Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 1990–1991

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)

Nr. 14

BRIEF VAN DE STAATSSECRETARIS VAN WELZIJN, VOLKSGEZONDHEID EN CULTUUR

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 14 mei 1991

Onder verwijzing naar de brief van de vaste Commissie voor de volksgezondheid van 11 april 1991 doe ik u hierbij het standpunt van het kabinet toekomen inzake de mogelijkheden tot versterking van de financiële verantwoordelijkheid van de burger in het beoogde nieuwe stelsel van ziektekostenverzekering.

Varianten Tussenbalans

In de brief aan de Tweede Kamer van 19 februari 1991 inzake de Tussenbalans 1991 (Kamerstukken II, 1990–1991, 21 998, nr. 2) heeft het kabinet met betrekking tot het stelsel van ziektekostenverzekeringen aangegeven vast te houden aan een stapsgewijze realisatie van een zorgverzekering voor iedereen in 1995. Deze verzekering omvat alle essentiële vormen van zorg en komt daarmee uit op rond de 95% van de huidige zorgvoorzieningen. In aansluiting daarop gaf het kabinet aan van oordeel te zijn dat deze brede basisverzekering gekoppeld moet worden aan een verdergaande financiële verantwoordelijkheid van de burger in de ziektekostenverzekering. Twee varianten zijn in dat verband genoemd om hieraan gestalte te geven. De eerste variant betreft een beperkte verhoging van de nominale premie met als gevolg daarvan een verruiming van de mogelijkheid van een vrijwillig eigen risico aan de voet. De tweede variant behelst het handhaven van de nominale premie op het voorziene niveau van 15% met in aanvulling daarop een verplichte eigen bijdragen-regeling, uitdrukkelijk tot een aan het inkomen gerelateerd maximum. Over deze varianten werd nadere besluitvorming aangekondigd voor de Kamerbehandeling van het wetsvoorstel stelselwijziging tweede fase (Kamerstukken II, 1989–1990, 21 592).

De twee varianten vinden hun achtergrond in de wens van het kabinet om binnen de uitgangspunten van de stelselherziening de rechtstreekse financiële betrokkenheid van de burger bij het verzekeringsstelsel te

113194 F
ISSN 0921 - 7371
SDU uitgeverij 's-Gravenhage 1991

vergroten en wel op zodanige wijze dat hiermede eveneens een verantwoorde bijdrage kan worden geleverd aan een verbetering van de doelmatigheid en de kostenbeheersing. Het een en ander uiteraard in verband met de omvang van het basispakket waarvoor het kabinet gekozen heeft. Zou de keuze zijn gevallen op een iets minder groot basispakket, dan had de gewenste grotere financiële betrokkenheid van de burger immers op andere wijze, via een aanvullende verzekering, gestalte kunnen krijgen. Nu echter gekozen is voor een meer rechtstreekse grotere financiële betrokkenheid gaat het nu om de vraag op welke wijze dit het beste kan geschieden, binnen de gegeven uitgangspunten van het stelsel. Daarbij spelen enkele aspecten een rol.

De kostenbeheersing

De kostenbeheersing is steeds een uiterst belangrijk element geweest bij de vormgeving van het nieuwe stelsel. In dat kader is voorzien in de budgettering van de verzekeraars. Per 1 januari 1991 is dit geschied in de ziekenfondsverzekering, per 1 januari 1992 zal dit gaan gebeuren in de AWBZ. Daarnaast zijn er elementen als de nominale premie, de invoering van concurrentie als gevolg van keuzevrijheid voor de verzekerden, opheffen van contracteerplicht, liberalisering van tarieven, de substitutie via het functionele pakket, de vergroting van de mededinging, de invoering van een vrijwillige eigen risico, eigen bijdrage, alsmede de mogelijkheid van keuze voor het restitutiesysteem. Deze elementen zijn alle bedoeld bij te dragen tot een kostenbeheersing binnen het stelsel.

