

Vergaderjaar 1994–1995

**24 124**

**Kostenbeheersing in de zorgsector**

**Nr. 4**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 2 mei 1995

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup>, heeft de navolgende vragen over de brief van de minister en de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport van 20 maart 1995 inzake de uitwerking van de beleidsvoornemens in het regeerakkoord met betrekking tot de kostenbeheersing in de zorgsector, voorzien van het bestuurlijk/wetgevend programma zorgsector 1995–1998, ter beantwoording aan de regering voorgelegd. Deze vragen, alsmede de daarop op 2 mei 1995 gegeven antwoorden, zijn hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Van Nieuwenhoven

De griffier voor deze lijst,  
Nava

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Dees (VVD), Lansink (CDA), Schutte (GPV), De Korte (VVD), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegenthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (U55+), Nijpels-Hezemans (AOV), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66).  
Plv. leden: Cornielje (VVD), Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van der Vlies (SGP), Essers (VVD), Lilpaly (PvdA), Esselink (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkman (PvdA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Vreeman (PvdA), Rouvoet (RPF), Boogaard (AOV), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), vacature CD, Kalsbeek-Jasperse (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Hirsch Ballin (CDA), Bakker (D66).

1

*Hoe kan de groei van de uitgaven in het kader van de volksgezondheid binnen verantwoorde grenzen blijven, indien, blijkens het rapport van de TVK, een aantal factoren tot aanhoudende druk op het kostenniveau in de zorgsector leidt? (blz. 2).*

Teneinde te bevorderen dat de uitgavengroei binnen verantwoorde grenzen blijft, wordt in aanvulling op het regeerakkoord een aantal additionele maatregelen getroffen. Enerzijds gaat het om maatregelen die tot doel hebben de structuur en het gedrag van partijen doelmatiger te maken. Deze maatregelen kunnen op de wat langere termijn hun vruchten afwerpen. Anderzijds gaat het om enkele concrete maatregelen die al op korte termijn leiden tot financiële opbrengsten. Een overzicht van deze maatregelen is vermeld in tabel 2.3 van de brief d.d. 20 maart 1995 inzake zorg in het regeerakkoord. De opbrengst van deze maatregelen ter grootte van f 1295 miljoen in 1998 wordt aangewend voor de dekking van te verwachten overschrijdingen (f 895 miljoen) en voor de dekking van de in het regeerakkoord vermelde nominale taakstelling van f 400 miljoen.

2

*Kan met betrekking tot het verzekerings- en financieringssysteem de overtrokken solidariteit in beeld worden gebracht, mede aan de hand van premieverschillen tussen bepaalde inkomensgroepen en burgerlijke stand? (blz. 2).*

In onderstaande tabel wordt aangegeven wat de totale lasten zijn (premie plus eigen betalingen) voor alleenstaanden en alleenverdieners met twee kinderen die:

- ziekenfondsverzekerd zijn en een inkomen op minimumniveau hebben;
- ziekenfondsverzekerd zijn en een inkomen net onder de loongrens ziekenfondswet (f 58 950,-) hebben;
- particulier verzekerd zijn en een inkomen net boven de loongrens ziekenfondswet hebben. Bij deze categorie is de hoogte van het inkomen alleen van belang bij de berekening van de fiscale lasten ten aanzien van de werkgeversvergoeding in de premie. Premies en eigen betalingen zijn voor alle particulier verzekerde inkomensgroepen hetzelfde.

Voor particulier verzekerden is gerekend met een gemiddelde premie voor maatschappij-polishouders (jonger dan 65 jaar) welke berekend is op basis van het FOZ-95 voor 1995. De premie die particulier verzekerden betalen is echter afhankelijk van leeftijd en gezondheidsrisico. De gemiddelde premie (inclusief WTZ en MOOZ) voor volwassenen (inclusief eigen betalingen) bedraagt f 1792,-. Maar iemand met een slecht gezondheidsrisico die aangewezen is op een WTZ-standaardpakketpolis en nog geen 65 jaar is, betaalt f 2668,80 plus een eigen risico van f 150 per jaar voor de specialist.

Ten aanzien van verzekerden van 65 jaar of ouder zij verwezen naar de brief van 24 januari 1995 aan de voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal (Kamerstukken II, 23 900 XVI, nr. 50), waarin de premieverschillen ZFW-WTZ in relatie tot de Wet van Otterloo zijn weergegeven.

**Totale lasten voor ziekenfondsverzekerden op minimumniveau (gld p.j.) 1995**

Hoofdverzekerd	Alleenstaand	Alleenverdiener
- procentuele werknemerspremie	308	308
belasting over werkgeverspremie	383	383
nominale premie	198	198

Hoofdverzekerd	Alleenstaand	Alleenverdiener
– eigen betalingen	160	160
Medeverzekerd		
– nominale premie		198
– eigen betalingen		320
Totaal	1049	1567

**Totale lasten voor ziekenfondsverzekerden net onder de loongrens ZFW, 1995 (gld per jaar)**

Hoofdverzekerd	Alleenstaand	Alleenverdiener
– procentuele werknemerspremie	552	552
belasting over werkgeverspremie	1316	1316
– nominale premie	198	198
– eigen betalingen	160	160
Medeverzekerd		
– nominale premie		198
– eigen betalingen		320
Totaal	2226	2744

**Totale lasten voor particulier verzekerden net boven de loongrens ZFW, 1995 (gld per jaar)**

Hoofdverzekerd	Alleenstaand	Alleenverdiener
– premie (inclusief eigen betaling)	1792	1792
– werkgeversbijdrage (inclusief mede verzekerden)	– 896	– 2688
– belasting over werkgeversbijdrage	448	1344
Medeverzekerd		
– premie (inclusief eigen betalingen)		3584
Totaal	1344	4032

3

*Kan aangegeven worden met welk strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking reeds in 1995 is gestart? (blz. 4).*

Het strakke programma van volumebeheersing is uitgebreid uiteengezet in paragraaf 2 van de onderhavige nota. Voor 1995 zijn in het kader van de kostenbeheersing reeds de volgende maatregelen relevant:

**Kostenbeperkende maatregelen 1995 (x mln gulden)**

	1995
– financieringsverschuivingen	
* pakketverkleining ZFW	450
– ombuigingen	
* compensatie budgetdiscipline	300
* volumebeperking pakketverkleining	50
* matiging prijsontwikkeling	100

4

*Kan nog eens bevestigd worden dat alle maatregelen zoals verwoord in de tabellen in paragraaf 2 verrekend zijn in het koopkrachtbeeld behorend bij het regeerakkoord? (blz. 5).*

De tabellen in paragraaf 2 zijn gemaakt op basis van de doorrekening van het regeerakkoord door het CPB. De maatregelen in paragraaf 2 zijn

dus ook meegenomen in de koopkrachteffecten die het CPB heeft berekend.

5

*Wat wordt bedoeld met de categorie «Overige, incl. aanbodfactoren» in tabel 2.2.? (blz. 6).*

De jaarlijkse volumegroei in de zorg wordt voor circa tweederde verklaard uit demografische ontwikkelingen (vergrijzing) en inkomensverbetering. De resterende, overige groei (circa eenderde) hangt samen met een breed scala van uiteenlopende factoren. Het gaat zowel om vraag- als om aanbodfactoren. De belangrijkste factoren zijn samenstelling van huishouden, algemeen maatschappelijke en culturele factoren, het verzekeringseffect, technologische ontwikkelingen en overige aanbodfactoren.

In bijlage 2 van het rapport van de taskforce «Zuinig met Zorg» wordt nader ingegaan op deze factoren (pag. 5 t/m 7).

6

*Wordt jaarlijks bij de opstelling van het FOZ afgewogen of volume-aanpassing noodzakelijk is of heeft de regering een ander ijkmoment om te bepalen of essentiële grenzen in de gezondheidszorg worden overschreden? (blz. 7).*

Jaarlijks bij de opstelling van het FOZ zal inderdaad worden afgewogen of aanpassing van de nu geraamde volumegroei noodzakelijk is.

7

*Kan aangegeven worden of bij de opstelling van het FOZ 1996 nu al rekening moet worden gehouden met een opwaartse aanpassing van de vastgestelde volume-ontwikkeling? (blz. 7).*

Het kabinet gaat er vooralsnog vanuit dat met de additionele ombuigingsmaatregelen voor 1996 een aanpassing van de volumegroei voorkomen kan worden. De definitieve afweging zal uiteraard pas gemaakt worden bij het afronden van het FOZ 1996.

8

*Welke besparing staat voor ogen wanneer gesteld wordt dat de mogelijkheid wordt onderzocht van het invoeren van een maximumvergoeding bij hulpmiddelen voor incontinentiemateriaal? (blz. 8).*

De omzet van incontinentiemateriaal in 1993 beliep een bedrag van ongeveer f 155 mln. Het lijkt erop dat de concurrentie tussen de fabrikanten van deze middelen in het algemeen niet wordt gerealiseerd via aanpassing van de prijzen. Indien wordt overgegaan op een maximumvergoeding aan verzekerden, komt voor de fabrikant ook een prijsafweging tot stand, namelijk zijn product al dan niet prijzen onder het niveau van de maximumvergoeding. De omvang van de besparing is niet op voorhand aan te geven.

9

*Binnen welke termijn is meer duidelijkheid mogelijk inzake de invoering van een maximumvergoeding bij hulpmiddelen voor incontinentiemateriaal?*

*Welke criteria spelen een rol in de afweging tussen de positieve invloed in het kader van het stimuleren van de thuiszorg enerzijds en de kostenfactor anderzijds? (blz. 8).*

In zijn advies van 8 november 1994 inzake de intrekking van de 15% eigen-bijdrageregeling voor hulpmiddelen, heeft de Ziekenfondsraad aangegeven met een nader advies te zullen komen betreffende vergoedingslimieten in de Regeling hulpmiddelen AWBZ 1994. In dat kader wordt momenteel binnen de Ziekenfondsraad bezien of de verstrekking van incontinentiemateriaal aan een maximumvergoeding kan worden gebonden. Naar verwachting zal daarover dit jaar meer duidelijkheid komen.

Het belangrijkste criterium bij de afweging is dat het incontinentiemateriaal zonder eigen bijdragen door de verzekerde moet kunnen worden aangeschaft. Als dat regelbaar is met invoering van een maximumvergoeding, is afwentelingsgedrag van de verzekerde van de thuiszorg naar duurdere intramurale zorg niet waarschijnlijk.

10

*In hoeverre leidt het verplichte eigen risico tot consumptiebeperking? In hoeverre is dat het geval bij een eigen risico van f 200,-? In hoeverre leidt consumptiebeperking tot gezondheidsrisico's? (blz. 8).*

69

*Welke invoeringskosten zijn naar verwachting gemoeid met het voornemen van de regering tot het invoeren van een eigen risico voor alle verzekerden en wat betekent zulks in relatie tot de beoogde kostenbesparing? (blz. 21).*

70

*Heeft onderzoek plaatsgevonden naar de effecten van de voorgenomen maatregel tot invoering van een eigen risico op de vraag naar zorg en zo ja, wat waren daarvan de uitkomsten? (blz. 21).*

71

*Ligt het in het voornemen van de regering de inkomenseffecten voor de lagere inkomensgroepen bij invoering van een eigen risico te compenseren, welk bedrag is hiermee naar verwachting gemoeid en op welke wijze zal een en ander worden gefinancierd? (blz. 21).*

107

*Waarom wordt bij de invoering van het volle bedrag ineens van f 200,- Eigen Risico wél een consumptieremmend effect verwacht en van geleidelijke invoering niet? Kan aangegeven worden op grond van welk onderzoek deze consumptieremmende effecten worden verwacht? (blz. 36).*

108

*Kan worden aangegeven wat de totale administratieve kosten zijn van invoering van het eigen risico in de ZFW/WTZ en particuliere sektor? (blz. 36).*

Op het gebied van de eigen betalingen in binnen- en buitenland is al veel onderzoek verricht, waarvan de bevindingen in een veelheid aan publikaties zijn neergelegd. Het spreekt vanzelf dat bedoelde onderzoeken in de overwegingen voor de invoering van een eigen risico in de Ziekenfondswet zijn betrokken.

De meningen over de effectiviteit van de eigen bijdrage blijken verdeeld te zijn. Uit verschillende onderzoeken zijn enige algemene punten af te leiden voor de werking van eigen bijdragen in de zorgsector. Daarbij moet overigens wel rekening worden gehouden met enkele specifieke kenmerken van de markt in de zorgsector. Invoering van een eigen bijdrage leidt tot een daling van de vraag naar de voorziening. Hoe hoger de eigen bijdrage, hoe sterker de daling van de vraag. De mate waarin

deze daling optreedt, verschilt sterk voor de verschillende (medische) diensten. Dit effect blijkt sterker te zijn naarmate de patiënt meer invloed heeft op de beslissing om hulp te ontvangen, de patiënt gezonder is of naarmate het inkomen van de patiënt lager is. Het voorgaande houdt in dat er rekening mee moet worden gehouden dat afremming van de vraag naar zorg door het vragen van eigen betalingen ook kan betekenen dat noodzakelijke zorgvraag wordt afgeremd.

Een van de doelstellingen van de invoering van een eigen risico aan de voet is de verzekerde te confronteren met de kosten die hij genereert indien hij zorg inroept. Hiermee wordt beoogd dat die verzekerde een kostenbewust gedrag zal gaan vertonen en geen onnodige zorg zal inroepen. Tegelijkertijd dient de zorg voor eenieder toegankelijk te blijven. Het eigen risico zal daarom niet zodanig hoog dienen te worden vastgesteld dat dit voor verzekerden een zodanig remmend effect sorteert, dat het inroepen van noodzakelijke zorg onverantwoord lang wordt uitgesteld, met als mogelijk gevolg dat op een later tijdstip «zwaardere» zorg nodig is, waaruit voor de zorgsector hogere kosten voortvloeien.

