

**Beleidsdoorlichting van artikel 2.3 van de VWS-begroting
'Bevorderen werking van het stelsel'**

**Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Directoraat-Generaal Curatieve Zorg
Maart 2016**

Inhoudsopgave

1	Samenvatting	4
2	Toelichting op het onderzoek	10
2.1	Inleiding	10
2.2	Onderzoeksaanpak	11
2.3	Afbakening	12
2.4	Grondslag voor de beleidsopties	12
2.5	Organisatie van de beleidsdoorlichting en onafhankelijke deskundige	13
2.6	Leeswijzer	14
3	Werking stelsel curatieve zorg	15
3.1	Inleiding	15
3.2	Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg	16
3.2.1	<i>Het systeem van de gezondheidszorg</i>	16
3.2.2	<i>De beleidstheorie van artikel 2 'Curatieve zorg'</i>	16
3.2.3	<i>A. Zorgverzekeringsmarkt</i>	17
3.2.4	<i>B. Zorginkoopmarkt</i>	19
3.2.5	<i>C. Zorgverleningsmarkt</i>	20
3.2.6	<i>Conclusie</i>	21
3.3	Overige actoren in het zorgstelsel waaronder toezichthouders	22
3.3.1	<i>Zorginstituut Nederland</i>	22
3.3.2	<i>Nederlandse Zorgautoriteit</i>	23
3.3.3	<i>Overige toezichthouders DNB, AFM, ACM en IGZ</i>	24
3.4	Beleidsartikel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel'	24
4	Voorkomen van wanbetalers en onverzekerden	27
4.1	Inleiding	27
4.2	Subsidie Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen	27
4.2.1	<i>Inleiding</i>	27
4.2.2	<i>Doelstelling(en)</i>	27
4.2.3	<i>Werkwijze van de SKGZ</i>	27
4.2.4	<i>Financiën</i>	28
4.2.5	<i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>	28
4.2.6	<i>Effectiviteit</i>	28
4.2.7	<i>Evaluatie</i>	29
4.2.8	<i>20% variant</i>	29
4.3	Uitvoeringskosten onverzekerden	30
4.3.1	<i>Inleiding</i>	30
4.3.2	<i>Doelstelling(en)</i>	30
4.3.3	<i>Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen</i>	30
4.3.4	<i>Ontwikkeling van het aantal onverzekerden</i>	31
4.3.5	<i>Effectiviteit</i>	31
4.3.6	<i>Evaluatie van de Wet Ovoz</i>	31
4.3.7	<i>Financiën</i>	32
4.3.8	<i>20% variant</i>	34
4.4	Uitvoeringskosten wanbetalersregeling	35
4.4.1	<i>Inleiding</i>	35
4.4.2	<i>Doelstelling(en)</i>	35
4.4.3	<i>Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen</i>	35
4.4.4	<i>Werking van de regeling</i>	35
4.4.5	<i>Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime</i>	36
4.4.6	<i>Evaluatie uitvoering wanbetalersregeling</i>	37
4.4.7	<i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>	37
4.4.8	<i>Financiën</i>	38
4.4.9	<i>Ontvangsten bestuursrechtelijk premiereregime wanbetalers</i>	38
4.4.10	<i>Overige financiële aspecten</i>	38
4.4.11	<i>Effectiviteit</i>	38
4.4.12	<i>20% variant</i>	39
4.4.13	<i>Volgend evaluatiemoment</i>	41

5	Onderzoeks- en communicatiemiddelen	42
5.1	Inleiding	42
5.2	Onderzoeksgelden voor de risicovereeniging	42
5.2.1	<i>Inleiding</i>	42
5.2.2	<i>Doelstelling(en)</i>	42
5.2.3	<i>Onderzoeksprogramma</i>	43
5.2.4	<i>Effectiviteit</i>	43
5.2.5	<i>Actuele beleidsontwikkelingen</i>	44
5.2.6	<i>Financiën</i>	44
5.2.7	<i>Beleidsalternatieven</i>	44
5.2.8	<i>20% variant</i>	45
5.3	Uitvoering zorgverzekeringstelsel.....	45
5.3.1	<i>Inleiding</i>	45
5.3.2	<i>Doelstelling(en)</i>	45
5.3.3	<i>Besteding van de middelen in de jaren 2013 en 2014</i>	45
5.3.4	<i>Effectiviteit</i>	47
5.3.5	<i>Financiën</i>	47
5.3.6	<i>Beleidsalternatieven en 20% variant</i>	47
5.4	Uitvoerings- en onderzoekskosten project Zinnig en Zuinig Zorginstituut	48
5.4.1	<i>Inleiding</i>	48
5.4.2	<i>Doelstelling(en)</i>	48
5.4.3	<i>Werkwijze van het programma 'Zinnig en Zuinig'</i>	48
5.4.4	<i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>	49
5.4.5	<i>Financiën</i>	49
5.4.6	<i>20% variant</i>	49
6	Overige instrumenten.....	50
6.1	Inleiding	50
6.2	Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg	50
6.2.1	<i>Inleiding</i>	50
6.2.2	<i>Doelstelling(en)</i>	51
6.2.3	<i>Relevante onderzoeken</i>	51
6.2.4	<i>Actuele ontwikkelingen</i>	51
6.2.5	<i>Financieel</i>	52
6.3	Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel	52
6.3.1	<i>Inleiding</i>	52
6.3.2	<i>Doelstelling(en)</i>	53
6.3.3	<i>Uitvoering</i>	53
6.3.4	<i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>	53
6.3.5	<i>Financiën</i>	54
6.4	C2000	54
6.4.1	<i>Inleiding en achtergrond</i>	54
6.4.2	<i>Doelstelling(en)</i>	54
6.4.3	<i>Actuele (beleids-)ontwikkelingen</i>	54
6.4.4	<i>Financiën</i>	55
7	Bijlagen	56
7.1	Het oordeel van de onafhankelijke deskundige over de kwaliteit van de beleidsdoorlichting	56
7.2	Overzicht van betrokken organisaties	56
7.3	Lijst met afkortingen	56

1 Samenvatting

Inleiding

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (hierna: VWS) heeft een beleidsdoorlichting uitgevoerd van het VWS-begrotingsartikel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel'.

Een beleidsdoorlichting is een periodiek onderzoek naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van gevoerd beleid. Het (synthese) onderzoek wordt ex-post uitgevoerd naar een begrotingsartikel of een samenhangend onderdeel van een beleidsartikel.

Hoewel voor alle beleidsdoorlichtingen het stramien van de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) wordt gevolgd is vanwege de aard van het betreffende begrotingsartikel (of onderdeel daarvan) geen onderzoek gelijk. Voor het onderwerp van deze beleidsdoorlichting geldt dit in het bijzonder. Artikel 2.3 van de VWS-begroting kent geen overkoepelend thema, maar huisvest negen instrumenten die het stelsel van de curatieve zorg ondersteunen of, zo men wilt, bevorderen. De titel van dit artikel 'Bevorderen werking van het stelsel' is enigszins misleidend aangezien deze naam de suggestie kan wekken dat dit artikel de rol van de overheid binnen het Nederlandse zorgstelsel omvat en daarmee het gesprek daarover opent.

Een naam als 'ondersteuning stelsel' voor dit artikel zou de lading beter dekken. De titel van beleidsartikel 2 – een niveau hoger – is 'curatieve zorg'; een kwalitatief goed en toegankelijk stelsel voor curatieve zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten.

Gelet op het karakter (en de samenstelling van de instrumenten) van dit begrotingsartikel is er besloten om waar mogelijk de instrumenten in samenhang te beschouwen.

Waar de samenhang ontbreekt, is ervoor gekozen om per instrument de vragen uit de RPE te beantwoorden. Waar het instrument onlangs is ingesteld, de beleidsverantwoordelijkheid bij een ander departement ligt of op artikel 2.3 is 'geparkeerd' en daarmee niet het stelsel ondersteunt of dat een maatregel is gebaseerd op een gerechtelijke uitspraak (Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel) is besloten – en aangekondigd – dat deze wel worden besproken, maar niet het stramien van de RPE wordt gevolgd. In deze beleidsdoorlichting zijn deze de niet-focus instrumenten genoemd.

In deze beleidsdoorlichting is – naast het functioneren van de instrumenten op artikel 2.3 – een globaal beeld gegeven van het functioneren van de curatieve zorg. Dit op verzoek van de begeleidingscommissie en met het doel om duidelijk te maken hoe artikel 2.3 past en functioneert binnen het Nederlandse systeem van de gezondheidszorg.

Het stelsel van de curatieve zorg

Met de komst van de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg) en de Zorgverzekeringswet (Zvw) in 2006 is een verandering in gang gezet over hoe zorgverlening in Nederland wordt georganiseerd. In plaats van een aanbod gestuurd zorgstelsel, werd een nieuw, vraag gestuurd stelsel beoogd met private zorgverzekeraars als centrale spelers, concurrentie tussen zorgaanbieders, en verzekerden en patiënten als kritische consumenten van zorg.

De overall conclusie van deze beleidsdoorlichting is dat de verschillende studies die betrekking hebben op het huidige stelsel van de curatieve zorg, zoals de evaluatie van de Zvw (2014), erop duiden dat de werking van het huidige stelsel van de curatieve zorg verder is verbeterd. Uit de evaluatie van de Zvw blijkt voorts dat er op de verzekeringsmarkt geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars. Verzekeraars geven goed invulling aan de acceptatieplicht; er is geen risicoselectie waarneembaar. Dit wijst op een redelijk tot goed werkend risicovereveningssysteem. Wel dient de transparantie van kwaliteit van het zorgaanbod te worden verbeterd zodat patiënten en zorgverzekeraars daarop beter kunnen kiezen.

De evaluatie van de Zvw geeft daarnaast de volgende risico's en verbeterpunten aan: a) het ex ante risicovereveningsmodel, b) de aanvullende verzekeringen, c) de effectiviteit van het eigen risico op de omvang van het zorggebruik, d) de beperkende mobiliteit door collectiviteiten, e) de strekking van het begrip zorgplicht door verzekeraars en f) de hoogte van de nominale premie en zorgtoeslag in relatie tot het aantal wanbetalers.

Het kabinet heeft haar zienswijze op de evaluatie van de Zvw gegeven. Daaruit zijn ook de volgende maatregelen naar voren gekomen. Gedoeld wordt bijvoorbeeld op de maatregelen die het gevolg zijn van het 'Jaar van de transparantie' en de verbetering en de verdere doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel. Daarnaast zijn mede op basis van de evaluaties van de Ovoz en de wanbetalersregeling er maatregelen getroffen die toezien op verbetering van de uitvoering van de regelingen wanbetalers en onverzekerden.

Bij de evaluatie van de Wmg (2014) is gekeken naar de tarief- en prestatieregulering, het markttoezicht en toezicht op de uitvoering van de Zvw en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

De onderzoekers komen tot het oordeel dat het wettelijk instrumentarium afdoende is, maar dat in de toepassing door de Nederlandse Zorgautoriteit (NZa) verbeterlagen mogelijk zijn.

Zo kan het toezicht meer *principle based*¹ in plaats van *rule based* vormgeven worden.

Wel geven de onderzoekers aan dat de samenloop van regulerings- en toezichtstaken bij de NZa tot verwarring leidt en dat de NZa in haar optreden onvoldoende scheiding aanbrengt tussen haar rollen. Mede naar aanleiding van de evaluatie van de Wmg en het rapport van de commissie Borstlap wordt de Wmg aangepast om de NZa te positioneren als robuuste en onafhankelijke toezichthouder. Dit wordt bewerkstelligd door een herpositionering van de reguleringstaken tussen het ministerie van VWS en de NZa. VWS zal voortaan zelf de reguleringskaders vaststellen (de beleidsrijke regulering) en de NZa voert deze regulering uit (uitvoeringsregulering).

Deze herpositionering zal bijdragen aan de rolvastheid van de NZa en een verduidelijking van de rolverdeling tussen VWS en NZa. Daarnaast wordt het markttoezicht (zorgspecifieke fusietoets en het aanmerkelijke marktkracht instrumentarium) overgeheveld naar de Autoriteit Consument & Markt (ACM) om het markttoezicht in de zorg te versterken.

De instrumenten op artikel 2.3

Onderstaand wordt ingegaan op de bevindingen en conclusies zoals die getrokken zijn op 'sec' de instrumenten op artikel 2.3 van de VWS-begroting.

Algemeen

- De doorlichting concludeert dat de naamgeving van het VWS-begrotingsartikel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel' verbeterd kan worden. Het wekt de suggestie dat dit artikel de rol van de overheid binnen het Nederlandse zorgstelsel omvat. In werkelijkheid betreft het een set instrumenten, die – deels in samenhang, deels individueel – geacht worden bij te dragen aan het ondersteunen van de goede werking van het stelsel. De doorlichting stelt daarom voor een beter passende naam bijvoorbeeld 'Ondersteuning van het stelsel' aan dit artikel te geven.
- Deze beleidsdoorlichting biedt inzichten doordat er – daar waar mogelijk – in samenhang is gekeken naar de instrumenten die het curatieve stelsel ondersteunen. Ook de duiding waar bepaalde instrumenten van artikel 2.3 op dit stelsel aangrijpen is informatief. Het verdient dan ook aanbeveling om na de huidige programmering de volgende beleidsdoorlichting 'op te schalen' naar het niveau van beleidsartikel 2.
- Er is geconstateerd dat zowel doeltreffendheid als doelmatigheid moeilijk meetbaar is bij de instrumenten op dit beleidsartikel. Bij met name de instrumenten onverzekerden en wanbetalers is vooraf niet duidelijk afgebakend wat de doelen en of streefwaarden zijn. Beleid (en in de 'slipstream' ook toekomstige evaluaties) kan verder in waarde toenemen als er aan de voorkant duidelijkere doelen worden bepaald over het gewenste doelbereik. Tevens dienen de niet-beïnvloedbare effecten te worden aangegeven. Bij de evaluatie is het van belang aan te geven in hoeverre de doelstellingen worden behaald en of ze doelmatig worden behaald.

Het voorkomen van wanbetalers en onverzekerden

¹ Bij *rule-based* wordt via regels het gedrag beïnvloed. *Principle-based* gaat uit van minder regels en ligt de focus vooral op de relevante principes.

Voor de Zvw geldt een verzekeringsplicht die individuen beschermt tegen onverwachte hoge zorgkosten en creëert op macro-niveau solidariteit (betaalbaarheid) en ook daarmee toegankelijkheid. Uit de beleidsdoorlichting blijkt dat het gecombineerde ondersteunende preventie- en opsporingsbeleid van wanbetalers en onverzekerden bijdraagt aan de solidariteit binnen de zorgverzekeringen.

Het 'hart' van artikel 2.3 betreft (de uitvoering) van het beleid rond het voorkomen van wanbetalers en onverzekerden. Deze uitvoering verloopt in algemene zin goed, waarbij er op het ministerie en bij de uitvoerende partijen Sociale Verzekeringsbank (SVB) en Zorginstituut Nederland (het Zorginstituut) voortdurend wordt gezien of verdere verbetering nodig is. De instrumenten grijpen direct in op de belangrijke pijlers van het systeem; de wettelijke verzekeringsplicht en de plicht tot het betalen van de premie. Uit evaluaties naar de opsporingsregelingen blijkt dat deze effectief zijn, maar dat de vermeende effectiviteit ook sterk wordt beïnvloed door de economische conjunctuur.

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SGKZ) verstrekt nuttige informatie ter voorkoming van onverzekerden en wanbetalers. Het bereik is divers. Immers, naast doelgroepgerichte en individuele voorlichting worden bijeenkomsten georganiseerd voor professionals en vrijwilligers in het sociale domein. Waar mogelijk wordt samengewerkt met de zorgverzekeraars en regionale partijen.

Onverzekerd zijn of 'wanbetalen' is van veel factoren afhankelijk, waaronder de economische conjunctuur. Het feit dat na voorlichting het aantal klantcontacten (vragen) stijgt toont aan dat er wordt ingespeeld op een behoefte. Hoewel er voldoende data beschikbaar is over het aantal klantcontacten, de bemiddeling en de gegeven voorlichtingsbijeenkomsten, kan de doeltreffendheid en doelmatigheid ook mede door de bovengenoemde externe factoren van het onverzekerd of wanbetaler zijn niet goed gemeten worden. Begin 2015 is een aanvullende projectsubsidie (intensivering) verstrekt om het bereik van de activiteiten verder te vergroten.

Het opsporen van onverzekerden verloopt goed en levert extra opbrengsten op

De SVB, het Zorginstituut en het Centraal Justitieel Incassobureau (CJIB) voeren de verschillende stappen uit (opsporing, aanschrijving, beboeten, ambtshalve verzekeren) in het opsporingstraject van de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz).

Uit de evaluatie van de Wet Ovoz (in 2014) blijkt dat het systeem en de uitvoering in hoge mate doeltreffend en doelmatig is. Een duidelijke dalende tendens van het aantal onverzekerden is zichtbaar over de onderzochte jaren, terwijl ook de toerekenbare uitvoeringskosten iets dalen. Een andere belangrijke trend is de toename van ontvangsten als gevolg van het alsnog betalen van de nominale premies en – in beperktere mate – de opbrengsten uit inning en incasso.

De uitvoeringspraktijk van de aanpak van wanbetalers is 'under construction' voor verdere verbetering

Indien een verzekeringsplichtige zich weliswaar heeft verzekerd, maar de premiebetaling nalaat, wordt – voor de wanbetaler – de verschuldigde premie bij de zorgverzekeraar omgezet in een bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut en het CJIB voeren de wanbetalersregeling uit. Dit doen zij – zo blijkt uit de evaluatie van de wanbetalersregeling (2011) en de beschikbare data – met wisselend succes. Aangetoond is dat de wanbetalersregeling werkt en een belangrijk deel van de samenhangende aanbevelingen uit de evaluatie de afgelopen jaren zijn geïmplementeerd. Echter, het aantal wanbetalers nam tot medio 2014 toe, al is dat niet 1 op 1 te relateren aan de uitvoering van de regeling.

De wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen' zal de effectiviteit van de regeling vergroten. De minister van VWS zendt binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet aan de Tweede Kamer een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk (artikel 1b van deze wet).

Onderzoeks- en communicatiemiddelen

Belangrijke aspecten in het Nederlandse curatieve zorgstelsel zijn de samenstelling van het verzekerde pakket en de risicoverevening. Op artikel 2.3 zijn instrumenten opgenomen die deze aspecten ondersteunen:

1. Onderzoeksgelden voor de risicoverevening en
2. Het project 'Zinnig en Zuinig'.

Daarnaast zijn op dit artikel gelden opgenomen voor onderzoek naar- en communicatie over het zorgverzekeringsstelsel. Deze drie instrumenten onder de noemer onderzoeks- en communicatiemiddelen zijn niet in samenhang (te) gezien.

Onderzoeksgelden risicoverevening worden zorgvuldig besteed

Het betreft onderzoeksgelden voor de risicoverevening en het project Zinnig en Zuinig. De publieke randvoorwaarden van de Zvw worden geborgd door een goed werkend risicovereveningssysteem. Zorgverzekeraars mogen in de premiestelling geen onderscheid maken tussen de verzekerden en het wordt ongewenst geacht dat zorgverzekeraars zich eenzijdig richten op de verzekerden met een gunstig risico. De modellen voor verevening worden jaarlijks verbeterd. Deze verbeteringen vinden plaats op basis van het onderliggend onderzoeksprogramma, waarvoor de middelen op artikel 2.3 staan gereserveerd. Een van de aanbevelingen uit de evaluatie Zvw is dat dit model verder door te ontwikkelen om tot een betere voorspelkracht te komen.

De onderzoeksgelden worden ingezet naar grosso modo drie typen onderzoeken: evaluaties van het systeem, data- en gegevensverbetering en onderzoek naar verbetering (en doorrekening) van modellen. Ten aanzien van de doelmatigheid van de onderzoeken is geconstateerd dat mede op basis van de uitgevoerde onderzoeken in de jaren (2014 en 2015) vele verbeteringen zijn doorgevoerd; bijvoorbeeld de introductie van een nieuw criteria. De onderzoeken worden aanbesteed conform de daarvoor geldende EU-aanbestedingsregels, waarbij de keuze uitvalt op de beste combinatie van kwaliteit en prijs.

In de onderwerpselectie (zorgvuldig proces) en de onderzoekselectie (combinatie kwaliteit met prijs) is er aandacht voor de effectiviteit van het onderzoeksprogramma.

Project Zinnig en Zuinig

Het Zorginstituut voert in het kader van haar taak Pakketbeheer ook het project 'Zinnig en Zuinig' uit; een systematische doorlichting van het verzekerde basispakket. Het Zorginstituut toetst daarnaast in het kader van haar taak pakketbeheer nieuwe behandelingen/medicijnen die tot het pakket toegelaten kunnen worden aan de hand van de pakketcriteria zoals noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid. Zo draagt het Zorginstituut bij aan betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van noodzakelijke zorg. Het Zorginstituut voert voor het project 'Zinnig en Zuinig' screening- en verdiepingsonderzoeken uit. De eerste twee screeningsonderzoeken zijn opgeleverd in 2015, het eerste verdiepingsonderzoek (niet op basis van een screeningsonderzoek) in 2014.

Gelet op de korte looptijd van dit project is er over het totale besparingspotentieel binnen Budgettair Kader Zorg (en daarmee de effectiviteit) nog niet veel te zeggen. VWS kijkt samen met het Zorginstituut kritisch naar de omvang van het onderzoeksbudget van dit project. In deze doorlichting wordt daarom op dit onderzoeksbudget een besparingsvariant van 20% voorgesteld.

Overige instrumenten

In hoofdstuk 2 is aandacht besteedt aan het verschil in benadering van de zogenaamde focus- en niet-focusonderwerpen van deze beleidsdoorlichting.

Er is op artikel 2.3 een aantal instrumenten opgenomen waarbij het ondersteunende verband ten opzichte van het zorgstelsel minimaal is en/of aanpassing juridisch gezien niet mogelijk.

Deze onderwerpen zijn bestempeld als 'niet-focus'-onderwerpen en minder diepgaand onderzocht dan de overige onderwerpen.

De *subsidieregeling 'overgang integrale tarieven medische-specialistische zorg'* is een uitvloeisel van het Bestuurlijk Akkoord Medisch Specialistische Zorg voor de overgang naar integrale bekostiging. Met andere woorden: VWS probeert met deze subsidieregeling de financiële belemmeringen voor ziekenhuizen en vrijgevestigde specialisten te verminderen om als specialist een dienstverband aan te gaan. Gelet op de start (voorjaar 2015) en de doorlooptijd van drie jaar is het nu nog niet mogelijk om een gefundeerd oordeel te vellen.

De *overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel* is eveneens een 'niet-focus'-onderwerp aangezien deze maatregel juridisch gezien onaantastbaar is en VWS niet kan sturen op de uitvoering / kosten.

De bijdrage aan C2000 dient te worden meegenomen in de beleidsdoorlichting van het betreffende beleidsartikel van het ministerie van VenJ, het beleidsmatig verantwoordelijke departement.

Besparingsvarianten

Algemeen

Een van de vragen bij een beleidsdoorlichting is of het mogelijk is om 20% te besparen voor uiteindelijk de situatie over vier jaar (t+4) en wat daarvan dan de gevolgen zouden zijn voor beleid. Een gelijksoortige vraag kan gesteld worden of intensiveringen mogelijk zijn en welke gevolgen hierbij optreden. Het totaalbedrag voor besparingsvarianten in deze begroting dient minimaal € 33,6 miljoen te bedragen. De 20%-varianten dienen daadwerkelijke besparingen op te leveren in EMU-saldo-termen inclusief het effect op aanpalende beleidsterreinen zoals het effect op het inkomstenkader.

