

Vergaderjaar 1994–1995

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

Nr. 2

BESTUURLIJK/WETGEVEND PROGRAMMA ZORGSECTOR 1995–1998

Hoofdstuk 1	Inleiding	30
Hoofdstuk 2	Verzekeringstelsel en regeerakkoord	31
§2.1	Perspectief	31
§2.2	Verantwoordelijkheidsverdeling	32
§2.3	Inrichting zorgstelsel	32
§2.4	Positie AWBZ	34
§2.5	Verplichte ziektekostenverzekering	36
§2.6	De overige zorgvormen	37
Hoofdstuk 3	Concrete maatregelen uit het regeerakkoord	38
I.	Programma 1996	38
II.	Programma 1997/1998	41
Hoofdstuk 4	Convergentietraject	45
§4.1	Algemene beschouwing over het convergentiemodel	45
ad 1.	Juridische aspecten	46
ad 2.	Pakket verplichte ziektekostenverzekering	47
ad 3.	Acceptatieplicht	48
ad 4.	Premiestructuur	49
ad 5.	Verzekeraarsbudgettering	50
ad 6.	Eigen risico	52
§4.2	Karakter van het convergentiemodel	52
Hoofdstuk 5	Instrumenten voor beheersing	54
§5.1	Afbakening van de overheidsverantwoordelijkheid	54
§5.2	Instrumenten voor overheidsinterventie in de kostenontwikkeling	54
§5.2.1	Compartiment 1, de AWBZ	55
§5.2.2	Compartiment 2, de curatieve zorg	56
§5.2.3	Compartiment 3, de aanvullende verzekering	58
§5.3	Gevolgen voor de WTG en het mededingingsbeleid	58
Bijlage 1	Bestuurlijk/wetgevend programma 1995–1998	60
Bijlage 2	Financiering zorgsector	69
Bijlage 3	Herziening van de WZV	72
Bijlage 4	Brief verzekeraars over convergentie van 8-12-1994 ¹	
Bijlage 5	Brief verzekeraars over eigen risico van 13-2-1995 ¹	

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

HOOFDSTUK 1. INLEIDING

In het regeerakkoord is op het terrein van de zorgsector een groot aantal concrete maatregelen vastgelegd. Teneinde het overzicht te behouden, is tevens aangegeven dat een nauwkeurig bestuurlijk/wetgevend programma ter uitvoering van het in het regeerakkoord beschreven beleid in de komende jaren niet gemist kan worden. Zo spoedig mogelijk na het aantreden van het kabinet zou een dergelijk programma worden ontworpen en, na vaststelling door de ministerraad, aan het parlement worden aangeboden. Daarin wordt aangegeven hoe de maatregelen met betrekking tot de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), de Ziekenfondswet (ZFW), de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ), de wet op de convergentie en de overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ, alsmede de beoogde financiële convergentie, vorm zullen krijgen. Het betreft projecten met een beleidsinhoudelijke samenhang, maar met tegelijkertijd elk een eigen traject van voorbereiding, gegeven de tijd die gemeoid is met het vormgeven van de convergentie en de andere voorgestelde maatregelen.

Ter uitvoering van deze afspraak wordt in deze nota een bestuurlijk/wetgevend programma geschetst.

Alhoewel het regeerakkoord veel concrete maatregelen bevat, is er op onderdelen behoefte aan verduidelijking. Dit betreft ondermeer de reikwijdte van de afspraak de AWBZ te concentreren op langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's.

Ook de vormgeving van de convergentie dient verduidelijkt te worden. In dat kader zal ook gekeken moeten worden naar de positie van de WTZ in relatie tot ontwikkelingen in de particuliere markt en de ziekenfondsverzekering. Een derde punt dat moet worden uitgewerkt, is de ontwikkeling van de premieheffing, met name de verhouding procentueel/nominaal. Tenslotte is in het licht van het opstellen van het afgesproken programma voor volumebeheersing en kostenbeperking van belang scherp aan te geven waar in het kader van de ziektekostenverzekeringen de vrijheden en verantwoordelijkheden van overheid en veld liggen. Dit teneinde de rol van elk van de partijen bij het handhaven van de toegankelijkheid en de kostenbeheersing in de zorgsector goed te kunnen afbakenen.

De nota is als volgt opgebouwd.

Allereerst wordt in hoofdstuk 2 ingegaan op het grondpatroon van het verzekeringsstelsel, zoals dat op basis van het regeerakkoord in deze kabinetsperiode gestalte krijgt. Per compartiment wordt aangegeven hoe dat vorm krijgt.

In hoofdstuk 3 worden de concrete maatregelen beschreven waarvan realisering in de komende regeerperiode wordt voorgestaan. Daarmee is het bestuurlijk/wetgevend programma voor de komende jaren aangegeven.

In hoofdstuk 4 wordt ingegaan op de aspecten die een rol spelen bij het naar elkaar toe laten groeien van particuliere verzekeringen en ziekenfondsverzekering, teneinde de wenselijkheden en mogelijkheden op deze terreinen duidelijker in beeld te krijgen. In hoofdstuk 5 wordt afzonderlijk ingegaan op de instrumenten van kostenbeheersing.

HOOFDSTUK 2. VERZEKERINGSSTELSEL EN REGEERAKKOORD

§ 2.1. Perspectief

De gezondheidszorg in Nederland is in het algemeen van goede kwaliteit en voor iedere burger goed bereikbaar. Ook bij internationale vergelijking springt dit in het oog. De wijze van financiering, hoofdzakelijk via het bestaande stelsel van ziektekostenverzekeringen: AWBZ, ZFW, WTZ, particuliere ziektekostenverzekeringen en ambtelijke ziektekostenregelingen (KPZ), werkt over het algemeen bevredigend. Dit betekent echter niet, dat het bestaande systeem op onderdelen niet verbeterd zou kunnen worden.

In het verleden is een aantal knelpunten gesignaleerd in het huidige zorgsysteem. Het gaat daarbij met name om de volgende elementen.

Een verbrokken verzekerings- en financieringssysteem

Dit leidt tot:

- financieringsschotten die substitutie in de weg staan;
- risicoselectie en daardoor tot onvoldoende dan wel overtrokken solidariteit;
- onvoldoende keuzevrijheid voor de verzekerde;
- complexe onderlinge vereveningssystemen.

Beperkte financiële beheersbaarheid

De kostenontwikkeling staat voortdurend en toenemend onder druk door – deels exogene – factoren van vraag- en aanbodzijde (dubbele vergrijzing, inkomenselasticiteit en technologische ontwikkeling).

Mede door afwentelingsgedrag van partijen en onvoldoende prikkels tot gepast gebruik voor de vraagzijde en aanbieders, zijn de kosten bij bepaalde zorgonderdelen moeilijk te beheersen (specialistische hulp, farmaceutische hulp, hulpmiddelen).

Complexe wet- en regelgeving

Door gedetailleerde en aparte wet- en regelgeving verschuift de verantwoordelijkheid voor de (kosten)ontwikkelingen in het veld van de betrokken partijen naar de overheid.

De oplossing voor deze knelpunten werd in de afgelopen periode mede op advies van de commissie-Dekker gezocht in het tot stand brengen van één brede basisverzekering voor de gehele bevolking.

Gaandeweg is over de juistheid van die richting twijfel ontstaan. Het betrof daarbij vooral de vraag of op die wijze de gewenste verantwoordelijkheidsverdeling en de noodzakelijke kostenbeheersing voldoende gestalte zouden krijgen. Tevens kwam de vraag aan de orde of de feiten van het bestaande systeem nu werkelijk zó groot waren dat zij een fundamentele verandering van het zorgsysteem op korte termijn rechtvaardigden.

Onderkend wordt dat het bestaande systeem van ziektekostenverzekeringen op onderdelen verbetering behoeft. Dit betekent echter niet dat het systeem als geheel herziening behoeft.

Uitgaande van de bestaande situatie dienen de gewenste verbeteringen stap-voor-stap te worden gerealiseerd.

De maatregelen zullen vooral betrekking hebben op verbetering van de kostenbeheersende werking van het stelsel. Daarnaast gaat het om herijking van de lastenverdeling tussen groepen verzekerden.

Deze benadering houdt in dat er geen grootse nieuwe plannen komen of een alles omvattende blauwdruk. Gestaaq zal worden gewerkt aan het wegnemen van concrete knelpunten (zie hoofdstuk 3).

§ 2.2. Verantwoordelijkheidsverdeling

Basis voor de veranderingen in de zorgsector is een duidelijk omljnd beeld van de verantwoordelijkheid van de overheid.

Uitgaande van de doelstelling van het zorgbeleid, namelijk kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen, dient aangegeven te worden waar de overheid concreet op aanspreekbaar is. Ook dient te worden vastgesteld waar de overheid zich expliciet niet meer mee wenst te bemoeien. Op grond van het regeerakkoord kan de verantwoordelijkheid van de overheid als volgt worden aangegeven:

- a. vaststellen van het verplichte pakket van de wettelijk verzekerde zorg. De verantwoordelijkheid van de overheid voor de beheersing (de budgetdiscipline) heeft betrekking op de kosten van dat pakket. De overheid kan geen verantwoordelijkheid hebben voor die zorgonderdelen die buiten dit pakket vallen. In het laatste geval gaat het om vrije consumptie van burgers waarmee de overheid niet direct bemoeienis heeft;
- b. garanderen van toegang tot dat verplichte pakket, zowel fysiek als financieel. Enerzijds gaat het om planning van voorzieningen en het organiseren van het verzekeringssysteem. Anderzijds gaat het om het zodanig spreiden van de kosten van de zorg over alle burgers en beheersing van de tariefhoogte, dat bij noodzaak tot zorg er geen onoverkomelijke financiële drempels aanwezig zijn;
- c. garanderen van de kwaliteit van de zorg. Het gaat om het toezicht op de kwaliteit van geleverde zorg, los van de vraag of die zorg nu wel of niet onderdeel uitmaakt van het verplichte pakket en los van de wijze waarop die zorg wordt gefinancierd (sociale verzekering, particuliere verzekering, aanvullende verzekering, eigen rekening enz.).

Het door de overheid nemen van verantwoordelijkheid op bepaalde terreinen betekent niet dat voor de partijen in het veld op dat terrein geen verantwoordelijkheid zou bestaan. Zo is op het terrein van de kosten- en prijsbeheersing een inspanning van eenieder nodig om het gewenste resultaat te bereiken. Hoewel de overheid voor een deel rechtstreeks verantwoordelijkheid zal dragen (bijvoorbeeld voor de infrastructuur van de zorgsector en het vaststellen van macro financiële kaders), zal de activiteit van de overheid voor een ander deel er daaruit bestaan dat randvoorwaarden worden geschapen waarbinnen partijen zelf aan een beheerste ontwikkeling van de kosten moeten bijdragen (bijvoorbeeld een eigen risico voor verzekerden en verzekeraarsbudgettering). In de volgende paragrafen wordt hierop verder ingegaan.

§ 2.3. Inrichting zorgstelsel

Uitgaande van de bestaande situatie leidt uitwerking van het regeerakkoord tot het ontstaan van drie compartimenten in de zorg, te weten:

- a. de particulier onverzekerbare risico's en langdurige zorg. Deze zorg zal onder het regime vallen van de AWBZ;
- b. een wettelijk bepaald pakket van zorg, ook wel curatieve zorg genoemd. Dit zal via een convergentietraject tot stand komen. Dit pakket zal vallen onder het regime van ZFW, WIZ en particuliere verzekeringen;
- c. voor die zaken die niet in de eerste twee verzekeringsvormen zijn opgenomen, dragen burgers zelf verantwoordelijkheid. Deze kan op vrijwillige basis al dan niet in aanvullende verzekeringen worden ondergebracht.

Onderdeel van deze benaderingswijze is het naar elkaar toegroeien, convergeren, van de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen in het kader van het tot stand komen van een verplichte ziektekostenverzekering (zie hiervoor hoofdstuk 4).

In samenhang met de in het regeerakkoord afgesproken maatregelen betekent dit cijfermatig het volgende voor de te onderscheiden compartimenten.

Tabel 1.1. Uitgaven van de AWBZ, ZFW, KPZ, Particulier en WTZ (65+) voor en na volledige uitvoering van het regeerakkoord op basis van het FOZ 1994 in mln gulden

	Voor regeerakkoord		Na uitvoering regeerakkoord	
AWBZ	24 969	43%	20 484	36%
ZFW	16 532	28%	18 941	33%
IZA	1 142	2%	1 575	3%
Part.verz.	4 815	8%	7 020	12%
WTZ 65+	982	2%	1 383	2%
Begroting	3 115	5%	–	0%
Aanvullend	6 512	11%	8 164	14%
Totaal	58 066	100%	57 567	100%

Bovenstaande cijfers zijn inclusief zelfmedicatie/hulpmiddelen, eigen bijdragen en eigen betalingen.

NB. De gepresenteerde daling van de kosten met f 500 mln is het gevolg van de veronderstelling dat de door het kabinet genomen maatregelen op het terrein van de financieringsverandering leiden tot een volumedaling van f 500 mln. Voor een gedetailleerd overzicht van de financiering wordt verwezen naar bijlage 2.

De indeling van de zorg in de hierboven geschetste drie compartimenten heeft als voordeel dat een duidelijke afbakening tot stand komt. Per compartiment kan op eigen wijze toedeling van verantwoordelijkheden en vrijheden plaatsvinden. De maatregelen op het gebied van kosten- en prijsbeheersing, toegankelijkheid e.d. kunnen daarmee worden toegesneden op de zorginhoudelijke kenmerken van de aanspraken. Er hoeft niet gezocht te worden naar de grootste gemene deler voor alle vormen van zorg.

Nadeel van deze werkwijze is, dat de problematiek van de schotten tussen de onderdelen ten principale in stand blijft. Dat bergt het gevaar in zich van mogelijke afwenteling van kosten door partijen van het ene op het andere compartiment. Indien bijvoorbeeld in de AWBZ gewerkt gaat worden op declaratiebasis, terwijl in de verplichte verzekering verzekeraarsbudgettering aanwezig is, zou dat tot gevolg kunnen hebben dat verzekeraars proberen zorg voor slechte risico's zoveel mogelijk in de vorm te gieten van intramurale opname ten laste van de AWBZ. Teneinde dergelijke gedragsreacties zoveel mogelijk tegen te gaan, is het allereerst van belang dat de afbakening van de compartimenten zodanig plaatsvindt dat er zo weinig mogelijk substitutiegevoeligheid over en weer is. Daarnaast is het in de AWBZ van belang dat er voor alle zorgaanpakken een onafhankelijke indicatiestelling plaatsvindt, waarop belanghebbenden geen invloed hebben.

Op die wijze lijkt het mogelijk de risico's van afwentelingsgedrag in de praktijk tot aanvaardbare proporties terug te brengen.

Hieronder wordt op de drie compartimenten ingegaan.

§ 2.4. Positie AWBZ

Bij een aanpak volgens de hiervoor geschetste lijnen, is met name de positie en het karakter van de AWBZ van belang.

De AWBZ is in 1967 ontstaan als volksverzekering tegen zware geneeskundige risico's. Het ging daarbij vooral om langdurige opnamen in intramurale instellingen. Achtergrond was om de langdurige zorg voor verpleeghuispatiënten, zwakzinnigen e.d. uit de sfeer van de gunst en financiering via de armenwet te halen. Door middel van een volksverzekering, waarvan de kosten door de gehele bevolking werden opgebracht, kan een beperkte groep burgers die is aangewezen op langdurige verpleging en verzorging op een maatschappelijk aanvaardbare wijze worden geholpen.

Gelet op de doelstelling was de keuze voor onderbrenging in een volksverzekering waarin sprake is van inkomenssolidariteit bij de premieheffing, voor deze verzekering een logische zaak.

Tevens leent het karakter van de aanspraken zich goed voor een systeem van verstrekkingen in natura, geregeld via een centraal aangestuurd systeem van verbindingskantoren.

Bij de aanvang van de verzekering ging het om ca. 60 000 langdurig verpleegden en verzorgden. In de loop der tijden is het aantal opnames toegenomen tot ca. 100 000 in 1988, alsmede ca. 30 000 personen in semimurale instellingen, zoals dagverblijven voor ouderen en gezinsvervangende tehuizen. De in deze jaren gerealiseerde groei was uitdrukkelijk gepland. Alle intramurale instellingen kwamen immers tot stand op basis van een vergunning van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Vanuit het beheersingsaspect bezien, heeft de AWBZ in die periode niet voor verrassingen gezorgd.

Op grond van de voorstellen van de commissie-Dekker is de AWBZ drager geworden van de ontwikkeling naar een basisverzekering voor iedereen. In dat kader is een aantal aanspraken (opname in psychiatrische ziekenhuizen gedurende het eerste jaar, hulpmiddelen, farmaceutische hulp, audiologische hulp, erfelijkheidsonderzoek en revalidatie) onder de AWBZ gebracht. Voor die onderdelen werd ook de verzekeraars-budgettering ingevoerd. Tevens is een aantal aspecten van de AWBZ, ondermeer de structuur van de premieheffing en de uitvoering via een systeem van verbindingskantoren, gewijzigd. De oorspronkelijk volledig inkomensafhankelijke premieheffing werd omgezet in een systeem van gedeeltelijk inkomensafhankelijke en gedeeltelijk nominale premie. Tevens werd bij een aantal aanspraken de uitvoering via het verbindingskantoor afgeschaft.

Zoals hiervoor reeds is aangegeven, heeft deze ontwikkeling in de afgelopen jaren steeds meer vragen opgeroepen. Het huidige kabinet heeft besloten daarmee niet door te gaan.

De AWBZ dient weer een verzekering te worden voor de langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's.

De vraag daarbij is in hoeverre de oude situatie volledig dient te worden hersteld. Het regeerakkoord laat ruimte voor nuances.

Eenzijds wordt gesproken over het terugbrengen van de aanspraken tot particulier onverzekerbare risico's en langdurige zorg, alsmede het afschaffen van de nominale premie. De AWBZ zou daarmee terugkeren tot een verzekering met een volledig procentuele premie. Uiteraard blijven daarbij de inkomensafhankelijke eigen bijdragen gehandhaafd. Bij deze constructie past een uitvoering via verbindingskantoren. Dat impliceert een strakke aanbodsplanning en het terugdringen van verzekeraars in de rol van uitvoerders.

Anderzijds spreekt het regeerakkoord over handhaving van verzekeraarsbudgettering en invoering van een persoonsgebonden budget. Op basis van deze uitspraken kan gedacht worden aan een AWBZ, die voor wat betreft de aanspraken is teruggebracht tot particulier onverzekerbare risico's, doch voor wat de uitvoering betreft uitgaat van een regie door risicodragende verzekeraars. Dat vereist dat enige vorm van nominale premieheffing in de AWBZ wordt gehandhaafd.

Met name op basis van het karakter van de in de AWBZ opgenomen zorgvormen wordt voorgesteld de AWBZ als volgt vorm te geven.

De AWBZ wordt beperkt tot de langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's. Daartoe worden de thans nog ten laste van de AWBZ komende aanspraken op farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek conform het regeerakkoord uit die verzekering gelicht en overgeheveld naar de verplichte ziektekostenverzekering (zie § 2.5). Als uitvloeisel van het regeerakkoord is bezien in hoeverre het mogelijk is om de niet-substitutiegevoelige onderdelen van de psychiatrische hulpverlening over te hevelen vanuit de AWBZ naar de andere zorgverzekeringen. De onderlinge samenhang tussen de zorgonderdelen wordt hier van zo groot belang geacht dat integrale opname binnen één verzekeringsvorm (in dit geval de AWBZ) de voorkeur heeft boven verdeling van deze zorg over meerdere verzekeringsvormen.

Nader onderzoek zal worden verricht naar de mogelijkheden om kortdurende thuiszorg (gedeeltelijk) uit de AWBZ te lichten. Eventuele wijzigingen op dit punt zullen eerst na 1996 haar beslag kunnen krijgen.

In het regeerakkoord is het voornemen opgenomen de bejaardenoorden integraal over het hevelen naar de AWBZ. Het regeringsstandpunt over het rapport van de commissie-Welschen zal de Kamer nog dit voorjaar bereiken.