Van het aanvankelijke voornemen het eigen risico van f 200,- binnen de huidige regeerperiode stapsgewijs in te voeren is het kabinet inmiddels teruggekomen omdat van een lager bedrag dan f 200,- aan eigen risico geen consumptieremmend effect mag worden verwacht. De gemiddelde verzekerde zal dit dan immers nauwelijks in zijn portemonnee voelen en zal zich als gevolg daarvan dan ook niet kostenbewust gaan gedragen. Tevens wordt in die situatie de kans aanwezig geacht dat de kosten de baten zouden kunnen overtreffen, in die zin dat de invorderingskosten hoger zouden zijn dan de met eigen risico bereikte besparing op de kosten van de zorg.

Naar de mening van het kabinet zal bij invoering van een eigen risico aan de voet in de ZFW van f 200,- per jaar per hoofdverzekerde er een beperkt appel worden gedaan op het kostenbewustzijn van de verzekerde. Dit appel is naar verwachting niet zodanig dat van een onverantwoorde afremming van de vraag naar zorg kan worden gesproken.

In het regeerakkoord is er van uitgegaan dat invoering van een eigen risico aan de voet in de ZFW leidt tot een verlaging van de uitgaven ten laste van de ziekenfondsverzekering van f 1000 mln. Verondersteld is dat f 900,- mln daarvan het gevolg is van het door de verzekerden voor eigen rekening moeten nemen van zorgkosten en f 100 mln het gevolg van een dalende consumptie als reactie op de invoering van het eigen risico.

De kostendaling in de ziekenfondsverzekering bedraagt circa f 130,- per volwassene. In het regeerakkoord is afgesproken dat bij de vaststelling van het macroverstrekkingsbudget voor de ziekenfondsen rekening zal worden gehouden met een nominale rekenpremie die f 80,- per verzekerde per jaar lager ligt. Als gevolg hiervan zijn de ziekenfondsen in staat de werkelijk geheven nominale premie eveneens met f 80,- per verzekerde per jaar te verlagen. Gecombineerd met de afspraak in het regeerakkoord om de nominale premie van de AWBZ (f 153,- per volwassen verzekerde in 1994) af te bouwen, onder gelijktijdige verhoging van het bedrag van nominale premie in de ZFW, wordt aangenomen dat structureel de nominale premie in de ZFW op het niveau van f 271,- per verzekerde per jaar komt te liggen. Tevens zullen ziekenfondsverzekerden gemiddeld f 106,- per verzekerde per jaar meer aan eigen betalingen verschuldigd zijn dan voor invoering van het eigen risico. Het verschil tussen de berekende daling van de kosten van f 130,- per volwassene enerzijds en het bovengenoemde bedrag van f 106,- per verzekerde wordt veroorzaakt door het meetellen van kinderen in de berekening en het volume-effect van f 100 mln.

De koopkrachteffecten worden positief beïnvloed door de lagere nominale premie voor de verplichte verzekering, maar worden negatief beïnvloed door hogere kosten voor eigen rekening van de verzekerde. In

welke mate dit gebeurt, is afhankelijk van de zorgconsumptie. Verzekerden die in een bepaald jaar geen kosten maken, zullen te maken krijgen met een positief koopkrachteffect. Verzekerden die wel kosten maken, moeten maximaal f 70,- per jaar meer betalen voor hun zorgconsumptie.

De invoering van een eigen risico in de ZFW heeft ook gevolgen voor de administratiekosten van de ziekenfondsen. De kosten hiervan kunnen slechts bij benadering worden aangegeven. In 1993 heeft de VB-groep in opdracht van het toenmalige ministerie van WVC onderzoek verricht naar de mogelijkheid van invoering van een eigen bijdrageregeling met een inkomensafhankelijke maximering. Bedoeld rapport is op 21 september 1993 aan het parlement aangeboden (Kamerstukken II, 1993-1994, 22 393, 63). In dit rapport is berekend dat invoering van een gemaximeerd eigen-bijdragesysteem in de ZFW circa f 150 mln aan meerkosten voor de administratie met zich zou brengen. Hoewel de kosten van invoering van een eigen-risicosysteem lager kunnen zijn dan de kosten van administratie die de VB-groep noemt, zal de invoering van het eigen risico volgens de huidige inzichten toch al snel zo'n f 100 mln kosten. Niet uitgesloten kan worden dat dit bedrag hoger uitvalt.

11

*Kan, waar gesproken wordt over normalisering van de reserves bij academische ziekenhuizen, inzicht gegeven worden in deze reserves? (blz. 9).*

Onderstaande tabel schetst voor de jaren 1991, 1992 en 1993 de reserves van de academische ziekenhuizen zowel in miljoenen guldens als in percentage van de aanvaardbare kosten. Ter vergelijking zijn tevens de overeenkomstige cijfers van de algemene en categorale ziekenhuizen opgenomen.

**Reserves ziekenhuissector**

	1991	1992	1993
1. Academische ziekenhuizen			
a. reserves (mln gld) <sup>a)</sup>	278	355	437
b. in % aanvaardbare kosten	13,6	16,3	19,2
2. Algemene en categorale ziekenhuizen			
a. reserves (mln gld) <sup>a)</sup>	677	727	807
b. in % aanvaardbare kosten	8,3	8,4	9,0

<sup>a)</sup> Totaal van de reserve aanvaardbare kosten, overige reserves, kapitaal, fondsen, fundaties, voorzieningen. Nota bene: bij de academische ziekenhuizen zijn *niet* opgenomen de reserves die verband houden met de à fond perdu financiering van de activa, evenmin zijn opgenomen de specifieke honorariumfondsen.  
Bron: COTG.

12

*Waarom heeft het voorstel uit het regeerakkoord (financiering van grote renovaties en vernieuwbouw van ziekenhuizen via de begroting laten lopen) «geen inhoudelijke meerwaarde»? (blz. 9).*

17

*Waarom loopt de financiering van de kapitaallasten in het buitenland wel via de rijksbegroting? Worden kapitaallasten als vaste lasten of als variabele lasten gezien? (blz. 9).*

De overheid acht zich verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van zorgvoorzieningen. Deze verantwoordelijkheid voor de infrastructuur komt in juridische zin tot uitdrukking via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. Via de WZV-vergunning en de ZFW-erkenning beslist de overheid over de

beschikbaarheid van de instellingen. De wijze van financieren van de hiermee samenhangende vaste lasten – de kapitaallasten – vormt hiervan een afgeleide. De overheidsverantwoordelijkheid blijft gehandhaafd, zowel bij financiering via het premiecircuit als bij financiering via de rijksbegroting. Derhalve heeft de oorspronkelijk voorgenomen (gedeeltelijke) financiering van de kapitaallasten geen inhoudelijke meerwaarde, maar is vooral ingegeven door het streven naar premieconvergentie. Dit streven valt echter ook te bereiken via decentralisatie van het ziekenvervoer, waarmee tegelijkertijd wel inhoudelijke meerwaarde wordt bereikt. Immers, door het ziekenvervoer te decentraliseren kan de doelmatigheid en de beheersbaarheid van het ziekenvervoer worden vergroot.

Vergelijking met de situatie in het buitenland op het geïsoleerde punt van de kapitaallasten is niet goed mogelijk, omdat dit in samenhang moet worden gezien met de structuur en organisatie van de zorg in bredere zin. Tussen de landen bestaan daarin aanzienlijke verschillen.

13

*In hoeverre wordt de voorgenomen decentralisatie van het ziekenvervoer vormgegeven? Staat het de minister voor ogen om deze taken aan de gemeenten danwel aan de provincies te decentraliseren? Op welke wijze wordt bestuurlijke versnippering het beste voorkomen? (blz. 9).*

14

*Wat zijn de gevolgen van de voornemens ten aanzien van de decentralisatie van het ambulancevervoer voor de betrokkenheid van de provincies? (blz. 9).*

16

*Wat is de stand van zaken met betrekking tot de herziening van de Wet ambulancevervoer? (blz. 9).*

Bij de vraag op welk bestuurlijk niveau de verantwoordelijkheid voor het ziekenvervoer moet worden neergelegd speelt het kabinetsbeleid inzake vernieuwing van de bestuurlijke organisatie een rol (TK 1994–1995, 21 427 nr. 107). In dat kader zal nader worden onderzocht hoe om te gaan met de huidige bestuurlijke situatie dat de planning van het ambulancevervoer een verantwoordelijkheid is van de provincies en dat de coördinatie van de uitvoering een verantwoordelijkheid is van samenwerkende gemeenten op regionaal niveau. Door de decentralisatie te koppelen aan begrotingsfinanciering wordt een oplossing gevonden voor het huidige knelpunt dat planning en financiering niet in één hand liggen.

In beginsel kan er onderscheid worden gemaakt in de bestuurslaag waaraan de verantwoordelijkheid voor het ambulancevervoer en de verantwoordelijkheid voor het overig ziekenvervoer wordt opgedragen. Vraag is echter of dit niet juist zal leiden tot bestuurlijke versnippering. Met de andere overheden zal overleg worden gevoerd over de passende vormgeving.

15

*Kan nader geadstrueerd worden dat er samenhang bestaat tussen ambulancevervoer, overige ziekenvervoer en vervoer in het kader van de WVG? Waarom kan er geen knip worden aangebracht tussen ambulancevervoer in de zin van liggend vervoer en het ziekenvervoer in de zin van zittend vervoer? (blz. 9).*

Inzet – ook op het terrein van het ziekenvervoer – is de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk aan te wenden. Vanuit deze invalshoek is doelmatigheidswinst te behalen door het besteld ambulancevervoer kritisch te bezien op goedkopere vervoersmogelijkheden. Tevens kan



door een betere afstemming tussen het overig ziekenvervoer en het WVG-vervoer verdere doelmatigheidswinst worden behaald. Door deze zaken meer in één hand te brengen, kan als het ware een «vervoerscontinuüm» ontstaan voor liggend vervoer, zittend vervoer en half-zittend vervoer (ambulance – ligtaxi – taxi).

Op zich is een scheiding tussen liggend vervoer en zittend vervoer denkbaar, maar daarmee ontstaat het risico dat op het grensvlak afwentelgedrag optreedt.

18

*Kan de operationalisering, ook in tijd, van het voornemen tot realisering van een waarborgfonds aangegeven worden? Is het noodzakelijk dat naast de invoering van een waarborgfonds de te zwakke financiële positie van de meeste instellingen versterkt moet worden? (blz. 9).*

Doel van het waarborgfonds is vooral het zeker stellen van de financiering van investeringen tegen aanvaardbare kosten. Uitgangspunt daarbij is dat het een fonds van de sector zelf is. De uitwerking moet dus ook in nauw overleg met de Nederlandse Zorgfederatie geschieden. Het oogmerk is dat het waarborgfonds begin 1996 van start gaat.

Voorwaarde voor een goed funktionerend waarborgfonds is dat instellingen alleen in aanmerking komen voor borging van hun leningen indien zij zelf voldoende solvabel zijn. De hoogte van deze solvabiliteit vormt onderdeel van de uitwerking. Uitgangspunt daarbij is dat instellingen die nog niet aan de eisen van het fonds voldoen, zelf maatregelen moeten nemen. Een mogelijke optie is om deze instellingen te ondersteunen via een tijdelijk saneringsfonds.

19

*Bevatten de voorstellen met betrekking tot de ordening van de zorgsector en de organisatie van de indicatiestelling voldoende voorwaarden om te komen tot een voor de cliënt integraal doelmatig en cliëntvriendelijk aanbod? Zo ja, hoe voorziet de regering in het tot stand komen van de in dat verband noodzakelijk geachte samenhang met het lokaal en regionaal beleid dat gemeenten voor (min of meer) zelfstandig wonende ouderen en gehandicapten voeren? (blz. 11).*

20

*Op welke wijze worden in het compartimentenmodel voorwaarden geschapen om te komen tot een integraal, doelmatig en cliëntvriendelijk zorgaanbod?*

Het kabinet is van oordeel dat er een nauwe relatie bestaat tussen zorgbeleid, huisvestingsbeleid en welzijnsbeleid. Het heeft er voor gekozen de verantwoordelijkheid voor de financiering van de zorg neer te leggen bij de verbindingkantoren. De gemeenten zijn verantwoordelijk voor het overige (ouderen- en gehandicapten) beleid, zoals neergelegd in bijvoorbeeld de WVG, de Welzijnswet en de Bijstandswet, en het volkshuisvestingsbeleid. Het ligt voor de hand dat er samenwerkingsverbanden tussen verbindingkantoren en gemeenten ontstaan om het beleid op elkaar af te stemmen. Het kabinet zal geen voorstellen doen en ander wettelijk te regelen. Of deze samenwerkingsverbanden daadwerkelijk tot stand komen en inhoud krijgen, hangt immers niet af van het wettelijk voorschrijven daarvan, maar van de betrokkenheid en het enthousiasme van de partijen. Het kabinet weet zich daarbij gesteund door tal van goede initiatieven in het land.

Het kabinet kiest er voor de indicatiestelling onafhankelijk te doen geschieden. Daarbij wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de in sectoren reeds gegroeide praktijk. Voor wat betreft de sector verpleging en

verzorging betekent dat dat nauw wordt aangesloten bij de reeds bestaande gemeentelijke indicatiecommissies in het kader van de Wet op de bejaardenoorden die reeds werken voor de bejaardenoorden en de verpleeghuizen. Daardoor wordt het mogelijk om het alom zo gewenste «ene loket» daadwerkelijk vorm en inhoud te geven.

