

## CPB Memorandum

Hoofdafdeling(en) : Conjunctuur en collectieve sector  
Afdeling(en) : Zorg  
Samensteller(s) : Rudy Douven  
Nummer : 32  
Datum : 29 maart 2002

### Kwalitatieve analyse zorgstelsels

Vijf politieke partijen, de ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA en de SP hebben aangegeven een economische kwalitatieve analyse van hun vernieuwingen van het zorgstelsel op prijs te stellen. De analyse is onderdeel van een grotere analyse waarbij het CPB verkiezingsprogramma's van politieke partijen analyseert op economische aspecten. Deze publicatie van het CPB is reeds verschenen onder de titel: Keuzes in kaart 2003-2006; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's, en bevat tevens een samenvatting van deze achterliggende analyse. In dit memorandum wordt uitgebreider ingegaan op het analysekader, de beschrijving van de zorgstelsels en de wijze van scoren.

## Inhoud

1	Inleiding	4
2	Beschrijving zorgstelsels	5
2.1	Het pakket	5
2.2	De financiering	6
2.3	De verzekeraars	8
2.4	De zorgaanbieders	9
2.5	Overig beleid	10
3	Beschrijving Score-indicatoren	10
3.1	Positieve prikkels en risico's	11
3.2	Solidariteit	11
3.3	Keuzevrijheid	12
4	Te scoren groepen	13
4.1	Pakket en financiering	13
4.1.1	De omvang van het (basis)pakket	13
4.1.2	'Preferred provider' arrangementen	14
4.1.3	Inkomensafhankelijke premies versus nominale premie	15
4.1.4	Collectieve contracten	16
4.1.5	Eigen risico's/ Eigen betalingen	17
4.2	De verzekeraar, de zorgaanbieder en overig beleid	18
4.2.1	De risicodragendheid en de mate van concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders	18
4.2.2	For profit of/en not for profit verzekeraars en zorgaanbieders	19
4.2.3	Het vergoedingensysteem	20
4.2.4	Regulering	21
5	Het scoren van de zorgstelsels	22
5.1	Het pakket en de financiering	22
5.1.1	Positieve prikkels	23
5.1.2	Negatieve risico's	24
5.1.3	Solidariteit	25
5.1.4	Keuzevrijheid	26

5.2	Verzekeraars, zorgaanbieders en overig beleid	26
5.2.1	Positieve prikkels	27
5.2.2	Risico's	28
5.2.3	Solidariteit	30
5.2.4	Keuzevrijheid	30
5.3	De totaalscore	30
6	Conclusies	33
7	Referenties	34
	Appendix	36
	Zorgstelsel ChristenUnie	36
	Zorgstelsel D66	39
	Zorgstelsel GroenLinks	42
	Zorgstelsel PvdA	45
	Zorgstelsel van de Socialistische Partij (SP)	48

## Inleiding

Vijf politieke partijen, de ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA en de SP hebben aangegeven een analyse van hun vernieuwingen van het zorgstelsel op prijs te stellen. De analyse is onderdeel van een grotere analyse waarbij het CPB verkiezingsprogramma's van politieke partijen analyseert op economische aspecten. Deze publicatie van het CPB is reeds verschenen onder de titel: Keuzes in kaart 2003-2006; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's, en bevat tevens een samenvatting van de onderliggende kwalitatieve analyse. In deze notitie wordt er uitgebreider ingegaan op het analysekader, de beschrijving van de zorgstelsels en de wijze van scoren.

Het gaat om een kwalitatieve economische analyse, dus bij het scoren is er voornamelijk rekening gehouden met economische argumenten. Het doel van de analyse is de vernieuwing van het zorgstelsel van iedere partij te beschrijven en te scoren. Uitgangspunt bij het opstellen van de scores is de Nederlandse consument. Welke zorg krijgt de consument, tegen welke prijs, wat is daarbij zijn keuzevrijheid en in hoeverre zijn deze factoren onafhankelijk van zijn gezondheidsrisico. Een indicator als medische kwaliteit van de zorg behoort niet tot het terrein van het CPB en is daarom niet meegenomen in de score.

We hebben ons daarbij beperkt tot de hoofdlijnen, omdat het onmogelijk is om alle facetten van de zorg mee te nemen. Sommige aspecten worden niet uitgebreid belicht omdat alle partijen hier dezelfde keuze maken, zoals bijvoorbeeld het integreren van het huidige eerste en tweede compartiment. De koopkrachteffecten die gepaard gaan met stelselwijzigingen en de reparatie daarvan worden meegenomen in hoofdstuk 3 van de hierboven genoemde publicatie. In die publicatie worden eveneens de voorgestelde intensiveringen en ombuigingen in de zorg beschreven. Deze worden niet meegenomen in deze analyse. Ten eerste gaat het om een analyse van het stelsel als zodanig op de lange termijn en, ten tweede, vinden veel van de voorgestelde intensiveringen, zoals betere arbeidsvoorwaarden in de zorg of het oplossen van knelpunten in de zorg, al plaats voordat het nieuwe zorgstelsel is ingevoerd.

Om zoveel mogelijk de transparantie van het scoren te waarborgen is er gekozen voor een opzet waarbij de scores ook worden toegelicht voor belangrijke deelfacetten van een stelsel. Het is niet de bedoeling van deze analyse om het ene zorgstelsel als beter of slechter te kwalificeren dan het andere zorgstelsel. De bedoeling is om via de scores te laten zien waar het ene stelsel meer prioriteit aan geeft dan het andere. De analyse beperkt zich tot de hoofdlijnen van de verschillende zorgstelsels. Hoewel voor de zorg misschien nog meer geldt dan voor andere sectoren: 'the devil is in the detail', zijn de details van een stelsel vaak ook binnen partijen nog niet voldoende uitgesproken. Dit maakt mede dat de scores van de indicatoren met onzekerheid zijn omgeven.

De opzet van de notitie is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de zorgstelsel van de partijen in het kort beschreven. Hierbij is zoveel mogelijk gebruik gemaakt van de verkregen informatie van de partijen. Een uitgebreidere beschrijving van de zorgstelsel is te vinden in de Appendix. In

hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van de score-indicatoren en in hoofdstuk 4 volgt een beschrijving van het analysekader. Het zorgstelsel van een partij wordt gescoord in hoofdstuk 5, waarbij zoveel mogelijk gebruik wordt gemaakt van de analyse in hoofdstuk 4. De totaalscore van een stelsel wordt afgezet tegen het huidige stelsel. Er wordt zoveel mogelijk vergeleken met het huidige ziekenfonds en de particuliere markt samen waarbij het ziekenfonds, vanwege de relatieve omvang, het zwaarst weegt. In hoofdstuk 6 sluiten we af met de conclusies.

## **2 Beschrijving zorgstelsels**

In dit hoofdstuk worden de kernpunten van de stelsels van de vijf partijen samengevat. Een uitgebreidere beschrijving van de stelsels is te vinden in de Appendix. Alle partijen willen een grondige vernieuwing van het zorgstelsel. Zo willen alle vijf de partijen de duale verzekeringsstructuur in het tweede compartiment (ziekenfonds- en particuliere verzekering) vervangen door één algemene verzekering curatieve zorg en die verzekering op termijn integreren met de bestaande Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA kiezen bij de sturing van de zorg voor een model van gereguleerde concurrentie en volgen daarmee in grote lijnen de kabinetsvisie zoals die is uiteengezet in 'Vraag aan bod' (VWS (2001C)). De SP daarentegen kiest voor een sturing door de overheid, waarbij de uitvoering van de zorg voor rekening komt van publieke uitvoeringsorganen.

### **2.1 Het pakket**

Alle vijf partijen willen één breed basispakket. Dit basispakket is verplicht voor iedere burger. Het aanbieden van smallere pakketten, zoals in de huidige particuliere verzekering, wordt dus verboden. Bij alle vijf partijen komt de verstrekte zorg in het basispakket in grote lijnen overeen met de verstrekte zorg door de AWBZ en het ziekenfondspakket.

De precieze omvang en invulling van het basispakket verschillen enigszins per partij; zo willen de ChristenUnie, GroenLinks, PvdA en de SP ook tandheelkundige zorg laten opnemen in het basispakket. De Christenunie wil verder bepaalde vormen van zorg die in relatie staan met voortplanting (IVF, anticonceptiva met reversibel effect, hersteloperaties na sterilisatie) en levensbeëindigend handelen (zowel van het geboren als ongeboren leven) niet opnemen in het pakket. D66 wil een gedeelte van de jeugdhulpverlening dat nu via de rijksbegroting loopt opnemen in het pakket. GroenLinks wil het pakket uitbreiden met alternatieve geneeswijzen, mits uitgevoerd door geregistreerde behandelaars. GroenLinks wil verder dat verzekeraars gaan concurreren met maximale wachttijden en voorschriften over de bereikbaarheid van zorgaanbieders. De SP wil het pakket verbreden met zelfzorgmiddelen op recept en

eerste-lijn-psychologen. De SP wil verder bepaalde voorzieningen voor gehandicapten en ouderen, zoals vervoersvoorzieningen, woningaanpassing, maaltijdservice en alarmering in het pakket opnemen.

De zorg die buiten het basispakket valt loopt bij alle vijf partijen via de aanvullende particuliere verzekeringen; deze verzekeringen vallen buiten het directe bereik van de overheid. Daarom beperkt de beschrijving van het stelsel zich in het vervolg slechts tot het basispakket.

De jaarlijkse aanpassing van het basispakket geschiedt bij alle vijf partijen door de overheid. Bij het samenstellen van het pakket geldt het uitgangspunt van de noodzakelijke zorg, dat wil zeggen zorg met bewezen werkzaamheid die doelmatig wordt toegepast en zorg die niet voor eigen rekening en verantwoording kan komen (bijvoorbeeld volgens de trechter van Dunning).

Uitgezonderd de SP willen alle partijen de verzekeraars ook de mogelijkheid geven om 'preferred provider' arrangementen te laten opnemen in het pakket. Bij 'preferred provider' arrangementen mogen verzekeraars selectieve contracten afsluiten met zorgaanbieders. Een verzekerde heeft dan de mogelijkheid om te kiezen voor een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg. Belangrijk hierbij is het concept van de functioneel gedefinieerde zorgaanspraken waardoor verzekeraars meer ruimte krijgen om te onderhandelen met zorgaanbieders (zie ook VWS(2001C)).

## **2.2 De financiering**

Enkele belangrijke verschillen met betrekking tot de financiering zijn aangegeven in tabel 2.1. De ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA kiezen voor een model van gereguleerde concurrentie en dus voor een gemengde financiering, dat wil zeggen dat het basispakket gedeeltelijk inkomensafhankelijk wordt gefinancierd en gedeeltelijk via een nominale premie, die rechtstreeks bij de verzekerden wordt geheven door verzekeraars. Voor iedere verzekerde aangesloten bij dezelfde verzekeraar is de nominale premie gelijk, maar de nominale premies mogen verschillen tussen verzekeraars. Hierdoor wordt concurrentie tussen verzekeraars op de nominale premie mogelijk, naast concurrentie op kwaliteit en service. De gewenste financiering van het basispakket via het inkomen en de nominale premie verschilt echter per partij. Zo wil GroenLinks op lange termijn een bijna volledige inkomensafhankelijke financiering met een gemiddelde nominale premie van 0 euro. De nominale premie varieert dan rond de 0 euro en deze mag dus ook negatief worden; verzekerden ontvangen dan geld bij het afsluiten van een verzekering. De PvdA wil voor het grootste gedeelte een inkomensafhankelijke financiering waardoor de nominale premie ten opzichte van de totale zorguitgaven beperkt blijft (5%). De belangrijkste reden voor GroenLinks en de PvdA om te kiezen voor een beperkte nominale financiering is dat het de reparatie van de koopkrachteffecten die optreden door de stelselwijziging, eenvoudiger maakt. Beide partijen vinden ook dat op langere termijn de

**Tabel 2.1 Verschillen met betrekking tot de financiering van zorgstelsels**

	ChristenUnie	D66	GroenLinks	PvdA	SP
Gereguleerde concurrentie (g.c.) of volksverzekering (v.v.)	g.c.	g.c.	g.c.	g.c.	v.v.
Percentage nominale premie ten opzichte van totale zorguitgaven aan basispakket	10%	60%	0%	5%	geen nominale premie
Meerdere verzekeraars waarbij nominale premies mogen verschillen tussen verzekeraars	ja	ja	ja	ja	één landelijke verzekeraar
eigen risico per persoon (min-max.)	100 euro-vrij maximum hangt af van inkomen	200-500 euro	geen	0-100 euro	geen
toelaten collectieve contracten	ja	ja	nee	nee	nee

inkomenssolidariteit het beste gewaarborgd blijft bij een grotendeels inkomensafhankelijke financiering. Bij de ChristenUnie is de gemiddelde nominale premie iets hoger dan bij de PvdA. De belangrijkste reden voor de ChristenUnie om te kiezen voor een nominale premie is om de prijs van de zorg zichtbaarder te maken voor de verzekerde om op die manier de eigen verantwoordelijkheid van verzekerden te vergroten. D66 kiest op lange termijn voor een substantiële nominale premie. De belangrijkste reden voor D66 is dat er voldoende prikkels bij zorgverzekeraar, zorgverlener en zorgvrager moeten zijn om bewuste keuzen en een beheerste kostenontwikkeling te bereiken. De SP kiest voor een volledige inkomensafhankelijke financiering zonder nominale premies. De belangrijkste reden voor de SP is dat de financiering dan op basis van draagkracht kan plaatsvinden waardoor de solidariteit en de toegankelijkheid naar haar inzicht het beste worden gewaarborgd.

Drie partijen, de ChristenUnie, D66 en de PvdA, willen eigen risico's invoeren. Bij een eigen risico moet een consument zijn uitgaven aan de zorg, tot een bepaald bedrag, eerst zelf betalen. De PvdA wil vrijwillige eigen risico's met een maximaal eigen risico van 100 euro. De ChristenUnie wil gestaffelde eigen risico's die gerelateerd zijn aan het inkomen van de verzekerde. Er geldt een verplicht eigen risico van 100 euro. Het maximum eigen risico hangt af van het inkomen. Voor een minimum inkomen is het maximum eigen risico ook 100 euro, voor een minimum inkomen + 5000 euro is het maximum 300 euro, voor een inkomen gelijk aan de huidige inkomensgrens van het ziekenfonds is het maximum 500 euro, boven deze

inkomensgrens is het eigen risico vrij. De D66 wil een minimaal eigen risico van 200 euro en een maximaal eigen risico van 500 euro.

