



Heeft het ziekenfonds nog toekomst?

Auteur(s):

Ven, W.P.M.M. van de
Schut, F.T.

Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering respectievelijk hoofddocent economie van de gezondheidszorg, instituut Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmus Universiteit Rotterdam.

Verschenen in:

ESB, 84e jaargang, nr. 4229, pagina 828, 12 november 1999

Rubriek:**Trefwoord(en):**

Zorgverzekeraars treden steeds vaker op als zorginkopers namens zorgverzekerden. Ontevreden verzekerden moeten daarom gemakkelijk van zorgverzekeraar kunnen wisselen, en verzekeraars dienen financieel belang te hebben bij doelmatige zorginkoop. Omdat aan deze eisen in de ziekenfondssector grotendeels is voldaan, maar in de AWBZ en de particuliere sector niet, verwachten de auteurs dat de ziekenfonds-verzekering zal worden uitgebreid.

Er lijkt een einde te komen aan de periode van betrekkelijke rust in de organisatie van het stelsel van zorgverzekeringen. Groeiende onvrede over het huidige beleid, een toenemende spanning tussen wensen en mogelijkheden en een steeds sterker wordende invloed van de interne Europese markt, hebben geleid tot een 'sense of urgency' dat een modernisering van het zorgverzekeringsstelsel noodzakelijk is. De standpunten van de grote politieke partijen over de toekomst van het stelsel lopen echter sterk uiteen, variërend van het opheffen van het ziekenfonds (VVD) tot 'iedereen in het ziekenfonds' (PvdA). In het Regeerakkoord 1998 is daarom afgesproken om aanpassingen van het stelsel van zorgverzekeringen nader te bestuderen. De SER is gevraagd voor 1 september 2000 te adviseren over de inrichting van het toekomstig stelsel van ziektekostenverzekeringen, in het bijzonder over de solidariteit in het stelsel.

In dit artikel analyseren wij de meest logische veranderingen in het stelsel van zorgverzekeringen wanneer de trend zich doorzet dat zorgverzekeraars steeds meer gaan optreden als inkopers van zorg.

De veranderende rol van zorgverzekeraars

Een belangrijke bestuurlijke vernieuwing van de gezondheidszorg die het afgelopen decennium is ingezet, is dat ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars geleidelijk steeds meer verantwoordelijkheid krijgen voor de inkoop van de zorg voor hun verzekerden. Na de sterke kostenstijgingen in de zorgsector in de jaren zestig en zeventig trok de overheid in toenemende mate de verantwoordelijkheid voor kostenbeheersing in de zorg naar zich toe. Dit leidde tot gedetailleerde overheidsbemoeienis met de capaciteitsplanning, prijsstelling en bekostiging van de zorg. De economische ordening in de zorgsector begon steeds meer gelijkenis te vertonen met de voormalige Oost-Europese centrale planeconomie. In het midden van de jaren tachtig ontstond echter steeds meer twijfel over het voor de zorgsector gekozen ordeningsprincipe. Met het advies van de commissie-Dekker (maart 1987) werd een radicale koerswijziging ingezet. Naast een voor iedereen verplichte basisverzekering pleitte de commissie voor gereguleerde concurrentie op twee markten: concurrentie tussen zorgverzekeraars en concurrentie tussen zorgaanbieders. De burger zou jaarlijks op basis van premie en kwaliteit moeten kunnen kiezen tussen zorgverzekeraars, die namens hun verzekerden optreden als kosten- en kwaliteitsbewuste inkopers van zorg.

Hoewel de basisverzekering (tot op heden) niet is gerealiseerd, hebben vooral in de Ziekenfondswet (ZFW) veel veranderingen plaatsgevonden om de beoogde wijziging in ordeningsmechanisme mogelijk te maken. Gewezen kan worden op de verhoging van het financieel risico van ziekenfondsen, de toenemende premieconcurrentie tussen ziekenfondsen, en de jaarlijkse mogelijkheid voor verzekerden om van ziekenfonds te veranderen. Bovendien zijn de door de overheid gereguleerde vaste zorgtarieven vervangen door maximum tarieven.

