

Verzekeraars op de zorgmarkt

Advies uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en
Zorg aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Zoetermeer, april 1998

Inhoudsopgave

	Samenvatting	5
1	Inleiding	9
1.1	De adviesvragen	9
1.2	De probleemstelling	9
1.3	De hoofdlijn van het advies	10
2	Het verzekeringsstelsel en het zorgbeleid	12
2.1	Het verzekeringsstelsel	12
2.2	De publieke functie van het verzekeringsstelsel	13
2.3	De relatie met het zorgbeleid	14
2.4	Een tussentijdse evaluatie	17
2.5	Hoe moet het nu verder?	19
3	Drie modellen van zorgsturing	21
3.1	Aanbodregulering door de rijksoverheid	21
3.2	Zorgsturing door verzekeraars	23
3.3	Zorgsturing door overheid en verzekeraars samen	26
3.4	Ouo vadis?	27
4	Ondernemen in het publiek belang	29
4.1	Randvoorwaarden	29
4.2	Trust	29
4.3	Transparantie	31
4.4	Toezicht	34
4.5	Conclusies	35
5	Specifieke onderwerpen	36
5.1	De toelating als ziekenfonds	36
5.2	De regio en de contracten	38
5.3	De invloed van verzekerden op het contracteerbeleid	40
5.4	Kostenbeheersing en financieel risico	40
6	Antwoorden en aanbevelingen	43
	Bijlagen	
1	Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma	55
2	Brief van de minister van VWS aan de voorzitter van de RVZ over goed verzekeraarschap d.d. 11 juli 1997	59

3	Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	63
4	Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg	65
5	Samenstelling klankbordgroep	67
6	Kerngegevens verzekeringsstelsel	69
7	Gelijke toegang tot zorg	81
8	Normen voor goed verzekeraarschap en de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland	91
9	Lijst van afkortingen	101
10	Literatuur	103
11	Overzicht publicaties RVZ	109

Samenvatting

De overheid probeert de zorgverzekeraars meer invloed te geven op het zorgbeleid met het doel de gezondheidszorg een vernieuwingsimpuls te geven, de zorgverlening meer te richten op de behoeften en de wensen van de patiënten en de doelmatigheid in de gezondheidszorg te vergroten. Het beleid dat zowel tijdens het vorige als het huidige kabinet is ontwikkeld voor het zorgbeleid in het tweede verzekeringscompartiment (ziekenfondsverzekering en particuliere verzekeringen), moet ervoor zorgen dat de verzekeraars de mogelijkheid krijgen om effectief met zorgaanbieders te onderhandelen. Het moet hen daar ook voldoende belang bij geven. Verder is het de bedoeling dat de verzekerden voldoende druk op de verzekeraars kunnen uitoefenen om dezen hun invloed in het belang van de verzekerden te laten aanwenden.

Overheid wil zorgverzekeraars meer invloed op zorgbeleid geven

Dit beleid is aan een herijking toe. Niet zozeer de doelstellingen, want die zijn nog hetzelfde, maar wel de koers er naar toe. Die is om een aantal redenen niet meer duidelijk. Voor een deel komt dat, omdat het resultaat achterblijft bij de verwachtingen. Zo constateert de Ziekenfondsraad dat er nog geen sprake is van een actieve zorgcontractering. Verder hebben sommige maatregelen andere effecten gehad dan de bedoeling was. De veranderingen in de Ziektewet en de arbeidsongeschiktheidsverzekering hebben bijvoorbeeld een dynamiek in de verzekeringsmarkt gebracht, waarop niet was gerekend. Daar komt nog bij dat een aantal opvattingen inmiddels is veranderd. Het belang van de regionale samenhang voor de gezondheidszorg wordt tijdens deze kabinetsperiode bijvoorbeeld hoger ingeschat dan tijdens de vorige.

Rol van de verzekeraar staat ter discussie

De vraag is hoe het nu verder moet. Naast elkaar zijn verschillende ontwikkelingen zichtbaar. Op sommige terreinen, zoals de ziekenhuiszorg, is de rijksoverheid zelf actief bij de zorgregie betrokken. Op andere terreinen, zoals het grensvlak tussen curatieve zorg en arbeidsgeneeskunde, spelen verzekeraars in op de markt. Daarnaast proberen verzekeraars binnen de marges die de overheidsregulering hen laat, bij te dragen aan een goede algemene toegankelijkheid van de zorg. Welke ontwikkeling dient te worden gestimuleerd en hoe?

Drie alternatieven

De RVZ constateert dat de gezondheidszorg van het tweede

RVZ beveelt maatschappelijk

Verzekeraars op de zorgmarkt

compartiment tot het publieke domein wordt gerekend. Het gaat om noodzakelijke zorg, die voor iedereen toegankelijk hoort te zijn. De regie kan daarom het beste in een publieke context plaatsvinden. Tegelijk worden van die regie resultaten verwacht die een ondernemende aanpak vergen. Ten derde is het voor een effectieve aansturing gewenst dat de regie plaatsvindt op hetzelfde regionale niveau waarop de gezondheidszorg zelf is georganiseerd. Om deze redenen is de RVZ voorstander van een actief op de regio gericht zorgbeleid, waarin zorgverzekeraars zich ondernemend inzetten voor het publieke belang van een goed toegankelijke, doelmatig georganiseerde en kwalitatief hoogstaande zorgverlening. Er is behoefte aan maatschappelijk ondernemerschap.

ondernemerschap van verzekeraars aan ...

Het tweede verzekeringscompartiment is dual opgebouwd. Naast elkaar functioneren sociale en particuliere verzekeringen. De RVZ wil de beeldvorming voorkomen dat maatschappelijk ondernemerschap voorbehouden zou zijn aan het sociale verzekeringssegment. Dat is niet gewenst en niet nodig. Niet gewenst, omdat er juist behoefte is aan een gemeenschappelijke identiteit en cultuur van de branche. Niet nodig, omdat er voor beide segmenten van het tweede compartiment mogelijkheden zijn om het maatschappelijk ondernemerschap te bevorderen.

... voor het hele tweede compartiment com-

Er zijn drie pijlers waarop het maatschappelijk ondernemerschap van verzekeraars kan worden opgebouwd: trust, transparantie en toezicht. De belangrijkste is trust: vertrouwen in de mogelijkheden en de intenties van de verzekeraars om zich in te zetten voor de publieke zaak. Dit is gediend met een heldere afbakening tussen de rol van de overheid en die van de verzekeraars, een afbakening die steunt op principes van eigen verantwoordelijkheid, delegatie en sturen op afstand. Vertrouwen moet ook gerechtvaardigd kunnen zijn. Daarom is een tweede pijler voor maatschappelijk ondernemerschap dat de verzekeraars zich controleerbaar opstellen, openheid van zaken geven en de informatie verschaffen die anderen nodig hebben. Transparantie dus. De derde pijler voor een stabiele fundatie van maatschappelijk ondernemerschap is toezicht. Er moet een heldere, krachtige en onafhankelijke systematiek van controle zijn, op grond waarvan bijsturing mogelijk is.

Randvoorwaarden: trust, transparantie en toezicht

De twee belangrijkste aanbevelingen aan de overheid zijn:

1. geef de verzekeraars meer ruimte voor ondernemend gedrag en verbindt daaraan randvoorwaarden ten behoeve van de publieke functie van de zorgregie: laat die beleidsruimte gepaard gaan aan meer transparantie en een deugdelijk toezicht;
2. stimuleer dat de verzekeraars een actief contracteerbeleid voeren binnen een regionaal kader.

Aanbevelingen voor overheid

Daarnaast kunnen ook de verzekeraars zelf invulling geven aan het maatschappelijk ondernemerschap en aan de vormgeving van een regionaal contracteerbeleid. Het advies wijst in het bijzonder op:

1. een verdere uitwerking van de Gedragscode van de Zorgverzekeraar;
2. controle op en bevordering van de kwaliteit van de uitvoering van de verzekering door middel van onderlinge visitatie of onafhankelijke certificatie en
3. een verdere uitbouw van het instituut van regio-vertegenwoordiging.

Aanbevelingen voor verzekeraars

Verzekeraars op de zorgmarkt

1 Inleiding

1.1 De adviesvragen

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) vier vragen gesteld over de rol van de zorgverzekeraar in de aansturing van de gezondheidszorg (zie bijlagen 1 en 2). Zoals verderop uiteen wordt gezet, kan het advies uit praktische overwegingen beperkt blijven tot de rol van de verzekeraar in het tweede verzekeringscompartiment. Kort geformuleerd komen de vragen op het volgende neer.

- | | |
|---|------------------------|
| 1. <i>Hoe moet het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden aangestuurd? Wat zijn de rollen van de overheid, de verzekeraars en de zorgaanbieders in dit stelsel?</i> | Aansturing stelsel? |
| 2. <i>Hoe en in hoeverre moet de overheid zich bemoeien met eventuele ongelijkheid in de toegang tot de zorg?</i> | Ongelijke toegang? |
| 3. <i>Hoe kan het hulpaanbod en de zorgverlening flexibeler, doelmatiger en samenhangender worden gemaakt?</i> | Kwaliteit hulpaanbod? |
| 4. <i>Wat vindt u van 'goed verzekeraarschap': normen (en eventuele beperkingen op grond van de Mededingingswet), functie, inbedding?</i> | Goed verzekeraarschap? |

De vragen worden in hoofdstuk 6 beantwoord.

1.2 De probleemstelling

Waarom worden deze vragen aan de RVZ voorgelegd? Op advies van de commissie-Dekker (1987) probeert de overheid de zorgverzekeraars meer invloed te geven op het zorgbeleid met het doel de gezondheidszorg een vernieuwingsimpuls te geven, de zorgverlening meer te richten op de behoeften en wensen van de patiënten en de doelmatigheid in de gezondheidszorg te vergroten. De overheid verwacht van de verzekeraars dat zij in het belang van hun verzekerden met de zorgaanbieders gaan onderhandelen over de prijs, de kwaliteit, het volume en de organisatie van de zorgverlening. De beleidsmaatregelen van de overheid zijn erop gericht dat de verzekeraars (1) de mogelijkheid krijgen om effectief met

Verzekeraars op de zorgmarkt

zorgaanbieders te onderhandelen en (2) daar voldoende belang bij hebben.

Verder moeten (3) de verzekerden voldoende druk op de verzekeraars kunnen uitoefenen om ervoor te zorgen dat die hun invloed in het belang van de verzekerden aanwenden.

Van dit beleid zijn sommige onderdelen wel uitgevoerd, maar andere niet of slechts gedeeltelijk. Het beleid is als het ware halverwege blijven steken. Enerzijds kan worden geconstateerd dat de getroffen maatregelen niet ver genoeg gaan, zodat het resultaat achterblijft bij de verwachtingen. Voorbeeld: het financiële risico van verzekeraars. Anderzijds hebben de getroffen maatregelen een aantal niet verwachte effecten opgeleverd, zoals de invloed van de markt op verzekeraars, die de vraag doen rijzen of het beleid moet worden bijgesteld. Een derde factor is dat sommige elementen of uitgangspunten van het beleid - de nadruk op marktwerking bijvoorbeeld - inmiddels zijn veranderd, zonder dat duidelijk is welke consequenties daaraan moeten worden verbonden. De oorspronkelijke doelstellingen van het beleid - zorgvernieuwing, vraagsturing en doelmatigheid - staan nog recht overeind. Maar hoe nu verder? Dat is de vraag achter de vragen die aan de RVZ zijn gesteld.

... aan heroverweging toe

1.3 De hoofdlijn van het advies

De praktijk laat zien dat we op een driesprong staan. We kunnen dus drie kanten uit. We kunnen in zekere zin op onze schreden terugkeren en de zorgregie opnieuw in de handen van de overheid leggen. Een tweede weg voert ons naar zorgregie door verzekeraars die vooral door de markt worden aangestuurd. De derde weg leidt ons naar verzekeraars die zorgregie als een publieke verantwoordelijkheid opvatten. Elke route heeft z'n aantrekkelijke en minder aantrekkelijke kanten en geen van de drie is makkelijk begaanbaar. In het advies wordt dat verder uitgewerkt.

Drie alternatieven

Er zijn alles afwegende uiteindelijk twee redenen waarom de derde weg het meeste perspectief biedt op het doel waarom het uiteindelijk begonnen is: de combinatie van zorgvernieuwing, oriëntatie op de patiënt en doelmatigheid. De eerste reden is dat de gezondheidszorg van het tweede compartiment tot het publieke domein wordt gerekend. Het gaat om noodzakelijke zorg, die voor iedereen toegankelijk hoort te zijn. De regie hierover - door

Maatschappelijk ondernemerschap
biedt meeste perspectief

Verzekeraars op de zorgmarkt

middel van onder andere zorgcontracten waarin afspraken over de prijs, de kwaliteit, het volume en de organisatie van de zorgverlening worden vastgelegd - vindt daarom plaats in een publieke context. De tweede reden is dat de gezondheidszorg vooral op regionaal niveau functioneert en daarom ook het beste op dat niveau kan worden aangestuurd. Dat biedt de meeste waarborgen dat de inhoudelijke doelstellingen van het beleid, hierboven aangeduid, kunnen worden gerealiseerd.

Hoe kan deze weg voor alle betrokkenen begaanbaar worden gemaakt? De voorstellen die de RVZ daarvoor ontwikkelt, zijn gebaseerd op twee aanbevelingen.

1. Meer ruimte voor ondernemend gedrag van verzekeraars binnen randvoorwaarden ten behoeve van de publieke functie; die randvoorwaarden kunnen met trust, transparantie en toezicht worden aangeduid.
2. Stimuleren van een actief contracteerbeleid met een regionale inbedding.

Ondernemen ...

... in een regionale context

2 Het verzekeringsstelsel en het zorgbeleid

2.1 Het verzekeringsstelsel

Met ziektekostenverzekeringen dekken mensen zich in tegen de financiële risico's van ziekten en problemen met de gezondheid. De particuliere ziektekostenverzekeringen worden afgesloten op basis van de particuliere belangen van de verzekerde en de verzekeraar. De sociale ziektekostenverzekeringen, waarin behalve risicosolidariteit ook inkomenssolidariteit een belangrijke rol speelt, dienen daarnaast een publiek doel, namelijk de verplichte verzekering van bepaalde groepen of de bevolking in haar geheel. Met het stelsel als geheel streeft de overheid na dat iedere inwoner van Nederland toegang heeft tot noodzakelijke vormen van gezondheidszorg.

Stelsel geeft toegang tot noodzakelijke zorg

Dat stelsel is in de loop van ruim honderd jaar ontstaan op de grondslag van particuliere schade- en ziekenfondsverzekeringen. Voor de mensen met hogere inkomens geldt, dat men uit welbegrepen eigen belang een ziektekostenverzekering afsluit en dat ook kan betalen. Voor de mensen met lagere inkomens is een lappendeken van regelingen getroffen. Voor werknemers en mensen met uitkeringen is een verplichte ziekenfondsverzekering ingevoerd met inkomensafhankelijke premies. Voor degenen die moeilijk toegang tot de particuliere ziektekostenverzekeringen hebben, maar niet onder de ziekenfondsverzekering vallen, biedt de Wet toegang ziektekostenverzekeringen de mogelijkheid om tegen een premie van rond de f 200,- per maand een standaardpakketpolis af te sluiten. En voor bepaalde groepen ambtenaren gelden aparte regelingen die deel uitmaken van hun rechtspositie. Voor de particulier onverzekerbare risico's heeft de overheid de AWBZ in het leven geroepen, die als het sluitstuk van het stelsel kan worden beschouwd.

Pluriform stelsel

In overdrachtelijke zin kan het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden beschouwd als de grootste klant van de gezondheidszorg. Ruim 85% van het geld dat jaarlijks in de gezondheidszorg omgaat, wordt via de ziektekostenverzekeringen ge-kanaliseerd: 70% via de sociale en ruim 15% via de particuliere verzekeringen. De inrichting en het functioneren van het stelsel heeft daarom een grote impact op de gezondheidszorg. Het bepaalt onder andere wie aan de geldkraan draait, waaraan het geld wordt besteed en onder welke voorwaarden dat gebeurt.

Verzekeringen zijn grootste 'klant' gezondheidszorg

Verzekeraars op de zorgmarkt

Voor de publieke functie van het stelsel zijn in principe alleen het eerste en het tweede compartiment van belang. De politiek heeft ervoor gekozen in die compartimenten noodzakelijke zorg onder te brengen, terwijl het derde compartiment bestemd is voor gewenste, maar niet noodzakelijke zorg en zorg die voor iedereen uit eigen zak betaalbaar is. In de praktijk is de scheidslijn tussen noodzakelijke en niet noodzakelijke zorg niet scherp te trekken, zoals het voorbeeld van de tandheelkunde laat zien, maar dat doet aan het principe niets af.

Publiek belang van eerste en tweede compartiment

2.2 De publieke functie van het verzekeringsstelsel

Het is de publieke functie van het eerste en tweede compartiment om noodzakelijke gezondheidszorg voor iedereen toegankelijk te maken. Om deze doelstelling te kunnen realiseren moeten zowel (1) de verzekeringen als (2) de noodzakelijke gezondheidszorg aan bepaalde voorwaarden voldoen:

Zorgsturing nodig voor publieke functie van beide compartimenten

- (1) de verzekeringen van het eerste en tweede compartiment:
 - . omvatten alle noodzakelijke zorg
 - . zijn toegankelijk
 - . zijn betaalbaar
- (2) de noodzakelijke zorg:
 - . is toegankelijk
 - . wordt doelmatig verleend
 - . is van goede kwaliteit.

Aan deze voorwaarden wordt niet vanzelf voldaan. Daarvoor is sturing nodig. Wat het eerste compartiment betreft, is er een uit de wet voortvloeiende rol voor verzekeraars op het gebied van de zorgsturing. De AWBZ geeft namelijk aanspraak op verstrekkingen in natura en de uitvoeringsorganen moeten ervoor zorgen dat verzekerden hun aanspraken tot gelding kunnen brengen. De verzekeraars maken door middel van overeenkomsten met de zorgaanbieders afspraken over de toegankelijkheid (capaciteit, volume), de doelmatigheid (organisatie, prijzen) en de kwaliteit (effectiviteit, klantgerichtheid) van de zorg. De rol van de verzekeraars is ingebed in een groter geheel van aanbodregulering, waarvan behalve de AWBZ zelf ook de WTG, de WZV, de Wet BIG en de Kwaliteitswet zorginstellingen deel uitmaken.

Zorgsturing hoort bij sociale verzekeringen ...

Verzekeraars op de zorgmarkt

Voor de ziekenfondsverzekering geldt hetzelfde. Voor de particuliere verzekeringen en de ambtelijke regelingen van het tweede compartiment ligt het ingewikkelder. De WTZ beoogt iedere particuliere verzekerde voor wie dat nodig is, toegang te geven tot een betaalbare polis met dekking van alle noodzakelijke zorg die niet via de AWBZ verzekerd is. Zowel voor de WTZ, de rest van de particuliere verzekeringen als de ambtelijke ziektekostenregelingen geldt dat de verzekeraar zich op het gebied van de zorgsturing laat leiden door overwegingen als: beheersing van de schadelast, profilering ten opzichte van andere verzekeraars en voldoen aan de verwachtingen of eisen van de klant.

... en ook bij particuliere verzekeringen

2.3 De relatie met het zorgbeleid

Terwijl in de periode tussen 1965 en 1985 de invloed van de rijksoverheid op het stelsel van ziektekostenverzekeringen - en daarmee op de gezondheidszorg - voortdurend is toegenomen, laten de jaren sinds 1985 een kentering in die trend zien. Het rapport van de commissie-Dekker (1987) is daarin richtinggevend geweest. De commissie heeft een paar ideeën over het zorgbeleid, de relatie met de ziektekostenverzekeringen en de rol van de verzekeraars geïntroduceerd die sindsdien voortdurend aan invloed hebben gewonnen: (1) zorgvernieuwing (2) vraagsturing en (3) gereguleerde concurrentie.

Ideeën van de commissie-Dekker:

- | | | |
|-----|---|---------------------------|
| (1) | Zorgvernieuwing wil zeggen dat er meer differentiatie komt in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg wordt verleend. De zorg kan daardoor beter op de individuele behoeften en wensen van patiënten worden afgestemd. | zorgvernieuwing |
| (2) | Dat laatste is ook het doel van vraagsturing. Vraagsturing wil zeggen dat het systeem van gezondheidszorg wordt georienteerd op de behoeften en wensen van de patiënt. De commissie-Dekker wilde de zorgverzekeraar in het belang van de verzekerde met de zorgaanbieder laten onderhandelen. | vraagsturing |
| (3) | Gereguleerde concurrentie wil zeggen dat de individuele zorgaanbieder en de individuele zorgverzekeraar ruimte krijgen voor ondernemend gedrag, binnen door de overheid gestelde kaders of randvoorwaarden. | gereguleerde concurrentie |

Verzekeraars op de zorgmarkt

De voorstellen van de commissie-Dekker zijn in grote trekken overgenomen, zoals blijkt uit de regeringsnota 'Verandering verzekerd' en het daarna gevoerde beleid. De voorstellen zouden aanvankelijk vorm krijgen in het kader van een basisverzekering met de overeenkomst als het belangrijkste middel voor de zorgverzekeraar om invloed uit te oefenen op de zorginstellingen en zorgverleners. De basisverzekering is echter niet doorgegaan. Het huidige kabinet besloot de bestaande verzekeringsstructuur grotendeels intact te laten. Zorgvernieuwing en vraagsturing bleven doelstellingen van het beleid, maar zouden in de AWBZ anders worden uitgewerkt dan in het tweede verzekeringscompartiment.

Overgenomen door de regering

Voor de regie van de zorg in het eerste compartiment zijn inmiddels verschillende maatregelen voorbereid, waaronder die voor een zorgkantoor nieuwe stijl. Dat zorgkantoor krijgt een regionaal werkgebied en voert de AWBZ uit op basis van een regionaal beleidsplan dat past binnen landelijke beleidskaders. Omdat de RVZ in zijn advies 'De toekomst van de AWBZ' uitvoerig is ingegaan op de aansturing van het eerste compartiment en op de rol die de verzekeraars daarin vervullen, beperkt dit advies zich tot het tweede compartiment.

Uitwerking in AWBZ zonder gereguleerde concurrentie

Voor de zorgregie in het tweede compartiment is het concept van gereguleerde concurrentie in essentie gehandhaafd. Volgens de Commissie moesten de verzekeraars (1) de mogelijkheid krijgen om effectief met zorgaanbieders te onderhandelen en was het nodig dat zij (2) daar voldoende belang bij zouden krijgen. Verder moesten (3) de verzekerden voldoende druk op de verzekeraars kunnen uitoefenen om ervoor te zorgen dat die hun invloed in het belang van de verzekerden zouden aanwenden. Van dit beleid zijn sommige delen wel uitgevoerd, maar andere niet of slechts gedeeltelijk.

Uitwerking in tweede compartiment met gereguleerde concurrentie

Invloed

- Vanaf 1992 zijn zorgverzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, niet langer verplicht om met alle beroepsbeoefenaren een contract af te sluiten.
- De mogelijkheid voor ziekenfondsen om ontheffing te krijgen van het verbod op de oprichting van eigen instellingen, is per 1992 verruimd.
- Het huidige kabinet ondersteunt de ontwikkeling van een systeem van productprijzen. Zo'n systeem is nog niet operationeel. Parallel hieraan wordt geëxperimenteerd met lumpsum-

Meer invloed verzekeraars

Verzekeraars op de zorgmarkt

- financiering van ziekenhuiszorg.
- Het huidige kabinet heeft een wetsontwerp voor een ingrijpende vereenvoudiging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen voor advies naar de Raad van State gestuurd. Het ontwerp is nog niet bij de Tweede Kamer ahangig gemaakt.
 - Het huidige kabinet heeft een subsidieregeling flexizorg ingevoerd, maar heeft daaraan veel beperkende voorwaarden verbonden. De Minister heeft toegezegd die voorwaarden te zullen verruimen.