De omvang van de aanspraken in de AWBZ wordt financieel gezien beheerst door een financieel makro kader zoals dat wordt opgenomen in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ).

De AWBZ wordt geheel gefinancierd uit een procentuele premie. De nominale premie wordt afgeschaft. Daarmee wordt per definitie de budgettering van verzekeraars in de AWBZ verlaten. Vanwege de beheersing van de kostenontwikkeling zal de AWBZ worden uitgevoerd door verbindingkantoren, in samenhang met een strak door de overheid geregelde aanbod- en prijsbeheersing. Teneinde mogelijk afwentelingsgedrag te voorkomen, is het tevens wenselijk te komen tot strikt onafhankelijke indicatiestelling. De thans reeds bestaande gemeentelijke indicatiecommissies voor bejaardenoorden en verpleeghuizen kunnen daarbij als voorbeeld dienen. Aandachtspunt hierbij is, dat onafhankelijke indicatiestelling geen waarborg geeft voor een terughoudend indicatiebeleid (vergelijk onafhankelijke indicatiestelling door de G.M.D. in het kader van de WAO). De gekozen opzet zal dan ook de mogelijkheid tot het geven van aanwijzingen en/of richtlijnen door de overheid moeten bevatten.

Zoals bij analyse van de problemen in het huidige systeem blijkt, dreigt in de AWBZ met een dergelijk systeem verstarring op te treden. Teneinde zorgvernieuwing en zorg-op-maat mogelijk te blijven maken, zullen naast de via het aanbod beheerste aanspraken, gebudgetteerde sectorale zorgvernieuwingsfondsen worden gecreëerd. Deze zullen op subsidiebasis worden gevoed uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Binnen deze zorgvernieuwingsfondsen kan ook het persoonsgebonden budget zijn plaats krijgen.

Op deze wijze worden enerzijds de flexibiliteit en (daarmee) de doelmatigheid binnen de AWBZ bevorderd, terwijl anderzijds een beheerste kostenontwikkeling in stand blijft.

§ 2.5. Verplichte ziektekostenverzekering

Het tweede compartiment van de zorgsector wordt gevormd door die zorgvormen die onder de in het regeerakkoord afgesproken verplichte ziektekostenverzekering komen te vallen. Hoewel in het regeerakkoord gesproken wordt van een verplichte ziektekostenverzekering, gaat het in feite om de regeling via ziekenfondsen, particuliere verzekeraars en KPZ van eenzelfde pakket aanspraken, eenzelfde eigen risico en kostenbeheersing via verzekeraarsbudgettering, respectievelijk een premiebandbreedte. Onder verwijzing naar hetgeen in hoofdstuk 3 is vermeld, komt het er voor wat betreft de aanspraken op neer dat uitgegaan wordt van de huidige pakketsamenstelling van ZFW/WTZ. Enerzijds komt daarbij hetgeen aan aanspraken uit de AWBZ wordt gelicht (farmaceutische hulp, hulpmiddelen, revalidatie e.d.). Anderzijds wordt dat verminderd met een gedeelte van de tandheeskundige hulp, de fysiotherapie en eventuele andere (delen van) aanspraken die op grond van de methode van Dunning uit het pakket zullen worden verwijderd.

De onder dit compartiment vallende zorgvormen zullen worden opgenomen in de ZFW/WTZ en zullen daarnaast deel moeten uitmaken van de particuliere verzekeringen.

Voor het geheel van dit pakket zal per 1-1-1997 een eigen risico aan de voet worden ingevoerd van f 200,- per hoofdverzekerde, dan wel per polis. Voor de huisartsenhulp zal het eigen risico niet van toepassing zijn. De toegang tot de huisarts dient drempelloos te zijn, vanwege de positie van de huisarts als eerste behandelaar en poortwachter. Het gaat om het in een keer invoeren van het eigen risico voor het volle bedrag dat in het regeerakkoord is vermeld. De reden voor dit voorstel, waarbij wordt afgeweken van de stapsgewijze benadering van het regeerakkoord, is gelegen in een tweetal aspecten. Ten eerste dient bij invoering van een eigen risico het beoogde doel te worden bereikt. De schatting is, dat invoering van een eigen risico, beginnend met een beperkt bedrag dat stapsgewijs wordt verhoogd, in de eerste jaren nagenoeg geen consumptieremmend effect zou hebben. Alleen bij invoering ineens voor het volle bedrag van f 200,- mag verwacht worden dat de maatregel uit een oogpunt van consumptieremming effect gaat sorteren. Ten tweede is de invoering van een eigen risico aan de voet in de ziekenfondsverzekering administratief gezien een zeer ingrijpende maatregel. Het is niet verantwoord een dergelijke maatregel te treffen als daar inhoudelijk geen effect van mag worden verwacht. Bij een geleidelijke invoering zouden in het begin de kosten nog wel eens de baten kunnen overtreffen.

Voor wat betreft de kostenbeheersing wordt aangehaakt bij de kostenontwikkeling van het wettelijk verzekerde pakket, zowel voor hetgeen onder de ZFW/WTZ valt, als datgene wat onder de particuliere verzekeringen valt. Als instrument om de kostenbeheersing vorm te geven, wordt de reeds ingeslagen weg van verzekeraarsbudgettering voortgezet. Behalve aanscherping van de huidige ziekenfondsbudgettering vereist deze benadering dat ook in de particuliere markt een vorm van budgettering tot stand komt. In het kader van de WTZ kan daarbij gedacht worden aan het beperken van de mogelijkheid voor verzekeraars om de kosten van de standaard(pakket)polis te verhalen, door de toegang tot de pooling voor nieuwe gevallen te beëindigen. Binnen de overige particuliere markt zou gekozen moeten worden voor een systeem van premiebandbreedte.

Budgettering van verzekeraars is niet alleen van belang uit een oogpunt van kostenbeheersing, maar ook voor een goede uitvoering van de

voorstellen van de commissie-Biesheuvel. Met betrekking tot het complex specialistische hulp/ziekenhuisverpleging wordt gestreefd naar integratie van beide zorgvormen binnen één organisatorisch geheel. Binnen de verzekeringsstructuur noodzaakt dat tot samenvoeging van de thans nog afzonderlijk geregelde aanspraken tot één aanspraak (hulp vanwege een ziekenhuisorganisatie). Voor de financiering zal een onderscheid worden gemaakt tussen vaste kosten en variabele kosten. Ter bevordering van de flexibiliteit binnen de ziekenhuisorganisatie wordt gewerkt aan een systeem waarin verzekeraars en de ziekenhuisorganisatie vrijelijk over het variabele deel van de kosten afspraken kunnen maken over volume en prijs. Een acceptabele uitvoering vereist dat sprake is van risicodragende verzekeraars. Tevens gaat het daarbij om afschaffing van de thans bestaande instellingsbudgettering, alsook van de planning van specialistische plaatsen. Via het systeem van verzekeraarsbudgettering kan hier op een verantwoorde wijze aan tegemoet worden gekomen.

§ 2.6. De overige zorgvormen

Al die (delen van) zorgvormen welke geen onderdeel uitmaken van de eerste twee compartimenten, behoren tot het derde compartiment. Verzekeraars kunnen de dekking van de kosten van deze zorgvormen als een aanvullende verzekering aanbieden. Zij zijn er echter niet toe verplicht. Burgers kunnen vrijelijk beslissen of zij een dergelijke verzekering wensen af te sluiten. Het gaat om een particuliere schadeverzekering. De verzekeraar bepaalt de inhoud van het pakket, alsmede de condities waarop de verzekering kan worden afgesloten (acceptatie- en premiebeleid). De overheid draagt daarvoor geen verantwoordelijkheid, noch voor de kosten, noch voor de toegang. De overheidsverantwoordelijkheid strekt zich wel uit tot het toezicht op de kwaliteit van deze zorg. Vooral nog zal de Wet tarieven gezondheidszorg als faciliterend instrument gehandhaafd blijven. De overheid heeft echter geen taak bij de beheersing van de totale kosten van deze zorgvormen.

HOOFDSTUK 3. CONCRETE MAATREGELEN UIT HET REGEERAKKOORD

In het regeerakkoord is een groot aantal concrete maatregelen opgenomen die het kabinet in de komende jaren in de zorgsector wenst te realiseren.

Sommige van deze maatregelen zijn inmiddels reeds per 1-1-1995 (gedeeltelijk) geïmplementeerd. Het gaat dan om:

- afschaffing van nominale premies voor kinderen in de AWBZ en de ZFW;
- beperking van de aanspraak op tandheelkunde in ZFW en WTZ;
- afschaffing van eigen bijdragen voor hulpmiddelen in de AWBZ;
- invoering van een franchise in de premieheffing voor werkgevers in de ZFW.

Behalve maatregelen die direct uit het regeerakkoord voortvloeien, zal de komende periode ook een aantal maatregelen worden getroffen welke het gevolg zijn van reeds eerder in gang gezet beleid. Deze maatregelen passen in het op basis van het regeerakkoord voorgestane beleid (verzekeraarsbudgettering, fraudebestrijding enz).

Hierna wordt een overzicht gegeven van de in voorbereiding zijnde maatregelen. Daarbij is een splitsing aangebracht tussen maatregelen waaraan in 1995 wordt gewerkt en waarvan invoering per 1-1-1996 is voorzien en maatregelen voor de periode daarna. Voor een meer gedetailleerd uitwerking van een aantal punten wordt verwezen naar bijlage 1.

I. Programma 1996

1. Beperking pakket

a. fysiotherapie

Aan de Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland is gevraagd te adviseren over een beperking van de aanspraak op fysiotherapie in het kader van de ZFW, respectievelijk de WTZ.

De volgende drie mogelijkheden zijn daarbij bezien:

- niet langer vergoeden van de eerste zes behandelingen;
- maximeren van de aanspraak tot bijvoorbeeld 12 of 24 behandelingen;
- invoeren van een eigen bijdrage van 50% voor de eerste twaalf behandelingen.

De Ziekenfondsraad heeft daarover in december 1994 geadviseerd. Hij adviseert in meerderheid over te gaan tot invoering van een eigen bijdrage van 50% voor de eerste 12 zittingen. De vereniging van Nederlandse Zorgverzekeraars adviseert omstreeks 1 april over het WTZ-pakket.

Doelstelling in het regeerakkoord is om te komen tot een financieringsverschuiving en een volumebeperking van in totaal f 200 mln.

Het kabinet acht het ongewenst een maatregel te treffen die niet zorginhoudelijk kan worden onderbouwd en betreurt het daarom dat de beroepsgroep er (nog) niet in is geslaagd om, langs de weg van effectiviteitsonderzoek, te komen tot een advies voor een zorginhoudelijk onderbouwde beperking. Het kabinet zal zich in overleg met de beroepsgroep en de verzekeraars tot het uiterste inspannen alsnog per 1-1-1996 tot een zorginhoudelijk onderbouwde beperking van het pakket te komen.

b. anti-conceptiepil

De pil is slechts één van meerdere mogelijkheden om zwangerschap tegen te gaan. De keuze voor het gewenste middel wordt individueel gemaakt en dient niet beïnvloed te worden door het via de verzekering

financieren van één vorm. Wel acht het kabinet het uit sociaal oogpunt wenselijk dat de pil ter beschikking staat van meisjes onder de 18 jaar. Het ligt daarom in het voornemen de aanspraak op de anticonceptiepil per 1-1-1996 voor volwassenen uit het pakket te halen en voor eigen rekening buiten de huisarts om verkrijgbaar te stellen bij apotheek of drogisterij.

c. tandheelkundige hulp

In het verlengde van de reeds per 1 januari 1995 genomen maatregel op het gebied van de tandheelkundige zorg, zal, zoals reeds eerder aangekondigd, de leeftijdsgrens voor tandheelkundige hulp aan jeugdigen worden verlaagd van 19 naar 18 jaar.

2. Overheveling aanspraken vanuit de AWBZ

Met ingang van 1-1-1996 zullen farmaceutische hulp, hulpmiddelen, revalidatie, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek niet langer als aanspraak in het kader van de AWBZ geregeld worden. Vanaf die datum zullen deze aanspraken worden opgenomen in de ZFW/WTZ, dan wel in de particuliere verzekeringen.

In de ZFW worden de kosten van de teruggehevelde aanspraken conform het regeerakkoord gefinancierd via een verhoging van de procentuele premie.

Een adviesaanvraag daarover aan de ZFR en Zorgverzekeraars Nederland is op 31 januari 1995 verzonden.

Voorwaarde voor de terugheveling van de geneesmiddelen is een zowel zorginhoudelijk als beheersmatig verantwoorde opvang in de particuliere markt.

Tevens zal worden onderzocht of het mogelijk is kortdurende thuiszorg uit de AWBZ te halen en te doen opnemen in de ZFW en particuliere markt. De uitkomsten van dit onderzoek zullen eerst na 1996 worden geïmplementeerd.

Voor wat betreft de afspraak in het regeerakkoord om te bezien of het mogelijk is om de niet substitutiegevoelige onderdelen van de psychiatrie uit de AWBZ te lichten, wordt gewezen op de conclusie daarover in het rapport van de Task Force volumebeheersing en kostenbeperking (TVK). Geconcludeerd wordt dat de samenhang tussen de verschillende onderdelen van de psychiatrie zodanig is, dat onderbrenging in één verzekering (de AWBZ) de voorkeur verdient. Het kabinet deelt dit standpunt.

3. Geneesmiddelenbeleid

In de brief van 2 december 1994 (TK 1994/1995 23 904, nr. 10) is een uiteenzetting gegeven van het te voeren kostenbeheersingsbeleid voor de geneesmiddelen.

Allereerst gaat het daarbij om het implementeren van de aanbevelingen van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG).

Ten tweede is gesteld dat de prijzen voor geneesmiddelen in Nederland aanzienlijk hoger liggen dan het Europees gemiddelde niveau. Aangegeven werd, dat besloten is het hoge prijspeil in Nederland meer in lijn te brengen met het prijspeil in omringende landen. Als uitvloeisel daarvan is thans besloten tot realisering hiervan via wetgeving. Voorgesteld wordt een wet die de prijzen van geneesmiddelen maximeert. De prijzen van geneesmiddelen worden bepaald aan de hand van het rekenkundig gemiddelde van de prijzen van geneesmiddelen in een aantal landen, waarbij thans gedacht wordt aan Frankrijk, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en België. De prijzen van nieuwe geneesmiddelen worden analoog vastgesteld en periodiek herbezien. De wet heeft in beginsel een

permanent karakter, maar kan, indien de omstandigheden zich daartoe lenen, tijdelijk buiten werking worden gesteld. Er wordt naar gestreefd een wetsvoorstel in de tweede helft van mei 1995 aan het parlement te kunnen aanbieden. In verband met de grote financiële belangen die hierbij in het geding zijn, is het wenselijk dat deze wet per 1-1-1996 in werking treedt. Het kabinet gaat er vanuit dat het parlement aan een snelle behandeling zal willen meewerken.

4. Herziening AWBZ in verband met invoering van persoonsgebonden budgetfinanciering

Onderdeel van het regeerakkoord is het mogelijk maken in de AWBZ van de invoering van persoonsgebonden budgetfinanciering. Op basis van subsidieregelingen is in de AWBZ geëxperimenteerd met een cliëntgebonden budget voor verzekerden die verpleging en verzorging behoeven. In 1995 zal, op basis van een landelijk geldende subsidie-regeling van de ZFR, de mogelijkheid van persoonsgebonden budget-financiering voor verpleging en verzorging in de AWBZ worden ingevoerd.

Een experiment voor verstandelijk gehandicapten is nog gaande. Naar verwachting zal het mogelijk zijn – gelet op de uitkomsten van dat experiment – per 1-1-1996 eveneens via een subsidieregeling in het kader van de AWBZ landelijk persoonsgebonden budgetfinanciering in te voeren voor verstandelijk gehandicapten. Dit zal onderdeel gaan uitmaken van de op te richten zorgvernieuwingfondsen.

5. Invoering Sociaal-fiscaal nummer in de ZFW

Ten behoeve van intensivering van de fraudebestrijding, in combinatie met andere sociale voorzieningen, zal in de ZFW het Sofi-nummer worden ingevoerd.

De Raad van State heeft inmiddels advies uitgebracht. Het wetsvoorstel zal op korte termijn aan het parlement worden aangeboden. Het voornemen bestaat het Sofi-nummer zo mogelijk nog in de loop van 1995 in te voeren.

6. Systematisch doorlichten van het pakket via de methode van Dunning

In de komende jaren zal het pakket van de ZFW en de AWBZ systematisch worden doorgelicht via de methode van Dunning. Daarbij zal met voorrang gekeken worden naar de sector van de geestelijke gezondheidszorg. Onderdeel hiervan vormt tevens het stimuleren van werken met standaarden en protocollen zoals dat is geadviseerd door de TVK. Door de ZFR zal in samenwerking met de Gezondheidsraad een programma worden uitgewerkt. Op 23 november 1994 is daarover een brief aan de ZFR gezonden.

7. Aanscherpen verzekeraarsbudgettering

Ten aanzien van de Ziekenfondswet worden de contouren van een meer volledig budgetteringssysteem steeds duidelijker. Naast de reeds bestaande verdeelcriteria leeftijd en geslacht, zijn per 1 januari 1995 de criteria regio en arbeidsongeschiktheid ingebracht in het verdeelmodel. Vervolgens wordt – op basis van een in de loop van 1995 uit te voeren proef – ernaar gestreefd om per 1 januari 1996 het ZFW-budget te splitsen in een deel ziekenhuisverpleging en een deel overige verstrekkingen. Binnen het deel ziekenhuisverpleging zal daarbij een onderscheid worden gemaakt in vaste en variabele kosten. Verzekeraars kunnen slechts beperkt invloed uitoefenen op de hoogte van het vaste deel van het budget ziekenhuisverpleging. Binnen het (verder te ontwikkelen) budgetterings-

systeem dienen zij voor de besteding van deze kosten dan ook niet meer dan een beperkt risico te lopen. Voor het variabele deel van het budget ziekenhuisverpleging en voor het budget overige verstrekkingen zal daarentegen in een driejarige periode verlaging plaatsvinden van de thans nog hoge verevening tussen de zorgverzekeraars onderling. Doelstelling is een vereveningspercentage van nul procent in 1998 voor de onderdelen van het totale ziekenfondsbudget waarop verzekeraars invloed kunnen uitoefenen.

Door tegelijkertijd de WTG-budgettering op dezelfde onderdelen van het zorgaanbod te verleggen naar verzekeraars en de totstandkoming van produktprijzen te bevorderen, zal ook voor het thans nog hoge nacalculatiepercentage een geleidelijk traject van verlaging kunnen worden ingezet. Doelstelling is hier het terugbrengen van het nacalculatiepercentage tot nul procent, eveneens in 1998.

Tevens zal worden bezien op welke wijze verzekeraars risicodragend kunnen worden in het kader van de WTZ. Gedacht wordt aan de mogelijkheid om nieuwe polissen niet langer onder de WTZ-omslagregeling te kunnen brengen.

8. Hulpmiddelen

Uit een rapport dat ten behoeve van de TVK is opgesteld, blijkt dat de kosten in de sector hulpmiddelen de afgelopen jaren sterk zijn gestegen. Als belangrijkste oorzaak wordt gewezen op de samenhang tussen imperfecte marktwerking en hoge prijzen.

Een nader onderzoek naar deze twee factoren zal worden gestart. Tevens wordt uitvoering gegeven aan de voorstellen van de IWG. Het ligt in het voornemen reeds met ingang van 1 januari 1996 tot een aantal maatregelen te komen.

II. Programma 1997/1998

1. Invoering verplicht eigen risico aan de voet van f 200,-

Het regeerakkoord gaat uit van geleidelijke convergentie tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen. In het kader van deze convergentie is voorzien in de geleidelijke invoering van een verplicht eigen risico in de ziektekostenverzekering van f 200,- per hoofdverzekerde per jaar. Het kabinet heeft uitgebreid stilgestaan bij de volgende vragen:

- tempo en maatvoering bij de invoering van het verplicht eigen risico in de ZFW, en
- tempo en maatvoering bij de corresponderende convergentie in de particuliere verzekeringen.