21

*Kan aangegeven worden welke rol de verzekeraars kunnen spelen, mede in verband met kostenbeheersing in het eerste compartiment (AWBZ)? (blz. 12).*

27

*Wanneer is er meer duidelijkheid over de vraag in hoeverre de voorgestelde vormgeving van het eerste compartiment mogelijk is binnen de bestaande wetgeving? (blz. 12).*

93

*Waarom behoeft het bestaande systeem als geheel niet te worden herzien? (blz. 31).*

96

*Hoe wordt concreet – qua inhoud en tijdspanne (kortdurende/langdurende zorg) – invulling gegeven aan de afbakening van de compartimenten daar waar het gaat om het scheppen van zo weinig mogelijk substitutiegevoeligheid over en weer? (blz. 33).*

97

*Hoe verhoudt zich het bestaan en versterken van drie compartimenten in de zorg met het oplossen van het door de minister gesignaleerde knelpunt van financieringsschotten die substitutie in de weg staan? (blz. 33).*

Allereerst dient opgemerkt te worden dat de doelstelling van het kabinet niet het tot stand brengen van drie compartimenten is, doch het nemen van concrete maatregelen die de werking van het zorgsysteem verbeteren. Geconstateerd kan worden dat door het nemen van de in het regeerakkoord afgesproken maatregelen er een structuur ontstaat waardoor de zorg globaal wordt opgedeeld in groepen. Allereerst kan het onderscheid worden gemaakt tussen langdurige zorg, ook wel aangeduid met «care», en over het algemeen kortdurende curatieve zorg. Deze laatste zorg kan weer gesplitst worden in een deel waarvan de overheid meent dat dit toegankelijk moet zijn voor iedere burger, het verplicht verzekerde pakket waarvan het regeerakkoord spreekt, en zorg waarvan de overheid vindt dat de burger zelf de verantwoordelijkheid kan dragen.

Gezamenlijk met de gekozen financierings- en beheersstructuur leidt uitvoering van het regeerakkoord tot een drie compartimentenmodel.

De lering die het kabinet uit de ervaring in de afgelopen jaren heeft getrokken, is dat verbetering van de werking en de structuur in de zorgsector niet gepaard hoeft te gaan aan een algehele wijziging van het stelsel en het tot stand brengen van een brede basisverzekering voor iedereen. Waar het om gaat, is dat substitutiegevoelige zaken zoveel mogelijk binnen één financierings- en beheersstructuur worden gebracht. Daarbij kan een accent op de kostenbeheersing door bijvoorbeeld strakke omschrijving van de aanspraak mogelijkkerwijs leiden tot een zekere mate van verstarring.

Dat gevaar dreigt voor het eerste compartiment, waar gekozen is voor een strakke aanbodbeheersing door de overheid, waardoor de rol van de verzekeraar zeer beperkt wordt.

Teneinde in deze situatie toch flexibiliteit en zorgvernieuwing mogelijk te maken, is gekozen voor het tot stand brengen van zorgvernieuwings-

fondsen. Het gaat daarbij om subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad, uitgevoerd door verbindingkantoren, die een zekere speelruimte krijgen voor het besteden van het hen toegekende deel van de subsidie. Bij de uitwerking van deze constructie in de komende periode zal nagegaan worden in hoeverre dit binnen de huidige AWBZ kan worden gerealiseerd, dan wel dat het noodzakelijk zal zijn de wet aan te passen. Daarbij speelt naast het inpassen van structurele subsidieverlening in een van oorsprong verzekeringswet ook het punt van de aansturingsmogelijkheden voor de overheid.

22

*In hoeverre kan de compartimentering in drie onderdelen belemmerend werken op substitutiemogelijkheden in de sector verpleging en verzorging? Op welke wijze kan dit worden ondervangen? (blz. 12).*

De verpleeghuizen, de bejaardenoorden en de thuiszorg worden in het eerste compartiment ondergebracht. Thans kennen deze voorzieningen een geheel eigen plannings- en financieringssysteem, hetgeen de substitutie belemmert. Door deze voorzieningen gezamenlijk in het eerste compartiment onder te brengen, wordt substitutie bevorderd.

Onderzocht zal worden of het wenselijk is kortdurende thuiszorg onder te brengen in het tweede compartiment. Daarbij zal mogelijke verbetering van substitutie moeten worden afgewogen tegen mogelijkheden tot afwenteling van kosten tussen de compartimenten (zie ook antwoord op vraag 98).

23

*Indien de indicatiestelling wordt geobjectiveerd en onafhankelijk wordt gemaakt van de zorgverlenende instanties, heeft de geïndiceerde zorgvrager dan het wettelijk recht met onmiddellijke ingang zorg te verkrijgen? Met name mag dan worden verwacht dat wachtlijsten tot het verleden behoren? (blz. 12).*

99

*Zullen ook verzekeraars geen enkele invloed hebben op de indicatiestelling voor alle zorgaanspraken? Wie beslist uiteindelijk over de toekenning van de zorg? (blz. 33).*

102

*Zal de procedure rond de indicatiestelling een beroepsmogelijkheid gaan bevatten? Hoe zal deze eruit gaan zien? (blz. 35).*

Met betrekking tot het eerste compartiment is het kabinet van mening dat het professioneel beoordelen welke zorg een zorgvrager nodig heeft om aan bepaalde zorgbehoefte te voldoen, objectief dient te geschieden en dat het proces van zorgvraag, onderzoek en zorgadvies onafhankelijk dient te worden gemaakt van de zorgverlenende instantie.

Los daarvan staat de zorgtoewijzing door het uitvoeringsorgaan AWBZ die op basis van het zorgadvies beoordeelt of er aanspraak bestaat in het kader van de AWBZ-verzekering.

De zorgverlenende instantie bepaalt de volgorde van de zorgverlening. Ook dit staat los van het zorgadvies, doch het zorgadvies kan daarop van invloed zijn.

Het feit dat de indicatiestelling geobjectiveerd zal worden en onafhankelijk wordt gemaakt, betekent dus niet dat de zorgvrager dan het wettelijk recht heeft om onmiddellijk zorg te krijgen. Ook betekent dat niet dat wachtlijsten tot het verleden behoren. Een objectief en onafhankelijk zorgadvies heeft evenwel tot doel de doelmatigheid en zorg-op-maat in het eerste compartiment te bevorderen. Een meer doelmatige uitvoering

van de zorg zal kunnen betekenen dat wachtlijsten kleiner worden. Uiteraard is voor de lengte van de wachtlijsten ook van belang hoeveel financiële middelen de regering voor de desbetreffende voorzieningen ter beschikking stelt.

Zoals in het vorenstaande is aangegeven, geschiedt de zorgtoewijzing in het kader van de AWBZ niet door indicatiecommissies, maar door uitvoeringsorganen AWBZ.

Tegen een beschikking van het uitvoeringsorgaan AWBZ staat ingevolge de Algemene wet bestuursrecht beroep open bij de rechtbank, sector bestuursrecht en hoger beroep bij de Centrale Raad van Beroep. Op grond van artikel 58 van de AWBZ moet een verzekerde die beroep wil instellen eerst het advies van de Ziekenfondsraad inwinnen.

24

*Hoe zal bij de keuze van een gebudgetteerde subsidie-systeem, worden gehandeld bij een niet verwijtbare sterke kostenoverschrijding na een toekenning van een persoonsgebondenbudget?*

*Wordt het hulpaanbod gerelateerd aan het beschikbare budget en aldus begrensd? (blz. 12).*

25

*Het persoonsgebonden budget en de zorgvernieuwing worden gefinancierd via subsidie op grond van de AWBZ. Betekent dit dat – als het budget verbruikt is – er geen wettelijke aanspraken aan ontleend kunnen worden? (blz. 12).*

26

*Waarom wordt alsnog afgezien van het vorm geven van het persoonsgebonden budget als verzekeringsaanspraak (blz. 12).*

87

*In hoeverre kan bij de invoering van het persoonsgebonden budget een evenwicht worden gevonden tussen optimalisering van de vrijheid voor patiënten en aanbieders enerzijds en regeldichtheid (inflexibiliteit) in subsidievoorwaarden en -uitleg anderzijds (blz. 33).*

Voor het zomerreces zal de Kamer een beleidsbrief over persoonsgebonden budgetfinanciering bereiken. Daarin zal worden ingegaan op de uitgangspunten, voorwaarden en invoeringsstrategie.

28

*Wat wordt bedoeld met een systeem van premiebandbreedte? (blz. 13).*

Binnen de particuliere ziektekostenverzekeringen worden in de praktijk door verzekeraars verschillende premies gehanteerd voor hetzelfde pakket. De reden hiervoor is vaak terug te voeren op de leeftijd van de verzekerde en het hieraan gerelateerde risico voor de verzekeraar: jongeren betalen een lagere premie dan ouderen.

Met een systeem van een premiebandbreedte wordt bedoeld een systeem waarbij voor een vast omschreven pakket een minimum- resp. een maximumpremie wordt vastgesteld.

De in de praktijk door een verzekeraar voor deze polis gehanteerde premie dient zich aldus tussen de minimum- en de maximumpremie te bevinden.

Een premiebandbreedte kan gelden per verzekeringsmaatschappij (de zgn. interne bandbreedte) of voor alle maatschappijen tezamen (de zgn. externe bandbreedte).

Een regeling betreffende premiebandbreedte is geen op zichzelf staande zaak. Een premiebandbreedte kan alleen worden gehanteerd in relatie tot een bepaald vastomschreven dekkingspakket. Het doel van het waarborgen van de toegang tot een dergelijk pakket wordt voorts alleen bereikt indien daarnaast een relatie wordt gelegd met een acceptatieverplichting. Bovendien zal in het algemeen een vereveningssysteem noodzakelijk zijn indien de premiebandbreedteregeling zodanig is ingericht dat de maximumpremie niet op kostendekkend niveau wordt vastgesteld. Een vereveningssysteem leidt er toe dat de meerkosten boven de vastgestelde maximumpremie worden verdeeld over alle verzekeraars/verzekerden.

29

*In hoeverre mogen verzekeraars verzekerden de toegang weigeren tot (delen van) het derde compartiment? (blz. 13).*

111

*Is het juist dat sommige verzekerden uitgesloten kunnen worden van onderdelen van het derde compartiment van de zorgsector? (blz. 37).*

De zorgvormen die geen onderdeel uitmaken van de eerste twee compartimenten, behoren tot het derde compartiment. De in het kader van een aanvullende verzekering geboden dekking van de kosten van deze zorgvormen betreft een particuliere schadeverzekering. Het staat burgers vrij een dergelijke verzekering af te sluiten. Verzekeraars zijn echter niet gehouden een zodanige verzekering te voeren. Doen zij dat wél dan bepalen zij zelf de inhoud en omvang van de geboden dekking, de voorwaarden waaronder zij bereid zijn een polis af te sluiten en de daarvoor verschuldigde premie. De derde richtlijn schadeverzekering van de Raad van de Europese Gemeenschappen (PbEG L 228) staat aan het treffen van overheidsmaatregelen ter zake van acceptatieplicht, premiestelling en dekkingssomvang voor zodanige verzekeringen in de weg. Verzekeraars zijn derhalve vrij personen voor bepaalde zorgvormen uit te sluiten of in zijn geheel te weigeren voor een aanvullende verzekering.

30

*In hoeverre kan de marktwerking bewezen worden zolang vastgehouden wordt aan maximum-tarieven? Kan aangegeven worden hoe reeds tot marktwerking is gekomen sinds de inwerkingtreding van de Wet opheffing contracteerplicht en invoering maximumtarieven? (blz. 13).*

Het vasthouden aan het stelsel van maximum-tarieven betekent dat de prijsafspraken niet boven een bepaald maximum uit mogen komen. Tot aan dit maximum zijn partijen vrij om een prijs af te spreken. Het tot standkomen van prijsafspraken die liggen onder het maximum, is een bewijs van marktwerking.

Het afschaffen van de contracteerplicht lijkt nog niet tot gevolg te hebben gehad dat er over de hele linie kritischer en efficiënter zorg wordt ingekocht. Ook heeft de invoering van maximumtarieven nog niet geleid tot afspraken over een prijs die ligt beneden het maximumtarief.

Het geven van meer vrijheid aan partijen is van groot belang voor het bevorderen van marktwerking, maar is niet voldoende. Partijen moeten er ook belang bij hebben om van deze vrijheid gebruik te maken. In dit verband zal de verdere aanscherping van de verzekeraarsbudgettering een belangrijke impuls zijn voor meer marktwerking.

Partijen moeten niet alleen de vrijheid willen gebruiken, maar ook kunnen gebruiken. Dit betekent dat er sprake moet zijn van evenwichtige marktverhoudingen, substitutiemogelijkheden en transparantie van de markt.

31

*Wordt overwogen in het tweede compartiment de ontwikkeling van HMO-organisaties mogelijk te maken door bijvoorbeeld het verbod op eigen instellingen voor zorgverzekeraars op te heffen? Zo neen, waarom niet? (blz. 13).*

De opheffing van het verbod op eigen instellingen hangt nauw samen met het risico dat door de zorgverzekeraars wordt gedragen met betrekking tot de kosten van de door hen te verlenen zorg. Zodra er een volledige budgettering van verzekeraars in het tweede compartiment is doorgevoerd, kan het verbod op eigen instellingen worden opgeheven.