Belang

- In 1989 is een begin gemaakt met de budgettering van als ziekenfonds toegelaten zorgverzekeraars. In 1993 is een eind gemaakt aan het systeem dat de verzekeraars alle kosten van medische behandelingen bij de Ziekenfondsraad kunnen declareren. De verzekeraars krijgen voor de uitvoering van de ziekenfondsverzekering een budget, waarvan de hoogte is gebaseerd op de verwachte ziektekosten van hun verzekerden. Aanvankelijk is achteraf het verschil met de werkelijke kosten vrijwel geheel vergoed. In 1996 en 1997 is het financiële risico van verzekeraars vergroot. Het verzekeraarsbudget is gesplitst in een deel ziekenhuisverpleging en een deel overige verstrekkingen. In het ziekenhuisdeel wordt onderscheid gemaakt tussen een deel voor de vaste kosten en een deel voor de variabele kosten. Voor de vaste kosten blijft een hoge nacalculatie gelden, voor de variabele kosten lopen de verzekeraars wel risico, zij het voorlopig nog beperkt. De Minister en de zorgverzekeraars hebben afgesproken dat verdere aanscherping van het budget afhangt van de mogelijkheden die verzekeraars krijgen om de kosten te beïnvloeden. Meer belang verzekeraars

Positie verzekerden

- Sinds 1992 kunnen verzekeraars die de ziekenfondsverzekering uitvoeren, zelf hun werkgebied bepalen. Vrijwel alle verzekeraars werken nu in heel Nederland. Meer invloed verzekerden
- Sinds 1989 mogen verzekeraars voor de ziekenfondsverzekering een nominale premie in rekening brengen. De hoogte daarvan wordt vanaf 1991 door de verzekeraars vastgesteld. Alle verzekerden betalen per verzekeraar dezelfde nominale premie.
- De ziekenfondsverzekerde is niet langer verplicht zich bij een bepaalde verzekeraar te laten inschrijven. Hij kan van verzekeraar veranderen, sinds 1997 éénmaal per jaar. De verzekeraar is verplicht de ziekenfondsverzekerde te accepteren.

Verzekeraars op de zorgmarkt

- Het huidige kabinet was van plan in de particuliere verzekering een regeling voor de bandbreedte van premies en een acceptatieplicht in te voeren. Daarvan is het nog niet gekomen.
- De Nederlandse mededingingswetgeving is herzien en aangescherpt.

2.4 Een tussentijdse evaluatie

Het beleid is als het ware halverwege blijven steken. De Ziekenfondsraad constateert dat van de beoogde dynamisering van het overeenkomstenstelsel in de ziekenfondsverzekering nog weinig terecht is gekomen. Er is onzekerheid over hoe het verder moet. Hoe komt dat?

1. *De maatregelen zijn te beperkt*

De verzekeraars beschikken nog over onvoldoende mogelijkheden om effectief met zorgaanbieders te kunnen onderhandelen. De bestaande aanbodregulering, waaronder de Wet tarieven gezondheidszorg, is niet wezenlijk vereenvoudigd, waardoor verzekeraars weinig onderhandelingsruimte hebben. De overheid voert verder een beleid van financiële krapte, waardoor het bestaande aanbod beperkt is. Dat verschaft de aanbieders van zorg een sterke onderhandelingspositie. De verzekeraars zijn op grond van de ziekenfondsverzekering nog steeds verplicht met instellingen contracten af te sluiten.

De verzekeraars hebben onvoldoende belang bij scherpe onderhandelingen met zorgaanbieders. Zij lopen een beperkt financieel risico voor de uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Voor de particuliere verzekering geldt hetzelfde vanwege de WTZ. Die wet zorgt ervoor dat het risico van een grote groep 'dure' particuliere verzekerden over alle particuliere verzekerden wordt omgeslagen.

De verzekeraars richten zich naar de belangen van hun verzekerden. Maar werknemers (en werkgevers) nemen vanwege het belang dat collectieve contracten voor verzekeraars hebben, een sterke positie in. Oudere en ongezonde particulier verzekerden verkeren in een zwakke positie, omdat andere verzekeraars dan

degene bij wie zij verzekerd zijn, hen niet hoeven te accepteren.

2. *Er zijn onverwachte effecten opgetreden*

Er zijn veel veranderingen in de verzekeringswereld die niet of

Verzekeraars op de zorgmarkt

niet in die mate waren verwacht: concentratie van verzekeraars, landelijk werken, samenwerking in het kader van grote financiële conglomeraten, concurrentie om collectieve contracten, employee-benefits en meer in het algemeen: invloed van het bedrijfsleven. Voor een deel komt dat door externe oorzaken, zoals veranderingen in de sociale verzekeringswetgeving. Voor een deel ook doordat de voorgenomen maatregelen maar zeer ten dele zijn gerealiseerd.

Verder heeft de overheid de werking van de verzekeringsmarkt niet goed ingeschat. Het blijkt voor landelijk werkende verzekeraars strategisch aantrekkelijker om hun energie op de verzekeringsmarkt te richten dan op de zorgmarkt. Zij proberen door schaalvergroting de kosten per verzekerde te verlagen en daardoor een concurrerende premie in de markt te zetten. Regionaal werkende verzekeraars blijven zich richten op de zorgverlening in de regio of regio's waar zij een groot marktaandeel hebben. Maar dat brengt hen ten opzichte van hun concurrenten niet zonder meer in een betere positie. Consumenten beoordelen de verzekeraars niet op hun contracteringsbeleid. Ze hebben daar te weinig informatie over en verzekeraars kunnen zich ook te weinig onderscheiden met de producten die ze bieden. Verder kunnen de verzekeraars bepaalde voorzieningen niet alleen aan de eigen verzekerden ten goede laten komen. Het concurrentievoordeel dat een verzekeraar mag verwachten door een kwalitatief beter product in de markt te zetten, ontstaat in werkelijkheid niet. Verder krijgen ze te maken met 'free-rider gedrag'. Andere verzekeraars profiteren van hun investeringen in zorgcontractering zonder daarvoor te hoeven betalen.

3. *Er zijn wijzigingen in het beleid*

In het concept van gereguleerde concurrentie is sprake van een getrapte wijze van beïnvloeding: verzekerde -> verzekeraar -> zorgaanbieder. Van de overheid wordt verwacht dat zij zich beperkt tot het stellen van randvoorwaarden voor een goede werking van dit sturingssysteem. Dat is een te beperkte opvatting van de rol van de overheid gebleken. Behalve dat de overheid randvoorwaarden stelt voor het beleid van anderen, zijn er ook taken die de overheid zelf op zich moet nemen. Die liggen onder andere op het vlak van de kostenbeheersing. (Verderop in het advies komt dat nog aan de orde.) Dit brengt met zich mee dat de verzekeraars niet alleen op het kompas van de verzekerden en de markt kunnen varen, maar uitdrukkelijk ook met het beleid van de overheid rekening moeten houden.

of van koers veranderen

Verzekeraars op de zorgmarkt

Verder heeft het verschil gemaakt dat geregleerde concurrentie plaatsvindt in het kader van een duaal samengesteld tweede compartiment in plaats van in een basisverzekering. In een basisverzekering concurreren alle verzekeraars met dezelfde wapens volgens dezelfde spelregels. In een duaal stelsel is dat niet het geval. De dynamiek van de markt is onder andere daardoor anders geworden dan verwacht.

Een derde verandering heeft betrekking op de waardering van het belang van de regio voor de gezondheidszorg. In het advies van de commissie-Dekker, noch in het daarna geformuleerde kabinetsbeleid werd veel aandacht aan het belang van een regionale ordening van de gezondheidszorg besteed. Nu kan worden geconstateerd dat de regio terug is van weggeweest.

2.5 Hoe moet het nu verder?

Wat ontbreekt is een duidelijk gevoel van richting hoe het verder moet. Naast elkaar zien we verschillende stromingen. Drie ontwikkelingen

1. Aanbodregulering door de overheid

Het kabinet houdt de gezondheidszorg krap bij kas. De schaarste wordt verdeeld via een complex onderhandelings-spel, waarvan de rollen en de regels in belangrijke mate vastliggen in het complex van aanbodregulering. Dit mechanisme geeft de overheid veel invloed op het zorg-beleid en leidt ertoe dat niet alleen branche- en koepel-or-ganisaties, maar ook individuele zorginstellingen recht-streeks met Rijswijk en Den Haag gaan onderhandelen.

Terug naar de overheid

2. Zorgregie door marktgerichte verzekeraars

In het verlengde van de collectieve contracten die zorg-verzekeraars afsluiten, proberen zij in te spelen op de speci-fieke behoeften van de collectiviteit. Zo krijgen bijvoorbeeld in de contracten met werkgevers en werkne-mers behalve de in het reguliere pakket opgenomen diagnostiek en curatie, ook verzuimpreventie en arbeids-reïntegratie volop aandacht.

Verzekeraars en de markt

3. Zorgregie door op het publiek belang gerichte verzekeraars

Hierbij gaat het om de zorgcontractering die gericht is op de toegankelijkheid, de doelmatigheid en de kwaliteit van de

Verzekeraars en het publiek belang

Verzekeraars op de zorgmarkt

zorgverlening in het tweede compartiment. De praktijk leunt sterk op de ziekenfondscontracten en de landelijke Uitkomsten van Overleg, die aan wettelijke regels zijn gebonden, en de zorgregie wordt sterk ingekaderd door de bestaande aanbodregulering.

In het volgende hoofdstuk worden deze drie benaderingen qua model nader verkend. Zij worden bevraagd op hun bijdrage aan de publieke doelstellingen van het zorgbeleid, waarbij het vooral gaat om de combinatie van zorgvernieuwing, oriëntatie op de patiënt en doelmatigheid. Een verkenning is gewenst

3 Drie modellen van zorgsturing

Wat zijn de sterke en zwakke punten van deze drie benaderingen, als we ervan uitgaan dat ze consequent worden uitgevoerd? Wat mogen we bijvoorbeeld verwachten van een ontwikkeling waarin de rijksoverheid de zorgsturing geheel naar zich toetrekt? Wat mogen we verwachten van zorgregie door verzekeraars als het kader van aanbodregulering ontbreekt? Wat mogen we verwachten van ondernemende verzekeraars in combinatie met sturing door de rijksoverheid? Wat hier volgt is een modelmatige exercitie, die ons op het spoor moet brengen van een combinatie van elementen uit de bestaande ontwikkelingen, waarop het beleid verder kan worden gebaseerd.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Elk model wordt eerst kort getypeerd. Daarna worden de voor- en nadelen op een rij gezet, waarbij achtereenvolgens de doelstellingen van het beleid, de positie van partijen en de instrumentatie van het beleid aan de orde komen. Ten slotte wordt de balans opgemaakt naar wenselijkheid en haalbaarheid.

3.1 Aanbodregulering door de rijksoverheid

De verzekeraars en Zorgverzekeraars Nederland staan in principe buiten spel. De aanbieders van zorg onderhandelen met de rijksoverheid over de capaciteit, het volume, de organisatie, de prijzen en de kwaliteit van de zorg. Deze onderhandelingen hebben betrekking op de vaststelling van financiële kaders (JOZ) en op de wijze waarop de rijksoverheid toepassing geeft aan haar bevoegdheden in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ (aanspraken), de WTG (budgetten en tarieven), de WZV (capaciteit en spreiding), de Kwaliteitswet zorginstellingen en de kwaliteitsparagraaf van de Wet BIG. De onderhandelingen vinden vooral op nationaal niveau plaats. Daarnaast kunnen ook met individuele instellingen of groepen instellingen en eventueel met individuele beroepsbeoefenaren afspraken worden gemaakt. Het ministerie voert de regie. Voor de uitvoering zijn verschillende modaliteiten denkbaar. Het ministerie kan die zelf op zich nemen, maar het kan ook een of meer zelfstandige bestuursorganen met die taak belasten. Zelfs is denkbaar dat de rijksoverheid - min of meer naar het voorbeeld van de AWBZ - regionaal werkende zorgverzekeraars

Regie door alleen de overheid ...

inschakelt. Of verzekeraars zich in dit model willen profileren als natura- of schadeverzekeraars maakt niet veel uit. Binnen de ruimte die wet en overheidsregie laten, kunnen zij met zorgverleners afspraken maken over schadelastbeheersing, betalingsverkeer en dergelijke.

Deze benadering heeft voordelen. Er is een duidelijke rolverdeling tussen rijksoverheid en verzekeraar. De rijksoverheid behartigt de publieke doelstellingen van het zorgbeleid en de verzekeraar kan binnen grenzen zijn eigen doelstellingen nastreven. De benadering sluit aan bij de bestaande machtsverhoudingen in de gezondheidszorg, waarin de aanbieders van zorg greep hebben op het primaire proces van zorgverlening en op de secundaire processen van organisatie en management daaromheen. De macht van de rijksoverheid berust enerzijds op het feit dat zij - met gebruikmaking van haar bevoegdheden op grond van de aanbodregulering - financiële schaarste creëert en verdeelt, anderzijds op het gegeven dat zij grote invloed heeft op de inrichting en het functioneren van het verzekeringsstelsel. Het instrumentarium voor de aanbodregulering en de infrastructuur voor de uitvoering zijn beschikbaar, maar moeten worden aangepast aan de eisen van dit model.

... scheidt duidelijke verhoudingen

Dan de nadelen. De aansturing van de gezondheidszorg wordt verder gecentraliseerd. Weliswaar is er een 'countervailing power' ten opzichte van het aanbod, maar dat functioneert niet op het regionale en plaatselijke niveau waar het voor een flexibel, dynamisch en op de omstandigheden toegesneden beleid juist nodig is. Of die doelstellingen enigszins overeind kunnen blijven, hangt vooral af van de uitvoeringsmodaliteiten waarvoor wordt gekozen. Een combinatie van minder en eenvoudiger regelgeving met een decentrale uitvoering door zorgverzekeraars lijkt daarvoor het meest aangewezen. Het is echter allerminst zeker of die variant haalbaar is. Het belangrijkste probleem is dat van de zorgverzekeraar een dubbelrol wordt gevraagd: enerzijds die van een regionaal werkend zelfstandig bestuursorgaan (vergelijkbaar met het verbindingskantoor van de AWBZ), anderzijds die van een met andere verzekeraars concurrerende zorgverzekeraar. Die rollen zijn niet goed verenigbaar. Deze benadering houdt in dat het sinds Dekker gevoerde beleid ten aanzien van de verzekeraars op de schop moet. Dat kan veel weerstand bij verzekeraars oproepen, hoewel veel afhangt van de nadere uitwerking. Een eventuele rol van regionaal werkende zorgverzekeraars in de zorgcontractering kan de concurrentieverhoudingen verstoren. Op instrumenteel

... maar leidt niet tot het beoogde resultaat

gebied veroorzaakt dit model een breuk met het bestaande overlegmodel in de ziekenfondsverzekering en de AWBZ. De rol van het verzekeringsstelsel en de verzekeraar in de aansturing van de gezondheidszorg wordt gemarginaliseerd. De verzekeraar en de verzekering worden in zekere zin een financieel doorgeefluik. Door deze breuk kunnen bestaande knowhow en beleidsnetwerken verloren gaan en zullen waarschijnlijk nieuwe moeten worden opgebouwd. Dat kost tijd en geld. Verder zal de bestaande aanbodregulering hoe dan ook moeten worden aangepast, omdat die is ingericht op het overlegmodel waarmee wordt gebroken.

Het oordeel over de wenselijkheid van dit model hangt vooral af van de uitvoeringsvariant die wordt gekozen. De beste uitvoeringsvariant is waarschijnlijk alleen mogelijk als de vormgeving van het tweede compartiment drastisch verandert. Het model lijkt technisch uitvoerbaar, maar zal ongetwijfeld bij de veldpartijen op weerstand stuiten. Dat is onder andere gebleken toen staatssecretaris Hendriks indertijd het COTG als een ZBO met alleen kroonleden wilde laten functioneren. De weerstand van partijen heeft toen de huidige kamerstructuur opgeleverd.

Perspectief is niet gunstig

3.2 Zorgsturing door verzekeraars

De verzekeraars sluiten voor al hun verzekerden of voor bepaalde groepen met wie zij een collectief contract hebben gesloten, overeenkomsten met instellingen en beroepsbeoefenaren. Die overeenkomsten kunnen exclusief met bepaalde aanbieders worden gesloten, maar dat hoeft niet. In de overeenkomsten worden afspraken gemaakt over de organisatie van de zorg, de kwaliteit van de dienstverlening, de omvang van de te verlenen zorg en de daarvoor te betalen prijs. In dit model beschikken de verzekeraars over maximale mogelijkheden om de zorg aan te sturen. De rijksoverheid beperkt zich tot de vaststelling van een basispakket, basale kwaliteitswetgeving en wetgeving op het vlak van bijzondere medische verrichtingen. Verder is er de patiëntenwetgeving en de nieuwe mededingingswetgeving. Zorgregie wordt verder aan de verzekeraars overgelaten. Zij kunnen verschillende polissen aanbieden. Deze omvatten bijvoorbeeld naast een wettelijk omschreven basispakket, naar keuze ook andere verstrekkingen. Om een gedifferentieerde uitwerking per polis mogelijk te maken, zal de wettelijke omschrijving van de basisaanspraken in principe functioneel van aard zijn. Er kunnen verschillen ontstaan in sommige aspecten van de kwaliteit van de

Regie door alleen verzekeraars ...

Verzekeraars op de zorgmarkt

zorgverlening (service bijvoorbeeld) en de tarieven gaan variëren naar kostprijs en kwaliteit.

De voordelen van dit model liggen vooral op het vlak van de dynamiek en de klantgerichtheid. Veel meer dan in de huidige situatie kan rekening worden gehouden met de voorkeuren en specifieke wensen van verzekerden of groepen verzekerden, zowel op het vlak van de verzekering, als op dat van de zorgverlening. Verder stimuleert dit model bij voldoende concurrentie een goede verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van de zorgverlening. Het is een model dat de verzekerden meer invloed geeft op de gezondheidszorg. Op het ogenblik zijn het vooral de werknemers en werkgevers die daarvan profiteren, maar hetzelfde zou kunnen gaan gelden voor patiëntengroeperingen of consumenten die zich aaneensluiten en als collectiviteit verzekeringen afsluiten. De individuele overeenkomst met zorgaanbieders is in dit model het ideale sturingsinstrument. De lokale ziekenhuisexperimenten hebben de bruikbaarheid ervan laten zien, gegeven het feit dat partijen er belang bij hebben het te gebruiken. ... heeft naast grote voordelen

De zwakke kanten van dit model liggen op het vlak van de macrokosten, de regionale organisatie van de zorg en de gelijke behandeling van verzekerden. De verzekeraars zullen zich inzetten voor een doelmatige organisatie van de zorg en een gunstige verhouding tussen de prijs en de kwaliteit van de zorgverlening. Maar zonder aanbodregulering komt er een einde aan de door de rijksoverheid kunstmatig gecreëerde schaarste van het aanbod. De omvang van het aanbod zal toenemen om aan de vraag te kunnen voldoen (wegwerken van wachtlijsten en het tekort van handen aan het bed) en er zal waarschijnlijk ook aanbod worden gecreëerd om in te spelen op vragen die als gevolg van het schaarse aanbod nu nog latent blijven. De lonen zullen vanwege de grote vraag naar verplegend en verzorgend personeel sterker stijgen dan bij de bestaande krappe-beurs politiek gebruikelijk is. De macrokosten zullen daardoor waarschijnlijk op een hoger niveau liggen dan als de rijksoverheid het aanbod reguleert. Daar zullen overigens naar verwachting kwaliteitsvoordelen in het belang van de verzekerden tegenover staan, zoals bijvoorbeeld geen of korte wachtlijsten. Een ander zwak punt van het model heeft betrekking op de regionale samenhang van de zorg. Een verzekeraar zal zich in dit model richten op de belangen van zijn eigen verzekerden en proberen te voorkomen dat andere verzekerden en verzekeraars gratis meelifen. Alleen als hij een groot regionaal marktaandeel heeft, zal een goede regionale organisatie van de zorg voor hem belangrijk zijn. ... ook grote nadelen

Verzekeraars op de zorgmarkt

maar als hij daarvoor meer kosten maakt dan zijn concurrenten kan hij zich financieel in de vingers snijden. De klantgerichtheid van dit model heeft als spiegelbeeld het risico dat er tussen verzekeren in het tweede compartiment verschillen in aanspraken, verzekeringsdekking en toegang tot zorg gaan ontstaan: uitgebreide polissen naast beperkte polissen, veel service naast weinig service, topkwaliteit naast voldoende kwaliteit, veel keuzemogelijkheden naast weinig keuzemogelijkheden. Omdat het beleid de afgelopen jaren gericht is geweest op het verminderen van de verschillen in behandeling tussen bijvoorbeeld ziekenfondspatiënten en particuliere patiënten ligt hier een potentieel probleem. De verhouding tussen rijksoverheid en veld en tussen de veldpartijen onderling zal er in dit model anders uitzien. De rijksoverheid zien we in de rol van marktmeester en in die van beschermer van de zwakkeren. Veel wordt overgelaten aan het vrije spel van krachten tussen partijen, wat inhoudt dat er een einde komt aan de beschermde positie die aanbieders en verzekeraars kunnen ontleen aan regelgeving van de rijksoverheid. Er komt bijvoorbeeld ruimte voor commerciële initiatieven in de zorg. Verder zal de Nederlandse gezondheidszorg in principe niet kunnen worden afgeschermd tegen het vrije verkeer van goederen en diensten in Europa. De instrumentatie van het beleid ziet er in dit model drastisch anders uit.

Zorgsturing door marktgerichte verzekeraars scoort zowel hoog op de schaal van wenselijkheid als op die van onwenselijkheid. Tegenover grote voordelen op het vlak van zorgvernieuwing, klantgerichtheid en microdoelmatigheid, staan grote nadelen op het vlak van macrokosten, regionale aansturing en gelijke rechtsbedeling. Gelet op het grote belang dat aan beheersing van de kosten van gezondheidszorg wordt gehecht, moet de haalbaarheid van het model laag worden ingeschat. De invoering ervan zou op grote politieke en ambtelijke weerstand stuiten. Het is uiterst onwaarschijnlijk dat een groot deel van de huidige aanbodregulering zal worden ingetrokken.

Perspectief is niet gunstig

3.3 Zorgsturing door overheid en verzekeraars samen

Van dit model zijn veel varianten denkbaar. Vanwege de achterliggende doelstellingen van het beleid - zorgvernieuwing, patiëntgerichtheid en doelmatigheid - kiezen we voor een variant waarin de rijksoverheid eindverantwoordelijkheid draagt voor de publieke functie van het tweede compartiment en voor de daaruit

Zorgsturing door verzekeraars binnen randvoorwaarden van overheid

Verzekeraars op de zorgmarkt

voortvloeiende aansturing van de zorg. Zij beperkt haar taken tot het absoluut noodzakelijke en geeft de verzekeraars zoveel mogelijk ruimte om via contracten met zorgaanbieders de toegankelijkheid (capaciteit, volume), de doelmatigheid (organisatie, prijzen) en de kwaliteit (effectiviteit, klantgerichtheid) van de zorgverlening te bevorderen. De rijksoverheid beperkt zich tot de volgende taken: de vaststelling van het basispakket (kerntaak), de vaststelling van het budget voor de bekostiging van de aanspraken (omvang collectieve uitgaven), toestemming voor grootschalige mutaties in bestemming, capaciteit, toegankelijkheid en bouw (consequenties voor realisatie aanspraken en voor collectieve uitgaven) en toestemming voor bijzondere verrichtingen (bescherming tegen risico's, collectieve uitgaven). De taken van de verzekeraars in de zorgsturing zijn: selecteren van aanbieders en met hen afspraken maken over de omvang en spreiding van de capaciteit, het gebruik van de aanwezige capaciteit, de kwaliteit en de organisatie van de zorgverlening en de prijzen of tarieven voor de verleende zorg.

Uitgaande van de publieke functie van de zorg in het tweede compartiment, is een belangrijk voordeel van dit model, dat de rijksoverheid zich nauwelijks met de uitvoering van de zorg hoeft te bemoeien. Dat wordt overgelaten aan het samenspel van verzekeraars en aanbieders. Het ondernemerschap van deze partijen zorgt voor de nodige innovatie, doelmatigheid en klantgerichtheid, terwijl de macrodoelmatigheid door de rijksoverheid gewaarborgd blijft. Als de verzekeraars de zorgregie als een onderdeel van hun functie opvatten, draagt dat bij aan de stabiliteit van de relaties met zorgaanbieders en aan het vertrouwen van de verzekerden en patiënten in het stelsel. De bestaande aanbodregulering en het overeenkomstenstelsel in het tweede compartiment moeten worden aangepast, maar bieden in beginsel een instrumentele basis voor dit model.

Win-winsituatie ...

De nadelen ervan het model liggen niet op het vlak van de doelstellingen, maar op dat van belangen en instrumentatie. De rijksoverheid zal, zoals uitgewerkt in het advies 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming', haar aanbodregulering anders moeten inrichten: meer overlaten aan partijen. Tot nu toe is dat een moeizame operatie gebleken. De verzekeraars zullen zich wat de zorg van het tweede compartiment betreft minder op de markt kunnen richten. Dat vergt een omschakeling, waarbij heel zorgvuldig rekening moet worden gehouden met de banden die zorgverzekeraars met andere verzekeringsinstellingen, banken en

... maar vergt hele omschakeling

Verzekeraars op de zorgmarkt

uitvoeringsinstanties van sociale verzekeringen zijn aangegaan. De verzekeraars en de rijksoverheid zullen samen moeten zorgen voor de randvoorwaarden waarbinnen de verzekeraars in het publiek belang kunnen functioneren. Er zal bijvoorbeeld meer openheid van zaken en meer toezicht nodig zijn dan thans het geval is. Dat kan weerstand oproepen, vooral omdat het niet uitgesloten is dat de Europese en Nederlandse mededingingswetgeving hiervoor enigerlei wettelijk basis noodzakelijk maakt.