Deze maatregelen bleken niet voldoende voor effectieve concurrentie. De lange traditie van door de overheid gereguleerde prijs- en marktverdelingskartels in de zorgsector is hier mede debet aan geweest. In dit verband zullen de in 1998 van kracht geworden Mededingingswet en de toegenomen activiteiten van de Nederlandse Mededingingsautoriteit (NMa) in de gezondheidszorg van grote invloed kunnen zijn op de ordening in de zorg¹. De eerste, voorlopige besluiten van de NMa inzake de circa 300 ontheffingsverzoeken vanuit de zorgsector geven aan dat de talrijke marktverdelings-, prijs- en vestigingsregelingen waarschijnlijk op weinig clementie kunnen rekenen². Een tweede reden voor het geringe effect van de bestuurlijke vernieuwing is dat de overheid tegelijkertijd krampachtig bleef vasthouden aan de stringente aanbod- en prijsregulering. De regulering van de productiecapaciteit via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de budgettering van zorginstellingen en medische beroepsbeoefenaren op grond van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) beperkt in ernstige mate de speelruimte voor zorgverzekeraars om een eigen zorginkoopbeleid gestalte te geven. Centraal geplande schaarste verdraagt zich nu eenmaal slecht met marktwerking.

Om verschillende redenen lijkt deze centrale regulering echter haar langste tijd te hebben gehad. In de eerste plaats wordt steeds duidelijker dat de top-down regulering van aanbod en prijzen een efficiënte en op de behoeften van de patiënt toegesneden

zorgverlening in de weg staat. Ten tweede heeft de privatisering van de Ziektewet geleid tot een toenemende druk van werkgevers en ziekteverzekeraars om de wachtlijsten in de zorg weg te werken. Het gaat hierbij niet primair om meer geld, maar vooral om grotere flexibiliteit en efficiëntie in de organisatie van het zorgaanbod. Tenslotte werpt de totstandkoming van de interne Europese markt haar schaduwen vooruit naar de gezondheidszorg. Zo werd in de recente arresten Decker en Kohll duidelijk dat het principe van vrij verkeer van goederen en diensten grenzen stelt aan de mogelijkheid van de lidstaten om hun stelsel van gezondheidszorg af te schermen. Deregulering van de wvz en de WTG is op termijn onontkoombaar³. Het gevolg is dat de regie zal verschuiven van de overheid naar de zorgverzekeraars. Zowel in de ziekenfondssector als in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) zijn verdere stappen in die richting inmiddels aangekondigd.

Verdere versterking van de zorginkoopfunctie

In het Regeerakkoord is afgesproken dat het verbod op eigen instellingen voor ziekenfondsen gefaseerd zal worden opgeheven. Ziekenfondsen kunnen dan eigen zorgverleners in dienst nemen of bijvoorbeeld deelnemen in een apotheek of een hulpmiddelenleverancier. Via eigen instellingen kunnen ziekenfondsen straks ontsnappen aan het keurslijf van het overeenkomstenstelsel en de WTG. Als eerste is sinds 1 januari 1999 het verbod om een eigen apotheek te exploiteren opgeheven. Een tweede maatregel die aangekondigd is, is de experimentele invoering van een gepaste-zorgpolis, waarbij een doelmatig gebruik van voorzieningen wordt beloofd. Daarnaast zijn er verschillende manieren om de flexibiliteit en efficiëntie van de ziekenfondsverzekering te vergroten. Te denken valt aan een flexibilisering van de zorgaanpakken (bijvoorbeeld minder instellingsgebonden), aan de invoering van een vrijwillig eigen risico in ruil voor een passende premiekorting, en aan het opnemen van maximum levertijden als onderdeel van de wettelijke zorgplicht van ziekenfondsen⁴.

In de nota 'Zicht op zorg' (juni 1999) heeft de overheid een ingrijpende modernisering van de AWBZ aangekondigd. Belangrijke aangekondigde vernieuwingen zijn dat het regionale zorgkantoor (in dit geval de dominante regionale zorgverzekeraar) op termijn niet langer verplicht is met elke zorgaanbieder in de regio een contract te sluiten, dat de budgetgarantie van zorginstellingen komt te vervallen, dat er maximum tarieven komen, en dat de aanspraken van de verzekerden ontkoppeld worden van de zorgaanbieder en functioneel worden omschreven. Deze maatregelen bieden het zorgkantoor volop mogelijkheden om met de zorgaanbieders te onderhandelen over prijs, kwaliteit en dienstverlening, met als uiterste sanctie het niet afsluiten van een contract. Aldus kan een gezonde concurrentie tussen zorgaanbieders ontstaan.