Twee partijen, de ChristenUnie en D66, willen collectieve contracten toelaten op de markt. Bij een collectief contract kiest een groep verzekerden gezamenlijk voor een bepaalde polis bij een verzekeraar. De inhoud van de polis komt meestal via onderhandeling tot stand.

Tabel 2.2. geeft enkele verschillen tussen de politieke partijen met betrekking tot de sturing van de zorgstelsels. In de volgende drie paragrafen worden deze aspecten uitgediept.

### 2.3 De verzekeraars

In het gereguleerde concurrentie model van de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA geldt een acceptatieplicht voor het basispakket (en de eventuele 'preferred provider' arrangementen). Bij zowel de ChristenUnie als de D66 geldt de acceptatieplicht echter alleen voor het laagste eigen risico. Verzekeraars concurreren op premie, kwaliteit en service.

**Tabel 2.2 Verschillen met betrekking tot de sturing van zorgstelsels**

	Christen Unie	D66	Groen Links	PvdA	SP
<b>Verzekeraars</b>					
Ex-ante risico-verevening, klein gedeelte ex-post	ja	ja	ja	ja	nee
concurrentie op kwaliteit (k), premie (p), service (s)	k,p,s	k,p,s	k,p,s	k,p,s	nee
toelaten for-profit verzekeraars	nee	ja	nee	ja (onder voorwaarden)	nee
vergoedingssysteem (natura, restitutie, pgb's (pvb's))	n,p	r,p	n,r,p	n,p	n
<b>Zorgaanbieders</b>					
concurrentie op kwaliteit (k), prijs (p), service (s)	k,p,s	k,p,s	k,p,s	k,p,s	k,s
toelaten for-profit ziekenhuizen/klinieken	nee	ja	nee	ja (onder voorwaarden)	nee
<b>Overig beleid</b>					
beheersing macro-financiering via overheidsbudgetten (o.b.), maximering nominale premie, (m.p.) of via 'ultimum remedium' (u.r.)	u.r.	u.r.	m.p.	u.r.	o.b.

Aangezien de verzekeraars ook mensen met hoge gezondheidsrisico's dienen te verzekeren voor dezelfde premie als mensen met lagere risico's komt er bij alle vier de partijen een systeem van risicoverevening, voornamelijk ex-ante en een klein gedeelte ex-post (omdat verzekeraars op



bepaalde kosten nauwelijks invloed kunnen uitoefenen). In vergelijking met de huidige ziekenfondsen gaan verzekeraars dus meer risico dragen. Een verzekeraar heeft verder een zorgplicht, dat wil zeggen dat de verzekeraar door middel van overeenkomsten met zorgaanbieders de tijdige verstrekking van zorg moet regelen (binnen de wettelijk geregelde functioneel omschreven aanspraken).

De verschillen tussen de vier partijen liggen voornamelijk in het type verzekeraar dat ze op de markt willen toelaten. De D66 wil zowel not-for-profit als for-profit verzekeraars toelaten zoals op de huidige particuliere markt. De ChristenUnie en GroenLinks willen alleen not-for-profit verzekeraars toelaten, vergelijkbaar met de huidige ziekenfondsen. De PvdA wil for-profit verzekeraars alleen toelaten onder voorwaarden, waarbij bijvoorbeeld de winst wordt gelimiteerd tot een beperkt percentage (bijvoorbeeld 3%, of 1% bovenop de reële rente, van de premieopbrengsten). Overige winst kan worden ingezet voor andere doeleinden, zoals bijvoorbeeld pakketverbeteringen.

Andere verschillen liggen bij het vergoedingensysteem. De ChristenUnie en de PvdA willen een natura systeem en de D66 een restitutiesysteem. GroenLinks wil verzekeraars zelf laten bepalen welk vergoedingensysteem het meest aantrekkelijk is; verzekeraars kunnen dus experimenteren met beide systemen. Alle vier de partijen willen meer persoonsgebonden budgetten (PGB's) en persoonsvolgende budgetten (PVB's) invoeren.

De volksverzekering van de SP zal worden uitgevoerd door publieke organen. De huidige verzekeraars worden sociale regionaal werkende uitvoeringsorganen losgekoppeld van commerciële organen zoals schadeverzekeraars. Deze uitvoeringsorganen dragen geen financiële risico's; sturingsprikkel worden gegeneerd via 'benchmarking' en bij onvoldoende functioneren dreigt ontslag van het management. De uitvoeringsorganen houden toezicht op de zorgaanbieders via 'benchmarking' en 'outputmeting'.

## **2.4 De zorgaanbieders**

Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA moeten zorgaanbieders, op termijn, meer onderling concurreren op prijs en kwaliteit, waarbij de minimum kwaliteit moet voldoen aan de norm 'algemeen aanvaarde standaard'. Zorgaanbieders werken volgens richtlijnen en protocollen, maar de tarieven die ze mogen vragen zijn in principe vrij; de onderlinge concurrentie dient er voor te zorgen dat een zorgaanbieder die een te hoog tarief vraagt niet door een verzekeraar wordt gecontracteerd. De verzekeraar heeft immers wel een zorgplicht maar geen contracteerplicht. Bij de SP verrichten de zorgaanbieders overheidszorg. Salariëring geschiedt via 'abonnementen' of loondienst, en wordt bepaald in cao's.

Alle partijen willen de toetreding van nieuwe zorgaanbieders bevorderen door het afschaffen of versoepelen van de toetredingsregulering, zoals de numerus fixus, door het uitbreiden van opleidingen en het verbeteren van de arbeidsvoorwaarden.

De grootste verschillen tussen de stelsels van de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA zitten bij het toelaten van for-profit ziekenhuizen en klinieken. Momenteel opereren alle algemene ziekenhuizen op not-for-profit basis. De ChristenUnie en GroenLinks willen dat zo houden en geen for-profit ziekenhuizen en klinieken toelaten, de PvdA wil deze alleen toelaten onder strenge restricties (zie ook bij verzekeraars) en de D66 wil wel for-profit ziekenhuizen en klinieken op de markt toelaten.

## **2.5 Overig beleid**

Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA komt er een onafhankelijk toezicht op de concurrentie van verzekeraars en aanbieders. De overheid stelt jaarlijks de omvang, de randvoorwaarden en de normuitkeringen (behorende bij de verevening) van het basispakket vast. De nominale premie wordt vervolgens door de verzekeraars vastgesteld. Een belangrijk verschil is dat GroenLinks een expliciete maximering van de nominale premie wil terwijl de overige partijen dit instrument als een 'ultimum remedium' beschouwen. Bij een gemiddelde nominale premie van 0 euro stelt GroenLinks een maximering voor van 250 euro (met jaarlijkse inflatiecorrectie). Verder dient bij alle partijen de overheid meer informatie te geven aan consumenten, wat betreft kwaliteit en prijs, zodat consumenten makkelijker een keuze tussen verzekeraars kunnen maken.

Bij de SP bepaalt de overheid jaarlijks het pakket, het budget en de tarieven voor de zorg. Nacalculatie vindt achteraf plaats op basis van extra geleverde zorg of noodzakelijke investeringen in mensen of materieel. De overheid houdt toezicht op de uitvoeringsorganen via een systeem van indicatiestelling, protocollen en richtlijnen. Bij onvoldoende functioneren kan ontslag volgen. De overheid zorgt er verder voor dat het zorgaanbod fysiek dicht in de buurt van de burger blijft.

## **3 Beschrijving Score-indicatoren**

Uitgangspunt bij het opstellen van de score-indicatoren is de Nederlandse consument. Welke zorg krijgt de consument wanneer deze patiënt wordt en welke prijs (in premie of belasting) moet de consument daarvoor betalen wanneer hij verzekeringnemer is? Welke keuzes heeft de patiënt daarbij, met betrekking tot het verkrijgen van zorg en welke keuzes heeft de consument met betrekking tot het verzekeren voor zorg? In hoeverre zijn de zorg, de premie en de keuzevrijheid van de consument onafhankelijk van zijn gezondheidsrisico? Deze vragen worden

voor ieder stelsel gescoord met behulp van vier indicatoren: positieve prikkels, risico's, solidariteit en keuzevrijheid.

Een indicator als de medische kwaliteit van de zorg behoort niet tot het terrein van het CPB en is daarom niet meegenomen in de score. Het risico van daling van de kwaliteit van de zorg is wel meegenomen bij risico's. Met bovenstaande vier indicatoren worden de prioriteiten en posterioriteiten van de verschillende zorgstelsels in beeld gebracht.

### **3.1 Positieve prikkels en risico's**

De eerste indicator geeft aan in hoeverre er in een stelsel positieve prikkels aanwezig zijn voor een efficiënte productie en consumptie van de zorg. Daarbij gaat het om het aansturen van de aanbieders van zorg (artsen, zorginstellingen etc.) en de prikkels die er voor verzekerden zijn om efficiënt met de zorg om te gaan. Ook is van belang in hoeverre verzekeraars prikkels hebben om daarop toezicht uit te oefenen en om er voor zorg te dragen dat de resultaten van efficiency-inspanningen bij de consument terechtkomen.

De tweede indicator wijst op de risico's die kunnen optreden als het invoeren van nieuwe prikkels in een stelsel anders uitpakt dan verwacht. Als de risico's in een stelsel groot zijn dan is de kans op een daadwerkelijk efficiëntere productie van zorg kleiner.<sup>1</sup>

Uitgangspunt bij het opstellen van deze twee indicatoren is dat de haalbare efficiency-niveaus van de zorg kunnen verschillen per zorgstelsel. Onder een efficiency-niveau wordt verstaan de geboden kwaliteit en hoeveelheid in verhouding tot de prijs (premie of belasting) voor de verzekeringnemer.<sup>2</sup> Bijvoorbeeld, het introduceren van meer marktwerking in de zorg wijzigt de prikkels voor consumenten, zorgaanbieders, verzekeraars en overheid en dat kan leiden tot een hoger haalbaar niveau van efficiency. Het kan echter ook leiden tot meer risico's, zoals het optreden van (regionale) monopolies van verzekeraars en/of aanbieders, collusie tussen verzekeraars, te weinig premieconcurrentie door lage prijsgevoeligheid van verzekeringnemers, het verkeerd inschatten van budgetten door de overheid, moeilijkere sturing door de overheid, hogere beheerskosten etc.

### **3.2 Solidariteit**

<sup>1</sup> Optimaal beleid is daarmee gedefinieerd als het invoeren van gerichte positieve prikkels, waarbij dus weinig of geen risico's worden geïntroduceerd.

<sup>2</sup> Kwaliteit van zorg dient opgevat te worden in ruime zin; dus naast de medische-inhoudelijke kwaliteit vallen hier ook de verbetering in de organisatorische en procesmatige aspecten van de zorg onder. Hierdoor vallen dus ook bijvoorbeeld de wachttijd voor een behandeling, het feit of de zorg gepast is, het niet voldoen aan de zorgplicht door een verzekeraar etc.

De score van de mate van solidariteit richt zich in deze analyse vooral op de risico-solidariteit. Met risico-solidariteit wordt bedoeld de mate waarin het verkrijgen van de noodzakelijke zorg onafhankelijk is van het gezondheidsrisico van de consument. Hierdoor dragen mensen met goede risico's mede de lasten van mensen met slechte risico's. Hierbij wordt er onderscheid gemaakt tussen twee soorten risico-solidariteit. De eerste is risico-solidariteit bij het verzekeren. Er is bijvoorbeeld sprake van risico-solidariteit wanneer in de premiestelling niet of niet volledig rekening wordt gehouden met verschillen in gezondheidsrisico. De tweede is risico-solidariteit bij het verstrekken van de zorg. Bijvoorbeeld zorgaanbieders kunnen in het ene stelsel besluiten om meer te beknopten op de zorg dan in het andere en dat treft vooral mensen met een slechte gezondheid.

De stelselwijziging in de zorg kan wat betreft inkomenssolidariteit niet los worden gezien van het fiscale stelsel en de sociale zekerheid. De koopkrachteeffecten die gepaard gaan met stelselwijzigingen en de reparatie daarvan worden meegenomen in paragraaf 1.3 en hoofdstuk 3 van de CPB-publicatie *Keuzes in Kaart (CPB(2002))*. Bij de zorgstelsels met een nominale premie wordt in deze doorrekeningen uitgegaan van een gemiddelde nominale premie. Het optreden van grote variaties in de nominale premies tussen verzekeraars kan de inkomenssolidariteit beïnvloeden. Dit kan gebeuren wanneer de ene verzekeraar zich richt op verstrekkingen met een minimum aan kwaliteitseisen terwijl een andere verzekeraar zich richt op verstrekkingen die ver boven de minimum kwaliteitseisen uitstijgen. Deze mogelijkheid wordt ook meegenomen bij de indicator solidariteit.

### **3.3 Keuzevrijheid**

De indicator keuzevrijheid is een maat voor de keuze die de patiënt heeft voor wat betreft het zorgaanbod en de keuzevrijheid van de verzekeringnemer voor de te verzekeren polis. Een grote keuzevrijheid voor het verzekeren betekent dat de consument een ruime keuze heeft bij het afsluiten van zijn polis zoals de keuze voor verschillende pakketopties, voor verschillende eigen risico's, verschillende 'preferred provider'-arrangementen etc.

Een grote keuzevrijheid van zorgaanbieders betekent dat een consument een ruime keuze heeft in het aanbod van zorg. Hierbij wordt uitgegaan van de keuzevrijheid die de patiënt heeft nadat de polis is afgesloten. Een snellere diffusie van nieuwe medische technologie en meer differentiatie in zorgvormen worden ook geassocieerd met meer keuzevrijheid. Patiënten kunnen dan kiezen voor de nieuwste behandelwijzen en hebben meer keuzes uit verschillende vormen van zorg.

## 4 Te scoren groepen

Alvorens we totale stelsels gaan scoren op de vier bovengenoemde indicatoren, wordt ieder stelsel ontleed aan de hand van twee groepen:

- 4.1. Pakket en financiering,
- 4.2. Verzekeraars, zorgaanbieders en overig beleid.

Beide hierboven genoemde groepen vertegenwoordigen een belangrijk element in het zorgstelsel en hebben daarmee een belangrijke invloed op de uiteindelijke zorg die patiënt ontvangt en de wijze waarop de consument zich kan verzekeren.