Dit model waarin verzekeraars zich mede richten op het publiek belang, kan het gewenste resultaat opleveren. De haalbaarheid hangt af van de politieke en maatschappelijke steun voor het concept. Als die steun er is, lijken de instrumentele veranderingen die nodig zijn, uitvoerbaar.

Perspectief is gunstig

3.4 Quo vadis?

In het vorige hoofdstuk is de vraag opgeworpen hoe het verder moet met het beleid ten aanzien van de zorgregie in het tweede compartiment. In dit hoofdstuk zijn drie stromingen die in de praktijk zichtbaar zijn, nader verkend op hun bijdrage aan de publieke doelstellingen van het zorgbeleid.

Van de drie alternatieven ...

Als we daarbij vooral letten op de combinatie van zorgvernieuwing, oriëntatie op de patiënt en doelmatigheid, verdient het derde model de voorkeur. Dat wil zeggen dat verzekeraars en andere veldpartijen hun ondernemend gedrag op basis van een duidelijke taakverdeling met de rijksoverheid mede in het publiek belang aanwenden. Het model van zorgsturing door alleen verzekeraars heeft - ondanks zijn positieve kanten - grote nadelen, omdat het leidt tot hogere kosten voor de gezondheidszorg, een regionale ordening van de zorg niet bevordert en ongelijkheid in de zorg stimuleert. De rijksoverheid zal geneigd zijn om met wet- en regelgeving deze effecten tegen te gaan, zodat grote spanningen en een slecht werkend systeem van aanbodsturing de voorspelbare resultaten zullen zijn. Het is evenmin wenselijk dat de rijksoverheid zelf de hele verantwoordelijkheid voor de aanbodsturing op zich neemt. De tekortkomingen in de huidige aanbodsturing worden dan eerder versterkt dan verminderd.

heeft de derde de voorkeur

Dan de haalbaarheid. Het is mogelijk, maar allerminst zeker, dat er voldoende politieke en maatschappelijke steun voor één van de modellen te vinden is. Het is zelfs waarschijnlijk dat de politieke

De koers is belangrijk

Verzekeraars op de zorgmarkt

en maatschappelijke verhoudingen dwingen tot een handhaving van de status quo, waarin alleen maar kleine stappen in de ene of de andere richting kunnen worden gezet. Het is dan belangrijk welke richting wordt gekozen. Wij zijn van mening dat een ontwikkeling waarin verzekeraars zich in het publieke belang inzetten voor de zorgverlening in het tweede compartiment, het meeste perspectief biedt. In het volgende hoofdstuk wordt besproken welke stappen in die richting gezet kunnen en misschien ook gezet moeten worden.

4 Ondernemen in het publiek belang

4.1 Randvoorwaarden

Er is een goed beeld nodig van de randvoorwaarden waarbinnen zorgverzekeraars zich in het publiek belang met zorgsturing kunnen bezighouden. Deze randvoorwaarden kunnen worden aangeduid met:

Een goed beeld nodig van de randvoorwaarden

Trust:

vertrouwen in de mogelijkheden en de intenties van de verzekeraars om zich in te zetten voor de publieke zaak; dit op basis van een heldere afbakening tussen de rol van de overheid en die van de verzekeraars, welke steunt op principes van eigen verantwoordelijkheid, delegatie en sturen op afstand.

Transparantie:

openheid, informatie verschaffen, zich controleerbaar opstellen.

Toezicht:

een heldere, krachtige controlesystematiek met inbouw van eenvoudige sanctiemogelijkheden.

4.2 Trust

Trust - vertrouwen en geloofwaardigheid - wil in dit verband zeggen dat overheid en maatschappij erop moeten kunnen vertrouwen dat de publieke belangen bij een private uitvoering van de verzekeringen goed worden behartigd. Een heldere en controleerbare afbakening van taken en bevoegdheden is een van de vereisten daarvoor. In zijn advies over 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming' heeft de RVZ dit punt uitgewerkt. Daarom volstaat hier een korte samenvatting.

Vertrouwen in verzekeraars nodig

In het algemeen brengt zelfsturing door het veld op basis van maatschappelijk ondernemerschap met zich mee dat:

Zelfsturing door het veld ...

- de overheid haar invloed zoveel mogelijk in overleg met betrokkenen aanwendt;

Verzekeraars op de zorgmarkt

- sturing vooraf wordt beperkt en het accent wordt verlegd naar toetsing achteraf met effectieve middelen tot bijsturing.

Er zijn uitzonderingen. Op een beperkt aantal terreinen moet de rijksoverheid vooraf en effectief kunnen sturen. Het gaat om de volgende onderwerpen: de aanspraken, het budget voor bekostiging van de aanspraken, grootschalige mutaties in bestemming, capaciteit, toegankelijkheid en bouw en bijzondere verrichtingen.

... behalve kerntaken van de overheid

Vervolgens is er een aantal terreinen waar de rijksoverheid terugtreedt en zich voornamelijk beperkt tot het vaststellen van spelregels voor onderhandelingen en afspraken tussen zorgaanbieders, verzekeraars, patinten en andere partijen. Het gaat om de volgende onderwerpen: capaciteitsplanning, kwaliteitsnormen en tarieven.

Volgens spelregels van de overheid

Verder geldt voor alle aandachtsgebieden, dat de rijksoverheid toezicht houdt op de uitvoering of toezicht laat houden, met de mogelijkheid van bijsturing achteraf. Bijsturing wil, afhankelijk van het onderwerp, zeggen: beleid bijstellen dan wel randvoorwaarden of spelregels opstellen.

en met toezicht en mogelijkheid van bijsturing door de overheid

Er is in het huidige tweede compartiment nog geen sprake van een goede afbakening van taken en bevoegdheden ten aanzien van de zorgsturing. Langs verschillende wegen zijn verbeteringen in deze situatie te brengen.

Verbeteringen zijn mogelijk ...

1. Een structureel overleg tussen overheid en veld

De Raad verwijst hiervoor naar het nog uit te brengen advies over besturing van de zorgsector. Daarin staat de overlegfunctie centraal.

... in het overleg

2. Beperking van sturing vooraf

In het advies over het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming heeft de Raad daar voorstellen voor gedaan. Uit de reactie van het kabinet blijkt dat de visie van de Raad in grote lijnen is overgenomen en dat een MDW-werkgroep is belast met de verdere uitwerking van een aantal onderdelen. De Raad beperkt zich daarom in dit advies tot een enkel aspect: dat van de kostenbeheersing in relatie tot het financiële risico van verzekeraars. Verderop wordt dit onderwerp in een aparte paragraaf uitgewerkt.

... in de overheidsregulering

3. Activering van de zorgsturing in het publiek belang

In het huidige tweede compartiment vormen de medewerkingscontracten die verzekeraars met zorgaanbieders sluiten,

... in de zorgsturing

Verzekeraars op de zorgmarkt

daarvoor het beste aanknopingspunt. Verderop wordt dit onderwerp in een aparte paragraaf uitgewerkt.

4. Aanscherping en dynamisering van het toelatingsbeleid ten aanzien van zorgverzekeraars

Als de overheid het accent verlegt van sturing vooraf naar toetsing achteraf met effectieve middelen tot bijsturing, dient voor dat laatste een stevige basis aanwezig te zijn. Voor de ziektefondsverzekering ligt die basis in de toelating. Aanscherping en dynamisering van het toelatingsbeleid is gewenst. Verderop wordt dit onderwerp in een aparte paragraaf uitgewerkt. Voor de particuliere verzekeringen ontbreekt een formele basis, zodat hier gezocht moet worden naar bijsturing via zelfregulering (de Gedragscode van de Zorgverzekeraar bijvoorbeeld) en overleg (bijvoorbeeld naar aanleiding van rapportages over het regionaal contracteerbeleid).

4.3 Transparantie

De transparantie van het tweede compartiment en van de tweede compartimentszorg staat of valt met een goede informatievoorziening. De beschikbaarheid en verspreiding van betrouwbare en actuele informatie is dus een randvoorwaarde voor de werking van het systeem. Transparantie staat of valt met goede informatie

Transparantie heeft in relatie tot de verzekeraars betrekking op de aanspraken, de resultaten van het contracteerbeleid (capaciteit, volume, prijzen, kwaliteit, en organisatie van de zorg), de financiële stromen (collectieve en particuliere middelen) en de wijze waarop daar maatschappelijk verantwoording over wordt afgelegd. Verzekeraars kunnen bijdrage leveren aan ...
Transparantie wil zeggen dat de verzekeraar zorgt voor adequate informatie over de genoemde onderwerpen en deze beschikbaar stelt aan andere partijen met een legitieme behoefte aan die informatie.

In de eerste plaats kan daarbij worden gedacht aan de rijksoverheid, die op basis van haar verantwoordelijkheid voor de volksgezondheid en het zorgstelsel behoefte heeft aan informatie over de kwaliteit van het zorgstelsel, de kwaliteit van de zorgverlening en de gezondheidssituatie van de bevolking. In de vorige kabinetsperiode heeft de staatssecretaris Simons in de nota 'Informatiebeleid in een veranderend stelsel van zorg' een visie op hoofdlijnen gegeven op de veranderende informatie- ... informatie voor de overheid

Verzekeraars op de zorgmarkt

voorziening in de zorgsector. Naar aanleiding van die nota zijn adviezen gevraagd aan de Ziekenfondsraad, de Centrale Commissie voor de Statistiek en de toenmalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid. Uit de nota en de adviezen komt naar voren dat de overheid door een andere wijze van aansturing ook een andere informatiebehoefte krijgt, een gegeven dat repercussies heeft voor de wijze waarop de informatie beschikbaar komt en vervolgens wordt gebruikt.

1. De overheid heeft behoefte aan snelle en betrouwbare informatie op het moment dat het nodig is. Met een constante stroom van gegevens kan zij weinig beginnen.
2. De overheid heeft behoefte aan flexibele afspraken met partijen over de aard en omvang van de aan te leveren informatie. Wettelijke fixatie kan contraproductief uitwerken.
3. Er is behoefte aan een gezamenlijk gebruik en interpreteren van deze informatie.

In de tweede plaats is het nodig dat verzekeraars informatie beschikbaar stellen aan de organisaties en instanties die op enigerlei wijze toezicht houden op de verzekeringen in het tweede compartiment, zoals de Ziekenfondsraad, de CTU, de Verzekeringskamer en de Registratiekamer. De Minister heeft in haar toezichtsnota (waarover hieronder meer) een aantal lacunes in de informatiebepalingen van de ziekenfondsverzekering geïdentificeerd en aangekondigd op welke punten deze zullen worden aangescherpt. Het gaat om informatie over de bestuurlijke en financiële betrekkingen van een verzekeraar met instellingen die verstrekkingen leveren en over informatie betreffende de structuur van het concern waarbinnen een verzekeraar functioneert.

... informatie voor het toezicht

In de derde plaats moeten de consumenten worden genoemd. Zij hebben een algemeen erkende achterstand in informatie ten opzichte van de verzekeraar en de zorgaanbieder. Zowel in hun hoedanigheid van verzekerden als in die van gebruikers van de gezondheidszorg hebben zij behoefte aan vergelijkende consumenteninformatie. Voor een deel wordt in de behoefte daaraan voorzien door de Consumentenbond. Deze organisatie verschaft onder andere informatie over polissen en premies en is van plan op ruimere schaal informatie over de gezondheidszorg te gaan verschaffen. De voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in een advies over consumenten-informatie aan staatssecretaris Simons drie thema's genoemd waarop actie moet worden ondernomen.

... informatie voor de consument

Verzekeraars op de zorgmarkt

- Verbetering van de communicatie tussen hulpverleners en patiënten/consumenten.
- Invulling van lacunes in de consumenteninformatievoorziening.
- Verbetering van de organisatie van de informatievoorziening.

In de beleidsbrief 'Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector' worden deze thema's alleen voor de zorgverlening en de zorgverleners uitgewerkt, niet voor de zorgverzekeringen en de zorgverzekeraars.

Gezien het bovenstaande lijken de volgende verbeteringen gewenst.

Verbeteringen zijn mogelijk ...

1. Overleg met Zorgverzekeraars Nederland over informatiever-schaffing en het gebruik van informatie

In de Gedragscode van de Zorgverzekeraar hebben de zorg-verzekeraars zich er onder andere voor uitgesproken duidelijkheid te bieden over de wederzijdse rechten en plichten met andere partijen, de aanwending van publieke middelen en de verantwoor-ding van kosten. De bereidheid tot transparantie lijkt daarmee bij alle zorgverzekeraars aanwezig. Het overleg zou zich moeten richten op de verdere concretisering ten behoeve van het rijk, de toezichthoudende organen en de consumenten.

... via overleg

2. Bevordering van een regionale infrastructuur voor consumen-teninformatie

Informatie over het feitelijke regionale zorgaanbod, de bereik-baarheid van de voorzieningen (wachtijden bijvoorbeeld), de kosten van behandelingen en de ervaringen van de consument zijn nog onvoldoende aanwezig. De verzekeraars kunnen vanwege hun relaties met de zorgaanbieders in hun werkgebied veel doen om deze informatie aanwezig, beschikbaar en toegankelijk te maken voor hun verzekerden. Het verdient daarbij aanbeveling dat de organisaties die consumenteninformatie verstrekken de mogelijkheid onderzoeken om hiervoor tot een gezamenlijk be-heerde infrastructuur te komen.

... door regionale structuur te bevorderen

4.4 Toezicht

Toezicht en verantwoording afleggen zijn twee zijden van dezelfde munt. Een zorgverzekeraar heeft intern en extern te ma-ken met personen en instanties die belang hebben bij de wijze waarop hij zijn verzekeringen uitvoert. Uit welbegrepen eigen-

Verantwoording afleggen is belangrijk

Verzekeraars op de zorgmarkt

belang zorgt de verzekeraar er voor dat hij aan deze 'stakeholders' verantwoording aflegt over zijn doen en laten.

Toezicht vanuit de overheid is nodig, omdat zij politiek en maatschappelijk verantwoordelijk is voor een goed functionerend tweede compartiment. In 1997 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport haar visie op het toezicht op het beleidsterrein van haar ministerie in een nota neergelegd.

Toezicht is ook nodig

In de nota stelt zij dat het toezicht op uitvoerende instanties moet worden versterkt op basis van de volgende uitgangspunten: geloofwaardigheid tussen beleid en uitvoering, specifiek voor het betrokken beleidsterrein, stimulerende werking, scheiding van toezicht en beleid, een goede informatie-uitwisseling tussen beleid en toezicht, geen detailbemoeienis met de uitvoering en een goed toezichtsgedrag van toezichthouder en uitvoerder.

Toezicht en beleid scheiden

In een aparte nota heeft de Minister voorstellen gedaan over het toezicht op de verzekeringen in de gezondheidszorg. De voorstellen hebben onder andere betrekking op de verzelfstandiging van de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) van de Ziekenfondsraad, de uitbreiding van de bevoegdheden van deze commissie en de sturingsmogelijkheden van de Minister ten aanzien van het toezicht. Het toezicht op de uitvoering van de ziekenfondsverzekering heeft zowel betrekking op de wetmatigheid, als de doelmatigheid en de doeltreffendheid. Volgens de Minister geven wet- en regelgeving soms onvoldoende houvast aan de CTU om de uitvoering te beoordelen. In die gevallen wil zij nieuwe normen in de wet opnemen, waarbij voor een wettelijke regeling wordt gekozen omdat die beter te handhaven is. De Minister denkt in het bijzonder aan normering van de door de zorgverzekeraars aan te houden reserves. Verder aan een verdere uitwerking van het begrip 'goed verzekeraarschap', waarover zij de RVZ specifiek om advies heeft gevraagd.

Toezicht op de ziekenfondsverzekering moet dynamischer en effectiever

Uit de nota blijkt dat het toezicht op de verzekeringen in het tweede compartiment scherpe cesuren kent. Het toezicht op de ziekenfondsverzekering, de WTZ en de particuliere ziektekostenverzekeringen zijn aan drie verschillende instanties opgedragen: de CTU, de Stichting Uitvoering Omslagregeling Wtz (SUO-Wtz) en de Verzekeringskamer. De bevoegdheden van deze organisaties verschillen onderling.

Toezicht op particuliere verzekeringen is anders geregeld ...

Belangrijk is de constatering van de Minister dat inhoudelijk

... maar verbeteringen zijn ook daar

Verzekeraars op de zorgmarkt

toezicht en de mogelijkheid van bemoeienis met het beleid en de uitvoering van de particuliere verzekeringen niet mogelijk is. mogelijk
Volgens haar wordt dat onder andere verhinderd door de Europese regelgeving. Toch is het de vraag of daarmee het laatste woord is gezegd over toezicht op het contracteerbeleid van particuliere verzekeraars. Als particuliere verzekeraars zich namelijk in het publiek belang met zorgcontractering bezig willen houden, staat niets hun in de weg over het door hen gevoerde contracteringsbeleid opening van zaken te geven, publiekelijk daarover verantwoording af te leggen en als daar reden voor is hun beleid bij te stellen. Als de bereidheid daartoe aanwezig is, kan er ook een vorm voor worden gevonden.

4.5 Conclusies

De duale samenstelling van het tweede compartiment is voorlopig een gegeven. De randvoorwaarden voor ondernemen in het publiek belang zijn in het tweede compartiment nog onvoldoende aanwezig, maar verbeteringen zijn mogelijk. De Ziekenfondswet biedt verschillende aanknopingspunten om die in het kader van de ziekenfondsverzekering aan te brengen. Langs die weg kan in ieder geval zorgcontractering in het publiek belang worden gestimuleerd. Op vrijwillige basis lijken ook verbeteringen in de particuliere verzekeringen van het tweede compartiment mogelijk. Het is onduidelijk of de Europese regelgeving dat in de weg staat. Er is geen reden om daar bij voorbaat van uit te gaan. Randvoorwaarden voor maatschappelijk ondernemerschap zijn te verbeteren

5 Specifieke onderwerpen

In de volgende paragrafen wordt een aantal onderwerpen die in de voorgaande hoofdstukken zijn aangestipt, verder uitgewerkt.

1. De toelating als ziekenfonds
2. De regio en de contracten
3. De invloed van verzekerden op het contracteerbeleid van de verzekeraars
4. De kostenbeheersing en het risico van verzekeraars.

5.1 De toelating als ziekenfonds

De toelating van verzekeraars tot de uitvoering van de ziekenfondsverzekering is in de Ziekenfondswet geregeld. Verzekeraars worden door de Minister voor onbepaalde tijd toegelaten. Zij moeten aan bepaalde eisen voldoen die onder andere betrekking hebben op de rechtsvorm, de invloed van verzekerden op het bestuur, het werkgebied en de reglementen. Verder mogen zij geen winstoogmerk hebben en moeten zij zich beperken tot de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Verder geldt de eis dat zij in staat moeten worden geacht de taak van een ziekenfonds naar behoren uit te oefenen en dat zij moeten voldoen aan bij of krachtens de Ziekenfondswet aan ziekenfondsen gestelde eisen. De Minister mag verder aan de toelating voorwaarden verbinden. Een toelating wordt ingetrokken op verzoek van een ziekenfonds, indien een ziekenfonds niet meer voldoet aan de gestelde eisen en voorwaarden of indien een ziekenfonds in ernstige mate in strijd handelt met de wettelijke voorschriften of zijn taak niet naar behoren blijkt te vervullen.

De toelating aanscherpen ...

Met ingang van 1 januari 1995 is een aantal gronden voor weigering van de toelating uit de wet geschrapt. Dat is gebeurd op grond van de gedachte dat een ruimer toelatingsbeleid concurrentiebevorderend werkt. Concurrentie is echter geen doel op zichzelf. Er zijn sindsdien ziekenfondsen bij gekomen, die in feite een verlengstuk van een particulier verzekeringsbedrijf zijn. Er zijn ook nieuwe ziekenfondsen die zich richten op werknemers of ex-werknemers van bepaalde bedrijven. Dat gebeurt niet in strijd met de letter van de wet, maar staat wel op gespannen voet met de geest ervan. Als van verzekeraars wordt verwacht dat zij als een maatschappelijke onderneming functioneren, dient het toela-

... in plaats van versoepelen

Verzekeraars op de zorgmarkt

tingsbeleid daarop te worden afgestemd. Dat wil zeggen dat duidelijker wordt gestipuleerd welk gedrag van een verzekeraar wordt verwacht, dat gecontroleerd wordt of aan de randvoorwaarden voor maatschappelijk ondernemerschap wordt voldaan en dat op basis van het toezicht positieve en negatieve sancties kunnen worden getroffen.

Het in de wet genoemde criterium voor toelating dat een verzekeraar 'in staat moet worden geacht de taak van een ziekenfonds naar behoren uit te oefenen' dient explicieter te worden gemaakt. Op grond waarvan wordt hij daartoe in staat geacht? En wat betekent 'naar behoren uitvoeren'? Zonder een uitputtende opsomming te beogen, kan op de volgende criteria worden gewezen:

- voldoen aan de eisen van trust, transparantie en toezicht;
- criteria van goed verzekeraarschap in acht nemen;
- een actief contracteerbeleid voeren op basis van een zorgplan dat is opgesteld in overleg met regionale partijen;
- meewerken aan regionale beleidsafstemming.

... door de criteria te expliciteren

Een verzekeraar kan in beginsel voor onbepaalde tijd worden toegelaten als hij 'in staat wordt geacht de taak van een ziekenfonds naar behoren uit te oefenen'. Het is wenselijk dat hij een publiek verslag uitbrengt over zijn functioneren, in het bijzonder over zijn contracteerbeleid. Er dient periodiek - bijvoorbeeld eens in de vier of vijf jaar - een kritische evaluatie plaats te vinden, uit te voeren door de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU). Daardoor kan de Ziekenfondsraad met de verzekeraar afspraken maken over de wijze van uitvoering en kan de verzekeraar gericht aan verbeteringen daarin werken. Positieve incentives werken daarbij beter dan negatieve, maar beide moeten mogelijk zijn. Gedacht kan worden aan het gedeeltelijk mogen behouden van een eventueel positief saldo, het openbaar maken van evaluaties en dergelijke. Het benoemen van een bewindvoerder en het intrekken van een toelating zijn ultima remedia, die overigens ook nu al mogelijk zijn.

... door het functioneren periodiek te evalueren

Overwogen moet worden om niet alleen de verzekeraar als organisatie, maar ook de bestuurders persoonlijk, ook in con- cernverband, ter verantwoording te kunnen roepen voor een goede uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Zoals de Verzeke- ringskamer doet, zou het bestuur van de verzekeringsinstelling bij de toelating mee beoordeeld moeten worden, wat ook geldt voor later toetredende nieuwe bestuursleden.

... door de bestuurders persoonlijk ter verantwoording te kunnen roepen

Verzekeraars op de zorgmarkt

Voor particuliere verzekeraars geldt een andere constellatie. Maar elementen van de bovenstaande benadering zijn voor hen evenzeer uitvoerbaar. De beoordelingsnormen voor ziekenfondsen kunnen bijvoorbeeld geheel of gedeeltelijk worden geïncorporeerd in de gedragscode. De verzekeraars kunnen verder zelf zorg dragen voor een periodieke beoordeling van hun functioneren, hetzij via onderlinge visitatie, hetzij via onafhankelijke certificatie.

Ook particuliere verzekeraars kunnen normen en beoordeling aanscherpen

5.2 De regio en de contracten

Zorgverzekeraars mogen zelf kiezen voor welk gebied ze de ziekenfondsverzekering willen uitvoeren. Het is niet zinvol die maatregel terug te draaien, ook al heeft hij behalve het beoogde effect van meer concurrentie, ook het niet beoogde effect dat regionaal contracteren erdoor wordt bemoeilijkt. In plaats daarvan verdient het aanbeveling om incentives te creëren voor een actief regionaal contracteerbeleid.

Vrije werkgebieden handhaven, maar regionaal contracteren bevorderen ...

Een daarvan is hiervoor al genoemd: de toelating. Voorwaarde voor toelating zou kunnen zijn dat verzekeraars ziekenfondsverzekerden binnen hun statutaire werkgebied moeten voorzien van zelf, dan wel namens henzelf gecontracteerde zorg. Daaraan kan de voorwaarde worden verbonden dat, waar dit niet mogelijk is, verzekerden niet worden ingeschreven of dat bestaande inschrijvingen op elk moment kunnen worden beïndigd.

... via de toelating

Verzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, moeten binnen hun werkgebied zorgen voor een actief contracteerbeleid op basis van een beleidsplan. Voor de regio's waarin zij niet zelf zorg kunnen contracteren, kunnen zij die functie 'inkopen.' Het verdient aanbeveling dat verzekeraars die zich bijzonder inspannen voor het regionaal contracteren daarvoor op enigerlei wijze een beloning ontvangen.

