg*, in: J.C. Vrooman (red.), *Moderne sociale dilemma's*, Amsterdam 1999, pp. 45 en 46).

46 Zie het verslag van het Economendebat van de Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde op 12 april 1999 (KVSH, Utrecht 1999, pp. 22-29).

47 Bij de structuur en vormgeving van het stelsel gaat het onder meer om de volgende vragen: moet het onderscheid tussen verschillende verzekeringsvormen al dan niet worden gehandhaafd, op welke onderdelen van zorg dient het wettelijke verzekeringsstelsel zich te richten en op welke wijze dienen de lasten te worden verdeeld? Rond het functioneren van het verzekeringsstelsel zijn vraagstukken aan de orde die verband houden met het streven naar kostenbeheersing; daarbij gaat het om de volumebeheersing van de vraag naar en het aanbod van zorgvoorzieningen alsmede om de beheersing van de prijs- en inkomensvorming (SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., pp. 89 en 90).

48 Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24 124, nrs. 1 en 2.

Problemen gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen – visie overheid

Uit de verschillende beleidsnota's vanaf het begin van de jaren tachtig tot op heden kunnen de volgende centrale problemen op het terrein van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen worden afgeleid:

- de verdeling van verantwoordelijkheden over verschillende overheidsniveaus en tussen overheid en maatschappelijk middenveld is onevenwichtig en complex. In vergelijking tot de overheid hebben partijen in het veld relatief weinig verantwoordelijkheid. Zij krijgen onvoldoende stimulansen om zelf hun verantwoordelijkheid te nemen;
- de aanwezigheid van verschillende verzekeringsvormen leidt tot een verbrokkelde financiering van en onvoldoende afstemming tussen zorgvoorzieningen;
- het bestaan van verschillende premiesystemen leidt tot onevenwichtigheden in de premiesfeer, in die zin dat er grote verschillen zijn in de verhouding tussen het inkomen en de te betalen premie. Daardoor is sprake van een onevenwichtige solidariteit en lastenverdeling en een ongelijke spreiding van risicogroepen over de verschillende verzekeringsvormen. Op de

- particuliere markt leidt toenemende premiedifferentiatie tot afname van de risicosolidariteit;
- de kostenbeheersing is ineffectief door het gebrek aan samenhang en consistentie in het verzekeringsstelsel en het onvoldoende aanwezig zijn van prikkels tot kostenbeheersing en doelmatig gedrag;
- de structuur van de gezondheidszorg is weinig flexibel door de regeldichtheid en de relatief beperkte bijdrage van de planningswetgeving aan een goed gespreid aanbod van voorzieningen;
- er zijn onvoldoende mogelijkheden tot realisering van substitutie, bevordering van extramurale en preventieve zorg en afstemming tussen voorzieningen;
- de omschrijving van AWBZ-zorgaanpakken biedt weinig ruimte voor flexibiliteit en onvoldoende aansluiting op de zorgvraag. Het ondoelmatig functioneren van dit systeem heeft
 - mede door de starre regelgeving - geleid tot een gebrekkige samenhang tussen de voorzieningen.

Bronnen: adviesaanvraag aan de SER van 1983 (kabinet-Lubbers I); nota Verandering verzekerd (kabinet-Lubbers II); nota Werken aan zorgvernieuwing (kabinet-Lubbers III); nota Zorg in het regeerakkoord: bestuurlijk/wetgevend (kabinet-Kok I); nota Zicht op zorg (kabinet-Kok II).

Als dé knelpunten in het zorgstelsel gelden: onvoldoende financiële beheersbaarheid, complexe wet- en regelgeving, te verbrokkeld verzekerings- en financieringssysteem. Deze knelpunten leiden tot onvoldoende substitutiemogelijkheden, risicoselectie, onvoldoende keuzevrijheid voor de verzekerde en complexe onderlinge vereveningssystemen.

In de voorbije vijftien jaren bestaat er dus min of meer overeenstemming over de grote lijnen van de op te lossen problemen op het terrein van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen. Deze overeenstemming heeft ook betrekking op de wenselijkheid en noodzaak van het oplossen van deze pro-

blemen, maar (nog) niet op de wijze waarop en de richting waarin dit dient te geschieden. Grosso modo is er dus wel sprake van een min of meer gemeenschappelijke diagnose. Op zichzelf genomen biedt dit een stevige basis voor een duidelijk en consistent beleid.

Beleidsvoering

Bepaalde thema's en processen komen ook in het gevoerde beleid terug. De cruciale vraag is of versterking van doelmatigheid en beheersbaarheid en handhaving van de toegankelijkheid en kwaliteit mogelijk zijn met kleine stapjes (hermodellering binnen de bestaande structuur) of via een meer fundamentele herziening van de structuur en financiering van de gezondheidszorg.

In de afgelopen vijftien jaar is een indrukwekkende hoeveelheid beleidsmaatregelen doorgevoerd⁴⁹. Daarbij is sprake geweest van incrementeel of ad-hocbeleid. Dit laat zich onder meer kenmerken door het ontbreken van een heldere en eenduidige besturingsfilosofie voor de structuur en financiering van de gezondheidszorg. Ondanks de *no regret policy* heeft zich echter wel een fundamentele wijziging (zelfs 'stille revolutie' genoemd) voorgedaan. Daarbij ging het vooral om een decentralisatie van verantwoordelijkheden, waarbij de gehanteerde beleidslijn verschoof van aanbodbeheersing door planning naar vraagbeheersing door marktwerking en van overheidsregulering naar markt- en zelfregulering⁵⁰.

De geleidelijke uitbouw van het stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen heeft zo geleid tot een stapeling van beleid, waarbij ook sprake is van het introduceren van nieuwe mechanismen naast handhaving van bestaande. Dit heeft ook bijgedragen tot meer ondoorzichtigheid, tegenstrijdigheden en inefficiënties⁵¹.

Ook is uitdrukkelijk een relatie gelegd met het inkomensbeleid. Met een aantal in de recente periode ingevoerde maatregelen is vooral beoogd niet-gewenste inkomenseffecten te compenseren of te repareren⁵². Op zichzelf genomen is dat niet verwonderlijk omdat het merendeel van de beleidsmaatre-

49 Zie: Tweede Kamer, vergaderjaar 1993-1994, 23 666, nr. 1 (rapport van de subcommissie(-Willems) *Onderzoek besluitvorming gezondheidszorg*); E. Elsinga, Van Dekker tot Borst: tien jaar overheidsbeleid in de zorgsector, in: E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, Utrecht 1997, pp. 27-51; E. Elsinga en Y.W. van Kemenade, De balans: revolutie of evolutie, in: E. Elsinga en Y.W. van Kemenade (red.), *Van revolutie naar evolutie. Tien jaar stelselwijziging in de Nederlandse gezondheidszorg*, op.cit., pp. 179-185; CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., par. 4.3.2.

50 Zie: A. Ankoné, De stille revolutie richting basisverzekering. 'Dekker' is door de ziekenfondsen grotendeels geïmplementeerd, in: *ZetN*, juni 2000, pp. 11-15.

51 R. Bekker, *Met zorg besturen*, op.cit., p. D12.

52 E. Westerhout, The future of the Dutch health insurance system, in: *CPB-Report*, 99/4, p. 23.

gelen op het terrein van ziektekostenverzekeringen direct dan wel indirect gevolgen heeft voor de inkomenspositie van burgers en omdat een bepaalde mate van (inkomens)solidariteit noodzakelijk is om de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen te garanderen⁵³. In het verlengde hiervan zijn zorgbeleid en inkomensbeleid onderling nauw verweven. Mede door de vele ad-hoc-maatregelen met vaak een inkomenspolitiek karakter zijn de solidariteitsverhoudingen echter (nog) minder transparant geworden (zie paragraaf 5.2). Ook de gehanteerde uiteenlopende bestuursconcepten zijn hieraan debet.

Al met al is de problemdiagnose uit het SER-advies van 1990 over het stelsel van ziektekostenverzekeringen eigenlijk nog steeds actueel. Ondanks de maatschappelijke consensus over de hoofdlijnen van de aan te pakken problemen, heeft het gevoerde beleid niet of nauwelijks geleid tot een afdoende oplossing daarvan⁵⁴.

Ook het SCP concludeert dat de vraagstukken in de gezondheidszorg in de afgelopen 25 jaar niet alleen grotendeels dezelfde zijn gebleven maar dat zij ook voor de toekomst actueel zijn⁵⁵.

5.4 Conclusies en beleidsvraagstukken

Conclusies

De knelpunten van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen (inclusief de solidariteitsverhoudingen) moeten worden gezien in samenhang met de vraagstukken in het bredere kader van de organisatie en structuur van de Nederlandse gezondheidszorg.

53 Zo spelen inkomenspolitieke overwegingen een belangrijke rol bij de vaststelling van de procentuele ZFW-premie en van de maximumpremie voor de WTZ-standaard(pakket)polis (Ziekenfondsraad, *Rapport Werkgroep loongrens van de Ziekenfondsraad*, Amstelveen 1996, p. 13).

54 Een illustratie hiervan vormt het beleid ten aanzien van de WTZ. In haar brief van 27 maart 2000 aan de Tweede Kamer schrijft de minister van VWS dat er sinds 1989 gesproken wordt over het probleem van risicolooze ondernemen met betrekking tot de WTZ en dat de onderzochte oplossingen voor deze weerbarstige problematiek ernstige juridische problemen opleveren, ofwel een zodanig omvangrijke opbouw van voorzieningen (reserves) vergen, dat de last daarvan naar alle waarschijnlijkheid niet opweegt tegen het (onzekere) voordeel dat zou kunnen voortvloeien uit het bij de particuliere verzekeraars leggen van een deel van het financiële risico voor de uitvoering van de WTZ (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 800 XVI, nr. 79, p. 2). Zie ook de brief van 22 december 1999 van de minister aan de Tweede Kamer inzake het eventueel op andere wijze realiseren van de doelstellingen van het regeerakkoord met betrekking tot de maatregelen in de WTZ (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 26 800 XVI, nr. 65).

55 Het gaat volgens het SCP om de volgende kwesties. De verbrokkelde financiële structuur van de zorg en de huidige inrichting van de onderscheiden onderdelen van het bestaande verzekeringsstelsel veroorzaken een scheve lastenverdeling. De zorgverlening is onvoldoende afgestemd op de behoeften van de bevolking. Daartoe is een andere ordening van de voorzieningen nodig. De nog steeds geldende verschuiving van de grenzen van de zorg, zowel voor de inhoud als de omvang ervan, leidt tot ethische en financiële problemen (SCP, *25 jaar sociale verandering*, Den Haag 1998).

De huidige structuur en financiering van de gezondheidszorg (inclusief het stelsel van ziektekostenverzekeringen) zijn niet afdoende bestand tegen toekomstige ontwikkelingen. Gewezen kan worden op de in de paragrafen 5.2 en 5.3 genoemde problemen alsmede op de beleidsvoering in de afgelopen periode en de effecten van dat beleid: 'oude' problemen zijn blijven liggen of groter geworden. Bovendien bemoeilijken deze problemen de opvang van toekomstige ontwikkelingen. De verkende toekomstige ontwikkelingen zullen de huidige vraagstukken nog vergroten (zie hoofdstuk 4 en paragraaf 5.1). In aanvulling daarop zal de Nederlandse gezondheidszorg in de komende decennia te maken krijgen met nieuwe uitdagingen en moeilijk aan te pakken beleidsvraagstukken. Zo is het te betwijfelen of het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen, in het bijzonder door de bestaande scheidslijn tussen de ziekenfonds- en de particuliere verzekeringen, in staat is de extrasolidariteitsoverdrachten te realiseren waartoe toekomstige ontwikkelingen (zoals de vergrijzing) nopen.

Deze knelpunten vragen dan ook – mede in het perspectief van toekomstige ontwikkelingen – op korte termijn om een beleidsmatige reactie. In die zin is er sprake van een *sense of urgency*: een effectieve beleidsaanpak van huidige problemen en het adequaat anticiperen op toekomstige uitdagingen zijn zonder meer urgent.

Deze conclusie sluit aan bij de in 1998 geformuleerde opvatting van de raad dat “de discussie over het stelsel van ziektekostenverzekeringen in een fase is beland waarin hernieuwde afwegingen van fundamentele aard voor de langere termijn dienen te worden gemaakt”⁵⁶. Gezocht moet worden naar nieuwe evenwichten tussen de verantwoordelijkheden van de overheid, marktpartijen en het individu (verzekerde/patiënt). Bijlage 4C bevat een schets van de verdeling van verantwoordelijkheden.

Beleidsvraagstukken

In de afgelopen periode zijn vele voorstellen geformuleerd voor een herijking van het stelsel van gezondheidszorg en ziektekostenverzekeringen. Veelal is daarbij gebruikgemaakt van de scenariomethode. Voorbeelden hiervan zijn de rapporten van de Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg

56 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 121.

(STG), de Ziekenfondsraad, de WRR en de CSED⁵⁷. Ook politieke partijen hebben zich niet onbetuigd gelaten⁵⁸.

Daaruit blijkt dat zich op dit terrein enkele fundamentele keuzevraagstukken aandienen over de verhouding tussen privaat en publiek, collectiviteit en individu, centrale aansturing en marktwerking, solidariteit en keuzevrijheid⁵⁹. Cruciale vraag is op welke onderdelen van het stelsel en op welke deelmarkten van de gezondheidszorg meer ruimte voor marktwerking en vraaggerichtheid of -sturing mogelijk is, waarbij de overheid de markt zo conditioneert dat de zorg efficiënter en meer in overeenstemming met de wensen van de consument functioneert, maar niet leidt tot uitsluiting van of onevenredige lasten voor mensen met een laag inkomen of hoge gezondheidsrisico's⁶⁰. De beantwoording van deze vraagstukken is van belang voor de ontwikkeling van een beleidsvisie op de organisatie, structuur en sturing van de gezondheidszorg en op de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen of de zorgverzekeringsmarkt. Een nadere toelichting volgt hierna.

Een centraal beleidsthema bij de organisatie, structuur en sturing van de gezondheidszorg betreft de verhouding tussen enerzijds de huidige aanbodregulering en -rantsoenering en anderzijds de toenemende behoefte aan dan wel noodzaak van vraagsturing. Van belang daarbij is het evenwicht met de noodzakelijke regulerende rol van de overheid (zie bijlage 4C) en de daarachterliggende publieke randvoorwaarden en doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit en beschikbaarheid van zorg. Concurrentie is geen doel op zich; het is een middel om met behulp van marktprikkels de organisatie en het beheer van de middelen te verbeteren, de doelmatigheid en de kwaliteit te vergroten, innovatie te stimuleren en de kosten te beheersen voorzover dat

57 STG, *Zicht op zekerheid. Een scenario-analyse van de toekomst van (zorg)verzekeringen in Nederland*, Zoetermeer 1996; id., *Toekomstbeelden van de curatieve zorg*, Zoetermeer 1997; WRR, *Volksgezondheidszorg*, Den Haag 1997 (zie ook: L.J. Gunning-Schepers en K. Stronks, Stelsel- en keuzediscussie: onlosmakelijk met elkaar verbonden, in: *ESB-Dossier De Zorg ontregeld?*, 1 juli 1999, pp. D4-D8); Ziekenfondsraad, *Rapport Werkgroep loongrens van de Ziekenfondsraad*, Amstelveen 1996, pp. 35-37; CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Den Haag 1999.

58 Zie bijvoorbeeld: PvdA-Tweede-Kamerfractie, *De kleur van grijs. Een sociaal-democratische verkenning over jong en oud in een vergrijste samenleving*, Den Haag 2000; id., *Beter worden. Pleidooi voor een sterke en sociale zorg*, Den Haag 2000; VVD, *Kiezen voor keuze. Discussienota over het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de sturing in de gezondheidszorg*, Den Haag 2000; CDA-Tweede-Kamerfractie, *Naar meer menselijke maat in de gezondheidszorg. Discussievoorstel om tot een betere verantwoordelijkheidsverdeling in de gezondheidszorg te komen*, Den Haag 1999; id., *Nieuwe regie in de zorg. Een Christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg*, Den Haag 2000; D66, *Volksgezondheid in het perspectief van de burger*, Den Haag 2000; D66-Tweede-Kamerfractie, *Kiezen met zorg*, Den Haag 2000; GroenLinks, *Op gezonde basis. Discussienota over een brede, sociale en solidaire basisverzekering*, Den Haag 2000.

59 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 121.

60 Zie: RVZ, *Tussen markt en overheid*, Zoetermeer 1998.

binnen de gezondheidszorg mogelijk is⁶¹. Marktwerking als *middel* tot grotere vraagsturing heeft echter potentiële voor- en nadelen (zie kader). Daarvan uitgaande is het van belang dat de overheid bepaalde verantwoordelijkheden houdt (onder meer voor kwaliteit en toegankelijkheid van de gezondheidszorg) en ook als regisseur nadrukkelijk aanwezig blijft.

Het spanningsveld tussen aanbodregulering en vraagsturing heeft ook relevantie voor de verhouding tussen het schaarsteparadigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger. De inrichting van de organisatie en structuur van de gezondheidszorg is eveneens relevant vanwege de onderlinge verwevenheid van de drie deelmarkten op dit terrein.

Bij de inrichting van de zorgverzekeringsmarkt of het stelsel van ziektekostenverzekeringen formuleert Westerhout in een meer algemeen kader de volgende afbakenings- of keuzevraagstukken⁶². Een eerste afbakening heeft betrekking op de vraag hoeveel (en welke) voorzieningen onder het publiek gefinancierde deel van de gezondheidszorg (eerste en tweede compartiment) moeten komen. De tweede afbakening betreft de vraag of voor moeilijk verzekerbare risico's een aparte verzekering in het leven moet blijven of moet komen. Dit heeft betrekking op de scheiding tussen het eerste en het tweede compartiment. Een laatste afbakening heeft betrekking op het onderscheid tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. In dit verband wijst genoemd auteur erop dat het verschil in benadering bij premieheffing impliceert dat personen die door een verandering van inkomen overstappen van de ziekenfonds- naar de particuliere verzekering met een forse premiestijging te maken kunnen krijgen.

Bezien vanuit de vraagstelling van de adviesaanvraag is voor de beleidsontwikkeling van belang dat solidariteitsoverdrachten noodzakelijk zijn en blijven voor de toegankelijkheid en betaalbaarheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen voor mensen met relatief ongunstige gezondheidsrisico's en/of een laag inkomen⁶³. De belangrijkste keuzevraagstukken hierbij hebben be-

61 Zie ook: RVZ, *Prikkels tot doelmatigheid*, op.cit., pp. 26-33; Werkgroep Marktwerking, *Deregulering en Wetgevingskwaliteit, Concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg*, Rijswijk 1997; Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1 (*Marktwerking in de gezondheidszorg*); E.J. Bartelsman en P.A. ten Cate, Een gezonde markt of een politieke zorg, in: *Tijdschrift voor Politieke Economie*, 1997, nr. 2, pp. 179-193; W.P.M.M. van de Ven, de rol van de ziektekostenverzekering, in: R.M. Lapré, F.F.H. Rutten en F.T. Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarssen 1999; J.A.M. Maarsse, Marktwerking in de gezondheidszorg: een bestuurskundige analyse, in: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten, *Gezondheidszorgbeleid*, Assen 1997, pp. 97-104.

62 E.W.M.T. Westerhout, Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, in: CPB en SCP, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op langere termijn*, op.cit., pp. 141-144.

63 Zie: L. Koopmans, Over de organisatie van solidariteit in de gezondheidszorg, in: J.C. Gerritsen en C.P. van Linschoten, *Gezondheidszorgbeleid*, op.cit., pp. 113-118.

Regulering en marktwerking

Marktwerking en (de)regulering van de gezondheidszorg gaan met bepaalde dilemma's of spanningsvelden gepaard. Enerzijds kan worden gesteld dat een (ongestoorde) marktwerking in de zorg wordt verhinderd doordat er sprake is van informatieasymmetrie (patiënt is zelf niet in staat te bepalen welke en hoeveel medische zorg nodig is). Ook kan marktwerking de toegankelijkheid van de zorg aantasten en leiden tot een doorbreking van solidariteit. Bovendien kan marktwerking een kostenopdriving veroorzaken door het supply induced demand-karakter van de zorg; bijkomende factor is de mogelijke afwenteling van zorgkosten op de verzekeraar (moral hazard). Anderzijds kunnen

meer marktconforme prikkels de doelmatigheid stimuleren en leiden tot een betere prijs-kwaliteitverhouding. Voorts kan een sterker bewustzijn van zowel zorgvragers als -aanbieders met de feitelijke kosten, leiden tot meer bewust zorggebruik. Daarnaast kan marktwerking ertoe leiden dat beter kan worden ingespeeld op de behoeften van de klant en dat zorgaanbieders worden gestimuleerd te streven naar kwaliteitsbevorderende en kostenbeperkende innovaties. Geconcludeerd wordt dat deze argumenten pro en contra marktwerking ook andere dilemma's aangeven, zoals solidariteit versus moral hazard en doelmatigheid versus rantsoenering.

Bron: E.A. Bolhuis en F.J. Krapels, Het speelveld van de gezondheidszorg, in: *ESB-Dossier De Zorg ontregeld?*, 1 juli 1999, p. D3.

trekking op de verhouding tussen inkomens- en risicosolidariteit. De nadere invulling hiervan wordt medebepaald door de (in paragraaf 3.2 genoemde) kernvariabelen van het solidariteitsvraagstuk op het terrein van ziektekostenverzekeringen:

- de vrijwillige dan wel verplichte deelname aan een collectief arrangement (kring van verzekerden);
- de omvang en de aard van het verstrekkingenpakket (materiële werkings-sfeer);
- de hoogte en de vormgeving van de financiële bijdrage (financiering en lastenverdeling).

6. Standpunt van de raad

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk formuleert de raad zijn voorstellen voor de toekomstige inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en van de gezondheidszorg. Daarmee geeft hij zijn zienswijze op de twee vraagstukken die hem met de adviesaanvraag van 8 juli 1999 zijn voorgelegd:

- de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen;
- de verhouding tussen het schaarsteparadigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger.

Met deze twee vraagstukken worden zowel de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen als de ordening en structuur van de gezondheidszorg in onderlinge samenhang aan de orde gesteld. De voorstellen van de raad hebben dan ook betrekking op zowel de ziektekostenverzekeringen als de ordening en structuur van de gezondheidszorg (in het bijzonder de zorginkoopmarkt).

De opbouw van het standpunt is als volgt. In paragraaf 6.2 formuleert de raad een preambule met de kern van zijn advies. Daarin geeft hij aan onder welke voorwaarden de voorstellen naar zijn mening moeten worden ingevoerd en welke stappen reeds op korte termijn kunnen worden gezet.

Paragraaf 6.3 is gewijd aan de beleidsdoelstellingen en -uitgangspunten van de raad. Mede op basis daarvan formuleert hij voorstellen voor het stelsel van ziektekostenverzekeringen (paragraaf 6.4) en voor de zorginkoopmarkt (paragraaf 6.5). In paragraaf 6.6 gaat de raad in op de effecten van zijn voorstellen. Ten slotte bevat paragraaf 6.7 enkele afrondende opmerkingen.

6.2 Preambule

Centrale doelstellingen

De raad formuleert voorstellen die zijn gericht op uiteenlopende doelstellingen en zijn gebaseerd op verschillende uitgangspunten en randvoorwaarden. Paragraaf 6.3 bevat een uitgebreidere beschrijving. De kern daarvan bevat de volgende elementen. Van de huidige aanbodregulering van de gezondheidszorg moet worden overgegaan naar vraagsturing, zodat de direct betrokkenen (zorgvragers, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) meer verantwoordelijkheid kunnen dragen. De financiering van de gezondheidszorg

moet gebaseerd zijn op een evenwichtige mix van solidariteit en equivalentie in de premiestelling. Het moet een sociaal en solide stelsel zijn dat voldoet aan de eisen van toegankelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid. Tevens moet het stelsel afdoende toekomstbestendig zijn, onder meer voor het opvangen van de gevolgen van de vergrijzing. Daarnaast moet het voldoen aan internationale verplichtingen (verdragen, richtlijnen en verordeningen) zodat het houdbaar is in internationaal-rechtelijk opzicht. Ten slotte is een adequate aanpak nodig van de huidige knelpunten op het terrein van de gezondheidszorg zoals de wachtlijsten en de behoefte aan zorg op maat.

Kern voorstellen van de raad

Uitgaande van de geformuleerde centrale doelstellingen is de raad van oordeel dat het te voeren beleid op het terrein van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen gericht moet zijn op twee onlosmakelijk verbonden kernonderdelen:

- a. de invoering van een algemene verzekering curatieve zorg (met een breed en voor iedereen toegankelijk pakket, met mogelijkheden voor pakketdifferentiatie en met afdoende solidariteitsoverdrachten) als onderdeel van een solide en solidair stelsel van ziektekostenverzekeringen waarvan ook de AWBZ deel uitmaakt;
- b. de introductie en verruiming van meer vraaggerichte elementen in de sturing van de zorgsector ter verbetering van de doelmatigheid en de prijs-kwaliteitverhouding.

In de visie van de raad moeten meer ruimte voor marktwerking en concurrentie (in het bijzonder op de zorgverzekeringsmarkt en op de zorginkoopmarkt) en modernisering van de aanbod-, prijs- en budgetregulering onlosmakelijk gepaard gaan met het garanderen van een brede en gelijkwaardige toegankelijkheid tot een kwalitatief goede gezondheidszorg via het verzekeringsstelsel.

In de paragrafen 6.4 en 6.5 geeft de raad een nadere invulling van de genoemde kernonderdelen in de vorm van concrete voorstellen en aanbevelingen.

Algemene verzekering curatieve zorg

In deze preambule schetst de raad alleen de essentialia van de voorgestelde algemene verzekering curatieve zorg (hierna: de algemene zorgverzekering); hij verwijst naar paragraaf 6.4.2 voor de verdere invulling ervan.

De algemene zorgverzekering beslaat alle gepaste zorg. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verzekeringsrecht en verzekeringsplicht. Voor de zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht met betrekking tot een brede dekking (standaardpolis); daarnaast geldt voor iedereen een verzekeringsplicht voor een smallere dekking (basispolis). Uitgangspunt is de standaardpolis die alle gepaste zorg bevat. Op het niveau van de standaardpolis geldt

voor de zorgverzekeraars een acceptatieplicht. Op het niveau van het pakket van deze polis wordt door een ieder solidariteit gerealiseerd. Verzekerden kunnen kiezen voor een kleiner verzekerd pakket tot het niveau van de basispolis. Deze polis bevat de kostbare vormen van curatieve zorg en op dat niveau bestaat een verzekeringsplicht. Ook kunnen zij ervoor kiezen om binnen bepaalde grenzen eigen risico te dragen. Aldus wordt invulling gegeven aan een reële keuzevrijheid en een voldoende mate van solidariteit. De algemene zorgverzekering moet juridisch vorm krijgen op basis van een wettelijke verplichting tot het sluiten van een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met zelfstandig concurrerende zorgverzekeraars waaraan de verzekerde zijn aanspraken ontleent. De algemene zorgverzekering is omgeven met wettelijke waarborgen inzake toegankelijkheid, solidariteit, kwaliteit en doelmatigheid. De beoogde algemene zorgverzekering voldoet aan internationale (onder meer Europeesrechtelijke) verplichtingen.

De uitvoering van de algemene zorgverzekering is in handen van zowel op non-profitbasis werkende als op winst gerichte zorgverzekeraars (voormalige ziekenfondsen, uitvoeringsorganen publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en particuliere ziektekostenverzekeraars). Zij opereren binnen een kader van kwaliteitseisen. Via hun activiteiten op de zorginkoopmarkt (gericht op het scherp inkopen van gepaste zorg) dragen zij bij tot kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening. Zij worden daartoe aangezet door verzekerden die kunnen kiezen voor de zorgverzekeraar met de beste prijs-kwaliteitverhouding voor het door hen gewenste pakket.

Bij de financiering van de algemene zorgverzekering moet sprake zijn van zowel inkomenssolidariteit (tussen hoge en lage inkomens) als risicosolidariteit (tussen jong en oud, gezond en minder gezond). Naast een zo groot mogelijke mate van risicosolidariteit beoogt de raad een vergelijkbare mate van inkomenssolidariteit te bewerkstelligen als onder het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen het geval is. De hiermee samenhangende inkomensoverdrachten krijgen evenwel elk een afzonderlijke plaats. De risicosolidariteitsoverdrachten worden gelokaliseerd binnen het verzekeringsstelsel zelf; de inkomenssolidariteitsoverdrachten worden tot stand gebracht via het belastingstelsel.

De beoogde *risicosolidariteit* impliceert dat in de premiestelling van de algemene zorgverzekering een risicosolidariteitsbijdrage is besloten. De zorgverzekeraars heffen voor de financiering van de algemene zorgverzekering uitsluitend nominale premies. Zij stellen de premies vast. De premies zijn geïndividualiseerd per verzekerde en worden gedifferentieerd naar polis al naar gelang het door de verzekerde gekozen pakket en eigen risico. De premiedifferentiatie speelt zich af binnen een – uiteindelijk door de overheid vast te stellen – maatschappelijk aanvaardbare premiebandbreedte. De premiestel-

ling bevat impliciet een solidariteitsbijdrage. Dit vergt een daarop afgestemd systeem van verevening tussen zorgverzekeraars waarvan de uitgangspunten wettelijk worden verankerd.

De beoogde *inkomenssolidariteit* wordt bij invoering van de algemene zorgverzekering gerealiseerd via het belastingstelsel. De vervanging van de huidige verzekeringsarrangementen in het tweede compartiment (thans gefinancierd uit een combinatie van inkomensafhankelijke, nominale en risicoafhankelijke premies) door een algemene zorgverzekering die uit individuele nominale premies wordt bekostigd, leidt tot verschuivingen in de solidariteitsverhoudingen en tot ongewenste inkomensgevolgen¹. De raad is uitdrukkelijk van mening dat deze gevolgen niet kunnen worden aanvaard en een adequate reactie vereisen. Ten opzichte van het huidige stelsel doen zich de volgende belangwekkende wijzigingen voor:

- de invoering van de nominale premie zal – zonder compenserende maatregelen – leiden tot een beperking van de inkomenssolidariteit. Met name voor de lagere inkomens dreigt er op zich een fors koopkrachtverlies. Soortgelijke effecten kunnen zich na de invoering voordoen indien onder invloed van stijgende uitgaven de premies omhoog gaan;
- ook de individualisering van de premies zal – eveneens indien compenserende maatregelen achterwege zouden blijven – grote negatieve inkomenseffecten tot gevolg hebben, in het bijzonder voor alleenverdieners en voor huishoudens met meerdere kinderen.

De genoemde gevolgen moeten volgens de raad op robuuste en toekomstbestendige wijze worden gecompenseerd. Dit moet geschieden via het belastingstelsel terwijl de te bieden compensatie duurzaam moet zijn gewaarborgd². De raad acht dit mogelijk via een evenwichtige mix van met name vooral de volgende instrumenten:

- de invoering van inkomensafhankelijke zorg- of heffingskortingen;
- een gepaste verdere benutting van het regime van de fiscale aftrekbaarheid van buitengewone ziektekosten;
- een generieke nominale verhoging van belastingkortingen (algemene heffingskorting, aanvullende kinderkorting en ouderenkorting);
- de invoering van een negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting;
- een wettelijk verankerde jaarlijkse aanpassing van de heffingskortingen en van de negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting mede op basis van de ontwikkeling van de kosten van de algemene zorgverzekering.

1 Zie de in bijlage 5 opgenomen berekeningen van CPB en SCP.

2 Van belang hierbij is dat de bevordering van een zo redelijk mogelijke inkomensverdeling door de raad wordt beschouwd als een van de hoofddoelstellingen van sociaal-economisch beleid (SER-advies *Convergentie en overleconomie*, publicatienr. 92/15, Den Haag 1992, pp. 78 en 79) en dat het belastingstelsel in de zienswijze van de raad op doelmatige wijze kan bijdragen tot rechtvaardige inkomensverhoudingen (SER-advies *Naar een robuust belastingstelsel*, publicatienr. 98/07, Den Haag 1998, p. 35).

Op deze wijze is naar het oordeel van de raad de inkomenssolidariteit op robuuste en duurzame wijze gewaarborgd. Ook de al genoemde maatschappelijk aanvaardbare premiebandbreedte heeft consequenties voor de lastenverdeling over de inkomensgroepen.

In paragraaf 6.4.2 gaat de raad in op deze instrumenten en schetst hij enkele voor de nadere keuzebepaling relevante wegingselementen. Hier vat de raad de in zijn zienswijze bepalende criteria en randvoorwaarden voor de keuze van de toe te passen fiscale instrumenten samen:

- De compensatie dient zodanig vorm te krijgen, dat bij de invoering eenzelfde mate van inkomenssolidariteit wordt gerealiseerd als thans het geval is. De resultaten ervan moeten zodanig robuust zijn dat ook voor de langere termijn die beoogde inkomenssolidariteit verzekerd is, terwijl negatieve inkomenseffecten en ook bovenmatige positieve inkomenseffecten worden gecorrigeerd;
- De te treffen maatregelen moeten eenvoudig zijn uit te voeren, en doelmatig en doeltreffend, selectief, gericht en overzichtelijk worden ingezet zodat de kosten van reparaties en compensaties ook qua budgettaire beslag zo beperkt mogelijk blijven;
- De aan te wenden instrumenten mogen evenmin leiden tot een verscherping van de huidige armoedeval noch tot een extra administratieve belasting voor ondernemingen.

Bij de invoering van de beoogde algemene zorgverzekering om en nabij 1 januari 2005 zal een definitieve keuze moeten worden gemaakt met betrekking tot de te hanteren instrumenten en de exacte invulling daarvan. Op deze plaats volstaat de raad met de opmerking dat met een evenwichtige combinatie van de genoemde fiscale instrumenten de gewenste inkomensafhankelijke verdeling van de lasten van de algemene zorgverzekering en dus de beoogde inkomenssolidariteit structureel kan worden gerealiseerd en duurzaam kan worden gegarandeerd, ook al wordt deze verzekering bekostigd uit een inkomensafhankelijke premie. Daarbij is ook van belang dat in de visie van de raad de financiering van de AWBZ geschiedt uit inkomensafhankelijke premies.

De raad gaat ervan uit dat bij de overgang naar het door hem bepleite stelsel terdege de noodzakelijke aandacht wordt gegeven aan de arbeidsvoorwaardelijke rechten van ambtenaren die geïncorporeerd zijn in de diverse publieke ziektekostenregelingen.

Met het oog op de gewenste invoering van de algemene verzekering curatieve zorg om en nabij 1 januari 2005 en in het verlengde van het voorgaande moet samenvattend aan twee voorwaarden zijn voldaan, welke de raad allebei beschouwt als een *conditio sine qua non*.

In de eerste plaats moet de algemene zorgverzekering zoveel als mogelijk inkomens- en loonkostenneutraal worden ingevoerd. Bovenmatige inko-

mensvoordelen zijn derhalve niet aanvaardbaar terwijl negatieve inkomenseffecten zowel structureel en robuust als doelmatig en doeltreffend moeten worden gerepareerd³. De noodzakelijke reparatie dient plaats te vinden via het belastingstelsel. Daartoe moet beroep worden gedaan op het beschreven fiscale instrumentarium. Uit de berekeningen van CPB en SCP blijkt dat dit afdoende is om negatieve inkomenseffecten structureel te repareren of te compenseren⁴. Een zorgvuldige nadere afweging van die instrumenten in het licht van de erkende doelstellingen van de redelijke inkomensverdeling en de inkomenssolidariteit, de bevordering van de arbeidsparticipatie (armoedeval) en een beperkte aanslag op de collectieve middelen is ook hier noodzakelijk.

In *de tweede plaats* mag de eventuele Europeesrechtelijke vormgeving van de algemene zorgverzekering geen afbreuk doen aan de kernonderdelen van deze verzekering, in het bijzonder niet aan de bewegingsvrijheid – binnen de gestelde wettelijke waarborgen – voor de particuliere verzekeraars als private ondernemingen met winstoogmerk.

De raad beseft dat zijn advies richtinggevend voorstellen op hoofdlijnen bevat voor een globaal omschreven eindsituatie en dat niet alle voorstellen op korte termijn kunnen worden gerealiseerd. De voorstellen behoeven nadere uitwerking en bieden zo ruimte voor een stapsgewijze, pragmatische beleidsaanpak.

De raad acht het noodzakelijk dat in de periode tot 2005 actief maatregelen worden genomen in het perspectief van de beoogde eindsituatie. Met deze op korte termijn te treffen maatregelen moeten tevens actuele knelpunten aan de aanbod- en aan de vraagzijde van de gezondheidszorg adequaat worden aangepakt.

Voorstellen korte termijn

De probleemanalyse (zie paragraaf 5.2) brengt de raad tot de conclusie dat een doeltreffende en efficiënte aanpak van de volgende problemen urgent is: de problematische wachtlijsten, de beperkte mogelijkheden tot het aanbieden van zorg op maat en het tekort op de arbeidsmarkt in de zorgsector. Van belang is ook dat de opleiding van artsen nu onvoldoende is afgestemd op de

3 In zijn advies over de recente belastingherziening begreep de raad onder het begrip *inkomensneutraliteit* dat (van het voorgestelde beleid) per saldo voor de verschillende sociaal-economische groepen (waaronder werkenden, uitkeringsgerechtigden, tweeverdieners, alleenstaanden, alleenverdieners en gepensioneerden) geen significante verschillen in koopkrachteffecten uitgaan. Significante nivellerende of denivellerende effecten achtte de raad ongewenst. Voor uitkeringsgerechtigden op het minimumniveau geldt meer in het bijzonder dat elk koopkrachtverlies moet worden voorkomen. Ook stelde de raad dat de voorwaarde van inkomensneutraliteit verder inhoudt dat het belastingstelsel direct na de herziening *in vergelijkbare mate als nu* niet alleen met individuele draagkracht maar ook met de draagkracht van huishoudens rekening houdt (SER-advies *Naar een robuust belastingstelsel*, op.cit., pp. 37, 135 en 148).

4 Zie bijlage 5.

maatschappelijke behoeften en dat de zorgaanbieders en -verzekeraars geringe mogelijkheden hebben om decentrale afspraken te maken over kwaliteit, vorm en tarief van de te leveren zorg. Deze knelpunten leiden tot een verschraving en een tekortschietende kostenefficiëntie in de gezondheidszorg. In dit verband herhaalt de raad de conclusie in zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) dat onder meer door de huidige aanbod- en prijsregulering niet of in onvoldoende mate kan worden tegemoetgekomen aan de specifieke zorgbehoeften⁵. De raad wees in het bijzonder op de behoeften van werkgevers en werknemers aan een effectieve bijdrage van de gezondheidszorg tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers.

Om deze knelpunten op korte termijn adequaat aan te pakken formuleert de raad enkele voorstellen die naar zijn mening raad volledig consistent zijn met de beoogde eindsituatie.

De volgende voorstellen zijn op zichzelf genomen reeds dringend geboden met het oog op de oplossing van de genoemde problematiek:

- vrije toetreding van nieuwe zorgaanbieders;
- opheffing van de instellingsgebonden financiering van zorginstellingen;
- gedeeltelijke opheffing van de domeinmonopolies van medisch beroepsbeoefenaren;
- stapsgewijze, zorgvuldige overgang via een geleidelijke flexibilisering van de WTG naar vrije prijsvorming voor de verstrekkingen die onderdeel uitmaken van de wettelijk verzekerde pakketten. Om ook in de overgangperiode voldoende countervailing power te realiseren en de kosten adequaat te beheersen moet deze maatregel gepaard gaan met een vergroting van het financieel belang van alle betrokkenen (zorgconsumenten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars) bij een doelmatige zorgverlening;
- scheiding van de financiering van de woon- en zorgfunctie in de AWBZ;
- uitbreiding van de initiatieven met betrekking tot het persoonsgebonden budget (of persoonsgebonden financiering) naar de gehele AWBZ.

Zeker de overige voorstellen dienen op weg naar en in het perspectief van de voorgestelde algemene zorgverzekering te worden beschouwd:

- het onderbrengen van de tandheelkundige hulp voor volwassenen en de eerstelijnspsychologische dienstverlening in het ZFW-pakket;
- het verdergaand nominaliseren van de ziekenfondspremie waarbij via het belastingstelsel de inkomenssolidariteit wordt hersteld en negatieve inkomenseffecten worden gerepareerd (zie paragraaf 6.4.2);
- het in het kader van de voorgestelde algemene zorgverzekering en van de daarmee beoogde risicosolidariteit voorbereiden van maatregelen zoals

5 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., pp. 104 en 111.

de introductie van een premiebandbreedtemodel in de particuliere ziektekostenverzekeringen.