Twee voorwaarden

Het succes van de toekomstige ordening van de zorgsector zal dus in sterke mate afhangen van de manier waarop zorgverzekeraars hun zorginkoopfunctie gestalte zullen geven. Voor het maatschappelijk succesvol vervullen van de zorginkoopfunctie door zorgverzekeraars moet tenminste aan de volgende twee noodzakelijke voorwaarden zijn voldaan: alle verzekerden, met name degenen die het meest van de gezondheidszorg gebruik maken, moeten jaarlijks desgewenst van zorgverzekeraar kunnen veranderen tegen een betaalbare premie, en de zorgverzekeraars moeten een voldoende financiële prikkel tot doelmatigheid hebben bij het inkopen van zorg.

De eerste voorwaarde houdt in dat verzekerden die ontevreden zijn kunnen 'stemmen met de voeten'. Het sociale-verzekeringskarakter van zorgverzekeringen brengt met zich mee dat dit moet kunnen tegen een betaalbare premie. Omdat het equivalentiebeginsel van een concurrerende verzekeringsmarkt (premiëdifferentiatie en risicoselectie) op gespannen voet staat met het solidariteitsbeginsel van de sociale zorgverzekeringen, is specifieke wettelijke regulering vereist om het voor iedereen, ongeacht ziekterisico, mogelijk te maken tegen een betaalbare premie jaarlijks van zorgverzekeraar te veranderen⁵.

De tweede voorwaarde houdt in dat de zorgverzekeraars een voldoende aandeel van een mogelijke doelmatigheidswinst bij de zorginkoop weerspiegeld zien in het eigen financieel resultaat. Zou dit niet het geval zijn, dan is het naïef te veronderstellen dat de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders op lange termijn zullen leiden tot doelmatige zorgverlening.

In hoeverre is thans voldaan aan deze twee noodzakelijke voorwaarden in de ziekenfondssector, de particuliere sector en de beoogde, gemoderniseerde AWBZ?

De ziekenfondssector

Hier is thans volledig voldaan aan de eerste voorwaarde. Elke verzekerde kan jaarlijks desgewenst van ziekenfonds veranderen. Een ziekenfonds mag niemand weigeren en moet aan al zijn verzekerden dezelfde nominale premie vragen, ongeacht leeftijd en gezondheid. Aan de tweede voorwaarde wordt in toenemende mate voldaan. Het financieel risico voor ziekenfondsen, dat wil zeggen het deel van een doelmatigheidswinst of ondoelmatigheidsverlies dat gemiddeld tot uitdrukking komt in het financieel resultaat van het betreffende ziekenfonds, is toegenomen van minder dan 3% in 1995 tot circa 35% in 1999. Het beleid is erop gericht om het financieel risico voor ziekenfondsen de komende jaren nog verder te laten toenemen.

De particuliere sector

Hier moet een onderscheid gemaakt worden tussen individueel verzekerden, collectief verzekerden, en degenen met een standaardpakketpolis op basis van de WTZ. De meeste individueel verzekerden kunnen slechts met grote nadelige financiële consequenties (premiëtoeslag of uitsluiting) of helemaal niet van verzekeraar veranderen omdat zij elders worden geweigerd, bijvoorbeeld wegens te slecht risico. Zij hebben elke premieverhoging en elke wijziging in de polisvoorwaarden maar te accepteren. Iemand die twintig jaar geleden een verzekeraar heeft gekozen, moet bovendien maar afwachten of deze verzekeraar nu nieuwe medische technologieën, geneesmiddelen of zorgaanbieders in de bestaande polis opneemt. Het ontbreken van de mogelijkheid betaalbaar van verzekeraar te veranderen wordt prangender naarmate verzekeraars zich via contracten met de zorgaanbieders meer met de zorginkoop bezig houden, de zorg 'in natura' aanbieden en hun verzekerden daarbij beperken in de keuze van zorgaanbieder.

