Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 1989–1990

21 592 Nadere wijziging van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Ziekenfondswet, alsmede daarmee samenhangende wijzigingen in enige andere wetten, in het kader van de geleidelijke wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering (Wet stelselwijziging ziektekostenverzekering tweede fase)

A

OORSPRONKELIJKE TEKST VAN HET VOORSTEL VAN WET EN VAN DE MEMORIE VAN TOELICHTING, ZOALS VOORGELEGD AAN DE RAAD VAN STATE EN VOOR ZOVER NADIEN GEWIJZIGD

I VOORSTEL VAN WET

Artikel I

Onderdeel B ontbrak.

Van Onderdeel Y ontbraken de punten 2 tot en met 4.

Artikel II

Van onderdeel E ontbrak punt 5.

In onderdeel H, punt 4, luidde de aanhef van het vijfde lid van artikel 34 ZFW:
5 Onze Minister kan voorts de toelating weigeren, indien:

Van onderdeel K ontbrak punt 3.

De onderdelen N en O ontbraken.

Artikel III

Van onderdeel B ontbraken de punten 2 en 3.

II MEMORIE VAN TOELICHTING

A. ALGEMEEN

1. Inleiding

De eerste drie alinea's luidden:
In de nota «Verandering verzekerd» (Kamerstukken II, 1987–88, 19 945, nr. 28) heeft het kabinet zijn voornemens bekend gemaakt met betrekking tot de wijziging van het stelsel van ziektekostenverzekering. Deze stelselwijziging dient ertoe te leiden dat door het wegnemen van schotten in de financieringsstructuur substitutie en daarmee doelmatigheid in de zorgverlening wordt bevorderd. Deze doelstelling beoogt, tesamen met het introduceren van marktelementen in de gezondheidszorg, in die sector een betere kostenbeheersing te doen ontstaan dan thans het geval is. Tevens dient door middel van de invoering van een uniforme premiestructuur een einde te worden gemaakt aan de thans in het kader van de ziektekostenverzekering bestaande ongelijke lastenverdeling.

Ter realisering van voormelde doelstellingen streeft het kabinet naar de totstandkoming van een samenhangend stelsel van ziektekostenverzekering met een gemengd karakter. Enerzijds zal dit stelsel vanwege het collectieve belang van een goed gezondheidszorgsysteem gebaseerd dienen te zijn op een publiekrechtelijke regeling, anderzijds zal dit stelsel met het oog op de nagestreefde introductie van marktelementen tevens een aantal aspecten dienen te bevatten die kenmerkend zijn voor de particuliere ziektekostenverzekering. Met de hiervoor bedoelde introductie van marktelementen wordt niet beoogd het doen ontstaan van volledig vrije mededinging in de gezondheidszorg met alle uitwassen die daarmee in de meest extreme vorm zouden zijn verbonden. Wel wordt beoogd door het versterken van prikkels tot marktgericht gedrag en het vergroten van vrijheden en keuzemogelijkheden de thans bestaande inflexibiliteit in de gezondheidszorg weg te nemen.

Het toekomstige stelsel, dat als zodanig onderdeel uitmaakt van de Nederlandse sociale zekerheid, zal bestaan uit de in de nota «Verandering verzekerd» aangeduide basisverzekering en aanvullende verzekering.

In het kader van de basisverzekering zal in beginsel iedere ingezetene van rechtswege verzekerd zijn voor een «basispakket», dat circa 85% omvat van de kosten van gezondheidszorg alsmede verwante onderdelen van de maatschappelijke dienstverlening.

Alle zorgvormen die niet zijn opgenomen in de basisverzekering kunnen door de zorgverzekeraars worden aangeboden in de vorm van een aanvullende verzekering die, anders dan de basisverzekering, eerst tot stand komt nadat daartoe tussen verzekerde en zorgverzekeraar op vrijwillige basis een

013552F
ISSN 0921 - 7371
SDU uitgeverij 's-Gravenhage 1990

privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomst is gesloten.

Aan de zevende alinea was een volzin toegevoegd, luidende:
In samenhang hiermee wordt de grondslag voor de aanvullende verzekering gevormd door de dekking die, na de vorenbedoelde uitbreiding van de dekking van de AWBZ-verzekering, *resteert in de* ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

De voorlaatste alinea van deze paragraaf luidde:
Zoals hiervoor reeds aangegeven streeft het kabinet ernaar om het onderhavige voorstel van wet op 1 januari 1991 in werking te doen treden of zoveel eerder als met inachtneming van de noodzakelijke zorgvuldigheid bij de in het kader van de behandeling van dit voorstel van wet te volgen procedures, mogelijk is.