In de paragrafen 6.4 en 6.5 komen deze voorstellen in een breder kader, uitgebreid aan de orde.

De raad is ervan overtuigd dat het op korte termijn realiseren van deze voorstellen zal leiden tot een afdoende oplossing van de huidige urgente problemen op het terrein van de gezondheidszorg. Zij leiden tot een grotere effectiviteit en efficiency in de zorgsector en tot een substantiële afname van de vigerende aanbodschaarste. Daarnaast zullen zij leiden tot een afname dan wel eliminatie van huidige belemmeringen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen om op middellange termijn een algemene zorgverzekering te kunnen invoeren. Het merendeel van deze voorstellen moet dan ook gerealiseerd zijn als een eerste stap om tot een verantwoorde invoering van de algemene zorgverzekering op de middellange termijn te komen.

De raad gaat ervan uit dat de geformuleerde voorstellen voor alle betrokken partijen uitvoerbaar en haalbaar zijn. Dit betekent onder meer dat zij niet gepaard mogen gaan met een toename van de administratieve lasten voor ondernemingen. In dit verband acht de raad het van groot belang dat bij de kortetermijnmaatregelen wordt uitgegaan van het huidige verzekeringsstelsel, in die zin dat verschuivingen van groepen van verzekerden over de verschillende onderdelen van dat stelsel (ZFW, ambtelijke ziektekostenregelingen, WTZ, particuliere maatschappijpolissen) niet onnodig plaatsvinden.

Onderlinge samenhang

De raad is van oordeel dat de geformuleerde voorstellen alleen in onderling verband en zorgvuldig moeten worden ingevoerd. Daarbij moet uitdrukkelijk ook steeds sprake zijn van evenwicht tussen de aanpassingen van de aanbod-, prijs- en budgetregulering enerzijds en de wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen anderzijds. Het gaat hierbij ook om het evenwicht tussen solidariteit en doelmatigheid.

In de zienswijze van de raad moet het beleid (zowel voor de korte als de (middel)lange termijn) op het terrein van de gezondheidszorg immers zoveel mogelijk simultaan worden gevoerd voor zowel de zorgverzekeringsmarkt (of het verzekeringsstelsel) als de zorginkoopmarkt (of de organisatie en structuur van de gezondheidszorg). Beleidsmaatregelen voor deze deelmarkten dienen elkaar te faciliteren en te versterken. De verschillende actoren moeten op de onderscheiden deelmarkten met gelijkgerichte prikkels te maken krijgen.

De verdeling en decentralisatie van verantwoordelijkheden aan de aanboden de vraagzijde dienen dan ook evenwichtig en consistent te zijn. Zij moeten gepaard gaan met de toekenning van afdoende bevoegdheden en instrumenten en financiële prikkels om die verantwoordelijkheden daadwerkelijk waar te kunnen maken. Dit kan in een systeem waarin zorgverzekeraars con-

curreren op de zorgverzekeringsmarkt (om verzekerden of groepen van verzekerden) en op de zorginkoopmarkt (waar de zorgverzekeraar namens zijn verzekerden zorg inkoop bij de zorgaanbieders). Dit vereist keuzevrijheid voor de burger ten aanzien van zijn zorgverzekeraar en ten aanzien van het zorgaanbod en veronderstelt voor de zorgverzekeraar vrijheid van contractering van zorg uit voldoende aanbod. Voor deze keuzevrijheden zijn verscheidenheid en de mogelijkheid tot diversificatie noodzakelijk en zijn monopolie- en kartelvorming uit den boze.

Aldus kunnen volgens de raad optimale uitkomsten op de zorgverleningsmarkt tot stand komen via een adequate en vraaggerichte inrichting van de zorginkoopmarkt en van de zorgverzekeringsmarkt.

De voorstellen van de raad voor beide deelmarkten van de gezondheidszorg moeten dan ook in onderling verband worden gezien en hangen onlosmakelijk met elkaar samen. Ook in het invoeringstraject dient er evenwicht te zijn tussen de invoering van de voorstellen op beide deelmarkten.

6.3 Beleidsdoelstellingen en -uitgangspunten

Beleidsopgave

De voorstellen van de raad liggen uitdrukkelijk in het verlengde van de analyse van problemen die nu om een beleidsmatige reactie vragen (zie hoofdstuk 5). Conclusie daarvan is dat een modernisering van de gezondheidszorg noodzakelijk is. Tegen de achtergrond van zowel de vergrijzing als de (medisch-)technologische vooruitgang en de internationalisering is een heroverweging van de inrichting van het stelsel van gezondheidszorg nodig. In zijn advies *Sociaal-economisch beleid 2000-2004* heeft de raad deze modernisering genoemd als een van de zeven prioritaire sociaal-economische beleidsopgaven voor de middellange termijn⁶. Deze beleidsopgave dient zowel betrekking te hebben op het verzekeringsstelsel als op de organisatie en de structuur van de gezondheidszorg.

Analoog aan de met de adviesaanvraag voorgelegde vraagstukken ligt het in de rede om beide onderdelen van de gezondheidszorg gezien hun onderlinge verwevenheid gezamenlijk te benaderen.

Naar het oordeel van de raad dient een duurzaam evenwicht te worden gerealiseerd van twee gelijkwaardige elementen:

- het via het stelsel van ziektekostenverzekeringen garanderen van de toegankelijkheid van een kwalitatief hoogstaande gezondheidszorg ongeacht gezondheidsrisico of inkomenspositie;

⁶ SER-advies *Sociaal-economisch beleid 2000-2004*, op.cit., p. 64.

- het bevorderen van de doelmatigheid en keuzevrijheid waardoor de zorg efficiënter en meer in overeenstemming met de wensen van de consument functioneert.

Dit evenwicht dient ook gericht te zijn op meerdere doelstellingen en moet gebaseerd zijn op verschillende uitgangspunten en randvoorwaarden. De raad licht dit eerst nader toe.

Beleidsdoelstellingen

In zijn eerdere advisering heeft de raad steeds geoordeeld dat het beleid op het terrein van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen dient te voldoen aan zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden⁷. Het mag met name geen afbreuk doen aan intrinsieke primaire doelstellingen en basiswaarden van de gezondheidszorg zelf, namelijk de bevordering van de volksgezondheid in collectieve en individuele zin. Uitgaande van de grondwettelijke taak van de overheid voor de bevordering van de volksgezondheid kunnen (in kwalitatieve en nevenschikkende zin) vier beleidsdoelstellingen worden geformuleerd, te weten het waarborgen van:

- de kwaliteit van de gezondheidszorg;
- de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid/spreiding van de gezondheidszorg in geografische zin;
- de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin. Relevant daarbij is dat tweedeling niet aanvaardbaar is;
- een verantwoorde kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg in het licht van de overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen⁸.

De realisering van deze doelstellingen moet gebeuren door het toekennen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan voor het merendeel autonome instellingen en beroepsbeoefenaren die zorg dragen voor de feitelijke dienstverlening, alsmede aan autonome uitvoeringsorganen en zorgverzekeraars die belast zijn met de betaling van de geleverde diensten. Behoudens enkele uitzonderingen zoals de openbare gezondheidszorg komt hierin mede de keuze voor financiering van de gezondheidszorg via een verzekeringsstelsel en niet via de algemene middelen tot uitdrukking.

7 Zie: SER-advies *Beheersstructuur gezondheidszorg*, publicatienr. 87/07, Den Haag 1987, pp. 18 en 19; SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., p. 87; SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 138.

8 In zijn advies *Convergentie en overleconomie* formuleerde de raad de volgende hoofddoelstellingen van sociaal-economisch beleid: de bevordering van een duurzame evenwichtige economische groei, de bevordering van een zo groot mogelijke arbeidsparticipatie en de bevordering van een zo redelijk mogelijke inkomensverdeling, steeds met inachtneming van doelstellingen van hogere orde zoals de emancipatiedoelstelling (SER-advies *Convergentie en overleconomie*, publicatienr. 92/15, Den Haag 1992, pp. 78 en 79).

De raad heeft als zijn oordeel uitgesproken dat de inrichting en de wijze van uitvoering van het verzekeringsstelsel zo dienen te zijn dat deze leiden tot een bevordering van kostenbewust handelen van instellingen, beroepsbeoefenaren, zorgverzekeraars en burgers zodat de doelmatigheid van de uitgaven voor de gezondheidszorg wordt verbeterd⁹. Dit houdt de mogelijkheid in dat deze uitgaven op hun doelmatigheid worden beoordeeld en dat kostenbewust gedrag voordeel moet kunnen opleveren voor verzekerden, zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

Uitgangspunten en randvoorwaarden voor beleid

In de visie van de raad laten zich thans de volgende elf uitgangspunten voor beleid formuleren:

1. De *positie en de zorgvraag van patiënten/consumenten* dienen centraal te staan. De rol van de patiënt in de gezondheidszorg moet verder worden geactiveerd mede als countervailing power in de richting van zorgaanbieders en zorgverzekeraars die op hun beurt in staat moeten worden gesteld om adequaat op de zorgvraag te kunnen inspelen. De positie van de consument (als verzekerde en als patiënt) moet worden verbeterd door het verschaffen van meer keuzemogelijkheden, door zorg op maat ter beschikking te stellen, door tijdige beschikbaarheid van zorg te garanderen en door innovatieve ontwikkelingen van zorgproducten te bevorderen.
2. De *toegang tot de noodzakelijke, betaalbare zorg van voldoende kwaliteit* dient voor iedereen die dat nodig heeft gegarandeerd te zijn. De tijd die de consument moet wachten voordat een medische handeling kan worden verkregen dient zo kort mogelijk te zijn terwijl het zorgaanbod op adequate wijze over het land is gespreid.
3. Bij de financiering van de zorg moet in de toekomst voldoende *solidariteit* ex ante tussen jong en oud, gezond en minder gezond, hogere en lagere inkomens worden gerealiseerd via solidariteitsoverdrachten. Daarbij gaat het om inkomens- en risicosolidariteit. Ook moet er sprake zijn van een evenwichtige en adequate mix van een afdoende mate van (risico)solidariteit en een afdoende mate van equivalentie in de premiestelling (evenredigheid tussen premie en ingebracht risicoprofiel).
4. De *kwaliteit* van de zorg en het toezicht daarop dienen adequaat geregeld te zijn.
5. De inrichting van het stelsel moet *transparant* en samenhangend zijn met een *heldere verdeling van verantwoordelijkheden* tussen overheid, zorgaanbieders, zorgverzekeraars en het individu. Voor de samenhang van de gezondheidszorg zijn een integrale benadering en een integrale regiefunctie gewenst.
6. De zorg dient op een meer *efficiënte* wijze te worden verleend dan nu het geval is. Dit kan door de introductie of verruiming van marktconforme

⁹ SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, op.cit., pp. 87 en 88.

prikkels, zodat met de bestaande middelen meer kan worden gedaan of met minder middelen hetzelfde. De bevordering van de doelmatigheid van de zorgverlening dient in eerste instantie te zijn gericht op het micro-niveau. Via een optimale afweging tussen baten en lasten kunnen vraag en aanbod adequaat op elkaar aansluiten. Dit noopt tot een grotere ruimte voor (maatschappelijk) ondernemerschap voor zorgaanbieders en voor zorgverzekeraars.

7. Waar dat mogelijk en verantwoord is dient *vraagsturing in de plaats te komen van aanbodregulering*. Een meer vraaggerichte ordening van de zorg is noodzakelijk ter stimulering van innovatie, doelmatigheid, keuzevrijheid, zorg op maat en tijdige beschikbaarheid van zorg. Zowel het verzekeringsstelsel als de organisatie van de gezondheidszorg dient afgestemd te zijn op de dynamiek in de zorgverlening (gericht op dan wel leidend tot differentiatie in zorgproducten).
8. Een vraaggerichte ordening noopt ook tot een *verschuiving van verantwoordelijkheden* van de overheid naar actoren op decentraal niveau. De rol van de overheid is vooral voorwaardenscheppend van aard; zij moet zich toelagen op kwaliteitsborging, op het garanderen van de financiële toegankelijkheid en op een gepaste informatieverstrekking aan de burgers. Verder is de overheid verantwoordelijk voor een adequaat toezicht (met het accent op het toetsen van de uitkomsten van de gezondheidszorg in plaats van op het controleren van het proces van gezondheidszorg) en voor het stimuleren en bevorderen van preventieve gezondheidszorg.
9. De inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen dient de *samenhang met ontwikkelingen in andere domeinen* zoals sociale zekerheid, wonen en welzijn te bevorderen. Het gaat hierbij onder meer om de bijdrage van de gezondheidszorg tot preventie van ziekteverzuim en reïntegratie van zieke en (gedeeltelijk) arbeidsongeschikte werknemers¹⁰. Met een vraaggestuurde gezondheidszorg kan beter worden tegemoetgekomen aan de desbetreffende behoeften van werkgevers en werknemers.
10. Het *budgettaire beslag* van de zorguitgaven dient beheersbaar te zijn.
11. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen moet afdoende *toekomstbestendig* zijn onder meer voor het opvangen van de gevolgen van de vergrijzing.

Ten slotte gelden de volgende randvoorwaarden voor het te voeren beleid op het terrein van de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen:

- Beleidsmaatregelen op dit terrein moeten zoveel als mogelijk inkomens- en loonkostenneutraal worden ingevoerd. Dit betekent dat bovenmatige inkomensvoordelen door dergelijke maatregelen niet aanvaardbaar zijn en dat negatieve inkomenseffecten structureel, robuust en toekomstbestendig moeten worden gerepareerd (zie paragraaf 6.6). Zoals verwoord in

10 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 130.

paragraaf 6.2 zijn – ter voorkoming van negatieve inkomenseffecten – structurele aanvullende inkomensoverdrachten noodzakelijk met name via het belastingstelsel en in uiterste instantie via de financiering van de algemene zorgverzekering zelf.

- Beleidsmaatregelen dienen te voldoen aan internationale verplichtingen (richtlijnen, verordeningen en verdragen)¹¹.
- Beleidsmaatregelen moeten in de praktijk van het bedrijfsleven uitvoerbaar zijn; dit impliceert onder meer dat ze niet gepaard mogen gaan met een toename van de administratieve lasten voor ondernemingen.
- Het beleidsveranderingsproces wordt gekenmerkt door een stapsgewijze benadering en een interactieve beleidsontwikkeling (zie paragraaf 6.2 waarin ook maatregelen voor de korte termijn worden voorgesteld).

6.4 Inrichting stelsel van ziektekostenverzekeringen

De raad gaat uit van een stelsel van wettelijke ziektekostenverzekeringen met twee onderdelen met een duidelijk verschillend karakter: een volksverzekering voor langdurige onverzekerbare risico's (AWBZ-nieuwe stijl) en een algemene verzekering curatieve zorg (in het vervolg: algemene zorgverzekering). Beide verzekeringen kennen een sterk verschillend verstrekkingenpakket en in samenhang daarmee een eigen financieringssysteem en sturingsregime. De geïnventariseerde toekomstige ontwikkelingen zullen de solidariteitsverhoudingen in het eerste en tweede compartiment op een verschillende manier beïnvloeden, zo leidt de raad uit hoofdstuk 4 af. Handhaving van de twee onderdelen van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen is dan ook wenselijk. Wel moeten de verstrekkingen logischer over beide compartimenten worden verdeeld. De AWBZ blijft gericht op de vergoeding van zware medische risico's en van kostbare voorzieningen voor langdurige zorgverlening. De algemene zorgverzekering bevat alle gepaste curatieve zorg.

In deze paragraaf gaat de raad achtereenvolgens op beide onderdelen van het stelsel nader in.

6.4.1 AWBZ-nieuwe stijl

Algemeen

In de zienswijze van de raad blijft de AWBZ gebaseerd op de uitgangspunten van algemene toegankelijkheid en rechtsgelijkheid. Alle ingezetenen zijn ongeacht hun nationaliteit of leeftijd van rechtswege verzekerd en hebben gelijke rechten op AWBZ-zorg. Als wettelijk verplichte volksverzekering blijft de AWBZ gericht op de vergoeding van bijzondere ziektekosten, dit wil zeg-

¹¹ Zie in dit verband: RVZ, *Europa en de gezondheidszorg*, Zoetermeer 2000; Ministerie van VWS, *Grenze(n)loze zorg. Het Nederlandse zorgstelsel in internationaal perspectief*, Den Haag 2000.

gen de kosten van zware medische risico's (onverzekerbare risico's) en van dure voorzieningen voor langdurende zorgverlening. De volksverzekering wordt gefinancierd uit inkomensafhankelijke premies, waardoor verzekerden ongeacht hun gezondheids- en inkomenssituatie een gelijke toegang tot zorg hebben. De overheid stelt de aanspraken vast. De uitvoering van de AWBZ blijft in handen van zorgverzekeraars die verantwoordelijk zijn voor de zorginkoop ten behoeve van hun verzekerden.

Het bovenstaande neemt niet weg dat er volgens de raad enkele maatregelen noodzakelijk zijn om de AWBZ toekomstbestendig te houden. Noodzakelijk zijn een betere aansluiting tussen vraag en aanbod, een grotere doelmatigheid, een eenduidiger vormgeving van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen partijen en een nadere keuzebepaling bij het verstrekkingenpakket (zie paragraaf 5.2.2). De voorgestelde maatregelen hebben vooral betrekking op het AWBZ-verstrekkingenpakket (selectie van AWBZ-zorg; ont koppeling woon- en zorgfunctie; flexibilisering van AWBZ-aanspraken) en op de ordening van de AWBZ. In deze paragraaf gaat de raad nader in op de voorstellen die betrekking hebben op de inhoud en vormgeving van het pakket. De daarmee uitdrukkelijk samenhangende voorstellen voor de toekomstige ordening in de AWBZ komen aan de orde in paragraaf 6.5.2.

Voorafgaand aan de formulering van de voorstellen vraagt de raad aandacht voor het feit dat het nieuwe belastingstelsel leidt tot een versmalling van de grondslag voor de AWBZ-premieheffing; inkomensafhankelijke AWBZ-premies zullen vanaf 2001 immers alleen over inkomen uit arbeid (box 1) worden geheven. In het licht van de door de vergrijzing te verwachten toename van de AWBZ-uitgaven kan dit op (middel)lange termijn nopen tot nieuwe aanpassingen van de heffingsgrondslag. Daarbij dient wel te worden bedacht dat de onderstaand geformuleerde voorstellen tot een afname van de verwachte uitgavenstijging zullen leiden¹².

Beperking AWBZ-verstrekkingenpakket

Zoals gezegd is de raad van oordeel dat de AWBZ gericht dient te zijn op de vergoeding van bijzondere ziektekosten. Ook is hij van mening dat een duidelijk onderscheid tussen de AWBZ en de door hem voorgestelde algemene zorgverzekering curatieve zorg nodig is. Daarom kan een aantal AWBZ-voorzieningen worden overgeheveld naar de genoemde algemene zorgverzekering. Daartoe sluit de raad zich in grote lijnen aan bij de voorstellen van de RVZ; deze rekent in de eerste plaats de zogenoemde beschermzorg tot het

12 Op basis van de indicatieve berekeningen van CPB en SCP (zie par. 6.6 en bijlage 5) kan worden verondersteld dat de overheveling van voorzieningen uit de AWBZ naar de algemene zorgverzekering tot een verlaging van de AWBZ-premie leidt met 0,85 procentpunt.

eerste compartiment alsook de langdurige intensieve verpleging, verzorging en begeleiding voor mensen met ernstige langdurige beperkingen¹³.

Daarvan uitgaande kunnen volgens de raad enkele zorgvoorzieningen die korter duren dan een jaar vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar de algemene zorgverzekering¹⁴. Dit betreft met name:

- de op behandeling en revalidatie gerichte verpleeghuiszorg;
- de op herstel gerichte thuiszorg (verpleging);
- de op herstel gerichte geestelijke gezondheidszorg (eerste- en tweedelijns geestelijke gezondheidszorg)¹⁵;
- de sociaal-pedagogische hulpverlening en de kortdurende hulp aan gehandicapten.

De raad is zich ervan bewust dat deze overheveling gepaard kan gaan met een nieuwe knip in de dienstverlening van een aantal huidige AWBZ-voorzieningen (verpleging en thuiszorg). Dit kan leiden tot maatschappelijk ongewenst strategisch gedrag van aanbieders en zorgverzekeraars¹⁶. Dit mogelijke nadeel wordt echter beperkt aangezien enkel de zorgvoorzieningen die korter dan een jaar duren vanuit de AWBZ worden overgeheveld. Een ander mogelijk nadeel is het ontstaan van extra transactiekosten en de benodigde extra afstemming en coördinatie. Deze nadelen wegen volgens de raad echter niet op tegen de potentiële voordelen van een overheveling van de genoemde voorzieningen. Zo is de continuïteit van een op herstel gericht zorgproces beter gewaarborgd. Een ander voordeel is dat een aantal functioneel verwante voorzieningen onder hetzelfde financieringsregime zal vallen. Dit bevordert substitutie en (allocatieve) doelmatigheidswinst en beperkt de mogelijkheden tot afwenteling van kosten op de AWBZ aanmerkelijk. Verder leidt de overheveling ertoe dat een aantal zorgvormen onder het regime van gereguleerde marktwerking valt (zie bijlage 4A), zonder dat de kwaliteit van zorgverlening verloren dreigt te gaan. Verwacht mag worden dat de concurrentie tussen zorgaanbieders om de gunst van zorgverzekeraars zal leiden tot (bedrijfseconomische) doelmatigheidswinst.

13 De beschermzorg heeft betrekking op de integrale zorg (zorg, huisvesting, dienstverlening) aan mensen die zeer veel verpleging en verzorging nodig hebben en niet in staat zijn zich zelfstandig in de samenleving te handhaven. Het gaat om langdurige verpleeghuiszorg, chronisch psychiatrische verpleging en langdurige intensieve verpleging en begeleiding van gehandicapten (RVZ, *De toekomst van de AWBZ*, Zoetermeer 1997, pp. 21 en 22). De RVZ heeft indicatief becijferd dat beschermzorg in 1995 overeen zou komen met ruim 5,3 miljard gulden, oftewel ruim 20 procent van de toenmalige AWBZ-uitgaven. De langdurige verpleging, verzorging en begeleiding zou overeenkomen met 17,3 miljard gulden, oftewel 66,5 procent van de AWBZ-uitgaven.

14 De RVZ heeft indicatief becijferd dat deze overheveling in 1995 overeen zou komen met 3,4 miljard gulden, oftewel 13 procent van de toenmalige AWBZ-uitgaven (RVZ, *De toekomst van de AWBZ*, op.cit., p. 148).

15 Zie ook: RVZ, *Thuis in de ggz*, Zoetermeer 1996; RVZ, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, Zoetermeer 1998, pp. 8-10.

16 RVZ, *Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw*, op.cit., pp. 35, 36 en 93.

Ten slotte versterkt de aanscherping van het onderscheid tussen het eerste en tweede compartiment de duurzaamheid en de bestaansgrond van een systeem met twee naast elkaar voorkomende ziektekostenverzekeringen met ieder een eigen sturingsregime en financieringssysteem.

Scheiding zorg en wonen

Op grond van de AWBZ kan aanspraak worden gemaakt op een geïntegreerd aanbod van voorzieningen op het terrein van zorg, welzijn en wonen (volkshuisvesting). Volgens de raad verdient een dergelijk aanbod heroverweging. Daarbij gaat hij ervan uit dat een ontkoppeling van de zorg- en de welzijnsfunctie in veel gevallen niet voor de hand ligt.

De raad meent wel dat een vergaande scheiding dient te worden aangebracht in de financiering van de zorg- en woonfunctie. In zijn advies *Toekomstgericht woonbeleid* heeft hij de vraag aan de orde gesteld of het principieel juist is een zorgverzekering als de AWBZ te gebruiken voor de financiering van woonlasten¹⁷. In principe hoort de woonfunctie niet thuis in een zorgverzekering, maar bij gemeenten en de sector volkshuisvesting. Bovendien leidt financiële ontkoppeling van zorg en huisvesting tot meer keuzevrijheid en keuzemogelijkheden bij zowel zorgvoorzieningen als woonvoorzieningen. Zo kunnen mensen met de nodige zorg- en dienstverlening langer zelfstandig (blijven) wonen¹⁸.

Verder kunnen zij kiezen uit een meer gedifferentieerd aanbod van woonvoorzieningen waarbinnen meer maatwerk mogelijk is. Ook leidt een financiële scheiding van zorg en wonen tot een vermindering van de medicalisering. Daarnaast bevordert deze ontkoppeling het doelmatiger aanwenden van middelen en scheidt zij heldere verantwoordelijkheden. Scheiden van wonen en zorg kan worden bevorderd indien de kwaliteit van de woonvoorzieningen (ook in organisatorisch opzicht) voldoende kan worden gegarandeerd.

De ontkoppeling van wonen en zorg dient volgens de raad ook toegepast te worden in de sector zorg voor verstandelijk gehandicapten. Binnen deze sector zijn reeds langere tijd ontwikkelingen in deze richting gaande. De raad is van oordeel dat alleen in die gevallen waar verblijf fysiek of bouwkundig onlosmakelijk is verbonden aan ondersteuning/behandeling dit principe (van scheiding van wonen en zorg) niet zou moeten worden toegepast. Mensen die op deze voorzieningen zijn aangewezen moeten een wettelijk recht op een integraal aanbod behouden. Daarbij is het zaak deze integrale aanspraken zo te omschrijven dat het niet uniformerend naar andere groepen werkt.

17 SER-advies *Toekomstgericht woonbeleid. Reactie op de Ontwerpnota Wonen, Mensen, wensen, wonen: Wonen in de 21e eeuw*, publicatienr. 00/10, Den Haag 2000, p. 28.

18 Gebaseerd op: RVZ, *Met zorg wonen*, Zoetermeer 1997, pp. 15-17.

Terzijde merkt de raad op dat vraagsturing waar mogelijk invulling moet krijgen in de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg en de psychiatrische zorg (zie verder in paragraaf 6.5.1).

Het aanbrengen van een financiële scheiding tussen de zorg en de woonfunctie sluit een fysieke integratie van beide niet uit. In dit verband is de raad met de RVZ en de VROM-raad van oordeel dat bij een fysieke scheiding van zorg en huisvesting moet worden uitgegaan van de behoefte van mensen¹⁹. Diegenen die niet in staat zijn om zelfstandig te wonen en zelf aanvullende zorg- en dienstverlening te organiseren, moeten gebruik kunnen maken van een integraal aanbod. Ook mensen die hiertoe wel in staat zijn, maar desondanks een integraal aanbod prefereren moeten voor zo'n aanbod kunnen kiezen (keuzevrijheid).

De raad is zich ervan bewust dat een financiële scheiding van zorg en huisvesting ook potentiële nadelen kan hebben²⁰. Zo zal een groot beroep worden gedaan op goede koppelings- en coördinatiemechanismen op verschillende niveaus, bijvoorbeeld via een integrale indicatiestelling. Verder heeft het scheiden van de woonfunctie uit de AWBZ gevolgen voor de financiële positie van een groot deel van de huidige AWBZ-instellingen. De raad gaat ervan uit dat de toegankelijkheid en beschikbaarheid van functies die niet langer onder de AWBZ vallen, gegarandeerd blijven door aanspraken die uit de AWBZ verdwijnen een wettelijke basis te bieden.

Tot slot merkt de raad op dat mensen in een vraaggestuurd AWBZ zelf bepalen waar zij welke zorg, huisvesting en maatschappelijke dienstverlening inkopen (zie paragraaf 6.5.2). Totdat hiervan sprake is zijn maatregelen nodig om het huidige uniforme aanbod beter te laten aansluiten op de pluriforme vraag (verbetering en vergroting van de vraaggerichtheid).

Flexibilisering AWBZ-aanspraken

Volgens de raad dient ook de vormgeving van de AWBZ te zijn gericht op een verruiming van zowel de keuzemogelijkheden van patiënten als van de mogelijkheden voor zorgaanbieders om zorg op maat te bieden. Een dergelijke verruiming wordt nu belemmerd doordat veel AWBZ-aanspraken als totaalpakket zijn omschreven en bovendien instellingsgebonden zijn.

Naar het oordeel van de raad noopt dit tot verdergaande flexibilisering van AWBZ-aanspraken waarbij kan worden aangesloten bij reeds in gang gezet dan wel voorgenomen kabinetsbeleid voor de modernisering van de AWBZ²¹.

19 RVZ, *Met zorg wonen*, deel 1 (Zoetermeer 1997) en deel 2 (Zoetermeer 1998); VROM-raad, *Wonen met zorg*, advies 002, Den Haag 1998.

20 Gebaseerd op: RVZ, *Met zorg wonen*, Zoetermeer 1997, pp. 15-17.

21 Tweede Kamer, *Modernisering AWBZ*, vergaderjaar 1998-1999, 26 631, nr. 1, bijlage 3.

Een stapsgewijze aanpak bevat uiteenlopende onderdelen. In de eerste plaats gaat het om een functionele omschrijving van de aanspraken zodat zorg in losse onderdelen kan worden verkregen en geleverd. In de tweede plaats bevat deze aanpak een loskoppeling in alle deelsectoren van de AWBZ van de aanspraken van categorie aanduidingen van aanbieders zodat elke tot een sector toegelaten instelling alle aanspraken kan leveren. In de derde plaats dient uiteindelijk ook een intersectorale omschrijving van de aanspraken onderdeel te zijn van het beleid.

De raad realiseert zich dat de beoogde flexibilisering van aanspraken consequenties heeft voor de ordening en organisatie op het terrein van de gezondheidszorg. Meer keuzevrijheid voor de verzekerden heeft immers alleen maar zin als de zorgverzekeraar contracten afsluit met diverse zorgaanbieders, die vervolgens vrij zijn om de gevraagde producten aan te bieden. De beoogde flexibilisering van de aanspraken moet dan ook gepaard gaan met een gelijktijdige versoepeling van de aanbodregulering, in het bijzonder de capaciteitsbepalingen. Dit betekent een versoepeling van de regels voor toelating van instellingen, de WZV-planningsnormen en de beleidsregel over capaciteit in de WTG. Ook heeft de flexibilisering gevolgen voor de financiering van de zorgaanbieders; de instellingsgebonden financiering zal worden vervangen door bekostiging op basis van overeenkomsten met zorgverzekeraars. In paragraaf 6.5.2 gaat de raad hierop nader in, waarbij hij ook een relatie legt met de persoonsgebonden financiering: bij een combinatie van functionele aanspraken met de mogelijkheid van een dergelijk budget heeft de cliënt alle ruimte om zorg-op-maat in te kopen.

Ten slotte merkt de raad op dat flexibilisering van aanspraken alleen onder voorwaarden effectief kan zijn. Zo moet het aanbod van zorginstellingen afdoende inzichtelijk en vergelijkbaar zijn. Ook moeten er voldoende en eenduidige prikkels op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt bestaan. Daardoor worden zorgverzekeraars en zorgaanbieders effectief gestimuleerd om aan de vraag van patiënten tegemoet te komen.

6.4.2 Algemene verzekering curatieve zorg (algemene zorgverzekering)

Algemeen

De raad stelt voor op de middellange termijn te komen tot één wettelijk verplichte verzekering voor iedereen ter vergoeding van de kosten van de curatieve zorg die aan bepaalde objectieve criteria voldoet (*gepaste zorg*). Deze verzekering krijgt vorm op basis van een wettelijke verplichting tot het sluiten van een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met een zorgverzekeraar die zelfstandig concurrerend werkzaam is ten opzichte van andere zorgverzekeraars (voormalige ziekenfondsen, uitvoeringsorganen publiekrecht-

lijke ziektekostenregelingen en particuliere ziektekostenverzekeraars). De verzekerde ontleent zijn aanspraken aan deze overeenkomst.

Wat de wetgeving betreft komt deze zogeheten algemene verzekering voor curatieve zorg of algemene zorgverzekering in plaats van de ZFW, de WTZ, de MOOZ en de ambtelijke ziektekostenregelingen. De regelgeving met betrekking tot de algemene zorgverzekering kan beperkt blijven tot het stellen van minimumvoorwaarden aan verstrekkingen en premiestelling, het opleggen van een acceptatie- en verzekeringsplicht en de verankering van een systeem van risicoverevening.

Kenmerkend voor de inrichting van de algemene zorgverzekering is het onderscheid tussen een uitgebreide standaardpolis, een beperkte basispolis en daartussenliggende polissen. De algemene zorgverzekering beslaat alle gepaste zorg. Er wordt onderscheid gemaakt tussen verzekeringsrecht en verzekeringsplicht. Voor de zorgverzekeraars geldt een acceptatieplicht met betrekking tot een brede dekking (standaardpolis); daarnaast geldt voor iedereen een verzekeringsplicht voor een smallere dekking (basispolis). Uitgangspunt is de standaardpolis die alle gepaste zorg bevat. Op het niveau van deze polis geldt voor de zorgverzekeraars een acceptatieplicht en op het niveau van het pakket daarvan wordt door een ieder solidariteit gerealiseerd. Verzekerden kunnen kiezen voor een kleiner verzekerd pakket tot het niveau van de basispolis. Deze polis bevat de kostbare vormen van curatieve zorg en op dat niveau bestaat een verzekeringsplicht. Ook kunnen zij ervoor kiezen om binnen bepaalde grenzen eigen risico te dragen.

Met deze algemene zorgverzekering wordt invulling gegeven aan de wenselijk geachte solidariteit tussen mensen met gunstige en ongunstige gezondheidsrisico's. De beoogde risicosolidariteit komt zowel tot uitdrukking in de brede toegankelijkheid van een omvangrijk pakket van zorgvormen (breed solidariteitsbereik) als in de financiering (premiestelling, solidariteitsoverdrachten en risicoverevening).

Daarnaast moet bij de financiering van de algemene zorgverzekering sprake zijn van inkomenssolidariteit (tussen hoge en lage inkomens). De hiermee samenhangende inkomensoverdrachten worden tot stand gebracht via het belastingstelsel.

Hieronder schetst de raad de grote lijnen van het beoogde model van de algemene zorgverzekering, die in een latere fase nader moeten worden uitgewerkt. Daarbij gaat hij achtereenvolgens in op de notie gepaste zorg, de invulling en regulering van het wettelijk verzekerde pakket, de financiering inclusief de solidariteitsoverdrachten en de risicoverevening, en de uitvoering. Ten slotte besteedt de raad ook aandacht aan internationaal-rechtelijke aspecten van de algemene zorgverzekering.

Gepaste zorg

De algemene zorgverzekering biedt via de standaardpolis voor iedereen een gegarandeerde toegang tot gepaste zorg. Volgens de raad komt dit pakket grotendeels overeen met het huidige pakket van de ZFW minus de daarin aanwezige 'ongepaste zorg'. Verder wordt een beperkt aantal voorzieningen uit de huidige AWBZ overgeheveld naar de algemene zorgverzekering (zie paragraaf 6.4.1) en dienen ook enkele zorgvormen die nu tot de aanvullende verzekeringen behoren (met name de tandheelkundige hulp voor volwassenen en de eerstelijnspsychologische dienstverlening) onderdeel van de algemene zorgverzekering te worden.

De raad is zich ervan bewust dat het lastig is om eenduidige antwoorden te geven op de vragen wat moet worden verstaan onder het begrip *gepaste zorg*, welke criteria en methoden voor de operationalisering daarvan worden gehanteerd en door wie wordt bepaald wat al dan niet passend is. Een en ander raakt aan de aanhoudende en doorgaans indringende sociaal-politieke discussie over prioriteitstelling binnen de gezondheidszorg en de daarmee samenhangende noodzaak tot het maken van keuzen in de zorg die uit de collectieve middelen wordt bekostigd²².

Niettemin kan voor de beantwoording van de gestelde vragen beroep worden gedaan op de in diverse gremia ontwikkelde criteria. Zo kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen met de implementatie van de afspraken in het regeerakkoord van het kabinet-Kok II. Volgens die afspraken gelden strikte criteria terzake van therapeutische meerwaarde en kosteneffectiviteit bij de introductie van nieuwe behandelingen (waaronder geneesmiddelen) tot het (wettelijke) verzekeringspakket en wordt binnen de bestaande ziekenfondsverzekering geëxperimenteerd met een gepaste-zorgpolis²³. Het onderscheid tussen de reguliere ziekenfondsverzekering en de gepaste-zorgpolis betreft niet een verschil in het verstrekkingenpakket, maar in de toepassing van de verstrekkingen en in het gedrag van verzekerden, zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Ook de inmiddels gevoerde discussie²⁴ en het KNMG-project *passende medische zorg* hebben naar het oordeel van de raad geleid tot bruikbare

22 Zie: D. Post, Alleen noodzakelijke zorg vergoeden, in: *Medisch Contact*, 9 juni 2000, pp. 848-850.

23 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 26 024, nr. 10, pp. 41 en 45.

24 Mede naar aanleiding van het advies van de commissie *Keuzen in de zorg* (1991).

criteria²⁵. Breed gedragen noties voor de invulling van het begrip gepaste zorg zijn: evidence-based medicine (bewezen werkzaamheid; diagnostiek en behandeling volgens het best aanwezige klinisch-wetenschappelijke bewijs), doeltreffendheid en doelmatigheid (inclusief tijdigheid), redelijke verhouding tussen kosten en effectiviteit en tussen ingezette middelen en daarmee gegeneerde gezondheidswinst of therapeutische meerwaarde, objectieve indicatie en normatieve aspecten. Met deze noties wordt een omslag gemaakt van maximale zorg naar optimale zorg waarin kwaliteit én doelmatigheid worden nagestreefd²⁶.

De raad acht deze elementen goede uitgangspunten voor de formulering van de aanspraken in het kader van de standaardpolis. Hij stelt voor een onafhankelijke instantie van deskundigen (zoals het CVZ) te belasten met de nadere operationalisering van deze criteria en met de vertaling daarvan zowel in polisvoorwaarden als naar de op microniveau te verstrekken zorg. Deze operationalisering en vertaling moeten volgens de raad leiden tot voor de zorgverzekeraars uitvoerbare uitkomsten die overigens voor de verzekerden toetsbaar, transparant en eenduidig zijn. De raad stelt een wettelijke verankering voor van de genoemde criteria van gepaste zorg en van de nadere operationalisering. Om een groot draagvlak te creëren acht hij het van belang dat gekozen wordt voor een *bottum up*-benadering. Dit houdt in dat de medische professie en de expertise van artsen hierin een adequate rol spelen. Ook verzekerden en zorgconsumenten moeten bij de discussie over passende medische zorg worden betrokken. Dit geldt ook voor zorgverzekeraars met het oog op een verduidelijking van de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgverzekeraar die voor de algemeen geaccepteerde passende zorg een structurele passende financiering moet garanderen. Door deze benadering komt het vraagstuk van keuzen in de zorg ook te liggen op meso- en microniveau. Een en ander vereist wel een transparante werkwijze en de beschikbaarheid van voldoende onderzoeksgegevens onder meer voor de toetsing van kosten-

25 In het KNMG-project is aan de hand van proefprojecten onderzocht in hoeverre het mogelijk is aan te geven welke behandelingen 'passend' zijn, in de zin van werkzaam, doeltreffend (effectief) en doelmatig (efficiënt). Daarbij zijn naast de gangbare parameters voor de ontwikkeling van protocollen, richtlijnen en standaarden (zoals evidence based medicine, praktijkervaring en consensusuitkomsten) ook normatieve aspecten betrokken. Passende medische zorg wordt in dit verband opgevat als medische zorg die zowel passend is gezien het gezondheidsprobleem en de wensen en waarden van de patiënt, als passend gezien het beperkte collectieve gezondheidszorgbudget (Zie: J.M. Minderhoud, Passende medische zorg, in: *Medisch Contact*, 11 april 1997, p. 464; W.H. Cense, Top down én bottum up keuzen maken in de zorg, in: *hmf Health Management Forum*, juni 2000, pp. 52-54; E.M. de Bruijn, W.H. Cense en N.S. Klazinga, Passende medische zorg, in: *Medisch Contact*, 30 juni 2000, pp. 979-981).

26 Op basis van: J.H. Mulder, Dunning gekanteld. Terug naar de zorg, in: *Medisch Contact*, 26 september 1997, pp. 1219 en 1220; E.M. de Bruijn, N.S. Klazinga en R.J.M. Dillmann, Passend kiezen in de gezondheidszorg. Wie maakt uiteindelijk de keuzen?, in: *Medisch Contact*, 24 april 1998, pp. 586-589.

effectiviteit. Aangezien dit een ingewikkelde en kostbare aangelegenheid is, verdient het aanbeveling aan te sluiten bij het informatiseringsbeleid en bij ontwikkelingen rondom het elektronisch zorgdossier en het elektronisch voorschrijfsysteem.