In de komende twee paragrafen behandelen we eerst de mogelijke effecten van iedere groep op de te scoren indicatoren.

### 4.1 Pakket en financiering

Onder pakket wordt naast het aantal en de omvang van pakketten ook de invulling ervan verstaan. Een uiterste is één groot basispakket dat voor iedere burger gelijk is met daarnaast nauwelijks aanvullende verzekeringen. Een ander uiterste is de mogelijkheid dat iedere burger zijn eigen pakket zelf mag samenstellen. Onder financiering verstaan we de wijze waarop het pakket wordt gefinancierd. Achtereenvolgens behandelen we in deze paragraaf de volgende aspecten:

- 4.1.1. De omvang van het (basis)pakket
- 4.1.2. 'Preferred provider' arrangementen
- 4.1.3. Inkomensafhankelijke premies versus nominale premies
- 4.1.4. Collectieve contracten
- 4.1.5. Eigen risico's/eigen betalingen

#### 4.1.1 De omvang van het (basis)pakket

- **Positieve prikkels en risico's**  
Een breed basispakket associëren we met positieve prikkels omdat het de transparantie vergroot in een stelsel waarin verzekeraars concurreren. Een smal, of zelfs geen, basispakket wordt geassocieerd met een situatie waarbij de consument grotendeels zijn pakket zelf kan samenstellen. Dit kan de efficiency vergroten omdat verzekeraars meer mogelijkheden hebben om via maatwerk in te spelen op de vraag van consumenten. Een smal, of geen, basispakket wordt hier echter voornamelijk geassocieerd met risico's. Immers een smal basispakket zorgt voor een grote variëteit aan aanvullende pakketten wat gaat ten koste van de transparantie van

een stelsel, hetgeen bijvoorbeeld de concurrentieprikkels bij verzekeraars kan verminderen. Verzekerden zullen minder makkelijk pakketten met elkaar kunnen vergelijken en voor verzekeraars leidt minder transparantie vaak tot meer risico-selectie.

- Solidariteit

De omvang van het basispakket is van belang voor de solidariteit. Hierbij geldt hoe breder het basispakket, hoe geringer het aantal aanvullende verzekeringen en hoe groter de solidariteit. Bij een smal basispakket zal het aantal aanvullende verzekeringen toenemen. Dit betekent dat hoge gezondheidsrisico's hogere kosten hebben voor niet gedeelde voorzieningen dan wel meer zorg zullen moeten verkrijgen via aanvullende verzekeringen, hetgeen de solidariteit verkleint. Bovendien kan een smal basispakket leiden tot meer pakketdifferentiatie tussen verzekerden, hetgeen kan leiden tot 'adverse selection' omdat de verzekerden hun keuze voor een bepaald pakket zullen baseren op informatie van hun verwachte zorguitgaven. Wanneer deze informatie afwezig is in het vereveningssysteem, of bij de verzekeraar, kan een verzekerde daar voordeel uit halen en wordt de risicosolidariteit kleiner. Bij een smal basispakket is er een groter risico van tweedeling tussen verzekerden, waarbij verzekerden met een hoger inkomen of beter risico over betere zorg kunnen beschikken.

- Keuzevrijheid

De keuzevrijheid is groter bij een klein basispakket omdat verzekerden naast het basispakket zelf hun aanvullende pakket mogen samenstellen. Bij een breed basispakket zijn de differentiatiemogelijkheden voor de verzekerden kleiner en zullen sommige verzekerden zich ook moeten 'over'-verzekeren.<sup>3</sup>

#### 4.1.2 'Preferred provider' arrangementen

'Preferred provider' arrangementen wil zeggen dat zorgverzekeraars exclusieve afspraken mogen maken met zorgaanbieders. Een verzekerde kan dan kiezen voor een door de zorgverzekeraar getroffen selectieve regeling met aanbieders van zorg.<sup>4</sup> We merken hierbij op dat door de acceptatieplicht en de zorgplicht voor verzekerden uit alle regio's het belang van 'preferred provider' arrangementen kan afnemen (zie CVZ(2002)).

- Positieve prikkels en risico's

'Preferred provider' arrangementen geven verzekeraars de mogelijkheid om te onderhandelen met individuele zorgaanbieders. Hierbij kunnen verzekeraar niet alleen bepalen met welke aanbieders contracten worden afgesloten maar daarnaast kunnen ze ook invloed krijgen op de

<sup>3</sup> De keuzevrijheid hangt ook samen met acceptatieplicht. Zonder acceptatieplicht kan 'keuzevrijheid' voor oudere en minder gezonde mensen erg duur zijn.

<sup>4</sup> Voor een uitgebreidere beschrijving, zie bijvoorbeeld Glied (2000) en VWS (2001C).

geleverde diensten. De mogelijkheid tot het aangaan van nauwere banden met de zorgaanbieder zorgt voor meer positieve prikkels.

Er zijn ook risico's aan verbonden. 'Preferred provider' arrangementen kunnen via een verregaande integratie van verzekeraar en zorgaanbieder leiden tot meer regionalisering van de zorg, en daardoor de concurrentie verminderen. Verregaande integratie kan ook ertoe leiden dat de verzekeraar meer invloed krijgt op de beslissingen van de arts krijgt (en dus ook op de afweging prijs versus kwaliteit van zorg) maar ook via de arts meer informatie inwint over de consument (risico-selectie). Verder zijn er natuurlijk transactiekosten verbonden aan contractering en eventuele sturing van zorgaanbieders.

- Solidariteit

De solidariteit kan verminderd worden via een toename van de kwaliteitsdifferentiatie. Wanneer differentiatie in de kwaliteit van de zorg van verschillende aanbieders optreedt kunnen verzekeraars deze kwaliteitsverschillen ook laten terugkomen in de polisvoorwaarden. Op langere termijn kan dit leiden tot kwaliteitsdifferentiatie in het aanbod van zorg (en op die manier een tweedeling in de zorg).

- Keuzevrijheid

Het is moeilijk in te schatten wat voor gevolgen 'preferred provider' arrangementen hebben voor de keuzevrijheid. Bij het verzekeren wordt de keuzevrijheid van de consument kleiner wanneer deze alleen uit 'preferred provider' arrangementen mag kiezen. Wanneer 'preferred provider' arrangementen naast een 'gewone' verzekering worden aangeboden wordt de keuze bij het verzekeren groter. De keuzevrijheid nadat de verzekering is afgesloten wordt bij een 'preferred provider' arrangement kleiner omdat er slechts een keuze is uit een beperkt aantal zorgaanbieders.<sup>5</sup> In sommige stelsels kan een verzekerde van het 'preferred provider' arrangement afwijken waardoor de keuzevrijheid gelijk blijft, maar dat gaat dan gepaard met hogere kosten.

#### 4.1.3 Inkomensafhankelijke premies versus nominale premie

De financiering kan plaatsvinden door de overheid (in de regel inkomensafhankelijk) of/en door een premie van de verzekeraar (niet inkomensafhankelijk). Onder een volledig inkomensafhankelijke premie verstaan we een stelsel waarbij geen vast bedrag door verzekeraars rechtstreeks aan de consument wordt gegeven. Wanneer een stelsel niet volledig inkomensafhankelijk is wordt er wel een bedrag gegeven door verzekeraars. Dit bedrag noemen we de nominale premie en die kan verschillen per verzekeraar. Bij een hoge inkomensafhankelijke premie is de nominale premie laag en zijn zelfs negatieve nominale

<sup>5</sup> Bij het afsluiten van een ziektekostenverzekering is het onmogelijk om met alle mogelijke ziektes rekening te houden.

premies mogelijk. Naarmate de inkomensafhankelijke premies lager worden zal de nominale premie toenemen. In het uiterste geval zijn er volledig nominale premies en geen inkomensafhankelijke premies (zie ook CPB (2001B)).

- **Positieve prikkels en risico's**

Bij een volledig inkomensafhankelijke premie zijn de positieve prikkels zwakker omdat verzekeraars niet op de premie concurreren, als we ervan uitgaan dat inkomensafhankelijke premies niet verschillen tussen verzekeraars.<sup>6</sup> Risico's zijn er met betrekking tot het stellen van het collectieve budget. Risico's zoals monopoliewinsten van verzekeraars via het zetten van (te) hoge premies kunnen hier echter niet optreden.

Bij een gemengd stelsel, dat wil zeggen een stelsel waarin een bepaald gedeelte van de premie nominaal is en een ander gedeeltelijk inkomensafhankelijk, zijn er wel de positieve prikkels om op de premie te concurreren. De precieze hoogte van de nominale premie is hierbij minder van belang. Wel moet de premie nog zo hoog zijn dat een redelijke nominale premie overblijft bij verzekerden die voor een eigen risico kiezen. Een gemengd stelsel kent enkele risico's. Het vaststellen, innen en verdelen van het inkomensafhankelijke premiedeel door de overheid kan gepaard gaan met diverse vormen van overheidsfalen (zie CPB (2001B)).

Bij een volledig nominale premie is er ook de positieve prikkel om op de premie te concurreren. Hier speelt het risico van het ontduiken van de verzekeringsplicht. De kosten die dit meebrengt zijn handhavings- en incassokosten.

- **Solidariteit**

De omvang van de nominale premie is niet van belang voor risicosolidariteit in het stelsel.<sup>7</sup> Alleen wanneer ontduiken van de ziektekostenverzekering veelvuldig plaatsvindt kan de solidariteit van het stelsel worden aangetast.

Een gerelateerd punt is hier dat beperkte nominale premies de reparatie van inkomenseffecten ten opzichte van het huidige stelsel makkelijker maakt (zie ook Schut en Laske-Aldershof (2001)).

- **Keuzevrijheid**

Er zijn geen directe gevolgen voor de keuzevrijheid.

#### **4.1.4 Collectieve contracten**

<sup>6</sup> We kunnen dan een situatie van maatstafconcurrentie krijgen (zie ook Canoy et al. (2000))

<sup>7</sup> De eventuele gevolgen voor de koopkracht hangen mede samen met de reparaties via het belastingstelsel en worden hier buiten beschouwing gelaten.



Een collectief contract kan inhouden dat een groep verzekerden gezamenlijk voor een bepaalde polis kiest bij een verzekeraar maar ook dat verzekeraars een ziektekostenpolis speciaal voor één groep ontwerpt.

- **Positieve prikkels en risico's**  
Collectieve contracten kennen bepaalde positieve prikkels. Collectiviteiten hebben een grotere marktmacht dan individueel verzekerden en kunnen daardoor goedkopere premies afdwingen. Collectieve contracten leveren geringe schaalvoordelen op voor de verzekeraar wat de beheerskosten (administratiekosten en marketing) kan beperken. Er zijn geen significante gevolgen voor de risico's; zo kan de transparantie van de verzekeringsmarkt wel wat kleiner worden.
- **Solidariteit**  
Onderhandelbare collectieve contracten verlagen de solidariteit vanwege de impliciete risicoselectie. Zo zullen de ziektekosten (en de premies) bij een groep ambtenaren wellicht lager worden ingeschaald door een verzekeraar dan een groep mijnwerkers (bijvoorbeeld omdat de ex-ante verevening niet corrigeert voor het beroep). Wanneer veel collectieve contracten worden afgesloten wordt de groep consumenten, die niet zijn aangesloten zijn bij een collectief, steeds kleiner en minder interessant voor verzekeraars.<sup>8</sup> Dit kan leiden tot een situatie waarbij de premiekortingen van collectiviteiten deels ten koste gaan van individuele contracten (zie Schut (2000)).
- **Keuzevrijheid**  
Collectieve contracten hebben geen directe gevolgen voor de keuzevrijheid. Wel is het zo dat werkgevers werknemers financieel kunnen 'pushen' om aan het collectief deel te nemen, wat in de praktijk de keuzevrijheid kan beperken. Dit hangt echter mede samen met de precieze voorwaarden waaraan collectieve contracten (moeten) voldoen.

#### **4.1.5 Eigen risico's/ Eigen betalingen**

- **Positieve prikkels en risico's**  
De invoering van eigen risico verbetert de positieve prikkelstructuur omdat consumenten bewuster met hun zorgkeuzes omgaan.<sup>9</sup>  
Eigen risico's brengen administratieve kosten met zich mee, die bij lage eigen risico's, wel eens hoger kunnen uitvallen dan de opbrengsten. Dit kan als financieel risico worden aangemerkt. Eigen risico's voor specifieke vormen van zorg kunnen leiden tot doorschuifgedrag.

<sup>8</sup> In 1998 was op de particuliere verzekeraarsmarkt 54% van de populatie verzekerd via een collectief contract (I.O.O. (2000)).

<sup>9</sup> Zie Folmer et. al (2001), voor een modelmatige exercitie van de invoering van een eigen risico van 100 euro voor alle verzekerden.

Bijvoorbeeld, bij een eigen risico voor de huisarts stapt men eerder direct naar de specialist. Verder kunnen eigen risico's/eigen betalingen leiden tot onverantwoord uitstel van het inroepen van medische zorg (waardoor hogere medische kosten kunnen ontstaan dan het geval was geweest bij onmiddellijk ingrijpen).

- Solidariteit  
Verplichte eigen risico's verminderen de solidariteit omdat slechte risico's relatief meer gaan betalen. Vrijwillige eigen risico's verminderen de solidariteit ook doordat goede risico's doorgaans voor een hoog eigen risico zullen kiezen en slechte risico's voor een laag eigen risico ('adverse selection'). De afname van solidariteit is daardoor sterker bij vrijwillige eigen risico's dan bij verplichte eigen risico's.
- Keuzevrijheid  
De keuzevrijheid voor de verzekeringnemer wordt vergroot wanneer verzekerden vrijwillig kunnen kiezen wat betreft (de hoogte van) hun eigen risico's/eigen betalingen.