32

*In welke gevallen moet vooralsnog de WTG van toepassing moet blijven om schoksgewijze tariefaanpassingen te mitigeren? En hoe lang is in dit verband «voorlopig»? (blz. 14).*

57

*Is de voorgenomen afschaffing van de WTG op termijn voor het derde compartiment reëel? Bestaat het gevaar van ongebreidelde prijzengroei? Zo ja, op welke wijze kan dan worden ingegrepen? (blz. 17).*

110

*De Wet Tarieven Gezondheidszorg zal vooralsnog als faciliterend instrument gehandhaafd blijven in het derde compartiment. Op grond van welke criteria kan worden afgeweken van dit instrument? (blz. 37).*

In het derde compartiment wordt de beheersing van de macrokosten losgelaten, dus ook de toepassing van de WTG voor dit doel. Wel blijft toepassing van de WTG ten behoeve van prijsregulering voorlopig voor sommige sectoren gehandhaafd. Uiteindelijk moet in de aanvullende verzekering een ordentelijke prijsvorming plaatsvinden zonder dat de WTG van toepassing is. In de Nota Prijsbeleid die in het tweede kwartaal van 1995 aan het parlement zal worden aangeboden, zal de regering de visie op het tarievenbeleid en de toekomstige toepassing van de WTG uitwerken. Hierin zal onder meer aan de orde komen onder welke voorwaarden en op welk moment de prijsregulering per sector in het derde compartiment wordt losgelaten. Goede marktwerking is de belangrijkste randvoorwaarde om mogelijke prijzengroei te voorkomen.

33

*Kan nadere informatie worden gegeven over het aangekondigde nadere onderzoek naar de vermogenspositie van de sociale ziektekostenverzekering? Wat is in dit verband de visie van de regering op het standpunt van de Verzekeringskamer ten aanzien van de voorziening voor veroudering ziektekostenverzekering, zoals verwoord in een brief van 21 maart 1995? (blz. 11).*

Met betrekking tot de vermogenspositie van de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten zijn vooral twee zaken van belang. In de eerste plaats de vaststelling van de normvermogens, waartegen de feitelijk aanwezige vermogens worden afgezet, ten einde de omvang van het vermogenstekort te bepalen. In de tweede plaats de wijze van definiëren van de feitelijk aanwezige vermogens. Beide grootheden zijn van invloed op de omvang van de vermogenstekorten in beide fondsen, die het kabinet tussen nu en 1998 wil wegwerken.

Herbezinning op de vermogensnormen is noodzakelijk, gelet op de wijzigingen die het ziektekostenstelsel de afgelopen jaren heeft ondergaan en de komende jaren nog zal ondergaan. Tevens ligt hier een relatie met

de wijze van vaststellen van de vermogensnormen voor de overige centrale sociale fondsen.

Voor de vaststelling van de feitelijk aanwezige vermogens is van belang of wel of niet wordt uitgegaan van saldering van de (negatieve) vermogens van de centrale fondsen met de (positieve) vermogens van de individuele uitvoeringsorganen, zoals tot nu toe geschiedt. Indien inhaal van de vermogenstekorten van de centrale fondsen de komende jaren plaatsvindt op basis van berekeningen waarin deze saldering wordt toegepast, zal naar mijn mening in werkelijkheid geen volledige aanzuivering van de tekorten van die fondsen plaatsvinden. Om die reden heb ik recent deze problematiek in het kabinet aan de orde gesteld. Over deze zaak zullen nadere technische besprekingen plaatsvinden, waarbij ook het Centraal Planbureau zal zijn betrokken.

De brief van de Verzekeringskamer d.d. 21 maart 1995 heeft geen betrekking op de vermogenspositie van de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, maar op die van de particuliere verzekeraars. In de brief wijst de Verzekeringskamer op de gevolgen voor in het bijzonder de voorgescreven vergrijzingsvoorziening van terugheveling van verstrekkingen, waaronder de farmaceutische hulp, van de AWBZ naar de particuliere verzekering en van maatregelen tot beperking van de toegang tot de WTZ-omslagregeling. Voor zover het zich thans laat aanzien gaat het hierbij om omvangrijke effecten, waarvan moet worden aangenomen dat zij niet zonder gevolg zullen kunnen blijven voor de hoogte van de particuliere ziektekostenpremies. Overleg, allereerst op ambtelijk niveau, met de Verzekeringskamer en met Zorgverzekeraars Nederland acht ik noodzakelijk alvorens hierover nadere uitspraken te doen.

34

*In hoeverre wordt de MOOZ aangepast? (blz. 14).*

Er is geen sprake van voornemens de Wet MOOZ aan te passen.

35

*Acht de Regering implementatie van het te voeren kostenbeheersingsbeleid voor de geneesmiddelen binnen de door haar beoogde termijn daadwerkelijk haalbaar mede in relatie tot mogelijke frictie met internationale verdragen? (blz. 15).*

36

*Kan een overzicht worden gegeven van alle maatregelen (met alle pro's en contra's) waaraan is gedacht om de prijzen voor geneesmiddelen meer in lijn te brengen met het prijspeil in omringende landen, alvorens werd besloten wetgeving in te dienen? (blz. 5).*

40

*Welke omstandigheden zouden zich moeten voordoen om de wet die de prijzen van geneesmiddelen maximeert tijdelijk buiten werking te stellen? (blz. 15).*

41

*In welke mate wordt rekening gehouden met Europeesrechtelijke belemmeringen bij het realiseren van wetgeving ter maximering van de prijzen van geneesmiddelen? (blz. 15).*

42

*Kan de stand van zaken ten aanzien van de voorgenomen Wet ter maximering van de prijzen van geneesmiddelen en de resultaten van overleg met de sector in deze gegeven worden? (blz. 15).*

43

*Is hier of elders ervaring opgedaan met een wet die niet bedoeld is als inflatieremmer, maar ter beperking van prijsstijgingen? Zo ja, wat zijn hiervan de resultaten? (blz. 15).*

De ontwikkeling van de voorgenomen wet op de geneesmiddelenprijzen bevindt zich thans in een afrondende fase. De memorie van toelichting zal een compleet beeld geven van wat met de wet wordt beoogd, hoe de wet wordt toegepast en hoe de wet zal uitwerken: ook zal worden ingegaan op de nationale en Europeesrechtelijke aspecten ervan. Op de thans reeds door de kamerleden gestelde vragen zal het wetsvoorstel antwoord geven, zodat ik op dit moment volsta met het aangeven van het tijdpad.

Het wetsvoorstel is inmiddels door het kabinet aan de Raad van State voorgelegd.

Teneinde de geplande bezuinigingen per 1 januari 1996 te kunnen realiseren, zal ik de Raad van State verzoeken het wetsvoorstel met voorrang te behandelen, zodat het wetsvoorstel nog voor het eind van het zomerreces aan de Tweede Kamer kan worden aangeboden.

37

*Kan de regering aangeven welke bijdragen de verschillende partners betrokken bij de geneesmiddelenvoorziening en geneesmiddelen-distributie, zoals de industrie, de tussenhandel en apothekers zowel in 1995 leveren als in 1998 zullen leveren aan de geplande ombuigingen in de geneesmiddelensector? (blz. 15).*

De voor de komende jaren geraamde ombuigingen zullen voor een belangrijk deel resulteren uit de effecten van de uitvoering van de IWG-aanbevelingen en de invoering van de Wet geneesmiddelenprijzen. De wettelijke verlaging van de prijzen van geneesmiddelen zal als het ware een plafond leggen op de prijsvorming van geneesmiddelen, waarbij onder dit plafond, mede door de uitvoering van de IWG-aanbevelingen, de mededinging zal worden gestimuleerd. Naar verwachting zal hierdoor de huidige margeconcurrentie binnen de bedrijfskolom verminderen en zal hiervoor prijsconcurrentie in de plaats komen. Het aandeel dat elk van de bij de geneesmiddelenvoorziening betrokken actoren zal leveren aan de ombuigingen in de komende jaren is thans niet aan te geven, omdat deze afhankelijk is van de uitkomst van het krachtenspel tussen de verschillende actoren.

38

*In hoeverre blijft bij de Minister de behoefte bestaan om de in de Geneesmiddelenbrief uit 1993 al voorziene Margewet alsnog in te dienen, mede gelet op de vorige vraag? (blz. 15).*

Aan een aparte margewet om de beoogde bijdrage aan de bezuinigingen van de tussenhandel te realiseren, zal geen behoefte meer bestaan, omdat de tussenhandel een van de schakels is waar de marktwerking onder het wettelijk prijsplafond zijn werk zal doen.

39

*Wordt bij het beleid conform de wet die de geneesmiddelen maximeert al voldoende rekening gehouden met het belang van een zelscheppende industrie in Nederland bij de ontwikkeling en toepassing van geneesmiddelen. (blz. 15).*

Bij de ontwikkeling van een Wet op de geneesmiddelenprijzen wordt het belang van een zelscheppende industrie in Nederland in het oog gehouden. Overigens staat de Europese regelgeving terzake niet toe dat de nationale geneesmiddelenindustrie wordt bevoordeeld door hogere



vergoedingen dan wel hogere prijzen voor hun produkten dan die voor geïmporteerde geneesmiddelen.

44

*In een toespraak bij de opening van een farmaceutische fabriek op 16 maart 1995 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gezegd te overwegen een bepaling in het besluit Uitoefening Artsenij-bereidkunst aan te passen om de belemmering van apothekers om te substitueren door generieke geneesmiddelen weg te nemen. Waarom is dit voornemen niet opgenomen in de te nemen maatregelen? (blz. 15).*

De eventuele aanpassing van artikel 26a BUA is nog geen voornemen, maar is onderwerp van studie in het kader van de stimulering van de substitutie. Het is mijn bedoeling om u voor het zomerreces hierover te berichten.

45

*Kan aangegeven worden waaraan wordt gedacht bij het voorstel om te komen tot aanscherping van het geneesmiddelenvergoedingensysteem? (blz. 15).*

Zoals ik in mijn brief van 2 december 1994 (TK 1994–1995, 23 904, nr. 10) over het kostenbeheersingsbeleid in de geneesmiddelensector heb aangekondigd, zal de vergoeding van de op bijlage 4 geplaatste middelen worden gelimiteerd wanneer de geneesmiddelen weer onder de Ziekenfondswet zullen worden gebracht. Daarnaast vindt permanent aanscherping plaats in de vorm van versnelde overheveling van geneesmiddelen van bijlage 6 naar bijlage 5.

46

*Met de Landelijke Huisartsen Vereniging is een afspraak gemaakt over het stimuleren van het op stofnaam voorschrijven. Wanneer is het effect van deze maatregel te verwachten? (blz. 15).*

Deze afspraak is met de Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV) gemaakt in de overeenkomst die ik op 16 december 1994 gesloten heb. Voor de uitwerking hiervan is een gezamenlijke werkgroep ingesteld van LHV, verzekeraars en dit ministerie. Binnen dit kader zal de uitwerking van maatregelen die de LHV voorstelt om te komen tot generiek voorschrijven door de huisarts, worden besproken. Hierbij zal overigens nauw worden aangesloten bij algemene maatregelen op dit vlak, zoals die door het ministerie worden voorbereid. De concrete uitwerking van de afspraak zal door de gezamenlijke werkgroep voor de zomer aan mij worden voorgelegd. Op dit moment kan er vanuit worden gegaan, dat effecten op zullen treden vanaf 1996.

47

*Kan met betrekking tot de hulpmiddelen aangegeven worden welk deel van de kostenstijgingen zijn toe te schrijven aan volumeuitbreiding en welk deel aan prijsstijgingen vanaf 1989? (blz. 15).*

Een splitsing van de uitgaven in volume en prijs is helaas niet beschikbaar.

48

*Kan nader worden uitgewerkt op welke wijze een besparing van f 200 miljoen in de hulpmiddelensector bereikt zal kunnen worden? (blz. 15).*

De uitwerking vindt thans plaats. Evenals bij het incontinentiemateriaal wordt er naar gestreefd om bij de overige hulpmiddelen de prijsconcurrentie op gang te brengen.

Hoofdlijn daarbij is het doorvoeren van strikte verzekeraarsbudgettering per 1-1-1996, zodanig dat verzekeraars meer dan thans het geval is geprikkeld worden om een actief kostenbeheersingsbeleid te voeren. Daarnaast is denkbaar om (op onderdelen) aanvullende instrumenten in te zetten.

Dat kan met het invoeren voor sommige onderdelen van een maximumvergoeding. Ook het invoeren van een soort van vergoedingensysteem analoog aan het geneesmiddelenvergoedingensysteem is denkbaar voor sommige onderdelen. Een nadere uitwerking is thans nog niet te geven.

49

*Moet uit het gestelde in paragraaf 5 afgeleid worden dat de regering is teruggekomen op haar beleidsvoornemens, verwoord tijdens de regeringsverklaring, om wonen en zorg te scheiden en alleen de zorgcomponent te willen overhevelen naar de AWBZ? Indien ja, wat is hiervan de reden? (blz. 15).*

In het regeerakkoord is vastgelegd dat de bejaardenoorden onder de AWBZ zouden moeten worden gebracht. Het kabinet heeft zich echter de vraag gesteld of op het terrein van de ouderenzorg, in afwijking van het regeerakkoord, een begin gemaakt zou kunnen worden met scheiding van wonen en zorg. Alleen de zorg in de bejaardenoorden zou dan in de AWBZ worden ondergebracht, terwijl op het verblijf de regelingen van de volkshuisvesting van toepassing zouden moeten zijn.

