Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 1993–1994

23 666 Onderzoek besluitvorming volksgezondheid

Nr. 2

RAPPORT VAN DE SUBCOMMISSIE

Deel 1 INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 WERKWIJZE EN VERANTWOORDING 3

1.1 Ten geleide 3
1.2 Instelling van de subcommissie 3
1.3 Aanleiding 3
1.4 Werkzaamheden 4
1.5 De samenstelling 4
1.6 Taakomschrijving 4
1.7 De aanpak 4
1.8 De indeling van het rapport 5

HOOFDSTUK 2 ACHTERGRONDSTUDIES EN GESPREKKEN 6

2.1 Inleiding 6
2.2 «STELSELHERZIENING IN DE ZORG(EN)» 10
2.2.1 Inleiding 10
2.2.2 Belangrijkste voorstellen en alternatieven 10
2.2.3 Financieel-economische inpasbaarheid 16
2.2.4 Haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel 19
2.2.5 Effecten van pakketoverheveling 20
2.2.6 Slot 21
2.3 «SPELERS IN HET VELD» 22
2.3.1 Werkwijze en verantwoording 22
2.3.2 De belangenbehartigers 23
2.3.2.1 Vakbeweging 23
2.3.2.2 Werkgeversorganisaties 24
2.3.2.3 Extramurale zorg 24
2.3.2.4 Intramurale voorzieningen 24
2.3.2.5 Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars 25
2.3.2.6 Patiënten en consumenten 25
2.3.3 De verzoeners? 25
2.3.3.1 Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) 26
2.3.3.2 College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) 26
2.3.3.3 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) 27
2.3.3.4 Sociaal-Economische Raad (SER) 27
2.3.3.5 Ziekenfondsraad (ZFR) 28
2.3.4 Het Binnenhof 29
2.3.4.1 Christen Democratisch Appèl (CDA) 29
2.3.4.2 Partij van de Arbeid (PvdA) 29
2.3.4.3 Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD) 30
2.3.4.4 Democraten 66 (D66) 30
2.3.4.5 GroenLinks (inclusief PSP en PPR) 31
2.3.4.6 Kleine christelijke partijen (SGP, GPV en RPF) 31
2.3.5 Kabinet en bureaucratie (ministerraad) 31
2.3.5.1 Commissie-Dekker – Verandering Verzekerd – Wet Eerste Fase 32
2.3.5.2 Werken aan Zorgvernieuwing- Tweede Kamerbehandeling Wet Tweede Fase 32
2.3.5.3 Wetsvoorstel Tweede Fase – Weloverwogen Verder. 33
2.3.5.4 Na «Weloverwogen Verder» 33
2.4 «INFORMATIEVOORZIENING IN HET KADER VAN HET FOZ» 34
2.4.1 Aanpak van de onderzoekers en werkwijze 34
2.4.2 Onderzoeksbevindingen per sector 35
2.4.2.1 Ziekenhuizen 35
2.4.2.2 Specialistische hulp 35
2.4.2.3 Geestelijke gezondheidszorg 36
2.4.2.4 Voorzieningen voor ouderen 36
2.4.2.5 Extramurale zorg 36
2.4.2.6 Farmaceutische hulp 37
2.4.3 Beoordeling door de onderzoekers van de door het ministerie in gang gezette veranderingen 37
2.4.3.1 Budgetfunctie 37
2.4.3.2 Monitoring-functie 38
2.4.4 Conclusies van de onderzoekers 38
2.4.4.1 Groeiruimte 38
2.4.4.2 Informatieproblemen 39
2.4.4.3 Beheersingsinstrumentarium 39
2.4.4.4 Informatievoorziening en budgettering 40

HOOFDSTUK 3 KRACHTENVELD EN OMSLAGMOMENTEN 41

3.1 Inleiding 41
3.2 Tijdbalken 41
3.2.1 Toelichting op tabellen 3A + 3B 43
3.2.2 Toelichting op tabel 3C 45
3.3 Markerings- en omslagpunten 45
3.3.1 Commissie-Dekker: Bereidheid tot verandering 45
3.3.2 Wetsvoorstel eerste fase: Horizonbepaling 45
3.3.3 Simons: Werken aan zorgvernieuwing 46
3.3.4 Binding aan randvoorwaarden: ijkpunten 46
3.3.5 Wetsvoorstel tweede fase: amendement voorhang AMvB's 46
3.3.6 Debat Simons-Rinnooy Kan 46
3.3.7 Overleg Simons-VNZ-KLOZ – september 1991 47
3.3.8 Rapport Commissie-Dunning 47
3.3.9 Wetsvoorstel tweede fase in Eerste Kamer 47
3.3.10 Premieontwikkeling – januari-februari 1992 47
3.3.11 Weloverwogen Verder – juni 1992 47

410311F
ISSN 0921 - 7371
Sdu Uitgeverij Plantijnstraat
's-Gravenhage 1994

3.3.12 Memorandum Kabinet KLOZ-VNZ – november 1992 48
3.3.13 Advies Commissie-Bruins Slot – mei 1993 48
3.3.14 Beleidsbrieven Kabinet – juni 1993 48
3.3.15 Behandeling FOZ '94 en Rijksbegroting 1994 49
3.3.16 Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid 49
3.4 Enkele nadere kanttekeningen bij de tijdbalken 49
3.5 De positie van de actoren 49
3.6. De positie van andere Hoge Colleges van Staat 50
3.7 Bijzondere aandachtspunten 50

HOOFDSTUK 4 BEVINDINGEN 51

4.1 Hollen of stilstaan? 51
4.1.1 Inleiding 51
4.1.2 Invloed maatschappelijke actoren 51
4.1.3 Politieke standpunten 51
4.1.4 Posities en belangen 51
4.1.5 Enkele thema's nader beschouwd 52
4.2 Het instrument van normuitkeringen 52
4.2.1 Organisatie doelmatigheid 52
4.2.2 De politiek 52
4.2.3 Maatschappelijke organisaties 53
4.2.4 Stand van zaken 53
4.3 De omvang van het basispakket 53
4.3.1 Inzet kabinet Lubbers II en kabinet Lubbers III 53
4.3.2 De politieke posities 54
4.3.3 Maatschappelijke actoren 54
4.3.4 Naar een smaller pakket? 54
4.3.5 Andere knelpunten 55
4.4 De mate van inkomenssolidariteit 55
4.4.1 Maatschappelijke organisaties 55
4.4.2 Inkomensgevolgen ter discussie 56
4.4.3 Stand van zaken 56
4.5 De informatievoorziening/architectuur 57
4.5.1 Verbetering kwaliteit FOZ 57
4.6 De rol van de overheid en de maatschappelijke actoren in de gezondheidszorg 57
4.6.1 Positie partijen 57
4.6.2 Marktwerking in de gezondheidszorg? 58
4.6.3 Verantwoordelijkheid overheid 58
4.6.4 Tegengaan kartels en monopolies 59

HOOFDSTUK 5 TOT BESLUIT 60

5.1 Integrale aanpak 60
5.2 Mythen en Metaforen 60
5.3 Waar gaat het om? 60
5.4 Geen blauwdrukken, wel samenhang 60
5.5 Belangenverstrengeling 61
5.6 Eenduidige begrippen 61
5.7 Strategisch gedrag en ordening 61
5.8 Kostenbeheersing en stelsel 62
5.9 Tenslotte 62

Lijst van afkortingen 63

HOOFDSTUK 1 WERKWIJZE EN VERANTWOORDING

1.1 Ten geleide

Gezondheid is een zorg van en voor velen. Mensen stellen een goede gezondheid meestal voorop. Krachtens de Grondwet heeft de overheid een taak bij de ordening van de zorg, dus ook bij structuur en financiering van de zorg. Bij de invulling van dit ordeningskader spelen veel partijen een rol. Onomstreden is dat de overheid het ordeningskader moet vaststellen. Al heel wat jaren is de vormgeving van het zorgstelsel onderwerp van een politiek debat. In het midden van de jaren tachtig nam het politieke momentum voor herzieningen in het ordeningskader toe. De discussie over de stelselherziening laaide op door de wisselwerking met de noodzakelijk geachte kostenbeheersing. De vraag naar de aard en omvang van een verzekering, al dan niet van rechtswege, werd een politiek strijdpunt.

Rapporten en nota's met veelal welluidende namen werden gepubliceerd. Wetgeving werd voorbereid, ingediend en behandeld. Veel veranderingen werden door overheidsingrijpen in gang gezet. Toch wordt geconstateerd, dat deze aanzetten tot stelselwijziging nog geen maatschappelijk en dus politiek draagvlak hebben kunnen verwerven. Zelfs de contouren van de aanvankelijke ordening lijken weer te vervagen. Is dit schijn of werkelijkheid ? Welke problemen dienden te worden opgelost met de stelselherziening ? Wie speelden een rol in het besluitvormingsproces en waarom ? Heeft de actieve interventie van de overheid geleid tot onbedoelde gevolgen? Kortom, waarom is het besluitvormingsproces over deze stelselherziening nog niet afgerond?

1.2 Instelling van de subcommissie

De subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid van de Tweede Kamer der Staten-Generaal werd ingesteld om deze vragen te onderzoeken. Haar opdracht was dit te doen vanaf het verschijnen van het rapport «Bereidheid tot Verandering» in 1987. Zij is bij haar onderzoek ondersteund door interne en externe onderzoekers. Tevens heeft zij zich laten voorlichten door een aantal deskundigen. Voor het overige heeft de subcommissie vooral gebruik gemaakt van schriftelijke bronnen.

1.3 Aanleiding

De subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid is ingesteld door de vaste commissie voor de volksgezondheid en de commissie voor de rijksuitgaven van de Tweede Kamer der Staten-Generaal. Aanleiding voor de instelling was een brief van de voorzitter van de PvdA-Tweede Kamerfractie met het voorstel tot een parlementair onderzoek naar de besluitvorming in de gezondheidszorg. Vervolgens hebben de commissies voor de rijksuitgaven en voor de volksgezondheid op 21 oktober 1993 een werkgroep geïnstalleerd, die belast werd met de taak advies uit te brengen over de vraag of er al dan niet een dergelijk onderzoek moest worden ingesteld. De werkgroep kwam tot de conclusie dat een parlementair onderzoek niet tot resultaten zou kunnen leiden voor de eerstvolgende Tweede-Kamerverkiezingen. De werkgroep adviseerde de beide commissies om een subcommissie in te stellen en deze te belasten met een onderzoek dat wel resultaten op zou kunnen leveren voor de komende kabinetsformatie. Dit onderzoek moest een bijdrage leveren aan de verbetering van de kwaliteit van de besluitvorming rond de stelselherziening gezondheidszorg. De brief van deze werkgroep is opgenomen in Deel 2 van het rapport.

1.4 Werkzaamheden

De werkzaamheden van de subcommissie zijn gestart op 8 december 1993. Zij was gevraagd voor 1 april 1994 te rapporteren. Dit legt beperkingen op aan omvang en diepgang van het onderzoek. Zo heeft de subcommissie besloten af te zien van het horen van betrokkenen. Vanaf december 1993 heeft de subcommissie in totaal zeventien maal vergaderd.

1.5 De samenstelling

De subcommissie was als volgt samengesteld:
leden:
drs G. (Gerrit) de Jong (CDA)
Arie (ir A.) de Jong (PvdA)
mevr. drs. M. M. H. Kamp (VVD)
mr J. (Jacob) Kohnstamm (D66, ondervoorzitter)
Meindert Leerling (RPF)
Wilbert J. Willems (GroenLinks, voorzitter)
plaatsvervangende leden:
dr A. (Ad) G. W. J. Lansink (CDA)
Tineke (mevr. T.) Netelenbos (PvdA)
J. F. B. (Jos) van Rey (VVD)
drs G. (Gerrit) Ybema (D66)
P. (Paul) Rosenmöller (GroenLinks)
ir B. J. van der Vlies (SGP)
Als griffier werd mr R. A. F. (Rob) Verschoor, plaatsvervangend griffier van de Tweede Kamer der Staten-Generaal, aan de subcommissie toegevoegd. De secretariële ondersteuning van de subcommissie werd verzorgd door mevrouw Vera W. van Deelen-Hage.

1.6 Taakomschrijving

De subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid diende een viertal punten te (laten) onderzoeken:

a. Een kwalitatieve en kwantitatieve analyse te doen maken van de knelpunten en standpunten terzake van de financiële en economische inpasbaarheid van de verschillende voorstellen met betrekking tot de stelselherziening, zoals die zijn gedaan vanaf 1987 (Dekker, Dees, Simons).

b. Een onderzoek te doen instellen naar de effecten van de pakketoverheveling naar de AWBZ op de volume-ontwikkeling, alsmede naar de varianten die zijn ontwikkeld met betrekking tot de normuitkering en de knelpunten die daarbij aan de orde waren c.q. zijn.

c. Een onderzoek te doen instellen naar de vraag welke pogingen met welke resultaten sedert de invoering van het FOG/FOGM/FOZ zijn ondernomen om een eenduidige informatie-voorzieningen-structuur en een eenduidig begrippenkader te ontwerpen, waardoor de cijfers die ten grondslag liggen aan het beleid slechts voor één uitleg vatbaar zijn; en

d. Een inventarisatie te (doen) maken van de in en buiten de Staten-Generaal vertolkte standpunten van de verschillende politieke partijen, van de belangrijkste organisaties in de volksgezondheid en van de verschillende kabinetten respectievelijk bewindslieden vanaf 1987 over de stelselwijziging.

1.7 De aanpak

Ter voorbereiding van haar beraadslagingen over de studies heeft de subcommissie een aantal gesprekken gevoerd met deskundigen. De beknopte verslagen van deze gespekken zijn opgenomen in Deel 2 van het rapport. Tevens werd op beperkte schaal literatuurstudie gedaan. De

gehanteerde literatuurlijst is eveneens opgenomen in Deel 2. De subcommissie heeft besloten de genoemde onderzoeksopdrachten grotendeels uit te besteden. Voor onderzoeksopdracht a en b werd het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO) ingeschakeld. Medewerkers van de staf van de commissie voor de rijksuitgaven en de dienst Documentatie van de Tweede Kamer der Staten-Generaal werden ingeschakeld voor de uitvoering van respectievelijk opdracht c en d. Voor de uitvoering van opdracht d heeft de subcommissie personele ondersteuning ontvangen van de departementen van WVC en Financiën. De resultaten van deze achtergrondstudies zijn integraal opgenomen in Deel 2 van het rapport van de subcommissie.

1.8 De indeling van het rapport

Dit rapport is als volgt opgebouwd. In hoofdstuk 2 worden de resultaten van de voor de subcommissie uitgevoerde onderzoeken gepresenteerd. De hoofdstukken 3, 4 en 5, die in onderlinge samenhang moeten worden gelezen, vormen de neerslag van het werk van de subcommissie. In hoofdstuk 3 analyseert de subcommissie zelf mede aan de hand van een tijdbalk het krachtenveld in de zorgsector en de omslagmomenten in het debat over de «stelselherziening». In hoofdstuk 4 presenteert de subcommissie thematisch de bevindingen met betrekking tot de resultaten van haar onderzoek en in hoofdstuk 5 volgt een korte slotbeschouwing.

HOOFDSTUK 2 ACHTERGRONDSTUDIES EN GESPREKKEN

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk presenteert de subcommissie de resultaten van de voor haar uitgevoerde onderzoeken. Dit gebeurt door het opnemen van een samenvatting van de verschillende onderzoeken. Deze samenvattingen zijn veelal rechtstreeks overgenomen uit de in Deel 2 integraal opgenomen rapporten van de interne en externe onderzoekers. Het IOO is verantwoordelijk voor de inhoud van haar rapport. Wel is het onderzoek begeleid door een werkgroep onder leiding van de voorzitter van de subcommissie. De door medewerkers van de Tweede Kamer uitgevoerde onderzoeken zijn onder verantwoordelijkheid van de subcommissie tot stand gekomen. Pas in de volgende hoofdstukken komt de subcommissie weer zelf aan het woord.

De subcommissie heeft zich op 20 januari en 18 februari 1994 laten voorlichten door een aantal deskundigen. Het doel van deze gesprekken was van een aantal niet direct-belanghebbenden een eigen visie te krijgen over de ontwikkelingen rond de stelselherziening gedurende de afgelopen jaren. Daartoe werden deskundigen uitgenodigd inzake de overheidssector, de zorgverzekeringsbranche, de zorgaanbieders en het financieel-economisch beleid. Deze deskundigen hebben de subcommissie geïnformeerd over hun zienswijze. In een later stadium is nog een gesprek gevoerd met twee raadadviseurs van het kabinet van de Minister-President, die in het kader van hun werkzaamheden bij het departement van Algemene Zaken betrokken waren bij de discussie vanaf de jaren tachtig. Door het bijzonder informatieve karakter van deze gesprekken is in overleg en na toestemming van alle betrokkenen besloten om een beknopte weergave ervan integraal in Deel 2 van het rapport op te nemen.

De betrokkenen zijn achtereenvolgens: drs. L. J. M. Scheerder, voorzitter COTG, voorheen ambtenaar WVC; prof. B. M. S. van Praag, lid commissie-Dekker, thans directeur Stichting Economisch Onderzoek; prof. C. A. de Kam, hoogleraar RU Groningen; prof. dr. J. M. Greep, o.m. lid Nationale Raad voor de Volksgezondheid, hoogleraar RU Limburg; prof dr. A. J. Dunning, emeritus-hoogleraar UvA, lid commissie-Dekker, voorzitter commissie-Dunning en lid commissie-Biesheuvel; prof. drs. J. van Londen, voorzitter Nationale Raad voor de Volksgezondheid, voorheen directeur-generaal volksgezondheid WVC; prof. D. Post, hoogleraar sociale geneeskunde RU Groningen, lid commissie-Biesheuvel; prof. dr. W. P. M. N. van de Ven, hoogleraar EUR; drs. J. W. Holtslag, raadadviseur bij het kabinet Minister-President en drs. H. Borstlap, voormalig raadadviseur kabinet Minister-President, thans directeur-generaal op het departement van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De subcommissie heeft ten behoeve van een beter begrip van de navolgende hoofdstukken een overzicht samengesteld over de ontwikkelingen rond de stelselwijziging in de gezondheidszorg. In de onderstaande tabellen 2A tot en met 2D worden de parlementaire bemoeienissen vanaf het rapport «Bereidheid tot Verandering» van de commissie-Dekker in 1987 tot nu schematisch in beeld gebracht. Ook is melding gemaakt van de belangrijkste adviezen en rapporten die in die tijd zijn verschenen. Deze laatste zijn telkens tussen vierkante haken geplaatst.

Tabel 2A	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1987	1988
januari		
februari		
maart	Commissie Dekker Bereidheid tot Verandering	3e reactie Kabinet Verandering Verzekerd
april		
mei		
juni	1e reactie Kabinet UCV over Cie Dekker Plenair debat	Plenair debat Indiening wetsvoorstel 1e fase (nominale premies ziekenfonds)
juli		
augustus	Hoorzitting over Commissie Dekker	
september	Hoorzitting over Commissie Dekker	Mondeling overleg Plenair debat 1e fase
oktober		Algemene politieke beschouwingen 1989
november	2e reactie Kabinet Plenair debat	Plenair debat rijksbegroting 1989
december		Eerste Kamer: wetsvoorstel 1e fase

Tabel 2B	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1989	1990
januari	UCV over «Grenzen van de zorg»	
februari		
maart	Plenair debat over volksgezondheid in Eerste Kamer	
april		

Tabel 2B	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1989	1990
mei	Kabinetscrisis	> Nota WAZ: «Werken aan Zorgvernieuwing»
juni		> Wetsvoorstel 2e fase Plenair debat vgz in Eerste Kamer
juli		
augustus		
september		
oktober	[IOO: «Naar een verdeelsleutel voor de centrale kas»]	UCV over Nota WAZ
november	Kabinet Lubbers III	MO stelselwijziging UCV FOZ 1991 Contracteerplicht
december		Plenair debat volksgezondheid idem contracteerplicht

Tabel 2C	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1991	1992
januari		
februari		MO Premieontwikkeling
maart		
april		
mei	Beleidsdebat WVC in Eerste Kamer	
juni	Plenair debat over stelselwijziging tweede fase	Plenair debat over Weloverwogen verder
juli		Plenair debat over volksgezondheid in Eerste Kamer
augustus		

Tabel 2C	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1991	1992
september		
oktober		Plenair debat over Weloverwogen verder
november	UCV Financiële aspecten Wetsvoorstel 3e fase (22 904) Hoorzitting invoering	Plenair debat over Memorandum VNZ-KLOZ
december	Plenair debat tweede fase Eerste Kamer	Plenair debat over volksgezondheid

Tabel 2D	Parlementaire bemoeienissen stelselwijziging	
	1993	1994
januari		[Rapport Commissie Biesheuvel «Gedeelde zorg: betere zorg»]
februari		
maart		Rapport Cie Onderzoek Besluitvorming Volksgezondheid
april	Brief Eigen betalingen in de zorgsector	
mei	[Advies Commissie Bruins Slot over budgettering]	
juni	Brief Kabinet Plenair debat over stelselwijziging	
juli		
augustus		
september	[Rapport Cie v.d.Zwan «Gezondheidszorg in tel»]	
oktober		
november	UCV over FOZ 1994	
december	Plenair debat overvolksgezondheid	

2.2 «STELSELHERZIENING IN DE ZORG(EN)»

Samenvatting onderzoek Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven

2.2.1 Inleiding

De stelselwijziging in de gezondheidszorg beheerst de politieke en maatschappelijke discussie al enkele jaren. Een belangrijke impuls voor die discussie was het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker «Bereidheid tot verandering» (maart 1987). Sinds het verschijnen van dit rapport hebben twee opeenvolgende kabinetten voorstellen ontwikkeld voor een stelselherziening. Het huidige kabinet formuleerde kort na zijn aantreden de nota «Werken aan zorgvernieuwing» (mei 1990), waarin een actieprogramma van het beleid voor de zorgsector in de jaren negentig werd neergelegd. Nu, vier jaar later, kan worden vastgesteld dat de daarin uitgezette marsroute slechts voor een deel is afgelegd. De in omvang en scherpte toenemende politieke en maatschappelijke discussie over de wenselijkheid en uitvoerbaarheid van de hervormingsvoorstellen heeft geleid tot aanpassingen en uitstel van voorgenomen stappen. De overheveling van voorzieningen naar de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) is getemporiseerd, terwijl recent ook alternatieven voor de AWBZ als «drager» van een basisverzekering door het kabinet in studie zijn genomen.

De Tweede Kamer der Staten-Generaal heeft de subcommissie «Onderzoek besluitvorming volksgezondheid» ingesteld om de gang van zaken rond de stelselwijziging sinds het verschijnen van het rapport van de commissie-Dekker in kaart te brengen. De sub-commissie heeft het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven (IOO) op 14 december 1993 gevraagd om een deel van het beoogde onderzoek uit te voeren, en wel de volgende onderdelen:

(a) een kwalitatieve en – waar mogelijk en zinvol – kwantitatieve analyse van knelpunten en standpunten rond de financiële en economische inpasbaarheid van de verschillende voorstellen tot stelselherziening sinds het rapport van de commissie-Dekker;

(b) een analyse van de problemen rond de beoogde «normuitkeringen» aan verzekeraars voor de (mede-)bekostiging van de voorziene basisverzekering;

(c) een analyse van de effecten van de overheveling van voorzieningen naar de AWBZ op het gebruik en de kosten van die voorzieningen.

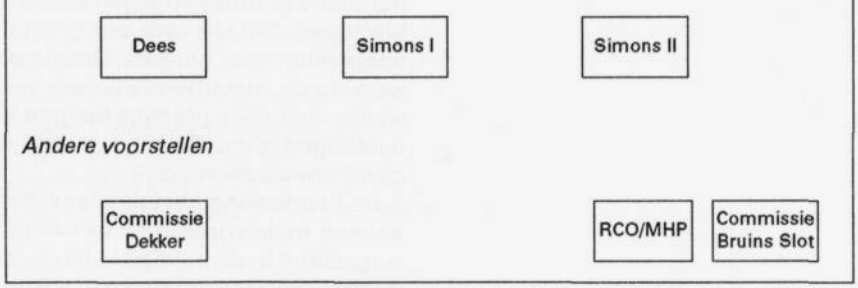
Deze samenvatting geeft de belangrijkste uitkomsten weer van het onderzoek, dat tussen half december 1993 en eind februari 1994 werd uitgevoerd. Het IOO werd tijdens het onderzoek begeleid door een werkgroep onder leiding van de voorzitter van de subcommissie. Het IOO is zelf verantwoordelijk voor de inhoud van dit onderzoek.

