

EEN KWESTIE VAN BESCHAVING

Gezondheidszorg gebaseerd op solidariteit

Tweede-Kamerfractie SP
December 2000

Auteurs:

Dr. A. Kant

Dr. I. Palm, epidemioloog,
beleidsmedewerker

Gezondheidszorg

Dhr. H. van Hooft, beleids-
medewerker Financiën

Drs E. Irrgang, econoom,
beleidsmedewerker Financiën

Samenvatting

De SP is voorstander van

- Een brede volksverzekering

Pakket

- Alles wat medisch en maatschappelijke gewenste zorg is
- Huidige AWBZ en ziekenfondspakket, inclusief tandzorg en zelfzorgmiddelen

Financiering

- Volledig naar draagkracht
- Via belastingen
- Geen nominale premies of eigen bijdragen
- De werkgevers worden belast voor dat deel dat zij nu ook bijdragen in de zorg
- Geen derde geldstromen

Organisatie

- De landelijke overheid is verantwoordelijk voor een voor iedereen toegankelijke zorg
- Recht op zorg binnen redelijke termijn; geen voorrangszorg
- Indicatiestelling gericht op patiënt
- Regionale samenwerking en organisatie
- Geen marktwerking en privatisering

Inhoud

Samenvatting	4
Inleiding	6
1. De noodzaak van een keuze	9
2. Wat willen we niet?	14
3. Wat willen we wel?	20
4. Wie zal dat betalen?	24
5. Hoe organiseren we het?	29
Bijlage 1	36
Bijlage 2	44

Inleiding

De essentie van het debat over de inrichting van het zorgstelsel is voor de SP de vraag hoe een goede en voor iedereen toegankelijke zorg georganiseerd kan worden, gebaseerd op solidariteit tussen zieken en gezonden, jong en oud, lage en hoge inkomens.

De SP pleit voor één volksverzekering met een basispakket dat minstens bestaat uit het pakket van de huidige AWBZ en ziekenfonds/particuliere verzekering, waarin iedereen bijdraagt naar draagkracht. De gezondheidszorg is een belangrijke basisvoorziening, alle Nederlanders moeten gelijke toegang hebben tot kwalitatief goede voorzieningen.

Al vele malen is in ons land geprobeerd een sociale ziektekostenverzekering voor iedereen tot stand te brengen. Al direct na de oorlog werd in het plan-Van Rhijn gepleit voor een uitgebreid stelsel van volksverzekeringen dat voor alle Nederlanders de financiële risico's moest dekken van ziekte, ongeval, invaliditeit, werkloosheid en ouderdom. In 1966 bereidde minister Veldkamp (kabinet-Cals, 1965-1966) een beperkte volksverzekering voor door samenvoeging van de verplichte, vrijwillige en bejaarden-ziekenfondsverzekering. Hij achtte een volksverzekering nodig omdat de vrijwillige verzekering niet betaalbaar zou blijven. Dit wetsontwerp kreeg te weinig maatschappelijke steun. Wel kwam het in 1968 tot de AWBZ, een volksverzekering voor zware risico's. In 1975 wordt door het kabinet-Den Uyl (1973-1977) een volgende poging gedaan om te komen tot een

volksverzekering. Staatssecretaris Hendriks stuurde het wetsontwerp Volksverzekering aan de Raad van State. Ziekenfonds en AWBZ zouden worden samengevoegd; de uitvoering zou per regio geschieden. Het wetsontwerp is echter nooit ingediend in de Kamer.

In 1987 verscheen het rapport 'Bereidheid tot verandering' van ex-Philips topman Dekker. Hierin werd een verplichte basisverzekering voorgesteld die 85 procent van het pakket van ziekenfonds en AWBZ zou omvatten. Het onderscheid tussen ziekenfonds en particulier zou komen te vervallen. Dit rapport introduceerde tevens een heel nieuw element in de gezondheidszorg, namelijk marktwerking. Volgens Dekker moesten particuliere verzekeraars en ziekenfondsen met elkaar gaan concurreren. Verzekerden zouden kunnen gaan kiezen tussen verzekeraars, ziekenfondsen zouden landelijk mogen gaan werken. Staatssecretaris Dees nam de plannen grotendeels over.

Staatssecretaris Simons (kabinet-Lubbers/Kok 1989-1994) nam zowel de basisverzekering als de marktwerking over van Dekker en Dees. Maar Simons wilde meer in het basispakket, namelijk 95 procent van ziekenfonds en AWBZ. De invoering van de basisverzekering zou plaatsvinden via uitbreiding van de AWBZ. Simons' plannen stuitten echter op grote weerstand bij zorgverzekeraars en werkgevers en zijn uiteindelijk afgeblazen.¹

Inmiddels is er veel veranderd, maar ook veel gelijk gebleven. Als een van de weinige landen in Europa kennen wij nog een duaal verzekeringsstelsel van ziekenfondsen en particuliere verzekering. Dat is een van de oorzaken dat het ziektekostenstelsel in Nederland weinig progressief is. Je draagt relatief minder bij in de ziektekosten naarmate je inkomen hoger is. Uit een internationaal vergelijkende studie 'Equity in the finance and delivery of health care in Europe' blijkt dat Nederland een van de meest degressieve lastenverdeling van de gezondheidszorg kent van de onderzochte 12 landen.² Een alleenstaande met minimuminkomen betaalt 14 procent (ziekenfonds) en een alleenstaande op tweemaal modaal 4 procent van het inkomen aan ziektekosten (particulier).³

De solidariteit wordt voor het grootste deel opgebracht door de

¹ AZIVO Algemeen Ziekenfonds De Volharding, 1993. Om welzijn of winst. 100 jaar ziekenfondsen en sociale zekerheid

² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. JOZ 97, bijlage A4: 39-41

³ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 12 november 1998. Solidariteit in de ziektekostenverzekeringen

mensen in het ziekenfonds. Solidariteit tussen oud en jong; ziek en gezond; arm en rijk.

Particulier verzekerden betalen een nominale premie die lager is naarmate ze jonger en gezonder zijn. Door overheidsingrijpen dragen ze een beetje bij aan de solidariteit via de Wtz (ten behoeve van ouderen en mensen met een slechte gezondheid) en de MOOZ-premie (een soort solidariteitsbijdrage die geheven wordt vanwege de oververtegenwoordiging van ouderen in het ziekenfonds).

Een deel van de bevolking is dus verplicht solidair met mensen met een laag inkomen en een grote kans op het gebruik van gezondheidszorg. Mensen met een inkomen boven de ziekenfondsgrens hoeven niet solidair te zijn met mensen met een laag inkomen en zijn slechts in beperkte mate solidair met mensen die veel zorg nodig hebben. Deze verdeling van de lasten is niet te rechtvaardigen. Ook de verschillen in premies tussen ziekenfonds en particuliere verzekering zijn moeilijk verdedigbaar. Vooral als we constateren dat veelverdieners met een particuliere verzekering relatief veel minder hoeven te betalen voor een ziektekostenverzekering dan mensen met een laag inkomen.⁴

⁴Volkskrant 23 november 1998. H. Maassen van den Brink en W. Groot. Ziekenfonds is niet meer te handhaven

1. De noodzaak van een keuze

Solidariteit onder vuur

In plaats van de middelen af te stemmen op de behoefte en de stijgende zorgvraag, is er twintig jaar bezuinigd op de zorg via aanbod-beheersing en budgettering. De gevolgen waren enerzijds lange wachttijden en vermindering van de kwaliteit van de zorg en anderzijds private initiatieven die insprongen op de tekorten in de geboden zorg.

Tezamen leidden deze fenomenen tot een sluipende tweedeling in de zorg, die maatschappelijk ongewenst is. De private zorg is vaak alleen maar bereikbaar voor een bepaalde groep mensen, hetzij via de werkgever, hetzij via aanvullende verzekeringen of via eigen betalingen. Tweedeling in de zorg is des te erger omdat er al een tweedeling in gezondheid bestaat. Arme mensen gaan gemiddeld 3,5 jaar eerder dood en leven gemiddeld 12 jaar langer in slechte gezondheid dan rijke mensen. De gezondheidszorg zou juist ingezet moeten worden om deze sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) te verkleinen.

De groei van het private circuit leidt bovendien tot een ondermijning van de solidariteit. Indien mensen met voldoende inkomen zich op grote schaal gaan wenden tot commerciële aanbieders, zal de bereidheid om bij te dragen aan de collectieve zorg afbrokkelen.

Demografische ontwikkelingen, medisch-technologische ontwikkelingen en welvaartsstijging leiden tot een forse toename van de zorg-

vraag. Ook daardoor zal de solidariteit steeds meer onder druk komen te staan. Uit verschillende onderzoeken blijkt dat de zorgvraag de komende decennia met circa 3 procent per jaar zal toenemen. Afhankelijk van de economische groei betekent dit een stijging van het aandeel van zorguitgaven in het BBP van ongeveer 8,5 procent in 2000 tot 10 procent in 2020 en ruim 13 procent in 2040.⁵ Deze stijgende zorgvraag zal leiden tot stijgende premies en druk doen ontstaan op de houdbaarheid van het stelsel.

Ook de toenemende genetische kennis kan de solidariteit onder druk zetten. Hoe meer verzekeraars mogelijkheden krijgen tot gebruik van genetische kennis, hoe meer een tweedeling dreigt tussen mensen die genetisch meer risico lopen op gezondheidsproblemen en mensen die genetisch minder risico lopen. Met een volksverzekering heb je vanzelf ook acceptatieplicht en voorkom je dat verzekeraars op basis van voorspellende geneeskunde aan risicoselectie kunnen gaan doen.

De Wetenschappelijk Raad voor het Regeringsbeleid stelde in haar rapport 'Volksgezondheidszorg' uit 1997 als belangrijk probleem dat de financiële solidariteit tussen personen met hoge en lage risico's dreigt te worden uitgehold. Als oorzaken daarvoor noemt de WRR de vergrijzing, de uitbreiding van het terrein van de volksgezondheid, de technologische ontwikkelingen met betrekking tot vroegtijdige diagnoses en de prikkels tot concurrentie tussen zorgverzekeraars. Met name de concentratie van ziekten in oudere leeftijdsgroepen, die ook nog in relatieve omvang toenemen ten opzichte van jongere generaties, maken de vraag naar de verdeling van een stijgende premielast actueel.