Het kabinet neigt tot de conclusie dat formele scheiding wonen en zorg in de bejaardenoorden thans niet haalbaar is. De inkomenseffecten acht het kabinet ongewenst. De bewoners van bejaardenoorden met een inkomen tot en met modaal zouden een beroep moeten doen op inkomensondersteunende maatregelen, waaronder de bijstand. Dit is met name het gevolg van het moeten betalen van kosten voor dienstverlening in het bejaardenoord. Ouderen met een inkomen van 1,5 keer modaal ondervinden bij scheiden van wonen en zorg een gemiddeld positief inkomenseffect. Bovendien zijn nieuwe inkomensondersteunende maatregelen in feite een nieuwe financiering van een bepaalde groep van voorzieningen. Dit heeft grote gelijkenis met het «drie-kolommen-model» van het vorige kabinet, hetgeen door de Tweede Kamer is verworpen. Daarnaast worden ouderen geconfronteerd met verschillende subsidiestromen, hetgeen de duidelijkheid niet vergroot.

Tenslotte is de regelgeving op het terrein van de volkshuisvesting (Huurprijzenwet, Wet IHS, garantieregeling sociale woningbouw) nu niet toegesneden op de scheiding van wonen en zorg in bejaardenoorden. Daardoor zou voor de meeste bejaardenoorden de IHS-regeling bijvoorbeeld niet van toepassing zijn.

50

*Hoe wordt de eventuele afschaffing van de vermogenstoets bij overheveling van de WBO-zorg naar de AWBZ budgettair uitgewerkt? Worden de kosten daaraan verbonden binnen de sector gecompenseerd? Zo ja, tot welke ombuigingen kan dat leiden? (blz. 16).*

Het kabinet heeft nog geen besluit genomen over eventuele afschaffing van de vermogenstoets bij de bejaardenoorden, noch over de te nemen maatregelen welke het eventuele verlies aan eigen bijdragen moeten compenseren. In het regeringsstandpunt over het advies van de commissie-Welschen zal het kabinet hierover uitsluitsel geven.

51

*Waarom wordt, terwijl de overheveling van de WBO naar de AWBZ niet plaats vindt per 1 januari 1996, toch gekozen voor een extra rijksbijdrage van f 2,7 miljard aan de ziekenfondskas per 1 januari 1996, terwijl het regeerakkoord uitgaat van een gelijktijdige handeling? Met welk percentage zal het tarief in de eerste schijf worden verhoogd? (blz. 16).*

De rijksbijdrage aan de ZFW wordt reeds per 1 januari 1996 verhoogd, omdat op deze wijze nauw wordt aangesloten bij het in de doorrekening van het regeerakkoord verwerkte inkomenseffect dat uit hoofde van de WBO-overheveling in 1996 zou zijn opgetreden.

De verhoging van het belastingdeel van het tarief in de eerste schijf bedraagt circa 1%-punt. Zou de WBO-overheveling al in 1996 zijn gerealiseerd, dan zou niet het belastingdeel, maar het premiedeel (AWBZ) met 1%-punt zijn gestegen.

52

*Wanneer komt het regeringsstandpunt over het rapport van de Commissie Welschen nu precies? (blz. 16).*

Het regeringsstandpunt over het rapport van de commissie-Welschen zal voor het zomerreces worden aangeboden.

53

*Op welke wijze verhoudt zich het voornemen om te komen tot een nieuwe geïntegreerde verstrekking ziekenhuis/specialistische hulp tot de extramuraal gevestigde specialistenpraktijken, privéklinieken en poliklinieken? (blz. 16).*

Indien er overgegaan zou worden tot een geïntegreerde verstrekking ziekenhuishulp/specialistische hulp betekent dat in beginsel dat er dan geen aparte aanspraak meer bestaat op niet-klinische specialistische hulp. Verzekerden hebben dan nog slechts aanspraak op specialistische hulp die verleend wordt door ziekenhuizen.

54

*Om welke reden wordt de WBO pas in 1997 ondergebracht in de AWBZ? (blz. 16).*

Integrale overheveling van de bejaardenoorden naar de AWBZ betekent (ingrijpende) wijziging van de WBO. Dat betekent derhalve indienen van een wetsontwerp via de Ministerraad, advies Raad van State, behandeling in Tweede en Eerste Kamer en publikatie.

Daarnaast moeten alle ruim 1500 bejaardenoorden de subsidierelatie met de provincie/grote gemeente/VWS beëindigen en een nieuwe subsidierelatie aangaan met het verbindingskantoor. Dat is een grote operatie die zorgvuldig moet plaatsvinden, en die niet in enkele maanden is te verwezenlijken.

Gelet op het bovenstaande acht het kabinet overheveling per 1 januari 1996 volstrekt onhaalbaar. Zelfs overheveling per 1 januari 1997 zal een uiterste krachtsinspanning van alle betrokkenen vereisen.

55

*Op welke manier wordt de tariefstructuur voor huisartsen gewijzigd? (blz. 17).*

Als uitwerking van de overeenkomst die op 16 december 1994 is gesloten tussen de minister van VWS en de LHV is een gezamenlijke werkgroep van LHV, ZN, KPZ en VWS ingesteld. Deze werkgroep heeft onder meer tot taak te adviseren over de tariefstructuur van de huisartsen. Naar verwachting zullen de adviezen eind mei worden uitgebracht.

56

*Wanneer komt de beleidsnota inzake curatieve zorg precies? (blz. 17).*

De nota inzake de modernisering van de curatieve zorg zal voor het zomerreces worden aangeboden.

58

*Kan aangegeven worden waarom niet is gekozen om bepaalde groepen, zoals «rijke» bejaarden en studenten uit de WTZ te halen, doch slechts om de mogelijkheid te onderzoeken om de toegang tot de pooling van nieuwe gevallen te beëindigen? (blz. 18).*

In de praktijk is de maatschappelijke noodzaak gebleken dat zowel voor bejaarden als voor studenten de toegang tot de particuliere verzekering via de WTZ gewaarborgd moet blijven, omdat in beide categorieën altijd wel personen met een zodanig slechte gezondheidstoestand voorkomen dat zij op de particuliere markt moeilijk dekking voor hun ziektekosten kunnen vinden. De toegang koppelen aan het inkomen van betrokkenen acht het kabinet binnen de particuliere markt niet mogelijk. Consequentie van het ontbreken van inkomensafhankelijke elementen binnen de particuliere markt is dat bij aanwijzing van groepen voor verplichte acceptatie op de WTZ-standaardpakketpolis soms ook personen WTZ-verzekerd worden voor wie dat op grond van hun inkomenssituatie niet strikt noodzakelijk is. Dit verschijnsel doet zich het sterkst voor bij bejaarden, aangezien in de meeste gevallen maatschappijpolissen bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd van de verzekerde «automatisch» worden omgezet in WTZ-standaardpakketpolissen. Overigens blijft keuze voor de WTZ-verzekering uiteindelijk altijd een beslissing van de verzekerde zelf. Rijke bejaarden zijn in principe dan ook niet verplicht om deel te nemen aan de WTZ. Tevens is de maandelijkse premie voor een WTZ-standaardpakketpolis voor een bejaarde, ad f 148,- (1995) (exclusief MOOZ-bijdrage en WTZ-omslagbijdrage) zeker niet goedkoop te noemen gelet op het premieniveau van de gemiddelde maatschappijpolis.

Bij het oplossen van de WTZ-problematiek gaat, zoals aangegeven de voorkeur van het kabinet uit naar de totstandkoming van een premiebandbreedteregeling in de particuliere markt. Aangezien dat naar het zich laat aanzien nog wel even aan zal lopen, wil het kabinet allereerst de mogelijkheid onderzoeken om onder handhaving van de acceptatieplicht van de reeds aangewezen categorieën van verzekerden het WTZ-omslagtekort terug te dringen door de voor nieuwe gevallen de pooling af te sluiten, wier risico daardoor ten laste van de desbetreffende ziektekostenverzekeraar blijft.

59

*In hoeverre zijn particuliere verzekeraars bereid het geneesmiddelenvergoedingensysteem in de polissen op te nemen? (blz. 19).*

Uit de brief van 5 april 1995, kenmerk: SBIZ/95/036/Hs/Wi, van Zorgverzekeraars Nederland blijkt dat particuliere ziektekostenverzekeraars bereid zijn om het GVS in de maatschappijpolissen op te nemen. Blijkens die brief zijn particuliere ziektekostenverzekeraars van mening dat het GVS zijn waarde heeft bewezen als kostenbeheersingsinstrument.

Te uwer informatie is een afschrift van deze brief bijgevoegd.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling  
Parlementaire Documentatie.

60

*Wordt daar waar het gaat om een beperking van de aanspraak op fysiotherapie in de ZFW en WTZ en gestreefd wordt naar het treffen van een maatregel die zorginhoudelijk is onderbouwd, gedacht in de richting van een regeling waarbij patiënten die fysiotherapie nodig hebben in groepen worden verdeeld en waarbij chronische patiënten worden ontzien?*

*Welke kostenbesparingen zijn hiermee naar verwachting op jaarbasis te bereiken? (blz. 20).*

61

*Op welke termijn wordt de Kamer geïnformeerd over de uitkomsten van overleg met de beroepsgroep en verzekeraars inzake de beperking van het pakket fysiotherapie?*

*Is de beroepsgroep huisartsen ook bij dit overleg betrokken? (blz. 20).*

62

*Wat gebeurt er als het overleg met de beroepsgroep en de zorgverzekeraars niet tijdig (ten opzichte van 1 januari 1996) leidt tot een zorginhoudelijke beperking van het pakket op het terrein van de fysiotherapie? (blz. 20).*

63

*Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot de invulling van de bezuiniging op de verstrekking fysiotherapie? Wat is de mening over het voorstel van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde fysiotherapeuten, die vast wil houden aan de eigen betaling van de eerste 6 behandelingen? Is de door hen geraamde opbrengst reëel? (blz. 20).*

64

*Wat is de tijdlimiet om een zorginhoudelijk concept van beperking van de fysiotherapie operationeel te hebben, wil deze beperking daadwerkelijk in kunnen gaan per 1 januari 1996, alsmede de uitgaven beperkt met f 200 miljoen? (blz. 20).*

Zoals in de brief van 20 maart jl. staat aangegeven, zal ik mij inspannen om tot een zorginhoudelijk onderbouwde beperking van de aanspraak op fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck te komen.

Op dit moment wordt overleg gevoerd met de organisaties van fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck, huisartsen en zorgverzekeraars over de haalbaarheid van een dergelijke beperking van de aanspraken en de bereidheid van partijen mee te werken aan realisering ervan met ingang van 1 januari 1996. Onderdeel van dit overleg is ook het voorstel van de Nederlandse Vereniging van Vrijgevestigde Fysiotherapeuten (VVF). Dit houdt niet in – zoals een der vragenstellers aanneemt – het invoeren van eigen betaling voor de eerste 6 behandelingen. De VVF stelt voor de verstrekking te beperken tot de eerste 6 behandelingen, waarbij het vereiste van verwijzing door een arts komt te vervallen. Ik zal u mijn oordeel geven over het voorstel na afronding van het overleg.

Om er zeker van te zijn, dat invoering van een zorginhoudelijke beperking per 1 januari 1996 daadwerkelijk mogelijk is zal uiterlijk 1 juni a.s. duidelijk moeten zijn, dat deze haalbaar is en dat partijen bereid zijn aan realisering per 1 januari 1996 hun medewerking te verlenen. Als onverhoopt mocht blijken dat niet tijdig genoeg tot een zorginhoudelijke beperking kan worden gekomen die op 1 januari 1996 kan worden ingevoerd, zal ik mij beraden op de – wellicht tijdelijke – alternatieven die voorhanden zijn om de beoogde financieringsverschuiving en volumebeperking van f 200 mln te realisering.

Zodra deze duidelijkheid er is, zal ik de Kamer hierover informeren.

65

*Wanneer zal de opschoning van het wettelijk verzekerde pakket (AWBZ als ZFW) conform de methode Dunning zijn voltooid?*

*Welke stappen zullen concreet worden gezet?*

*Op grond van welke gegevens kan worden gesteld dat de opschoning een bedrag van f 90 miljoen kan opbrengen? (blz. 20).*

106

*Kan aangegeven worden op welke termijn delen van aanspraken op grond van de methode Dunning uit het pakket worden verwijderd, gezien het feit dat dit niet in het tijdpad is aangegeven? (blz. 36).*

In de nota «Gezond en Wel» (Tweede Kamer, vergaderjaar 1994–1995, nr. 24 126) heb ik toegezegd dat u in de eerste helft van 1995 een discussienota tegemoet kunt zien waarin het beleid tot bevordering van doelmatigheid van zorg wordt uiteengezet en de rol daarbij van medische technology assessment.

In deze discussienota zal ik ingaan op de wijze waarop ik de opschoning van het pakket gestalte wil geven. Momenteel beraad ik mij nog op de voorstellen die ik de Kamer wil doen en welk tijdpad mij daarbij voor ogen staat.

Gelet op de opbrengst die gerealiseerd wordt door de anti-conceptiepil voor volwassenen uit het pakket te schrappen, acht ik een bedrag van f 90 mln haalbaar.

66

*Kan het BTW-tarief op condooms worden verlaagd? Zo nee, waarom niet? Wordt over de mogelijkheid tot verlaging van het BTW-tarief op condooms overlegd tussen het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en het ministerie van Financiën? Zo nee, bestaat die intentie? Is het bekend welke EU-landen (inmiddels) het lage BTW-tarief hebben ingevoerd? (blz. 20).*

EG-richtlijnen verhinderen het verlagen van het BTW-tarief op condooms niet.

Een eerste contact met het ministerie van Financiën is gelegd.

Duidelijk is dat in elk geval Frankrijk in verband met de aidsbestrijding in 1988 het BTW-tarief op condooms verlaagd heeft.