Ook bij collectieve verzekeringen via de werkgever kan een individuele werknemer niet zonder grote nadelige financiële consequenties van verzekeraar veranderen, omdat hij dan meestal de ruime werkgeversbijdrage aan de verzekering verliest. Uiteraard kan de werkgever

voor de collectiviteit als geheel andere polisvoorwaarden bedingen of van verzekeraar veranderen, maar dat biedt geen garantie dat ingespeeld wordt op de preferenties van elke individuele werknemer. Wel is bij alle zogenaamde maatschappij-polissen voor individueel en collectief verzekerden volledig voldaan aan de tweede voorwaarde. Verzekeraars zijn volledig risicodragend.

In het WTZ-segment, waarin sprake is van een wettelijk geregelde standaardverzekering voor bejaarden, personen met een hoog ziekterisico en studenten, bestaat geen enkele prijs- of productconcurrentie. Zij die zijn aangewezen op de WTZ kunnen niet van verzekeraar veranderen. Voorts dragen de verzekeraars nauwelijks enig financieel risico bij de uitvoering ervan. Al jarenlang is het kabinetsbeleid erop gericht particuliere verzekeraars voor hun WTZ-uitgaven risicodragend te maken; tot nu toe vrijwel zonder succes. De in het Regeerakkoord 1998 aangekondigde maatregelen om verzekeraars risicodragend te maken voor de WTZ⁶ waren binnen een jaar al weer van tafel, zonder dat het kabinet hiervoor alternatieve voorstellen heeft gedaan. Constructieve voorstellen van de MDW-werkgroep WTZ⁷ worden door kabinet en verzekeraars tot nu toe genegeerd.

De AWBZ-sector

Medio jaren negentig werd, zonder onderbouwing, besloten om in de AWBZ af te zien van concurrentie tussen risicodragende zorgverzekeraars. In het recente voorstel voor modernisering van de AWBZ worden de regionale zorgkantoren verantwoordelijk voor het contracteren met zorgaanbieders. Burgers kunnen hun zorgkantoor niet kiezen, want zorgkantoren hebben een regionaal monopolie. Voorts dragen de zorgkantoren geen enkel financieel risico in verband met het contracteren van zorg⁸. Aan de twee bovengenoemde voorwaarden is in de awbz derhalve niet voldaan.

In [tabel 1](#) wordt een overzicht gegeven van de mate waarin is voldaan aan de twee noodzakelijke voorwaarden voor het maatschappelijk succesvol vervullen van de zorginkoopfunctie door zorgverzekeraars. Geconcludeerd kan worden dat in de AWBZ- en WTZ-sector aan geen van beide voorwaarden is voldaan en dat de meeste particulier verzekerden niet zonder grote nadelige financiële consequenties van verzekeraar kunnen veranderen. De conclusie luidt dat de vooruitzichten voor een effectieve vervulling van de zorginkoopfunctie door zorgverzekeraars in de ziekenfondssector aanzienlijk gunstiger zijn dan in de particuliere sector.

Tabel 1. De mate waarin zorgverzekeringen voldoen aan twee voorwaarden voor het maatschappelijk succesvol vervullen van de zorginkoopfunctie door verzekeraars

Voorwaarde	ZFW	Particulier			AWBZ
		Individueel	Collectief	WTZ	
Mobiliteit: stemmen met de voeten tegen betaalbare premie	Ja	Alleen jonge en gezonde personen	Alleen collectiviteit als geheel	Nee	Nee
Prikkel tot doelmatigheid bij verzekeraar	Toenemend	Ja	Ja	Nee	Nee

Uitbreiding van de ziekenfondssector

Tegen bovenstaande achtergrond zullen verwachte ontwikkelingen worden geschetst voor het stelsel van zorgverzekeringen in de komende tien tot twintig jaar. Wij verwachten dat het financieel risico van ziekenfondsen in de eerstkomende jaren verder zal worden verhoogd bij gelijktijdige verbetering van het normuitkeringensysteem. Bijgevolg kan in de ziekenfondssector binnen enkele jaren in voldoende mate ook aan de tweede bovengenoemde voorwaarde zijn voldaan.