Het formuleren van 20%-varianten bleek voor dit begrotingsartikel met ongelijksoortige instrumenten (ook in budget) en de gestelde voorwaarden niet eenvoudig. Indien gekozen wordt voor een 20%-besparingsvariant, dan betekent dit een aanpassing van de huidige regelingen (onverzekerden en wanbetalers). Immers deze regelingen betreffen het grootste deel van het totale beschikbare budget op artikel 2.3 en zijn daarmee de 'knoppen' waaraan kan worden gedraaid. Belangrijkste besparingsvariant uit deze doorlichting betreft een aanpassing van financieringsafspraken over de bestuursrechtelijke premie van de wanbetalersregeling. Concreet betekent dit het vervallen/verlagen van de dotatie aan het Zorgverzekeringsfonds (Zvf) ten gunste van de VWS-begroting. De huidige begrotingsregels staan deze maatregel niet toe².

² Indien een groter deel van de inkomsten uit de wanbetalersregeling toevalt aan de begroting en een kleiner deel aan het Zorgverzekeringsfonds, zullen de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage omhoog moeten om het daardoor ontstane gat in het fonds te dekken. Deze premiestijging leidt tot een overschrijding van het inkomstenkader. Het kabinet heeft afgesproken geen wijzigingen aan te brengen aan het inkomsten- en uitgavenkader.

Besparingsvariant bij de onverzekerdenregeling

- a) datamining door de SVB.

Besparingsvarianten bij de wanbetalersregeling

- b) verhogen bestuursrechtelijke premie;
c) het percentage van de afdracht aan de VWS begroting verhogen, onder gelijktijdige verlaging van de inkomsten van het Zorgverzekeringsfonds en
d) het percentage van de afdracht aan de VWS begroting verhogen, onder gelijktijdige verlaging van de bijdrage die verzekeraars uit het Zorgverzekeringsfonds ontvangen ter dekking van de kosten van wanbetalers.

Bij maatregel b) wordt aangenomen dat de gehele extra opbrengst (van € 9 miljoen) door het verhogen van de bestuursrechtelijke premie ten goede komt aan de VWS-begroting. Deze maatregel heeft voor de wanbetaler inkomenseffecten.

De maatregelen c en d betekenen een hogere bijdrage van € 21,2 miljoen aan de VWS-begroting, en een lagere dotatie aan het Zvf. De maatregelen c en d sluiten elkaar uit en kunnen uitsluitend aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode genomen worden. De maatregel c of maatregel d kan in combinatie met maatregel b genomen worden

Tot slot is op het onderzoeksbudget van het project Zinnig en Zuinig een besparing van € 2,6 miljoen te realiseren en is een besparing mogelijk bij SKGZ van € 341.000. Deze doorlichting heeft besloten voor de andere onderwerpen in deze doorlichting geen besparingsvarianten te benoemen.

Onderstaande tabel toont de maatregelen uit deze beleidsdoorlichting. Het totaal van de mogelijke besparing zijn in het jaar 2020 maximaal € 33,6 miljoen indien de maatregelen genomen worden aan het begin van een kabinetsperiode.

Tabel 1: Overzichtstabel beleidsartikel 2.3 met besparingsvarianten

Besparingen / lagere opbrengsten	2016	2017	2018	2019	2020
(bedragen x € 1000)					
Voorkomen van onverzekerden en wanbetalers					
Subsidie SKGZ					
Grotere rol verzekeraars/ beëindiging subsidie		-341	-341	-341	-341
Onverzekerden					
Datamining instroom SVB		50	-250	-425	-425
Verhogen van de uitvoeringskosten door inzet sociaal rechercheurs		+1.000	+1.000	+1.000	+ 1.000
Wanbetalers					
Verhogen bestuurlijke boete			-9.000	-9.000	-9.000
Verhogen percentage afdracht aan de VWS-begroting (met afspraak tussen VWS en Financiën)			-21.200	-21.200	-21.200
Verhogen percentage afdracht aan de VWS-begroting (zonder afspraak tussen VWS en Financiën)			-21.200	-21.200	-21.200
Onderzoeksgelden					
Verlagen onderzoeksbegroting Zinnig en Zuinig		-2.600	-2.600	-2.600	-2.600

2 Toelichting op het onderzoek

2.1 Inleiding

Door middel van beleidsdoorlichtingen wordt periodiek onderzoek gedaan naar de doeltreffendheid en de doelmatigheid van het gevoerde beleid. Een beleidsdoorlichting is een vorm van evaluatieonderzoek dat dient te voldoen aan de eisen die zijn opgenomen in de Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek (RPE) van de minister van Financiën. In de RPE zijn daartoe richtlijnen vastgelegd. Een beleidsdoorlichting vindt periodiek plaats en betreft een ex-post evaluatieonderzoek op het niveau van een geheel beleidsartikel óf op het niveau van een samenhangend deel van een beleidsartikel.

De doorlichting richt zich op zowel doeltreffendheid als op de doelmatigheid van het beleid en heeft vaak het karakter van een synthese onderzoek (overkoepelend overzicht), waarbij gebruik wordt gemaakt van de resultaten van eerder uitgevoerd evaluatieonderzoek.

Evenwel zijn niet alle beleidsdoorlichtingen gelijk. Dit hangt uiteraard af van de begrotingsopbouw en de keuzes die zijn gemaakt in het niveau waarop de beleidsdoorlichting (geheel beleidsartikel of gedeeltelijke beleidsartikel) en de volgtijdelijkheid van verschillende doorlichtingen en onderliggende uitgevoerde evaluaties. Zoals is aangekondigd aan de Tweede Kamer³ behandelt deze beleidsdoorlichting het beleid en de instrumenten daarvoor die opgenomen zijn op het artikelonderdeel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel' van de begroting van het ministerie van Volksgezondheid (hierna: VWS) 2016.

De artikelen 2.1 'Kwaliteit en veiligheid' en 2.2 'Toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg' worden respectievelijk in 2016 en 2017 aan de Tweede Kamer aangeboden. Deze volgtijdelijkheid en diepgang is reeds in 2012 met de Tweede Kamer afgestemd.

De keuze om deze doorlichting in het jaar 2015 te laten plaatsvinden hangt samen met het beschikbaar zijn van de evaluaties onverzekerden en wanbetalers, en evaluatie Zorgverzekeringswet (Zvw) welke allen in 2014 zijn afgerond. De resultaten van deze evaluaties zijn in deze doorlichting betrokken.

Opgemerkt wordt dat artikel 2.3 van de VWS-begroting geen specifiek overkoepelend thema bevat zoals bijvoorbeeld 'de versterking van de positie van de cliënt in de zorg' (artikel 4.1 van de VWS-begroting). Op artikel 2.3 staan diverse instrumenten die het stelsel van de curatieve zorg ondersteunen / bevorderen. Deze instrumenten zijn in aard verschillend. Uitvoeringskosten voor het voorkomen van onverzekerden en wanbetalers zijn in beginsel anders dan onderzoekskosten voor de systematische doorlichting van pakket of een subsidiemaatregel 'Integrale tarieven medisch specialisten'.

Daarom is ervoor gekozen bij deze beleidsdoorlichting om per instrument de vragen uit de RPE te beantwoorden. Om een overkoepelend beeld van de werking van het stelsel van de curatieve zorg te geven, schetst hoofdstuk 3 het stelsel van de curatieve zorg (de beleidstheorie en de globale werking). Daarbij waar relevant zijn de (recente) evaluatieonderzoeken van de Zvw, de Wmg, het Zorginstituut, de NZa, de wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz) en de wanbetalersregeling betrokken. Onder artikel 2.3 vallen de volgende instrumenten:

- projectsubsidie aan de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (hierna de SKGZ);
- uitvoeringskosten Centraal Justitieel Incassobureau (hierna het CJIB) in het kader van de aanpak van wanbetalers en onverzekerden Zvw;
- uitvoeringskosten van de Sociale Verzekeringsbank (hierna het SVB) en Zorginstituut ten behoeve van de opsporing van wanbetalers en onverzekerden, en de opbrengsten daarvan;
- onderzoeksmiddelen voor de risicoverevening;
- middelen voor de uitvoering zorgverzekeringstelsel;
- de uitvoerings- en onderzoekskosten project Zinnig en Zuinig van het Zorginstituut;
- overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg;
- overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel en
- middelen voor het communicatiesysteem C2000 voor hulpdiensten zoals ambulancediensten.

³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 32 772, nr. 4.

Deze instrumenten ondersteunen de werking van het stelsel in de curatieve zorg en dragen daarmee bij in het waarmaken van de verantwoordelijkheid van de minister van VWS voor het stelsel van curatieve zorg.

2.2 Onderzoeksaanpak

Een beleidsdoorlichting bevat in ieder geval de volgende onderdelen:

1. een afbakening van het te onderzoeken beleidsterrein;
2. de gehanteerde motivering voor het beleid en de met het beleid beoogde doelen;
3. een beschrijving van het beleidsterrein en de onderbouwing van de daarmee gemoede uitgaven;
4. een overzicht van eerder uitgevoerd onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid en een onderbouwing van de gekozen evaluatieprogrammering;
5. de effecten van het gevoerde beleid en een analyse en beoordeling van de doeltreffendheid en doelmatigheid van het gevoerde beleid, dat wil zeggen alle instrumenten in hun onderlinge samenhang, en – indien relevant – de effecten van het beleid op economische groei en regeldruk;
6. een beschouwing over de maatregelen die genomen kunnen worden ter verdere verhoging van de doelmatigheid en de doeltreffendheid van het beleid en
7. een beschrijving van beleidsopties indien er significant minder middelen (-/- 20%) beschikbaar zijn⁴.

Om uitspraken te doen over de doeltreffendheid en doelmatigheid van het beleid cq. het verder verhogen van de doeltreffend en doelmatigheid, dient eerst een aantal voorliggende vragen beantwoord te worden over achtergrond-, doelen- en uitvoering van het beleid.

Zoals is aangegeven wordt de doorlichting zoveel mogelijk uitgevoerd als een syntheseonderzoek waarbij gebruik wordt gemaakt van bestaand materiaal, zoals;

- onderzoeken (bestaande evaluaties, studies):
 - de evaluatie van de Zvw uit 2014 (Kamerstukken II, 29689, nr. 545);
 - de evaluatie van de Wet marktordening gezondheidszorg uit 2014 (Kamerstukken II, 25268, nr. 87);
 - de evaluatie van het Zorginstituut uit 2014 (Kamerstukken II, 25268, nr. 99);
 - de evaluatie van de Nederlandse Zorgautoriteit uit 2014 (Kamerstukken II, 25268, nr. 87);
 - het rapport van de commissie Borstlap uit 2014 (Kamerstukken II, 2013-2014, 25268, nr. 87, blg 373940);
 - de evaluatie van Wanbetalersregeling uit 2011 (Kamerstukken II, nr. 29 september 2011, Z/VV-3084595);
 - de evaluatie van de wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz) uit 2014 (Kamerstukken II, 29689, nr. 545).
- parlementaire stukken (Tweede Kamerstukken, VWS-begroting) en
- overig schriftelijke stukken (begrotingen en jaarverslagen van uitvoeringsinstanties, subsidieaanvragen, afspraken tussen VWS en partners, gegevens uit de bestuurlijke informatie uit de systemen van de uitvoeringsorganisaties).

Daarnaast zijn bij verschillende organisaties zoals het Zorginstituut, het CJIB, de SKGZ interviews gehouden / consultatiegesprekken gevoerd. De relevante teksten zijn aan de genoemde organisaties gestuurd ter aanvulling en revisie. In de bijlage van deze doorlichting is een overzicht van de betrokken organisaties opgenomen.

⁴ De 20%-varianten dienen daadwerkelijke besparingen op te leveren waarbij het inkomsten- en uitgavenkader alsmede het EMU-saldo ongewijzigd blijven

2.3 Afbakening

Deze beleidsdoorlichting heeft betrekking op de begrotingsjaren 2013 en 2014. Met de brief 'Verantwoord begroten'⁵ heeft de minister van VWS de nieuwe begrotingsopzet aangekondigd. De VWS-begroting 2013 is om die reden op tal van punten ingrijpend gewijzigd. Het huidige beleidsartikel 2 'Curatieve zorg' en daarmee tevens artikel 2.3 zijn ontstaan in dat begrotingsjaar. Deze doorlichting heeft betrekking op de instrumenten die in de begrotingsjaren 2013 en 2014 onder artikel 2.3 vielen. Waar mogelijk en relevant zijn ook het beleid en de financiële instrumenten van eerdere jaren meegenomen in de doorlichting.

De minister van VWS heeft de Tweede Kamer per brief⁶ geïnformeerd over de opzet en vraagstelling van de doorlichtingen op het beleidsterrein van het ministerie van VWS in het jaar 2015. In deze brief is aangegeven dat deze doorlichting zich richt op de instrumenten die onder begrotingsartikel 2.3 vallen, in relatie tot de bijdrage die ze leveren aan het ondersteunen van de werking van het stelsel. Alle instrumenten die onder dit beleidsartikel vallen zijn in de doorlichting betrokken, waarbij er onderscheid wordt gemaakt tussen focusonderwerpen en niet-focusonderwerpen. Hiervoor is gekozen omdat niet alle instrumenten gelijksoortig zijn in omvang, belang en perspectief.

De focus van de doorlichting ligt op het voorkómen van wanbetalers en onverzekerden (inclusief de ontvangsten van deze regelingen) en de doeltreffende en doelmatige inzet van gelden voor de risicoverevening en het doorontwikkelen en optimaliseren van het zorgverzekeringsstelsel.

Onderstaande instrumenten zijn niet-focusonderwerpen. Voor de integrale behandeling van het artikel 2.3 worden deze instrumenten wel in deze beleidsdoorlichting besproken, maar worden of kunnen (niet volledig) langs de lat van RPE worden gelegd. Dit gezien de omvang, belang, perspectief of omdat het instrument pas recentelijk is ontwikkeld/ingezet (onderwerpen a en b), juridische verplichtingen zijn verbonden aan gemaakte afspraken (onderwerp c) en de beleidsverantwoordelijkheid elders is belegd (onderwerp d).

- a. uitvoerings- en onderzoekskosten van het project Zinnig en Zuinig van het Zorginstituut;
- b. overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg;
- c. overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel en
- d. middelen voor het communicatiesysteem C2000 voor hulpdiensten.

2.4 Grondslag voor de beleidsopties

In tabel 2 is het begrotingsbedrag voor artikel 2.3 voor de jaren 2014 tot en met 2020 opgenomen. De kosten van de maatregel 'overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel' betreffen een langlopende juridische bindende afspraak tussen VWS en werkgevers in de ambulancesector. Voor het bepalen van de 20% variant worden deze juridisch verplichte middelen buiten de grondslag gelaten. Na aftrek van deze kosten ontstaat de grondslag voor de 20% besparingsvariant. Het totaal bedrag voor besparingsvarianten bedraagt voor deze beleidsdoorlichting € 33,6 miljoen (€ 21,4 miljoen + € 12,2 miljoen).

Tabel 2: Overzichtstabel beleidsartikel 2.3 grondslag voor de 20% variant kosten

(bedragen x € 1000)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Begroting	59.013	104.094	139.051	159.466	134.805	134.991	135.284
Correctie ivm juridisch verplichting van de Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel	32.241	26.442	26.927	27.346	27.688	27.873	28.166
Gecorrigeerd begrotingsartikelbedrag	26.772	77.652	112.124	132.120	107.117	107.118	107.118
20%- besparing	5.354	15.530	22.425	26.424	21.423	21.424	21.424

⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2010–2011, 32 710 XVI, nr. 12.

⁶ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 32 772, nr. 4.

In tabel 3 wordt de grondslag van de 20% variant getoond.

Tabel 3: Overzichtstabel beleidsartikel 2.3 grondslag voor de 20% variant opbrengsten

(bedragen x € 1000)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ontvangsten	81.998	60.853	60.955	60.955	60.955	60.955	60.955
20% extra inkomsten	16.400	12.171	12.191	12.191	12.191	12.191	12.191

De besparingsvarianten dienen daadwerkelijke besparingen op te leveren. Dit betekent dat de afspraak dat tijdens een zittend kabinet het inkomsten- en uitgavenkader alsmede het EMU-saldo ongewijzigd blijven. Maatregelen die dienen te passen binnen de huidige begrotingsregels.

2.5 Organisatie van de beleidsdoorlichting en onafhankelijke deskundige

Deze doorlichting is zelfstandig door het ministerie van VWS (de directies Zorgverzekering en Curatieve Zorg) uitgevoerd. Externe betrokkenen zoals de SKGZ, het CJIB, de SVB en het Zorginstituut hebben een consulterende rol vervuld.

Het onderzoek is uitgevoerd door werkgroepen en begeleid door een begeleidingscommissie. Beide waren nauw betrokken in alle fasen van het onderzoek. Per instrument zijn werkgroepen geformeerd met daarin de betrokken beleidsmedewerker(s), de betrokken financieel adviseur en de directie Financieel-Economische Zaken. Een begeleidingscommissie bewaakte het proces en de kwaliteit van de doorlichting.

In onderstaand kader zijn de leden van de werkgroep en begeleidingscommissie weergegeven.

Leden van de werkgroepen

de heer L. van der Lubbe, ministerie van VWS (algehele coördinatie van deze beleidsdoorlichting)
de heer E. van der Berg, ministerie van VWS
de heer S. Oppenheim, ministerie van VWS
mevrouw I. Verkade, ministerie van VWS
mevrouw F. Tack, ministerie van VWS
de heer G. Wiggers, ministerie van VWS
de heer P. Gill, ministerie van VWS
mevrouw M. Mulder, ministerie van VWS
de heer H. Venderbos, ministerie van VWS

Leden van de begeleidingscommissie

de heer J. Schutz (onafhankelijke deskundige en voorzitter)
de heer L. van der Lubbe, ministerie van VWS
mevrouw J. Boer, ministerie van VWS
mevrouw H. Zunderman, ministerie van VWS
mevrouw A. Mosterdijk, ministerie van VWS
mevrouw H. Honer, ministerie van Financiën
de heer M. van Eijk, ministerie van VWS

De resultaten van de werkgroep zijn voor advies / consultatie aan de relevante externe partijen voorgelegd.

De RPE schrijft voor dat een onafhankelijke deskundige betrokken is bij de doorlichting. Deze deskundige is iemand die geen verantwoordelijkheid mag dragen voor het te onderzoeken beleid en waarvan een onafhankelijk oordeel mag worden verwacht. De deskundige geeft:

- zijn oordeel over de kwaliteit van de doorlichting en
- een toelichting op de betrokkenheid en zijn inbreng bij de totstandkoming van de doorlichting.

Voor deze doorlichting is deze taak door de heer mr. J. Schutz vervuld. Zijn advies met toelichting is als bijlage bij deze doorlichting opgenomen.

2.6 Leeswijzer

De opbouw van deze doorlichting is als volgt. Hoofdstuk 3 beschrijft de onderliggende beleidstheorie en het globale beeld van het functioneren van het stelsel van de curatieve zorg in de praktijk. Ook worden het begrotingsartikel 2 'Curatieve Zorg' en het artikel 2.3 'Bevordering werking van het stelsel' van de VWS-begroting besproken. Waar relevant worden in dit hoofdstuk passages uit eerdere genoemde evaluaties betrokken.

Hoofdstuk 4 heet 'Het voorkomen van wanbetalers en onverzekerden' en bevat de projectsubsidie SKGZ, de uitvoeringskosten van de onverzekerden- en wanbetalersregeling van het Zorginstituut, de SVB en het CJIB. In dit hoofdstuk worden waar relevant de evaluaties van de onverzekerden- en wanbetalersregeling meegenomen. Deze instrumenten worden conform de RPE-regels geanalyseerd.

Hoofdstuk 5 betreft de middelen voor onderzoek in het kader van de risicoverevening en de onderzoeken en communicatie met betrekking tot de uitvoering van het zorgverzekeringsstelsel. Deze instrumenten worden conform de RPE-regels geanalyseerd.

Daarnaast worden in hoofdstuk vijf de uitvoeringsmiddelen van het project Zinnig en Zuinig besproken. Dit project valt door de recente start van het project buiten de focus van deze beleidsdoorlichting, maar wordt vanuit de integrale benadering van artikel 2.3 wel besproken.

Hoofdstuk 6 'overige onderwerpen' bevat vier instrumenten, die zoals is aangegeven in paragraaf 2.3 buiten de focus van deze doorlichting liggen. Deze instrumenten worden kort belicht in deze doorlichting vanuit de integrale benadering van artikel 2.3. Deze onderwerpen worden daar waar mogelijk conform de RPE werkwijze nader bekeken.

Na dit laatste hoofdstuk zijn de bijlagen opgenomen.

3 Werking stelsel curatieve zorg

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de beleidstheorie van de curatieve zorg, het globale beeld van het functioneren van het stelsel van de curatieve zorg en de positie van artikel 2.3 binnen de algemene beleidsdoelstelling van curatieve zorg. Daar waar mogelijk zijn de recent uitgevoerde evaluaties betrokken. De algemene beleidsdoelstelling van artikel 2 'Curatieve zorg' is:

'Een kwalitatief goed en toegankelijk stelsel voor curatieve zorg tegen maatschappelijk aanvaardbare kosten'.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor het systeem van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg. Een stelsel van wetten, beleidsinstrumenten, toezichthouders en maatregelen dat de minister hanteert, moet bijdragen aan het bevorderen van deze belangen. Verschillende wetten grijpen aan op deze beleidsdoelen door bijvoorbeeld het stroomlijnen van het primaire proces van zorgverlening, of op de werking van het gezondheidszorgstelsel.

De wetten die een direct verband hebben met het primaire proces hebben onder meer betrekking op de kwaliteit van de zorg; bijvoorbeeld door het stellen van kwaliteitseisen aan:

- de zorginstellingen (Kwaliteitswet zorginstellingen);
- de arts - patiënt relatie (wet geneeskundige behandel overeenkomst) of
- de zorgverleners zelf (wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg).

Daarnaast zijn er nog wetten die een toetsingskader vormen voor het medisch handelen zelf, of zijn gericht op patiëntenrechten.

Andere belangrijke wetten voor de uitvoering van de gezondheidszorg zijn:

- de Wet publieke gezondheid (Wpg);
- de Zorgverzekeringswet (Zvw);
- de Wet langdurige zorg (Wlz);
- de Wet marktwerking gezondheidszorg (Wmg);
- de Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering (Ovoz);
- de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) en
- de Jeugdwet.

Deze wetten gaan onder meer over financiering van de verleende zorg en geven daarnaast ook inhoudelijke kaders aan waaraan de verleende zorg en maatschappelijke ondersteuning dienen te voldoen. De Zvw en de Wlz zijn verzekeringswetten die de financiering regelen van de curatieve- en langdurige zorg. Zorgverzekeraars voeren samen met zorgaanbieders deze wetten uit.

Naast bovenstaande wetten heeft de minister een aantal beleidsinstrumenten, maatregelen en toezichthouders die moeten bijdragen aan het bevorderen van de beleidsdoelen. Bijvoorbeeld toezicht door onder andere de NZa en Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de regulering van prestaties en prijzen van behandelingen. In de Wmg staat het toezicht op de markten voor zorg door de NZa beschreven. De Wmg regelt de ontwikkeling, ordening en het toezicht op de markten voor gezondheidszorg. Doel van de wet is een doelmatig en doeltreffend zorgstelsel, het beheersen van kosten in de zorg en de bescherming en bevordering van de positie van de consument.

Instrumenten die gericht zijn op het bevorderen van de kwaliteit bestaan - naast toezicht zoals door de IGZ en transparantie - met name uit subsidies, bijvoorbeeld aan het Integraal Kankercentrum Nederland en het Nederlands Kanker Instituut (artikel 2.1 van de VWS-begroting). In 2015 is de doorlichting van artikel 2.1 gestart waarvan de verwachte publicatiedatum in 2016 ligt. Instrumenten die gericht zijn op de toegankelijkheid en betaalbaarheid zijn bijvoorbeeld: Rijksbijdrage Zvf voor financiering van verzekerden jonger dan 18 jaar (artikel 2.2 van de VWS-begroting). In 2016 vindt op dit artikel een doorlichting plaats. Publicatie van deze doorlichting is voorzien in 2017.

Naast de genoemde artikelen 2.1 en 2.2 staan op artikel 2.3 'Bevordering werking van het stelsel' negen verschillende instrumenten die het stelsel van de curatieve zorg elk op verschillende wijze ondersteunen. Dit artikel is onderwerp van deze beleidsdoorlichting. Verderop in dit hoofdstuk wordt de bijdrage van artikel 2.3 aan het beleidsartikel 2 'Curatieve zorg' uitgebreider besproken.