Bij deze discussie speelde tevens een rol het gegeven dat de uitvoeringskosten van een verplicht eigen risico zodanig zijn dat een gefaseerde invoering, beginnend met een eigen risico lager dan f 200,-, nauwelijks te motiveren is.

Tegen deze achtergrond heeft het kabinet thans het voornemen om een eigen risico van f 200,- per 1 januari 1997 in de ziektekostenverzekeringen in te voeren. Vanwege de rol van de huisarts als eerste hulpverlener en poortwachter van het zorgsysteem, zal voor huisartsenhulp het eigen risico niet van toepassing zijn. Voor wat betreft de invoering legt het kabinet de relatie met het tot stand komen van convergentie tussen de ziekenfondsverzekering en de particuliere markt. Onderzoek zal plaatsvinden naar een IZA-systeem. Hangende dit onderzoek wordt het bedrag van f 200,- eigen risico niet verhoogd.

2. Deregulering WZV

In het regeerakkoord is ten aanzien van de aanbodregulering opgenomen dat een gedereguleerde WZV van kracht blijft, waarbij de planning van intramurale voorzieningen en de topklinische zorg tot de taak van de overheid blijft behoren.

De huidige WZV gaat uit van een zware planprocedure. Breed wordt onderschreven dat de planprocedures te lang duren en moeizaam verlopen.

Dat is ook de conclusie van de werkgroep «aanpassing wet ziekenhuisvoorzieningen». Deze werkgroep bestond uit deelnemers van het rijk, de andere overheden, verzekeraars, aanbieders en patiëntenorganisaties.

Algemene conclusie was dat, hoewel met de huidige WZV veel goede dingen zijn bereikt op het gebied van spreiding en kwaliteit, de wet niet meer voldoet aan de eisen van deze tijd. Mede gegeven deze conclusie wordt nu gewerkt aan herziening van de WZV, mede op het terrein van de planprocedures.

In plaats daarvan kan worden gedacht aan een systeem van wettelijk verankerde bouwprioriteiten. Daarbij wordt per sector (ziekenhuizen, GGZ, verpleeghuizen, gehandicapten) een meerjarige beleidsvisie opgesteld. Per sector worden op basis van een financieel kader, door de Minister van VWS bouwprioriteiten vastgesteld. De bouwplanbeoordeling per project vindt plaats door een zelfstandig bestuursorgaan.

Onderdeel van de aanpassing van de WZV is een beperking van de reikwijdte. In dit verband bestaat het voornemen de huidige meldingsregeling uit te breiden. Bij de melding gaat het om een regeling waarbij instellingen ex-ante geld in hun budget krijgen voor kleine verbouwingen. Voor deze verbouwingen hoeven ze geen toestemming te vragen. De instellingen moeten de verbouwing alleen melden.

De meldingsregeling zal tot grotere verbouwingen worden uitgebreid. Het CvZ en het COTG zijn om advies gevraagd.

Bij dit programma is een uitwerking gevoegd (bijlage 3) van de hier beknopt beschreven voorgenomen wijzigingen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Een ontwerp voor een voorstel tot wetswijziging waarin een en ander zijn juridische neerslag heeft gekregen, zal aan adviesinstanties worden voorgelegd.

3. Decentralisatie ziekenvervoer

In het regeerakkoord is opgenomen dat de financiering van grote renovaties en vernieuwbouw van ziekenhuizen via de begroting zal lopen. Deze afspraak is gemaakt met het oog op de vergemakkelijking van premieconvergentie. Door vergoeding van de kapitaallasten van een ziekenhuis daalt de ziekenfondspremie. Dit wordt opgevangen door hogere begrotingsuitgaven. Die worden inkomensafhankelijk geheven en op die manier betalen particulier verzekerden ook een (klein) deel inkomensafhankelijk. Het gaat hierbij om een bedrag van f 600 mln.

Dit voorstel heeft bij nader inzien niet de voorkeur van het kabinet, aangezien het geen inhoudelijke meerwaarde heeft. Het kabinet heeft zich beraden op een meer inhoudelijk alternatief. Een goede mogelijkheid daartoe zou kunnen zijn de door de TVK voorgestelde territoriale decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor het ziekenvervoer (ambulance- en taxivervoer). Dit wordt met name ingegeven door de samenhang die bestaat tussen ambulancevervoer, overig ziekenvervoer en het vervoer dat reeds in het kader van de WVG onder de verantwoordelijkheid van gemeenten is gebracht. Door de verantwoordelijkheid voor planning en financiering van deze vervoersvormen in één hand te brengen, kan synergie ontstaan, hetgeen kan leiden tot doelmatigheids-

winst. Het kabinet zal dit voorstel in overleg met de andere overheden nader verkennen. Uitvoering van deze lijn zou impliceren het op de begroting plaatsen (fiscaliseren) van de betrokken kosten. Het heeft de voorkeur van het kabinet om de in het regeerakkoord voorziene ruimte voor begrotingsfinanciering voor kapitaallasten ad f 600 mln niet hiervoor te bestemmen, maar te benutten voor de decentralisatie van het ziekenvervoer. De kapitaallasten blijven daardoor in de toekomst volledig uit de verzekeringspremies gefinancierd.

4. Modernisering van de ouderenzorg

In het regeerakkoord is besloten dat bij de modernisering van de ouderenzorg de hoofdlijnen van het advies van de commissie-Welschen zullen worden gevolgd. Tevens is in het regeerakkoord het voornemen opgenomen de bejaardenoorden integraal over te hevelen naar de AWBZ.

Het beleid gaat op hoofdlijnen uit van de voorstellen van de commissie-Welschen. Daarbij wordt ernaar gestreefd om een vloeiender overgang mogelijk te maken tussen zelfstandig wonen, wonen in een service-woning en wonen in een gezamenlijke woonvorm met een continu beschikbaar aanbod van zorg. Bij de voorzieningen voor ouderen blijft een onderscheid bestaan tussen intramurale zorg en wonen met extramurale zorg. Het regeringsstandpunt over het rapport van de commissie-Welschen zal nog dit voorjaar aan de Tweede Kamer worden aangeboden, vooruitlopend op de nota integraal ouderenbeleid.

5. Modernisering Curatieve Zorg (commissie-Biesheuvel)

Volgens het regeerakkoord zal het advies van de commissie-Biesheuvel omtrent de modernisering van de curatieve zorg worden uitgevoerd. Binnenkort publiceert het kabinet langs welke lijnen het zich voorstelt implementatie van de adviezen van de commissie-Biesheuvel te realiseren. Tevens zal worden ingegaan op de voorstellen en plannen die door partijen uit het veld naar aanleiding van het advies in het zogenaamde Platform Modernisering Curatieve Zorg zijn geformuleerd. Op weg naar een continuüm van zorg zal veel afhangen van de medewerking van partijen zelf om de lastige vraagstukken, met name die van de financierings- en honoreringsstructuur, tot een goede en creatieve oplossing te brengen. In dit kader gaan in 1995 een vijftal experimenten met de honorering van specialisten van start, te weten in Alkmaar, Bergen op Zoom, Emmen, Rijnmond en Venlo/Venray. Naar verwachting zullen meer lokale initiatieven volgen. Bij alle projecten zal voor de honorering van de specialisten het verrichtingensysteem niet langer van toepassing zijn. Het doelmatige en kwalitatief goede gebruik van de beschikbare middelen kan hierdoor worden gestimuleerd. Beoogde veranderingen in de honoreringsstructuur voor huisartsen en specialisten die niet aan een project deelnemen, moeten reeds in 1995 voorbereid worden. Eventueel zullen gewenste veranderingen wettelijk worden verankerd. Initiatieven vanuit het veld die bijdragen aan modernisering van de curatieve zorg zullen met grote welwillendheid door het kabinet beoordeeld en waar mogelijk gefaciliteerd worden.

6. Harmonisatie eigen bijdrageregelingen

In de zorgsector zijn bij de onderscheiden zorgvormen verschillende eigen bijdrageregelingen van toepassing. Te wijzen valt op de eigen bijdrageregeling AWBZ, de eigen bijdrageregeling voor bejaardenoorden, de eigen bijdrageregeling voor gezinszorg en de eigen bijdrageregeling voor kruiswerk. In alle gevallen gaat het om regelingen die te maken hebben met het verkrijgen van verzorging en/of verpleging. De TVK heeft aanbevolen na te gaan of ten behoeve van een zo objectief mogelijk

gebruik van de zorg gekozen kan worden voor een harmonisatie van de eigen bijdrageregelingen. Aan de ZFR zal hierover advies worden gevraagd.

7. Onafhankelijke indicatiestelling

De vormgeving van de AWBZ en de verzekeringen voor curatieve zorg leidt er toe dat een zekere mate van afwenteling van kosten zou kunnen gaan plaatsvinden. Een van de instrumenten om dit tegen te gaan, is het tot stand brengen van onafhankelijke indicatiestelling. Een voorbeeld daarvan is de bestaande indicatiestelling voor verpleeghuizen en bejaardenoorden door de gemeentelijke indicatiecommissie.

De ZFR zal worden verzocht te adviseren over invoering van een dergelijke onafhankelijke indicatiestelling in de gehele AWBZ.

8. Zorvernieuwingsfondsen

De strakke aanbodregulering die in de AWBZ in het kader van de kostenbeheersing zal worden doorgevoerd, kan leiden tot een zekere verstarring, en daarmee tot ondoelmatigheid in de zorgverlening. Teneinde de nodige flexibiliteit in de zorgverlening te bereiken, wordt voorgesteld de thans bestaande veelheid van subsidieregelingen in de AWBZ te integreren in zogenoemde sectorale zorgvernieuwingsfondsen. Door de Ziekenfondsraad is daar reeds een begin mee gemaakt. De ZFR zal worden verzocht deze aanpak per sector gestalte te geven.

9. Taakverdeling topzorg en topreferentiezorg

De TVK heeft geadviseerd te komen tot specifieke regulering van bijzondere functies (topzorg). Tevens is aangegeven dat doelmatigheids-winst valt te verwachten van een stringent doorgevoerde taakverdeling en samenwerking tussen ziekenhuizen op het terrein van topzorg en topreferentiezorg.

Voorgesteld wordt om in het verlengde van de gedachten van de Vereniging van Academische Ziekenhuizen een traject van taakverdeling en concentratie ter hand te nemen.

HOOFDSTUK 4. CONVERGENTIETRAJECT

§ 4.1. Algemene beschouwing over het convergentiemodel

In het regeerakkoord is aangegeven dat het kabinet streeft naar het naar elkaar laten toegroeien van particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsverzekering. In de bijlage bij het regeerakkoord is het voornemen met betrekking tot het tot stand komen van een convergentiewet neergelegd.

Het regeerakkoord zegt hierover:

«1. Er komt een wet op de convergentie. Onder de convergentie wordt verstaan: a. het tot stand brengen van eenzelfde pakket voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering, b. het geleidelijk naar elkaar toegroeien van de wijze van premieheffing.

De convergentiewet schrijft voor dat er sprake is van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis of hoofdverzekerde. Het eigen risico aan de voet vervangt de eigen bijdragen die cumulatief uitwerken, zoals die voor kunst- en hulpmiddelen».

«Gegeven de voorgenomen overheveling van voorzieningen van de AWBZ naar de verplichte ziektekostenverzekering en de voorgenomen opname van de WBO in de AWBZ, zullen per saldo voorzieningen tot een bedrag van circa f 4,5 miljard ten laste worden gebracht van de verplichte ziektekostenverzekering».

«2. In de particuliere ziektekostenverzekering veranderen ten opzichte van de huidige situatie de volgende onderdelen:

- a. er komt een verplichte ziektekostenverzekering voor een als noodzakelijke en gepaste zorg gedefinieerd pakket, dat gelijk is aan dat van ziekenfondsverzekerden.
- b. er komt een acceptatieplicht.
- c. de convergentiewet schrijft voor dat er sprake moet zijn van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis. Dit verplichte eigen risico wordt stapsgewijs ingevoerd.
- d. de premieheffing over het nominale gedeelte dient zich binnen een bepaalde bandbreedte te voltrekken, zodat de premie voor jong en oud en voor gezond en ongezond financieel wordt verevend.

3. in de Ziekenfondswet veranderen ten opzichte van de huidige situatie de volgende onderdelen:

- a. het verplichte pakket omvat de noodzakelijke en gepaste zorg, gelijk aan die in het verplichte deel van de particuliere ziektekostenverzekering.
- b. behalve naast de nominale premie van f 200,- per volwassene wordt een eigen risico aan de voet geïntroduceerd van f 200,- per hoofdverzekerde, ter vervanging van de cumulatieve eigen bijdragen per verstrekking. Dit eigen risico aan de voet wordt stapsgewijs ingevoerd.
- c. het huidige niveau van de nominale premie in het ziekenfonds wordt gehandhaafd op het huidige niveau van f 198,-.

Dit niveau wordt geleidelijk opgehoogd met het niveau van de nominale premie AWBZ (= f 153,-), onder gelijktijdige afschaffing van de nominale premie in de AWBZ.

Als compensatie voor de invoering van het eigen risico van f 200,- per polis wordt van dit bedrag f 80,- afgetrokken.

Eventuele koopkrachtgevolgen van de voorziene stijging van de nominale premie worden in beginsel opgevangen door generieke reparatie, die deel uitmaakt van de jaarlijkse besluitvorming rond de voorbereiding van de rijksbegroting.

4. De systematiek van de Ziekenfondswet en de particuliere verzekeringen worden gedurende de komende periode gehandhaafd.»

Bij de vorenbedoelde convergentie tussen de onderscheiden verzekeringssectoren gaat het ten eerste om het tot stand brengen van een zelfde pakket van verzekeringsaanspraken. Ten tweede is het geleidelijk naar elkaar toegroeien van de wijze van premieheffing van belang.

Zonder dat een einddoel wordt vastgesteld, kan deze ontwikkeling zich bewegen tussen twee extremen. De extreme mogelijkheid aan de ene kant is, dat de particuliere markt volledig georganiseerd zou kunnen worden zoals thans de ziekenfondsverzekering georganiseerd is. De extreme mogelijkheid aan de andere kant is, dat de ziekenfondsverzekering volledig georganiseerd zou worden zoals thans de particuliere markt is ingericht.

Convergentie betekent overigens niet dwingend dat een zelfde maatregel op hetzelfde moment in beide verzekeringsvormen behoeft te worden ingevoerd. Convergentie kan ook betekenen, dat elementen die thans reeds aanwezig zijn in één vorm, worden ingevoerd in de verzekeringsvorm die dat element thans nog niet kent.

Juridisch-technisch gezien is ingrijpen in de ziekenfondsverzekering, respectievelijk de WTZ, relatief eenvoudig. De wetgeving is immers reeds aanwezig. Dat wil echter niet zeggen, dat maatregelen administratief-technisch niet gecompliceerd kunnen zijn. Ingrijpen van overheidswege in de particuliere markt vergt nieuwe wetgeving.

Teneinde de zaak niet extra te compliceren, is in deze nota ervan afgezien na te gaan op welke wijze voorgenomen maatregelen zouden moeten doorwerken in de KPZ-regelingen. Bij implementatie van de convergentie zal ook de doorwerking van maatregelen naar de KPZ-regelingen moeten worden onderzocht.

Teneinde een duidelijk beeld te krijgen wat convergentie kan inhouden, is het wenselijk meer in het algemeen in te gaan op een aantal aspecten die een belangrijke rol spelen bij het convergentiemodel. Daarbij zullen achtereenvolgens aan de orde komen:

1. juridische aspecten;
2. omvang pakket;
3. acceptatieplicht;
4. premiestructuur;
5. verzekeraarsbudgettering;
6. eigen risico.

ad 1. Juridische aspecten

Aan een convergentiemodel zal de eis gesteld moeten worden, dat het niet in strijd is met internationale regelgeving. Daarbij spelen drie aspecten een rol.

a. Derde Europese schaderichtlijn

De derde Europese schaderichtlijn geeft regels voor het toezicht dat lidstaten (moeten/mogen) uitoefenen op de particuliere schadeverzekeraars. Over de implicaties van deze richtlijn voor het kunnen stellen van regels voor de particuliere ziektekostenverzekeraars wordt verschillend gedacht. Betwijfeld wordt of de richtlijn voldoende ruimte geeft om op allerlei gebied dwingende regels voor de particuliere verzekeraars te stellen. Ondanks veel discussie bestaat op dit punt geen consensus. Over deze materie heeft in 1993 op ambtelijk niveau overleg plaatsgevonden met de Europese Commissie. Op het schriftelijke verzoek van – destijds WVC – om op dezerzijds geformuleerde uitspraken commentaar te geven, is niet gereageerd. Vernomen is, dat de Europese Commissie, met als achtergrond het wisselen van kabinet, geen reden ziet

deze zaak verder op te pakken. De enige conclusie die uit die opstelling dezerzijds kan worden getrokken, is dat de zaak kennelijk niet eenduidig ligt.

In die situatie dient het risico onder ogen te worden gezien, dat gelopen wordt indien de overheid convergentie per wet regelt. Indien reeds tijdens de parlementaire behandeling, of erger nog, na inwerkingtreding, de regelgeving in strijd wordt bevonden met de Europese regelgeving, is of het beleid van een aantal jaren voor niets geweest, dan wel zijn er schadeclaims van particuliere verzekeraars te verwachten.

Hiertegenover staan uiteraard de positieve effecten van het bij wet kunnen regelen van convergentie.

Gelet op het voorgaande zal hernieuwd contact worden opgenomen met de Europese Commissie zodra er sprake is van concrete kabinetsvoorstellen.

b. Mededingingsrecht

In het verleden is bij herhaling geprobeerd met het KLOZ te komen tot vrijwillige onderlinge afspraken die de gehele particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt zouden binden. Bij pogingen om tot een vrijwillige regeling van bandbreedte bij de premievaststelling te komen, is duidelijk geworden dat geen uitsluitel kan worden gegeven of een dergelijke afspraak nu wel of niet acceptabel is in het kader van het (Europese) mededingingsbeleid. Voor zover in het kader van een convergentiemodel uitgegaan wordt van onderlinge afspraken die de markt binden, zal men bedacht moeten zijn op dit aspect.

c. ILO-verdragen en Europese Code

In ILO-verdragen en de Europese Code voor sociale zekerheid van de Raad van Europa heeft Nederland zich gebonden aan het regelen van sociale verzekeringen voor bepaalde groepen werknemers, volgens vastgelegde minimale normen. Tevens zijn regels gegeven voor het percentage van de bevolking dat moet worden gedekt door sociale verzekeringen. Met name bij eigen risico's en pakketverkleining zal men bedacht moeten zijn op mogelijke frictie met de internationale verdragen.

Uit het voorgaande blijkt dat politieke wenselijkheden in het kader van een convergentiemodel nauwkeurig zullen moeten worden getoetst op mogelijke strijd met internationale regelgeving.

ad 2. Pakket verplichte ziektekostenverzekering

In de ZFW en de WTZ geldt thans een gelijkwaardig pakket van aanspraken, gebaseerd op de gewenste omvang van het ZFW-pakket. Los van de hiervoor geschetste internationaal-rechtelijke problemen is het strikt juridisch/technisch bezien denkbaar één pakket voor te schrijven dat zowel in de ZFW als in de particuliere markt dient te worden aangeboden. Van belang daarbij is in welke mate particuliere verzekeraars vrij zijn het basispakket niet aan te bieden, dan wel om naast een basispakketpolis andere polissen aan te bieden, waarin gecombineerd met het basispakket ook andere aanspraken zijn opgenomen.

Wordt het aanbieden van het door de overheid vastgestelde basispakket een verplichting om als particuliere ziektekostenverzekeraar op de Nederlandse markt te mogen opereren? In dat geval zouden zonder nadere regelen alle aanvullende verzekeringen van de ziekenfondsen ook het basispakket moeten bevatten. De aanvullingsfondsen van de ziekenfondsen zijn immers juridisch vormgegeven als particuliere schadeverzekeringsmaatschappij.