In de particuliere sector bestaat op dit moment geen enkele perspectief dat op termijn kan worden voldaan aan beide genoemde noodzakelijke voorwaarden. Zoals gezegd vereist het gecompliceerde probleem van het laten samengaan van equivalentie en solidariteit specifieke wettelijke regulering. In de ziekenfondssector is dit probleem de afgelopen tien jaar energiek aangepakt. De particuliere verzekeraars hebben in dezelfde periode pogingen om ook de particuliere ziektekostenverzekering te moderniseren effectief weten te blokkeren. Maar dit lijkt een Pyrrus-overwinning; zodra ook particuliere ziektekostenverzekeraars meer als zorginkopers (moeten) gaan optreden, terwijl het voor grote groepen verzekerden in de particuliere verzekering blijft ontbreken aan mogelijkheden om van verzekeraar te veranderen, zal de maatschappelijke druk toenemen om deze verzekerden toe te laten tot de ziekenfondssector.

Het meest urgente probleem is de gebrekkige marktordering van het WTZ-segment, waar het zowel ontbreekt aan keuzevrijheid voor verzekerden als aan financieel risico voor verzekeraars. Nu tien jaar vruchteloze pogingen om de WTZ zelf te hervormen niets hebben opgeleverd, lijkt de meest voor de hand liggende oplossing gelegen in de overheveling van de WTZ naar de ziekenfondsverzekering. De meest pragmatische manier om dit te realiseren is een herinvoering van de in 1986 afgeschafte vrijwillige ziekenfondsverzekering. Maar dan wel een gemoderniseerde variant, gebaseerd op hetzelfde ordeningsprincipe als de verplichte ziekenfondsverzekering. In hoofdlijnen zou die er als volgt uit kunnen zien:

» toegankelijk voor (bepaalde) ingezetenen die niet verplicht ziekenfondsverzekerd zijn. Deze personen zouden eenmaal per jaar van ziekenfonds moeten kunnen veranderen. De acceptatieplicht zou in eerste instantie kunnen gelden voor degenen die thans onder de WTZ vallen. Vervolgens zou de acceptatiegrondslag kunnen worden uitgebreid met andere groepen particulier verzekerden die aantoonbaar moeilijk van verzekeraar kunnen veranderen, en op termijn met alle niet-verplicht ziekenfondsverzekerden;

» een premie per verzekerde, gelijk aan de nominale premie van de verplichte ziekenfondsverzekering plus een vaste opslag. Prijsconcurrentie is mogelijk omdat ziekenfondsen zelf de hoogte van de nominale premie bepalen. De opslag wordt door de overheid vastgesteld, en is onafhankelijk van het door de verzekerde gekozen ziekenfonds. Voor de WTZ-verzekerden zou de opslag per verzekerde gelijk kunnen zijn aan de huidige WTZ-premie minus de landelijk gemiddelde nominale premie voor de verplichte verzekering;

» ziekenfondsen moeten de vaste opslagen storten in de Algemene Kas waaruit zij een normuitkering ontvangen conform de systematiek van de verplichte ziekenfondsverzekering. De huidige WTZ-heffing kan worden samengevoegd met de heffing in het kader van de Wet Medefinanciering Oververtegenwoordiging Oudere Ziekenfondsverzekerden MOOZ. Deze heffing zou dan niet alleen een compensatie moeten bevatten voor een oververtegenwoordiging van ouderen maar ook van ongezonden: een M600Z-heffing.

De omvorming van de WTZ tot een gemoderniseerde vrijwillige ziekenfondsverzekering heeft als voordeel dat er geen Europeesrechtelijke problemen ontstaan, geen inkomenseffecten optreden, en er geen omvangrijke financiële reserves mee gemoeid zijn [9](#).

Vrijwillig of verplicht?