2.2.2 Belangrijkste voorstellen en alternatieven

Voor een zinvolle analyse is het nodig enige ordening aan te brengen in de vele voorstellen en alternatieven die sinds het rapport van de commissie-Dekker in 1987 zijn verschenen. Dit onderzoek behandelt zes uitgewerkte voorstellen in detail. Minder uitgewerkte voorstellen, varianten en suggesties zijn in het verlengde daarvan besproken. Figuur 1 laat zien wanneer de zes uitgewerkte voorstellen zijn gepubliceerd en of er sprake is van kabinetsvoorstellen dan wel voorstellen van anderen. Bij de kabinetsvoorstellen gaat het om de nota «Verandering verzekerd», uitgekomen onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris Dees, en de nota's «Werken aan zorgvernieuwing» en «Weloverwogen verder» (in de

figuur aangeduid met Simons-I resp. -II), uitgekomen onder verantwoordelijkheid van staatssecretaris Simons. De andere voorstellen zijn het voorstel van de commissie-Dekker in het rapport «Bereidheid tot verandering», het alternatief van de koepel van werkgeversorganisaties RCO samen met vakbond MHP in de nota «Naar een beter stelsel van gezondheidszorg», en het voorstel van de commissie-Bruins Slot (in het verslag van de Toetsingscommissie budgettering verzekeraars).

Figuur 1 *Belangrijkste voorstellen*



Alle voorstellen gaan uit van de ambitie om een stelselwijziging tot stand te brengen die zowel de doelmatigheid van de zorg bevordert – kwalitatief goede zorgverlening tegen zo laag mogelijke kosten – als de solidariteit tussen inkomensgroepen (arm en rijk) en sociale groepen (ziek en gezond) in stand houdt. De wijze waarop in deze en andere voorstellen aan doelmatigheid en solidariteit invulling wordt gegeven, verschilt echter aanzienlijk. Bij de uitgevoerde analyse van de voorstellen spelen drie hiermee samenhangende aspecten een belangrijke rol:

– omvang en aard van het verplicht te verzekeren basispakket van zorgvoorzieningen;

– omvang van de financiering van de zorgkosten door inkomensafhankelijke heffingen in de vorm van wettelijke sociale premies en/of belastingen enerzijds en nominale premies anderzijds;

– omvang en aard van een stelsel van normuitkeringen aan verzekeraars waarmee inkomensafhankelijke premie- en belastinginkomsten worden verdeeld.

Figuur 2 brengt deze aspecten voor de hier onderscheiden voorstellen in beeld.

De omvang van het verplichte basispakket bepaalt voor een belangrijk deel de mogelijkheden om de vanuit solidariteitsoverwegingen gewenste verdeling van (premie)betalingen over burgers te realiseren. Een niet verplichte verzekering betekent immers nominale premies, die vooral afhangen van het risico op ziektekosten. Van belang is ook dat de omvang van het verplichte pakket mede de hoogte van de collectieve lastendruk bepaalt. De laatste is weer van belang voor gedragsreacties van burgers en bedrijven, onder andere bij participatie op de arbeidsmarkt en bij de bepaling van de loonkosten.

De omvang van het verplicht verzekerde basispakket in de zes voorstellen varieert van 80 tot 95 procent van het huidige pakket aan zorgvoorzieningen. Zo valt in de recente kabinetsvoorstellen (aangeduid met Simons-II) 95 procent van de zorg onder de verplichte basisverzekering. In het eerste kabinetsvoorstel (nota-Dees) en bij de

commissie-Dekker was sprake van een kleiner basispakket, overeenkomend met 85 procent van de zorgkosten.

In het alternatief van RCO/MHP valt circa 40 procent van de zorg binnen de verplichte basisverzekering, maar wordt nog eens 40 procent van de zorg op andere wijze uit publieke middelen bekostigd. Daarbij gaat het voornamelijk om de langdurige zorg die nu via AWBZ (verpleeghuizen, inrichtingen voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten, chronische psychiatrische zorg) en Rijksbegroting (bejaardenoorden) wordt bekostigd.

De commissie-Bruins Slot kiest voor een vergelijkbaar basispakket als in de recente kabinetsvoorstellen. Wel bepleit de commissie gezien de grote inpassingsproblemen voor het voorlopig afzonderlijk (uit publieke middelen) bekostigen van de langdurige zorg voor specifieke groepen.

Het aandeel van inkomensafhankelijke financiering in verhouding tot nominale premies en eigen betalingen (zoals eigen risico's en eigen bijdragen) bepaalt voor een groot deel de koopkrachteffecten van de voorstellen voor burgers. Ook de potentiële mogelijkheden van marktwerking en concurrentie tussen verzekeraars via de door hen zelf vast te stellen nominale premies hangen hiermee samen. Het aspect van eigen betalingen is van belang voor de effecten op de consumptie van gezondheidsdiensten.

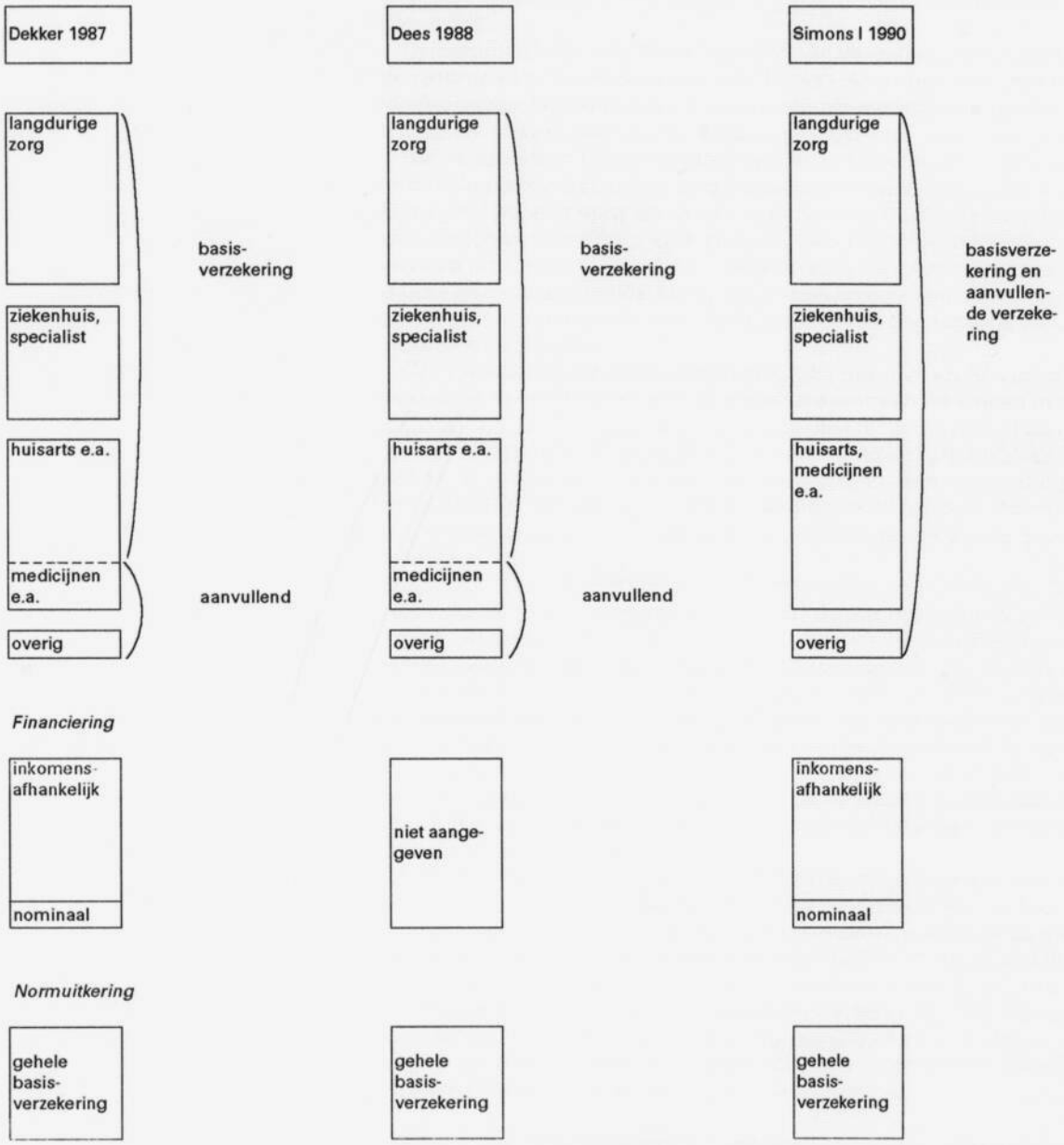
De financiering via inkomensafhankelijke premies en belastingen varieert in de voorstellen van 40 tot 85 procent van de kosten in de zorgsector. In de huidige kabinetsvoorstellen is (conform het aangeduide voorstel Simons-II) sprake van 82 procent inkomensafhankelijke financiering. De eerdere kabinetsvoorstellen hanteren een verhouding 85/15. In het RCO/MHP voorstel is per saldo sprake van 40 procent inkomensafhankelijke financiering; in het voorstel van de commissie-Bruins Slot van 60 procent.

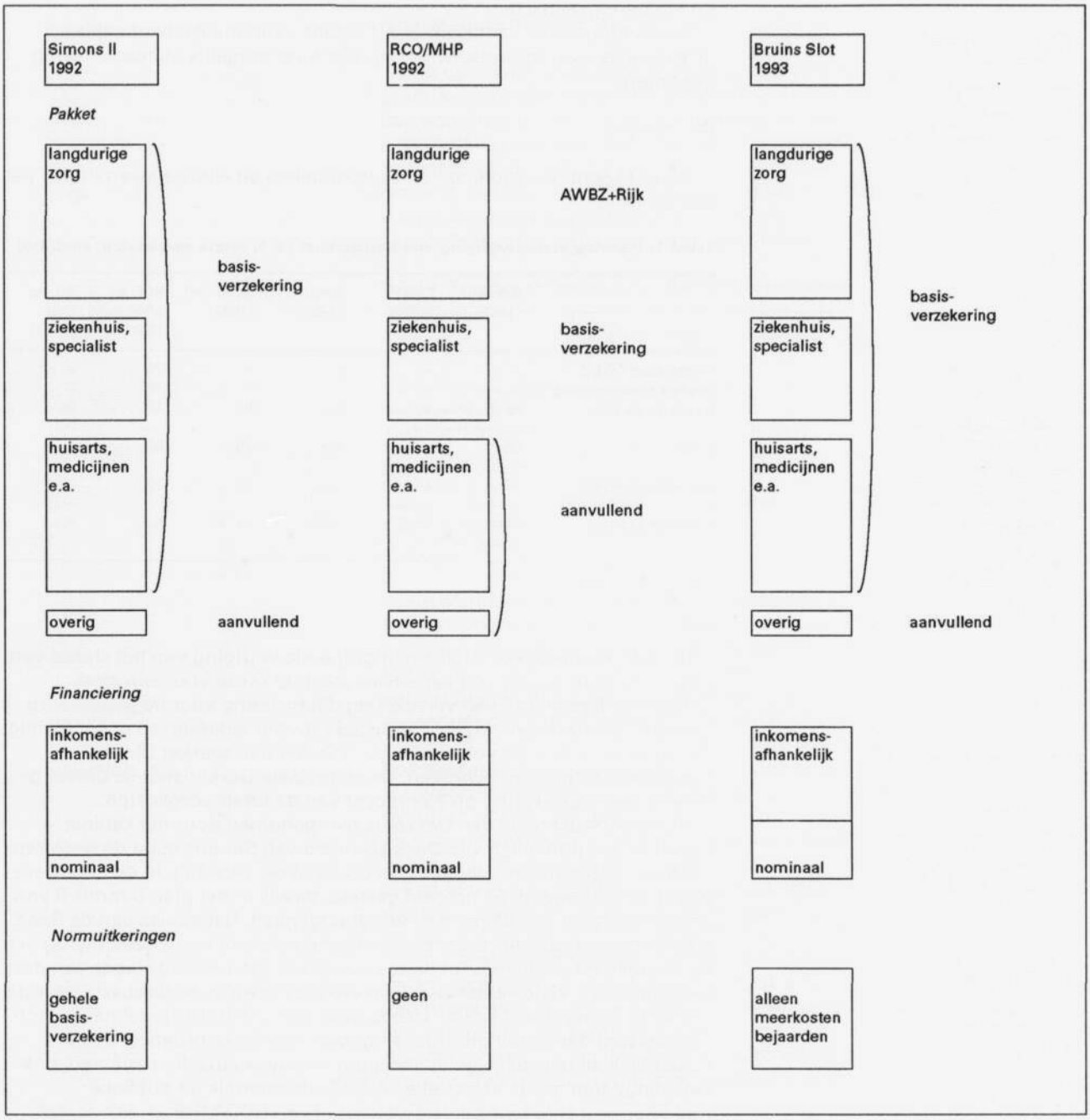
De inkomensafhankelijke premieopbrengsten, voorzover die dienen als inkomstenbron van zorgverzekeraars die de basisverzekering uitvoeren, worden in een aantal voorstellen in de vorm van normuitkeringen aan verzekeraars overgedragen. Deze wijze van financiering, waarbij de feitelijke kosten niet meer worden vergoed, moet de doelmatigheid van verzekeraars en – in het verlengde daarvan – zorgverleners bevorderen. Bij normuitkeringen, mits goed aangepast aan de kenmerken van het verzekerdenbestand, worden doelmatigheidsverschillen tussen verzekeraars zichtbaar in de nominale premie. De noodzaak en haalbaarheid van een stelsel van normuitkeringen is een belangrijk aspect van de discussie rond de stelselwijziging.

Alle voorstellen gaan uit van een normuitkeringenstelsel, met uitzondering van het voorstel van RCO/MHP. De commissie-Bruins Slot kiest voor een eenvoudige normuitkering per bejaarde waarmee de meerkosten van de zorg voor ouderen kunnen worden gedekt. In het RCO/MHP voorstel wordt uitgegaan van volledig nominale premies voor de door verzekeraars uit te voeren verplichte basisverzekering. Wel dienen in dit voorstel de buiten de basisverzekering gehouden voorzieningen voor langdurige zorg op nader te bepalen wijze uit inkomensafhankelijke premies of belastingmiddelen te worden bekostigd.

Minder uitgewerkte ideeën en varianten zijn in dit onderzoek behandeld in de marge van de bovengenoemde voorstellen. Zo pleiten verschillende auteurs niet alleen voor de afzondering van de langdurige zorg, maar ook voor de volledige bekostiging van die zorg uit de algemene middelen in plaats van uit premies. Daarmee wordt een andere verdeling van de lasten over inkomensgroepen bereikt. Enkele auteurs stellen volledig inkomensonafhankelijke ziektekostenpremies bij een door particuliere verzekeraars uit te voeren, verplichte basisverzekering voor. Aanpassing van de belastingtarieven moet ongewenste koopkrachteffecten ongedaan maken.

Figuur 2 *Kenmerken van de belangrijkste voorstellen*




Simons II 1992
RCO/MHP 1992
Bruins Slot 1993
Pakket
langdurige zorg
ziekenhuis, specialist
huisarts, medicijnen e.a.
overig
basis-verzekering
aanvullend
langdurige zorg
ziekenhuis, specialist
huisarts, medicijnen e.a.
overig
AWBZ+Rijk
basis-verzekering
aanvullend
langdurige zorg
ziekenhuis, specialist
huisarts, medicijnen e.a.
overig
basis-verzekering
aanvullend
Financiering
inkomens-afhankelijk
nominaal
inkomens-afhankelijk
nominaal
inkomens-afhankelijk
nominaal
Normuitkeringen
gehele basis-verzekering
geen
alleen meerkosten bejaarden

2.2.3 Financieel-economische inpasbaarheid

De financieel-economische inpasbaarheid van de eerder onderscheiden zes voorstellen is onderzocht aan de hand van vijf aspecten: omvang van het basispakket, financieringsaspecten, koopkrachteffecten, marktwerking en uitvoeringsaspecten.

De standpunten – voorzover beschikbaar – van maatschappelijke *organisaties over de stelselwijziging zijn waar mogelijk in beschouwing* genomen.

Basispakket

Tabel 1 toont de ordening van de voorstellen en alternatieven inzake het basispakket.

Tabel 1: Typering stelselwijziging: het basispakket (in % totale zorgkosten; eindfase)

	Dekker (1987)	Dees (1988)	Simons-I (1990)	Simons-II (1992)	RCO en MHP (1992)	Bruins Slot (1993)
«klassieke» AWBZ	–	–	–	–	25	–
overige rijksbegroting	–	–	–	–	15	–
basisverzekering	85	85	n.a.	95	40	95
totaal	85	85	n.a.	95	80	95
aanvullend pakket	15	15	n.a.	5	20	5
eindfase (jaartal)	binnen 5 jaar	1992	1995	na '95	n.a.	n.a.

n.a. = niet aangegeven.

De commissie-Dekker stelt een ingrijpende wijziging van het stelsel van gezondheidszorg voor. In haar advies staat de keuze voor één sterk vereenvoudigd stelsel van verzekeringsfinanciering voor de gehele zorg centraal. Er komt een verplicht basispakket voor iedereen en een vrijwillig aanvullend pakket. De verstrekkingen van het basispakket zijn in functionele termen omschreven. De commissie-Dekker stelt de omvang van de basisverzekering op 85 procent van de totale zorgkosten.

Het tweetrapsmodel van Dekker is overgenomen door het kabinet. Zowel in de voorstellen van Dees als in die van Simons staat de tweetrap centraal, alleen de omvang van het basispakket verschilt. In de nota-Dees wordt de omvang op 85 procent gesteld, terwijl in het plan Simons-II van een verzekering van 95 procent wordt uitgegaan. Het advies van de Raad van State over de internationale juridische verplichtingen heeft hierbij een belangrijke rol gespeeld. Tot nu toe houdt het kabinet nog steeds aan deze tweetrap vast. In de verschillende alternatieven en in de discussie over de stelselwijziging treedt echter steeds meer een drietrapsmodel naar voren. Dit betekent dat de (langdurige) zorg voor specifieke groepen, zoals lichamelijk en geestelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten, ook wel aangeduid als de «klassieke» AWBZ, afzonderlijk uit publieke middelen wordt bekostigd. Het alternatief van RCO/MHP en een aantal minder uitgewerkte discussievarianten gaan uit van deze benadering. De commissie-Bruins Slot bepleit in ieder geval de eerstkomende jaren afzonderlijke arrangementen voor de genoemde groepen.

Een belangrijke bevinding is dat ook in de politiek een dergelijke opstelling recent vaker naar voren komt, onder andere in het Kamerdebat over de voortgang van de stelselwijziging in 1993 en in de recente verkiezingsprogramma's van CDA en VVD. Beide partijen zijn in vergelijking met de verkiezingsprogramma's van 1989 opgeschoven in de

richting van afzonderlijk bekostigde voorzieningen voor langdurige zorg voor specifieke groepen. De mogelijke belemmeringen voor de uitvoering van deze optie door de verschillende behandeling van substitueerbare zorgsoorten (zoals intramurale zorg en thuiszorg) vragen om nader onderzoek.

Financieringsaspecten

Een dominant onderdeel in de discussie over de stelselwijziging is de premieverhouding tussen inkomensafhankelijke financiering en de som van nominale premies en eigen betalingen. Deze verhouding procentueel/nominaal bepaalt voor een deel de macro-en micro-economische effecten. Het effect op de collectieve lastendruk wordt vooral bepaald door de omvang van het verplichte deel van het verzekeringspakket dat al in de vorige paragraaf is aangegeven. Tabel 2 toont de financieringsaspecten van de behandelde voorstellen en alternatieven.

Tabel 2: Typering stelselwijziging: financieringsaspecten

	Dekker (1987)	Dees (1988)	Simons-I (1990)	Simons-II (1992)	RCO en MHP (1992)	Bruins Slot (1993)
premieverhouding procentueel/nominaal	75/25	n.a.	85/15	82/18	40/60	60/40
effect op collectieve lastendruk (% NNI)	0,1	0,1	n.a.	1,2	–0,51,2	

n.a. = niet aangegeven.
. Bron: IOO.

Het plan-Dekker stelt een premieverhouding van 75/25 voor. Het kabinetsvoorstel in de nota-Dees onthoudt zich van een uitspraak over de premieverhouding in de eindfase. Wel wordt ingegaan op het invoeringstraject naar de benodigde uniforme premiestructuur tussen de bestaande verzekeringsvormen. Het plan-Simons I gaat overeenkomstig het regeerakkoord van het kabinet Lubbers-III uit van een premieverhouding van 85/15. Na de Tussenbalans wordt deze gewijzigd in 82/18. Dan komt ook nadrukkelijker het aspect van de eigen betalingen bij het gebruik van zorgvoorzieningen naar voren. Daarbij hebben ook de opwaartse gevolgen van de stelselwijziging voor de collectieve lastendruk op micro- en macroniveau een rol gespeeld, naast de noodzaak tot kostenbeheersing in de gezondheidszorg.

Een belangrijke bevinding is dat pas in 1993, op basis van de berekeningen van de werkgroep-Witteveen, door het kabinet uitvoerig aandacht wordt besteed aan het probleem van het, door de stelselwijziging en de stijgende zorgkosten, toenemende tarief van de eerste schijf in de inkomstenbelasting. Pas dan worden ook alternatieven voor deze wijze van premieheffing aangedragen. De toegenomen aandacht voor de collectieve-lastendruk en de «wig» tussen bruto- en nettoloon spoort met de accentverschuiving die de laatste jaren in de politieke discussie optreedt van tekortreductie naar lastenverlichting.

Koopkrachteffecten

De discussie over de koopkrachteffecten van de stelselwijziging is nauw verbonden met de mate van solidariteit die tussen (inkomens)groepen zou moeten worden betracht. Dit is bij uitstek een politieke keuze. De koopkrachteffecten van de stelselwijziging zijn dan ook een belangrijk onderwerp geweest in de afgelopen jaren. In de verschillende voorstellen wordt bij de berekening van koopkrachteffecten (voorzover uitgevoerd)

meestal van uiteenlopende veronderstellingen uitgegaan. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om keuzen voor de omvang van de werkgeversbijdragen (nu deels lopend via de verplichte werkgeverspremie voor het ziekenfonds) en de mate waarin vrijwillige, aanvullende verzekeringen worden afgesloten. Om die reden heeft het IOO zelf een gestandaardiseerde berekening van de koopkrachteffecten van de drie meest uiteenlopende voorstellen (Simons-II, RCO/MHP en Bruins Slot) uitgevoerd. Tabel 3 bevat informatie over koopkrachteffecten en de spreiding daarvan ten opzichte van het basisjaar 1992. Bij de berekeningen is terwille van de vergelijkbaarheid uitgegaan van volledige aanvullende verzekering van de niet door de basisverzekering of anderszins uit publieke middelen gedekte zorgkosten. Verondersteld is dat geen compensatie optreedt van koopkrachteffecten door verhoging van de kinderbijslag of anderszins. De werkgeversbijdragen worden gelijk verondersteld aan die in de huidige situatie.

Tabel 3: Typering stelselwijziging: koopkrachteffecten (in % netto-inkomen)

	Simons-II (1992)	RCO en MHP (1992)	Bruins-Slot (1993)
alleenstaande			
(marktsector, modaal)	– 1	+ 5	+2
idem (minimum)	– 1	+ 1	+0
kostwinner met twee kinderen			
(marktsector, modaal)	– 1	– 9	–5
idem (minimum)	– 1	–17	–8
maximaal positief effect	+12	+ 5	+4
maximaal negatief effect	– 3	–17	–8

Bron: IOO.

De algemene lijn in de uitkomsten is duidelijk: een toenemend aandeel van de nominale premies in de financiering van de zorgkosten leidt tot vergroting van de negatieve koopkrachteffecten van kostwinners (alleenverdieners) met kinderen in de lagere inkomensgroepen. Voor alleenstaanden geldt het omgekeerde. Het meeverzekerd zijn van partner en kinderen van alleenverdieners in het huidige ziekenfonds en de grotendeels inkomensafhankelijke ZFW-premie speelt daarbij een belangrijke rol. In alle voorstellen zijn de koopkrachteffecten voor zelfstandigen en particulier verzekerde bejaarden met een laag inkomen relatief gunstig in verhouding tot andere groepen. Deze groepen betalen in de huidige situatie relatief hoge (nominale) ziektekostenpremies.

Een belangrijke bevinding is dat, ondanks het feit dat de standpunten van verschillende groeperingen over de te betrachten (inkomens)-solidariteit niet wezenlijk zijn veranderd, de koopkrachteffecten van de stelselwijziging vanaf eind 1991 veel prominenter in de publieke discussie naar voren komen. Daarbij is overigens weinig aandacht besteed aan de koopkrachteffecten van mogelijke alternatieven voor de kabinets-voorstellen.