2. De toekomstige structuur van het stelsel van ziektekostenverzekering

2.1 De juridische vormgeving

De achtste alinea luidde:
Zoals blijkt uit de aanbiedingsbrief van de nota «Verandering verzekerd» (Kamerstukken II, 1987–88, 19 945, nr. 27), heeft het kabinet er in navolging van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (Commissie-Dekker) voor gekozen om het nieuwe systeem een mengvorm te geven. Die mengvorm krijgt in dubbel opzicht gestalte. In de eerste plaats doordat het stelsel, dat als zodanig beschouwd moet worden als een sociaal verzekeringsstelsel, wordt gevormd door enerzijds een basisverzekering van rechtswege en anderzijds een aanvullende verzekering die door middel van privaatrechtelijke overeenkomsten tot stand komt. In de tweede plaats doordat vorenbedoelde basisverzekering weliswaar een sociale verzekering van rechtswege is, doch tevens een aantal aspecten bevat die *kenmerkend zijn voor de huidige* particuliere ziektekostenverzekering.
Ingevolge de basisverzekering zullen in beginsel alle ingezetenen van Nederland verzekerd zijn voor een basispakket. De voorzieningen die niet uit hoofde van het basispakket zijn verzekerd kunnen in het kader van de aanvullende verzekering worden verzekerd.

In de twaalfde alinea stond in plaats van «het grootste deel van de kosten»: circa 85% van de kosten.

2.2 De zorgverzekering

De titel en eerste tien alinea's van deze paragraaf luidden:
2.2. De basisverzekering
Zich daarin gesteund voelend door de tijdens de parlementaire behandeling van de wet van 15 december 1988 inzake onder meer de invoering van een nominale ziekenfondspremie (Stb. 610) gevoerde discussie, heeft het kabinet ervoor gekozen de basisverzekering wel te regelen als een verzekering van rechtswege, maar niet als een «klassieke volksverzekering». Anders dan de huidige AWBZ zal dan ook in het toekomstige stelsel van ziektekostenverzekering aan verzekerden en zorgverzekeraars een zo groot mogelijke ruimte worden geboden om binnen de grenzen van een functionele pakketomschrijving – hierop wordt later nog teruggekomen -in onderlinge overeenstemming concrete invulling te geven aan de wettelijke *rechten en plichten.*
De basisverzekering wordt ten principale uitgevoerd door middel van het restitutiesysteem. Dat neemt echter niet weg dat de verzekeraars, indien zij dat wensen, de zorg in natura kunnen leveren. De verzekering wordt uitgevoerd door daartoe toegelaten – onderling concurrerende – zorgverzekeraars. Dat kunnen de huidige ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars dan wel uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ-instellingen) zijn, indien zij voldoen aan de te stellen voorwaarden. Voor wat betreft de kring van verzekerden ingevolge de basisverzekering zal in beginsel worden aangesloten bij de volksverzekeringen op het gebied van de sociale uitkeringen. Dat houdt in dat, zoals hiervoor al werd aangegeven, als uitgangspunt geldt dat alle ingezetenen verzekerd zullen zijn.

De financiering van de basisverzekering vindt plaats door uitkeringen vanuit de Centrale Kas en door rechtstreeks door verzekerden te betalen nominale premies. Daarbij kan de nominale premie geheel of gedeeltelijk worden vervangen door *een eigen risico aan de voet.* De Centrale Kas wordt gevoed door naar draagkracht geheven procentuele premies en door rijksbijdragen. De procentuele premie zal te zijner tijd de plaats in gaan nemen van de AWBZ-premie en dus integraal *onderdeel worden van de heffing* over de eerste schijf in de Oort-systematiek.

De belangrijkste financieringsstroom vanuit de Centrale Kas zal bestaan uit uitkeringen aan zorgverzekeraars die een weerspiegeling vormen van de verwachte kosten van de bij de desbetreffende zorgverzekeraars aangesloten verzekerden. Deze kosten worden bepaald aan de hand van objectieve risicokenmerken waarvan leeftijd, geslacht en regio de kern vormen.
Deze uitkeringen aan zorgverzekeraars worden zodanig berekend dat het voor hen niet aantrekkelijk is om *aan actieve risicoselectie te doen,* omdat zij gespreide risico's over de zorgverzekeraars verevenen. Wat de zorgverzekeraar aldus per verzekerde te kort komt is een in principe gelijk bedrag per verzekerde. Zo kan dus interne premiedifferentiatie *achterwege blijven.*

Bij de overheveling van verstrekkingen naar de AWBZ per 1 januari 1989 is een experiment gestart om voor hulpmiddelen een stelsel van normuitkeringen te beproeven. Doel van het experiment was te bezien welke uitvoeringstechnische problemen kunnen optreden bij financiering door normuitkeringen. Achteraf worden de feitelijk gemaakte kosten vergoed. Eind oktober verschaft een projectgroep via de Ziekenfondsraad de evaluatie over de eerste zes maanden van 1989. Deze evaluatie zal bestaan uit een analyse van de gegevensverstrekking en de administratieve procedure in het kader van het experiment, alsmede een analyse tussen de normuitkering en de werkelijke uitgaven.