Bij het verlenen van toegang aan particulier verzekerden tot de ziekenfondsverzekering zal zich de vraag voordoen of er sprake moet zijn van een verplichte of vrijwillige overgang. De ratio van een verzekeringsplicht is gelegen in het tegengaan van 'free rider'-gedrag of in het tegemoetkomen aan paternalistische motieven. Mensen met een laag inkomen en een gering vermogen zouden kunnen besluiten zich niet te verzekeren in de verwachting dat de maatschappij hen in geval van ziekte niet zal laten creperen omdat zij de benodigde zorg niet uit eigen zak kunnen betalen. Daarnaast kunnen mensen zich ook onvoldoende verzekeren doordat zij de financiële risico's van ziekte onderschatten. Om dit te voorkomen zou de overheid uit paternalistische overwegingen een verzekering voor de lagere inkomensgroepen verplicht kunnen stellen (bemoeigoedmotief). Voor mensen met een hoger inkomen of vermogen is 'free-rider'-gedrag minder interessant en tellen ook paternalistische motieven minder zwaar omdat zij in geval van ziekte eerst hun inkomen en vermogen moeten aanspreken alvorens een beroep op bijstand vanuit de samenleving zal worden gehonoreerd. Het is niet nodig en wenselijk om een particulier verzekerde met een hoog inkomen en een polis met een beperkte dekking en hoog eigen risico te verplichten zich te verzekeren voor een veel breder basispakket zonder eigen risico. Daarmee gepaard gaand moreel risico zal immers leiden tot hogere zorguitgaven waaraan dan ook de lagere inkomensgroepen moeten bijdragen. Hoe hoog de inkomensgrens van de verplichte ziekenfondsverzekering precies moet zijn, hangt af van de mate waarin mensen bij verschillende inkomensniveau's bereid zijn zich vrijwillig voldoende te verzekeren.

Een gevolg van een vrijwillige ziekenfondsverzekering is het optreden van adverse selectie: chronisch zieken en ouderen zullen eerder geneigd zijn voor een volledige dekking van de ziekenfondsverzekering te kiezen terwijl gezonde jongeren wellicht voor een particuliere verzekering met een hoog eigen risico zullen kiezen. Op zich is dit geen probleem voor de solidariteit, mits laatstgenoemden maar voldoende solidariteitsbijdragen betalen aan eerstgenoemden. Het is een hardnekkig misverstand dat een verzekeringsplicht noodzakelijk zou zijn voor risicosolidariteit. Hoewel ze een manier kan zijn om de voor risicosolidariteit benodigde kruissubsidies af te dwingen, gaat een verzekeringsplicht hierin verder dan noodzakelijk. In principe kan worden volstaan met een subsidieplicht. Zo kan voldoende risico- en eventueel ook inkomenssolidariteit tussen de particuliere- en ziekenfondssector worden afgedwongen via aanpassing van de huidige MOOZ-heffing.

Afhankelijk van de vormgeving zou een verzekeringsplicht tot lagere transactiekosten leiden dan een subsidieplicht. Daartegenover staan mogelijke nadelen, zoals hogere zorgkosten ten gevolge van de naar verwachting ruimere verzekeringsdekking van de ziekenfondsverzekering en een geringere keuzevrijheid in verzekeringsdekking. Bovendien zal een uitbreiding van de verzekeringsplicht waarschijnlijk op meer politieke en maatschappelijke weerstand stuiten dan een uitbreiding van de subsidieplicht.