Indien men wil vasthouden aan de traditioneel en breed gedragen doelstellingen van algemene toegankelijkheid en gelijke kwaliteit in de gezondheidszorg en een tweedeling in de zorg wil voorkomen, is gelijke behandeling van personen met hoge en lage ziekerisico's essentieel. Hier ligt nadrukkelijk een taak voor de overheid omdat, zoals in het WRR-rapport wordt aangetoond, de vereiste risicosolidariteit zonder overheidsbemoeyenis nauwelijks is te realiseren. Volgens de WRR kan de algemene toegankelijkheid en de voor iedereen gelijke

⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2000. Gezondheidszorg in sociaal-economisch perspectief. Tabel 5.2 en bijlage.

⁶Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid, 1997. Volksgezondheidszorg.

⁷Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2000. Beweging in de zorg, blz. 17

⁸Het Europese uitgangspunt is dat de inrichting van het zorgstelsel een nationale aangelegenheid is. "Community action in the field of public health shall fully respect the responsibilities of the member states for the organisation and delivery of health services and medical care" (art.152 Verdrag, in werking getreden met Verdrag van Amsterdam). In de Decker/Kohll-arresten uit 1998 stelde het Europees Hof dat ieder land weliswaar zijn eigen stelsel mag inrichten maar dat fundamentele vrijheidsbeginselen moeten worden gerespecteerd. Deze arresten leren dat bij nieuwe wet- en regelgeving nog nadrukkelijker dan voorheen met "Europa" rekening moet worden gehouden. (Hamilton, ministerie VWS, 16 februari 2000. Ambtelijke briefwisseling Vaste Kamercommissie Volksgezondheid). In de Decker/Kohll-arresten bepaalde het Europees Hof dat twee Luxemburgse patiënten die in een andere lidstaat van de EU een behandeling hadden ondergaan respectievelijk een bril hadden gekocht, de kosten in eigen land vergoed moeten krijgen. De Nederlandse regering vindt dat de Decker/Kohll-arresten hier niet van toepassing zijn, omdat Nederland een ander zorgstelsel kent. In mei 2000 neemt de Europese commissie in een volgende zaak echter het standpunt in dat Nederlandse patiënten die een behandeling willen ondergaan in het buitenland, deze vergoed moeten krijgen van hun verzekeraar. Die mag dit niet weigeren omdat Nederlandse artsen het nut van deze behandeling niet inzien of omdat de patiënt ook en even snel in Nederland zou kunnen worden geholpen. Ook maakt het niet uit of de verzekeraar wel of geen contract heeft met het buitenlandse ziekenhuis in kwestie. Als het Hof ook dit standpunt overneemt, kunnen Nederlandse ziekenfondsen hun verzekerden nauwelijks meer beletten voor een behandeling naar het buitenland te gaan. (NRC 11 mei 2000. Europese Commissie: behandeling in buitenland vergoeden).

⁹De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg stelde in haar advies 'Europa en de gezondheidszorg' dat een flink aantal regels zoals toelating van instellingen en de daaraan gekoppelde contracteerplicht, op gespannen voet staan met de Europese regels inzake het vrije verkeer van goederen en diensten. Het Nederlandse systeem van ziektekostenverzekering, met de mengeling van publieke en private verzekering, is kwetsbaar onder de toenemende invloed van Europa op het terrein van mededinging en het vrij verkeer van diensten.

kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland op de langere termijn het beste gewaarborgd kan blijven met een algemene sociale basisverzekering.⁶

Mededinging en de Europese vrije markt

Is een algemene collectieve basisverzekering in strijd met regelgeving die vrije concurrentie moet waarborgen?

De Mededingingswet biedt de gezondheidszorg tot 1 januari 2003 een vrijstelling voor collectieve afspraken die een wettelijke basis hebben (zoals de AWBZ, de Ziekenfondswet en de WVG). Daarna voldoet het stelsel niet meer aan de nationale en Europese mededingingseisen.⁷ Mede omdat de ziekenfondsen meer en meer zijn gaan werken als onderling concurrerende ziektekostenverzekeraars, is er sprake van economische activiteit die valt onder de Nederlandse mededingingsautoriteit (Nma) en onder het Europese regime van het vrije verkeer van producten en diensten.

Het Europese uitgangspunt is weliswaar dat ieder land zijn eigen stelsel mag inrichten (verdrag van Amsterdam), maar de Decker/Kohll-arresten van het Europees Hof uit 1998 maakten duidelijk dat hierbij fundamentele vrijheidsbeginselen (van de vrije markt) gerespecteerd moeten worden.⁸

De Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), om advies gevraagd inzake de Europese regelgeving, stelde vast dat het Nederlandse systeem van ziektekostenverzekering – met zijn mengeling van publieke en private verzekering – kwetsbaar is onder de toenemende invloed van Europa op het terrein van mededinging. Volgens de Raad staat Nederland voor de keuze óf privaat óf publiek en zou de minister snel moeten bepalen welke richting we op willen.⁹

Volgens Pieters, hoogleraar sociaal recht aan de universiteit van Leuven die in opdracht van de RVZ onderzoek deed, spannen de mankementen in het Nederlandse zorgstelsel de kroon wat betreft strijdigheid met het Europees recht. Pieters: 'Ik heb soms het idee dat

Nederland misschien wat te ver is gegaan met de privatisering van de sociale zekerheid.¹⁰

Aan de ene kant is er het grensoverschrijdend mededingingsrecht van de Europese Unie, waarbij overheidsbemoeienis alleen toegestaan is ingeval van een sociaal verzekeringsstelsel. Aan de andere kant zijn er de verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie die normen stellen aan de inrichting van het stelsel van sociale zekerheid. Zo is in Nederland circa 60 procent van de bevolking opgenomen in een sociaal verzekeringsstelsel, terwijl dat volgens de verdragen 65 tot 70 procent (indien Nederland overgaat tot bekrachtiging van de herziene code over de sociale zekerheid) moet zijn.¹¹

Volledige privatisering (opheffen van het ziekenfonds) zou dus in strijd zijn met de verdragen van de Raad van Europa en de IAO. Hoe meer vrije markt, hoe meer men te maken heeft met EU-voorschriften.

Minister Borst is inmiddels na advisering door haar juristen tot de conclusie gekomen dat het huidige stelsel, waarin tweederde van de bevolking bij het ziekenfonds is aangesloten en de rest particulier is verzekerd, onverenigbaar is met de Europese regels en dat dus de vorming van één basisverzekering tegen ziektekosten onvermijdelijk is. Het huidige beleid met enerzijds een systeem van elkaar beconcurrerende ziekenfondsen en anderzijds overheidsbemoeienis om die fondsen regels op te leggen (zoals acceptatieplicht), is niet voort te zetten.

Overheidsbemoeienis kan alleen worden gehandhaafd indien de overheid een duidelijke keuze maakt voor een sociaal verzekeringsstelsel. In dat geval zijn de strenge Europese regels voor vrije mededinging niet van toepassing.¹²

¹⁰ Het Financieel Dagblad, 22 april 2000. Kabinet gaat erg ver met privatisering van het zorgstelsel

¹¹ Aan de ene kant is er het recht van de Europese Unie waarbinnen het grensoverschrijdende mededingingsrecht, het vrije verkeer van goederen, diensten en personen, waaronder de voorschriften voor het particuliere verzekeringsbedrijf een belangrijke plaats innemen. Knelpunt is hier de Wtz, in de Wtz mag geen risicodragendheid voor de verzekeringsinstellingen bestaan. Tweede knelpunt is de overheidsbemoeienis via de WTG (Wet tarieven gezondheidszorg) en WZV (Wet Zorg Voorzieningen). Dit mag bij een sociaal verzekeringsstelsel (tenzij de overheid kan aantonen dat vrije tariefstelling, vrije bouw en exploitatie geen gevaar oplevert voor het financiële evenwicht van het sociale zekerheidsstelsel). Dit mag *niet* bij de particuliere verzekeringen (tenzij de overheid kan aantonen dat vrije prijsstelling of vrije bouw en exploitatie gevaar oplevert voor de instandhouding van een verzorgingsmogelijkheid op nationaal grondgebied, of essentieel is voor de gezondheid van de bevolking of het overleven van de bevolking). Aan de andere kant zijn er de verdragen van de Raad van Europa en de Internationale Arbeidsorganisatie die normen stellen aan de inrichting van het stelsel van sociale zekerheid van de verdragsluitende staten (IAO 102, 103, 121, de Europese Code inzake sociale zekerheid. Hier zijn twee knelpunten. Allereerst het percentage dat volgens de verdragsverplichtingen opgenomen hoort te zijn in een sociale ziektekostenverzekering. Ten tweede betreft dat de eigen bijdragen bij het inroepen van medische hulp (volgens IAO-verdragen niet toegestaan bij moederschap en arbeidsongevallen en beroepsziekten). Nederland zou verdragen waarmee strijdigheid bestaat kunnen opzeggen, eerdere voorstellen hiervoor zijn echter door het parlement afgewezen (wetsvoorstel tot opzegging IAO 121, TK 88/89,20555 en wetsvoorstel houdende goedkeuring van de opzegging van deel IV van de Europese Code inzake sociale zekerheid, TK 96/97,25524). (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, september 2000. Grenze(n)loze zorg).

¹² Volkskrant, 30 september 2000. Basisstelsel voor ziektekosten is onvermijdelijk.

De SP is van mening dat de solidariteit nu en in de toekomst het beste gegarandeerd kan worden door middel van een volksverzekering. Door een vergroting van het draagvlak tot alle Nederlanders kan de solidariteit ook bij fors toenemende vraag worden opgevangen en kan de toegankelijkheid en kwaliteit voor iedereen gewaarborgd blijven.

De SP kiest voor een volledig publiek stelsel. Gezondheidszorg is een zaak van publieke verantwoordelijkheid en niet van de markt. De overheid kan de solidariteit organiseren opdat iedereen gelijkwaardige zorg krijgt, ongeacht inkomen of gezondheidsrisico's. Via de markt wordt deze solidariteit onvoldoende gewaarborgd. Door te kiezen voor een collectief stelsel houden we zelf het heft in handen, in plaats van ons de wet te laten voorschrijven door de de Europese mededingingsregels.

2. Wat willen we niet?

Marktwerking

Sinds Dekker (1987) is langzaam maar zeker steeds meer marktwerking in de zorg geïntroduceerd. De markt zou doelmatiger en efficiënter werken, zo was het uitgangspunt.