## **4.2 De verzekeraar, de zorgaanbieder en overig beleid**

De mate waarin verzekeraars, de zorgaanbieders en overig beleid in de praktijk efficiënt zullen zijn hangt af van veel (on)zichtbare factoren. Het gaat hier te ver om deze allemaal te benoemen, vandaar dat we ons beperken tot enkele belangrijke factoren, namelijk:

- 4.2.1. De risicodragendheid en de mate van concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders
- 4.2.2. For profit of/en not for profit verzekeraars en zorgaanbieders
- 4.2.3. Het vergoedingensysteem.
- 4.4.4. Regulering

### **4.2.1 De risicodragendheid en de mate van concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders**

- Positieve prikkels en risico's  
Door het introduceren van meer risicodragendheid worden de (financiële) verantwoordelijkheden van verzekeraars groter waardoor de concurrentie tussen verzekeraars en zorgaanbieders wordt verscherpt.<sup>10</sup> Dit introduceert meer positieve prikkels. In een systeem waarbij de verzekeraar en zorgaanbieder geen risico dragen (en ook geen winst kunnen maken) zullen de positieve prikkels voor efficiency veel zwakker zijn, m.a.w. financiële prikkels spelen een belangrijke rol. Voor verzekeraars hangen de risico's deels samen met de werking van het (ex-ante/ex-post) risico-verevenings-systeem (zie Van de Ven en Ellis (2000)). In zijn algemeenheid geldt dat hoe beter

<sup>10</sup> Zie Folmer et al. (2001) voor een modeloefening waarbij de risicodragendheid van ziekenfondsen wordt vergroot door een wijziging in de nacalculatie- en vereveningspercentages.

het ex-ante vereveningssysteem werkt des te minder lonend is risico-selectie. Naast ex-ante verevening kan een bepaalde mate van ex-post verevening wenselijk zijn, zoals hoge kosten verevening (zie van Barneveld (2000)) of vergoeding van vaste ziekenhuiskosten, omdat verzekeraars nauwelijks invloed kunnen uitoefenen op deze kosten. Dit is bijvoorbeeld het geval in het huidige normuitkeringsstelsel op de ziekenfondsmarkt.

Risico's die bij verzekeraars kunnen optreden zijn een toename van de beheerskosten, bijvoorbeeld door een toename in selectie-activiteiten (marketing en/of risico-selectie<sup>11</sup>) van verzekeraars.<sup>12</sup> Een 100% ex-ante verevening leidt ook eerder tot beknipten op de kwaliteit van de zorg (Newhouse, 1996). Een ander risico is gelegen bij de mobiliteit van verzekerden. Wanneer deze mobiliteit niet van de grond komt is er ook niet zoveel te winnen bij meer concurrentie tussen verzekeraars.

- **Solidariteit**  
Bij een toename van de concurrentie of marktwerking kan de solidariteit onder druk komen te staan. Marktwerking zal in principe meer inspelen op de vraag van de consument en dus ook op de verschillen (in inkomen) tussen consumenten. Volledige solidariteit lijkt in een dergelijk stelsel moeilijker te handhaven.
- **Keuzevrijheid**  
In het algemeen geldt dat toenemende concurrentie de keuzevrijheid voor de verzekeringnemer kan vergroten. Immers concurrentie kan ertoe leiden dat verzekeraars via maatwerk beter inspelen op de wensen van de consumenten.

#### **4.2.2 For profit of/en not for profit verzekeraars en zorgaanbieders**

In het huidige stelsel zijn de ziekenfondsen not-for profit verzekeraars en sommige particuliere verzekeraars for-profit verzekeraars. Bij de zorgaanbieders kunnen we de vrije zelfstandige ondernemers onderscheiden die op for-profit basis werken, zoals de fysiotherapeut, huisartsen, specialisten etc. Alle algemene ziekenhuizen opereren momenteel op not-for profit basis. Wanneer we in deze notitie spreken over for-profit aanbieders doelen we voornamelijk op for-profit ziekenhuizen en klinieken.

- **Positieve prikkels en risico's**

<sup>11</sup> Risico-selectie kan worden gekarakteriseerd door allerlei soort gedrag van de verzekeraar zoals risico-specifieke marketing, het voeren van een ontmoedigingsbeleid voor (nieuwe) slechte risico's etc.

<sup>12</sup> Risicoselectie neemt toe naar mate de verevening minder adequaat is. Zie voor een modelmatige beschrijving Douven (2000).

In zijn algemeenheid is het moeilijk in te schatten welk type verzekeraar en zorgaanbieder, for profit of/en not for profit, de beste uitvoerders zijn. Op een concurrerende markt lijken de positieve prikkels groter in een situatie waarbij ook for-profit verzekeraars en instellingen worden toegelaten. Zo kunnen for-profit instituties, zoals bijvoorbeeld ziekenhuizen, makkelijker aan financiering voor hun kapitaal komen waardoor men minder afhankelijk is van de overheid. Verder zal bij for-profit organisaties een grotere 'drive' aanwezig zijn om te groeien door het exploreren van nieuwe markten.

De risico's lijken echter ook groter bij for-profit instituties. Bij for-profit organisaties is er een extra druk van de aandeelhouders. Door de asymmetrische informatie, de gebrekkige meetbaarheid van output of door onvolledige concurrentie, bestaat het risico van te hoge prijzen of te lage kwaliteit, waardoor geld uit de zorgsector kan vloeien. Bij not-for profit instituties lijkt dit risico kleiner omdat de winst alleen gebruikt mag worden voor doeleinden die de manager of de directie belangrijk vinden, zoals nieuwe zorg, scholing, medisch onderzoek etc. (zie ook NBER (2000)).

- Solidariteit

Het type institutie heeft gevolgen voor de solidariteit. For-profit instituties zouden vanwege hun winstgerichte aandeelhouders wel eens meer op zoek kunnen gaan naar vormen van risico selectie.<sup>13</sup> Verder bestaat de kans dat for-profit instituties meer zullen inspelen op de wensen van mensen met een hoog inkomen waardoor differentiatie in de zorg wordt bevorderd.

- Keuzevrijheid

For-profit instituties zullen meer inspelen op de vraag van consumenten wat de keuzevrijheid kan vergroten.

#### 4.2.3 Het vergoedingensysteem

- Positieve prikkels en risico's

Het is op voorhand moeilijk in te schatten wat de meest geschikte wijze van vergoeding is, een natuursysteem of restitutiesysteem. Het natuursysteem kent wellicht positieve prikkels, doordat de verzekeraar rechtstreeks contractuele afspraken maakt met de zorgaanbieder zijn de administratiekosten lager dan in een restitutiesysteem, waar de betalingen aan de aanbieder via de verzekerden lopen. Dit wordt vaak als de reden genoemd waarom de beheerskosten voor een particuliere verzekeraar (ongeveer 11% van de totale kosten) zoveel hoger zijn dan voor een ziekenfonds (ongeveer 4% van de totale kosten). Hoe overtuigend dit argument is, is niet duidelijk. De verschillen van beheerskosten tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars

<sup>13</sup> In dat geval gaat er een signaalfunctie uit van het type verzekeraar. Not-for profit staat dan voor meer kwaliteit dan for-profit (zie bijvoorbeeld ook NBER(2000)).

kunnen ook (mede) te wijten zijn aan institutionele verschillen en/of verschillen in schaalgrootte. Ook kunnen beheerskosten te maken hebben met streven naar risico-selectie, efficiency-activiteiten en administratieve kosten (zie ook Douven en Westerhout (2000)).<sup>14</sup> Bij invoering van eigen risico's lijken in een natuursysteem de administratieve kosten toe te nemen terwijl in een restitutie-systeem deze kosten juist lijken af te nemen. In deze analyse heeft de wijze van vergoeding geen invloed op de positieve prikkels en de risico's.

- Solidariteit en keuzevrijheid

Het vergoedingensysteem heeft geen directe gevolgen voor de solidariteit en de keuzevrijheid.

#### 4.2.4 Regulering

Regulering door de overheid is een belangrijk aspect en in hoeverre het bijdraagt tot positieve prikkels, risico's, solidariteit en keuzevrijheid is moeilijk in zijn algemeenheid te zeggen en hangt af van de specifieke regulering in de specifieke context. We bespreken hier slechts twee voorbeelden.

##### **Toetredingsregulering**

Toetredingsregulering is bedoeld om het zorgaanbod te sturen. Enkele voorbeelden van toetredingsregulering van aanbieders zijn de numerus fixus, opleidingseisen, de voorwaarden voor toetreding die de beroepsverenigingen zelf opstellen etc.

- Positieve prikkels en risico's

Een verlaging van de toetredingsdrempels kan belemmeringen aan de aanbodzijde wegnemen zodat bijvoorbeeld het aanbod van zorg dichterbij de vraag kan worden gebracht. Dit introduceert positieve prikkels omdat het de concurrentie kan bevorderen. Er zijn echter ook risico's. Vanwege de informatie asymmetrie tussen consument en zorgaanbieder kan meer aanbod op de zorgmarkt ook leiden tot meer 'supplier induced demand'. Bijvoorbeeld, gebrek aan kennis bij de consument kan ertoe leiden dat duurdere zorg wordt beschouwd als betere zorg. Dit pleit in zekere zin voor een capaciteitsplanning, maar ook dat is een moeilijke zaak.

- Solidariteit en keuzevrijheid

<sup>14</sup> Een element dat ook een rol kan spelen in een natuursysteem is het gemis van de administratieve controle door de patiënt, immers bij een natura systeem zonder eigen risico's ziet de patiënt geen rekeningen. Bij eigen risico's zijn de rekeningen echter ook van belang voor de patiënt, waardoor een extra controle wordt uitgevoerd op de betalingen tussen de zorgaanbieder en de verzekeraar.

Wanneer het aanbod dicht bij de vraag wordt gebracht kunnen aanbodtekorten (wachlijsten) worden weggewerkt waardoor de zorg toegankelijker wordt. Dit verhoogt zowel de solidariteit als de keuzevrijheid.

### **Premie-maximering**

- **Positieve prikkels en risico's**  
Premie-maximering wordt niet geassocieerd met positieve prikkels maar wel met bepaalde risico's. Premie-maximering wordt in de zorg voornamelijk in verband gebracht met overheidsingrijpen om de kosten in de hand te houden. Financieel ingrijpen gaat echter meestal ten koste van de kwaliteit. Vandaar dat we bij premie-maximering voornamelijk associëren met kwaliteitsrisico's. 'Te lage' maximering kan gaan ten koste van de kwaliteit van de zorg, zoals een toename van de wachlijsten. Premie-maximering kan ook marktwerking beïnvloeden, bijvoorbeeld wanneer verzekeraars het maximum als richtlijn gaan zien waardoor ze de premie hoger zetten dan gewenst. Merk op dat hiertegenover staat dat het vrijlaten van de premie financiële risico's met zich mee kan brengen wanneer de markt minder concurrerend en meer oligopolistisch is.
- **Solidariteit en keuzevrijheid**  
Premie-maximering zorgt er voor dat de variatie in de premie beperkt blijft. Hierdoor is er minder ruimte om te variëren in het zorgaanbod en dus minder ruimte om maatwerk te leveren met betrekking tot de consument. Premie-maximering kan daardoor de solidariteit vergroten, maar de keuzevrijheid van de verzekeringnemer verkleinen.

## **5 Het scoren van de zorgstelsels**

In dit hoofdstuk worden de scores weergegeven. In de twee paragrafen 5.1. en 5.2. worden eerst de scores voor de twee groepen: 'Het pakket en de financiering' en 'De verzekeraar, zorgaanbieder en overig beleid' afzonderlijk verklaard. Bij het scoren wordt het nieuwe stelsel vergeleken met het huidige stelsel. Hierbij wordt opgemerkt dat een hoge score voor beperking risico's betekent minder risico's dan in het huidige stelsel en een lage score meer risico's dan in het huidige stelsel. De totaalscore wordt in paragraaf 5.3. bepaald door de scores in de twee groepen op te tellen en door twee te delen. In die paragraaf worden de scores ook grafisch weergegeven via zogenoemde spinnenwebben.

### **5.1 Het pakket en de financiering**

In tabel 5.1. is de score weergegeven voor de groep 'Het pakket en de financiering'. Bij het scoren worden discrete scores, van 1 t/m 5, gebruikt. De verklaring van de cijfers in tabel 5.1. zijn

vermeld onder de tabel. Hoewel we de scores van de twee groepen zoveel mogelijk onafhankelijk van elkaar hebben ingeschat was dat niet altijd mogelijk.<sup>15</sup> Bij het criterium beperking risico's betekent een hoge score weinig risico's en een lage score veel risico's.

**Tabel 5.1 De scoretabel 'Het pakket en de financiering'**

	ChristenUnie	D66	GroenLinks	PvdA	SP
Positieve prikkels	5	5	4	4	3
Beperking risico's	3	3	3	3	4
Solidariteit	2	2	4	4	5
Keuzevrijheid	4	4	3	3	2

De score voor ieder item is:

1 = veel slechter dan in het huidige stelsel

2 = slechter dan in het huidige stelsel

3 = gemiddeld gelijk aan het huidige stelsel

4 = beter dan in het huidige stelsel

5 = veel beter dan in het huidige stelsel

### 5.1.1 Positieve prikkels

Door het brede basispakket is bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA de transparantie van de markt groter dan op huidige verzekeringsmarkt. Het totale pakket, inclusief AWBZ-sectoren, is iets breder dan het pakket van de huidige AWBZ- plus ziekenfondsverzekering tezamen. In het vervolg noemen we dit laatste pakket het huidige pakket. De toename in transparantie ten opzichte van het huidige stelsel door de integratie van het ziekenfonds en de particuliere verzekering en de verdwijning van schotten tussen het eerste en tweede compartiment genereren meer positieve prikkels voor efficiency.<sup>16</sup>

De breedte van het basispakket verschilt overigens per partij.<sup>17</sup> Bij de SP is het basispakket het breedste van de vijf partijen, omdat de SP naast basis tandheelkundige zorg, ook zelfzorgmiddelen op recept, eerste-lijnspsychologen en extra voorzieningen voor gehandicapten en ouderen wil opnemen in het pakket. Bij GroenLinks en PvdA wordt het pakket breder dan het huidige pakket omdat ze basis tandheelkundige tandarts willen opnemen in het pakket. Bij GroenLinks is het pakket weer iets breder dan de PvdA omdat ze bepaalde alternatieve geneeswijzen willen toelaten tot het pakket. Bij de ChristenUnie wordt een aantal verstrekkingen

<sup>15</sup> Bijvoorbeeld bij GroenLinks is de score voor keuzevrijheid bij beide groepen iets kleiner als bij de PvdA, terwijl de score voor solidariteit iets groter is voor beide groepen. De verschillen waren echter ook weer niet zo groot dat het voor iedere afzonderlijke groep een vol punt betrof. Dit is verwerkt door GroenLinks hier 'te hoog' te scoren en in de andere groep 'te laag' te scoren; de totaalscore wordt er echter niet door beïnvloed.

<sup>16</sup> Zie ook RVZ(2001).