De raad gaat ervan uit dat uiteindelijk de zorgaanbieder op microniveau in samenspraak met de zorgconsument de verantwoordelijkheid draagt voor het leveren van gepaste zorg. Niettemin kunnen zorgverzekeraars bevorderen dat de zorgaanbieders alleen gepaste zorg leveren. Op basis van de operationalisering van de genoemde criteria kunnen zij ongepaste zorg buiten de overeenkomsten houden die zij sluiten met zorgaanbieders, zodat alleen gepaste zorg wordt vergoed. Ook kunnen zij het verlenen van alleen gepaste zorg stimuleren door aan zorgaanbieders zogeheten spiegelinformatie te verstrekken die gebaseerd is op gegevens ontleend aan een interdoktervariatie-analyse en benchmarking. Van belang in dit verband is dat de zorgverzekeraars instrumenten hebben om met deze informatie gericht actie te ondernemen (bijvoorbeeld door het geven van bonussen of kortingen). De raad gaat ervan uit dat op basis van de ontwikkelde en nader geoperationaliseerde criteria van gepaste zorg, aanspraken op ongepaste zorg in de verzekeringsovereenkomsten tussen zorgverzekeraars en verzekerden worden uitgesloten.

Pakket: regulering en keuzevrijheden

Naar het oordeel van de raad moet de voorgestelde algemene zorgverzekering individuele verzekerden of groepen van verzekerden afgebakende keuzemogelijkheden bieden onder meer ten aanzien van het verzekerde pakket (polis- en pakketdifferentiatie). Deze keuzevrijheid heeft betrekking op de inhoud van het pakket en op het eigen risico per polis.

De keuzevrijheid ten aanzien van het pakket krijgt gestalte in de vorm van het onderscheid tussen een maximumpakket of de standaardpolis, een minimumpakket of de basispolis en de tussenliggende polissen. De overheid legt de inhoud van de standaardpolis en de basispolis wettelijk vast. Het betreft een globale omschrijvingswijze van zorgvormen die wel voldoende rechtszekerheid biedt. De verantwoordelijkheid voor de nadere invulling van de polis ligt bij de zorgverzekeraar en de verzekerde.

De raad streeft naar een duidelijke ruimte tussen de standaardpolis en de basispolis.

De standaardpolis bevat alle vormen van gepaste zorg, terwijl de basispolis ten minste de volgende kostbaarste vormen van gepaste zorg dekt: ziekenhuiszorg, specialistische zorg, dure geneesmiddelen, en de thuis- en verpleeghuiszorg die langer dan drie maanden maar korter dan een jaar duurt.

In tabel 6.1 zijn de door de basispolis en de standaardpolis gedekte zorgvormen weergegeven.

Naarmate een verzekerde meer voor eigen rekening neemt zal dit met name voor de sociale minima op enig moment tot financiële problemen kunnen leiden. De raad is zich dit bewust en ziet voor deze groep van mensen een rol voor de overheid weggelegd, zonder dat dit de keuzevrijheid ten aanzien van het verzekerde pakket in de voorgestelde algemene zorgverzekering beperkt. In dit verband merkt de raad op dat hij in zijn afwegingen met betrekking tot de inhoud van de standaardpolis en de basispolis ook de positie van de huisartsenzorg heeft betrokken. De raad wijst erop dat zijn keuze met betrekking tot de financiering van de huisartsenzorg niet betekent dat aan de centrale plaats van de huisarts in de gezondheidszorg wordt getornd. De huidige verwijis- (of poortwachters)functie van de huisarts blijft in de zienswijze van de raad overkort gehandhaafd. Dit betekent dat een verwijzing door de huisarts (de eerste lijn) noodzakelijk blijft om beroep te kunnen doen op tweedelijnszorgvoorzieningen.

Tabel 6.1 – Inhoud standaardpolis en basispolis

	Zorgvormen gedekt door de:	
	Standaardpolis	Basispolis
Ziekenhuiszorg	X	X
Specialistische zorg	X	X
Kostbare geneesmiddelen	X	X
Overige geneesmiddelen	X	
Kostbare hulpmiddelen	X	X
Overige hulpmiddelen	X	
Huisartsenzorg	X	
Tandheelkundige zorg	X	
Fysiotherapeutische zorg	X	
Ambulante geestelijke gezondheidszorg	X	
Kortdurende thuiszorg en verpleeghuiszorg (< 3 maanden)	X	
Thuiszorg en verpleeghuiszorg (> 3 maanden en < 1 jaar)	X	X

Uit de indicatieve berekeningen van CPB en SCP leidt de raad af dat de kosten van de zorgvormen die door de basispolis gedekt zijn ongeveer driekwart bedragen van de kosten van de zorgvormen die door de standaardpolis zijn

gedekt²⁷. De algemene zorgverzekering zou betrekking hebben op 48 miljard gulden.

Om te voorkomen dat mensen zich niet of onvoldoende verzekeren voor de kostbaarste zorgvormen is iedereen verplicht zich te verzekeren voor de zorgvormen die door de basispolis worden gedekt (wettelijke *verzekeringsplicht*)²⁸. Met het oog op de toegang tot gepaste zorg voor iedereen geldt een wettelijke *acceptatieplicht* voor het – brede – pakket van de standaardpolis met een verplicht eigen risico (zie verder). Mensen die kiezen voor deze polis moeten jaarlijks van zorgverzekeraar kunnen veranderen. Om free rider-gedrag in te perken hebben diegenen die niet voor de standaardpolis kiezen pas na een contractperiode van bijvoorbeeld 3 tot 5 jaar toegang tot deze polis.

De keuzevrijheid van de verzekerden heeft betrekking op alle polissen die vallen onder de algemene zorgverzekering: de standaardpolis, de basispolis en de tussenliggende polissen. De raad gaat ervan uit dat zorgverzekeraars adequate instrumenten hanteren voor de onderlinge vergelijkbaarheid en de transparantie voor de (potentiële) verzekerden. Met het oog daarop pleit hij voor een beperkt aantal tussenliggende polisvarianten.

De keuzevrijheid heeft ook betrekking op de omvang van het *eigen risico*. Voor alle polissen geldt een verplicht eigen risico van ten minste 200 gulden²⁹, dat wil zeggen voor alle verzekerden die onder de desbetreffende polis vallen (veelal gezin of leefeenheid; de polis kan immers per huishouden worden afgesloten).

Daarboven kunnen verzekerden – in ruil voor een premiekorting – het eigen risico uitbreiden tot maximaal 1.000 gulden per polis met één volwassene en maximaal 2.000 gulden per polis met twee of meer volwassenen. Een zekere standaardisatie van de eigenrisicobedragen kan met het oog op transparantie overweging verdienen.

Verzekerden hebben voorts de mogelijkheid gebruik te maken van *preferred provider*-arrangementen van zorgverzekeraars. Daarbij doet de verzekerde bij voorkeur beroep op zorgverleners waarmee de zorgverzekeraar een overeen-

27 Zie bijlage 5.

28 Aan personen die door een zorgverzekeraar niet worden geaccepteerd voor de basispolis (of een tussenliggende polis) moet deze zorgverzekeraar voorlopig een standaardpolis aanbieden. Via bemiddeling door de Ombudsman Gezondheidszorg (alwaar een klacht kan worden ingediend) moet tot een voor beide partijen aanvaardbare oplossing worden gekomen. Ingeval een niet-verzekerde met door de algemene zorgverzekering gedekte ziektekosten wordt geconfronteerd geldt een boeteclausule naar analogie van de huidige ZFW.

29 Alle genoemde bedragen zijn uitgedrukt in prijzen anno 2001. Bij invoering van de voorgestelde algemene zorgverzekering in 2005 moeten deze bedragen worden aangepast aan de inflatie en overigens zijn omgezet in eurobedragen. Ruwweg komt dit dan neer op de volgende eigenrisico-bedragen: 100 euro, 500 euro en 1.000 euro.

komst heeft afgesloten, zij het dat hij ook een beroep kan doen op een andere aanbieder (tegen een extra prijs).

Een dergelijk arrangement impliceert wel een zekere vrijwillige inperking van de keuzevrijheid van de verzekerde(n) ten aanzien van het zorgaanbod. De raad gaat ervan uit dat de verzekerde in geval van een *preferred provider*-arrangement beroep kan doen op gepaste zorg met een gunstige prijs-kwaliteit-verhouding. De verzekerde geniet dan de bijbehorende premiekorting die de zorgverzekeraar kan aanbieden.

Een belangrijk element blijft de mogelijkheid groepsgewijs verzekeringen af te sluiten met bijbehorende arrangementen en kortingen door resulterende (administratieve) kostenbesparingen. Bij het gestalte geven aan de verzekeringsmarkt kunnen dergelijke coalities van verzekerden (patiënten, ondernemingen et cetera) een cruciale rol spelen.

Ten slotte kan de beoogde algemene zorgverzekering gestalte krijgen via een naturasysteem (aanspraak op zorg), een restitutie-systeem (aanspraak op vergoeding), een mengvorm van beide of persoonsgebonden financiering. In geval van een naturasysteem is de raad er voorstander van dat in de polis maximumlevertijden als onderdeel van de aanspraak worden vastgelegd. Bij overschrijding daarvan mag de verzekerde de desbetreffende zorg op kosten van de zorgverzekeraar ontvangen van elke gekwalificeerde zorgaanbieder in of buiten Nederland, ongeacht of deze een overeenkomst heeft met de zorgverzekeraar.

Financiering en premiestelling

De algemene zorgverzekering wordt in de zienswijze van de raad gefinancierd uit volledig nominale, dit wil zeggen inkomensafhankelijke premies³⁰. Hij realiseert zich dat een volledig nominale premiestelling voor bepaalde groepen tot negatieve inkomenseffecten leidt (zie paragraaf 6.6). Ter voorkoming daarvan en voor de wenselijke inkomenssolidariteit (draagkrachtbeginsel) acht de raad structurele aanvullende inkomensoverdrachten noodzakelijk met name via het belastingstelsel (bijvoorbeeld in de vorm van kortingen) en in uiterste instantie via de financiering van de algemene zorgverzekering zelf. De raad beoogt zo een inkomensafhankelijke premie en daarnaast een inkomensafhankelijke verdeling van de lasten. In deze paragraaf en in paragraaf 6.6 gaat hij hierop nader in.

De raad acht een nominale premiestelling wenselijk om meer flexibiliteit, keuzevrijheid en doelmatigheid in het verzekeringsstelsel mogelijk te maken

30 In de (in bijlage 5 opgenomen) CPB/SCP-berekeningen is de werkhypothese gehanteerd dat – analoog aan de huidige praktijk bij de particuliere ziektekostenverzekeringen – werkgevers gemiddeld 50 procent van de premie van de algemene zorgverzekering aan werknemers vergoeden en dat deze werkgeversbijdrage belastbaar is voor de loonheffing.

in samenhang met en ter versterking van de beoogde veranderingen op de zorginkoopmarkt (zie paragraaf 6.5).

Deze premiestelling biedt tevens meer ruimte voor concurrentie tussen zorgverzekeraars. Ook heeft een nominale premiestelling het voordeel van een functionele ont koppeling van enerzijds het beleid voor de gezondheidszorg en de ziektekostenverzekeringen en anderzijds het inkomensbeleid. In combinatie met het vervallen van de medeverzekering op grond van de ZFW leidt een nominale premiestelling eveneens tot een substantiële vermindering van de armoedeval³¹.

Voorts bepleit de raad een geïndividualiseerde premiestelling per verzekerde. Dit wil zeggen dat elke individuele verzekerde premieplichtig is. De premiestelling mag evenwel niet worden afgestemd op het risicoprofiel van het individu. Huishoudens met kinderen betalen voor het eerste en het tweede kind per kind de helft van de premie die voor volwassenen geldt. Derde en volgende kinderen zijn vrijgesteld van premiebetaling.

De premies worden door de zorgverzekeraar per polis (standaardpolis, basispolis en tussenliggende polissen) vastgesteld en geïnd. De zorgverzekeraars hebben maximale vrijheid bij de premiestelling binnen door de wetgever opgelegde voorwaarden. Wel moeten zij – in samenhang met een adequaat systeem van risicoverevening (zie verder) – een voor al hun verzekerden gelijke premie hanteren voor de standaardpolis met 200 gulden eigen risico, dit wil zeggen de polis waarvoor de acceptatieplicht geldt. Dit laat, onverlet het hierna gestelde over de solidariteitsbijdrage, ruimte voor de zorgverzekeraars tot differentiatie van de premies van de polissen met een geringere dekking (qua pakket en eigen risico) en tot het toekennen van afdoende premiekortingen zodat een reële keuzevrijheid voor de zorgconsument wordt gegarandeerd³². De premies voor de standaardpolis met 200 gulden eigen risico kunnen verschillen van zorgverzekeraar tot zorgverzekeraar.

Risicosolidariteit: doelstellingen

Volgens de raad dient het uitgangspunt voor regelgeving met betrekking tot de financiering en de premiestelling van de algemene zorgverzekering te zijn dat een *zo groot mogelijke mate van risicosolidariteit* wordt gewaarborgd. De

31 In de huidige systematiek betaalt de medeverzekerde partner (van een ZFW-gerechtigde) zonder eigen inkomen niet de inkomensafhankelijke ZFW-premie, maar hij/zij is deze wel verschuldigd vanaf het moment dat een eigen inkomen wordt verworven, bijvoorbeeld door (beperkte) deelname aan het arbeidsproces. Door deze (vanaf het moment van arbeidsdeelname te betalen) inkomensafhankelijke premie kan de netto-inkomensstijging als gevolg van de extra arbeidsdeelname gering zijn of kan het inkomen van het desbetreffende huishouden per saldo zelfs dalen ook al wordt er een extra arbeidsinkomen verdiend.

32 Bezien moet worden of de mogelijkheid van een optionele no-claimkorting inpasbaar is in het voorgestelde systeem.

daarmee beoogde financiële solidariteit van mensen met gunstige risico's met mensen met hoge gezondheidsrisico's komt tot uitdrukking in zijn voorstellen voor de solidariteitsbijdragen en de risicoverevening. Hieronder gaat de raad eerst in op de doelstellingen daarvan en vervolgens op de globale nadere invulling.

De doelstelling van het realiseren van een zo groot mogelijke mate van risicosolidariteit dient ook te gelden in het geval niet iedereen zich verzekert voor de standaardpolis met een eigen risico van 200 gulden per polis (i.e. per huishouden). Daarom moeten de verschillen tussen de premies voor deze standaardpolis en die voor de basispolis met het maximaal toegestane eigen risico kleiner zijn dan bij een volledige toepassing van het equivalentiebeginsel het geval zou zijn. De raad acht dit een wezenlijk onderdeel van de voorgestane algemene zorgverzekering omdat de premies op deze wijze een risico-afhankelijke solidariteitsbijdrage bevatten waarmee de doelstelling van het realiseren van solidariteitsoverdrachten van mensen met gunstige risico's naar mensen met hoge gezondheidsrisico's wordt verwezenlijkt.

De solidariteitsbijdragen impliceren een bijbehorend systeem van risicoverevening tussen de zorgverzekeraars die in onderlinge concurrentie de algemene zorgverzekering uitvoeren. Doelstelling daarvan is een compensatie of correctie van een mogelijk ongelijke spreiding van gezondheidsrisico's over zorgverzekeraars; gegeven de acceptatieplicht voor de standaardpolis kunnen sommige zorgverzekeraars immers te maken krijgen met relatief veel verzekerden met ongunstige risico's. Hiervoor moet compensatie worden geboden via een risicoverevening *ex ante*, dat wil zeggen zonder kostenverevening achteraf.

Een daarmee verwante doelstelling van het systeem van risicoverevening is dat het zorgverzekeraars – gegeven de mogelijkheden tot pakket- en polis-differentiatie – stimuleert om zich mede te richten op verzekerden die voorspelbaar verliesgevend zouden zijn (bijvoorbeeld chronisch zieken); verliesgevend althans wanneer uniforme risico-onafhankelijke premies zouden moeten worden gehanteerd voor ieder lid van het eigen verzekerdenbestand en een systeem van risicoverevening zou ontbreken. Aldus bevat het systeem intrinsieke prikkels voor zorgverzekeraars om ook in te spelen op de preferenties van verzekerden met hogere risico's bijvoorbeeld door ook voor hen doelmatige en adequate zorg in te kopen met een optimale prijs-kwaliteitsverhouding.

Ten slotte merkt de raad op dat realisering van deze doelstellingen van een systeem van risicoverevening alleen mogelijk is onder de uitdrukkelijke voorwaarde dat het desbetreffende systeem in de praktijk haalbaar is, door zorgverzekeraars uitvoerbaar is en afdoende fraudebestendig is.

Solidariteitsbijdragen en risicoverevening: een nadere invulling

Volgens de raad kunnen de voorgestelde solidariteitsbijdragen en risicoverevening nader worden ingevuld aan de hand van de volgende drie (onderling samenhangende) elementen.

Het *eerste element* betreft de impliciete solidariteitsoverdrachten binnen het verzekerdenbestand van een zorgverzekeraar (interne risicoverevening *ex ante*). Dit element kan als volgt worden uitgewerkt. Het is uitdrukkelijk de bedoeling dat de zorgverzekeraars een voor al hun verzekerden gelijke premie hanteren voor de standaardpolis met 200 gulden eigen risico. Daardoor is binnen de groep van het eigen bestand van diegenen die verzekerd zijn voor het maximumpakket sprake van een gelijke, risico-onafhankelijke premie en daarmee van de gebruikelijke risicosolidariteit binnen het desbetreffende verzekerdenbestand. Hetzelfde geldt binnen andere groepen die voor een ander pakket (basispolis, tussenliggende polissen) verzekerd zijn voorzover voor dezelfde polis dezelfde premie wordt gevraagd. De gehanteerde premies voor de laatstgenoemde polissen met een (qua pakket en eigen risico) andere dekking zullen bovendien gebaseerd zijn op twee componenten, te weten de verwachte schade binnen de groep inclusief de uitvoeringskosten en een rendementsopslag³³ en een afzonderlijke risico-afhankelijke solidariteitsbijdrage. De premie voor mensen met een slecht gezondheidsrisico is daardoor lager dan hun gemiddelde kosten op grond van de algemene zorgverzekering terwijl voor mensen met een laag gezondheidsrisico het omgekeerde geldt. Van verzekerden die kiezen voor een kleinere dekking dan het maximumpakket (dat wil zeggen een groter eigen risico of een kleiner pakket) wordt op deze wijze een vergelijkbare solidariteitsbijdrage gevraagd als die zij zouden betalen wanneer zij voor de standaardpolis met volledige dekking zouden hebben gekozen. Diegenen die kiezen voor een ander pakket dan de standaardpolis met 200 gulden eigen risico (en de daarbijhorende premiekortingen) kunnen zich op deze wijze niet onttrekken aan de gewenste risicosolidariteit (*ex ante*) met (groepen van) verzekerden die een hoger gezondheidsrisico hebben.

In ruil voor minder dekking (eigen risico, kleiner pakket) of voor een *preferred provider*-arrangement kan de zorgverzekeraar de verzekerde dus een premiekorting geven. Daarmee worden verzekerden in de praktijk gestimuleerd hun keuzevrijheid ten aanzien van de dekking en de zorgverzekeraar daadwerkelijk te benutten. De raad bepleit evenwel uitdrukkelijk bij deze kortingen te zoeken naar een evenwichtige mix van enerzijds een reële keuzevrijheid en anderzijds een zo groot mogelijke mate van risicosolidariteit. Dit impliceert dat de gehanteerde premiekortingen, ook in geval van groepscontracten, niet ten koste van de maatschappelijk gewenste solidariteitsbijdrage

33 In geval van contracten met collectiviteiten van verzekerden zijn kortingen uitsluitend mogelijk bij lagere administratie- of uitvoeringskosten.

van de verzekerde mogen gaan. De ruimte voor premiekortingen wordt aldus in eerste aanleg begrensd door enerzijds de verzekeringsplicht voor de basispolis en anderzijds de maximumomvang van het eigen risico. Na de correctie voor de bedoelde afzonderlijke solidariteitsbijdrage per verzekerde resulteert dus een zekere bandbreedte voor premiekortingen, of anders gezegd, een premiebandbreedte.

Het *tweede element* betreft solidariteitsoverdrachten tussen zorgverzekeraars via het systeem van externe risicoverevening ex ante. Naar het oordeel van de raad mogen de te verevenen risico's alleen met gezondheidskenmerken en leeftijd te maken hebben. In een ideaal systeem van externe risicoverevening ex ante wordt een zorgverzekeraar die een verzekerdenbestand heeft met een bovengemiddeld risicoprofiel wat gezondheidskenmerken en leeftijd betreft, volledig gecompenseerd voorzover en in de mate waarin genoemd risicoprofiel bovengemiddeld is; bovengemiddeld in die zin dat het wat de genoemde risico's betreft positief afwijkt ten opzichte van het gemiddelde risicoprofiel van de Nederlandse bevolking. Omgekeerd resulteert een dergelijk systeem erin dat een zorgverzekeraar die een verzekerdenbestand heeft met een benedengemiddeld risicoprofiel ten aanzien van gezondheidskenmerken en leeftijd, per saldo gaat bijdragen aan het systeem van risicoverevening voorzover en in de mate waarin genoemd risicoprofiel benedengemiddeld is.

In beginsel moeten andere risico's dan gezondheidskenmerken en leeftijd buiten de risicoverevening blijven. Dit geldt voor risico's die samenhangen met ongepaste zorg, verschillen in praktijkstijlen en prijsstellingen van zorgaanbieders, overcapaciteit, schaarste, marktmacht, moral hazard en zorginkoop van de zorgverzekeraar. Deze risico's komen derhalve tot uiting in premieverschillen zowel tussen de verschillende polissen van een zorgverzekeraar als tussen de zorgverzekeraars. In het systeem van de risicoverevening dienen de consequenties te worden getrokken van de door de raad gewenste afzonderlijke solidariteitsbijdragen als hierboven uiteengezet³⁴. Het dient mede te waarborgen, dat de premies voor de basispolis en de tussenliggende polissen niet gebaseerd zijn op alleen equivalentie, maar bijgesteld worden op basis van de gewenste, maatschappelijk aanvaarde risicosolidariteit.

Het *derde element* van de nadere invulling van de voorgestelde solidariteitsbijdragen en risicoverevening heeft betrekking op de bevoegdheid van de overheid tot het opleggen van een premiebandbreedte (*ultimum remedium*).

34 Uitgangspunt voor de vaststelling van de solidariteitsbijdragen is de bijdrage die men in dit opzicht concreet zou leveren als iedereen zich verzekert voor de standaardpolis zonder aanvullend eigen risico, maar inclusief het verplicht eigen risico van 200 gulden per polis (i.e. per huishouden).

De raad gaat ervan uit dat – in geval van een adequaat systeem van afzonderlijke solidariteitsbijdragen en van externe risicoverevening *ex ante* tussen zorgverzekeraars – de door de zorgverzekeraars gehanteerde premies voor alle polissen zich zullen bevinden binnen een ook maatschappelijk aanvaardbare bandbreedte. Deze bandbreedte houdt in dat de verzekerden met goede risico's ongeacht de door hen gekozen polissen of eigen risico's en ongeacht de gekozen zorgverzekeraar in afdoende mate bijdragen tot de gewenste risicosolidariteit met de verzekerden met slechte risico's. Voor het geval de premies voor de standaardpolis en de basispolis een ruimere spreiding hebben dan de genoemde maatschappelijk aanvaardbare bandbreedte dient naar het oordeel van de raad de overheid de bevoegdheid te hebben een maximumbandbreedte op te leggen tussen de door de zorgverzekeraars gehanteerde premies voor de standaardpolis (met 200 gulden eigen risico) en de premies voor de basispolis (met het maximaal toegestane eigen risico). De raad beschouwt dit instrument uitdrukkelijk als een *ultimum remedium*. Hij acht het namelijk plausibel dat met adequate solidariteitsbijdragen (in combinatie met het systeem van risicoverevening) de beoogde risicosolidariteit en bijbehorende maatschappelijk aanvaardbare bandbreedte reeds op voorhand vorm krijgen zodat er voor de overheid geen aanleiding zal zijn om gebruik te maken van haar bevoegdheid om een kleinere maximumbandbreedte op te leggen.

Vooruitlopend op een adequaat functionerend systeem van risicoverevening kunnen volgens de raad in een overgangperiode aanvullende externe eveningsmaatregelen noodzakelijk zijn. Hij sluit echter niet uit dat beperkte vormen van *ex post*-kostenvergoedingen structureel noodzakelijk zullen blijven, zoals het achteraf gedeeltelijk vergoeden aan de zorgverzekeraars van extreem hoge kosten per verzekerde of vormen van pooling van extreem slechte risico's. De raad wijst erop dat bij de vormgeving van het systeem van *ex post*-kostenvergoedingen voldoende aandacht moet worden geschonken aan de prikkels tot doelmatigheid voor de zorgverzekeraars.

Inkomenssolidariteit en inkomenseffecten

De vervanging van de huidige verzekeringsarrangementen in het tweede compartiment (thans gefinancierd uit een combinatie van inkomensafhankelijke, nominale en risico-afhankelijke premies) door een algemene zorgverzekering die uit volledig individuele nominale premies wordt bekostigd, zal ongewenste consequenties hebben voor de solidariteits- en de inkomensverhoudingen. Zoals opgemerkt in paragraaf 6.2 zullen zich zonder compenserende maatregelen een tweetal belangwekkende veranderingen voordoen opzichte van het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen. In de eerste plaats zal de invoering van de nominale premie leiden tot een beperking van de inkomenssolidariteit en dreigt er met name voor de lagere inkomens een fors koopkrachtverlies³⁵. In de tweede plaats zal ook de individuali-

sering van de premies grote negatieve inkomenseffecten tot gevolg hebben, in het bijzonder voor alleenverdieners en voor huishoudens met meerdere kinderen. Paragraaf 6.6 bevat een meer uitgebreide beschrijving van de door CPB en SCP berekende effecten van alle voorstellen van de raad (inclusief de voorstellen voor de AWBZ en voor de zorginkoopmarkt).

De raad is uitdrukkelijk van mening dat de genoemde gevolgen voor de solidariteits- en de inkomensverhoudingen niet kunnen worden aanvaard en een adequate reactie vereisen. Deze gevolgen moeten volgens de raad via het belastingstelsel op robuuste en toekomstbestendige wijze worden gecompenseerd en de te bieden compensatie moet duurzaam gewaarborgd zijn. Hij acht dit – zoals reeds vermeld in paragraaf 6.2 – mogelijk via een evenwichtige mix van met name vooral de volgende instrumenten:

- de invoering van inkomensafhankelijke zorg- of heffingskortingen die de verzekerden ontvangen in het geval de premie voor de algemene zorgverzekering hoger is dan een bepaald percentage van het (huishoud)inkomen;
- een gepaste verdere benutting van het regime van de fiscale aftrekbaarheid van buitengewone uitgaven voor ziekte, invaliditeit en bevalling³⁶. De eventuele aanpassing heeft in het bijzonder betrekking op de inkomensgerelateerde drempel;
- een generieke nominale verhoging van belastingkortingen (de algemene heffingskorting, de aanvullende kinderkorting en de ouderenkorting);
- de invoering van een negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting, in het bijzonder voor de groepen voor wie de verhoging van de belastingkortingen geen afdoende oplossing kan bieden (te weten diegenen voor wie de belasting- en premiedruk nagenoeg nihil is)³⁷.
- een wettelijk verankerde jaarlijkse aanpassing van de heffingskortingen en van de negatieve aanslag voor de inkomstenbelasting waarbij rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van de kosten van de algemene zorgverzekering.

35 Zie de in bijlage 5 opgenomen berekeningen van CPB en SCP.

36 Dit instrument is niet betrokken in de CPB/SCP-berekeningen (zie bijlage 5).

37 De CPB/SCP-berekeningen indiceren dat dit betrekking heeft op de relatief kleine groep van huishoudens waarin de hoofdverdiener ouder is dan 65 jaar met een inkomen (uit AOW en eventueel klein aanvullend pensioen) onder de ZFW-loongrens en een partner jonger dan 65 jaar en zonder inkomen. Deze huishoudens betalen als gevolg van hun betrekkelijk lage inkomen relatief weinig belasting en sociale premies mede omdat zij voor de partner nog een relatief forse heffingskorting ontvangen. Zodra de partner ouder dan 65 jaar wordt, lost dit probleem vanzelf op. Daarnaast tonen de CPB/SCP-berekeningen aan dat een verhoging van de heffingskorting (of van de aanvullende kinderkorting of de ouderenkorting) geen soelaas biedt voor huishoudens met een betrekkelijk laag inkomen (bijvoorbeeld lager dan 70 procent van het wettelijk minimumloon) en/of relatief hoge heffingskortingen (bijvoorbeeld voor huishoudens met een alleenverdiener van 65 jaar of ouder en een niet verdienende partner). Het “probleem is dat voor het relevante inkomensniveau de belasting- en premiedruk nagenoeg nihil is”.

Volgens de raad zijn ook andere instrumenten denkbaar³⁸. Voorts is hij van mening dat voor de compensatiemaatregelen gebruik moet worden gemaakt van de middelen die thans zijn gemoed met de huidige rijksbijdrage ZFW (ongeveer 7 miljard gulden). Verder is de raad van oordeel dat negatieve inkomenseffecten in uiterste instantie via de financiering van de algemene zorgverzekering zelf moeten worden gerepareerd. Dit betreft uitdrukkelijk slechts de mogelijkheid dat de overheid een maximumbandbreedte oplegt tussen de door de zorgverzekeraars gehanteerde premies voor de standaardpolis (met 200 gulden eigen risico) en voor de basispolis (met het maximaal toegestane eigen risico). Daarmee kunnen tegelijkertijd te voorziene of opgetreden negatieve inkomenseffecten worden begrensd zodat dit *ultimum remedium*-instrument de noodzaak en omvang van een reparatie van koopkrachtereffecten kan redresseren³⁹.

De raad acht het van zeer groot belang vast te stellen dat er - zoals wordt aangetoond door de CPB/SCP-berekeningen⁴⁰ - met het per 1 januari 2001 in te voeren belastingstelsel en de hierboven genoemde instrumenten voldoende mogelijkheden voorhanden zijn om negatieve inkomenseffecten structureel te repareren of te compenseren. Evenzeer hecht hij er grote waarde aan dat de algemene zorgverzekering via de fiscale weg een inkomensafhankelijke lastenverdeling kent ook al wordt zij uit een inkomensafhankelijke premie gefinancierd. Op deze wijze wordt - in combinatie met de inkomensafhankelijke AWBZ-premieheffing - het inkomensafhankelijke karakter van de financiering van de gezondheidszorg gestalte gegeven. Met deze inkomensafhankelijke financiering wordt op adequate en structurele wijze tegemoetgekomen aan de eis van een robuuste realisering en waarborging van de beoogde inkomenssolidariteit (draagkrachtbeginsel) alsmede aan het uitgangspunt van zoveel mogelijk inkomensneutraliteit bij invoering van de algemene zorgverzekering.

38 Deze denkbare instrumenten kunnen op zichzelf genomen ook betrekking hebben op de premiestelling van de algemene zorgverzekering. Zo is het denkbaar dat huishoudens met een of twee kinderen per kind een derde van de voor volwassenen geldende premie betalen.

39 Uit de CPB/SCP-berekeningen blijkt dat de introductie van een premiebandbreedte van 1.000 gulden per volwassenequivalent gunstig is voor de koopkracht van huishoudens met een hoog risico (bijvoorbeeld ouderen) en ongunstig voor huishoudens met een laag risico (bijvoorbeeld gezinnen met kinderen). De introductie van een premiebandbreedte per volwassene (maximaal van 2.000 gulden per polis) is gunstig voor gezinnen met kinderen en ongunstig voor huishoudens zonder kinderen. De introductie van een bandbreedte van 1.000 gulden per polis is gunstig voor meerpersoonshuishoudens en ongunstig voor alleenstaanden.

40 Uit de CPB/SCP-berekeningen blijkt dat verreweg de meeste negatieve inkomenseffecten kunnen worden gerepareerd met de al opgesomde instrumenten. In deze berekeningen is geen rekening gehouden met het instrument van een mogelijke aanpassing van het regime van de fiscale aftrekbaarheid van buitengewone uitgaven voor ziekte, invaliditeit en bevalling.

De in te zetten maatregelen moeten zowel betrekking hebben op de reparatie van negatieve inkomenseffecten bij de invoering van de algemene zorgverzekering als op de beoogde inkomenssolidariteit in de jaren daarna. In dit verband stelt de raad een zodanige jaarlijkse aanpassing van de te zijner tijd te benutten heffingskortingen voor dat afdoende rekening wordt gehouden met de ontwikkeling van de kosten van de algemene zorgverzekering. Door vergrijzing, nieuwe medische technologie en welvaartsstijging kunnen de kosten van de algemene zorgverzekering en daarmee de nominale premies in de toekomst sneller gaan stijgen dan de inkomens van huishoudens⁴¹. Ingeval van een uit nominale premies gefinancierde algemene zorgverzekering is het procentuele effect hiervan op de koopkracht groter voor huishoudens met een laag inkomen dan voor huishoudens met een hoog inkomen⁴². Deze inkomensverschuivingen kunnen gecorrigeerd worden door bij de jaarlijkse aanpassing van de heffingskortingen rekening te houden met de ontwikkeling van de kosten van de algemene zorgverzekering. Meer concreet beveelt de raad aan dat deze kosten worden opgenomen in de CBS-consumumentenprijsindex voor lage inkomens op basis waarvan de heffingskortingen en de schijfgrenzen jaarlijks worden aangepast. Op deze wijze kan structureel worden voorkomen dat de komende lastenstijging als gevolg van de door de vergrijzing toenemende zorgkosten onevenwichtig en onredelijk wordt verdeeld over de verschillende inkomenscategorieën.

Naar het oordeel van de raad zal bij de invoering van de beoogde algemene zorgverzekering om en nabij 1 januari 2005 een definitieve keuze moeten worden gemaakt met betrekking tot de te hanteren instrumenten en de exacte invulling daarvan. Hij beveelt met klem aan dat dan zorgvuldig wordt gekozen voor een evenwichtige mix van de genoemde fiscale instrumenten. Bij die keuzebepaling zijn in zijn zienswijze uiteenlopende aspecten of wegingselementen van belang.

Een hoofdrol speelt daarbij dat de inkomenseffecten adequaat worden gerepareerd en de beoogde inkomenssolidariteit wordt gerealiseerd. Zoals opgemerkt in paragraaf 6.2 moeten de aan te wenden instrumenten doelmatig en doeltreffend worden ingezet zodat de kosten van reparaties en compensaties zo beperkt mogelijk blijven.

Ook acht de raad een selectieve, gerichte benutting van deze instrumenten van belang in die zin dat zij niet mogen leiden tot bovenmatige inkomensvoordelen. Een generieke verhoging van belastingkortingen moet in dit opzicht dan ook kritisch worden gezien. Door weglekeffecten zijn zij al gauw duurder dan de meer op maat te snijden specifieke maatregelen.

Tevens zijn volgens de raad de mogelijke consequenties voor de armoedeval relevant. Hij doelt op situaties waarin het positieve effect op het besteedbaar inkomen van een loonsverhoging (grotendeels) teniet wordt gedaan door het

41 Zie: CESD, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., pp. 138-140.

42 Zie de CPB/SCP-berekeningen (bijlage 5).

verminderen of geheel verdwijnen van een inkomensafhankelijke subsidie; dit minder lonend maken van (meer) werken remt (extra) deelname aan het arbeidsproces af. In dit licht moeten nu juist kritische kanttekeningen worden geplaatst bij het specifieke instrumentarium van de inkomensafhankelijke zorgkortingen. De generieke algemene heffingskortingen pakken in dit opzicht gunstiger uit.

Al met al pleit de raad ervoor mettertijd te kiezen voor een evenwichtige mix van maatregelen waarbij op gepaste wijze wordt omgegaan met de hierboven en in paragraaf 6.2 genoemde uiteenlopende wegingselementen en de daarmee verbonden spanningsvelden en dilemma's (doelmatigheid en rechtvaardigheid; selectieve en generieke maatregelen; kosteneffectiviteit en toekomstbestendigheid). Met beperkte kosten moet een evenwichtig en maatschappelijk verantwoord koopkrachtbeeld gegarandeerd kunnen worden.

Tot slot dringt de raad er uitdrukkelijk op aan de benutting van de genoemde fiscale instrumenten te plaatsen in het bredere kader van het inkomensbeleid op macroniveau, waarvoor de overheid de verantwoordelijkheid draagt. In deze afweging dienen ook de kosten van deze instrumenten en de armoedevalproblematiek te worden betrokken. In dit verband en gegeven de gewenste blijvende inkomenssolidariteit beveelt de raad aan om te komen tot een jaarlijkse monitoring van inkomenseffecten zodat indien nodig tijdig kan worden ingegrepen met het oog op een maatschappelijk aanvaardbare inkomensverdeling en koopkrachtontwikkeling.

De raad is bereid naar aanleiding van een gerichte adviesaanvraag afzonderlijk te adviseren over het inkomensbeleid op macroniveau in het algemeen en meer in het bijzonder over de effectiviteit van het instrumentarium van het inkomensbeleid (met daaronder de in dit advies genoemde fiscale instrumenten gericht op inkomenssolidariteit en reparatie van negatieve inkomenseffecten)⁴³.

Uitvoering

De algemene zorgverzekering moet naar het oordeel van de raad worden uitgevoerd door zowel op non-profitbasis werkende als op winst gerichte, onderling en zelfstandig concurrerende zorgverzekeraars. Deze concurrentie moet betrekking hebben op prijs, kwaliteit, doelmatigheid en service.

Zorgverzekeraars moeten dan ook de ruimte hebben om risico's te dragen. Deze ruimte ligt in hun vrijheid om het pakket concreet in te vullen, doelmatig zorg in te kopen, de premie vast te stellen en verzekerden te weigeren (althans wat de basispolis en de tussenliggende polissen betreft). Ook moeten zij voldoen aan de eisen ten aanzien van de reservevorming en de solvabi-

⁴³ In recente adviezen heeft de raad aangedrongen op een adviesaanvraag over de uitgangspunten van het beleid ter vermindering van de armoedeval (SER-advies *Sociaal-economisch beleid 2000-2004*, op.cit., p. 142; SER-advies *Meerjarennota Emancipatiebeleid*, op.cit., p. 60).

liteit; zo moeten zij voldoende mogelijkheden hebben om een structurele positieve financiële buffer op te bouwen om risico's af te dekken.

Het *toezicht* op de uitvoering van de algemene zorgverzekering gebeurt door een onafhankelijke toezichthouder. Daarbij denkt de raad aan de Verzekeringskamer.

Tot het takenpakket van de toezichthouder behoort (naar analogie van de WTZ) ook het verstrekken van een vergunning op grond waarvan een zorgverzekeraar de algemene zorgverzekering mag uitvoeren.

Internationaal-rechtelijke aspecten

De raad heeft zijn voorstellen voor het hierboven in hoofdlijnen gepresenteerde model van een algemene verzekering curatieve zorg voorgelegd aan enkele onafhankelijke deskundigen op het terrein van het internationale en communautaire recht. Mede op basis van deze externe consultatie gaat hij ervan uit dat deze algemene zorgverzekering inclusief haar essentialia (invulling en regulering wettelijk verzekerd pakket van gepaste zorgvormen; mogelijkheden voor polis- en pakketdifferentiatie; nominale premiestelling; acceptatieplicht en verzekeringplicht; solidariteitsbijdragen en risicoverevening; uitvoering door zowel op non-profitbasis werkende als op winst gerichte zorgverzekeraars) houdbaar is in internationaal-rechtelijk opzicht.

De beoogde algemene zorgverzekering voldoet aan de internationale minimumnormen op grond van de IAO-verdragen nr. 102 en 103, zo leidt de raad uit de gepleegde consultaties af⁴⁴. In dit verband is van belang dat financiering van de algemene zorgverzekering uit nominale premies mogelijk is op voorwaarde dat het element van de bijdrage naar draagkracht (of de inkomenssolidariteit) via andere wegen adequate invulling krijgt. Een bijzonder punt van aandacht vormt de in IAO-verdrag nr. 103 opgenomen voorwaarde dat bij medische prestaties die verband houden met zwangerschap en bevalling geen eigen bijdrage mag worden geheven, en dus ook geen eigen risico mag gelden. Naar het oordeel van de raad moeten de desbetreffende kosten volledig op grond van de algemene zorgverzekering worden vergoed, hetgeen betekent dat ze buiten het eigen risico blijven.