... door extra inspanningen te belonen

Zoals dat ook voor de AWBZ gaat gelden, dient aan de regionale contracten een beleidsplan ten grondslag te liggen. Dat plan wordt door de toegelaten verzekeraar vastgesteld in overleg met de regionale partners. Het ligt voor de hand dat de in een regio werkzame verzekeraars - daaronder ook begrepen de particuliere verzekeraars - op dit punt samenwerken en gezamenlijk met aanbieders en patiënten in de regio een beleidslijn uitzetten. Een dergelijk beleidsplan vormt vervolgens de basis voor de

... door regionaal beleidsplan op te stellen

Verzekeraars op de zorgmarkt

individuele contracten.

Particuliere verzekeraars zouden aansluiting kunnen zoeken bij het contracteerbeleid van verzekeraars met een groot regionaal marktaandeel door middel van de constructie van regiovertegenwoordiging. De bestaande regiovertegenwoordiging voor tweedelijnszorg zou uitgebreid kunnen worden tot alle zorg in het tweede compartiment.

Particuliere verzekeraars kunnen met regiovertegenwoordigers werken

Om het zwaartepunt in de onderhandelingen naar de regio te verschuiven, moeten in de Ziekenfondswet de bepalingen over de Uitkomsten van Overleg (UVO's) en de modelovereenkomsten van de Ziekenfondsraad worden geschrapt. In de Ziekenfondswet dient het primaat van de individuele overeenkomst te worden hersteld, waaraan in de wet inhoudelijke en procedurele eisen worden gesteld.

De Ziekenfondswet dient het primaat van de individuele overeenkomst te herstellen

De incentives worden in dit voorstel vooral bij de verzekeraars neergelegd. Waarom zouden zorgaanbieders met verzekeraars een contract willen afsluiten? De belangrijkste reden moet zijn dat zo'n overeenkomst, afgezien van het feit dat het in de ziekenfondsverzekering toegang geeft tot bekostiging, voor de zorgaanbieder een meerwaarde te bieden heeft. Daarbij kan worden gedacht aan de mogelijkheid van projectsubsidies, gefinancierd uit de normuitkering aan verzekeraars. Verder zou de Wet tarieven gezondheidszorg aan het afsluiten van een contract met een verzekeraar bepaalde voordelen kunnen verbinden. Een belangrijke incentive voor zorgaanbieders zou bijvoorbeeld kunnen zijn dat verzekeraars en zorgaanbieders op grond van een zo'n contract met capaciteiten en daarmee gepaard gaande delen van budgetten zouden kunnen schuiven. De ontwikkeling van transmurale zorgprocessen zou daardoor worden gestimuleerd en de vorming van zorgketens vergemakkelijkt. Een en ander zou natuurlijk onder voorwaarden en met waarborgen voor transparantie en toezicht moeten gebeuren.

Ook de aanbieders moeten voordeel bij een contract hebben

5.3 De invloed van verzekerden op het contracteerbeleid

Daarom was het onder andere begonnen: meer invloed van verzekerden op de gezondheidszorg. Verzekeraars zouden ten behoeve van hun verzekerden contracten moeten afsluiten en

Meer invloed van verzekerden door ...

Verzekeraars op de zorgmarkt

verzekerden zouden hun wensen kenbaar kunnen maken door met hun voeten te stemmen.

Wat zijn andere manieren van beïnvloeding?

Buiten het contracteerbeleid om liggen die vooral in:

- de keuzemogelijkheden die je als patiënt hebt in de zorgverlener en de zorgverlening. Verbetering hierin ontstaat onder andere door een betere consumenteninformatie, door in het kader van verstrekkingen meer opties te bieden en door als patiëntenvereniging rechtstreeks met zorgaanbieders te overleggen over de organisatie van de zorgverlening; ... meer keuzemogelijkheden en persoonsgebonden financieringsvormen
- uitbreiding van persoonsgebonden financieringsvormen, zoals pgb's, zorgvouchers of trekkingsrechten, persoonsvolgende budgetten en restitutie van gemaakte kosten in plaats van zorg in natura.

Een directere invloed op het contracteerbeleid van verzekeraars kan worden verkregen door betrokkenheid van patiëntenorganisaties bij de opstelling van het beleidsplan van de verzekeraar. Het is niet nodig daaraan vooraf eisen te stellen. Het is voldoende dat er betrokkenheid is en dat die achteraf te controleren is. ... en door betrokkenheid bij opstelling beleidsplan

5.4 Kostenbeheersing en financieel risico

De kostenbeheersing in het tweede compartiment berust op de toepassing van politiek overeengekomen groeicijfers. Deze worden via het JOZ vertaald in sectorale macrokaders en die zijn op hun beurt richtinggevend voor de toepassing van de aanbodregulering, zoals de Wet tarieven gezondheidszorg. Kostenbeheersing vindt plaats met behulp van aanbodregulering

De budgettering van als ziekenfonds toegelaten verzekeraars is geen reden om deze systematiek te verlaten, al was het maar omdat niet alle zorgkosten van het tweede compartiment via de ziekenfondsverzekering lopen. Naarmate de overheid de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing meer gaat delen met risicodragende verzekeraars is er wel reden om in de procedure meer ruimte in te bouwen voor centraal overleg met verzekeraars en aanbieders. Het verdient met name aanbeveling om meerjarenafspraken te maken over de opstelling van sectorale macrokaders. Dat ter verkrijging van draagvlak voor het zorgbeleid van partijen. Deze systematiek handhaven indien verzekeraars een budget krijgen

Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, moeten zorgverzekeraars meer Financieel risico moet in

Verzekeraars op de zorgmarkt

risico gaan lopen op hun bedrijfsvoering. Onderdeel van dit beleid is de budgettering van als ziekenfonds toegelaten verzekeraars. Het was de bedoeling dat deze verzekeraars het met ingang van 1998 zouden moeten stellen zonder verevening en nacalculatie. In onderhandelingen tussen de Minister en Zorgverzekeraars Nederland is afgesproken hiervoor een aantal jaren de tijd te nemen. Terecht is hierbij het uitgangspunt dat het financiële risico in verhouding moet staan tot de mogelijkheden om de kosten te beïnvloeden. Minister en Zorgverzekeraars Nederland zijn van plan in 1998 een convenant over de verdere budgettering van de als ziekenfonds toegelaten verzekeraars te sluiten. In afwachting daarvan sleutelt een Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM) aan verbeteringen van het budgetteringsmodel voor de verzekeraars en wordt in de systematiek van de ziekenhuisbudgetten beter rekening gehouden met de kosten van specialisten in loondienst. Verder worden de mogelijkheden voor flexizorg verruimd.

verhouding staan tot invloed op de kosten

Volgens de Minister is een zorgvuldige voorbereiding nodig van de maatregelen die verzekeraars meer invloed op de gezondheidszorg moeten bieden. Dat geldt eveneens voor de daarmee verbandhoudende aanpassingen in de systematiek van de ziekenhuisbudgettering. In het MDW-rapport 'Het ziekenhuis, a human enterprise' heeft de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg een voorstel uitgewerkt voor vernieuwing van de bekostigings-systematiek voor ziekenhuizen. Kern daarvan is dat de onderhandelingsruimte tussen verzekeraars en ziekenhuizen wordt vergroot door middel van de introductie van tariefbandbreedtes. De partijen kunnen daarbinnen verschillende tarieven afspreken afhankelijk van de afspraken die zij maken over kwaliteit, doelmatigheid en productie van de zorg. Parallel daaraan stelt de werkgroep voor om de als ziekenfonds toegelaten verzekeraars meer risico te laten lopen voor die kosten van het ziekenhuis waarvoor een tariefbandbreedte geldt. De werkgroep berekent de financiële ruimte van de bandbreedte op 600 miljoen gulden, wat betekent dat uit een oogpunt van kostenbeheersing een financieel risico van 300 miljoen gulden wordt ingebouwd. Gezien het belang van een adequate zorgsturing door verzekeraars moet dit risico worden geaccepteerd, temeer omdat het risico mede door de verzekeraars wordt gedragen. Het voorstel is verder aantrekkelijk omdat het de weg opent naar een geleidelijke en beheersbare uitbreiding van de beleidsruimte van de onderhandelingspartners. De consequenties voor de kostenontwikkeling van de ziekenhuizen kunnen in de gaten worden gehouden. De

Een voorstel is in de maak

Minister heeft aangekondigd dat zij over dit plan van de werkgroep een uitvoeringstoets vraagt aan het COTG.

Het ligt voor de hand dat de resultaten van de uitvoeringstoets worden meegenomen in het overleg dat met Zorgverzekeraars Nederland wordt gevoerd over de ziekenfondsbudgettering. Een paar kanttekeningen daarbij lijken op hun plaats. Hoe belangrijk dit overleg ook is, het zou onjuist zijn als het hele veranderingstraject van de aanbodregulering daarvan af gaat hangen. Er zijn meer belanghebbenden. Verder: hoe belangrijk het ook is om meer beleidsruimte voor partijen te creëren en het risico van als ziekenfonds toegelaten verzekeraars te vergroten, het zijn geen op zichzelf staande doelen. Daarom moet het proces gekoppeld worden aan maatregelen in het kader van de randvoorwaarden uit het vorige hoofdstuk: verbetering in het overleg tussen overheid en veld, aanscherping van het toelatingsbeleid, incentives voor een regionaal contracteerbeleid en verbeteringen op het vlak van transparantie en toezicht.

Resultaat koppelen aan maatregelen ter verbetering van randvoorwaarden

6 Antwoorden en aanbevelingen

1. Hoe moet het stelsel van ziektekostenverzekeringen worden aangestuurd? Wat zijn de rollen van de overheid, de verzekeraars en de zorgaanbieders in dit stelsel?

Voor het eerste compartiment heeft de RVZ deze vraag beantwoord in het advies 'De toekomst van de AWBZ'. Voor het derde compartiment kan in principe een simpel antwoord volstaan. Het derde compartiment kan door de markt worden aangestuurd. Wel is de kwaliteitswetgeving van toepassing en de overheid moet zicht houden op de aanspraken, de tarieven en de kostenontwikkeling. Vooral de afbakening met het derde compartiment vereist aandacht van de overheid en de betrokken partijen. Dat is onder andere van belang doordat verzekeraars in collectieve contracten combinaties van zorg uit het tweede en derde compartiment aanbieden. De adviesvraag slaat vooral op het tweede compartiment. Vanwege de publieke functie van het tweede compartiment (toegang voor iedereen) is aansturing van zowel de verzekering als de zorg nodig.

De vraag slaat vooral op het tweede compartiment

De verzekering:

- het duale stelsel van het tweede compartiment brengt met zich mee dat aansturing door de rijksoverheid zich moet concentreren op de Ziekenfondswet en de WTZ: pakket, premie en toelating van verzekeraars; voor de particuliere verzekeringen zijn zelfsturing door de sector (de gedragscode bijvoorbeeld) en overleg tussen overheid en verzekeraars de aangewezen weg;
- aanbodsturing door verzekeraars op basis van maatschappelijk ondernemerschap.

Aansturing via de ziekenfondsverzekering en de zorgsturing

De zorg:

- de zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor de kwaliteit en de organisatie van de zorg;
- verzekeraars onderhandelen ten behoeve van hun verzekerden over de capaciteit, het volume, de organisatie, de kwaliteit en de prijs van de zorg;
- de overheid blijft verantwoordelijk voor de grootschalige capaciteitsbeslissingen, de omvang van de lasten, de topklinische zorg en de ontwikkelingsgeneeskunde en stelt randvoorwaarden voor de overige capaciteitsbeslissingen, de bekostiging, de kwaliteit, de initiële opleiding en het onderzoek.

Rolverdeling tussen aanbieders, verzekeraars en overheid

Verzekeraars op de zorgmarkt

De zorgcontractering in het tweede compartiment dient volgens de principes van maatschappelijk ondernemerschap plaats te vinden. De overheid stuurt de verzekeraars daarop aan door middel van een toelatingsbeleid, structureel overleg, activering van de zorgsturing in het publiek belang en door hen ondernemersrisico te laten lopen.

Maatschappelijk ondernemerschap als leidend beginsel

De RVZ beveelt voor het toelatingsbeleid het volgende aan:

Het in de Ziekenfondswet genoemde criterium voor toelating dat een verzekeraar 'in staat moet worden geacht de taak van een ziekenfonds naar behoren uit te oefenen' dient explicieter te worden gemaakt. Zonder een uitputtende opsomming te beogen, kan op de volgende criteria worden gewezen:

Aanbeveling: scherpere toelatingscriteria

- voldoen aan de eisen van trust, transparantie en toezicht;
- criteria van goed verzekeraarschap in acht nemen;
- een actief contracteerbeleid voeren op basis van een zorgplan dat is opgesteld in overleg met regionale partijen;
- meewerken aan regionale beleidsafstemming.

Verzekeraars worden in principe voor onbepaalde tijd als ziekenfonds toegelaten. Periodiek wordt door de CTU elk ziekenfonds kritisch beoordeeld of het zijn taak naar behoren uitoefent. Zo'n evaluatie is zowel op handhaving als op verbetering van het kwaliteitsniveau van de uitvoering gericht. In dat verband verdient het aanbeveling dat aan de beoordeling zowel positieve als negatieve sancties kunnen worden verbonden.

Aanbeveling: periodieke evaluatie

Overwogen moet worden om niet alleen de verzekeraar als organisatie, maar ook de bestuurders persoonlijk, ook in concernverband, ter verantwoording te kunnen roepen voor een goede uitvoering van de ziekenfondsverzekering. Het verdient aanbeveling daarover bij de toelating als ziekenfonds afspraken te maken.

Aanbeveling: ook bestuur verantwoordelijk

Het verdient aanbeveling dat ook particuliere ziektekostenverzekeraars de wijze waarop zij uitvoering geven aan het tweede compartiment periodiek laten beoordelen. Dat zou zowel via onafhankelijke certificatie als door onderlinge visitatie in het kader van Zorgverzekeraars Nederland kunnen plaatsvinden.

De RVZ beveelt voor het overleg het volgende aan:

Verzekeraars op de zorgmarkt

Voor aanbevelingen over structureel overleg tussen de rijksoverheid en het veld verwijst de RVZ naar het nog uit te brengen advies over de besturing van de zorgsector. Daarin staat de overlegfunctie centraal. In dit advies zijn twee onderwerpen voor overleg specifiek naar voren gekomen: de modernisering van de aanbodregulering en het informatiebeleid. Wat deze onderwerpen betreft, beveelt de RVZ het volgende aan:

Overlegfunctie in apart advies

De modernisering van de aanbodregulering wordt onderwerp van structureel overleg tussen overheid en veld. Dat onderwerp wordt besproken in samenhang met de vergroting van het ondernemingsrisico van partijen en maatregelen ten aanzien van de randvoorwaarden van trust, transparantie en toezicht.

Aanbeveling: structureel overleg over modernisering aanbodregulering

De overheid maakt met Zorgverzekeraars Nederland afspraken over informatieverstrekking en het gebruik van informatie ten behoeve van het rijk, de toezichthoudende organen en de consumenten. (Zie Gedragscode voor de zorgverzekeraar, punt 14.)

Aanbeveling: afspraken over informatieverstrekking en het gebruik van informatie

Verzekeraars en andere organisaties die consumenteninformatie verstrekken, onderzoeken in overleg met de rijksoverheid de mogelijkheid om daarvoor een gezamenlijk beheerde infrastructuur te ontwikkelen. (Zie het advies Naar een meer vraaggerichte zorg, aanbevelingen.)

Aanbeveling: regionale informatiestructuur voor consumenteninformatie

De RVZ beveelt voor de activering van de zorgsturing het volgende aan:

Verzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, dienen ziekenfondsverzekerden binnen hun statutaire werkgebied te voorzien van door henzelf gecontracteerde zorg. Aan de toelating kan de voorwaarde worden verbonden dat, waar dit niet mogelijk is, verzekerden niet worden ingeschreven of dat bestaande inschrijvingen op elk moment kunnen worden beëindigd.

Aanbeveling: toegelaten verzekeraars moeten zelf contracten sluiten

Verzekeraars die als ziekenfonds zijn toegelaten, zorgen binnen hun werkgebied voor een actief contracterbeleid op basis van een beleidsplan. Voor de regio's waarin zij niet zelf zorg kunnen contracteren, kunnen zij die functie 'inkopen.' Het verdient aanbeveling dat verzekeraars die zich bijzonder inspinnen voor het regionaal contracteren daarvoor op enigerlei wijze een beloning ontvangen.

Aanbeveling: toegelaten verzekeraars krijgen een contracteervergoeding

Verzekeraars op de zorgmarkt

Zoals dat ook voor de AWBZ gaat gelden, dient aan de contracten een regionaal beleidsplan ten grondslag te liggen. Patinten/consumentenorganisaties en andere regionale partijen worden daarbij betrokken.

Aanbeveling: contracten op basis van een beleidsplan in overleg met regionale partijen

Het verdient aanbeveling dat particuliere verzekeraars door middel van de constructie van regiovertegenwoordiging aansluiting kunnen zoeken bij het contracteerbeleid van verzekeraars met een groot regionaal marktaandeel. De bestaande regiovertegenwoordiging voor tweedelijnszorg zou uitgebreid kunnen worden tot alle zorg in het tweede compartiment.

Het verdient aanbeveling om in de Ziekenfondswet de bepalingen over de Uitkomsten van Overleg (UVO's) en de modelovereenkomsten van de Ziekenfondsraad te schrappen. In plaats daarvan dient in de Ziekenfondswet het primaat van de individuele overeenkomst te worden hersteld, waaraan in de wet inhoudelijke en procedurele eisen worden gesteld.

Aanbeveling: UVO's en modelovereenkomsten afschaffen

2. Hoe en in hoeverre moet de overheid zich bemoeien met eventuele ongelijkheid in de toegang tot de zorg?

Deze vraag is vooral vanwege twee actuele verschijnselen van belang:

- dat werknemers vanwege hun deelname aan het arbeidsproces met voorrang worden behandeld;
- dat mensen zich met privé-middelen voorrang verschaffen tot collectief gefinancierde zorg.

Voorrang voor werknemers en mensen met geld?

Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, zijn zowel de zorgverlening als de verzekeringen tegen ziektekosten voortgekomen uit particulier initiatief. Dat brengt met zich mee dat verschillen in toegankelijkheid die voortkomen uit marktverhoudingen en verenigbaar zijn met het gelijkheidsbeginsel 'normaal' zijn, voorzover de overheid niet via de verzekeringswetgeving en de aanbodregulering de toegang tot de gezondheidszorg gelijkjer heeft gemaakt. Het is uiteindelijk een politieke keus hoe ver de overheid daarin moet gaan.

Gelijke toegang spreekt niet vanzelf

De overheid is er verantwoordelijk voor dat iedereen toegang heeft tot de zorg van het tweede compartiment. Er zijn drie redenen aan te voeren voor een min of meer gelijke toegang tot de zorg: (1) vanwege het gelijkheidsbeginsel en het verbod op discriminatie,

Maar verschillen moeten te rechtvaardigen zijn

Verzekeraars op de zorgmarkt

(2) vanwege gelijke verzekeringsaanspraken en (3) om te voorkomen dat bestaande verschillen in gezondheid toenemen.

ad. 1

Het gelijkheidsbeginsel en het discriminatieverbod betekenen niet dat iedereen gelijk moet worden behandeld. Verschillen in behandeling zijn mogelijk. Waar het om gaat, is dat de ongelijke behandeling in redelijke verhouding moet staan tot relevant geachte verschillen. Alleen relevante eigenschappen of kenmerken mogen ten grondslag liggen aan het maken van onderscheid. De vraag is welke eigenschappen of kenmerken relevant zijn en welke niet. De wetgever en de literatuur verwijzen voor een antwoord naar de voor de hulpverlener geldende professionele standaard, vaak gelijk gesteld met de medische standaard, c.q. de toepassing van medische criteria zoals de medische behoefte en de kans op medisch succes.

Verschillen moeten relevant en proportioneel zijn

Hierbij zijn een paar kanttekeningen op hun plaats.

1. Veel zorgaanspraken hebben niet alleen betrekking op gezondheidszorg in engere zin, maar ook op huisvesting en dienstverlening. Voorzover het om huisvesting en dienstverlening gaat, zijn ook andere dan medische criteria relevant, zoals algemeen gebruikelijk is als huisvesting en dienstverlening buiten de context van de gezondheidszorg worden aangeboden.
2. Verder is gezondheidszorg niet gelijk te stellen met medische zorg. Sommige niet-medische criteria, zoals de aanwezigheid van mantelzorg, zijn bijvoorbeeld relevant op het terrein van verpleging en verzorging.
3. Medische criteria, zoals de kans op medisch succes, de ernst van de aandoening en de spoedeisendheid van de aandoening, kunnen zowel biomedisch als sociaal-medisch worden geïnterpreteerd. In het laatste geval kan de sociale context waarin een patiënt functioneert, relevant worden geacht. Het zou overigens niet juist zijn om daarbij specifiek op de aard van de arbeidsverhouding te letten.

Zorg, wonen en dienstverlening niet over één kam scheren

Gezondheidszorg is niet alleen medische zorg

Sociaal-medische naast biomedische criteria

Het enkele feit dat iemand werknemer is, lijkt geen relevant criterium om tussen patiënten verschil te maken. Gezien de problematiek die zich voordoet, verdient het aanbeveling dat de overheid samen met het veld (patiënten/consumenten, aanbieders en verzekeraars) vaststelt welke omstandigheden wel een verschil in toegankelijkheid rechtvaardigen.

Aanbeveling: werknemers geen voorrang. Overleg over criteria

ad. 2

De aanspraken in het tweede compartiment zijn inhoudelijk gezien gelijk, maar hebben niet dezelfde grondslag. De ziekenfondsverzekering, de ambtelijke ziektekostenregelingen, de standaardpakketpolis en de particuliere verzekeringen zijn afzonderlijke verzekeringen. Verzekerden kunnen alleen binnen het raam van hun eigen verzekering een gelijke behandeling claimen op grond van een gelijke aanspraak.

Gelijke aanspraken, gelijke behandeling

Ook als de aanspraken gelijk zijn, wil dat niet automatisch zeggen dat ze door iedereen op dezelfde manier worden geïnterpreteerd. De inhoud van de aanspraken, maar vooral de voorwaarden en de termijnen waaronder ze gerealiseerd kunnen worden, zijn veelal dusdanig open geformuleerd dat ruimte ontstaat voor een verschillende invulling.

Interpretatie verschillen mogelijk

Onduidelijkheid over de inhoud van aanspraken doet zich in de praktijk vooral voor op het grensvlak van het tweede en het derde compartiment, met name waar het aspecten van huisvesting en dienstverlening betreft. In het derde compartiment kunnen de aanspraken per polis verschillen, zodat voor werknemers of voor mensen die extra willen betalen extra aanspraken en extra service kunnen worden geregeld. Ook in de maatschappijpolissen van particuliere verzekeraars kunnen extra's worden opgenomen. Vooral in collectieve contracten, waarin zorgverlening van het tweede en het derde compartiment tezamen wordt aangeboden aan zowel particuliere als ziekenfondsverzekerden, kan onduidelijkheid ontstaan over wat mag en niet mag.

Probleem is afbakening 2^o en 3^o compartiment

Omdat de overheid de aanspraken van de ziekenfondsverzekering en de standaardpakketpolis vaststelt, ligt het uiteindelijk op haar weg om duidelijkheid te verschaffen over de afgrenzing van het tweede met het derde compartiment en daarover afspraken te maken met verzekeraars, instellingen en zorgverleners. Van hen mag worden verwacht dat zij meewerken aan duidelijkheid hierover.

Aanbeveling: overheid moet in overleg met partijen duidelijkheid schaffen over afbakening 2^o en 3^o compartiment

De overheid dient verder de toelating van verzekeraars tot de uitvoering van de ziekenfondsverzekering te gebruiken om een gelijke behandeling van ziekenfondsverzekerden zo nodig af te dwingen.

Aanbeveling: optreden tegen verzekeraars die ziekenfondsverzekerden niet gelijk behandelen

Verzekeraars op de zorgmarkt

ad. 3

Er bestaat samenhang tussen de sociaal-economische status van mensen en hun gezondheid. Onderzoek dat hiernaar in Nederland is gedaan, wijst uit dat vooral chronische ziekten bij mensen met een lagere sociaal-economische status vaker voorkomen. Dat feit is de belangrijkste reden dat het gebruik van gezondheidsvoorzieningen toeneemt naarmate de sociaal-economische status lager wordt.

Onderaan de sociale ladder is het ongezond

Bij schaarste aan voorzieningen lopen vooral de laagste sociaal-economische bevolkingscategorieën het risico uit de boot te vallen met de kans op grotere gezondheidsverschillen. Dat risico neemt toe als rijken en werkenden met voorrang toegang krijgen tot schaarse voorzieningen. Dat is niet alleen uit sociaal oogpunt ongewenst. Het kan ook tot consequenties hebben dat de overheid haar plicht om iedereen toegang tot gezondheidszorg te geven, feitelijk niet meer nakomt. Dat moet natuurlijk niet gebeuren, wat betekent dat er een ondergrens is aan de schaarste die in de gezondheidszorg toelaatbaar is.