<sup>17</sup> Zie ook Appendix.

niet meer opgenomen, zoals anticonceptiva met een reversibel effect, voortplantingstechnologie zoals IVF, hersteloperaties na sterilisatie, levensbeëindigend handelen en bepaalde geneesmiddelen. Wel wordt een gedeelte van de tandartszorg, voor zover deze de basistandheerkundige zorg niet te boven gaat, meegenomen in het pakket. Per saldo, in termen van kosten, wordt daardoor het nieuwe basispakket bij de ChristenUnie iets breder dan het huidige pakket. Bij D66 wordt het nieuwe basispakket ook iets breder dan het huidige pakket omdat ze een gedeelte van de jeugdhulpverlening willen overhevelen. De mate van positieve prikkels wordt voor iedere partij ongeveer gelijk ingeschat.

De toelating van 'preferred provider'-arrangementen zorgt bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA voor positieve prikkels. Door de 'preferred provider'-arrangementen krijgen verzekeraars meer ruimte krijgen om te onderhandelen met individuele zorgaanbieders. De positieve prikkels worden zwakker wanneer 'preferred provider'-arrangementen samen worden ingevoerd met een landelijke zorgplicht en acceptatieplicht (zie ook CVZ(2002)).

De introductie van relatief hoge eigen risico's en de onderhandelbare collectieve contracten zorgt daarnaast bij de ChristenUnie en D66 voor meer positieve prikkels. De eigen risico's bij de PvdA zijn beperkt. Het is de vraag of dat, in termen van positieve prikkels, veel meer zal opleveren dan bijvoorbeeld het huidige ziekenfonds.

Bij GroenLinks is de nominale premiestelling beduidend transparanter voor de verzekerde dan op de huidige particuliere markt en ongeveer even transparant als op de huidige ziekenfondsmarkt. Bij de PvdA iets minder transparant vanwege de mogelijke korting bij de vrijwillige eigen risico's. Voor de ChristenUnie en de D66 wordt de vergelijkbaarheid van verschillende pakketten iets lastiger vanwege de eigen risico's en collectieve contracten. De transparantie lijkt ook hier groter dan op de huidige particuliere markt omdat daar ook nog variaties in het pakket mogelijk zijn. De ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA willen de transparantie overigens vergroten door de overheid gerichte consumenteninformatie te laten verspreiden. Bij de SP speelt de transparantie omtrent de nominale premiestelling geen rol omdat er geen nominale premies worden geheven.

De nominale premie is bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA deels inkomensafhankelijk deels nominaal zoals in het huidige ziekenfonds. De precieze hoogte van de nominale premie heeft geen invloed op de positieve prikkels.

### **5.1.2 Negatieve risico's**

Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA zijn er enige negatieve risico's aan 'preferred provider' arrangementen verbonden. Deze risico's proberen de vier partijen zoveel mogelijk op te vangen door de invoering van sectorspecifieke mededingingsregels en toezichthouders. Verder zijn er enkele risico's met betrekking tot de inkomensafhankelijke premie (zie CPB 2001B).



Al met al zijn er bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA weinig uitspringende argumenten met betrekking tot het pakket en de financiering waardoor de risico's veel zullen verschillen ten opzichte van de huidige situatie. Bij de SP worden de risico's kleiner ingeschat omdat het pakket breder is dan het basispakket van de andere vier partijen, er geen nominale premies worden geheven en geen 'preferred provider'-arrangementen worden toegelaten in het pakket.

### 5.1.3 Solidariteit

De solidariteit is bij alle partijen gewaarborgd door het brede basispakket en de acceptatieplicht. De invoering van een basispakket waar zowel de huidige particuliere verzekering, ziekenfonds als AWBZ deel van uitmaken zorgt ervoor dat de solidariteit in de nieuwe stelsels evenwichtiger wordt. De solidariteit lijkt het grootste bij de SP. Het basispakket is het breedste en er zijn geen concurrerende verzekeraars met verschillende nominale premies. Bovendien worden 'preferred provider'-arrangementen, collectieve contracten en eigen risico's uitgesloten.

Bij GroenLinks en de PvdA is de inschatting van de mate van solidariteit en keuzevrijheid ongeveer gelijk aan de huidige ziekenfondsverzekering maar groter dan de huidige particuliere verzekering. De solidariteit bij de PvdA is door de lage eigen risico's misschien iets kleiner dan op de ziekenfondsmarkt echter weer groter dan op de huidige particuliere markt omdat daar de eigen risico's erg hoog mogen worden.

Bij de D66 en de ChristenUnie wordt de solidariteit lager ingeschat dan de huidige ziekenfondsverzekering. De redenen hiervoor zijn de 'preferred provider' arrangementen, het vrijwillige eigen risico en de onderhandelbare collectieve contracten. Bij de ChristenUnie komt daarbij het feit dat eigen risico's hoger mogen zijn voor hoge inkomens dan voor lage inkomens, hetgeen zorgt voor 'adverse selection' problemen. Goede risico's met hoge inkomens zullen immers minder vaak kiezen voor het basispakket met een eigen risico van 100 euro. Als gevolg zal het basispakket met een eigen risico van 100 euro hogere gemiddelde ziektekosten kennen dan de pakketten met andere eigen risico's. De te betalen nominale premie wordt daarmee afhankelijk van het ziekterisico en het inkomen.<sup>18</sup> Vergeleken met de huidige particuliere verzekering is de mate van solidariteit bij de D66 en de ChristenUnie door het basispakket en de verevening iets groter. Als totaal schatten we de solidariteit lager in omdat het grootste deel van de verzekerden in afwijking van de ziekenfondsverzekering te maken krijgt met 'preferred provider'- arrangementen, eigen risico's en collectieve contracten.

<sup>18</sup> NB. Door de positieve correlatie tussen lage inkomens en hoge gezondheidsrisico's lijken de aan het inkomen gerelateerde risico's de risico-solidariteit te benadelen.

#### 5.1.4 Keuzevrijheid

Wat pakketomvang betreft is voor alle vijf partijen het pakket ongeveer gelijk aan of breder dan het huidige pakket. Dit betekent dat er beduidend minder pakketopties zijn in vergelijking met de huidige particuliere markt. Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA worden de keuzemogelijkheden met betrekking tot de 'preferred provider' arrangementen weliswaar groter bij afsluiten van polissen maar kleiner wanneer het op de keuze van zorgaanbieders aankomt. We zien dit daarom niet direct als een toename in de keuzevrijheid.

De winst die de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA boeken met betrekking tot de keuzevrijheid ten opzichte van het huidige stelsel is voor een belangrijk deel gelegen in de acceptatieplicht. Op dit moment valt er voor zo'n 1 miljoen verzekerden op de particulier markt, voornamelijk zieken en ouderen, nauwelijks een keuze uit verschillende verzekeraars te maken. Door de acceptatieplicht zal dit veranderen. Omdat ook het huidige eerste compartiment is opgenomen in het basispakket hebben verzekerden ook hier meer keuzevrijheid in vergelijking met het huidige stelsel. Daarnaast willen de vier partijen meer persoonsgebonden budgetten en persoonsvolgende budgetten invoeren wat ook de keuzevrijheid vergroot.

Hoewel de keuzevrijheid bij de PvdA iets groter is dan bij GroenLinks, door de beperkte eigen risico's, is de score voor keuzevrijheid voor beide partijen gelijk aan het huidige stelsel ingeschat. De keuzevrijheid bij de ChristenUnie en D66 wordt hoger ingeschat omdat verzekerden kunnen kiezen uit hoge eigen risico's. Bij de ChristenUnie en D66 wordt de keuzevrijheid met betrekking tot eigen risico's wel enigszins beperkt omdat de acceptatieplicht alleen geldt voor een eigen risico.

De keuzevrijheid voor de verzekeringnemer is bij de SP beperkt. De keuzevrijheid is kleiner ten opzichte van de ziekenfondsmarkt omdat het basispakket breder is en er niet gekozen kan worden tussen verzekeraars. Ten opzichte van de particuliere markt is de keuzevrijheid veel kleiner. Er zijn geen opties voor het zelf samenstellen van een pakket, geen verschillende eigen risico's en geen mogelijkheden om te kiezen tussen verzekeraars.

## 5.2 Verzekeraars, zorgaanbieders en overig beleid

In tabel 5.2. is de score weergegeven voor de groep 'Verzekeraars, zorgaanbieders en overig beleid'. Bij het scoren worden discrete scores, van 1 t/m 5, gebruikt. De beschrijving van de cijfers in tabel 5.2. is vermeld onder de tabel.<sup>19</sup> Bij het criterium beperking risico's betekent een hoge score weinig risico's en een lage score veel risico's.

<sup>19</sup> Zie ook voetnoot 15.

---

**Tabel 5.2 De scoretabel 'Verzekeraars, Zorgaanbieders en overig beleid'**

	ChristenUnie	D66	GroenLinks	PvdA	SP
Positieve prikkels	4	5	4	4	2
Beperking risico's	3	2	3	3	4
Solidariteit	3	2	4	3	5
Keuzevrijheid	3	4	2	3	2

De score voor ieder item is:

1 = veel slechter dan in het huidige stelsel

2 = slechter dan in het huidige stelsel

3 = gemiddeld gelijk aan het huidige stelsel

4 = beter dan in het huidige stelsel

5 = veel beter dan in het huidige stelsel

---

### 5.2.1 Positieve prikkels

Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA wordt de verzekeraar voor een groot gedeelte risicodragend en mag deze concurreren op prijs, service en kwaliteit. Verder krijgen verzekeraars via de functioneel gedefinieerde zorgaanspraken meer instrumenten in handen om met de zorgaanbieder te onderhandelen op kwaliteit en prijs van het zorgaanbod. Via de 'preferred provider' arrangementen behoren zelfs verregaande integraties met het zorgaanbod tot de mogelijkheden. Deze elementen vergroten de prikkels van de verzekeraar ten opzichte van de huidige ziekenfondsverzekeraars, wat betreft onderlinge concurrentie en wat betreft de relatie verzekeraar versus zorgaanbieder.

Bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA stelt de overheid de randvoorwaarden op en beheert taken of besteedt deze uit: zoals het vereveningssysteem, de jaarlijkse invulling van het basispakket, de jaarlijkse vaststelling van de inkomensafhankelijke premie en de rekenpremie. Verder komen er onafhankelijke toezichthouders die toezien op concurrentie, op pakket, kwaliteit, kwalificaties en tijdigheid van de zorg. Ook de rol van consumenteninformatie moet worden vergroot en een andere taak van de overheid is het verzorgen van de preventieve zorg. Door deze aspecten lijken er meer positieve prikkels in het stelsel te zitten dan vergeleken met het huidige stelsel.

Een belangrijk verschil tussen de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA is de mate waarin verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken zich als for-profit onderneming mogen profileren. De ChristenUnie en Groenlinks willen geen for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken. De PvdA wil wel for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken toelaten maar alleen onder strenge voorwaarden. Dit geldt ook voor nieuwe for-profit ziekenhuizen of bestaande for-profit klinieken op de markt. We veronderstellen in deze analyse dat door een dergelijke strenge beperking het onderscheid tussen not for-profit en for-profit ondernemingen in de praktijk klein zal zijn en dat het gedrag behorende bij for-profit ondernemingen, als

geschetst in 4.2.2., niet zal optreden. D66 is de enige van de vijf partijen die for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken wil toelaten. De positieve prikkels worden daarom bij D66 hoger ingeschat dan bij de andere partijen.

In de volksverzekering van de SP zijn de prikkels voor een efficiënte productie van de zorg georganiseerd via regionaal werkende ziekenfondsen die samenwerken en niet concurreren. Deze regionale ziekenfondsen hebben voornamelijk een uitvoerend karakter en dienen de regiovisie uit te voeren die tot stand komt op basis van samenwerking van patiënten en zorgverleners, en waarvoor de landelijke overheid de wettelijke kaders heeft vastgelegd. De overheid houdt toezicht op de regionale ziekenfondsen; bij onvoldoende functioneren van een ziekenfonds kan ontslag van het management volgen. Een bepaalde vorm van maatstafconcurrentie is wel aanwezig bij zorgaanbieders. Via 'outputmeting' en 'benchmarking' houden regionale ziekenfondsen toezicht op de zorgaanbieders. In het huidige ziekenfonds loopt de prikkel voor zorgaanbieders via gereguleerde concurrentie en bij particuliere verzekering via de markt. Daarnaast zijn in het huidige systeem meer financiële prikkels ingebouwd. Een mindere efficiënte productie van zorg heeft directe financiële consequenties voor de verzekeraar. Dit geldt in het huidige ziekenfonds maar nog sterker voor de particuliere verzekeraar. Door het ontbreken van deze financiële prikkels in de volksverzekering worden de positieve prikkels lager ingeschat dan in het huidige stelsel.

### 5.2.2 Risico's

Bij de SP blijven de risico's die kunnen optreden door het introduceren van voornamelijk concurrerende (private) verzekeraars en zorgaanbieders uit. Zo lijkt het erop dat de beheerskosten wel eens lager zouden kunnen uitvallen, door het natuursysteem, de afschaffing van een vereveningssysteem en het feit dat bij de introductie van èèn landelijke verzekeraar schaalvoordelen kunnen optreden (bijvoorbeeld met betrekking tot toezicht of het inkopen van genees- en hulpmiddelen). Benchmarking en outputmeting brengen uiteraard ook kosten met zich mee. Doordat het SP-stelsel zich kenmerkt door een breed basispakket met weinig positieve (financiële) prikkels, voor zowel de consument, de zorgaanbieder, als (misschien in mindere mate) de verzekeraar, is het gevaar reëel dat de vraag naar zorg de neiging zal hebben om onstuimig te groeien. De overheid mag dan weliswaar het jaarlijks budget ramen, het risico blijft bestaan dat het uiteindelijke in te zetten budget lager zal uitvallen omdat de overheid ook rekening dient te houden met andere publieke voorzieningen. Doordat in het huidige stelsel een vrije(re) premiestelling geldt, zowel in de huidige particuliere verzekering als de ziekenfondsverzekering, is er meer ruimte voor marktpartijen om te accommoderen op een toename in de vraag. In zijn algemeenheid schatten we daarom in dat ten opzichte van het huidige stelsel de kosten in een volksverzekering beter bewaakt kunnen worden maar dat dit op langere termijn wel eens ten koste van de kwaliteit kan gaan.

Het is lastig in te schatten in hoeverre bij de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA de beheerskosten, zoals marketing of selectiekosten, van verzekeraars en zorgaanbieders zullen toenemen omdat de concurrentie toeneemt. De beheerskosten ten aanzien van selectief contracteren zullen waarschijnlijk toenemen. Niet alleen moet de nodige kennis door de verzekeraar worden opgedaan maar het onderhouden van contacten met zorgaanbieders zal ook extra tijd en geld met zich meebrengen.

Een risico is verder bij deze vier partijen dat een grotere vrijheid van de zorgaanbieder en de toename van het zorgaanbod kunnen leiden tot een toename van het 'supplier induced demand' effect. De 'countervailing power' van de verzekeraar en het feit dat de vergoeding van zorgverleners is gekoppeld aan de uitvoering conform protocollen dienen deze risico's echter in de hand te houden. Hierbij moet worden meegenomen dat het afstemmen/bepalen van het gewenste aanbod in de zorg geen sinecure is.

De verwachting is dat bij meer concurrentie de variatie in nominale premies tussen verzekeraars zal toenemen. Door het invoeren van een 'ultimum remedium' bij de nominale premies worden de risico's bij de ChristenUnie, D66 en de PvdA ongeveer gelijk ingeschat aan de huidige situatie in het tweede compartiment.

Bij GroenLinks ligt de situatie iets anders omdat GroenLinks een maximering van de nominale premie wil. Het ideale scenario in de optiek van GroenLinks lijkt een scenario waarbij de overheid jaarlijks de inkomensafhankelijke premies stelt zodat de gemiddelde nominale premie rond de 0 euro fluctueert. Door het opleggen van een maximum grens aan de nominale premie wordt het financiële risico kleiner, immers de kosten worden sterk in de hand gehouden, maar het kwaliteitsrisico groter dan in het huidige stelsel. Het in de hand houden van het collectieve budget is wel sterker dan bij de huidige particuliere verzekering (waar geen maximale premie bestaat) en de ziekenfondsverzekering (waar een 'ultimum remedium') geldt. De verwachting is dat bij meer concurrentie de variatie in nominale premies tussen verzekeraars zal toenemen. De marge van 250 euro lijkt echter redelijk. Bovendien is er aan de onderkant onbeperkte ruimte om te concurreren, aangezien ook negatieve premies mogelijk zijn. Op de langere termijn is er echter wel een reëel risico dat de gemiddelde nominale premie richting de +250 euro zal opschuiven, omdat de overheid bij het bepalen van de inkomensafhankelijke bijdragen ook rekening dient te houden met andere publieke voorzieningen.

Opgemerkt dient te worden dat in de stelsels van de ChristenUnie, D66, GroenLinks en de PvdA de overheid zichzelf hoge eisen stelt om een ideale werking van het stelsel te bereiken. Er zal een goede balans moeten worden gevonden tussen breedte pakket, inkomensafhankelijke premies, invullen gepaste zorg, opstellen vereveningssysteem etc, en een behendig laveren tussen de sterke en zwakke kanten van de overheid en de markt is vereist.

Al met al, is het echter moeilijk aan te geven waarom de stelsels van de ChristenUnie, GroenLinks en de PvdA meer of minder risico's met zich meebrengen dan het huidige stelsel. Bij

D66 worden de risico's iets groter ingeschat vanwege de for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken.

### 5.2.3 Solidariteit

Door een toename in de concurrentie komt de solidariteit bij de stelsels van de ChristenUnie, GroenLinks, PvdA en D66 onder druk te staan. Cruciaal voor de inschatting van de solidariteit is de werking van de ex-ante verevening (en het kleine percentage ex-post verevening). Naar mate het vereveningssysteem beter werkt zal de (risico-)solidariteit beter gewaarborgd zijn. Door het feit dat de ChristenUnie en GroenLinks geen for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken willen toelaten op de markt, en de PvdA sterke beperkingen stelt, blijft de solidariteit bij die stelsels redelijk gewaarborgd.

Door een expliciete maximering van de nominale premie lijkt de solidariteit bij GroenLinks echter meer gewaarborgd dan bij de ChristenUnie, PvdA en D66, waar het instrument maximering alleen als 'ultimum remedium' wordt gebruikt. Bij een maximering van de premie is er minder ruimte om te variëren voor verzekeraars met betrekking tot de inhoud van het pakket (via de functioneel gedefinieerde zorgaanspraken). Bij de volksverzekering van de SP is er daarnaast nauwelijks sprake van marktprikkels wat de score voor solidariteit verhoogt. Wanneer er voldoende geld en middelen voor de zorg beschikbaar worden gesteld lijkt de solidariteit in een volksverzekering maximaal.

### 5.2.4 Keuzevrijheid

Bij de D66 zal door een toename van de concurrentie van for profit en not-for profit verzekeraars er meer ingespeeld worden op de vraaggerichtheid van de consument wat de keuzevrijheid kan vergroten. De keuzevrijheid wordt verder vergroot door de inzet van PGB's en PVB's in de verschillende AWBZ-sectoren. In vergelijking met D66 wordt de keuzevrijheid bij de ChristenUnie, GroenLinks en de PvdA kleiner door het niet, of beperkt, toelaten van for-profit verzekeraars, ziekenhuizen en klinieken. Bij GroenLinks lijkt de keuzevrijheid kleiner te worden door de maximering van de nominale premies. Bij de SP zijn er minder marktprikkels voor de verzekeraar en de zorgaanbieders om in te spelen op de wensen van de consument. Op keuzevrijheid scoort de SP daarom minder dan vergeleken met het huidige stelsel.

## 5.3 De totaalscore

De totaalscore wordt bepaald door de scores van de twee groepen op te tellen en door twee te delen. De totaalscores zijn uitgezet in tabel 5.3. De scores van de vijf partijen zijn via zogenoemde spinnenwebben weergegeven in figuur 5.1. In iedere spinnenweb wordt de score van een partij afgezet tegen het huidige stelsel dat als vergelijkingsmaatstaf dient (binnenste ruit). Voor de

overzichtelijkheid is ook de maximale haalbare score in ieder spinnenweb aangegeven (buitenste ruit).

**Tabel 5.3 De totaalscores**

	ChristenUnie	D66	GroenLinks	PvdA	SP
Positieve prikkels	4½	5	4	4	2½
Beperking risico's	3	2½	3	3	4
Solidariteit	2½	2	4	3½	5
Keuzevrijheid	3½	4	2½	3	2

De score voor ieder item is:

1 = veel slechter dan in het huidige stelsel

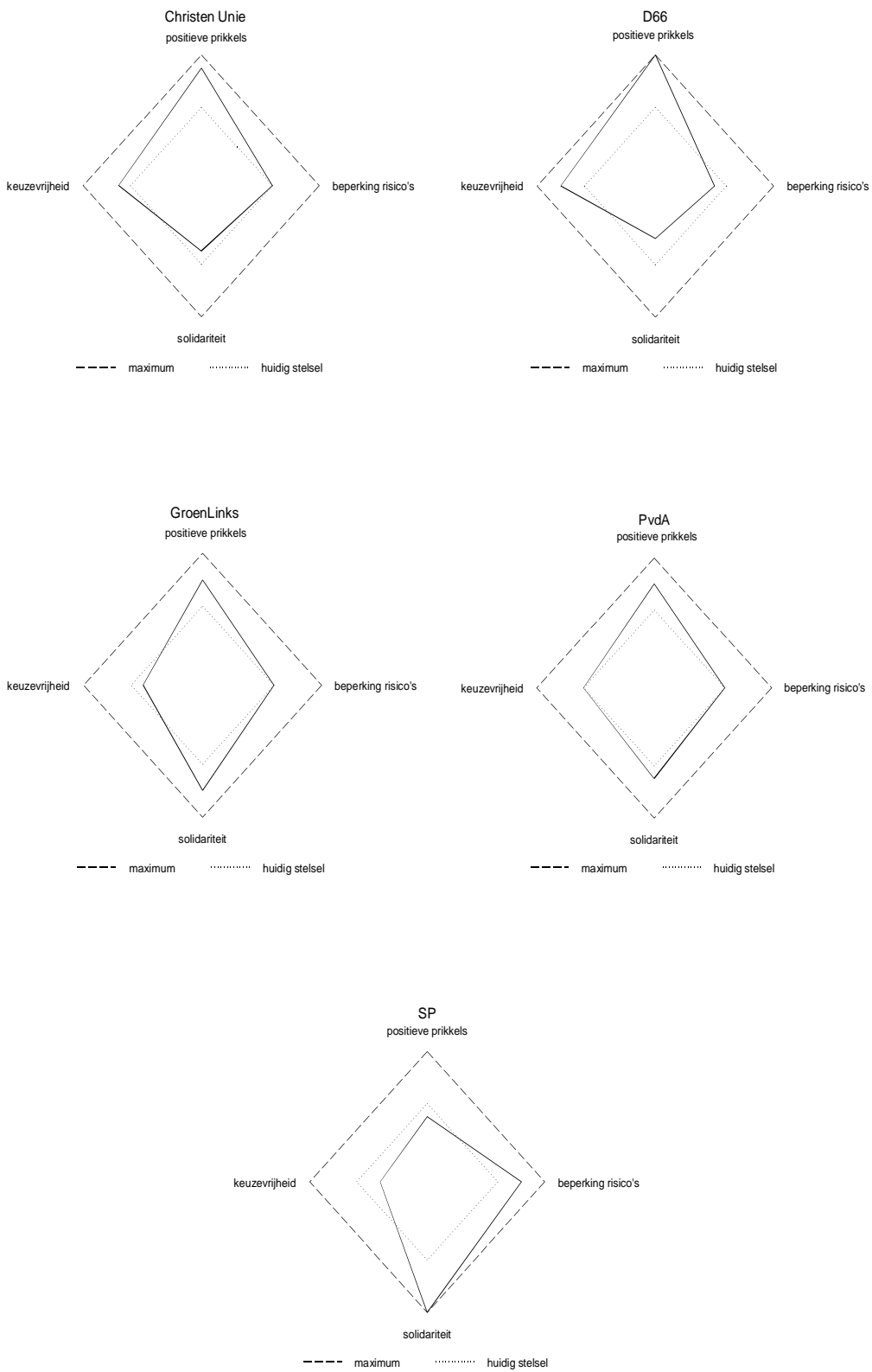
2 = slechter dan in het huidige stelsel

3 = gemiddeld gelijk aan het huidige stelsel

4 = beter dan in het huidige stelsel

5 = veel beter dan in het huidige stelsel

**Figuur 5.1 De totaalscores van de zorgstelsels**





## 6 Conclusies

De nieuwe zorgstelsels van vijf politieke partijen zijn beoordeeld op vier indicatoren: positieve prikkels, risico's, solidariteit en keuzevrijheid. De doelstelling van deze beoordeling is niet om aan te geven welke zorgstelsel het beste is, maar om de sterke en zwakke punten van de verschillende opties weer te geven.

Bij de nieuwe zorgstelsels van de vijf politieke partijen: ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA en de SP zijn er twee uitersten te onderscheiden. Aan de ene kant van het spectrum kiest D66 voor een stelsel van gereguleerde concurrentie met veel positieve prikkels en keuzevrijheid. Dit wordt verkregen door aan de vraagkant eigen risico's en collectieve contracten toe te laten en aan de aanbodkant meer marktwerking toe te laten tussen zowel for-profit en not-for profit verzekeraars en zorgaanbieders. Aan de andere kant van het spectrum kiest de SP voor veel solidariteit en weinig risico's. De SP wil een volksverzekering en richt zich daarmee op de solidariteit van een zorgstelsel waarbij het de risico's die gerelateerd zijn aan marktwerking in de zorg wil ontlopen. De ChristenUnie, GroenLinks en de PvdA kiezen voor een zelfde soort sturingsconcept als de D66 maar willen (iets) minder positieve prikkels en keuzevrijheid in het nieuwe zorgstelsel invoeren omdat dat teveel risico's met zich mee brengt of de solidariteit van het stelsel te veel aantast.

Alle partijen lijken echter wel voor substantiële verbeteringen te kiezen ten opzichte van het huidige stelsel. De zorgmarkt wordt in alle stelsels transparanter door het brede basispakket, de acceptatieplicht, de integratie van de ziekenfondsmarkt en de particuliere markt en het verdwijnen van schotten tussen het eerste en tweede compartiment.

Canoy, M., F. Hindriks en B. Vollaard (2000), Yardstick competition: theory, design and practice, CPB-working paper 133, Den Haag, <http://www.cpb.nl/frames/nl/pub/werkdoc/133/-fs>

CPB (2001A), Economische Verkenningen 2003-2006, Den Haag, <http://www.cpb.nl/nl/pub/bijzonder/37/bijz37.pdf>

CPB (2001B), Premiehoogte en concurrentie in het nieuwe zorgstelsel, CPB-notitie, Den Haag, <http://www.cpb.nl/nl/pub/notitie/14nov2001/notitie.pdf>

CPB (2002), Keuzes in kaart 2003-2006; economische effecten van acht verkiezingsprogramma's, Den Haag, <http://www.cpb.nl/nl/pub/bijzonder/39/bijz39.pdf>

CVZ (2002), Differentiatie in de ziekenfondsverzekering, publicatienummer 85.

Douven, R. (2000), Regulated competition in health insurance markets, CPB-Research Memorandum 171, Den Haag, <http://www.cpb.nl/nl/pub/onderzoek/171/>

Douven, R, en E. Westerhout (2000), Reimbursement systems in Dutch sickness funds, CPB-Report 2000/3, Den Haag, pp. 51-55, [http://www.cpb.nl/nl/cpbreport/2000\\_3/s3\\_3.html](http://www.cpb.nl/nl/cpbreport/2000_3/s3_3.html)

Folmer, K, E. Mot, R. Douven, E. van Gameren, I. Woittiez en J. Timmermans (2001), Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006, CPB Document 7, Den Haag, <http://www.cpb.nl/nl/pub/document/7/>

Glied (2000), Managed Care, in: A.Culyer, J. Newhouse (eds), Handbook of Health Economics, Amsterdam, pp. 707-753.

IOO (2000), Concurrentie tussen particuliere zorgverzekeraars, Onderzoeksrapport in opdracht van het Ministerie van Financiën, IOO bv, Zoetermeer.

NBER (2000), The changing hospital industry, comparing not-for-profit and for-profit institutions, ed: D.M. Cutler, The university of Chicago press.

RVZ (2001), Care en cure, Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, Zoetermeer.

Schut F.T. (2000), Collectieve ziektekostenverzekeringen voor werknemers, Stichting FNV pers, Amsterdam.

Schut, F.T. en T. Laske-Aldershof (2001), Volledige nominale zorgpremies dienen geen doel, ESB, 9 november 2001, pp. 860-863.

SER (2000), Naar een gezond stelsel van ziektekostenverzekeringen, SER-advies 00/12, Den Haag.

Van Barneveld (2000), Risk sharing as a supplement to imperfect capitation in health insurance: a tradeoff between selection and efficiency, Proefschrift, Erasmus Universiteit Rotterdam, Ridderprint, Ridderkerk.

Van de Ven, W.P.M.M. en R.P. Ellis (2000), Risk adjustment in competitive health plan markets, in: A.Culyer, J. Newhouse (eds), Handbook of Health Economics, Amsterdam, pp. 755-845.

VWS (2001A), Varianten gemeten, Rapport van de departementale Werkgroep verzekeringsvarianten van VWS, Den Haag.

VWS (2001B), Europeesrechtelijke aspecten van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, Advies van de Interdepartementale Commissie Europees Recht (ICER), Den Haag.

VWS (2001C), Vraag aan bod: hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel, Nota van het kabinet aan de Tweede Kamer, Den Haag.

## **Appendix**

In deze Appendix volgen achtereenvolgens de uitgebreidere beschrijvingen van de zorgstelsels van de ChristenUnie, D66, GroenLinks, PvdA en de SP.

### **Zorgstelsel ChristenUnie**

Hieronder wordt het programma van ChristenUnie kort samengevat waarbij het zorgstelsel wordt omschreven aan de hand van de vijf groepen. De vijf groepen beschrijven de variabelen die ChristenUnie van te voren heeft ingeleverd en die tezamen een goede indruk geven van het zorgstelsel van de ChristenUnie.

#### **Pakketomschrijving**

Voor de middellange termijn gaat de ChristenUnie uit van twee compartimenten. Voor de langere termijn koerst ChristenUnie richting één algemene zorgverzekering waarvan AWBZ ook deel uitmaakt.

#### **Eerste compartiment AWBZ**

Als huidige AWBZ, echter alleen gericht op langdurige zorg (zoals langdurige intra-murale verzorging, verpleging en begeleiding, langdurige thuiszorg en collectieve (preventieve) zorg). Deze wordt volledig inkomensafhankelijk gefinancierd.

#### **Tweede Compartiment**

Eén breed basispakket, als huidig ziekenfondspakket (inclusief gedeeltes van huidige AWBZ minus langdurige zorg zoals hierboven omschreven). Het eerste en tweede compartiment tezamen is iets breder dan het huidige eerste en tweede compartiment; zo wordt pakket aangevuld met basis tandartszorg en smaller door het niet opnemen van anticonceptiva met reversibel effect, voortplantingstechnologie zoals IVF en hersteloperaties na sterilisatie, levensbeëindigend handelen (zowel van het geboren als ongeborn leven) en een aantal geneesmiddelen.

#### **Aanvullende verzekering**

Verzekerde is vrij in keuze van aanvullend pakket. Aanvullende verzekeringen vallen buiten het bereik van de overheid.

## **Financiering**

De ChristenUnie financiert de uitgekilde AWBZ op gelijke wijze als de huidige AWBZ en kiest voor het basispakket een gemengd stelsel, gedeeltelijk inkomensafhankelijk en gedeeltelijk nominaal. Onderstaande voorwaarden gelden voor het basispakket.

- Premiedifferentiatie naar gezondheidsrisico is niet toegestaan bij basispakket
- Nominale premie voor basispakket mag verschillen per verzekeraar
  - waarbij de gemiddelde nominale premie rond de 400 euro ligt. Premie is bedoeld om eigen verantwoordelijkheid van verzekerden te vergroten. Om dezelfde reden is het van belang dat verzekerden te zien krijgen welke kosten worden gemaakt.  
(ongeveer inkomensafhankelijk : nominaal = 3 : 1. Deze verhouding heeft betrekking op de financiering van het tweede compartiment)
- Nominale premie is op individueel niveau
  - Individuen tot en met 18 jaar betalen 50 euro per jaar.
- Korting op premie voor collectieve contracten
  - Inhoud collectieve contracten wordt bepaald na onderhandeling
- Korting is mogelijk op 'Preferred provider'
  - Er is wel een kleine beperking van de contracteervrijheid, bijvoorbeeld sommige zorgaanbieders (mits ze voldoen aan de kwaliteitseisen) mogen door een verzekeraar niet geweigerd worden.
- Korting op premie bij eigen risico's
  - verplicht minimum eigen risico: 100 euro
  - maximum vrijwillig eigen risico:
    - voor minimuminkomen: 100 euro
    - voor minimuminkomen + 5000 euro: 300 euro
  - Tot ziekenfondsgrens: 500 euro
  - Boven ziekenfondsgrens: vrij
- Korting bij preventief gedrag
- Verhoging premie bij onomstreden risicogedrag (zoals roken)
- Eigen betalingen (idem als in huidige AWBZ)

## **Verzekeraars**

Onderstaande voorwaarden gelden voor het basispakket (2e compartiment) ; ten aanzien van de aanvullende pakketten zijn er geen voorschriften.

- Acceptatieplicht
  - Alleen voor basispakket met eigen risico van 100 euro
- Verzekerde mag 1 maal per jaar wisselen van verzekeraar
- Verzekerde is verzekeringsplichtig

- Verzekerde is vrij in keuze van verzekeraar
- Vergoeding in natura en pgb's (bij verpleging en verzorging)
  - Géén restitutiestelsel (Mensen krijgen wel overzicht van de kosten)
- Verzekeraar is zorgplichtig
- Verzekeraars zijn risicodragend, ex-ante vereveningssysteem; klein gedeelte ex-post
- Concurrentie op nominale premie, kwaliteit en service
- Verzekeraars zijn not-for profit verzekeraars.
- Verzekeraars onderhandelen met zorgaanbieders over prijs, kwaliteit en volume.

### **Zorgaanbieders**

- Geen for-profit aanbieders
- Concurrentie op prijs, kwaliteit en service
- Beperkte toetreding handhaven om te kunnen sturen
  - Beperkte rol voor numerus fixus blijft voor bijzondere gevallen bestaan (bijvoorbeeld wanneer het gaat om dure opleidingen)
  - Aanbod dient echter in de buurt van de vraag te blijven (jaarlijks toetsen)

### **Overig beleid**

- Stelt jaarlijks de omvang en randvoorwaarden van basispakket bij
  - De overheid stuurt in beginsel alleen door bepaalde (dure, nieuwe) zorgvoorzieningen niet toe te staan.
- Controle op nominale premie als 'ultimum remedium'
- Waarborgen inkomenssolidariteit (via inkomensafhankelijke premies)
- Kwaliteitsregulering
- Overheidstoezicht op concurrentie en kwaliteit verzekeraars en zorgaanbieders
- Overheid verbetert consumenteninformatie
  - Verzekeringsvoorwaarden kwaliteit en prijs eenduidig ontsluiten
- Keuzemogelijkheden uitbreiden via vouchers of pgb's in AWBZ-sectoren
- Overheid verzorgt preventieve zorg

## Zorgstelsel D66

Hieronder wordt het programma van de D66 kort samengevat waarbij het zorgstelsel wordt omschreven aan de hand van de vijf groepen. De vijf groepen beschrijven de variabelen die D66 van te voren heeft ingeleverd en tezamen een goede indruk geven van het zorgstelsel van D66.

### Pakketomschrijving

- **Een basispakket**

Een verplicht breed basispakket waarin huidige AWBZ, ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering in opgaan. Het wordt een publiekrechtelijke verzekering en omvat alle zorgen van gepaste zorg.

- Wonen wordt gescheiden van zorg
- Meer persoonsgebonden budgetten
- Gedeelte v/d jeugdhulpverlening dat nu via rijksbegroting loopt wordt opgenomen in nieuwe ziektekostenverzekering.

- **Aanvullende particuliere verzekering**

Verzekerde is vrij in keuze van aanvullend pakket. Aanvullende verzekeringen vallen buiten het bereik van de overheid.

### Financiering basispakket

D66 kiest voor een gemengd stelsel, gedeeltelijk inkomensafhankelijk en gedeeltelijk nominaal.

- Premiedifferentiatie naar risico voor basispakket is niet toegestaan
- De nominale premie voor het basispakket mag verschillen per verzekeraar waarbij de gemiddelde nominale premie hoog is (nominale deel premie omvat 70% totale kosten, hetgeen correspondeert met huidige tweede compartiment)
- De nominale premieheffing is op individuele basis  
Individen tot en met 18 jaar betalen 50% nominale premie (maximaal 2 individuen per gezin)
- Inkomensafhankelijke deel (jaarlijks vastgesteld door de overheid)  
omvat 30% van de totale kosten (correspondeert ongeveer met huidige AWBZ-verzekering)
- Korting mogelijk op nominale premie bij (onderhandelbare) collectieve contracten
- Korting op premie bij 'preferred provider' arrangementen
- 'Preferred provider' arrangementen zijn toegestaan

Verzekeraars zijn niet verplicht met alle aanbieders contracten af te sluiten. Wel is het de bedoeling dat verzekerden tegen een redelijke prijs zorg wordt geboden bij andere

dan de 'preferred provider'. Dit mag iets extra kosten, maar het verschil moet 'redelijk' zijn.

- Vrijwillig eigen risico's
  - Minimaal eigen risico: 200 euro
  - Maximaal eigen risico: 500 euro
- Eigen bijdragen (idem als in huidige AWBZ)

### **Verzekeraars**

Onderstaande voorwaarden gelden voor het basispakket; ten aanzien van de aanvullende pakketten zijn er geen voorschriften.

- Acceptatieplicht
  - Voor basispakket met eigen risico van 200 euro per huishouden
- Verzekerde mag 1 maal per jaar wisselen van verzekeraar
- Verzekerde is verzekeringplichtig
- Verzekerde is vrij in keuze van verzekeraar
- Vrij in keuze wijze van vergoeding zowel restitutie of in natura (hangt af van de relatie verzekeraar/aanbieder.)
- Verzekeraar is zorgplichtig
- Verzekeraar is risicodragend, ex-ante vereveningssysteem, klein percentage ex-post
- Concurrentie op prijs (nominale deel), kwaliteit en service
- Verzekeraars mogen zowel op profit als non-profit basis opereren.

### **Zorgaanbieders**

- Zorgaanbieders mogen zowel op profit als non-profit basis opereren
- Concurrentie tussen zorgaanbieders op prijs, service en kwaliteit
  - Tariefstelling en salariering voor zorgaanbieders is vrij

### **Overig beleid**

- Stelt jaarlijks de omvang en randvoorwaarden van het basispakket bij
- Controle op nominale premie als 'ultimum remedium'
- Capaciteit zorgaanbieders wordt verruimd
  - uitbreiding opleiding (huis) artsen en verpleegkundige
  - versterking van arbeidsmarktpositie via hogere beloning/loopbaanmogelijkheden
  - afschaffing numerus fixus voor medische opleidingen.
  - steun geven aan opstarten negende medische faculteit
- Onafhankelijk toezicht op concurrentie verzekeraars
- Onafhankelijk toezicht op concurrentie en kwaliteit door de mededingingsautoriteit



- Onafhankelijke toezicht op regels in de zorg (zorg-OPTA)
- Speciaal overheidsbeleid met betrekking tot consumenteninformatie
- Consumenten/patiënten krijgen hun eigen rechten
  - Een patiëntenhandvest wordt opgesteld
  - De overheid zorgt voor toegang informatievoorziening voor alle patiënten
  - Patiënten krijgen toegang in hun eigen behandeldossiers.
- Meer ruimte in care sectoren voor PGB's
- Meer geld voor preventieve zorg.
  - effectieve preventieprogramma's opstarten (tav hart- en vaatziekten, kanker en verslaving)

## Zorgstelsel GroenLinks

Hieronder wordt het programma van GroenLinks kort samengevat waarbij het zorgstelsel wordt omschreven aan de hand van de vijf groepen. De vijf groepen beschrijven de variabelen die GroenLinks van te voren heeft ingeleverd en die tezamen een goede indruk geven van het zorgstelsel van GroenLinks.

### **Pakketomschrijving**

- **Eén breed basispakket**

Eén breed basispakket waarin AWBZ, ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering opgaan. Het pakket omvat AWBZ plus het huidige ziekenfondspakket

- aangevuld met het aanvullende standaard- of basispakket tandartszorg voor volwassenen
- aangevuld met alternatieve geneeswijzen op doktersvoorschrift, mits uitgevoerd door BIG-erkende behandelaars.
- Maximale wachttijden zijn een onderdeel van het pakket.
- Het pakket bevat voorschriften over de bereikbaarheid van zorgaanbieders, maximale afstanden en reistijden.
- Verkleining van pakket van geneesmiddelen. Bij gelijke effectiviteit en veiligheid wordt alleen het goedkoopste geneesmiddel vergoed.

- **Aanvullende particuliere verzekering**

Op dezelfde voorwaarden als de aanvullende verzekering bij het huidige ziekenfondspakket Verzekerde is vrij in keuze van aanvullend pakket. Ze vallen echter niet volledig buiten het bereik van de overheid.

- Zolang er nog sprake is van krapte in het aanbod toetst de overheid nog wel of de aanvullende zorgverlening (via aanvullende verzekering of eigen bijbetaling) niet ten koste gaat van de zorg in het basispakket (denk aan voorrangszorg).
- De verplichte koppeling van basispakket en aanvullende verzekering is niet toegestaan, dit om risicoselectie via de aanvullende verzekering te voorkomen

### **Financiering basiszorg**

GroenLinks kiest voor een bijna volledige inkomensafhankelijke financiering van de basiszorg. Deze financiering wordt via belastingheffing geïnd. Er is echter sprake van een gemengd stelsel omdat ook een nominale premie kan worden geheven.

- Korting mogelijk op nominale deel premie bij “preferred provider” arrangementen  
De naam die GroenLinks aan een dergelijk arrangement geeft is de ‘select-polis’.