44 Op basis van de genoemde IAO-verdragen moeten de volgende medische prestaties in alle ziektegevallen, ongeacht hun oorzaak, opgenomen zijn in de voor iedereen toegankelijke algemene zorgverzekering (i.e. het maximpakket of de standaardpolis): hulp van huisartsen en specialisten, essentiële geneesmiddelen op voorschrift, ziekenhuisopname. Ook de medische verstrekkingen ingeval van zwangerschap en bevalling (prenatale, natale en postnatale zorg van arts en vroedvrouw, ziekenhuisopname) moeten onderdeel zijn van een breed pakket (artikel 10 IAO-verdrag nr. 102). Ook dient de overheid erop toe te zien dat de noodzakelijke actuariële studies worden gemaakt over het financiële evenwicht van de verzekeringen (artikel 71 IAO-verdrag nr. 102). Ten slotte mag de verzekering die aan de minimumnormen voldoet, worden uitgevoerd door particuliere maatschappijen op voorwaarde dat de overheid goed toezicht houdt op de financiële aspecten van de verzekering (artikel 72 IAO-verdrag nr. 102).

Voorts valt de voorgestelde algemene zorgverzekering ook binnen het toepassingsgebied van de Europese Socialezekerheidsverordening (verordening 1408/71), die is gericht op het vrij verkeer van personen. De raad gaat ervan uit dat de Nederlandse overheid de algemene zorgverzekering opneemt in een (in het EG-publicatieblad kenbaar te maken) verklaring over de regelingen waarop de verordening van toepassing is. EU-lidstaten genieten immers een zekere vrijheid om de materiële werkingssfeer van deze verordening te verbreden en hebben de mogelijkheid om de toepassing van de verordening uit eigen beweging uit te breiden tot aanvullende socialezekerheidsstelsels⁴⁵.

Verder leidt de consultatie tot de conclusie dat de voorgestelde algemene zorgverzekering een gemengd publiek-privaat karakter heeft waartegen het Europese Gemeenschapsrecht zich op zichzelf genomen niet verzet. Dit vloeit namelijk voort uit de autonomie van de EU-lidstaten op sociaal-rechtelijk gebied. Deze houdt in dat het ieder EU-land vrijstaat naar eigen inzicht vorm te geven aan de inrichting van het sociale stelsel zolang daarmee geen inbreuk wordt gedaan op overige verplichtingen van gemeenschapsrecht.

Ten slotte stelt de raad vast dat er uiteenlopende opvattingen zijn over de vraag of de algemene zorgverzekering al dan niet valt onder de drie EG-richtlijnen inzake het schadeverzekeringsbedrijf (zie paragraaf 4.7). Daarover bestaat nog onduidelijkheid. De raad gaat ervan uit dat de eventuele Europees-rechtelijke vormgeving van de algemene zorgverzekering geen afbreuk mag doen aan de kernonderdelen van deze verzekering, in het bijzonder ook niet aan de bewegingsvrijheid – binnen de gestelde wettelijke waarborgen – voor de particuliere verzekeraars als private ondernemingen met winstoogmerk. Zoals vermeld in paragraaf 6.2 moet de algemene zorgverzekering in de zienswijze van de raad juridisch vorm krijgen op basis van een wettelijke verplichting tot het sluiten van een privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst met risicodragende zorgverzekeraars waaraan de verzekerde zijn aanspraken ontleent, terwijl deze verzekering is omgeven met wettelijke waarborgen voor toegankelijkheid, solidariteit, kwaliteit en doelmatigheid.

6.5 Inrichting zorginkoopmarkt

6.5.1 Algemeen

Noodzaak vraagsturing

Kenmerkend voor de huidige ordening van de gezondheidszorg is een grote mate van overheidsregulering en -sturing ten aanzien van de prijs, het aanbod (hoeveelheid en kwaliteit) en de financiering van de in de zorgsector ge-

⁴⁵ Op grond van artikel 1, sub j en artikel 5 van verordening 1408/71.

produceerde goederen en diensten. Deze aanbodregulering is gericht op onderling samenhangende doelstellingen van kwaliteit, spreiding, toegankelijkheid en beheersbare kosten van zorgvoorzieningen. Door de nadere invulling en instrumentering van de aanbodbeheersing laat de allocatie van middelen op microniveau echter te wensen over en wordt de ruimte voor innovatie ernstig beperkt. Ook zijn er slechts beperkte stimulansen voor een zo doelmatig mogelijke, op de zorgbehoefte van de patiënten afgestemde zorgverlening.

Gezien deze knelpunten is naar het oordeel van de raad een zorgvuldige overgang van aanbodregulering naar vraagsturing noodzakelijk om de kwaliteit, de keuzemogelijkheden en de diversiteit van het zorgaanbod aanmerkelijk te vergroten. Ook acht hij vraagsturing nodig om de doelmatigheid en het beheer van de middelen te verbeteren, om innovatie te stimuleren en om de zorgkosten te beheersen.

Uitgangspunten vraaggericht beleid

Het beleid gericht op grotere vraagsturing hangt in de zienswijze van de raad onlosmakelijk samen met de in paragraaf 6.4 geformuleerde voorstellen voor de zorgverzekeringsmarkt. Voor de AWBZ betekent dit onder meer dat de verzekerden meer keuzevrijheid moeten krijgen. Voor de algemene zorgverzekering uit grotere vraagsturing zich onder meer in de mogelijkheid tot pakket- en premiedifferentiatie, het eigen risico, de nominale premiestelling, een acceptatieplicht, de solidariteitsbijdragen en de risico-verevening.

Ook herhaalt de raad hier zijn uitgangspunt dat naarmate de (financiële) toegankelijkheid van de gezondheidszorg beter is geregeld via het verzekeringsstelsel er meer mogelijkheden zijn de aanbodregulering te moderniseren dan wel op onderdelen af te schaffen. Wanneer een brede en gelijkwaardige toegankelijkheid van de gezondheidszorg adequaat is gerealiseerd via het stelsel van ziektekostenverzekeringen kunnen er – met inachtneming van de reeds genoemde wettelijke randvoorwaarden – meer vrijheidsgraden worden toegestaan op het terrein van de zorginkoopmarkt.

Zoals gezegd dient te worden uitgegaan van de zorgvraag van patiënten of consumenten. Hun rol moet verder worden geactiveerd mede als *countervailing power* richting zorgaanbieders en zorgverzekeraars die in staat moeten worden gesteld adequaat op de zorgvraag in te spelen. Meer vraaggerichtheid impliceert meer ruimte voor eigen keuzevrijheid van zorgconsumenten, waarbij zorgaanbieders en -verzekeraars effectief worden geprikkeld om de gepaste zorg te (doen) verlenen.

Met een verruiming van de marktwerking en concurrentie tussen zorgverzekeraars onderling en tussen zorgaanbieders onderling kan worden tegemoet-

gekomen aan de preferenties van burgers ten aanzien van kwaliteit van zorg, zorg op maat, wachttijden en openingstijden, dienstverlening en de afweging tussen kwaliteit en kosten.

Daarvan uitgaande gelden volgens de raad uiteenlopende voorwaarden voor een effectief vraaggericht beleid.

Zorgconsumenten

Zo moeten zorgconsumenten beschikken over de noodzakelijke kennis om een juiste afweging te kunnen maken bij de keuze van zorg- en verzekeringsarrangementen en moeten zij belang hebben bij een optimale prijs-kwaliteitsverhouding. Daarnaast moeten zij beschikken over voldoende onderhandelings- of marktmacht om de wensen voor zorg op maat kracht bij te zetten in de richting van zowel de zorgverzekeraar als van de – door de zorgverzekeraar te contracteren – aanbieders van zorg; daartoe kan groepsvorming van de zorgconsumenten en met name het instrument van de collectieve ziektekostenregeling (via collectiviteiten en via brancheorganisaties) nuttig zijn. In dit verband zijn ook maximumlevertijden van belang evenals het voorstel dat mensen die kiezen voor de standaardpolis jaarlijks van zorgverzekeraar moeten kunnen veranderen (zie paragraaf 6.4.2).

Zorgaanbieders en -verzekeraars: concurrentie en transparantie

Zorgaanbieders en zorgverzekeraars moeten zich van hun concurrenten kunnen onderscheiden. Dit uit zich in onderlinge concurrentie op prijs, kwaliteit, service en performance. Een vergroting van de ruimte voor prijsconcurrentie acht de raad een belangrijke voorwaarde voor een effectief vraaggericht beleid. Dit komt neer op een opheffing van maximumtarieven in geval van voldoende aanbod of overcapaciteit.

Ook is hij van oordeel dat een overheveling van verantwoordelijkheden van de overheid aan zorgaanbieders en -verzekeraars vereist dat zij zich toetsbaar opstellen en zoveel mogelijk transparant werken. De transparantie kan worden vergroot door het hanteren van reële kostprijzen door zorgaanbieders alsook via (verwijs)protocollen (richtlijnen, standaarden en consensusdocumenten) en kwaliteitssystemen waarmee medische verrichtingen en zorgprocessen waar mogelijk worden gestandaardiseerd⁴⁶. Transparantie wordt ook bevorderd door het creëren van een permanent bestand met kengetallen die kunnen worden gebruikt voor benchmarking (spiegelinformatie). Een

46 In dit verband kunnen ook de activiteiten van de organisaties van medische beroepsbeoefenaren worden vermeld. Zij werken thans aan de ontwikkeling van beroepsprofielen, aan een stelsel van normen en richtlijnen en registratie van de verleende zorg en aan een systematische kwaliteitsbewaking, meer intercollegiale toetsing of onderlinge visitaties. Verder wordt gewerkt aan de bevordering van externe verantwoording, beoordeling of certificering (M. Bennema-Bros, E.M. Sluis en C. Wagner, Zoeken naar het betere. Kwaliteitsbeleid van beroepsbeoefenaren, in: *Medisch Contact*, 26 mei 2000, pp. 773-776).

transparanter en doelmatiger zorgverlening is ook functioneel in het kader van de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en -verzekeraars. Het kan zorgverzekeraars inzicht bieden in de noodzaak, de kwaliteit en de kosten van medische verrichtingen; dit komt ten goede aan hun *countervailing power*. Dan is het voor zorgverzekeraars en -consumenten mogelijk om de zorgaanbieders op hun prijs-prestatieverhouding te beoordelen.

Zorgaanbod

De raad is zich ervan bewust dat het streven naar een grotere onderlinge concurrentie tussen zorgaanbieders op gespannen voet kan staan met de behoefte van beroepsgroepen om kwaliteitseisen te bepalen en om functioneel samen te werken met het oog op een adequate zorg- en dienstverlening. Volgens hem hoeven dergelijke eisen in algemene zin niet te leiden tot een beperking van de mogelijkheden voor zorgverzekeraars om zorg te contracteren. Evenzo hoeft het maken van kwaliteitsafspraken tussen zorgaanbieders concurrentie tussen deze actoren niet te verhinderen. In dit verband heeft de raad er ook kennis van genomen dat het kabinet in zijn regionale benadering van de zorgorganisatie voor het tweede compartiment streeft naar samenhang en samenwerking tussen de aanbieders en instellingen van zorg bij voorkeur op regionaal of lokaal niveau. In deze context vraagt de raad speciale aandacht voor de keuzevrijheid van de zorgconsumenten.

In de visie van de raad moet worden gezocht naar een gepast evenwicht tussen enerzijds de samenwerkingsafspraken in de zorgsector (onder meer gericht op het waarborgen van de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg) en anderzijds de keuzevrijheid van de zorgconsumenten (gegarandeerd door de mededingingswetgeving). Ook het tegengaan van kartelvorming tussen aanbieders is hierbij aan de orde. Daarbij dient aandacht te worden geschonken aan de tendensen tot concentraties en concernvorming bij zorgverzekeraars en zorgaanbieders⁴⁷. In dit verband is de raad in algemene zin van oordeel dat in de regio sprake moet zijn van voldoende concurrentie om een voldoende keuzevrijheid voor de burgers te garanderen. Voorkomen moet worden dat er een economische machtspositie ontstaat die daarmee strijdig zou zijn en een bedreiging zou vormen voor doelmatigheid en effectiviteit.

Met betrekking tot het zorgaanbod is de raad ten slotte van mening dat mede op basis van een actief arbeidsmarktbeleid van zowel de overheid als de zorgaanbieders moet worden gewerkt aan het verminderen en wegwerken van de huidige personeelstekorten in de zorgsector. In dit verband heeft de raad met instemming kennis genomen van de twee beleidsprioriteiten van de minister van VWS voor het jaar 2001: een forse reductie van de wachtlijst-

47 Interdepartementaal BeleidsOnderzoek, *Marktconcentraties in de zorgsector*, Den Haag 2000. Zie ook de kabinetsreactie (Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 27 226, nr. 1).

ten en een vermindering van de werkdruk van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg⁴⁸.

Zorgverzekeraars

Verder is de raad van oordeel dat zorgverzekeraars bij het inkopen van zorg een voldoende financiële prikkel tot doelmatigheid moeten hebben. Via hun actief zorginkoopbeleid en service moeten zij zich van elkaar kunnen onderscheiden. Om hun marktmacht tegenover de thans sterke positie van de zorgaanbieders te ontwikkelen kan het van belang zijn dat op kleine schaal opererende zorgverzekeraars hun zorginkoopactiviteiten bundelen. In dit verband denkt de raad aan functioneel samenwerkende zorginkooporganisaties. Daarmee kunnen ook relatief hoge transactiekosten die zijn verbonden aan de vele uiteenlopende contracten tussen zorgverzekeraar(s) en zorgaanbieder(s) ten dele worden opgevangen. Een dergelijke functionele bundeling van de zorginkoopactiviteiten dient volgens de raad uiteraard te geschieden binnen de kaders van de mededingingswetgeving.

Een en ander impliceert dat de zorgverzekeraars een voldoende aandeel van een mogelijke doelmatigheidswinst bij de zorginkoop weerspiegeld zien in het financiële resultaat. In samenhang met de voorstellen voor het verzekeringsstelsel (paragraaf 6.4) is het noodzakelijk dat zij risicodragend en concurrerend zijn voor de uitvoering van de algemene zorgverzekering.

De raad gaat ervan uit dat een daadwerkelijke realisering van deze elementen ertoe zal leiden dat de winstprikkel voor de zorgverzekeraars niet primair is gelegen in marketingtechnieken en koppelverkoop van uiteenlopende verzekeringsproducten, noch in risicoselectie (gegeven een adequaat systeem van risicoverevening) maar in het streven naar doelmatigheidswinst op de zorginkoopmarkt. In dit verband beschouwt hij een meer concurrerende zorginkoopmarkt met een bij de zorgverzekeraars neergelegde regiefunctie als het noodzakelijke pendant van de beoogde concurrentie tussen zorgverzekeraars op de zorgverzekeringsmarkt.

48 Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 401, nrs. 1-2 (*Zorgnota 2001*), pp. 11 en 12. In het *Actieplan Zorg Verzekerd* (6 november 2000) maken de bewindspersonen van VWS het voornemen kenbaar om op korte termijn in de ZFW en de AWBZ vast te leggen dat de zorg binnen een redelijke termijn moet worden geleverd en hoe die 'redelijke termijn' voor verschillende zorgvragen kan worden omschreven. De voorgestelde aanpak tot het zo snel mogelijk wegwerken van onredelijke wachttijden bestaat uit de volgende lijnen: verzekeraars mogen onder voorwaarden de zorg contracteren die nodig is, waarbij de extra productieafspraken moeten worden afgerekend op basis van de feitelijk gerealiseerde extra productie. Tegelijkertijd spant de overheid zich met sociale partners en aanbieders in voor een goede arbeidsmarktpositie van de zorgsector door een breed palet van maatregelen. Ondertussen wordt (door)gewerkt aan de verdere ombouw naar een vraaggestuurd stelsel (Tweede Kamer, 27 488, nr. 1, pp. 3 en 15). Zie ook: Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 400 XVI, nr. 15, p. 19.

Overheid

In de zienswijze van de raad heeft de overgang van aanbodregulering naar vraagsturing uiteraard ook consequenties voor de rol van de overheid. Een vraaggericht beleid dient te worden geïmplementeerd in een evenwichtige verhouding met de noodzakelijke regulerende rol van de overheid en de daarachter liggende wettelijke randvoorwaarden en doelstellingen van toegankelijkheid, kwaliteit, beschikbaarheid en kosten van zorg. Dit impliceert onder meer de handhaving van de huidige kwaliteitswetgeving en maakt enige regelgeving noodzakelijk voor de spreiding van zorgvoorzieningen en de macrokostenbeheersing (onder meer om te voorkomen dat in de toekomst onnodig hoge solidariteitsoverdrachten noodzakelijk zijn). Verder dient de overheid zich – zoals reeds is opgemerkt – toe te leggen op het garanderen van de financiële toegankelijkheid, op een gepaste informatieverstrekking aan de burgers en op een adequaat toezicht.

Al met al dient de effectiviteit van vraagsturing te worden bevorderd door het wegnemen van onnodige belemmeringen aan de aanbodzijde, waaronder publieke regelgeving die de concurrentie aan de aanbodzijde onnodig beperkt. De raad wijst erop dat concurrentie aan de aanbodzijde slechts werkzaam is ingeval van een aanzienlijk aantal onafhankelijke vragers en afwezigheid van substantiële marktmacht aan de aanbod- en de vraagzijde. Verder zijn goed substitueerbare producten en lage toetredingsdrempels tot de markt van belang. Van effectieve concurrentie kan alleen sprake zijn als degene die een bepaald product of dienst aanbiedt, wordt geconfronteerd met een kritische afnemer die ook elders dat product of die dienst kan verkrijgen.

Een vergroting van de concurrentie aan de aanbodzijde kan volgens de raad ook via een toename van het aanbod en een heroverweging van domeinmonopolies en van beloningsstructuren aan de aanbodzijde. In dit verband acht de raad ook een effectief mededingingsinstrumentarium en -toezicht van belang. Het verbod op kartelvorming en misbruik van machtsposities wordt belangrijker naarmate vraagsturing toeneemt, zodat de handhaving strenger moet zijn. Het toezicht op de mededinging in de gezondheidszorg blijft naar het oordeel van de raad een taak voor de Nma.

Differentiatie in vraaggericht beleid

De raad realiseert zich dat de introductie en de verruiming van meer vraaggerichte elementen in de zorgsector om een evenwichtige afweging van uiteenlopende en soms tegenstrijdige belangen vragen. Zo dient per zorgvorm een hanteerbaar evenwicht te worden gevonden tussen enerzijds concurrentie tussen landelijk werkende zorgverzekeraars en anderzijds regionale samenwerking tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Beide modellen kunnen uiteenlopende gevolgen hebben voor de samenhang, de kwaliteit en de geografische bereikbaarheid van het zorgaanbod, voor de kostenontwik-

keling en voor de mogelijkheden van het ontstaan van (regionale) concentraties en monopolies.

Een verruiming van meer vraaggerichte elementen in de gezondheidszorg vergt volgens de raad dan ook een gedifferentieerde benadering naar zorgvorm of zorgfunctie (bijvoorbeeld bij huisartsen, bepaalde ziekenhuisfuncties of bepaalde poliklinische functies). In sommige gevallen kan het opportuun zijn het beleid te richten op een vergroting van de concurrentie en marktwerking (zowel onder zorgverzekeraars, onder zorgaanbieders als tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders), in andere gevallen kunnen andere instrumenten meer voor de hand liggen.

De raad acht ook enige fasering van de aanbevolen overgang van aanbodregulering naar vraagsturing gepast. De invoering van een vraaggestuurd ordeningsmodel in situaties van schaarste of monopolie- dan wel oligopolievorming bij het zorgaanbod moet worden voorkomen. Voor de wenselijke opschoning of modernisering van de regelgeving met betrekking tot de aanbod-, prijs- en budgetbeheersing en een overgang naar meer vraagsturing is het volgens de raad dan ook verantwoord uit te gaan van een differentiatie van het te verkiezen ordeningsmodel naar zorgvorm. De mogelijkheden om te komen tot een adequate mate van overaanbod en concurrentie lopen immers per zorgvorm uiteen. In het verlengde daarvan moet ook worden bepaald of het wegwerken van schaarste aan de aanbodkant gepaard kan gaan met een wijziging of opheffing van de huidige sturingsinstrumenten.

Denkbare invulling gedifferentieerd vraaggericht beleid

Voor een differentiatie van het ordeningsmodel naar zorgvorm wijst de raad op de beleidssuggestie om onderscheid te maken in het sturingsregime voor aanbod- en vraaggereguleerde zorg⁴⁹. Voor de aanbodgereguleerde zorg (zorgaanspraken die gevrijwaard moeten blijven van marktelementen) zou de huidige aanbodregulering door de WZV (WEZ), WTG, bouwplanning en de contracteerplicht (in ieder geval ten dele) behouden moeten blijven. Het aanbieden van deze zorg zou – afgezien van de mogelijkheden van persoonsgebonden financiering – voorbehouden blijven aan door de overheid aangewezen en gebudgetteerde instellingen. Deze zorgaanbieders proberen wel binnen de door de overheid gestelde wet- en regelgeving zoveel mogelijk aan de vraag van de patiënten tegemoet te komen. Als de financiële scheiding van wonen en zorg in de gehandicaptenzorg, de verpleeghuiszorg of de psychiatrische zorg is gerealiseerd, vallen deze zorgvormen onder de vraaggereguleerde zorg.

49 Op basis van: E. Boelens en R.F. Schreuder, *Platform Privatisering in de gezondheidszorg. Terreinverkenning en aandachtspunten voor beleid*, Zoetermeer 1999, pp. 46-50. Als voorbeeld van vraaggereguleerde zorg geldt de thuiszorg. Voorbeelden van aanbodgereguleerde zorg zijn de intramurale zorg voor gehandicapten, de intramurale verpleeghuiszorg en de langdurige psychiatrische zorg.

Voor de vraaggereguleerde zorg (zorgaanspraken waarvan levering in een marktsetting wenselijk en mogelijk is) zou de aanbodregulering volledig worden afgeschaft. Dit zou neerkomen op een afschaffing van de WZV (WEZ), WTG, WGP, de bouwplanning, de budgetgarantie voor zorgaanbieders en de contracteerplicht. Ook de dubbele budgettering zou komen te vervallen. Verder zou de overgang naar vraagsturing inhouden dat zorgverzekeraars productieafspraken maken met de zorgaanbieders. Zij zijn vrij om te bepalen met welke aanbieders zij een overeenkomst afsluiten. Het staat alle aanbieders vrij om vraaggereguleerde zorg aan te bieden, op voorwaarde dat voldaan is aan door de overheid opgelegde kwaliteitseisen en aan de mededingingsregelgeving.

Omdat de zorgverzekeraars onderling concurreren worden zij gedwongen om de zorg met de beste prijs-kwaliteitverhouding in te kopen. Dit stimuleert de concurrentie tussen de zorgaanbieders en dwingt hen efficiënte zorg te leveren tegen een adequate prijs-kwaliteitverhouding.

Tweesporenbenadering

De raad stelt in het verlengde van het voorgaande een tweesporenbenadering voor.

Het *eerste spoor* betreft de noodzaak tot intensivering van het lopende en voorgenomen huidige kabinetsbeleid gericht op een geleidelijke overgang van aanbodregulering naar meer vraagsturing⁵⁰.

Het *tweede spoor* heeft betrekking op de wenselijkheid om waar dat mogelijk en verantwoord is de aanbodregulering *volledig* te vervangen door vraagsturing. Dit betekent een substantiële bijstelling van het lopende en voorgenomen beleid op onderdelen in de zin van een afschaffing van de aanbodbeheersing en de prijswetgeving voor die zorgvormen die aan marktwerking kunnen worden blootgesteld. Dit dient gepaard te gaan met volledige contracteervrijheid, afdoende toetredingsmogelijkheden voor nieuwe aanbieders uit binnen- en buitenland, het waar mogelijk afschaffen van domeinmonopolies, liberalisering van het vestigingsbeleid en opheffing van de aanbodregulering ten aanzien van de opleidingscapaciteit.

In paragraaf 6.5.2 wordt deze tweesporenbenadering nader uitgewerkt.

50 In het *Actieplan Zorg Verzekerd* (6 november 2000) kondigen de bewindspersonen van VWS aan dat het de inzet is van het kabinet om “wezenlijke vooruitgang te boeken bij de noodzakelijke omvorming van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel”. Deze beheerste transformatie komt neer op een verschuiving in de verantwoordelijkheidsstructuur. Dat betekent: een grotere rol voor de zorgverzekeraars (meer risicodragend, meer contracteervrijheid, vrijere tarieven), meer ruimte voor aanbieders (functionele aanspraken, minder dwingende bouwregulering), meer inbreng door gebruikers (bredere inzet van de systematiek van het persoonsgebonden en het persoonsvolgende budget) en een overheid die zich (nog) meer gaat richten op kaderstelling en monitoring (dus investeren in goede toezichtstructuur, in een heldere en faire taakverdeling tussen partijen en in strategische informatievoorziening) (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 488, nr. 1, pp. 3, 13 en 14).

6.5.2 Instrumenten voor vraagsturing

Algemeen

Naar het oordeel van de raad moet per zorgvorm worden nagegaan of de met de huidige aanbodregulering beoogde doelstellingen (kwaliteit, toegankelijkheid, spreiding en beheersbare kosten van zorgvoorzieningen) beter realiseerbaar zijn met andere instrumenten. In dit verband stelt hij vast dat er een grote hoeveelheid beleidsmaatregelen in gang is gezet dan wel wordt voorgenomen voor een geleidelijke overgang van een model van aanbodregulering naar een vraaggestuurd model. De raad moet constateren dat dit beleid een versnipperd en ad-hockarakter heeft en niet is gericht op een eenduidig perspectief. Bovenal ontbreekt een samenhang met de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Ook blijft de vertaling naar concrete beleidsinstrumenten en -realisaties te veel achterwege.

De raad formuleert in deze paragraaf voor enkele zorgvormen en -sectoren een aantal concrete beleidsaanbevelingen om het huidige beleid aan te passen en om bepaalde onderdelen daarvan substantieel te wijzigen. Daarbij dient te worden bedacht dat deze apart gepresenteerde aanbevelingen uitdrukkelijk onderling samenhangen.

Daaraan voorafgaand herhaalt de raad dat de huidige kwaliteitswetgeving moet worden gehandhaafd. Dit geldt ook voor enige regelgeving ten aanzien van de spreiding van de zorgvoorzieningen, dit ter voorkoming van zowel een mogelijk overaanbod van zeer kostbare (technologisch geavanceerde) voorzieningen als van regionale tekorten van voorzieningen. Daartoe kan de aanbodbudgettering worden beperkt tot dezelfde kostbare voorzieningen waarvoor ook de spreidingsregelgeving geldt. Meer concreet betekent dit volgens de raad onder meer een aanzienlijke beperking van de reikwijdte van de WZV en de WTG tot in hoofdzaak kostbare supergespecialiseerde voorzieningen met een beperkte doelgroep (analoog aan de Wet bijzondere medische verrichtingen).

Ook ligt het in de rede dat de overheid regelgevend kan optreden ten aanzien van het aantal opleidingsplaatsen. Op weg naar meer vraagsturing in de gezondheidszorg is het mogelijk de strikte overheidsplanning van het aantal geneeskundestudenten en opleidingsplaatsen voor artsen los te laten.

AWBZ

De raad vindt een wijziging van de ordening van de AWBZ op een zo kort mogelijke termijn noodzakelijk. Daarbij moet het primaat van de sturing van het aanbod komen te liggen bij verzekeren. Zoals opgemerkt in paragraaf 6.4.1 blijft aanbodregulering op korte termijn – en alleen als overgangsmodel – noodzakelijk om het huidige uniforme aanbod beter te laten aansluiten op de pluriforme vraag (scheiden wonen-zorg; flexibiliseren van aanspraken). Uiteindelijk dienen patiënten te bepalen hoe het aanbod in de AWBZ geordend is.

Om vraagsturing vorm te kunnen geven is het noodzakelijk dat patiënten de mogelijkheid krijgen hun geïndiceerde zorgvraag te effectueren. Zij moeten de beschikking kunnen hebben over middelen om zorg in te kopen. Volgens de raad moeten bestaande initiatieven van persoonsgebonden financiering daarom worden uitgebreid tot de gehele AWBZ. De raad gaat ervan uit dat bij de toepassing van dit instrument de in Nederland gangbare regels ten aanzien van het werknemerschap en de verantwoording over het gebruik van collectieve middelen van kracht zullen zijn.

Het uitgangspunt dat patiënten de beschikking hebben over middelen om zorg in te kopen betekent niet dat zij dit per se zelf moeten doen. De raad stelt ten aanzien daarvan keuzevrijheid voor. Als patiënten niet zelf hun zorginkoop kunnen of willen regelen moeten zij dit aan anderen kunnen overlaten. Dit kunnen zorgverzekeraars zijn, maar ook familieleden van patiënten of inkooporganisaties van zorgconsumenten.

Doelmatigheid in de AWBZ moet volgens de raad ook worden bereikt via een effectieve prikkelstructuur. De belangrijkste prikkel gaat uit van de mogelijkheid die patiënten hebben om zelf zorg in te kopen. Aanbieders worden financieel afhankelijk van patiënten. Dit stimuleert hen om doelmatige zorg te leveren. Deze financiering gaat verloren indien dit onvoldoende gebeurt, omdat patiënten dan overstappen naar een andere aanbieder. Voorwaarde hiervoor is wel dat de verzekerde keuzemogelijkheden heeft. Dit veronderstelt dat er voldoende voorzieningen zijn om in de vraag te voorzien en een marktstructuur waarin zorgaanbieders met elkaar concurreren. Ook moet het aanbod ten behoeve van de vergelijkbaarheid transparant zijn en voldoen aan criteria van gepaste zorg.

Als patiënten het inkopen van zorg uitbesteden aan een zorgverzekeraar, moet deze dit zo doelmatig mogelijk doen, hetgeen financieel gestimuleerd moet worden. Dit betekent dat verzekerden moeten kunnen kiezen uit zorgverzekeraars⁵¹. In het door de raad geadviseerde stelsel zal geen ruimte voor monopolistische zorgkantoren zijn.

Revitalisering overeenkomstenstelsel

In zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) heeft de raad een aanpassing (of revitalisering) van het overeenkomstenstelsel genoemd als een instrument om een evenwichtiger marktverhouding tussen de zorginkopende verzekeraars en de zorgaanbiedende partijen te realiseren⁵². Met een dergelijke aanpassing kan ook een systeem van periodieke openbare inschrijving en aanbesteding voor (individuele) zorgaanbieders worden geïntroduceerd.

51 Het is niet noodzakelijk dat verzekeraars in het hele land zelf zorg inkopen. Zij kunnen dit ook uitbesteden aan (regionaal werkende) (gespecialiseerde) inkoopbureaus. In de Verenigde Staten is dit een beproefd model.

52 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 120.

Een modernisering van het huidige overeenkomstenstelsel acht de raad wenselijk onder meer voor het tot stand komen van effectieve concurrentie en meer marktconforme overeenkomsten tussen aanbieders en zorgverzekeraars. Daarbij treedt de overheid terug omdat de overeenkomsten een vorm van zelfregulering bieden die zowel de kosten als de inhoud van de zorg betreft, in aanvulling op en ten dele in plaats van overheidsregelgeving.

Voor de beoogde revitalisering kan naar het oordeel van de raad worden aangegrepen bij enkele huidige voornemens van het kabinet. Het beoogt de afschaffing van de landelijke Uitkomst van Overleg (gesloten door landelijke koepelorganisaties van verzekeraars en aanbieders) die individuele zorgaanbieders en verzekeraars binden bij het aangaan van een medewerkersovereenkomst. Uit het op 14 juli 2000 aan het CVZ voorgelegde verzoek van de minister van VWS om een “uitvoeringstoets over de herziening van het overeenkomstenstelsel Zfw/Awbz” leidt de raad ook af dat de opheffing van de contracteerplicht in de ZFW tegenover instellingen wordt voorgesteld evenals het grotendeels laten vervallen van de dwingendrechtelijke bepalingen over de inhoud van de overeenkomst. Daarnaast stelt het kabinet voor de wetgeving zo in te richten dat belemmeringen voor buitenlandse zorgaanbieders worden weggenomen.

De raad kan de richting van deze voorstellen in grote lijnen onderschrijven. Hij stelt wel vast dat implementatie daarvan in de kabinetsvoorstellen impliceert dat het accent op de onderhandelingen over de overeenkomsten voortaan in de regio bij individuele partijen komt te liggen. In dit verband wil de raad echter wijzen op het risico dat het door het kabinet voorgestane model van regionaal contracteren ertoe kan leiden dat de facto sprake zal zijn van een monopoliepositie van de zorgverzekeraar die met alle regionale aanbieders van zorg een overeenkomst afsluit. Een dergelijk model wijst de raad uitdrukkelijk af onder meer omdat het ertoe leidt dat de zorgverzekeraars zich niet van elkaar kunnen onderscheiden wat hun zorginkoopbeleid betreft (zie paragraaf 6.5.1), omdat de keuzevrijheid van de zorgconsument onvoldoende gegarandeerd is.

In de zienswijze van de raad verdient het overweging om bij het overeenkomstenstelsel te streven naar de introductie van een model dat inhoudt dat de zorgverzekeraars – op basis van de door de overheid geformuleerde zorgafspraken – afspraken maken met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en doelmatigheid van de zorgverlening, bijvoorbeeld over geprotocolleerd werken, standaardisering et cetera. De zorgverzekeraars zijn dan volledig vrij om te bepalen met welke aanbieders zij een overeenkomst afsluiten en tegen welk tarief dit geschiedt. Ondanks zijn verantwoordelijkheid voor een actieve zorginkoopfunctie kan de zorgverzekeraar (en in het verlengde daarvan de verzekerde) kiezen voor een declaratie- dan wel een in naturastelsel (zie para-

graaf 6.4.2.). Overigens kan de zorgverzekeraar de zorginkoop ook uitbesteden aan een zorginkoopbureau dat opereert voor meerdere verzekeraars. Het staat alle (publieke en private; gevestigde en nieuwe; binnenlandse en buitenlandse) aanbieders vrij om zorg aan te bieden, op voorwaarde dat voldaan is aan door de overheid opgelegde kwaliteitseisen en aan de mededingingsreggeving. Zo biedt dit model volgens de raad de mogelijkheid om effectief sturing te geven aan de wijze waarop het zorgaanbod functioneert in de richting van zorgconsumenten.

Aanbesteding via openbare inschrijving

Een verdergaande maatregel dan een revitalisering van het overeenkomstenstelsel vormt volgens de raad het werken met een systeem van openbare inschrijving of aanbesteding⁵³. Het instrument is een mogelijke vorm voor de invulling van de zorginkoop. Via aanbesteding kunnen zorgaanbieders worden gedwongen hun werkelijke productiekosten te onthullen. Ook kan aanbesteding hen aansporen tot kostenminimalisatie en innovatie. Daarnaast biedt het systeem op zichzelf genomen mogelijkheden tot adequate concurrentie tussen zorgaanbieders. De raad realiseert zich dat aanbesteding pas echt zin heeft in een situatie waarin niet langer sprake is van schaarste. Dit is in de meeste zorgsectoren echter niet het geval. Voorts moet bij de aanbesteding ook rekening worden gehouden met de mogelijke effecten op de tarieven en op het verzekerdenbestand. Aanbesteding (via openbare inschrijving) roept immers onzekerheden op over de continuering van de bedrijfsvoering en houdt daardoor risico's in voor de aanbieders. De financiële vertaling van deze risico's kan leiden tot een verhoging van de tariefniveaus. Ook kan de ruimte voor zorgverzekeraars om te veranderen van zorgaanbieder beperkt zijn als patiënten/zorgconsumenten continuïteit in de zorgverlening verkiezen. Daarnaast kan aanbesteding leiden tot een (drastisch) kleinere keuzevrijheid van de verzekerden ten aanzien van bepaalde zorgvormen en een meer beperkte toegankelijkheid van bepaalde voorzieningen.

Al met al is de raad van oordeel dat aanbesteding onder bepaalde voorwaarden en in het bijzonder bij een ruim aanbod, een actieve betrokkenheid van de zorgconsument en voor bepaalde zorgvormen een meerwaarde kan hebben met het oog op doelmatigheid.

53 Met dit systeem worden zorgverzekeraars (voorzover die een zorgplicht hebben) verplicht om periodiek aan te kondigen dat voor een bepaalde periode overeenkomsten met zorgaanbieders zullen worden gesloten, waarbij ook de te hanteren criteria kenbaar worden gemaakt. Elke aanbieder (ook een eventuele nieuwkomer) krijgt een gelijke kans om zich in te schrijven, waarbij tevens kan worden aangegeven welke kwaliteit voor welke zorg kan worden geleverd, naast andere aspecten zoals het volume. Op basis van de biedingen selecteert de zorgverzekeraar de aanbieder waarmee dan voor de afgesproken periode een overeenkomst tot stand komt. Een periodieke openbare aanbesteding voor zorgaanbieders kan ertoe leiden dat contracten niet automatisch worden verlengd, hetgeen in de huidige situatie bijna steeds geschiedt.

Aanpassing prijsregulering

Naar het oordeel van de raad biedt de huidige regulering te weinig ruimte voor prijsconcurrentie en tariefdifferentiatie. Het systeem van landelijk geldende maximumtarieven in combinatie met rantsoenering van het zorgaanbod stimuleert te weinig tot daadwerkelijke onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg.

Met het kabinet is de raad van oordeel dat meer differentiatie in de tarieven wenselijk is zodat grotere prijsconcurrentie en flexibilisering van het tarievenbeleid meer mogelijkheden krijgen⁵⁴. Hij stemt in met de door het kabinet beoogde differentiatie van de toepassing van de prijswetgeving naar zorgvorm, hetgeen onder meer wordt bepaald door de vraag of er al dan niet sprake is van schaarste of overcapaciteit. Schaarste draagt immers het risico van forse prijsstijgingen in zich. Daarom maakt het kabinet onderscheid tussen enerzijds de ziekenhuiszorg en anderzijds de overige verstrekkingen zoals hulpmiddelen, ziekenvervoer, farmaceutische zorg, paramedische zorg, huisartsenzorg en mondzorg. In dit verband is ook van belang dat de afstemming van de WTG op de mededingingswetgeving voor 2003 moet hebben plaatsgevonden.

De raad waardeert voorts het streven van het kabinet om de tariefsbemoeienis van de overheid waar dat kan zoveel mogelijk te beperken. Dit betekent dat de huidige WTG-instrumenten alleen van toepassing mogen zijn wanneer dat nodig is om actoren de gewenste rol te laten spelen. Niet elke categorie van zorgaanbieders of zorgverlening hoeft immers voor iedereen toegankelijk of beschikbaar te zijn dan wel volledige prijsregulering te kennen. Essentieel voor een volledige prijsderegulering acht de raad wel een goed functionerende mededinging in de desbetreffende sector.

Op zichzelf genomen kan de raad steun verlenen aan het kabinetsstreven om de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en -verzekeraars te vergroten om in hun regio een 'patiëntdoelmatige zorgorganisatie' tot stand te brengen.

Dit vergroot hun verantwoordelijkheid voor een goed functionerend zorgaanbod. Niettemin is de raad van oordeel dat ook hier moet worden gewaakt voor de mogelijke negatieve consequenties van het door het kabinet voorgestane model voor het overeenkomstenstelsel (zie hiervoor). Dit model kan de facto leiden tot een situatie waarbij een monopolistische zorgverzekeraar met alle regionale aanbieders van zorg een overeenkomst afsluit. In dit geval biedt de voorgestane verandering van de prijsregulering geen oplossing.

54 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 27 156, nr. 2 (*Speelruimte en verantwoordelijkheid. Notitie over de WTG*).

Ten slotte acht de raad het – met het oog op een werkelijk vraaggestuurd model – denkbaar dat de door de overheid vastgestelde tarieven op termijn volledig worden losgelaten. Er moet dan wel sprake zijn van een effectieve concurrentie tussen zorgverzekeraars en aanbieders (i.e. met afdoende aanbod) en de kritische betrokkenheid van de zorgconsument moet afdoende tot haar recht kunnen komen.

Medische beroepsbeoefenaren

In zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) heeft de raad gewezen op het opheffen van wettelijke domeinmonopolies van medische beroepsbeoefenaren⁵⁵. Deze vormen een belangrijke factor voor de huidige beperkte mate van marktwerking en concurrentie binnen deze beroepsgroepen. Naar het oordeel van de raad kan de voorgestelde opheffing gestalte krijgen via het bijstellen van de door en voor beroepsgroepen ‘voorbehouden handelingen’. Daardoor kunnen ook andere personen met een afdoende medische opleiding op kwalitatief verantwoorde wijze (een deel van) de desbetreffende werkzaamheden verrichten⁵⁶. Hij stelt in dit verband vast dat ook het kabinet van oordeel is dat de bevordering van de doelmatigheid door substitutie en taakdelegatie naar ‘goedkopere’, maar wel capabele zorgverleners in algemene zin de voorkeur heeft boven de instroom van ‘duurdere’ krachten⁵⁷.