Van de twaalfde alinea ontbraken *de zes laatste volzinnen.*

Alinea 15 en 16 luidden:
Bij het uitvoeren van de basisverzekering kunnen de zorgverzekeraars zowel winst als verlies maken en

dragen dus zelfstandig risico. Om dat risico te kunnen dragen, zullen zorgverzekeraars over reserves moeten beschikken, waaruit tekorten kunnen worden bestreden en waaraan overschotten kunnen worden toegevoegd. Hierop wordt nader ingegaan in paragraaf 3.3.3.

Alinea 22 en 23 luidden:
De verzekerde is vrij in zijn keus van zorgverzekeraar en niet – zoals nu – gebonden aan een bepaalde verzekeraar, bijvoorbeeld ziekenfonds of KPZ-instelling. De verzekeraars zijn verplicht om alle verzekerden die zich aanmelden – ongeacht het medische risico – te accepteren. Verder mag bij een verzekeraar binnen zijn portefeuille geen gedifferentieerde premiestelling plaatsvinden op basis van gezondheidsrisico. Wel kan een verzekerde kiezen voor een eigen risico in plaats van een (gedeelte van de) nominale premie.

2.3 De aanvullende verzekering

De tekst van deze paragraaf luidde:
Voor de aanvullende verzekering is een nominale premie verschuldigd die per verzekeraar kan verschillen. De verzekerde is vrij in zijn keus of hij al dan niet een aanvullende verzekering wenst af te sluiten. Verder heeft hij de vrijheid zelf te bepalen voor welke zorgvormen hij zich aanvullend wil verzekeren. De verzekeraar is in beginsel gebonden de verzekerde ongeacht het risico te accepteren. Voorkomen moet echter worden dat mensen zich pas verzekeren op het moment dat daadwerkelijk risico's intreden. In het kader van de mogelijkheid de acceptatieplicht te clausuleren zal zulks worden gerealiseerd.

Het kabinet gaat ervan uit dat, aangezien de aanvullende verzekering belangrijke zorgonderdelen zal omvatten, verzekeraars in staat zullen zijn zodanig aantrekkelijke verzekeringspakketten op de markt te brengen dat vrijwel iedereen er toe zal overgaan om zich aanvullend te verzekeren. Daardoor zal er een nagenoeg volledige verzekeringsdekking voor de aanvullende verzekering ontstaan, waardoor de premie voor een volledige aanvullende verzekering ook door degenen met een inkomen op minimumniveau kan worden gedragen. Dit wordt mede bereikt door de koppeling van het sociaal minimum aan te brengen voor de betaling van de nominale premie, zodat het daaruit resulterende hogere sociale minimum de ruimte biedt om de nominale premie te voldoen. Mocht blijken dat de verzekeringsgraad voor de aanvullende verzekering lager is dan verwacht, dan zal nader worden overwogen of en zo ja, op welke wijze nadere regelgeving noodzakelijk is.

2.5 Kwaliteit van de zorg

Alinea 8 en 9 ontbraken.

Van alinea 12 ontbraken de laatste drie volzinnen.

Aan alinea 13 waren twee volzinnen toegevoegd, luidende:
In afwijking van de opvatting van de Ziekenfondsraad zou wel bezien kunnen worden of het geen aanbeveling verdient geglobaliseerde erkenningseisen vast te stellen voor die categorieën waarvoor thans nog geen eisen gelden. Daarbij zou dan voor wat betreft de inhoud van de te stellen eisen een relatie gelegd kunnen worden met de toekomstige situatie.

2.6 Internationale aspecten

De tekst van deze paragraaf luidde:
In paragraaf 2.1. is reeds aandacht besteed aan de internationale aspecten van het toekomstige stelsel van ziektekostenverzekeringen die verband houden met de dwingendrechtelijke regelgeving in het kader van de Europese Gemeenschappen op het gebied van de reservevorming. Vastgesteld is dat deze aspecten niet in de weg behoeven te staan aan de voornemens van het kabinet met betrekking tot de vormgeving van bedoeld stelsel.