Opgemerkt wordt dat naast de instrumenten opgenomen onder artikel 2.3 ook op beleidsartikel 4 met de titel 'Zorgbreed beleid' diverse instrumenten staan die het stelsel ondersteunen. Het gaat om instrumenten ter bevordering van de positie cliënt in het stelsel, de kwaliteit, de transparantie en kennisontwikkeling.

3.2 Het Nederlandse systeem van gezondheidszorg

3.2.1 Het systeem van de gezondheidszorg

De Nederlandse Grondwet stelt dat de overheid maatregelen treft ter bevordering van de volksgezondheid. Deze bepaling is de grondslag voor het systeem van gezondheidszorg in Nederland. Veelal wordt het onderscheid gemaakt in curatieve zorg en langdurige zorg. Dit onderscheid is ook terug te vinden in de VWS-begroting (hoofdstuk 2, respectievelijk hoofdstuk 3).

De zorg die is gericht op genezing en chronische aandoeningen noemt men 'Curatieve Zorg', 'Cure' of 'Geneeskundige Zorg'. De zorg wordt geleverd door ziekenhuizen en huisartsen, maar ook door onder andere revalidatiecentra, tandartsenparamedici, verloskundigen, verpleegkundigen en ambulancediensten. Deze zorg is over het algemeen kortdurend. De aanspraken worden geregeld in de Zvw. De zorg (vaak langdurig) voor zorgbehoevenden en hulpbehoevenden, waarbij verzorging en niet genezing wordt beoogd, wordt aangeduid met de term 'Care'. De verzekering voor 'Care' is geregeld via de Wlz, de Wmo en de Jeugdwet.

Deze beleidsdoorlichting is enkel gericht op instrumenten die de curatieve zorg ondersteunen en die vallen onder artikel 2.3. Daarom wordt de care verder buiten beschouwing gelaten.

3.2.2 De beleidstheorie van artikel 2 'Curatieve zorg'

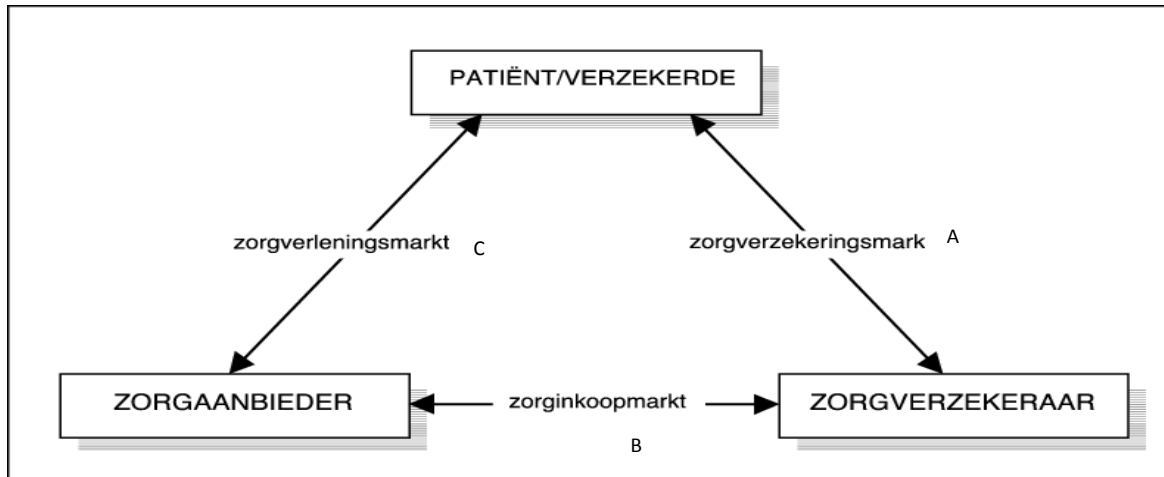
Zoals aangegeven richt de curatieve zorg zich op genezing en behandeling van acute en chronische lichamelijke aandoeningen. De minister van VWS is verantwoordelijk voor een goed werkend en samenhangend stelsel voor curatieve zorg. Hiertoe is in het jaar 2006 de Zvw geïntroduceerd. Doel van de Zvw is te komen tot stelsel van goede zorg, betaalbare prijs en dat toegankelijk is voor iedereen.

De Zvw is gebaseerd op het idee dat keuzevrijheid leidt tot betere en betaalbare zorg doordat:

- verzekerden kunnen kiezen voor een andere verzekeraar als zij ontevreden zijn met de huidige verzekeraar (bijvoorbeeld over prijs/kwaliteit) en
- verzekeraars daardoor geprikkeld worden om kwalitatief goede zorg te leveren of te vergoeden voor een zo laag mogelijke premie; zij kunnen dit realiseren doordat verzekeraars zelf mogen inkopen⁷ en dit professioneel te doen en
- zorgaanbieders hierdoor gestimuleerd worden om hoge kwaliteit te bieden voor een redelijke prijs.

⁷ Onder de Ziekenfondswet waren verzekeraars verplicht om aanbieders die dat wensten een contract te bieden (en andersom waren aanbieders verplicht een contract aan te gaan met verzekeraars die dat wensten).

In volgende figuur wordt deze interactie schematische in beeld gebracht:



Hieronder wordt nader ingegaan op deze drie markten A) zorgverzekeringsmarkt, B) de zorginkoopmarkt en C) de zorgverleningsmarkt. Daarbij wordt ingegaan op de aspecten betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit. Tevens worden de relevante evaluaties besproken en zal kort worden ingegaan op de interactie tussen deze markten.

3.2.3 A. Zorgverzekeringsmarkt

De basis van de Zvw is de verzekeringsplicht voor alle Nederlandse ingezetenen en of mensen die werken in Nederland. Voor deze (basis)verzekering betaalt men naast een inkomensafhankelijke premie een nominale premie. Tegelijk met de Zvw trad de Wet op de zorgtoeslag in werking. Op grond van de laatstgenoemde wet kunnen mensen voor wie de nominale premie in verhouding tot hun inkomen te hoog is, een toeslag krijgen. De zorgtoeslag draagt bij aan de solidariteit van het stelsel en zorgt ervoor dat iedereen verzekerd kan zijn tegen de kosten van noodzakelijke zorg. De Belastingdienst keert de zorgtoeslag uit.

De verzekeringsplicht beschermt de individuele verzekerde tegen onverwachte hoge zorgkosten, creëert tevens op macroniveau solidariteit (betaalbaarheid) en ook daarmee toegankelijkheid. Solidariteit, zowel voor wat betreft het risico op ziekte als inkomensverschillen, vormt de basis voor de zorgverzekering. Mensen betalen mee aan de verzekering, ook op het moment dat ze niet ziek zijn en geen zorg nodig hebben. Onverzekerd zijn, dan wel het niet voldoen van de zorgpremie aan de zorgverzekeraar (wanbetaling), ondermijnt deze solidariteit en kan daarmee een belangrijk doel van het stelsel belemmeren: toegankelijke zorg. Daarom spoort de overheid mensen op die geen zorgverzekering hebben. Verzekeraars melden mensen die wel een zorgverzekering hebben maar niet de premie betalen aan als wanbetaler bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut legt de wanbetaler een bestuursrechtelijke premie op.

Tegenover de verzekeringsplicht van de verzekerden staan voor de verzekeraar de acceptatieplicht, de zorgplicht en het verbod op premiedifferentiatie. Een schadeverzekeraar zal immers normaliter selectief accepteren ('geen brandend huis verzekeren'). Dit ligt anders bij zorgverzekeraars die door de acceptatieplicht iedereen voor een basisverzekering moeten accepteren ongeacht de gezondheidstoestand van betrokkene en aan hem de noodzakelijke medische zorg moeten leveren of vergoeden tegen eenzelfde premie voor dezelfde verzekeringspolis. Dit vormt een waarborg voor de toegankelijkheid van de zorg.

De acceptatieplicht in combinatie met het verbod op premiedifferentiatie kan in theorie leiden tot een groot verschil in schadelasten tussen verzekeraars. Om een *level playing field* van verzekeraars te waarborgen is het risicovereveningssysteem ontwikkeld. Zorgverzekeraars worden daarmee ex ante gecompenseerd voor slechte risico's (voorspelbaar hogere kosten voor zorg aan ongezonde of zieke mensen) en hoeven deze dus niet in hun nominale premie te verdisconteren. Daarmee ontstaat een gelijk speelveld dat bijdraagt aan de kwaliteit en betaalbaarheid van de

zorg. Later is een doel van het risicovereveningsstelsel ook geworden om risicoselectie tegen te gaan en zo de toegankelijkheid tot de zorg te waarborgen.

Wanneer het risicovereveningsmodel ex ante nog onvolkomenheden bevat, kunnen ex post compensaties worden ingezet. Dit is thans het geval voor bijvoorbeeld de kosten van de wijkverpleging en langdurige GGZ.

Zoals eerder beschreven spelen acceptatieplicht, verzekeringsplicht en zorgplicht een belangrijke rol voor een toegankelijk en betaalbaar stelsel. Uit de evaluatie van de Zvw bleek dat bij de invulling van de acceptatieplicht door verzekeraars geen risicoselectie waarneembaar is. Dit blijkt tevens uit de onderzoeken Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet van de NZa⁸.

Ook houden verzekeraars zich aan hun zorgplicht. Het dreigende effect van het overstappen van verzekerden naar de concurrent kan volgens de onderzoekers wel verbeterd worden door het beeld dat verzekeraars oudere of chronisch zieken niet willen accepteren voor en aanvullende verzekering weg te nemen. In de praktijk blijkt dat iedereen voor de basisverzekering en bijna alle aanvullende verzekeringen door de verzekeraar wordt geaccepteerd zonder voorafgaande selectie. Een aanbeveling uit de evaluatie van de Zvw is om in te zetten op communicatie over de praktijk waardoor het verschil tussen perceptie en de angst kan worden weggenomen.

In dat kader is in de evaluatie van de Zvw ook gekeken naar de beperking van de mobiliteit door collectiviteiten. Voorgesteld is om de werking van de collectiviteiten te monitoren.

Het feit dat er geen risicoselectie waarneembaar is wijst op een redelijk tot goed werkend risicovereveningsstelsel. De evaluatie van de Zvw concludeert dan ook dat het systeem van de risicoverevening ten opzichte van de eerdere evaluatie is verbeterd. Toch zijn volgens de onderzoekers nog verbeteringen in de werking van het stelsel te onderkennen. Zij bevelen aan om het risicovereveningsmodel te blijven optimaliseren om zodoende te komen tot een betere voorspelkracht van het systeem en een verdere verkleining van de prikkel voor risicoselectie.

In de brief 'Kwaliteit loont'⁹ heeft de minister van VWS aangegeven dat de risicoverevening meer chronisch zieken moet identificeren en beter moet compenseren, opdat bestaande ondercompensaties worden weggenomen en verzekeraars zich meer kunnen gaan richten op het aantrekken van mensen die (veel) gebruik maken van de zorg. Op artikel 2.3 zijn middelen voor de verdere doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel opgenomen. In het hoofdstuk over subsidies ten behoeve van de risicoverevening wordt uitgebreid stilgestaan bij dit onderwerp.

In de evaluatie van de Zvw is gekeken naar het machtsverevenwicht op de zorgverzekeringsmarkt vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de verzekerde/patiënt. De onderzoekers concluderen dat er geen sprake is van een disbalans tussen verzekerden en verzekeraars. Desondanks heeft de minister aangegeven de positie van de verzekerde verder te willen versterken.

Op de verzekeringsmarkt (verzekerde – verzekeraar) is transparantie over de verschillende polissen en inzicht in het inkoopbeleid van zorgverzekeraars een aandachtspunt. De minister van VWS heeft aangegeven deze zorg te delen¹⁰. De websites van verzekeraars zullen worden verbeterd, zodat individuele verzekerden meer zicht hebben op wat hun polis inhoudt.

Ander punt van zorg is dat verzekerden niet altijd weten welke zorgverlener zijn zorgverzekeraar heeft gecontracteerd. Dit terwijl zorgverzekeraars een verplichting hebben om verzekerden te informeren over het gecontracteerde aanbod. De zorgverzekeraars hebben dit daarom inzichtelijk gemaakt op hun website waardoor verzekerden, voorafgaand aan een behandeling, hierover makkelijk en snel kunnen worden geïnformeerd. Zorgverzekeraars gaan samen met zorgaanbieders een instrument ontwikkelen waarmee zorgaanbieders kunnen zien welke polis de patiënt heeft en welke gevolgen dit heeft voor de vergoeding.

⁸ NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2010: Onderdeel Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, 2011, p. 12; NZa, Rechtmatigheid Uitvoering Zorgverzekeringswet 2012: Onderdelen Acceptatieplicht, Verbod Op Premiedifferentiatie, Zorgplicht, p. 18.

⁹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014- 2014, 31765, nr. 116.

¹⁰ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014-2015, 32 620, nr. 149.

De aanbevelingen richten zich ook op eenduidige premievergelijkingen (NZa), monitoring hoe zorgverzekeraars omgaan met de opgebouwde reserves (De Nederlandsche Bank - DNB) en meer transparantie over de contracten tussen verzekeraars met zorgaanbieders, de kwaliteit van het zorgaanbod en de vergoedingen.

Zoals eerder beschreven zijn de verzekeringsplicht en de daar bijhorende solidariteit belangrijk voor een toegankelijk en betaalbaar stelsel. In dit kader speelt het beleid ten aanzien van onverzekerden en wanbetalers een belangrijke rol. Hieronder volgt kort de hoofdconclusie met betrekking tot onverzekerden en wanbetalers. In hoofdstuk 4 wordt uitgebreider bij dit onderwerp stilgestaan.

De basis voor solidariteit binnen het stelsel is de verzekeringsplicht, gecombineerd met de plicht om de premie te voldoen. Uit de evaluatie van de Wet Ovoz¹¹ blijkt dat de verzekeringsplicht in de praktijk goed wordt nageleefd. Het aantal onverzekerden is relatief laag met 24.296 actieve onverzekerden bij het Zorginstituut (stand juni 2015). Dit is 0,14% van de totale groep verzekerden. Ook is gebleken dat het betaalgedrag van verzekerden van de verzekeringspremie aan de verzekeraars goed is. Uit de evaluatie van de wanbetalersregeling blijkt dat het betaalgedrag geen directe relatie lijkt te hebben met de nominale premie. Dit kan mogelijk worden verklaard door de zorgtoeslag.

Sinds 2011 kent Nederland een vrij constant aantal mensen die de zorgpremie niet betalen (wanbetalers). Eind 2014 waren er 330.000 wanbetalers. Dit is 2,5% van de 13,4 miljoen verzekerden boven de 18 jaar. Ten tijde van het Ziekenfonds waren er 143.000 wanbetalers. Dit was 2,5% van 5,8 miljoen ziekenfondsverzekerden.

3.2.4 B. Zorginkoopmarkt

Een zorgverzekeraar kan door doelmatige zorginkoop en goede organisatie van zorg een positief resultaat realiseren onder de voorwaarde dat het risicovereveningsmodel goed werkt en voor voorspelbare verliezen compenseert. In de cure geldt een systeem van gereguleerde marktwerking. Indien het vanwege de toegang tot en het gedrag van zorgaanbieders op de zorgverleningsmarkt, of het gedrag van de zorgverzekeraars en consumenten op de zorginkoopmarkt, of de beperking van negatieve externe effecten, noodzakelijk is, kiest de minister voor regulering van prestaties en tarieven van behandelingen door de NZa. Ook houdt de NZa toezicht op (het gedrag van) zorgaanbieders en verzekeraars op de zorgverzekerings- en zorginkoopmarkt.

De evaluatie van de Zvw toont ook aan dat het systeem van de zorginkoop zich positief heeft ontwikkeld en de wijze waarop verzekeraars inkopen heeft geleid tot een afname van de groei van de zorgkosten¹². Tegelijkertijd concluderen de onderzoekers dat de zorginkoopmarkt nog niet optimaal functioneert waardoor de selectieve inkoop beperkt van de grond komt.

De minister heeft in de brief 'Kwaliteit loont' heeft aangegeven dat de NZa de verplichting aan zorgverzekeraars zal opleggen om uiterlijk op 1 april 2016 voorafgaand aan het kalenderjaar de procedure van de zorginkoop en het zorginkoopbeleid bekend te maken en uiterlijk zes weken voor het contractjaar het gecontracteerde aanbod. Hierdoor weten verzekerden bij het afsluiten van de zorgverzekeringspolis welke aanbieder is gecontracteerd en welke niet. Om het contracteren tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders vlot en soepel te laten verlopen, heeft de NZa een handreiking voor goed contracteren opgesteld, de zogenoemde *Good Contracting Practices*. Deze handreiking is onlangs aangevuld met regels voor het contracteerproces. Daarmee is bovengenoemde verplichting verankerd. De NZa controleert of partijen zich aan de nieuwe regels houden. Naar aanleiding van de onduidelijkheid over het gecontracteerde aanbod in november 2015 onderzoekt de minister van VWS samen met zorgverzekeraars en aanbieders naar verdere verbetering in zowel het contracteerproces als in de communicatie over het gecontracteerde aanbod.

¹¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 545.

¹² RIVM, Zorgbalans 2014.

In de evaluatie van de Wmg is geconstateerd dat bij regulering veel aandacht is geweest voor de betaalbaarheid. De onderzoekers vinden dat er ook meer aandacht moet zijn voor de andere twee publieke belangen van de zorg namelijk de toegankelijkheid en kwaliteit en dat de door de overheid afgedwongen budgettering verminderd zal moeten worden. De minister van VWS heeft aangegeven de focus op kostenbeheersing, gezien de recente financiële crisis en de groei van de zorgkosten in de recente jaren, verklaarbaar en noodzakelijk was. Maar dat dient in het belang van consument en patiënt gepaard te gaan met voldoende oog voor de kwaliteit en toegankelijkheid. De minister gaf aan dat juist de groei van de zorgkosten een gevaar vormt voor de toegankelijkheid van zorg. En een hogere kwaliteit kan juist leiden tot betere kostenbeheersing. Ten aanzien van de transparantie van de kwaliteit van zorg kunnen een aantal stappen gezet worden. Inzicht in de kwaliteit van de zorg helpt niet alleen de patiënt/verzekerde, maar is ook de sleutel tot betere en betaalbare zorg.

Ook kwam in de evaluatie van de Wmg het nut en noodzaak van tarief- en prestatieregulering ter sprake. Het idee van de evaluatie was dat tarief- en prestatieregulering van de niet-verzekerde zorg niet noodzakelijk is. In de brief Kwaliteit loont heeft de minister van VWS aangekondigd meer ruimte te willen bieden voor innovaties en maatwerk door het dereguleren van de Wet marktordening gezondheidszorg¹³. In de tweede voortgangsrapportage Kwaliteit loont heeft de minister van VWS een experiment aangekondigd. Dit experiment zal het, in sectoren waarin hiervoor belangstelling bestaat, mogelijk maken dat zorgaanbieders en zorgverzekeraars zelf bepalen wat voor zorgproduct zij zullen declareren of kunnen zij innovatieve vormen van bekostiging afspreken zonder dat eerst een prestatiebeschrijving moet worden aangevraagd bij de NZa. Komen een zorgaanbieder en een zorgverzekeraar er onderling niet uit, dan kunnen altijd de door de NZa vastgestelde terugvalprestaties gebruikt worden. Zo ontstaat meer ruimte voor innovatie zonder dat de gemeenschappelijke taal die prestatiebeschrijvingen bieden, verdwijnt. Uiteraard vergt een experiment zorgvuldige invoering en leent de ene sector zich hier meer voor dan de ander. Daarom wordt aan de NZa gevraagd of aan alle randvoorwaarden wordt voldaan om verantwoord te dereguleren. Denk hierbij bijvoorbeeld aan transparantie voor patiënten, aanbieders en verzekeraars, controleerbaarheid door verzekeraars en toezicht op geleverde zorg.

3.2.5 C. Zorgverleningsmarkt

Uit de evaluatie van de Zvw blijkt dat zowel zorgverzekeraars als patiënten meer transparantie van kwaliteit van het zorgaanbod nodig hebben om te kunnen kiezen. Deze transparantie is nog niet optimaal. De minister heeft diverse maatregelen genomen om de transparantie van kwaliteit te verhogen¹⁴. Een van deze maatregelen is de afspraak met partijen om informatie over kwaliteit van de 30 meest relevante aandoeningen versneld beschikbaar komt. Ook moet inzicht worden geboden in de wijze waarop zorgverzekeraars bij de zorginkoop rekening hebben gehouden met de diversiteit van patiënten. Ook de websites van de zorgverzekeraars zullen worden verbeterd zodat individuele verzekerden meer inzicht hebben in wat in hun polis inhoudt.

In de brief 'Jaar van de transparantie'¹⁵ worden vier resultaten benoemd:

- a. informatie voor patiënten over de kwaliteit van het zorgaanbod komt versneld beschikbaar;
- b. betrouwbare informatie over de zorg komt op KiesBeter;
- c. het ontwikkelen van richtlijnen en indicatoren door het Kwaliteitsinstituut, onderdeel van het Zorginstituut en
- d. kosteninzage voor de patiënt voorafgaand aan een behandeling.

In de voortgangsrapportage van het 'Jaar van de transparantie' is aangegeven dat het Jaar van de Transparantie geen doel is, maar een middel om 'Samen beslissen' in de praktijk te versnellen. Dit kan immers alleen als patiënten beschikken over de juiste informatie. Daarom worden in het Jaar van de Transparantie stappen gezet die onomkeerbaar tot een betere informatievoorziening in de zorg moeten leiden. Allereerst voor patiënten, maar ook voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars.

¹³ Het wetsvoorstel Herpositionering taken NZa en deregulering, waarin dit is opgenomen, is in oktober 2015 voor advies naar de Raad van State gezonden.

¹⁴ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 116.

¹⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 32 620, nr. 149.

De voortgangsrapportage vermeldt onderstaande zes activiteiten.

- Zo is met medisch-specialisten, patiënten, ziekenhuizen, verzekeraars en het Kwaliteitsinstituut afgesproken dat over de 30 belangrijkste aandoeningen versneld informatie beschikbaar komt. Daarmee wordt een keuze gemaakt voor de kwaliteit van informatie, in plaats van voor de kwantiteit. Deze afspraak is ook opgenomen in de Kwaliteits- en Doelmatigheidsagenda Medisch-specialistische zorg.
- De behandelrichtlijnen van artsen worden samengevat in begrijpelijke taal.
- Er komen keuzehulpen die mensen helpen bij het kiezen tussen behandelopties.
- Op ZorgKaartNederland.nl kunnen patiënten ervaringen delen.
- Er komt voorlichtingsmateriaal in wachtkamers over 'Samen Beslissen'.
- Op de website KiesBeter.nl komt informatie over honderden behandelingen.

De IGZ houdt kwaliteitstoezicht op zorgaanbieders. Uit de internationale vergelijking van kwaliteitsindicatoren van de OECD blijkt dat bij het merendeel van deze indicatoren Nederland bovengemiddeld scoort vergeleken bij andere welvarende landen.

Uit de evaluatie van de Zvw is tevens gekeken naar de effectiviteit van het eigen risico op de omvang van het zorggebruik. De onderzoekers stellen voor om de prikkel van het eigen risico op zorggebruik te versterken door de transparantie over de onderhandelde tarieven te vergroten.

In de evaluatie van de Zvw is tot slot gekeken naar het machtsevenwicht op de zorginkoopmarkt vanuit het perspectief van de eindgebruiker: de verzekerde/patiënt. De onderzoekers concluderen dat er, met name in de medisch specialistische zorg en disbalans is in het voordeel van zorgaanbieders. Dat is een risico voor betaalbaarheid en kwaliteit.