Ondergrens voor toelaatbare schaarste

Dat werknemers en mensen met geld voorrang proberen te krijgen, moet een signaal zijn dat de schaarste in de gezondheidszorg te groot wordt. Als bij de opstelling van een nieuw regeringsprogramma nieuwe groeicijfers voor de gezondheidszorg worden overeengekomen, dient dit signaal mee te wegen. Iedereen moet op tijd geholpen kunnen worden.

Aanbeveling: nieuw kabinet, neem signaal van voordringen ter harte

3. Hoe kan het hulpaanbod en de zorgverlening flexibeler, doelmatiger en samenhangender worden gemaakt?

Hierop is in het advies uitvoerig ingegaan. De Raad zoekt het antwoord in zorgsturing op basis van maatschappelijk ondernemerschap. Zorgsturing op basis van maatschappelijk ondernemerschap maakt maximaal gebruik van de eigen verantwoordelijkheid van de ondernemer. Dat op basis van trust, transparantie en toezicht, zoals hierboven uitgewerkt. De Raad verwijst verder naar zijn advies 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming'.

Maatschappelijk ondernemerschap is de sleutel

Verzekeraars en zorgaanbieders hebben om aan maatschappelijk ondernemerschap inhoud te kunnen geven, beleidsruimte nodig. Dat is een belangrijke voorwaarde om aan de regionale zorgcontractering meer inhoud en betekenis te geven. Een

Ruimte voor ondernemend handelen is voorwaarde

Verzekeraars op de zorgmarkt

ziekenfondsovereenkomst moet voor een zorgaanbieder een meerwaarde bieden, afgezien van het feit dat ze toegang geeft tot bekostiging door de ziekenfondsverzekering.

De RVZ stelt voor dat als ziekenfonds toegelaten verzekeraars in hun contracten met zorgaanbieders projectsubsidies ten laste van de ziekenfondsverzekering kunnen verstrekken. De financiering zou via de normuitkering voor het contracteerbeleid kunnen lopen.

Aanbeveling: toegelaten verzekeraars moeten subsidie kunnen geven

De RVZ stelt verder voor dat de Wet tarieven gezondheidszorg aan het afsluiten van een contract tussen een verzekeraar en een zorgaanbieder bepaalde voordelen verbindt. Concreet: dat verzekeraars en aanbieders op grond van zo'n contract met capaciteiten en daarmee gepaard gaande delen van budgetten kunnen schuiven ter bevordering van transmurale zorgprocessen en de vorming van zorgketens. Een en ander onder voorwaarden en met waarborgen voor transparantie en toezicht.

Aanbeveling: schuiven met capaciteiten van budgetten toestaan

4. Wat vindt u van normen voor 'goed verzekeraarschap': om welke normen gaat het, welke functie hebben ze en welke inbedding is aangewezen. Welke beperkingen stelt de nieuwe Mededingingswet?

Normen voor goed verzekeraarschap kunnen verschillende functies hebben. De bestaande normen, die door de Ziekenfondsraad zijn vastgesteld, vormen het pendant van de normen voor goed medewerkerschap en hebben tot doel de wederzijdse betrekkingen in de verhouding verzekeraar - zorgaanbieder te verhelderen, vooral ten aanzien van de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars onderhouden meer relaties en in al die relaties is het van belang dat de gedragsnormen waaraan verzekeraars gehouden (willen) worden, vastliggen. Dat is het doel van de gedragscode die verzekeraars in het kader van ZN zijn overeengekomen. Verzekeraars houden zich er aan en kunnen eraan gehouden worden, door elkaar en door anderen.

Normen voor goed verzekeraarschap hebben verschillende functies

Normen voor goed verzekeraarschap kunnen daarnaast door de overheid worden gebruikt om verzekeraars met het oog op de uitoefening van publieke taken te beoordelen. Vanuit dat oogpunt bezien, zijn vooral de normen van belang die direct of indirect betrekking hebben op de toegankelijkheid van de gezondheidszorg. Zoals in hoofdstuk 2 is uiteengezet, zijn de onderwerpen waarom het dan vooral gaat: de verzekeringsaanspraken,

Voor publieke functie zijn normen ten aanzien van toegankelijkheid van belang

Verzekeraars op de zorgmarkt

de premies, de acceptatie en de zorgcontractering.

De gedragscode van ZN is om verschillende redenen totstandgekomen. Het is de bedoeling dat de code bijdraagt aan de ontwikkeling van een gemeenschappelijke identiteit en cultuur van de branche en morele en maatschappelijke helderheid verschaft aan de relaties van de verzekeraars. Een bijgedachte is waarschijnlijk geweest dat met de ontwikkeling van een code regulering door de overheid kan worden voorkomen, regulering die nodig zou kunnen zijn in verband met de uitoefening van publieke taken door verzekeraars.

Code vooral voor intern gebruik

Daarbij kan worden gedacht aan normen voor de toelating als ziekenfonds, zoals in hoofdstuk 5 behandeld. De normen van de code zijn echter nog te vrijblijvend om ze daarvoor te kunnen gebruiken. Verder komen verschillende onderwerpen, zoals het hanteren van een premiebandbreedte en het acceptatiebeleid, in de code niet of slechts summier aan de orde. De code zou dus moeten worden aangescherpt en aangevuld om bruikbaar te kunnen zijn als vervanging van overheidsregulering.

Code dient voor publieke taak scherper en uitgebreider te zijn

Het is echter niet nodig om het proces van cohesievorming dat in de verzekeraarsbranche gaande is, te belasten met pogingen om de code een publieke status te geven. Het ligt voor de hand dat de Minister bij de toelating als ziekenfonds met de code rekening houdt, maar zij kan ook andere en strengere normen toepassen bij de beoordeling of een verzekeraar in staat is zijn taken als ziekenfonds naar behoren uit te voeren.

Minister kan eigen toelatingsnormen hanteren

Als toch een publieke functie van de code wordt overwogen, moet met het volgende rekening worden gehouden. De nieuwe Mededingingswet kan het aanscherpen van de gedragscode bemoeilijken. De wet verbiedt dat verzekeraars onderling afspraken maken die concurrentiebeperkend zijn. Ook op elkaar afgestemd gedrag met dat effect is verboden. Een - tijdelijke - uitzondering kan worden gemaakt voor zelfregulering waarvoor een wettelijke basis bestaat. Voor bestendiging van zo'n uitzondering is aparte wetgeving nodig. De huidige code is niet in strijd met de nieuwe Mededingingswet, maar het is voorshands onduidelijk waar de grenzen liggen. Als de code een publieke functie moet gaan vervullen, is het niet uitgesloten dat een wettelijke basis nodig blijkt.

Voor publieke taak code wettelijke basis nodig

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,

Voorzitter,

Prof. drs. J. van Londen

Algemeen secretaris,

Drs. P. Vos

Verzekeraars op de zorgmarkt

Bijlagen

Verzekeraars op de zorgmarkt

Verzekeraars op de zorgmarkt

Bijlage 1

Relevant gedeelte uit het door de minister van VWS vastgestelde adviesprogramma voor 1997 en het hiervan afgeleide werkprogramma

Uit deel 1 Adviesprogramma 1997-1998 RVZ:

Besturing van het zorg- en het ziektekostenverzekeringsstelsel

Achtergrond en probleemstelling

Al een kleine tien jaar is het stelsel van ziektekostenverzekeringen in beweging.

- a. Ons financieringsstelsel kent niet alleen verzekerings- en andere financiële doelen, maar ook algemene public health-doelen (preventie, bevorderen sociale gelijkheid en participatie, kwaliteit van zorg, versterken interne samenhang onder meer door regionalisatie, zorgvernieuwing en onderzoek). Kan de uitvoering van deze zo nauw met zorg- en volksgezondheidsbeleid verweven doelen geprivatiseerd worden?
- b. Solidariteit heeft in onze tijd een andere beleidsimpact dan gedurende de eerste decennia na de oorlog. Er worden vragen gesteld bij klassieke uitgangspunten als gelijke toegankelijkheid. Impliceert 'verzekering' niet dat men betaalt voor de risico's die men neemt en dus individuele verschillen?
Welke differentiatie is (nog) toelaatbaar en in hoeverre is er al sprake van differentiatie? Kwetsbare groepen zijn waarneembaar (ongezondheid, lage inkomens etc.); hoever strekt de overheidsverantwoordelijkheid: bestrijden van sociale ongelijkheid etc. of het in stand houden van een sociaal vangnet?
- c. De overdracht van overheidsverantwoordelijkheden naar partijen in het zorgveld heeft consequenties voor het overeenkomstenstelsel. Partijen krijgen steeds meer ruimte om zelf binnen de wettelijke kaders afspraken te maken over prijs, volume en kwaliteit van zorg.
- d. De veranderingen in de besturing van de zorg leiden er toe, dat een steeds groter beroep wordt gedaan op het 'ondernemerschap' en bedrijfsmatig handelen van de zorgaanbieder en -verzekeraar. Contracten zijn niet langer gegarandeerd, budgetten zijn steeds meer de uitkomst van onderhandelingen tussen partijen en de druk op efficiency en productiviteitsverhoging neemt toe.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Tegelijkertijd blijft de gezondheidszorg een sociaal goed met daarbij geldende vereisten van voldoende aanbod, toegankelijkheid en gelijke rechten voor 'goede en slechte risico's'.

De combinatie van ondernemerschap - gericht op doelmatig en klantgericht handelen - en het werken binnen een sociale context stelt bijzondere eisen aan de bestuurlijke inrichting van de zorg.

De overheid zal de (rand)voorwaarden moeten scheppen die de zorgpartijen in de uitgangssituatie brengen om sociaal ondernemend te kunnen handelen.

Door deze bewegingen krijgen overheid en veld een andere relatie tot elkaar. In eerste instantie zal meer distantie optreden, gepaard aan profilering van verantwoordelijkheden en bevoegdheden.

In tweede instantie zal gezocht moeten worden naar een nieuw evenwicht tussen overheid en veld. Hierbij is, bij alle dynamiek op dit vlak, behoefte aan een stabiel interactiepatroon.

Bij het zoeken naar een nieuw evenwicht in het besturingssysteem, bestaat behoefte aan een richtinggevend kader voor de middellange termijn. Op basis daarvan kan de overheid met het veld op een lijn trachten te komen. Hierbij zal op creatieve wijze naar nieuwe vormen van communicatie en samenwerking gezocht worden tussen overheid en veld.

Voorop staat de gedachte dat in het beleidsproces de betrokkenheid van veldpartijen - op moderne leest geschoeid - in stand moet blijven. Relevant hierbij zijn onder meer de toepassing van budgetdiscipline, het systeem van aanbodregeling en het ontstaan van nieuwe, door zorginhoudelijke en/of regionale motieven ingegeven, coalities in de zorgsector. Het laatste wijst op een nieuwe ordening in de sector.

Tegelijkertijd doen zich in het zorgstelsel andere ontwikkelingen voor. Door een aantal algemene maatschappelijke ontwikkelingen - minder werk voor lager opgeleiden, open grenzen, privatisering van delen van de sociale zekerheid, riskante gewoonten - ontstaan probleemgroepen binnen de volksgezondheid: jongeren, dak- en thuislozen, asielzoekers etc..

Dit zijn veelal klassieke doelgroepen van de openbare gezondheidszorg. Op dit moment is er geen sprake van een eenduidige verantwoordelijkheid voor de zorgverlening aan deze groepen. Binnen de gezondheidszorg vindt deze zorgverlening plaats in zowel het eerste als tweede compartiment. Daarnaast bestaat er de keuze tussen de gezondheidszorg en de gemeentelijke zorg (WCPV, WVG, Verslavingszorg). Tenslotte is er een soms onduidelijke verdeling van verantwoordelijkheden tussen de

zorgsector enerzijds, en sectoren als onderwijs en huisvesting anderzijds. Onvermijdelijk doen zich in een dergelijke situatie afwentelingsmechanismen voor: tussen zorgaanbieders, tussen sectoren en tussen financiers. Dergelijke mechanismen kunnen een ongewenste differentiatie binnen de groep zorgvragers bewerkstelligen.

Vraagstelling

Tegen bovenstaande achtergronden en probleemstellingen, kunnen de volgende clusters van beleidsvragen worden geformuleerd.

- a. Beleidsvragen met betrekking tot de rol van de verzekeraar in het zorg- en verzekeringsstelsel, in relatie tot de rol van de overheid; flexibilisering van het zorgaanbod, alsmede bevordering van de doelmatigheid; ervaringen in andere landen. Onder meer: dient de verzekeraar de regiefunctie te vervullen en zo ja, welke voorwaarden dienen daaraan te worden verbonden?
- b. Beleidsvragen met betrekking tot de contouren van het (be-)sturingssysteem voor de zorgsector en de daarin te onderscheiden verantwoordelijkheden, bevoegdheden en interacties. Onder meer: hoe kan de medeverantwoordelijkheid van de maatschappelijke organisaties voor het bestuur van de zorgsector worden gegeven?
- c. Beleidsvragen met betrekking tot differentiatie op het vlak van de toegankelijkheid van de zorg en met betrekking tot de openbare gezondheidszorg (probleemgroepen, preventie etc.). Onder meer: hoe kan uitstoting en differentiatie binnen het zorgstelsel worden voorkomen en hoe kan de public health-functie (in brede zin) worden bevorderd?

Uit deel 2 Werkprogramma RVZ 1997:

Sturing stelsel van ziektekostenverzekeringen

Te beantwoorden beleidsvragen

- a. Op welke wijze dient in de toekomst het stelsel van ziektekostenverzekeringen te worden aangestuurd c.q. wat zijn de rollen van overheid, verzekeraars en zorgaanbieders in dit stelsel, rekening houdend met algemene beleidsuitgangspunten zoals marktwerking, deregulering en kostenbeheersing?
NB: bij het beantwoorden van deze beleidsvraag gaat de RVZ uit van het zorgsysteem (dat gaat vooraf aan het verzekeren).

Verzekeraars op de zorgmarkt

- b. Hoe kan in dit verband worden bevorderd dat het hulpaanbod en de zorgverlening verder worden geflexibiliseerd, doelmatiger worden en een grotere interne samenhang vertonen, onder meer door functie- en taakdifferentiatie?
- c. Is er sprake van differentiatie op de verzekeringsmarkt met betrekking tot toegankelijkheid van de zorg en zo ja in welke mate (bevolkingsgroepen); is overheidsbemoediging ter zake gewenst en zo ja in welke mate?

Functie advies in beleidsproces

Het advies over de ziektekostenverzekeringen kan op twee beleidsfronten een plaatsbepalende rol spelen. In de eerste plaats kan het richting geven aan het voortgaande overheidsbeleid met betrekking tot het verzekeringsstelsel: flexibiliseren zorgaanbod, verdere profilering compartimenten, verzekeraarsbudgettering, deregulering van de aanbodwetgeving. In de tweede plaats kan het advies een bijdrage leveren aan de strategische beleidsbepaling rond hiermee verwante ontwikkelingen als: de toenemende differentiatie binnen het zorgstelsel, de zorg voor 'moeilijke' groepen patiënten, de zorgtaken van de gemeenten, de openbare gezondheidszorg. Deze twee onderdelen van het overheidsbeleid - functionele en territoriale decentralisatie - kan men niet los van elkaar zien. Het verbindende element is: de overheidsverantwoordelijkheid in relatie tot private verantwoordelijkheden. Op beide fronten zal in de komende jaren sprake moeten zijn van beleidsinitiatieven. Het verdient aanbeveling in de periode eind 1997 - medio 1998 het beleidskompas opnieuw te richten, onder meer op basis van een evaluatie van de gebeurtenissen in de voorgaande jaren. Hierbij kan het advies een rol spelen. Het zal een plaats moeten krijgen in de MDW-beleidsproces.

Programmering advies in 1997

Tegen deze achtergrond, zal het advies in de tweede helft van 1997 uitgebracht moeten worden. Het zal mede worden gebaseerd op de bevindingen van de commissie-Lemstra (advies uitgebracht november 1996).

Bijlage 2

**Brief van de minister van VWS aan
de voorzitter van de RVZ over goed
verzekeraarschap d.d. 11 juli 1997**

Verzekeraars op de zorgmarkt

Bijlage 3

Samenstelling Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Voorzitter:

Prof. drs. J. van Londen

Leden:

Mw. prof. dr. I.D. de Beaufort

Mw. M.J.M. le Grand-van den Bogaard

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mw. prof. dr. B. Meyboom-de Jong

Mr. I.W. Opstelten

Mr. J.J. van Rijn (tot 1 januari 1998)

Mw. prof. dr. S.P. Verloove-Vanhorick

Algemeen secretaris:

Drs. P. Vos

Bijlage 4

Adviesvoorbereiding vanuit de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Raadsleden:

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Projectgroep:

Mr. J.P. Kasdorp, projectleider

Drs. J.J.G.M. van den Hoek, projectmedewerker

Drs. J.A. Nieland, projectmedewerker (tot 15 december 1997)

D. van de Rijt, projectmedewerker

Mr. drs. P.H.M. Thewissen, projectmedewerker

Mw. W. de Leeuw, stagiaire (tot 1 augustus 1997)

Mw. H.A. Charles, projectsecretaresse

Bijlage 5

Samenstelling klankbordgroep

Prof. dr. T.E.D. van der Grinten, voorzitter klankbordgroep

Prof. dr. P.A.H. van Lieshout

Mr. drs. L.C. Brinkman

Ir. B.F. Dessing

Prof. dr. A.J. Dunning

Dr. E. Elsinga

Drs. B.J.J.M. Huesmann

J. Stekelenburg

Drs. E. van der Veen

Bijlage 6

Kerngegevens verzekeringsstelsel

1. Inleiding

Deze bijlage bevat een aantal kerngegevens van het stelsel van ziektekosten. Het Nederlandse stelsel kent vier soorten verzekeringen:

- volksverzekering AWBZ
- verplichte ziekenfondsverzekeringen
- publiekrechtelijke ziektekostenregelingen
- privaatrechtelijke particuliere ziektekostenverzekeringen

De AWBZ is bestemd voor alle ingezetenen in Nederland. Oorspronkelijk omvatte de AWBZ onverzekerbare risico's, maar vandaag dient de AWBZ vooral voor de financiering van langdurige zorg (de 'care').

De overige drie verzekeringen zijn complementair aan de AWBZ en bevatten veelal de curatieve zorg.

In cijfers is de verdeling in 1996 als volgt (Vektis, 1997; in miljoenen):

bevolking	15,514
ziekenfonds	9,769 (63%)
publiekrechtelijk	0,843 (5,4%)
privaatrechtelijk	4,709 (30,4%)
saldo	0,193 (1,2%)

Grote delen van de bevolking zijn verplicht verzekerd via de ziekenfondsverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregeling. Het verzekerde pakket is voor iedereen gelijk. Bovenop dat pakket zijn aanvullende particuliere verzekeringen mogelijk (bijvoorbeeld tandartsenzorg, alternatieve geneeswijzen en hogere klasse ziekenhuisverpleging). De rest van de bevolking is particulier verzekerd (standaardpakket- of maatschappijpolis). Circa 1% van de bevolking (onverzekerden, grensarbeiders, asielzoekers, etc.) valt niet onder een van deze drie verzekeringen.

Mede gerelateerd aan de financiële omvang ziet een en ander als volgt uit.

AWBZ	ZFW	+
	publiekr. ziektekostenreg.	+
	privaatr. particuliere ziektekostenverzekering

In deze bijlage wordt ingegaan op de kring van verzekerden en de omvang van het pakket van de verschillende verzekeringen. Ook komen enige financiële gegevens aan bod. Gelet op het domein van het advies ligt de meeste nadruk op de ziekenfondsverzekering, de publiekrechtelijke ziektekosten en de particuliere ziektekostenverzekering. De AWBZ en de aanvullende particuliere ziektekostenverzekering komen slechts zijdelings aan bod. Aan het slot wordt stilgestaan bij ontwikkelingen die zich het afgelopen decennium hebben voorgedaan onder ziektekostenverzekeraars.

2. Ziekenfonds

De Ziekenfondswet is op 1 januari 1966 in werking getreden. Tot 1986 waren er drie verzekeringsvormen, namelijk de verplichte-, bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering. Met de inwerkingtreding van de WTZ zijn de twee laatste vormen opgeheven (ook wel kleine stelselwijziging genoemd). In de loop der tijd is de kring van verzekerden veelvuldig gewijzigd; vooral het laatste decennium zijn meermaals grote groepen verzekerden veranderd van de ene verzekeringsvorm naar de andere en soms weer terug. Enige belangrijke wijzigingen zijn:

- 1986 Inwerkingtreding WTZ
- opheffen bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzeke-

Verzekeraars op de zorgmarkt

- ring;
 - uitbreiding werkingssfeer ziekenfondsverzekering met onder andere AAW-gerechtigden en personen met een ABW- of AWW-uitkering.
- 1994 Wet Van Otterloo; gepensioneerden onder een inkomen van f 30.500,- (bedrag in 1994) in het ziekenfonds.
- 1997 'Reparatie' Wet Van Otterloo; meer gepensioneerden in het ziekenfonds (tot een inkomen van f 38.300,-), anderen ter compensatie juist eruit.

Oorspronkelijk ligt aan de ziekenfondsverzekering een beginsel van loondienstverhouding ten grondslag. Dit leidt ertoe dat de verzekering is bestemd voor werknemers (onder een bepaalde loongrens) en hun gezinsleden, en daarmee gelijkgestelden. In 1997 bedraagt de loongrens f 60.750,-. Ook de uitbreiding van de kring van verzekerden tot personen met een uitkering op grond van langdurige arbeidsongeschiktheid of werkloosheid, personen met een uitkering op grond van vervroegde uittreding en invaliditeitsgepensioneerden is in overeenstemming met het beginsel van loondienstverhouding.

Via de mogelijkheid van medeverzekering is de kring van verzekerden uitgebreid met:

- de echtgenote/echtgenoot,
- eigen-, stief- en pleegkinderen die tot het huishouden van de verzekerde behoren en voor wie een recht op kinderbijslag bestaat,
- invalide kinderen van 18 tot en met 26 jaar die geen recht hebben op een AAW-uitkering.

In het algemeen is de voorwaarde om als medeverzekerde te worden aangemerkt dat de hoofdverzekerde moet zijn aangemerkt als kostwinner.

De komst van de WTZ leidde tot een uitbreiding van de wettelijke ziekenfondsverzekering van circa 800.000 personen. De bejaardenverzekering en ongeveer de helft van de vrijwillige verzekering werden opgenomen in de nieuwe ziekenfondsverzekering. Bij de vrijwillig verzekerden ging het onder meer om uitkeringsgerechtigden volgens de ABW, de AWW en AAW. De WTZ ging uit van het beginsel dat iemand bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd verzekerd blijft via de verzekeringsvorm waarin hij/zij zich op dat moment bevindt. Met de Wet 'Van Otterloo' is dat beginsel op 1 juli 1994 losgelaten. Nadien zijn alle gepensioneerden ziekenfonds verzekerd wanneer het AOW-pensioen en het overige inkomen niet meer bedraagt dan circa 70% van de loongrens. In 1997 is dit nogmaals gewijzigd omdat ouderen met een klein aanvullend pensioen, gezien hun inkomen, een te hoge premie betalen voor de particuliere verzekering. Per 1

juli 1997 is de inkomensgrens voor ouderen verhoogd tot f 38.300,-.

Om de verhouding tussen het aantal ziekenfonds- en particulier verzekerden gelijk te houden, zijn ter compensatie van de gevolgen van de reparatie Van Otterloo enige aanvullende maatregelen genomen. Zo kunnen vier jaar lang geen nieuwe studenten in het ziekenfonds gratis worden meeverzekerd (in totaal zo'n 185.000 verzekerden). Zij moeten zich particulier verzekeren. In 1992 waren de studenten juist onder de werking van de WTZ gebracht en konden zij niet langer worden meeverzekerd.

De meest actuele stand van zaken is als volgt:

- werknemers met een inkomen onder de loongrens (f 60.750,-)
- de meeste uitkeringsgerechtigden
- gepensioneerden met een AOW-pensioen en overig inkomen onder de f 38.300,-.

Gezinsleden zijn meeverzekerd zolang de hoofdverzekerde kostwinner is; gedurende vier jaar komen nieuwe studenten niet in aanmerking voor medeverzekering.