Bestuurlijke vernieuwing

Kernmoment van het beoogde vernieuwingsproces ligt in de vergroting van de directe betrokkenheid van partijen in het stelsel door overdracht van bevoegdheden en verantwoordelijkheden naar de aanbieders en verzekeraars en door het op verantwoorde wijze vergroten van keuzemomenten voor verzekerden en verzekeraars. Het mogelijk maken van deze keuzen houdt impliciet een grotere betrokkenheid in. Naar de mate waarin er minder sprake is van keuzemogelijkheden en zaken verplicht worden gesteld, neemt de betrokkenheid af. Het huidige stelsel met zijn talloze regels en verplichtingen is daarvan een goed voorbeeld. Vanuit dit bestuurlijke uitgangspunt bezien, is een restrictief beleid ten aanzien van het opleggen van verplichtingen geboden. Anderzijds moet zekerheid aan de burger (de verzekerde) worden geboden dat er in het vernieuwde stelsel te kiezen valt.

Bezien vanuit deze aspecten, toegespitst op de hierboven genoemde varianten, is de positionering van de verzekerde en de verzekeraar aan de orde.

De verzekerde

De grotere financiële verantwoordelijkheid van de verzekerde krijgt in de eerste variant vorm via een verhoging van de nominale premie. Dit betekent een directe versterking van de financiële confrontatie met de kosten van de zorg. Tevens biedt een hogere nominale premie de verzekerde meer mogelijkheden en meer stimulans voor het kiezen van een (groter) eigen risico. Ook daarvan kan een matigende invloed uitgaan op de kosten. De mate waarin dat gebeurt is uiteraard niet op voorhand vast te stellen, maar het grootste deel van de thans particulier verzekerden is reeds gewend aan een eigen risico. Daarnaast zal een flink deel van de huidige ziekenfondsverzekerden geïnteresseerd zijn. Ongetwijfeld zal het «risico-arme» verzekerdenbestand, respectievelijk dat deel van het

bestand dat zich kan permitteren eigen risico te nemen, primair geïnteresseerd zijn, maar dat heeft slechts positieve aspecten.

Ten eerste behoeft dit geen opwaartse druk op de premie te betekenen, omdat de verhouding premie/eigen risico zodanig actuarieel wordt berekend dat de opbrengsten (hetzij via de premie, hetzij via het eigen risico) hetzelfde blijven. Ten tweede betekent dit dat het risico-rijke bestand in deze benadering niet verplicht is een eigen risico te nemen. Het zou ook niet verantwoord zijn omdat voor hen de gemiddelde kosten het eigen risico zouden overschrijden. Dat zou inhouden dat zij vrijwel altijd meer zouden bijdragen dan de normale nominale premie, zonder eigen risico.

Voorts introduceert het stelsel de mogelijkheid van een restitutiesysteem. Dit systeem kan ook een bijdrage leveren aan de grotere financiële betrokkenheid van de verzekerde omdat dit systeem de verzekerde ook inzicht geeft in de feitelijke kosten van de zorg. Dit is niet het geval bij een in natura-systeem. Het op aanzienlijke schaal introduceren van een eigen risico betekent ook dat het restitutiesysteem moet worden ingevoerd, omdat beide elementen aan elkaar verbonden zijn en de burger (de verzekerde) moet kunnen kiezen voor eigen risico.

Tenslotte voorziet het wetsvoorstel tweede fase in de mogelijkheid om een eigen bijdrage voor het verkrijgen van een verstrekking te introduceren. Zoals in de Nota naar aanleiding van het eindverslag is gesteld ligt het in het voornemen om in de Wet op de zorgverzekering te bepalen dat verzekeraars bevoegd zijn om binnen bepaalde grenzen, ondermeer verbandhoudende met het tegengaan van risico-selectie, voor expliciet omschreven zorgvormen een eigen bijdrage te vragen. Daarbij zal het voor de zorgverzekeraar mogelijk zijn te bepalen of hij de eigen bijdrage wil heffen of dat hij het een en ander wil doen via een hogere nominale premie. Ook hier is sprake van een keuzemoment voor de verzekerde en diens verzekeraar, waarbij een verantwoorde beslissing kan worden genomen in het licht van de afweging tussen risicoverwachtingen en de door de verzekerde gewenste hoogte van de nominale premie. Overigens gaat het hierbij niet om de huidige (inkomens en vermogensafhankelijke) eigen bijdragen in het kader van de thans nog vigerende AWBZ en WBO.