Met betrekking tot de eveneens in paragraaf 2.1. vermelde internationale coördinatie van sociale zekerheidstelsels geldt het volgende. In het kader van de Europese Gemeenschappen is een verordening tot stand gekomen (Verordening nr. 1408/71, PbEG L 149) op grond waarvan personen die verzekerd zijn ingevolge een wettelijk geregelde ziektekostenverzekering van een Lid-Staat, beschermd blijven wanneer zij wonen of verblijven op het grondgebied van een andere Lid-Staat. In dat geval ontvangen zij de voor hen noodzakelijke medische zorg overeenkomstig de wettelijke regelingen van de Lid-Staat waar zij wonen of verblijven. Overeenkomstige coördinatieregelingen zijn tot stand gebracht in het kader van een groot aantal sociale zekerheidsverdragen die door Nederland zijn gesloten met staten die niet behoren tot de Europese Gemeenschappen.
Particulier verzekerden vallen buiten vorenbedoelde internationale coördinatie en kunnen daarom tot op heden hun rechten ingevolge de AWBZ-verzekering in het buitenland niet geldend maken. Zoals is uiteengezet is het overleg dat op 29 november 1988 werd gevoerd met de vaste Commissie voor welzijn en volksgezondheid van de Eerste Kamer der Staten-Generaal zal in het kader van de Wet op de zorgverzekering sprake zijn van een wettelijk geregelde verzekering, waarbij alle verzekerden onder de internationale coördinatie zullen vallen. Dat is niet alleen van belang voor personen die tijdelijk in het buitenland verblijven, maar ook voor grensarbeiders en voor de in het buitenland achtergebleven gezinsleden van degenen die in Nederland werken.

De uitbreiding van het verzekeringspakket van de AWBZ noopt er toe zich te beraden op de gevolgen die kunnen voortvloeien uit het wegvallen van de binnengrenzen in de Europese Gemeenschap in het jaar 1992. Maatregelen zullen moeten worden getroffen teneinde te voorkomen dat onbelemmerde vestiging in Nederland kan leiden tot een onbedoeld beslag op de AWBZ. In dat verband zij melding gemaakt van het kabinetsstandpunt met betrekking tot het Heroverwegingsrapport inzake de positie van niet-Nederlanders in Nederlandse stelsels van sociale en culturele voorzieningen. Het kabinet heeft ingestemd met de in dat rapport voorgestelde maatregel om de AWBZ af te schermen in die zin, dat evenals zulks bij een aantal uitkeringswetten het geval is, geen betaling op grond van die verzekeringswet ontstaat voor de risico's die zich al geopenbaard hebben op het moment waarop de verzekering door vestiging in Nederland een aanvang neemt. Daarbij zal in beginsel geen onderscheid worden gemaakt tussen Nederlanders en niet-Nederlanders.

Deze beperking zal overigens niet gelden in geval het gaat om vreemdelingen die legaal in Nederland wonen, te weten vluchtelingen, asielgerechtigden en vreemdelingen toegelaten voor een ander doel dan het ondergaan van een medische behandeling.

Voorts dient aandacht besteed te worden aan de bepalingen van de door Nederland geratificeerde internationale verdragen waarin eisen worden gesteld met betrekking tot de door de ratificerende staten te bieden sociale zekerheid. Als gevolg van de omstandigheid dat het voorgenomen stelsel beoogt een verzekering te bieden die in beginsel alle ingezetenen zal omvatten, kunnen geen bezwaren voortvloeien uit de door bedoelde verdragen gestelde voorwaarden terzake van de omvang van de kring van personen die verzekerd dient te zijn ingevolge een sociale verzekeringswetgeving.

Aan de hand van het uiteindelijk vast te stellen basispakket zal moeten worden bezien, of wordt voldaan aan de bepalingen inzake de minimumomvang van de door een sociale verzekering te bieden dekking. Hierbij zal tevens dienen te worden bezien in welke mate de door de aanvullende verzekering geboden dekking in de beoordeling moet worden betrokken. Een definitief standpunt met betrekking tot dit aspect kan derhalve thans nog niet worden ingenomen. Dit laatste is evenmin het geval met betrekking tot de voorwaarden die in enkele van de bedoelde verdragen worden gesteld aan de structuur van de uitvoeringsorganisatie, zoals een verbod op het maken van winst en de verplichting om verzekerden in het bestuur op te nemen. Ofschoon hier op het eerste gezicht een strijdigheid lijkt te bestaan met de voornemens van het kabinet zal, mede in het licht van de ontwikkelingen die zich hebben voorgedaan in het kader van de voorgenomen opzegging van het Verdrag van de Internationale Arbeidsorganisatie inzake minimum-normen van sociale zekerheid bij arbeidsongevallen en beroepsziekten (Verdrag nr. 121, Trb. 1965, nr. 16), dienen te worden bezien of daadwerkelijk sprake is van strijd met de geest van de desbetreffende internationale verdragen. Bij die beoordeling spelen twee aspecten van het nieuwe stelsel een belangrijke rol. Ten eerste zal naar verwachting een groot deel van de nieuwe zorgverzekeraars kiezen voor de niet-winst-makende rechtsvorm van stichting of onderlinge waarborgmaatschappij waarbij in de laatstgenoemde rechtsvorm tevens verzekerden in het bestuur zijn opgenomen. Ten tweede zal er in het nieuwe systeem volstrekte vrijheid zijn voor de verzekerden om zich aan te sluiten bij de zorgverzekeraar van zijn eigen keuze.