De ziekenfondsen kregen de mogelijkheid landelijk te gaan werken en moesten zelf risico gaan dragen (afschaffing nacalculatie). De filosofie hierbij is dat risicodragende verzekeraars belang hebben bij goedkoop aankopen van zorg om daarmee de nominale premies laag te houden en verzekerden te winnen. Tot nu toe is het vooral theorie gebleven. Zorg is geen handelswaar die zich schikt in de wetten van de markt. Verzekerden wisselen niet zo makkelijk van verzekeraar. Dit laatste wordt nog versterkt omdat de aanvullende verzekeringen, waar risicoselectie plaatsvindt, meestal gekoppeld zijn aan de gewone verzekeringen.

De concurrentie krijgt vooral gestalte in het aanbieden van aantrekkelijke collectieve verzekeringen aan werkgevers. Daarmee wordt een markt aangeboord van gezonde werknemers die mogelijk ook interesse hebben in de overige aanbiedingen van de verzekeraar. Dankzij die collectieve contracten betalen werkenden bovendien lagere premies dan niet-werkenden.

Sinds de intrede van marktwerking zijn de sociale ziekenfondsen van weleer verdwenen. Ze hebben zich ontwikkeld tot commerciële zorgverzekeraars die samenwerken met particuliere verzekeraars,

schademaatschappijen en zelfs banken. De kosten voor reclame, sponsoring (voetbalclubs), gebouwen en management zijn toegenomen. Door een vervaging van de relatie tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeringen is het zicht op de besteding van de premiegelden onvoldoende, zo constateert de Algemene Rekenkamer.

Sommige zaken zoals de tandheeskunde werden geheel in de vrije markt gebracht door overheveling (in 1995) uit het ziekenfondspakket naar de aanvullende verzekeringen. De kosten van de tandzorg bedroegen voorheen 450 miljoen gulden. De kosten van premies en eigen betalingen na onderbrenging bij de particuliere verzekeraars bedroegen naar schatting 750 miljoen gulden. Een flinke toename van de kosten dus. Bovendien verzekerde een grote groep mensen zich niet of onvoldoende. Dit leidde ertoe dat begin 1997 de kunstgebitten weer in het ziekenfondspakket werden opgenomen.

Met marktwerking zijn geen goede ervaringen. Er is geen enkel bewijs dat marktwerking leidt tot minder kosten. In de Verenigde Staten, waar de marktwerking het verst is doorgevoerd, zijn de kosten voor de zorg het hoogst.

Ook in de AWBZ werd geëxperimenteerd met marktwerking, namelijk in de thuiszorg. Ook dat werd geen succes. De marktwerking is na enkele jaren weer teruggedraaid omdat ze leidde tot te veel negatieve effecten zoals oneerlijke concurrentie, versnippering van zorg en het ontwikkelen van private initiatieven door de reguliere thuiszorg om zelf de markt in handen te houden. Bovendien bleek dat vele thuiszorginstellingen al behoorlijk doelmatig werken, zodat het oorspronkelijke argument – concurrentie om de boel op te schudden zodat er doelmatiger gewerkt zou worden – van tafel was. De marktwerking heeft kenmerkende sporen achtergelaten: dure managers, protserige gebouwen en een ingewikkelde en ondoorzichtige organisatie met BV's en holdings om commerciële en reguliere zorg te kunnen combineren.

Stopwatchzorg

Het marktdenken heeft ook zijn sporen nagelaten in de zorg zelf. Vroeger stond het welzijn van de mensen centraal, tegenwoordig gaat het om het ‘leveren van zorgproducten’ en wel zo veel mogelijk in zo min mogelijk tijd.

Een extreem voorbeeld waar het streven naar doelmatigheid totaal zijn doel voorbijgaat en de controle doorschiet, is de zogenaamde ‘stopwatchzorg’ in de thuiszorg. Voor allerlei handelingen staan vaste tijden, bijvoorbeeld vijf minuten voor het aanbrengen van steunverband. Nog afgezien van het feit dat de onvrijheid van wijkverpleegkundigen om hun tijd naar noodzaak en behoefte van patiënten in te richten, juist ondoelmatig is, leidt de ‘stopwatchzorg’ tot ontmenselijking van de zorg. De huidige staatssecretaris Vliegthart zegt hierover: ‘De nadruk op vergroting van doelmatigheid van de zorg heeft in een aantal situaties geleid tot een verregaande mate van rationalisering van de zorg. Dit werkt voorbij een zekere grens contraproductief.’¹³

Het menselijk aspect moet weer terug in de zorg. Het welzijn van de mensen dient centraal te staan in plaats van het marktgericht denken. Menswaardige zorg in plaats van stopwatchzorg.

Voorrangszorg

Een ander gevolg van marktwerking en wachtlijsten in de zorg is de zogenaamde voorrangszorg. Werkgevers hebben er sinds de privatisering van de ziektewet belang bij gekregen dat hun zieke werknemers weer zo snel mogelijk aan het werk zijn. Dit leidde tot afspraken met zorginstellingen of verzekeraars om wachtlijsten te omzeilen, bijvoorbeeld via bedrijvenpoli. Onder politieke en maatschappelijke druk ontstond de zogenaamde Robin-Hood-variant. Die houdt in dat extra inkomsten zouden worden ingezet om de zorg voor iedereen te verbeteren, zodat iedereen baat zou hebben bij deze variant van voorrangszorg. De werknemer, die immers direct aan de beurt is, en de overige patiënten, die ook een plaatsje opschuiven. Zorg in twee versnellingen dus.

¹³ Ministerie Volksgezondheid, Welzijn en Sport, mei 1999, Nota thuiszorg.

Naast bedrijvenpoli in de reguliere gezondheidszorg zijn vele private initiatieven op het gebied van arbeidsgerelateerde zorg ontstaan, zoals ruggenpoli en HSK in de geestelijke gezondheidszorg. Bepaalde werknemers kunnen hier sneller en mogelijk ook beter worden geholpen. Andere werknemers of niet-werknemers kunnen hier niet terecht.

Voor zover het hierbij gaat om goede en werkzame zorg, is hier sprake van voorrangszorg en tweedeling. Voor zover het niet gaat om goede en werkzame zorg, zijn deze initiatieven ongewenst.

Privaat gefinancierde zorg

De privaat gefinancierde zorg gaat steeds meer de gaten opvullen die de collectieve zorg moet laten vallen vanwege de krappe budgettering. Het gaat daarbij niet alleen om de kwantiteit maar ook om de kwaliteit van zorg. Er is niet alleen onvoldoende collectieve zorg, maar de zorg is ook onvoldoende gericht op de individuele behoefte van de zorgvrager. Het gevolg is een toename van private voorzieningen en een groeiende bereidheid van mensen om zelf te betalen voor zorg die goed aansluit bij hun individuele wensen.

Het SCP stelt in zijn laatste rapport: ‘Er wordt zeker niet minder van de overheid verwacht, maar dat sluit allerminst uit dat de burger op veel gebieden meer behoefte heeft aan keuzevrijheid en zeker ook aan meer diversiteit en variatie in het aanbod. Meer vrijheid van keuze zal hier leiden tot meer kwaliteit en burgers zijn ook bereid daarvoor zelf het nodige neer te tellen. De kunst zal zijn de meerderheid die het economisch en sociaal goed gaat deze ruimte te geven zonder de minderheid van achterblijvers en nieuwkomers kansen te ontnemen.’¹⁴

Mensen lijken in toenemende mate bereid zelf bij te betalen voor snelle en goede zorg, bijvoorbeeld een behandeling in het buitenland of een luxe particuliere verpleeghuis-unit.

In de zorgnota 2001 heet het: ‘Veel mensen herkennen zich steeds minder in de aangeboden activiteiten, diensten en voorzieningen. Zij verlangen snelle levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling. Als wij dat niet faciliteren en zorggebruikers zich op grote schaal wenden tot alternatieve (commerciële) zorgaan-

¹⁴ SCP-rapport Nederland in Europa, epiloog, blz 610.

bieders dan bestaat op termijn het gevaar dat hun bereidheid om bij te dragen aan het collectief afbrokkelt. Daarmee zouden belangrijke fundamenteën in onze samenleving – een grote mate van sociale cohesie en solidariteit, in tal van opzichten – uiteindelijk verloren gaan. Het is van groot belang dat dit wordt voorkomen.¹⁵

Privaat gefinancierde zorg leidt niet alleen op termijn tot ondermijning van de solidariteit maar zet de solidariteit direct onder druk omdat langs deze weg wachtlijsten kunnen worden omzeild. Bovendien bestaat het risico dat de private zorg ten koste gaat van de reguliere zorg vanwege de aanzuigende werking op personeel waaraan toch al een tekort is. Dit geldt des te meer indien de privaat gefinancierde zorg wordt ontwikkeld vanuit de reguliere zorg. In dat geval is het ook vrijwel onmogelijk private en publieke belangen en financiën te scheiden.

Sponsoring

Sponsoring hoort niet thuis in de zorg, te meer waar het gaat om sponsoring door fabrikanten van medicijnen, hulpmiddelen en medische apparatuur. Vaak gaat het niet alleen om wat extra's voor patiënten, maar ook om geld voor bijvoorbeeld pijnbestrijding, medisch materiaal en het opstellen van behandelprotocollen waarvoor de overheid te weinig geld beschikbaar stelt. De belangrijkste drijfveer van de industrie om te sponsoren is vergroting van het marktaandeel. En zoals altijd bij sponsoring geldt ook hier het principe 'voor wat, hoort wat'. Het gevaar van afhankelijkheid van gelden van de industrie en daarmee beïnvloeding van het medisch beleid, is dus groot.

¹⁵ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport., september 2000, Zorgnota 2001.

De SP is niet voor marktwerking in en privatisering van de zorg. Marktwerking hoort niet thuis in de gezondheidszorg. Marktwerking leidt, zeker in combinatie met schaarste in de zorg, tot tweedeling. Zorgverlening uit winstbejag is niet gewenst in de zorg.