Bij deze beschouwingen met betrekking tot een eigen risico (aan de voet) en een eigen bijdrage voor het verkrijgen van een verstrekking nemen keuze-momenten flexibiliteit in het systeem en eigen verantwoordelijkheid een belangrijke plaats in. Het dragen van eigen verantwoordelijkheid tot verantwoorde grenzen, is niet alleen een zaak van calculeren van risico's, maar vergroot ook de betrokkenheid en het belang van de burger om zelf kostenbewust te zijn.

De verzekeraar

Het beeld van de verzekeraar is in deze een spiegel van het beeld van de verzekerde. De keuzemomenten zijn voor beide relevant. Zowel voor het beheersingsproces als de bestuurlijke vernieuwing is het van groot belang dat de verzekeraars een positionering krijgen met veel opties en keuzemomenten. Dat is immers van vitaal belang voor de versterking van de mededinging. Zijn er geen opties en keuzen mogelijk, dan worden de concurrentiemogelijkheden wel zeer beperkt. Het is derhalve van belang zoveel mogelijk prikkels tot concurrentie te behouden, binnen uiteraard verantwoorde grenzen. In het kort komen deze neer op: substitutiemogelijkheden via het functionele aansprakensysteem: meer mogelijkheden voor differentiatie in de overeenkomsten en polissen. Differentiatie in de nominale premie. Keuzemogelijkheden voor een in natura of restitutiesysteem. Bij het laatste systeem is het van belang dat de verzekeraar

inzicht houdt in de totaalkosten van het aanbod dat gecontracteerd wordt. Opties in de sfeer van het eigen risico, opties in de sfeer van de introductie van eigen bijdragen. Beide opties afgezet tegen de nominale premie als alternatief.

Naast de hierboven genoemde aspecten en de daaraan gekoppelde analyse van de ontwikkelingen op dit punt voor de positiebepaling van de verzekerde en verzekeraar, dienen ook de uitvoeringstechnische aspecten aan de orde te komen.

Advies Ziekenfondsraad

Over de in de brief van 19 februari 1991 beschreven varianten is op 25 februari 1991 advies gevraagd aan de Ziekenfondsraad. De Ziekenfondsraad heeft zijn advies uitgebracht op 25 april j.l.. Gaarne bied ik u dit advies hierbij als bijlage bij deze brief aan.[1]

In zijn advies stelt de Ziekenfondsraad vast dat de beoogde zorgverzekering zich kenmerkt door vereenvoudiging en vermindering van de betrokkenheid van de overheid bij de inrichting van het aanbod enerzijds, verruiming van mogelijkheden en verantwoordelijkheden van partijen aan de vraagkant anderzijds en door vormgeving van een verzekeringsstelsel dat ruimte biedt voor het nemen van verantwoordelijkheden.

Tegen deze achtergrond bezien meent de Ziekenfondsraad dat verhoging van de nominale component van 15 naar 18% (variant 1) een vergroting betekent van de mogelijkheden en verantwoordelijkheden van verzekeraars en verzekerden. De verzekeraars krijgen naar de mening van de Raad meer mogelijkheden om invloed uit te oefenen op de invulling van de zorg. De verzekerde zal in grotere mate gebruik kunnen maken van de mogelijkheid om in plaats van betaling van een (deel van de) nominale premie te kiezen voor een eigen risico.