Marktwerking

Er bestaat op dit punt principieel verschil van inzicht tussen de opstellers van de onderzochte voorstellen. In het plan-Dekker en de kabinetsvoorstellen moeten aspecten als een nominale premie in het basispakket en functioneel omschreven voorzieningen tot een verhoging van de doelmatigheid (en daarmee tot kostenbeheersing) leiden. In hun alternatief plaatsen RCO/MHP vraagtekens bij deze argumentatie. De invloed van de aanbieders van zorgvoorzieningen wordt daarvoor te

dominant geacht. De «verzekerbaarheid» van de langdurige zorg voor speciale groepen wordt door verschillende actoren betwijfeld, ondermeer in de voorstellen van RCO/MHP en Bruins Slot. Deze discussie raakt de eerder vermelde discussie over de omvang van het verplichte basispakket. Ook in andere onderdelen van de zorgsector is echter reden tot nuancering van de marktwerking. Het is niet vanzelfsprekend dat marktprincipes leiden tot doelmatige zorg en kostenbeheersing, ondermeer als gevolg van sterk verschillende informatie van consumenten en producenten en voor een deel zeer kwetsbare groepen van consumenten. De prijsgevoeligheid van de consumptie van gezondheidsdiensten – bijvoorbeeld voor eigen betalingen – is betrekkelijk klein, zeker nadat de patiënt/consument is opgenomen in het medische circuit. Het aantal zorgverlenende instellingen en verzekeraars in een regio is bovendien relatief klein, terwijl voor een deel sprake is van non-profit instellingen. Ook die factoren beperken de mogelijkheden voor een effectieve marktwerking.

Uitvoeringsaspecten

Tot de belangrijkste uitvoeringsaspecten van de stelselwijziging behoort in de voorstellen van de commissie-Dekker en het kabinet het opzetten van een werkbaar stelsel van normuitkeringen aan verzekeraars. Daarmee worden de middelen van de Centrale Kas verdeeld, die worden opgebracht uit inkomensafhankelijke premies. De volgende paragraaf gaat uitvoerig in op het normuitkeringenstelsel. Andere uitvoeringsaspecten, zoals de operationele definitie van functionele zorgaanspraken, internationale juridische aspecten en invoeringsproblemen bij de overheveling van voorzieningen naar de AWBZ en de budgettering van verzekeraars zijn grotendeels buiten beschouwing gebleven.

2.2.4 Haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel

De discussie over de vormgeving en mogelijke werking van een systeem van normuitkeringen aan verzekeraars wordt gedomineerd door onzekerheid en terughoudendheid. Vijf jaar na de eerste kabinetsvoorstellen voor stelselwijziging bestaat nog steeds geen duidelijkheid over de inrichting en de mogelijke werking van zo'n stelsel. De beschikbare empirische gegevens zijn fragmentarisch en, voor zover voorhanden, onvoldoende hard om definitieve conclusies over de technische haalbaarheid van normuitkeringen te trekken. Daarbij wordt de inschatting van de werkbaarheid gecompliceerd door de verschillende startsituaties van de onderscheiden verzekeraars, die immers bestaan uit (voormalige) ziekenfondsen en particuliere schadeverzekeraars. Die verschillen uiten zich onder andere in de samenstelling van het bestand verzekerden en daarmee van aard en omvang van de risico's die verzekeraars lopen.

De technische discussie heeft zich toegespitst op de vraag hoe verfijnd het systeem moet zijn om risicoselectie door verzekeraars (het weren van slechte risico's) tegen te gaan. Het antwoord hangt mede af van flankerende maatregelen tegen risicoselectie en de samenstelling van het pakket voorzieningen waarvoor normuitkeringen worden verstrekt. Verdere verfijning betekent een toeneming van de kosten van informatievoorziening voor verzekeraars en Centrale Kas. Het afnemend aantal verzekeraars vergroot overigens de mogelijkheden tot globalisering van het stelsel. Van belang is de discussie over invloed van de omvang van het basispakket. Een breed pakket van voorzieningen, inclusief de kostbare, langdurige zorg voor speciale groepen, stelt hoge eisen aan een systeem van normuitkeringen en dwingt tot verfijning. Eerder is gewag gemaakt van de groeiende steun voor het afzonderlijk bekostigen van de

voorzieningen voor langdurige zorg. Bij het buiten beschouwing laten van deze «klassieke» AWBZ-voorzieningen vervalt een deel van de argumenten voor verfijning van normuitkeringen. In ieder geval neemt de prikkel tot risicoselectie af. De dan resterende zorgkosten zijn als zodanig niet beter te voorspellen, maar de financiële risico's voor de zorgverzekeraars worden kleiner. Hun inkomsten worden bij het afzonderen van de AWBZ voor een groter deel bepaald door de nominale premies die zij zelf vaststellen.

Naast de technische haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel is de maatschappelijke acceptatie van een dergelijk stelsel een probleem. De stelselwijziging conform de kabinetsvoorstellen beoogt weliswaar deregulering van het aanbod van voorzieningen en de relaties tussen verzekeraars en aanbieders, maar tegelijk neemt de afhankelijkheid van verzekeraars van de overheid in financiële zin toe. In de kabinetsvoorstellen bestaat immers een groot deel van hun inkomsten uit premievervangende uitkeringen van de Centrale Kas. Die afhankelijkheid wordt door sommige groeperingen gezien als een beletsel voor het bedrijfsmatig opereren van zorgverzekeraars. Daarbij spelen ook twijfels over de overheid als een consistente en betrouwbare partner. De acceptatie van het systeem wordt bovendien bemoeilijkt door de eerder genoemde verschillen in uitgangspositie van verzekeraars en daardoor verschillende belangen bij de uitkomsten van een dergelijk systeem.

De belangrijkste bevinding van het onderzoek is dat de haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel te lang als een eenvoudig oplosbaar, technisch probleem is gezien. Het uitblijven van die oplossing, ook door gebrek aan empirische gegevens, heeft veel onzekerheid veroorzaakt. De historisch verklaarbare, verschillende uitgangspositie van verzekeraars heeft afronding van de discussie bovendien moeilijk gemaakt. De gevolgen van de afzonderlijke bekostiging van de langdurige zorg voor de technische en maatschappelijke haalbaarheid van een systeem van normuitkeringen verdienen nader onderzoek.

2.2.5 Effecten van pakketoverheveling

Voor de meeste overhevelingen van voorzieningenpakketten naar de AWBZ ontbreken gegevens – vooral over de situatie vóór overheveling – die het mogelijk maken de effecten daarvan op kosten en gebruik te bepalen. De analyse is daarom vooral toegespitst op de omvangrijke overheveling van de farmaceutische hulp naar de AWBZ in 1992, waarmee een bedrag van circa 1,5 miljard gulden verschoof van particuliere betalingen naar de AWBZ.

Op grond van de literatuur is een bescheiden stijging van de totale kosten van farmaceutische hulp te verwachten door overheveling van voormalig particulier verzekerden, die niet voor medicijnen waren verzekerd, naar de AWBZ; het zogenaamde «verzekeringseffect». Het gebruik van medicijnen is echter grotendeels verbonden met het bezoek aan huisarts of specialist, die als «poortwachters» fungeren. De intrede in het medische circuit brengt een keten van medische consumptie (inclusief medicijngebruik) op gang, waarbij de invloed van de patiënt beperkt is. Om die reden is een relatief geringe remmende werking van eigen betalingen op het gebruik van medicijnen te verwachten en omgekeerd een relatief gering opstuwend effect bij het wegvallen van eigen betalingen.

Het bescheiden «verzekeringseffect» kan in de Nederlandse situatie bovendien deels zijn gecompenseerd door andere overheidsmaatregelen, zoals de invoering van het geneesmiddelenvergoedingsysteem (GVS) en de prescriptieregeling voor particulier verzekerden. De jaren voor overheveling van de farmaceutische hulp bestond er bovendien een trend

bij particulier verzekerden om polissen met geringere eigen risico's af te sluiten. Door gerichte acties van de particuliere verzekeraars zijn er na 1990 alleen maar nieuwe polissen met huisartsenhulp en de bijbehorende medicijnen afgesloten. Een steeds groter deel van de particulier verzekerden bestaat uit houders van de standaard(pakket)polis met een bescheiden eigen risico en een dekking die het ziekenfondspakket benadert. Dit zijn eveneens redenen om te veronderstellen dat de overheveling naar de AWBZ geen grote effecten op de omvang van de farmaceutische hulp heeft.

Een analyse van de feitelijke ontwikkeling van het gebruik en de totale kosten van farmaceutische hulp tot en met 1993 geeft vooralsnog geen redenen om te veronderstellen dat de overheveling een extra opstuwende invloed op het medicijnengebruik heeft uitgeoefend. De stijging in het verleden in de totale kosten en het gebruik van medicijnen zet zich ook in 1992 en 1993 onverminderd voort. Een definitief oordeel kan pas over enkele jaren worden gegeven, gezien de overgangseffecten die bij de overheveling een rol kunnen spelen.

2.2.6 Slot

Het IOO-onderzoek naar de stelselwijziging in de zorg kenmerkt zich, evenals de discussie van de afgelopen jaren, onvermijdelijk door onzekerheid over mogelijke effecten en haalbaarheid van de kabinetsvoorstellen en aangedragen alternatieven. Het vijf jaar geleden door het kabinet voorgestelde «grand design» bevat daarvoor teveel niet empirisch getoetste of moeilijk te toetsen elementen. De ambitieuze plannen hebben tijdens hun uitwerking bovendien de gevolgen ondervonden van uiteenlopende en soms veranderde maatschappelijke opvattingen over solidariteit tussen inkomensgroepen, effectiviteit van sturing door de overheid en de bruikbaarheid van marktprincipes voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg. De wisselwerking tussen maatregelen gericht op «doelmatigheid» en maatregelen gericht op «solidariteit» heeft de complexiteit van de stelselwijziging nog eens vergroot.

Het onderzoek heeft enkele bevindingen opgeleverd, die hier kort worden samengevat:

(a) Een groeiend aantal deelnemers aan de discussie, ook binnen de politiek, bepleit het afzonderlijk bekostigen van voorzieningen voor langdurige zorg voor specifieke groepen, zoals de zorg voor lichamelijk en geestelijk gehandicapten en psychiatrische patiënten. Aan de bruikbaarheid van marktprincipes op dit gebied wordt getwijfeld. De mogelijke belemmeringen voor de uitvoering van deze optie door de verschillende behandeling van substitueerbare zorgsoorten (bijvoorbeeld intramurale zorg en thuiszorg) verdienen nader onderzoek.

(b) In lijn met de accentverschuiving in de politieke discussie van tekortreductie naar lastenverlichting, is eerst recent meer aandacht gekomen voor de stijgende collectieve-lastendruk en de «wig» tussen bruto loonkosten en nettoloon als gevolg van de stelselwijziging in combinatie met stijgende kosten van de gezondheidszorg. De gevolgen daarvan voor gedragsreacties van burgers en bedrijven, bijvoorbeeld op de arbeidsmarkt, worden in het algemeen negatief beoordeeld. De acceptatie van de stelselwijziging conform de kabinetsvoorstellen is mede daardoor verminderd.

(c) Ondanks het feit dat de standpunten van verschillende groeperingen over de te betrachten (inkomens)solidariteit binnen een zorgverzekering niet wezenlijk zijn veranderd, komen de koopkrachteffecten van de stelselwijziging vanaf eind 1991 veel prominenter naar voren. Daarbij is overigens weinig aandacht besteed aan de aanzienlijke koopkrachteffecten van mogelijke alternatieven voor de kabinetsvoorstellen.

(d) De haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel is te lang als een

oplosbaar, technisch probleem gezien. Het uitblijven van die oplossing, ook door gebrek aan empirische gegevens, heeft veel onzekerheid veroorzaakt. De historisch verklaarbare, verschillende uitgangsposities van verzekeraars hebben afronding van de discussie bovendien moeilijk gemaakt. De gevolgen van de steeds vaker bepleite, afzonderlijke bekostiging van de langdurige zorg voor de technische en maatschappelijke haalbaarheid van een normuitkeringenstelsel verdienen nader onderzoek.

(e) Door gebrek aan gegevens over de periode voorafgaande aan de overheveling van voorzieningen naar de AWBZ kon slechts een deel van die overhevelingen worden geanalyseerd. Een analyse van het feitelijke gebruik en de totale kosten van farmaceutische hulp tot en met 1993 geeft vooralsnog geen redenen om te veronderstellen dat de overheveling een extra groei van het medicijnengebruik heeft veroorzaakt. De uitkomsten zijn consistent met een te verwachten beperkt «verzekeringseffect» van de overheveling, gelet op de dominante rol van de (huis)arts in het bepalen van het gebruik van medicijnen en de mede daardoor geringe prijsgevoeligheid van patiënten/consumenten.

2.3 «SPELERS IN HET VELD»

Samenvatting Actorenonderzoek Dienst Documentatie Tweede Kamer

2.3.1. Werkwijze en verantwoording

De subcommissie heeft begin december 1993 besloten de Dienst Documentatie in te schakelen voor onderdeel d van de onderzoeksopdracht. Dit onderdeel luidde:

«Een inventarisatie te (doen) maken van de in en buiten de Staten-Generaal vertolkte standpunten van de verschillende politieke partijen, van de belangrijkste organisaties in de volksgezondheid en van de verschillende kabinetten respectievelijk bewindslieden vanaf 1987 over de stelselwijziging». In de vergadering van 8 december 1993 is de subcommissie accoord gegaan met het door de Dienst Documentatie opgestelde werkplan. Om een goed beeld te krijgen van wat er over de stelselwijziging is gezegd en geschreven, is eerst bepaald van welke bronnen gebruik gemaakt moest worden. Dit resulteerde in het volgende overzicht:

* interviews/letterlijke teksten (op radio en televisie)
* handelingen en kamerstukken
* kranteartikelen (inclusief interviews)
* partijbladen (inclusief interviews)
* rapporten/verslagen
* reacties/brieven (aan de vaste commissie voor de volksgezondheid)
* tijdschriftartikelen (inclusief interviews)
* verkiezingsprogramma's.

Daarnaast is er op 22 december 1993 een brief uitgegaan naar de verschillende organisaties in het veld met het verzoek om toezending van persberichten en toespraken van medewerkers van de organisaties. Tevens is er op 23 december een advertentie in de Staatscourant geplaatst met het verzoek om schriftelijk commentaar van een ieder die inlichtingen kan verschaffen over de besluitvorming in de gezondheidszorg.

Aanvankelijk is ruim gezocht op trefwoorden, waardoor zoveel mogelijk materiaal is verzameld. Het materiaal dat op grond van verschillende zoekacties via de STAIRS-bestanden en het archief van de Tweede Kamer werd verzameld, bleek van een zodanige omvang te zijn, dat gezien de beschikbare tijd besloten werd tot een zekere inperking van de te onderzoeken actoren. Tevens werd besloten om bij de handelingen,

kamerstukken, rapporten/verslagen en brieven/reacties uit te gaan van vijf hoofdmomenten:

I «Verandering verzekerd» (3e Dekker-brief)
II Wetsvoorstel stelselherziening ziektekostenverzekering 1e fase (invoering nominale premie)
IIIA Nota «Werken aan Zorgvernieuwing»
IIIB Wetsvoorstel stelselherziening 2e fase
IV Nota «Modernisering zorgsector: Weloverwogen verder»
V Commissie Bruins Slot

Indien verwezen werd naar uitspraken op andere momenten zouden deze bij het onderzoek worden betrokken. Vanaf dat moment is gestart met de daadwerkelijke inventarisatie van de standpunten. Hierbij is, wat betreft de condensatie van de documenten, in het algemeen een viertrapsmodel gehanteerd:

1) de basis wordt gevormd door de originele documenten die in het archief aanwezig zijn en ter inzage liggen;

2) vervolgens zijn uit de documenten citaten gehaald die zijn terug te vinden in het zogenaamde «Bronnenboek» dat eveneens ter inzage ligt;

3) de volgende stap bestond uit het maken van samenvattingen op basis van de citaten. Deze samenvattingen zijn terug te vinden in de achtergrondstudie «Spelers in het veld»;.

4) tot slot is per actor een analyse gemaakt, die vóór de samenvattingen is geplaatst.

Het bewerkte materiaal is geordend naar vier groepen van actoren:

* maatschappelijke organisaties;
* externe adviesorganen en commissies (inclusief reacties van leden van de commissies De Beer, Bruins Slot, Dekker, Dunning, Fortuyn en Van der Zwan)
* politiek (inclusief de wetenschappelijke bureaus van de politieke partijen)
* ministerraad (originele documenten zijn niet openbaar en liggen niet ter inzage).

In het onderzoek zijn standpunten opgenomen die zijn ingenomen tot en met 31 december 1993. Het onderzoek is uitgevoerd onder leiding van Paula Wansleeben en Monique Brouwers (Dienst Documentatie) met medewerking van Kieke Okma (Ministerie van WVC) en Erik Bolhuis (Ministerie van Financiën) onder begeleiding van de griffier van de subcommissie. In de volgende paragrafen volgt een korte beargumenteerde analyse van de standpuntontwikkeling van de spelers in het veld. De achtergrondstudie «Spelers in het veld» is integraal opgenomen in deel 2 van het rapport.

2.3.2 De belangenbehartigers

Bij de analyse van de bestudeerde maatschappelijke organisaties wordt een indeling in zes groepen gehanteerd te weten:

1) vakbeweging (AbvaKabo, CFO, FNV en CNV)
2) werkgevers (RCO, VNO, NCW) en hoger betaalde werknemers (MHP)
3) extramurale zorg (o.a. LVT, NMT, KNMG)
4) intramurale zorg (NZF en VNB)
5) verzekeraars (VNZ en KLOZ) en
6) consumenten (LPCP/NPCF, CSO/COSBO).

2.3.2.1 Vakbeweging

Algemene reactie: aanvankelijk afwijzend maar geleidelijk meer positief, mits de plannen worden aangepast.

Argumenten: de vakbonden hebben altijd al gepleit voor een algemene volksverzekering voor alle ingezetenen, met een brede dekking, inkomens-

afhankelijke premies, zonder nominale premies of eigen bijdragen, en met betaling in natura. De politieke werkelijkheid dwingt tot geleidelijke bijstelling van de standpunten en aanvaarden van nominale premies, eigen risico's en eigen betalingen, mits deze binnen bepaalde grenzen blijven. Met de werkgevers stellen de bonden dat het primaat in toezicht en controle op de sociale verzekering ligt bij de sociale partners. Een tweede gemeenschappelijk punt is het afwijzen van concurrentie als leidend beginsel. Het accent van de kostenbeheersing moet bij de aanbodkant blijven liggen. Daarvoor is een sterke rol van de overheid, en regionale ordening nodig. Een derde overeenkomst is het pleidooi voor een blijvende centrale rol van de overheid bij de kostenbeheersing, de planning van het aanbod en de controle op de kwaliteit. De FNV meent dat de nominale premies niet tot de collectieve lasten behoren, de werkgevers menen van wel. De ambtenarenbonden wijzen op mogelijke koopkracht-gevolgen voor ambtenaren en trendvolgers.

2.3.2.2 Werkgeversorganisaties

Algemene reactie: vanaf het begin staan de werkgevers afwijzend tegenover de brede dekking van een algemene volksverzekering. Wel zijn zij akkoord met vergroting van doelmatigheid in de zorg, het vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden, en het herstellen van de overtrokken inkomenssolidariteit in de ziekenfondsverzekering. In 1988 lijken zij de politieke realiteit te accepteren, maar vanaf 1990 komen de werkgeversorganisaties weer actief in verzet. In 1992 komen zij met alternatieven zoals een «drieluik» en het convergentiemodel.

Argumenten: De voorstellen leiden tot verdere collectivisering, negatieve inkomenseffecten voor de ambtenaren en middengroepen, en er bestaat gevaar voor afwenteling van de hogere nominale premies op de arbeidsvoorwaarden. De sociale verzekering is een oneigenlijk instrument voor het voeren van inkomenspolitiek. De bestaande verschillen in verzekeringsvormen hoeven niet zo snel te verdwijnen. Het is net zo goed mogelijk om de knelpunten op te lossen binnen het bestaande systeem, en om deze vormen geleidelijk naar elkaar toe te laten groeien. Uitbreiden van de omvang van de aanspraken heeft een aanzuigende werking (het «verzekeringseffect»). Vergroten van financiële prikkels voor verzekerden, verzekeraars en aanbieders is een betere weg tot doelmatigheid. De overheid moet een centrale rol behouden in de kostenbeheersing, planning van het aanbod en het bewaken van de kwaliteit.

2.3.2.3 Extramurale zorg

Algemene reactie: vanaf 1990 steeds positiever, met af en toe een kritische noot over verschillende invoeringskwesties.

Argumenten: de noodzaak tot doelmatigheid in de organisatie, de toenemende wens om thuis te blijven wonen, de verschuiving van intramurale naar extramurale vormen van zorg. Het samenvoegen van de WBO en AWBZ vergroot het speelveld voor samenwerking en substitutie in de ouderenzorg. NMT, KNMP en Nefarma mopperen wanneer de door hen verleende verstrekkingen buiten de basisverzekering dreigen te vallen. De aanbieders vrezen dat de verzekeraars een onevenredige machtspositie krijgen, en zij geven de voorkeur aan centrale model-overeenkomsten op landelijk niveau boven individuele onderhandelingen.

2.3.2.4 Intramurale voorzieningen

Algemene reactie: gematigd positief, maar met een steeds sterker voorbehoud voor chronische zorg en de positie van intramurale instel-lingen

Argumenten: er is wel deregulering nodig, en een grotere verantwoordelijkheid voor de instellingen. De bestaande regelgeving werkt verstikkend. Tegelijkertijd is het karakter van de hulpverlening aan bepaalde risicogroepen zodanig dat hier geen marktwerking mogelijk is. Voor dergelijke groepen is een afzonderlijke financieringsregeling binnen de basisverzekering nodig. Ook blijft de overheid verantwoordelijk voor de infrastructuur. De NZF stelt een driedeling in de financiering voor.

2.3.2.5 Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars

Algemene reactie: VNZ aanvankelijk afhoudend, geleidelijk meer positief en naarmate de invoering vorderde en de VNZ meer ging samenwerken met het KLOZ, negatiever. Het KLOZ staat vanaf het begin afwijzend tegenover een volksverzekering, maar is voor elementen van marktwerking en concurrentie. Binnen het KLOZ zijn de standpunten aanvankelijk verdeeld.

Argumenten : de ziekenfondsen hebben, net als de vakbeweging, altijd positief gestaan tegenover de gedachte van een algemene volksverzekering tegen ziektekosten, met een brede dekking en inkomensafhankelijke premies. De VNZ ziet wel ruimte voor nominale premies, eigen risico's en eigen bijdragen, maar deze mogen niet te hoog zijn anders ondermijnen deze de solidariteit tussen ziek en gezond en hoge en lage inkomens. Gezondheidszorg en inkomenspolitiek zijn twee gescheiden zaken. Het KLOZ richt zich vooral op concurrentie op de verzekeringsmarkt en veronderstelt dat het gaat om een particuliere verzekering. In 1988 lijkt er een definitieve politieke beslissing te zijn genomen. Het KLOZ accepteert daarmee het invoeren van de basisverzekering als politiek feit. Wanneer blijkt dat de overheid uitgaat van een sociale verzekering van rechtswege, meent het KLOZ dat er dan geen mogelijkheid bestaat voor marktwerking. Het verzet tegen de plannen wordt scherper van toon en richt zich steeds meer op de persoon van Simons. Het KLOZ wil het verschil tussen ziekenfonds en particulieren handhaven, en binnen het bestaande stelsel verbetering aanbrengen, vooral door verhogingen van financiële prikkels in de ziekenfondsverzekering.

2.3.2.6 Patiënten en consumenten

Algemene reactie: positief over een brede volksverzekering, maar afwijzend tegenover de financiële prikkels voor de consument. De positie van de patiënt als derde partij is nog te zwak om in het nieuwe stelsel een effectieve rol te kunnen spelen.

Argumenten: er is meer samenhang nodig in de gezondheidszorg, inclusief de maatschappelijke dienstverlening; het verschil tussen ziekenfonds en particulier moet verdwijnen en er is meer inkomenssolidariteit nodig. De voorstellen voor hogere eigen bijdragen, nominale premies en eigen risico's leiden echter tot vermindering van de solidariteit en bedreigen de zwakke groepen. Winstoogmerk is niet richtinggevend in de gezondheidszorg. Om een sterke derde-partijrol te kunnen spelen, is wettelijke verankering van de positie van de patiëntenorganisaties nodig, en structurele financiële steun.

2.3.3 De verzoeners?

In deze paragraaf wordt de beargumenteerde analyse gegeven van een aantal «adviesorganen». Behandeld worden het COTG, CvZ, NRV, SER en ZFR.

2.3.3.1 Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG)

In 1987 verwerpt het COTG de uitgangspunten van Dekker. Het rapport heeft de voordelen van marktwerking onvoldoende aangetoond. Het COTG vindt dat wettelijke instrumenten voor aanbodbeheersing essentieel zijn. Wel is deregulering, ontbureaucratisering en vereenvoudiging van procedures mogelijk. Het is niet verantwoord om de bestaande wetgeving te vervangen door nieuwe waarvan de werking uiterst twijfelachtig is. De voorzitter maakt in 1989 bezwaar tegen de snelle invoering. Bij het formuleren van de voorstellen hebben financieel-economische coryfeëen de boventoon gevoerd, terwijl de gezondheidzorg geen economisch fenomeen is. Wel is een uniforme tariefstructuur nodig, maar het COTG wijst gedifferentieerde individuele tarieven van de hand. Ook bestaat nog onvoldoende helderheid over de verdeling van de bevoegdheden over de aard, omvang en spreiding van voorzieningen.