De ziekenfondsverzekering biedt aanspraak op de volgende verstrekkingen (Verstrekkingenbesluit Ziekenfondsverzekering):

- geneeskundige hulp (specialist en huisarts)
opneming en verder verblijf in ziekenhuizen, begrensd tot een ononderbroken periode van 365 dagen
- paramedische hulp (fysiotherapie, oefentherapie Mensendieck of Cesar en logopedische hulp)
- farmaceutische hulp
- hulpmiddelen
- audiologische hulp
- verloskundige hulp
- kraamzorg
- tandheelkundige hulp voor kinderen tot 18 jaar en preventieve tandheelkundige hulp voor volwassenen
- ziekenvervoer
- revalidatie, begrensd tot een periode van 365 dagen
- niet-klinische hemodialyse
- chronisch intermitterende beademing
- hulp door een trombosedienst
- erfelijkheidsadvisering

Kortdurende thuiszorg is begin 1997 geregeld via een aparte subsidieregeling, later is dit herzien. Sommige verstrekkingen zijn precies omschreven, andere zijn in algemene bewoordingen

Verzekeraars op de zorgmarkt

opgesteld ('hulp die in kringen van beroepsgenoten gebruikelijk is' of 'volgens de algemene standaard'). Voorwaarden om als ziekenfondsverzekerde in aanmerking te komen voor een bepaalde verstrekking zijn onder meer dat de verzekerde een indicatie heeft voor de gevraagde hulp en dat de hulpverlener een contract heeft met het ziekenfonds (behoudens specifieke uitzonderingen). Daarnaast gelden voor sommige verstrekkingen bijzondere voorwaarden.

Ten aanzien van keuzemogelijkheden geldt het volgende. Een ziekenfondsverzekerde kan kiezen uit verschillende ziekenfondsen. Het verstrekkingenpakket zelf is een vast gegeven en de keuze uit hulpverleners is beperkt tot degene waarmee het ziekenfonds een contract heeft gesloten. Een beperkt, maar snel stijgend aantal mensen is via een collectief contract verzekerd voor het ziekenfonds. In 1996 viel 4,7% van alle ziekenfondsverzekerden onder een collectief contract (in 1995 nog 2,6%).

Tot slot enige financiële cijfers. De premie voor de ziekenfondsverzekering bestaat uit een procentueel en een nominaal deel. De procentuele premie was op 1 januari 1997 6,9% van het loon (5,55% werkgeversdeel en 1,35% werknemersdeel). De nominale premie bedraagt in 1997 ongeveer f 16,- per persoon per maand. Naast de premie is de verzekerde ook een bijdrage in de kosten verschuldigd bij het daadwerkelijk krijgen van verstrekkingen. Onderscheid wordt gemaakt in algemene en bijzondere eigen bijdragen. Bijzondere eigen bijdragen golden ook al voor 1997 (onder meer ziekenvervoer, kraamzorg en hulpmiddelen). Voor de meeste verstrekkingen moet met ingang van 1997 een bijdrage van 20% van de kosten worden betaald. Daarbij gelden een aantal uitzonderingen zoals huisartsenhulp, gewone tandheelkundige hulp, verloskundige zorg en ziekenhuisverpleging op medische indicatie bij zwangerschap en bevalling. Bij verblijf in een ziekenhuis of revalidatieinstelling is op grond van het besparingsmotief een bijdrage van f 8,- per dag verschuldigd. Het maximum aan eigen bijdragen is voor de meeste verzekerden f 200,- per jaar; voor sommigen geldt een lagere eigen bijdrage van f 100,-. Deze bedragen zijn ten dele gecompenseerd door een verlaging van de nominale premie.

3. Aanvullende ziekenfondsverzekeringen

Uit de Vektiscijfers blijkt dat het financiële belang van aanvullende ziekenfondsverzekeringen de afgelopen jaren sterk is toegenomen. Van alle ziekenfondsverzekerden heeft in 1996 94,3% een aanvullende verzekering, mede onder invloed van

inperking van het ziekenfondspakket. Aanvullende verzekeringen worden vooral afgesloten voor tandheeskundige hulp en paramedische hulp (fysiotherapie, oefentherapie). De premie-inkomsten voor aanvullende ziekenfondsverzekeringen zijn gestegen van f 979 miljoen in 1995 tot f 1340 miljoen in 1996 (Vektis, 1997).

4. Publiekrechtelijke ziektekostenregeling

Voor ambtenaren gelden afwijkende ziektekostenregelingen: sommigen zijn verplicht verzekerd, anderen zijn particulier verzekerd. Dit laatste geldt onder meer voor rijksambtenaren en ambtenaren in het onderwijs. Ook voor defensiepersoneel geldt een afwijkende regeling. Voor drie groepen ambtenaren gelden verplichte regelingen, namelijk:

- ambtenaren werkzaam bij gemeenten (IZA);
- ambtenaren werkzaam bij provincies (IZR);
- ambtenaren werkzaam voor politie (GVP).

Ook voor deze publiekrechtelijke ziektekostenregelingen geldt dat het gezinsverzekeringen zijn. Partner en kinderen (tot 27 jaar) voor wie de hoofdaannemer kostwinner is, zijn vanzelf gratis meeverzekerd. De aanspraken komen grotendeels overeen met de aanspraken van het ziekenfondspakket, alhoewel het pakket soms ruimer is of regelingen flexibeler kunnen worden toegepast doordat het bestuur kan afwijken van de limitatieve lijst. In tegenstelling tot het ziekenfonds bieden de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen geen hulp in natura, maar recht op vergoeding van gemaakte kosten. Bovendien kunnen verzekerden in beginsel gebruik maken van elke zorgverlener; overeenkomsten zijn niet vereist.

Ambtenaren die verplicht zijn verzekerd via een publiekrechtelijke ziektekostenregeling kunnen niet kiezen uit verschillende verzekeraars. Er is een aangewezen orgaan dat de verzekering uitvoert. Een ambtenaar kan niet een eigen verzekeringspakket samenstellen, maar kan wel vrij kiezen uit verschillende hulpverleners.

De premie voor de publiekrechtelijke ziektekostenregeling bestaat eveneens uit een procentueel inkomensafhankelijk deel en een nominaal gedeelte. Aan het procentuele deel dragen werkgever en werknemer bij. De nominale premie is voor de drie genoemde regelingen verschillend. Ook in de publiekrechtelijke ziektekostenregeling zijn eigen bijdragen verschuldigd. Deze mogen niet meer bedragen dan 1% van het belastbaar inkomen per jaar.

5. Particuliere ziektekostenverzekering

In de particuliere ziektekostenverzekering moet een onderscheid worden gemaakt tussen de maatschappijpolis en de WTZ-polis (waaronder de zogenoemde standaardpakketpolis). De WTZ-polis is speciaal in het leven geroepen voor mensen die op grond van risico-inschatting (leeftijd, ziekten) een te hoge premie moeten betalen voor een particuliere ziektekostenverzekering. De standaardpakketpolis biedt een vast pakket tegen een door de overheid vastgestelde prijs.

Het 'basispakket' in de particuliere ziektekostenverzekering is echter niet identiek aan het ziekenfondspakket. Een verzekeringsmaatschappij bepaalt zelf de inhoud van de maatschappijpolis, maar sommige verstrekkingen die ontbreken in het ziekenfondspakket worden wel standaard in de particuliere polis opgenomen (bijvoorbeeld alternatieve geneeswijzen). Omgekeerd is de huisarts soms juist niet opgenomen.

Naast de maatschappij- en WTZ-polis bestaan ook binnen de particuliere ziektekostenverzekering aanvullende verzekeringen. Bovenop het 'basispakket' heeft ruim 21% van de particulier verzekerden aanvullende verzekeringen afgesloten voor bijvoorbeeld tandheelkundige zorg of een hogere klasse ziekenhuisverpleging (Vektis, 1997).

Maatschappijpolis

Voor een maatschappijpolis komen degenen in aanmerking die niet verplicht zijn verzekerd voor het ziekenfonds of een publiekrechtelijke ziektekostenregeling en die geen gebruik maken van een WTZ-polis. Kenmerkend voor de maatschappijpolis is dat de samenstelling en de te betalen premie worden vastgesteld door de verzekeraar. De maatschappijpolis is een schadeverzekering waarbij de hoogte van de premie is afgestemd op de ingeschatte risico's. De maatschappijpolis biedt recht op restitutie van gemaakte kosten. Inherent aan de keuze voor een bepaalde particuliere ziektekostenverzekering is de keuze voor een eigen risico.

Alhoewel de diverse maatschappijpolissen sterk kunnen verschillen zijn er ook een aantal belangrijke overeenkomsten. Minimaal opgenomen zijn ziekenhuisverpleging en klinisch specialistische hulp; daarop is de registratie van Vektis gebaseerd. Overige kerngegevens uit 1996 over de maatschappijpolis zijn de volgende (Vektis, 1997):

- 90,9% is klasse III verzekerd (de overigen klasse II en hoger);
- 30,6% heeft een eigen risico van f 750,- of meer;
- 49,9% is verzekerd op grond van een collectief contract.

In beginsel kan een particulier verzekerde vrij kiezen uit verschillende maatschappijen en polissen. Met een maatschappijpolis kan de verzekerde vrij kiezen uit verschillende hulpverleners. De gemaakte kosten worden vergoed conform de polisvoorwaarden. In 1995 had 94,1% de huisarts meeverzekerd (Vektis, 1996).

WTZ-polis

De Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen (WTZ) zorgt ervoor dat mensen die voldoen aan de eisen van de wet en die zich vrijwillig verzekeren, door particuliere verzekeraars worden geaccepteerd. De hoogte van de premie en polisvoorwaarden worden door de overheid vastgesteld. Bij of krachtens wet is aangegeven wat minimaal in de standaardpakketpolis moet worden opgenomen, maar ook welke verstrekkingen daarvan geen deel uit mogen maken. De inhoud van de WTZ-polis is grotendeels gelijk aan het ziekenfondspakket, maar de particuliere ziektekostenverzekeraar kan in de toepassing (in vergelijking tot het ziekenfonds) flexibeler zijn. De WTZ-polis is geen natura-, maar een restitutieverzekering; er bestaat een recht op vergoeding van gemaakte kosten.

In 1996 heeft 15,3% van alle particulier verzekerden een WTZ-polis. Er bestaan drie verschillende WTZ-polissen:

- De **standaardpolis** is voor mensen die bij de opheffing van het vrijwillige ziekenfonds in 1986 vrijwillig ziekenfonds verzekerd waren. Toetreding tot deze verzekering is niet langer mogelijk en onder meer door natuurlijk verloop neemt het aantal verzekerden jaarlijks af.
- Voor de **standaardpakketpolis** komen onder andere in aanmerking alle particulier verzekerden ouder dan 65 jaar en bepaalde andere groepen (zie hieronder).
- Met ingang van 1992 geldt de **studentenstandaardpakketpolis** voor studenten vallend onder de Wet studiefinanciering.

Het gaat in 1996 om de volgende aantallen (Vektis, 1997):

standaardpolis	58.884
standaardpakketpolis	480.951
studentenstandaardpakketpolis	136.735
totaal WTZ	676.570

Een particuliere verzekeraar is verplicht aan bepaalde mensen, als zij dat willen een standaardpakketpolis aan te bieden. Daarbij gaat het onder meer om mensen die:

- niet langer onder een ziekenfonds- of publiekrechtelijke ziektekostenregeling vallen;

Verzekeraars op de zorgmarkt

- niet langer verzekerde kunnen zijn op de polis van hun ouders;
- ouder dan 65 jaar zijn;
- net in Nederland zijn komen wonen;
- student (met een basisbeurs) zijn geworden.

Voorwaarde is wel dat het verzoek om een verzekering wordt gedaan binnen vier maanden nadat de oude verzekering is beëindigd of de gewijzigde situatie is opgetreden. Een andere groep betreft de zogenoemde meerbetalers. Dit zijn mensen die derde klasse particulier verzekerd zijn en meer premie betalen dan de premie voor de standaardpakketpolis. Ook zij kunnen op verzoek in aanmerking komen voor een WTZ-polis.

Mensen moeten zelf het initiatief nemen tot het aanvragen van een verzekering. Als de aanvrager behoort tot een van de genoemde groepen kan een verzekeraar de aanvrager niet weigeren, omdat er een acceptatieplicht geldt. Voor andere groepen bestaat geen acceptatieplicht.

In 1997 zijn voor de standaard(pakket)polis de maandelijkse maximumpremies:

- voor ex-vrijwillig ziekenfondsverzekerden
 - ouder dan 65 jaar: 206,76
 - jonger dan 65 jaar: 173,56
- voor anderen die in aanmerking komen
 - ouder dan 65 jaar: 206,76
 - jonger dan 65 jaar: 216,96
- voor studenten met studiefinanciering: 67,28
en hun eventuele kinderen: 13,40.

Naast de premies voor de polis moeten ook de MOOZ en WTZ-omslagen worden betaald. Voor de standaard(pakket)polis geldt een eigen risico van f 200,- (voor twee of meer verzekerden per polis) of f 100,- (voor alleenstaanden). Voor sommige verstrekkingen (zoals ziekenvervoer en kraamzorg) gelden eigen bijdragen.

De maximumpremies voor de WTZ-polis zijn in het algemeen niet kosten dekkend. Verzekeraars kunnen de drie WTZ-polissen daarom onder de omslagregeling WTZ brengen en de overschade op die wijze poolen over alle particulier verzekerden. De zogenoemde meerbetalers kunnen echter niet onder de omslagregeling WTZ worden gebracht. In verband met de pooling betalen particulier verzekerden naast de reguliere verzekeringspremie een WTZ-heffing. De heffing wordt achteraf bepaald aan de hand van de feitelijke uitgaven in een bepaald jaar. Naast de WTZ-heffing betalen particulier verzekerden de zogenoemde MOOZ-bijdrage, ter compensatie van de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds. In 1997 zijn de bijdragen als volgt:

tot 20 jaar: 162,- (WTZ-heffing) en 77,40 (MOOZ)

Verzekeraars op de zorgmarkt

20 tot 65 jaar:	324,- en 154,80
vanaf 65 jaar:	259,20 en 123,84

De verzekerde kan niet vrij kiezen voor wat betreft de verzekeringspolis. Wel is vrije keuze mogelijk uit hulpverleners, omdat er geen sprake is van contracten met hulpverleners.

6. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten

Deze wet wordt hier niet uitgebreid behandeld. Alle ingezetenen, ongeacht hun nationaliteit of leeftijd, zijn verzekerd. De AWBZ-premie wordt in een bedrag geheven met de belasting en overige premies voor de volksverzekeringen. Alleen over de eerste belastingschijf is premie verschuldigd, waarbij afhankelijk van de tariefgroep een belastingvrije som geldt. Niet-werknemers krijgen een aanslag over hun inkomen. De premie voor 1997 is 8,85%.

Verstrekingen:

- Algemeen geneeskundige hulp:
 - . diëtadvisering
 - . opneming en verder verblijf in een ziekenhuisverpleging dat langer dan 365 dagen duurt
- Verzorging of verpleging:
 - . opneming en verder verblijf in een verpleeginrichting of een inrichting voor lichamelijke gehandicapten
 - . zorg aan gehandicapte bewoners van Het Dorp
 - . opneming en verder verblijf in een gezinsvervangend tehuis voor lichamelijke gehandicapten
 - . plaats in een dagverblijf voor lichamelijke gehandicapten
 - . dagbehandeling in een verpleeginrichting
 - . thuiszorg
- Revalidatiezorg, langer dan 365 dagen
- Geestelijke gezondheidszorg:
 - . opneming en verder verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis of een psychiatrische afdeling van een algemeen of academisch ziekenhuis
 - . hulp door of vanwege RIAGG
 - . hulp door of vanwege RIBW
 - . niet-klinische psychiatrische hulp, verleend door een psychiater of zenuwarts
 - . hulp in een psychiatrische polikliniek
 - . psychiatrische deeltijdbehandeling
- Zorg voor zintuiglijk gehandicapten
- Zorg voor verstandelijk gehandicapten
- Zorg bestaande uit georganiseerde preventie

Verzekeraars op de zorgmarkt

Voor degenen die verblijven in een AWBZ-instelling worden ook tandheelkundige zorg, geneesmiddelen, hulpmiddelen, rolstoelen en dergelijke uit de AWBZ vergoed.

7. Brancheontwikkelingen

De branche van ziektekostenverzekeraars heeft het afgelopen decennium verschillende ingrijpende wijzigingen doorgemaakt.

Om een aantal ontwikkelingen te noemen:

- introductie van concurrentie tussen ziekenfondsen, onder meer door nominale premies en opheffing van werkingsgebieden voor ziekenfondsen, met als gevolg dat ziekenfondsen landelijk of in een groter gebied zijn gaan werken;
- introductie van financiële incentives voor verzekeraars als budgettering en gedeeltelijke opheffing van verevening/nacalculatie;
- oprichting van nieuwe (veelal landelijk werkende) ziekenfondsen door particuliere verzekeraars;
- schaalvergroting van verzekeraars als gevolg van fusies (bij alle drie onderscheiden hoofdvormen van verzekeren), waardoor het totaal aantal verzekeraars in tien jaar tijd met een derde is gedaald;
- vervaging van het traditionele onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars, mede als gevolg van fusies;
- samenwerkingsverbanden zijn ook ontstaan met derden als bedrijfsgezondheids- en arbodiensten en bank- en verzekeringsconcerns;
- toenemende oriëntatie op arbeid en sociale zekerheid, waarbij verzekeraars zich opwerpen als 'all-care'dienstverleners en zich meer richten op werkgevers en werknemers;
- toenemend belang van en aantal collectieve contracten, niet alleen bij de particuliere ziektekostenverzekeringen, maar ook bij het ziekenfonds;
- productverbreding, waarbij verzekeraars zich ook richten op andere zaken dan zorg en ziektekostenverzekeringen.

Een en ander heeft ertoe geleid dat het beeld van de branche anno 1997 erg divers is. Tussen verzekeraars bestaan grote verschillen in oriëntatie. Sommige verzekeraars zien zichzelf meer als schade- dan als zorgverzekeraars. Ze hechten minder betekenis aan zorgsturing en trachten de schadelast te beheersen door zich te richten op relatief gunstige risico's (zoals collectieve contracten met werknemers). Andere verzekeraars worden beschouwd als

'traditionele zorgverzekeraars' omdat ze zich sterk richten op een bepaalde regio en daar de zorg ook trachten te sturen. Toch zeggen zij niet helemaal achter te kunnen blijven bij de ontwikkelingen in de markt, zoals collectieve contracten en specifieke wensen van werkgevers.

Tegelijkertijd is het toezicht van de branche er niet eenvoudiger op geworden. Veel verzekeraars vormen een onderdeel van grotere conglomeraten waar verschillende, soms tegenstrijdige taken worden uitgevoerd. Binnen een concern kunnen AWBZ, ZFW, particuliere ziektekostenverzekeringen en aanvullende verzekeringen (naast vele andere producten) worden uitgevoerd, terwijl de taken en de eisen die de overheid stelt verschillend zijn.

Bijlage 7

Gelijke toegang tot zorg

1. Inleiding

In Nederland beoogt het stelsel van ziektekostenverzekeringen de toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen. Het stelsel bestaat uit drie compartimenten. In het eerste compartiment, de AWBZ, zijn die vormen van zorg ondergebracht die op individuele basis moeilijk kunnen worden verzekerd. De AWBZ geldt voor alle ingezetenen van Nederland. In het tweede compartiment zijn andere noodzakelijke vormen van zorg opgenomen. Dit compartiment kent drie verschillende verzekeringsvormen, namelijk het ziekenfonds, de particuliere ziektekostenverzekering en de publiekrechtelijke ziektekostenregeling. Werknemers onder een bepaalde inkomensgrens en daarmee gelijkgestelde personen zijn bijvoorbeeld verplicht ziekenfonds verzekerd. Door de verschillende verzekeringsvormen is de uitwerking van het tweede compartiment niet voor iedereen hetzelfde. In het derde compartiment zijn de overige vormen van zorg opgenomen. Iedereen kan zelf bepalen of hij of zij zich voor deze zorg wil verzekeren. In dit stelsel is nagenoeg iedereen verzekerd voor gezondheidszorg of de kosten daarvan. Toch lijkt die waarborg niet altijd voldoende om zorg te kunnen krijgen. De politiek stelt vast welke zorg noodzakelijk is en in het eerste of tweede compartiment wordt opgenomen. Het schuiven met het kunstgebit in de afgelopen jaren geeft aan dat de vaststelling van noodzakelijke zorg niet altijd onomstreden is. Ook wanneer bepaalde zorg wel in de verzekering is opgenomen, is de toegang tot zorg niet voor iedereen gelijk. Dat blijkt bijvoorbeeld uit activiteiten gericht op snellere hulp of wachtlijstomzeiling, waarbij sommige verzekerden sneller worden geholpen dan anderen.

Een en ander leidt ertoe dat op dit moment de toegang tot de zorg, ondanks het stelsel van (wettelijke) ziektekostenverzekeringen, kan verschillen. De vraag is of de overheid daaraan iets moet doen en zo ja wat. Dat heeft onder meer te maken met verantwoordelijkheden van de overheid, grondslagen van het verzekeringsstelsel, toegankelijkheid en gelijkheid.

2. Afbakening

Deze bijlage gaat in op het vraagstuk van gelijke toegang tot de

Verzekeraars op de zorgmarkt

zorg en dan met name de zorg die tot het tweede compartiment wordt gerekend. Het is nodig om nader stil te staan bij de begrippen gelijkheid en toegang.

Het gelijkheidsbeginsel is onder meer verankerd in de Grondwet, internationale verdragen en de Algemene wet gelijke behandeling. *Gelijkheid* wil niet zeggen dat iedereen te allen tijde gelijk - in de zin van hetzelfde - moet worden behandeld. Verschillen in behandeling zijn mogelijk, mits de ongelijke behandelingsvorm in redelijke verhouding staat tot relevant geachte verschillen. Een onderscheid moet daarom objectief worden gerechtvaardigd en niet (direct of indirect) leiden tot benadeling van bepaalde (groepen) personen.

Als we spreken over *toegang* tot de zorg dan gaat het over twee aspecten, namelijk toegang tot verzekeringen (aanspraken) en toegang tot zorgvoorzieningen. Bij het eerste gaat het om de vraag of mensen zich kunnen verzekeren en welke zorgaanspraken de verzekering omvat. Het tweede heeft betrekking op het te gelde maken van de aanspraken. Vragen zijn dan onder meer hoe een verzekerde geïndiceerde zorg krijgt, hoe snel en hoe volledig.

Het thema gelijke toegang tot de zorg vertoont weliswaar raakvlakken met een aantal andere thema's, maar die moeten er toch los van worden gezien. Daarbij gaat het onder meer om zaken als een verschil in behandeling op medische gronden en het materiële gelijkheidsbegrip. Om met het eerste te beginnen: een verschillende behandeling op medische gronden wordt niet beschouwd als discriminatie. Verschillen in gezondheid of andere medisch relevante criteria (zoals leeftijd en prognose) leiden logischerwijs tot een verschillende behandeling. Bijvoorbeeld: de prognoses voor een openhartoperatie of kankertherapie niet voor iedereen hetzelfde.

Het denken over materiële gelijkheid is relatief recent tot ontwikkeling gekomen. Kenmerkend is hierbij dat rekening wordt gehouden met verschillen in uitgangspositie tussen patiënten en de effecten van een behandeling. Een ongelijke behandeling is dan juist toegestaan als daarmee een verschil in uitgangspositie kan worden ingelopen. Deze opvatting zou kunnen leiden tot een voorkeursbehandeling van bijvoorbeeld ouderen en mensen met een sociale uitkering omdat hun gezondheidssituatie veelal slechter is dan die van andere bevolkingsgroepen. Niet de behandeling zelf, maar het effect van de behandeling staat hierbij voorop.

3. Tweede compartiment

Alvorens in te gaan op de probleemstelling rond gelijke toegang is

Verzekeraars op de zorgmarkt

het van belang stil te staan bij enige relevante kenmerken van het verzekeringsstelsel. Op grond van art. 22 GrW is de overheid verplicht maatregelen te nemen ter bevordering van de volksgezondheid. In het algemeen worden verschillende aspecten onder deze plicht begrepen, zoals de kwaliteit en de beschikbaarheid van zorg, alsmede de financiële toegankelijkheid tot die zorg. Door middel van het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen (AW-BZ, ZFW) is in Nederland de toegang tot noodzakelijke zorg financieel gewaarborgd. Dit is vooral van belang voor degenen die zijn aangewezen op deze zorg maar de kosten ervan niet zelf kunnen dragen.

De ziekenfondsverzekering gaat uit van zorgverlening in natura. Waarop een verzekerde recht heeft, is vastgelegd in wettelijke aanspraken. Een verzekerde heeft op grond van art. 8 lid 2 ZFW aanspraak op verstrekkingen ter voorziening in geneeskundige zorg. Die zorg moet dan wel zijn geïndiceerd. In het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering zijn de aard, de inhoud en de omvang van de verstrekkingen nader geregeld. Een ziekenfonds is wettelijk verplicht zoveel zorg te contracteren met aanbieders, als nodig is om de aanspraak van zijn verzekerden tot gelding te kunnen maken. Dit betekent niet dat een verzekerde een aanspraak onmiddellijk tot gelding moet kunnen maken. Er moet sprake zijn van een redelijke termijn waarbinnen de zorg verleend moet worden. Nadeel is echter dat die normen en termijnen op dit moment niet eenduidig zijn bepaald. Onderlinge verschillen tussen ziekenfondsverzekerden en tussen ziekenfondsen zijn daardoor mogelijk. De ZFW wordt niet in het hele land op exact dezelfde manier uitgevoerd.