Inzake een systeem van door de overheid verplichte eigen bijdragen (variant 2) stelt de Ziekenfondsraad dat dit zich niet goed verdraagt met de beoogde vrijheid van verzekeraars en verzekerden in de zorgverzekering en met het voornemen om in de zorgverzekering de aanspraken in functionele termen te omschrijven. Naast andere overwegingen voert de Ziekenfondsraad met betrekking tot deze variant tevens aan dat die, al naar gelang de wijze waarop het systeem wordt ingevuld, in meer of mindere mate zal leiden tot een toename van regelgeving, bureaucratie en uitvoeringslasten, hetgeen zich moeilijk laat verenigen met het streven naar deregulering dat inherent is aan de voorgenomen stelselherziening.

Conclusie

Bezien vanuit de aspecten van kostenbeheersing en bestuurlijke vernieuwing en de daaruit voortvloeiende noodzakelijke positionering van verzekerden en verzekeraars als het gaat om grotere financiële betrokkenheid, ligt de probleemstelling rond de beide varianten niet zozeer op het financieel-technische of uitvoeringstechnische vlak, maar dient veeleer bezien te worden vanuit het bestuurlijke concept dat aan de stelselwijziging ten grondslag ligt. Immers financieel-technisch is in beide varianten de opbrengst van de vergrote inbreng verzekerd, hetzij via de verhoogde nominale premie, hetzij via de verplichte extra eigen bijdragen.

Met betrekking tot de uitvoering is het advies van de Ziekenfondsraad op onderdelen duidelijk: de verplichte eigen bijdragesystematiek gekoppeld aan een inkomensgerelateerd maximum levert een aantal extra bureaucratische en administratieve beslommeringen, die vermeden

[1] Ter inzage gelegd op de bibliotheek.

kunnen worden als wordt gekozen voor de variant van de verhoogde nominale premie.

Echter, zoals gezegd, het gaat in wezen om de vraag: verplicht of niet verplicht. Een vraagstelling die in het kader van het bestuurlijke concept antwoord behoeft. Het bestuurlijke concept gaat uit van meer verantwoordelijkheden bij de deelnemers in het stelsel. Meer verantwoordelijkheid geven is slechts zinvol als er ook sprake is van een echte directe betrokkenheid. Deze noodzakelijke betrokkenheid is slechts te realiseren als burgers reële keuzemomenten aangeboden krijgen. Kiezen betekent nadenken, overwegen, bewuste keuzen maken. Uiteraard moeten die keuzen dan ook wel door de burger (de verzekerde) gemaakt kunnen worden. Zo wordt eigen verantwoordelijkheid geactiveerd; en dit tot verantwoorde grezen. Wie verantwoord wil kiezen voor een groter eigen risico moet dat kunnen.

Wie dat niet verantwoord kan doen, moet daartoe niet verplicht worden. Dat laatste betekent dat voorkomen moet worden dat juist die groepen van verzekerden, waarvoor een eigen risico niet verantwoord is, daar ook niet toe verplicht moeten worden. Gelet op deze overwegingen, acht het kabinet de eerste variant, de verhoging van de nominale premie tezamen met een vrijwillige keuze voor het eigen risico (eigen bijdrage) het beste passen in de uitgangspunten van het nieuwe stelsel voor de financiering van de zorg. Tegelijk moet het stelsel zo vorm krijgen dat via de restitutiemethodiek in combinatie met het gebruik van de mogelijkheid van eigen risico's de betrokkenheid van de burger en het kostenbewustzijn zoveel mogelijk geactiveerd wordt. Kunnen kiezen is daarbij voorwaarde, uiteraard binnen gestelde financiële randvoorwaarden. In lijn hiermee zal bij de verdere ontwikkeling steeds aandacht moeten uitgaan naar het juiste evenwicht tussen de wettelijke randvoorwaarden enerzijds en de vrijheid voor verzekerden en hun verzekeraars anderzijds.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons