



## Het kabinet-Balkenende II en het nieuwe zorgstelsel

2006

Een van de belangrijkste hervormingen van het kabinet-Balkenende II was de invoering in 2006 van het nieuwe stelsel van zorgverzekeringen. Wachtlijsten die de zorgsector in de jaren negentig kenmerkten, werden daardoor verleden tijd. Decennialang was er gediscussieerd over de vormgeving van dit stelsel. Rapporten vanuit zowel het Wetenschappelijk Instituut als de CDA-Tweede Kamerfractie hebben daarbij een belangrijke rol gespeeld.

Per 1 januari 2006 trad een basisverzekering voor de op genezing gerichte zorg in werking. Dit moment markeerde het einde van een lange discussie over een fundamentele wijziging van het zorgstelsel startend met het rapport van de commissie-Dekker in 1987. Nadat het eerder tot een patstelling over de vormgeving van een nieuw zorgstelsel was gekomen, werd in het Regeerakkoord van het kabinet-Balkenende I deze discussie vlotgetrokken en wist het kabinet-Balkenende II de nieuwe Zorgverzekeringswet in het *Staatsblad* te krijgen.

In de loop van de jaren tachtig was helder geworden dat het aanbodgerichte curatieve zorgstelsel niet meer voldeed. Veel overheidsbemoeienis, een complexe financieringsstructuur en regelgeving stonden een effectief zorgaanbod in de weg. De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkte zich in een beperkte keuze voor patiënten, onvoldoende innovatie en lange wachttijden voor bepaalde behandelingen. Door het nieuwe stelsel werd het ruim vijftien jaar oude onderscheid tussen ziekenfondsen en particuliere verzekeraars opgeheven. Zoals senator Hannie van Leeuwen dat in 2005 in het tv-programma *Buitenhof* formuleerde: 'Dit nieuwe stelsel maakt wel een eind aan iets wat we tot

duzver hebben: de tweedeling in de zorg. Aan de ene kant de particulier verzekerden en aan de andere kant de ziekenfonds verzekerden.'

Om solidariteit en toegankelijkheid te garanderen gold voor verzekeraars een acceptatieplicht voor het basispakket. De verzekerden kregen elk jaar de mogelijkheid om – ongeacht hun gezondheidstoestand – van verzekeraar te wisselen. Volgens het WI stimuleerde de onderlinge concurrentie zorgverzekeraars om met zorgverleners zo gunstig mogelijke contracten af te sluiten over de prijs en de kwaliteit van de te leveren zorg. Om op de markt voor zorgverzekeringen prijsconcurrentie mogelijk te maken werd een vaste premie per persoon geïntroduceerd. De vraag van patiënten zou het volume en de variëteit van het zorgaanbod moeten sturen.

De premie kon voortaan per verzekeraar verschillen, maar de invoering van een nominale ziektekostenpremie mocht niet leiden tot een onaantvaardbaar hoge belasting van gezinnen. Tegelijkertijd met het nieuwe zorgstelsel werd een zorgkorting geïntroduceerd, die verzekerden met een laag inkomen zou compenseren. Door deze zorgtoeslag besteedden minima een vast gedeelte van hun inkomen aan zorg. Voorts

betaalden kinderen tot 18 jaar geen premie. Door de zorgtoeslag in het fiscale systeem te introduceren werden inkomensbeleid en verzekeringen van elkaar gescheiden. In lijn met de fractienotitie *De moeite waard* werd voor huurders met een laag inkomen en voor gezinnen met kinderen ook een dergelijk systeem geïntroduceerd.

Een betere oriëntatie op de wensen van de cliënten was een belangrijk motief voor de invoering van het stelsel. Uit internationale vergelijkingen in 2011 bleek dat Nederland goed scoorde op klanttevredenheid, wachttijden en toegang tot basiszorg. Uit de stukken van het nieuwe Strategisch Beraad in 2012 blijkt dat bij de langdurige zorg een stelselwijziging noodzakelijk is. De ervaring met het curatieve zorgstelsel leert dat als we een houdbare langdurige zorg willen, het stelsel niet moet worden afgestemd op de aanbieder van zorg, maar op de vrager van de zorg. Door eigen regie bij de cliënten zullen zorgvragers die zorg inkopen die voor hen echt belangrijk is, waarbij behalve de fysieke aspecten van de zorg het persoonlijk welbevinden van de cliënt sterker door kan klinken.

Raymond Gradus

## Het wachten

### Literatuur

CDA Tweede Kamerfractie (1999). *Naar een menselijke maat in de gezondheidszorg*. Den Haag: CDA.

CDA Tweede Kamerfractie (1998). *De moeite waard: CDA-voorstel voor maximaliseren van de kosten van wonen, kinderen en zorg*. Den Haag: CDA.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (2000). *Nieuwe regie in de zorg*. Den Haag.

Wetenschappelijk Instituut voor het CDA (2003). *Zorg tussen lidstaat en interne markt*. Den Haag.