In het voorgaande is ingegaan op de ziekenfondsverzekering. De situatie voor particulier en publiekrechtelijk verzekerden is enigszins anders. Deze verzekeringsvormen zijn gebaseerd op het restitutiebeginsel en geven verzekerde recht op vergoeding van gemaakte kosten. De verzekerde bepaalt zelf tot welke hulpverlener hij of zij zich wendt en is niet afhankelijk van contracten van de verzekeraar. Onderlinge verschillen tussen verzekerden zijn daardoor mogelijk, maar dat komt vooral door de individuele keuzevrijheden van verzekerden. Ook voor particulier verzekerden is een regeling getroffen om de toegang tot de verzekering financieel te waarborgen. Voor particulier verzekerden die op grond van risico-inschatting (leeftijd, ziekten) een te hoge premie moeten betalen is de WTZ-polis gecreëerd, met een vast pakket tegen een door de overheid vastgestelde prijs.

4. Probleemstelling

De overheid heeft beoogd de toegang tot de zorg te waarborgen via het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen. In de praktijk blijkt die toegang echter niet voor iedereen gelijk te zijn. Wanneer het gaat om mensen met dezelfde gezondheidsproblemen krijgt de ene persoon bepaalde hulp wel en de ander niet. Voor dat verschil in toegang tot de zorg kunnen verschillende oorzaken zijn, namelijk:

- de omvang van het wettelijke ziektekostenstelsel. Dit moet mede in relatie worden gezien tot sociaal economische gezondheidsverschillen en het definiëren van noodzakelijke zorg. De gang van zaken rond het kunstgebit toont aan dat bepaalde bevolkingsgroepen van deze hulp verstoken blijven, wanneer deze niet is opgenomen in het wettelijke pakket van noodzakelijke zorg. Voor de desbetreffende personen is het in financieel opzicht moeilijk deze zorg voor eigen rekening te nemen;
- de aard van de verzekering. In het verleden leidde een particulier ziektekostenverzekering veelal tot een voorkeurspositie bij de behandeling. Dat verschil is het afgelopen decennium grotendeels weggeëbd. Naarmate het derde compartiment in omvang toeneemt of in het tweede compartiment het aantal particulier verzekerden stijgt, kunnen voor particulier verzekerden weer meer specifieke behandelingen ontstaan;
- de hantering van andere dan medische criteria bij de behandeling. Een voorbeeld hiervan is de snellere behandeling van bepaalde groepen werknemers. Dit probleem ontstaat mede doordat de wettelijke aanspraken op zorg niet geheel zijn ingevuld.

Alhoewel het in feite gaat om een algemener probleem rond de toegang tot zorg, hebben de ontwikkelingen van de afgelopen jaren ertoe geleid dat de aandacht zich concentreert op de snellere behandeling voor bepaalde groepen. Drie aspecten lijken hierop met name van invloed te zijn:

1. door de schaarste in de gezondheidszorg is meer spanning ontstaan bij het realiseren van aanspraken;
2. door ontwikkelingen in de sociale zekerheid is een vraag ontstaan om de aanspraken van bepaalde verzekerden zo snel mogelijk te kunnen realiseren;
3. wettelijke zorgaanspraken zijn minder eenduidig ingevuld als veelal wordt aangenomen en laten ruimte voor interpretatie.

Om verschillende redenen is het een verantwoordelijkheid van de overheid om iets te doen aan de ongelijke toegang tot de zorg. Allereerst is er een grondwettelijke plicht tot het bevorderen van de volksgezondheid, waartoe onder meer behoort het bestrijden van sociaal-economische gezondheidsverschillen. In de tweede plaats omdat de wettelijke geformuleerde aanspraken voor alle

verzekerden gelijk zijn, ook al zijn die aanspraken veelal relatief open geformuleerd. Ten derde vanwege het gelijkheidsbeginsel en het verbod op discriminatie. Het verbod op discriminatie werkt daarbij als schakelbepaling. Ten vierde omdat de bestaande ongelijkheid kan worden gezien als haarscheurtjes in het stelsel die bij onvoldoende onderhoud kunnen leiden tot scheuren en barsten in het stelsel.

Omdat er verschillende oorzaken zijn voor de ongelijke toegang tot zorg zal het probleem ook op verschillende manieren tegelijkertijd moeten worden aangepakt. Hierna wordt een aantal mogelijkheden nader verkend, namelijk het tegengaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen, bestrijden van discriminatie, formuleren van normen van goed verzekeraarschap en het nader invullen van de wettelijke aanspraken.

5. Sociaal-economische gezondheidsverschillen

De toegang tot zorg kan in gevaar komen wanneer bepaalde zorg niet tot noodzakelijke zorg wordt gerekend en mensen niet in staat zijn deze zelf te betalen. Uit onderzoek is bekend dat juist mensen die verkeren in een slechtere sociaal-economische positie meer gezondheidsproblemen hebben. De gezondheidszorg vervult in zekere zin een corrigerende rol in het bestrijden van die gezondheidsproblemen.

Onderzoek heeft ertoe geleid dat de afgelopen jaren meer zicht is gekomen op het bestaan van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Het tegengaan van deze verschillen is een van de doelstellingen uit het bestaande gezondheidsbeleid van de rijksoverheid, zoals geformuleerd in de Nota gezond en wel. Gerichte preventie-activiteiten en het garanderen van de toegankelijkheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen worden belangrijke onderdelen genoemd van het volksgezondheidsbeleid. Maar ook het grotestedenbeleid zou moeten bijdragen aan het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Andere maatregelen zijn onder andere de continuering van het onderzoeksprogramma en een mogelijke gezondheidseffectscreening als toetssteen voor nieuw beleid.

Het vraagstuk is vooral actueel bij de afweging of bepaalde zorg in het tweede, dan wel in het derde compartiment kan worden opgenomen. Zo'n afweging vindt plaats in het kader van beheersing van de collectieve lasten. Enige jaren geleden is besloten het kunstgebied over te hevelen naar het derde compartiment. Later is die maatregel weer ten dele teruggedraaid, nadat was gebleken dat deze voor specifieke groepen ongunstige effecten had. In de besluitvorming over de overheveling van delen

van het wettelijke zorgpakket naar het derde compartiment zou daarom nadrukkelijk moeten worden bekeken of de zorg betrekking heeft op gezondheidsproblemen die voortkomen uit sociaal-economische gezondheidsverschillen.

6. Gelijkheid en non-discriminatie

Een andere oplossingsrichting om ongelijke toegang tot de zorg aan te pakken is de weg van gelijkheid en non-discriminatie. Dat kan met name van belang zijn om ongelijkheid te bestrijden die voortkomt uit de aard van de verzekering of de omvang van het wettelijk verzekeringsstelsel.

De basisregel is dat gelijke gevallen zoveel mogelijk gelijk dienen te worden behandeld. Voor het maken van onderscheid dient een objectieve rechtvaardiging te bestaan. Het onderscheid mag niet (direct of indirect) leiden tot een discriminatie van bepaalde (groepen) personen. Wanneer er sprake is van een verschil in individuele gezondheid of andere medisch relevante factoren kan dat inderdaad een gegronde reden zijn voor een verschillende medische behandeling. Dat volgt mede uit de professionele standaard. Dat men valt onder een collectieve ziekenfondsverzekering, werknemer is of van middelbare leeftijd, is echter onvoldoende rechtvaardige reden voor het maken van onderscheid en moet dan ook worden afgewezen.

Probleem voor de toepassing in de praktijk is echter dat waar het ogenschijnlijk gaat om ongelijke behandeling van mensen met dezelfde verzekering, dat in feite gebeurt op basis van verschillende regelingen. Bovenop een collectieve ziekenfondsverzekering kan een aanvullende, private verzekering zijn afgesloten, met daarin aanvullende afspraken en waarvoor een aparte premie wordt betaald. Formeel vindt de afwijkende behandeling dan plaats op grond van de aanvullende verzekering en niet op basis van de collectieve ziekenfondsverzekering.

Belangrijk nadeel van deze oplossingsrichting is dat de rechtshandhaving van het gelijkheidsbeginsel niet eenvoudig is. In de (inter)nationale jurisprudentie rond discriminatie wordt een onderscheid gemaakt tussen benoemde en onbenoemde criteria. De Algemene wet gelijke behandeling (Awgb) spreekt over direct en indirect onderscheid. Bij benoemde criteria als ras en geslacht is de kans groter dat de rechter degene die klaagt over discriminatie in het gelijk stelt. Bij onbenoemde criteria, in de Grondwet aangeduid met "op welke grond dan ook", is de toetsing van de rechter marginaler. Bij onbenoemde gronden wordt daardoor eerder aangenomen dat er een objectieve rechtvaardiging is voor het maken van een onderscheid. Gezondheid of verzekeringsvorm

zijn in de Awgb geen benoemde criteria, alhoewel gezondheid wel een persoonsgebonden eigenschap is.

De conclusie is dat de weg van gelijkheid en non-discriminatie een lastige is voor het bestrijden van ongelijke toegang tot de zorg.

Niet alleen de bewijsvoering van discriminatie is moeilijk, maar ook de gang naar de rechter is in zekere mate ongewis.

7. Normen van goed verzekeraarschap

Een andere mogelijkheid om de toegang tot de zorg nader te reguleren is het opstellen van normen van goed verzekeraarschap. Dat kan met name van belang zijn voor problemen rond de aard van de verzekering en de hantering van andere dan medische criteria.

Normen voor goed verzekeraarschap leiden ertoe dat algemene voorwaarden worden verbonden aan het functioneren van verzekeraars. Het afgelopen decennium is de positie van ziektekostenverzekeraars in het algemeen, en ziekenfondsen in het bijzonder, drastisch veranderd. Eerder in het advies is dat al toegelicht. Zorgverzekeraars zijn bijvoorbeeld meer commercieel georiënteerd en maken in toenemende mate onderdeel uit van grotere financiële conglomeraten. Het realiseren van maatschappelijke doelstellingen dreigt daarbij op de achtergrond te raken. Normen van goed verzekeraarschap zouden dan een nadere invulling kunnen geven aan maatschappelijke doelstellingen en waaraan het handelen van ziektekostenverzekeraars getoetst kan worden. Bovendien zouden normen van goed verzekeraarschap zich dan niet alleen beperken tot de relatie met zorgaanbieders, maar zich ook uitstrekken tot verzekerden.

Normen van goed verzekeraarschap kunnen worden opgesteld door de overheid of door betrokkenen onderling. De door Zorgverzekeraars Nederland opgestelde gedragscode is van dit laatste een voorbeeld. In het advies is echter al aangegeven dat de gedragscode in zijn huidige vorm onvoldoende richting geeft aan de publieke doelstellingen van het stelsel. Als de code een functie zou moeten krijgen in de publieke aansturing is een aanscherping van de code noodzakelijk.

Op grond van de Mededingingswet zijn de mogelijkheden om de bestaande gedragscode aan te scherpen niet onbeperkt. Een aanscherping kan namelijk leiden tot concurrentiebeperkende afspraken en onderling afgestemd gedrag, hetgeen de wet verbiedt. Om die reden kan er behoefte ontstaan aan een wettelijke basis van de gedragscode.

8. Duidelijkheid over aanspraken

Ook kan ongelijke toegang tot de zorg worden bestreden door meer duidelijkheid te creëren over de betekenis en reikwijdte van wettelijke aanspraken. De inhoud van aanspraken, maar vooral de voorwaarden en termijnen waaronder ze gerealiseerd kunnen worden, zijn veelal dusdanig open geformuleerd dat ruimte ontstaat voor een verschillende invulling door verzekeraars. Duidelijkheid is noodzakelijk over de criteria die een verschil in toegankelijkheid rechtvaardigen, of juist niet. Dit laatste betekent dus ook dat bekend wordt op grond van welke criteria of voor welke zorg wél onderscheid mag worden gemaakt. In feite ontstaat daarmee meer duidelijkheid voor de verzekerde en wordt diens positie versterkt.

Het scheppen van duidelijkheid kan gebeuren op verschillende manieren: wetgeving van de overheid, zelfregulering of geconditioneerde zelfregulering. Gelet op de aard van de materie ligt het laatste het meest voor de hand. Het gaat dan om de volgende stappen.

1. De overheid geeft, in samenspel met organisaties in het veld, aan welke omstandigheden een verschil in toegankelijkheid tot bepaalde zorgvormen rechtvaardigen. Waar nodig worden ook de wettelijke aanspraken van de ziekenfondsverzekering (tweede compartiment) aangescherpt.
2. Elke verzekeraar geeft een nadere invulling van de wettelijke aanspraken in een soort polis. Aldus kan een potentiële verzekerde een beter beeld krijgen van de zorgcontractering door de verzekeraar.
3. Er moet meer duidelijkheid ontstaan over normen voor maximaal aanvaardbare wachttijden, zoals aangeduid in het NRV-advies over wachttijsten. Ook deze normen worden in samenspel tussen organisaties in het veld vastgesteld.
4. De overheid houdt toezicht op de naleving en treedt zo nodig corrigerend op.

Ongelijke toegang als zodanig is moeilijk te bestrijden. Een probleem is al meteen het aantonen dat er sprake is van een ongelijke toegang. Minimale voorwaarde is daarom dat de toegang tot zorg meer inzichtelijk en helder wordt gemaakt. Voor iedereen moet duidelijk zijn waar verschillen in toegankelijkheid zijn toegestaan en waar niet.

De overheid kan het gedrag van verzekeraars normeren via de toelating als ziekenfonds. Aan zo'n toelating kunnen voorwaarden worden verbonden, bijvoorbeeld ten aanzien van het waarborgen van gelijke toegang tot de zorg. Wanneer een verzekeraar de afspraken onvoldoende nakomt, kunnen daar consequenties voor de verdere toelating worden verbonden. Een verzekerde die meent

ongelijk te worden behandeld, kan zich wenden tot de rechter. Alhoewel dit voor een individu nog steeds een vrij zwaar middel is, ligt de bewijsvoering voor de rechter wat eenvoudiger omdat de normen op schrift zijn gesteld.

9. Slot

De toegang tot de zorg is minder strikt gewaarborgd dan vaak wordt aangenomen. Daarvoor bestaan verschillende oorzaken. Het heeft te maken met de omvang van het wettelijk pakket aan zorg, de aard van de verzekering of het gebruik van andere dan medische criteria bij de behandeling. Om die reden zal het probleem van ongelijke toegang tot de zorg ook op verschillende manieren moeten worden bestreden.

Wettelijke aanspraken bieden ruimte voor interpretatie en daardoor kan een ongelijke toegang tot de zorg ontstaan. Alhoewel er een zweem van discriminatie is, ligt het niet voor de hand het probleem via de weg van gelijke behandeling aan te pakken. In de praktijk is dat niet eenvoudig. Het rekening houden met sociaal-economische gezondheidsverschillen is weliswaar noodzakelijk, maar niet altijd eenvoudig in beleid te implementeren.

Een combinatie van het vastleggen van normen van goed verzekeraarschap en nadere invulling van wettelijke aanspraken ligt meer voor de hand. Normen van goed verzekeraarschap vormen een maatstaf waaraan het handelen van ziektekostenverzekeraars getoetst kan worden. Daarnaast is het noodzakelijk om meer duidelijkheid te scheppen over de betekenis en reikwijdte van aanspraken. Het gaat niet alleen om duidelijkheid op het niveau van de wet, maar ook bij de concretisering in het beleid van de verzekeraar.

Bijlage 8

Normen voor goed verzekeraarschap en de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland

1. Inleiding: goed verzekeraarschap in het begin van de jaren negentig

Het idee voor de ontwikkeling van normen voor goed verzekeraarschap is afkomstig van de zorgverleners. Het was een reactie op de formulering van normen voor goed medewerkerschap door de voormalige Nationale Raad voor de Volksgezondheid in 1990. Aanleiding tot het opstellen van die normen was de opheffing van de zogenaamde contracteverplichting. Op grond daarvan waren ziekenfondsen verplicht met nagenoeg alle vrije beroepsbeoefenaars een medewerkersovereenkomst te sluiten. Het was de bedoeling dat de normen voor goed medewerkerschap richting zouden geven aan het contracteergedrag van verzekeraars.

De zorgaanbieders vreesden dat er onevenwichtigheid in de verhouding tussen aanbieders en verzekeraars zou ontstaan als alleen voor de aanbieders dergelijke normen zouden gelden. Het was dan ook op hun verzoek dat de Ziekenfondsraad in 1991 het begrip goed verzekeraarschap aan de orde stelde. De normen voor goed verzekeraarschap zijn vervolgens in 1992 verder uitgewerkt door de Ziekenfondsraad. In 1992 verscheen ook het rapport 'Stemmen met de voeten?', dat in opdracht van de NP/CF was opgesteld door het Adviesbureau voor gezondheids- en welzijnsrecht. Het rapport behandelde goed verzekeraarschap in de gezondheidszorg vanuit consumentenperspectief. Daarna werkten de zorgaanbieders in het kader van de Raad voor het Vrije Beroep ook nog eens hun eisen ten aanzien van goed verzekeraarschap uit in het rapport Goed Verzekeraarschap (1993).

Oorspronkelijk waren de aandachtspunten van goed verzekeraarschap en goed medewerkerschap alleen gericht op kwaliteitsaspecten, maar er heeft in het begin van de jaren negentig een verruiming naar twee richtingen plaatsgevonden. Allereerst werd naast de relatie tussen zorgaanbieders en verzekeraars eveneens de relatie van de zorgverzekeraar met de verzekerde in aanmerking genomen. Tevens zijn de 'spelregels' ofwel de procedurele aspecten verder benoemd.

2. Goed verzekeraarschap vanuit het perspectief van de overheid

Verzekeraars op de zorgmarkt

Eind jaren tachtig en in de eerste helft van de jaren negentig heeft een groot aantal veranderingen in de gezondheidszorg plaatsgevonden. Na een periode van steeds sterkere overheidsregulering werd een weg ingeslagen, waarin de markt een belangrijker rol kreeg. De zorgverzekeraars zouden een sturende rol in het tweede compartiment krijgen. De overheid verwachtte van de verzekeraars dat zij de zorgaanbieders zouden stimuleren tot doelmatiger gedrag en dat zij er zorg voor zouden blijven dragen dat de noodzakelijke zorg toegankelijk, beschikbaar, bereikbaar, betaalbaar en van goede kwaliteit bleef. De zorgverzekeringsmarkt ontwikkelde zich echter tamelijk autonoom, waarbij verschillen in taak- en rolopvatting tussen verzekeraars manifest werden. In 1995 probeerde de overheid via een convergentiewet meer eenheid tussen ziekenfondsen en particuliere zorgverzekeraars te bewerkstelligen. Op grond van die wet zou voor het hele tweede compartiment een zelfde verzekeringspakket, een acceptatieplicht, een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- en een premiebandbreedte voor het nominale deel van de premie gaan gelden. De convergentiewet ging echter niet door, omdat het onduidelijk en onzeker was of een dergelijke wet in strijd zou zijn met Europese regelgeving. De wens om convergentie in het tweede compartiment te creëren bestaat echter nog steeds. Een gedragscode voor zorgverzekeraars zou daaraan kunnen bijdragen. Dat is dan ook een van de redenen waarom de overheid er voorstander van is dat de zorgverzekeraars zelf een gedragscode ontwikkelen.

De gedragscode van de zorgverzekeraars kan verder het raamwerk vormen voor een nadere invulling van de maatschappelijke normen en waarden, waaraan zorgverzekeraars gehouden willen en kunnen worden. De code zou dan bijvoorbeeld kunnen aangeven hoe de verzekeraars de toegang tot noodzakelijke zorg willen garanderen. Door in de code toetsbare normen op te nemen, geven de zorgverzekeraars de overheid, en eventueel andere belanghebbenden, de mogelijkheid hen te beoordelen op de uitoefening van taken van publiek belang.

3. Goed Verzekeraarschap vanuit het perspectief van de zorgverzekeraars

Uit de 'Gedragscode van de Zorgverzekeraar' van Zorgverzekeraars Nederland kunnen we afleiden wat de verzekeraars zelf als de

Verzekeraars op de zorgmarkt

functie van een gedragscode beschouwen. Met de gedragscode willen zorgverzekeraars duidelijkheid verstrekken over hoe zij correcte service en maatschappelijk verantwoord gedrag willen bewerkstelligen in de zorgverzekeringsbranche. "De code beoogt aan te geven wat de branche van zorgverzekeraars als juist gedrag ziet." Voor de verzekeraars zelf is een belangrijk doel van de code het creëren van een gemeenschappelijke identiteit en cultuur in de branche. Tevens is het de bedoeling criteria aan te reiken waaraan het gedrag van de zorgverzekeraar getoetst kan worden, zowel onderling als door derden.

De overheid, de zorgaanbieders en de zorgvragers hebben de laatste jaren kritiek geuit op het functioneren van de zorgverzekeraars. Er is een toenemende vrees dat zorgverzekeraars andere belangen nastreven dan maatschappelijk gezien als gewenst worden beschouwd. Daarbij komt dat de zorgverzekeraars door een groot aantal fusies economisch gezien steeds machtiger worden. Vandaar dat er de afgelopen jaren al een aantal malen over is gesproken om het gedrag van zorgverzekeraars sterker te normeren. Het opstellen van een gedragscode door de zorgverzekeraars kan dan ook beschouwd worden als een poging van de verzekeraars om wetgeving buiten de deur te houden. Wanneer de verzekeraars erin slagen een gedragscode op te stellen die de goedkeuring van de overheid, zorgaanbieders en zorgvragers kan wegdragen, kan voorkomen worden dat de zorgverzekeraars door anderen in hun vrijheid beperkt worden.

Ook ten aanzien van het gedrag tegenover elkaar is er behoefte bij zorgverzekeraars om bepaalde afspraken te maken. Aanleiding hiervoor was een incident rondom de heer Schat, huisarts te Groningen. Deze huisarts voldeed niet aan de protocollen die voor de contractering van huisartsen gelden ten aanzien van bij- en nascholing, waarneming, etc. Daarop werd zijn contract door de verzekeraars De Friesland en ANOZ beëindigd. Een andere verzekeraar, namelijk de Groningse zorgverzekeraar RZG bood hem echter een nieuw contract aan¹. Een dergelijke inconsequentie in de hantering van protocollen en kwaliteitsstandaarden vonden verzekeraars onaanvaardbaar en dat versterkte de roep om afstemming van het gedrag door middel van bepaalde standaarden.

Hoewel ziekenfondsen en particuliere verzekeraars van origine verschillende belangen in de zorgverzekeringsbranche hebben, werken zij nu toch aan één code voor beide verzekeraars. De ziekenfondsen waren voorheen regionale uitvoeringsorganisaties van de overheid, terwijl de particuliere verzekeraars altijd als schadeverzekeraars hebben geopereerd. Dit is in zekere zin nog

steeds zo, hoewel de ziekenfondsen, die tegenwoordig overigens landelijk mogen opereren, zich ook steeds meer als commerciële ondernemingen zijn gaan gedragen. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars fuseren ook steeds vaker, waardoor zij beide onderdeel van één onderneming worden. Door deze ontwikkelingen worden de verschillen tussen de twee soorten verzekeraars steeds kleiner. Daarom is het nu ook mogelijk om een gedragscode voor zowel particuliere verzekeraars als ziekenfondsen op te stellen. Door de verdeeldheid tussen zorgverzekeraars in het tweede compartiment weg te nemen en één gedragscode aan de buitenwereld aan te bieden, versterken de verzekeraars hun positie.

4. Gedragscode van de zorgverzekeraars

Zoals hiervoor reeds is aangegeven, hebben de overheid en de verzekeraars niet helemaal dezelfde bedoelingen met een gedragscode. Dat zien we terug in de gedragscode die de verzekeraars hebben opgesteld en de basiswaarden die zij daaraan ten grondslag leggen. Zo worden als basiswaarden genoemd:

- verschaffen van zekerheid aan de verzekerden;
- betrokkenheid bij en inleving in de belangen van de verzekerde;
- bijdragen aan de maatschappelijke solidariteit.

De verzekeraars geven hiermee aan dat zij wel rekening willen houden met een aantal maatschappelijke doelstellingen, maar dat zij zich voornamelijk willen bezighouden met verzekeren en niet met regisseren².

De overheid legt met betrekking tot de basiswaarden, of uitgangspunten, voor het verzekeren van noodzakelijke zorg duidelijk meer accent op de taken van de zorgverzekeraars als uitvoerders van een maatschappelijke functie. Dan zijn van belang:

- toegang tot noodzakelijke zorg voor iedereen;
- maatschappelijke belangen als onderdeel van de missie;
- verantwoordelijkheid voor zorgleverantie binnen wettelijke en maatschappelijke kaders, zoals gelijkheid, solidariteit, keuzevrijheid en doelmatigheid.