Tevens is van belang of verzekeraars bevoegd zijn hogere eigen risico's aan te bieden dan het wettelijk verplichte standaard eigen risico. Indien dat het geval is, zou daarmee het minimumkarakter van een basispakket

worden aangetast. Daartegenover bestaat de mogelijkheid in een aanvullende verzekering al die aanspraken op te nemen die niet in het basispakket zijn opgenomen. Dient echter een verzekeraar zo'n aanvullend pakket aan te bieden naast het basispakket? Of kan dit in één verzekering worden aangeboden? In dit laatste geval heeft de verzekerde geen keus. Antwoorden op dit soort vragen zijn niet alleen van belang voor een wettelijke regeling van het pakket, maar ook voor de beoordeling van de regeling van de premiebandbreedte (zie hiervoor verder de premie-structuur onder ad 4).

Het gevoerde beleid gericht op het tot stand brengen van uniforme tarieven in de ziekenfonds- en particuliere sector, draagt bij aan het scheppen van voorwaarden voor pakketconvergentie.

ad 3. Acceptatieplicht

Het garanderen van de toegang tot een verzekering via een acceptatieplicht verliest zijn waarde als de mogelijkheid voor verzekeraars open blijft die garantie materieel teniet te doen door een (te) klein pakket of een (te) hoge premie. Bij een convergentiemodel zal de samenhang tussen deze drie elementen in de gaten moeten worden gehouden. Bij het wettelijk regelen van een acceptatieplicht spelen tevens twee zaken waarover uitsluitsel zal moeten worden gegeven.

a. Voor welk pakket geldt de acceptatieplicht?

Gaat het alleen om een gedefinieerd basispakket of geldt de acceptatieplicht voor alle polissen die een verzekeraar aanbiedt?

b. Wanneer geldt de acceptatieplicht?

Gaat het alleen om acceptatieplicht bij toetreding, zoals thans in de WTZ, of gaat het om een mogelijkheid om regelmatig van ziektekostenverzekeraar te wisselen, zoals thans in de ZFW?

Het antwoord op deze vragen is van belang omdat daarmee de mogelijkheid voor particulier verzekerden wordt aangegeven om van verzekeraar te wisselen.

Indien er geen acceptatieplicht is voor een polis die uitgebreider is dan het verplichte pakket, dan wel voor een aanvullende verzekering, zal de mogelijkheid voor verzekerden (behalve jong & gezond) om van verzekeraar te wisselen sterk afnemen.

Het tweede punt is van belang als het gaat om het naar elkaar toegroeien van de ziekenfondsverzekering en particuliere verzekeringen.

Bij ziekenfondsen bestaat immers de mogelijkheid om iedere twee jaar van fonds te wisselen.

In dit kader is tevens van belang welke opstelling verwacht mag worden van verzekeraars. In de zomer van 1994 is het rapport van het Verbond van Verzekeraars: «sociale verzekeringen naar de markt?; aanpassing van het stelsel van sociale zekerheid en de positie van particuliere verzekeraars» verschenen.

Het rapport gaat met name over de uitkeringsverzekeringen (WAO, WW, ZW). Toch zijn er een aantal vingervijzingen in te vinden die van belang kunnen zijn voor de ziektekostenverzekeringen.

Allereerst gaan verzekeraars ervan uit dat de overheid een minimale betrokkenheid dient te hebben bij de sociale verzekeringen, zodat er in de vorm van een sociale verzekering een bodem in de markt wordt gelegd. Het gaat verzekeraars daarbij met name om de dekking van langlopende risico's. Die optiek sluit aan bij het voornemen van het kabinet om de AWBZ te beperken tot particulier onverzekerbare risico's. Daarnaast wijst men een wettelijke acceptatieplicht af. Reden daarvoor is, dat die strijdig wordt geacht met de noodzakelijke risicobeoordeling door de particuliere verzekeraar voor een verantwoorde financieel-economische bedrijfsvoering. Een acceptatieplicht impliceert volgens de verzekeraars bovendien één of andere manier van pooling om solvabiliteitsproblemen bij verzekeraars te voorkomen.

Ten derde dient volgens verzekeraars de overheid een vangnetfunctie te vervullen voor degenen die uiteindelijk toch niet door verzekeraars op particuliere basis kunnen worden geaccepteerd. Als voorbeeld wordt gewezen op de «noodvoorziening» die de overheid wettelijk moet treffen in het kader van de WAO.

Gelet op het rapport van het Verbond van Verzekeraars zijn er grenzen aan hetgeen verwacht mag worden dat particuliere ziektekostenverzekeraars op vrijwillige basis zullen willen regelen. Bij de uitwerking van een convergentiemodel zullen deze grenzen verkend moeten worden.

ad 4. Premiestructuur

In de huidige situatie bestaat bij de ZFW een gemengde premiestructuur (procentueel/nominaal). De ziekenfondsen stellen zelf de nominale premie vast, waardoor deze per ziekenfonds kan verschillen. Deze nominale premie geldt echter voor alle bij dat ziekenfonds ingeschreven verzekerden, ongeacht het risico. In de particuliere markt geldt een volledig nominale premie. Deze kan per maatschappij, per polis en per verzekerde verschillen.

In de strikte zin van het woord dient convergentie te leiden tot een situatie waarbij er in beide verzekeringsblokken een uniforme premiestructuur ontstaat. Het gaat dan om een eindsituatie. Het regeerakkoord spreekt van het naar elkaar toegroeien. Over de richting spreekt het regeerakkoord zich niet uit. Daarnaast bevat het regeerakkoord een aantal gedetailleerde uitspraken over het premiebeleid in ZFW/AWBZ voor de periode tot 1998. Het gaat in het navolgende dan ook om een algemene beschouwing teneinde zicht te krijgen op de gewenste trekrichting. Dat kan enerzijds betekenen dat er bij de particuliere verzekeraars, net als thans in de ZFW, een mix van procentuele en nominale premie wordt geheven. Anderzijds kan convergeren betekenen dat er in de ZFW op termijn alleen een nominale premie wordt geheven, zoals thans het geval is bij de particuliere markt.

Het invoeren van een procentuele (dus inkomensafhankelijke) premie lijkt moeilijk binnen de huidige structuur van de particuliere markt. Dit zowel op juridische als op verzekeringstechnische gronden. De structuur van een particuliere schadeverzekering leent zich daar niet voor. Thans particulier verzekerden zullen er tevens moeite mee hebben om hun inkomensgegevens aan hun verzekeraar op te geven; dit zal zeker niet op vrijwillige basis geschieden. Daarbij komt dat in de ZFW de procentuele premie alleen wordt geheven over het loon van de hoofdverzekerden. Medeverzekerden betalen geen procentuele premie. In de particuliere verzekering bestaat het begrip hoofdverzekerde niet. Gelet hierop is volledig conformeren aan de ZFW-regelgeving niet zonder meer mogelijk.

Indien premieconvergentie zou leiden tot invoering van een procentuele premie in de huidige particuliere markt, zullen aspecten als ondermeer definitie van het premieplichtig inkomen en medeverzekering moeten worden bezien.

Bij het tot stand komen van een gemengde premiestructuur in de particuliere markt ontstaat tevens het probleem of de opbrengst van de procentuele premie aan de individuele verzekeraar ten goede mag komen of dat deze in een «kas» gestort zou moeten worden en van daaruit verdeeld (budgettering).

Naast verzekeringstechnische aspecten speelt bij de beoordeling van de meest wenselijke premiestructuur ook een rol welke bijdrage een dergelijke premiestructuur kan leveren aan de kostenbeheersing en welke inkomenseffecten ontstaan bij een wijziging van de huidige structuur.

Tevens gaat het om beoordeling van het beginsel van premie naar draagkracht vanuit een oogpunt van een aanvaardbare spreiding van lasten. Argument bij deze laatste vraagstelling zou kunnen zijn het aanbrengen van een splitsing in de toepassing van de gewenste

inkomenssolidariteit op basis van de aard van de verzekerde risico's. In deze gedachte past een constructie waarbij de AWBZ, beperkt tot particulier onverzekerbare risico's, geheel uit procentuele premie wordt gefinancierd en de aanspraken op curatieve zorg door middel van nominale premies worden betaald.

Tenslotte is ook van belang welke mate van premiedifferentiatie tussen verschillende groepen verzekerden wordt geaccepteerd.

ad 5. Verzekeraarsbudgettering

In het regeerakkoord is aangegeven dat verzekeraars in het convergentiemodel dienen te worden gebudgetteerd. Vanuit de optiek van de kostenbeheersing lijkt de voornaamste doelstelling van de beide in het regeerakkoord genoemde instrumenten verzekeraarsbudgettering en bandbreedte van de premie te zijn het bereiken van een situatie waarin verzekeraars voldoende incentives hebben zich met de kostenontwikkeling in te laten.

Daarbij gaat het dan vooral om het creëren van ondernemersrisico's op een zodanige wijze dat het beheersen van de kosten van de zorg voordeel oplevert voor de verzekeraar.

Voor de ziekenfondsverzekeraars is in het regeerakkoord voorzien in voortzetting en verdieping van de verzekeraarsbudgettering. Voor de particuliere verzekeraars wordt invoering van een premiebandbreedte voorgesteld.

Bij de ziekenfondsverzekering bestaat de budgettering uit het normatief verdelen van de procentueel geheven premie. Voor wat betreft de particuliere verzekeraars wordt in het regeerakkoord onder budgettering verstaan dat zij dienen te werken binnen een afgesproken premiebandbreedte.

In het licht van het hiervoor gestelde over de premiestructuur zou bij convergentie voor verzekeraarsbudgettering de hoofdlijn kunnen worden vastgesteld dat, indien er sprake is van verdeling van een procentueel geheven premie, het thans in de Ziekenfondswet geldende normuitkeringssysteem in beginsel wordt gehanteerd. Indien er sprake is van volledige nominale premieheffing, zou een bandbreedteregeling kunnen gelden. Bij een gemengde premiestructuur zou het van de gekozen verhouding tussen de procentuele en de nominale premie afhangen of toepassing van beide budgetteringsgedachten tegelijkertijd werkbaar moet worden geacht.

Om regeling van de premiebandbreedte (wettelijk) te kunnen vastleggen, zal het noodzakelijk zijn dat begrip te definiëren. Verder zal dan door particuliere verzekeraars de noodzakelijke informatie dienen te worden verstrekt om tot een verantwoorde beslissing te kunnen komen. In het onderstaande wordt in algemene zin ingegaan op de problematiek van het vaststellen van een premiebandbreedte.

In het verleden is in besprekingen met het KLOZ naar voren gekomen dat er voor de vaststelling van een bandbreedte op hoofdlijnen twee mogelijkheden zijn. Enerzijds kan worden uitgegaan van een soort marktgemiddelde voor wat betreft de schade, en wordt vervolgens aan de verzekeraars ten opzichte van dat gemiddelde een zekere marge naar boven en naar beneden gelaten waarbinnen de premiestelling zich dient te bewegen (externe bandbreedte). Anderzijds zou uitgegaan kunnen worden van een gemiddelde schade per verzekeraar met marges aan twee zijden (interne bandbreedte). In het eerste geval (externe bandbreedte) wordt de verzekerde de meeste bescherming geboden tegen onverantwoord hoge premies. De premie is immers gekoppeld aan het marktgemiddelde. In het tweede geval (interne bandbreedte) wordt het meest

ingespeeld op de financieel-economische bedrijfsvoering van de verzekeraar. In beide gevallen is het de vraag wie het gemiddelde bepaalt en hoe. Verder is het de vraag hoe groot de bandbreedte is en op grond waarvan die wordt vastgesteld. Daarbij is de vraag aan de orde of, en zo ja in welke mate en onder welke omstandigheden, kan worden verwacht dat een premiebandbreedte verzekeraars werkelijk zal aansporen tot kostenbeheersend gedrag. Deze vraag speelt zeker indien verzekeraars zelf de bandbreedte zouden mogen vaststellen.

Een andere invulling van de bandbreedte zou kunnen zijn dat wordt afgesproken dat bijvoorbeeld de hoogste premie bij een verzekeraar maximaal het dubbele mag zijn van de laagste. Deze variant wordt van werkgeverszijde wel eens naar voren geschoven. Daarmee wordt het punt omzeild van het moeten vaststellen van een gemiddelde. Wel blijft de vraag waarop de verhouding van bijvoorbeeld 1:2 zou moeten worden gebaseerd. Waarom niet 1:3 of 1:1,5? In die zin wordt het probleem niet anders dan bij een bandbreedte gebaseerd op gemiddelde schade.

Bij de vormgeving van een eventuele regeling voor premiebandbreedte is, naast de hiervoor genoemde aspecten, ook de praktische uitvoerbaarheid en controleerbaarheid van belang.

Een punt van aandacht in de discussie over premiebandbreedte-regelingen is ook wat te doen als in een situatie van een premiebandbreedteregeling voor de gehele markt, de portefeuille-samenstelling van (één) verzekeraar(s) er toe zou leiden dat men financieel niet uitkomt binnen de bandbreedte. Moet er een of ander vereveningsmechanisme zijn of kunnen voor individuele verzekeraars aanpassingen (ontheffingen) van de bandbreedte worden gemaakt? En wie beslist daar dan over?

Bovendien is het de vraag of de bandbreedte alleen geldt voor het basispakket of ook van toepassing is op de overige polissen. Dat hangt uiteraard samen met het hiervoor besproken punt van het al dan niet aanwezig zijn van een basispolis.

Het vaststellen van een bandbreedteregeling voor een basispolis impliceert dat het acceptabel wordt gevonden dat hoge risico's meer voor de zelfde basispolis betalen dan lage risico's. Binnen de bandbreedte zullen verzekeraars immers een lage premie vragen voor goede risico's en een hoge voor slechte risico's.

De vraag kan tevens gesteld worden of het noodzakelijk is om een bandbreedte c.q. een minimumpremie vast te stellen. In beginsel is een systeem van alleen maximumpremies ook een afdoende oplossing. Immers, gegeven de portefeuillesamenstelling van een verzekeraar bepaalt de hoogte van de maximale premie de mate waarin een verzekeraar gedifferentieerde premieheffing kan toepassen. Naarmate de maximale premie dichter bij de gemiddelde schade komt te liggen, neemt de beleidsruimte af.

Een variant zou nog kunnen zijn onder vaststelling van een maximumpremie een verbod op premiedifferentiatie in te stellen. De verzekeraar kan gegeven de maximumpremie zelf het gewenste premieniveau vaststellen. In dat geval blijft de onderlinge premiesolidariteit in tact. Voor beide mogelijkheden geldt de randvoorwaarde dat de maximale premie ligt boven het gemiddelde kostenniveau voor de groep verzekerden met zo'n polis. Wil dat tot een acceptabel maximum leiden, dan impliceert dat dat de basispolis verplicht door alle verzekerden zou dienen te worden afgenomen. Ook hier blijft de vraag open wie de maximale premie vaststelt en waarop die gebaseerd wordt. De aard van de verplichting tot een basispolis is daarmee van belang voor de noodzaak tot regeling van de bandbreedte.

ad 6. Eigen risico

Het opnemen van een eigen risico als onderdeel van een basispakket is juridisch/technisch gezien geen probleem. Wel geldt de vraag naar de mogelijkheid tot herverzekering binnen de particuliere markt. In feite is dat weer een vraag over alternatieve polissen. Kan een verzekeraar een polis aanbieden zonder eigen risico?

§ 4.2. Karakter van het convergentiemodel

Het voorgaande brengt de vraag met zich mee in hoeverre het bij het convergentiemodel wenselijk is te werken langs de lijn van vrijwillige afspraken in de particuliere markt, dan wel uit te gaan van wettelijke regeling. Zoals hiervoor reeds is vermeld, speelt bij vrijwillige afspraken enerzijds het punt wat reële verwachtingen mogen zijn over het tot stand komen van dergelijke afspraken. Daarnaast dient het kartelaspect in de gaten te worden gehouden. Dit moet worden afgewogen tegen de onzekerheden van een wettelijk traject.

In deze discussie is van belang of het convergentiemodel zich richt op de verzekerde, de verzekeraar, dan wel beide. Richting verzekerden is een constructie denkbaar waarbij de overheid eisen stelt aan de burger voor wat betreft de verplichting zich te verzekeren en tegen welk minimaal pakket. (Hier ligt een analogie met de Wet aansprakelijkheid motorrijtuigen.) De gedachte is dan dat de verzekeraars op grond van deze eisen polissen zullen aanbieden die daarop zijn afgestemd. Formeel is er in die situatie geen verplichting voor de verzekeraars.

Met deze constructie kunnen wel de aspecten van basispakket en eigen risico worden opgelost, maar acceptatieplicht en de regeling van een premiebandbreedte vallen buiten een dergelijke constructie.

Zoals hiervoor is aangegeven, zou voor deze elementen gedacht kunnen worden aan vrijwillige afspraken met verzekeraars.

Een alternatief is het regelen van de pakketaspecten richting verzekerden en het wettelijk regelen van de andere aspecten richting verzekeraars.

Een derde mogelijkheid is alle aspecten te regelen richting verzekeraars. Dit komt neer op invoering van een convergentiewet met bepalingen op de besproken punten. Dat kan een ingrijpende verandering betekenen van de huidige particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt.

In de huidige situatie behoort de particuliere ziektekostenverzekeringsmarkt tot de privaatrechtelijke sector. Afgezien van de WTZ gaat het aan de ene kant om een aanbieder (verzekeraar) die naar eigen keus producten kan aanbieden tegen een door hem zelf vastgestelde prijs. Aan de andere kant staat een koper (de verzekerde) die het produkt kan afnemen dat hem aanstaat, dan wel kan beslissen helemaal niets te kopen. De verzekeringsovereenkomst is daarbij een civielrechtelijke overeenkomst waar de overheid geen invloed op heeft.

Door een convergentiewet ontstaat een nieuwe situatie. Aanbieder en koper worden aan bindende regelgeving onderworpen.

Dat leidt direct tot de vraag wat de verplichting in het kader van een convergentiemodel voor de particuliere markt moet inhouden. Dit zowel voor de verzekeraar als voor de koper.

Bij de koper (aspirant-verzekerde) is een aantal situaties denkbaar:

- men is vrij al dan niet een verzekering af te sluiten, waarbij de basispolis één van de mogelijkheden is;

- men is vrij om al dan niet een verzekering af te sluiten, maar indien men daarvoor kiest zal minimaal de basispolis moeten worden afgesloten;
- men is verplicht op zijn minst een verzekering voor de basispolis af te sluiten.

Bij de verzekeraar lijken drie opties aanwezig:

- men kan allerlei soorten polissen aanbieden, doch men moet in ieder geval de basispolis aanbieden;
- iedere polis die men aanbiedt, zal minimaal de basispolis moeten bevatten;
- men moet los de basispolis aanbieden. Aanvullende aanspraken moeten in een afzonderlijke polis worden geregeld.

De ingrijpendheid van het convergentiemodel is daarmee direct verbonden met de invulling die aan de verplichting gegeven wordt.

Indien voor de meest stringente verplichting zou worden gekozen, betekent dat een wezenlijke verandering van de structuur van de particuliere markt.

Op grond van de brief van verzekeraars van 8 december 1994 (bijlage 4)¹ wordt met verzekeraars gesproken over het tot stand komen van convergentie op vrijwillige basis. Naar verwachting zullen verzekeraars in het eerste kwartaal 1995 met concrete voorstellen komen.

Bij brief van 13 februari 1995 (bijlage 5¹) hebben verzekeraars reeds aangegeven medewerking te willen verlenen aan invoering van een eigen risico aan de voet van f 200,-.

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

HOOFDSTUK 5. INSTRUMENTEN VOOR BEHEERSING

Ten aanzien van de beheersing van de kostenontwikkeling in de zorgsector zijn op twee punten heldere afspraken nodig:

- a. voor welke zorgkosten heeft de overheid een bijzondere verantwoordelijkheid voor de beheersing, en
- b. met welke instrumenten geeft de overheid die verantwoordelijkheid vorm?

§ 5.1. Afbakening van de overheidsverantwoordelijkheid

Helderheid over de afbakening van ieders verantwoordelijkheid is een voorwaarde om verder te kunnen.

In politieke zin moet helder zijn waar de minister van VWS wel en niet verantwoordelijkheid voor draagt. Ook in het verkeer met het veld is duidelijkheid noodzakelijk.