67

*Kan naar aanleiding van het voornemen de anticonceptiepil voor volwassenen uit het verzekeringspakket te halen, aangegeven worden welke beleidsvisie de regering heeft ten aanzien van geboorteregeling respectievelijk het bevolkingsvraagstuk, mede in het licht van de afspraken die gemaakt zijn op de internationale conferentie voor de bevolking en ontwikkeling in Cairo 1994? (blz. 20).*

De beleidsvisie van het kabinet over geboorteregeling is dat burgers zoveel mogelijk zelf verantwoordelijkheid dragen. De uitoefening van deze verantwoordelijkheid kan bevorderd worden door het creëren van voorwaarden. Hierbij kan gedacht worden aan het bevorderen van een open gespreksklimaat door het bieden van informatie in het onderwijs en gezondheidsvoorlichting in het algemeen, aan een open gespreksklimaat in de hulpverlening over geboorteregeling.

Met deze en andere maatregelen is het de bedoeling de Nederlandse gezondheidszorg te verbeteren en de toegankelijkheid en de kwaliteit te waarborgen.

Dit is in overeenstemming met het actieprogramma van de UN-conferentie over bevolking en ontwikkeling, die vorig jaar in Caïro plaatsvond.

68

*Kan nader geadstrueerd worden, mede in het licht van de toename van de RIAGG-hulpverlening vanuit de vrijgevestigde psychotherapeuten, waarom een knip in de financiering van de geestelijke gezondheidszorg niet de voorkeur zou verdienen. (blz. 21).*

104

*Welke vormen van psychiatrische hulpverlening onderscheidt de regering?*

*Is opname in de AWBZ voor al deze vormen van hulpverlening conform de doelstellingen van de AWBZ (langdurige en onverzekerbare zorg)?*

*Kan de minister aangeven welke samenhang er tussen welke onderdelen bestaat? (blz. 35).*

In het verlengde van de gewenste functionele ordening van de geestelijke gezondheidszorg is uitgegaan van de hulpverlening, zoals die door een of vanuit erkende instellingen en door erkende beroepsbeoefenaren in de geestelijke gezondheidszorg (ggz) wordt verleend. Het gaat dan om de volgende voorzieningen en personen: psychiatrisch ziekenhuis, psychiatrische deeltijdbehandeling, psychiatrische polikliniek, RIAGG, RIBW, herstellingsoord, vrijgevestigd psychiater en vrijgevestigd psychotherapeut.

Binnen de ggz zijn cure resp. kortdurende hulpverlening en care resp. langerdurende hulpverlening in vraag, aanbod en patiëntenpopulatie feitelijk sterk met elkaar verbonden.

Ik verwijs terzake naar de beschouwingen in onderdeel 5.4.1. en 5.4.2.a. van het Rapport Zuinig met Zorg, waarin op deze samenhang wordt ingegaan; in dat laatste onderdeel wordt ook ruim aandacht besteedt aan de ongewenste zorginhoudelijke en financiële effecten die kunnen optreden bij een spreiding van het ggz-aanbod over de drie verzekeringscompartimenten.

Daaraan kan nog worden toegevoegd dat het beleid binnen de ggz er op gericht is om te komen tot een functioneel geordende, doelmatige zorg op regionale basis in de vorm van ondermeer onderscheiden circuits voor kortdurende resp. langerdurende psychiatrische hulpverlening. Hier is echter sprake van een omvangrijk proces van herstructurering dat voorlopig nog niet is afgerond. Een gerichte centrale sturing blijft voorlopig noodzakelijk om dit en de andere herstructureringsprocessen in de ggz vorm te geven en te stimuleren.

Om deze inhoudelijke en beleidsmatige redenen is er voor gekozen om op dit moment de ggz centraal vanuit één financieel, verzekerings- en beleidskader (het AWBZ-compartiment) te blijven aansturen. Daarbij wordt onderkend dat met deze keuze een (zij het op zich moeilijk af te grenzen) deel van de ggz-zorg voorlopig onder de AWBZ blijft, hoewel dat moeilijk onder de noemer «langdurig en onverzekerbaar» gevat kan worden. Ik acht dat aanvaardbaar.

Deze argumentatie geldt ook voor de ambulante psychotherapie. Ook hier is sprake van een noodzakelijk herstructurerings- en saneringsproces, gericht op een verbetering van de kostenbeheersing, van de regionale indicatiestelling en -toetsing, van voortgangsbewaking en van regionale beleidsontwikkeling.

Centrale sturing is ook hier voorlopig noodzakelijk om dit proces succesvol voort te zetten en af te ronden. Met vertegenwoordigers van alle aanbieders van ambulante psychotherapie (RIAGG-en, vrijgevestigd

psychotherapeuten, vrijgevestigd psychiaters en psychiatrische poliklinieken) vindt binnenkort overleg plaats over de effectuering van dit beleid.

72

*Op grond van welke overwegingen is besloten een eigen risico eerst in 1997 te implementeren en niet reeds in 1996 daartoe over te gaan? Welke mogelijke fricties bestaan er terzake met de internationale verdragen? (blz. 21).*

75

*Welke mogelijkheden zijn er om de particuliere ziektekostenverzekeraars te verplichten een eigen risico in te voeren? (blz. 21).*

81

*Waarom precies wordt de mogelijkheid opengelaten van eigen bijdragen gebaseerd op het consumptieremmend effect naast een eigen risico van f 200,- (blz. 22).*

83

*Voor de eigen bijdragen gebaseerd op het consumptieremmend effect/medefinanciering zal per onderdeel gezien worden of voortbestaan naast een eigen risico wenselijk is. Welke criteria worden hier gehanteerd? (blz. 22).*

135

*Op welke parameters van convergentie wordt gedoeld als gezegd wordt dat voor wat de invoering van een verplicht eigen risico aan de voet betreft, het kabinet de relatie legt met het tot stand komen van convergentie tussen ZF-verzekering en particuliere markt? (blz. 41).*

141

*Is het denkbaar dat het bedrag van f 200,- eigen risico in deze kabinetsperiode verhoogd wordt? Tot welk bedrag? (blz. 41).*

In het regeerakkoord is vastgelegd dat in de huidige regeerperiode een eigen risico aan de voet van f 200,- stapsgewijs zal worden ingevoerd. Aangenomen wordt echter dat de consumptieremmende werking die van het invoeren van een eigen risico wordt verwacht, slechts optreedt indien het eigen risico een substantiële omvang heeft. Daarom is besloten af te zien van een stapsgewijs invoeren van een eigen risico en in plaats daarvan het eigen risico voor het volledige bedrag van f 200,- aan de voet in 1997 in te voeren.

Naast de inhoudelijke doelstelling met betrekking tot het bevorderen van gepast gebruik heeft invoering van een eigen risico ook een effect op de collectieve lasten en de premiehoogte. Ook daarover zijn in het regeerakkoord afspraken gemaakt. Tevens is in het regeerakkoord aangegeven dat het eigen risico in de plaats komt van eigen bijdragen die cumulatief uitwerken.

Op voorhand is dus niet afgesproken dat met invoering van een eigen risico alle eigen bijdragen zullen worden afgeschaft. Vandaar dat de mogelijkheid open gehouden wordt dat er naast het eigen risico nog eigen bijdragen zullen gelden. De criteria die daarbij gehanteerd zullen worden, zijn of bij een zorgvorm een eigen bijdrage nodig zal zijn vanwege het consumptieremmende effect specifiek op die zorgvorm of dat een eigen bijdrage voor een bepaalde zorgvorm wenselijk is uit oogpunt van medefinanciering. Redenen hiervoor kunnen zijn: stimulering zorgvuldig gebruik, stimulering regelmatig tandartsbezoek bij de jeugd en de vraag of de verzekering altijd alle kosten moet dekken. Te denken valt aan het gvs. Indien de verzekerde een bepaald geneesmiddel wenst dat



duurder is dan vergelijkbare geneesmiddelen kan dat, maar dan moet hij het bedrag boven de limiet zelf betalen.

Het kan zijn dat een eigen bijdrage gerechtvaardigd is omdat een verzekerde profijt heeft van het gebruik van een voorziening.

Een eigen bijdrage kan ook wenselijk zijn om te bevorderen dat overgegaan wordt naar goedkopere zorg.

Met de opmerkingen in de nota dat het kabinet bij invoering van een eigen risico een relatie legt met het tot stand komen van convergentie wil het kabinet aangeven er aan te hechten dat de invoering van een eigen risico in de Ziekenfondswet in samenhang wordt gezien met een zelfde ontwikkeling in de particuliere markt. Zoals aangegeven wordt in de brief van Zorgverzekeraars Nederland van 5 april 1995, hebben de verzekeraars zich voorgenomen reeds per 1-1-1996 een eigen risico aan de voet van f 200,- in te voeren.

Tot op heden zijn er geen voornemens om het in het regeerakkoord genoemde bedrag ad f 200,- te verhogen.

Zoals vermeld in de nota zal het eigen risico geen betrekking hebben op de huisartsenhulp. Dit om geen onaanvaardbare drempels voor de toegang tot noodzakelijke zorg op te werpen. Tevens wordt daardoor de poortwachtersfunctie van de huisarts benadrukt. Eveneens zal het eigen risico geen betrekking hebben op moederschapzorg, teneinde niet in strijd te komen met ILO-verdrag 102.

73

*Kan beargumenteerd worden aangegeven waarom niet is besloten tot invoering van een eigen bijdrage tot een inkomensafhankelijk maximum volgens het zogenaamde IZA-model? Is de regering bereid tot invoering van zo'n model over te gaan in plaats van het voorgenomen eigen risico wanneer zich daarvoor een meerderheid in de Kamer aftekent? (blz. 21).*

78

*Is er inmiddels een opdracht geformuleerd voor een nader onderzoek naar het IZA-systeem, zoals in het regeerakkoord is voorzien? Is het onderzoek reeds gestart? Kan de Kamer worden geïnformeerd over opdrachtformulering, doorlooptijd en mogelijke implementatie? (blz. 21).*

79

*In hoeverre werkt Europese wet- en regelgeving belemmerend op de introductie van een IZA-achtig systeem? Kunnen deze belemmeringen worden weggenomen en zo ja hoe dan? (blz. 21).*

140

*Op welke termijn gaat nader onderzoek plaatsvinden naar een IZA-systeem? Wanneer zijn daarvan de resultaten te verwachten? (blz. 41).*

158

*Heeft reeds onder verantwoordelijkheid van de toenmalige staatssecretaris van Volksgezondheid, de heer Simons, een haalbaarheidsonderzoek plaatsgevonden naar een ziektekostenverzekeringssysteem met een inkomensafhankelijk eigen risico en wat waren daarvan de uitkomsten?*

Over de mogelijkheid om een zogenaamd IZA-systeem, dat wil zeggen een systeem van een procentuele eigen bijdrage met een inkomensafhankelijk maximum, in te voeren in de destijds voorgestane basisverzekering heeft de toenmalige staatssecretaris een onderzoek laten verrichten.

Het onderzoeksrapport hierover van de VB-groep, is op 21 september 1993 aan het parlement gezonden (TK, 1993-1994, 22 393, nr. 63).

In het regeerakkoord is over een IZA-systeem het volgende opgemerkt: «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. Onderzoek vindt plaats naar de uitvoerbaarheid van de introductie van een systeem in de verplichte ziektekostenverzekering, dan analoog is aan de IZA. Hangende dit onderzoek wordt het bedrag van f 200,- eigen risico niet verhoogd».

Hoewel het VB-rapport betrekking had op invoering van een IZA-achtig systeem in een basisverzekering, zijn de onderzoeksresultaten bruikbaar voor de beoordeling van de mogelijkheden om een dergelijk systeem binnen andere verzekeringsstructuren in te voeren.

Punten van aandacht zijn nog de mogelijkheid van invoering in de particuliere markt, de situering van het orgaan dat de inkomensafhankelijke toetsing/restituering uitvoert en de uitvoeringskosten. Voor wat betreft de invloed van de internationale regelgeving wordt opgemerkt dat op grond van het ILO-verdrag nr. 102 moederschapszorg zal worden uitgezonderd.

Zoals aangegeven is in het regeerakkoord afgesproken een eigen risico aan de voet in te voeren. Mijnerzijds is bij de presentatie van de onderhavige nota gesteld dat indien de coalitiepartners consensus zouden bereiken over een voorstel om in plaats van een eigen risico aan de voet over te gaan tot invoering van een IZA-achtig systeem dat voorstel welwillend zou worden ontvangen.

74

*Wat is het oordeel van de regering over het voorstel van de invoering van het inkomensafhankelijk eigen risico te starten met de particulier verzekerden onder gelijktijdige verlaging van de ziekenfondsgrens naar f 40 000,-? Hoe verhoudt een en ander zich tot de inhoud van het regeerakkoord? (blz. 21).*

Een van de doelstellingen van de invoering van een eigen risico in de ZFW is de verzekerde te confronteren met kosten die hij, indien hij hulp inroept, voor de zorgsector genereert. De verwachting is dat vorenbedoelde confrontatie zal leiden tot een kostenbewust gedrag door de verzekerde, in die zin dat hij slechts naar de dokter gaat wanneer dat echt nodig is. Voor zover mij een voorstel, zoals in de vraag verwoord, vanuit de pers bekend is, bestaat de indruk dat de vermelde verlaging van de loongrens ziekenfondsverzekering dat effect niet heeft. Over een dergelijk voorstel zijn geen afspraken gemaakt in het regeerakkoord.