Op basis van de evaluatie van de Wmg is besloten om het markttoezicht te versterken en deze taak vanuit de NZa onder te brengen bij de ACM, zodat er een bundeling van kennis wordt bewerkstelligd. Deze bundeling van kennis zal worden versterkt door het aantrekken van nieuwe mensen met kennis van de gezondheidszorg. De minister van VWS krijgt de taken en bevoegdheden die horen bij de beleidsverantwoordelijke minister (aannemelijke marktmacht, zorgspecifieke fusietoets), waaronder de bevoegdheid om beleidsregels op grond van de Kaderwet zelfstandige bestuursorganen vast te stellen. Ook wordt de beleidsrijke regulering overgeheveld van de NZa naar VWS zodat de NZa zich kan positioneren als onafhankelijke en robuuste toezichthouder.

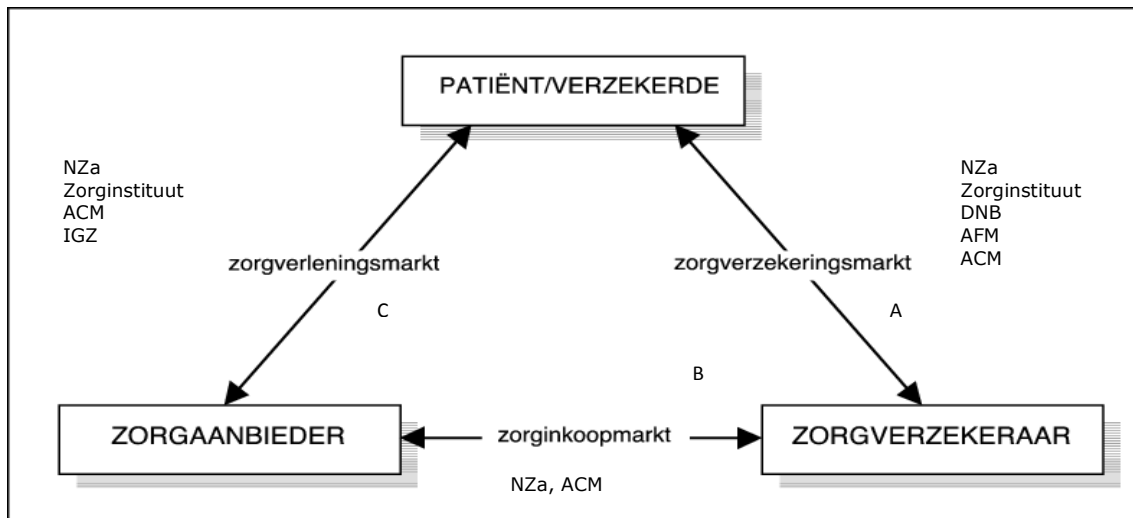
3.2.6 Conclusie

Bovenstaande punten tonen aan dat het zorgverzekeringsstelsel in ontwikkeling is. Het uitvoeren van onderzoek draagt bij aan het in stand houden van - en de verbetering van de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van het stelsel.

Samenvattend is het beeld dat de idee achter het zorgstelsel waarbij keuzevrijheid leidt tot goede zorg voor een betaalbare prijs, en de randvoorwaarden (zoals de verzekerings- en acceptatieplicht en het risicovereveningssysteem) zijn vruchten begint af te werpen, maar dat er, onder meer op het gebied van transparantie van kwaliteit van zorgaanbod en keuzes tussen polissen nog werk verricht moet worden.

3.3 Overige actoren in het zorgstelsel waaronder toezichthouders

Naast de bovengenoemde actoren die op de assen van de zorgdriehoek actief zijn is er een rol voor verschillende overheidsorganen. In volgende figuur wordt de positie van de verschillende actoren per markt schematische in beeld gebracht:



3.3.1 Zorginstituut Nederland

De minister van VWS stelt jaarlijks de inhoud van het basispakket voor het komende jaar vast. Om te bepalen welke behandelingen er uit het basispakket worden gehaald en welke worden toegevoegd, laat de minister zich adviseren door het Zorginstituut (de pakketadviestaak).

Het doel van deze taak is om de burger een duurzame toegang tot de wettelijke zorgverzekeringen en een passende inhoud van het wettelijk verzekerde basispakket te garanderen.

Nederland kent een 'open systeem' van verzekeringsaanspraken; behandelingen stromen automatisch in het verzekerde pakket. Dit kan betaalbaarheid onder druk zetten. Daarom heeft het Zorginstituut een rol om het huidige pakket door te lichten bijvoorbeeld via het programma Zinnig en Zuinig (zie hoofdstuk 5 van deze beleidsdoorlichting) en toetst het Zorginstituut nieuwe behandelingen/medicijnen die tot het pakket toegelaten kunnen worden aan de hand van de pakketcriteria zoals noodzakelijkheid, (kosten)effectiviteit en uitvoerbaarheid. Zo draagt het Zorginstituut bij aan betaalbaarheid, de toegankelijkheid en de kwaliteit van noodzakelijke zorg.

Keuzes ten aanzien van het pakket zijn overigens geen digitale beslissing over in- of uitstroom. Er wordt vanuit de inhoud bekeken voor welke verzekerden de zorg wel en voor welke verzekerden de zorg niet tot de aanspraken behoort. Dat doet recht aan de gedachte dat er alleen een aanspraak op zorg is, als de verzekerde daar gezien zijn zorgvraag redelijkerwijs op is aangewezen. De Algemene Rekenkamer heeft deze aanpak ook ondersteund in het rapport 'Uitgavenbeheersing in de zorg deel III'. Klassieke pakketuitsluitingen, waarbij de aanspraak voor alle verzekerden komt te vervallen, blijven tot de mogelijkheden behoren, als dat vanuit inhoud en betaalbaarheid van de zorg de beste oplossing is.

Zoals al eerder genoemd voert het Zorginstituut het programma 'Zinnig en Zuinig' (onderdeel van deze beleidsdoorlichting) uit. Met dit project wordt het basispakket op een systematische wijze tegen het licht gehouden met de volgende vragen: is er een onderbouwing voor de (kosten)effectiviteit en is de zorg medisch gezien noodzakelijk? Deze aanpak biedt de mogelijkheid om het beschikbare budget beter te benutten en kunnen zelfs besparingen te kunnen resulteren (betere betaalbaarheid), zonder dat daarmee de kwaliteit of toegankelijkheid van de zorg worden aangetast. Zie ook paragraaf 5.4 voor een uitgebreidere beschrijving.

Het Zorginstituut voert daarnaast de wetgeving inzake onverzekerden en wanbetalers uit. Deze kosten van deze taken zijn onderdeel van deze beleidsdoorlichting, ook de ontvangsten die daaruit gegenereerd worden zijn onderdeel van artikel 2.3.

Een andere onderdeel van het Zorginstituut vormt het Kwaliteitsinstituut. Dit instituut richt zich op het verbeteren van de kwaliteit van de gezondheidszorg in Nederland zowel via het bevorderen van kwaliteitsstandaarden als het toegankelijk maken van begrijpelijke en betrouwbare informatie over de kwaliteit van geleverde zorg. Het Kwaliteitsinstituut probeert het bevorderen van kwaliteitsstandaarden zoveel mogelijk te doen via ondersteunende maatregelen, maar kan als ultimatum remedium haar doorzettingsmacht inzetten. Daarmee draagt het Kwaliteitsinstituut ook bij aan de doelstelling van het zorgstelsel van kwalitatieve goede zorg.

Uit de evaluatie van het Zorginstituut blijkt dat het Zorginstituut een voldoende effectieve en efficiënte organisatie is en dat er sinds de evaluatie uit 2009 grote stappen zijn gezet in de verdere professionalisering van de organisatie. In de evaluatie van 2009 zijn er aanbevelingen gedaan voor het verbeteren van de samenwerking met de relevante externe partijen. In de evaluatie uit 2014 wordt geconcludeerd dat het Zorginstituut is gegroeid als samenwerkingspartner. Dit is een belangrijke conclusie omdat de samenwerking met stakeholders en partners cruciaal is voor het succesvol uitvoeren van de nieuwe taken van het Zorginstituut.

3.3.2 Nederlandse Zorgautoriteit

De NZa houdt toezicht op het gedrag van zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De NZa ziet erop toe dat zij zich houden aan de wet- en regelgeving, zijnde de Wmg, de Zvw en de Wlz.

Doel van het toezicht is een situatie te creëren waarin consumenten erop kunnen vertrouwen dat zorgmarkten goed werken en zorgverzekeraars en zorgaanbieders hun wettelijke verplichtingen nakomen. Zij stellen zichzelf als belangrijkste doel om toegankelijke, betaalbare en goed gezondheidszorg voor iedereen te bevorderen. Zo zien ze erop toe dat verzekeraars, ziekenhuizen en andere instanties eerlijke informatie geven over hun prijzen en polissen.

In het jaar 2014 zijn zowel de Wmg als de NZa door Andersson Elffers Felix (AEF) geëvalueerd aan de hand van onderstaande vier thema's:

- tarief- en prestatiereregulering;
- markttoezicht (aanmerkelijke marktmacht en transparantie);
- toezicht op de uitvoering van de Zvw en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- functioneren van de NZa.

Uit de evaluatie van de Wmg¹⁶ komt naar voren dat het wettelijk instrumentarium afdoende is, maar dat in de toepassing door de NZa verbeterlagen mogelijk zijn, bijvoorbeeld door het toezicht meer *principle based* in plaats van *rule based* vorm te geven.

Uit de evaluatie volgt verder dat de samenloop van regulerings- en toezichtstaken bij de NZa tot verwarring leidt en dat de NZa in haar optreden onvoldoende scheiding aanbrengt tussen haar rollen.

Mede naar aanleiding van de evaluatie van de Wmg en het rapport van de commissie Borstlap wordt de Wmg aangepast om de NZa te positioneren als robuuste en onafhankelijke toezichthouder. Dit wordt bewerkstelligd door een herpositionering van de reguleringstaken tussen het ministerie van VWS en de NZa. VWS zal voortaan zelf de reguleringkaders vaststellen (de beleidsrijke regulering) en de NZa voert deze regulering uit (uitvoeringsregulering). Deze herpositionering zal bijdragen aan de rolvastheid van de NZa en een verduidelijking van de rolverdeling tussen VWS en NZa.

Zoals hierboven is aangegeven wordt daarnaast het markttoezicht (zorgspecifieke fusietoets en het aanmerkelijke marktkracht instrumentarium) overgeheveld naar de ACM om het markttoezicht in de zorg te versterken.

¹⁶ Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 25268, nr. 87, blg-373943.

3.3.3 Overige toezichthouders DNB, AFM, ACM en IGZ

Zorgverzekeringsmarkt (A)

Op de zorgverzekeraars is de wetgeving voor het toezicht op de particuliere verzekeraars, zoals vastgelegd in de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, van toepassing. Dit toezicht richt zich met name op de vraag of de financiële positie van de verzekeraars voldoende is om de aangegane verplichtingen te dekken en of de bedrijfsprocessen dusdanig zijn ingericht dat de continuïteit van de zorgverzekeraars gewaarborgd is, zodat zij ook in de toekomst aan deze verplichtingen kunnen voldoen. Dat toezicht berust bij DNB. Het toezicht op particuliere verzekeraars omvat verder ook het toezicht op een deugdelijke financiële dienstverlening, zowel voor zorgverzekeraars als assurantietussenpersonen en andere distributiekanaalen. Dit toezicht is opgedragen aan de Autoriteit Financiële Markten (AFM).

Zorgverzekerings-, zorgverlenings- en zorginkoopmarkt (A, B, C)

Het algemene mededingingstoezicht is geregeld in de Mededingingswet en betreft zowel de zorgverzekeraars als de aanbieders van zorg. De ACM is belast met het toezicht op de naleving van de Mededingingswet door zorgverzekeraars en zorgaanbieders. De idee achter mededinging is vergelijkbaar met de idee achter het zorgstelsel: wanneer consumenten (of verzekeraars) kunnen kiezen tussen meerdere verzekeraars (of aanbieders) zal de druk op verzekeraars (en aanbieders) toenemen om kwalitatief goed te presteren voor een betaalbare prijs.

Zorgverleningsmarkt (C)

Toezicht op de kwaliteit van de volksgezondheid in het algemeen en op het bestaan en naleven van voorschriften door de zorgaanbieders is opgedragen aan de IGZ. Door dit toezicht wordt de basis veiligheid en kwaliteit van zorg in Nederland gegarandeerd.

3.4 Beleidsartikel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel'

Zoals in paragraaf 3.2 aangegeven beschikt de minister over een aantal instrumenten om de werking van het stelsel te bevorderen. Een deel van de instrumenten die de minister ter beschikking staan is opgenomen in artikel 2.3 'Bevorderen werking van het stelsel'. Dit artikel is te zien als een restartikel met een verzameling van instrumenten. Deze instrumenten zijn verschillend van aard, grijpen in op een verschillende delen van het stelsel en ook de impact op het stelsel is per instrument wezenlijk anders.

In het vervolg van deze doorlichting zijn de instrumenten geordend in drie afzonderlijke hoofdstukken waarbij is gekeken naar de onderlinge samenhang. Gekozen is om hierbij de volgende clustering te hanteren:

Het voorkomen wanbetalers en onverzekerden (hoofdstuk 4).

Dit hoofdstuk richt zich op de preventie en opsporing wanbetalers en onverzekerden. Met deze maatregelen wordt getracht de burger:

- te wijzen op de verzekeringsplicht en de verplichting premie te betalen;
- tijdig te laten verzekeren bij een zorgverzekeraar en
- en als men verzekerd is, de zorgverzekeringspremie tijdig te laten betalen.

Dit draagt bij aan het in stand houden van de onderlinge solidariteit van het stelsel ; een basisprincipe van het door de jaren heen opgebouwde verzorgingsstelsel binnen Nederland. Hiervoor worden de volgende drie instrumenten ingezet:

- 1) Subsidie aan de SKGZ: De SKGZ wordt primair gefinancierd door de zorgverzekeraars. VWS heeft een meerjarige projectsubsidie aan de SKGZ beschikbaar gesteld voor preventie en terugdringen van het aantal wanbetalers en onverzekerden (paragraaf 4.2).
- 2) Uitvoeringskosten onverzekerden: Dit betreft de uitvoeringskosten van het Zorginstituut, het CJIB (incasso) en de SVB (bestandsvergelijking) voor de opsporing en het terugdringen van het aantal onverzekerden. Deze regelingen kennen ontvangsten. Deze ontvangsten zijn ook onderdeel van artikel 2.3 en worden daarom meegenomen in de beleidsdoorlichting (paragraaf 4.3).
- 3) Uitvoeringskosten wanbetalers: Dit betreft de uitvoeringskosten van het Zorginstituut, het CJIB (incasso) en de SVB (bestandsvergelijking) voor het opleggen van een bestuursrechtelijke premie aan en het terugdringen van het aantal wanbetalers. Deze regeling kent ook ontvangsten. Deze ontvangsten zijn ook onderdeel van artikel 2.3 en worden daarom meegenomen in de beleidsdoorlichting (paragraaf 4.4).

Onderzoeks- en communicatiemiddelen (hoofdstuk 5).

De minister stelt ter ondersteuning van en onderzoek naar de werking van het stelsel onderzoeks- en communicatiegelden ter beschikking. Deze onderzoeksgelden zijn bestemd voor:

- 4) Onderzoeksgelden voor de risicoverevening: Dit betreft onderzoeksmiddelen die ter beschikking staan aan VWS om te komen tot een optimale verdeelsleutel voor het risicoverdeelmodel (paragraaf 5.2).
- 5) Middelen uitvoering zorgverzekeringstelsel: Dit betreft de jaarlijkse middelen voor het uitvoeren van onderzoek, tijdelijke inhuur en communicatiekosten voor bijvoorbeeld naar fraude in de zorg, eigen betalingen, zorgmijding, evaluatie Zvw en het Zorginstituut, uitvoeringskosten voor de indicering van Nederlandse verdragsgerechtigden door het Centrum Indicatiestelling Zorg en communicatiekosten campagnes (paragraaf 5.3).
- 6) De uitvoerings- en onderzoekskosten project Zinnig en Zuinig van het Zorginstituut. Het Zorginstituut is eind 2013 gestart met de systematische doorlichting van het huidige basispakket met het oog op een gepast aanbod en gebruik van zorg (paragraaf 5.4).

Overige instrumenten (hoofdstuk 6).

Zoals reeds in hoofdstuk 2 is aangegeven staan er nog drie onderwerpen op artikel 2.3 die niet in samenhang ingrijpen op het stelsel, maar vanuit historie op dit artikel zijn geplaatst. Het betreft niet-focus onderwerpen, maar worden wel in hoofdstuk 6 beschreven:

- 7) Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg: Dit betreft de kosten van een tijdelijke subsidieregeling om te bevorderen dat medisch specialisten de keuze hebben tussen de status van vrijgevestigde of in loondienst van het ziekenhuis (paragraaf 6.2).
- 8) Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel: In 2010 is het ambulancestelsel gereorganiseerd; dit betreft de kosten harmonisatie van de arbeidsvoorwaarden rondom vervroegde uittreding van het ambulancepersoneel. Deze afspraken zijn gemaakt in het jaar 2010 (paragraaf 6.3).
- 9) C2000: Dit is een VWS-bijdrage aan het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) voor de kosten van het beheer van de communicatieapparatuur van politie, brandweer, Koninklijke Marechaussee en ambulance. VenJ is beleidsverantwoordelijk voor C2000 (paragraaf 6.4).

Onderstaande tabel toont de financiële middelen per instrument op artikel 2.3 van de VWS-begroting 2016 in de jaren 2014 tot en met 2020.

Tabel 4: VWS begroting 2016, artikel 2.3

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
3. Bevorderen werking van het stelsel	59.013	104.094	139.051	159.466	134.805	134.991	135.284
<i>Subsidies</i>	353	50.208	30.930	50.480	25.480	25.480	25.480
waarvan onder andere:							
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen	331	1.131	791	341	341	341	341
Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg	0	44.911	30.000	50.000	25.000	25.000	25.000
<i>Bekostiging</i>	4.191	0	0	0	0	0	0
<i>Inkomensoverdrachten</i>	32.241	26.442	26.927	27.346	27.688	27.873	28.166
Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel	32.241	26.442	26.927	27.346	27.688	27.873	28.166
<i>Opdrachten</i>	4.014	3.999	4.529	4.528	4.528	4.528	4.528
waarvan onder andere:							
Risicoverevening	1.139	2.128	1.890	1.890	1.890	1.890	1.890
Uitvoering zorgverzekeringstelsel	313	421	471	471	471	471	471
<i>Bijdragen aan agentschappen</i>	18.214	20.937	21.539	21.988	21.987	21.987	21.987
CJIB: Onverzekerden en wanbetalers	18.214	20.937	21.539	21.988	21.987	21.987	21.987
<i>Bijdragen aan ZBO's/RWT's</i>	0	2.507	51.022	51.020	51.018	51.019	51.019
Zorginstituut Nederland: Onverzekerden en wanbetalers	0	479	35.954	35.953	35.951	35.952	35.952
Zorginstituut Nederland: Doorlichten pakket	0	2.028	15.068	15.067	15.067	15.067	15.067
<i>Bijdragen aan andere begrotingshoofdstukken</i>	0	1	4.104	4.104	4.104	4.104	4.104
VenJ: Bijdrage C2000	0	1	4.104	4.104	4.104	4.104	4.104
Ontvangsten	81.998	60.853	60.955	60.955	60.955	60.955	60.955
waarvan onder andere:							
Ontvangsten wanbetalers	69.681	59.800	59.902	59.902	59.902	59.902	59.902

4 Voorkomen van wanbetalers en onverzekerden

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de beleidstheorie- en de globale werking van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg beschreven. Belangrijke aspecten van het stelsel zijn de wettelijke verzekeringsplicht en de plicht tot het betalen van de premie. Deze plichten dragen bij aan de solidariteit en de betaalbaarheid van het gehele stelsel.

Om te voorkomen dat mensen onverzekerd zijn of de verzekeringspremie nalaten te betalen is het voor de Rijksoverheid zaak voorlichting aan burgers te geven (preventie). Mocht deze preventie falen, dan spoort de Rijksoverheid deze mensen op en worden deze mensen aangepakt.

In dit hoofdstuk worden de instrumenten behandeld die de minister heeft voor voorlichting om te voorkomen dat mensen onverzekerd dan wel wanbetaler worden en voor opsporing van onverzekerden en de aanpak van wanbetalers als preventie faalt. Hierdoor wordt voorkomen dat een verzekeraar de verzekerde royeert en mensen met hoge zorgkosten geconfronteerd worden.

4.2 Subsidie Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen

4.2.1 Inleiding

De Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ) verzorgt sinds mei 2013 de voorlichting ten behoeve van onverzekerden en wanbetalers en richt zich daarbij op doelgroepen die relatief vaak onverzekerd zijn of hun premie niet betalen. Deze activiteiten worden uitgevoerd door Zorgverzekeringlijn.nl, onderdeel van de SKGZ. De activiteiten werden tussen 2007 en mei 2013 uitgevoerd door de Stichting De Ombudsman en zijn door de SKGZ voortgezet. De middelen zijn aan de SKGZ ter beschikking gesteld als projectsubsidie.

4.2.2 Doelstelling(en)

Het uitgangspunt is dat iedereen die verzekeringsplichtig is voor de Zvw, bij een zorgverzekeraar een zorgverzekering afsluit en zijn zorgpremie aan deze verzekeraar betaalt. Dit instrument voorziet in de financiering van de SKGZ om activiteiten te ontplooiën om mensen te wijzen op hun verzekeringsplicht en de gevolgen van het niet verzekeren of het niet betalen van de zorgpremie, onder meer door uitleg van de onverzekerden- en wanbetalersregeling.

Door deze inspanningen wordt een bijdrage geleverd aan het voorkomen dat mensen onverzekerd raken of wanbetaler worden. Er wordt doelgroepgerichte voorlichting verstrekt conform de wens van de Tweede Kamer om kwetsbare groepen in de samenleving waaronder jongeren en studenten, nieuw ingezetenen, ouders van pasgeborenen en dak- en thuislozen van specifieke informatie te voorzien¹⁷.

4.2.3 Werkwijze van de SKGZ

De voorlichting van de SKGZ kent verschillende vormen: algemene voorlichting en doelgroepgerichte voorlichting. Gedurende het jaar worden verschillende voorlichtingsbijeenkomsten georganiseerd voor professionals in het sociale domein en vrijwilligers die onverzekerden bijstaan.

¹⁷ Zie onder meer: Kamerstukken II, vergaderjaar 2011–2012, 33 077, nr. 2 en de VWS-verzekerdenmonitor, jaren 2008–2014. De VWS-verzekerdenmonitor wordt sinds 2008 jaarlijks aan het parlement aangeboden.

Daarnaast verzorgt de SKGZ persoonsgerichte informatievoorziening, advies en bemiddeling. In onderstaande figuur is een samenvatting van de kwantitatieve gegevens over de inzet van voorlichting en overige activiteiten opgenomen.



4.2.4 Financiën

In de VWS-begroting 2016 is structureel geld beschikbaar voor een eventuele projectsubsidie. Voor de jaren 2013 tot en met 2016 is een projectsubsidie verleend. Voor de jaren 2017 tot en met 2020 zijn middelen gereserveerd maar nog niet juridisch verplicht.

Tabel 5: VWS begroting 2016, artikel 2.3 onderdeel SKGZ-subsidie

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)	2014						
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen	331	1.131	791	341	341	341	341

4.2.5 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

Begin 2015 is een projectsubsidie van € 1,131 miljoen verleend. De subsidie wordt gebruikt voor het produceren en verspreiden van voorlichtingsmateriaal, voorlichting aan doelgroepen en hulpverleners en het intensiveren van de samenwerking met zorgverzekeraars. De activiteiten worden met name gericht op de door Zorgverzekeringslijn.nl geselecteerde 'focusgemeenten' waar zich relatief of absoluut gezien de meeste onverzekerden en wanbetalers bevinden.