In dit verband beveelt de raad ook aan het beleid bij de vaststelling van opleidingsplaatsen te heroverwegen. Daarbij dient eveneens aandacht te worden besteed aan de rol van de sterk georganiseerde beroepsgroepen in combinatie met hun mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de zorgmarkten. Naar het oordeel van de raad is het niet wenselijk dat de beroepsgroepen een beslissende stem hebben in het bepalen van de omvang van het aanbod.

Ten slotte realiseert de raad zich dat ook een aanpassing van het overeenkomstenstelsel en van de tarievenregelgeving (met meer mogelijkheden tot differentiatie) een effectievere marktwerking tussen de medische beroepsbeoefenaren mogelijk kan maken.

Geneesmiddelenbeleid

De raad stelt vast dat er zich uiteenlopende problemen voordoen op het terrein van de geneesmiddelenvoorziening (zie paragraaf 5.4.2). Met instemming constateert hij dat er in de recente periode reeds veel oplossingsrich-

55 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 121.

56 Hierbij valt te denken aan de constructie waarbij basis- en bedrijfsartsen bepaalde werkzaamheden van de huisarts verrichten, zoals ook mondhygiënisten dat kunnen doen voor bepaalde werkzaamheden van tandartsen.

57 Tweede Kamer, vergaderjaar 1996-1997, 24 036, nr. 60, p. 6. Het kabinet noemt de mogelijkheid het takenpakket van de mondhygiënist uit te breiden en de mondhygiënist vrij toegankelijk te maken, in tegenstelling tot de thans geldende noodzakelijke verwijzing door een tandarts.

tingen nader zijn verkend met als rode draad een verschuiving van prijs-naar volumebeleid en van een centrale overheidsaanpak naar een decentrale aanpak via de zorgverzekeraars. De raad waardeert het dat het kabinet deze lijn opnieuw heeft bevestigd. Naar aanleiding van de rapporten van de commissie-de Vries en de commissie-Wijers heeft het kenbaar gemaakt in te stemmen met de beoogde koers dat zorgverzekeraars de regie krijgen bij de geneesmiddelenvoorziening⁵⁸.

Uit de concreet neergelegde beleidsvoornemens leidt de raad niettemin af dat het kabinet kiest voor een zeer geleidelijk dereguleringsprogramma⁵⁹. Ook opteert het voor een overgangperiode (met onder meer het voortbestaan van het GVS) in het perspectief van de situatie waarin zorgverzekeraars afdoende in staat worden geacht op effectieve wijze invulling te geven aan hun regierol. Het kabinet acht het uit financiële overwegingen kennelijk nog niet verantwoord de huidige vormen van aanbodbudgettering los te laten.

De raad acht dit programma te weinig ambitieus en bovendien ambivalent. Hij beveelt het kabinet aan over te gaan tot een bekorting van de voorgestane overgangperiode in die zin dat er – uitgaande van het streven naar het wegwerken van schaarste – op relatief korte termijn uitzicht wordt geboden op afschaffing van de prijswetgeving zodat effectieve mogelijkheden tot prijsdifferentiatie en -concurrentie ontstaan. Dit kan volgens de raad gepaard gaan met verdergaande bevoegdheden voor zorgverzekeraars op deze deelmarkt zodat zij de daadwerkelijk benodigde geneesmiddelen op prijs-kwaliteitsafwegingen kunnen inkopen en het doelmatig voorschrijven ervan kunnen bevorderen.

Ziekenhuizen

Voor een effectief vraaggericht beleid acht de raad ook enkele maatregelen voor de ziekenhuissector wenselijk. Dit beleid is tot nu toe in deze sector van beperkte betekenis gebleken. De raad waardeert het dat sinds kort beleid wordt gevoerd dat er mede op is gericht meer marktprikkels voor de ziekenhuizen in te bouwen⁶⁰. Daarbij is het streven gericht op een meer competitieve ziekenhuiszorg die in de kern bestaat uit onderlinge vergelijkingen van

58 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124 en 24 036, nr. 101.

59 Het betreft de volgende voorstellen: 1) de versterking van het instrumentarium van zorgverzekeraars en de uitvoering van een dereguleringsprogramma (onder meer afschaffing van het systeem van de landelijke uitkomsten van overleg ten aanzien van de geneesmiddelenvoorziening); 2) de bevordering van het doelmatig voorschrijven (onder meer: de ontwikkeling en implementatie van protocollen); 3) de vergroting van de doelmatige inkoop en distributie van geneesmiddelen (onder meer: ontwikkeling van een nieuw aanbestedings- en contracteerbeleid; het stimuleren van prijsconcurrentie en van nieuwe distributievormen); 4) de bevordering van het ontstaan van een adequate ICT-infrastructuur als noodzakelijke voorwaarde voor transmurale patiëntendossiers.

prijs-kwaliteitverhoudingen tussen ziekenhuizen op basis van zorgproducten (benchmarking). Daarvoor is de ontwikkeling van producttyperingen en diagnose-behandelingcombinaties noodzakelijk.

Ook wordt gestreefd naar een modernisering van de bekostiging van de ziekenhuiszorg; deze moet bevorderen dat de onderhandelingen tussen ziekenhuizen en zorgverzekeraars niet alleen gaan over het volume van de productie maar ook over de prijs, kwaliteit en doelmatigheid⁶¹. Daarnaast is ook een versterking van de financiële verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars voor een beheerste kostenontwikkeling van de ziekenhuiszorg nodig. In samenhang hiermee zal op termijn de contracteerplicht tegenover ziekenhuizen worden losgelaten, in combinatie met de herziening van het overeenkomstenstelsel waardoor ziekenfondsen zelf zullen kunnen kiezen met wie ze een overeenkomst aangaan.

De raad stelt met instemming vast dat het kabinet deze beleidslijn onlangs opnieuw heeft bevestigd⁶². Het sluit zich aan bij het pleidooi van het CTG voor een wijziging van de bestaande bekostigingssystematiek op basis van diagnose-behandelingcombinaties (waardoor voor een groot aantal behandelingen de integrale kostprijs bekend wordt) en op basis van concrete aanwijsbare medische prestaties⁶³. Ook zal een directere relatie tussen de productieafspraken en de werkelijke productie mogelijk zijn door de stapsgewijze invoering van nacalculatie op feitelijke productie waardoor alleen de gerealiseerde prestaties worden beloond. De door ziekenhuizen gehanteerde prijzen moeten gerelateerd zijn aan de gemaakte kosten in plaats van aan het toegekende budget.

De raad acht het van groot belang dat de voorstellen kunnen leiden tot een grotere en meer reële ruimte van ziekenhuizen en zorgverzekeraars voor prijsonderhandelingen. Via een systeem van diagnose-behandelingcombinaties is een introductie van een model van *outputpricing* in ziekenhuizen mogelijk. Daartoe is ook een opheffing van het budgetteringssysteem noodzakelijk. In samenhang met de afschaffing van de contracteerplicht is ook de afschaffing van de wettelijke basis voor de ziekenhuisbudgettering mogelijk. Daardoor kunnen zorgverzekeraars overeenkomsten sluiten met individuele instellingen over de kwaliteit, het volume en de prijs van de te leveren zorg. Op deze wijze ontstaat in de zienswijze van de raad een nieuwe vorm van

60 Daarbij wordt gerefereerd aan de rapportage van de MDW-werkgroep Ziekenhuiszorg *Het ziekenhuis; a human enterprise* (1997) met betrekking tot het rapport *Het ziekenhuis ontketend* (1996) van dezelfde werkgroep. Zie: Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 24 026, nr. 122.

61 Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 517, nr. 1, p. 7.

62 Nota *Positionering Algemene ziekenhuizen* van de minister van VWS, september 2000.

63 In het *Actieplan Zorg Verzekerd* (6 november 2000) maken de bewindspersonen van VWS kenbaar dat alle ziekenhuizen per 1 januari 2002 met DBC's moeten werken, waarna vanaf 2003 ook de financiering op basis van DBC's zal plaatsvinden (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000-2001, 27 488, nr. 1, p. 7).

flexibele budgettering die veel meer ruimte biedt voor eigen initiatief van zorgaanbieders en -verzekeraars.

Ten slotte herhaalt de raad hier dat hij in zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) heeft gewezen op de creatie van de bevoegdheid van zorgverzekeraars om in het kader van de jaarlijkse productieafspraken met ziekenhuizen inspraak te krijgen bij de bepaling van het aantal assistenten-in-opleiding en het aantal opleidingsplaatsen voor nieuwe specialisten (gericht op het doorbreken van het *closedshop*-karakter)⁶⁴.

6.6 Effecten

Ramingen: veronderstellingen en uitkomsten

De voorgestelde veranderingen zullen uiteenlopende sociaal-economische gevolgen hebben. Om daarop enig zicht te krijgen hebben het CPB en het SCP de effecten berekend van de voorstellen die in bespreking zijn geweest bij de voorbereiding van dit advies en die uiteindelijk grotendeels zijn opgenomen in het advies. De uitkomsten van deze berekeningen zijn opgenomen in bijlage 5.

Deze paragraaf bevat een korte beschrijving van de belangrijkste effecten en van een reactie van de raad. Daaraan voorafgaand dient te worden bedacht dat de berekeningen uitdrukkelijk een indicatief karakter hebben en met 'meer dan normale onzekerheid' zijn omgeven. Bovendien hebben CPB en SCP enkele aanvullende veronderstellingen moeten hanteren.

Zo hebben de planbureaus de individuele koopkrachteffecten uitsluitend berekend voor "het geval alle huishoudens kiezen voor de standaardpolis met 200 gulden eigen risico". Door deze technische veronderstelling zijn de mogelijke premiekortingen bij een keuze voor een kleiner pakket of een hoger eigen risico niet zichtbaar. CPB en SCP beschrijven dan ook een uiterste situatie wat de mogelijke (inkomens)effecten van de voorgestelde maatregelen betreft.

Uit de gepresenteerde berekeningen blijkt dat forse negatieve koopkrachteffecten kunnen optreden. Het koopkrachteffect is in het algemeen vrij ongunstig voor huishoudens met lage inkomens en voor dergelijke huishoudens met kinderen in het bijzonder. De koopkrachteffecten zijn vooral ongunstig voor de alleenverdiener met kinderen en met een inkomen onder de ZFW-loongrens. In het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen betalen zij, vanwege hun lage inkomen, een betrekkelijk lage premie; bovendien genieten zij van de solidariteit ten aanzien van meeverzekerde gezinsleden. Ook blijkt uit de berekeningen dat de koopkrachteffecten vooral gunstig zijn voor

64 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 121.

huishoudens met een inkomen boven de ZFW-loon/inkomensgrens. Zij betalen in het huidige stelsel een nominale premie en dragen via de WTZ- en de MOOZ-heffingen bij aan risicosolidariteit; in de beoogde algemene zorgverzekering betalen zij eveneens een nominale premie en dragen zij via de impliciete solidariteitsbijdrage bij aan de beoogde risicosolidariteit.

Daarnaast maken CPB en SCP de technische veronderstelling dat “de omvang van de kosten van de zorg per saldo onveranderd blijft”. Volgens de planbureaus zullen de zorgkosten enerzijds waarschijnlijk afnemen door de invoering van een eigen risico voor de ZFW-verzekerden. Anderzijds kunnen de zorgkosten toenemen omdat wordt aangenomen dat de meeste particulier verzekerden die nu reeds een eigen risico hebben voor de voorgestelde algemene zorgverzekering zullen kiezen voor een uitgebreid pakket en voor een beperkt eigen risico, aldus CPB en SCP. Voorts zijn de planbureaus uitgegaan van beperkte verschillen tussen de premies voor de standaardpolis met 200 gulden eigen risico en de basispolis met 1.000 gulden eigen risico binnen een klasse van verzekerden met een bepaalde leeftijd en een bepaalde gezondheid; dit beperkt het benutten van de keuzevrijheid ten aanzien van de pakketomvang en de grootte van het eigen risico. Verder hebben de planbureaus verondersteld dat geen gedragseffecten optreden door de voorgestelde maatregelen voor de aanbodregulering, in het bijzonder de voorstellen tot verbetering van de zorginkoop door de zorgverzekeraars. Volgens CPB en SCP is het “moeilijk in te schatten in hoeverre deze maatregelen zoals een uitbreiding van het instrumentarium van de zorgverzekeraars en een wijziging van wet- en regelgeving effectief zullen zijn”.

Reparatie inkomenseffecten en handhaving inkomenssolidariteit

De raad neemt de – weliswaar indicatieve – berekeningen van de inkomenseffecten zeer serieus. Negatieve inkomenseffecten en bovenmatige inkomensvoordelen stroken niet met de (in paragraaf 6.2) geformuleerde randvoorwaarde dat beleidsmaatregelen zoveel als mogelijk inkomens- en loonkostenneutraal moeten worden ingevoerd. Een adequate, doelmatige, robuuste en structurele reparatie van dergelijke inkomenseffecten via het belastingstelsel acht de raad noodzakelijk. Aldus moeten significante inkomensverschuivingen structureel worden voorkomen en moet ook de beoogde inkomenssolidariteit worden gerealiseerd. In paragraaf 6.4.2 heeft de raad daartoe enkele wegen geschetst. De uitgevoerde berekeningen sterken hem in zijn oordeel, dat met het beschreven instrumentarium de door hem verwoorde doelstellingen op het vlak van de inkomenssolidariteit metterdaad kunnen worden verwezenlijkt.

Uitgavenbeheersing

Zoals gezegd gaan CPB/SCP ervan uit dat de macro-uitgaven voor curatieve zorg onveranderd blijven. Naar het oordeel van de raad betreft dit een mini-

male inschatting. Volgens hem is bij realisering van de geformuleerde voorstellen aanzienlijke doelmatigheidswinst mogelijk door de intrinsieke prikkels in het voorgestelde systeem. De raad wijst op de voorstellen voor het verzekeringsstelsel en voor de zorginkoopmarkt.

Wat het verzekeringsstelsel betreft gaat het hier in het bijzonder om het verplichte eigen risico aan de voet (met de mogelijkheid een groter eigen risico te dragen), de *preferred provider*-arrangementen, de mogelijkheid van polis- en pakketdifferentiatie, de afbakening van de wettelijk verzekerde pakketten tot gepaste zorg en de invoering of uitbreiding van de nominale premies met grotere premieverschillen tussen zorgverzekeraars dan thans in het kader van de ZFW mogelijk zijn.

Wat de zorginkoopmarkt betreft wijst de raad in het bijzonder op de op zorgverzekeraars gerichte prikkels om een scherp inkoopbeleid te voeren. Relevant is ook de mogelijkheid tot vrije toetreding voor nieuwe zorgaanbieders. Dit leidt op zichzelf genomen tot een vergroting van de concurrentie aan de aanbodzijde. De raad realiseert zich dat een overgang van aanbodregulering naar vraagsturing in theorie ertoe kan leiden dat het budgettaire beslag van de zorguitgaven onvoldoende beheersbaar wordt omdat het niet mogelijk is tegenwicht te bieden ten opzichte van de potentieel onbegrensde vraag naar zorg. Daarom bevatten zijn voorstellen adequate op de verzekerden gerichte prikkels (in het bijzonder de keuzevrijheid ten aanzien van het eigen risico, het verzekerde pakket en de zorgverzekeraar) waarmee het mogelijk is afdoende countervailing power ten opzichte van deze potentieel onbegrensde zorgvraag te bieden. Al met al is de raad ervan overtuigd dat de door hem voorgestelde maatregelen voor het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de zorginkoopmarkt alsmede de daarin verweven intrinsieke prikkels, de prijs-kwaliteitverhouding vergroten en afdoende garanties bieden om het budgettaire beslag van de zorguitgaven beheersbaar te houden.

In dit verband wil de raad er ten slotte nog op wijzen dat de SER-Commissie Sociaal-Economische Deskundigen van oordeel was dat – in het perspectief van de vergrijzing – een relatieve stijging van de zorguitgaven niet per definitie nadelig hoeft te zijn⁶⁵. Een groter beslag van de gezondheidszorg op de beschikbare private en publieke middelen is niet per se een ongewenste ontwikkeling, zeker als wordt bedacht dat de zorgkosten reeds jarenlang achterblijven bij de economische groei. Een beter en sneller toegankelijke zorg

65 CSED, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, op.cit., pp. 139, 140 en 178. In het rapport stelt de commissie: “Indien de toekomstige collectief gefinancierde zorguitgaven onder invloed van de vergrijzing en de pluriforme zorgvraag (sterk) gaan oplopen, vormt dit een probleem voorzover dergelijke uitgavenverhogingen geen weerspiegeling vormen van de maatschappelijke preferenties. Zijn hogere zorguitgaven daarentegen het gevolg van een breed gedragen voorkeur voor meer (en betere) zorgvoorzieningen, dan bevredigen de hogere collectief gefinancierde zorguitgaven de maatschappelijke zorgbehoeften en wordt aldus een bijdrage geleverd aan een hoger welvaartsniveau.”

draagt op zichzelf genomen bij tot een verhoging van het individuele en maatschappelijke welzijn.

6.7 Afrondende opmerkingen

Met zijn voorstellen heeft de raad antwoord gegeven op de verschillende vraagstellingen uit de adviesaanvraag van 8 juli 1999. Hij plaatst deze voorstellen in een breed integraal kader. Zij beogen enerzijds voor iedereen de toegang tot gepast geachte (tijdige, adequate en effectieve) zorgvoorzieningen te garanderen door een sociaal, solidair en solide verzekeringsstelsel en anderzijds vraaggerichte elementen in te voeren dan wel te verruimen zodat op efficiënte wijze aan de zorgvraag wordt tegemoetgekomen. Conform de titel van dit advies streeft de raad met deze voorstellen naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Met deze op korte en middellange termijn te realiseren voorstellen beoogt de raad een integrale oplossing te bieden voor huidige en te voorziene hoofdproblemen op het terrein van de gezondheidszorg. Hij gaat ervan uit dat het met deze voorstellen mogelijk is een toekomstbestendig stelsel vorm te geven omdat zij adequaat inspelen op nieuwe (medische) noden en toekomstige uitdagingen.

De raad beveelt aan deze voorstellen te betrekken bij de lopende en komende ontwikkeling van een kabinetsvisie op de inrichting van het zorg- en verzekeringsstelsel. Daarbij dient gewaakt te worden voor een onderling consistente invoering van de voorgestelde maatregelen (ook wat de korte termijn betreft).

De raad is zich ervan bewust dat deze voorstellen op onderdelen – gegeven hun onderlinge samenhang en onlosmakelijke verwevenheid – nadere invulling en uitwerking behoeven en is bereid daarover nader te adviseren.

Den Haag, 15 december 2000

H.H.F. Wijffels
voorzitter

N.C.M. van Niekerk
algemeen secretaris

Bijlagen bij het advies Naar een gezond stelsel van ziektekosten-
verzekeringen

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De algemeen secretaris van de
Sociaal-Economische Raad
de heer drs. N.C.M. van Niekerk,
Postbus 90405,
2509 LK DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
Z/F-991912	J.G. Breit	070 - 3407516	08 JUL 1999
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Adviesaanvraag Solidariteit in het stelsel 1			
Van ziektekostenverzekeringen			

Geachte heer Van Niekerk,

Daartoe gemachtigd door de Ministerraad zend ik u hierbij een adviesaanvraag inzake de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen, een van de thema's die een rol spelen bij de lange termijn visie op het verzekeringsstelsel. In de adviesaanvraag is de context waarbinnen deze aanvraag plaatsvindt opgenomen evenals een beschrijving van de onderscheiden vormen van solidariteit en de voor de houdbaarheid van het ziektekostenverzekeringsstelsel belangrijke ontwikkelingen. Uw advies zou ik graag uiterlijk 1 september 2000 ontvangen.

Een van de thema's van advies in het voorgenomen programma van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) voor het jaar 2000 betreft het schaarse paradigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger. Voor een tweetal vragen bij dit onderwerp is mijns inziens ook de betrokkenheid van de Sociaal-Economische Raad gewenst. Het gaat dan om de vraag welke rol voor het bedrijfsleven kan zijn weggelegd in relatie tot de (grond-)wettelijke verantwoordelijkheid van de overheid en de vraag of de publiek gefinancierde gezondheidszorg tegelijk sturingsmechanisme en vangnet kan zijn. Ik kan mij voorstellen dat u in het kader van uw advies over de solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen tevens op deze vragen ingaat dan wel dat u in samenspraak met de RVZ tot een gezamenlijke opvatting over dit onderwerp komt in het advies van de RVZ. Ik verzoek u in uw werkspraken met de RVZ hiermee rekening te houden. Van het nog definitief vast te stellen programma van de RVZ zal ik u te zijner tijd een exemplaar toezenden.

Hoogachtend,

de Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers

Postbus 20350
2500 EJ Den Haag
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX Den Haag

Correspondentie
uitsluitend richten aan het
postadres met vermelding
van de datum en het
kenmerk van deze brief

<http://www.minvws.nl>

ADVIESAANVRAAG "Solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen"

Inleiding

Het Regeerakkoord 1998 kondigt aan dat het kabinet zal bezien of .." in het licht van 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." (TK 1997-1998, 26 024, nr. 10, pag. 44). Dit is een breed vraagstuk waarbij ik bij deelaspecten gebruik wil maken van de expertise van adviescolleges. Inmiddels heb ik de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) verzocht een analyse te maken over de betekenis van internationale verdragen en internationale rechtspraak voor de organisatie van de zorg en van de zorgverzekering in Nederland. In het op 2 december 1998 gehouden bestuurlijk overleg tussen de Stichting van de Arbeid en mijn ministerie, heb ik laten weten voornemens te zijn ook uw Raad advies te vragen. Nu wil ik de Raad uitnodigen om advies uit te brengen over solidariteit in het ziektekostenstelsel, een van de thema's die een rol spelen bij de lange termijn visie op het verzekeringsstelsel. In het vervolg van deze brief licht ik deze adviesaanvraag toe.

Huidige vormen van solidariteit

Een algemeen aanvaard beleidsuitgangspunt op het terrein van de volksgezondheid is solidariteit. Solidariteit kan worden omschreven als het bewustzijn van saamhorigheid en de bereidheid om de consequenties daarvan te dragen. In de zorg is deze solidariteit vormgegeven door gezondheidszorgpakketten wettelijk te verzekeren voor groepen burgers. Verzekeren heeft tot doel om de individuele risico's van burgers af te dekken door deze risico's gezamenlijk te dragen. Een belangrijk gegeven daarbij is dat geen onderscheid bestaat tussen de medische kosten ontstaan uit beroeps- of bedrijfsuitoefening en overige medische kosten.

In de (sociale) ziektekostenverzekeringen kan onderscheid worden gemaakt naar solidariteit aan de verstrekkingenkant en solidariteit aan de premiekant.

De *solidariteit aan de verstrekkingenkant* weerspiegelt de maatschappelijke opvattingen over de mate waarin de overheid verantwoordelijk is voor de volksgezondheid. Het bepaalt welk deel van de zorg collectief wordt verzekerd. Voor het resterende deel van de zorg zijn de burgers zelf verantwoordelijk en kunnen zij eventueel kiezen voor een particuliere verzekering.

Bij *solidariteit aan de premiekant* gaat het om de vraag in welke mate van groepen met verschillende karakteristieken solidariteit kan worden verlangd bij het financieren van het collectieve deel van de gezondheidszorg. Solidariteit aan de premiekant kent verschillende vormen, te weten solidariteit tussen ziek en gezond, alleenstaanden en meerpersoonshuishoudens, arm en rijk, en oud en jong (65 + /65-).

Het eerste compartiment in de zorgsector omvat de langdurige zorg, de care, die valt onder de AWBZ een wettelijke volksverzekering gefinancierd via de eerste schijf van de inkomstenbelasting.

In het tweede compartiment gaat het om noodzakelijk geachte zorg in de cure-sector. Deze zorg is voor een deel van de bevolking verplicht verzekerd via de Ziekenfondswet, een sociale ziektekostenverzekering. De overige burgers kunnen een particuliere ziektekostenverzekering afsluiten dan wel nemen verplicht deel in een publiekrechtelijke ziektekostenregeling voor ambtenaren. De wettelijke verplichting van alle werkgevers om

zorg te dragen voor een adequate ziektekostenverzekering voor hun werknemers met een looninkomen onder de ziekenfondsgrens, komt hier tot uitdrukking in de gedeeltelijke premiefinanciering door de werkgever. In het tweede compartiment is dus sprake van een duaal stelsel, waarin naast de wettelijk geregelde sociale ziektekostenverzekering plaats is voor vrijwillige particuliere ziektekostenverzekeringen. De overheid heeft, waar het de particuliere verzekering betreft, alleen enige invloed via de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ).

Het derde zorgcompartiment bestaat uit aanvullende zorg, waarbij iedereen vrij is om zich voor deze zorg te verzekeren.

Op dit moment is een belangrijk uitgangspunt binnen de sociale ziektekostenverzekeringen dat voor iedereen gelijke aanspraken gelden. Ook binnen de WTZ en binnen elk van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren gelden gelijke aanspraken voor de verzekerden.

Bij de AWBZ en ZFW en bij de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren komen alle vorengenoemde vormen van premiesolidariteit voor. Hierbij speelt een belangrijke rol dat voor de financiering van deze verzekeringen nog maar voor een beperkt deel sprake is van een nominale premie. In de particuliere verzekering is de solidariteit beperkt tot ziek en gezond binnen de groep personen met eenzelfde polis. De solidariteit van jong en oud is bij de particuliere verzekering voor een groot deel wettelijk geregeld via de omslagregeling WTZ. Bovendien dragen alle particulier verzekerden door middel van de MOOZ-omslagbijdrage bij aan de financiering van de ziekenfondsverzekering; dat is ook een vorm van solidariteit.

Andere aspecten die een rol spelen bij de solidariteit zijn de rijksbijdragen aan de AWBZ en de ziekenfondsverzekering, de wettelijke eigen bijdragen van verzekerden in met name de AWBZ en de bereidheid van werkgevers om bij te dragen aan de –niet wettelijke– ziektekostenverzekeringen van hun werknemers.

Voor de houdbaarheid van het ziektekostenverzekeringsstelsel belangrijke ontwikkelingen.

In en buiten de gezondheidszorg zijn ontwikkelingen gaande die invloed hebben op het huidige stelsel van ziektekostenverzekeringen. De belangrijkste daarvan zijn:

- De vergrijzing van de bevolking. Niet alleen worden de mensen gemiddeld ouder maar ook het aantal ouderen neemt relatief toe. Daardoor zullen de kosten van de zorg in de komende periode verder stijgen. Tegelijkertijd zullen de ouderen van de toekomst delen in de toenemende welvaart en zullen zij beschikken over goede pensioenen en spaartegoeden. Hierdoor zal ook hun bijdrage aan de financiering van de zorg kunnen toenemen.
- De medisch-technologische ontwikkelingen, waaronder begrepen de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen. Deze ontwikkelingen bieden enerzijds nieuwe perspectieven doch leiden anderzijds tot verschuivingen in bestaande patronen van de zorg en een groter beslag op de financiële middelen.
- De in gang gezette ontwikkeling van een meer op de wensen van de gebruiker gerichte zorg. Meer vraaggerichte zorg vereist dat instellingen, aanbieders en verzekeraars van zorg zich meer bewust worden van de samenhang van zorg die zij aan de patiënt/consument aanbieden. Een verdergaande samenwerking lijkt dan ook de re-

sultante van de veranderingsprocessen in instellingen en tussen instellingen en aanbieders van zorg.

- Bovendien ziet de zorgverlener zich in toenemende mate geconfronteerd met een consument die, gesteund door professionele patiënten- en cliëntenorganisaties, zich opstelt als een actieve en mondige gesprekspartner. Dit leidt overigens ook tot een betere kwaliteit en een nieuwe vraag.
- Het overheidsbeleid op het terrein van de sociale zekerheid heeft de sterke verbondenheid van de sociale zekerheid met de gezondheidszorg zichtbaar gemaakt. Door wijziging van de sociale verzekeringswetgeving heeft de overheid privatisering van de sociale zekerheid op gang gebracht. Voordien publieke verantwoordelijkheden gingen daardoor over naar met name (individuele) werkgevers en werknemers. Dat legde grotere nadruk op de eigen verantwoordelijkheid van de werkgever voor goede arbeidsomstandigheden en een goed verzuimbeleid, met de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheid. Als gevolg hiervan kreeg de werkgever belang bij een snelle toegang tot de gezondheidszorg van zieke werknemers. Dit gaf een belangrijke impuls aan het in kaart brengen van en zoeken naar wegen om de wachtlijstproblematiek in de gezondheidszorg te reduceren. Ook ontstonden particuliere initiatieven gericht op behandeling van arbeidsrelevante aandoeningen, soms in speciaal daarvoor -met geld van werkgevers gefinancierde- centra. In de sociale verzekering is gekozen voor een andere vormgeving van de solidariteit zowel ten aanzien van de rechten als ten aanzien van de premie. Dit is in de gezondheidszorg in veel mindere mate gebeurd.

Adviesaanvraag

Hierboven is een beeld geschetst van de vormen van solidariteit binnen de zorg. Daarop volgde een beeld van een aantal belangrijke ontwikkelingen in het beleid en de maatschappij. Deze twee zaken staan niet los van elkaar. Ook de ontwikkelingen in de sociale zekerheid staan niet op zichzelf. De meer vraaggerichte zorg en de sterkere verbondenheid tussen sociale zekerheid en zorg zijn van belang voor alle vormen van zorg. De verschillende ontwikkelingen zullen hun effect hebben op de mate waarin vormen van solidariteit kunnen worden georganiseerd. Zo stelt de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid¹ onder meer de vraag of de solidariteit houdbaar is bij stijgende kosten van de gezondheidszorg. Enerzijds gaat het om de verantwoordelijkheid van de overheid versus de verantwoordelijkheid van de burger: Wat wordt er in welke verzekeringsvorm verzekerd? Wat wordt collectief verzekerd en wat privaat? Anderzijds bestaan er vormen van solidariteit aan de financieringskant van de zorg. Welke consequenties hebben de geschetste ontwikkelingen voor de bereidheid tot solidariteit aan de premiekant? Over beide aspecten van solidariteit zou het Kabinet graag de mening van de Raad vernemen.

Het spreekt vanzelf dat bij de vraagstukken rondom de inrichting van het toekomstige zorgstelsel het kabinet niet alleen geïnteresseerd is in de uiteindelijke standpunten van de Raad, maar ook graag verneemt welke afwegingen aan de standpuntbepalingen ten grondslag hebben gelegen.

Uw advies zouden wij graag uiterlijk 1 september 2000 ontvangen.

¹ *Volksgezondheidszorg*, Rapporten aan de Regering nr. 52, Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1997.

Samenstelling van de Commissie Sociale Zekerheid (SZ)*leden**plaatsvervangende leden***Onafhankelijke leden**

prof.dr. A.H.J. Kolnaar (voorzitter)
mevrouw prof.mr. I.P. Asscher-Vonk
prof.mr. W.J.P.M. Fase
prof.dr. K.P. Goudswaard
mevrouw drs. L.S. Groenman
dr. K. Groenveld
prof.dr. F. Leijnse
R.L.O. Linschoten

Ondernemersleden

mr. J.W. van den Braak (VNO-NCW)
drs. A. van Delft (MKB-Nederland)
drs. M.W. Dijkshoorn (VNO-NCW)
ing. A. Hekman (LTO-Nederland)
mevrouw drs. K. Kuiper (MKB-Nederland)
drs. R.N. van der Plank (VNO-NCW)
ir. H.M. Smets (LTO-Nederland)
mevrouw mr. Th.M. Snelders (VNO-NCW)

drs. G. Verheij
vacature

vacature

Werknemersleden

drs. C.C.H.J. Driessen (FNV)
mr. T.W. Duijst (CNV)
mevrouw drs. A.M. Jongerius (FNV)
drs. M. Kastelein (CNV)
mevrouw drs. L. Kruse (Unie mhp)
drs. E. Tasma (FNV)
J.S. Vroon (Unie mhp)
vacature (FNV)

W.W. Muller
mevrouw drs. L.W. Bijleveld
drs. E.R. Haket
dr. H.F. van der Velden

Adviserende leden

drs. P.J. Besseling (CPB)
A.J. Mulder (LISV)
drs. J. Seidel (CTSV)
mr. J.L.P.G. van Thiel (CVZ)

mevrouw drs. A.P. Deelen

J.W.J. Siebers

Ministeriële vertegenwoordigers

drs. G.J. Bouwhuis (Fin)

J.G. Breit (VWS)

drs. M.P.R.M. Camps (Fin)

mevrouw drs. A.W.H. Dortmans (VWS)

drs. J.H.M. Kok (SZW)

drs. C. Kortleve (EZ)

mr. P.F. van Loo (SZW)

drs. C.P.C. van de Sanden (BZK)

Secretariaat

drs. A. Devreese

Samenstelling van de Werkgroep Ziektekostenverzekeringen (WZV)

leden

plaatsvervangende leden

Onafhankelijke leden

prof.dr. A.H.J. Kolnaar (voorzitter)
prof.dr. K.P. Goudswaard
prof.dr. W. Groot
prof.dr. F. Leijnse
R.L.O. Linschoten
prof.dr. W.P.M.M. van de Ven

Ondernemersleden

M.J.W. Bontje (VNO-NCW)
mr. E.A. Kleijnenberg (VNO-NCW)
(tot 30-9-00 drs. J.C. van Ek)
mevrouw drs. K. Kuiper (MKB-Nederland)
drs. R.N. van der Plank (VNO-NCW)
mevrouw drs. E.I. Schippers (VNO-NCW)
drs. M. Heijmans (LTO-Nederland)

mr. J.W. van den Braak

ir. H.M. Smets

Werknemersleden

drs. C.C.H.J. Driessen (FNV)
mr. T.W. Duijst (CNV)
drs. E.R. Haket (Unie mhp)
drs. M. Kastelein (CNV)

drs. H.J. de Jonge

J.S. Vroon
mevrouw ir. J.M.J.C. Westerbeek-
Huitink
J.A.M. van 't Hooft

A. Regeer (FNV)

dr. H.F. van der Velden (FNV)

Adviserende leden

dr. M.H.C. Lever (CPB)
(tot 31-08-00 dr. E.W.M.T. Westerhout)
J.W.J. Siebers (CVZ)
drs. J.M. Timmermans (SCP)

dr.ir. R.C.M.H. Douven

Waarnemende leden

drs. W.J. Kroes (Stichting van de Arbeid)
drs. P. Vos (RVZ)

mr. J.P. Kasdorp

Ministeriële vertegenwoordigers

J.G. Breit (VWS)

drs. M.P.R.M. Camps (Fin)

mevrouw drs. A.W.H. Dortmans (VWS)

D.J. Hagendooren (SZW)

drs. A. Kersten (BZK)

drs. C. Kortleve (EZ)

drs. C. Laan (SZW)

Secretariaat

drs. A. Devreese

mevrouw drs. B.P.M. Claassen

drs. H.G. Fijn van Draat

drs. X.S. Schrage

Achtergrondtabellen uitgaven gezondheidszorg 2000

De informatie in deze bijlage is verstrekt door het ministerie van VWS.

Tabel B3.1 – Uitgaven zorgsector 2000

Compartiment	Verzekering	Uitgaven	
Eerste	AWBZ	31.853,7	a)
Tweede	ZFW	27.632,0	a)
	Particulier totaal, waarvan:	11.809,7	b)
	– KPZ	2.157,6	c)
	– WTZ	2.778,6	d)
	– Overig particulier	6.873,5	e)
Derde	Aanvullende verzekeringen	2.265,0	f)
Overig	Overige gezondheidszorg	3.606,3	a)
Totaal	Uitgaven gezondheidszorg	77.166,7	

a) Zorgnota 2000, tabel 9.2.

b) Zorgnota 2000, tabel 9.2 verminderd met het deel dat behoort tot het derde compartiment (50 mln gulden, zie Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B10: 3.16).

c) Vektis.

d) SUO.

e) Exclusief zorguitgaven defensiepersoneel.

f) Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B9.4.

Tabel B3.2 – Uitgaven (exclusief derde compartiment) naar sector in 2000 (in mln)

Sector	Eerste comp.	Tweede comp.	Overige uitgaven	Totaal
Gezondheidsbevordering	658,7 a)	0,7 d)	944,0 g)	1.603,4
Curatieve somatische zorg	441,8 a)	27.680,8 e)	1.357,9 h)	29.480,5
Genees- en hulpmiddelen	24,1 a)	8.200,0 f)	15,5 h)	8.239,6
Geestelijke gezondheidszorg e.a.	5.499,2 b)	0	625,0 i)	6.124,2
Gehandicaptenzorg	6.701,8 b)	0	35,8 j)	6.737,6
Verpleging en verzorging, incl. thuiszorg	16.809,2 b)	0	23,5 j)	16.832,7
Beheer en diversen	1.718,9 c)	3.560,2 f)	604,6 k)	5.883,7
Totaal	31.853,7	39.441,7	3.606,3	74.901,7

a) Zorgnota 2000, tabel 9.4.

b) Zorgnota 2000, tabel 9.4 en 9.13.

c) Zorgnota 2000, tabel 9.4 en 9.13, inclusief eigen betalingen (in aanvullende post) die niet in tabel 9.13 zijn vermeld.

d) Zorgnota 2000, tabel 9.6.

e) Zorgnota 2000, tabel 9.6, tabel 9.9 en tabel 9.13. In tabel 9.13 wordt bij curatieve somatische zorg 740,1 mln gulden vermeld. Dit moet zijn 960,6 mln gulden. Verder is deze post verminderd met het deel dat behoort tot het derde compartiment (50 mld gulden, zie Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B10: 3.16).

f. Zorgnota 2000, tabel 9.6, tabel 9.9 en tabel 9.13.

g) Zorgnota 2000, tabel 9.12 en 9.13.

h) Zorgnota 2000, tabel 9.12.

i) Zorgnota 2000, tabel 9.12. Hieraan is 68,5 mln gulden overige ontvangsten toegevoegd. Dit bedrag is in tabel 9.12 ten onrechte bij beheer en diversen gerangschikt.

j) Zorgnota 2000, tabel 9.12. Deze bedragen zijn per ongeluk niet in de tabel vermeld.

k) Zorgnota 2000, tabel 9.12. Hiervan is 68,5 mln gulden overige ontvangsten afgetrokken die tot andere sectoren (zie hiervoor) gerekend moeten worden.

Tabel B3.3 – Financiering van de AWBZ, ZFW en particuliere verzekeringen naar financieringsvorm in 2000 uitgaande van een lastendekkend niveau (in mln) a)

Financ. vorm	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	Ov. part.	Aanv. verzek.	Totaal
Inkomsten uit:							
Proc. premie	28.425,6 b)	17.865,5 b)	1.760,2 b)	0	0	0	48.051,3
Nom. premie	0	2.496,4 e)	309,0 g)	1.474 b)	5.841,3 b)	1.132,5 l)	11.253,2
Eigen betaling	3.427,4 c)	0	88,4 h)	54,6 i)	1.032,2 k)	1.132,5 l)	5.735,1
Omslag-bijdrage	0	835,0 f)	0	1.250 j)	0	0	2.085,0
Rijksbijdrage	12,5 d)	6.771,8 f)	0	0	0	0	6.784,3
Totaal	31.865,5	27.968,7	2.157,6	2.778,6	6.873,5	2.265,0	73.908,9

a) Exclusief rentebaten en rentelasten.

b) Uitgaande van lastendekkend niveau in verband met structureel beeld.

c) Zorgnota 2000, tabel 9.2.

d) Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B9.1.

e) Uitsluiten nominale rekenpremie (exclusief opslag).

f) Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B9.2.

g) IZA-Delft.

h) Vektis.

i) CPB.

j) SUO.

k) Zorgnota 2000, tabel 9.2. 'eigen betalingen particulier' en 'eigen betalingen ongesplitst'. Het bedrag is verminderd met de eigen betalingen KPZ en WTZ en met het deel dat behoort tot het derde compartiment (50 mln gulden, zie Bijlagen Zorgnota 2000, tabel B10: 3.16).

l) Verondersteld is dat de helft van het derde compartiment wordt gefinancierd via nominale premies. Dit spoort vrijwel met het bedrag dat is af te leiden uit cijfers van Vektis. Aangenomen is dat de andere helft eigen betalingen zijn.