76

*Zal de invoering van een verplicht eigen risico een remmend effect te weeg brengen? (blz. 21) .*

77

*In hoeverre is een verplicht eigen risico verdedigbaar ten op zichte van ouderen en chronisch zieken die per definitie hun f 200,- verplicht eigen risico kwijt zullen zijn. (blz. 21).*

In het regeerakkoord is uitgangspunt dat een verplicht eigen risico behalve een financieringsverschuiving ook een remmend effect op de zorgconsumptie zal hebben. Voor een bedrag van f 200,- is gekozen omdat dit een bedrag is dat door iedereen te dragen is, ook door mensen met een smalle beurs. Het gaat immers om circa 1% van het netto minimuminkomen. Voor een lager bedrag is niet gekozen omdat het kabinet daar geen consumptieremmend effect van verwacht. Een bedrag van f 200,- is daarom ook redelijk te dragen door personen die veel gebruik maken van zorg en dit bedrag per definitie kwijt zijn.

80

*Hoe is de stand van zaken ten aanzien van het wetsvoorstel invoeren verplicht eigen risico Ziekenfondswet? (blz. 21).*

De voorbereiding van het voorstel van Wet verplicht eigen risico ziekenfondsverzekering is binnen het departement van VWS afgerond. Het kabinet heeft echter besloten dit wetsvoorstel te behandelen in samenhang met voorstellen over een analoge ontwikkeling in de particuliere markt. Na overleg met de particuliere verzekeraars in de eerste helft van mei zal ik de ministerraad hierover voorstellen voorleggen.

82

*Welke concrete voorstellen hebben de verzekeraars naar voren gebracht? (blz. 22).*

85

*Welke concrete voorstellen hebben verzekeraars gedaan in het eerste kwartaal van 1995 om te komen tot convergentie? Op welk moment besluit u dat wetgeving al dan niet noodzakelijk is? Welke criteria spelen daarbij een rol? (blz. 22).*

86

*Zal een convergentiewet worden ingevoerd als blijkt dat één verzekeraar zich niet houdt aan de gemaakte afspraken van invoering van een verplicht eigen risico aan de voet? (blz. 22).*

145

*Is het alsnog mogelijk en wenselijk dat de wettelijke regeling van convergentie voorafgaande aan de eventuele invoering getoetst wordt aan Europese regelgeving? (blz. 46).*

146

*Wat zijn naar de mening van de Minister de positieve effecten van het bij wet kunnen regelen van convergentie? (blz. 47).*

148

*Ten aanzien van het pakket verplichte ziektekostenverzekering, de acceptatieplicht, de premiestructuur en de verzekeraarsbudgettering, worden vele zaken in vragende vorm gesteld. Wanneer kan de Kamer de standpunten van de regering in deze verwachten? (blz. 48).*

152

*Waarom wil de regering zich niet uitspreken over de richting die het «naar elkaar toegroeien» van de premiestructuur (met als eindsituatie een uniforme premiestructuur) moet hebben? (blz. 49).*

153

*Op welke termijn informeert de regering de Kamer over haar standpunt over de voorstellen van Zorgverzekeraars Nederland inzake het karakter van het convergentiemodel? (blz. 53).*

154

*Wat is de reactie van de minister op de brief van Zorgverzekeraars Nederland van 5 april 1995, inzake de visie van de zorgverzekeraars?*

Zoals is aangegeven in de nota heeft in de herfst van vorig jaar een eerste bestuurlijk overleg plaatsgevonden met verzekeraars over de mogelijkheden om op vrijwillige basis tot convergentie te komen. Uit de brieven van 8 december 1994 en 13 februari 1995 (welke bij de nota zijn

gevoegd) blijkt dat verzekeraars bereid zijn om gezamenlijk met de overheid tot concrete stappen te komen. Zo is reeds aangegeven dat verzekeraars bereid zijn om op vrijwillige basis de overheveling van verstrekkingen uit de AWBZ zodanig vorm te geven dat van een gegarandeerde opvang in de particuliere markt kan worden gesproken. Tevens is aangegeven dat particuliere verzekeraars bereid zijn bij farmaceutische hulp het GVS over te nemen. Daarnaast willen verzekeraars reeds per 1-1-1996 een eigen risico aan de voet van f 200,- invoeren.

In de brief van 5 april 1995 hebben verzekeraars nader aangegeven hoe zij op vrijwillige basis vorm willen geven aan door het kabinet voorgestelde maatregelen. Deze brief wordt thans bestudeerd. Het voornemen bestaat om in de eerste helft van mei een bestuurlijk overleg met verzekeraars te houden. In dat overleg kan nader gesproken worden over de medewerking van de verzekeraars aan de kabinetsplannen. Eerst na dat overleg zal het mogelijk zijn conclusies te trekken met betrekking tot het al dan niet wenselijk dan wel noodzakelijk zijn van wettelijke maatregelen.

In dat kader wordt nogmaals verwezen naar de in de nota genoemde onzekerheden met betrekking tot mogelijke strijdigheid tussen regelgeving ten aanzien van particuliere verzekeraars en de Europese regelgeving. Deze onzekerheden dwingen tot een zorgvuldige afweging tussen de voordelen van een draagvlak in de markt voor de in te voeren maatregelen door vrijwillige medewerking van verzekeraars tegenover de juridische zekerheid van afdwingbaarheid bij wetgeving.

Daarnaast zullen bij een eventuele beslissing om te komen tot een wettelijke regelgeving de concrete voornemens met de Europese Commissie moeten worden besproken, voorafgaand aan de start van het formele wetgevingsproces in het parlement. Op die wijze kan onzekerheid over de eventuele houdbaarheid van een tot stand gekomen wettelijke regeling beperkt worden.

Vooralsnog bestaan er goede verwachtingen over het met verzekeraars op vrijwillige basis tot afspraken kunnen komen.

Voor wat betreft de inhoud van een eventuele convergentiewet wordt er op gewezen dat de vragen die over een aantal aspecten (bijvoorbeeld pakketsamenstelling, acceptatieplicht, premiestructuur en dergelijke) in de nota zijn vermeld, tot doel hebben om in discussie met de Kamer tot een nadere gedachtebepaling te komen over de gewenste inhoud van die begrippen.

84

*Kan het voornemen te komen tot twee typen eigen bijdrageregelingen AWBZ, waarbij de specifieke verstrekkingen worden ingedeeld in een van de twee bijdrageregelingen, nader uiteengezet worden? (blz. 22).*

Momenteel zijn er aantal bijdrageregelingen in de AWBZ, namelijk een bijdrageregeling voor intramurale zorg en een bijdrageregeling voor gezinszorg. Daarnaast is er contributieregeling voor het kruiswerk. Voorts is bij een zeer beperkt aantal hulpmiddelen een bijdrage verschuldigd. Deze laatste bijdragen blijven bij het vervolg van het antwoord buiten beschouwing aangezien hiervoor niet het voornemen bestaat de regeling te wijzigen.

Teneinde de mogelijkheid van substitutie tussen intramurale, semimurale en extramurale zorg te bevorderen streeft het kabinet er naar de bijdragen zoveel mogelijk te harmoniseren. Daarbij streeft het kabinet naar het totstandkomen van een tweetal regelingen, namelijk een bijdrageregeling voor extramurale en kortstondige intramurale zorg en een voor langdurige intramurale zorg. De regeling voor kortstondige hulp zal de regelingen voor gezinszorg en kruiswerk vervangen. Ook onder deze regeling zal gaan vallen de kortdurende intramurale zorg waarvoor in het kader van huidige Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ een vast

bedrag van f 210,- per maand verschuldigd is. De regeling voor langdurige hulp zal van toepassing zijn bij de niet-kortdurende intramurale zorg.

88

*Waarom is de nota over het arbeidsmarktbeleid nog niet naar de Kamer gezonden? (blz. 25).*

Er is voor gekozen eerst de brief over de uitwerking van het regeerakkoord voor wat betreft de zorgverzekeringen en de kostenbeheersing en de nota Gezond en Wel uit te brengen en met de Kamer te bespreken. In die brief wordt een groot aantal nota's en beleidsbrieven over onderdelen aangekondigd. Eén daarvan is de nota over het arbeidsmarktbeleid, die volgens plan eind mei 1995 zal verschijnen.

89

*Wat is de visie van de regering op de rol van de verzekeraars in de WZV nieuwe stijl, gezien het feit dat in het tweede compartiment de verzekeraars risico lopen? (blz. 25).*

Voor zowel het eerste als het tweede compartiment draagt de overheid verantwoordelijkheid voor de regulering van het aanbod van intramurale voorzieningen. Dit betekent dat de overheid zich verantwoordelijk acht voor de besluitvorming over infrastructuur.

Consequentie hiervan is dat de overheid ook een vergaande verantwoordelijkheid heeft ten aanzien van de financiële lasten die voortvloeien uit de infrastructuur. Het is dan ook het voornemen om in de verzekeraarsbudgettering ZFW een onderscheid te maken tussen enerzijds de vaste lasten van ziekenhuizen en anderzijds alle overige kosten. Voor die vaste lasten zullen de ziekenfondsen slechts een zeer beperkt risico lopen.

Dit laat onverlet dat verzekeraars en aanbieders binnen het tweede compartiment meer verantwoordelijkheden en bevoegdheden krijgen om op lokaal niveau tot passende productie-afspraken te komen binnen de infrastructuur. Voor de overheid is het van belang dat verzekeraars een rol spelen bij de honorering van bouwinitiatieven, omdat dan duidelijk moet zijn of verzekeraars na realisatie van het project zorg zullen afnemen in een mate die zich verhoudt tot de gebouwde infrastructuur.

90

*Waarom is het planningsstelsel van de WZV te star? (blz. 26).*

Het planningsstelsel van de huidige WZV bestaat uit het opstellen van provinciale plannen en het op basis daarvan verlenen van vergunningen voor bouw of instandhouding van bestaande bouw. Uitgaande van de gestelde termijnen wordt voor de planvorming op ruim twee jaar gerekend, de vergunningverlening kan drie en een half jaar in beslag nemen. De daarbij gehanteerde systematiek is als volgt: indien er volgens het provinciaal plan behoefte is aan een bepaald project, dan moet een aanvraag voor een vergunning voor dat project worden toegestaan. De aard van de vergunning ligt daarmee vast. In de praktijk blijkt het totstandkomen van provinciale plannen echter een aantal jaren te vergen. Dit heeft tot gevolg dat het plan bij de vaststelling achterloopt bij de feitelijke situatie en onvoldoende inspeelt op nieuwe ontwikkelingen. De projecten die zouden voldoen aan de behoeftetoets zijn in werkelijkheid niet meer nodig, terwijl projecten die gezien de feitelijke ontwikkelingen wel wenselijk zijn, niet in aanmerking komen voor een vergunning, omdat de provinciale plannen er niet in voorzien.

Het planningsstelsel veronderstelt een stabiele ontwikkeling in de zorg. Het planningsstelsel laat juridisch geen mogelijkheden open om in te spelen op nieuwe ontwikkelingen.

91

*Op welke wijze zal de herziening van de WZV bijdragen aan meer continuïteit in de bouwstroom voor bepaalde voorzieningen? (blz. 26).*

In de beoogde herziening van de WZV wordt een koppeling aangebracht tussen het vaststellen van de beleidsvoornemens en het aangeven van het daarvoor beschikbare financiële kader. De bedoeling is dat de beleidsvoornemens, inclusief het beschikbare financiële kader voor de komende periode, eens in de twee jaar bekend worden gemaakt. Deze systematiek geeft meer garanties voor continuïteit dan de huidige WZV, waarbij de vaststelling van de behoefte aan bouw losstaat van de besluitvorming over de beschikbare middelen.

Daarnaast is van belang dat instellingen zelf verantwoordelijk worden voor de instandhoudingsbouw. Het budget daarvoor wordt via een generieke richtlijn over de instellingen verdeeld. Op die wijze kunnen de instellingen zelf het moment bepalen waarop instandhoudingsinvesteringen zullen plaatsvinden. Naar verwachting bevordert dit de continuïteit van de bouwstroom.

92

*Staat het opstellen van een landelijke sectorale zorgvisie en bijpassend financieel kader niet haaks op de gedachte dat de provincie de totstandkoming van integrale regionale zorgvisies moet bevorderen? (blz. 26).*

Neen, er is sprake van elkaar aanvullende invalshoeken waarbij de provincie zich in aanvulling op de landelijke sectorale benadering met name richt op de intersectorale samenhang en de afstemming tussen de voorzieningen in de regio. Ten behoeve van de sturing van de zorg en het beheersen van de intramurale capaciteit is het immers nodig om vanuit meerdere perspectieven te werken. Zo is het zorgbeleid enerzijds gericht op het tot stand brengen van een zorgcontinuüm per sector, anderzijds beoogt het samenhang te bevorderen in het intramurale aanbod tussen de verschillende sectoren.

De landelijke sectorale zorgvisies van de rijksoverheid vormen de eerste toetssteen voor projecten die in aanmerking willen komen voor opname op het bouwprogramma. Het concept bouwprogramma wordt 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.

94

*Hoe wordt de toename van 50% IZA-uitgaven na uitvoering van het regeerakkoord verklaard? (blz. 33).*

Verondersteld is dat circa 15% van de toename van de kosten voor particulier verzekerden, die samenhangen met de voorgenomen pakketoverheveling per 1 januari 1996, voor rekening zullen komen van de IZA-verzekerden. De 15% komt overeen met het aandeel van de IZA-verzekerden als percentage van het totaal aantal particulier verzekerden. Als gevolg hiervan stijgen de lasten van IZA-verzekerden met circa 38%.

95

*Kan aangegeven worden hoe de volumedaling van f 500 mln in de zorgsector concreet wordt gerealiseerd? (blz. 33).*

In de doorrekening van het regeerakkoord heeft het CPB (Document CPB 142) verondersteld dat de overheveling van de medicijnen en de

hulpmiddelen vanuit de AWBZ naar de ziekenfonds- en particuliere verzekering zou leiden tot een volume-daling van 10% voor particulier verzekerden. Dit kwam toen overeen met f 300 mln.