Beide elementen samen lijken een voldoende waarborg op te leveren voor de bescherming van de verzekerden die met de desbetreffende bepalingen in de normverdragen is bedoeld. Aldus kan waarschijnlijk worden geconcludeerd dat het nieuwe stelsel wel voldoet aan de geest van de normverdragen.

3. Invoeringstraject

Deze paragraaf ontbrak.

4. Hoofdlijnen van het onderhavige voorstel van wet

4.1 De adviesprocedure

Van de eerste alinea ontbraken de derde en de vierde volzin, alsmede de laatste twee volzinnen.

4.2 Maatregelen ter vermindering van de ongelijke lastenverdeling

4.2.1 Uitbreiding AWBZ-verstrekkingenpakket

De derde volzin van de eerste alinea luidde:

Een en ander houdt in dat, mede in aanmerking nemend het advies van de Ziekenfondsraad ter zake, uiterlijk per 1 januari 1991, het AWBZ-verstrekkingenpakket wordt uitgebreid met huisartsenhulp, hulp in audiologische centra, hulp in centra voor klinische genetica en voorzieningen op het terrein van de revalidatie.

Na de zevende volzin van de tweede alinea waren twee volzinnen ingevoegd, luidende:

Dit brengt met zich dat het door het kabinet in de nota «Verandering verzekerd» gestelde bedrag niet geheel zal worden opgevuld. Het verschil is echter beperkt, terwijl bovendien een opvulling van dit bedrag met daarvoor in aanmerking komende vormen van hulp moeilijk realiseerbaar is.

Aan de tweede alinea was een volzin toegevoegd, luidende:

De uitbreidingen leiden in totaal tot een kostenbedrag van f 2 205 mln.

4.2.2 Verschuiving premielasten

De tweede alinea luidde:

Het partiële effect van deze verschuiving op de premie voor de ziekenfondsverzekering bedraagt −0,85%. Daarnaast vindt in de ziekenfondsverzekering, parallel aan de eerste stap per 1 januari 1989, een verdere gedeeltelijke omzetting plaats van de bestaande procentuele premieheffing in nominale premieheffing.

Op grond van de in de nota «Verandering verzekerd» uiteengezette systematiek wordt daarbij, evenals bij de eerste stap in 1989, het totale met de extra nominale premieheffing gemoeide bedrag gelijkgesteld aan het aandeel van de ziekenfondsverzekering in de uitbreiding van de AWBZ. In relatie met de thans beoogde uitbreiding van het verzekeringspakket van de AWBZ komt dit neer op een bedrag van f 1300 mln. Dit leidt tot een verhoging van de te heffen nominale premie met f 168 tot f 324 per volwassen verzekerde per jaar. Hiertegenover staat een daling van de procentuele ziekenfondspremie van 0,85%.

Bij elkaar genomen daalt de procentuele ziekenfondspremie op grond van het bovenstaande derhalve met 1,7%. Evenals in 1989 komt deze daling volledig ten gunste van het werknemersdeel van de premie.

De laatste twee volzinnen van de derde alinea luidden:

Bij het doortrekken van deze lijn zal deze rijksbijdrage, overeenkomstig het gestelde in de nota «Verandering verzekerd», worden verhoogd tot f 134 mln.

Aan deze paragraaf was een vierde alinea toegevoegd, luidende:

In de sfeer van de particuliere ziektekostenverzekeringen ten slotte leiden de eerder aangeduide premieverschuivingen in beginsel tot een partiële daling van de te heffen premie met 7,0%.

4.3 Maatregelen in het kader van de kostenbeheersing

4.3.1 Budgettering en normuitkeringen

De tekst vanaf de tweede volzin van de eerste alinea tot en met de tweede volzin van de zesde alinea luidde:

In dit verband acht het kabinet het noodzakelijk om het thans in de wettelijke ziektekostenverzekeringen bestaande volledige declaratiestelsel af te schaffen en te komen tot een situatie waarbij de ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen verantwoordelijkheid gaan dragen voor het geheel of een gedeelte van de kosten die de bij hen aangesloten verzekerden genereren.

De elfde alinea luidde:

Het kabinet acht het niet verstandig om tot aan het moment van invoering van de basis- en aanvullende verzekering geen maatregelen op dit punt in de ZFW te treffen. Dit zou tezeer leiden tot een schoksgewijze overgang naar het beoogde nieuwe stelsel, waarin zowel voor de basisverzekering als voor de aanvullende verzekering in beginsel geldt dat declaratie-elementen worden vervangen door budgetgerichtheid. In de basisverzekering zal het daarbij voor zorgverzekeraars gaan om een combinatie van budget via de normuitkering uit de Centrale Kas en budget via de markt (het totaal van inkomsten uit nominale premieheffing). In de aanvullende verzekering gaat het uitsluitend om dit laatste. Op dit punt deelt het kabinet dan ook niet de mening van de meerderheid van de Ziekenfondsraad dat in de aanvullende verzekering geen sprake zou zijn van enige vorm van budgettering.