4.2.6 Effectiviteit

De projectsubsidie wordt verleend op basis van een gedetailleerde subsidieaanvraag. In deze subsidieaanvraag zijn aangegeven, het verwachte aantal: telefoongesprekken, e-mails, flyers/posters, voorlichtingsbijeenkomsten, vermeldingen op sites van verzekeraars, websitebezoekers. Geconstateerd is dat elke maand het aantal telefonische contacten en het aantal klantvragen stijgt. Daarbij is er een verband waarneembaar tussen de voorlichtingscampagnes en het aantal klantcontacten. Ook leidt de samenwerking met zorgverzekeraars via de vermelding in de zogeheten vierdemaandsbrief¹⁸ en de folder Schuldhulpverlening tot meer klantvragen. Verwacht wordt dat in 2015 9.000 contacten via e-mail/telefoon worden geregistreerd. De kwantitatieve gegevens over de inzet van voorlichting en overige activiteiten zijn in 2015 verstrekt in de VWS-verzekerdenmonitor 2015, die in het derde kwartaal van 2015 aan de Tweede Kamer is gezonden. Deze doelen zijn daarmee gekwalificeerd en worden gehanteerd in de verantwoording.

¹⁸ Verzekeraars zijn verplicht mensen die hun zorgpremie niet betalen na twee en vier maanden een brief te sturen en waarin gewezen wordt op de gevolgen van het niet betalen van de zorgpremie.

Het is lastig een rechtstreeks verband te leggen tussen de activiteiten die door de SKGZ worden ondernomen en de inzet van middelen door Zorgverzekeringslijn.nl en het aantal onverzekerden en wanbetalers. Onverzekerd zijn of wanbetaling is van veel factoren afhankelijk; bijvoorbeeld de economische conjunctuur en de mate waarin iemand in staat is zijn financiële huishoudboekje te beheren. Voor de SKGZ betekent deze projectsubsidie een inspanningsverplichting om de genoemde werkzaamheden uit te voeren.

4.2.7 Evaluatie

De projectsubsidie aan de SKGZ is niet afzonderlijk geëvalueerd. VWS verstrekt¹⁹ de projectsubsidie op basis van een gedetailleerd onderbouwde projectaanvraag van de SKGZ. De SKGZ legt aan VWS verantwoording af waarbij wordt aangegeven of de in de subsidieaanvraag genoemde inspanningen/streefwaarden zijn behaald. Daarnaast vindt er tussen VWS en de SKGZ minimaal één keer per jaar een voortgangsgesprek plaats. Tijdens dit gesprek wordt ook gesproken of er binnen de uit te voeren activiteiten bijzondere aandachtspunten zijn of dat een verschuiving daarvan wenselijk is.

4.2.8 20% variant

Voor dit instrument kan gekozen worden om de kosten van de projectsubsidie deels dan wel volledig te laten dragen door zorgverzekeraars. Hiervoor zal met Zorgverzekeraars Nederland onderzocht moeten worden of zorgverzekeraars kunnen bijdragen in de kosten van Zorgverzekeringslijn.nl.

Een andere mogelijkheid is het geheel beëindigen van de projectsubsidie (na het jaar 2016). Deze twee varianten leveren een besparing op van maximaal € 341.000 per jaar. Bij het beëindigen van de subsidie zullen er geen preventieve voorlichtingsactiviteiten meer worden uitgevoerd. In dat geval zullen er 9.000 mensen niet meer persoonlijk door de SKGZ te woord worden gestaan met vragen over hun verzekeringsplicht of de betaalachterstand. Zij moeten hun vraag stellen aan een andere instantie (bijvoorbeeld een verzekeraar).

Een minder vergaande optie is het schrappen van actieve voorlichting aan experts. Zorgverzekeringslijn.nl organiseert jaarlijks ca. 100 voorlichtingsbijeenkomsten voor experts (zoals sociaal hulpverleners et cetera). Door het (deels) schrappen van de gewenste (in totaal) 220 voorlichtingsbijeenkomsten (tot 2017) kan tot € 65.000 worden bespaard.

In tabel 6 wordt de bovenstaande 20% maatregel gepresenteerd.

Tabel 6: 20% maatregelen SKGZ

(bedragen x € 1000)	2016	2017	2018	2019	2020
Grotere rol verzekeraars/ beëindiging subsidie		-341	-341	-341	-341

¹⁹ De projectsubsidie is verleend overeenkomstig de Kaderwet VWS-subsidies en de Kaderregeling VWS-subsidies. Indien aan de subsidievoorwaarden is voldaan, wordt de subsidie -die op basis van bevoorschotting wordt verstrekt- definitief verleend.

4.3 Uitvoeringskosten onverzekerden

4.3.1 Inleiding

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de uitvoeringskosten van de Wet Ovoz van de SVB, het Zorginstituut en het CJIB.

4.3.2 Doelstelling(en)

In 2011 is de Wet Ovoz in werking getreden. Deze wet heeft tot doel om mensen die op grond van de Zvw verzekeringsplichtig zijn, maar zich niet verzekerd hebben, op te sporen en met behulp van vervolgacties het aantal onverzekerden terug te dringen. Daarmee wordt:

- de solidariteit van het zorgverzekeringsstelsel in stand gehouden;
- de publieke gezondheid verhoogd door mensen een verzekerde toegang te geven tot zorg;
- voorkomen dat mensen bij ziekte mogelijk geconfronteerd worden met zorgkosten waardoor zij in financiële problemen zouden kunnen komen.

De verzekeringsplicht is door de wetgever opgelegd aan haar burgers. Om die reden heeft de wetgever het Zorginstituut belast met de opsporing en aanpak van onverzekerde verzekeringsplichtigen.

4.3.3 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen

Het traject van de Wet Ovoz bestaat uit a) opsporing, b) aanschrijving, c) beboeten en d) ambtshalve verzekeren. Hierbij zijn de volgende uitvoerders betrokken:

De SVB: De SVB beheert de volledige verzekerdenadministratie van de volksverzekeringen (de Basisadministratie Volksverzekeringen; BAV). Door dit bestand te combineren met gegevensbestanden van bijvoorbeeld de Dienst Uitvoering Onderwijs (DUO) en de polisadministratie van het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) blijkt wie Wlz-verzekerd is en daarmee verzekeringsplichtig voor de Zvw. Door het resultaat van die bestandsvergelijking te koppelen aan het bestand van degenen die daadwerkelijk een zorgverzekering hebben gesloten (het Referentiebestand Verzekerden Zorgverzekeringswet (RBVZ)) wordt zichtbaar wie voor de Zvw onverzekerd is. Deze gegevensuitwisseling en -bewerking is gezien de privacyaspecten wettelijk verankerd.

Het Zorginstituut: De SVB meldt de resultaten van de uitgevoerde bestandsvergelijking aan het Zorginstituut. Het Zorginstituut schrijft vervolgens de onverzekerde personen aan. Als zij zich na aanschrijving niet alsnog verzekeren voor de Zvw, dan legt het Zorginstituut tot tweemaal toe een boete op (eerst na drie maanden, daarna nogmaals na zes maanden). Als deze onverzekerden zich daarna nog steeds niet hebben verzekerd, dan sluit het Zorginstituut ambtshalve een zorgverzekering voor hen af bij één van de zorgverzekeraars. Betrokkene is dan gedurende één jaar een bestuursrechtelijke premie verschuldigd aan het Zorginstituut. Deze premie treedt in plaats van een nominale premie aan de zorgverzekeraar. Het Zorginstituut kan de bestuursrechtelijke premie in de vorm van broninhouding inhouden op het loon of de uitkering van betrokkene.

Het CJIB: Blijkt broninhouding van de bestuursrechtelijke premie door het Zorginstituut onmogelijk, bijvoorbeeld omdat er geen regelmatige inkomsten zijn, dan draagt het Zorginstituut de inning over aan het CJIB. Het CJIB controleert bij de Belastingdienst of er sprake is van zorgtoeslag. Is dit het geval, dan betaalt de Belastingdienst, in opdracht van het Zorginstituut, de zorgtoeslag aan het CJIB. De zorgtoeslag is dan een deelbetaling op de bestuursrechtelijke premie. Voor het restant van de premie verstuurt het CJIB aan betrokkene een acceptgiro. Is er geen sprake van zorgtoeslag, dan verstuurt het CJIB maandelijks een acceptgiro voor de volledige bestuursrechtelijke premie. Tevens draagt het CJIB zorg voor inning en incasso van de door het Zorginstituut opgelegde bestuurlijke boetes.

4.3.4 Ontwikkeling van het aantal onverzekerden

Het Zorginstituut heeft in de periode vanaf 2011 tot 2015 in totaal meer dan 375.000 personen aangeschreven als mogelijk onverzekerde verzekeringsplichtigen. Hiervan hebben meer dan 345.000 personen vervolgens actie ondernomen door:

- zich alsnog te verzekeren;
- te betwisten dat zij verzekeringsplichtig zijn of;
- aan te tonen dat ze terecht onverzekerd zijn (bijvoorbeeld militairen²⁰ of mensen die om studieredenen in Nederland zijn).

Eind 2014 stonden er 29.454 personen geregistreerd als actief onverzekerd. Deze personen bevinden zich in de fase van aanschrijving en boeteoplegging. Dit is circa 0,2% van de Nederlandse populatie. Maandelijks stromen circa 4.500 personen in en uit de regeling van de Wet Ovoz. Door het systeem van ambtshalve verzekeren kunnen geregistreerde onverzekerden nooit langer dan negen maanden onverzekerd zijn.

De reden waarom onverzekerde verzekeringsplichtigen zich niet verzekeren is niet onderzocht. Logischerwijs kan worden gedacht aan onwetendheid, maar ook aan bewuste ontduiking van de verzekeringsplicht om premie te kunnen uitsparen.

De kenmerken van de groep onverzekerden zijn niet nader onderzocht, zoals dat wel is gedaan voor de wanbetalers. Wel kan op basis van gegevens van twee grote zorgverzekeraars worden geconstateerd dat ongeveer 35 tot 40% van de bij die verzekeraar ondergebrachte ambtshalve verzekerden uiteindelijk (na tussenkomst van de deurwaarder) niet woonachtig blijkt te zijn in Nederland. De desbetreffende groep stroomt dus uit de ambtshalve of reguliere verzekering met als reden 'einde verzekeringsplicht, is vertrokken naar het buitenland'.

De grootste groep binnen de populatie (ex-) ambtshalve verzekerden heeft de volgende kenmerken:

- Niet Nederlandse nationaliteit en
- Leeftijd categorie 18 - 29 of 30 - 44 jaar.

Tabel 7 toont het aantal 'onverzekerden' die zich na aanschrijving hebben verzekerd bij een zorgverzekeraar of ambtshalve verzekerd zijn door het Zorginstituut. Tevens blijkt dat 142.209 personen niet meer Wlz verzekerd en (daarmee) Zvw verzekeringsplichtig zijn, omdat betrokkene geen ingezetene (meer) is van Nederland of ter zake van in Nederland of op het continentaal plat in dienstbetrekking verrichte arbeid aan de loonbelasting is onderworpen.

Tabel 7: Reden van uitschrijving (vanaf maart 2011 tot en met mei 2015)

Reden uitschrijving	
Ingeschreven bij zorgverzekeraar	202.392
Ambtshalve verzekerd door het Zorginstituut	23.766
Niet meer Wlz-verzekerd	142.209
Overig	2.533
Totaal	370.900

4.3.5 Effectiviteit

Bij dit instrument ontbreekt een vooraf gestelde streefnorm van het maximum aantal onverzekerden. Daardoor kunnen de doelmatigheid en doeltreffendheid niet goed gemeten worden. Het verdient aanbeveling om de monitoring zodanig op te zetten dat er goede uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit en de efficiency.

4.3.6 Evaluatie van de Wet Ovoz

In het jaar 2014 is een evaluatie uitgevoerd naar de effectiviteit van het opsporingsmechanisme van de Wet Ovoz. Twee hoofdvragen stonden centraal:

²⁰ De militaire ambtenaar in werkelijke dienst als bedoeld in artikel 1, eerste lid, onderdeel a juncto onderdeel b, van de Militaire ambtenarenwet 1931, alsmede de militair aan wie buitengewoon verlof met behoud van militaire inkomsten is verleend, is niet verzekeringsplichtig voor de Zorgverzekeringswet. Militairen zijn standaard verzekerd via de Stichting Ziektekosten Verzekering Krijgsmacht (SZVK).

- is het systeem van opsporing doeltreffend?
- welke effecten heeft de wet opgeleverd sinds de invoering?

Uit de evaluatie blijkt dat het systeem van de Wet Ovoz in hoge mate doeltreffend en doelmatig is. Dit is gebaseerd op de resultaten in de periode vanaf 2011 tot 2015. Het aantal onverzekerden is gedaald van 57.965 aan het einde van het jaar 2011 tot 29.454 ultimo 2014. De verwachting is dat ongeveer 1/3 van de 4.500 personen die maandelijks in- en uit het proces van de Wet Ovoz stromen, achteraf gezien niet verzekeringsplichtig blijken te zijn. Het betreft met name personen die kortdurend in Nederland woonachtig zijn (geweest), zoals buitenlandse studenten. De evaluatie bevat daarom een aanbeveling die zich richt op het voorkomen dat deze personen instromen of, mochten ze toch instromen, deze personen zo snel mogelijk weer te laten uitstromen.

In de kabinetsreactie²¹ onderschrijft het kabinet deze conclusies. Het ministerie van VWS is hierover in gesprek gegaan met het Zorginstituut en de SVB. De SVB verwacht de grootste doelmatigheidsslag te kunnen maken met datamining. Hiervoor kunnen bijvoorbeeld de groep buitenlandse studenten uit de bestandsvergelijking gefilterd worden. De SVB werkt hier sinds maart 2015 mee en heeft aangegeven dat deze maatregel succesvol verloopt.

Voor het uitstromen van personen die onnodig in het proces van de Wet Ovoz zitten, heeft het Zorginstituut met het CJIB afspraken gemaakt over de terugkoppeling van informatie bij twijfel over de juistheid van gegevens. De gegevens worden dan door de gemeente in het Basis Registratie Persoonsgegevens 'in onderzoek' gezet en er wordt gecontroleerd of betrokkene daadwerkelijk op dat adres verblijft. Hierdoor kan sneller worden gezien of een persoon terecht onverzekerd is verklaard.

4.3.7 Financiën

In de VWS-begroting 2016 zijn onderstaande middelen voor de jaren 2014 tot en met 2020 voor de uitvoeringskosten van de onverzekerden- én de wanbetalersregeling opgenomen²².

Tabel 8: VWS begroting 2016, artikel 2.3 onderdeel onverzekerden en wanbetalers

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CJIB: Onverzekerden en wanbetalers	18.214	20.937	21.539	21.988	21.987	21.987	21.987
Zorginstituut Nederland: Onverzekerden en wanbetalers	0	479	35.954	35.953	35.951	35.952	35.952

In de VWS-begroting 2016 zijn de uitvoeringskosten van de Wet Ovoz en de wanbetalersregeling niet nader gespecificeerd.

Opbrengsten Wet Ovoz, boete en premie (ambtshalve) verzekering onverzekerden

Sinds de invoering van de Wet Ovoz in 2011 hebben zich tot juni 2014 in totaal circa 175.000 onverzekerden laten verzekeren bij een zorgverzekeraar (periode evaluatie Wet Ovoz). Daarmee dragen zij bij aan de solidariteit en betaalbaarheid van het systeem zorgverzekeringen. Uit de evaluatie van de Wet Ovoz blijkt dat deze groep personen jaarlijks circa € 320 miljoen aan nominale zorgpremie betaalt. Hierbij is uitgegaan van een gemiddelde nominale premie van € 1.000 per persoon per jaar.

Daarnaast vloeien opbrengsten voort uit de uitvoering van de Wet Ovoz, zowel door het innen van boetes als door het innen via bronheffing en incasso-activiteiten van ambtshalve verzekerde personen. Hoewel de succesratio beperkt is omdat opbrengst van inning en incasso bij deze groep personen tegenvalt (dit hangt samen met de samenstelling van de groep ex-onverzekerden), realiseert het Zorginstituut op dit moment een opbrengst van circa € 6 miljoen per jaar aan boetes en bestuursrechtelijke premies.

²¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 29 689, nr. 545.

²² In de jaren 2014 en 2015 heeft het Zorginstituut middelen ontvangen voor de uitvoering van de regelingen Onverzekerden en wanbetalers.

4.3.8 20% variant

In deze paragraaf wordt voor de uitvoering van de onverzekerdenregeling de 20% plus/min varianten gepresenteerd ter verhoging van de doelmatigheid en de doeltreffendheid.

- a. Datamining om onnodige instroom in het proces van de Wet Ovoz te voorkomen (reeds ingezette maatregel)

De SVB is in maart 2015 gestart met datamining waardoor de groep buitenlandse studenten uit de bestandsvergelijking wordt gefilterd. Dit levert een vermindering op van circa 1.500 personen per maand die onnodig het traject van de Wet Ovoz instromen. Daarmee levert deze maatregel een besparing op de uitvoeringskosten van circa € 425.000. Deze besparing is nog niet ingeboekt. De voornaamste kostendaling wordt gerealiseerd door het minder inschakelen van deurwaarders (door het CJIB); circa € 375.000.

- b. Intensiveren door de inzet van sociaal rechercheurs

Door de inzet van sociaal rechercheurs kan snel duidelijkheid worden verkregen of iemand nog in Nederland woonachtig is. Hierdoor kunnen mensen die onnodig in het Ovoz-traject zitten sneller uitstromen en worden er minder deurwaarderszaken gestart. Deze investering zou op termijn besparingen op uitvoeringskosten kunnen realiseren, de hoogte hiervan is nu nog niet in te schatten. Een dergelijke investering is echter onnodig als de maatregel (datafilter) gericht op het voorkomen dat personen in het traject van de Wet Ovoz stromen, succesvol is.

In tabel 9 worden de besparingsvarianten gepresenteerd. Daarbij wordt opgemerkt dat de verschillende maatregelen niet automatisch gecumuleerd kunnen worden.

Tabel 9: 20% maatregelen onverzekerden

(bedragen x € 1000)	2016	2017	2018	2019	2020
Datamining instroom SVB		50	-250	-425	-425
Intensiveren door de inzet sociaal rechercheurs		+1.000	+1.000	+1.000	+ 1.000

De volgende wettelijke evaluatie van de Wet Ovoz vindt plaats in het jaar 2019.

4.4 Uitvoeringskosten wanbetalersregeling

4.4.1 Inleiding

Elke persoon van 18 jaar en ouder is die ingezetene is van Nederland of in Nederland loonbelastingplichtig is, is Wlz-verzekerd en daarmee verplicht een zorgverzekering af te sluiten bij een zorgverzekeraar en hiervoor de nominale premie te betalen. Indien men zich verzekert, maar de premiebetaling nalaat, wordt men na zes maanden door de zorgverzekeraar bij het Zorginstituut aangemeld als wanbetaler. De wanbetaler blijft dan verzekerd, maar hij is geen premie meer verschuldigd aan zijn verzekeraar. In plaats hiervan betaalt hij een hogere bestuursrechtelijke premie aan het Zorginstituut. De zorgverzekeraar ontvangt voor het verzekerd houden van een wanbetaler uit het Zvf een wanbetalersbijdrage (compensatie).

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de uitvoeringskosten van de wanbetalersregeling in de periode 2012 tot en met 2014. De wanbetalersregeling is ingevoerd met de 'Wet structurele maatregelen wanbetalers zorgverzekering'²³ en is neergelegd in Afdeling 3.3.2 en artikel 34a van de Zvw. De regeling wordt uitgevoerd door het Zorginstituut en het CJIB, dat namens het Zorginstituut op grond van een mandateringsregeling een groot deel van de incassoactiviteiten uitvoert.

4.4.2 Doelstelling(en)

Met de wanbetalersregeling wordt beoogd:

- consolideren van de solidariteit binnen de zorgverzekeringen door:
 - voorkomen dat verzekerden met een betalingsachterstand door de zorgverzekeraar worden geroyeerd en daardoor onverzekerd worden en
 - continueren van premie-inning van het nominale premiedeel door het nemen van preventieve maatregelen
- terugdringen van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime.

4.4.3 Betrokken uitvoeringsorganisaties en hun rollen

Bij de uitvoering van de wanbetalersregeling zijn drie partijen betrokken:

- zorgverzekeraars. De zorgverzekeraars voeren preventieve maatregelen uit om te voorkomen dat mensen een betalingsachterstand oplopen en dragen risico over de eerste zes maanden wanbetaling;
- het Zorginstituut. Het Zorginstituut registreert de verzekerde als wanbetaler en int al dan niet via broninhouding de bestuursrechtelijke premie;
- het CJIB. Het CJIB int in opdracht van het Zorginstituut de bestuursrechtelijke premie indien het Zorginstituut deze niet kan innen via de broninhouding.

4.4.4 Werking van de regeling

Eerste zes maanden:

In Afdeling 3.3.2. (artikelen 18a tot en met 18g), in samenhang met artikel 34a van de Zvw, is geregeld dat zorgverzekeraars gedurende de eerste zes maanden nadat premieachterstand is ontstaan preventieve activiteiten uitvoeren. Daarmee wordt getracht te voorkomen dat de betalingsachterstand oploopt en de verzekerde bij het Zorginstituut wordt aangemeld als wanbetaler. Daarnaast dienen zorgverzekeraars incassoactiviteiten te verrichten opdat de verschuldigde zorgpremie zoveel mogelijk wordt geïnd.

Bestuursrechtelijk premieregime:

Zodra een achterstand ter grootte van zes maandpremies is ontstaan, meldt de zorgverzekeraar de wanbetaler aan bij het Zorginstituut. Het Zorginstituut int door bronheffing (inhouding op loon, pensioen of uitkering) een bestuursrechtelijke premie in plaats van de nominale premie. Indien bronheffing niet lukt (in geval van geen of te lage bron) wordt het CJIB ingeschakeld om incassoactiviteiten uit te voeren.

De bestuursrechtelijke premie is hoger dan de nominale premie om de verzekerde te prikkelen zijn premie te betalen en, indien hij dat niet heeft gedaan, te stimuleren weer snel terug te keren naar het normale premieregime.

²³ Staatsblad. 2009, 356.

De uitvoering door het Zorginstituut en het CJIB:

De werkzaamheden die het Zorginstituut en het CJIB in het kader van de wanbetalersregeling uitvoeren zijn onder te verdelen in een aantal hoofdtaken:

- a. Het verwerken van de aan- en afmeldingen door zorgverzekeraars.
In het jaar 2014 waren er 119.672 aanmeldingen en 114.679 afmeldingen.
Op 31 december 2014 waren er 327.334 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime ondergebracht.
- b. Broninhouders (werkgevers en of uitkeringsinstanties) aanschrijven om de bestuursrechtelijke premie maandelijks in te houden op het inkomen van de wanbetaler en dit af te dragen aan het Zorginstituut.
- c. Inning van de bestuursrechtelijke premie door incassoactiviteiten (CJIB).
Indien bronheffing niet plaatsvindt wordt door het CJIB een acceptgiro gestuurd. Blijft betaling achterwege dan volgt een aanmaning, gevolgd door overdracht aan de deurwaarder.
- d. Inning van verwijtbare, niet-geslaagde bronheffing bij broninhouders.
Indien bronheffing niet is geslaagd als gevolg van verwijtbaar handelen van de broninhouder, dient deze de bestuursrechtelijke premie alsnog te betalen zonder dat hij dit op de burger kan verhalen. De inning en incasso wordt door het Zorginstituut zelf uitgevoerd. Indien inning niet lukt wordt zo nodig een deurwaarder ingezet.
- e. Inning van de zorgtoeslag van wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime (CJIB).
De eventuele zorgtoeslag van een wanbetaler in het bestuursrechtelijk premiereregime wordt, indien geen bronheffing plaatsvindt, door de Belastingdienst/Toeslagen naar het CJIB omgeleid.
- f. Betaling van de wanbetalersbijdrage aan zorgverzekeraars.
Zorgverzekeraars ontvangen voor het verzekerd houden van een wanbetaler een wanbetalersbijdrage (artikel 34a Zvw). Het Zorginstituut berekent deze wanbetalersbijdrage en betaalt deze uit aan de zorgverzekeraar.
- g. Het verwerken van de geldstromen.