Tabel B3.4 – Financiering verzekeringen in het eerste en tweede compartiment naar financiers in 2000 uitgaande van een lastendeckend niveau (in mln)

	AWBZ	ZFW	KPZ	WTZ	Ov. Part.	Totaal
Verzekerden	25.403,0	9.939,5	929,3	1.693,1	5.358,0	43.322,9
procentuele premies	21.975,6 a)	7.443,1 c)	531,9 d)	0	0	
nominale premies	0	2.496,4	309	1.474,0	3.153,5 f)	
eigen betalingen	3.427,4	0	88,4	54,6	1.032,0	
omslag-bijdragen	0	0	0	164,5 e)	1.172,5 g)	
Werkgevers	6.450	10.422,4	1.228,3	0	3.436	21.536,7
bijdrage proc. premie	0	10.422,4 c)	1.228,3 d)	0	0	
bijdrage nom. premie	0	0	0	0	2.688 h)	
overhevelingstoelage	6.450,0 b)	0	0	0	0	
bijdrage omslagbijdr.	0	0	0	0	748 i)	
Rijk	12,5	6.771,8	0	0	0	6.784,3
rijksbijdrage	12,5	6.771,8	0	0	0	
Totaal	31.865,5	27.133,7	2.157,6	1.693,1	8.794,0	71.643,9

- a) Berekend. Financiering uit procentuele premies (zie tabel B4.3) min de werkgeversbijdrage overhevelingstoelage (OT).
- b) Berekend op basis van informatie van het ministerie van SZW en CPB/MOSI. De werkgeversbijdrage overhevelingstoelage bedraagt 300.000 (grondslag; in mln) keer 2,15 procent (OT-percentage).
- c) Verdeling over verzekerden enerzijds en werkgevers (particulier en overheid) anderzijds is gebaseerd op CPB/MOSI.
- d) Verdeling over verzekerden enerzijds en werkgevers (particulier en overheid) anderzijds is gebaseerd op premiestelling van IZA-Delft (werknemerspremie 2,07%, werkgeverspremie 4,78%).
- e) Bijdrage aan WTZ- en MOOZ-omslagregeling. Dit bedrag is berekend op basis van het relevante aantal volwassenenequivalenten.
- f) Financiering uit nominale premies min de werkgeversvergoeding voor nominale premies.
- g) Macro-omslagbijdrage WTZ plus MOOZ min de bijdragen van WTZ-verzekerden en de werkgeversvergoeding voor deze bijdragen.
- h) Verondersteld is dat werkgevers particulier de helft van de nominale premies vergoeden. De bijdrage van de overheid als werkgever is een macro-interimbedrag (inclusief ZVO) vastgesteld op basis van 4 procent van de loonsom van de sectoren Rijk, OCW, rechtelijke macht en burgerpersoneel defensie.
- i) Verondersteld is dat werkgevers particulier de helft van de WTZ- en MOOZ-omslagbijdrage vergoeden.

Ordering en sturing in de gezondheidszorg

- A. Achtergronden en ontwikkelingen
- B. Beleidsmaatregelen 1985-2000
- C. Rol overheid en andere actoren op het terrein van de gezondheidszorg

A. Achtergronden en ontwikkelingen

1. Achtergronden

Tot de jaren zeventig gold in de gezondheidszorg het primaat van het particulier initiatief. In grote lijnen bepaalden particuliere zorgaanbieders en hun organisaties het noodzakelijke zorgaanbod, terwijl de overheid zich beperkte tot de financiering en tot enig toezicht op de kwaliteit[1]. Deze rolverdeling leidde tot een wildgroei aan voorzieningen en verdubbeling van de uitgaven van de gezondheidszorg als percentage van het bbp.

In reactie hierop is het beleid in de jaren zeventig opgeschoven in de richting van overheidsregulering en -sturing ten aanzien van de prijs, het aanbod (hoeveelheid en kwaliteit) en de financiering/bekostiging van de in de zorgsector geproduceerde goederen en diensten. De overheidsbemoeienis komt in algemene zin tot uiting in de wet- en regelgeving met betrekking tot de sociale en particuliere verzekeringen, de kwaliteit, de capaciteitsplanning en de prijsstelling, in het reguleren van het aantal beroepsbeoefenaren, in de budgettaire kaderstelling (allocatie van schaarse middelen via het budgetmechanisme) en meer concreet in de regelgeving ten aanzien van aanbod en volumina van zorgvoorzieningen (zogenoeten aanbodregulering).

Aldus bepaalt de overheid thans grotendeels de ordening op het terrein van de gezondheidszorg. Zij beschikt over instrumenten waarmee de beschikbare middelen zo effectief mogelijk worden ingezet om te voorzien in de zorgbehoefte en waarmee zoveel mogelijk wordt gestreefd naar kostenbeheersing. Uit de schaarste van de voor gezondheidszorg beschikbare middelen vloeit – volgens het kabinet – de noodzaak voort om via wet- en regelgeving ‘hekken’ aan te brengen in de zorgsector die de vrije bewegingsruimte van de zorgpartijen afbakenen[2].

Met dit instrumentarium wordt beoogd meer samenhang aan te brengen tussen de verschillende zorgvoorzieningen, en de burger en de verzekeraar te beschermen tegen al te hoge prijzen bij een schaars aanbod. Verder wordt beoogd een kwalitatief verantwoorde en voor iedereen toegankelijke en beschikbare zorg te garanderen en tegelijkertijd de uitgaven van de gezondheidszorg in de hand te houden; daartoe wordt het aanbod schaars gehouden. Immers, het ontbreken van effectieve prijssignalen maakt een ongeordend en ondoelmatig gebruik van voorzieningen mogelijk, met als gevolg dat de kosten van de gezondheidszorg zo hoog kunnen oplopen dat de toegankelijkheid ervan uiteindelijk gevaar loopt[3]. Door rantsoenering van het

1 Op basis van: SCP, *Sociaal en Cultureel Rapport 1998*, Den Haag 1998, pp. 322-327.

2 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1, p.3 (*Marktwerking in de gezondheidszorg*).

3 F.T. Schut en W.P.M.M. van de Ven, De toekomst van het zorgstelsel, in: *Openbare Uitgaven*, 1997, nrs. 5/6, p. 244.

zorgaanbod en regulering van de prijzen heeft de overheid in de afgelopen periode gepoogd de tendens tot kostenstijging te matigen. De aanbod- en prijsbeheersing heeft wel bijgedragen tot een stabilisatie van de zorgkosten op macroniveau als percentage van het bbp.

Ten slotte heeft de centrale overheid jarenlang een harmoniemodel voorgestaan met betrekking tot het maken van afspraken met zorgaanbieders en verzekeraars over kwaliteit en doelmatigheid van de beroepsuitoefening en over (de al dan niet wettelijk te garanderen) toegankelijkheid van de zorg voor de burger.

2. Beleidsontwikkelingen

Sinds de tweede helft van de jaren tachtig is het besef gegroeid dat de allocatie van middelen op microniveau door de aanbodbeheersing te wensen overlaat en dat het uitlokken van innovatie ernstig wordt beperkt. Ook heeft dit beleid geleid tot een beperking van de stimulansen voor een zo doelmatig mogelijke, op de zorgbehoefte van de patiënten afgestemde zorgverlening: door het ontbreken van prikkels voor efficiënte zorgverlening krijgen aanbieders, verzekeraars en patiënten onvoldoende verantwoordelijkheid voor het beheersen van de kosten. En als gevolg van de te bureaucratische regelgeving rond planning en financiering kan het aanbod onvoldoende aansluiten op de feitelijke vraag.

Verschillende kabinetten hebben vanaf het einde van de jaren tachtig een beleid gevoerd dat is gericht op het oplossen van deze knelpunten. De kabinetten-Lubbers II en III verwachtten van gereguleerde concurrentie dat de zorgverzekeraars op basis van prijs-kwaliteitsafwegingen selectief zorgaanbieders zouden contracteren. Daarbij hebben verzekeraars ten opzichte van de aanbodregulering meer vrijheid met de zorgaanbieders te onderhandelen over de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid van de af te nemen goederen en diensten. Daarnaast werd verwacht dat zij zo aantrekkelijk mogelijke polissen zouden aanbieden en zoveel mogelijk zouden inspelen op de preferenties van de verzekerden^[4]. De verzekerde zou jaarlijks op basis van premie en kwaliteit moeten kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars, die namens hun

4 Van belang hierbij was het advies van de commissie-Dekker (1987) dat was gebaseerd op het model van *managed competition*. Dit model had als uitgangspunt dat de relatief zwakke vraagzijde in de gezondheidszorg moet worden versterkt door de bundeling van de vragersmacht bij ziektekostenverzekeraars (of zorginkooporganisaties). Verzekeraars moeten voldoende *countervailing power* krijgen om met zorgaanbieders effectief te kunnen onderhandelen over de prijs, kwaliteit en organisatie van de zorgverlening. De overheid moet daarbij zodanige institutionele randvoorwaarden creëren dat risicodragende zorgverzekeraars worden gestimuleerd om als de belangenbehartigers van de patiënten op te treden. Daarnaast moeten de zorgverzekeraars ook de instrumenten krijgen om met de zorgaanbieders effectief te kunnen onderhandelen (bijvoorbeeld de mogelijkheid dat verzekeraars selectief mogen contracteren) zodat zij zo efficiënt mogelijke zorg-op-maat inkopen.

verzekerden optreden als kosten- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorg. De rol van de overheid blijft beperkt tot het reguleren van de concurrentie. Het beleid van de kabinetten-Kok I en II is gericht op het realiseren van incrementele aanpassingen binnen de drie bestaande compartimenten (zie verder). Daarbij gaat het onder meer om de vergroting van de doelmatigheids-prikkels voor zorgverzekeraars via marktwerking en budgettering en om de verruiming van de onderhandelingsvrijheid van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Verder gaat het om het kritisch doorlichten van zorgaanspraken en om een meer samenhangende zorg door flexibilisering van zorgaanspraken (minder instellingsgebonden karakter[5]). Ten slotte gaat het om samenwerking tussen zorgaanbieders, toepassing van richtlijnen en protocollen voor medische handelingen en uitwisseling van spiegelinformatie (*benchmarking*).

Uitgavenbeheersing moet volgens het kabinet tot stand komen via een beleid dat zowel gericht is op meer marktwerking (tussen zorgverzekeraars onderling, tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders) als op meer samenwerking (tussen zorgaanbieders) en aanbodregulering (richtlijnen, benchmarking, budgettering). Wel dient het streven tot uitgavenbeheersing te worden verzoend met onder meer het zorgvernieuwingsbeleid dat erop is gericht binnen het systeem van aanbodregulering meer rekening te houden met de uiteenlopende wensen van verzekerden en zorgconsumenten.

Verder wil het kabinet komen tot een nieuwe bestuurlijke aanpak voor de zorgsector, waarbij het gaat om het formuleren van meerjarenafspraken over inhoudelijke doelstellingen en financiële kaders. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de jaarlijkse Zorgnota vormen de uitgangspunten voor het overheidshandelen. Met het BKZ geeft de overheid aan wat in totaal aan de zorg in het eerste en het tweede verzekeringscompartiment mag worden besteed, ongeacht de wijze waarop die zorg wordt gefinancierd. Voor de handhaving van de financiële kaders maakt de overheid gebruik van de WTG omdat 90 procent van de uitgaven die met het BKZ zijn gemoeid onder de reikwijdte van de WTG valt.

Met deze maatregelen wordt het beleid voortgezet dat uitgaat van een verschillende ordening en vraagsturing voor het eerste en het tweede compartiment. Sinds medio jaren negentig worden binnen de verplicht te verzekeren zorg twee compartimenten onderscheiden met elk een apart en onderling sterk verschillend ordeningsprincipe[6]. In de paragrafen 3 en 4 komen beide compartimenten afzonderlijk aan de orde.

- 5 Een belangrijk element om vraaggerichte zorg mogelijk te maken ligt in de omschrijving van de zorg in de zorgverzekering. Als de zorg in de aanspraak of de polis zo is omschreven dat deze is gekoppeld aan een bepaalde vorm of een bepaalde instelling, dan belemmert dat de ontwikkeling van een aanbod dat mogelijk beter aansluit op de behoeften en wensen van de patiënten.
- 6 Tweede Kamer, vergaderjaar 1994-1995, 24 124, nr. 1 (*Kostenbeheersing in de zorgsector*), pp. 12 en 13.

3. Eerste compartiment

Het eerste compartiment bevat de langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's. Voor deze zogeheten bijzondere ziektekosten (zwakzinnigeninrichtingen, verpleeghuizen en psychiatrische ziekenhuizen) geldt een strikte aanbod-, prijs- en (macro)budgetregulering. De AWBZ is omgeven door de WZV en de WTG die op aanbiedersniveau de bouw en de prijzen sturen en daarmee het volume en de kosten beheersen. Ook vindt de aanbodbeheersing plaats via het aansturen door regionale zorgkantoren, het aanscherpen van de indicatiestelling en budgettering. Het door de overheid vastgestelde macrobudget is maatgevend voor de kostenontwikkeling.

Als gevolg van de geldende aanbodbeheersing staat in de AWBZ niet de gevraagde zorg voorop, maar het aanwezige aanbod of het beschikbare budget. Meer in het algemeen geldt dat de rol van de patiënt en zijn specifieke wensen onvoldoende aan bod komen in dit compartiment. Flexibilisering van de zorg, trans- en extramuralisering, zorg-op-maat onder meer door persoonsgebonden budgetten en zorgvernieuwing zijn ontwikkelingen die hieraan tegemoet proberen te komen, maar tegelijkertijd leiden tot regelverdichting. Ook ondergaan partijen die actief zijn in de AWBZ weinig prikkels om actief te streven naar efficiencyverbetering of naar een doelmatige en effectieve verdeling van de aanwezige budgetten.

Om tegemoet te komen aan de nadelen van de aanbod-georiënteerde sturing is het beleidsstreven gericht op modernisering van de AWBZ via een meer vraaggestuurd stelsel. Deze sturingsvisie is neergelegd in de kabinetsnota Zicht op zorg (1999) waarin een ingrijpende wijziging van de AWBZ is aangekondigd. Daarin komt vraaggerichte benadering tot uitdrukking in de rol van de zorgkantoren, gekoppeld aan grotere vrijheden voor zowel aanbieders als patiënten.

De belangrijkste vernieuwingen zijn dat het regionale zorgkantoor (de dominante regionale zorgverzekeraar die een meerjarige concessie krijgt voor de uitvoering van de AWBZ in een bepaalde regio) op termijn niet langer verplicht is met elke zorgaanbieder in de regio een contract te sluiten, dat er maximumtarieven komen (met aanpassing van de WTG) en dat de aanspraken van de verzekerden worden ontkoppeld van de zorgaanbieders. Daardoor krijgt het zorgkantoor volop mogelijkheden (en *countervailing power*) om met de zorgaanbieders te onderhandelen over prijs, kwaliteit en dienstverlening met als uiterste sanctie het niet afsluiten van een contract. Binnen een regiobudget kunnen zorgkantoren zorg inkopen bij de aanbieders in een regio. Daardoor zullen zij uiteindelijk verantwoordelijk worden voor de doelmatigheid en de effectiviteit van de ingekochte zorg die op de wensen van de in de regio woonachtige verzekerden is afgestemd. De doorverwijzing van patiënten zal door het zorgkantoor plaatsvinden op basis van

een objectieve en onafhankelijke indicatie, opgesteld door regionale indicatie-organen. Ook zullen de budgetten niet langer meer direct naar de aanbieders van de AWBZ-voorzieningen worden doorgesluisd, maar door de zorgkantoren op basis van de afgesloten overeenkomsten worden verdeeld. De verdeling van de budgetten over de regio's zal vorm worden gegeven door een objectief verdeelmodel. Verder heeft het kabinet aangekondigd dat er nog wordt gewerkt aan het inbouwen van prikkels in het stelsel zodat zorgkantoren zelf meer belang hebben bij een zo doelmatig en effectief mogelijke uitvoering van de AWBZ.

De aanbieders zullen dus moeten concurreren om de gunst van het zorgkantoor. Daartoe zal het AWBZ-aanbod flexibel moeten worden. Ook zullen de afname en het budget van een instelling niet langer meer gegarandeerd zijn omdat de contracteerplicht komt te vervallen.

Ten slotte zal het bestaande systeem van persoonsgebonden budgetten worden uitgebreid (patiënt als zorgvrager) en daarnaast worden aangevuld met persoonsvolgende budgetten (vouchers waarmee zorg kan worden ingekocht bij erkende instellingen).

4. Tweede compartiment

Het tweede compartiment bevat een door de overheid vastgesteld pakket aan aanspraken op het gebied van de curatieve zorg. Voor deze zogeheten gewone ziektekosten (zoals ziekenhuis, specialisten, huisartsen en paramedici) geldt het model van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars en tussen zorgaanbieders (gemengd model van vraag- en aanbodbeheersing met adequate financiële prikkels).

In het tweede compartiment is sprake van een verdere uitbouw van vraagsturing in het kader van de ZFW. Deze is erop gericht dat ziekenfondsen in principe landelijk concurreren om de gunst van de verzekerde en een regionale oriëntatie kennen op de zorginkoopmarkt. Door middel van een objectief verdeelmodel krijgen zij hun budgetten toegewezen. De uiteindelijke financiële sturing zal geschieden door middel van verzekeraarsbudgettering. De budgettering van de aanbieders zal op termijn worden afgeschaft. Via een goed systeem van verzekeraarsbudgettering en deregulering wordt getracht onnodige belemmeringen aan de aanbodzijde te elimineren. Afhankelijk van de realisering hiervan zullen de bestaande sturingselementen (aanbodbeheersing; WTG-budgettering) worden losgelaten.

De overheidssturing is gericht op het totstandbrengen van concurrentie tussen ziekenfondsen om de gunst van de verzekerden door onderscheid in dienstverlening, verschillen in nominale premies en aanvullende verzekeringen. Ook voor de particuliere verzekeraars geldt dat zij concurreren om de gunst van de verzekerden, zij het dat zij voor de WTZ geen risico lopen. Ziekenfondsen kunnen hun kosten minimaliseren door een actief beleid te voe-

ren gericht op een doelmatige en effectieve zorgcontractering. Hiertoe dienen zij op te treden als *countervailing power* voor de zorgaanbieders, zij het met inachtneming van de contracteerplicht voor intramurale instellingen (ziekenhuizen) en de WTG. Ook particuliere verzekeraars dienen te werken binnen het kader van de WTG, maar zijn niet gehouden aan een contracteer- of acceptatieplicht.

Voor de zorgaanbieders gelden de WTG en de WZV, met dien verstande dat er een verschil is tussen intra- en extramurale instellingen. Intramurale instellingen worden sterk gereguleerd door de WZV en WTG; ziekenfondsen hebben een contracteerplicht ten aanzien van deze instellingen. Voor extramurale zorgverleners geldt in beginsel een vrije vestiging en de tarieven hebben op grond van de WTG een maximumkarakter; zoals vermeld hebben ziekenfondsen geen contracteerplicht ten aanzien van deze instellingen. Dit geldt ook voor particuliere verzekeraars en uitvoerders van de publieke ziektekostenregelingen.

Als knelpunt ten aanzien van het tweede compartiment geldt dat de ziektekostenverzekeraars onvoldoende worden geprikkeld om kritisch en als *countervailing power* op te treden en kostenbewust zorg te contracteren met de aanbieders. Verzekeraars hebben hier onvoldoende belang bij. Voor de ziekenfondsen geldt dat hun risico's (met name voor de vaste kosten van de intramurale zorg) worden beperkt via een systeem van verevening en nacalculatie. Voor de particuliere ziektekostenverzekeraars geldt dat zij een substantieel deel van hun risico's kunnen onderbrengen in een pooling in het kader van de WTZ. Verder is ook voor hen concurrentie op prijs of volume slechts beperkt mogelijk als gevolg van de sturingsinstrumenten van de overheid (zoals de WTG) die vooral bedoeld zijn om de macrokostenontwikkeling te beheersen.

Daarnaast is de spanning met betrekking tot de dubbele financiële verantwoordelijkheid in het tweede compartiment van belang. Enerzijds is het beleid gericht op het verleggen van financiële verantwoordelijkheden en de verantwoordelijkheid voor beheersing – i.c. een verantwoorde groei – van de zorguitgaven naar verzekeraars, anderzijds is de minister van VWS gehouden aan de handhaving van het BKZ. Het overheidsbeleid is erop gericht dat verzekeraars via een programma van deregulering hun verantwoordelijkheid kunnen waarmaken, echter onder de conditie dat de overheid onder alle omstandigheden verantwoordelijk blijft voor de omvang en de doelmatigheid van de collectief gefinancierde uitgaven. Het kabinet heeft aangekondigd te zullen bezien hoe de rol van de verzekeraars kan worden gecombineerd met de macrokostenbeheersing zoals deze tot uitdrukking komt in het BKZ[7].

7 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999-2000, 24 124, nr. 101, p. 11 (*Kabinetsstandpunt geneesmiddelenbeleid*). Het kabinet zal daarbij tevens onderzoeken welke consequenties een eventuele wijziging van het BKZ zou hebben voor de begrotingsnormering.

Tot de belangrijkste bestuurlijke vernieuwingen en wijzigingen van het ordningsmechanisme in de afgelopen periode behoort de geleidelijk groeiende verantwoordelijkheid van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars voor de inkoop van de zorg voor hun verzekerden. Gewezen kan worden op de verhoging van het financieel risico van ziekenfondsen, de toenemende premieconcurrentie tussen ziekenfondsen en de jaarlijkse mogelijkheid voor verzekerden om van ziekenfonds te veranderen. Verder kunnen worden genoemd de gefaseerde opheffing van het verbod op eigen instellingen voor ziekenfondsen zodat zij eigen zorgverleners in dienst kunnen nemen of bijvoorbeeld kunnen deelnemen in een apotheek of een hulpmiddelenleverancier. Via eigen instellingen vallen ziekenfondsen niet meer onder de werkingssfeer van het overeenkomstenstelsel en van de WTG. Ook is in het regeerakkoord van het kabinet-Kok II de experimentele invoering van een gepaste-zorgpolis aangekondigd, waarbij doelmatig gebruik van voorzieningen wordt beloofd.

Verder heeft het kabinet zich in 1999 uitgesproken voor een regionale benadering van de zorg[8]. De verzekeraar dient op lokaal niveau overeenkomsten te sluiten waarin het regiobeleid tot uitdrukking komt. De risicodragendheid van ziekenfondsen moet garanderen dat zij ook aandacht besteden aan doelmatigheid en effectiviteit. Om zoveel mogelijk tegemoet te komen aan de vraaggerichtheid van de zorg wordt gestreefd naar regionale samenwerking van zorgaanbieders en -instellingen. De voorgestane regionale benadering van de zorgorganisatie komt voort uit de eis van samenhang en samenwerking tussen de zorgaanbieders en heeft als doel om met bestaande netwerken zorgaanbod tot stand te brengen voor de bevolking in een bepaald gebied. Deze benadering betreft dus niet een van bovenaf opgelegde of door de overheid aangegeven afbakening van een exact geografisch gebied of het introduceren van een nieuwe bestuurlijke laag. Het kabinet acht het vanwege de traditionele regionale oriëntatie wel waarschijnlijk dat er een geografische ordening van zorgverzekeraars ontstaat maar vindt het van groter belang dat verzekeraars en zorgaanbieders voldoende omvang hebben om zelfstandig te onderhandelen zonder dat monopolioïde situaties ontstaan[9].

De regionale benadering komt onder meer tot uiting in de zogeheten transmuralisering waarbij verschillende zorgverleners gaan samenwerken in zorgketens gericht op het zo effectief mogelijk leveren van de gevraagde zorg; dit kan overigens ook leiden tot ontschotting tussen de verschillende compartimenten (bijvoorbeeld in geval van samenwerking tussen ziekenhuizen en thuiszorgorganisaties).

8 Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 517, nr. 1 (*Bestuurlijke vormgeving tweede compartiment gezondheidszorg*).

9 Tweede Kamer, vergaderjaar 1998-1999, 26 517, nr. 1, p. 4.

In dit verband kan er ook op worden gewezen verzekeraars te stimuleren eigen instellingen te exploiteren. Daardoor hebben ziekenfondsen meer keuzemogelijkheden ten aanzien van het zorgaanbod en meer mogelijkheden tot zorg-op-maat. Een eigen instelling kan ook een voorbeeldfunctie vervullen waar het gaat om het aanbieden van integrale zorg.

In de visie van het kabinet treedt de verzekeraar op als regisseur van zorg in de regio en fungeert hij als *countervailing power* ten opzichte van het zorgaanbod om, in het belang van de verzekerden, een adequaat en afdoende zorgaanbod te realiseren. Hij sluit overeenkomsten met aanbieders en instellingen van zorg ter verkrijging van een meer op de vraag van zijn verzekerden ingestelde en doelmatige zorgverlening. Ook bevordert hij daartoe de afstemming van de zorgprocessen in de instellingen en de verdere ontwikkeling van zorgketens tussen de verschillende aanbieders van zorg.

5. Afrondende opmerkingen

Een van de centrale onderwerpen in de beleidsdiscussie en het beleid op het terrein van de gezondheidszorg heeft in de afgelopen periode betrekking op de ordening via marktwerking of aanbodregulering en op de besturing van het stelsel van gezondheidszorg via concurrentie, regelgeving, of via overleg. Centraal staan de vragen naar de rol van de overheid en andere partijen of actoren (zie verder in bijlage 4C) en naar het allocatiemechanisme dat voorop dient te staan: allocatie door de overheid via schaarste en aanbodregulering dan wel door verzekeraars en verzekerden via vraagsturing en geregleerde concurrentie.

Vastgesteld kan worden dat er aan de hand van concrete maatregelen geleidelijk een overgang plaatsvindt van aanbodregulering naar meer vraagsturing en dat daarbij onderscheid wordt gemaakt tussen het eerste en tweede compartiment van de gezondheidszorg.

B Beleidsmaatregelen 1985-2000

1. Inleiding

In de afgelopen jaren heeft de overheid uiteenlopende maatregelen genomen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Daarbij is sprake geweest van incrementeel of ad-hocbeleid, hetgeen heeft geleid tot een stapeling van beleid. Verder is bij veel maatregelen een uitdrukkelijke relatie gelegd met inkomensbeleid vooral gericht op het compenseren of repareren van niet gewenste inkomenseffecten. Het beleid in de afgelopen 15 jaren heeft aldus bijgedragen tot de nu bestaande ondoorzichtigheden, tegenstrijdigheden, ondoelmatigheden en minder transparante solidariteitsverhoudingen.

Deze bijlage geeft een overzicht van de beleidsmaatregelen in de periode 1985 tot 2000. Achtereenvolgens wordt aandacht besteed aan maatregelen in de structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, de AWBZ, de ZFW en de WTZ.

2. Structuur verzekeringsstelsel

Vier gebeurtenissen uit de afgelopen 15 jaar zijn in het bijzonder van belang voor de huidige structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Kleine stelselwijziging 1986

De eerste gebeurtenis is de kleine stelselwijziging uit 1986, die een uitbreiding van de overheidsinvloed op de markt voor particuliere ziektekostenverzekeringen betekende. Hierbij regelde de overheid ten eerste de medefinanciering van ziekenfondslasten door particulier verzekerden via de Wet MOOZ. Daarnaast regelde de overheid (een deel van) de solidariteitsverhoudingen op de particuliere verzekeringsmarkt. Ten eerste door de particuliere verzekeraars te verplichten een bepaalde categorie verzekerden te accepteren, waarbij de overheid een maximumpremie voor een welomschreven pakket bepaalde. Ten tweede door te regelen dat een deel van de lasten in het kader van de WTZ over alle particulier verzekerden worden omgeslagen (omslagregeling WTZ).

Basisverzekering en convergentie tweede compartiment

De tweede en derde gebeurtenis zijn relevant vanwege het feit dat het gaat om plannen voor vergaande stelselherziening die nimmer geheel en in samenhang zijn ingevoerd. In de eerste plaats gaat het om de plannen voor de totstandkoming van een stelsel van een basisverzekering en een aanvullende verzekering ten tijde van het derde kabinet Lubbers. Daarnaast gaat het om de plannen voor de convergentie van verzekeringen in het tweede compartiment die door het eerste kabinet Kok werden gemaakt.

Compartimentering

De vierde gebeurtenis is de keuze van het eerste kabinet Kok om het drie compartimentenstelsel als leidraad voor beleid te nemen. De compartimentering kan worden beschouwd als een beleidskader voor maatregelen die dit kabinet voorstond ten aanzien van het financierings-, besturings- en uitvoeringsmodel voor de verschillende compartimenten van het zorgstelsel. Onderdeel hiervan vormde de nieuwe budgetdiscipline in 1995. Deze had gevolgen voor de beheersing van de uitgaven tot op dat moment. Twee beheersingsbegrippen stonden daarin centraal: het Budgettair Kader Zorg (BKZ) en de ijklijn zorg. Het BKZ omvatte alleen nog de netto reële zorguitgaven. De ijklijn zorg had betrekking op het collectief gefinancierde deel van de zorguitgaven (AWBZ, ZFW) dat valt onder het BKZ.

3. AWBZ

Ontwikkelingen verstrekkingenpakket

Eind jaren tachtig en begin jaren negentig is in het kader van de totstandkoming van een basisverzekering een aantal voorzieningen uit het tweede compartiment overgeheveld naar de AWBZ. In 1989 gebeurde dit voor het eerste jaar psychiatrie. In 1996 zijn alle zorgvoorzieningen met uitzondering van deze psychiatrische zorg terug geheveld naar het tweede compartiment. Relevant in dit kader is ook de overheveling van verzorgingstehuizen naar de AWBZ. Vanaf 1997 geldt voor verzorgingstehuizen een subsidieregeling in het kader van de AWBZ. Mensen die over onvoldoende middelen beschikken kunnen hiervan gebruik maken. Vanaf 2001 maken verzorgingshuizen onderdeel uit van de reguliere financiering van de AWBZ. Verder is het van belang te vermelden dat de subsidiëring van kosten van gezinsverzorging en sociaal-pedagogische diensten sinds 1989 vanuit de AWBZ gebeurt. In 1997 is de subsidieregeling voor gezinsverzorging overgegaan in reguliere financiering vanuit de AWBZ.

Een relevante ontwikkeling ten aanzien van het verstrekkingenpakket in de AWBZ is de mogelijkheid om bij algemene maatregel van bestuur zorgaanspraken functioneel te omschrijven (1992). Om verschillende redenen is hiervan tot op heden nauwelijks gebruik gemaakt. Alleen op het terrein van de verpleging en verzorging is een aantal aanspraken functioneel omschreven. In de nota *Zicht op Zorg* (1999) is het functioneel omschrijven van aanspraken in de AWBZ wel weer onderdeel van het beleid, in het bijzonder op het terrein van de verpleging en verzorging.

Ontwikkelingen kring van verzekerden

De kring van verzekerden op grond van de AWBZ is slechts in beperkte mate veranderd. De enige verandering is dat particulier verzekerden die permanent in het buitenland wonen vanaf 1 januari 2000 zelf de kosten moeten be-

talen voor thuiszorg of verblijf in een verpleeg- of verzorgingstehuis in het land waarin zij wonen. Hierbij gaat het alleen om nieuwe ziektegevallen.

Ontwikkelingen premieheffing, eigen bijdragen en rijksbijdragen

In 1992 is de mogelijkheid van een gedifferentieerde nominale premieheffing in de AWBZ ingevoerd. Inmiddels is deze maatregel weer afgeschaft, evenals de mogelijkheid van een eigen risico (1992) en de toegangsbijdrage thuiszorg (1999). De AWBZ kent nu drie inkomensafhankelijke eigenbijdrage-regelingen: de eigen bijdrage thuiszorg, de lage intramurale eigen bijdrage en de hoge intramurale eigen bijdrage.

Een tweede maatregel betreft de aanpassing van de lage eigenbijdrageregeling AWBZ. Volgens de nieuwe systematiek (inkomenstabel) bedraagt deze bijdrage minimaal 215 gulden per maand en maximaal 15 procent van het bijdrageplichtig inkomen.

Een derde maatregel betreft de verschuiving van de rijksbijdrage van de AWBZ naar de ZFW: in 1986 bij de opheffing van de vrijwillige bejaardenverzekering (2 miljard), in 1996 bij het terughevelen van een aantal voorzieningen uit de AWBZ naar de ZFW (2,7 miljard) en in 2000 in verband met de toetreding van zelfstandigen tot de ZFW (0,4 miljard).

Ontwikkelingen financieringssystematiek

Aan de uitgavenkant van de financieringssystematiek van de AWBZ heeft zich in de jaren negentig een aantal veranderingen voorgedaan.

De eerste verandering betrof de invoering van de mogelijkheid voor verzekeraars een restitutiesysteem in plaats van een in natura systeem te hanteren in de AWBZ (per 1992).

Een tweede maatregel betreft de vaststelling van macrokaders voor AWBZ-sectoren in het kader van de destijds geïntroduceerde nieuwe budgetdiscipline. Deze macrokaders worden voorafgaand aan een boekjaar vastgesteld.

Ontwikkelingen zorginkoopmarkt

Op de zorginkoopmarkt is de afgelopen jaren een aantal maatregelen genomen gericht op de invoering van elementen van vraagsturing. Zo zijn persoonsgebonden budgetten ingevoerd in de sectoren verpleging en verzorging en verstandelijk-gehandicaptenzorg. In de geestelijke gezondheidszorg zijn persoonsvolgende budgetten ingevoerd. Hiermee beoogt de overheid vorm te geven aan zelfsturing door verzekerden. Het kabinet wil de persoonsgebonden budgetfinanciering verder versterken (nota *Zicht op zorg*).

Verder is er de instelling van 31 zorgkantoren in 1998. Zij hebben een licentie om vier jaar de AWBZ uit te voeren. Zij zijn onder meer verantwoordelijk voor het contracteren van zorginstellingen, het vaststellen en innen van eigen bijdragen en deelneming aan het regionaal overleg ten behoeve van het sluiten van medewerkersovereenkomsten. Het zorgkantoor is tevens betrokken bij de totstandkoming van regiovisies, waarin de planning, het volume,

de spreiding en de toegankelijkheid van zorgvoorzieningen beleidsmatig aan de orde komen. Per WZV-regio is een zorgkantoor werkzaam.

4. ZFW

Ontwikkelingen verstrekkingenpakket

Het verstrekkingenpakket van de ZFW is in voorgaande jaren op een aantal terreinen ingeperkt. In 1992 is de cosmetische chirurgie uit het verstrekkingenpakket verwijderd. In 1995 gebeurde dit met tandheelkundige hulp voor volwassenen (behoudens periodieke controle). Later is de leeftijdsgrens voor tandheelkundige hulp verlaagd van 19 naar 18 jaar. Daarnaast is de aanspraak op fysiotherapie per 1996 beperkt.

Een andere relevante ontwikkeling betreft de invoering van functioneel omschreven aanspraken voor revalidatie, geneesmiddelen en hulpmiddelen (1992). Deze maatregel is in het kader van het afschaffen van de plannen voor een basisverzekering later weer teruggedraaid.

Ontwikkelingen kring van verzekerden

De kring van verzekerden van de ZFW is de afgelopen jaren vaak gewijzigd. De eerste verandering betreft de uitbreiding van de ZFW met mensen ouder dan 65 jaar en bepaalde categorieën verzekerden als gevolg van de kleine stelselwijziging in 1986.

Een tweede grote verandering was het gevolg van de invoering van de Wet Van Otterloo (1994). Mensen ouder dan 65 jaar met een inkomen tot 70 procent van de loongrens ZFW kregen toegang tot de ZFW. Voor de financiering van deze inkomenspolitieke maatregel werd naast een verhoging van de MOOZ-bijdrage de loongrens ZFW verhoogd (draagvlakvergroting). Hierdoor werd de toegang tot de ZFW opengesteld voor een tweede groep mensen. Als gevolg van de Wet Van Otterloo zijn naar schatting netto 148.000 particulier verzekerden naar de ZFW gestroomd.

De derde verandering is de uitsluiting van het recht op medeverzekering voor kinderen die studiefinanciering (kunnen) ontvangen (sinds 1997).

Een vierde maatregel is het afsluiten van de toegang tot de medeverzekering in de ZFW voor nieuwe WSF-gerechtigden in 1997 (studenten). Met deze maatregel werd in vier jaar tijd een daling van 185.000 verzekerden beoogd (in werkelijkheid zijn aanzienlijk minder studenten ingestroomd). Verder is in 1997 de verplichte ziekenfondsverzekering voor asielzoekers en houders van een voorwaardelijke vergunning tot verblijf beëindigd. Hiermee werd een uitstroom beoogd van 57.000 mensen.

De vijfde verandering heeft betrekking op mensen ouder dan 65 jaar. Sinds 1998 blijven mensen die 65 jaar worden ziekenfondsverzekerd als zij daarvoor ook ziekenfondsverzekerd waren. Daarnaast kunnen particulier verze-

kerden van 65 jaar en ouder sinds 1998 vrijwillig toetreden tot kring van de ZFW, mits hun belastbaar huishoudinkomen onder een bepaalde grens blijft. De zesde maatregel is het gevolg van de Wet herstructurering ZFW, die heeft geleid tot een uitstroom van bejaarden uit de ZFW (1998). Dit betrof voor een groot deel gepensioneerde interim-ambtenaren die een beroep konden doen op een ZVO-tegemoetkoming. In totaal werd met deze maatregel een uitstroom van 60.000 verzekerden beoogd. In werkelijkheid zijn slechts 12.000 uitgestroomd.

De laatste verandering is de recente overheveling van zelfstandigen naar het ziekenfonds (2000). Hierdoor zullen 240.000 zelfstandigen en 160.000 medeverzekerden overgaan van een particuliere naar een ziekenfondsverzekering^[10]. Het kabinet wil de stabiliteit ten aanzien van de omvang van het aantal ziekenfondsverzekerden handhaven (uitstroom uiteindelijk gelijk aan de huidige instroom van zelfstandigen). Daarom wordt de loongrens gedurende een aantal jaren met de prijsindex geïndexeerd.

Ontwikkelingen premieheffing

In 1986 is in het kader van de kleine stelselwijziging de rijksbijdrage aan de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering ingevoerd. In dat jaar is ook de Wet MOOZ ingevoerd. Deze wet verplicht particulier verzekerden de uitgaven in het kader van de oververtegenwoordiging van ouderen in de ZFW mede te financieren.

Een derde relevante maatregel betreft de invoering van een nominale premie in de ZFW in 1989. Sinds 1991 stellen verzekeraars zelf de hoogte van de nominale premie vast.

De vierde relevante maatregel betreft de verschuiving van de rijksbijdrage AWBZ naar de ZFW in 1991. Deze maatregel werd genomen om de solidariteit tussen ziekenfonds- en particulier verzekerden te vergroten.

Een vijfde maatregel is het afschaffen van de nominale premie voor meeverzekerde kinderen (1995).

Een zesde maatregel heeft betrekking op het premiepercentage dat mensen ouder dan 65 jaar moeten betalen over hun premieplichtig inkomen (exclusief AOW). Dit percentage ligt sinds 1998 2 procentpunt lager dan het premiepercentage dat betrekking heeft op de AOW-uitkering.

De laatste relevante maatregel is de afschaffing van de algemene eigen bijdrage in 1999 die in 1997 was ingevoerd.

Ontwikkelingen financieringssystematiek

Aan de uitgavenkant van de financieringssystematiek, in het bijzonder de bekostiging van ziekenfondsen, is eveneens een aantal relevante maatregelen getroffen.

10 Zeer recent heeft de minister van VWS aan de Kamer laten weten een wijziging te willen aanbrengen in de berekening van het gemiddeld besteedbaar inkomen. Als gevolg van deze aanpassing zouden circa 65.000 zelfstandigen alsnog particulier verzekerd kunnen blijven.

De eerste maatregel uit 1991 betrof de *budgettering voor verstrekkingen en vergoedingen*. Dit vond tot 1993 plaats op basis van historische kosten van een ziekenfonds. In 1993 zijn leeftijd en geslacht als criteria voor de budgettering ingevoerd. Daaraan zijn in 1995 de criteria regio en arbeidsongeschiktheid toegevoegd. In 1999 heeft het criterium verzekeringsgrond het arbeidsongeschiktheids criterium vervangen en is het regiocriterium verfijnd (post-codeniveau in plaats van gemeenteniveau). In 2000 wordt de budgettering voor een deel gebaseerd op uitgaven in het verleden.

Verder is relevant dat in 1996 het splitsingsmodel is geïntroduceerd in budgettering (wel en niet beïnvloedbare kosten van ziekenhuisverpleging). In 1998 is voor de budgetvaststelling, de verevening en de nacalculatie een nader onderscheid aangebracht, namelijk een deel vaste en een deel variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp en een deel overige verstrekkingen (o.a. geneesmiddelen, hulpmiddelen, huisartsen, paramedische hulp, tandheelkundige hulp). Ten slotte is in 1998 de budgettering van kosten voor medisch-specialistische zorg uit het deelbudget overige verstrekkingen gehaald.