Hoewel de inhoud van het gehanteerde begrip «budgettering» wellicht niet steeds voor iedereen hetzelfde is, is het wel duidelijk dat het thans in de ziekenfondsverzekering geldende declaratiesysteem niet langer zal bestaan in de aanvullende verzekering. Tijdige aanpassing bij de ziekenfondsen aan deze verandering is dan ook essentieel in dit verband.

Na de twaalfde alinea was een alinea ingevoegd, luidende:

Het kabinet is zich ervan bewust dat bij de invoering van budgettering in de ZFW sprake is van een aantal belangrijke randvoorwaarden. Zowel het meerderheids- als het minderheidsstandpunt in het advies van de Ziekenfondsraad duidt hierop. Mede onder verwijzing naar het gestelde in de eerdergenoemde memorie van antwoord zal daarmee rekening worden gehouden bij de concrete invulling van de budgettering.

De laatste alinea van deze paragraaf ontbrak.

3.3.2 Nominale premie AWBZ

Van de vierde alinea ontbrak de tweede volzin.

Aan de vierde alinea waren drie volzinnen toegevoegd, luidende:

Naast inhoudelijke argumenten, waarop reeds in de voorgaande paragraaf in het kader van de budgettering is ingegaan, spelen bij deze standpuntbepaling ook financieel-technische overwegingen een rol. Ten opzichte van de in de nota «Verandering verzekerd» uitgezette weg leidt een variant, waarin wordt afgezien van verdere verhoging van de nominale premie ZFW, tot een belangrijke vertraging in het tempo van uniformering van de premiestructuur voor enerzijds ziekenfondsverzekerden en KPZ-deelnemers en anderzijds particulier verzekerden. Een dergelijke vertraging acht het kabinet zeer ongewenst, gezien het verdere traject dat moet worden afgelegd op weg naar de voltooiing van de beoogde stelselwijziging.

4.3.3 Reservevorming in de AWBZ en ZFW

Aan de vierde alinea was een volzin toegevoegd, luidende:

Daarvan zal eerst sprake zijn bij invoering en latere uitbreiding van gedifferentieerde nominale premies, in samenhang met budgettering en/of normuitkeringen zonder nacalculatie.

De zevende alinea ontbrak.

4.3.4 Vrijheid van aansluiting voor verzekerden.

De eerste twee volzinnen luidden:

In samenhang met de invoering van een gedifferentieerde nominale premie dient een einde te komen aan het huidige regionale monopolie van ziekenfondsen zodat ziekenfondsverzekerden niet op slechts een ziekenfonds zijn aangewezen, evenmin als particulier verzekerden dat zijn met betrekking tot particuliere ziektekostenverzekeraars.

4.3.5 Opheffing van het verbod op eigen instellingen

In plaats van «41 van de AWBZ» stond er: 42 van de AWBZ.

4.3.6 Invoering van een in functionele termen gesteld zorgpakket in de AWBZ

De eerste alinea luidde:

De Commissie-Dekker heeft als uitgangspunt gekozen dat het basispakket op flexibele en doorzichtige wijze dient te worden uitgevoerd. *Daarom heeft die Commissie* voorgesteld voor de omschrijving van de zorg niet uit te gaan van personen of instellingen die verstrekkingen verlenen maar van de soort hulp, waarop de verzekerde aanspraak heeft. Als voordeel daarvan zag de Commissie-Dekker de bevordering van flexibiliteit door substitutie zodat eerder en meer adequaat aan de behoeften van de verzekerden kan worden tegemoet gekomen. Ook de nadelen van een dergelijk systeem zijn echter onderkend. Immers minder eenduidig staat vast waarop aanspraak bestaat.

De laatste twee alinea's van deze paragraaf ontbraken.

5. Financiële aspecten

5.1 Uitwerking maatregelen

Deze paragraaf luidde:

4.1 Financieringsverschuivingen

De in paragraaf 3.2 genoemde maatregelen ter vermindering van de ongelijke lastenverdeling behelzen dat de AWBZ met een aantal voorzieningen wordt uitgebreid. De kosten van deze voorzieningen worden door de Ziekenfondsraad in zijn advies als volgt geschat:

	totaal	naar financieringsbron			
		ZFW	particulier	KPZ	rijksbegroting
huisartsenhulp	1852	1101	606	110	35
audiologische centra	15	9	5	1	–
erfelijkheidsonderzoek	25	15	8	2	–
revalidatie[1]	313	194	101	18	
	2205	1319	720	131	35

[1] voorzover niet al reeds door de AWBZ gefinancierd.