De inschakeling van de particuliere sector heeft waarschijnlijk vele honderden miljoenen gekost en de gezondheidszorg is er niet doelmatiger op geworden. Ook bij verdere privatisering zal dat niet het geval zijn. Ook het volume van de zorg zal waarschijnlijk eerder toenemen dan dat de door de overheid nagestreefde beperking zich zal voordoen. Het is wat merkwaardig te denken dat het volume zal worden beheerst door inschakeling van bedrijven die vóór alles hun omzet willen vergroten. In de VS is de druk van de gezondheidszorg op de economie een groot probleem geworden. Het in hoofdzaak private Amerikaanse systeem is veel duurder dan het Nederlandse (14 procent BNP tegen 9,5 in Nederland). Bovendien zullen bij overlaten aan de markt – ook bij een verplicht basispakket – voorzieningen moeten worden getroffen voor de economisch zwakkeren. Zou men dat niet doen dan zou er een onaanvaardbare tweedeling in de samenleving ontstaan.¹⁶

Hoe meer zorg privaat wordt geregeld, hoe minder noodzaak er is voor goede publieke voorzieningen. Uiteindelijk zal dit leiden tot een grotere keuzevrijheid voor wie het kan betalen, terwijl mensen met minder geld aangewezen blijven op steeds schaarser wordende publieke voorzieningen.

Alle vormen van voorrang, hetzij georganiseerd voor werknemers, hetzij tegen extra betaling, zijn onrechtvaardig en dienen uitgebannen te worden. Bij het bestaan van wachttijden mag alleen voorrang worden gegeven op grond van medische motieven.

¹⁶ H. Leenen, april 1997. Recht op zorg voor de gezondheid, blz.43-48

3. Wat willen we wel?

In plaats van concurrentie en marktwerking moet gekozen worden voor solidariteit. Die solidariteit kan het beste worden georganiseerd door de overheid, met een volksverzekering.

Brede basisverzekering

De eerste vraag is dan wat die volksverzekering moet omvatten. De huidige opdeling in AWBZ en overige ziektekosten betekent het optrekken van een schot in een in wezen samenhangende zorg, het scheppen van twee financieringsbronnen en van twee verschillend werkende systemen. Daardoor ontstaat ondoelmatigheid, gebrek aan onderlinge afstemming en inflexibiliteit. De splitsing belemmert ook een adequate en samenhangende gezondheidszorg omdat zorgaansluiting en substitutie over de grenzen heen weinig kans krijgen. Dit is ten nadele van de patiënten. De splitsing leidt er ook gemakkelijk toe dat opname in een instelling plaatsvindt waar thuiszorg aangewezen is en bovendien dat dure zorg wordt gegeven waar eenvoudiger zorg gewenst is. Een ander bezwaar is dat het bestaan van onderscheiden financieringsstelsels afwentelingmechanismen oproept. Verzekeraars van ziektekosten buiten de AWBZ hebben er belang bij zoveel mogelijk kosten af te schuiven naar de AWBZ. Voor afsplitsing van de AWBZ wordt wel aangevoerd dat de zorg in de AWBZ niet verzekeraar is. Dit is geen correcte vaststelling. Verreweg de meeste mensen worden gezond geboren. Zij betalen hun hele leven verzekeringspremie waarin de kosten die ont-

staan door ziekte, ouderdom of gebrek kunnen worden verwerkt. AWBZ-zorg is niet onverzekerbaar, zij is alleen niet meer verzekeraar als de zorgvraag zich eenmaal voordoet.¹⁷

Omvang pakket

Bij het bepalen van de omvang van het pakket geldt: ‘alles kan wat moet, maar niet alles moet wat kan’. Uitgangspunt moet zijn: alles wat medisch en maatschappelijk gezien gewenste zorg is, moet vergoed worden.

Door de technologische en wetenschappelijke vooruitgang wordt er steeds meer mogelijk. Alles wat om medisch/maatschappelijk redenen zinvol en gewenst is, moet ook kunnen. Of iets zinvol en gewenst is, is natuurlijk niet alleen een medische, maar ook een politieke en vooral ook maatschappelijk vraag. Als die vraag beantwoord wordt met ‘ja’ moet de voorziening ook vergoed worden en voor iedereen beschikbaar zijn. Dit is de enige gegarandeerde manier om tweedeling in de zorg tegen te gaan.

Het pakket moet minstens alles omvatten wat nu vergoed wordt via de AWBZ en het ziekenfondspakket.

Een uitdunning van het pakket vermindert de toegankelijkheid van de zorg vooral voor mensen met een laag inkomen. Dit is des te erger omdat deze mensen vaak ook nog een slechtere gezondheid hebben. Onderzoekers op het gebied van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) hebben er al op gewezen dat verwijdering van noodzakelijke zorg als tandzorg ertoe kan leiden dat de SEGV groter worden.¹⁸

Een van de taken van de gezondheidszorg zou juist moeten zijn waar mogelijk bij te dragen aan verkleining van de bestaande gezondheidsverschillen. Dat betekent een breed basispakket en mogelijkheden tot extra inzet van zorg juist bij mensen met gezondheidsachterstand.

Een ander risico van uitdunning, waar het vergoeding van geneesmiddelen betreft, is substitutie naar sterkere middelen met mogelijk

¹⁷ H. Leenen, april 1997. Recht op zorg voor de gezondheid, blz.40-42

¹⁸ K. Stronks, 1995. Medisch Contact 50; 43: 1370-1372

meer bijwerkingen maar die wel worden vergoed. Dit verschijnsel doet zich al voor sinds de verwijdering van zelfzorgmiddelen op recept uit het ziekenfondspakket.¹⁹

Ervan uitgaande dat alle maatschappelijk gewenste, noodzakelijke en werkzame zorg in het pakket hoort, dienen bijvoorbeeld tandzorg en zelfzorgmiddelen op recept - nu niet in het Ziekenfondspakket - weer te worden opgenomen in het pakket. De adviserend geneeskundigen van ziekenfondsen hebben benadrukt dat adviserend geneeskundigen en tandartsen geconfronteerd worden met een toenemend aantal verzekerden met reële problemen, onder andere betreffende tandheelkundige hulp voor jeugdigen (te schraal pakket), maar ook door onvoldoende herverzekering van volwassenen, waardoor niet gesproken kan worden van een adequaat basispakket tandheelkunde.²⁰

Het uitgangspunt dat alle maatschappelijk gewenste, noodzakelijke en werkzame zorg in het pakket hoort, betekent ook dat zaken als huishoudelijke hulp (thuiszorg) en de door sommigen ter discussie gestelde zogenaamde lifestyle-middelen (geneesmiddelen voor kwalen die te ook maken kunnen hebben met ongezond gedrag, zoals bloeddrukverlagende middelen) zeker in het pakket moeten blijven. Bij huishoudelijke hulp vanuit de thuiszorg gaat het tevens om (deskundige) begeleiding en preventie en deze is hard nodig om bijvoorbeeld oudere mensen op een verantwoorde en waardige manier zelfstandig te kunnen laten wonen. 'Lifestylemiddelen' niet meer vergoeden om mensen te prikkelen tot gezond gedrag en een beroep te doen op de eigen verantwoordelijkheid, gaat te ver. Zeker omdat ongezond gedrag niet los gezien kan worden van economische omstandigheden.²¹ Wel is meer goede en gerichte voorlichting inzake gezond gedrag hard nodig. Evenals een harder overheidsbeleid inzake tabaks- en alcoholreclame en vermindering van verkooppunten en een ruimere vergoeding van middelen om van verslavingen af te komen (bijvoorbeeld bij roken).

De WRR stelde voor de bekostiging van de cure-voorzieningen op basis van een collectieve verzekering af te bakenen op grond van een kosteneffectiviteitsafweging. Groot bezwaar van de genoemde maat, de DALY, waarin zowel effecten van een behandeling op sterfte als op

¹⁹ Bouvy en Egbert, maart 2000. Pharmaceutisch Weekblad, 23 maart 2000

²⁰ VAGZ, voorheen Vereniging van adviserend geneeskundigen bij ziekenfondsen, 11 juli 2000. Zorgbrief

²¹ Rapport SP, maart 1994. Tweedeling en de gevolgen voor de gezondheid.

de kwaliteit van leven wordt meegewogen, is dat deze maatstaf leeftijdsdiscriminatie in de hand werkt. Wanneer gewonnen levensjaren op een of andere manier deel uitmaken van zo'n maatstaf, zijn ouderen altijd slechter af, omdat hun levensverwachting statistisch gezien kleiner is.²²

De SP is voorstander van een brede basisverzekering voor iedereen, door samenvoeging van de huidige AWBZ, ziekenfonds en particuliere verzekering.

Het pakket moet alle medische en maatschappelijke gewenste zorg omvatten, dus minstens het huidige ziekenfondspakket. Op basis van dit uitgangspunt zou in ieder geval de tandzorg en zelfzorgmiddelen op recept weer in het pakket moeten.

²² ANBO, 25 juni 1999. Verslag van een studiedag 'Ziektekostenstelsel in de 21e eeuw'.

4. Wie zal dat betalen?

Met een keuze voor volledig inkomensafhankelijke premies (geen nominale premies of eigen bijdragen) maken we het draagvlak zo groot mogelijk. Op deze manier kunnen de solidariteit en toegankelijkheid ook op termijn worden gehandhaafd.

Eigen bijdragen, premiedifferentiatie en nominale premies zijn instrumenten die de solidariteit en toegankelijkheid beperken. Bovendien blijkt uit onderzoek dat elke stap om de ziekenfondspremie minder progressief (lees: minder solidair) te maken, in principe strijdig is met een beleid gericht op verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen.²³

Eigen bijdragen voor een basisvoorziening als de zorg zijn bovendien oneigenlijk, ondoelmatig en hebben maatschappelijk ongewenste gevolgen, met name voor de meest kwetsbaren. Eigen bijdragen leiden bovendien tot administratieve belasting en zijn niet nodig voor gepast gebruik omdat we al gebruik maken van indicatiestelling.

Eigen bijdragen moeten dan ook worden afgeschaft, behalve waar het gaat om besparingen op kosten van levensonderhoud, zoals bij langdurige opname in een instelling.