Voorts heeft een aantal veranderingen plaatsgevonden in de verevening (1992) en nacalculatie (1991) van kosten tussen ziekenfondsen. Het vereveningspercentage is in 1997 teruggebracht van 60 naar 30 procent en in 2000 tot nul procent. Gelijktijdig (1997) is ook het nacalculatiepercentage verlaagd van 50 naar 25 procent. Het nacalculatiepercentage voor de overige verstrekkingen is sinds 1996 jaarlijks teruggebracht tot 0 procent in 1999. Het nacalculatiepercentage voor vaste ziekenhuiskosten en specialistische hulp bedraagt 95 procent.

Verder is ten aanzien van de budgettering relevant dat er in 1997 naast de generieke verevening een hoge kostenverevening is ingevoerd. Deze verevening houdt in dat verzekeraars 90 procent van de schade boven een bepaald bedrag (overschadegrens) ten laste kunnen brengen van een pool. In 2000 is de overschadegrens voor de hoge kostenverevening verhoogd van 7.500 naar 10.000 gulden.

Tot slot is de invoering van de systematiek van meerjarenafspraken te noemen, waarbij het kabinet afspraken maakt met vertegenwoordigers van zorginstellingen en verzekeraars over prioriteiten in de zorg. De basis hiervoor is gelegd in het Regeerakkoord van 1998 en maakt onderdeel uit van het nieuwe besturingsmodel van het kabinet. De overheid stelt op basis van sectorale zorgvisies de inhoudelijke en financiële kaders. Daarbinnen worden vervolgens afspraken gemaakt over prioriteiten.

Ten aanzien van de *budgettering van beheerskosten* is de herijking van het macro-beheerskostenbudget relevant. Sinds 1995 is dit budget wat de uitvoering van de ZFW betreft gebaseerd op de werkelijke beheerskosten van de meest efficiënt werkende ziekenfondsen. Verder is relevant te vermelden dat de

budgettering van ziekenfondsen sinds 1999 niet langer op historische gronden plaatsvindt, maar op basis van het aantal verzekerden, geslacht, leeftijd, regio en verzekeringsgrond (genormeerde bedragen per verzekerde). Het kabinet is voornemens een doelmatiger beheer van de ZFW te realiseren. In dat kader heeft het aangekondigd de voor- en nadelen te laten onderzoeken van het innen van de premies ZFW door de belastingdienst.

Ontwikkelingen zorgverzekeringsmarkt

De overheid heeft een aantal jaren geleden twee maatregelen genomen die tot doel hadden elementen van marktwerking op de zorgverzekeringsmarkt in te voeren. Dit waren:

- De opheffing van de eigen werkgebieden van ziekenfondsen (1992). Hiermee kregen ziekenfondsen de mogelijkheid op landelijk niveau en in concurrentie te opereren. Voor verzekerden betekende dit een mogelijkheid om te kiezen uit verschillende ziekenfondsen.
- De invoering van de mogelijkheid voor verzekerden om jaarlijks van ziekenfondsverzekeraar te veranderen.

Ontwikkelingen zorginkoopmarkt

Met betrekking tot het functioneren van de zorginkoopmarkt is de afgelopen jaren een aantal maatregelen getroffen.

De eerste maatregel betreft de opheffing van de contracteerplicht van vrije beroepsbeoefenaren voor ziekenfondsen en uitvoerende organen van de AWBZ (1992). Sindsdien zijn deze partijen niet langer verplicht met iedere beroepsbeoefenaar een contract te sluiten. Door deze maatregel is er op de zorginkoopmarkt ruimte voor marktwerking ontstaan.

In 1992 is de maatregel genomen tot het mogelijk maken van de geleidelijke opheffing van het verbod op eigen instellingen in de AWBZ en in de ZFW. Voorzover bekend zijn in dit kader alleen maatregelen genomen met betrekking tot apotheken en heeft de maatregel voor de rest geen betekenis gehad (1999).

Verder zijn er drie maatregelen in voorbereiding die betrekking hebben op het verruimen van de mogelijkheden voor de inkoop van geneesmiddelen door verzekeraars (initiatiefwet Oudkerk; aangenomen). Dit betreft de generieke ontheffing van het verbod op eigen apotheken, de opheffing van het verbod op loondienst van de apotheker en de opheffing van het verbod op het extramuraal afleveren van geneesmiddelen door ziekenhuisapotheken. Op de zorginkoopmarkt is tot slot relevant de organisatorische integratie van ziekenhuizen en medisch specialisten tot het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

5. WTZ

Ontwikkelingen verstrekkingenpakket

Voor ontwikkelingen in het verstrekkingenpakket wordt verwezen naar de voorgaande paragraaf.

Ontwikkelingen kring van verzekerden

Met de invoering van de WTZ regelde de overheid de toegang tot de particuliere verzekeringsmarkt voor mensen die als gevolg van het opheffen van de vrijwillige ziekenfondsverzekering op die markt waren aangewezen. Als gevolg van deze maatregel zijn circa 750.000 ziekenfondsverzekerden overgegaan naar de particuliere markt. Sindsdien is de kring van verzekerden uitgebreid met een aantal andere groepen:

- In 1989 is de WTZ (eenmalig) opengesteld voor mensen ouder dan 65 jaar die voor de kleine stelselwijziging van 1986 op een particuliere verzekering waren aangewezen.
- In 1991 is de WTZ opengesteld voor alle mensen ouder dan 65 jaar die op een particuliere verzekering zijn aangewezen (generaal pardon ouderen).
- In 1991 is ook de toegang tot de WTZ mogelijk gemaakt voor mensen die voor hun particuliere ziektekostenverzekering meer betalen dan de voor hun leeftijdsgroep vastgestelde maximumpremie van de WTZ (de zogenaamde meerbetalersregeling).
- In 1992 is de WTZ opengesteld voor jongeren met recht op studiefinanciering (studenten). Circa 300.000 studenten kwamen voor een WTZ-polis in aanmerking, waarvan de helft zich daadwerkelijk aanmeldde.
- In 1994 is de kring van verzekerden van de WTZ ingeperkt als gevolg van de invoering van de Wet Van Otterloo (zie beschrijving maatregelen ZFW).
- In 1998 is de Wet herstructurering ZFW in werking getreden. Deze wet gaf bejaarden die door de Wet Van Otterloo verplicht naar de ZFW moesten overstappen de eenmalige mogelijkheid terug te keren naar een particuliere ziektekostenverzekering. Circa 165.000 mensen hebben hiervan gebruik gemaakt.

Ontwikkelingen premieheffing

Een eerste maatregel betreft de invoering van de WTZ-omslagbijdrage in 1989. Deze maatregel voorzag in een omslagregeling voor de financiering van het tekort dat verzekeraars leden op WTZ-polissen. Dit tekort werd omgeslagen over alle particulier verzekerden.

Een tweede relevante maatregel is het besluit dat per 1 maart 1994 het tekort in het kader van de meerbetalersregeling niet langer onder de WTZ-omslagregeling te plaatsen. Voor dit tekort zijn particuliere ziektekostenverzekeraars sindsdien risicodragend.

Een derde relevante maatregel is het besluit dat particulier verzekerden van 65 jaar en ouder vanaf 1998 geen WTZ-omslagbijdrage meer hoeven te betalen.

De vierde maatregel heeft betrekking op de vierde tranche Van Otterloo. In de Wet Van Otterloo (1994) is bepaald dat de procentuele ziekenfondspremie en de nominale WTZ-premie van mensen ouder dan 65 jaar in vier jaar tijd gelijk getrokken zou worden met de premies die mensen jonger dan 65 jaar betalen (is gepaard gegaan met een verhoging van de AOW). Deze maatregel is in 2000 volledig ingevoerd.

Ontwikkelingen financieringssystematiek

In de financieringssystematiek van de WTZ hebben de afgelopen jaren geen noemenswaardige veranderingen plaatsgevonden.

Het kabinet heeft de kamer in december vorig jaar laten weten dat de vergroting van de risicodragendheid van verzekeraars in de WTZ vorm zal worden gegeven in het kader van algemene maatregelen rond het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

C. Rol overheid en andere actoren op het terrein van de gezondheidszorg

1. Publieke randvoorwaarden en doelstellingen

Uit adviezen en rapporten van de SER komt naar voren dat publieke doelstellingen als kwaliteit, toegankelijkheid, gelijke behandeling, doelmatigheid en kostenbeheersing de uitgangspunten dienen te vormen voor het beleid met betrekking tot de ordening en besturing van de gezondheidszorg. Het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg dient gericht te zijn op het waarborgen van:

- de kwaliteit van de gezondheidszorg;
- de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid van gezondheidszorg;
- de financiële toegankelijkheid en het voorkomen van tweedeling;
- een verantwoorde kostenontwikkeling in het licht van overige sociaal-economische beleidsdoelstellingen[11].

In dit verband is ook de doelmatigheid in de gezondheidszorg aan de orde. Daarbij gaat het in wezen om de vraag hoe het stelsel op (kosten)efficiënte en effectieve wijze kan bijdragen tot het verwezenlijken van de genoemde beleidsdoelstellingen. De (per definitie) schaarse middelen dienen zo doelmatig en doeltreffend mogelijk te worden ingezet in termen van gezondheidswinst, het volwaardig kunnen deelnemen aan het maatschappelijk verkeer en het verbeteren van de algehele gezondheidssituatie. In dat verband kunnen prikkels die partijen stimuleren om te komen tot een doelmatig gebruik van middelen en tot een beheerste kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg als zodanig, een belangrijke rol spelen.

2. Noodzaak overheidsingrijpen

In zijn advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg* (1998) kwam de raad tot de conclusie dat een actieve betrokkenheid van de overheid op de onderscheiden deelmarkten van de gezondheidszorg niet kan worden gemist[12]. De overheid zal hoe dan ook een ordenende rol moeten spelen in de zorgsector en in dat kader staat haar een scala aan instrumenten ter beschikking. De raad heeft daarbij gewezen op:

- de publieke functie die de zorgsector vervult, onder meer de gegarandeerde beschikbaarheid van voorzieningen zoals de instellingen voor gehandicapten, psychiatrische ziekenhuizen en (geavanceerde) vormen van ziekenhuiszorg waaronder topklinische zorg en medisch-specialistische hulp;

11 SER-advies *Herziening stelsel van ziektekostenverzekeringen*, Den Haag 1990, publicatienr. 90/20, p. 87; SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, Den Haag 1998, publicatienr. 98/13, p. 138.

12 SER-advies *Sociale zekerheid en gezondheidszorg*, op.cit., p. 105.

- de ongelijke of asymmetrische verdeling van kennis en informatie tussen vraag- en aanbodzijde. Als gevolg van informatieasymmetrie is het voor de patiënt vrij moeilijk te bepalen wat voor hem de gepaste zorg is, zeker nadat hij is opgenomen in het zorgcircuit;
- het gevaar van risico- en antiselectie bij de verzekering van ziektekosten;
- de noodzakelijke solidariteit met het oog op de financiële toegankelijkheid;
- het belang van kostenefficiëntie met het oog op de betaalbaarheid van de premielasten en het waarborgen van kostenbeheersing;
- de medisch-ethische vraagstukken op het terrein van de gezondheidszorg;
- het toezicht op de kwaliteit van de zorgverlening.

Voorzover het (verder) inbouwen van markt(werkings)elementen in de gezondheidszorg op zichzelf genomen kan bijdragen tot een grotere doelmatigheid en vraaggerichtheid was de raad van oordeel dat ook de mogelijke neveneffecten daarvan, gezien vanuit de zorginhoudelijke en maatschappelijke randvoorwaarden, bij de afwegingen dienen te worden betrokken.

Ook het kabinet trekt de conclusie dat de overheid om een aantal redenen een actieve, directe rol moet spelen op het terrein van de gezondheidszorg[13]. Allereerst zijn (een aantal) zorgvormen zo kostbaar dat het niet vanzelfsprekend is dat iedereen over de financiële middelen beschikt om in deze vraag te voorzien. Op de tweede plaats heeft de overheid als taak antwoorden te formuleren op de imperfecties die het optimaal functioneren van de zorgmarkt belemmeren[14]. Het overheidsoptreden dient gericht te zijn op het beschermen van de belangen van ondernemer en consument, het tegengaan van marktconcentraties, het verbeteren van transparantie en het organiseren van *countervailing power*.

Verder wordt ook in het CSED-rapport *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing* (1999) de noodzakelijke regulerende taak van de overheid op het terrein van de gezondheidszorg nader onderbouwd[15].

Een eerste motief refereert aan rechtvaardigheidsoverwegingen die te maken hebben met de doelstellingen van algemene toegankelijkheid, gelijke behandeling en solidariteit. In de gezondheidszorg ligt een volkomen vrije-marktwerking niet voor de hand. Een aantal wenselijke zorgvormen is zo kostbaar dat niet iedereen zich deze kan veroorloven. Een vrije markt leidt in theorie tot een efficiënte aanwending van schaarse middelen (de zorg komt

13 Tweede Kamer, vergaderjaar 1997-1998, 25 962, nr. 1, pp. 2 en 3.

14 Zie: K.J. Arrow, Uncertainty and the welfare economics of health care, in *American Economic Review*, 1963, 5, pp. 941-973. In dit artikel wordt gewezen op de specifieke kenmerken van vraag en aanbod in de gezondheidszorg, welke een doelmatige en maatschappelijk aanvaardbare verdeling op grond van een volledig marktmechanisme in de weg staan. Dat neemt niet weg dat bepaalde marktprikkels kunnen helpen om de kwaliteit en doelmatigheid te verbeteren.

15 SER-Commissie Sociaal-Economische Deskundigen, *Gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing*, Den Haag 1999, pp. 111 en 112.

ten goede aan de hoogst biedende), maar dat gaat wel gepaard met het buitensluiten van de minder draagkrachtigen.

Een tweede motief heeft te maken met de verschillende vormen van marktfalen of marktimperfecties, waarvoor de overheid corrigerend moet optreden. De belangrijkste hiervan hebben betrekking op het bestaan van onvolledige informatie.

De ingewikkeldheid van het product gezondheidszorg brengt met zich dat noch vragers noch aanbieders over volledige informatie beschikken^[16]. Volledige informatie ontbreekt zowel ten aanzien van de benodigde zorg als ten aanzien van de beïnvloedbaarheid en voorspelbaarheid van gezondheidsrisico's. Daar komt bij dat de vrager, de aanbieder en de verzekeraar over ongelijke kennis beschikken over de feitelijke gezondheid van de zorgvrager (asymmetrische informatie). Opgemerkt zij dat deze informatieasymmetrie vooral een rol speelt bij gespecialiseerde medische hulp, en minder bij andere vormen van dienstverlening waar goed geïnformeerde (groepen) consumenten tegenwicht kunnen bieden aan het professionele aanbod.

Vragers van zorg hebben niet of vaak in beperkte mate inzicht in (de noodzaak van) het medisch handelen; zij kunnen vaak de kwaliteit van het zorgaanbod niet goed beoordelen en lopen het risico hun geld aan ondoelmatige behandelingswijzen kwijt te raken. Dit argument weegt het zwaarst voor hulpvragers die, mede door de ernst van hun gezondheidsproblemen, geen zelfstandige afwegingen (meer) kunnen maken. Daarnaast kunnen (gezonde) consumenten het risico onderschatten dat ze ooit een beroep zouden moeten doen op kostbare zorgvoorzieningen. Dit kan voor de overheid aanleiding zijn om voor sommige vormen van zorg over te gaan tot het opleggen van een verzekeringsplicht (paternalisme argument). Verder wordt de gezondheidszorg gekenmerkt door de individuele wensen en preferenties van de consument, hetgeen inhoudt dat mensen als consument van gezondheidszorg een hoge prioriteit geven aan hun gezondheid. Hierdoor is de vraag naar zorg relatief inelastisch, dit wil zeggen dat zij slechts in beperkte mate wordt beïnvloed door de prijs van de zorg.

Aanbieders van zorg hebben doorgaans een informatievoorsprong of kennisovermacht ten opzichte van hun patiënten. De afhankelijke positie van de patiënt kan al gauw leiden tot aanbod-geïnduceerde vraag, zeker als daar elementen als de ingewikkeldheid van het product gezondheidszorg en de urgentie van de wensen van de consument bij worden betrokken. Van belang in dit verband zijn ook de beperkte concurrentie in de gezondheidszorg en de

16 Op basis van: W.P.M.M. van de Ven, De rol van de ziektekostenverzekering, in: R.M. Lapré, F.H.H. Rutten en F.T. Schut (red.), *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Maarssen 1999; W. Groot, *Hebben we zorg genoeg?*, inaugurale rede, Maastricht, juni 1998; E.W.M.T. Westerhout, Kwaliteit en doelmatigheid in de zorg, in: CPB en SCP, *Trends, dilemma's en beleid: essays over ontwikkelingen op langere termijn*, Den Haag 2000, pp. 123-144.

vaak monopolistische positie van zorgaanbieders (zoals de aanwezigheid van slechts één zorgaanbieder in een regio en het bestaan van kennismonopolies bijvoorbeeld bij aanbieders met een bijzondere deskundigheid). Ook als gevolg van het beleid gericht op spreiding van het aanbod (met het oog op een zo doelmatig mogelijke zorgverlening) nemen veel instellingen en personen in de regio een monopolie- of oligopolie-achtige positie in.

Verzekeraars lopen het risico dat alleen mensen met een zwakke gezondheid een verzekering willen afsluiten (anti-selectie). Omgekeerd lopen mensen met een zwakke gezondheid het risico dat ze nergens een verzekering kunnen afsluiten (risico-selectie). Is een verzekering eenmaal afgesloten, dan wordt de verzekerde niet langer gehinderd door een budgetrestrictie bij zijn vraag naar zorg. Door de scheiding van betalen, beslissen en genieten zijn zowel de vrager als de aanbieder geneigd meer zorg te vragen en aan te bieden, aangezien de verzekeraar toch de zorgkosten betaalt. Er kan dan sprake zijn van overconsumptie (*moral hazard*). De verzekeraar kan dit probleem verkleinen door het invoeren van eigen betalingen en/of door de vergoeding afhankelijk te maken van behandeling door vooraf geselecteerde zorgaanbieders (*managed care*). Ook kan de verzekeraar juist bewust verzekeringspakketten aanbieden waarbinnen wordt beknipt op dure vormen van zorg die slechts voor een kwetsbare minderheid van belang zijn (zoals geestelijk gehandicapten, dementerende ouderen).

3. Afrondende opmerkingen

Uit het voorgaande kan worden afgeleid dat de overheid – in het verlengde van haar grondwettelijke verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid – om meerdere redenen een regulerende rol dient te vervullen op het terrein van de gezondheidszorg:

corrigeren van marktfalen, externe effecten, normatieve afwegingen (zoals het voor iedereen gelijkwaardig toegankelijk houden van de essentiële gezondheidszorg), *merit good*- en kostenoverwegingen.

Dit hoeft echter niet te betekenen dat de overheid (regelgeving) het exclusieve coördinatiemechanisme op het terrein van de gezondheidszorg in handen dient te hebben, onder uitsluiting van de markt of aanvullende coördinatiemechanismen[17]. Enerzijds is overheidsingrijpen noodzakelijk, anderzijds is overheidsingrijpen gelet op het bestaan van maatschappelijke verantwoordelijkheden, vaak niet het meest gepaste antwoord op marktfalen[18]. Eenzijdig overheidsingrijpen in de zorgsector miskent immers het gegeven dat de overheid, zorgaanbieders en verzekeraars in hoge mate van elkaar afhanke-

17 Zie: CPB, *Challenging neighbours, rethinking German and Dutch economic institutions*, Berlijn 1997, pp. 53-60.

18 Zie: RVZ, *Besturen in overleg*, Zoetermeer 1998, pp. 6-8, 18-21 en 25-29.

lijk zijn bij het realiseren van hun doelen. Naast overleg als aanvullende coördinatiemechanisme speelt in de gezondheidszorg coördinatie via gemeenschappelijk gedeelde normen en waarden een belangrijke rol.

CENTRAAL PLANBUREAU/SOCIAAL EN CULTUREEL PLANBUREAU NOTITIE

Nummer : 00/40
Datum : 14 december 2000
Aan : Werkgroep Ziektekostenverzekeringen (SER)

Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen: inkomenseffecten**1. Inleiding**

De Werkgroep Ziektekostenverzekeringen (WZV) van de SER heeft het CPB en het SCP gevraagd de inkomenseffecten door te rekenen van zijn voorstellen voor een toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen. Uitgangspunt voor de doorrekeningen is het ontwerpadvies 'Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen'. De aanvullende veronderstellingen die het CPB en het SCP dienden te maken zijn in deze notitie vermeld. Het CPB en het SCP hebben het verzoek in technische zin opgevat. Deze notitie bevat derhalve geen inhoudelijke standpunten van het CPB en het SCP betreffende het ontwerpadvies van de SER.

Deze notitie presenteert de gevraagde berekeningen. Deze berekeningen hebben een indicatief karakter en kunnen alleen als zodanig worden geïnterpreteerd. De berekeningen zijn met meer dan normale onzekerheid omgeven aangezien in het ontwerpadvies van de SER instituties worden gecreëerd die tot nu toe in Nederland niet hebben bestaan. Dit maakt het gedrag van verzekeraars, verzekerden en zorgverleners minder goed voorspelbaar. Verder zijn de gegevens die gebruikt zijn bij de inschatting van het gedrag van verzekerden enigszins gedateerd.

De structuur van deze notitie is als volgt. In paragraaf 2 worden die elementen van het ontwerpadvies besproken die voor de berekeningen het meest relevant zijn. In paragraaf 3 wordt aangegeven welke aanvullende veronderstellingen gemaakt dienden te worden. In paragraaf 4 wordt aandacht besteed aan de gedragseffecten die op grond van het voorstel zijn te verwachten. De financieringsverschuivingen tussen sectoren en het budgettaire beslag zijn beschreven in paragraaf 5. De effecten op de koopkracht, de mogelijkheden voor koopkracht-reparatie en de effecten op de loonkosten staan in paragraaf 6. Paragraaf 7 gaat nader in op de poliskeuze van huishoudens.

2. Ontwerpadvies

Het ontwerpadvies van de SER behelst een integratie van het ziekenfonds en de huidige particuliere verzekeringen tot een algemene verzekering voor de curatieve zorg (algemene zorgverzekering). Onder particuliere verzekeringen vallen zowel privaatrechtelijke verzekeringen (maatschappij- en WTZ-polissen) als publiekrechtelijke verzekeringen. In het ontwerpadvies worden sommige AWBZ-voorzieningen naar de algemene zorgverzekering overgeheveld. Met name gaat het dan om de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de kortdurende thuiszorg en de kortdurende verpleging. Daarnaast worden de tandheelkundige zorg voor volwassenen en de fysiotherapie welke momenteel in het derde compartiment zijn opgenomen ondergebracht in de algemene zorgverzekering.

In het ontwerpadvies wordt voorgesteld verzekerden een keuze te bieden uit verschillende polissen. De zogeheten standaardpolis omvat ongeveer het ZFW-pakket plus de overgehevelde voorzieningen uit de AWBZ en die uit het derde compartiment. De zogeheten basispolis heeft betrekking op een kleiner pakket van kostbare vormen van zorg. Daarnaast kunnen verzekerden kiezen voor een eigen risico van f 200 (per polis) of f 1000 (per volwassene) per jaar. De premie (gebaseerd op schade, uitvoeringskosten en een positieve of negatieve solidariteitbijdrage) voor de standaardpolis met f 200 eigen risico is voor alle verzekerden van een verzekeraar gelijk, ongeacht leeftijd en gezondheidskenmerken. Voor de standaardpolis met f 200 eigen risico geldt een acceptatieplicht. Er moet een vereveningssysteem komen tussen verzekeraars, omdat de goede en slechte risico's onevenredig gespreid kunnen zijn over de verzekeraars. Verder kan de overheid, als ultimum remedium, een premiebandbreedte opleggen waarbinnen verzekeraars hun polissen moeten aanbieden.¹ Voorspelbare verliezen op de standaardpolis worden dan gecompenseerd door voorspelbare winsten op de basispolis. Ten slotte bestaat de mogelijkheid dat er gebruik gemaakt wordt van een systeem van *preferred providers*.

De huidige MOOZ- en WTZ-regeling komen te vervallen. Ook de rijksbijdrage ZFW verdwijnt als institutie. Er wordt verondersteld dat de middelen die met deze bijdrage gemoeid zijn (ad f 7 mld) in de toekomst behouden blijven voor de financiering van het stelsel van ziektekostenverzekeringen of voor reparatie van koopkrachteffecten.

3. Aanvullende veronderstellingen

De invoering van een verplicht eigen risico en keuzevrijheid ten aanzien van pakketomvang zullen van invloed zijn op de macrokosten van de zorg. Aangezien de invoering van een eigen risico voor ZFW-verzekerden nieuw is, zullen de kosten van de zorg voor hen waarschijnlijk afnemen als gevolg van gedragseffecten. De meeste particulier verzekerden hebben reeds een eigen risico. Indien veel van hen voor een uitgebreid pakket en een beperkt eigen risico kiezen, zoals de simulatieresultaten suggereren (zie paragraaf 7), dan zouden de kosten van de zorg voor hen kunnen toenemen. In de berekeningen is verondersteld dat de omvang van de kosten van de zorg per saldo onveranderd blijft (48,7 mld). Na aftrek van eigen bijdragen (830 mln) als gevolg van verplichte eigen risico's resulteert een totale premie voor de algemene verzekering van bijna f 48 mld in 2001.

Het ontwerpadvies van de SER houdt in dat enkel gepaste zorg bij de algemene verzekering curatieve zorg wordt ondergebracht. Aangezien het moeilijk is in te schatten in hoeverre de voorgestelde instrumenten effectief zijn in het uitsluiten van niet gepaste zorg, wordt dit element in de berekeningen verder buiten beschouwing gelaten.

In het ontwerpadvies blijft de vraag bestaan hoe risico-selectie door verzekeraars, die wordt opgeroepen door regulering van de premie en imperfecties in de (externe) verevening, wordt tegengegaan. Om meer inzicht te krijgen in de mate van, en afruil tussen, doelmatigheid en risico-selectie is een precieze invulling van een systeem van (externe) verevening van

¹Regulering van premie kan leiden tot ongewenste prikkels voor verzekeraars tot risicoselectie.

gezondheidsrisico's van belang.² Aangezien de verevening verder uitgewerkt moet worden, worden deze gedragseffecten van verzekeraars buiten beschouwing gelaten.

In het ontwerpadvies van de SER is financiering door werkgevers niet wettelijk geregeld. Als werkhypothese is de huidige praktijk bij particuliere ziektekostenverzekeringen gevolgd. Er wordt verondersteld dat werkgevers 50% van de premie voor een standaardpolis met *f* 200 eigen risico aan werknemers vergoeden en dat de werkgeversbijdrage belastbaar is voor de loonheffing. De huidige bijdrage van werkgevers voor ZFW-verzekerden is wettelijk geregeld; voor particulier verzekerden is dit een onderdeel van het arbeidsvoorwaardenoverleg. Zonder wettelijke regeling is het niet zeker dat werkgevers de veronderstelde vergoeding zullen geven. Bij de overheid is verondersteld dat de vergoeding die nu gegeven wordt in het kader van de interim- of IZA-regeling gehandhaafd wordt. Verder is verondersteld dat de beursgedeelten uit de studiefinanciering ongewijzigd blijven. Bij de sociale fondsen is verondersteld dat deze de helft van de totale premie vergoeden aan de uitkeringsgerechtigden. Bij de netto-netto koppeling wordt rekening gehouden met een belastbare werkgeversbijdrage die in de bruto AOW-uitkering wordt opgenomen. Nominale premies en eigen betalingen moeten, net als in de huidige situatie, uit de netto inkomsten worden betaald.

Het ZFW-fonds heeft in 2001 een saldo-overschot van *f* 2 mld (stand MEV 2001), doordat de premies in verband met vermogensinhaal incidenteel boven kostendekkend niveau zijn vastgesteld. Om dit incidentele effect buiten de analyse van de stelselherziening te laten is gerekend met een basispad waarin de ZFW-premies op kostendekkend niveau liggen. Ook voor de algemene verzekering curatieve zorg is uitgegaan van een kostendekkende premie. Met eventuele hogere vermogensnormen voor het afdekken van risico's is in de analyse geen rekening gehouden.

Ten aanzien van de AWBZ is aangenomen dat de eliminatie van voorzieningen uit de AWBZ in de inkomensafhankelijke premie tot uitdrukking wordt gebracht. Dit komt neer op een verlaging van de AWBZ-premie met 0,85%-punt.

Uitgegaan wordt van vier polistypen, te weten een standaardpolis met een eigen risico van *f* 200, een standaardpolis met een eigen risico van *f* 1000, een basispolis met een eigen risico van *f* 200 en een basispolis met een eigen risico van *f* 1000. Om het aantal polissen beperkt te houden is geen rekening gehouden met mogelijke tussenliggende polissen. De hoogte van eigen risico's op polisniveau is bij de standaardpolis en de basispolis met *f* 1000,- eigen risico afhankelijk van het aantal volwassenen per polis, dus *f* 1000 of *f* 2000. Overigens is ook voor de huidige situatie verondersteld dat er bij particulier verzekerden een minimaal eigen risico van *f* 200 geldt. Zeker driekwart van de particuliere verzekeraars biedt geen lager eigen risico aan. Voorts is aangenomen dat alle personen die op één adres wonen en daar een gezamenlijke huishouding voeren, samen een polishuishouden vormen, met uitzondering van inwonende meerderjarige kinderen.

Schema 1 laat zien welke zorgvoorzieningen onder de standaard- en de basispolis vallen. Tevens is aangegeven tot welke voorzieningen de berekeningen ten aanzien van pakketkeuze, eigen risico en de uiteindelijke eigen betalingen, beperkt blijven. De kosten van de

²Zie ook: CPB Report 2000/3, Reimbursement systems in Dutch sickness funds, blz 51-55.

voorzieningen die gedekt zijn in de basispolis bedragen ongeveer driekwart van de kosten van de voorzieningen die gedekt zijn door de standaardpolis.

Schema 1 Zorgvoorzieningen in basis- en standaardpolis

zorgvoorzieningen	basispolis	standaardpolis
ziekenhuiszorg	●	●
specialistische zorg	●	●
75% van de geneesmiddelen ^a	●	●
huisartsenzorg		●
tandheelkundige zorg voor minderjarige kinderen ^b en volwassenen		●
fysiotherapie ^c		●
overige 25% van de geneesmiddelen		●
RIAGG		●
zeer kortdurende revaliderende thuiszorg en verpleging (< 3 mnd)		○
kortdurende revaliderende thuiszorg en verpleging (> 3 mnd, < 12 mnd)	○	○
duurste 50% hulpmiddelen	○	○
overige paramedische zorg (excl fysiotherapie)		○
ambulante geestelijke zorg (excl RIAGG) ^d		○
overige hulpmiddelen		○
kraamzorg		○

● expliciet opgenomen in berekeningen ten aanzien van poliskeuze, eigen risicokeuze en eigen bijdragen.
○ niet opgenomen in berekeningen ten aanzien van poliskeuze, eigen risicokeuze en eigen bijdragen; wel in berekening van koopkrachteffecten.

^a De SER heeft gevraagd de 75% duurste geneesmiddelen op te nemen in de basispolis. In het model zijn echter dure geneesmiddelen niet van goedkope geneesmiddelen te onderscheiden. Als benadering is 75% van alle geneesmiddelen opgenomen in de basispolis.

^b Het ziekenfonds kent naast deze tandartszorg voor minderjarigen (het tweede compartiment) ook nog een preventief consult (jaarlijkse controle) voor volwassenen. In het SCP-Cahier behoorde tandartszorg voor volwassenen niet tot het pakket. Het model is hiertoe uitgebreid.

^c Voor fysiotherapie vallen de eerste negen behandelingen (per aanpak) in een kalenderjaar onder het tweede compartiment. De ziekenfondsverzekering vergoedt aan personen met bepaalde chronische aandoeningen ook eventuele verdere vervolgbehandelingen.

^d Het bleek niet mogelijk de overgang van andere elementen uit de geestelijke gezondheidszorg van de AWBZ naar de nieuwe algemene verzekering te modelleren. De Gezondheidsenquête biedt geen goede gegevens om de consumptie van ziekenhuisvoorzieningen uit te splitsen naar psychiatrische en andere ziekenhuizen. Ook de consumptie in algemene (niet-psychiatrische) ziekenhuizen is niet naar financieringswijze uit te splitsen.

Premies en solidariteitsbijdragen

In het ontwerpadvies wordt voorgesteld om verzekeraars te verplichten om aan al hun verzekerden voor de standaardpolis met een eigen risico van f 200 per polis (i.e. huishouden) een zelfde premie te vragen, ongeacht leeftijd en gezondheidskenmerken. Deze premie is gebaseerd op de verwachte schade (inclusief uitvoeringskosten en rendementsopslagen) en solidariteitsbijdragen. Verzekerden die kiezen voor een hoger eigen risico of een beperkter pakket zijn ook de solidariteitsbijdragen verschuldigd die zij hadden moeten betalen ingeval zij voor de standaardpolis met f 200 eigen risico hadden gekozen. De solidariteitsbijdrage zal afhankelijk zijn van leeftijd en gezondheidskenmerken.

Op basis van de huidige kosten van de zorg is het aannemelijk dat de premie voor de standaardpolis met een eigen risico van f 200 ongeveer f 3.500,- per volwassenequivalent per jaar zal bedragen. De gemiddelde eigen bijdrage per polis (i.e. per huishouden) bij dit eigen risico zal ongeveer f 120,- per jaar bedragen.

4. Gedragseffecten

Het ontwerpadvies bevat enkele maatregelen die beogen de doelmatigheid van het zorgstelsel te versterken. Er kunnen vier elementen worden onderscheiden waar mogelijk gedragseffecten van uitgaan:

- 1- De introductie van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis;
- 2- De introductie van keuzevrijheid tussen polissen met verschillende pakketomvang en polissen met *preferred provider* elementen;
- 3- Wijziging van de financiering van zorgverzekeraars doordat de regimes voor de huidige ZFW en de huidige particuliere verzekeringen (inclusief WTZ) worden vervangen door één nieuw financieringsregime;
- 4- Verandering financiering huisartsenzorg doordat de financiering van de dienstverlening ten behoeve van ziekenfonds- en particulier verzekerden wordt geharmoniseerd.

Toelichting op elk van deze elementen.

Ad 1/2. Invoering eigen risico's en keuzevrijheid ten aanzien van pakketomvang gaat met volume- en uitgavenbesparing gepaard. Voor de berekening van de grootte van deze effecten is gebruik gemaakt van het instrumentarium zoals beschreven in SCP-Cahier 134 "Het ziekenfonds, waar ligt de grens?" (1997). Zie verder paragraaf 7. Met *preferred provider* elementen is in de berekeningen geen rekening gehouden.

Ad 3. Het is onduidelijk hoe effectief de in het ontwerpadvies van de SER voorgestelde wijze van kostenbeheersing door verzekeraars is in verhouding tot de huidige wijze van budgettering. De effectiviteit van de voorgestelde maatregelen ter verbetering van de zorginkoop door verzekeraars, zoals een uitbreiding van het instrumentarium van verzekeraars en een wijziging van wet- en regelgeving ten aanzien van zorgaanbieders, zijn moeilijk in te schatten. Daarom zijn hier nog geen gedragseffecten verondersteld.

Ad 4. Momenteel verloopt de financiering van huisartsenzorg aan ziekenfondsverzekerden via een abonnementsysteem en die aan particulier verzekerden via een consultsysteem. In de

algemene verzekering curatieve zorg zal er een geïntegreerd systeem moeten komen. De effecten van deze wijziging zijn thans niet meegenomen bij berekeningen. Exercities met het Ramingsmodel Zorgsector zoals beschreven in CPB (i.s.m. SCP) "Ramingsmodel Zorgsector - eindrapport tweede fase" (1999) geven aan dat de additionele kosten van vervanging van het abonnementsstelsel door een verrichtingsstelsel voor ZFW-verzekerden zo'n f 0,5 mld bedragen.

Naast bovenstaande gedragseffecten zijn effecten op de arbeidsmarkt denkbaar wanneer significante mutaties in netto lonen, loonkosten en de marginale wig optreden. Dergelijke gedragseffecten zijn niet in de berekeningen verdisconteerd.

5. Macro financieringsverschuivingen en budgettair beslag

Tabel 1 geeft een overzicht van de verschuivingen in de financiële posities van de diverse sectoren. Premies betaald door zelfstandigen en over de AOW-uitkering zijn in onderstaande tabel ingedeeld bij gezinnen.

Tabel 1 Effect op nominaal beschikbare inkomens (mld gld, 2001)

	bedrij- ven	gezin- nen	overheid		sv-fondsen		part.	totaal
			werkgev.	overh.	zorg oud	zorg nw	overig verz.	
Voorzieningen uit AWBZ					4	-4		0
Voorzieningen uit 3e compartiment		½				-1½	1	0
Voorzieningen uit ZFW					30	-30		0
Voorzieningen uit part. verz.		1½				-13½	12	0
Eigen betalingen nieuw		-1				1		0
Premiedaling AWBZ		4			-4			0
Premiedaling 3e compartiment		1					-1	0
Premie ZFW naar nul ^a	10	10½	0	½	-22½	1½		0
Premie part. verz. naar nul ^b		12					-12	0
Rijksbijdrage ZFW naar nul				7	-7			0
Tegemoetk. werkgevers bed. naar nul	3½	-3½						0
Premie algemene verzekering	-13½	-32	-0	-1		48	-1	0
Bruteringseffect AOW, ANW, ABW		1		0			-1	0
Fiscaal effect		1		-1½	1		-1	0
Totaal	½	-5½	0	5½	1	0	-1½	0
Koopkrachtreparatie variant 1 ^c		11		4 ½	-4½		-11	0
Rijksbijdrage				-16	3 ½		12 ½	0
Totaal na terugsluis variant 1	½	6	0	-6	0	0	0	0

^a) Inclusief Mooz-bijdrage

^b) Inclusief WTZ-heffing

^c) Via verhoging van de heffingskorting en kinderkorting en verhoging van de tarieven in de tweede en derde schijf (zie paragraaf 6).

De regel "Totaal" in tabel 1 laat zien dat de sector gezinnen een inkomensverlies boekt van zo'n f 5½ mld. Bedrijven gaan er licht op vooruit, namelijk zo'n f ½ mld. Werkgevers betalen op dit moment namelijk iets meer dan de helft van de premie voor ZFW-verzekerden. Daartegenover staat een forse inkomensverbetering bij de overheid, die vooral voortkomt uit

de afschaffing van de rijksbijdrage ZFW ad f7 mld. De sociale verzekeringsfondsen spelen min of meer quitte. De fiscus ontvangt f1 mld minder door daling van hun heffingsgrondslag.

De onderste regel van tabel 1 laat de effecten zien inclusief de in paragraaf 6 te bespreken variant 1 om de koopkrachteffecten te repareren. De tekorten bij de sociale fondsen, die ontstaan door de koopkrachtreparatiemaatregelen, worden geacht te worden aangevuld via een rijksbijdrage, zodat het saldo van de fondsen weer op nul uitkomt. Gezinnen gaan er per saldo f6 mld op vooruit; de overheid gaat er f6 mld op achteruit.

De in paragraaf 6 te bespreken variant 2 omvat twee extra maatregelen, elk met een budgettaire beslag van ongeveer f 0,1 mld. Ten eerste worden de aanvullende kinderkortingen ook uitbetaald indien het bedrag van de betaalde belasting en premies onvoldoende is. Ten tweede wordt de verhoging van de heffingskorting uitbetaald aan 65-plussers indien het bedrag van de betaalde belasting en premies onvoldoende is. Het budgettaire beslag van variant 2 bedraagt dus ruim f 6 mld.

Overigens lijken er diverse mogelijkheden te bestaan om het budgettaire beslag van de stelselwijziging inclusief koopkrachtreparatie te verminderen. De uitkomsten in paragraaf 6 geven aan dat sommige groepen er in koopkracht behoorlijk op vooruit gaan.³ Al te grote koopkrachtvoordelen kunnen worden voorkomen door naast bestaande instrumenten ook nieuwe instrumenten in te zetten.

Ten aanzien van de collectieve lastendruk (CLD) geldt de afspraak dat financieringsverschuivingen ten gevolge van definitiewijzigingen buiten de CLD worden gehouden. Aangezien verondersteld wordt dat de macrokosten van de zorg onveranderd blijven, is de mutatie van de CLD gelijk aan de mutatie van het financieringssaldo van de overheid en de sociale verzekeringsfondsen.