Het ligt voor de hand bij de toedeling van verantwoordelijkheden aansluiting te zoeken bij in hoofdstuk 2 compartimentering van de zorgsector. Voorgesteld wordt dat volgens de volgende lijnen te doen. Doelstelling van kostenbeheersing is vooral het betaalbaar en daarmee toegankelijk houden van de zorg. Vanuit die redenering ligt het voor de hand de overheid verantwoordelijk te maken voor de beheersing van de kosten van die zorgvormen waarvan de overheid vindt dat die voor iedereen toegankelijk dienen te zijn (de AWBZ en de verplichte ziektekostenverzekering).

In termen van de in hoofdstuk 2 beschreven compartimenten betekent dit dat de totale kosten gemoeid met de compartimenten 1 en 2 vallen onder de beheersingsverantwoordelijkheid van de overheid. De totale kosten gemoeid met compartiment 3 (de aanvullende verzekering) blijven buiten de overheidsverantwoordelijkheid.

§ 5.2. Instrumenten voor overheidsinterventie in de kostenontwikkeling

Uitgaande van de in paragraaf 5.1 aangegeven afbakening van de overheidsverantwoordelijkheid, is de vraag aan de orde met welke instrumenten de kostenbeheersing vorm gegeven kan worden.

Als uitersten zijn te herkennen:

- a. een keuze voor klassieke aanbod- en prijsregulering via overheidsregelgeving (ZFW/AWBZ, WZV, WTG);
- b. een keuze voor uitgavenbeheersing door het budgetteren van de inkomsten van verzekeraars.

Model (a) veronderstelt dat de overheid in staat is exact de kostenontwikkeling in de hand te houden. Nadeel van een dergelijk model, en daarover bestaat brede consensus, is dat het in zijn werking de betrokken partijen slechts een zeer beperkte – echter niet volledig ontbrekende – eigen verantwoordelijkheid geeft voor doelmatig gedrag en kostenbeheersing.

Model (b) heeft het voordeel dat aan partijen alle ruimte gelaten wordt om op lokaal niveau tot afspraken te komen over een doelmatige inzet van middelen. Nadeel van dit model is uiteraard dat de vraag of partijen zich ook daadwerkelijk inspanningen zullen getroosten de kosten aan te pakken ex ante niet met zekerheid beantwoord kan worden. Het feitelijke effect zal vooral samenhangen met de mogelijkheid de randvoorwaarden in de sfeer van de deregulering en de mededinging voldoende te kunnen invullen.

Geconstateerd moet worden, dat op dit moment een situatie bestaat waarin grote tweeslachtigheid bestaat bij het beheersingsmodel. Dat

wordt vooral veroorzaakt doordat de in het kader van de destijds voorziene stelselwijziging voorgenomen overschakeling van model (a) naar model (b) halverwege is blijven steken. Dit heeft geleid tot een situatie die door het leven gaat als de zogenaamde dubbele budgettering.

Het ontbreken van duidelijkheid over de verantwoordelijkheden is juist ook vanuit de budgettaire invalshoek onwenselijk en onhoudbaar. De dubbele budgettering dient dan ook in samenhang met de aanscherping van de budgettering van verzekeraars zo snel mogelijk weer een enkelvoudige budgettering te worden.

De vraag is dan ook aan de orde welk perspectief in de komende jaren wordt gekozen voor de kostenbeheersing.

In het onderstaande wordt per zorgcompartiment op die vraag ingegaan.

§ 5.2.1. Compartiment 1, de AWBZ

Voor de AWBZ-sector geldt dat het regeerakkoord uitgaat van directe overheidsbemoeienis met aanbodregulering en prijsstelling.

Deze analyse spoort met het gegeven dat het regeerakkoord voorziet in beëindiging van de nominale premieheffing en het verwijderen van de curatieve zorgaanspraken uit de AWBZ. De keuze voor een klassiek model van kostenbeheersing via aanbod- en prijsregulering heeft uiteraard belangrijke gevolgen. Een en ander betekent bijvoorbeeld dat sprake zal moeten zijn van het handhaven van de contracteerplicht voor de intramurale voorzieningen. Zou dat niet het geval zijn, dan zou uitgebreid leegstand kunnen ontstaan. Daarnaast betekent de keuze voor een dergelijk model, dat de volle last van de spanning tussen zorgvraag en beschikbare financiële ruimte op de politieke agenda staat. Het is immers de overheid die zelf dient aan te geven in hoeverre en langs welke lijn, die spanning via het doelmatiger verlenen van de zorg kan worden opgelost. De keuze voor het klassieke beheersingsmodel impliceert in principe ook verstarring in het zorgaanbod van de AWBZ. Dat is een niet wenselijk gevolg waarvoor binnen de door de overheid te stellen budgettaire kaders naar oplossingen gezocht zal moeten worden.

De belangrijkste instrumenten op de weg naar flexibilisering en de-institutionalisering zijn reeds in het regeerakkoord aangegeven: zorgvernieuwingsfondsen en het persoonsgebonden budget. Daarbij geldt dat het aan de rijksoverheid is de budgettaire randvoorwaarden voor die ontwikkelingen aan te geven. In de huidige toepassing van de WTG bestaat een zekere eigen verantwoordelijkheid voor partijen voor kostenbeheersing, omdat het volume wordt bepaald in het overleg tussen partijen. Strakke WTG-budgettering in het eerste compartiment betekent afname of het volledig verdwijnen van de vrijheidsgraden van partijen bij het maken van productie-afspraken. Voorkomen moet worden dat partijen geen verantwoordelijkheid meer voelen voor de kostenontwikkeling. De wijze van regulering zal per sector uiteen kunnen lopen, onder meer ten aanzien van de ruimte voor partijen om afspraken te maken over de volume-ontwikkeling. De vraag of het systeem van afspraken over volume-ontwikkeling tussen partijen voor het eerste compartiment wordt losgelaten, hangt mede af van de mogelijkheden het gewenste beleid te faciliteren door middel van alternatieve beheersingsystemen.

Beheersing van de ontwikkeling van arbeidskosten kan haar beslag krijgen door toepassing van het post-WAGGS model. In het kader van dit model wordt, nu de Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gepremieerde en gesubsidieerde sector (WAGGS) per 1 januari 1995 is ingetrokken, de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling vastgesteld. Marktconformiteit en tweezijdig, reëel overleg met de werkgeversorganisaties, is daarbij uitgangspunt. De overheidsbijdrage kan via de WTG haar vertaling vinden in de tarieven en budgetten van aanbieders van zorg.

§ 5.2.2. Compartiment 2, de curatieve zorg

Voor de curatieve sector wordt voorgesteld in de komende jaren te koersen op een beheersingsmodel waarin een onderscheid gemaakt wordt tussen de verantwoordelijkheid voor de vaste kosten (met name de gebouwde infrastructuur) enerzijds en de verantwoordelijkheid voor de variabele kosten anderzijds.

In het regeerakkoord wordt dit tot uitdrukking gebracht door de aanbodregulering in de sfeer van de bouw (WZV) te handhaven. Tegelijkertijd wordt benadrukt dat gebudgetteerde verzekeraars hun eigen verantwoordelijkheid moeten dragen.

Teneinde niet weer dubbele budgettering in te voeren, dient dit onderscheid een leidraad te zijn bij de vormgeving van de kostenbeheersing. Dit leidt tot de volgende schematische indeling.

Tabel 5.1: Kostenbeheersing in de curatieve sector

onderdeel curatieve sector	beheersing via
Vaste kosten bouw o.g.v. planningsbesluiten	WZV/WTG
Overige vaste lasten	WTG
Variabele kosten (variabel)	verzekeraarsbudgettering

Bij deze uitgangspunten is vervolgens de vraag aan de orde welke randvoorwaarden nog vervuld moeten worden teneinde te kunnen spreken van daadwerkelijke verzekeraarsbudgettering. Daarbij zijn twee zaken aan de orde:

- a. allereerst dienen verzekeraars zelf het risico te dragen van de te maken afspraken omtrent zorgproductie;
- b. in het verkeer tussen verzekeraars onderling, tussen verzekeraars en aanbieders, alsmede tussen aanbieders onderling, dient sprake te zijn van voldoende mededinging. Dit impliceert dat bezien moet worden in welke mate overheidsregelgeving de nodige barrières voor marktwerking opwerpt.

ad a. Risicodragende verzekeraars

De huidige budgettering van de ziekenfondsen wordt nog gekenmerkt door hoge percentages voor verevening (90%) en nacalculatie (75%) ten laste van de Algemene Kas. Zolang dat zo is, kan niet gesproken worden van risicodragende verzekeraars.

Een snelle beëindiging van verevening en nacalculatie is derhalve noodzakelijk en technisch mogelijk.

Daarbij is het dan wel noodzakelijk een splitsing aan te brengen in het verstrekkingenbudget. Voor het deel dat samenhangt met de WZV-besluiten is afbouw van de verevening en nacalculatie ongewenst, gezien het handhaven van de WZV.

Op grond van recent bestuurlijk overleg met de verzekeraars bestaan goede mogelijkheden om ultimo 1998 de verevening teruggebracht te hebben tot nul procent voor al die zaken die niet te herleiden zijn tot vaste lasten.

Voor verlaging van de nacalculatie is beëindiging van zowel de contracteerplicht als van het opleggen van vaste tarieven noodzakelijk.

In de onderstaande tabel is aangegeven voor welke sectoren deze uitgangspunten reeds zijn gerealiseerd.

Tabel 5.2: Stand van zaken deregulering in de curatieve sector

	capaciteitsregeling via erkenning	vast tarief
(1) ziekenhuisverpleging	ja	ja
(2) spec. hulp in ziekenhuis	ja	neen
(3) spec. hulp buiten ziekenhuis	neen	neen
(4) huisartsenhulp	neen	neen*
(5) tandartshulp	neen	neen
(6) fysiotherapie	neen	neen
(7) ziekenvervoer	neen	neen
(8) ambulancevervoer	ja	ja

* De UVO bevat de vastlegging van het abonnementstarief als systeem, niet de vastlegging van de prijs.

Wanneer de deregulering van de WZV per 1997 is gerealiseerd, betekent dit dat de instellingsbudgettering voor de variabele lasten via de WTG en de aanbodbeheersing via de nadere detaillering van de erkenningen in de curatieve sector tegelijkertijd kunnen worden beëindigd.¹ Daarmee is een situatie gecreëerd waarbij de gebudgetteerde ziekenfondsverzekeraar ook over de instrumenten beschikt invloed uit te oefenen op de kosten.

Ten aanzien van de particuliere verzekeraars doemt dan nog een specifiek probleem op. De huidige pooling in de WTZ heeft tot gevolg dat particuliere verzekeraars op de zorgkosten voor verzekerden van 65 jaar en ouder (20% van de totale particuliere schadelast) geen enkel ondernemersrisico lopen. Zonder nadere ingrepen in de WTZ zou het risicopercentage van verzekeraars er als volgt uitzien:

Tabel 5.3: Risico verzekeraars in de curatieve sector (het variabele deel)

		1998	% schadelast
– Ziekenfondsen:			
* alle verstrekkingen	< 65 jaar	100%	± 60
* alle verstrekkingen	> 65 jaar	100%	± 40
– Particuliere verzekeraars:			
* alle verstrekkingen	< 65 jaar	100%	± 62
* alle verstrekkingen	> 65 jaar	0%	± 38

N.B. De kosten gemoeid met FB-vast (ca. 5 miljard) zijn buiten beschouwing gelaten.

In het licht van de voorgestelde verzekeraarsbudgettering in de curatieve sector dient dan ook introductie van ondernemersrisico in de WTZ plaats te vinden.

ad b. Marktwerking

Uitgaande van het gekozen beheersingsmodel in de curatieve sector, zal de overheid permanent aandacht moeten hebben voor de marktwerking. Alleen wanneer in het verkeer tussen verzekeraars onderling en in het verkeer tussen verzekeraars en zorgaanbieders sprake is van mededinging, mag verwacht worden dat het gekozen beheersingsmodel leidt tot acceptabele uitkomsten. Acceptabel in de zin dat de resulterende kosten gezien kunnen worden als de kosten van doelmatige uitvoering van het verplichte curatieve pakket. Hoewel de budgetbeheersing op grond van de WTG wordt losgelaten, blijft de WTG als instrument om tot doorzichtige prijsvorming te komen, bestaan.

De arbeidskosten maken deel uit van de variabele kosten van het tweede compartiment. Voor deze kosten zal uiteindelijk verzekeraars-budgettering gelden. Het budget voor de verzekeraars moet dan jaarlijks worden aangepast in verband met de ontwikkeling van de arbeidskosten.

¹ Voor de kosten rechtstreeks voortvloeiend uit WZV-besluiten geldt uiteraard nog wel het klassieke regime.

Het ligt voor de hand bij de bepaling van de aanpassing van het verzekeraarsbudget de uitkomst van het post-WAGSS model als uitgangspunt te nemen.

§ 5.2.3. Compartiment 3, de aanvullende verzekering

Voor de zorgvormen in de aanvullende verzekering heeft de overheid op het gebied van kostenbeheersing in principe geen verantwoordelijkheid.

Wel zal vooralsnog de WTG als faciliterend instrument worden gehandhaafd. Dat gebeurt dan niet met de bedoeling de kosten binnen een bepaald budget te houden, maar vooral om tijdelijk de infrastructuur gericht op het ordelijk tot stand komen van tarieven te blijven benutten en abrupte tariefsaanpassingen te voorkomen.

§ 5.3. Gevolgen voor de WTG en het mededingingsbeleid

De WTG stelt regels ter bevordering van een evenwichtig stelsel van tarieven, mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling. In het regeerakkoord is opgenomen dat gestreefd wordt naar een stelsel van productprijzen en dat het stelsel van maximumtarieven en contracteervrijheid wordt gehandhaafd. In de Nota Prijsbeleid zal de regering de visie op het tarievenbeleid en de toekomstige toepassing van de WTG uitwerken. Parallel aan de wijziging van de beheersstructuur voor de drie compartimenten in de zorg, zal de toepassing van de WTG worden aangepast.

Voor de sectoren die in de eindsituatie deel uitmaken van het eerste compartiment (de AWBZ), vindt momenteel regulering plaats van de tarieven en van de totale macro-lasten. Het volume is een gegeven dat bij de prijsbepaling voor een bepaald jaar vastligt. Het volume wordt in het algemeen in overleg tussen partijen bepaald. De overheid heeft hierop geen directe invloed, behoudens enkele gesubsidieerde sectoren. De voorgenomen strakke beheersing van het eerste compartiment betekent afnemende van de vrijheidsgraden voor partijen bij het maken van volume-afspraken. Voorkomen moet worden dat partijen geen verantwoordelijkheid meer voelen voor de kosten- en volume-ontwikkeling en er een extra stimulans komt voor afwentelingsgedrag. De vraag welke verantwoordelijkheidsverdeling tot stand komt, of welke ruimte er blijft voor partijen om afspraken te maken over de volumeontwikkeling, hangt af van de mogelijkheden het gewenste beleid te faciliteren door middel van andere adequate beheersingssystemen. De wijze waarop de strakkere beheersing vorm krijgt kan per sector in het eerste compartiment uiteenlopen.

In de sector ziekenhuishulp die onder het tweede compartiment valt, zullen in het toekomstige systeem vaste kosten onder de WTG-beheersing blijven vallen. Wel blijft ook voor dit vaste deel van de kosten een – weliswaar beperkt – financieel risico voor de verzekeraars gehandhaafd.

Voor het variabele deel ligt het ten aanzien van de WTG-beheersing anders. Naar de mate waarin de verzekeraarsbudgettering effectief blijkt te zijn en sprake is van een bewezen werkzame markt, kan geleidelijk de sturing van de macrolasten plaatsvinden zonder gebruik te maken van het WTG-instrumentarium. Er zal hierbij sprake moeten zijn van paralleliteit tussen enerzijds effectieve budgettering van verzekeraars en marktwerking en anderzijds vermindering van WTG-sturing van de macrolasten.

Bij evenwichtige vraag- en aanbodverhoudingen kan in het variabele deel van het tweede compartiment de regulering van de prijzen/tarieven op grond van de WTG gemist worden. Vooralsnog wordt de

WTG-prijsregulering gehandhaafd. Er zal dan sprake zijn van maximumtarieven, niet alleen voor de vrije beroepsbeoefenaren, maar ook voor de instellingen. Pas als marktwerking zich per sector heeft bewezen, kan deze worden losgelaten. Een hiermee samenhangende reden om de prijsregulering voorlopig te handhaven, is de wens schoksgewijze aanpassingen te mitigeren. De tijd die nodig is om het punt te bereiken waarop de marktwerking zich heeft bewezen, kan per sector uiteenlopen.

Bij sectoren die onder het derde compartiment vallen, zal geen beheersing van de macro-kosten plaatsvinden.

Wel zal vooralsnog voor een aantal sectoren de WTG van toepassing blijven als instrument voor een ordelijke totstandkoming van tarieven. Dit tevens om een te abrupte aanpassing van tarieven te voorkomen.

Naast bovengenoemde aanpassingen bij de toepassing van de WTG zullen ook al door partijen aangedragen verbeteringen bij de toepassing van de WTG een extra stimulans krijgen. Te denken valt aan: meer actuele tarieven en (onderdelen van) richtlijnen, verbetering van tarief- en declaratiestructuren, meer globale richtlijnen.

Voorts zal marktwerking bevorderd worden, opdat instellingen en beroepsbeoefenaren daadwerkelijk onder de maximumprijs zorg zullen aanbieden. Bevordering van de marktwerking betekent dat er ruimte voor mededinging wordt gemaakt. Minder overheidsregulering en dus meer vrijheid voor partijen: verzekeraars, aanbieders en verzekerden.

Om te bevorderen dat er sprake zal zijn van gezonde mededinging, is permanente aandacht voor een aantal essentiële randvoorwaarden vereist. Van belang zijn evenwichtige marktverhoudingen, substitutiemogelijkheden en transparantie van de markt. Voorts moet voorkomen worden dat partijen de publiekrechtelijk geschapen vrijheid langs private weg inperken. In het regeerakkoord is daarom een actief anti-kartelbeleid aangekondigd. Mededingingsbeperkende afspraken en mededingingsbeperkend gedrag zullen op basis van de Wet Economische mededinging (WEM) aangepakt moeten worden of zelfs verboden op grond van de huidige uitvoeringsbesluiten van de WEM.