Deze laatste bijdragen zullen wel moeten worden aangepast in die zin dat het zak- en kleedgeld moet worden verhoogd om de financiële achterstandspositie van mensen woonachtig in instellingen weg te werken. Ook het Nationaal Instituut voor Budgetvoorlichting (NIBUD) wijst op de noodzaak van herberekening en verhoging van het zak- en kleedgeld.²⁴

²³ J.P. Mackenbach, 1994. Ongezonde verschillen, blz. 145

²⁴ Nationaal instituut voor budgetvoorlichting, september 2000. Zak en kleedgeld in de ggz, "te weinig geld voor een 'normaal' bestaan"

Het is ook niet juist nominale premies te introduceren om de concurrentie te bevorderen. Concurrentie op zorg zal eerder leiden tot concurreren op lage schadelasten dan op betere zorg. Bovendien blijkt in de praktijk tot nu toe niet dat mensen van verzekeraar wisselen vanwege grote nominale premies. Algehele nominalisering leidt tot negatieve inkomenseffecten met name voor mensen met minder inkomen. Er zijn miljarden nodig voor reparatie en compensatie, tegelijk komt een deel terecht bij groepen die het niet nodig hebben en er fors op vooruit gaan.²⁵ Een ingewikkelde operatie waarvan bovendien onzeker is of ook als het economisch slechter gaat mensen met midden- en hoge inkomens bereid blijven daaraan bij te dragen. Veel belangrijker nog dan de praktische bezwaren tegen nominale premies, zijn ideologische argumenten namelijk de keuze voor solidariteit binnen het stelsel.

De financiering van de premie voor de volksverzekering zou volgens de SP het beste kunnen via belastingheffing. Dus over alle belastingen en met oplopende percentages (behorende bij deze schijven). Dit maakt de inning heel eenvoudig en scheelt een hoop bureaucratie. Op deze manier wordt bovendien het draagvlak flink verruimd. Nu wordt voor de AWBZ immers alleen premie betaald over de eerste twee schijven en voor het ziekenfonds tot een bepaalde inkomensgrens.

De SP heeft het Centraal Planbureau (CPB) verzocht na te gaan hoe hoog de premies en de koopkrachteffecten zouden zijn bij de invoering van de door de SP gewenste volksverzekering voor de gezondheidszorg. Het CPB is hierbij uitgegaan van de netto uitgaven AWBZ, ZFW, de particuliere verzekeringen en de eigen betalingen voor particulier verzekerden voor zorgvoorzieningen in 2001 (*zie bijlage 1*). Hierbij is gekeken naar twee varianten. In variant a heeft de inkomensafhankelijke premie betrekking op alle vier schijven (van het nieuwe belastingsstelsel). In variant b wordt de premie voor het AWBZ-deel (evenals nu) over de eerste twee schijven geheven en de premie voor het ZFW-deel over alle vier de schijven. Dit leidt tot de volgende percentages voor de zorg.²⁶

²⁵ In het SER-voorstel waarin een volledige nominalisering wordt voorgesteld, is een ingewikkelde compensatie van vijf belastingmaatregelen nodig voor reparatie van de lagere inkomens.

²⁶ Zowel variant a als b levert ruim 80 miljard op terwijl ruim 60 miljard uitgaven volksverzekering gefinancierd moet worden uit de inkomensafhankelijke premies. Dat komt omdat 20 miljard (een kwart) naar de financiering van de heffingskortingen gaat (vanwege de wijziging in het tarief van de eerste schijf volgt een forse mutatie in de structurele bijdragen van de fondsen in de kosten van de heffingskortingen).

	2001	variant a	variant b
eerste schijf	10,25%	15,5%	17,15%
tweede schijf	10,25%	15,5%	17,15%
derde schijf	-	15,5%	6,9%
vierde schijf	-	15,5%	6,9%

Variant a blijkt neer te komen op een verhoging van 5,25% over de eerste schijven en een verhoging van de 3^e en 4^e schijf met 15,5%. De kosten voor ziekenfonds of particuliere verzekering vallen uiteraard weg en met een werkgeversbijdrage is nog geen rekening gehouden. De koopkrachteffecten zijn gunstig voor lagere inkomens en zeer ongunstig voor hogere inkomens (*tabel 2, bijlage 1*).

Variant b blijkt neer te komen op een verhoging van 6,9% over alle schijven. Ook hier vallen de kosten voor ziekenfonds of particuliere verzekering weg en is met een werkgeversbijdrage nog geen rekening gehouden.

Met variant b is invoering van een volksverzekering met acceptabele inkomenseffecten mogelijk. Mensen met lage en middeninkomens gaan erop vooruit. Alleenstaanden met hoge inkomens (twee maal modaal) en alleenverdieners met zeer hoge inkomens (drie maal modaal) gaan erop achteruit (*tabel 2, bijlage 1*); dezelfde groep die er door invoering van het nieuwe belastingstelsel in 2001 flink op vooruit gaat. Het is ook geen onverwacht effect. Immers met de keuze voor solidariteit wordt de bestaande ongelijkheid – hoe hoger je inkomen hoe minder je relatief bijdraagt aan de ziektekosten – rechtgetrokken.

Zo betaalt een alleenstaande op twee maal modaal nu slechts 4% van zijn netto besteedbaar inkomen aan ziektekosten, een alleenstaande met minimuminkomen 14%. Volgens globale berekeningen (*zie bijlage 2*) wordt dit na invoering van de volksverzekering 12% voor iemand met twee maal modaal en 8,6% voor iemand met een minimuminkomen. De degressiviteit van het huidige stelsel wordt via de volksverzekering dus omgezet in progressiviteit.

Momenteel wordt een substantieel deel van de ziekenfondsverzekering in het tweede compartiment betaald door werkgevers via hun bijdrage in de ziekenfondspremie of via een tegemoetkoming die zij werknemers betalen voor de kosten van een particuliere verzekering. Door de ziekenfondspremieheffing in zijn huidige vorm af te schaffen zouden ook de premie-inkomsten in deze vorm wegvallen. De SP vindt dat de werkgevers belast zouden moeten blijven voor dat deel dat zij nu bijdragen in de financiering van de zorg, naar schatting 19 miljard. De huidige werkgeversbijdragen zouden komen te vervallen en worden vervangen door een wettelijke premie als percentage van de relevante loon- en uitkeringssom, hetgeen volgens berekeningen van het CPB zou neerkomen op 4,5%. Dit is lager dan de huidige werkgeverspremie ZFW maar wel verschuldigd over de gehele loon- en uitkeringssom, terwijl de ZFW-premie slechts verschuldigd is tot de premie-loongrens.

²⁷ De beheerskosten van de particuliere verzekering bedragen tweemaal zoveel als die van het ziekenfonds namelijk 1 miljard. Hier moet dus 500 miljoen op te besparen zijn. Daarnaast vervallen de kosten van de premie-inning vanwege de fiscalisering (de fiscalisering van de omroepbijdrage bracht zo'n 60-80 miljoen op). Ook het ingewikkelde systeem van solidariteitsbijdragen (Wtz en MOOZ) en de inning van de eigen bijdragen is niet meer nodig. De inning van de eigen bijdragen thuiszorg van 200 miljoen kost naar schatting van de LVT jaarlijks zo'n 70 miljoen (femdeweek 15 januari 2001 'bureaucratie aan het bed'). Tenslotte zal het toezicht sterk vereenvoudigd kunnen worden vanwege de eenvoud van het systeem, het opheffen van de scheiding AWBZ en ziekenfonds en het stoppen van private en publieke verstrengeling zoals nu bijvoorbeeld door de samenwerking tussen ziekenfondsen, particuliere verzekeringen en schademaatschappijen.

²⁸ Voor de koopkrachtreparatie die nodig is vanwege de negatieve inkomenseffecten ten gevolge van de nominalisering in het SER-voorstel is 13 miljard nodig. Hiervoor kan de 7 miljard rijksbijdrage worden ingezet, daarnaast is nog eens 6 miljard nodig. Zo blijkt uit de doorrekening van het SER voorstel door het CPB. Bij de doorrekening van het SP-voorstel is het CPB ervan uitgegaan dat de huidige rijksbijdrage aangewend blijft voor de financiering van de volksverzekering. Dat betekent dat er 6 miljard bespaard kan worden omdat geen koopkrachtreparatie nodig is.

²⁹ Het CPB heeft berekend dat bij invoering van de volksverzekering er een tariefsverhoging van 1% nodig is voor elke 5 miljard extra die men wil investeren in de zorg (zie bijlage 1).

Behalve solidariteit is het tweede grote voordeel van een volksverzekering met financiering via de belasting dat het een hoop bureaucratie en dus onnodige kosten bespaart.

Zo bedragen de beheerskosten van de particuliere verzekering tweemaal zoveel als die van het ziekenfonds (onder meer vanwege het bureaucratische declaratiesysteem). Op deze kosten moet dus fors te besparen zijn. Daarnaast valt een flinke besparing te verwachten nu de ingewikkelde premie-inning vervalt. Het vervallen van de eigen bijdrage thuiszorg zal eveneens een hoop bureaucratie besparen.²⁷ Al dit geld kan worden ingezet voor de directe zorg, bijvoorbeeld de financiering van de terugheveling van de tandzorg in het pakket.

Tenslotte wordt een hoop bureaucratische rompslomp en miljarden bespaard omdat geen ingewikkelde belastingcompensatiemaatregelen nodig zijn daar er geen sprake is van nadelige effecten op de lagere inkomens.²⁸ Geld dat beter gebruikt kan worden om de zorg weer op een fatsoenlijk niveau te brengen en een einde te maken aan de wachtlijsten.²⁹

De SP vindt dat de volksverzekering volledig moet worden gefinancierd op basis van draagkracht. Dus geen nominale premies, eigen bijdragen of premiedifferentiatie. Solidariteit en toegankelijkheid staan voorop. De financiering kan het beste plaatsvinden via het belastingstelsel. Dit is het meest eenvoudig en gaat geheel naar draagkracht. De werkgevers zullen een evenredige bijdrage moeten blijven betalen, mede gezien hun belang bij een goede gezondheidszorg. Derde geldstromen zijn ongewenst. Bijzondere geldstromen dienen meerdere doelen en leiden af of gaan ten koste van het collectieve doel: gelijke zorg voor iedereen.

5. Hoe organiseren we het?

Recht op zorg

Mensen hebben recht op zorg, op zorg binnen redelijke termijn. Wachttijden leiden tot onnodig leed, verergering van de kwaal en soms zelfs tot vermijdbare sterfte.

Wie zorgt ervoor dat de mensen ook de zorg krijgen die ze nodig hebben, waar ze recht op hebben? Wie is hiervoor verantwoordelijk? In het afgelopen jaar zijn daarover een aantal opmerkelijke rechterlijke uitspraken geweest.

In oktober 1999 stelde de rechter in Utrecht vast dat de verzekeraar een zorgplicht heeft. Thuiszorg moet binnen een redelijk termijn geleverd worden. Tot dan zagen de zorgverzekeraars zich slechts als uitvoerder. Nu bepaalde de rechter dat de uitvoerder wel een zorgplicht heeft. Als de staat te weinig geld beschikbaar stelt, moet de zorgverzekeraar protesteren.