6. Koopkracht en loonkosten

De individuele koopkrachteffecten zijn uitsluitend berekend voor het geval alle huishoudens kiezen voor de standaardpolis met f 200 eigen risico. Hiervoor zijn drie redenen:

1. alle huishoudens kunnen voor deze polis kiezen; hiervoor geldt immers een acceptatieplicht. De simulatieresultaten suggereren dat deze polis ook het meest gekozen zal worden. Verondersteld mag worden dat iemand alleen kiest voor een hoger eigen risico of een beperkter pakket als hij/zij verwacht hiermee beter af te zijn. De reparatie van de koopkracht wordt dus afgestemd op de grootste groep met de meest ongunstige koopkrachtcijfers;
2. conceptueel gezien is het twijfelachtig of een beperking van de (verwachte) individuele zorgkosten die het gevolg is van de keuze voor een verhoogd eigen risico of een beperkter pakket volledig beschouwd mag worden als een koopkrachtverbetering. De vermindering van de zorgconsumptie moet wellicht op een andere manier gecompenseerd worden om te voorkomen dat de consument er in nut op achteruit gaat;

³De inkomenseffecten van alleenstaanden onder de ZFW-grens, van alleenverdieners boven de ZFW-grens en van ambtenaren onder de ZFW-grens bieden bijvoorbeeld nog ruimte voor vermindering van de kosten van koopkrachtreparatie.

3. de verschillen in verwachte zorgkosten (premie plus verwachte eigen bijdragen) tussen de polissen zullen waarschijnlijk beperkt zijn. De bandbreedte tussen de premies voor de standaardpolis met f 200 eigen risico en de basispolis met f 1000 eigen risico zullen binnen een klasse van verzekerden met een bepaalde leeftijd en bepaalde gezondheidskenmerken waarschijnlijk beperkt zijn.

Tabel 2 presenteert de mediane koopkrachteffecten voor verscheidene typen huishoudens. Er wordt onderscheid gemaakt tussen alleenverdieners, tweeverdieners en alleenstaanden, tussen werknemers, uitkeringsgerechtigden en AOW-ers, tussen inkomens onder en boven de ziekenfondsgrens en tussen huishoudens met en zonder kinderen. De helft van de huishoudens in iedere categorie ervaart een koopkrachteffect dat gunstiger is dan de mediaan; de andere helft van de huishoudens ervaart een koopkrachteffect dat minder gunstig is dan de mediaan. Deze koopkrachteffecten geven een indicatief beeld; ze doen bijvoorbeeld geen recht aan het feit dat de variatie in ziektekostenpremies onder particulier verzekerden initieel vele malen groter is dan die onder ziekenfondsverzekerden.

De koopkrachteffecten van de voorgestelde stelselwijziging, waarbij wel rekening is gehouden met een lagere AWBZ-premie als gevolg van de gewijzigde verdeling van zorg over de compartimenten, maar niet met de mogelijke inzet van de rijksbijdrage ZFW van ongeveer f 7 mld, zijn uiteraard fors (kolom 1). De koopkrachteffecten zijn vooral ongunstig voor de alleenverdiener met kinderen met een inkomen onder de ziekenfondsgrens. In het huidige stelsel betalen zij, vanwege hun lage inkomen, een betrekkelijk lage premie; bovendien profiteren zij van de solidariteit ten aanzien van meeverzekerde gezinsleden. Op grond van het ontwerpadvies moet er voor de algemene verzekering curatieve zorg voor alle gezinsleden apart worden betaald.

De koopkrachteffecten van de stelselherziening zijn vooral gunstig voor huishoudens met een inkomen boven de ziekenfondsgrens zonder kinderen. Zij betalen in het huidige en in het voorgestelde stelsel een nominale premie; in beide stelsels bestaat er daarnaast een vorm van risicosolidariteit via WTZ/MOOZ respectievelijk een solidariteitsheffing.⁴

Mogelijkheden voor koopkrachtreparatie

De negatieve koopkrachteffecten van de stelselwijziging kunnen worden gerepareerd via aanvullend beleid. De koopkracht is in het algemeen vrij ongunstig voor huishoudens met lage inkomens en voor dergelijke huishoudens met kinderen in het bijzonder. Dit wordt veroorzaakt door de overgang van een inkomensafhankelijke premie naar een nominale premie en door het vervallen van de regeling voor medeverzekerden.

⁴Bij de introductie van een maximale bandbreedte in de premie wijzigt het koopkrachtbeeld enigszins. De introductie van een bandbreedte in de premie van f 1000 per volwassenequivalent is gunstig voor de koopkracht van huishoudens met een hoog risico (bijvoorbeeld AOW-ers) en ongunstig voor huishoudens met een laag risico (bijvoorbeeld gezinnen met kinderen). De introductie van een bandbreedte van f 1000 per volwassene ofwel maximaal f 2000 per polis is gunstig voor gezinnen met kinderen. Deze vorm van solidariteit gaat ten koste van de koopkracht van huishoudens zonder kinderen. De introductie van een bandbreedte van f 1000 per polis is gunstig voor huishoudens die uit meerdere personen bestaan en ongunstig voor alleenstaanden.

De overgang van een inkomensafhankelijke naar een nominale premie kan gecompenseerd worden via een verhoging van de heffingskorting.⁵ Het tarief in de tweede (tot f 59 521) en derde schijf (tot f 102 051) kan eventueel worden verhoogd om het belastingvoordeel voor hogere inkomens af te romen. Het vervallen van de regeling voor medeverzekerden kan worden gecompenseerd door verhoging van de heffingskorting voor partners en van de aanvullende kinderkorting voor inkomens tot ongeveer f 60 000. Teneinde goed aan te sluiten bij de groepen met negatieve koopkrachteffecten zou de leeftijdsgrens van de aanvullende kinderkorting dan opgerekt moeten worden van 12 jaar tot 18 jaar; de inkomensgrens zou moeten worden opgetrokken tot om en nabij de ZFW-grens.⁶

Voor huishoudens met een betrekkelijk laag inkomen (bijvoorbeeld onder 70% WML) en/of relatief hoge heffingskortingen (bijvoorbeeld voor huishoudens met een alleenverdiener van 65 jaar of ouder en niet verdienende partner jonger dan 65 jaar) biedt een verhoging van de heffingskorting (c.q. aanvullende kinderkorting of ouderenkorting) geen soelaas. Het probleem is dat voor het relevante inkomensniveau de belasting- en premiedruk nagenoeg nihil is.

De inkomenseffecten kunnen ook gerepareerd worden door middel van een heffingskorting of subsidie die afgestemd is op de zorgkosten en het inkomen per huishouden. Hierbij valt bijvoorbeeld te denken aan een heffingskorting of subsidie voor huishoudens die meer dan een bepaald percentage van hun inkomen kwijt zijn aan zorgkosten.⁷

Uitkomsten van koopkrachtreparatie

Ter reparatie van de koopkracht zijn twee varianten bekeken. In de eerste variant gaat het om de volgende maatregelen:

- de heffingskorting van de hoofdverdiener en die van de eventuele partner wordt met f 1205 per jaar verhoogd; voor alleenstaande ouders bedraagt de verhoging f 2169 per jaar; de heffingskorting voor ouderen wordt met f 536 per jaar (voor twee ouderen f 1072) verhoogd;
- de aanvullende kinderkorting wordt bij de aanwezigheid van één kind verhoogd met f 1145; bij twee of meer kinderen met f 2290; de leeftijdsgrens voor de aanvullende kinderkorting wordt verhoogd van 12 tot 18 jaar; de inkomensgrens wordt verhoogd tot f 68 600;
- het tarief in de tweede schijf wordt met 4,5%-punt verhoogd; het tarief in de derde schijf wordt met 1,0%-punt verhoogd;

⁵Een mogelijk alternatief is een verlaging van het tarief in de eerste schijf (tot f 32 769). De voordelen van een verlaging van het tarief in de eerste schijf komen echter niet primair terecht bij de huishoudens met het meest ongunstige koopkrachteffect. Het belastingvoordeel loopt immers op met het inkomen in de eerste schijf, terwijl de benodigde inkomensreparatie afneemt met het inkomen.

⁶De inkomensreparatie zou nog beter aansluiten bij de effecten van de stelselwijziging als de inkomensstoets voor de verhoogde aanvullende kinderkorting niet, zoals nu, getoetst wordt aan het bruto-inkomen op huishoudensniveau, maar aan het bruto-inkomen van de hoofdverdiener.

⁷Zie: Nieuwe regie in de zorg: een christen-democratische visie op de structuur en financiering van de gezondheidszorg, Wetenschappelijk Instituut voor het CDA, Den Haag, 2000.

Tabel 2 Mediane koopkrachteffecten stelselherziening ziektekosten (mutaties in %)^a

	Stelselherziening		Koopkrachtreparatie variant 1		Koopkrachtreparatie variant 2	
	alleenverd.	tweeverd.	alleenst. (ouder)	alleenverd.	tweeverd.	alleenst. (ouder)
werknemer zonder kinderen						
<zfw grens ^b	-4¼	-3	¼	0	1¾	2¼
>zfw grens	0	¼	½	1¾	1½	¼
werknemer met kinderen						
<zfw grens	-8¼	-6¾	-3½	¼	1½	4¾
>zfw grens	-¼	-1¼	¼	1½	½	1¾
uitkeringsgerechtigde zonder kinderen						
<zfw grens	-8½	-4¼	-3½	0	1¾	2
>zfw grens	¾	-½	2¼	6	2¾	2¼
uitkeringsgerechtigde met kinderen						
<zfw grens	-13½	-10¼	-7½	-¼	¾	5½
>zfw grens	4¼ ^c	-3½	3 ^c	6¾ ^c	¼	5 ^c
AOW'er						
<zfw grens	-8	-7	-1½	-3	-½	5¾
>zfw grens	3	¾	2½	6	3	3½

^a Bij de berekening van de koopkrachteffecten is geen rekening gehouden met de mogelijkheid van aftrek wegens buitengewone lasten.

^b De indeling van de huishoudens is op basis van het bruto-inkomen op huishoudensniveau; de ZFW-grens ligt rond f 65 000..

^c Aantal huishoudens in de steekproef met deze kenmerken is zeer beperkt, het koopkrachteffect is daarom minder betrouwbaar.

- de lengte van de eerste schijf wordt met f 1500 verhoogd; de lengte van de tweede schijf wordt met f 1500 verlaagd.

In de tweede variant worden dezelfde instrumenten ingezet als in variant 1; daarnaast bestaat in deze variant de mogelijkheid om de aanvullende kinderkortingen en de verhoging van de heffingskorting voor ouderen uit te betalen aan huishoudens die hiervoor volgens de regels voor 2001 te weinig belasting en premies betalen. Deze huishoudens ontvangen dus een negatieve aanslag in de inkomstenbelasting.

De maatregelen van variant 1 blijken de negatieve koopkrachteffecten grotendeels te repareren. De koopkrachteffecten van de alleenverdiener met een bruto-inkomen onder de ZFW-grens liggen zoals beoogd dicht bij 0. De inkomens van alleenverdieners boven de ZFW-grens gaan er onbedoeld behoorlijk op vooruit. Deze koopkrachteffecten zouden dicht bij 0 gebracht kunnen worden door de heffingskorting minder te verhogen voor mensen met een bruto-inkomen boven de ZFW-grens⁸ of door meer af te romen via een verdere aanpassing van tarieven of schijfgrenzen.⁹ De koopkrachteffecten voor tweeverdieners met kinderen met een gezamenlijk bruto-inkomen boven de ZFW-grens zijn minder gunstig dan voor alleenverdieners met kinderen met een dergelijk inkomen. Een deel van deze tweeverdieners is in het huidige stelsel volledig via het ziekenfonds verzekerd. Deze huishoudens hebben wel het nadeel dat de stelselwijziging leidt tot een nominale premie voor de kinderen, maar verdienen gezamenlijk te veel om in aanmerking te komen voor de verhoogde aanvullende kinderkorting. De koopkrachteffecten van alleenstaande ouders (per definitie met kinderen) met een inkomen onder de ZFW-grens zijn relatief gunstig, omdat zij langs twee wegen compensatie ontvangen voor de betaling van een nominale premie voor de kinderen. Hun heffingskorting wordt in gulden meer verhoogd dan van alleenstaanden zonder kinderen; bovendien ontvangen zij de verhoogde aanvullende kinderkorting.¹⁰

Qua koopkracht gaan met name huishoudens waarin de hoofdverdiener ouder is dan 65 jaar en AOW en eventueel een aanvullend pensioen ontvangt (maar onder de ZFW-grens blijft) en de partner jonger is dan 65 jaar en geen inkomen heeft er nog op achteruit.¹¹ Deze huishoudens profiteren niet volledig van de verhoging van de heffingskorting. Zij betalen

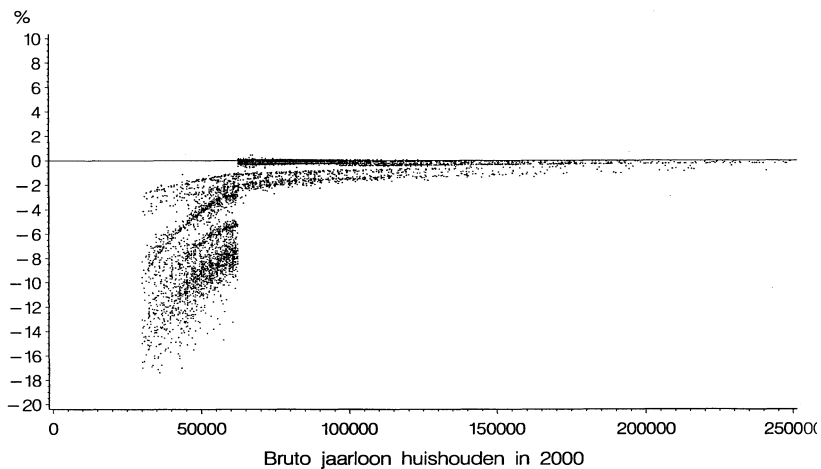
⁸Hierbij valt te denken aan een verhoging van de heffingskorting met f 1205 voor bruto-inkomens tot de ZFW-grens en met ongeveer f 700 voor inkomens boven de ZFW-grens. De afroming via een verhoging van het tarief in de derde schijf met 1%-punt kan dan vervallen. Een nadeel hiervan is dat de marginale wig rond de ZFW-grens wordt verhoogd.

⁹De mogelijkheden hiervoor lijken beperkt. Een verkorting van de lengte van de tweede schijf leidt tot koopkrachtproblemen voor mensen met een inkomen net onder de ZFW-grens; een verdere verhoging van het tarief in de derde schijf leidt tot negatieve koopkrachteffecten voor mensen met een inkomen aan het eind van deze schijf.

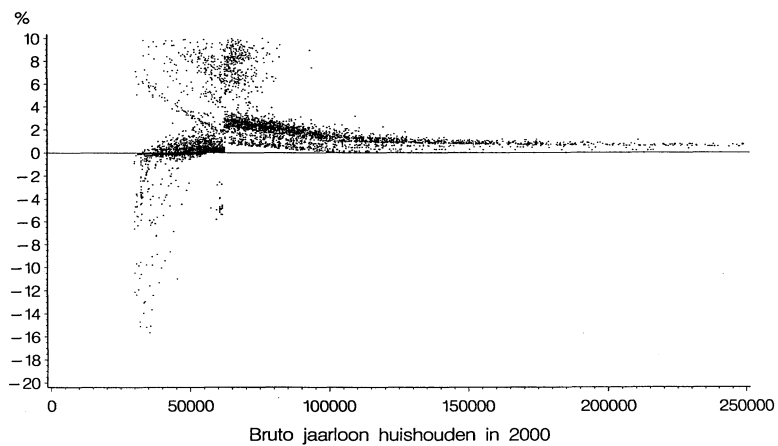
¹⁰Voor de reparatie van de koopkrachteffecten zou het voldoende zijn de heffingskorting voor alleenstaande ouders te verhogen met f 1205 in plaats van met f 2169. Dit betekent echter een doorbreking van de bestaande verhoudingen van de heffingskortingen.

¹¹Deze huishoudens staan in tabel 2 onder AOW'er, alleenverdiener, <ZFW-grens. Indien beide partners 65 jaar of ouder zijn ontvangen beide AOW; dan worden zij tweeverdieners.

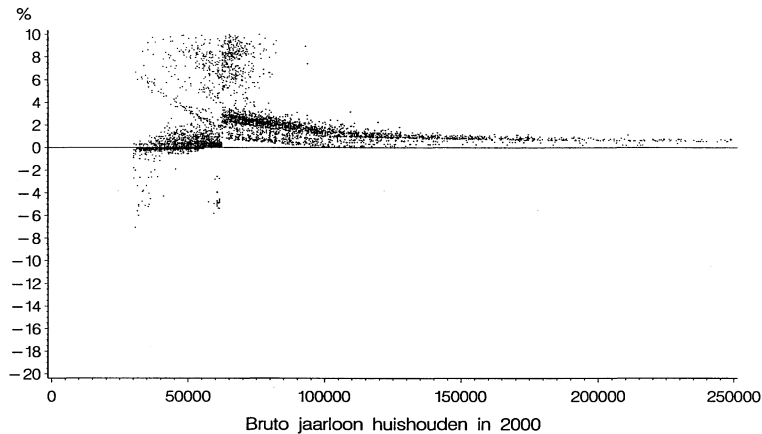
Figuur 1 Koopkrachteffecten stelselherziening, werkende alleenverdieners



Figuur 2 Koopkrachteffecten, werkende alleenverdieners, met reparatie, variant 1



Figuur 3 Koopkrachteffecten, werkende alleenverdieners, met reparatie, variant 2



relatief weinig belasting en sociale premies omdat zij het betrekkelijk lage inkomen van gepensioneerden ontvangen maar voor de partner nog een relatief forse heffingskorting ontvangen. Zodra de partner 65 jaar wordt, lost dit probleem zich vanzelf op.

De ongetoetste uitbetaling van de aanvullende kinderkortingen en van de verhoging van de heffingskortingen voor ouderen (variant 2) leidt tot een verbetering van de mediane koopkrachteffecten voor huishoudens met kinderen en voor 65-plussers.

De spreiding van de koopkrachteffecten van de invoering van de algemene zorgverzekering en de twee varianten voor koopkrachtreparatie is voor werkende alleenverdieners met behulp van puntenwolken weergegeven. Ieder punt correspondeert met één huishouden uit de steekproef.

In de puntenwolk van de invoering van de algemene zorgverzekering is duidelijk te zien dat de koopkrachteffecten voor alleenverdieners uiteenlopen voor bruto-inkomens onder en boven de ZFW-grens (ongeveer f 65 000). Bij de tweeverdieners (niet afgebeeld) is dit veel minder duidelijk te zien, omdat een zelfde huishoudinkomen bereikt kan worden bij verschillende combinaties van inkomens van beide partners; de relatie tussen huishoudinkomen en verzekeringsvorm in het huidige stelsel is hierdoor minder duidelijk. De koopkrachteffecten zijn vooral negatief voor huishoudens met twee (of meer) kinderen. De negatieve koopkrachteffecten worden door de maatregelen van variant 1 grotendeels gerepareerd. De relatief kleine groep huishoudens met een inkomen onder de ZFW-grens voor wie de koopkrachteffecten sterk negatief blijven hebben uitzonderlijk veel aftrekposten. Zij betalen geen inkomstenbelasting en profiteren niet ten volle van de verhoging van de heffingskortingen. Door de aanvullende kinderkortingen ongetoetst uit te keren (variant 2) worden de meest negatieve koopkrachteffecten gemitigeerd.

De genoemde maatregelen blijken de negatieve koopkrachteffecten voor de meeste huishoudens grotendeels te repareren. Een belangrijk neveneffect is echter dat de marginale wig voor inkomens rond de grens voor de aanvullende kinderkorting fors omhoog gaat. In zekere zin wordt het koopkrachtprobleem van de huidige overgang van ziekenfonds naar particuliere verzekering nu ingebouwd in het belastingstelsel.

Robuustheid van de koopkrachtreparatie

Door vergrijzing, introductie van nieuwe medische technologie en de stijging van de welvaart zouden de kosten van de zorg de komende decennia sneller kunnen stijgen dan de inkomens.¹² Dit heeft voor alle huishoudens een negatief effect op hun (overige) koopkracht. Bij een nominale premie is het procentuele effect op de koopkracht voor huishoudens met een laag inkomen ongunstiger dan voor huishoudens met een hoog inkomen. Zonder rekening te houden met aanpassingen in de belasting- en premiedruk zou dit deniverender werken. Dit effect kan gecorrigeerd worden door bij de jaarlijkse aanpassing van (een deel van) de heffingskortingen rekening te houden met de ontwikkeling van de zorgkosten. Indien de benodigde correctie van de heffingskorting de stijging van de lonen overtreft, dan ondervindt een deel van de huishoudens hiervan geen voordeel meer doordat er geen inkomstenbelasting meer verschuldigd is. Structurele reparatie van de koopkracht is mogelijk door inzet van bijvoorbeeld een rijksbijdrage in de zorgverzekering, ongetoetste uitkering van een geoormerkt deel van de heffingskortingen of een subsidie op de zorgpremie. Een nadeel van de laatste twee opties is dat zij ten koste gaan van de eenvoud van het nieuwe belastingstelsel.

De bestaande instituties corrigeren reeds de effecten van inflatie op de belasting- en premiedruk doordat de heffingskortingen en de schijfgrenzen jaarlijks worden aangepast op basis van de afgeleide consumentenprijsindex voor lage inkomens (CPI afgeleid laag). De CPI bevat op dit moment geen premie voor ziektekosten, aangezien de kosten van de zorg geacht worden onderdeel te zijn van het bruto-nettotraject. Indien de premie nominaal, in plaats van inkomensafhankelijk, is ligt het voor de hand dat de kosten van de zorg wel in de CPI worden opgenomen.¹³ Hierdoor wordt de stijging van de zorgkosten min of meer gecompenseerd.¹⁴

Indien indexatie via de CPI (inclusief prijzen van de zorg) onvoldoende wordt gevonden, kan eventueel gekozen worden voor indexatie via een prijsindex voor de zorg. Een optie is om onderscheid te maken tussen heffingskortingen die wel of niet bedoeld zijn voor reparatie

¹²Zie E.W.M.T. Westerhout, The future of the Dutch health insurance system, CPB Report 1999-4, blz. 21-26. De kostenstijging door vergrijzing werkt overigens sterker door in de AWBZ dan in de curatieve zorg. De lage inkomens worden hier ontzien, doordat de AWBZ-premie inkomensafhankelijk is.

¹³De premie voor de particuliere ziektekostenverzekering werd tot 1990 wel in de CPI meegenomen en maakt nu ook deel uit van de geharmoniseerde consumentenprijsindex voor de EU (de HICP-index).

¹⁴De kosten van de zorg stijgen tevens door verbetering van de kwaliteit (of volume); deze stijging zou niet gecompenseerd hoeven te worden in de koopkracht.

van de koopkrachteffecten die het gevolg zijn van de stelselwijziging van de zorg. Een nadeel hiervan is dat ook dit ten koste gaat van de eenvoud van het nieuwe belastingstelsel.

Loonkosten

De effecten op de loonkosten zijn min of meer het spiegelbeeld van de effecten op de koopkracht. Beide effecten worden voornamelijk bepaald door het verschil tussen de ziektekosten in het huidige en die in het nieuwe stelsel. Voor die groepen waarvoor de koopkracht een sterke daling laat zien ten gevolge van een forse verhoging van de zorgkosten, moet de werkgeversbijdrage navenant omhoog. Dit impliceert voor die groepen een verhoging van loonkosten. De loonkosten nemen enigszins af voor alleenstaanden onder de ZFW-grens en lopen enigszins op voor werknemers met kinderen onder de ZFW-grens.¹⁵ De effecten op de loonkosten voor werknemers boven de ZFW-grens zijn in het algemeen gering.¹⁶ Op macroniveau heeft de voorgestelde stelselwijziging naar verwachting weinig effect op de loonkosten.

7. Poliskeuze

Met behulp van een simulatiemodel, analoog aan het model uit het eerder genoemde SCP-Cahier, is een inschatting gemaakt van de keuzes van huishoudens voor de verschillende polissen. De status van de resultaten is slechts indicatief, aangezien grote stelselwijzigingen buiten de competentie van het model vallen.

Tabel 3 Uitkomsten poliskeuze (%)

polistypen	verdeling	verdeling
	zonder bandbreedte	met een bandbreedte van f 1000 per polis ^{a)}
standaardpolis, f 200 eigen risico	40	65
standaardpolis, f 1000 eigen risico	17	9
basispolis, f 200 eigen risico	27	16
basispolis, f 1000 eigen risico	17	10
effect op macro consumptie (excl. RIAGG)	-2	-¾
effect op consumptie voormalig ZFW	-2¼	-1¼
effect op consumptie voormalig particulier	-1½	0

^{a)} Een bandbreedte van f 1000 per polis betekent dat alle huishoudens van een bepaalde omvang, samenstelling en leeftijd bij een basispolis met eigen risico van f 1000, maximaal f 1000 minder premie betalen dan bij een standaardpolis met eigen risico van f 200.

¹⁵De stijging van de loonkosten voor werknemers met een laag inkomen is overigens niet in lijn met het huidige arbeidsmarktbeleid.

¹⁶Hierbij is verondersteld dat alle werkgevers op dit moment de helft van de premie van de particuliere verzekering als tegemoetkoming betalen. De vergoedingen van werkgevers lopen in werkelijkheid uiteen.

Volgens de berekeningen (zie tabel 3) zal bij invoering van de algemene zorgverzekering zonder opgelegde bandbreedte in de premie tussen de standaardpolis met f 200 eigen risico en de basispolis met f 1000 eigen risico met een solidariteitsbijdrage die alleen afhankelijk is van leeftijd 40% van de polishuishoudens de standaardpolis met f 200 eigen risico verkiezen en 27% de basispolis met f 200 eigen risico. De andere twee polistypen zouden kunnen rekenen op elk een aandeel van 17%. De consumptievermindering bij deze verdeling over polissen bedraagt 2%. De afname is iets groter bij voormalig ZFW-verzekerden, omdat zij in de huidige situatie voor verreweg de meeste voorzieningen geen eigen bijdrage hoeven te betalen en in de algemene verzekering wel, hetgeen een consumptieremmend effect heeft. Ook de voormalig particulier verzekerden verminderen gemiddeld genomen hun consumptie, omdat een deel van hen nu een basispolis kiest, waarin de volle prijs geldt voor voorzieningen die niet verzekerd zijn.

Door een mogelijke regulering van de premiebandbreedte en door beperking van premieverschillen ten gevolge van verschillen in gezondheid (doordat de solidariteitsheffing niet alleen van leeftijd, maar ook van gezondheidskenmerken afhangt) zal het aantal huishoudens dat kiest voor de standaardpolis met f 200 eigen risico echter groter zijn dan hier geraamd. Voor voormalig ZFW-verzekerden zal de consumptie mogelijk nog afnemen, voor particulier verzekerden zal deze waarschijnlijk toenemen.¹⁷

De verhouding tussen de schade van de basispolis en de standaardpolis zijn berekend uitgaande van een eigen risico van f 200. Onder 'schade' wordt de verzekerde zorg verstaan die de verzekeraars moeten vergoeden; de administratiekosten van verzekeraars zijn hierin niet verdisconteerd. Deze verhouding bedraagt 75:100.

8. Conclusies

Deze notitie bevat de uitkomsten van berekeningen van de inkomenseffecten van het door de SER voorgestelde toekomstige stelsel van ziektekostenverzekeringen. Deze berekeningen hebben een indicatief karakter en kunnen alleen als zodanig worden geïnterpreteerd. In de berekeningen is verondersteld dat de kosten van de curatieve zorg gelijk zijn aan die in het huidige stelsel. Verder wordt verondersteld dat de werkgevers de helft van de premie vergoeden aan werknemers. De kosten voor werkgevers veranderen nauwelijks door de voorgestelde stelselwijziging. De overgang van een inkomensafhankelijke naar een nominale premie leidt voor de huidige ZFW-verzekerden tot aanzienlijke ongunstige koopkrachteffecten. Deze effecten kunnen op verscheidene wijzen worden gerepareerd via aanvullend beleid. De lastenverlichting voor burgers die hieruit voortvloeit heeft een ongunstig effect op het financieringssaldo van de overheid. Bij de keuze van de instrumenten voor koopkrachtreparatie dient rekening te worden gehouden met het effect op de marginale wig en de doorwerking naar de arbeidsmarkt.

¹⁷In het voorgaande is daarom verondersteld dat de omvang van de zorgkosten per saldo onveranderd blijft door de stelselwijziging.

Bijlage Technische uitgangspunten poliskeuze en premies

Poliskeuze

Het model, zoals beschreven in §3.3 van het SCP-Cahier, dat opgezet is als model voor de keuze van een eigen risico, gaat uit van een maximaal verlies, dat in de huidige particuliere verzekering neer komt op de hoogte van het eigen risico minus de premiereductie die hoort bij dat eigen risico. Het maximale verlies is bij de basispolis echter in theorie oneindig: er is geen natuurlijke of reglementaire bovengrens aan de consumptie van voorzieningen die buiten de basispolis vallen. Volgens het model zouden huishoudens daardoor nooit voor een basispolis kiezen. Om de basispolis toch te simuleren binnen het model, wordt het maximale verlies gelijkgesteld aan het gemiddelde van de 25% grootste gesimuleerde verliezen. Dit komt overeen met de huidige situatie bij particuliere polissen, in die zin dat daar in ongeveer 25% van de gevallen het eigen risico geheel wordt gevuld. Dit is realistischer, maar het moge duidelijk zijn dat het model in feite over zijn eigen grenzen heen gaat.

De premiereducties die behoren bij een hoger eigen risico of een kleiner verzekerd pakket zijn gelijk gesteld aan de reducties die door verzekeraars in 1996 werden gehanteerd. Voor de standaardpolissen is dit een gemiddelde van twaalf verzekeringsmaatschappijen die in dat jaar gezamenlijk tweederde van de particuliere markt bedienden. Slechts één van deze verzekeraars bood in 1996 naast een standaardpolis ook een pakket aan dat bij grove benadering op een basispolis lijkt. De premiereducties voor de standaardpolissen van deze verzekeraar komen redelijk goed overeen met het gemiddelde van de andere verzekeraars. Verondersteld wordt dat de tariefstelling van deze verzekeraar ook redelijk indicatief is voor de premiereducties ten opzichte van de basispolis.¹⁸

Verder moest voor bejaarden een aanname worden gemaakt over de premies, omdat voor 1996 geen informatie over marktconforme particuliere polissen beschikbaar was. Verreweg de meeste particulier verzekerde bejaarden waren toen immers verzekerd via een WTZ-polis. Hun premies en premiereducties zijn gelijk verondersteld aan die van de 60-64-jarigen.

In de berekening wordt verondersteld dat de premiereducties afhankelijk zijn van de leeftijd en van de samenstelling van het polishuishouden (het aantal volwassenen en het aantal kinderen). Afhankelijk van de individuele situatie zijn er ongeveer 200 verschillende reducties mogelijk, gebaseerd op marktgegevens uit 1996.

Geen rekening is gehouden met het feit dat er na een wijziging van het verzekeringsstelsel nieuwe personen toetreden tot deze polissen met waarschijnlijk andere (gemiddelde) schades waarop zorgverzekeraars zouden kunnen reageren door andere premiereducties te stellen. Evenmin is onderzocht welke (andersoortige) polissen op de markt zullen komen en hoe de premieverschillen tussen die polissen zullen liggen. Ten slotte is verondersteld dat de keuze's

¹⁸ Op termijn zou het beter zijn een nieuwe inventarisatie onder verzekeraars te plegen, om zo betere informatie over basis-achtige polissen te verkrijgen. Momenteel zijn er meerdere verzekeraars die dergelijke polissen aanbieden. Naast het feit dat dit een recenter beeld geeft, zou het voordeel van deze extra informatie kunnen liggen in een groter marktsegment (informatie van meerdere verzekeraars in plaats van één) en in een betere benadering van het basispakket. De verwerking van deze informatie is echter tijdrovend en was daarom in deze fase niet mogelijk.

van Nederlanders ten aanzien van eigen risico's niet veranderd zijn sinds het jaar (1995) waarin dit gedrag is geobserveerd.

Bij de berekeningen zijn mogelijke gedragsreacties van werkgevers op de keuzes van werknemers ten aanzien van polistype impliciet verwerkt, omdat deze op feitelijke keuzes van eigen risico's van particuliere verzekerden zijn gebaseerd. Mocht er echter een regeling komen die werkgevers voorschrijft hoe zij hun vergoeding moeten vormgeven, dan kan dit gevolgen hebben voor het keuzegedrag van werknemers.

Verder wordt ervan uitgegaan dat alle Nederlanders een vrije keus hebben uit de vier typen polissen. In de praktijk zal het aantal mensen dat kiest voor de standaardpolis met f 200 eigen risico wellicht hoger zijn dan hier berekend, omdat er geen rekening is gehouden met de mogelijkheid dat een verzekeraar iemand weigert voor een bepaalde polis. Mensen die voor een andere polis worden geweigerd, zullen wellicht uitwijken naar de standaardpolis met f200 eigen risico aangezien hiervoor een acceptatieplicht geldt.

Premies

Bij de berekening van de koopkrachteffecten spelen de kosten van de zorg in de begin- en de eindsituatie, naast de vergoedingen van de werkgever, een belangrijke rol. Tabel A.1 vat het huidige stelsel samen, tabel A.2 het nieuwe stelsel.

Tabel A.1 Kosten van curatieve zorg in het huidige stelsel (2001)^a

	ziekenfonds ^b	particulier verzekerde 18-65 jarigen	particulier verzekerde 65-plussers
premie werkgevers	5,8%		
premie werknemers	1,5%		
nominale premie	f 361 (per volwassene)	f 2049 (per volwassen-equivalent)	f 3313 (per volwassen-equivalent)
aanvullende verzekering	f 26		
WTZ-heffing		f 381	
MOOZ-heffing		f 193	f 178
eigen bijdragen	f 119	f 450	f 98
totaal	7,3% + f 506	f 3073	f 3589

^a Dit betreft de zorg uit het tweede compartiment (ZFW-pakket) en de zorg uit het derde compartiment voor zover deze wordt overgeheveld naar de algemene verzekering curatieve zorg. De rijksbijdrage ZFW is niet in de tabel verwerkt.

^b 65-plussers betalen over de AOW-uitkering het werknemersdeel en het werkgeversdeel van de ZFW-premie, maar betalen een lagere premie over andere pensioeninkomsten.

Tabel A.2 Kosten van zorg in het nieuwe stelsel (in prijzen van 2001)

	algemene verzekering, standaardpolis met f 200 eigen risico
nominale premie per volwassenequivalent	f 3500
gemiddelde eigen bijdrage per polis	f 120

Lijst van afkortingen

AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BKZ	Budgettair Kader Zorg
CAOP	Centrum voor Arbeidsverhoudingen Overheidspersoneel
CBS	Centraal Bureau voor de Statistiek
CPB	Centraal Planbureau
CSED	Commissie Sociaal-Economische Deskundigen van de SER
CTG	College Tarieven Gezondheidszorg
CVZ	College voor Zorgverzekeringen
DGVP	Dienst Geneeskundige Verzorging Politie
EMU	Economische en Monetaire Unie
ESB	Economisch Statistische Berichten
EU	Europese Unie
EVRM	Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GVS	Geneesmiddelen Vergoedingssysteem
IAO	Internationale Arbeidsorganisatie
ILO	International Labour Organisation
IZA	Instituut Zorgverzekering Ambtenaren
IZR	Interprovinciale Ziektekostenregeling
KNMG	Koninklijke Nederlandse Maatschappij voor de Geneeskunde
KPZ	Koepel Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen
KVS	Koninklijke Vereniging voor de Staathuishoudkunde
Lisv	Landelijk instituut sociale verzekeringen
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MOOZ	Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
OECD	Organisation for European Co-operation and Development
OESO	Organisatie voor Europese Samenwerking en Ontwikkeling
PAAZ	Psychiatrische Afdelingen Academische Ziekenhuizen
PGB	Persoonsgebonden Budget
RIAGG	Regionaal Instituut Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
Ribw	Regionale instellingen voor beschermd wonen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau
SER	Sociaal-Economische Raad
STG	Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg
SUO	Stichting Uitvoering Omslagregelingen
SVB	Sociale Verzekeringsbank

Uvo	Uitkomst van overleg
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WEZ	Wet Exploitatie Zorginstellingen
WGP	Wet Geneesmiddelenprijzen
WHO	World Health Organisation
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet Toegang Ziektekostenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFW	Ziekenfondswet
ZVO	Ziektekostenvoorziening Overheidspersoneel

Publicatieoverzicht

Advies Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen 2000, 200 pp., ISBN 90-6587-770-3, bestelnr. 00/12	f 22,50	Advies Uitbreiding van de EU met Midden- en Oost-Europese landen 1999, 20 pp., ISBN 90-6587-728-2, bestelnr. 99/16	f 10,00
Advies De winst van waarden 2000, 125 pp., ISBN 90-6587-771-1, bestelnr. 00/11	f 15,00	Advies Wijziging vakantiewetgeving (aanvullend advies) 1999, 64 pp., ISBN 90-6587-727-4, bestelnr. 99/15	f 12,50
Advies Toekomstgericht woonbeleid 2000, 50 pp., ISBN 90-6587-758-4, bestelnr. 00/10	f 12,50	Advies Uitvoeringsnota klimaatbeleid, deel 1 1999, 60 pp., ISBN 90-6587-726-6, bestelnr. 99/14	f 12,50
Advies Meerjarennota Emancipatiebeleid 2000, 78 pp., ISBN 90-6587-756-8, bestelnr. 00/09	f 12,50	Advies Investeren in verkeersveiligheid 1999, 74 pp., ISBN 90-6587-725-8, bestelnr. 99/13	f 12,50
Advies Sociaal-economisch beleid 2000-2004 2000, 246 pp., ISBN 90-6587-51-7, bestelnr. 00/08	f 25,00	Advies Markt en overheid 1999, 98 pp., ISBN 90-6587-707-X, bestelnr. 99/12	f 12,50
Advies Sociaal-economische grondrechten in de EU 2000, 18 pp., ISBN 90-6587-749-5, bestelnr. 00/07	f 10,00	Advies Bijzondere aanpassing minimumloon 1999, 96 pp., ISBN 90-6587-721-5, bestelnr. 99/11	f 12,50
Advies Emissiehandel in klimaatbeleid 2000, 62 pp., ISBN 90-6587-746-0, bestelnr. 00/06	f 12,50	Advies Elektronische handel in de interne markt 1999, 50 pp., ISBN 90-6587-723-1, bestelnr. 99/10	f 12,50
Advies Onvolledige AOW-opbouw 2000, 100 pp., ISBN 90-6587-747-9, bestelnr. 00/05	f 15,00	Advies Verkoop op afstand van financiële diensten 1999, 56 pp., ISBN 90-6587-724-X, bestelnr. 99/09	f 12,50
Advies Herstructurering productwetgeving 2000, 25 pp., ISBN 90-6587-748-7, bestelnr. 00/04	f 12,50	ALGEMEEN	
Kansen geven, kansen nemen Advies bevordering arbeidsdeelname etnische minderheden 2000, 202 pp., ISBN 90-6587-745-2, bestelnr. 00/03	f 22,50	SER-adviezen Een jaarabonnement op adviezen die de SER uitbrengt f 200,00	
Advies Voorstel tot wijziging Arbobesluit i.v.m. de afstemming van het Arbo- en Bouwbesluit 2000, 50 pp., ISBN 90-6587-737-1, bestelnr. 00/02	f 12,50	SER-bulletin Maandelijkse uitgave met nieuws en informatie over de SER en de Stichting van de Arbeid Abonnement per kalenderjaar f 55,00	
Advies Sociaal-economische beleidscoördinatie in de EU 2000, 64 pp., ISBN 90-6587-736-3, bestelnr. 00/01	f 12,50	De Sociaal-Economische Raad belicht (folder) gratis	
Advies Bevordering arbeidsdeelname ouderen 1999, 212 pp., ISBN 90-6587-731-2, bestelnr. 99/18	f 25,00	Knipselkrant Achtergrondartikelen en commentaren op sociaal-economisch gebied uit de dag- en weekbladen (dagelijks). Jaarabonnement f 200,00	
Advies Commentaar op de Nota Ruimtelijk Economisch Beleid 1999, 58 pp., ISBN 90-6587-730-4, bestelnr. 99/17	f 12,50		

Alle uitgaven zijn te bestellen door overmaking van de vermelde prijs op gironummer 333281 ten name van de SER te Den Haag, onder vermelding van bestelnummer of titel.
Op aanvraag zenden wij u gratis een uitgebreid publicatieoverzicht toe. Telefoon 070 - 3 499 505.