Het COTG is in 1990 positief over het voornemen tot vergroten van de flexibiliteit, doelmatigheid en mogelijkheden tot substitutie, maar wil de bestaande regionale verbindingskantoren in stand houden. Bij de budgettering van instellingen en die van verzekeraars is afstemming nodig. Verzekeraars kunnen meer invloed krijgen op het budget van instellingen, maar de overheid blijft ook in de toekomst onmisbaar bij het objectief bepalen van de benodigde capaciteit. Wanneer instellingen risico gaan dragen, moeten zij beschikken over reserves. In elk geval blijft ook een prijsbeleid in de gezondheidszorg nodig. De bestaande wetgeving biedt voldoende mogelijkheden tot het vergroten van de verantwoordelijkheid van partijen. Dat verruimen van de verantwoordelijkheden betekent automatisch dat de uitkomsten op macro-niveau ongewis zijn, zo voegt de voorzitter daar in 1992 aan toe. Het COTG bepleit een «complementaire budgettering», zowel bij aanbod- als vraagkant. Ook in 1993 heeft het COTG geen hoge verwachting van de marktwerking als middel tot kostenbeheersing.

2.3.3.2 College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ)

Het College acht in 1987 verdere beddenreductie aanvaardbaar, mits aan bepaalde randvoorwaarden is voldaan. Een coördinerende rol van de overheid is blijvend nodig om het niveau van voorzieningen te handhaven. Van Aardenne wijst in 1988 op het gevaar van «blauwdrukdenken». Wel steunt hij in zijn jaarrede de voorgenomen vereenvoudiging van de regelgeving. Het CvZ vindt de WZV een goed instrument voor de planning van ziekenhuisvoorzieningen. De manco's liggen veeleer in de toepassing van de wet. Het afschaffen van de contracteerverplichting kan leiden tot grote financiële risico's. Wanneer provincies verantwoordelijkheid krijgen voor de infrastructuur, kan het ontbreken van contracten leiden tot leegstand. Ook banken en institutionele beleggers zullen meer zekerheden eisen na het afschaffen van de contracteerplicht.

Dekker werpt zijn schaduwen vooruit, zo staat in het jaarverslag 1988. Men ziet de grenzen tussen de eerste lijn en de tweede lijn vervagen, instellingen breiden hun werkterrein steeds meer uit tot de eerste lijn en er ontstaan steeds meer tussenvormen. De uitvoeringsregelingen van de WZV zijn daar onvoldoende op toegesneden. Van Aardenne is voor een functionele benadering. Wellicht kunnen er clusters van instellingen en organisaties samengaan tot rechtspersonen met een budget voor intramurale en extramurale zorg. Het CvZ meent dat niet zozeer het «systeem» als wel het «beleid» is vastgelopen. De laatste jaren ligt steeds meer nadruk op het matigen van de collectieve lastendruk.

Het CvZ heeft bewaar tegen de aanbevelingen van Fortuyn en is het wel eens met het kabinet dat de veranderingen in de adviesstructuur gelijk op moeten lopen met de stelselherziening. Wel steunt Van Aardenne de plannen tot verzelfstandiging van het CvZ. Het CvZ besteedt op het symposium vanwege het 20-jarig bestaan in 1992 aandacht aan de toekomstige financiering van de kapitaallasten. De aanbodbeheersing heeft helemaal niet zo slecht gewerkt. Het CvZ wil liever zoeken naar praktische oplossingen binnen het bestaande stelsel in plaats van een veelomvattende stelselherziening. In de jaarrede 1993 bespeurt Van Aardenne een groeiende afstand tussen politiek en samenleving. Het FOZ is niet meer een weerspiegeling van de werkelijke ontwikkelingen en leidt steeds vaker tot conflicten met het veld. Er is onvoldoende politieke aandacht voor het belang van investeringen.

2.3.3.3 Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV)

Voorzitter Hendriks wil in 1987 de voorstellen van de commissie-Dekker zo snel mogelijk invoeren. Ook acht hij snelle sanering van de overcapaciteit van ziekenhuizen nodig. Hij ziet wel problemen met de inkomensgevolgen van de voorstellen. Hij wil voorkomen dat de zaak waar het om gaat, uit eigenbelang of groepsbelang wordt geblokkeerd. De tijd is aangebroken voor een grondige herstructurering. De NRV staat een brede basisverzekering voor ogen. Marktwerking is geen doel op zich. Hendriks meent dat het huidige stelsel een overmaat aan inkomenssolidariteit kent en hij vindt het zo gek niet dat er een – beperkte – nominale premie komt. De financiering moet voor een belangrijk deel blijven steunen op het beginsel van solidariteit. Er zijn nog wel onduidelijke punten, bijvoorbeeld het rechtskarakter en de vormgeving van de basisverzekering, de vrijheid van verzekerden om zelf een aanbieder te kiezen, het verdeelstelsel uit de centrale kas en de functionele omschrijving, zo schrijft de Raad in 1988. De Raad heeft voorkeur voor een breed en ondiep pakket. De plannen moeten niet te snel worden ingevoerd. Er moet een begeleidingscommissie komen. Binnen de gezondheidszorg bestaat ruime bereidheid tot verandering, zo stelt de voorzitter.

In 1990 beginnen de standpunten binnen de Raad uiteen te lopen, de RCO vindt dat het proces moet worden gestopt. De vakbeweging en de patiëntenorganisaties wijzen de nominale premies en eigen risico's af. In 1991 merkt de scheidend voorzitter op dat er teveel wordt gepraat over het verzekeringssysteem en te weinig over de inhoud. Teveel haast kan het proces schaden, zo voegt hij daaraan toe. Hij heeft veel kritiek op de politieke besluitvorming en de grilligheid van standpunten die de oren laten hangen naar de belangengroeperingen en lobbies. Ook Boorsma krijgt een veeg uit de pan. Van Londen voegt daaraan toe dat iemand die iets wil veranderen in de gezondheidszorg, «tegen een elastische muur oploopt». De Raad vindt het overeenkomstenstelsel wel bruikbaar voor het afstemmen van het aanbod op de vraag, maar wil de eindverantwoordelijkheid bij de overheid laten. Voorzitter Van Londen merkt in 1992 op dat een «grand design» verlammend werkt. Het ontbreekt aan bestuurlijk vermogen om dergelijke veelomvattende plannen door te voeren. Er is sprake van grote beleidsdrukte. Marktwerking is ongeschikt voor patiënten die permanent zorg nodig hebben, dat bedreigt juist de kwaliteit. Werner meent dat in de toekomst de verzorging niet langer onder de verzekering moet vallen, maar dat mensen dat uit eigen zak moeten betalen.

2.3.3.4 Sociaal-Economische Raad (SER)

De SER is verdeeld in de advisering over de stelselherziening. De Raad deelt de analyse van Dekker dat er een fundamenteel gebrek is aan

ingebouwde elementen van kostenbeheersing. Werkgevers en werknemers dreigen te weinig invloed te krijgen in het voorgestelde nieuwe stelsel. Er moet juist een regionaal voorzieningenplan komen, door de overheid vast te stellen.

2.3.3.5 Ziekenfondsraad (ZFR)

De meeste adviezen van de ZFR gaan in op technische uitvoeringsaspecten over de samenstelling van het pakket (de omvang is overigens *een zaak van politieke besluitvorming, zo merkt secretaris Bultman op*), de noodzaak van een ruime voorbereidingstijd, de budgettering van verzekeraars, het overhevelen van de gezinsverzorging. De Raad wijst erop dat onverzekerbare risico's geen object van concurrentie mogen worden. Er dreigen hoge beheerskosten en de Raad wil de bestaande verbindingskantoren voorlopig handhaven.

In 1989 wijst de ZFR op enkele onduidelijkheden zoals het rechtskarakter van de verzekering, de rol van de overeenkomsten, de vormgeving en omvang van de basisverzekering, de acceptatieplicht en de aard en omvang van het toezicht. Voorzitter De Graaf vindt in 1989 dat het hoog tijd is dat de politiek kleur bekent en knopen doorhakt. Dan is uitvoering binnen redelijke termijn wel mogelijk. In een advies in 1990 komt de ZFR terug op het rechtskarakter van de verzekering en de vraag of de verzekerde zijn rechten ontleent aan de wet of aan de polisvoorwaarden. Andere kwesties zijn de vraag wanneer ziekenfondsen zelf hun werkgebied afbakenen, en of er «witte vlekken» kunnen ontstaan, gebieden waar geen enkel fonds opereert. De Raad vindt functionele omschrijvingen wenselijk en ziet geen bezwaren tegen invoering van het restitutiesysteem. Over verschillende deelonderwerpen is de Raad verdeeld.

In 1991 merkt de voorzitter op dat de plannen stil dreigen te vallen, dat vindt hij geen goede zaak. De herstructurering van de adviesorganen kan pas worden ingevoerd nadat er duidelijkheid bestaat over de plannen voor de stelselherziening.

De Raad vindt dat hogere nominale premies een verruiming van de verantwoordelijkheden van verzekeraars en verzekerden inhouden. Wel zijn er grenzen aan de nominalisering, want op een gegeven moment moet men zich afvragen of er eigenlijk nog wel sprake is van een sociale verzekering. De voorzitter zegt dat met de nu voorgestelde maatregelen per 1 januari 1992 een onomkeerbare stap wordt gezet. De Raad is verdeeld over de normuitkeringen. De Raad wil op korte termijn beginnen met budgettering van verzekeraars op basis van historische kosten, met volledige nacalculatie. De Raad is verdeeld over de eigen risico's. Een meerderheid van de Raad wijst invoering van de maatregelen per 1 januari 1992 af. Doordat er nog vele onduidelijkheden bestaan, is de gezondheidszorg beland in een semi-permanente overgangsfase. Inmiddels zijn wel de verzekeraars op grote schaal begonnen met fusies en samenwerkingsafspraken.

In 1992 signaleert De Graaf dat de invoering verdere vertraging heeft ondergaan. De zeer late politieke besluitvorming leidt tot uitvoeringsproblemen. Er liggen nu ook politieke vragen over de koopkracht, premiedruk en collectieve lasten. Daar liggen misschien wel de grootste hobbels. In april brengt de Raad een evaluatie uit. Invoeren van de nominale premies heeft niet geleid tot grote problemen, maar er zijn nog weinig positieve effecten te melden na het overhevelen van de geneesmiddelen naar de AWBZ.

2.3.4 Het Binnenhof

In deze paragraaf wordt ingegaan op de standpuntontwikkeling van de politiek. Achtereenvolgens komen aan de orde het CDA, de PvdA, de VVD, D66, GroenLinks en de kleine christelijke partijen.

2.3.4.1 Christen Democratisch Appèl (CDA)

Algemene reactie : Het CDA heeft steeds positief gestaan tegenover de essentie van de voorstellen van de commissie-Dekker, maar is steeds kritischer geworden over de uitwerking ervan, omdat langzamerhand het basispakket te breed werd en de eigen verantwoordelijkheid onvoldoende aanwezig was.

Argumenten: Het CDA kiest voor een beperkte volksverzekering. Omdat dit (en niet de marktwerking) ook de primaire doelstelling van de voorstellen van de commissie-Dekker is, steunt het CDA die voorstellen. Wel moet nog gekeken worden naar de inkomenseffecten. Het CDA is vervolgens ook positief over de voorstellen van staatssecretaris Dees en het gebruik van de AWBZ als drager van de verplichte basisverzekering. Bij de behandeling van de nota «Werken aan zorgvernieuwing» van staatssecretaris Simons wordt de CDA-fractie in de Tweede Kamer kritischer: de analyse van Simons is dezelfde als van Dekker, maar er is niet langer sprake van een serieuze aanvullende verzekering. Bij de behandeling van het wetsvoorstel 2e fase komen geluiden, vooral uit de Eerste Kamer-fractie, dat door de voorstellen de kostenbeheersing in gevaar komt. Na de behandeling van het wetsvoorstel 2e fase is de stelselwijziging voor het CDA een zaak van «ja, maar anders». Invoering van een verplicht eigen risico en een beperking van het basispakket zijn de punten waarop het anders moet.

2.3.4.2 Partij van de Arbeid (PvdA)

Algemene reactie : De PvdA is het eens met de essentie van de voorstellen van de commissie-Dekker, namelijk dat er een verplichte basisverzekering moet komen. De daarbij voorgestelde beperking van het basispakket en de nominale premies en eigen risico's wijst de PvdA echter af. Pas als in de uitwerking van het derde kabinet-Lubbers de nominale premies niet meer dan 15 % bedragen en het basispakket breder is dan in de voorstellen-Dees gaat de PvdA mee met de voorstellen tot stelselwijziging. Ook een vrijwillig eigen risico is dan bespreekbaar.

Argumenten: De PvdA is blij dat de commissie-Dekker een basisverzekering voorstelt, maar heeft grote problemen met de voorgestelde beperking van het basispakket en met de nominale premies en eigen bijdragen, omdat die tot onaanvaardbare inkomensgevolgen voor de laagste inkomens leiden.Ten aanzien van de voorstellen van staatssecretaris Dees wijst de PvdA de dogmatische keuze van minder overheid en meer markt af en wil de PvdA de territoriale decentralisatie niet stopzetten. Het wetsvoorstel 1e fase wijst de PvdA af omdat er onvoldoende duidelijkheid is over de effecten van de voorstellen. Men pleit voor een raamwet, een wet op de zorgverzekering, in plaats van wetsvoorstellen op deelonderwerpen. De afspraken in het regeerakkoord van het kabinet-Lubbers III op het punt van de stelselwijziging, namelijk de 85–15 verhouding voor de inkomensafhankelijke/nominale premies en een breder basispakket, bieden de PvdA echter voldoende basis om zich positief op te stellen ten aanzien van de verdere uitwerking van de stelselwijziging. Door de 85–15 verhouding zijn er voldoende garanties voor een ombuiging van het beleid in de richting van een volksverzekering en wordt een forse denivellering vermeden en door het bredere basispakket kunnen de kosten beter beheerst worden. De PvdA blijft tegen

een verplicht eigen risico, maar is wel bereid om te bezien of burgers op dit punt meer keuzemogelijkheden moeten krijgen.

2.3.4.3 Volkspartij voor Vrijheid en Democratie (VVD)

Algemene reactie : De VVD gaat schoorvoetend mee met de voorstellen van de commissie-Dekker. Niet de verplichte basisverzekering is immers van die voorstellen de essentie, maar de marktwerking. Om die marktwerking tot stand te brengen moet er sprake zijn van minimaal 30% nominale premie en mag de aanvullende verzekering niet kleiner worden dan 15%. Omdat in de uitwerking van het kabinet-Lubbers III deze twee randvoorwaarden achter de horizon verdwijnen en er inkomensnivellering is gekomen en een klassieke volksverzekering dreigt, is de VVD tegen de door dat kabinet gepresenteerde plannen voor een stelselwijziging.

Argumenten: Omdat in de ogen van de VVD het tot stand brengen van marktwerking de essentie is van de voorstellen van de commissie-Dekker, staat de VVD positief tegenover de voorstellen; ook tegenover de verplichte basisverzekering, maar dan wel op de lange termijn. Om die marktwerking tot stand te brengen moet er sprake zijn van minimaal 30% nominale premie en mag de aanvullende verzekering niet kleiner worden dan 15%. Als aan deze randvoorwaarden niet is voldaan, glijdt het plan-Dekker af naar een volksverzekering. Een hoge nominale premie zorgt ervoor dat de kosten in de hand worden gehouden. De inkomenseffecten moeten via belastingvoordelen worden opgevangen. De invoering van nominale premies in de ZFW in het wetsvoorstel 1e fase ziet de VVD als een historische wending. Daarmee wordt het equivalentiebeginsel versterkt en de overtrokken solidariteit weer wat rechtgetrokken. Wel zijn er op dat moment twijfels over de praktische uitvoerbaarheid en de risico's op langere termijn door het ontbreken van concrete ideeën voor een stelsel van normuitkeringen. Bij de discussie over de nota «Werken aan zorgvernieuwing» van staatssecretaris Simons neemt de VVD nog een afwachtende houding aan ten aanzien van de vraag of aan de randvoorwaarden, die de VVD stelt, kan worden voldaan. Daarbij wordt opgemerkt dat een hoge nominale premie essentiëler wordt geacht dan de omvang van het basispakket. Wel moet er sprake zijn van een functionele pakketomschrijving. Bij de behandeling van het wetsvoorstel 2e fase is de VVD echter tegen, omdat de inkomensnivellering voorrang heeft gekregen boven de marktwerking en daarmee de kostenbeheersing en de plannen zijn afgegleden naar een volksverzekering. De nota «Weloverwogen verder» brengt daar geen verbetering in.

2.3.4.4 Democraten 66 (D66)

Algemene reactie : D66 steunt het element in de voorstellen van de commissie-Dekker dat de schotten tussen particuliere verzekering en ziekenfondsverzekering moeten verdwijnen, maar heeft twijfels over de te geringe omvang van het basispakket en de wijze waarop de premie naar draagkracht wordt vastgesteld, waarbij de positie van de alleenstaande te onzeker is. Vanaf de uitwerking, die het kabinet-Lubbers III aan de plannen geeft, zijn er ook twijfels of kostenbeheersing wel door de in het plan-Dekker geïntroduceerde marktwerking kan worden gerealiseerd. Ook de mogelijkheid dat de rechtspositie van de consument in gedrang komt en het risico van een hoge nominale premie geeft reden tot twijfel. Na het debat over het wetsvoorstel 2e fase trekt D66 zijn steun voor de stelselwijziging dan ook in.

Argumenten: Hoewel ook D66 streeft naar een basisverzekering, zijn er vanaf de presentatie van de voorstellen van de commissie-Dekker twijfels over de condities, waaronder zo'n basisverzekering tot stand moet komen. Als reactie op de uitwerking door staatssecretaris Dees pleit D66 voor een breed basispakket en stelt dat een premieverhouding 75–25 tot onoverko-

melijke compensatieproblemem zal leiden. De inkomenspositie van de alleenstaande moet daarbij in het bijzonder de aandacht krijgen. Verder wil D66 een sterkere regionalisatie. Vanaf de uitwerking door het kabinet-Lubbers III klinken er twijfels door of de stelselwijziging niet zal leiden tot een structuur en financiering van de gezondheidszorg, die per saldo slechter is dan de bestaande situatie. Het introduceren van marktwerking zal leiden tot kostenverhoging, waardoor de nominale premie ook steeds verder zal stijgen.

Omdat begin '92 blijkt dat politieke leiding ontbreekt en de verzekeraars daardoor de invoering van de stelselwijziging kunnen frustreren, trekt D66 zijn steun voor de plannen van staatssecretaris Simons in. Vanaf dat moment pleit D66 ervoor om te stoppen met overheveling naar de AWBZ en alle energie te gebruiken voor het verkleinen van de verschillen tussen ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering. Eigen risico moet verplicht worden gesteld. In nieuwe plannen moet meer aandacht zijn voor de uitwerking van regionale planning.

2.3.4.5 GroenLinks (inclusief PSP en PPR)

Algemene reactie : De PPR en PSP willen naar een volksverzekering zonder eigen bijdragen en met een geringe nominale premie. De PPR steunt de uitwerking van staatssecretaris Dees, ook al is het einddoel een ander dan dat van de staatssecretaris. Wel zijn er twijfels over de concurrentie, gezien de kartelvorming bij de verzekeraars en de aanbieders. GroenLinks zet deze lijn voort. In een later stadium zijn inkomensafhankelijke eigen bijdragen bespreekbaar.

Argumenten: De plannen van staatssecretaris Dees zijn een stap in de richting van een volksverzekering zonder eigen bijdragen. Een geringe nominale premie voor ziekenfondsverzekerden moet gelijk opgaan met het invoeren van een procentuele premie voor de particulier verzekerden. Lagere inkomensgroepen mogen daar geen negatieve inkomenseffecten van ondervinden. Vanaf de uitwerking door het kabinet-Lubbers III vraagt GroenLinks ook aandacht voor een wettelijke verankering van de regionale component en een sterkere positie met meer bevoegdheden voor de patiëntenorganisaties.

2.3.4.6 Kleine christelijke partijen (SGP, GPV en RPF)

Algemene reactie : De RPF is niet enthousiast over een basisverzekering, maar ziet het toch als onvermijdelijk voor die voorzieningen die een onverantwoord groot risico herbergen. Het verplichte deel moet echter zo beperkt mogelijk blijven en aanvullend zijn op de eigen verantwoordelijkheid van het individu. De RPF is bezorgd over de te sterke positie van de verzekeraars en de onderlinge concurrentie. Voor de ontwikkeling in de standpunten van SGP en GPV wordt hier verwezen naar tabel 3C in hoofdstuk 3.

Argumenten: Voor de RPF is uitgangspunt dat de mens primair zelf verantwoordelijk is voor zijn eigen gezondheid. Daarom moet een georganiseerde ziektekostenverzekering zo beperkt mogelijk zijn. Het verplichte deel kan worden teruggebracht tot minder dan 50%. Anticonceptiemiddelen, abortus en sterilisatie in de verzekering wijst de RPF stellig af. Het invullen van de solidariteitsgedachte door middel van een procentuele premie is van groot belang. Het belang van de patiënt zal bij het introduceren van concurrentie niet centraal staan. Onduidelijk is hoe grenzen gesteld kunnen worden aan de marktwerking.

2.3.5 Kabinet en bureaucratie (ministerraad)

De gesprekken met de deskundigen op 20 januari 1993 gaven de subcommissie aanleiding om van de departementen van WVC, EZ en AZ

een aantal ambtelijke en ministerraadsstukken inclusief de vijf- en zeshoekstukken op te vragen. Deze stukken zijn veelal in een zodanig laat stadium ontvangen dat de subcommissie bij het maken van haar analyse een selectie heeft gemaakt. De subcommissie besloot zich te concentreren op de gang van zaken in de ministerraad. Reden hiervoor is dat in deze stukken veelal de neerslag van het ambtelijke en politieke beraad te vinden. De subcommissie kreeg toestemming deze stukken te verwerken onder het voorbehoud dat zij niet tot openbaarmaking zou overgaan. In de achtergrondstudie «Spelers in het veld» is een meer uitgebreide beschrijving van de gang van zaken opgenomen. Hieronder volgt een korte beschrijving op een aantal hoofdmomenten.

2.3.5.1 Commissie-Dekker – Verandering Verzekerd – Wet Eerste Fase

Het Kabinet reageert in een drietal notities op de voorstellen van de Commissie-Dekker. De analyse en aanbevelingen van de commissie worden in algemene zin onderschreven. Eén basisverzekering (85% van de kosten) en een verhouding procentueel-nominaal van 75/25. De belangrijkste discussiepunten zijn:

* het karakter van de basisverzekering (sociale verzekering van rechtswege of een gereguleerde particuliere verzekering), met directe gevolgen voor de invoeringsroute (AWBZ of convergentiemodel);
* de acceptatie van koopkrachteffecten en de mogelijke maatregelen ter beperking daarvan (geleidelijkheid, compensatie).

Bij de discussie over het karakter van de basisverzekering steunt, zowel ambtelijk als politiek, het ministerie van Economische Zaken aanhoudend het model waarbij de ziekenfondsverzekering en de particuliere verzekering geleidelijk naar elkaar toegroeien. Met Verandering Verzekerd wordt een begin gemaakt met de voorstellen van de Commissie-Dekker door overheveling naar de AWBZ over de periode 1988–1990 van ca. 4¼ mld. waaronder huisartsenhulp. Tegelijkertijd wordt voor dat bedrag een nominale premie in de ZFW ingevoerd. Met de keuze voor overheveling naar de AWBZ wordt geopteerd voor een verzekering van rechtswege. Omdat geen uitspraken worden gedaan over verdere stappen in het invoeringstraject en op basis van betreffende MR-notities kan worden geconstateerd dat gekozen is voor de weg van geleidelijke invoering.

De voortgang in de uitvoering van Verandering Verzekerd wordt vertraagd door de Kabinetscrisis in mei 1989. In november 1989 treedt een nieuw Kabinet aan.