4.4.5 Gegevens over wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime

In de Verzekerdenmonitor 2015 is uitgebreid ingegaan op de samenstelling van de groep wanbetalers. Het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS) doet op verzoek van VWS jaarlijks onderzoek naar hun achtergrondkenmerken. Gekeken is onder andere naar leeftijd, herkomst, regionale spreiding en recht op zorgtoeslag.

Een relatief hoog aantal wanbetalers zit in de leeftijdscategorie van jongeren (18-25 jaar) en jongvolwassenen (25-30 jaar). In deze leeftijdsgroepen is het aantal wanbetalers procentueel gezien bijna twee keer zo veel als het gemiddelde van de gehele bevolking.

Het aantal autochtone wanbetalers is 1,5% van de autochtone premiebetalende bevolking en het aantal allochtone wanbetalers is 5% van de allochtone premiebetalende bevolking. Uit onderzoek blijkt in welke 35 gemeenten relatief de meeste wanbetalers wonen. Om deze reden zijn de voorlichtingsactiviteiten van Zorgverzekeringslijn.nl vooral gericht op deze gemeenten.

Het Zorginstituut verzorgt maandelijks overzichten van de instroom, de uitstroom en het aantal wanbetalers. Deze overzichten zijn verwerkt in een meerjarig overzicht (tabel 10). Het aantal wanbetalers is geen statisch getal: maandelijks stromen er gemiddeld ruim 10.000 nieuwe wanbetalers in, maar er stromen ook maandelijks bijna 10.000 mensen uit. Uit deze cijfers kan worden opgemaakt dat er nog steeds sprake is van een stijging van het aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime.

Op 1 juni 2015 waren er 333.751 wanbetalers in het bestuursrechtelijk premiereregime. Het Zorginstituut verwacht eind 2016 circa 312.000 wanbetalers. Dit is circa 2,5% van het aantal premieplichtigen. De totale groei in 2015 is ongeveer gelijk aan de groei in 2014 (circa 11.000) en lager dan in 2013 (groei van 17.000 wanbetalers). De lagere groei van wanbetalers in het bestuursrechtelijk regime wordt veroorzaakt door een hogere uitstroom in 2014. De belangrijkste uitstroomredenen zijn (nog steeds) de afbetaling van schulden en de beëindiging van de verzekeringsplicht (bijvoorbeeld vertrek naar het buitenland, ex-arbeidsmigranten).

Tabel 10: Aantal wanbetalers in het bestuursrechtelijk premieregime (bron: Zorginstituut)

	2010	2011	2012	2013	2014	Juni 2015
Instream gedurende het jaar	301.852	122.835	118.913	127.327	127.778	55.854
Uitstroom gedurende het jaar	37.578	85.552	124.075	110.087	115.058	49.434
Aantal wanbetalers aan het eind van het jaar	266.502	303.797	298.716	316.006	327.334	333.751

4.4.6 Evaluatie uitvoering wanbetalersregeling

De eindrapportage van de evaluatie van de wanbetalersregeling 'Kort op de bal' is 28 juli 2011 opgeleverd. De onderzoeksvragen luiden:

- wat is de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk in het voorkomen van wanbetaling (preventie) en het verhogen van betaalgedrag van burgers?
- hoe kan de effectiviteit van de wanbetalerswet en de uitvoeringspraktijk vergroot worden?
- welke (aanvullende) middelen kunnen bijdragen aan het behalen van de doelstellingen van de wanbetalerswet?

De algemene conclusie van het rapport was dat de wanbetalersregeling werkt, maar dat de beoogde beleidsdoelen nog niet geheel werden gerealiseerd. Naast een aantal aanbevelingen die wanbetalers rechtstreeks raken, zoals verbeteringen in het preventietraject en aanpassen van de bronheffing, zagen veel van de aanbevelingen op uitvoeringstechnische verbeteringen en optimalisatie van de bronheffing en het incassoproces. In het evaluatierapport waren diverse aanbevelingen opgenomen.

In de aanbiedingsbrief van de minister van VWS aan de Tweede Kamer²⁴ heeft het kabinet aangekondigd een groot deel van deze aanbevelingen over te nemen, waarvan de volgende in de wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen' zijn opgenomen:

1. de mogelijkheid om groepen aan te wijzen om uit te stromen uit het bestuursrechtelijke premieregime;
2. de mogelijkheid de hoogte van de bestuursrechtelijke premie vast te stellen op een ander niveau dan de huidige grondslag;
3. de mogelijkheid een betalingsregeling te treffen met de zorgverzekeraar zodat de wanbetaler eerder kan worden afgemeld voor het bestuursrechtelijk premieregime en
4. verbeteren vaststellen van de verzekeringsplicht:
 - o het vermelden van het feitelijke woonadres als bewijs van ingezetenschap bij inschrijving als verzekerde;
 - o het vermelden van het feitelijke woonadres wanneer een zorgverzekeraar een verzekerde als wanbetaler aanmeldt, zodat deze wanbetaler vindbaar is.

De Wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen' zal de effectiviteit van de regeling vergroten. De minister van VWS zendt binnen drie jaar na de inwerkingtreding van deze wet (deels per 1 juli 2016, deels per 1 januari 2017) aan de Tweede Kamer een verslag over de doeltreffendheid en de effecten van deze wet in de praktijk (artikel Ib van deze wet).

4.4.7 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

In de hier bovengenoemde wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen' is de mogelijkheid opgenomen de zorgtoeslag rechtstreeks aan zorgverzekeraars over te maken zodra een achterstand in de betaling van drie maandpremies is ontstaan²⁵, zodat zoveel mogelijk wordt voorkomen dat verdere premieachterstand ontstaat. In overleg met betrokken partijen wordt onderzocht hoe dit nader uit te werken.

²⁴ Kamerstukken II, vergaderjaar 2011/12, 33 077, nr. 1.

²⁵ De wettelijke grondslag daartoe is geregeld in artikel 18aa van de Wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen'.

4.4.8 Financiën

In de VWS-begroting 2016 zijn onderstaande middelen voor de jaren 2014 tot en met 2020 voor de uitvoeringskosten voor de wanbetalers- én onverzekerdenregeling opgenomen²⁶. Tevens zijn de opbrengsten van de wanbetalersregeling opgenomen.

Tabel 11: VWS begroting 2016, artikel 2.3 onderdeel onverzekerden en wanbetalers

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
CJIB: Onverzekerden en wanbetalers	18.214	20.937	21.539	21.988	21.987	21.987	21.987
Zorginstituut Nederland: Onverzekerden en wanbetalers	0	479	35.954	35.953	35.951	35.952	35.952
Ontvangsten wanbetalers	69.681	59.800	59.902	59.902	59.902	59.902	59.902

4.4.9 Ontvangsten bestuursrechtelijk premieregime wanbetalers

In onderstaande tabel worden voor de jaren 2009 tot en met 2015 de ontvangsten uit het bestuursrechtelijk premieregime wanbetalers gepresenteerd. Van de ontvangen premie wordt 23% (30/130) toegevoegd aan de begroting van VWS.

Tabel 12: Ontvangsten bestuursrechtelijke premie wanbetalers 2009 tot en met 2015

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Totaal alle jaren
(bedragen x € 1 miljoen)								
Te incasseren premies	2,8	244,8	510,2	540,6	584,9	552,3	299,4	2.734,9
Netto betaalde premies	2,0	142,0	236,6	221,2	287,7	242,4	86,3	1.218,1
Openstaande premies	0,3	41,9	119,5	175,6	200,4	265,7	210,5	1.013,9

Bron: Zorginstituut Nederland

4.4.10 Overige financiële aspecten

In artikel 34a van de Zvw is geregeld dat een zorgverzekeraar van het Zorginstituut een wanbetalersbijdrage (compensatie) ontvangt indien hij verzekerden onder de dekking van de zorgverzekering heeft gehouden. Een verzekeraar kan een verzekerde royeren als hij/zij zich niet aan de verzekeringsvoorwaarden (inclusief de premiebetalingsverplichting) houdt. Met de wanbetalersbijdrage wordt voorkomen dat een verzekeraar de verzekerde royeert. Royeren zou leiden tot onverzekerde hetgeen, zoals aangegeven in het vorige hoofdstuk, onwenselijk is.

De wanbetalersbijdrage wordt alleen gegeven voor een wanbetaler die in het bestuursrechtelijk premieregime verblijft. Dit betekent dat de zorgverzekeraar het risico van wanbetaling gedurende de eerste zes maanden zelf draagt.

Over de afgelopen jaren (2012-2014) is aan wanbetalersbijdrage ex. artikel 34a Zvw verstrekt:

Tabel 13: Verstrekte compensatie bedragen aan verzekeraars in de jaren 2012 tot en met 2014

	2012	2013	2014
Aantal wanbetalers	298.716	316.006	327.334
Bijdrage per wanbetaler per maand	154,48	160,12	143,98
Bijdrage aan verzekeraars (in € 1 miljoen)	417	454	357

4.4.11 Effectiviteit

De door het Zorginstituut en het CJIB uitgevoerde werkzaamheden vloeien voort uit de wettelijke taak de wanbetalersregeling uit te voeren. De begrotingen van de uitvoeringskosten van het Zorginstituut en het CJIB worden jaarlijks tussen het ministerie en het Zorginstituut en het CJIB

²⁶ In de jaren 2014 en 2015 heeft het Zorginstituut middelen ontvangen voor de uitvoering van de regelingen Onverzekerden en wanbetalers.

besproken. Op basis van deze begrotingen worden de uitvoeringsgelden toegekend. Gedurende het uitvoeringsjaar vindt zo nodig bijstelling van de VWS-bijdrage plaats. De uitvoeringspraktijk van de wanbetalers tot slot wordt momenteel verder verbeterd.

Het ontbreekt aan een vooraf gestelde streefnorm van het maximum aantal wanbetalers. Daardoor kunnen de doelmatigheid en doeltreffendheid niet goed gemeten worden. Het verdient aanbeveling om de monitoring zodanig op te zetten dat er goede uitspraken kunnen worden gedaan over de effectiviteit en de efficiency van de (nieuwe maatregelen in) uitvoeringspraktijk en de toekomstige resultaten van de 'Wet verbetering wanbetalersmaatregelen'.

4.4.12 20% variant

In deze paragraaf worden beleidsalternatieven en 20%-min varianten gepresenteerd²⁷ ter verhoging van de doelmatigheid en de doeltreffendheid.

Zowel de bestaande wanbetalersregeling uit 2009 als de Wet verbetering wanbetalersmaatregelen betreft maatregelen die in overeenstemming zijn met de uitgangspunten van ons huidige verzekerings-, premie- en zorgstelsel. Die uitgangspunten zijn in dit verband:

- de plicht tot afsluiting en instandhouding van de privaatrechtelijk georganiseerde verzekeringsovereenkomst;
- het verbod op beëindiging van de overeenkomst door de burger bij betalingsachterstand; de plicht tot premiebetaling;
- afhankelijk van het inkomen, het recht op zorgtoeslag als tegemoetkoming in de premiebetaling en
- het recht op toegang tot en levering van zorg volgens het basispakket.

Met het wetsvoorstel inzake 'Wijziging van de Zvw en andere wetten in verband met de overgang van een aantal taken van het Zorginstituut naar het CAK'²⁸ wordt gestreefd naar overdracht van de werkzaamheden van het Zorginstituut naar het CAK. De overgang is voorzien op 1 juli 2016. Met deze overdracht worden de thans gefragmenteerde inningstaken in het zorgdomein van overheidswege gecentraliseerd bij één uitvoeringsorganisatie. Structurele besparingen zijn gelegen in de schaalvoordelen en logischer herschikking van taken, door de uitvoering van alle regelingen bij het CAK te beleggen. In de Nota naar aanleiding van het verslag bij het wetsvoorstel is - eind augustus 2015 - aangegeven dat dit bedrag nog niet kwantificeerbaar is.

Voorts kan op uitvoeringskosten worden bespaard door een deel van de werkzaamheden niet of later uit te voeren. Met name kan daarbij worden gezien op verminderde uitvoering van de incassoactiviteiten bijvoorbeeld door incasso eerder te staken of niet in den brede uit te voeren. De keerzijde is dat door de genoemde incasso-activiteiten premieopbrengst wordt gerealiseerd, die een veelvoud is van de kosten van deze activiteiten. Die premie-opbrengsten zullen dan sterker afnemen dan de vermindering op de uitvoeringskosten. Het niet of uitgesteld uitvoeren van werkzaamheden is bovendien in strijd met de limitatief wettelijk voorgeschreven handelingen.

Verdere mogelijkheden zijn (maar mogelijk deels strijdig met de uitgangspunten van het zorgverzekeringsstelsel):

a. De bestuursrechtelijke premie verhogen

Teneinde de uitstroom te kunnen stimuleren is in de wet 'Verbetering wanbetalersmaatregelen' geregeld dat de bestuursrechtelijke premie kan fluctueren tussen 110% en 130 % van de nominale premie. Bij ministeriële regeling kan het percentage gedifferentieerd worden naar verschillende groepen wanbetalers; voor de periode na 1 juli 2016 is deze voor alle groepen wanbetalers vastgesteld op 125% van de nominale premie. Daarmee zal de bestuursrechtelijke premie in de tweede helft van het jaar 2016 € 127,91 per maand bedragen.

Als de bestuursrechtelijke premie wordt verhoogd dan worden de opbrengsten hoger. Tabel 14 laat zien hoe hoog de opbrengsten structureel zijn bij de vanaf 1 juli 2016 geldende bestuursrechtelijke

²⁷ Bij alle varianten is gerekend met een aantal wanbetalers van 300.000, een inningspercentage van 50%.

²⁸ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014 – 2015, 34 203, nr. 2.

premie van 125% van de nominale premie en indien de bestuursrechtelijke premie wordt verhoogd naar 130% van de nominale premie. Aangenomen wordt dat de gehele extra opbrengst ten goede komt aan de VWS begroting.

Tabel 14: Effecten verhogen bestuursrechtelijke premie voor de inkomsten (x € 1 miljoen)

Hoogte bestuursrechtelijke premie	125%	130%	Extra opbrengst
Totaal geïnde bestuursrechtelijke premie	230	239	+9
Naar begroting VWS	53	62	+9
Naar het Zvf	177	177	-

Bij deze maatregel wordt het volgende opgemerkt:

- door het verhogen van de bestuursrechtelijke premie, wordt de betaalbaarheid van deze premie bemoeilijkt en zal ook het inningspercentage afnemen. Daarmee wordt de kans op uitstroom kleiner en blijven mensen te lang in het wanbetalersregime zitten. Omdat dit effect lastig te kwantificeren is, is dit niet in de berekeningen meegenomen.
- deze maatregel kent inkomenseffecten voor de wanbetaler.

b. Het percentage van de afdracht aan de VWS begroting verhogen, onder gelijktijdige verlaging van de inkomsten van het Zvf

Het percentage van de afdracht aan de VWS begroting bedraagt thans 23% per geïnde euro bestuursrechtelijke premie. Indien dit percentage wordt verhoogd naar 32%, stijgen de inkomsten op de VWS begroting, terwijl de inkomsten van het Zvf dalen. In tabel 15 staan de gevolgen weergegeven van een verschuiving van € 21,2 miljoen van de inkomsten van het Zvf naar de begroting van VWS²⁹.

Tabel 15: Effecten verhogen percentage afdracht aan 'Rijks kas voor de inkomsten (x € 1 miljoen)

Hoogte bestuursrechtelijke premie	Huidig percentage	Hoger percentage	Extra opbrengst
Totaal geïnde bestuursrechtelijke premie	230	230	-
Naar begroting VWS	53	74,2	+21,2
Naar het Zvf	177	156,2	-21,2
Aandeel VWS-begroting	23%	32%	+9%

Bij deze maatregel wordt het volgende opgemerkt:

- Omdat in de Zvw is vastgelegd dat er geen tekorten in het Zfv mogen ontstaan, zal een verlaging van de inkomsten van het Zvf uit de wanbetalersregeling moeten leiden tot een verhoging van de premies. Vanwege de 50/50 regeling zullen opbrengst van de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage beide met circa 50% van de schuif toenemen³⁰. Indien er € 21,2 miljoen meer van de inkomsten ten gunste komt aan de VWS begroting, dan zullen de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage elk met circa € 10 miljoen moeten stijgen³¹. De nominale premie voor de verzekerde stijgt dan met circa € 0,70 per jaar.
- Binnen een kabinetsperiode leiden hogere nominale premies en hogere inkomensafhankelijke bijdragen tot een overschrijding van het inkomstenkader, die moet worden gecompenseerd door een lastenverlichting elders. Deze compenserende lastenverlichting verslechtert het EMU-saldo ongeveer evenveel als de maatregel oplevert.
- Als de maatregel wordt genomen bij aanvang van een Kabinetsperiode, dan is het niet vereist om de lastenverzwaring te compenseren en is er wel een opbrengst mogelijk.

²⁹ Het is ook mogelijk om het percentage te verhogen in combinatie met het verhogen van de bestuursrechtelijke premie (variant a). In variant a wordt het aandeel van de rijksbegroting verhoogd van 23% naar 26%. Door dit percentage verder te verhogen naar 35% stijgen de inkomsten op de VWS begroting van € 53 miljoen naar € 83 miljoen.

³⁰ De verhoging van de nominale premie wordt bewerkstelligd door de rekenpremie te verhogen, waardoor verzekeraars een lagere vereveningsbijdrage ontvangen, wat de positie van het Zorgverzekeringsfonds weer verbeterd.

³¹ Naast de nominale premie en de inkomensafhankelijke bijdrage stijgt ook de rijksbijdrage kinderen. Daarom kan de verhoging van de nominale premie beperkt blijven tot ruim € 9 miljoen.

- c. Het percentage van de afdracht aan de VWS-begroting verhogen, onder gelijktijdige verlaging van de bijdrage die verzekeraars uit het Zvf ontvangen ter dekking van de kosten van wanbetalers.

Als het verhogen van het afdrachtpercentage aan de begroting van VWS kas wordt gecombineerd met een (in miljoenen euro's) even grote verlaging van de bijdrage die verzekeraars ontvangen uit het Zvf ter dekking van de zorgkosten van wanbetalers, dan wordt het Zvf niet benadeeld. De verzekeraars worden echter wel geconfronteerd met hogere kosten. Zij zullen deze extra kosten vertalen in een verhoging van de nominale premie. Om te voorkomen dat de 50/50 verhouding uit het lood raakt, zal VWS de vereveningsbijdrage moeten verhogen, gedekt uit een verhoging van de inkomensafhankelijke bijdrage. Per saldo resulteert er in variant b en c bij een even grote extra opbrengst voor de begroting, een even grote premiestijging.

Net als maatregel b) kan ook deze maatregel alleen opbrengsten genereren aan het begin van een nieuwe kabinetsperiode, als het kabinet nog niet verplicht is om de lastenverzwaring elders te compenseren.

In tabel 16 worden bovenstaande besparingsvarianten gepresenteerd. Daarbij wordt opgemerkt dat de maatregel b en c elkaar uitsluiten. De besparingen kunnen dus niet gecumuleerd worden.

Tabel 16: -20% maatregelen wanbetalersregeling

Wanbetalers (bedragen x € 1000)	2016	2017	2018	2019	2020
Verhogen bestuursrechtelijke premie				-9.000	-9.000
Verhogen percentage afdracht aan de VWS-begroting (met afspraak tussen VWS-Financiën)		-21.200	-21.200	-21.200	-21.200
Verhogen percentage afdracht aan de VWS-begroting (zonder afspraak)		-21.200	-21.200	-21.200	-21.200

4.4.13 Volgend evaluatiemoment

De volgende evaluatie van de wanbetalersregeling is wettelijk verankerd in artikel Ib van de wet 'verbetering wanbetalersmaatregelen' en is gesteld op drie jaar na inwerkingtreding (per 1 juli 2016 en 1 januari 2017). Deze evaluatie zal in de loop van 2019 worden voorbereid.

5 Onderzoeks- en communicatiemiddelen

5.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de onderzoeks- en communicatiemiddelen ter bevordering van de goede werking van het stelsel voor de curatieve zorg behandeld. Met deze middelen kan de minister haar verantwoordelijkheid invullen door bijvoorbeeld:

- het systeem van risicoverevening te onderhouden en te optimaliseren en
- ad-hoc adviezen te vragen
- de pakketadviestaak van het Zorginstituut te bekostigen om daarmee te komen tot een betaalbaar en toegankelijk verzekerd zorgpakket.

5.2 Onderzoeksgelden voor de risicoverevening

5.2.1 Inleiding

Dit onderdeel betreft de middelen op artikel 2.3 voor het laten doen van onderzoeken naar het risicovereveningssysteem in de Zvw.

5.2.2 Doelstelling(en)

De risicoverevening is het fundament onder het zorg(verzekerings)stelsel. Zie ook de beschrijving in hoofdstuk 3 over de rol van risicoverevening in het stelsel. Met dit systeem van risicoverevening krijgen zorgverzekeraars een compensatie voor de extra voorspelbare kosten die patiënten met een hoog gezondheidsrisico met zich meebrengen. De publieke randvoorwaarden van de Zvw worden geborgd door een goed werkend risicovereveningssysteem. De (ontwikkeling van) het risicovereveningsmodel is nu een verantwoordelijkheid van de overheid. Met vereveningsmodellen worden de beschikbare middelen in het Zvf (circa € 20 miljard) verdeeld over de zorgverzekeraars.

Door het risicovereveningssysteem worden zorgverzekeraars gecompenseerd voor voorspelbare kostenverschillen als gevolg van verschillen in de gezondheid van de verzekerden.

Dit is noodzakelijk omdat de ene verzekerde logischerwijs meer of minder zorgkosten zal hebben dan de andere. Zorgverzekeraars mogen in de premiestelling geen onderscheid maken tussen de verzekerden (verbod op premiedifferentiatie) en het is ongewenst dat zorgverzekeraars zich eenzijdig richten op de verzekerden met gunstige risico's (risicoselectie).

Met het risicovereveningssysteem wordt een gelijk speelveld gecreëerd voor zorgverzekeraars op de verzekeringsmarkt.

Om zo veel mogelijk doelmatigheidsprikkels voor zorgverzekeraars in te bouwen is gekozen voor een ex ante vormgeving van het risicovereveningssysteem. Dit betekent dat zorgverzekeraars voorafgaand aan het verzekeringsjaar een vereveningsbijdrage ontvangen. Als verzekeraars door goed inkopen en organiseren van zorg minder kosten maken dan waarop de vereveningsbijdrage is gebaseerd, dan houden verzekeraars geld over waarmee ze zich in een komend verzekeringsjaar door een lage premie aantrekkelijk kunnen maken voor verzekerden.

Goede risicovereveningsmodellen zijn belangrijk voor de werking van het zorgverzekeringsstelsel. Daar waar er twijfel is over de kwaliteit van deze modellen worden nog zogenoemde ex post compensaties ingezet. Dit is het geval voor bijvoorbeeld de kosten van de wijkverpleging, langdurige GGZ en een beperkt aantal dure geneesmiddelen. Deze compensaties gaan ten laste van de doelmatigheidsprikkels. Als de vereveningsmodellen onvoldoende compenseren voor bepaalde groepen verzekerden ontstaan er prikkels tot risicoselectie. De vereveningsmodellen worden daarom jaarlijks verbeterd. De verbeteringen vinden plaats op basis van een (uitgebreid) onderzoeksprogramma. De middelen hiervoor staan op artikel 2.3 gereserveerd.

De huidige insteek is dat de risicovereveningsmodellen blijvend doorontwikkeld dienen te worden. Allereerst om zoveel mogelijk doelmatigheidsprikkels in te kunnen bouwen opdat zorgverzekeraars zich inzetten voor een beheerste uitgavenontwikkeling in de zorg. Anderzijds om prikkels tot risicoselectie te mitigeren.