I. PROGRAMMA 1996

1. Beperking pakket fysiotherapie

a. Regeerakkoord:	De omvang van het pakket wordt versoerd door middel van de zogenaamde trechter van Dunning, een systeem dat de vraag kan beantwoorden wat verstaan moet worden onder noodzakelijke en gepaste zorg. Gedacht wordt onder andere aan pakketversoering voor delen van de tandheelkundige zorg voor volwassenen, delen van de paramedische hulp en het opschonen van het geneesmiddelenpakket.														
b. Regelgeving:	Voor de uitvoering van deze pakketbeperking in de ZFW is wijziging van het Besluit paramedische hulp (ministeriële regeling) en voor beperking in de WTZ een wijziging van het Vergoedingsbesluit particulier verzekerden (AMvB) nodig.														
c. Advisering:	De Ziekenfondsraad heeft op 22 december 1994 geadviseerd over pakketbeperking in de ZFW. Advies particuliere verzekeraars over de WTZ is voor 1 april 1995 gevraagd.														
d. Tijdpad:	<table> <tr> <td>Overleg met beroepsgroep en verzekeraars over een meer inhoudelijk gefundeerd alternatief</td> <td>april 1995</td> </tr> <tr> <td>Opstellen amvb (wijziging Vergoedingsbesluit)</td> <td>juni 1995</td> </tr> <tr> <td>Advies van Raad van State</td> <td>augustus 1995</td> </tr> <tr> <td>Nader rapport</td> <td>september 1995</td> </tr> <tr> <td>Plaatsing in Staatsblad/Staatscourant</td> <td>1 oktober 1995</td> </tr> <tr> <td>Inwerkingtreding wijziging</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Vergoedingsbesluit en wijziging Besluit paramedische hulp</td> <td>1 januari 1996</td> </tr> </table>	Overleg met beroepsgroep en verzekeraars over een meer inhoudelijk gefundeerd alternatief	april 1995	Opstellen amvb (wijziging Vergoedingsbesluit)	juni 1995	Advies van Raad van State	augustus 1995	Nader rapport	september 1995	Plaatsing in Staatsblad/Staatscourant	1 oktober 1995	Inwerkingtreding wijziging		Vergoedingsbesluit en wijziging Besluit paramedische hulp	1 januari 1996
Overleg met beroepsgroep en verzekeraars over een meer inhoudelijk gefundeerd alternatief	april 1995														
Opstellen amvb (wijziging Vergoedingsbesluit)	juni 1995														
Advies van Raad van State	augustus 1995														
Nader rapport	september 1995														
Plaatsing in Staatsblad/Staatscourant	1 oktober 1995														
Inwerkingtreding wijziging															
Vergoedingsbesluit en wijziging Besluit paramedische hulp	1 januari 1996														

2. Beperking anticonceptiepil

- a. **Uitgangspunt:** De anticonceptiepil is slechts één van meerdere mogelijkheden om zwangerschap tegen te gaan. De keuze voor het gewenste middel wordt individueel gemaakt en dient niet beïnvloed te worden door het via de verzekering financieren van één vorm. Wel acht het kabinet het uit sociaal oogpunt wenselijk dat de pil ter beschikking staat van meisjes onder de 18 jaar. Tevens wenst het kabinet het mogelijk te maken om de pil buiten de huisarts om verkrijgbaar te stellen bij apotheek of drogisterij.
- b. **Regelgeving:** Voor uitvoering van de maatregel dient de aanspraak op de pil voor volwassenen geschrapt te worden in de ZFW en WTZ. Voor het zonder recept verkrijgbaar stellen van de pil is wijziging van het Besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten op basis van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening noodzakelijk.
- c. **Advisering:** De Ziekenfondsraad en de verzekeraars zullen moeten adviseren over het uit het pakket halen van de pil. Het College ter beoordeling van geneesmiddelen zal advies gevraagd moeten worden over het zonder op recept verkrijgbaar zijn van de pil.
- d. **Tijdpad:**
- | | |
|--|----------------|
| Advies vragen aan ZFR- verzekeraars, en college ter beoordeling van geneesmiddelen | april 1995 |
| Advies | juni 1995 |
| Aanpassing regeling farmaceutische hulp voor ZFW en WTZ | september 1995 |
| Aanpassing besluit bereiding en aflevering van farmaceutische producten | december 1995 |
| Inwerkingtreding | 1-1-1996 |
-

3. Verlaging leeftijdsgrens tandheelkunde voor jeugdigen

- a. **Uitgangspunt:** Het tandheelkundige pakket voor jeugdigen wordt beperkt tot verzekerden jonger dan 18 jaar.
- b. **Regelgeving:** In de ZFW is aanpassing van het verstrekkingenbesluit (amvb) noodzakelijk. Voor de WTZ dient het vergoedingenbesluit (ministeriële regeling) te worden aangepast.

c. Advisering:	De Ziekenfondsraad en de verzekeraars hebben reeds geadviseerd.	
d. Tijdpad:	Opstellen amvb (wijziging Vergoedingenbesluit)	april 1995
	Advies van Raad van State	juni 1995
	Nader rapport	september 1995
	Plaatsing in Staatsblad/ Staatscourant	1 oktober 1995
	Inwerkingtreding wijziging	1 januari 1996

4. Overheveling aanspraken vanuit de AWBZ

- a. Regeerakkoord: De AWBZ richt zich op de onverzekerbare risico's. Langdurige zorgvoorzieningen worden bekostigd uit de AWBZ. Daarbinnen kan gekozen worden voor een cliëntgebonden budget. Hulpmiddelen en geneesmiddelen (onder voorwaarde dat het GVS geldt voor alle verzekerden in de verplichte verzekering), evenals de revalidatie onder voorwaarden, worden overgeheveld naar de verplichte ziektekostenverzekering. Tevens wordt bezien of de niet-substitutiegevoelige onderdelen van de psychiatrische hulpverlening kunnen worden overgeheveld, evenals kortdurende thuiszorg.
- b. Wet- en regelgeving: Het verwijderen van voorzieningen uit het AWBZ-pakket die niet onder de beoogde doelstelling van de AWBZ vallen, vereist wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering (AMvB), alsmede intrekking van de onderscheiden ministeriële regelingen en opneming van deze voorzieningen in Ziekenfondswet en WTZ. Hiervoor is wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden en de opstelling van ministeriële regelingen noodzakelijk. Mogelijk is zelfs wetswijziging noodzakelijk, onder meer ook in verband met samenhang met afschaffing budgettering AWBZ en nominale premies.
- c. Uitgangspunten: Op grond van het voorgaande is besloten:
- hulpmiddelen
 - revalidatie
 - erfelijkheidsonderzoek
 - audiologische hulp
 - farmaceutische hulp

met ingang van 1-1-1996 uit de AWBZ te lichten. Gelet op het belang van het GVS voor de kostenbeheersing bij de farmaceutische hulp wordt de overheveling van farmaceutische hulp per 1-1-1996 voorgestaan, echter onder voorwaarde dat kostenbeheersing in de particuliere markt is gewaarborgd. Tevens is het noodzakelijk dat de toegankelijkheid tot deze zorgvormen in de particuliere markt niet in gevaar komt.

d. Advisering: ZFR en ZN noodzakelijk. Advies is gevraagd op 31-01-1995.

e. Tijdpad:	Advies ZFR/ZN	april 1995
	Opstellen AMvB (AWBZ, ZFW, WTZ)	mei 1995
	Advisering Raad van State	juni/juli 1995
	Plaatsing in het Staatsblad	september 1995
	Inwerkingtreding	1-1-1996

5. *Wet beheersing geneesmiddelenprijzen*

a. Aankondiging: In de brief van 2 december 1994, betreffende kostenbeheersing geneesmiddelen, is aangegeven dat besloten is om het hoge prijspeil van geneesmiddelen in Nederland meer in overeenstemming te brengen met het prijspeil van omringende landen. Daartoe wordt ondermeer een wettelijke prijsbeheersing van geneesmiddelen onderzocht.

b. Regelgeving: Dwingende aanpassingen van het prijspeil in Nederland vergt de totstandkoming van een Wet geneesmiddelenprijzen.

c. Uitgangspunt: De maximumprijs voor geneesmiddelen in Nederland wordt vastgesteld op het gemiddelde van de prijzen in de Bondsrepubliek Duitsland, het Verenigd Koninkrijk, België en Frankrijk. Voor uitvoeringsmaatregelen is minimaal drie maanden noodzakelijk na totstandkoming van de wet.

d. Advisering: Behalve advisering door de Raad van State is geen advies noodzakelijk.

e. Tijdpad:	Voor advies naar Raad van State (spoedadvies)	april 1995
	Indiening bij parlement	tweede helft mei 1995

Behandeling in Tweede Kamer	mei/juni 1995
Behandeling in Eerste Kamer	aug./sept. 1995
Plaatsing in Staatsblad	1 oktober 1995
Inwerkingtreding	1 januari 1996

6. Invoering persoonsgebonden budgetfinanciering

a. Regeerakkoord:	De AWBZ richt zich op de onverzekerbare risico's. Langdurige zorgvoorzieningen worden bekostigd uit de AWBZ. Daarbinnen kan gekozen worden voor persoonsgebonden budgetfinanciering.						
b. Wet- en regelgeving:	Voor de invoering van de mogelijkheid voor persoonsgebonden budgetfinanciering als subsidie is een besluit van de ZFR noodzakelijk.						
c. Uitgangspunten:	Op basis van een subsidieregeling is in het kader van de AWBZ geëxperimenteerd met persoonsgebonden budgetfinanciering voor verzekerden welke verpleging en verzorging behoeven. Een landelijke subsidieregeling daarvoor zal op korte termijn door de ZFR worden vastgesteld. Momenteel zijn experimenten gaande voor verstandelijk gehandicapten. Het voornemen is om ook voor deze categorie een landelijke subsidieregeling te treffen.						
d. Advisering:	De ZFR dient te adviseren.						
e. Tijdpad:	<table> <tr> <td>Advisering over persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten door ZFR</td> <td>1e halfjaar 1995</td> </tr> <tr> <td>Regeringsstandpunt en plan van aanpak</td> <td>3e kwartaal 1995</td> </tr> <tr> <td>Invoering persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten als landelijke subsidieregeling</td> <td>1-1-1996</td> </tr> </table>	Advisering over persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten door ZFR	1e halfjaar 1995	Regeringsstandpunt en plan van aanpak	3e kwartaal 1995	Invoering persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten als landelijke subsidieregeling	1-1-1996
Advisering over persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten door ZFR	1e halfjaar 1995						
Regeringsstandpunt en plan van aanpak	3e kwartaal 1995						
Invoering persoonsgebonden budgetfinanciering voor verstandelijk gehandicapten als landelijke subsidieregeling	1-1-1996						

7. Wet sociaal-fiscaal nummer Ziekenfondswet

- a. Regeerakkoord: Intensivering van fraudebestrijding in combinatie met doelmatiger inning van belastingen leidt tot een netto extra opbrengst (30 mln. 1995, 440 mln. 1998).
- b. Regelgeving: Gebruik van sofi-nummer moet in verband met zwaarwegende privacy-aspecten (WPR) worden geregeld door wijziging van de Ziekenfondswet.
- c. Uitgangspunten: VWS is nauw betrokken bij de bestrijding misbruik en oneigenlijk gebruik op het gebied van belastingen, sociale zekerheid en subsidies (ISMO) en met name bij de bestrijding van fraude in de sociale zekerheidswetten. Daarbij wordt een groot beroep gedaan op de uitvoeringsorganisatie van de Ziekenfondswet. In mindere mate is de AWBZ betrokken.

Het sociaal-fiscaal nummer is een persoonsgebonden, neutraal identificatienummer dat voor iedereen die woont of werkt in Nederland is vastgelegd in een gegevensbestand van de belastingdienst. Met behulp van dit voor iedere persoon unieke nummer kunnen gegevens die bij verschillende organisaties opgeslagen staan eenvoudig worden samengevoegd. Het voorstel WSNFZ past binnen het kabinetsbeleid om misbruik en oneigenlijk gebruik van de sociale zekerheid terug te dringen. De opname van het sociaal-fiscaal nummer in de verzekerdenadministratie van de Ziekenfondswet vergemakkelijkt de identificatie van ziekenfondsverzekerden. Hiermee wordt de mogelijkheid om informatie uit te wisselen tussen ziekenfondsen en instanties die een rol spelen bij de uitvoering van de sociale zekerheid verbeterd. Ook wordt de gegevensuitwisseling goedgekeurd. Het ligt in de bedoeling dat de Wet sociaal-fiscaal nummer Ziekenfondswet in de loop van 1995 in werking zal treden.

- d. Advisering: Ziekenfondsraad heeft meerdere keren geadviseerd.
- e. Tijdenpad:
- | | |
|--|----------------|
| Wetsvoorstel voor advies naar Raad van State | november 1994 |
| Advies Raad van State | februari 1995 |
| Indiening wetsvoorstel bij parlement | maart 1995 |
| Inwerkingtreding | 1 oktober 1995 |
-

8. Verzekeraarsbudgettering ZFW/AWBZ

- a. Regeerakkoord: Verzekeraarsbudgettering ZFW handhaven en aanscherpen als voorloper voor de budgettering binnen de verplichte verzekering. Particuliere verzekeraars moeten werken binnen een afgesproken bandbreedte voor de premieheffing. Budgettering binnen de AWBZ wordt afgebouwd.
- b. Wet- en regelgeving: Aanpassing ZFW en AWBZ is noodzakelijk. Eventueel aanpassing WTZ.
- c. Advisering: Ziekenfondsraad.
- d. Tijdpad: Per 1 januari 1995: introductie van de normatieve verdeelcriteria «regio» en «arbeidsongeschiktheid» ter vaststelling van de ZFW-budgetten (naast «leeftijd» en «geslacht»).
- Daarnaast dienen uiterlijk in 1998 de huidige verevening en nacalculatie binnen de ZFW-budgetten (nu 90% resp. 75%) tot nul te zijn teruggebracht.
- Binnen de convergentiegedachte geldt dat de verplichte verzekering aan het eind van de regeerperiode moet zijn gerealiseerd. Dan dient ook de afronding van de budgettering/invoering van de bandbreedte gereed te zijn.
-

II. PROGRAMMA 1997/1998

1. Deregulering WZV

- a. Regeerakkoord: Een scherpe aanbodcontrole op basis van de WZV; ook bij deregulering van deze wet blijft de planning van intramurale voorzieningen en topklinische zorg een overheidstaak.
- b. Advisering: Na advisering over een conceptvoorstel van wet door de NRV, de ZFR en het CvZ zal een eventueel aangepast concept voor advies aan de Raad van State worden gezonden.
- c. Inwerkingtreding: 1 januari 1997.
-

2. Wet verplicht eigen risico aan de voet

- a. Regeerakkoord: In de verplichte ziektekostenverzekering wordt een eigen risico aan de voet geïntroduceerd van f 200,- per hoofdverzekerde of per polis.

- | | |
|----------------------|---|
| b. Regelgeving: | Voor de invoering van een eigen risico aan de voet in de ZFW is wijziging van die wet noodzakelijk. Invoering van een eigen risico aan de voet in de WTZ noodzaakt tot aanpassing van het Vergoedingenbesluit particulier verzekeren (AMvB).
Regeling in de particuliere polissen wordt nagestreefd op basis van afspraken met verzekeraars. |
| c. Uitgangspunten: | Moederschapszorg zal worden uitgezonderd op grond van ILO-verdrag nr. 102, huisartsenhulp om inhoudelijke redenen. |
| d. Advisering: | ZFR en KLOZ hebben reeds geadviseerd. |
| e. Inwerkingtreding: | 1 januari 1997. |

3. Commissie modernisering ouderenzorg (commissie-Welschen)

In het regeerakkoord is besloten dat bij de modernisering van de ouderenzorg de hoofdlijnen van het advies van de commissie-Welschen zullen worden gevolgd. Tevens is in het regeerakkoord het voornemen opgenomen de bejaardenoorden integraal over te hevelen naar de AWBZ. Het regeringsstandpunt op het rapport van de commissie-Welschen zal nog dit voorjaar worden aangeboden, vooruitlopend op de nota integraal ouderenbeleid.

4. Commissie modernisering curatieve zorg (commissie-Biesheuvel)

- | | |
|---------------------|--|
| a. Regeerakkoord: | Implementeren aanbevelingen van de commissie Biesheuvel <ul style="list-style-type: none"> – poortwachtersfunctie huisarts – integratie in het ziekenhuisbudget van de kosten van medisch specialisten – oplossing goodwillproblematiek |
| b. Stand van zaken: | Voor implementatie is wetswijziging noodzakelijk. Realisatie vóór 1-1-1997 is daarom niet mogelijk. In de periode 1995–1996 zal doorgedaan worden op de weg van tariefkortingen bij overschrijdingen van het macrokader enerzijds en het op gang brengen van experimenten met een andere bekostigingsstructuur voor specialisten anderzijds. |
-

5. Decentralisatie ziekenvervoer

- a. Uitgangspunt: Planning en financiering van het ziekenvervoer liggen thans niet in één hand, waardoor het risico op afwenteling bestaat. De TVK is van mening dat bij decentralisatie naar lagere overheden een doelmatiger organisatie van het ziekenvervoer mogelijk is. Het kabinet zal in overleg met de andere overheden de mogelijkheden verder verkennen.
- b. Regelgeving: De eventuele zorg van gemeenten voor het ziekenvervoer zal bij wet dienen te worden geregeld. Daarnaast zullen aanpassingen in ZFW en WTZ dienen te worden doorgevoerd.
- c. Advisering: Bespreking met de VNG is noodzakelijk. Tevens zal advies moeten worden gevraagd van ZFR en de verzekeraars.
- d. Tijden: Overleg met VNG voorjaar 1995
Advies ZFR/ 1 oktober 1995
verzekeraars
Inwerkingtreding 1 januari 1997
-

FINANCIERING ZORGSECTOR

Tabel 1. Financiering AWBZ, ZFW en Particulier (incl IZA) op basis van FOZ-94 voor 1994 (in mln)

Verstrekking	AWBZ	ZFW	Particulier
Psy. ziekenhuizen	3 543		
Inr. zwakzinnigen	3 093		
Tehuizen	1 487		
Verpleeghuizen	5 278		
Gezinsverzorging	1 829		
Kruiswerk	723		
Hulpmiddelen	873		
Geneesmiddelen	5 087		
Revalidatie e.a.	513		
Ziekenhuizen		9 652	4 319
Spec.hulp		1 129	1 220
Huisartsen		1 287	547
Tandheelkunde		872	320
Paramedische zorg		963	455
Overige zorg	2 094	824	179
Beleid, beheer & administratie	449	805	858
Subtotaal	24 969	15 532	7 898
van Otterloo		650	- 630
Harm. spec tarieven		350	- 330
Subtotaal	24 969	16 532	6 938
Aanvullend			
Eigen bijdragen:			
- gezinsverzorging	295		
- kruiswerk	160		
- tandheelkunde		81	
- orthodontie		22	
- kraamzorg		30	
- ziekenvervoer		13	
Eigen betalingen		279	1 778 ¹
Zelfm/Hulpm.	60	1 006	614
Subtotaal	515	1 431	2 391
Totaal	25 484	17 963	9 330
Bejaardenoorden			
- WBO	3 115		
- Eigen bijdragen	2 175		

¹ Inclusief harmonisatie-specialistentarieven -20 mln en effect van Otterloo 20 mln. Totaal zorgsector 58 066 mln.

Tabel 2. Financiering AWBZ, ZFW en Particulier (incl IZA) op basis van FOZ-94 voor 1994 na regeerakkoord (in mln)

Verstrekking	AWBZ	ZFW	Particulier
Psy. ziekenhuizen	3 543		
Inr. zwakzinnigen	3 093		
Tehuizen	1 487		
Bejaardenoorden	3 115		
Verpleeghuizen	5 278		
Gezinsverzorging	1 829		
Kruiswerk	723		
Hulpmiddelen	0	480	393
Geneesmiddelen	0	2 568	1 989
Revalidatie e.a.	0	282	231
Ziekenhuizen		9 652	4 319
Spec.hulp		999	1 220
Huisartsen		807	546
Tandheelkunde		252	270
Paramedische zorg		703	455
Overige zorg	2 094	1 473	657
Beleid, beheer & administratie	449	805	858
Subtotaal	20 484	17 941	10 939
van Otterloo		650	- 630
Harm. spec tarieven		350	- 330
Subtotaal	20 484	18 941	9 979
Aanvullend			
Eigen bijdragen:			
- gezinsverzorging	295		
- kruiswerk	160		
- tandheelkunde		0	
- orthodontie		0	
- kraamzorg		0	
- ziekenvervoer		13	
Eigen betalingen	2 175	412	1 827 ¹
Verplicht eigen risico		900	
Pakketuitdunning		700	
Zelfm/Hulpm.	60	1 006	614
Subtotaal	2 690	3 031	2 441
Totaal	23 174	21 972	12 420

¹ Inclusief harmonisatie-specialistentarieven -20 mln en van Otterloo -20 mln. Totaal zorgsector 57 567 mln.

Tabel 3. Financiering AWBZ, ZFW en Particulier (incl IZA) op basis van FOZ-94 verschil tussen de situatie voor en na volledige uitvoering van het regeerakkoord (in mln)

Verstrekking	AWBZ	ZFW	Particulier
Psy. ziekenhuizen	-		
Inr. zwakzinnigen	-		
Tehuizen	-		
Bejaardenoorden	-		
Verpleeghuizen	-		
Gezinsverzorging	-		
Kruiswerk	-		
Hulpmiddelen	- 873	480	393
Geneesmiddelen	- 5 087	2 568	1 989
Revalidatie e.a.	- 513	282	231
Ziekenhuizen		- 80	-
Spec.hulp		- 130	-
Huisartsen		- 480	-
Tandheelkunde		- 620	- 50
Paramedische zorg		- 260	-
Overige zorg	- 1 127	649	478
Beleid, beheer & administratie	-	-	-
Subtotaal van Otterloo	- 4 485	2 409	3 041
Harm. spec tarieven			-
Subtotaal	- 4 485	2 409	3 041
Aanvullend			
Eigen bijdragen:			
- gezinsverzorging	-		
- kruiswerk	-		
- tandheelkunde		- 81	
- orthodontie		- 22	
- kraamzorg		- 30	
- ziekenvervoer			
Eigen betalingen	-	133	50
Verplicht eigen risico		900	
Pakketuitdunning		700	
Zelfm/Hulpm.	-	-	-
Subtotaal		1 600	50
Totaal	- 4 485	4 009	3 091

1. Inleiding

In deze nota staat de herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) centraal. Het doel van de nota is het schetsen van de uitgangspositie voor de herziening en het presenteren van de opzet van de herziene WZV.