2.3.5.2 Werken aan Zorgvernieuwing – Tweede Kamerbehandeling Wet 2e Fase

Het nieuw aangetreden Kabinet kiest voor een grotere omvang van het basispakket en een kleinere nominale premie. Uit de notities die in de eerste maanden over dit onderwerp zijn uitgewisseld, lijkt dit nauwelijks een discussiepunt te zijn. Vooral op aandringen van Economische Zaken worden elementen geïntroduceerd die ontleend zijn aan de particuliere verzekeringsmarkt (administratieve korting bij collectieve contracten, clausulering acceptatieplicht). Ook wordt, mede in relatie met de omvang van de nominale premie, meer dan bij «Verandering Verzekerd» aandacht besteed aan de eigen verantwoordelijkheid van de burger, wat bij de tussenbalans (najaar 1990) leidt tot een aanpassing van het nominale premiedeel (van gemiddeld 15% naar 18%). Naarmate het Kamerdebat over het wetsvoorstel Tweede Fase nadert, wordt er meer en meer aandacht besteed aan de omvang van de basisverzekering. Beslissende rol daarin lijkt te hebben gespeeld een advies van de Raad van State waarin een inventarisatie wordt gemaakt van de verstrekkingen die op basis van verschillende internationale verdragen in het basispakket

zouden moeten worden opgenomen. De conclusie die het Kabinet uit dit advies trekt, is dat een basisverzekering met de voorgestelde verstrekkingen is aangewezen. Dit is vervolgens des te meer reden om diepgaande discussies te voeren over de introductie van eigen risico's e.d. Bij de kamerbehandeling van de wet Tweede Fase spelen eigen risico's een grote rol. Over de inkomenseffecten lijkt gedurende deze periode redelijke consensus; functionele omschrijvingen en normuitkeringen worden op aandrang van de Tweede Kamer bij de behandeling van de WAZ-nota tot ijkpunt gemaakt bij de verdere voortgang.

2.3.5.3 Wetsvoorstel Tweede Fase – Weloverwogen Verder

De tweede helft van 1991 staat de discussie in de Ministerraad en de voorbereiding daartoe in ambtelijk verband in het teken van de door de Tweede Kamer geëiste voorhangprocedures voor AMvB's, de mogelijkheid van invoering van functionele omschrijvingen voor de verschillende AWBZ-sectoren (incl. huisartsen) en de invoering van een specifiek eigen risico. Op basis van advisering van de ZFR wordt besloten voor de geestelijke gezondheidszorg geen functionele omschrijvingen in te voeren, wat later wordt uitgebreid tot alle traditionele AWBZ-voorzieningen. De overheveling van huisartsenhulp wordt uitgesteld tot 1992. Uit de stukken blijkt dat aanpassingen in de voortgang van de stelselwijziging niet zozeer worden gedaan op basis van discussies in de Ministerraad respectievelijk tussen departementen, als wel door de bewindslieden van WVC op basis van de bezwaren in Tweede en Eerste Kamer, de in het algemeen negatieve advisering door de ZFR en de sterke tegenstand van – vooral – verzekeraarsorganisaties.

Na aanvaarding van het wetsvoorstel Tweede Fase in de Eerste Kamer worden voorbereidingen getroffen tot het wetsvoorstel Derde Fase. Dit wetsvoorstel strekt ertoe om de eerder voorgenomen functionele omschrijvingen bij wet te regelen. De overheveling van huisartsenhulp wordt niet in de wet opgenomen; wel wordt de introductie van een specifiek eigen risico per verstrekking in dit wetsvoorstel geregeld. Met dit laatste wordt tegemoetgekomen aan een wens van de Tweede Kamer. Achtergrond is de vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers. Dit thema wordt centraal gesteld in een notitie van de staatssecretaris van juni 1992, die leidt tot de notitie «Modernisering Zorgsector: Weloverwogen Verder». Door tegelijkertijd de Kabinetsreacties aan te bieden op rapporten van de Commissie-Dunning over de omvang van de basisverzekering en van de Gezondheidsraad over gepast gebruik, wordt de discussie nu gedomineerd door kostenbeheersingsaspecten in de gezondheidszorg. Eigen bijdragen, scherpere afbakening van de verstrekkingen in het basispakket en de dagelijkse praktijk bij het verlenen van (vooral curatieve) zorg worden kernthema's.

2.3.5.4 Na «Weloverwogen Verder»

Na «Weloverwogen Verder» is er nauwelijks nog sprake van een gerichte discussie binnen MR of tussen departementen over de voortgang maar ligt het accent op het uitdiepen van eerdere voornemens, mede veroorzaakt door een diepgaand verschil van mening met verzekeraars. Dit leidt onder meer tot de instelling van de Commissie-Bruins Slot die adviseert over de relatie tussen de budgettering (stelsel van normuitkeringen) en aanbodregulering. Daarnaast wordt de Commissie «Modernisering Curatieve zorg» (Commissie-Biesheuvel) ingesteld die aanbevelingen moet doen over de te nemen stappen voor het cluster ziekenhuiszorg, specialistische hulp en huisartsenhulp. Een ambtelijke werkgroep (werkgroep-Witteveen) bestudeert de keuze voor de AWBZ als carrier, vanuit het oogpunt van de premiegrondslag, en inventariseert alternatieve heffingsmogelijkheden. In april 1993 stuurt de Staatssecre-

taris een concept-notitie aan de Ministerraad over eigen betalingen. Daarbij wordt ook ingegaan op de vraag of regelgeving door de overheid ten aanzien van eigen betalingen in de particuliere sector mogelijk is. Een ruime meerderheid van een breed samengestelde ambtelijke werkgroep meent dat EG-bepalingen zulks niet toestaan. Hiermee wordt dezelfde conclusie getrokken als door het vorige Kabinet, toen bij «Verandering Verzekerd» werd gekozen voor de AWBZ als carrier voor de basisverzekering.

De Commissie-Bruins Slot doet de aanbeveling tot een versnelde integratie voor de particuliere verzekering met de ziekenfondsverzekering. De conclusies van de ambtelijke werkgroep die ingaan op de mate waarin EG-regelgeving toestaat om door middel van ingrijpen in de particuliere markt het convergentiemodel te hanteren lijken weinig ruimte te laten voor het convergentiemodel. Ten aanzien van de verhouding procentueel-nominaal waarvoor de Commissie-Bruins Slot ingrijpende aanpassingen voorstelt, is, zo wordt in een MR-notitie aangegeven, vooral een vraag naar de mogelijkheden van inkomenspolitieke facilitering, maar ook wordt het belang van verdergaande nominalisering in de financiering van de zorgverzekering onderkend. Ten aanzien van de budgettering van verzekeraars geeft de notitie aan dat het door de Commissie-Bruins Slot geponeerde model -één onderscheidend verdelingskenmerk, al of niet met 65 jaar – met verzekeraars zal worden verkend. Voor de komende jaren worden alternatieve invoeringstrajecten verkend, dit geldt eveneens voor de in het rapport-Witteveen geïnventariseerde alternatieve heffingsgrondslagen. Uit de stukken blijkt dat wordt vastgehouden aan één basisverzekering, maar dat alternatieven die door de Commissie-Bruins Slot en door de werkgroep-Witteveen worden aangedragen, daarbij worden betrokken. De ingezette lijn voor een sober pakket en versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de burger wordt voortgezet.

2.4 «INFORMATIEVOORZIENING IN HET KADER VAN HET FOZ»

Samenvatting rapport van de Staf commissie voor de rijksuitgaven

2.4.1 Aanpak van de onderzoekers en werkwijze

Op 8 december 1993 heeft de subcommissie besloten twee medewerkers van de Staf van de commissie voor de rijksuitgaven te verzoeken onderdeel c van de onderzoeksopdracht uit te voeren. Het onderzoek werd uitgevoerd door Pim Lameris en Jan Pieter Lingen. Onderdeel c van de onderzoeksopdracht was «een onderzoek te doen instellen naar de vraag welke pogingen met welke resultaten sedert de invoering van het FOG/FOGM/FOZ zijn ondernomen om een eenduidige informatievoorzieningenstructuur en een eenduidig begrippenkader te ontwerpen, waardoor de cijfers die ten grondslag liggen aan het beleid slechts voor één uitleg vatbaar zijn.» De onderzoekers zijn er bij het uitwerken van deze onderzoeksopdracht vanuit gegaan dat naast het presenteren van feitelijke informatie over de realisatie van de afgelopen jaren het bieden van een macro-kader voor de kostenontwikkeling in de volksgezondheid één van de doeleinden van het FOZ is. In de praktijk blijkt echter dat de FOZ-ramingen onvoldoende aansluiting hebben met de realiteit om het FOZ de functie van macro-kader te kunnen laten vervullen.

Verschillende oorzaken zijn mogelijk. Bij dit onderzoek is vooronder-steld, dat de onvolkomenheid van de informatie, die het ministerie gebruikt bij en bewerkt ten behoeve van de opstelling van het FOZ, mede oorzaak is van bovenstaand probleem. Daarom is getracht antwoord te

krijgen op de vraag welke pogingen door het ministerie zijn ondernomen om tot een goede informatievoorzieningen-structuur te komen en welke knelpunten zich daarbij hebben voorgedaan. Een mogelijk knelpunt daarbij is het ontbreken van een éénduidig begrippenkader. Aandacht is dan ook besteed aan de vraag in hoeverre het ministerie getracht heeft de totstandkoming van zo'n éénduidig begrippenkader te bereiken. Bij het inventariseren van de pogingen van het ministerie om tot een verbetering van de informatievoorziening te komen is de vraag van belang of het ministerie een wenselijke organisatorische inbedding van de informatievoorziening (informatie-architectuur) voor ogen had. Bij de uitwerking van de onderzoeksopdracht is door de onderzoekers besloten de onderzoeksperiode te beperken tot de periode vanaf 1987, waarbij dan ook de start van het FOZ binnen de periode valt.

In het licht van bovenstaande onderzoeksopdracht is in het rapport ingegaan op de functies van het FOZ. Naast de in de probleemstelling genoemde functie van macro-kader (verder aangeduid als budgetfunctie) blijkt uit de historie dat het FOZ ook als instrument voor het monitoren van ontwikkelingen in de volksgezondheid wordt gezien (monitoringfunctie). Vervolgens is onderzocht welke informatiebehoefte samenhangt met de twee onderscheiden functies, aan de hand van het ramingsmodel voor het FOZ en mogelijke indicatoren voor het monitoren van ontwikkelingen. Daarna is per sector de kostenontwikkeling van de sector, de gang van zaken bij de budgettering en de informatievoorziening over ontwikkelingen in de sector onderzocht. Tenslotte is nagegaan hoe de organisatie van de informatievoorziening is en welke acties het ministerie van WVC heeft ondernomen om verbeteringen in de informatievoorziening te bewerkstelligen.

2.4.2 Onderzoeksbevindingen per sector

2.4.2.1 Ziekenhuizen

De macro-budgettering van het FOZ en de micro-budgettering via de richtlijnen en tarieven van het COTG verdragen elkaar slecht. Overschrijdingen van het macro-budget worden mede daardoor pas een of twee jaar later gecompenseerd. De spanning frustreert ook het flexibele element (produktie-afspraken) in de micro-budgetteringssystematiek. Het vaststellen van de nominale component van de gerealiseerde kosten leent zich voor discussie over de methodisch-technische uitgangspunten, en daarmee voor belangenbehartiging door participanten in rekengroepen. Door de nadruk op gebudgetteerde kosten is het beeld van de feitelijke kostenontwikkeling op de achtergrond geraakt, alsmede de relatie tussen budget en financiering enigszins verwaarloosd. Mede daardoor was er een situatie ontstaan waarin geen nauwkeurig en actueel beeld aanwezig was van de verschillen tussen gebudgetteerde en gefinancierde kosten, en daarmee van de toekomstige schadelast van verzekeraars.

2.4.2.2 Specialistische hulp

De budgettering uit hoofde van het FOZ blijkt weinig effect te hebben gesorteerd. De belangrijkste oorzaak daarvan lijkt te zijn dat de micro-«budgettering» (tarieven) niet is toegesneden op het bereiken van een macro-effect. Overheidsingrijpen in die systematiek (door gedwongen tariefsverlaging) blijkt weinig effectief, omdat de budgetteringssystematiek alleen de prijs en niet het produktievolume beheerst. Budgettering door zelfregulering binnen de sector, zoals in de jaren van het VPA is uitgeprobeerd, is evenmin effectief gebleken. Voor een op volumegroeiruimte geënte budgettering is een beter inzicht in de ontwikkeling van de componenten van de volumegroei noodzakelijk. Van

feitelijke kosten van specialistische hulp bestaat geen nauwkeurig beeld. Ook het aantal in Nederland werkzame specialisten is niet exact bekend. Ten behoeve van de gegevensverzameling wordt vrijwel nooit de wettelijke mogelijkheid ex art. 30 WTG gehanteerd.

2.4.2.3 Geestelijke gezondheidszorg

De budgettering in de sector van de geestelijke gezondheidszorg levert relatief weinig problemen op. Dit wordt veroorzaakt door het feit dat het voor het overgrote deel om kostenramingen voor gebudgetteerde instellingen gaat en de groei, die in de ramingen wordt verwerkt, zodanig is dat de sector daardoor niet in de problemen komt (met als uitzondering de RIAGG-en in bepaalde jaren). De functionele benadering wordt belemmerd doordat voor een aantal zorgvoorzieningen, die niet in dit hoofdstuk van het FOZ zijn opgenomen, onvoldoende gegevens voorhanden zijn. De relevante informatie is tot nu toe beperkt gebleven tot aantallen patiënten/cliënten en hun kenmerken. Gegevens, die bruikbaar zijn voor produktiviteitsmetingen, ontbreken in het FOZ. Exploitatiegegevens spelen in het kader van de budgettering geen rol.

2.4.2.4 Voorzieningen voor ouderen

In de sector verpleeghuizen blijkt de macro-budgettering in het FOZ tameiijk effectief. Geringe overschrijdingen van het macro-kader werden meestal meer dan gecompenseerd door onderschrijdingen als gevolg van met name bouwvertraging. In tegenstelling tot bijvoorbeeld de ziekenhuissector leiden produktie-afspraken in deze sector niet tot autonome groei. Een verklaring daarvoor is de geringe flexibiliteit van de belangrijkste variabele component in het budget: verpleegdagen. Het capaciteitstekort leidt tot een bezettingsgraad van tegen de 100%, en verschuiving naar produktie van andere diensten is vrijwel niet mogelijk.

De budgettering van bejaardenoorden door middel van begrotingsfinanciering blijkt heel effectief. Het begrotingsbeslag is nauwkeurig te ramen, en uit de confrontatie van raming en realisatie van de andere belangrijke financieringsbron, de eigen bijdragen, blijkt eveneens een vrij nauwkeurige inschatting gemaakt te kunnen worden. De begrotingsfinanciering is ook in die zin gemakkelijk stuurbaar dat allerlei maatregelen (efficiencykorting), maar desgewenst ook intensiveringen direct in de begrotingsbedragen tot uitdrukking worden gebracht. Deze vorm van budgettering maakt ook het moeizame onderscheid tussen volume- en nominale component overbodig.

Voor de monitorfunctie zijn gegevens over zorgzwaarte van groot belang. In het FOZ zijn daarover wel gegevens opgenomen, maar deze informatie zou beter hanteerbaar moeten worden gemaakt. Daarnaast zou informatie gewenst zijn over overige voorzieningen voor ouderen, zoals die welke op gemeentelijk niveau worden aangeboden, alsmede over verschuivingen in het gebruik van verschillende categorieën van voorzieningen.

2.4.2.5 Extramurale zorg

De effectiviteit van de budgettering in de sector extramurale zorg levert alleen problemen op bij de vrije beroepsbeoefenaren. In beperkte mate speelt hierbij gebrek aan informatie (eigen betalingen) een rol. Belangrijker als verklaring voor deze problemen lijkt echter het gebrek aan mogelijkheden om het volume te beheersen. Ook de beperkte ruimte voor autonome groei, die in de budgetten wordt verwerkt, moet hierbij in ogenschouw worden genomen. De afgelopen jaren is op een zinvolle

wijze uitbreiding gegeven aan de informatie over capaciteit en gebruik van de extramurale zorgvoorzieningen. Dit kan een goede basis leggen voor verdergaande informatie, die een verbinding kan leggen tussen capaciteit en kosten en die meer inzicht geeft in het waarom van het gebruik.

2.4.2.6 Farmaceutische hulp

De budgettering van farmaceutische hulp is in de afgelopen periode uitermate problematisch gebleken, los van het feit dat in de jaren tot 1989 er geen sprake was van een explosieve groei. Hierbij speelde gebrek aan betrouwbare informatie (met name eigen betalingen) een rol, maar meer nog het gebrek aan mogelijkheden voor de overheid om direct in te grijpen in volume- en prijsontwikkelingen. Door de overheveling van de farmaceutische hulp naar de AWBZ met als gevolg het verdwijnen van de eigen betalingen en door het starten van specifieke informatieprojecten is de informatievoorziening recent verbeterd.

Vanuit de monitoring-functie is vooral informatie over het gebruik van geneesmiddelen van belang. Eind jaren '80 waren er slechts incidenteel onderzoeken beschikbaar hierover. Begin jaren '90 zijn projecten gestart, die op een meer systematische manier informatie over gebruik van medicijnen moeten opleveren.

2.4.3 Beoordeling door de onderzoekers van de door het ministerie in gang gezette veranderingen

2.4.3.1 Budgetfunctie

a. Essentiële problemen (weinig zicht op eigen betalingen, gebrekkige aansluiting tussen kosten en financiering) waren al sinds jaar en dag bekend. Het ministerie van WVC is weinig voortvarend geweest in het streven naar verbeteringen. Men lijkt op het ministerie zeer terughoudend in de omgang met het veld vanuit de redenering dat teveel aandrang op verbeteringen in de informatievoorziening leidt tot een minder coöperatieve opstelling van het veld.

b. Gezien het al lang bekend zijn van de problemen, die nu bij voorrang in de TIFOZ (Taskforce Informatievoorziening FOZ) zijn aangepakt, kwam het initiatief tot de TIFOZ te laat. Al eerder was een extra inspanning om te komen tot verbeteringen in de informatievoorziening mogelijk en noodzakelijk geweest.

c. De manier, waarop de verbeteringen in de informatiebehoefte nu worden aangepakt, gaat voorbij aan de problemen, die ontstaan door het gebrek aan instrumenten om de kostenontwikkeling binnen de budgettaire grenzen te houden.

d. Er zijn in de TIFOZ geen activiteiten ondergebracht die anticiperen op de informatiebehoefte, die ontstaat als wordt overgegaan op een systeem van verzekeraarsbudgettering. Op het ministerie is men wel bezig met de ontwikkeling van een verdeelmodel voor de normuitkeringen. De uitvoering van de verzekeraarsbudgettering is echter in handen van de Ziekenfondsraad, die de gegevens die hiervoor nodig zijn, verzamelt bij de zorgverzekeraars. Het lijkt echter voor de hand te liggen dat het ministerie zich beraadt op de eigen informatiebehoeften met betrekking tot de uitvoering van de verzekeraarsbudgettering.

2.4.3.2 Monitoring-functie

a. De organisatiewijzigingen hebben een positieve bijdrage geleverd aan de structuur van het FOZ en aan de samenhang in de informatie. De mogelijkheden om sectoren te monitoren zijn daardoor vergroot.

b. Pas vanaf het uitbrengen van de nota «Informatiebeleid in een veranderend stelsel van zorg» en de adviesaanvragen naar aanleiding daarvan lijkt er structuur te zitten in de ideeën over de informatiebehoefte ten behoeve van de monitoring-functie.

c. Gezien de ontwikkelingen, die ten aanzien van het stelsel in gang zijn gezet, is de nu beschikbare informatie om de ontwikkelingen te monitoren onvoldoende. De ontwikkeling van het bedrijfstakmodel is vanuit het oogpunt van de monitoring-functie een interessante ontwikkeling, die echter zeer ambitieus is en jaren zal vergen.

2.4.4 Conclusies van de onderzoekers

Het onderzoek leidt tot de volgende analyse van de oorzaken van de stelselmatige overschrijdingen van de taakstellende ramingen van het FOZ.

2.4.4.1 Groeiruimte

Voor de taakstellende ramingen is het van groot belang welk groeipercentage wordt gehanteerd. Regeringspartijen stellen de groeiruimte voor de kabinetsperiode vast in het regeerakkoord op basis van het SCP-memorandum voor de kabinetsformateur. De door het SCP noodzakelijk geachte groeiruimte wordt in hoofdzaak bepaald op basis van demografische ontwikkelingen. Deze analyse is in feite onvoldoende, omdat geen rekening kan worden gehouden met andere aan de zorgvraag ten grondslag liggende factoren en met de produktiviteitsontwikkeling in de zorgsector. Kennis van andere vraagfactoren zou een betere inschatting kunnen geven van de ontwikkelingen in de verschillende deelsectoren, terwijl zicht op de produktiviteitsontwikkeling ook zicht geeft op de binnen een vastgestelde groeiruimte bestaande mogelijkheden voor het behalen van efficiencywinst. Het schort derhalve aan een goede onderbouwing, die leidt tot een realistische groeiruimte. Per saldo lijkt de voor de afgelopen jaren vastgestelde groeiruimte te krap te zijn geweest. Deze conclusie is echter niet hard te onderbouwen, gelet op het hierboven geconstateerde gebrek aan kennis over de aan de groei ten grondslag liggende factoren en over de mogelijk te behalen efficiencywinst. Als door het kabinet een te krappe groei wordt gehanteerd en bovendien ook niet altijd duidelijk is hoe het ministerie van WVC de groeiruimte vertaalt naar de verschillende sectoren, wordt het voor de partijen in het veld van groot belang op welke basis het groeipercentage wordt toegepast. De ramingssystematiek werkt immers zo, dat de realisatie van het afgelopen jaar de basis is van de raming voor het komende jaar en dat de overschrijdingen van het afgelopen jaar in mindering worden gebracht op de ruimte voor het komende jaar. Partijen zullen dus, bijvoorbeeld in de rekengroepen, proberen zodanige informatie aan te leveren, dat de realisatie van het afgelopen jaar een voor hen gunstige uitgangspositie vormt. Dat er discussie ontstaat over welke bedragen de juiste zijn, is onvermijdelijk, omdat bij gegeven besturingsmechanismen in de zorgsector het nooit zo kan zijn dat volstrekt éénduidige informatie op tafel komt, waar geen andersluidende informatie tegenover kan worden gesteld.

2.4.4.2 Informatieproblemen

Op een drietal punten is men in het verleden op specifieke problemen gestuit ten aanzien van de informatievoorziening, namelijk:
1° de eigen betalingen;
2° het uit elkaar groeien van kosten en financiering;
3° het ontbreken van eenduidige definities.

ad 1° Ten aanzien van de eigen betalingen kan de vraag gesteld worden wat de zin is van de budgettering op dit punt. Redenerend vanuit de gedachte dat de budgettering primair bedoeld is om via kostenbeheersing tot een acceptabele premie-ontwikkeling als onderdeel van de collectieve lastenontwikkeling te komen, is de vraag gerechtvaardigd of de eigen betalingen niet buiten de budgetsystematiek gehouden zouden kunnen worden. De regels voor budgetdiscipline stellen ten aanzien van de afbakening dat «de kostenbeheersing in beginsel betrekking heeft op de kosten van de zorg die worden gefinancierd uit collectieve middelen. Omdat het beleid in de zorgsector op dit moment is toegesneden op de aanbodkant van de zorg, is deze principiële benadering op korte termijn niet toepasbaar.» De nadruk ligt hier dus ook bij de collectieve wijze van financieren. Misschien dat bij de huidige aanbodbudgettering er nog voldoende argumenten zijn om de de kosten als uitgangspunt te nemen voor budgettering en eigen betalingen op dezelfde wijze te budgetteren als de gedeclareerde kosten, maar in een situatie van verzekeraars-budgettering zijn er zeker argumenten om de collectieve financiering te budgetteren en de eigen risico's als bovenwettelijk traject (analoog aan de sociale zekerheid) buiten de budgettering te houden.

ad 2° Het uit elkaar lopen van kosten en financiering veroorzaakt onverwachte premieschommelingen, bij de huidige wijze van informatie-verzameling veroorzaakt het een beperking van het zicht op de kosten-ontwikkeling en in de huidige budgetteringssystematiek leidt het tot budgetproblemen. Het is echter een verschuiving van kosten tussen de jaren, die per saldo geen extra kosten met zich mee brengt. Vanuit de optiek van kostenbeheersing is het dus een relatief probleem.

ad 3° Aan het ontbreken van eenduidige definities liggen twee oorzaken ten grondslag, namelijk verwarring over de gehanteerde begrippen en het niet op elkaar aansluiten van gegevens uit verschillende informatie-bronnen. Het gebrek aan aansluiting geeft in het kader van de budget-tering de meeste problemen, omdat hierdoor onzekerheid ontstaat over realisatiecijfers en dus over de basis van de ramingen. Alleen een andere organisatie van de informatievoorziening kan hierin verbetering brengen. Het opheffen van de verwarring over het begrippenkader kan wel gezien worden als eerste stap om de aansluitingsproblemen op te heffen, omdat eenduidige begrippen een basisvoorwaarde zijn om tot standaardisatie te komen.