5.2.3 Onderzoeksprogramma

Jaarlijks wordt door de minister van VWS een onderzoeksprogramma vastgesteld. Het risicovereveningssysteem wordt immers jaarlijks aangepast aan de gewijzigde omstandigheden in de zorg. Het onderzoeksprogramma wordt jaarlijks opgemaakt op basis van onderzoekssuggesties die naar voren komen uit eerdere onderzoeken of vanuit de verzekeraars, uitvoering, toezicht en wetenschap worden aangedragen. Het onderzoeksprogramma loopt jaarlijks van september tot september. In de eerste helft (van september tot juni) vinden verschillende onderzoeken plaats. Het betreft evaluaties van de risicoverevening, onderzoeken naar gegevens en onderzoeken naar de doorontwikkeling van de vereveningsmodellen. Sinds het jaar 2006 informeert de minister van VWS jaarlijks de Tweede Kamer over de resultaten van de onderzoeken en de conclusies die daar uit getrokken kunnen worden voor de vormgeving van de modellen voor het komende jaar.

In de periode juni – september worden de voorgenomen modelverbeteringen doorgerekend op de meest recente gegevens. In september wordt de kwaliteit van het voorgenomen vereveningsmodel bepaald en trekt de minister van VWS conclusies over de mate waarin ex post compensaties moeten worden ingezet. Ook hierover wordt de Tweede Kamer door de minister geïnformeerd. De risicovereveningsmodellen worden voor 1 oktober in de ministeriële regeling risicoverevening vastgelegd.

5.2.4 Effectiviteit

De onderzoeksmiddelen worden ingezet om de verschillende onderzoeken te financieren. De onderzoeken worden conform de daarvoor geldende EU-aanbestedingsregels aanbesteed. Daarmee wordt uitgegaan van een efficiënte inzet van onderzoeksmiddelen. VWS betreft bij de keuze van een onderzoeksbureau de kwaliteit en de prijs. Er zijn nog mogelijkheden om de vereveningsmodellen te verbeteren. Voor een goede onderzoeksagenda worden hierbij alle relevante partijen gehoord. De onderzoeken zijn grofweg onder te verdelen in:

- evaluatie: Jaarlijks wordt er een evaluatie (mede op verzoek van de Kamer) uitgevoerd.
- gegevens: De vereveningsmodellen worden gebaseerd op gegevens van alle Nederlanders. Het betreft zowel verzekerdenkenmerken als zorgkosten. Elk jaar wordt er een adequaat onderzoeksbestand opgeleverd die voldoet aan de kwaliteitsvoorwaarden.
- verbetering modellen: Bijna alle onderzoeken die worden uitgevoerd leiden uiteindelijk tot modelaanpassingen. Daarmee dragen deze onderzoeken bij aan het optimaliseren van het risicovereveningsstelsel en worden deze onderzoeken daarmee als effectief getypeerd.

Daarnaast wordt specifieke onderzoek uitgevoerd op basis van verzoeken vanuit de Tweede Kamer.

Het belangrijkste doel van onderzoeksgelden voor de risicoverevening is het verbeteren van de risicovereveningsmodellen. Om te bepalen of het doel van de onderzoeksgelden is bereikt (doelbereik) kan daarom onder andere gekeken worden naar de verbeteringen die zijn doorgevoerd. Deze beleidsdoorlichting heeft betrekking op de begrotingsjaren 2013 en 2014. In die jaren zijn onder andere onderzoeken uitgevoerd om de risicoverevening voor de jaren 2014 en 2015 te verbeteren. In deze jaren zijn de volgende verbeteringen doorgevoerd³².

Verbeteringen per 2014:

- De introductie van een nieuw criterium gebaseerd op hulpmiddelengebruik in het somatische model, de zogenoemde hulpmiddelenkostengroepen (HKG's). Dit leverde een lichte verbetering op van de kwaliteit van het model. Daarnaast nam door invoering van HKG's de prikkel tot risicoselectie af, omdat verzekerden met specifiek hulpmiddelengebruik beter gecompenseerd worden.
- De introductie van een nieuw criterium gebaseerd op diagnose, behandeling en verblijf in het GGZ-model, de zogenoemde psychische diagnosekostengroepen. Dit leverde een verbetering van de kwaliteit van het GGZ-model op.

³² De Tweede Kamer is hierover geïnformeerd met kamerstukken II, 29 689, nr. 540 (Risicovereveningsmodel 2014), 29 689, nr. 529 (Risicovereveningsmodel 2015) en 29 689, nr. 544 (Ex post compensaties in het risicovereveningssysteem 2015).

- Het toevoegen van een klasse voor studenten aan het vereveningscriterium aard van het inkomen in zowel het somatische als het GGZ-model. Dit verminderde bij verzekeraars de prikkel tot risicoselectie op deze groep.

Verbeteringen per 2015:

- De introductie van een nieuw criterium 'meerjarig hoge kosten' in het GGZ-model. Hierdoor werden de kosten voor verzekerden met structurele (voorspelbare) hoge GGZ-kosten beter gecompenseerd.
- De herintroductie van een farmaciekostengroep voor specifiek geneesmiddelengebruik voor reuma in het somatische model.
- Het wijzigen van de indeling van het criterium sociaaleconomische status, zodat de kwaliteit en stabiliteit van dit vereveningscriterium verbetert.
- Het toevoegen van de kosten voor geriatrische revalidatiezorg en de per 2015 uit de AWBZ overgehevelde extramurale behandeling van zintuiglijk gehandicapten aan het somatische model.
- De introductie van een criterium dat rekening houdt met hogere voorspelbare kosten voor chronisch zieken en ouderen (generieke somatische morbiditeit) aan het somatische model. Dit criterium zorgt ervoor dat een grote groep chronisch zieken niet langer ondergecompenseerd wordt.

De introductie van een afzonderlijk vereveningsmodel voor de kosten van wijkverpleging, waarbij door de introductie van een nieuw criterium 'regio verpleging en verzorging' tijdelijk rekening werd gehouden met de historisch gegroeide regionale verschillen in het zorgaanbod van wijkverpleging. Zonder onderzoek zouden deze modelverbeteringen niet mogelijk zijn geweest, aangezien de Zvw wettelijk voorschrijft dat de vereveningsbijdrage aan verzekeraars wordt vastgesteld op basis van criteria die statistisch zijn onderbouwd. Dit grote aantal modelverbeteringen laat zien dat het doel van de onderzoeksgelden wordt bereikt.

5.2.5 Actuele beleidsontwikkelingen

Begin 2015 heeft het Kabinet besloten tot intensivering van de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel. In de brief 'Kwaliteit loont'³³ is hiervoor € 0,5 miljoen extra middelen ter beschikking gesteld voor versnelling van verbeteringen in het model.

5.2.6 Financiën

In de VWS-begroting 2016 zijn voor de jaren 2014 tot en met 2020 de volgende middelen opgenomen voor het doen van onderzoeken naar het risicovereveningssysteem in de Zvw.

Tabel 17: VWS begroting 2016, artikel 2.3 , onderdeel Risicoverevening

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Risicoverevening	1.139	2.128	1.890	1.890	1.890	1.890	1.890

In de jaren 2013 en 2014 is voor € 1,18 miljoen respectievelijk € 1,14 miljoen aan onderzoek uitgegeven.

5.2.7 Beleidsalternatieven

Zoals aangegeven is de minister van VWS wettelijk verantwoordelijk voor (de ontwikkeling van) het risicovereveningsmodel en de verdeling van de vereveningsbijdrage over de zorgverzekeraars. Deze verantwoordelijkheid is niet zonder meer over te dragen. Een alternatief voor het zelf uitzetten en begeleiden van onderzoek is het overhevelen van de ontwikkeling van het risicovereveningsmodel naar het Zorginstituut of de NZa. Of een dergelijke overheveling een financiële besparing zou kunnen opleveren is echter de vraag. Ook deze organisaties zullen voor het in stand houden/onderhoud en verdere doorontwikkeling van het model onderzoek moeten laten uitvoeren.

³³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2014–2015, 31 765, nr. 116.

Een ander alternatief is mogelijk de onderzoeken uit te laten zetten en te bekostigen door Zorgverzekeraars Nederland (ZN). ZN zou de minister van VWS dan kunnen adviseren het risicovereveningsmodel aan te passen. Om de onafhankelijkheid van deze onderzoeken te borgen zou een contra onderzoek of review op de gevolgde onderzoeksmethode nodig zijn. Bovendien is gezien de stelselverantwoordelijkheid van de minister en de financiële belangen van zorgverzekeraars bij de jaarlijkse verdeling van de vereveningsbijdrage is dit een minder wenselijk alternatief. Daarnaast moet worden bedacht dat bij de onderzoeken voor de risicoverevening wordt gewerkt met privacygevoelige informatie. Het is denkbaar dat publieke organisaties als de Belastingdienst niet langer bereid zullen zijn om bijvoorbeeld nog inkomensgegevens te verstrekken als de verantwoordelijkheid voor het onderzoek bij een private partij komt te liggen.

5.2.8 20% variant

Een korting op dit onderzoeksbudget zou betekenen dat er minder onderzoek kan worden uitgevoerd. Dit kan ten koste gaan van de verdere doorontwikkeling van het risicovereveningsmodel wijkt af van de recente intensiveringen. Deze beleidsdoorlichting kiest ervoor om geen 20%-variant voor dit instrument in te vullen.

5.3 Uitvoering zorgverzekeringstelsel

5.3.1 Inleiding

Dit betreft de middelen die zijn bedoeld voor de (beleidsmatige) doorontwikkeling en, indien nodig het optimaliseren van het functioneren van het zorgverzekeringstelsel. De middelen worden ingezet voor het verrichten van onderzoek, de inhuur van tijdelijk extern personeel en financiering van communicatie ten behoeve van de beleidsontwikkeling. Tevens betreft dit de uitvoeringskosten van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) voor het indiceren van verdragsgerechtigden.

5.3.2 Doelstelling(en)

Deze middelen dienen mede ter ondersteuning van de minister van VWS om tegemoet te komen aan (actuele) vraagstukken die om nader onderzoek en of inzet van expertise vragen dan wel om aanvullende communicatie uitingen leiden. Het kunnen vraagstukken zijn naar betaalbaarheid, toegankelijkheid en kwaliteit.

5.3.3 Besteding van de middelen in de jaren 2013 en 2014

In de jaren 2013 en 2014 stonden vier onderwerpen centraal:

- a) fraude en fouten bij betalingen in de zorg;
- b) onderzoeken naar het effect van het verhogen van het eigen risico en zorgmijding;
- c) de wettelijke evaluaties van de Zvw en
- d) de wettelijke evaluatie van het Zorginstituut.

Ad a) Fraude en fouten bij betalingen in de zorg

In de jaren 2013 en 2014 zijn diverse onderzoeken verricht op het terrein van bestrijding van fraude en fouten bij betalingen in de zorg. Het betrof onderzoeken naar:

- een verkenning naar de (on)mogelijkheden van het ontwikkelen en positioneren van de opsporingsfunctie (voor fraude in de zorg). De opsporingstaak was belegd bij verschillende partijen. De verkenning heeft geresulteerd in het in kaart brengen van de beleidsopties en
- fraude en oneigenlijk gebruik binnen de curatieve GGZ en de medisch specialistische zorg met als doel maatregelen op te stellen om fraude te bestrijden.

In de jaren 2013 en 2014 is tijdelijk een beroep gedaan op externe inhuur voor de bestrijding van fouten en fraude in de zorg. Het betrof tijdelijke inhuur voor onder andere:

- de organisatie van een strategische sessie zorgfraudebestrijding voor de stuur- en de regiegroep zorgfraudebestrijding in de zorg. Getracht is te komen met de partijen tot een gezamenlijke beleidsagenda in de vorm van doelstellingen, en mogelijk ook een ondertekende intentieverklaring tot samenwerking op fraudebestrijding in de zorg.

- een kennis- en informatie-uitwisselingbijeenkomst met de Taskforce Integriteit Zorgsector³⁴ (TIZ) over zorgfraudebestrijding. TIZ heeft een gezamenlijke beleidsagenda om de zorgfraude aan te pakken;
- het project Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces (IKCD). Het IKCD is de follow-up van het project PInCeT (Project Intensivering Controle en Toezicht). Bij het IKCD was de focus op kwalitatief hoogwaardige declaraties en had mede tot doel te komen tot een plan van aanpak op het thema toezicht en fraude binnen het aandachtsgebied van de medisch-specialistische zorg;
- het opstellen van een communicatieplan rondom de aanpak van zorgfraude en oneigenlijk gebruik van zorg en
- advisering bij de ontwikkeling van een programmatische en integrale aanpak van fraude in de zorg. Mei 2014 is de programmadirectie Fraudebestrijding in de zorg opgericht. Doel van deze directie is om samen met betrokken partners tot een meer gezamenlijke, effectieve en efficiënte aanpak van fouten en fraude in de zorg te komen.

De onderzoeken en de tijdelijke inhuur van externen hebben bijgedragen aan het vergroten van inzicht in fraude en fouten bij betalingen in de zorg en het verbeteren van de aanpak ervan. Daarmee zijn beide een belangrijk middel geweest voor de beleidsontwikkeling. VWS heeft op basis van voortgangsrapportages de Tweede Kamer periodiek geïnformeerd over de voortgang van de aanpak van fouten en fraude in de zorg. In deze voortgangsrapportages is gerapporteerd over:

- de uitkomsten van de bovengenoemde onderzoeken en
- de belangrijkste andere resultaten in de aanpak bij het terugdringen van fouten en fraude in de zorg.

Ad b) onderzoeken naar het effect van het verhogen van het eigen risico en zorgmijding

VWS heeft onderzoek laten uitvoeren naar het effect van de verhoging van het eigen risico in 2013 en eventuele zorgmijding. Vanuit de Tweede Kamer was (en is) er sterke aandacht voor deze (mogelijke) relatie. Zonder deze onderzoeken zou geen onderbouwd beeld zijn ontstaan van het effect van de verhoging van het verplicht eigen risico in 2013 op het zorgvolume. Door deze onderzoeken is een begin van dat beeld ontstaan (namelijk voor de eerstelijnszorg). Het is daarom zinvol ook voor tweedelijnszorg in 2015 onderzoek te laten verrichten (relevante data over tweedelijnszorg in het jaar 2013 zijn pas in 2015 beschikbaar). Om het eigen risico in Nederland in een bredere context te kunnen plaatsen is in 2014 ook een internationale vergelijking gemaakt van het wettelijk pakket aan verzekerde zorg en de financiering daarvan in acht landen.

Ad c en d) De wettelijke evaluaties van de Zvw en het Zorginstituut

In het jaar 2014 zijn de kosten van de evaluaties van de Zvw en het Zorginstituut betaald vanuit dit artikel. Deze evaluaties van de Zvw en het Zorginstituut zijn in 2014 afgerond en met kabinetsreactie aan de Tweede Kamer gezonden.

Daarnaast is voor de hervorming langdurige zorg door VWS in 2013 een aantal opdrachten verstrekt voor het aanmaken van AWBZ-zorggegevensbestanden. Deze opdrachten betrof de aanmaak van gegevensbestanden over het zorggebruik van de AWBZ waarbij volumegegevens zijn vertaald naar kostencijfers. Deze bewerkte gegevens zijn onder andere door iBMG gebruikt om - in opdracht van VWS - in 2013) onderzoek te doen naar de effecten van de overhevelingen (geriatrie revalidatiezorg, wijkverpleging) naar de aanspraken op grond van de Zvw. VWS heeft de gegevens van zorggebruik tevens gebruikt voor de eigen besluitvorming om de consequenties van bepaalde overhevelingsvarianten door te rekenen. De resultaten zijn gebruikt voor de beleidsvoorbereiding.

Naast bovenstaande onderwerpen was € 0,1 miljoen aan CIZ-uitvoeringskosten begroot voor het indiceren van personen die in een ander EU-land of verdragsland wonen en op grond van de Europese sociale zekerheidsverordening (EG) Nr. 883/2004 of een bilateraal sociale zekerheidsverdrag een 'verdragsrecht op zorg' hebben in het woonland ten laste van Nederland.

³⁴ De TIZ is een samenwerkingsverband tussen de NZa, de Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst (FIOD), de Inspectie SZW (I-SZW), de IGZ, Belastingdienst, Het Openbaar Ministerie (OM), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en het ministerie van VWS (voorzitter).

Het betreffen bijvoorbeeld in een andere EU-lidstaat of verdragsland wonende personen met een Nederlands wettelijk pensioen of uitkering³⁵. Deze personen kunnen na indicatie in Nederland recht hebben op zorg op grond van de Wet langdurige zorg.

5.3.4 Effectiviteit

Onderzoeken worden uitbesteed conform de daarvoor geldende (EU-) aanbestedingsregels en Rijksinkoopvoorwaarden. Er wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande raamcontracten. Bij het aanbesteden zijn er meerdere onderzoeksbureaus betrokken. Bij de keuze tussen die bureaus wordt de kwaliteit en de prijs gewogen. Hierdoor wordt zoveel mogelijk een efficiënte inzet van de middelen gewaarborgd.

Voor het 'fraude dossier' hebben de inzet van deze middelen mede geleid tot meer inzicht en kennisverwerving van fraude en tot een gezamenlijke beleidsagenda om de zorgfraude aan te pakken.

5.3.5 Financiën

Opgemerkt wordt dat in de onderzoeksperiode, de begrotingsjaren 2013 en 2014, middelen beschikbaar waren voor het terugdringen van fraude in de zorg. Deze middelen zijn met ingang van het jaar 2015 overgeheveld naar de Programmadirectie Fraudebestrijding Zorg (artikel 4 'Zorgbreed beleid' van de VWS-begroting). Deze overheveling is niet zichtbaar in onderstaande tabel. In de VWS-begroting 2016 zijn voor de jaren 2014 tot en met 2020 voor de uitvoering van het zorgverzekeringsstelsel de volgende middelen opgenomen.

Tabel 18: VWS begroting 2016, artikel 2.3, onderdeel uitvoering zorgverzekeringsstelsel

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Uitvoering zorgverzekeringsstelsel	313	421	471	471	471	471	471

5.3.6 Beleidsalternatieven en 20% variant

In de VWS-begroting 2016 is voor het uitvoering van het zorgverzekeringsstelsel structureel € 471.000 per jaar opgenomen. Voor deze beleidsdoorlichting zou de 20%-variant circa € 94.000 bedragen. Actuele problemen of vraagstukken zijn veelal de basis voor het uitvoeren van onderzoek. Om de effectiviteit te verhogen kan daar waar mogelijk aangesloten worden bij (meerjarige) onderzoeksprogramma's van bestaande onderzoeks- en kennisinstituten zoals ZonMw en Nivel. Een dergelijke aansluiting van VWS-onderzoeken op de lopende onderzoeksprogramma's van onderzoeksinstituten zou mogelijk een besparing kunnen opleveren. Dit zou eventueel een besparing bij de te 'programmeren' onderzoeken kunnen opleveren. De omvang is echter lastig te duiden.

De ad hoc specifieke onderzoeksvragen kunnen gezien de tijdsdruk (bijvoorbeeld vanuit de Tweede Kamer) en de vastgestelde onderzoeksprogramma's van kennis- en onderzoeksinstituten per definitie niet worden opgenomen in een meerjarig onderzoeksprogramma. Mogelijk kan VWS bij de onderzoeksinstituten afspraken maken om onderzoekruimte binnen de programma's te reserveren voor flexibele inzet van middelen.

Deze beleidsdoorlichting kiest ervoor om geen 20%-variant voor dit instrument in te vullen.

³⁵ Het betreft uitkeringen of pensioenen op grond van de AOW, Anw, WIA, WAO of WAZ. Daarnaast kan het gaan om enkele niet-wettelijke pensioenen die op bijlage XI bij de Verordening staan vermeld.

5.4 Uitvoerings- en onderzoekskosten project Zinnig en Zuinig Zorginstituut

5.4.1 Inleiding

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de financiële middelen voor de uitvoerings- en onderzoekskosten van het programma 'Zinnig en Zuinig' van het Zorginstituut. Dit programma betreft een systematische doorlichting van het verzekerde pakket en betekent een intensivering van het pakketbeheertaak van het Zorginstituut. Zie ook de beschrijving in hoofdstuk 3. De minister van VWS is verantwoordelijk voor de omvang van het verzekerde pakket en indirect daaraan gelieerd de betaalbaarheid en de toegankelijkheid van zorg. Het Zorginstituut adviseert over de inhoud en omvang van het wettelijk verzekerde zorgpakket. In dat kader verduidelijkt het Zorginstituut welke zorg wel of niet mag worden gerekend tot de verzekerde aanspraken Zvw en Wlz.

Het Regeerakkoord VVD-PvdA 'Bruggen slaan' bevat de opdracht om een systematische doorlichting van een deel van het basispakket van de Zvw uit te voeren waaraan een taakstelling is gekoppeld.

5.4.2 Doelstelling(en)

Het doel van het programma 'Zinnig en Zuinig' is om gepast gebruik te stimuleren en potentiële besparingen in beeld te brengen; een besparing op de zorguitgaven op te leveren van € 75 miljoen per 2016 en € 225 miljoen per 2017. VWS heeft in de opdrachtverstrekking aan het Zorginstituut opgenomen dat deze besparingen aanvullend moeten zijn op de afgesproken besparingen in de akkoorden met de medisch-specialistische zorg en de curatieve GGZ.

Met de extra (personele) inzet bij het Zorginstituut, wordt het Zorginstituut in de gelegenheid gesteld om extra rapporten uit te brengen die bijdragen aan een doelmatiger inzet van de zorgmiddelen. In juni 2014 is het eerste verdiepingsonderzoek, 'Verbeterplan artrose bij knie/heup', uitgebracht. Dit project beoogt bij te dragen bij aan de algemene doelstelling van de minister van VWS 'het bevorderen van de toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg'.

5.4.3 Werkwijze van het programma 'Zinnig en Zuinig'

Het Zorginstituut voert in het kader van dit project een systematische doorlichting van het pakket uit. Dat gebeurt door ieder jaar een aantal indicatiegebieden uit de domeinen van de *International Classification of Diseases and Related Health Problems lijst* (ICD 10-lijst) te screenen en op basis van die screening verdiepende onderzoeken uit te voeren op onderdelen van de zorg waar mogelijke besparingen te realiseren zijn. Met de rapporten worden ondoelmatigheden in de zorg in kaart gebracht.

Aan het eind van de verdiepende fase zal het Zorginstituut met een rapportage komen, waarin de conclusies worden weergegeven en voorstellen worden gedaan voor de oplossing van geconstateerd ongepast of oneigenlijk gebruik. Oplossingen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit afspraken in richtlijnen over gepast gebruik of pakketmaatregelen. Daarbij wordt ook aangegeven of en op welke manier die oplossing tot een besparing kan leiden. Het Zorginstituut legt in de rapporten ook de afspraken met veldpartijen over implementatie vast. Bovendien is het de bedoeling om alle rapporten te monitoren.

Eerste resultaten van het programma Zinnig en Zuinig:

In juni 2014 is het eerste verdiepingsonderzoek, 'Verbeterplan artrose bij knie/heup', uitgebracht. Dit verdiepingsonderzoek staat los van enig screeningsonderzoek en is gestart naar aanleiding van eerdere signalen.

In april 2015 is het eerste screeningsrapport 'Systematische analyse nieuwvormingen' verschenen. In dit rapport wordt een vijf verdiepingsonderzoeken aangekondigd. In juni 2015 is het screeningsrapport 'Systematische analyse hart- en vaatziekten' gepubliceerd, waarin drie verdiepende onderzoeken worden aangekondigd. Op basis daarvan worden verschillende verdiepingrapporten uitgewerkt, waarvan er zeven in de eerste helft van 2016 worden opgeleverd. Ook zal in die periode het volgende screeningsrapport over longziekten verschijnen. Daarnaast wordt in de eerste helft van 2016 een eerste kwantitatieve voortgangsrapportage verwacht over 'Verbeterplan artrose bij knie/heup'.

5.4.4 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

Bij de uitvoering van de doorlichting van het pakket is gebleken dat deze een sterke overlap kent met de werkzaamheden van de medisch specialistische sector in het kader van de kwaliteits- en doelmatigheidsagenda die voortkomt uit de hoofdlijnenakkoorden. In de praktijk leidt dit tot concurrentie tussen beide initiatieven, terwijl ze elkaar juist zouden moeten versterken. De reden hiervoor ligt in belangrijke mate in de taakstellingen die aan beide programma's gekoppeld zijn. VWS is hierover in gesprek gegaan met zowel het Zorginstituut, als de medisch specialistische sector.