De regelgeving ten aanzien van de Topzorg wordt bij deze herziening vooralsnog buiten beschouwing gelaten. De herziening daarvan doorloopt een afzonderlijk traject.

De WZV functioneert ruim twee decennia en vormt een belangrijk instrument in het stelsel van aanbodregulering. Al enige tijd is er behoefte aan herziening van de WZV, omdat de uitvoering tot knelpunten leidt. In het vorige kabinet is de aanpak van deze knelpunten betrokken bij de stelselherziening. Daarin werd de vraagbeheersing als uitgangspunt genomen, hetgeen tot gevolg had dat de WZV bij de modernisering zou verdwijnen. De aandacht was daarom gericht op het ontwikkelen van een nieuw kader voor het planning- en bouwbeleid van de overheid en niet op het oplossen van de problemen in de WZV. Wel werden, vooruitlopend op de nieuwe ontwikkelingen, wijzingen in de WZV aangebracht. Daarmee werd een overgangstraject ingezet voor het verleggen van verantwoordelijkheden naar het veld.

De lijn van het huidige kabinet, zoals aangegeven in het regeerakkoord, is gericht op handhaving van de WZV als aanbodregulerend instrument, vanuit een overheidsverantwoordelijkheid voor infrastructuur ten behoeve van de zorg.

Handhaven van de rol van de WZV betekent dat herziening van de WZV noodzakelijk is en voortvarend moet worden aangepakt.

De uitgangspositie voor de herziening wordt gevormd door het regeerakkoord dat de richting aangeeft en de knelpunten in de huidige WZV. Bovendien zijn de ingezette maatregelen ten behoeve van deregulering en nieuwe ontwikkelingen op het gebied van overheidssturing van belang bij de vormgeving van de herziene WZV.

Deze nota is als volgt opgebouwd. Na een korte schets van de huidige WZV wordt de uitgangspositie voor de herziening uitgewerkt. Daarna wordt de opzet van de herziene WZV op hoofdlijnen beschreven. De nota sluit af met enkele aandachtspunten voor de aanpak van de herziening.

2. De huidige WZV

2.1 Feitelijke beschrijving

De huidige WZV dateert van 25 maart 1971 (Stb. 268) en is met ingang van 1 september 1979 integraal in werking getreden.

Het doel van de WZV is het bevorderen van doelmatige voorzieningen ten behoeve van de intramurale gezondheidszorg. De doelmatigheid heeft zowel betrekking op het aanwenden van de schaars aanwezige financiële middelen als op de doelmatige spreiding, onderlinge afstemming en functionele bruikbaarheid van de voorzieningen.

Ten behoeve van het bereiken van het doel is gekozen voor de instrumenten planning en vergunning (toetsing). Centraal in de opzet van de WZV staat een planmodel, dat in globale termen werkt als volgt:

- De minister geeft periodiek aan provincies de opdracht om voor bepaalde voorzieningen een plan van behoefte op te stellen. Daarvoor geeft hij de provincies planningsrichtlijnen mee;
- De provincies stellen conceptplannen op, die de minister officieel vaststelt. Het plan geeft de behoefte aan de betrokken categorie ziekenhuisvoorzieningen aan en de daartoe nodige maatregelen in de sfeer van bouw.
- Een bouwinitiatief gaat door maximaal 4 beoordelingsfasen heen. In de eerste fase (verklaringsfase) wordt de behoefte aan het plan getoetst. In de volgende fasen (programma van eisen, schetsontwerp en bestedingsgerede stukken) is de bouwkundig functionele beoordeling van het plan aan de orde.

Binnen dit systeem vormt het bepalen van de behoefte de basis voor de planning van voorzieningen. Naast het wettelijke systeem is in de uitvoeringspraktijk een systeem van regels ontstaan dat wordt aangeduid met de term bouwprioriteiten. Dit systeem dat de overheid een instrument biedt om op basis van financiële overwegingen te sturen, vormt een belangrijke basis bij de huidige uitvoering van de WZV, maar is formeel nooit wettelijk verankerd; gebruik is gemaakt van artikel 15, zesde lid, dat de mogelijkheid biedt de totstandkoming van bouw te temporiseren. Het systeem mondt uit in een bouwprogramma dat periodiek door de minister wordt opgesteld. De invulling van het bouwprogramma gebeurt op basis van integrale voorstellen van de provincies. De overheid heeft daartoe vooraf de beschikbare middelen voor de desbetreffende periode verdeeld over de provincies. Of een initiatiefnemer kan gaan bouwen, hangt behalve de officiële WZV-documenten af van opname op het bouwprogramma.

2.2 De WZV binnen het wettelijk kader

De WZV is één van de wetten in het huidige stelsel van aanbodregulering. In dit stelsel is hij nauw verbonden met de Ziekenfondswet (ZFW), de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en de Wet tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deze wetten vormen gezamenlijk een gesloten systeem. De taakverdeling is in grote lijnen de volgende. De WZV bepaalt welke intramurale zorgfaciliteiten in welke mate op welke plaats geleverd mogen worden. De ZFW en de AWBZ bepalen op welke zorg verzekerden recht kunnen doen gelden en welke instellingen in welke mate gerechtigd zijn deze zorg te leveren. Deze wetten leggen aan uitvoeringsorganen een zorgplicht op en stellen daartegenover een betalingsgarantie vanuit de centrale financiering. De WTG tenslotte bepaalt welke prijs de instellingen in rekening mogen brengen voor de geleverde zorg.

3. Uitgangspositie voor de herziening van de WZV

3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de passages in het regeerakkoord betreffende de WZV en opmerkingen die betrekking hebben op de context van de WZV. Daarna worden de knelpunten in de WZV beschreven en nieuwe ontwikkelingen (ingezette deregulering en de kerntakendiscussie) die een rol spelen bij de vormgeving van de herziening.

3.2 Regeerakkoord ten aanzien van de WZV

In het regeerakkoord zijn de volgende passages over de WZV opgenomen:

- (gericht op verbetering volumebeheersing): «Een scherpe aanbod-

controle op basis van de WZV; ook bij deregulering van deze wet blijft de planning van intramurale voorzieningen een overheidstaak».

- «Ten behoeve van een adequate aanbodregulering blijft een gedereguleerde WZV van kracht, waardoor de planning van intramurale voorzieningen en de topklinische zorg tot taak van de overheid blijft behoren.»
- «Regionale samenwerking in de aanbodplanning en uitvoering van de voorzieningen is noodzakelijk».

Samengevat leidt het regeerakkoord op het punt van de WZV tot de volgende conclusies:

- De lijn die in vorige kabinetten is gevolgd, wordt niet doorgezet. Deze lijn vond zijn aangrijpingspunt bij de vraagbeheersing. Consequentie daarvan was dat de WZV grotendeels zou worden afgeschaft en dat verzekeraars en aanbieders werden geacht – binnen door de overheid vastgestelde kaders en budgetten vraag – en aanbod vast te stellen;
 - er wordt gekozen voor handhaving van de WZV als beheersinstrument aan de aanbodzijde;
 - de verantwoordelijkheid van de overheid voor planning van intramurale voorzieningen wordt benadrukt;
 - er wordt uitgegaan van een herziening van de WZV die in elk geval leidt tot deregulering;
 - op het niveau van de aanbieders (degenen die het aanbod in eerste instantie plannen en de voorzieningen uitvoeren) wordt regionale samenwerking noodzakelijk geacht.

Handhaving van de WZV als aanbodinstrument betekent dat een wetsvoorstel betreffende planning en bouw waarover de Raad van State advies heeft uitgebracht, terug wordt getrokken. Dit wetsvoorstel vormde de uitwerking van het standpunt van het toenmalige kabinet over de toekomst van «het plannings- en bouwbeleid bij de sectorgewijze modernisering van de zorg» dat in maart 1993 door de staatssecretaris aan de Tweede Kamer is aangeboden (TK, 1992–1993, 22 874, nr. 4). Het standpunt had de op dat moment gerealiseerde en in voorbereiding zijnde modernisering in het kader van de stelselherziening als uitgangspunt. Dit hield in dat voor de sectoren waarvoor modernisering van de AWBZ op dat moment aan de orde was de WZV-regelgeving zou worden vervangen door een meer aan de nieuwe verhoudingen aangepast planning- en bouwbeleid.

3.3 Regeerakkoord ten aanzien van de context van de WZV

Naast de aangehaalde passages bevat het regeerakkoord een aantal algemene afspraken die het kader vormen, waarbinnen de herziening van de WZV en aanpalende wet- en regelgeving moet plaatsvinden. Het gaat hierbij om afspraken over de beheersing van het volume, de nominale ontwikkeling en de convergentie die het verschil tussen pakket en premie van de ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering opheft. Tevens zijn inhoudelijke noties omtrent het cliëntgebonden budget en de uitvoering van het rapport van de Commissie Welschen van belang.

Zoals ook kan worden afgeleid uit het regeerakkoord zal de in paragraaf 2.2 beschreven samenhang in de verzekeringssystematiek op het punt van de infrastructuur niet wezenlijk veranderen. Ook bij de uitvoering van de adviezen van de Commissie Biesheuvel zal in de sector verplichte ziektekostenverzekering sprake blijven van aanbodbeheersing op het punt van de infrastructuur. Logisch gevolg daarvan is dat deze bemoeienis zijn

doorvertaling blijft vinden in een contracteerplicht en de wijze waarop verzekeraars een vergoeding krijgen voor de gemaakte kosten.

3.4 De WZV in de praktijk: knelpunten en nieuwe ontwikkelingen

3.4.1 Inleiding

Zoals hiervoor is aangegeven, wordt al geruime tijd onderkend dat er knelpunten zijn in de uitvoeringspraktijk van de WZV. In april 1990 waren deze knelpunten aanleiding voor de toenmalige staatssecretaris om aan een breed samengestelde Werkgroep Aanpassing wet ziekenhuisvoorzieningen (WAW) de vraag voor te leggen op welke wijze de knelpunten nog in de lopende kabinetsperiode tot een oplossing zouden kunnen worden gebracht. De analyse van de knelpunten in deze werkgroep heeft op geen enkel punt aan actualiteit ingeboet en vormt daarom een belangrijke bron voor dit hoofdstuk.

Behalve de knelpunten in de huidige WZV zijn nieuwe opvattingen over overheidssturing van belang. Zo zijn vanuit het streven naar deregulering, vooruitlopend op de nieuwe situatie, al wijzigingen in de uitvoeringsregelingen aangebracht. Deze vormen het aangrijpingspunt voor verdere deregulering in de herziene WZV. Daarnaast heeft de discussie over kerntaken van een departement en het overlaten van uitvoeringstaken aan een buiten het ministerie geplaatst orgaan gevolgen voor de uitvoering van de herziene WZV.

In deze paragraaf worden achtereenvolgens de knelpunten in de WZV, de maatregelen vanuit dereguleringsoogpunt en de gevolgen van de kerntakendiscussie voor de herziening van de WZV besproken.

3.4.2 Knelpunten

De praktijk verloopt niet volgens de in de WZV beschreven stappen. De belangrijkste knelpunten in de uitvoering zijn:

- de planningssystematiek is omslachtig en inflexibel. Het tot stand brengen van plannen vergt vele jaren, waardoor deze aan actualiteit inboeten.
- er wordt maar in beperkte mate gewerkt volgens vastgestelde plannen. Oorzaken daarvan zijn dat er weinig vastgestelde plannen beschikbaar zijn, en dat deze waar ze wel beschikbaar zijn, bij gebrek aan financiële middelen niet steeds conform de inhoud kunnen worden uitgevoerd. In de gehandicaptensector is nooit één plan tot stand gekomen;
- Vanwege het ontbreken van vastgestelde plannen worden de WZV-richtlijnen gebruikt als toetsingskader in de verklaringsfase. In 1971 is deze werkwijze mogelijk gemaakt bij wijze van overgangsregime. Vanwege de spanning tussen richtlijnbehoefte en daadwerkelijke behoefte blijken de beslissingen echter niet steeds beroepsbestendig;
- De overheid stuurt niet alleen op basis van op de langere termijn gerichte planning, maar tevens vanuit financieel-economische afwegingen die op een meer korte termijn zijn gericht. Dit wordt niet alleen veroorzaakt door het achterblijven van de planvorming, maar is ook het gevolg van het beheersingsbeleid dat direct invloed heeft op de financiële mogelijkheden voor bouw.

Het in de praktijk ontwikkelde systeem van de bouwprioriteiten blijkt niet optimaal te functioneren. Voor een belangrijk deel komt dit doordat het niet wettelijk verankerd is en er een spanning is met de wettelijke planningssystematiek.

3.4.3 Aanpassingen in de uitvoeringsregelingen vanwege deregulering

De huidige WZV kent de mogelijkheid om uitzonderingen te maken op de behandeling van bouwaanvragen. Deze mogelijkheid vormde een aangrijpingspunt om in het kader van deregulering WZV-uitvoeringsprocedures te vereenvoudigen en een stap te zetten in de richting van medeverantwoordelijkheid voor partijen. De aanpassing van de toestemmingsprocedures had betrekking op de zogenaamde meldingsprocedure en de verkorte procedure. De meldingsprocedure betreft projecten die geen vergunning behoeven, de verkorte procedure geeft regels voor projecten die de verklaringsfase kunnen overslaan.

Sinds 1991 is hetgeen onder de melding kon worden gebracht, aangepast en uitgebreid. Diverse kleine bouwtechnische en werktuigbouwkundige zaken vielen hierdoor onder de directe invloedssfeer van het instellingsbestuur. Dit betekende dat instellingen zelf verantwoordelijk werden voor bepaalde regelmatig voorkomende instandhoudingsinvesteringen. Daartoe werd het budget van de instelling verhoogd met behulp van een generieke WTG-richtlijn.

Sinds hetzelfde jaar werd de verkorte procedure van toepassing op financieel grotere projecten. Bovendien werd de instelling verplicht om bij de aanvraag voor bouw een standpunt van de ziektekostenverzekeraar(s) te voegen. Hiermee werd beoogd te bewerkstelligen dat instellingen tevoren overleggen met de betrokken verzekeraar(s) over de doelmatigheid van de desbetreffende bouw, bij voorbeeld in relatie tot de verwachte continuïteit van de voorziening.

In september 1993 heeft de toenmalige staatssecretaris advies gevraagd aan de diverse adviesorganen over verdere uitbreiding van de melding. Hij stelde daarbij voor om alle instandhoudingsbouw met uitzondering van de vervangende nieuwbouw onder de reikwijdte van de melding te brengen. Hiermee bracht de staatssecretaris een onderscheid aan tussen de verantwoordelijkheid voor «bestaande» infrastructuur en «nieuw te bouwen» infrastructuur. Dit sluit aan bij ontwikkelingen in de collectieve sector ten aanzien van gebouwen.

Het College voor ziekenhuisvoorzieningen schreef in juli 1994 ten principale positief te oordelen over dit voorstel, maar uitsluitend op basis van een aantal veronderstellingen en onder bepaalde condities. Naar aanleiding hiervan heeft de toenmalige minister eveneens in juli 1994 over een aantal punten technisch advies aan het College gevraagd. De minister gaf daarbij als voorlopig standpunt:

1. Met ingang van 1 januari 1995 wordt voor alle WZV-voorzieningen¹ alle instandhoudingsbouw, met uitzondering van de (al dan niet vervangende) nieuwbouw, onder de reikwijdte van de melding gebracht.
2. Met ingang van diezelfde datum geldt een hardheidsclausule voor grote renovaties. Daarbij kan pas sprake zijn van «grote renovatie» indien, gerekend vanuit het te renoveren aantal vierkante meters, de kosten van de onderhavige bouwkundige uitbreiding of verbouwing tenminste 40% bedragen van de genormeerde nieuwbouwkosten op dat moment.

Het onder de melding brengen van de instandhouding betekent dat instellingen jaarlijks budget krijgen voor de kosten daarvan. Dit jaarlijkse budget moet tevens worden gebruikt voor het opbouwen van voldoende reserves voor de kosten van grote renovaties. De hardheidsclausule voor grote renovaties houdt in dat voor de kosten van grote renovaties onder bepaalde condities extra middelen aan het budget kunnen worden toegevoegd ofwel dat het budget versneld wordt toegekend. De hardheidsclausule dient te worden geëffectueerd via de WTG en niet via

¹ Over de academische ziekenhuizen werd nog overleg gevoerd met de VAZ.

de WZV. Dit volgt uit de principiële keuze om de instandhouding (dus ook renovatie) te ontheffen van de vergunningplicht.

Mede vanwege de complexiteit van de materie en de ontwikkelingen rond de WZV als gevolg van het regeerakkoord neemt de advisering door het College voor ziekenhuisvoorzieningen meer tijd in beslag dan was voorzien. De in de adviesaanvraag aangekondigde maatregel per 1 januari 1995 heeft dan ook geen doorgang gevonden. Het College zal vóór 1 april 1995 advies uitbrengen. Met het bepalen van een standpunt over het uit te brengen advies zal tevens de materiële reikwijdte van de WZV zijn bepaald.

3.5. Vaststellen departementale kerntaken en uitbesteden uitvoeringstaken

De discussie over de departementale kerntaken, waarover de Commissie Wiegel heeft geadviseerd, heeft er toe geleid dat de overheid zich er steeds van dient te vergewissen wat wel en niet behoort tot haar kerntaken. Daarbij wordt een onderscheid gehanteerd tussen beleid en uitvoering. Beleidsactiviteiten behoren in beginsel door het departement te worden uitgevoerd, uitvoeringstaken kunnen onder condities aan zelfstandige bestuursorganen worden overgedragen. De condities hebben betrekking op het formuleren van een helder toetsingskader voor de uitvoering door het uitvoeringsorgaan, de informatievoorziening tussen het departement en het uitvoeringsorgaan en het organiseren van toezicht op de uitvoering.

Voor de herziening van de WZV betekent dit dat eerst het object en de reikwijdte van de WZV moeten worden vastgesteld. Bepalend hierbij is de mate waarin deregulering wordt doorgezet (zie punt 3.4.3). Uitgaande van de werkwijze die voortvloeit uit de herziene opzet van de WZV moet worden bepaald welke activiteiten van de overheid beleidsmatig en welke uitvoerend zijn. Daarbij kan aansluiting worden gezocht bij de huidige uitvoeringspraktijk. Het departement vaart nu, met name bij de toetsing van bouwinitiatieven, voor een groot deel op de adviezen van het College voor ziekenhuisvoorzieningen.

Indien uitvoeringstaken kunnen worden overgedragen, moet de herziene WZV voorzien in de oprichting van een zelfstandig bestuursorgaan en een omschrijving van diens taken. Daarnaast moet worden voorzien in een toetsingskader waarbinnen de uitvoering dient te geschieden en in een systeem voor het uitoefenen van toezicht door het departement op de wijze waarop de uitvoeringsorganisatie haar taken uitvoert.

3.6. Aandachtspunten voor de herziening

Uit de beschrijving van de voorwaarden die het regeerakkoord stelt, de knelpunten en de nieuwe ontwikkelingen in de WZV komen de volgende aandachtspunten voor de herziening naar voren:

1. Er is behoefte aan een flexibel instrument voor aanbodbeheersing, zowel op het punt van de vastlegging van de gewenste zorginhoudelijke ontwikkeling als op het punt van de bouwprogrammering. Deze twee elementen moeten een logisch samenhangend geheel zijn, waartussen geen juridische spanning kan ontstaan.
2. Financiële beheersing op het gebied van bouw is noodzakelijk. Dit betekent niet alleen dat een sluitend en «beroepsbestendig» wettelijk systeem nodig is. Tevens zal het sluiten van voorzieningen op inhoudelijke en financiële gronden geregeld moeten worden.