Bij een rechtszaak aangespannen door ouders van verstandelijk gehandicapten in januari 2000 bepaalde de rechter in Zwolle dat de verzekeraar genoeg had gedaan. Maar de rechter vond ook dat de Staat verantwoordelijk is. De overheid bepaalt immers het aantal plaatsen in instellingen. Tegelijk oordeelde de rechter, met de wettekst van de AWBZ in de hand, dat sprake is van een ‘ongeclausuleerde’ aanspraak. Ook de rechter in Utrecht had er al op gewezen dat de Staat zich niet op financiële onmacht kan beroepen. Mogelijke budgettaire tekorten mogen dus niet afgewenteld worden op verzekerden die zorg nodig heb-

ben. Dat zou betekenen dat de AWBZ in zijn huidige opzet niet onder de budgetdiscipline van Zalm mag vallen.³⁰

De zorg die nodig is

Iedereen heeft recht op adequate zorg, niet minder maar ook niet meer dan hij of zij nodig heeft.

Wie stelt vast wat noodzakelijke zorg is? In ons land gebeurt de indicatie veelal door de zorgaanbieders zelf (cure) of door onafhankelijke indicatieorganen (care). Onafhankelijke indicatiestelling, dus losgekoppeld van de zorgaanbieders, lijkt op het eerste gezicht ‘eerlijker’, maar kan ook negatieve effecten hebben, zoals bleek na de invoering hiervan voor de ouderenzorg. Het is mooi als een onafhankelijke indicatie wordt gesteld, maar wat als vervolgens de geïndiceerde zorg niet geboden blijkt te kunnen worden? Het wordt ook snel bureaucratischer dan het indiceren door de zorgaanbieder zelf. Met name tussentijdse aanpassingen zijn makkelijker door de zorgaanbieder zelf omdat de lijnen kort zijn.

De indicatie door de zorgaanbieder zelf kan wel leiden tot een scherpere indicatiestelling vanwege gebrek aan middelen. De indicatiestelling moet wel ‘objectief’ zijn, maar niet los staan van de zorg en kleinschaliger. Als de indicatie te veel ‘op afstand’ is gezet, is niemand meer verantwoordelijk of de zorg ook gevonden wordt. De rol van de indicatie moet zijn: kijken welke zorg iemand nodig heeft en hierin bemiddelen en deze helpen te vinden. Vanwege de objectiviteit zijn waar mogelijk protocollen en richtlijnen gewenst.

De verschuiving van zorg in instellingen naar zorg thuis betekent dat een sluitend netwerk van voorzieningen nodig is, waar de ouderen, gehandicapten, chronisch zieken of mensen bij ontslag uit het ziekenhuis op kunnen rekenen. Hiertoe zouden eerstelijnssteams of integrale wijkteams opgericht moeten worden, bestaande uit bijvoorbeeld huisartsen, fysiotherapeuten, thuiszorg, maatschappelijk werk, wijkverpleegkundigen en ouderadviseurs. Met als taak preventie, indicatiestelling, begeleiding. Kortom zorgen dat iemand alle hulp en

³⁰ Het Financieele Dagblad, 26 februari 2000. Zorg verzekerd

steun krijgt die hij of zij nodig heeft. Zowel wat betreft thuiszorg als WVG-voorzieningen als welzijnsvoorzieningen (alarmering, tafeltje dekje).

De indicatiestelling kan dan veel simpeler. Bijvoorbeeld door de wijkzuster of ouderenadviseur die met een checklist langs komt en registreert waartoe mensen al dan niet nog in staat zijn en welke hulp en ondersteuning nodig is.

De organisatie van de zorg

De zorgaanspraken worden landelijk geregeld, maar de organisatie van het zorgaanbod kan het best gebeuren op regionaal niveau binnen de landelijke spelregels. De ervaring is dat weinig zorg bovenregionaal is, de meeste mensen willen zorg binnen de eigen regio. Mensen moeten wel kunnen kiezen hun recht op zorg in een andere regio te verzilveren.

De zorgaanbieders en zorgvragers (patiënten- en ouderverenigingen) in de regio stellen een regiovisie en een regioplan op binnen de wettelijke kaders. De regiovisie moet inzicht geven in de vraagontwikkeling (behoefte) op basis van informatie uit de indicatieorganen: wat is op de middellange en lange termijn nodig aan zorg? Het stuk moet ook inzicht geven in relevante maatschappelijke ontwikkelingen bijvoorbeeld langer zelfstandig wonen en welke voorwaarden daarvoor moeten worden gerealiseerd. De regiovisie brengt niet alleen in beeld wat de vraag is, maar ook wat er is en wat er zal moeten gebeuren.

Het sleutelwoord is samenwerking in plaats van concurrentie. Goede samenwerking tussen zorgaanbieders onderling. Goede samenwerking van zorgaanbieders met zorgvragers die een belangrijke stem krijgen gezien hun ervaringsdeskundigheid. Goede samenwerking van zorgaanbieders met de organisatie van indicatiestelling, zodat het aanbod steeds kan worden aangepast aan de behoefte aan zorg. Daarbij moet vooral niet alles van bovenaf worden geregeld maar moet er volop ruimte zijn voor lokale initiatieven en activiteiten.

De volksverzekering moet worden uitgevoerd door publieke organen. De positie van de zorgverzekeraars moet veranderen. De zieken-

fondsen worden sociale en regionaal werkende uitvoeringsorganen, losgekoppeld van commerciële organen zoals schadeverzekeraars. Omdat het gaat om een volksverzekering is er vanzelf ook een acceptatieplicht.

De regionaal werkende ziekenfondsen voeren de regiovisie en het regioplan uit. Aan de hand van het regioplan waarin de benodigde zorg is vastgesteld, worden de hiervoor benodigde middelen toegekend. Nacalculatie vindt plaats op basis van extra geleverde zorg of noodzakelijke investeringen in mensen of materieel.

Het zou goed zijn wanneer een democratisch gekozen orgaan aangesproken kan worden op de uitvoering van de zorg en het tot stand komen van de regiovisie. Hierbij zou de lokale of regionale overheid betrokken kunnen worden.

Doelmatige besteding collectieve gelden

Door met name de rechtse politieke partijen wordt gedacht en gepropageerd dat marktwerking binnen de zorg noodzakelijk is om de kosten van de zorg in de hand te houden.

Marktwerking hoort niet thuis in de gezondheidszorg en leidt zeker in combinatie met de schaarste in de zorg tot tweedeling. Bovendien draagt het bij aan versnippering van de zorg, is het ondoelmatig en zijn de totale kosten hoger (*zie hoofdstuk 2*).

Een doelmatige besteding van de collectieve middelen kan ook worden bereikt door:

1. Een systeem van indicatiestelling, protocollen en richtlijnen dat ervoor moet zorgen dat ieder die zorg krijgt die hij of zij nodig heeft, niet minder maar ook niet meer.
2. Goede samenwerking en afstemming van zorg in de regio in plaats van ieder zijn eigen toko.
3. Het uitbannen van de commercie waardoor geen geld kan uitlekken naar zaken buiten de zorg (gebouwen, sponsoring, dure managers)
4. Goedkoop inkopen van genees- en hulpmiddelen. Door een landelijk ziekenfonds kan centraal of regionaal genees- en hulpmiddelen

worden ingekocht. Deze centrale inkoop zal kunnen leiden tot forse inkoopkortingen.

5. De invoering van de volksverzekering bespaart een hoop bureaucratie omdat de uitvoering sterk wordt versimpeld.

Er zit nog veel onnodige bureaucratie in de zorg. Zo wordt een onvoorstelbare hoeveelheid cijfers bijgehouden. Thuiszorgmedewerkers moeten per vijf minuten bijhouden wat ze bij de patient thuis doen. De registratiewerkzaamheden zullen tot het minimum beperkt moeten worden.

Wel zullen de aanbieders van de zorg jaarlijks verantwoording moeten afleggen aan het ziekenfonds of de overheid door alle cijfers over geleverde zorg, inkoop etc. te overleggen. Alle informatie moet openbaar zijn en jaarlijks door de overheid worden gepubliceerd.

Het toezicht kan sterk worden vereenvoudigd door de invoering van de volksverzekering. Ook de uitvoering door publieke uitvoeringsorganen en het uitbannen van de marktwerking leidt tot vereenvoudiging van het toezicht. Immers hierdoor is er geen vermenging meer van private en publieke geldstromen zoals voorheen bij de commercieel werkende zorgverzekeraars en thuiszorginstellingen met een private poot.

Keuzevrijheid

Er wordt veel gesproken over een toenemende vraag naar keuzevrijheid. Soms blijkt die ‘vrijheidsdrang’ samen te hangen met de keuze voor de vrije markt. Zoals de voorstellen van de VVD in ‘Kiezen voor keuze’ waarbij een groter deel van de zorg naar het zogenaamde derde compartiment gaat. Het staat de consument vrij die hulp uit eigen zak te betalen of zich aanvullend te verzekeren. Een keuzevrijheid die echter in hoge mate afhankelijk is van de dikte van je portemonnee.

De roep om keuzevrijheid heeft ook te maken met de heersende schaarste, het gebrek aan zorg. De vraag is toegenomen en het aanbod is de laatste jaren afgeknepen. Veel valt er dan niet te kiezen.

Er wordt nu ook veel gesproken over een overgang van aanbodbeheersing naar vraaggestuurde zorg. Maar het gaat niet om vraag-

gestuurde of aanbodgestuurde zorg. Je moet vraag en aanbod op elkaar afstemmen. Met z'n allen vaststellen wat we goede zorg vinden. Vervolgens vaststellen hoeveel zorg mensen nodig hebben en ervoor zorgen dat die zorg er in voldoende mate komt (en wel zo dat mensen ook nog iets te kiezen hebben). Op individueel niveau moet goede indicatiestelling plaatsvinden, waarbij goed geluisterd wordt en zoveel mogelijk wordt voldaan aan de individuele behoeften en verlangens.

Het is ook goed ons te realiseren dat keuzevrijheid in de zorg een betrekkelijk begrip is. Het gaat niet om auto's of wasmachines. Mensen kiezen helemaal niet voor gebruik maken van zorg; liefst zouden ze er helemaal geen gebruik van maken. Er kan hier geen sprake zijn van een vergelijkend warenonderzoek, van 'shopping'. Dat heeft te maken met het soort kennis dat in de gezondheidszorg in het geding is, een kennis die toch voor een groot deel bij de medische professie ligt. Bovendien heb je de zorg vaak acuut nodig. Je kunt in veel gevallen niet zeggen: laat ik eens drie weken rondkijken wat de beste behandeling is. En er zijn vaak in de gezondheidszorg geen alternatieven.