De betalingen door particulier verzekerden en door KPZ-verzekerden bestaan uit gedeclareerde kosten bij de desbetreffende verzekeraars, alsmede uit eigen betalingen als gevolg van het ontbreken van de desbetreffende voorziening in de polisdekking, danwel, of in combinatie daarmee, door een eigen risico aan de voet.

De uitbreiding van de AWBZ leidt tot een verdere verhoging van het inkomensafhankelijk te financieren deel van de zorgkosten van particulier verzekerden. Parallel hiermee wordt het nominaal te financieren deel voor ziekenfondsverzekerden, respectievelijk deelnemers aan een publiekrechtelijke regeling voor ambtenaren verhoogd. Dit leidt tot een daling van de via de procentuele premie te financieren lasten voor de ziekenfondsen van f 1,3 mld, voor KPZ-instellingen van f 0,12 mld.

4.2 Premiemutaties

In de hierna opgenomen tabel 1 worden de partiële premiemutaties weergegeven die optreden ten gevolge van de in paragraaf 4.1 weergegeven financieringsverschuivingen. Er is aangenomen dat deze verschuivingen niet leiden tot hogere kosten op macro-niveau.

Uitgegaan is van de volgende veronderstellingen:

– Verhoging van de nominale ziekenfondspremie in lijn met uitbreiding AWBZ volgens het waterstandenmodel. Voor volwassen verzekerden wordt de nominale premie verhoogd van f 156 tot f 322 per jaar. Per medeverzekerd kind wordt de nominale premie verhoogd van f 78 tot f 161per jaar, te betalen voor maximaal twee kinderen.

– Ontwikkeling van de procentuele premies KPZ overeenkomstig ZFW. De eigen bijdragen voor KPZ-verzekerden (± 10% van de kosten) kunnen worden verlaagd met f 16.

– Verlaging van de nominale premies particuliere ziektekostenverzekeringen in overeenstemming met overheveling verstrekkingen naar de AWBZ.

4.3. Inkomenseffecten

In de hierna opgenomen tabel 2 worden voor een aantal categorieën inkomenstrekkers, naar inkomenshoogte en omvang van het huishouden inkomenseffecten gepresenteerd die volgen uit de in paragraaf 4.1. weergegeven premieverschuivingen. De effecten zijn weergegeven bij een integrale invoering van de Oort-wetgeving in 1990. Eventuele effecten voortvloeiend uit de redressering van de eenmalige verschuiving van het werkgevers- naar het werknemersdeel van de premie AWF in 1989 zijn dus niet opgenomen.

De inkomenseffecten zijn, conform die gepresenteerd in «Verandering verzekerd», beperkt. Voor gezinnen met kinderen zijn eveneens de effecten weergegeven als rekening wordt gehouden met een compenserende verhoging van de kinderbijslagbedragen, waartoe reeds is besloten en waardoor de inkomenseffecten voor gezinnen met kinderen in de marktsector gelijk worden aan die van gezinnen zonder kinderen. Het hiermee gemoeide budgettaire effect bedraagt (structureel) f 250 mln.

Bij de berekening van de inkomenseffecten voor ambtenaren is geen rekening gehouden met de ZVO-regeling, ervan uitgaande dat geen zelfstandige inkomenseffecten optreden uit hoofde van de ZVO-regeling.

Tabel 1. Premiemutaties

AWBZ-premie	+0,9%	
ZFW-premie (procentueel)	−1,7%	
wv: door verkleining pakket		−0,85%
door nominalisering		−0,85%
ZFW-premie (nominaal[1])	+f 168	
ZFW-premie bejaarden (procentueel)	−0,5%	
KPZ-premie werknemersdeel (procentueel)	−1,7%	
wv: door verkleining pakket		−0,65%
door nominalisering		−0,65%
door verhoging Rijksbijdrage		−0,4%
KPZ-premie (nominaal)	+f 168	
KPZ-eigen bijdrage	−f 16	
Particuliere verzekeringen[2]	−7,0%	
Interimbijdrage Rijksambtenaren	−7,0%	
Werkgeversbijdrage particulier verzekerden	−7,0%	

[1] per volwassene, voor kinderen geldt de helft tot een maximum van twee kinderen.
[2] bij veronderstelde dekking conform standaard pakket polis.

5.2 Uitvoeringskosten

Van deze paragraaf ontbrak de laatste volzin.

B. ARTIKELSGEWIJZE TOELICHTING

Invoering restitutiesysteem in de AWBZ

De eerste volzin luidde:

Zoals in de nota «Verandering verzekerd» is aangegeven, zal het toekomstige stelsel van ziektekostenverzekering in beginsel gebaseerd zijn op een zogeheten restitutiesysteem.