2.4.4.3 Beheersingsinstrumentarium

Naast de onderbouwing van de ramingen is een ander probleem dat de overheid geen instrumenten in handen heeft om de kostenontwikkeling in zodanige banen te leiden, dat deze binnen het macro-budget blijft. Ten aanzien van het volume kan de overheid wel de capaciteit van een aantal voorzieningen reguleren, maar niet de wijze waarop die capaciteit wordt gebruikt. Ten aanzien van de nominale component had de overheid in het verleden de WAGGS om de loonontwikkeling te sturen, maar dit instrument verdwijnt. De daarvoor in de plaats gekomen aanpak (meerja-rige afspraken met de sectoren) heeft weliswaar als sluitstuk de mogelijkheid van een aanwijzing aan het COTG, maar de effectiviteit

daarvan kan worden betwijfeld, zeker op de wat langere termijn. Voor de toekomst is voorzien dat de loonontwikkeling deel gaat uitmaken van de budgetten van de instellingen. Daarmee worden de beïnvloedingsmogelijkheden voor de overheid indirecter. De prijsontwikkeling kan de overheid in directe zin in het geheel niet beïnvloeden, zij het dat door op basis van de WTG in te grijpen in de tarieven de effecten van de prijsontwikkeling tijdelijk kunnen worden tegengegaan. Verder kan de overheid op indirecte wijze proberen de prijsontwikkeling te beïnvloeden door marktwerking te bevorderen. Het gecombineerde effect van een te krappe groeiruimte en gebrek aan instrumenten is, dat overschrijdingen veelvuldig voorkomen. Deze overschrijdingen worden weer gekort op de ruimte voor de komende jaren, waardoor die ruimte nog krapper wordt en het probleem alleen maar versterkt wordt.

2.4.4.4 Informatievoorziening en budgettering

Bovenstaande analyse leidt tot de conclusie dat bij de huidige wijze van budgetteren niet de informatievoorziening primair het probleem is bij het opstellen van het FOZ, maar de onderbouwing van de te hanteren groeiruimte (en in die zin is er dus wel weer een informatieprobleem) en het gebrek aan instrumenten, die gehanteerd kunnen worden om de kostenontwikkeling binnen de taakstelling te houden. De activiteiten, die nu door het ministerie worden ontplooid in de TIFOZ, kunnen in het licht van het bovenstaande dan ook gerelativeerd worden.

Een andere wijze van budgetteren, zoals in de meeste varianten voor stelselwijziging is opgenomen, zal de huidige problemen voor een deel kunnen oplossen. Het is overigens niet precies te overzien wat budgettering van de verzekeraars aan nieuwe informatieproblemen zal opleveren. Ook bij een andere wijze van budgetteren zal het bepalen van de normatieve groeiruimte van groot belang zijn. De huidige informatie over de ontwikkeling van vraag- en aanbodkant van de zorgsector is hiervoor onvoldoende. Activiteiten, die daarvoor een verdere onderbouwing kunnen leveren, zouden met prioriteit aangepakt moeten worden. De ontwikkeling van indicatoren, zoals voorgesteld door de Ziekenfondsraad, en de ontwikkeling van het bedrijfstakmodel, zoals door het ministerie met RIVM, SCP en CPB wordt besproken, kunnen daar een bijdrage aan leveren.

HOOFDSTUK 3 KRACHTENVELD EN OMSLAGMOMENTEN

3.1 Inleiding

Bij het doornemen van het vele materiaal, dat de subcommissie is aangereikt door de Dienst Documentatie en via oriënterende gesprekken met deskundigen, bleek een ordening op hoofdlijnen noodzakelijk. De subcommissie heeft, mede gelet op haar opdracht, gekozen voor een ordening in de tijd vanaf 1987, het jaar van de verschijning van het rapport van de commissie Dekker. Aangetekend wordt wel dat ook tussen 1974, het jaar van de Structuurnota Hendriks en 1986, het jaar van de invoering van de WTZ, belangrijke discussies hebben plaats gevonden over de stelselwijziging. Het rapport «Bereidheid tot verandering» en de voorstellen van de Kabinetten Lubbers II en III vormen echter het actuele beleidskader, dat door de subcommissie is onderzocht.

3.2 Tijdbalken

De positie van de diverse actoren in het krachtenveld is op grond van interne en externe documenten globaal in kaart gebracht via tijdbalken (tabellen 3A, 3B en 3C). Onderscheid is gemaakt tussen overheid (Kabinet, Tweede en Eerste Kamer), adviesorganen (Ziekenfondsraad en SER), bedrijfsleven (werkgevers en werknemers), zorgverleners, zorgverzekeraars en patiëntenorganisaties. De stellingnames van de lagere overheden zijn niet in de tijdbalken opgenomen, hoewel de opvattingen van VNG, IPO en grote steden over planning en financiering wel een, echter geen doorslaggevende rol hebben gespeeld. De tabellen zijn bedoeld als oriëntatie op de omslagpunten, die door de subcommissie zijn waargenomen na bestudering van het verzamelde materiaal. Op voorhand staat vast, dat daarbij vereenvoudiging en dus enige vertekening kan optreden. De talloze discussies en debatten binnen en buiten het politieke bedrijf, en de vele beschouwingen en uitspraken in de media betreffen veelal de hoofdlijnen van de voorstellen tot stelselwijziging, maar gaan vaak ook over details en nuanceringen. Niettemin meent de subcommissie, dat de posities en positiewijzigingen van de actoren overzichtelijk zijn samengevat in de tabellen 3A, 3B en 3C.

Tabel 3A : Overzicht posities van actoren 1986–1988

Tijdsbalk	1986	1987	1988/1	1988/2
Kabinet	CDA-VVD	CDA-VVD	>	>
Voorstel	[WTZ]	Dekker	Dees	[Fase 1]
Kenmerken	Opheffing	Gemengd	(Breed)	Start
Basis/Aanvulling	Vrijw.	85 : 15	85 : 15	AWBZ
Proc/Nominaal	Verzek.	75 : 25	(80 : 20)	Carrier
Eigen Risico		(ja)	(ja)	
CDA	voor	ja	ja	voor
PvdA	tegen	neen	neen	tegen
VVD	voor	ja mits	ja mits	voor
D66	tegen	ja	ja	voor
PPR/GL	tegen	ja mits	ja mits	voor
GPV	voor	ja	ja	voor
SGP	voor	ja	ja mits	voor
RPF	voor	ja	ja mits	voor
Eerste Kamer	voor	–	–	voor
VNO/NCW/RCO	(voor)	neen	neen	tegen
FNV		kritisch	kritisch	(tegen)
CNV		kritisch	kritisch	
MHP		neen	neen	tegen
Ziekenfondsraad	positief	gemengd	gemengd	verdeeld
KLOZ	voor	kritisch	nee tenzij	
VNZ	tegen	ja mits	ja mits	
KPZ		ja mits	kritisch	
KNMG/LHV/LSV		ja mits	ja mits	
NZR/NZF		kritisch	kritisch	
KNMP/NMT		twijfels	twijfels	
NPCP		ja	(ja)	
COSBO	kritisch	(ja)	ja mits	ja mits
LVT				
SER		verdeeld	verdeeld	verdeeld
Samenhang met >		Oort		

Tabel 3B : Overzicht posities van actoren 1989–1993

1989/90	1991	1992	1993	Tijdsbalk
CDA-PvdA	>	>	>	Kabinet
Simons I	[Fase 2]	Simons II	[Fase 3]	Voorstel
Breed	Breed	(Breed)		Kenmerken
96 : 04	95 : 05	(95 : 05)		Basis/Aanvulling
85 : 15	82 : 18	82 : 18		Proc/Nominaal
Neen	Neen	(Ja)		Eigen Risico
ja mits	voor	ja anders	kritisch	CDA
ja	voor	ja	ja	PvdA
neen	tegen	neen	neen	VVD
ja	voor	kritisch	kritisch	D66
ja	voor	ja	ja	PPR/GL
ja mits	voor	ja mits	kritisch	GPV
(neen)	voor	ja mits	kritisch	SGP
(neen)	voor	ja mits	kritisch	RPF
–	voor			Eerste Kamer
neen	tegen	neen	tegen	VNO/NCW/RCO
kritisch	twijfels	twijfels	kritisch	FNV
kritisch	(voor)	voor		CNV
neen	tegen	neen	tegen	MHP
verdeeld	verdeeld	omslag	kritisch	Ziekenfond sraad
dubieus	tegen	tegen	tegen	KLOZ
voor	kritisch	tegen	tegen	VNZ
twijfels	(voor)	voor		KPZ
positief	kritisch	kritisch	kritisch	KNMG/LSV/LHV
kritisch		kritisch	kritisch	NZR/NZF
twijfels	ja mits	(voor)		KNMP/NMT
ja mits	ja mits	twijfels	ja mits	NPCP
voor	voor	voor	voor	COSBO
voor	voor	voor	ja mits	LVT
verdeeld	verdeeld	verdeeld		SER
Tu-Ba	Dunning	Br/Slot	B/heuvel	< Samenhang met

3.2.1 Toelichting op tabellen 3A + 3B

De tabellen 3A + 3B geven een korte aanduiding van de sinds 1987 uitgebrachte voorstellen, te beginnen bij «Bereidheid tot Verandering», het rapport van de Commissie Dekker. De instelling van die commissie was een direct gevolg van het regeeraccoord van CDA en VVD (1986). De daarop aansluitende kabinetsvoorstellen zijn gekarakteriseerd met de verhouding tussen basis- en aanvullende verzekering en tussen inkomensafhankelijke en nominale premies. Ook aan- of afwezigheid van eigen risico's is vermeld. De wetsvoorstellen stelselwijziging ziektekostenverzekering zijn aangegeven met de woorden Fase 1, 2 en 3. Daarbij is het stemgedrag van de Tweede Kamerfracties vermeld. Ook zijn de posities van de actoren waar mogelijk aangegeven. De gebruikte termen (ja, via ja mits, ja anders, twijfels, kritisch, nee tenzij tot nee) spreken voor zichzelf, ondanks de soms noodzakelijke vereenvoudiging, die nuancering bemoeilijkt. In de tabellen is voorts de wisselwerking met rapporten van onafhankelijke, door het Kabinet ingestelde, adviescommissies aangeduid.

Tabel 3C

Impuls	Dekker		Dees	Fase I		RA89	Simons 1		Fase II		Simons 2		Fase III	
Notas	Bereidheid		Verandering Verzekerd				Werken aan zorgvernieuwing				Weloverwogen Verder			
TK / EK				++++	++++				++++	++oo			(vv)	(ev)
CDA	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+++o	++oo	++oo	++oo	+++o	oooo	oooo
PvdA	----	----	----	----	----	++++	++++	++++	++++	++++	+++-	+++o	++++	++++
VVD	++++	++++	(++)	(++)	(++)	----	----	----	----	----	----	----	----	----
D66	++++	++++	(++)	(++)	++++	oooo	++++	+++o	++oo	+---	++--	++--	oooo	oooo
GL	++oo	++++	++oo	++++	----	----	++++	++++	++++	++++	+++o	+++o	++++	++++
SGP	+++o	++oo	+++o	++++	++++	oooo	+++o	+++o	++oo	++oo	++oo	++oo	++--	++--
GPV	++++	++++	+++-	++++	++++	oooo	+++o	+++o	++oo	++oo	+++-	+++-	++oo	+ooo
RPF	+++o	+++o	++oo	++++	++++	oooo	++oo	++oo	++++	++++	+++o	+++o	o---	
Jaartal	87-1	87-2	88-1	88-2	89-1	89-2	90-1	90-2	91-1	91-2	92-1	92-2	93-1	93-2
VNO/NCW	(--)	----	----	----	----		----	----	----	----	----	----	----	----
FNV	(--)	(--)	(--)	(--)	(--)		++++	++++	(++)	(++)	+ooo	++oo	(++)	(++)
CNV	oooo	oooo	(--)	(--)	(--)		(++)	(++)	(++)	(++)	++oo	+++o	(++)	(++)
KLOZ	(--)	(--)	oooo	oooo	oooo		----	----	----	----	----	----	----	----
VNZ	(++)	(++)	oooo	oooo	oooo		(++)	(++)	(++)	(++)	(--)	(--)	----	----
Kabinet			SW Fase I			SW Fase II oud		SW Fase II nieuw			Fase III		Brieven 1993	
Kamer		Motie Lansink		Horizonbepaling			Ijkpunten MO 11/90				Debat juni 1992			
Invloed									TU-BA		Premieontwikkeling 1992			
Adviezen		Commissie Oort > Problematiek Eerste schijf									Dunning		Bruins Slot	
Invloed										Rinnooy Kan		Memorandum VNZ-KLOZ		

Tabel 3C

3.2.2 Toelichting op tabel 3C

Het materiaal overziende is een tweede tijdbalk wenselijk. Daarin zijn de standpunten van de belangrijkste politieke en maatschappelijke actoren bezien naast kabinetsvoorstellen, en positieve of negatieve impulsen. Ordening vindt weer plaats langs een tijdas van de eerste helft van 1987 (1987–1) t/m de tweede helft van 1993 (1993–2). De betekenis van de symbolen is vermeld in tabel 3D. Verticale balkjes markeren omslagpunten: bepaalde debatten in Tweede en Eerste Kamer, impulsen van binnenuit (Tussenbalans) en buitenaf (premie-ontwikkeling particuliere markt 1992), rapporten van de Commissies Oort, Dunning en Bruins Slot; en het befaamde debat tussen Staatssecretaris Simons en VNO-Voorzitter Rinnooy Kan.

Tabel 3D Verklaring van gebruikte tekens in Tabel 3C

Teken(s)	Betekenis	Kanttekeningen
SW Fase(n)	Wetsvoorstellen 1e/2e/3e Fase	
RA '89	Regeeraccoord 1989	
TK/EK	Tweede/Eerste Kamer	Alleen wetgeving
VV/EV	Voorlopig/Eindverslag	3e Fase
++++	Instemming	
++oo	Instemming met kritiek	
++– –	Instemming onder voorwaarden	
– – – –	Afwijzing	
oooo	Evenwicht voors en tegens	
(++)	Overwegend positief	
(–)	Overwegend negatief	
??	Stellingname onbekend	
TU-BA	Tussenbalans 1991	

3.3 Markerings- en omslagpunten

De subcommissie wijst op de navolgende markerings- en omslagpunten, die van belang zijn voor de beoordeling van het besluitvormingsproces.

3.3.1 Commissie Dekker: Bereidheid tot verandering

Uit de bestudeerde documenten, via de oriënterende gesprekken en uit de gepresenteerde tijdbalken zijn omslagpunten af te leiden, die het vallen en opstaan of anders gezegd het hollen en stilstaan van het besluitvormingsproces markeren. Afgezien van de voorgeschiedenis tussen 1974 en 1986 kan het rapport van de Commissie Dekker als een eerste markeringspunt worden gezien. Het Kabinet Lubbers II heeft vervolgens veel tijd nodig om tot de nota «Verandering Verzekerd» met de achteraf te stellige titel te komen. De Tweede Kamer moet er via de motie Lansink c.s. (1987) aan te pas komen om opnieuw vaart in de zaak te krijgen. De stelselwijziging kwam op gang met het wetsvoorstel eerste fase, nadat eenmaal voor het «waterpasmodel» en bijgevolg de AWBZ als carrier was gekozen. Uit de stukken voor de ministerraad valt op te maken, dat in 1987 nog geruime tijd gedacht is aan behoud van de scheiding tussen particuliere markt en ziekenfondsen: een convergentiemodel «avant la lettre».

3.3.2 Wetsvoorstel eerste fase: Horizonbepaling

Na de betrekkelijk positieve reacties op Dekker wordt al in 1988 kritiek zichtbaar op de lijn van het Kabinet. In de Tweede Kamer reageert de PvdA afwijzend, in lijn met de kritiek op Dekker. Maar ook de VVD twijfelt. Van echte omslagpunten is overigens nog geen sprake. Wel geeft de

Kamer via een amendement van CDA en VVD zichzelf de ruimte om later de dragerfunctie van de AWBZ te kunnen beoordelen. De VVD verkeerde intussen op gespannen voet met de eigen bewindsman Dees.

3.3.3 Simons: Werken aan zorgvernieuwing

Een tweede omslagpunt wordt zichtbaar op de grens van 1989 en 1990. Weliswaar laat het Regeeraccoord van CDA en PvdA ruimte voor een voortzetting van de Dekker-Dees-lijn. Maar na publikatie van het beleidsdocument van de nieuwe bewindsman Simons (Werken aan Zorgvernieuwing) veranderen PvdA en VVD van tegen- respectievelijk voorstanders van stelselwijziging in voor- respectievelijk tegenstanders. De achtergrond is inhoudelijk – omvang van de basisverzekering – maar ook politiek bepaald. Ook in de «buitenwereld» is in meer of mindere mate een omslag zichtbaar, ondanks het feit, dat het Kabinet Lubbers III meent de Dekker-Dees-lijn via de kernbegrippen substitutie en marktwerking door te zetten.

3.3.4. Binding aan randvoorwaarden: ijkpunten

De eerste confrontatie vindt plaats in het najaar van 1990, wanneer de Kamer de nota «Werken aan zorgvernieuwing» van mei 1990 – via de Volkskrant het Plan Simons geheten – en de voortgang van de wetgeving via het wetsvoorstel tweede fase bespreekt. De formulering van de ijkpunten kan niet als omslag- wel als markeringspunt worden gezien. IJkpunten waren het tijdig gereed zijn van een stelsel van normuitkeringen, de functionele omschrijvingen en de omvang van het basispakket.

3.3.5 Wetsvoorstel tweede fase: amendement voorhang AMvB's

De behandeling van het wetsvoorstel tweede fase met de overheveling van de huisartsenhulp en de geneesmiddelen naar de AWBZ levert een politiek omslagpunt door aanvaarding van enkele wijzigingsvoorstellen. Vooral het amendement dat de voortgang aan eventuele wettelijke goedkeuring onderwerpt via een z.g. voorhangprocedure markeert de wens van de Kamer om de stelselwijziging kritisch te volgen, en zo nodig bij te stellen of te blokkeren, wanneer aan eerdere randvoorwaarden niet tijdig zou worden voldaan. De kritiek «buitenshuis» nam intussen gestaag toe. De werkgeversorganisaties hadden overigens al langer forse kritiek. Zij lieten dat ook merken. Tijdens de hoorzitting met de Tweede Kamer kon het VNO echter niet alle kritiek staande houden. Particuliere ziektekostenverzekeraars hadden zich sinds 1990 stevig zij het dubbelzinnig geweerd. Daarentegen zagen FNV en CNV en ook de toen nog volledig zelfstandige VNZ meer voor- dan nadelen aan het plan Simons. Tijdens de hoorzittingen over het wetsvoorstel viel trouwens met de VNZ over invoering van eigen risico's te praten. De LHV nam ook steeds meer afstand via de bezwaren tegen de functionele omschrijvingen en de voorziene tweedeling met de specialistische zorg.

3.3.6 Debat Simons-Rinnooy Kan

Een belangrijk omslagpunt ligt in de confrontatie tussen Staatssecretaris Simons en Rinnooy Kan, niet zozeer omdat het VNO een andere koers ging varen, wel omdat de nieuwe voorzitter van het VNO de eerdere kritiek publiekelijk ging verwoorden. De bewindsman verloor als uitdager het openbare debat op punten en «performance» ondanks het feit, dat de beschikbare schriftelijke informatie van het departement de cijfers van het VNO voor een belangrijk deel ontkrachtte. Gevolg: een verzwakking van

de politieke positie, die door het debat in de Tweede Kamer al enigszins was aangetast.

3.3.7 Overleg Simons-VNZ-KLOZ – september 1991

Vermeldenswaard is de kennelijk door de bewindsman gevoelde noodzaak om consensus te houden of te bereiken met VNZ en KLOZ. Het overleg met de verzekeraars leidt tot enige verzachting van de afspraken inzake de budgettering: een ritueel, dat een herhaling en zelfs formele bekrachtiging vindt in november 1992 met de gezamenlijke opstelling en presentatie van het befaamde «Memorandum» (3.3.12).

3.3.8 Rapport Commissie Dunning

Onafhankelijke, meestal door het Kabinet ingestelde adviescommissies gooien ook stenen in de toch al niet rimpelloze vijver van de stelselwijziging. Dat geldt ook voor de commissie «Keuzen in de zorg». Het rapport «Kiezen en delen» met de «trechter van Dunning» vindt overigens in de Tweede Kamer een warmer onthaal dan (aanvankelijk) bij Staatssecretaris Simons. De voorstanders van enigerlei pakketbeperking zien in het advies aanknopingspunten voor een beperking van de omvang van de basisverzekering.

3.3.9 Wetsvoorstel tweede fase in Eerste Kamer

Een volgend markerings- of omslagpunt wordt zichtbaar tijdens en na de behandeling van het wetsvoorstel tweede fase in de Eerste Kamer. Weliswaar stemt de «overzijde» uiteindelijk in meerderheid voor het wetsvoorstel. Maar het forse verzet van met name de CDA-fractie en de onverwachte tegenstemmers uit de D66-fractie leveren een nieuw negatief signaal voor de stelselwijziging conform het plan Simons. Bovendien moet de aanvankelijk voorziene overheveling van de huisartsenhulp naar de AWBZ worden uitgesteld, klaarblijkelijk om praktische redenen. Voorts neemt de Tweede Kamer in december 1991 een motie aan, waarin het Kabinet wordt verzocht de op grond van het wetsvoorstel tweede fase voorziene AMvB's in een wetsvoorstel aan de Kamer voor te leggen: het latere wetsvoorstel derde fase.

3.3.10 Premieontwikkeling – januari-februari 1992

De aankondiging van het KLOZ in de eerste weken van januari 1992, dat in tegenstelling tot de verwachting de premies voor de particuliere ziektekostenverzekeringen moesten worden verhoogd, roept scherpe reacties op. Een verlaging lag immers in de rede, omdat de geneesmiddelen per 1 januari 1992 overgeheveld werden naar de AWBZ. Staatssecretaris Simons en ook de Tweede Kamer reageren onthutst. Weliswaar is de vermindering van het netto besteedbaar inkomen mede een gevolg van andere overheidsmaatregelen, maar de forse tegenvaller kan niet ontkend worden. Het klimaat voor verdere stappen op het toch al moeizame traject van de stelselwijziging verslechtert ondanks de aan deze affaire gewijde onderzoeken en debatten. Vermeldenswaard is voorts de inschakeling van het Bureau voor Economische Analyse (BEA) door KLOZ en VNZ. Vanaf begin 1992 wordt de steeds sterkere samenwerking van KLOZ en VNZ zichtbaar, met o.m. als gemeenschappelijk doel het verzet tegen de verdere budgettering van de verzekeraars. Opmerkelijk is daarbij de omslag in de opstelling van de VNZ.

3.3.11 Weloverwogen Verder – juni 1992

Ook het Kabinet komt geleidelijk tot het inzicht, dat bezinning op de

voortgang van de stelselwijziging c.q. het plan Simons noodzakelijk is. In de nota «Weloverwogen Verder» wordt gekozen voor een twee-sporen-aanpak: enerzijds ruimte voor de al genomen maatregelen om uit te kristalliseren, anderzijds nader beraad over een bijstelling van de plannen via versterking van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers, met een norm van 15% eigen bijdragen, en de introductie en vergroting van risico-elementen. Het wetsvoorstel 3e fase werd wel naar de Kamer gezonden, echter ontdaan van de kraamzorg. Het debat over de nota leidde tot een aanvaring tussen Staatssecretaris Simons, die leek te dreigen met aftreden, en de CDA Tweede Kamerfractie, die de «ja tenzij»-lijn van het kabinet wilde veranderen in een «ja maar anders»-benadering. Het CDA had niet voor niets in het voorjaar van 1992 een eigen notitie uitgebracht, met voorstellen tot bijstellen, o.m. door een onderscheid tussen de «care-sector» en de curatieve zorg. PvdA en Groen Links bleven de bewindsman steunen. De VVD bleef uiterst negatief.

3.3.12 Memorandum Kabinet KLOZ-VNZ – november 1992

In het najaar van 1992 komt opnieuw overleg tot stand tussen het Kabinet, VNZ en KLOZ over de knelpunten in het moderniseringsproces Resultaat: een memorandum, waarin de gezamenlijke verantwoordelijkheid voor de kostenbeheersing wordt vastgelegd, en afspraken worden gemaakt inzake overleg over budgettering en beheersingsinstrument. Het document is vooral procedureel van aard, tegelijk een handenbinder, omdat geen inhoudelijke overeenstemming werd bereikt. Eigenlijk was sprake van een reeks goede bedoelingen (stabilisatie omslagtekort, beheerste vaststelling nominale premies) zonder waarborgen voor effectuering. De toetsingscommissie voor de analyse van de knelpunten – een van de afspraken – zou de latere Commissie Bruins Slot worden.

3.3.13 Advies Commissie Bruins Slot – mei 1993

De commissie Bruins Slot komt inderdaad met een analyse van de knelpunten, maar tegelijkertijd met een geheel eigen oplossing voor de langzamerhand vastgelopen stelselwijziging. De voorzichtige, maar uiteenlopende reacties op het opvallende rapport – zowel vanuit de Kamer als van de bewindsman – leren, dat de al voorziene pas op de plaats geen tijdelijke «sur place» is. De haalbaarheid van het advies lijkt even onzeker als de toekomst van het plan Simons, niet in de laatste plaats omdat een deel van de Kamer (VVD, maar ook CDA) het advies zien als een barrière voor de behandeling van het wetsvoorstel derde fase. VNZ en KLOZ groeien intussen nog dichter naar elkaar, ook in het verzet tegen de te geringe beleidsruimte, die het wetsvoorstel derde fase zou geven. Opnieuw markeert een extern advies een omslagpunt.