De keuzevrijheid is het best gewaarborgd als we via solidariteit een gemeenschappelijke oplossing zoeken. Als we de zorg niet meer zien als een collectieve last maar als een investering in de samenleving.

De SP vindt de landelijke overheid in eerste en laatste instantie verantwoordelijk voor goede en voor iedereen toegankelijke zorg. Bij decentrale uitvoering dient de overheid dan ook spelregels te stellen om een gelijke basiszorg te garanderen.

Het basispakket geeft recht op zorg binnen redelijke termijn. Het aanbod van zorg dient dan ook niet bepaald te worden door financiële plafonds, maar afgestemd te zijn op de werkelijke zorgbehoefte. Ervan uitgaande dat iedereen recht op zorg heeft op korte termijn, moet er bij de indicatiestelling geen sprake zijn van verdeling, maar van bemiddeling.

Met als filosofie dat mensen die aankloppen, dat doen omdat ze zorg nodig hebben en dat ze de zorg moeten krijgen die ze nodig hebben.

De uitvoering van het ziektekostenstelsel moet gedaan worden door regionaal werkende ziekenfondsen die samenwerken en niet concurreren. Deze ziekenfondsen dienen de regiovisie uit te voeren die tot stand is gekomen uit samenwerking van patiënten en zorgverleners en waarvoor de landelijke overheid de wettelijke kaders heeft vastgelegd.

De ziekenfondsen dragen er tevens zorg voor dat eenieder de benodigde zorg binnen redelijke termijn krijgt.

De financiële middelen moeten worden afgestemd op de zorgbehoefte.

Bijlage 1

Centraal planbureau Notitie

Nummer: 00/39 Datum: 12 december 2000

Tariefsmutaties en koopkrachteffecten van invoering volksverzekering zorg

1. Uitgangspunten

De SP heeft het CPB verzocht na te gaan hoe hoog de premies en wat de koopkrachteffecten zouden zijn bij de invoering van een volksverzekering voor de gezondheidszorg. Deze volksverzekering heeft betrekking op het AWBZ- en het ZFW-pakket. In deze notitie worden de financieringsverschuivingen en de gevolgen voor de inkomensverdeling weergegeven. Hierbij is de technische veronderstelling gehanteerd dat de uitgaven aan zorg na invoering van de volksverzekering gelijk zijn aan de som van de uitgaven aan zorg in het kader van de AWBZ, ZFW, particuliere verzekering (inclusief standaardpolis en standaardpakketpolis) en eigen betalingen voor zorgvoorzieningen in

het ziekenfondspakket. De kosten van zorg die niet vallen onder het pakket van AWBZ of ZFW, maar tot het derde compartiment behoren, zijn hierin niet meegenomen. Hoewel de kosten van de zorg zouden kunnen stijgen door het wegvallen van eigen bijdragen voor de huidige particulier verzekerden of door het wegvallen van prikkels tot kostenbeheersing door verzekeraars, is hier geen rekening mee gehouden. Met eventuele macro-economische doorwerkingen, bijvoorbeeld als gevolg van hogere marginale tarieven voor belasting en premies, is evenmin rekening gehouden.

De berekeningen hebben betrekking op het jaar 2001. Ten opzichte van de MEV-stand is de ZFW-premie neerwaarts aangepast om te voorkomen dat de koopkrachteffecten vertekend worden door de incidentele vermogensopbouw.

De kosten van de zorg in het voorstel van de SP worden gefinancierd vanuit een inkomensafhankelijke premie. Ten aanzien van de inkomensafhankelijke premie worden twee varianten onderscheiden.

- a) de inkomensafhankelijke premie heeft betrekking op alle vier schijven.
- b) de premie voor het AWBZ-deel wordt (evenals nu) over de eerste twee schijven geheven en de premie voor het ZFW-deel over alle vier de schijven.¹

De premie geldt ook voor mensen van 65 jaar en ouder, net als nu bij de AWBZ. De micro-bedragen voor de heffingskortingen worden verondersteld gelijk te blijven. Door de aanpassing van de tarieven zal de verhouding van de heffingskorting voor mensen van 65 jaar en ouder ten opzichte van de algemene heffingskorting niet meer corresponderen met de verhouding in de tarieven voor de eerste schijf.

De SP stelt voor de werkgevers bij te laten dragen aan de financiering van de zorg. Deze bijdrage zou op macroniveau van dezelfde omvang moeten zijn als nu. Voor de koopkrachtberekeningen is de technische veronderstelling gehanteerd dat de werkgevers op microniveau op dezelfde wijze als nu bijdragen aan de kosten van de zorg. De (belaste) werkgeverspremie ZFW wordt hiertoe omgezet in een (belaste) toeslag van de werkgever aan de werknemer.² Hierbij wordt veronder-

¹ In de volksverzekering die de SP voorstelt vervalt het onderscheid tussen AWBZ-zorg en ZFW-zorg, omdat beide gedekt worden door één verzekering. In variant b worden deze vormen van zorg alleen onderscheiden om de tarieven voor de verschillende schijven voor het eerste jaar na invoering van de volksverzekering vast te stellen.

² Hier wordt verondersteld dat bekend is of een werknemer ZFW-verzekerd is of niet. Het lijkt geen duurzame oplossing om bij te houden of werknemers aan de betreffende criteria voldoen indien de ziekenfondswet wordt opgeheven. Het alternatief is de ZFW-premie voor eens en voor altijd bij het brutoloon op te tellen. Dit leidt echter tot knikken in loonschalen rond de ZFW-grens en tot hogere premies en aanspraken in WAO en WW.

steld dat hierover geen premies voor werknemersverzekeringen hoeven te worden betaald. De tegemoetkoming van werkgevers in de ziektekosten van mensen die niet via het ziekenfonds verzekerd zijn wordt geacht niet te veranderen. Dit is overigens geen automatisme, aangezien de huidige bijdrage van werkgevers niet wettelijk is vastgelegd. Met eventuele endogene aanpassingen in de lonen wordt geen rekening gehouden. Er wordt dus verondersteld dat de loonkosten ongewijzigd blijven.³ De premie wordt vervolgens volledig ten laste gebracht van werknemers.

Bij wijze van alternatief zou ook verondersteld kunnen worden dat de huidige bijdragen van werkgevers in de kosten van de zorg vervallen en vervangen worden door een wettelijke heffing op de loonsom of de winst. Dit levert met name een probleem op bij de omzetting van de tegemoetkoming van werkgevers in de premie van particulier verzekerden. Deze tegemoetkoming verschilt immers per werkgever en is onderdeel van het cao-overleg; het is niet duidelijk wat hiermee gebeurt bij invoering van een wettelijk verplichte bijdrage aan de volksverzekering. In deze notitie is wel aangegeven hoe hoog de heffing als percentage van de loonsom of de winst zou moeten zijn ingeval de bijdrage van de werkgevers op macroniveau op hetzelfde niveau blijft als nu.

2. Zorgkosten en premies

In het deel van de volksverzekering dat thans door de AWBZ wordt bestreken verandert, behoudens een eventuele verandering in de heffing over de schijven, vooralsnog niets. De netto uitgaven van de AWBZ (inclusief administratiekosten en na aftrek van eigen bijdragen/betalen) bedragen in 2001 *f* 31 mld. Per saldo dragen een rijksbijdrage, vermogensvermindering en enkele inkomensoverdrachten voor *f* 5 mld bij aan financiering van de AWBZ-uitgaven. De inkomensafhankelijke premie draagt voor *f* 26 mld bij (netto, d.w.z. na aftrek van het aandeel van de AWBZ in de financiering van de heffingskortingen).

De uitgaven van de ZFW, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de eigen betalingen van particulier verzekerden voor zorg-

³In het kader van de interimregeling ontvangen ambtenaren een netto-vergoeding als tegemoetkoming in hun ziektekosten; het bruto-bedrag is afhankelijk van het marginale tarief. Het is niet op voorhand duidelijk of bij de invoering van de volksverzekering verondersteld moet worden dat de bruto-vergoeding of de netto-vergoeding op peil blijft. Het koopkrachteffect voor ambtenaren is daarom niet weergegeven.

voorzieningen in het ziekenfondspakket bedragen in totaal ruim *f* 43 mld. Voorts wordt aangenomen dat de huidige rijksbijdrage ZFW van ruim *f* 7 mld wordt aangewend voor de financiering van de volksverzekering. De inkomensafhankelijke premie voor de uitgaven in het tweede compartiment zal derhalve *f* 36 mld moeten bedragen.

Van de uitgaven van de volksverzekering moet *f* 62 mld worden gefinancierd uit inkomensafhankelijke bijdragen. De opbrengst per 1%-punt tariefverhoging is als volgt (bruteringsgevolgen voor de premiefondsen geneutraliseerd door aanpassing van rijksbijdragen):

- eerste schijf *f* 3,1 mld;
- tweede schijf *f* 1,4 mld;
- derde schijf *f* 0,6 mld;
- vierde schijf *f* 0,3 mld.

In variant a bedraagt de premie voor de ziektekostenverzekering 15,50% over alle vier schijven en in variant b 17,15% over de eerste en tweede schijf en 6,90%-punt over de derde en vierde schijf. In tabel 1 is het effect van de twee varianten op de tarieven (belasting en volksverzekeringen) weergegeven. In beide gevallen is vanwege de wijziging in het tarief van de eerste schijf sprake van een forse mutatie in de structurele bijdrage van de fondsen in de kosten van de heffingskortingen (BIKK).

De invoering van een inkomensafhankelijke bijdrage volksverzekering leidt met name in variant a tot een aanzienlijke verhoging van de marginale wig. De marginale wig in het basispad en die in variant a zijn weergegeven in figuur 1.