In het komende half jaar zal duidelijk moeten worden op welke manier de besparingsopdracht in het kader van stringente pakketbeheer vorm krijgt. Daarbij zullen de rapporten die het Zorginstituut in het kader van de doorlichting heeft opgeleverd en nog zal opleveren een belangrijke rol spelen.

5.4.5 Financiën

In 2013 heeft de minister, vanuit de opdracht uit het Regeerakkoord VVD-PvdA 'Bruggen slaan', aan het Zorginstituut een uitvoeringstoets gevraagd voor de aanpak van de doorlichting van het basispakket. In deze uitvoeringstoets heeft het Zorginstituut een gedetailleerde aanpak van dit project beschreven. Deze aanpak bevatte ook een overzicht en planning van het aantal en soorten onderzoeken (screenings- en verdiepingsonderzoeken). Op basis hiervan is door VWS aan het Zorginstituut de opdracht verstrekt voor de uitvoering van dit project (inclusief de financiële kaders van het programma (de personele kosten en onderzoekskosten)). In de VWS-begroting 2016 zijn voor de jaren 2014 tot en met 2020 voor het project Zinnig en Zuinig van het Zorginstituut de volgende middelen opgenomen.

Tabel 19: VWS begroting 2016, artikel 2.3, onderdeel Zorginstituut Nederland, Doorlichting pakket

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Zorginstituut Nederland: Doorlichten pakket	0	2.028	15.068	15.067	15.067	15.067	15.067

Voor het doen van onderzoek is er jaarlijks € 13 miljoen beschikbaar. VWS heeft met het Zorginstituut afspraken gemaakt over de financiering van de onderzoeksbegroting. Het Zorginstituut stelt jaarlijks een onderzoeksplan op en op basis van de daadwerkelijke liquiditeitsbehoefte stelt VWS aan het Zorginstituut gelden beschikbaar gesteld. De overige uitvoeringskosten betreft vooral personeelskosten van circa € 1,9 miljoen per jaar.

In de jaren 2014 en 2015 is gebleken dat het Zorginstituut minder middelen uitgeeft dan begroot. Dat heeft deels te maken met een lagere inzet van extra personeel, omdat rapporten minder snel kunnen worden opgeleverd dan van tevoren gepland. Dat houdt verband met noodzakelijke extra tijdsinvestering in de samenwerking met veldpartijen. Deels heeft dat te maken met het feit dat het lastig blijkt voldoende gekwalificeerd extern personeel te vinden. Naar aanleiding hiervan heeft het Zorginstituut besloten eigen personeel hiervoor aan te trekken.

5.4.6 20% variant

Op basis van huidige ervaringen van de inzet van de onderzoeksmiddelen (€ 13 miljoen) van het project en de nieuwe uitvoeringstoets voor een meerjarenraming van 2017 e.v. kan 20% besparing worden gerealiseerd. Dit betreft een besparingsbedrag van € 2,6 miljoen. In tabel 20 worden de bovengenoemde besparingsvariant gepresenteerd.

Tabel 20: -20% variant Doorlichting pakket

(bedragen x € 1000)	2016	2017	2018	2019	2020
Verlagen onderzoeksbegroting Zinnig en Zuinig		-2.600	-2.600	-2.600	-2.600

6 Overige instrumenten

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden achtereenvolgens de onderwerpen Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg, de overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel en C2000 besproken.

6.2 Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg

6.2.1 Inleiding

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de kosten van de subsidieregeling overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg. Dit is een tijdelijke subsidieregeling van het ministerie van VWS aan medisch specialisten, die bijdraagt aan het realiseren van de invoering van integrale bekostiging per 1 januari 2015. Tot invoering van integrale bekostiging is besloten in het Bestuurlijk Akkoord Medisch Specialistische Zorg. De afspraak is bekrachtigd in het Regeerakkoord VVD-PvdA 'Bruggen slaan'.

De invoering van integrale bekostiging behelst het opheffen van de deelregulering van de honorariumtarieven van medisch specialisten. Die deelregulering bestond uit aparte tariefregulering voor ziekenhuiskosten en deelhonoraria, het zogenaamde beheersmodel voor vrijgevestigde medisch specialisten, en gescheiden macrokaders voor ziekenhuiskosten en voor honoraria van vrijgevestigde medisch specialisten. De beoogde doelen van de invoering van integrale bekostiging zijn het wegnemen van de belemmeringen voor taakherschikking³⁶, het wegnemen van de belemmeringen voor selectieve zorginkoop en het stimuleren van gelijkgerichtheid van ziekenhuizen en specialisten. Hierdoor wordt de doelmatigheid en kwaliteit van de zorg binnen de ziekenhuizen vergroot³⁷.

Met de invoering van de integrale tarifiering per 1 januari 2015 is de verhouding tussen vrijgevestigde medisch specialisten en het ziekenhuis/zelfstandig behandelcentrum gewijzigd. Ziekenhuizen en vrijgevestigd medisch specialisten dienen afspraken te maken over de positie van de medisch specialist in het ziekenhuis, op basis van lokale en individuele overwegingen. Specialisten kunnen (a) vrijgevestigd medisch specialist blijven, waarbij behoud van het fiscaal ondernemerschap bijvoorbeeld kan worden bereikt door middel van daartoe uitgewerkte fiscale modellen, óf (b) in loondienst treden van het ziekenhuis. Afgesproken in het Akkoord Medisch Specialistische Zorg is dat de verschillende opties reële keuzemogelijkheden zijn voor de betrokken partijen.

In hetzelfde akkoord is afgesproken dat er middelen beschikbaar zouden worden gesteld voor de overgang naar integrale bekostiging. Deze middelen zijn ingezet om er voor te zorgen dat ook de overgang naar loondienst een reële keuzemogelijkheid is. Indien een specialist bij de overstap naar loondienst geen vergoeding zou krijgen voor zijn transitie naar loondienst, zou een dergelijke overstap gepercipieerd worden als een minder aantrekkelijke optie dan het behouden van ondernemerschap. Daarom is vanuit VWS een subsidieregeling ingesteld, waarbij een medisch specialist, bij volledige beëindiging van de werkzaamheden als vrijgevestigd medisch specialist tussen 1 januari 2015 en 1 juli 2015, via het ziekenhuis € 100.000 ontvangt, in de vorm van een voorschot (€ 80.000) in 2015 en een eindafrekening (€ 20.000) na drie jaar. Bij de eindafrekening wordt bekeken of de ontvanger van de subsidie inderdaad gedurende de hele periode niet heeft gewerkt als vrijgevestigd medisch specialist.

³⁶ Zie ook 'Advies taakherschikking', NZa, januari 2012.

³⁷ Zie ook brief 'invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg', Kamerstuk II, vergaderjaar 2013-2014, 32 620, nr. 105, 18 december 2013

6.2.2 Doelstelling(en)

VWS beoogt met deze subsidieregeling de financiële belemmeringen voor het in loondienst gaan van medisch specialisten te verminderen voor ziekenhuizen en vrijgevestigde medisch specialisten. Specialisten kunnen (via het ziekenhuis) bij de overgang van de status van vrijgevestigd naar dienstverband een gedeeltelijke compensatie ontvangen voor hun transitie naar loondienst³⁸. VWS heeft in de VWS-begroting vanaf het jaar 2016 tot 2020 in totaal voor deze regeling € 155 miljoen gereserveerd.

6.2.3 Relevante onderzoeken

De invoering van integrale bekostiging is afgesproken in het Bestuurlijk Akkoord 'Onderhandelaarsresultaat medisch specialistische zorg 2014 t/m 2017'³⁹, mede naar aanleiding van het rapport 'Gezond belonen; beleidsopties voor de inkomens van medisch specialisten' van de commissie Meurs⁴⁰. In de brief 'invoering integrale bekostiging medisch specialistische zorg'⁴¹, is de Tweede Kamer nader geïnformeerd over het voornemen van de minister tot invoering van integrale bekostiging. In die brief werd tevens gewezen op de afspraak in het akkoord medisch-specialistische zorg dat er middelen beschikbaar worden gesteld om de transitie naar integrale bekostiging te faciliteren. Deze middelen zijn ingezet voor de subsidieregeling, die op 4 september 2014 aan de Tweede Kamer is aangeboden⁴². De Tweede Kamer is onlangs geïnformeerd in hoeverre gebruik is gemaakt van de subsidieregeling⁴³. De invoering van integrale bekostiging wordt gemonitord door de NZa. De oplevering van de eerstvolgende monitor staat gepland voor begin 2016.

6.2.4 Actuele ontwikkelingen

Er zijn ruim 550 aanvragen ontvangen voor 2015 van medisch specialisten (Kamerbrief 'stand van zaken rondom de invoering van integrale bekostiging en de nieuwe besturingsmodellen,' 30 juni 2015). Het aanvraagloket is inmiddels gesloten. Inmiddels zijn alle aanvragen behandeld, 449 aanvragen (80%) zijn gehonoreerd⁴⁴. Dit betekent dat door deze subsidieregeling 449 vrijgevestigden de overstap hebben gemaakt naar loondienst bij de zorginstelling. Daarmee is duidelijk dat de subsidieregeling in een behoefte voorzagt.

VWS heeft de NZa opdracht gegeven om in brede zin de invoering van integrale bekostiging te monitoren. Daaronder valt ook het bijhouden van de arbeidsrelatie van medisch specialisten (i.e. verandert de verhouding loondienst/vrije vestiging en zo ja waar komt dat door?).

De eerstvolgende monitor wordt begin 2016 uitgebracht. De minister van VWS heeft reeds aangekondigd dat er in 2016 nogmaals een subsidieregeling wordt ingesteld, om medisch specialisten te faciliteren die alsnog de keuze zouden willen maken voor loondienst. De nieuwe subsidieregeling komt bijna geheel overeen met de subsidieregeling voor 2015. De nieuwe subsidieregeling is voor 1 januari 2016 bekendgemaakt in de Staatscourant⁴⁵.

³⁸ Zie ook Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 29 248, nr. 272.

³⁹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2012-2013, 29 248, nr. 257, 16 juli 2013.

⁴⁰ Kamerstukken II, vergaderjaar 2012-2013, 29 248, nr. 240, 11 oktober 2012

⁴¹ Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 32 620, nr. 105, 18 december 2013.

⁴² Kamerstukken II, vergaderjaar 2013-2014, 29 248, nr. 272.

⁴³ Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 29 248, nr. 288, 13 oktober 2015.

⁴⁴ Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 29 248, nr. 288, 13 oktober 2015.

⁴⁵ Kamerstukken II, vergaderjaar 2015-2016, 29 248, nr. 288, 13 oktober 2015.

6.2.5 Financieel

In onderstaande tabel zijn de begrotingsbedragen opgenomen die in de VWS-begroting 2016 zijn gereserveerd voor de subsidieregeling Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg voor de jaren 2015 tot en met 2020.

Tabel 21: VWS begroting 2016, artikel 2.3, onderdeel Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Overgang integrale tarieven medisch-specialistische zorg	0	44.911	30.000	50.000	25.000	25.000	25.000

Deze beleidsdoorlichting kiest ervoor om voor dit onderwerp geen bezuinigingsvoorstellen op te nemen.

6.3 Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel

6.3.1 Inleiding

Dit onderdeel van de beleidsdoorlichting betreft de VWS-bijdrage in de kosten van het overgangsrecht van de afspraken over de FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel.

De minister van VWS is verantwoordelijk voor een goed werkend stelsel van ambulancezorg in Nederland. Deze verantwoordelijkheid betreft bijvoorbeeld ordening- en bekostigingsvraagstukken van de ambulancezorg. Het wettelijke instrumentarium hiervoor is de, per 1 januari 2013 van kracht geworden, Tijdelijke wet ambulancezorg. Deze tijdelijke wet dient per 1 januari 2018 vervangen te worden door structurele wetgeving. In de ambulancesector zijn drie categorieën ambulancediensten actief: publieke diensten (veelal GGD's), private diensten en de zogeheten B3-diensten. Deze laatste categorie betreft voormalig publieke diensten die in de jaren '90 zijn geprivatiseerd, maar waarvan het personeel nog wel de ABP-status heeft behouden. Tot aan 2011 kende de sector ook meerdere CAO's.

Bij de afschaffing van de VUT/FLO in het jaar 2006 is in de publieke CAO een overgangsregeling voor vervroegd uittreden opgenomen voor bepaalde groepen werknemers die toen bij de diensten werkzaam waren. Tegen een besluit van de NZa om de kosten van deze overgangsregeling niet in de tarieven te verdisconteren is door de publieke diensten bezwaar gemaakt. Naar aanleiding van dat bezwaar heeft het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB) de NZa in het ongelijk gesteld. Hierdoor werd de NZa verplicht de kosten van deze overgangsregeling in de tarieven voor de publieke diensten te verwerken.

De B3-diensten (trendvolgers van de publieke CAO) dreigden door de betreffende afspraken in de publieke CAO, in combinatie met een aantal andere wijzigingen in de wetgeving, in financiële problemen te komen. Hierdoor ontstonden risico's van faillissementen waardoor de continuïteit van de ambulancezorg in gevaar kwam. Het College Sanering Zorginstellingen (CSZ) is daarbij door de minister van VWS om advies gevraagd⁴⁶. Op basis van dat advies zijn, om de continuïteit van de ambulancezorg te garanderen, door VWS meerjarige afspraken gemaakt met de B3-instellingen over een financiële bijdrage van VWS aan de overgangsregeling. De Tweede Kamer is hierover per brief geïnformeerd (zie het in voetnoot 466 genoemde kamerstuk). Vervolgens heeft het ministerie van VWS ter uniformering van de arbeidsvoorwaarden en gelijke bekostiging in de ambulancesector ook met de particuliere ambulancediensten afspraken gemaakt over een financiële bijdrage van het ministerie in de kosten van het overgangsrecht voor vervroegde uittreding.

⁴⁶ Zie voor een nadere toelichting op deze problematiek het rapport van het College Sanering Zorginstellingen dat als bijlage is gevoegd bij Kamerstukken II, vergaderjaar 2007-08, 25999, nr 11.

6.3.2 Doelstelling(en)

Zoals hierboven beschreven is deze maatregel ingegeven door een gerechtelijke uitspraak van het CBB in combinatie met een risico voor de continuïteit van de ambulancezorg. De bijdrage aan de particuliere diensten stond vervolgens in het licht van de landelijke uniformering van arbeidsvoorwaarden en gelijke bekostiging in de ambulancesector om zo landelijke uniformiteit en beschikbaarheid van de ambulancezorg te stimuleren.

Bovenstaande doelstellingen (uniformering van arbeidsvoorwaarden, landelijke tarieven en het borgen van de continuïteit van de ambulancezorg) zijn mede door deze afspraak met de betrokken ambulancediensten behaald. In 2011 is één sectorbrede CAO tot stand gekomen in de ambulancezorg. Daarnaast is in 2013 nieuwe ordeningswetgeving (Tijdelijke wet ambulancezorg) van kracht geworden en is in 2014 een nieuw bekostigingstelsel met landelijk uniforme tarieven in de ambulancezorg ingevoerd dat primair is gericht op (tijdige) beschikbaarheid van kwalitatief goede ambulancezorg in Nederland.

6.3.3 Uitvoering

VWS heeft besloten de uitgaven van deze regelingen via de begroting van het ministerie van VWS te laten verlopen om te voorkomen dat verschillen in tariefstellingen tussen de ambulancediensten ontstaan als gevolg van de verschillende overgangsregelingen in de (oude) CAO's. Dit heeft de overgang naar een nieuw bekostigingstelsel met landelijk uniforme tarieven gefaciliteerd en is daarmee dus doeltreffend geweest. De doelmatigheid van de maatregel is niet beïnvloedbaar, de inhoud van de maatregel is immers bepaald door de gerechtelijke uitspraak van het CBB zoals in paragraaf 6.2.1 benoemd.

De afzonderlijke ambulancediensten declareren op basis van deze afspraken jaarlijks een bijdrage bij het ministerie van VWS voor de gerealiseerde uitgaven voor het overgangsrecht. Deze realisatie kan afwijken van de ramingen als gevolg van verloop in het personeelsbestand. De afspraken zijn juridisch vastgelegd in overeenkomsten tussen het ministerie van VWS en de werkgeversverenigingen en daardoor juridisch verplicht. Het betreft hier om werknemers bij private / zelfstandige ondernemingen. Het ministerie van VWS heeft op geen enkele wijze invloed op het dienstverband van deze werknemers dan wel de invulling/ bijstelling van de gemaakte afspraken.

6.3.4 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

De Algemene Rekenkamer heeft in haar rapport bij het jaarverslag van VWS over 2014 opgemerkt dat de genoemde bijdragen aan de particuliere ambulancediensten mogelijk classificeren als staatsteun die ter toetsing gemeld had moeten worden bij de Europese Commissie. Zoals in de reactie op het Rekenkamerrapport is aangegeven is het ministerie van VWS van mening dat deze regeling is getroffen in het kader van nadeelcompensatie voor ambulancediensten en het bij het ontbreken van economisch voordeel niet om ongeoorloofde staatssteun kan gaan⁴⁷.

⁴⁷ Algemene Rekenkamer, 'Resultaten verantwoordingsonderzoek 2014' Ministerie van VWS (XVI), 20 mei 2015, blz. 111.

6.3.5 Financiën

In onderstaande tabel zijn de bedragen opgenomen die in de VWS-begroting 2016 zijn gereserveerd voor de overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel in de jaren 2014 tot en met 2020.

Tabel 22: VWS begroting 2016, artikel 2.3, onderdeel overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Overgangsregeling FLO/VUT ouderenregeling ambulancepersoneel	32.241	26.442	26.927	27.346	27.688	27.873	28.166

De uitgaven voor deze overgangsregelingen zijn gebaseerd op in het verleden gemaakte afspraken tussen VWS en de verschillende werkgevers in de ambulancezorg. De hoogte van de uitgaven is afhankelijk van de samenstelling van het personeelsbestand van de verschillende diensten. Die is in de tijd aan verandering onderhevig. De uitgaven stoppen op het moment dat de laatste werknemer met aanspraken op de FLO-overgangsregeling uit dienst treedt. Gegeven de in het verleden aangegane juridische verplichtingen heeft VWS hier geen beïnvloedingsmogelijkheden. Zoals in hoofdstuk 3 is aangegeven worden deze juridisch verplichte middelen ook buiten de grondslag gelaten voor het bepalen van de 20% variant. Gezien de harde juridische verplichtingen, kan voor dit onderwerp geen aanvullende maatregelen dan wel alternatieven geformuleerd worden. Wel kan opgemerkt worden dat voor de toekomst goed gekeken moet worden naar het aantal werknemers met aanspraken op de FLO-overgangsregeling, zodat in de begroting de meest realistische raming wordt opgenomen.

6.4 C2000

6.4.1 Inleiding en achtergrond

Dit onderdeel van de doorlichting betreft de VWS-bijdrage in de kosten voor het landelijke beheer/exploitatie- en ontwikkeling van het C2000-communicatiesysteem van de verschillende hulpverleningsdiensten (politie, brandweer, Koninklijke Marechaussee en ambulance). Tot het jaar 2004 bestonden er in Nederland bijna honderd verschillende analoge radionetwerken voor de verschillende hulpverleningsdiensten. C2000 heeft deze netwerken vervangen. Hiermee is een communicatiesysteem operationeel met 7 x 24 uur landelijke dekking van circa 98,6%.

Het ministerie van Veiligheid en Justitie (VenJ) is primair beleidsmatig verantwoordelijk voor de C2000-dienstverlening. Daarom is gekozen om dit instrument als niet focusonderwerp te beschouwen.

6.4.2 Doelstelling(en)

Snelle en ongestoorde communicatie is essentieel voor het veilig en effectief functioneren van hulpverleners en daarmee voor de veiligheid van burgers in noodsituaties. C2000 is het landelijke communicatiesysteem dat 7x24 uur operationeel is. Hulpverleners kunnen met C2000 communiceren met de meldkamer en met elkaar. Het systeem wordt ook gebruikt bij grootschalige incidenten en rampen.

De VWS-bijdrage betreft de bijdrage in de kosten voor de gehele witte kolom (ambulancediensten en het aandeel daarvan in de meldkamers) voor het landelijke beheer/exploitatie- en ontwikkeling van het C2000-communicatiesysteem. Daarmee levert deze bijdrage bij aan de doelstelling 'het (mede) financieren van het digitale communicatiesysteem voor de zwaailichtsector' zoals genoemd in artikel 2 van de VWS-begroting.

6.4.3 Actuele (beleids-)ontwikkelingen

Het ministerie van VenJ is gestart met de voorbereidingen tot vernieuwing van C2000. Na de voorziene eindoplevering medio 2017, zal C2000 nog minimaal 8 jaar en mogelijk zelfs 10 jaar (tot en met 2027) operationeel zijn.

6.4.4 Financiën

In tabel 23 zijn de bedragen opgenomen die in de VWS-begroting 2016 zijn gereserveerd voor C2000⁴⁸.

Tabel 23: VWS begroting 2016, artikel 2.3, onderdeel C2000

Begrotingsuitgaven (bedragen x € 1.000)							
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
VenJ: Bijdrage C2000	0	1	4.104	4.104	4.104	4.104	4.104

Deze middelen worden jaarlijks overgeboekt van VWS-begroting naar de begroting van het ministerie van VenJ. Voor de financiering van de randapparatuur en exploitatiekosten van C2000 is tussen door de verschillende betrokken ministeries een verdeelsleutel opgesteld; elk voor de eigen kolom (rood, wit, blauw). Voor VWS betekent dit dat deze verdeelsleutel is vastgesteld op 4,8% van de totale kosten.

Het VWS deel bedraagt € 4,1 miljoen (4,8% van € 85,3 miljoen). VWS heeft deze middelen meerjarig op artikel 2.3 van de VWS-begroting gereserveerd. VWS is gehouden aan de juridische afspraak over de exploitatiekosten van C2000 net als de andere ministeries Defensie, Veiligheid en Justitie.

⁴⁸ In de jaren 2014 en 2015 zijn vanaf de VWS-begroting naar de begroting van het ministerie van VenJ overgeboekt voor de financiering van de randapparatuur en exploitatiekosten van C2000.

7 Bijlagen

7.1 Het oordeel van de onafhankelijke deskundige over de kwaliteit van de beleidsdoorlichting

PM

7.2 Overzicht van betrokken organisaties

CJIB	de heer E Dekker
SKGZ	de heer C. van Kranenburg
SVB	de heer R. van Eerde
Zorginstituut Nederland	de heren G. Miltenburg (Relatiemanager), R. Langenberg

7.3 Lijst met afkortingen

ACM	Autoriteit Consument en Markt
AEF	Andersson Elffers Felix
AFM	Autoriteit Financiële Markten
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
BAV	Basisadministratie Volksverzekeringen
BRP	Basis Registratie Personen
CAK	Centraal Administratie Kantoor
CBB	College van Beroep voor het bedrijfsleven
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJIB	Centraal Justitieel Incassobureau
CSZ	College Sanering Zorginstellingen
DNB	De Nederlandsche Bank
DUO	Dienst Uitvoering Onderwijs
FIOD	Fiscale Inlichtingen en Opsporingsdienst
HKG's	Hulpmiddelenkostengroepen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IKCD	Intensiveren Ketenaanpak Correct Declaratieproces
I-SZW	Inspectie SZW
NZa	Nederlandse Zorgautoriteit
OM	Openbaar Ministerie
Ovoz	Wet Opsporing en verzekering onverzekerden zorgverzekering
PInCeT	Project Intensivering Controle en Toezicht
RBVZ	Referentiebestand Verzekerden Zvw
RPE	Regeling Periodiek Evaluatieonderzoek
RNI	Registratie Niet-Ingezetenen
SKGZ	Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekering
SVB	Sociale Verzekeringsbank
TIZ	Taskforce Integriteit Zorgsector
UWV	Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen
VenJ	Ministerie van Veiligheid en Justitie
VWS	Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Wlz	Wet langdurige zorg
Wmg	Wet marktordening gezondheidszorg
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning
Wpg	Wet publieke gezondheid
ZN	Zorgverzekeraars Nederland
Zvf	Zorgverzekeringsfonds
Zvw	Zorgverzekeringwet