3.3.14 Beleidsbrieven Kabinet – juni 1993

Het Kabinet stelt na kennisneming van de adviezen van de Commissie Witteveen over de AWBZ als carrier naar een nieuw stelsel en van de Commissie Bruins Slot over de budgettering en aanverwante vraagstukken vast, dat een bezinning op alternatieve routes wenselijk is. Optisch wordt vastgehouden aan de hoofdlijnen van het stelsel. Maar feitelijk wordt gezocht naar aanpassingen. Zo wordt een ruimer standpunt ingenomen over de eigen betalingen. De bezwaren tegen een IZA-achtige benadering worden minder. Intussen blijft de positie van de particulier verzekerde 65+-ers om een oplossing vragen. Ook het volumebeleid krijgt aandacht, o.m. via de brief over het geneesmiddelenbeleid. Duidelijk wordt, dat in de nog resterende kabinetsperiode geen verdere stappen op het terrein van de stelselwijziging meer worden gezet.

3.3.15 Behandeling FOZ '94 en Rijksbegroting 1994

De Tweede Kamer stemt in met de conclusies van de beleidsbrieven, waarmee de pas op de plaats in 1992 nader wordt geaccentueerd, maar tegelijkertijd de verschuiving naar een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de burgers wordt bevestigd. Opvallend is ook, dat het CNV en later ook de FNV zich niet langer verzetten tegen eigen risico's, zij het dat sterke voorkeur wordt gegeven aan verplichte eigen risico's, uiteraard van beperkte omvang. Bij de behandeling van de Rijksbegroting 1994 beperkt de Kamer zich tot een terugblik, ook omdat intussen zeker is, dat staatssecretaris Simons wegens zijn verkiezing tot PvdA-lijsttrekker voor de Rotterdamse gemeenteraadsverkiezingen voortijdig zijn ambt zal neerleggen.

3.3.16 Subcommissie onderzoek besluitvorming volksgezondheid

Aparte markering vergt het voorstel van PvdA-fractievoorzitter Wöltgens, gedaan tijdens de algemene beschouwingen in september 1993, tot het houden van een parlementair onderzoek naar de besluitvorming inzake de stelselwijziging ziektekostenverzekering: feitelijk het begin van een meer systematische terugblik, met de intentie om te zijner tijd toch weer vooruit te komen.

3.4 Enkele nadere kanttekeningen bij de tijdbalken

De tijdbalk(en) 1987–1993 en de in paragraaf 3.3 nader omschreven markerings- en omslagpunten leren, dat de discussie over de stelselwijzigingen ziektekostenverzekeringen door heel wat actoren en gebeurtenissen binnen en buiten het politieke bedrijf is beïnvloed. Duidelijke omslagpunten in het besluitvormingsproces zijn in elk geval:

* het rapport van de Commissie Dekker, de aanzet voor de (ook publieke) discussie over een basisverzekering voor de gehele bevolking;
* de uitwerking van het regeeraccoord 1989 in de nota Werken aan Zorgvernieuwing;
* de behandeling van het wetsvoorstel tweede fase in de Tweede en vooral ook Eerste Kamer, met de nadrukkelijke beïnvloeding van buitenaf, met name door het VNO;
* de volledig aan het Plan Simons toegeschreven verhoging van de premies op de particuliere markt, terwijl na de overheveling van de geneesmiddelen naar de AWBZ een verlaging verwacht mocht worden;
* het toenemende verzet van VNO tegen een stelsel, dat gebaseerd is op marktwerking;
* het uitbrengen van de nota «Weloverwogen Verder» en de debatten met de Tweede Kamer (juni 1992);
* het met VNZ en KLOZ afgeloten Memorandum, dat vervolgens heeft geleid tot het advies van de Commissie Bruins Slot;
* de gebeurtenissen in 1993: het advies van de Commissie Bruins Slot, de beleidsbrieven, en de moeizame schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel derde fase.

3.5 De positie van de actoren

De tijdbalken maken voorts zichtbaar, dat een betrekkelijk groot aantal actoren op enig ogenblik in meer of mindere mate van opvatting veranderde. Verandering van woordvoerder had soms ook enige betekenis. Ook de positie van de bewindsman ten opzichte van de verwante fracties was soms van invloed. De subcommissie wijst in dit kader vooral op:

* de uiteenlopende opvattingen in het politieke bedrijf zelf en de zich

wijzigende standpunten, soms mede afhankelijk van de vraag of wel of geen regeringsverantwoordelijkheid wordt gedragen;

* gewijzigde inzichten tijdens een al ingezet besluitvormingsproces; ter illustratie: de rapportages van werkgroepen van CDA en PvdA, en de toenemende kritiek van D66 op het plan Simons;

* *spanningen tussen een bewindspersoon en de verwante politieke* groepering, wanneer de afstand tot het kabinetsbeleid te groot wordt: zo dreigde even een kabinetscrisis bij de behandeling van het wetsvoorstel eerste fase, toen de VVD te veel afstand wilde nemen;

* de positie van het departement, wanneer onvoldoende zichtbaar wordt, dat waarheid, werkelijkheid en waan aanmerkelijk uiteenlopen: ter illustratie wijst de subcommissie op het verloop en de effecten van het debat tussen Simons en VNO-voorzitter Rinnooy Kan;

* de vaak opportunistische stellingnames buiten het politieke bedrijf. Instemming met de uitgangspunten en doelstellingen, maar pittige bezwaren tegen de middelen en de aanpak in de tijd. Voorbeeld: de positie van het KLOZ en later ook de VNZ.

* de stelselmatige kritiek en soms tegenwerking van VNO, ten dele ook NCW.

3.6 De positie van andere Hoge Colleges van Staat

De subcommissie wil terughoudendheid betrachten inzake de rol van de Eerste Kamer. Wel valt op, dat de «overzijde» aanzienlijk meer moeite had met het wetsvoorstel tweede fase dan met het wetsvoorstel eerste fase, ingediend en verdedigd door het Kabinet Lubbers II (Staatssecretaris Dees). Ook in de Eerste Kamer was dus een zekere omslag zichtbaar, ondanks het feit dat de structuur van de modernisering met de AWBZ als «carrier» niet gewijzigd was na de eerste fase. Opvallend is trouwens ook, dat de Raad van State pas bij de wetsvoorstellen tweede en derde fase zich geuit heeft over respectievelijk de noodzaak van een brede basisverzekering – op grond van de Europese en internationale verdragen – en over de functionele omschrijvingen.

3.7 Bijzondere aandachtspunten

Bij de bestudering van de resultaten van de uitgevoerde onderzoeken, respectievelijk door het IOO, de Staf van de Commissie Rijksuitgaven en de Dienst Documentatie, is gebleken, dat een aantal inhoudelijke thema's – bijvoorbeeld: de omvang van de basisverzekering – een afzonderlijke analyse vergt. De subcommissie belicht die thema's in hoofdstuk 4 van deze rapportage. Ter afsluiting van de analyse via de tijdbalken wijst de subcommissie nog op enkele bijzondere aandachtspunten, die mogelijk ook voor de toekomstige besluitvorming van belang kunnen zijn:

* de vraag naar de mogelijkheid tot en haalbaarheid van een grote operatie als de stelselwijziging, wanneer de noodzaak daartoe noch in de samenleving als geheel noch bij de verschillende marktpartijen sterk wordt gevoeld;

* de «wisselingen van de wacht», niet alleen politiek maar ook maatschappelijk: woordvoerders zijn niet blijvend spraakmakend;

* de veranderingen in en van de samenleving: oplossing en aanpak van een vraagstuk als de stelselwijziging zoals bijvoorbeeld die van de commissie Dekker worden achterhaald in en door de tijd;

* de internationalisering van de maatschappij, in het bijzonder de wisselwerking tussen wat in Nederland en in Europa gebeurt.

HOOFDSTUK 4 BEVINDINGEN

4.1 Hollen of stilstaan?

4.1.1 Inleiding

De doelstelling van de stelselherziening ziektekostenverzekeringen is steeds gericht geweest op vergroting van de doelmatigheid c.q. kostenbeheersing, met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. De subcommissie stelt op grond van haar onderzoek vast dat deze doelstelling nog immer onomstreden is. Ook over de middelen die daarvoor door de commissie Dekker werden voorgesteld: meer flexibiliteit, versterking van de marktgerichtheid, handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid, deregulering en een krachtig substitutiebeleid, leek steeds een grote mate van consensus te bestaan. De wijze waarop deze samenhangende doelen in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen vorm moeten krijgen, laat een breed scala aan opvattingen zien.

4.1.2 Invloed maatschappelijke actoren

De voorstellen van de achtereenvolgende kabinetten Lubbers II en III hebben naast instemming ook een belangrijke mate van tegenstand ontmoet. Er waren en zijn veel gevestigde belangen in het geding. Deze zijn ingebed in structuren, hebben een wijdvertakt communicatienetwerk, en de in het geding zijnde belangen zijn zeer groot. Veel bij de discussie betrokken maatschappelijke actoren wisselden van standpunt naar gelang de kabinetsplannen werden aangepast resp. geconcretiseerd en naar de mate waarin hun belangen in het geding waren. Vrijwel alle deelnemers in het brede debat formuleerden voorbehouden bij hun medewerking of gaven een eigen invulling aan de gehanteerde definities. Dit leidde ertoe dat het draagvlak voor de onderscheiden kabinetsplannen stelselmatig afbrokkelde.

4.1.3 Politieke standpunten

De subcommissie heeft ook gekeken naar de standpuntbepaling van het kabinet en van vertegenwoordigers van de politieke partijen op verschillende momenten. Het lag voor de hand dat ook hier een oorzaak van veel onduidelijkheden en tegenstellingen zou liggen. De onderscheiden opvattingen binnen het politieke spectrum vallen overigens in zekere mate samen met die van de maatschappelijke organisaties.

De discussie over de stelselherziening blijkt ook sterk beïnvloed te zijn door parallel lopende debatten, binnen en buiten het parlement, welke niet direct met de volksgezondheid van doen hadden. Genoemd moeten worden de Oort-operatie, de val van kabinet Lubbers-II, de discussie over de Tussenbalans, de discussies over de hoogte van het financieringstekort en de collectieve lastendruk, de discussie over kerntaken bij de rijksoverheid en over de positie van adviesorganen. Deze complicaties verklaren voor een deel de wisselende posities die de subcommissie heeft waargenomen.

4.1.4 Posities en belangen

Ook in de discussie over de stelselherziening klinkt het politiek-ideologisch geladen debat over de grenzen tussen staat en markt door. Gevoegd bij de bovengenoemde oorzaken levert dat een ideale voedingsbodem op voor vertragingen, misverstanden en remmende bewegingen in een zo omvangrijke operatie als de reorganisatie van de financiering van de ziektekosten. De commissie heeft een poging gedaan deze posities

beter in beeld te krijgen, in de hoop daarmee zicht te geven op de weg waarlangs de discussie is verlopen. Dit levert mogelijk ook waardevolle informatie op over de weg die verder gegaan kan worden om de beoogde doelmatigheid in de gezondheidszorg te bewerkstelligen.

4.1.5 Enkele thema's nader beschouwd

Het vorige hoofdstuk geeft een analytisch inzicht in de positie van de belangrijkste actoren aan de hand van een historisch-chronologisch overzicht. In dit hoofdstuk worden de aan de subcommissie voorgelegde vragen meer thematisch behandeld. Zij besteedt aandacht aan de volgende aspecten:

* het instrument van de normuitkeringen;
* de omvang van het basispakket;
* de mate van inkomenssolidariteit;
* de informatievoorziening/architectuur;
* de rol van de overheid en de maatschappelijke actoren in de (gezondheids)zorg.

Deze thema's hangen overigens ten nauwste met elkaar samen. Na een korte omschrijving van het onderzochte thema, mede op basis van de onderzoeksrapporten van het IOO, de Dienst Documentatie en de Staf Rijksuitgaven, wordt telkens systematisch weergegeven welke positie is ingenomen door resp. de maatschappelijke actoren en de politiek betrokkenen. Daarvoor is overwegend gebruik gemaakt van de gegevens uit het actorenonderzoek van de Dienst Documentatie.

4.2 Het instrument van normuitkeringen

4.2.1 Organisatie doelmatigheid

De commissie Dekker adviseerde om de zorg voor de doelmatigheid in de (gezondheids)zorg in belangrijke mate in handen te leggen van de ziektekostenverzekeraars, zorgaanbieders en zorgvragers. De verzekeraars krijgen via de centrale kas een bijdrage uit de opgebrachte premies in de vorm van normuitkeringen. Deze normuitkeringen dienen om de risicoverschillen tussen de verzekeraars zoveel mogelijk te verevenen. De hoogte ervan is zodanig dat de verzekeraars daarvan niet alle verzekerde risico's kunnen betalen. Ze zullen daarom met behulp van nominale premies, op te brengen door de eigen verzekerden, de resterende kosten moeten dekken. De noodzaak om met deze premie te concurreren, levert een prikkel tot doelmatig handelen. De verzekeraars zijn vrij om zorgaanbieders te contracteren die de door haar gewenste zorgvoorzieningen aanbieden. Dat zou substitutie naar de meest doelmatige zorg bevorderen en stimuleert zorgaanbieders om, met behoud van kwaliteit, zo efficiënt mogelijke hulp te organiseren.

4.2.2 De politiek

Deze gedachtengang is door de achtereenvolgende kabinetten (Lubbers II en III) overgenomen en werd door het parlement ondersteund. Door meerdere politieke partijen is wel van meet af aan te kennen gegeven dat de precieze uitwerking zou moeten leren of het mogelijk is een zodanig systeem van normuitkeringen te ontwikkelen dat zorgverzekeraars gelijke uitgangsposities krijgen. Ook het kabinet heeft aangegeven dat een goed normuitkeringssysteem van vitaal belang is voor het welslagen van de stelselherziening, omdat er anders van de beoogde doelmatigheidswinst via de vraagkant geen sprake zal zijn. Bovendien moeten de toe te delen budgetten zodanig worden vastgesteld dat de kenmerken van het

verzekerdenbestand op objectieve wijze in de hoogte van het budget tot uitdrukking komen.

4.2.3 Maatschappelijke organisaties

Het normuitkeringssysteem is nog niet definitief vastgesteld. Sommigen twijfelen zelfs of zulk een systeem wel mogelijk is, en komen daarom tot alternatieve voorstellen. In een enkel geval wordt zelfs gesuggereerd om helemaal af te stappen van een dergelijke budgettering van verzekeraars en de doelmatigheid weer primair via de aanbodkant (i.c. regelgeving door de overheid t.a.v. de zorgaanbieders) te waarborgen. Hiermee zou wel spanning ontstaan met een van de beoogde doelstellingen van de stelselherziening, nl. het bevorderen van deregulering. De zorgverzekeraars hebben zich tamelijk huiverig betoond voor de budgettoedeling middels normuitkeringen uit de Centrale Kas. De subcommissie meent hiervoor een aantal verklaringen te kunnen geven. Allereerst is het een feit dat (veel) zorgverzekeraars uit hun aard gericht zijn op het maximaliseren van hun omzet en hun winst. Dat vraagt om beperkte risico's met een maximale handelingsvrijheid. Hoe groter de budgetten, des te kleiner is het beïnvloedbare deel van de inkomsten. Bovendien leidt dit tot een aanzienlijke afhankelijkheid van de overheid resp. de Centrale Kas. Daarnaast bestaat er bij verzekeraars zoals gezegd twijfel of er een sluitend systeem van normuitkeringen kan worden ontwikkeld dat voldoende recht doet aan de risicokenmerken van de eigen verzekerde populatie.

4.2.4 Stand van zaken

Uit de standpunten van de verzekeraars leidt de subcommissie af dat deze bereid zijn mee te werken aan een vorm van risicoverevening tussen de verzekeraars. Voor te stringente budgettering lijken ze allergisch. Zij hebben eigen alternatieven ontwikkeld voor de normuitkeringensystematiek, in samenhang met een andere invulling van het basispakket en een grotere nominale financiering (in de volgende paragrafen gaat de commissie op deze aspecten nader in). De subcommissie heeft aanwijzingen gekregen dat de huidige onduidelijke situatie ertoe leidt dat de zorgverzekeraars zich sterk richten op strategische marktposities. Zolang niet zeker is of en zo ja welk systeem van budgettering uiteindelijk zal worden ingevoerd, constateert de subcommissie dat er geen prikkels voor kostenbeheersing bestaan. Hierdoor kunnen de kosten onnodig oplopen.

4.3 De omvang van het basispakket

4.3.1 Inzet kabinet Lubbers II en kabinet Lubbers III

Het kabinet Lubbers II koos met de nota Verandering Verzekerd voor een breed basispakket van zorgvoorzieningen. Hierin zou ca 85% van de kosten van de gezondheidszorg worden ondergebracht. Daartoe behoorden zowel de toenmalige AWBZ-voorzieningen, bejaardenzorg en ziekenhuisverpleging annex medisch-specialistische hulp als belangrijke voor substitutie in aanmerking komende eerstelijnsvoorzieningen. Vooral de behoefte om in verband met optimale doelmatigheid en substitutiekansen zo weinig mogelijk schotten binnen de financieringsstromen aan te brengen, leidden tot dit brede pakket. De overige voorzieningen zouden gefinancierd worden uit een aanvullende verzekering. Het advies van de commissie Dekker omvatte een iets smaller pakket dan waar het kabinet voor koos. Die liet kunst- en hulpmiddelen, sterilisatie, consultatieburo's en zwangerschapsonderbreking onder het vrij te verzekeren deel van de zorg vallen.

In de nota over de stelselherziening van het kabinet Lubbers III, Werken

aan Zorgvernieuwing, wordt gekozen voor een nog breder pakket in de basisverzekering, omvattende 95% van de zorg. De aanvullende verzekering betrof nog slechts 5% van de zorg. De uitbreiding betrof een aantal elementen uit de Ziekenfondswet die door Dekker buiten het basispakket waren gelaten zoals medicijnen en huisartsengeneeskunde. De argumenten waren enerzijds van juridische aard, op grond van een gericht advies van de Raad van State, anderzijds van zorginhoudelijke en economische aard: een breed basispakket bevordert de mogelijkheden van samenhang en substitutie. Deze keuze had ook tot gevolg dat een veel groter deel van de ziektekostenverzekering inkomensafhankelijk zou worden gefinancierd.

4.3.2 De politieke posities

Zowel in de nota van staatssecretaris Dees als in die van staatssecretaris Simons wordt gekozen voor de omschrijving van het basispakket in functionele termen, een keuze die niet door iedereen werd gedeeld. Dat gold ook voor de verhouding tussen basis- en aanvullend pakket. Waar vooral consumentenbeweging en vakbeweging grote moeite hadden met het «beperkte» pakket van Dees, hadden verzekeraars en werkgevers grote moeite met het «brede» pakket van Simons. In de politiek was eenzelfde beweging waar te nemen. De PvdA, D66 en GroenLinks toonden reserves bij de omvang van het basispakket van Dees terwijl de VVD, die de oorspronkelijke voorstellen met het nodige voorbehoud steunde, de latere voorstellen afwees. De kleine christelijke partijen wensten een kleiner pakket en maakten bezwaar tegen het opnemen van controversiële verstrekkingen. Het CDA heeft zich steeds uitgesproken voor een breed basispakket maar uitte al in 1990 twijfels over de vraag of een aanvullende verzekering van slechts 5% voldoende zou zijn om marktwerking te bevorderen.

4.3.3 Maatschappelijke actoren

Van de zijde van de zorgverzekeraars zijn ook steeds vragen gesteld bij de omvang van het basispakket zoals voorgesteld door Lubbers II en III. Ten aanzien van het plan-Dees merkten de ziekenfondsen op dat dit naar hun oordeel van een te smal pakket uitging omdat daarmee niet alle ziekenfondsvoorzieningen werden gedekt. De particuliere zorgverzekeraars waarschuwden al in 1988 dat een 'breed en diep pakket' à la Dekker de betaalbaarheid in gevaar zou brengen. Het plan-Simons daarentegen leek prima aan te sluiten bij de wensen van de VNZ die een basispakket bepleitte van 94% van alle verstrekkingen, maar stond nog verder af van de wensen van de in het KLOZ verzamelde verzekeraars. Naarmate de discussie vorderde en bepaalde elementen van de stelselherziening werden ingevoerd, zoals de afschaffing van de contracteerplicht, groeiden de standpunten van de zorgverzekeraars meer naar elkaar toe.

4.3.4 Naar een smaller pakket?

Het in opdracht van KLOZ en VNZ vervaardigde rapport van BEA signaleert in mei 1992 de groeiende behoefte bij verzekeraars en enkele andere maatschappelijke actoren (werkgevers en de vakbond MHP) om de AWBZ-voorzieningen geheel buiten de stelselherziening te laten. Het rapport van de commissie Bruins Slot gaat ook een eind in die richting, met dat verschil dat zij de voorzieningen voor ouderen wel in de basisverzekering wil onderbrengen. Het maatschappelijk draagvlak voor het brede basispakket uit Weloverwogen Verder brokkelt af, al blijven er ook steeds overtuigde voorstanders. Dat geldt in ieder geval voor de vakbeweging en de patiëntenorganisaties, maar ook voor de thuiszorg en de

huisartsen. In de politiek is ook een kentering zichtbaar met het lanceren van «de drietrap»: een apart awbz-pakket, een basisverzekering, al dan niet nominaal gefinancierd, en een beperkte aanvullende verzekering. D66 en GroenLinks blijven het voorstel van het kabinet voor een breed pakket steunen. CDA, VVD en de PvdA zoeken naar mogelijkheden om de AWBZ-voorzieningen buiten de marktwerking door verzekeraars te brengen. De commissie onderschrijft de conclusie van het IOO dat een keuze voor een beperkter omvang van het basispakket niet gevoerd kan worden zonder daarbij de van meet af aan door de kabinetten Lubbers II en III aangevoerde argumenten (noodzaak van substitutie en Europese en internationale regelgeving) te betrekken. Het is de commissie opgevallen dat in de discussie over het al dan niet verkleinen van het basispakket deze argumenten weinig meer ter sprake komen.

4.3.5 Andere knelpunten

Drie andere factoren spelen in deze discussie nog een belangrijke rol. De eerste is die van de koopkrachteffecten en de effecten op de collectieve lastendruk. Die komen in de volgende paragraaf ter sprake. De tweede betreft de vraag naar de drager van de nieuwe basisverzekering. Moet dit de AWBZ zijn of is een andere premiegrondslag wenselijk en mogelijk? De commissie heeft de indruk gekregen dat zowel van de zijde van het kabinet en de politieke partijen als van de kant van de maatschappelijke actoren de discussie hierover een open karakter heeft, en sterk beïnvloed wordt door keuzes die op de andere thema's worden gemaakt. Als derde speelt de angst voor het verzekeringseffect. Zal de overheveling naar de basisverzekering van zorgaanspraken, leiden tot een stijging van consumptie en van kosten? De analyse van het IOO van het feitelijk gebruik en de totale kosten van farmaceutische hulp tot en met 1993 houdt in dat er vooralsnog geen redenen zijn om te veronderstellen dat de overheveling een extra groei van het medicijnengebruik heeft veroorzaakt. Het IOO acht deze uitkomst consistent met een te verwachten beperkt verzekeringseffect van de overheveling, gelet op de dominante rol van de huisarts in het bepalen van het gebruik van medicijnen en de mede daardoor geringe prijsgevoeligheid van patiënten/consumenten.

4.4 De mate van inkomenssolidariteit

Een herordening van de particuliere en ziekenfondsverzekeringen in de vorm van een voor iedereen geldende basisverzekering en een vrijwillig aanvullend pakket, heeft gevolgen voor de premielasten van de betrokken verzekerden. De stelselherziening volgens de voorstellen van achtereenvolgens Dekker, Dees en Simons is erop gericht om deze solidariteit verder vorm te geven door het ineenschuiven van particuliere en ziekenfondsverzekering. Het effect is dat de bestaande particuliere verzekeringen worden omgevormd door de premiegrondslag inkomensafhankelijk te maken. Tegelijkertijd echter is er sprake van een vorm van decollectivisering van de huidige ziekenfondsverzekeringen door de invoering van eigen betalingen en een nominale premie. Het totale effect van beide bewegingen is per voorstel verschillend, maar is nergens nihil. De commissie heeft mogen vaststellen dat niemand de overheid het recht ontzegt om een dergelijke premiesolidariteit te organiseren, wel verschillen de actoren over de mate waarin zij dit wenselijk achten. Nog fundamenteler is de vraag gesteld of dit aspect wel georganiseerd moet worden in de vorm van (inkomensafhankelijke) ziektekostenpremies, danwel of dit een puur fiscale aangelegenheid zou moeten zijn.