- Premiedifferentiatie naar risico is niet toegestaan
- De nominale premie mag verschillen per verzekeraar, mag zowel positief als negatief zijn (gemiddelde nominale premie rond de 0 euro).
- Nominale premieheffing is op individueel niveau voor mensen van 18 jaar en ouder.
- Inkomensafhankelijk deel wordt jaarlijks vastgesteld door de overheid
- Geen collectieve contracten
- Geen eigen risico's
- Eigen bijdragen (idem als in huidige AWBZ)

### **Verzekeraars**

Onderstaande voorwaarden gelden voor de basispolis; ten aanzien van de aanvullende pakketten zijn er enkele voorwaarden, zoals hierboven beschreven.

- Acceptatieplicht voor basispakket en de 'select-polis'
- Verzekerde mag 1 maal per jaar wisselen van verzekeraar
- Verzekerde is verzekeringplichtig
- Verzekerde is vrij in keuze van verzekeraar
- Alle mogelijke vormen van vergoedingen toegestaan (in natura/restitutie/persoonsgebonden budgetten (PGB's)/persoonsvolgende budgetten (PVB's)).
- Verzekeraar is zorgplichtig
- Verzekeraar is risicodragend, ex-ante vereveningssysteem, klein percentage ex-post
- Concurrentie op prijs (nominale deel), kwaliteit en service
- Verzekeraars mogen alleen op not-for-profit basis opereren
- Reserves van verzekeraars zijn aan een maximum gebonden
- Krijgt instrumenten (zoals controle op kwaliteit en prijs van zorgaanbieder) om zorg efficiënt in te kopen via 'best practices', betere logistiek, samenwerking en afstemming.

### **Zorgaanbieders**

- Zorgaanbieders opereren uitsluitend op non-profit basis (WTG blijft als 'ultimum remedium' bestaan)
- Concurrentie tussen zorgaanbieders op prijs, service en kwaliteit (Sector specifieke mededingingsregels bewaken het evenwicht tussen enerzijds de voordelen van concurrentie tussen zorgaanbieders en anderzijds de noodzaak van samenwerking (24-uurs beschikbaarheid, spreiding, ketenzorg, transmuralisering)).
- Financiering zorgaanbieders zo veel mogelijk via de vraag (pgb, restitutie (individueel of gezamenlijk, bijvoorbeeld een vereniging van chronisch patiënten) of via verzekeraar)
- Zorgaanbieders werken volgens richtlijnen en protocollen

### **Overig beleid**

- Overheid stelt jaarlijks de omvang en randvoorwaarden van de basisverzekering bij:  
breedte zorgpakket op basis van werkzaamheid ('evidence based medicine'), doelmatigheid en veiligheid
- Overheid stelt jaarlijks bovengrens nominale premie vast (+250 euro, met jaarlijkse inflatiecorrectie)
- Overheid stemt capaciteit zorgaanbieders af op de behoefte  
(Toetreding aanbieders via ramingen van de behoefte, aantal medische opleidingsplaatsen wordt gebaseerd op reële ramingen behoefte)
- Onafhankelijk toezicht op verzekeraars en aanbieders (transparantie, kwaliteit, salariering, reclame, omvang en aanwending reserves)
- Beheersing van macro-uitgaven, het BKZ via maximering tarieven, inkomensafhankelijke bijdragen en het pakket
- Jaarlijkse aanpassing breedte zorgpakket op basis van werkzaamheid
- Waar mogelijk (waar de schaarste is opgeheven) laat de overheid de prijzen los.  
Uitzondering vormt de markt voor geneesmiddelen waar de Wet Geneesmiddelen-Prijzen(WGP) en het Geneesmiddelen Vergoedingen Systeem (GVS) blijft bestaan.
- Consumenteninformatie wordt verzorgd door de overheid  
Jaarlijks verschijnt een vergelijkend overzicht tussen verzekeraars (eventueel opgesteld in samenwerking met andere partijen uit de zorg)
- Ondersteunen en zo nodig professionaliseren patiënten- en cliëntenorganisaties.
- Er komen uniforme patiëntendossiers
- Overheid verzorgt preventieve zorg

## Zorgstelsel PvdA

Hieronder wordt het programma van de PvdA kort samengevat waarbij het zorgstelsel wordt omschreven aan de hand van vijf groepen. De vijf groepen beschrijven de variabelen die de politieke partijen van te voren hebben ingeleverd en die tezamen een goede indruk geven van het zorgstelsel van de PvdA.

### **Pakketomschrijving**

- **Eén basispakket**

Eén verplicht breed basispakket waarin huidige AWBZ, ziekenfondsverzekering en particuliere verzekering inclusief tandheelkundige zorg in opgaan. Basispakket omvat alle noodzakelijke zorg. De naam die de PvdA aan dit pakket (polis) geeft is de Gepaste Zorgpolis.

De gepaste zorgpolis bevat dezelfde voorzieningen als AWBZ en Ziekenfondspakket maar slechts voorzover dat om medische redenen noodzakelijk is (volgens trechter van Dunning te bepalen).

De verzekerde rechten worden bovendien geformuleerd in functionele termen in plaats van in voorzieningen/behandelingstermen.

- **Aanvullende particuliere verzekering**

Verzekerde is vrij in keuze van het aanvullende pakket. Aanvullende verzekeringen vallen buiten de Gepaste Zorgpolis en daarmee buiten het bereik van de overheid.

### **Financiering Gepaste Zorgpolis**

De PvdA kiest voor een gemengd stelsel, gedeeltelijk inkomensafhankelijk en gedeeltelijk nominaal.

- Premiedifferentiatie naar risico voor Gepaste Zorgpolis is niet toegestaan.
- De nominale premie voor de Gepaste Zorgpolis mag verschillen per verzekeraar, waarbij de rekenpremie rond de 180 euro per verzekerde per jaar ligt.
- Nominale premieheffing is op individueel niveau (vanaf 18 jaar). Individuen tot en met 18 jaar betalen geen nominale premie.
- Inkomensafhankelijk deel (jaarlijks vastgesteld door de overheid).
- Geen collectieve contracten.
- Korting mogelijk op nominale deel premie bij 'preferred provider' arrangementen.
- Korting mogelijk op nominale deel premie bij vrijwillig eigen risico's.
  - Maximaal eigen risico: 100 euro
  - Minimaal eigen risico: 0
- Eigen bijdragen (idem als in huidige AWBZ)

### **Verzekeraars**

Onderstaande voorwaarden gelden voor de gepaste zorgpolis; ten aanzien van de aanvullende pakketten zijn er geen voorschriften.

- Acceptatieplicht (alleen voor de Gepaste Zorgpolis).
- Verzekerde mag 1 maal per jaar wisselen van verzekeraar.
- Verzekerde is verzekeringplichtig.
- Verzekerde is vrij in keuze van verzekeraar.
- Vergoeding : in natura (Gepaste Zorgpolis) en restitutie (aanvullend pakket).
- Verzekeraar is zorgplichtig.
- Verzekeraar is zo veel mogelijk risicodragend,  
ex-ante vereveningssysteem, klein percentage ex-post.
- Concurrentie op prijs (nominale deel), kwaliteit en service.
- Verzekeraars mogen zowel opereren op profit als op not-for-profit basis.  
Winst wordt gelimiteerd tot een beperkt percentage, bijvoorbeeld 3% of een 1% bovenop de reële rente, van de premieopbrengsten. Overige winst kan worden ingezet voor pakketverbeteringen.
- Krijgt instrumenten (zoals controle op kwaliteit en prijs van zorgaanbieder) om zorg efficiënt in te kopen via 'best practices', betere logistiek, samenwerking en afstemming.

### **Zorgaanbieders**

- Zorgaanbieders mogen opereren op for profit en not-for profit basis.  
(For-profit ondernemingen zijn ondernemingen waarbij de winsten worden gelimiteerd tot een beperkt percentage, bijvoorbeeld 3% of 1% bovenop de reële rente, van de premieopbrengsten. Op deze markt geldt vrije toetreding wanneer wordt voldaan aan voorgeschreven kwaliteitsmaatstaven. Dat betekent voorgeschreven opleiding, kwaliteit praktijkruimte, etc. De verzekeraar zorgt voor het contracteren van voldoende aanbod.)
- Concurrentie tussen zorgaanbieders op prijs, service en kwaliteit.  
(Concurrentie is mogelijk in prijs, kwaliteit boven voorgeschreven minimale kwaliteit, combinaties met aansluitende voorzieningen zoals wonen met zorg, kortere dan maximaal aanvaardbare wachttijden, ketenafstemming in de zorgsector, imago, etc. Er gelden vrije tarieven, wie te duur is zal niet meer door de verzekeraar worden gecontracteerd, de verzekeraar heeft immers wel een zorgplicht, maar geen contracteerplicht.)
- Zorgaanbieders werken volgens richtlijnen en protocollen.

### **Overig beleid**

- Overheid stelt jaarlijks de rekenpremie en de omvang van de Gepaste Zorgpolis vast.  
(Invulling van de inhoud van de Gepaste Zorgpolis via ontwikkeling indicatoren voor

- de zorg (health economics)).
- De mogelijkheid voor de overheid om een maximale nominale premie vast te stellen als 'ultimum remedium' blijft bestaan.
  - Capaciteit zorgaanbieders wordt afgestemd op de behoefte.
    - Afschaffen numerus fixus voor artsen opleiding (overheid).
    - Uitbreiding onderwijsbudgetten (overheid).
    - Beroepsopleidingen voor huisartsen en medisch specialisten worden afgestemd op capaciteitsplanning (overheid).
    - Aantal stageplaatsen wordt uitgebreid (overheid).
    - Meer mogelijkheden voor ontwikkeling verpleegkundig/verzorgend personeel (CAO).
    - Salariëring wordt aangepast en verbeterd (CAO).
  - Onafhankelijk toezicht op concurrentie.
  - Onafhankelijk toezicht via CTZ op regels in zake pakket, kwaliteit, kwalificaties en tijdigheid
    - Het CTZ controleert aan de hand van administraties. Zo nodig volgen waarschuwing, boete en eventueel uitsluiting wanneer niet wordt voldaan aan de wettelijk voorgeschreven maximaal aanvaardbare wachttijden.
  - Onafhankelijk toezicht op verzekeraars door Verzekeringskamer.
  - Onafhankelijk toezicht op kwaliteit van zorg door Inspectie voor de gezondheidszorg.
  - Consumenteninformatie wordt door de overheid verbeterd.
  - Meer ruimte in care sectoren voor persoons gebonden budgetten (PGB's) en persoons volgende budgetten (PVB's).
  - Verzorgen preventieve zorg, gefinancierd door de overheid.

## Zorgstelsel van de Socialistische Partij (SP)

Hieronder wordt het programma van het zorgstelsel van de SP kort samengevat waarbij het zorgstelsel wordt omschreven aan de hand van vijf groepen. De vijf groepen beschrijven de variabelen die de SP van te voren heeft ingeleverd en tezamen een goede indruk geven van het zorgstelsel van de SP.

### **Pakketomschrijving**

- **Een brede nationale verzekering**

Het pakket moet alle medisch noodzakelijke en maatschappelijk gewenste zorg bevatten; naast het huidige AWBZ- en ziekenfondspakket omvat het de tandzorg, zelfzorgmiddelen op recept en eerste-lijnspsychologen. Ook voorzieningen voor gehandicapten en ouderen, zoals vervoersvoorzieningen, woningaanpassing, maaltijdservice en alarmeringen behoren tot het pakket. In het vervolg noemen we deze verzekering de volksverzekering.

- **Aanvullende particuliere verzekering**

Verzekerde is vrij in keuze van het aanvullende pakket. Aanvullende verzekeringen vallen buiten het bereik van de overheid.

- Geen 'preferred provider' arrangementen

### **Financiering**

De SP kiest voor volksverzekering die volledig inkomensafhankelijk wordt gefinancierd.

- Op individueel niveau (naar draagkracht)
- Inkomensafhankelijk (jaarlijks vastgesteld door de overheid)
- Geen collectieve contracten
- Geen 'preferred provider' arrangementen
- Geen eigen risico's
- Eigen bijdragen voor kost en inwoning voor langdurige opname (naar rato besteedbaar inkomen)

### **Verzekeraars**

- Een nationale verzekeraar
  - Sociale en regionale uitvoeringsorganen worden afgerekend op goede uitvoering
  - Houden toezicht op zorgaanbieders via 'outputmeting' en 'benchmarking'.
  - Sturingsprikkel komt voort via 'benchmarking' en 'ontslagdreiging'.
- Verzekeraar is niet risicodragend (geen vereveningssysteem)
- Iedereen is bij wet verzekerd (ook mensen die geen wettige verblijfstitel hebben)
- Wijze van vergoeding: in natura



- Vrij in keuze aanvullende (particuliere) verzekeringen

### **Zorgaanbieders**

Onderstaande voorwaarden gelden voor de volksverzekering

- Zorgaanbieders verrichten overheidszorg
  - Zorgaanbieder zijn is een autonome professie
  - Privaat gefinancierde zorg, alleen via aanvullende pakketten.
  - Betaling aanbieders via ‘abonnementen’ of loondienst, die worden bepaald door zorgaanbieders en bonden.
- Geen prijsconcurrentie tussen zorgaanbieders
- Alle zorgaanbod moet dicht in de buurt van de burger blijven
  - tekorten tandartsen in armere wijken opvullen
  - openhouden kleine streekziekenhuizen
  - aanbieders opereren via integrale wijkteams
  - meer aandacht stervensbegeleiding
  - verbetering gehandicaptenzorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, dak- en thuislozen
- Capaciteit zorgaanbieders wordt afgestemd op de behoefte
- Betere voorwaarden zorgaanbieders
  - voor verpleegkundigen, verzorgenden, verloskundigen

### **Overig beleid**

- Overheid stelt jaarlijks de omvang en randvoorwaarden van het basispakket vast/bij
  - zoals aanpassen wet geneesmiddelen prijzen (WGP).
- Overheid stelt jaarlijks de inkomensafhankelijke bijdragen vast
  - budget voor de zorg wordt geraamd, mogelijke overschrijdingen van budget worden alleen vergoed wanneer aangetoond kan worden dat er sprake is van onvoorziene groei.
- Overheid zorgt voor ruim zorgaanbod
  - via ramingen
- Toezicht op uitvoering (zorgaanbieders en verzekeraars)
  - systeem van indicatiestelling, protocollen en richtlijnen voor bepalen gepaste zorg
  - bij onvoldoende functioneren zorgaanbieders en verzekeraars volgt ontslag.
- Zorgt voor uitgebreide preventieve zorg.
  - zoals het tegengaan van tabak, alcohol, drugs, gokautomaten