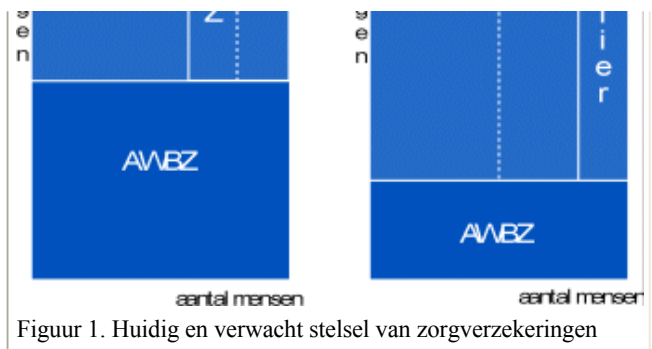
In [tabel 1](#) is aangegeven dat ook in de AWBZ-sector aan geen van beide genoemde voorwaarden is voldaan. Om wel te voldoen zou de AWBZ kunnen worden overgeheveld naar het tweede compartiment, nadat daar voor iedereen voldoende keuzevrijheid is gerealiseerd. Er zijn echter goede argumenten om dit niet voor alle AWBZ-verstrekkingen te doen. Ten eerste lijken niet alle voorzieningen zich te lenen voor een allocatie op grond van gereguleerde concurrentie tussen zorgverzekeraars. Voor vormen van zorg waarvoor onvoldoende kritische vragers zijn, de contracten moeizaam te specificeren zijn waardoor de transactiekosten hoog zijn (bijvoorbeeld geestelijke gezondheidszorg), en waarbij er sprake is van belangrijke externe effecten (collectieve preventie), lijkt het model van gereguleerde concurrentie bijvoorbeeld minder geschikt [10](#). Een meer praktische overweging is dat voor bepaalde vormen van de klassieke AWBZ-verstrekkingen, zoals zorg voor verstandelijk gehandicapten en langdurige verpleeghuiszorg, 'free rider'-gedrag en paternalistische motieven voldoende redenen zijn voor een verzekeringsplicht voor de gehele bevolking. Voor het eerste jaar AWBZ-zorg lijkt een verzekeringsplicht alleen noodzakelijk voor mensen beneden een bepaalde inkomensgrens.

Bepaalde vormen van AWBZ-zorg tot een maximum van een jaar zouden derhalve naar het tweede compartiment kunnen worden overgeheveld. Voor deze vormen van AWBZ-zorg is dan voldaan aan de randvoorwaarden voor een effectieve zorginkoopfunctie. Tegelijkertijd wordt daarmee de zogenaamde schotten-problematiek tussen onderling samenhangende en substitueerbare vormen van zorg (bijvoorbeeld tussen ziekenhuiszorg en thuis- of verpleeghuiszorg) sterk verminderd.

Conclusie

De superieure marktordeningcondities in de ziekenfondssector zullen een belangrijk argument vormen om de ziekenfondsverzekering geleidelijk uit te breiden ten koste van zowel de particuliere ziektekostenverzekering als de AWBZ (zie [figuur 1](#)). Een logische eerste stap in die richting is de omvorming van de WTZ tot een gemoderniseerde vrijwillige ziekenfondsverzekering





1 Zie de uitspraken van NMa-directeur Kist over kartelvorming in de zorg tijdens een bijeenkomst van de zorgverzekeraars. *NRC Handelsblad*, 28 september 1999.

2 Zorgverzekeraars vrezen massale nietigheid tariefafspraken, *Zorgverzekeraars Journaal*, 1 juli 1999, blz. 1-2.

3 Ter vervanging van de WZV is een nieuw wetsvoorstel (Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen) in voorbereiding, terwijl in het najaar van 1999 een notitie over het aanpakken van prikkels tot ondoelmatigheid in de WTG is toegezegd.

4 W.P.M.M. van de Ven, Maximum levertijd gaat tweedeling in de zorg tegen, *NRC Handelsblad*, 6 januari 1998.

5 Zie W.P.M.M. van de Ven, R.C.J.A. van Vliet, F.T. Schut en E.M. van Barneveld, [Vouchers voor particuliere ziektekostenverzekeringen](#), *ESB*, 20 november 1996, blz. 948-952.

6 Zie F.T. Schut, [WTZ van vangnet naar valkuil?](#), *ESB*, 30 oktober 1998, blz. 817-820.

7 Zie voor een samenvatting E. Langeveld en G.W.J.M. Linssen, [De WTZ: een scheurend vangnet?](#), *ESB*, 17 juli 1998, blz. 560-563.

8 De vormgeving van prikkels voor een doelmatige uitvoering van de aan zorgkantoren toegekende taken is een van de onderwerpen van het MDW-project AWBZ, dat recent van start is gegaan.

9 Thans moet binnen de WTZ een voorziening worden opgebouwd ter hoogte van ruim 16% van de schade op jaarbasis. Bij omvorming tot een vrijwillige ziekenfondsverzekering zou deze reservevereiste meer dan gehalveerd kunnen worden.

10 R.M. Lapré, F.F.H. Rutten en F.T. Schut, *Algemene economie van de gezondheidszorg*, Elsevier/De Tijdstroom, Maarssen, 1999, blz. 221-222.