4.4.1 Maatschappelijke organisaties

Pleidooien die meer in de richting van een hogere nominale premie

gaan, gaan vaak gepaard met de opvatting dat eventuele door de overheid ongewenst geachte inkomensgevolgen via de fiscus of door andere inkomenspolitieke maatregelen moeten worden gecorrigeerd. Deze positie wordt bijvoorbeeld ingenomen door de werkgeversorganisaties en de particuliere ziektekostenverzekeraars. Het is niet verrassend dat juist de vakbeweging (FNV en CNV) en de ziekenfondsen in het beginstadium van de discussie de tegenovergestelde positie hebben ingenomen: meer solidariteit ten gunste van de lagere inkomens vraagt om beperkte nominale premies en eigen betalingen. Deze diametraal tegenover elkaar staande standpunten verklaren ook een deel van de verdeeldheid die de subcommissie heeft aangetroffen in de SER en de Ziekenfondsraad. De VNZ heeft in de loop van 1992 haar standpunt meer in overeenstemming gebracht met dat van het KLOZ.

De vakbeweging (minus de MHP die in 1992 een nota uitbracht samen met de werkgevers waarin de nominale premies zeer substantieel waren) heeft in de loop van de discussie haar afwijzing van eigen bijdragen wat genuanceerd, maar pleit nog steeds voor een laag aandeel van nominale premies in de financiering. Zij gaan er wellicht vanuit dat de overheid de eventuele denivellerende gevolgen van een nieuw ziektekostenstelsel niet zal repareren. Van de zijde van de werkgevers wordt er juist voor gewaarschuwd dat hoge inkomensafhankelijke premies leiden tot afwenteling in de loononderhandelingen en tot een vergroting van de wig.

4.4.2 Inkomensgevolgen ter discussie

In verband met deze inkomenspolitieke gevolgen zijn allerlei voorstellen gedaan die de effecten ervan moeten beperken. Zo reserveerde de commissie Dekker reeds een fors bedrag om gezinnen met kinderen te kunnen ontzien, ook staatssecretaris Dees stelde aan het kabinet voor om een bedrag van f 400 miljoen toe te voegen aan de kinderbijslag voor dit doel. Andere plannen zochten het vooral in het verhogen of verlagen van de nominale premies, bijvoorbeeld door een (gedeeltelijke) fiscalisering van de ziektekostenpremies danwel door het inkomensafhankelijke deel te beperken tot (een deel van) het oorspronkelijke AWBZ-pakket.

De rol die eigen bijdragen in de discussie spelen, in de vorm van verplichte of vrijwillige vormen van eigen risico, is tweeledig. Enerzijds maken ze onderdeel uit van het nominale deel van de financiering van de gezondheidszorg, anderzijds zijn ze bedoeld om de consumptie van gezondheidszorg af te remmen en de eigen verantwoordelijkheid van de consument vorm te geven. De subcommissie heeft de indruk dat het sterk afhankelijk is van de gekozen systematiek van eigen bijdragen of dat laatste kan worden gerealiseerd. Zeker wanneer de consument al opgenomen is in het gezondheidszorgcircuit, en verdere medische consumptie door vele andere dan financiële motieven wordt bepaald, betekenen eigen bijdragen en eigen risico's eerder een verplichte bijdrage aan de financiering. Tenzij er door de patiënt beïnvloedbare alternatieven worden aangeboden (zoals het geval is met sommige soorten geneesmiddelen).

4.4.3 Stand van zaken

Volgens de subcommissie is het vrijwel onmogelijk om een herziening van het ziektekostenstelsel door te voeren indien daar door alle partijen de hypotheek op wordt gelegd dat de bestaande inkomensverhoudingen er niet door mogen wijzigen. Zeker wanneer een uitgangspunt luidt dat financiële toegankelijkheid voor iedereen verzekerd moet zijn. Bovendien wordt er in alle plannen voor gekozen om de verschillen tussen particulier en ziekenfonds te verkleinen. Veel discussies over de organisatie van het

ziektekostenstelsel werden gedomineerd door zeer gedetailleerde koopkrachtplaatjes. De subcommissie acht het van groot belang voor een vruchtbare uitweg uit dit dilemma dat de discussie over de stelselherziening zich richt op de hoofdthema's van de stelselherziening: vergroting doelmatigheid met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid, en dat eventueel niet beoogde inkomensgevolgen (of gevolgen voor de werkgelegenheid) buiten de financiering van de ziektekostenverzekering worden gecorrigeerd. Een centraal en fundamenteel aandachtspunt daarbij is de verantwoordelijkheidsverdeling, met name tussen overheid en particulier initiatief, en de eigen verantwoordelijkheid van burgers daarbij.

4.5 De informatievoorziening/architectuur

Zoals uit het onderzoek blijkt dat op verzoek van de commissie is verricht door de Staf Rijksuitgaven van de Tweede Kamer, schort er nog veel aan de juistheid en volledigheid van de informatie die beschikbaar is op het terrein van de volksgezondheid. Er is een grote verscheidenheid aan bronnen, die ieder vanuit het eigen belang informatie genereren maar het ontbreekt aan de noodzakelijke samenhang en er zijn belangrijke lacunes geconstateerd. Dit deelonderzoek had niet uitdrukkelijk betrekking op de informatievoorziening in het kader van de stelselherziening ziektekostenverzekeringen. Toch leveren de resultaten ervan wel belangrijke bevindingen op die ook van belang zijn voor de stelseldiscussie.

4.5.1 Verbetering kwaliteit FOZ

Het FOZ beoogt zowel een budgetfunctie als een monitorfunctie te vervullen. Die laatste functie zal in belang toenemen in het kader van de reorganisatie van het ziektekostenstelsel, om zicht te houden op de ontwikkelingen. Met name de monitoring van het in gang gezette veranderingsproces in de gezondheidszorg behoeft veel aandacht. Het is aan te bevelen om bij de formulering van de behoeften aan informatie hiermee expliciet rekening te houden.

Wat de overige conclusies van het deelrapport betreft, wil de commissie zich daar zonder voorbehoud bij aansluiten. De gesignaleerde knelpunten in de huidige informatievoorziening en budgettering blijken nauw samen te hangen met de bestaande budgetteringssystematiek. Het is niet uitgesloten dat veel van die knelpunten verholpen kunnen worden indien gekozen wordt voor meer sturing middels de zorgverzekeraars. Dit is op zichzelf een overtuigend pleidooi voor het voortzetten van de in gang gezette stelselherziening. Maar de behoefte aan een adequate monitoring en dus een eenduidig begrippenapparaat blijft ook in die situatie van groot belang en verdient daarom een strakke marsroute.

4.6 De rol van de overheid en de maatschappelijke actoren

4.6.1 Positie partijen

De subcommissie heeft in het vorige hoofdstuk een beschrijving gegeven van de standpunten die door de verschillende actoren in de loop van de tijd zijn ingenomen. Daaruit blijkt dat de afbakening van taken tussen overheid en maatschappelijke actoren (verzekeraars, zorgaanbieders, zorgconsumenten) complex is. De overheid wil en kan niet treden in de professionaliteit van de zorgaanbieder, waardoor de wijze waarop een zorgvraag wordt beantwoord in hoge mate onbeheersbaar is voor de overheid. Toch heeft de overheid behoefte aan een zo doelmatig mogelijke gezondheidszorg omdat de kosten ervan uiteindelijk door de burgers gezamenlijk moeten worden opgebracht. Voor de individuele

burger is dat als zorgvrager niet maar als zorgbetaler wel relevant. Waar het gaat om de eigen gezondheid is het beste (en het duurste?) nog niet goed genoeg. Maar te hoge premies worden niet op prijs gesteld.

Voor de verzekeraars bestaan ook meerdere rollen: voor zijn omzet en concurrentiepositie is het aantrekkelijk om veel verzekerden van een breed zorgpakket te laten profiteren, en is kostenbewustzijn minder relevant; naarmate hij met anderen kan concurreren op een doelmatig, dus goedkoop zorgaanbod, is het van belang om kostenbewust in te kopen. Zorgaanbieders willen tevreden klanten, maar ook een redelijk inkomen of een behoorlijk zicht op continuïteit met beperkte risico's. De eerste wens leidt tot minder doelmatig gedrag, de tweede tot zo doelmatig mogelijk opereren of tot afwenteling op de collectiviteit. Wat in de praktijk de doorslag geeft, is door de commissie niet onderzocht. Eenzelfde vraag kent meerdere antwoorden, zelfs indien ze gegeven worden door dezelfde categorie mensen, afhankelijk van de rol waarin ze de vraag moeten beantwoorden. Dat vraagt van de overheid een extra inspanning om het voortouw te nemen in de besluitvorming.

4.6.2 Marktwerking in de gezondheidszorg?

Betekent die duidelijke rol van de overheid dat er geen of weinig ruimte voor meer marktwerking zou zijn in de gezondheidszorg? Op een enkeling na spreken alle partijen in de politiek en de samenleving zich daarvoor uit. En wordt ook breed erkend dat de zorgsector door allerlei factoren nooit een echte markt kan en moet worden. De vraag is alleen welke de juiste mix tussen marktwerking en overheidssturing is. De varianten, die door de commissie zijn bestudeerd, kiezen allen voor een iets andere mix, vaak op grond van andere argumenten dan ontleend aan de behoefte aan een grotere doelmatigheid. Zo laten de sociale partners zich vooral leiden door inkomenspolitieke overwegingen. De verzekeraars zijn vooral bezorgd over de mate waarin zij met risico's worden belast en afhankelijk zijn van de centrale kas. De zorgaanbieders kiezen voor de ene danwel de andere mix naarmate die betere garanties biedt voor de betreffende werksoort om te overleven. In de politiek treffen we eenzelfde verscheidenheid aan opvattingen aan. En die lopen veelal parallel aan de opvattingen van de maatschappelijke organisaties waar men zich het meest mee verbonden voelt.

4.6.3 Verantwoordelijkheid overheid

Meer marktwerking betekent niet automatisch minder overheidsinvloed. Zo bepleiten sommigen een afzondering van de klassieke AWBZ-voorzieningen buiten de basisverzekering. Voor deze voorzieningen is dan een grotere overheidssturing vereist dan in de kabinetsplannen voorzien. Terwijl tegelijkertijd in de basisverzekering de invloed van de overheid vergaand af kan nemen, bijvoorbeeld door af te zien van budgettering uit de centrale kas van een beperkter basispakket. Zo'n variant valt moeilijk eenduidig te vatten onder de term meer of minder overheid. Er is nooit sprake van een of/of-situatie. Daardoor ontstaat voortdurend een spraakverwarring wanneer het gaat om het introduceren van marktelementen in de gezondheidszorg. Die markt wordt in de kabinetsplannen vooral gesitueerd tussen verzekeraars en zorgaanbieders, niet tussen zorgvragers en aanbieders. De overheid blijft in ieder geval aanspreekbaar voor de organisatie van de solidariteit tussen ziek en gezond, jong en oud, rijk en arm en voor de bewaking van de kwaliteit.

4.6.4 Tegengaan kartels en monopolies

Een punt van aandacht is nog dat de introductie van marktelementen in de gezondheidszorg (door de vraagkant meer invloed te geven) vraagt om instrumenten die de marktwerking ook werkelijk garanderen. Monopolie- en kartelvorming zouden veel van de beoogde doelmatigheidsprikkels weer teniet kunnen doen. Daar staat tegenover dat een doelmatige gezondheidszorg ook belang kan hebben bij een regionale afstemming van vraag en aanbod en dus een zekere territoriale afbakening van werkgebieden van verzekeraars. Met name de vakbeweging heeft daarop aangedrongen. Bovendien gaat een grotere marktvrijheid van verzekeraars waarschijnlijk gepaard met een beperking van de keuzevrijheid van de verzekerden (niet alle zorgaanbieders zullen worden gecontracteerd). De vraag moet worden beantwoord of de Wet economische mededinging in alle opzichten geschikt is om een genuanceerd overheidsoptreden mogelijk te maken, of dat andere instrumenten nodig zijn, bijvoorbeeld in het kader van de aangekondigde Wet op de Zorgverzekering.

HOOFDSTUK 5 TOT BESLUIT

5.1 Integrale aanpak

De subcommissie wil zich terughoudend opstellen in het doen van aanbevelingen. Zij beseft na haar onderzoek nog beter dat verschillen in opvattingen en belangen vragen om uitdrukkelijke politieke keuzes. De subcommissie is daarvoor niet het forum. Wel wil zij pogen enige handreikingen te doen. De komende formatieafspraken scheppen nieuwe kansen om de impasse in de besluitvorming over de herziening van de ordening van de zorg te doorbreken. Eens zullen stellingen en loopgraven toch wel worden verlaten in het belang van een goede, toegankelijke en doelmatige zorg. De samenhang tussen de inhoudelijke kant van de zorg en de herziening van het stelsel van zorgverzekering en -financiering noodzaakt nog steeds tot een integrale aanpak.

5.2 Mythen en Metaforen

Het is evident dat het debat over de herziening van de ordening van de zorg aanleiding geeft tot verwarring. Verhullend taalgebruik, het hanteren van valse metaforen en het verdoezelen van belangen ontnemen de burger het zicht op de essentie van het debat. Discussies met als voornaamste invalshoek koopkrachtplaatjes en -reparatie werken versluierend en frustreren besluitvorming . Dat geldt eveneens voor het voortdurend gehannes met de definities van de collectieve lastendruk. Zo heeft het kabinet Lubbers II de nominale premie buiten en de WTZ-omslagpremies binnen de definitie van de collectieve lastendruk gebracht. Handhaving van de in het regeeraccoord overeengekomen norm voor de collectieve lastendruk kan leiden tot wijziging van de definitie van de collectieve lastendruk of tot een voorkeur voor financieringsvormen die buiten deze definitie vallen. De reële betekenis van de lastendruk blijft daardoor buiten beeld. De fixatie op de wijziging van de collectieve lastendruk als gevolg van de stelselwijziging komt soms dan ook wat merkwaardig over.

5.3 Waar gaat het om?

De discussie over de herziening van de ordening van de zorg in Nederland gaat in essentie over twee samenhangende vragen. Hoe organiseert de overheid voor de burger een goede, doelmatige en toegankelijke (gezondheids)zorg, alsmede hoe regelt de overheid met betrekking tot de kosten van die zorg dat de betalende burgers (jong-oud, gezond-ongezond) inkomenssolidariteit tonen. Het antwoord op deze samenhangende ordenings- en solidariteitsvraag moet centraal (blijven) staan bij de voortzetting van het debat. Ongetwijfeld zullen deze vragen in de politieke arena verschillend worden beantwoord. De burger heeft zeker belangstelling voor inhoud en kwaliteit van de zorg. Dat de herziening van de ordening van de zorg ook daarover gaat, is tot nu toe onvoldoende over het voetlicht gekomen.

5.4 Geen blauwdrukken, wel samenhang

De inhoudelijke kant van de zorg en het ziektekostenverzekerings- en financieringsstelsel beïnvloeden elkaar stellig. Een adequaat inzicht in de interactie is nodig voor verantwoorde besluitvorming. Het onderzoek van de subcommissie beoogt niet het ideale palet voor het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg te schetsen. Wel verwacht zij dat haar analyse van het krachtenveld in de zorgsector tenminste verhelderend is. Belangen en belangenbehartiging worden zichtbaar gemaakt. De rol van politieke en ideologische verschillen wordt verduidelijkt. Stagnerende

besluitvorming en samenhangen worden verklaard. Daarmee worden elementen aangedragen voor een hervatting van het besluitvormingsproces.

Voor complexe operaties, zoals de stelselwijziging in de zorgsector, is een langdurig maatschappelijk, en dus politiek draagvlak noodzakelijk. De wetgever dient gegeven de conflicterende belangen in het belang van de burger de ordening (het stelsel) te bepalen.

5.5 Belangenverstrengeling

Ook bij de ordening van de zorg is het van belang dat de wetgever – regering en parlement – uitgaat van heldere probleemstellingen en daarvoor effectieve oplossingen zoekt. Het goed analyseren van huidige en toekomstige posities en belangen van de maatschappelijke actoren in de sector, de burger/patiënt daarbij inbegrepen, zal bijdragen aan de effectiviteit van de vastgestelde maatregelen. De subcommissie heeft onder meer uit het actorenonderzoek kunnen afleiden dat op een aantal cruciale momenten in de politieke besluitvorming prioriteit is gegeven aan politieke opportuniteitskwesties, soms als gevolg van druk van maatschappelijke actoren.

Ook de inbedding van belangenbehartiging in gedetailleerde en complexe regelgeving belemmert politieke besluitvorming. Meer globale instrumenten van overheidsinterventie zijn daarom naar de opvatting van de subcommissie aantrekkelijker. De wetgever zal zijn verantwoordelijkheid ook moeten tonen ten aanzien van het openbreken van de uiterst complexe advies- en overlegstructuren in de zorgsector. Hoewel dit probleem slechts zijdelings raakvlakken vertoont met de opdracht van de subcommissie komt uit een eerste globale analyse van het uitgevoerde actorenonderzoek onmiskenbaar naar voren dat in de zorgsector op volstrekt ondoorzichtige wijze advisering, overleg en belangenbehartiging worden vermengd, met andere woorden er ontstaat een verstrengeling van belangen en verantwoordelijkheden.

5.6 Eenduidige begrippen

De subcommissie heeft geconstateerd dat de politieke en maatschappelijke consensus, ook in de zorgsector, groot lijkt zolang vage begrippen als uitgangspunten worden gehanteerd. Noties als doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg roepen nauwelijks weerstand op. Dat wordt snel anders indien dit soort noties worden geconcretiseerd en geoperationaliseerd. Het gebruik om in nota's en rapporten -terwille van het bereiken van consensus- vage omnibegrippen te hanteren is contraproductief. Ook het gebruik van de term marktwerking in de gezondheidszorg heeft tot veel verwarring aanleiding gegeven.

5.7 Strategisch gedrag en ordening

De huidige ordening van de zorg kan worden getypeerd als een rafelige lappendeken. Gedeeltelijk is dit het gevolg van het niet afronden van de stelselwijziging. Dit biedt sterke marktpartijen de gelegenheid tot strategisch gedrag. De ordening van de Nederlandse zorgsector bevat kenmerken van verschillende stelsels. Grof getypeerd: het Britse/Sovjetmodel, het gildesysteem en het marktmodel. Door de ingrepen in het kader van de stelselherziening verschuift deze ordening. De subcommissie is zich ervan bewust dat veel deelmarkten voor gezondheidsdiensten imperfect zijn. Bij de ordening van een dergelijke markt speelt de overheid een rol. Zij dient ervoor te zorgen dat er in de diverse marktsegmenten voor zover die zich daarvoor lenen sprake kan zijn van eerlijke concurrentie.

5.8 Kostenbeheersing en stelsel

Bij de pogingen om meer marktelementen in te voeren in de ordening luistert de tuning nauw. Verzekeraars en aanbieders hebben andere doelstellingen dan de overheid. Verzekeraars streven naar omzet- en winstmaximalisatie. Afwenteling van risico's ligt in dit verband voor de hand. Aanbieders streven eveneens naar omzet- en winstmaximalisatie. Burgers hebben twee petten op, namelijk die van patiënt enerzijds en van bekostiger anderzijds. Over zijn bijdrage in de kosten van de zorg heeft de burger bovendien veelal onvoldoende informatie. Zijn patiëntenpet en het uitdijende aanbod van gezondheidsdiensten leiden tot een in een beginsel oneindige vraag. Zorgverzekeraars en -aanbieders zullen slechts onder bepaalde condities een belang hebben bij kostenbeheersing. Aan die condities is thans nog niet voldaan.

De subcommissie vraagt zich af of in sommige gevallen de algemene en Europese anti-kartelwetgeving kan worden gebruikt of aangepast. Ook waarneembare concentratietendenzen in Nederland bij de ziektekosten-(zorg)verzekeraars en prijsafspraken tussen zorgaanbieders kunnen worden onderzocht op kartelaspecten. De subcommissie heeft de indruk dat de huidige ordening prijskartels faciliteert onder meer in de farmaceutische sector en bij de zorgverzekeraars.

5.9 Tenslotte

Het onderzochte besluitvormingsproces over de herziening van de ordening van de zorg wordt gekenmerkt door een aantal eigenaardigheden. Deze zijn veelal wel verklaarbaar. Alle betrokkenen hadden, kort door de bocht geformuleerd, eigen agenda's, strategieën en belangen. Zij hebben geprobeerd om hun eigen posities te maximaliseren. Kan het anders ? Het was niet de taak van de subcommissie op deze vraag een antwoord te geven. Het onderzoeksmateriaal van de subcommissie bevat wel vingerwijzingen. Een ondoorzichtige ordening van de zorgsector leidt in ieder geval tot frustratie van overheidsdoelstellingen. Het lijkt de subcommissie gewenst over een aantal vragen spoedig helderheid te verschaffen.

Noodzaakt de huidige internationale regelgeving daadwerkelijk tot een verplicht breed en diep pakket in de basisverzekering of bestaan daarvoor andere zwaarwegende motieven?
Dient de verplichte basisverzekering het karakter van een schadeverzekering of werknemers/volksverzekering te hebben?
Hoe kan de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor gezondheid in financieel opzicht effectief vorm worden gegeven?
Hoe wordt de inkomenssolidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond ook in fiscaal opzicht nader uitgewerkt?

Een helder en breed gedragen antwoord op deze vragen zou een doorbraak kunnen opleveren voor de impasse in het debat over de stelselherziening.

Lijst van afkortingen

ABW	Algemene Bijstandswet
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BIESHEUVEL	Commissie Modernisering Curatieve Zorg (rapport «Gedeelde zorg, betere zorg»)
BRUINS SLOT	Commissie Budgettering verzekeraars
CDA	Christen Democratisch Appèl
CFO	CNV Bond voor Overheid, Onderwijs, Gezondheid, Bejaardenzorg, Welzijn, Sociale Werkvoorziening, PTT en Nutsbedrijven
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CPB	Centraal Planbureau
CSO	Coördinatieorgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties
CVZ	College voor Ziekenhuisvoorzieningen
D66	Democraten '66
DEES	Nota «Verandering verzekerd»
DEKKER	Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg
DKF	Detaillering Kosten Farmaceutische Hulp (model in GIP)
DUNNING	Commissie Keuzen in de Zorg
EV	*Eindverslag*
FB	Functiegerichte Budgettering
FEZ	(Directie)Financieel Economische Zaken (van WVC)
FNV	Federatie Nederlandse Vakbeweging
GIP	Geneesmiddelen Informatieproject (van ZVR)
GL	GroenLinks
GPV	Gereformeerd Politiek Verbond
GVIS	Geneesmiddelen Vergoedings Informatie Systeem (van KNMP)
GVS	Geneesmiddelen Vergoedings Systeem
KABINET	Kabinetsleden
KISG	Stichting KLOZ Informatiesysteem Gezondheidszorg
KLOZ	Kontaktorgaan Landelijke Organisatie Ziektekostenverzekeraars
KNMP	Koninklijke Ned. Maatschappij tot bevordering der Pharmacie
KNMG	Koninklijke Ned. Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LVT	Landelijke Vereniging van Thuiszorg
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
MHP	Vakcentrale voor Middelbaar en Hoger Personeel
MEV	Macro Economische Verkenning (van het CPB)
MOOZ	Wet Medefinanciering oververtegenwoordiging oudere Ziekenfondsverzekerden
MP	Minister-President
MR	Ministerraad
NCGV	Nederlands Centrum Geestelijke Volksgezondheid
NCW	Nederlands Christelijk Werkgeversverbond
Nefarma	Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie
NMT	Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde
NRV	Nationale Raad voor de Volksgezondheid
NVZ	Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen
NZf	Nederlandse Zorgfederatie (voorheen NZR)
PPR	Politieke Partij Radicalen
PSP	Pacifistisch Socialistische Partij
PvdA	Partij van de Arbeid
RA	Regeeraccoord
RPF	Reformatorische Politieke Federatie
RCO	Raad van de Centrale Ondernemingsorganisaties
RCO/MHP	Rapport «Naar een beter stelsel van gezondheidszorg»
SER	Sociaal Economische Raad
SGP	Staatkundig Gereformeerde Partij
SCP	Sociaal en Cultureel Planbureau

Simons-I	Nota «Werken aan zorgvernieuwing»
Simons-II	Nota «Weloverwogen verder»
SW Fase N	Wetsvoorstel 1e, 2e en 3e fase
TIFOZ	Taskforce Informatievoorziening FOZ
TUBA	Tussenbalans
VNB	Vereniging van Nederlandse Bejaardenoorden
VV	Voorlopig Verslag
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VNO	Vereniging van Nederlandse Ondernemingen
VNZ	Vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars (voorheen Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen VNZ)
VPA	Vijf Partijen Akkoord
VPO	Vijf Partijen Overleg
WAGGS	Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gepremieerde en gesubsidieerde sector
WAZ	Werken aan Zorgvernieuwing (Zie Simons-II)
WBO	Wet op de bejaardenoorden
WIVB	Wet Inkomensvrije Beroepsbeoefenaren
WITTEVEEN	Ambtelijke commissie grondslag premies
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet op de Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZFR	Ziekenfondsraad
ZFW	Ziekenfondswet