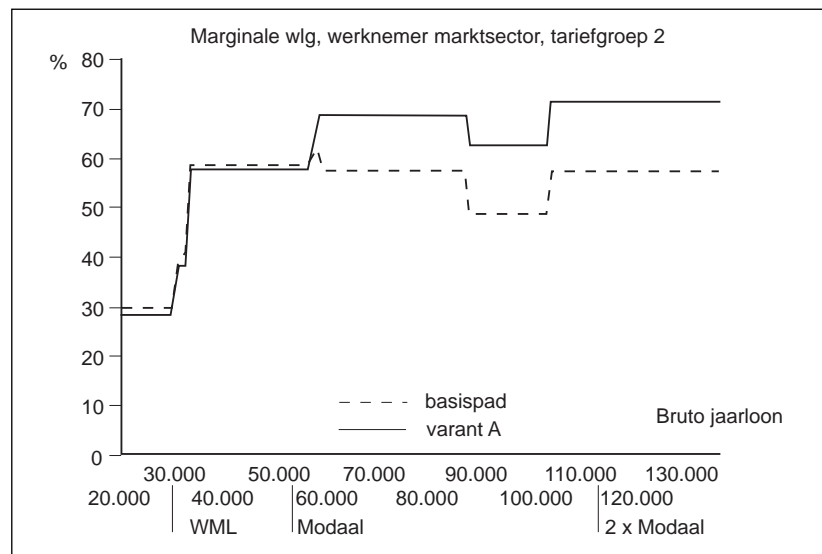
Tabel 1 Tarieven inclusief inkomensafhankelijke bijdrage volksverzekering zorg SP (in%)

	basis (MEV 2001)	variant a	variant b
eerste schijf ^a	32,25	37,50 (+ 5,25) ^b	39,15 (+ 6,90)
tweede schijf ^a	37,60	42,85 (+ 5,25)	44,50 (+ 6,90)
derde schijf	42,00	57,50 (+ 15,50)	48,90 (+ 6,90)
vierde schijf	52,00	67,50 (+ 15,50)	58,90 (+ 6,90)

^a Het tarief voor 65-plussers is in de eerste twee schijven 17,9%-punt lager dan de in de tabel vermelde tarieven.

^b De wijzigingen ten opzichte van de huidige tarieven staan tussen haakjes; de huidige tarieven zijn inclusief de AWBZ-premie van 10,25%-punt in de eerste en tweede schijf.

In verband met het door de SP geformuleerde uitgangspunt dat de werkgevers belast zouden moeten worden voor het deel dat zij nu bijdragen in de financiering van de zorg volgen nu enige cijfers van het huidige stelsel en twee door de SP voorgestelde methoden om die



Figuur 1 Effect volksverzekering zorg op marginale wlg werknemers (2001)

(macro) lasten in het door de SP voorgestelde stelsel ongewijzigd te laten.

Voor 2001 zijn als werkgeversbijdragen in de ziektekosten te onderscheiden de door de bedrijven, overheid en uitkeringsinstanties betaalde werkgeverspremie ZFW (*f* 13 mld) en *f* 2 mld aan interim en het werkgeversdeel in de KPZ (IZA e.d.). Daarnaast wordt aangenomen dat de tegemoetkoming aan particulier verzekerden in het bedrijfsleven, al dan niet als zodanig in arbeidscontracten benoemd, *f* 4 mld bedraagt. In totaliteit wordt derhalve gerekend met *f* 19 mld aan werkgeversbijdragen voor de ziektekosten.

Indien de huidige werkgeversbijdragen zouden vervallen en worden vervangen door een wettelijke premie als percentage van de relevante loon- en uitkeringssom (*f* 420 mld), dan zou deze 4,5% bedragen. Dit is lager dan de huidige werkgeverspremie ZFW, die (na correctie voor de incidentele vermogensvorming) 5,8% bedraagt. De heffing van 4,5% is echter verschuldigd over de gehele loon- en uitkeringssom, terwijl de ZFW-premie slechts verschuldigd is tot de premie-inkomensgrens ZFW. De invoering van een wettelijke premie als percentage van de loonsom leidt ceteris paribus tot een stijging van de loonkosten en vermindert de werkgelegenheid. Dit wordt mogelijk gecompenseerd door het wegvallen van de werkgeversbijdrage ZFW en de tegemoetkoming in de ziektekosten voor particulier verzekerden. In hoeverre deze tegemoetkoming daadwerkelijk vervalt en de loonkosten hierdoor dalen is echter afhankelijk van cao-overleg. De uitkomst hiervan is moeilijk in te schatten.

Indien de werkgeversbijdrage de vorm zou krijgen van een verhoging van de VpB, dan zou ex ante het tarief moeten worden verhoogd van 35% naar 55%. Het is duidelijk dat een dergelijke forse stijging gedragsreacties van ondernemingen uitlokt.

Het belastbaar inkomen van de vier schijven van box 1 bedraagt *f* 530 mld. Zou men ter verbetering van de zorg een additionele opbrengst van *f* 5 mld willen genereren dan moeten de vier tarieven met 0,95%-punt worden verhoogd.

3. Koopkrachteffecten

De koopkrachteffecten van de invoering van de volksverzekering zorg zijn vermeld in tabel 2. De koopkrachteffecten in variant a zijn gunstig voor lagere inkomens en zeer ongunstig voor hogere inkomens. Voor particulier verzekerden hangt het effect op de koopkracht af van de omvang en samenstelling van het huishouden.⁴ Alleenverdieners met een inkomen boven de ziekenfondsgrens betalen nu een particuliere nominale premie voor zichzelf, hun partner en eventueel hun kinderen. Vergeleken met alleenstaanden of tweeverdieners gaan zij er minder op achteruit, als zij een inkomensafhankelijke premie gaan betalen. Alleenstaanden en tweeverdieners (particulier verzekerde tweeverdieners staan niet in de tabel) betalen nu relatief minder dan alleenverdieners, zodat hun koopkrachteffect relatief ongunstiger is.

In variant b, waarin het AWBZ-deel net als nu via de eerste twee schijven wordt gefinancierd en het ZFW-deel via alle vier de schijven, zijn de koopkrachteffecten minder groot dan in variant a. Alleen alleenstaanden met hoge inkomens (twee keer modaal) en alleenverdieners met zeer hoge inkomens (drie keer modaal) gaan er nu nog fors op achteruit door de verhoging van de belasting- en premietarieven.

⁴Er is gerekend met een gemiddelde premie en gemiddelde eigen bijdragen voor particulier verzekerden. In werkelijkheid zijn de premies en eigen bijdragen mede afhankelijk van leeftijd en gezondheidskenmerken. De koopkrachteffecten voor particulier verzekerden vertonen dus enige spreiding rond het gepresenteerde gemiddelde koopkrachteffect.

Tabel 2 Koopkrachteffect volksverzekering zorg SP (in %)

	variant a	variant b
alleenstaanden		
minimum plus	4	1½
modaal	3½	1¼
2x modaal	-13	-7¼
alleenverdieners		
minimumuitkeringsgerechtigde met kinderen	4½	2½
minimumuitkeringsgerechtigde zonder kinderen	5	2¼
minimum plus	4¼	2½
modaal	3¾	1¾
2x modaal	-4¼	1½
3x modaal	-12½	-3¾
tweeverdieners		
tweeverdieners met kinderen, 1_x modaal	3½	1¼
tweeverdieners zonder kinderen, 1_x modaal	3¾	1½

Solidariteit in de ziektekostenverzekering

Alleen over tweede compartiment, dus voorheen ziekenfonds en particuliere verzekering, de AWBZ blijft (gelijk in variant b, die hier is bekeken).

A. Huidige stelsel

In de nota ‘solidariteit in de ziektekostenverzekering’ (1998) van de minister van VWS is de verdeling van de (premie)lasten in de zorgverzekering bekeken.

De verschillende vormen van solidariteit – het ziekenfonds kent zowel risico- als inkomenssolidariteit, de particuliere verzekering kent geen inkomenssolidariteit, wel enkele beperkte vormen van risico-solidariteit – leiden ertoe dat huishoudens met gelijke draagkracht in zeer verschillende mate bijdragen aan de financiering van de gezondheidszorg. Naarmate het inkomen van de huishoudens toeneemt, neemt het inkomensaandeel besteed aan de zorg af. Uit een internationaal vergelijkende studie ‘Equity in the finance and delivery of health care in Europe’ blijkt dat Nederland een van de meest degressieve lastenverdeling van de gezondheidszorg kent van de onderzochte twaalf landen.

Zo betaalt een alleenstaande met een minimuminkomen 14% van zijn netto besteedbaar inkomen aan premie en eigenbetalingen voor ziektekosten (ziekenfonds).

Een alleenstaande op tweemaal modaal betaalt 4% van zijn netto besteedbaar inkomen aan premie en eigen betalingen voor ziektekosten (particulier).

Minimuminkomen:

Het bruto minimuminkomen in 1997 was 28.928 gulden; netto besteedbaar inkomen is 21.358 (dit is het netto inkomen min de nominale betalingen ziektekosten (216 + 65 gulden)).

Premie en eigen betalingen:

Werknemerspremie 1,35 % (van 28.928)	391
Werkgeverspremie 5,55% (van 28.928)	1606
Belasting over werkgeverspremie (In 1997 nog overhevelingstoeslag 9,9%	
1606 + (9,9% van 1606)=1765	
37,3% (1 ^e schijf) van 1765	658
nominale premie zf	216
Eigen betalingen (1997)	85
Totaal	2956

Dat is 13,8 ofwel 14% van het netto besteedbaar inkomen.

Tweemaal modaal:

Tweemaal modaal in 1997 was 103.078 gulden; netto besteedbaar inkomen is 59.064

Premie en eigen betalingen:

Gemiddelde premie part. verzekering	1382
Gemiddelde eigen betaling	324
MOOZ-omslagbijdrage	155
WTZ-omslagbijdrage	324
Totaal	2185

Dat is 4% van het netto besteedbaar inkomen

B. Volksverzekering (variant b)

Het bruto minimuminkomen in 2001 is 32.971 gulden; het netto besteedbaar inkomen 26.467

Premies volksverzekering (6,9%):

Premie 1 ^e schijf	2261,06
Premie 2 ^e schijf	13,94
Totaal	2275

Dat is 8,6% van het netto besteedbaar inkomen

Twee maal modaal in 2001 is 120.000 gulden (afgerond modaal is 59.061, CPB); netto besteedbaar 69113,04

Premies volksverzekering (6,9%):

Premie 1 ^e schijf	2261,06
Premie 2 ^e schijf	1845,88
Premie 3 ^e schijf	2934,57
Premie 4 ^e schijf	1238,48
Totaal	8279,99

Dat is 12% van het netto besteedbaar inkomen.

De volksverzekering werkt dus uit in een progressieve lastenverdeling.