3. De WZV zal zich op haar terrein moeten beperken tot de kerntaken van de overheid. Op de overige punten zal sprake zijn van deregulering en verlegging van taken en verantwoordelijkheden. Waar mogelijk zal de uitvoering door een zelfstandig bestuursorgaan plaatsvinden.

4. De herziene WZV

4.1 Doel van de WZV

De WZV richt zich op de infrastructuur die nodig is voor de gezondheidszorg. Wat «nodig is voor de gezondheidszorg» wordt bepaald door het beleid voor de gezondheidszorg en door doelstellingen die kunnen worden ontleend aan de verzekeringswetgeving, te weten het zorgdragen voor kwalitatief goede en toegankelijke voorzieningen. De functie van de WZV is het vertalen van het zorgbeleid naar de consequenties daarvan voor de infrastructurele capaciteit. Het doel van de WZV is om, gelet op de benodigde infrastructurele capaciteit, een beheerste ontwikkeling van de kosten daarvan te bewerkstelligen.

4.2 Reikwijdte van de WZV

De WZV stuurt op de totaal benodigde infrastructurele capaciteit van intramurale instellingen, die op basis van het vigerende zorgbeleid wordt bepaald. Dit betekent dat de WZV het kader biedt voor het beleid ten aanzien van de infrastructuur voor intramurale instellingen.

De maatregelen die benodigd zijn voor het tot uitvoering brengen van dat beleid vallen niet alle onder de reikwijdte van de WZV. Dit komt onder meer voort uit het streven naar deregulering. Zoals is aangegeven in punt 3.4.3 bestaat het voornemen om de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de infrastructuur geheel bij de instellingen neer te leggen. De beslissing daarover zal worden genomen na ontvangst van het advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen. Een punt van nadere aandacht daarbij vormt de grote renovatie. Voor de herziening zou het voornemen ertoe leiden dat de regelgeving ten behoeve van de instrumentering van het infrastructuurbeleid in de WZV zich beperkt tot de gevolgen van dat beleid ten opzichte van de bestaande capaciteit, te weten: uitbreiding, vervanging, verkleining of sluiting van instellingen.

Op dit punt aangekomen moet ook een enkele opmerking over de Tijdelijke Verstrekkingenwet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) worden gemaakt. De reikwijdte van deze wet is beperkt tot de gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten.

Wat betreft de planningsparagraaf van deze wet is gaandeweg de praktijk gegroeid van een sterk gedereguleerde uitvoering.

Jaarlijks stellen de provincies binnen een gegeven financieel kader een aantal voorstellen tot uitbreiding vast die door het departement beleidsinhoudelijk en financieel getoetst worden, en vervolgens bouwkundig worden begeleid door de Rijksgebouwendienst. Dit leidt doorgaans tot een snelle realisering. Het gaat hierbij steeds om kleinschalige bouw of huur.

Voor de verstandelijk gehandicaptenzorg is in de richtlijnen ex WZV een relatie gelegd tussen de promillage-normen die gelden voor zwakzinnigeninrichtingen en de promillages die gelden voor dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen ex TVWMD. Andersom, dus in de TVWMD, is dat verband niet gelegd. Voor de dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten noemt de TVWMD geen richtlijnen.

Uit een oogpunt van harmonisatie van wetgeving, alsmede met het oogmerk om een integrale beleidsvoering door de overheid mogelijk te maken, ligt het in de bedoeling de planningsparagraaf van de TVWMD buiten werking te stellen en de dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen te betrekken bij de herziening van de WZV.

Daarbij dient de praktische positie die deze semi-murale sector heeft in verband met de beperkte omvang van de initiatieven, nl. korte procedures en snelle realisering, behouden te blijven. Het betreft hier veelal kleinschalige gestandaardiseerde nieuwbouwprojecten.

Het intrekken van de overige onderdelen van de TVWMD, waarvan de erkenningsnormen het meest substantieel zijn, zal worden bezien in relatie tot de voortgang van de Kwaliteitswet.

Samenhangend met de reikwijdte is het toepassingsbereik van de WZV. De overheid gebruikt het systeem van de WZV om beleidsmatig gewenste veranderingen door te voeren zoals deconcentratie, samenwerking, schaalvergroting/verkleining. Het is echter de vraag of de beleidsmatige hantering van afgifte van WZV-documenten hiervoor het geëigende instrument is. Momenteel wordt onderzocht of het wettelijk stelsel andere mogelijkheden biedt om de instellingen te bewegen tot dergelijke veranderingen. In onderzoek is bijvoorbeeld het aanpassen van het erkenningstelsel.

4.3 Opzet van de WZV

Centraal voor de opzet van de WZV is de bouwprioritering op basis van zorgvisies per sector als sturingssysteem. Om tot een «beroepsbestendig» systeem te komen, moet de opzet voorzien in een wettelijk toetsingskader en het creëren van draagvlak bij het besluitvormingsproces. Daarnaast moet de opzet leiden tot een flexibel instrument voor aanbodbeheersing zowel op het punt van de vastlegging van de gewenste zorginhoudelijke ontwikkeling als op het punt van de bouwprogrammering.

De structuur van de opzet valt ruwweg uitéén in drie componenten:

- het beleidskader;
- het bouwprogramma;
- sluiting en vermindering van de capaciteit van ziekenhuisvoorzieningen.

Het beleidskader bevat de volgende elementen:

- de minister maakt iedere twee jaar beleidsvoornemens bekend over de structuur van de ziekenhuisvoorzieningen en hun positie in het gehele veld van de gezondheidszorg;
- de minister neemt dan tegelijkertijd een beslissing over de omvang van de in volgende jaren beschikbare financiële middelen.

De beleidsvoornemens, die ook wel worden aangeduid als «zorgvisies», en het financiële kader worden landelijk sectoraal bepaald. Eén van de redenen daarvoor is dat aansluiting is gezocht bij de wijze waarop de beleidsontwikkeling georganiseerd is. In het geheel van het zorgbeleid is het tot stand brengen van een zorgcontinuüm per sector van meer gewicht dan de intersectorale samenhangen op intramuraal gebied. De WZV bevat het instrumentarium voor de infrastructurele vertaling van het zorgbeleid per sector. Daarnaast speelt het schaalniveau een rol. De verwachting is dat het om een overzienbaar aantal «grotere» projecten zal gaan. Een territoriale indeling per sector biedt dan onvoldoende houvast voor het afwegingsproces. Een territoriale verdeling in aanvulling op een sectorale verdeling zou tot een onwerkbaar versnippering leiden.

Het bouwprogramma bevat de volgende elementen:

- de minister stelt periodiek een bouwprogramma vast, waarvan de totale geraamde kosten het financiële kader niet te boven mogen gaan;
- via ministeriële regelingen kunnen indieningstermijnen en eisen aan aanvragen worden gesteld;
- via amvb's kunnen voorwaarden worden gesteld aan bouwinitiatieven voor opname op het bouwprogramma en criteria voor het bepalen van de prioriteit. Het toetsingskader hiervoor wordt ontleend aan de zorgvisies;
- opname op het bouwprogramma kan worden geweigerd op bepaalde gronden;
- opname op het bouwprogramma verplicht de initiatiefnemer om het definitief ontwerp voor goedkeuring aan het College voor te leggen. De minister kan projecten hiervan uitzonderen, bijvoorbeeld kleinschalige gestandaardiseerde bouw;
- de minister kan voorschriften verbinden aan projecten die zijn opgenomen op het bouwprogramma.

Opname op het bouwprogramma leidt de facto (via erkenning) tot financiering van de kosten van de bouw. Bouw die niet op het bouwprogramma is opgenomen is niet verboden; de kosten daarvan worden echter niet via het WTG-budget vergoed. Dit wijkt af van het vergunningstelsel dat in de huidige WZV wordt gevolgd, waarbij bouwen zonder vergunning (zwartbouw) niet is toegestaan. Onder de herziene WZV is er geen sprake meer van zwartbouw.

De herziene WZV stoelt op een aanpak die goede (d.w.z. op grond van de zorgvisie wenselijk geachte) initiatieven stimuleert en die daarmee vanuit dereguleringsoogpunt recht doet aan de verantwoordelijkheid van instellingen om zelf initiatieven te nemen.

De sluiting en vermindering van de capaciteit van ziekenhuisvoorzieningen bevat het volgende:

- in de financiële gevolgen van sanering van ziekenhuisvoorzieningen kan worden voorzien, als de minister sluiting of verkleining heeft opgelegd, danwel daarmee heeft ingestemd, via intrekking of wijziging van de erkenning.

4.4 *Werking van de WZV*

4.4.1 Beschrijving van het proces

De opzet gaat uit van de volgende werkwijze:

- de overheid geeft door middel van zorgvisies aan welke infrastructuur gewenst is (in termen van type bouw, kwaliteit, spreiding en capaciteit) en geeft aan hoeveel middelen zij daarvoor beschikbaar stelt;
- initiatiefnemers dienen aanvragen in;
- de overheid stelt het bouwprogramma vast door middel van prioritering;
- indien het initiatief is geplaatst op het bouwprogramma kan de initiatiefnemer starten met de bouwvoorbereiding;
- de bouwkundige uitwerking wordt beoordeeld, dat wil zeggen tot en met het definitief ontwerp;
- de initiatiefnemer kan gaan bouwen en heeft bij een positieve beoordeling de zekerheid dat de exploitatielasten van de bouw worden gefinancierd.

4.4.2 Geen verbodstelsel, maar stimuleren wenselijke initiatieven

Een fundamentele wijziging in het hiervoor beschreven proces ten opzichte van de bestaande WZV is dat het verbodstelsel is verlaten. Was de WZV er tot nu toe op gericht te verbieden dat anders werd gebouwd

dan in overeenstemming met een plan en met bouwvoorschriften, nu stelt de WZV financiële middelen in het vooruitzicht voor bouw waarvan de overheid vindt dat de verwezenlijking daarvan, gelet op aard en prioriteit, wenselijk is. Deze verandering brengt met zich dat het aantal bestuursrechtelijk relevante besluiten van de overheid drastisch is verminderd; in de geschetste opzet is dat aantal beperkt tot twee, te weten de beslissing over het al dan niet opnemen van een project op het bouwprogramma en de beslissing over het al dan niet goedkeuren van het definitief ontwerp.

De opzet is erop gericht om de besluitvorming van de overheid zo doorzichtig mogelijk te maken. De criteria (ten aanzien van respectievelijk inhoud en urgentie) op grond waarvan projecten op het bouwprogramma worden geplaatst, worden afgeleid van de beleidsvoornemens. Deze criteria zijn vooraf bekend, zodat initiatiefnemers hun initiatieven daarop kunnen afstemmen.

De keuze voor een bekostigingssystematiek in plaats van een verbod-systeem, komt tevens voort uit het streven naar een meer eenduidige en doorzichtige regelgeving in totaliteit. Met de huidige WZV werd gepoogd om zowel beleidsmatig wenselijk geachte bouw af te dwingen als beleidsmatig onwenselijk geachte bouw te voorkomen. Dit leidde tot moeilijk handhaafbare regelgeving en tot ongewenst strategisch gedrag in het veld, waardoor de beoogde aanbodregulering onder druk kwam te staan.

Binnen de gekozen aanpak wordt de aanbodregulering via verschillende instrumenten binnen het geheel van de voor het tweede compartiment toepasselijke wet- en regelgeving vormgegeven. De WZV stroomlijnt daarin het nemen van goede initiatieven en belemmert ongewenste initiatieven door de weg naar financiering ten laste van de verplichte verzekering in het tweede compartiment te blokkeren.

Aangezien in het regeerakkoord is voorzien dat ten behoeve van een adequate aanbodsregulering een gedereguleerde WZV van kracht blijft, blijft de planning van de intramurale voorzieningen en de topklinische zorg tot de verantwoordelijkheid van de overheid behoren.

Doorvoering van de herziene WZV zal eerst plaatsvinden nadat in het bredere kader van de regelgeving voor het gehele tweede compartiment is voorzien in regelgeving die het ontstaan van ongewenste initiatieven verhindert. De verschillende mogelijkheden op dit punt worden nog nader onderzocht.

4.4.3 Creëren van draagvlak

Projecten die geplaatst worden op het bouwprogramma moeten kunnen bogen op een breed draagvlak. Derhalve wordt aan de aanvragen de eis gesteld dat deze voorzien moeten zijn van een document waaruit de visie van partijen (verzekeraars, patiënten, consumenten, lagere overheden) op het initiatief blijkt.

Een breed draagvlak wordt eveneens verkregen als de beleidsvoornemens inspelen op de daadwerkelijke behoefte aan voorzieningen. Dit betekent dat de overheid zich bij het opstellen van de beleidsvoornemens zo breed mogelijk laat informeren over de ontwikkelingen in de praktijk. Bronnen zijn daarbij lagere overheden, verzekeraars, aanbieders, patiënten/consumenten.

4.4.4 Betrokkenheid provincie bij besluitvorming bouwprogramma

Een belangrijk aandachtspunt in het proces is de regionale afstemming van initiatieven. Om dit te bewerkstelligen, voorziet het wetsvoorstel in een rol van de provincie bij de besluitvorming over het bouwprogramma.

Het concept hiervan wordt ter advies aan de provincie voorgelegd. Aandachtspunten bij de advisering door de provincie zijn, naast de prioritering per sector waar het de provincie raakt, een evenwichtige samenhang in het aanbod van voorzieningen tussen de sectoren onderling en een gedifferentieerd aanbod in het type voorzieningen (de verhouding van de intramurale voorzieningen t.o.v. extramurale voorzieningen).

4.4.5 Rol verzekeraars

Hoewel de verantwoordelijkheid voor de planning en de financiering van de intramurale voorzieningen in het regeerakkoord bij de overheid wordt gelegd, moeten verzekeraars bij de besluitvorming hierover worden betrokken. Het onderscheid dat in het regeerakkoord wordt aangebracht tussen het eerste compartiment (onverzekerbare en langdurige zorg, financiering door de AWBZ) en het tweede compartiment (curatieve zorg, onder regime ZFW, WTZ en particuliere verzekeringen) laat onverlet dat er in beide compartimenten gestreefd moet worden naar commitment van de verzekeraars bij de aanbodplanning. Daarnaast kunnen verzekeraars belangrijke informatie leveren over de ontwikkelingen in het veld ten behoeve van het opstellen van de beleidskaders.

In het eerste compartiment waar sprake is van aanbodregulering wordt budgettering van instellingen gehandhaafd en bijven verzekeraars verplicht om contracten met die instellingen te sluiten. In beginsel wordt hierdoor weinig ruimte geboden om verantwoordelijkheden bij verzekeraars te leggen. De uitvoering van de AWBZ-activiteiten zal in handen worden gelegd van de verbindingkantoren. Hiernaast is echter ook sprake van modernisering in de AWBZ-sector, zoals het flexibiliseren van de erkenningen, het invoeren van sectorale zorgvernieuwingfondsen en persoonsgebonden budgetten. Deze ontwikkelingen zijn gericht op het creëren van een zogenaamd zorgcontinuüm, waarin sprake is van een divers en nauw op elkaar aansluitend aanbod van voorzieningen. Ten behoeve van de onderlinge afstemming van die voorzieningen en van de afname van het zorgaanbod bij de verschillende aanbieders, is het van belang dat verbindingkantoren worden betrokken bij de planning van de voorzieningen.

In het tweede compartiment houdt de overheid voor de intramurale voorzieningen een verantwoordelijkheid voor de planning en de financiering van de infrastructuur. Mede ter uitwerking van het rapport Biesheuvel krijgen de partijen in het veld, verzekeraars en aanbieders wel meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden om op lokaal niveau tot passende (productie-)afspraken te komen binnen die infrastructuur. Dit betekent dat verzekeraars ook betrokken moeten worden bij de besluitvorming rond de honorering van bouwinitiatieven. De overheid moet zich er namelijk van kunnen vergewissen dat verzekeraars van een op het bouwprogramma geplaatst project, na realisatie, ook zorg wensen af te nemen die in verhouding staat tot de te bouwen infrastructuur.

Om de hiervoor genoemde redenen wordt bij het bouwinitiatief in de aanvraagfase een visie verlangd van onder meer de betrokken verzekeraars, waaruit blijkt of deze het te realiseren project een goede bijdrage vinden aan het zorgaanbod in de desbetreffende regio en of deze de aan te bieden zorg ook zullen afnemen. Wat betreft de AWBZ gaat het dan in het bijzonder om de verzekeraars die tevens verbindingkantoor zijn.

4.4.6 Verdeling taken tussen overheid en uitvoeringsinstantie

Uit de nieuwe WZV vloeien de volgende werkzaamheden voort:

1. het vertalen van het zorgbeleid naar landelijk sectorale zorgvisies;
2. het vaststellen van het financiële kader;
3. het opstellen van criteria en eisen voor aanvragen en opname op het bouwprogramma;
4. het toetsen van aanvragen aan de criteria en eisen;
5. het opstellen van het bouwprogramma;
6. het vaststellen van het bouwprogramma;
7. het toetsen van de bouwkundige uitwerking, ofwel het definitief ontwerp.

Zoals aangegeven in paragraaf 3.4 over de kerntakendiscussie is bepalend voor de vraag of het departement uitvoeringstaken kan overlaten aan een andere instantie, de mate waarin sprake is van beleidsrijke activiteiten.

Zo dienen de beleidsmatige activiteiten door het departement te worden uitgevoerd. Echter waar sprake is van toetsing aan de hand van door het departement opgestelde criteria en eisen, kan een uitvoeringsorgaan met deze taak worden belast. In het WZV-model doen zich twee toetsmomenten voor:

- de toetsing op de aanvragen;
- de toetsing van het definitief ontwerp.

Bij de toetsing van de aanvragen kan de uitvoeringsinstantie worden belast met de toets op de uitvoerbaarheid van het initiatief. Het resultaat daarvan kan het rijk benutten bij de besluitvorming over de (wijze van) inpassing van het initiatief in de bouwprioriteiten.

Verder ligt het in de rede om de uitvoeringsinstantie de beoordeling van het definitief ontwerp uit te laten voeren. Deze toets is erop gericht dat een initiatiefnemer zich bij het definitief ontwerp houdt aan de inhoudelijke en financiële omschrijving van het project op het bouwprogramma. Tevens vindt op basis van de bouwnormen en -maatstaven voor het initiatief als geheel een toets plaats op doelmatigheid en kwaliteit. Overigens kunnen uit efficiency-overwegingen bepaalde projecten worden vrijgesteld van de toets op het definitief ontwerp. Het gaat hierbij om bijvoorbeeld gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten.

Bij de overdracht van de uitvoeringsfuncties zal helderheid moeten bestaan over:

- het toetsingskader waarbinnen het uitvoeringsorgaan zijn werk doet;
- de informatievoorziening tussen ministerie en uitvoeringsorgaan;
- de organisatie van het toezicht op het uitvoeringsorgaan.

In het licht van het voorgaande en aansluitend op de huidige praktijk is het voornemen om het College voor ziekenhuisvoorzieningen om te vormen tot een uitvoeringsorgaan dat belast wordt met deze taken.

5. Aanpak van de herziening

De aanpak voor de herziening van de WZV is erop gericht dat per 1 januari 1997 de herziene WZV in werking kan treden. Na behandeling van deze notitie door de ministerraad wordt aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen, de Ziekenfondsraad en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid een ontwerp van wet voorgelegd dat de juridische neerslag vormt van de inhoud van deze notitie. Na verwerking van de adviezen zal het ontwerp van wet aan de ministerraad worden gezonden met het verzoek om dit voor advies aan de Raad van State voor te leggen. Mede afhankelijk van het tempo van advisering door de Raad van State kan begin 1996 een wetsontwerp aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

Parallel aan deze werkzaamheden zal overleg met betrokkenen, waaronder provincies en grote steden, plaatsvinden over de praktische uitvoeringszaken en zal informatievoorziening aan alle betrokkenen worden voorbereid.

Bij de verdere uitwerking moeten de gevolgen van het regeerakkoord voor de aanpalende regelgeving en de consequenties daarvan voor de opzet van de herziene WZV nader worden onderzocht.