Invoering van een in functionele termen gesteld zorgpakket in de AWBZ

Van de eerste alinea ontbrak de vierde tot en met de achtste volzin.

Uitbreiding AWBZ-verstrekkingenpakket

De tweede alinea ontbrak.

Aan de vierde alinea was een volzin toegevoegd, luidende:

In de expliciet in de ZFW opgenomen omschrijving resteren slechts die verstrekkingen, waarvan in de nota «Verandering verzekerd» is aangegeven dat die vormen van zorg niet zullen worden opgenomen in het basispakket, maar in de aanvullende verzekering.

Tabel 2. Inkomensgevolgen 2e stap stelselwijziging ziektekostenverzekering (structureel effect in procenten)

inkomen	minimum	modaal	2x modaal
werknemers marktsector			
– alleenstaand	+0,50	+0,75	−0,50
– gehuwd zonder kinderen	−0,25	+0,25	−0,25
– gehuwd 2 kinderen	−1,00	−0,25	0
– idem, incl. verhoogde kinderbijslag	−0,25	+0,25	+0,25
zelfstandigen			
– alleenstaand	0	−0,50	−0,50
– gehuwd zonder kinderen	+1,00	0	−0,25
– gehuwd 2 kinderen	+1,50	+0,50	0
– idem, incl. verhoogde kinderbijslag	+2,25	+1,00	+0,25
ambtenaren-interim			
– alleenstaand	−0,50	−0,75	−0,50
– gehuwd zonder kinderen	−0,25	−0,50	−0,50
– gehuwd 2 kinderen	+0,25	−0,25	−0,25
– idem, incl. verhoogde kinderbijslag	+1,00	+0,25	0
ambtenaren-KPZ			
– alleenstaand	+0,50	+0,75	+1,50
– gehuwd zonder kinderen	−0,25	+0,25	+0,75
– gehuwd 2 kinderen	−0,75	−0,25	+0,50
– idem, incl. verhoogde kinderbijslag	0	+0,25	+0,75
bejaarden-ZFW			
– alleenstaand	+0,25	+0,75	–
– gehuwd	−0,25	+0,25	–
bejaarden-particulier			
– alleenstaand	+2,00	0	−0,25
– gehuwd	+2,50	+0,75	0

Invoering nominale premie AWBZ en invoering eigen risico in de AWBZ

De eerste zes volzinnen van de 29e alinea luidden:

Evenals in de bestaande regelgeving van de ZFW wordt in artikel 18 van de AWBZ voorzien in een verhaalsrecht van de uitvoeringsorganen op de verzekerde die schuldig nalatig blijft de verschuldigde nominale premie te voldoen. In dat geval kunnen de kosten van verleende verstrekkingen of een uitkering voor de met die verstrekking corresponderende zorg op de verzekerde worden verhaald.

Geleidelijke opheffing van het verbod op eigen instellingen

De tweede alinea ontbrak.

Reservevorming in AWBZ en ZFW

In de vijfde alinea stond in plaats van «het vierde lid van artikel 34 van de ZFW»: het derde lid van artikel 34 van de ZFW.

Wijziging samenstelling Ziekenfondsraad

De toelichting op dit onderwerp ontbrak.

Redactionele aanpassingen voortvloeiende uit de invoering van de nominale ZFW-premie

De laatste alinea ontbrak.

Vervallen horizonbepaling

Na de tweede alinea waren twee alinea's ingevoegd, luidende:

Onder meer met het oog op het voorgaande beoogt het onderhavige voorstel van wet:

– de invoering van een gedeeltelijk restitutiesysteem in de AWBZ;

– de invoering van een in functionele termen gesteld zorgpakket in de AWBZ;

– het voorschrijven van schriftelijke overeenkomsten tussen verzekerden en ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars of uitvoerende organen inzake concretisering van de aanspraken in het kader van de AWBZ;

– de invoering van een gedeeltelijk nominale premie in de AWBZ;

– de geleidelijke opheffing van het verbod op eigen instellingen;

– het bieden van vrijheid aan de ziekenfondsverzekerden zich aan te sluiten bij het ziekenfonds van hun keuze;

– de invoering van een eigen risico in de AWBZ en

– de geleidelijke invoering van een systeem van normuitkeringen in samenhang met de introductie van een reservevormingsplicht in de AWBZ en de ZFW.

Naast het voorgaande zal op basis van de bestaande wetgeving worden overgegaan tot een gefaseerde afschaffing van de verbindingskantoren in het kader van de AWBZ, alsmede een zodanige wijziging in de samenstelling van de Ziekenfondsraad worden gerealiseerd dat daarmee de representatie van de verschillende verzekeringsvormen (ziekenfondsverzekering, particuliere ziektekostenverzekeringen en publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren) in overeenstemming wordt gebracht met het aantal bij hen ingeschreven AWBZ-verzekerden.