Deze uitgangspunten ten aanzien van de publieke functie van zorgverzekeraars zouden moeten resulteren in een aansturing van het verzekeringsstelsel c.q. de zorgverzekeraars, die wordt gericht op:

- aard en de omvang van de aanspraken;

Verzekeraars op de zorgmarkt

- acceptatie van verzekerden;
- risico- en inkomenssolidariteit;
- zorgbeleid van verzekeraars³.

Als we deze verantwoordelijkheidstoedeling leggen naast de bovengenoemde verzekeraarsvisie op hun verantwoordelijkheid, zien we dat hier een duidelijk accentverschil ligt.

Daarnaast levert het feit dat de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars samen deze code opstellen zo zijn beperkingen op voor de daaruit voortvloeiende gedragsregels. Ziekenfondsen zijn veelal nog steeds regionaal gericht en leveren zorg in natura, waardoor zij meer betrokken zijn bij de feitelijke zorgleverantie dan particuliere verzekeraars en zich daardoor ook meer bezighouden met zorgbeleid met betrekking tot toegankelijkheid, kwaliteit en kosten van de zorgleverantie. Particuliere verzekeraars werken daarentegen landelijk en vergoeden de geleverde zorg. Zij beschouwen zichzelf meer als schadeverzekeraars. Toch moeten zowel de particuliere verzekeraars als de ziekenfondsen zich in de code kunnen vinden. Dan valt haast niet te voorkomen dat de resulterende normen in een groot aantal gevallen het resultaat van een compromis zijn en een zekere scherpte missen. Daardoor bestaat de kans dat het aan een zekere praktische hanteerbaarheid van de normen ontbreekt wanneer er tot daadwerkelijke implementatie van de normen in de beleidsvoering van zorgverzekeraars moet worden overgegaan. Bij een onscherpe formulering van normen bestaat namelijk het gevaar, dat men er in de realiteit nog alle kanten mee uit kan. Wanneer niet duidelijk is wat precies gewenst en ongewenst is, zal het moeilijk zijn ongewenst gedrag te signaleren, laat staan te corrigeren.

We nemen dus een verschil waar in de functie en uitgangspunten van een gedragscode voor verzekeraars tussen de overheid en de verzekeraars, maar ook een verschil in de uitgangspunten tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars met betrekking tot hun verantwoordelijkheden ten aanzien van het verzekeren van noodzakelijke zorg. Tegen deze achtergrond kunnen we de gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland gaan bekijken.

Wanneer we kijken naar de gedragscode in zijn geheel, valt niet te ontkennen dat in principe alle maatschappelijke doelstellingen in de gedragsregels zijn terug te vinden. Het is echter vaak wel een kwestie van goed zoeken. De maatschappelijke doelstellingen, en ook de mate waarin en de wijze waarop deze zouden moeten worden verwezenlijkt, zijn vaak onvoldoende uitgewerkt, waardoor de verschillende verzekeraars er nog alle kanten mee uit

kunnen. Hierdoor zouden alle betrokken partijen, met name de overheid, zorgaanbieders, patiënten/consumenten, ziekenfondsen en particuliere verzekeraars, in beginsel met deze gedragscode kunnen leven. Maar in de praktijk zal dan blijken, dat de belanghebbenden verschillende verwachtingen van de gedragscode hebben, die vaak niet beantwoord zullen worden. Het is daarom te verwachten, dat de gedragscode zoals hij er nu ligt op een aantal fundamentele zaken zal worden aangescherpt. Verzekeraars zullen duidelijker moeten zijn in hoe zij de verwezenlijking van maatschappelijke doelstellingen gaan invullen. Dus: Hoe gaan de verzekeraars er voor zorgen dat noodzakelijke zorg toegankelijk, betaalbaar, beschikbaar en van goede kwaliteit is? Hoe kan de communicatie met de consument worden verbeterd? Wat wordt er gedaan om de solidariteit tussen verzekerden te behouden? Wat doen verzekeraars om keuzevrijheid te garanderen en om een doelmatige zorgverlening te stimuleren?

Naast het feit dat de gedragscode te veel interpretatiemogelijkheden open laat, is er nog een tweede probleem. Eén van de motieven voor het opstellen van een gedragscode was de dreiging van wetgeving. Van verzekeraars wordt verwacht dat zij zich ondernemend opstellen, niet alleen ten behoeve van commerciële, maar juist ook ten behoeve van publieke doelen. In de code wordt echter op geen enkele manier aangegeven op welke wijze verzekeraars hun gedrag zouden moeten aanpassen. Hooguit wordt geprobeerd om de status quo te handhaven. Zo komt in de code niet aan de orde:

- op welke wijze gestimuleerd kan worden dat particuliere zorgverzekeraars aan schadelastbeheersing doen;
- een eventuele periodieke acceptatieplicht voor particuliere verzekeraars in het tweede compartiment;
- een standaard minimumpakket voor particuliere verzekeringen;
- convergentie in de premieheffing tussen particuliere verzekeraars en ziekenfondsen;
- in hoeverre winst van particuliere verzekeraars weer ingezet zou moeten worden ten behoeve van de verzekerden.

Doordat over dit soort zaken geen uitspraak gedaan wordt, mist de code een zekere toegevoegde waarde. Er wordt over het algemeen alleen maar weergegeven waar verzekeraars zich op dit moment al aan zouden moeten houden.

De zorgverzekeraars geven in de code aan, dat deze door colleges als de Ombudsman, de Raad van Toezicht op het schadeverzekeringsbedrijf en de bestuursrechter betrokken kan worden bij de beoordeling van geschillen tussen zorgverzekeraars en

verzekerden. Met betrekking tot geschillen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars komt beoordeling toe aan de Commissie voor de Rechtspraak of de burgerlijke rechter. Ten behoeve van een uitleg van de code kunnen deze colleges een beroep doen op een onafhankelijke Commissie van uitleg en advies. Voor het gedrag met betrekking tot elkaar kan door zorgverzekeraars een beroep worden gedaan op dezelfde Commissie van uitleg en advies.

Aangezien de gedragsregels in de huidige vorm onvoldoende duidelijk aangeven wat wel en wat niet als goed verzekeraarschap kan worden aangemerkt, zal de rol van de verschillende toetsende colleges van groot belang zijn. Pas wanneer duidelijk wordt hoe de gedragscode door deze colleges wordt gehanteerd, kan er door de verschillende partijen een goed oordeel worden gegeven over de code.

5. Mededingingsregelgeving en de rol van de gedragscode

Wanneer de wens zou bestaan de Gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland verder aan te scherpen met het oog op de publieke functie van het stelsel of verdere convergentie in het tweede verzekeringscompartiment moet rekening worden gehouden met nationale en internationale mededingingsregelgeving. Nationaal gaat het om de nieuwe Mededingingswet, waarvoor overigens de Europese mededingingsregelgeving als oriëntatiepunt bij de formulering fungeerde. Internationaal spelen de Derde Europese schaderichtlijn en de Europese Mededingingsregelgeving een rol, waarbij de Europese mededingingsregels dus via de nieuwe Mededingingswet tot uiting komt.

Vrijwillige convergentie is in principe in strijd met de nieuwe Mededingingswet⁴. De nieuwe Mededingingswet verbiedt dat verzekeraars onderling afspraken maken die concurrentiebeperkend zijn. Ook feitelijk op elkaar afgestemd gedrag met dat effect is verboden (artikel 6). Er is echter de mogelijkheid om een (tijdelijke) vrijstelling van het verbod op mededingingsafspraken te krijgen door middel van artikel 16. Het gaat hierbij om overeenkomsten, besluiten en gedragingen die krachtens enige andere wet zijn onderworpen aan goedkeuring of door een bestuursorgaan onverbindend verklaard, verboden of vernietigd kunnen worden dan wel op grond van enige wettelijke verplichting tot stand zijn gekomen. Zelfregulering waarvoor een wettelijke basis bestaat valt hieronder. Over vijf jaar (1 januari 2003) vervalt artikel 16 echter. Wanneer men de uitzondering wil bestendigen, zal het gehele tweede compartiment

met dusdanige wettelijke randvoorwaarden moeten worden omgeven, dat het aan te merken valt als een sociaal verzekeringsstelsel. Het afbakenen van de speelruimte voor marktwerking vindt dus in feite niet plaats door de Nederlandse mededingingsautoriteit (NMA), maar door de regering en het parlement⁵.

De gedragscode zoals die er nu ligt, lijkt niet in strijd met de nationale en Europese mededingingsregels. Echter, wanneer deze code verder aangescherpt en aangevuld zou worden met als doel de gedragsregels een publieke functie in het tweede compartiment te geven, dan zal dit mogelijk problemen met de nationale en internationale mededingingsregels kunnen opleveren. Voor het vervullen van een publieke functie door de gedragscode lijkt op de lange termijn een wettelijke basis nodig.

6. Conclusies

De gedragscode van Zorgverzekeraars Nederland zou, bij voldoende toetsing, in de komende tijd kunnen bijdragen aan een meer éénduidige invulling van de rol van zorgverzekeraars in het tweede compartiment. Voor een functie in de publieke aansturing bevat de code echter teveel onzekerheden en onduidelijkheden. Daarnaast snijdt de gedragscode een aantal belangrijke onderwerpen niet of nauwelijks aan, zoals het hanteren van een premiebandbreedte en het acceptatiebeleid.

Mocht het onverhoopt toch de bedoeling zijn de gedragscode een publieke status te geven, dan is het noodzakelijk de verschillende normen in de code aan te scherpen en aan te vullen. Dit kan echter problemen opleveren met het oog op nationale en internationale mededingingsregels.

Het ligt echter meer voor de hand om de code geen publieke functie te geven. De gedragscode zou dan kunnen bijdragen aan een gemeenschappelijke identiteit en cultuur van de zorgverzekeringsbranche via zelfregulering. Daarnaast kan de overheid controle houden op de aansturing van de ziekenfondsen via de toelating van de ziekenfondsen.

Noten

1. Kasdorp, J.P., Nooren, J.E.A.M. en Tiems, I. Trends in de struc-

tuur en financiering van de gezondheidszorg. Gezondheidszorg & Management, 1997, nr. 3, p. 11.

2. Interview met ZN-voorzitter Hans Wiegel in Medicare (oktober 1997): De core-business van verzekeraars is het afsluiten van polissen.
3. Redeneerlijn Stelsel ziektekostenverzekeringen.
4. Projectgroep Mededinging in de gezondheidszorg (commissie-Bloemheugel). Mededinging in de gezondheidszorg. Rijswijk/'s-Gravenhage: ministerie van VWS/ ministerie van Economische Zaken.
5. Medisch Contact, 52, nr. 23, 6 juni 1997.

Bijlage 9

Lijst van afkortingen

AAW	Algemene Arbeidsongeschiktheidswet
ABW	Algemene Bijstandswet
AOW	Algemene Ouderdomswet
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
Awgb	Algemene wet gelijke behandeling
AWW	Algemene Weduwen- en Wezenwet
BIG	(Wet op de) Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
CDA	Christen Democratisch Appèl
COTG	Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
CTU	Commissie Toezicht Uitvoeringsorganen
D66	Democraten 66
JOZ	Jaar Overzicht Zorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GrW	Grondwet
GVP	Dienst Geneeskundige Verzorging Politie
IZA	Instituut Ziektekostenverzekering Ambtenaren
IZR	Interprovinciale Ziektekostenregeling
MDW	Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit
MOOZ	Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden
PvdA	Partij van de Arbeid
RIAGG	Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg
RIBW	Regionale instelling voor beschermende woonvormen
RVZ	Raad voor de Volksgezondheid en Zorg
SUO	Stichting Uitvoering Omslagregeling
UVO	Uitkomst van overleg
VVD	Volkspartij voor Vrijheid en Democratie
VWS	Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WTG	Wet Tarieven Gezondheidszorg
WTZ	Wet Toegang tot Ziektekostenverzekeringen
WVC	Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur
WVG	Wet Voorzieningen Gezondheidszorg
WZV	Wet Ziekenhuisvoorzieningen
ZBO	Ziekenhuis Beleids Overleg
ZFW	Ziekenfondswet
ZN	Zorgverzekeraars Nederland

Bijlage 10

Literatuur

Ahaus, C.T.B. *Bevoegdheidsverdeling en organisatie: evaluatie van een bedrijfskundige methode*. Groningen: Rijksuniversiteit, 1994.

Ankoné, A. Individuele contracten voor huisartsen: bedreigingen of kansen. *Medisch Contact*, 1994, nr. 3, p. 77-80.

Ankoné, A. Zorgverzekeraars staan voor de keuze: onderhandelen met ziekenhuis of met verzekerde. *Medisch Contact*, 1997, nr. 47, p. 1482-1484.

Bartelsman, E.J., Cate, Ph.A. ten. Een gezonde markt of een politieke zorg. *Tijdschrift voor Politieke Economie*, 1997, p. 179-193.

Broek, P.A.M. van den. Goed verzekeraarschap; het zoeken naar de evenwichtige reguleringsmix. *PS*, 1992, 21, issue 591, p. 1656-1664.

Bruinsma, J. Zieke werknemers krijgen in de praktijk vaak al voorrang. *Volkskrant*, 28 januari 1998.

Commissie Keuzen in de zorg/voorzitter A.J. Dunning. *Kiezen en delen*. Rijswijk: Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, 1991.

Commissie Structuur en financiering gezondheidszorg/voorzitter W. Dekker. *Bereidheid tot verandering*. S.l.: s.n., 1987.

Evans, R.G. Going for the Gold: The Redistributive Agenda behind Market-Based Health Care Reform. *Journal of Health Politics, Policy and Law*. 1997, 22, nr. 2, p. 427-463.

Gerritsen J.C. en Linschoten C.P. van. *Gezondheidszorgbeleid: evaluatie en toekomstperspectief*. Assen: Van Gorcum, 1997.

Goed Verzekeraarschap: afspreken of afhouden? *Inzet*, 1992, nr. 16, p. 22-31.

Greve, W.B. de, en Man, F.H. de. Werkgever wordt opdrachtgever van zorg op maat. *Het Financieel Dagblad*, 3 juli 1997.

Grinten, T.E.D. van der. Basiskeuzen voor de gezondheidszorg? Analyse van de conceptverkiezingsprogramma's. *Medisch Contact*, 1998, nr. 1, p. 19-24.

Hendriks, A.C. *Gehandicapt(en)recht*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, 1996.

Hermans, H.E.G.M. *Handboek Structuur en Financiering Gezondheidszorg: Europese Unie en de gezondheidszorg*. Maarssen: Uitgeverij De Tijdstroom B.V., 1997.

Hof van de Europese Gemeenschap in Luxemburg, uitspraak 17 februari 1993 inzake Pucet-Assurances générales Roussillon. *Tijdschrift voor gezondheidsrecht*, 1993, nr. 36.

L.M. Hoppen. *Het functioneren van zorgverzekeraars: oordeelsvorming met behulp van de balanced scorecard*. Heino: Nivra/Nijenrode, 1996.

Kasdorp, J.P., Nooren, J.E.A.M. en Tiems, I. Trends in de structuur en financiering van de gezondheidszorg. *Gezondheidszorg & Management*, 1997, nr. 3, p. 11.

Lamers, L.M. *Capitation payments to competing Dutch Sickness funds, based on diagnostic information from prior hospitalizations*. Ridderkerk: Ridderprint, 1997.

Markesteijn, L.F. en Ververs, M.J.J. *De inhoudelijke toegankelijkheid van de zorg*. Utrecht: Molengraaf instituut voor privaatrecht, 1995.

Ministerie van Financiën. *Doelmatigheid en kostenbeheersing in de zorgsector*. 's-Gravenhage: Ministerie van Financiën, mei 1997.

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. *Toezicht op verzekeringen in de gezondheidszorg*. Rijswijk: Ministerie van VWS, 1997.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Consumenteninformatie*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector, advies over de herziening van de WZV*. Zoetermeer: NRV, 1995.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Informatie op maat*. Zoetermeer: NRV, 1993.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Informatie op maat II*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Informatie op maat III*. Zoetermeer: NRV, 1994.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid. *Kwaliteitseisen goed medewerkerschap*. Zoetermeer: NRV, 1990.

Nationale Raad voor de Volksgezondheid en College voor ziekenhuisvoorzieningen. *Wachlijsten*. Zoetermeer/Utrecht: NRV/CvZ, 1994.

Nus, J.G.L. van. *Overheidsuitgaven op afstand*. S.l.: s.n., 1995.

Projectgroep mededinging gezondheidszorg. *Rapport mededinging in de gezondheidszorg*. Rijswijk/'s-Gravenhage: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport/Ministerie van Economische Zaken, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *De toekomst van de AWBZ*. Zoetermeer: RVZ, 1997.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming*. Zoetermeer: RVZ, 1996.

Raad voor het Vrije Beroep. *Rapport Goed Verzekeraarschap*. 's-Gravenhage: RVB, 1992.

Rapport van de Toetsingscommissie budgettering aan het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland. *Verantwoord verdelen binnen smalle marges*. Houten: Zorgverzekeraars Nederland, 1997.

Rijpma, S.G. *De toekomst van het ziekenfonds op de snijtafel? Inleiding op Nederlands Studiecentrum Congres*. Rotterdam: s.n., 1996.

Sanders, M. *Levenslang verzekerd tegen ziektekosten: onderzoek naar beperkingen van de toegankelijkheid van aanvullende zorgverzekeringen voor ouderen, chronisch zieken en mensen met een handicap*. 's-Hertogenbosch: Unie KBO, 1995.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Schneider, H.J., *et al.* Mededingingswet en gezondheidszorgmarkt. *Medisch Contact*, 1997, nr. 23, p. 708-727.

Schut, F.T. *Competition in the Dutch Health Care Sector*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1995.

Schut, F.T. en Ven, W.P.M.M. van de. *De toekomst van het zorgstelsel*. Rotterdam: Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, 1997.

Schuyt, Th.N.M. Maatschappelijk Ondernemen. *Beleidswetenschap*, 7, issue 2, 1993, p. 177-184.

Simons, E.V. Collectiviteit zet solidariteit op de tocht. *Het ziekenhuis*, 1993, nr. 17, p. 812-813.

Sluijs, E.M., Verschure, C.M.M. en Kusters, J. Kwaliteitsparagraaf nieuw onderdeel in contract met zorgverzekeraars. *Zorgvisie*, 1996, nr. 15, p. 37-40.

Spreeuwenberg, C. Verkiezingsprogramma's vanuit zorgperspectief. Basiskeuzen in de gezondheidszorg. *Medisch Contact*, 1998, nr. 1, p. 25-28.

Stichting De Ombudsman. *Gezond verzekerd 5*. Hilversum: Stichting De Ombudsman, 1997.

Stichting Toekomstscenario's Gezondheidszorg. *Zicht op zekerheid*. Zoetermeer: STG, 1996.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Informatiebeleid in een veranderend stelsel van zorg*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1991-1992. 22540, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Nota gezond en wel, volksgezondheidsbeleid 1995-1998*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995. 24126, nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Patiënten/consumentenbeleid in de zorgsector*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1994-1995. 22702, nr. 11.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Raad op Maat*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. 21427, nr. 161.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Toezicht door de Ziekenfondsraad*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1993, 23211. nrs. 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Verslag van het overleg over enkele aspecten van de ziekenfondsverzekering*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. 25173, nr. 3.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. 25235, nrs 1-2.

Tweede Kamer der Staten-Generaal. *Zicht en toezicht op gevolgen concernvorming zorgverzekeraars*. 's-Gravenhage: Sdu Uitgeverij, vergaderjaar 1996-1997. 25236, nrs 1-2.

Tijmes, P. Als een pijl in den blinde: kolonialisering van de samenleving door het economische systeem. *Beleidswetenschap*, 1993, 7, issue 2, p. 185-191.

Veen, E. van der. Maatschappelijk midden veld: nieuwbouw of renovatie. In: Munster O. van *et al. De toekomst van het middenveld*. 's-Gravenhage: s.n., 1996.

Vektis. *Financiering van de zorg Jaarboek 1995*. Zeist: Vektis, 1996.

Vektis. *Financiering van de zorg Jaarboek 1996*. Zeist: Vektis, 1997.

Ven, W.P.M.M. van de. Concurrentie in de gezondheidszorg en regionale overeenkomsten. *Kontakt*, 1988, p. 4-13.

Ven, W.P.M.M. van de, *et al.* Risk-Adjusted Capitation: Recent Experiences in The Netherlands. *Health Affairs*, Winter 1994, p. 120-135.

Verzekeraars willen prestatiebegroting. *Zorgverzekeraars Journaal*, 1997, nr. 39, p. 4.

Vogels, R.J.M. *Brancherapport zorgverzekeraars*. Zoetermeer: EIMI-dienstenonderzoek, 1995.

Werkgroep Marktwerving, deregulering en wetgevingskwaliteit.

Verzekeraars op de zorgmarkt

Rapport concurrentie en prijsvorming in de gezondheidszorg.
Rijswijk: MDW-werkgroep, 1997.

Wetenschappelijke Raad voor het regeringsbeleid. *Volksgezondheidszorg, rapporten aan de regering.* 's-Gravenhage: Sdu-Uitgeverij, 1997.

Wolff, S. Met het oog op de omgeving: maatschappelijk betrokken ondernemen. *Interface*, 1997, nr. 3, p. 10-14.

Ziekenfondsraad. *Advies inzake de nota Kwaliteit van zorg.*
Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1991.

Ziekenfondsraad. *Evaluatie Overeenkomstenstelsel Ziekenfondswet en AWBZ.* Amstelveen: Ziekenfondsraad, 1995.

Ziekenfondsraad. Overeenkomstenstelsel in de steigers gezet. *Raadzaam*. 1997, nr. 7, p. 27.

Zorgverzekeraars Nederland. *Gedragscode van de zorgverzekeraar.* Houten: ZN, 1997.

Zorgverzekeraars Nederland. Wat bracht 100 dagen Paars?
Zorgverzekeraars Magazine, 1995, p. 16-17.

Bijlage 11

Overzicht publicaties RVZ

De publicaties zijn te bestellen door overmaking van het verschuldigde bedrag op gironummer 132937 ten name van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg te Zoetermeer, onder vermelding van het desbetreffende publicatienummer. Een jaarabonnement op de publicaties van 1998 kost f 270,--.

1995

-	Volksgezondheid met beleid	gratis
95/WZV	Een nieuw accommodatiebeleid voor de zorgsector: advies over de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen	15,00

1996

96/01	Programmatistische jeugdzorg	20,00
96/02	Planning en bouw in België en Duitsland	15,00
96/03	Persoonlijke levenssfeer: privacy in verpleeghuizen	20,00
96/04	Sociale zekerheid en zorg	20,00
96/05	Herverdeling onbetaalde zorgarbeid	15,00
96/06	Fysiotherapie en oefentherapie	20,00
96/07	Preventie en ouderen	25,00
96/08	Stand van zaken preventie en ouderen (achtergrondstudie)	25,00
96/09	Informatietechnologie in de zorg	30,00
96/10	Strategische beleidsvragen zorgsector	15,00
96/11	Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming	25,00
96/12	Thuis in de ggz	30,00
96/13	Achtergrondstudie Thuis in de ggz	25,00

1997

97/01	Adviesprogramma 1997 RVZ	gratis
97/02	Jaarverslag 1996	gratis
97/03	Waardebepaling geneesmiddelen als beleidsinstrument	25,00
97/04	Internationale dimensie volksgezondheidsbeleid	25,00
97/05	Met zorg wonen deel 1: De relatie tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	25,00
97/06	Beter (z)onder dwang	25,00

Verzekeraars op de zorgmarkt

97/07	Achtergrondnota Beter (z)onder dwang	20,00
97/08	Adviesprogramma 1998 RVZ	gratis
97/09	De toekomst van de AWBZ	30,00
97/10	Medische hulpmiddelen	30,00
Januari 1998		
97/11	Geestelijke gezondheidszorg in de 21e eeuw	20,00
97/12	Met zorg wonen deel 2: Naar een nieuwe samenhang tussen gezondheidszorg, dienstverlening en huisvesting	40,00
97/13	Achtergrondstudies Geestelijke gezondheids- zorg in de 21e eeuw	40,00
Maart 1998		
97/14	Farmaceutische zorg (door arts en apotheker)	25,00
97/15	Betaalbare kwaliteit in de geneesmiddelen- voorziening (achtergrondstudie bij Farmaceutische zorg)	25,00
97/17	Prikkels tot doelmatigheid	20,00
97/18	Stimulering doelmatig gedrag (achtergrond- nota bij Prikkels tot doelmatigheid)	20,00

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg

Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 368 73 11
Fax 079 362 14 87

Colofon

Ontwerp: 2D3D, Den Haag
Fotografie: Eric de Vries
Druk: Raad voor de Volksgezondheid en Zorg,
Zoetermeer;
De Longte Klomp & Bosman Drukkers,
Dordrecht, omslag
Uitgave: 1998
ISBN: 90-5732-032-0

*U kunt deze publicatie bestellen door overmaking van f20,-
op gironummer 132937 ten name van de RVZ te Zoetermeer onder
vermelding van publicatienummer 97/19*

© Raad voor de Volksgezondheid en Zorg