De invoering van een verplichte eigen risico van f 200,- per hoofd-verzekerde in ZFW en particuliere verzekeringen levert, op basis van dezelfde aanname van het CPB, f 100 mln op.

Tenslotte heeft het CPB verondersteld dat de pakketverkleining van de ziekenfondswet ter grootte van f 800 mln eveneens zou leiden tot een volume-daling van f 100 mln. Daarvan is f 50 mln gerealiseerd bij de pakketverkleining tandheelkunde.

98

*Kan concreet aangegeven worden wat wordt bedoeld met «aanvaardbare proporties» bij het terugbrengen van de risico's van afwentelingsgedrag tot aanvaardbare proporties door middel van een onafhankelijke indicatiestelling? (blz. 33).*

Uitvoering van het regeerakkoord leidt op termijn tot een situatie waarbij de zorg in het eerste compartiment op basis van declaratie zal worden vergoed, terwijl in het tweede compartiment er sprake is van financiering door gebudgetteerde verzekeraars, die risico lopen.

In die situatie bestaat het gevaar dat geprobeerd wordt, daar waar daar de mogelijkheid toe bestaat, om zorg die in het tweede compartiment ten laste zou komen van de verzekeraar om te zetten in zorg die in het eerste compartiment gedeclareerd kan worden. Te denken valt bijvoorbeeld aan het versneld willen omzetten van ziekenhuiszorg in verpleeghuiszorg. Ten einde het risico te beperken dat indicatiestelling plaats zou vinden op financiële gronden in plaats van op zorginhoudelijke gronden, dient de indicatiestelling in de AWBZ onafhankelijk te zijn van de verzekeraar. Daarmee wordt de kans op ongewenste substitutie zodanig beperkt dat de verschillende wijzen van financiering tussen de zorg van het tweede en het eerste compartiment aanvaardbaar wordt.

100

*Kan concreet worden aangegeven wat onder «langdurige zorg» wordt verstaan en wat het begrip «onverzekerbare» exact behelst, waar wordt gezegd dat de AWBZ weer een verzekering dient te worden voor de langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's? (blz. 34).*

Het beperken van de AWBZ tot langdurige zorg en onverzekerbare risico's houdt in dat het AWBZ-pakket grotendeels weer wordt teruggebracht naar een zorgpakket zoals dat bestond vóór 1 januari 1989. Daarbij gaat het om een pakket bestaande uit onder meer opnamen langer dan één jaar in een ziekenhuis, opnamen of dagbehandeling in verpleeginrichtingen, opnamen in inrichtingen voor zwakzinnigen, in psychiatrisch ziekenhuizen, in Het Dorp, in gezinsvervangende tehuizen, plaatsing in een dagverblijf voor gehandicapten alsmede om preventieve zorgvormen. Daarnaast is besloten om wegens de onderlinge samenhang alle onderdelen van de geestelijke gezondheidszorg die reeds in de AWBZ waren opgenomen in het AWBZ-pakket te handhaven. Verder bestaat het voornemen om de bejaardenoorden naar de AWBZ over te hevelen.

Bij langdurige zorg gaat het voornamelijk om langdurig verblijf in instellingen of om langdurige thuiszorg, met name dus zorg aan chronische zieken, ouderen of mensen met een handicap. Zowel de kosten als de aard van de zorg kunnen maken dat een zorgvorm als onverzekerbaar kan worden beschouwd. Langdurige zorg en het zijn van een onverzekerbaar risico kunnen dus samengaan.

101

*In hoeverre zal sprake zijn van nacalculatie in de AWBZ? Wat zal de reactie zijn als (op onderdelen) de vraag het aanbod (i.c. de middelen) overtreft? (blz. 35).*

Aangezien de budgettering van verzekeraars in het kader van de AWBZ zal worden beëindigd, zal ook geen sprake meer zijn van nacalculatie. Formeel wordt de AWBZ daarmee weer een verzekering op declaratiebasis, echter met dien verstande dat de declaratiemogelijkheid wordt beperkt door strikte budgetten die zijn gericht op de aanbieders van zorg (de instellingen). Deze budgetten staan in nauwe relatie met de toepassing van het aanbodinstrumentarium op grond van de WZV en de WTG. In beginsel zal hierdoor sprake zijn van een adequate beheersing. In een dergelijk systeem vergt uitbreiding van het aanbod in verband met vraagontwikkelingen expliciete (politieke) beslissingen.

103

*Van welke vormen van kortdurende thuiszorg wordt de mogelijkheid onderzocht deze uit de AWBZ te lichten? Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de resultaten van dit onderzoek? Hoe verhoudt zich dit onderzoek tot het versterken van de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget? (blz. 35).*

In het regeerakkoord is aangegeven dat bezien zal worden of de kortdurende thuiszorg kan worden overgeheveld van de AWBZ naar de ziekenfonds- en particuliere verzekering, in verband met de substitutie van de tweede lijn naar de eerste lijn.

De overheveling zou deze substitutie dienen te faciliteren. Het onderzoek richt zich dan ook met name op thuiszorg ter voorkoming van resp. aansluitend op een ziekenhuisopname of poliklinische behandeling. Voorkomen dient te worden, dat een verzekeringstechnisch onderscheid tussen kortdurende en langdurige thuiszorg leidt tot risico's van afwenteling door verzekeraars van de kosten voor kortdurende thuiszorg op de AWBZ waarbij tevens de positie van verzekerden in het geding is. (Zie ook het antwoord op vraag 22.) Op basis van deze uitgangspunten wordt bezien of een werkbare omschrijving van het begrip kortdurende thuiszorg kan worden gevonden om een overheveling verantwoord vorm te kunnen geven. Hierbij zullen ook de budgettaire effecten een rol spelen. Naar verwachting zal ik de Tweede Kamer over de mogelijkheden van overheveling in het najaar nader kunnen informeren.

Het onderzoek naar de overheveling van kortdurende thuiszorg en de versterking van de mogelijkheden van een persoonsgebonden budget zijn twee gescheiden zaken. Het persoonsgebonden budget is bestemd voor patiënten die minimaal drie maanden zorg nodig hebben.

105

*Kan aangegeven worden voor welke sectoren gebudgetteerde zorgvernieuwingsfondsen worden gecreëerd? Is een tijdpad aan te geven? (blz. 35).*

Voor de sectoren verpleging en verzorging (ouderenzorg, thuiszorg, intramurale zorg voor lichamenlijk gehandicapten), geestelijke gezondheidszorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten zijn thans ten behoeve van het stimuleren c.q. faciliteren van zorgvernieuwend activiteiten diverse subsidieregelingen en vrije-margeregelingen van kracht.

Uit oogpunt van flexibiliteit en efficiency heeft de TVK voorgesteld de diverse regelingen per zorgsector te integreren tot één regeling per sector.



Per 1 januari 1994 is de regeling substitutie en zorgvernieuwing GGZ van kracht; bezien zal worden welke subsidieregelingen die op grond van de AWBZ gefinancierd worden per 1 januari 1996 in deze regeling kunnen worden geïntegreerd.

Op 23 maart 1995 heeft de Ziekenfondsraad de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging 1995 vastgesteld. Deze regeling treedt op 1 juli 1995 in werking en zal terugwerken tot 1 januari 1995. In deze regeling zijn de vigerende subsidie-regelingen en de vrijemargeregelingen reeds geïntegreerd.

Ten behoeve van de zorg voor verstandelijk gehandicapten wordt er eveneens naar gestreefd om de vrijemargeregelingen en diverse subsidieregelingen te integreren tot één regeling per 1 januari 1996.

In alle genoemde sectoren bestaan reeds substitutieregelingen; deze kunnen als basis dienen voor de beoogde integratie.

Ten behoeve van de zorg voor zintuiglijk gehandicapten wordt geen apart zorgvernieuwingfonds beoogd. Sinds 1994 is voor deze zorg wel een substitutieregeling van kracht.

Evenmin wordt een aparte regeling zorgvernieuwing en substitutie beoogd ten behoeve van de sector lichamelijk gehandicapten. Ook hier blijft de bestaande substitutieregeling van kracht.

Overigens heeft de Ziekenfondsraad op 24 november 1994 een advies uitgebracht inzake een wettelijke regeling niet-voorzieningsgebonden zorgaanspraken binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Door de opneming van een dergelijk aanspraak in de AWBZ acht de Raad de mogelijkheden van flexibilisering en zorg op maat beter gestructureerd dan thans het geval is. Bij de verdere structurering van de zorgvernieuwingfondsen zal het onderhavig advies dan ook betrokken worden.

109

*Wordt de planning van specialistenplaatsen in de toekomst volledig via verzekeraarsbudgettering bepaald? (blz. 37).*

Het voornemen bestaat om de nadere detaillering van de erkenningsbeschikking (NDE), waarmee de specialistenplaatsen op dit moment worden gereguleerd af te schaffen. Dit voornemen is aangekondigd in de op 23 december 1994 gezonden brief (Kamerstukken II, 1995/95, 23 900, nr. 49) inzake plan van aanpak terugheveling revalidatie. Ook de richtlijnen ex artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen zijn in die zin aangepast dat op 1 januari 1996 de basis voor de specialistenplanning met behulp van de NDE ontbreekt.

Naarmate aan de verzekeraarsbudgettering verder invulling wordt gegeven en de financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars toeneemt, kan vervolgens worden bezien of de beslissing over de uitbreiding c.q. beperking van specialistenplaatsen onder de verantwoordelijkheid van de ziekenhuizen en de verzekeraars kan worden gebracht.

112

*Heeft de Hoge Raad begin jaren zeventig geoordeeld dat de anti-conceptiepil diende te worden opgenomen in het ziekenfondspakket en bestaat er enige relatie bestaat tussen bedoelde uitspraak en het voornemen van de regering de anti-conceptiepil voor volwassenen uit het pakket te halen en voor eigen rekening buiten de huisarts om verkrijgbaar te stellen? (blz. 38).*

De uitspraak van de Hoge Raad van 19 januari 1973 betrof niet de pil zelf, maar het pil-consult door de huisarts te verlenen aan vrouwen die de pil gebruiken anders dan op medische indicatie.

Ten tijde van het gerezen geschil (1968) bestond slechts aanspraak op de anti-conceptiepil indien er sprake was van een medische indicatie. In 1972 is deze beperking in de aanspraak geschrapt.

De Hoge Raad sprak uit dat noch de tekst, noch de geschiedenis, noch de aard en strekking van de wettelijke regeling betreffende de ziekenfondsverzekering steun biedt aan de stelling dat pil-consulteren, door huisartsen verleend aan vrouwen die de pil gebruiken anders dan op medische indicatie, niet behoren tot de verstrekkingen, waarop ziekenfondsverzekerden aanspraak hebben.

Indien het kabinet straks de pil uit het ziekenfondspakket verwijdert, gaat het om een beperking van de aanspraak op farmaceutische hulp. De aanspraak op huisartsenhulp staat daar op zich genomen los van. Indien een verzekerde zich tot de huisarts wendt ten behoeve van de pil als anti-conceptiemiddel, bestaat op die hulp gewoon aanspraak. Wat dat betreft is de situatie straks gelijk als die ten tijde van het geschil waarover de Hoge Raad uitspraak heeft gedaan. Echter, indien de pil buiten de huisarts om verkrijgbaar wordt gesteld, dan is het waarschijnlijk dat voor het gebruik van de pil minder beroep op de huisarts wordt gedaan.

113

*Hoe moet de voorgenomen maatregel om de pil voor volwassenen uit het pakket te halen worden beoordeeld in het licht van de uitkomsten van een recent experiment in Zweden waar in de stad Solna de pil in 1990 kosteloos beschikbaar werd gesteld aan vrouwen tot 23 jaar met een substantiële daling van het abortuscijfer tot gevolg? (blz. 38).*

122

*Kan een inschatting worden gemaakt van de invloed van het schrappen van de pil uit het pakket op het aantal abortussen? (blz. 38).*

Het desbetreffende experiment maakte deel uit van een project dat tot doel had het hoge aantal abortus provocatus in Solna te verlagen. Het project bestond uit een intensieve voorlichtingscampagne en het inzetten van extra menskracht om de wachttijd voor een recept voor anticonceptiva (was 3–4 weken) te bekorten. Ook werd er een financiële tegemoetkoming in de kosten van de middelen gegeven, waarbij er overigens wel sprake was van een substantiële eigen bijdrage door de consument.

Het experiment in Solna is niet zonder meer over te zetten naar de Nederlandse situatie. Zo is de opzet van de contraceptieve zorgverlening in Zweden anders dan in Nederland. Ook is het resultaat van het project (een daling van het aantal abortussen) niet toe te schrijven aan een van de toegepaste instrumenten afzonderlijk, maar aan de combinatie er van. Het aantal abortussen in Solna was extreem hoog en bleef ook na het experiment boven het Zweedse landelijk gemiddelde liggen.

Er valt op voorhand niet aan te geven wat de invloed zal zijn van het niet meer vergoeden van de orale anticonceptiva op het aantal abortus provocati.

Er is echter geen reden om te veronderstellen dat vrouwen in Nederland die de pil gebruiken na 1-1-1996 zullen overschakelen op een onbetrouwbare anticonceptiemethode.

114

*Acht de regering het verkrijgbaar stellen van de pil buiten de huisarts om verantwoord, nu bijvoorbeeld het slikken daarvan in combinatie met bepaalde medicijnen schadelijke gevolgen kan hebben voor de gezondheid van de betrokken vrouw? Dient bij de verstrekking van de pil*

*niet per definitie sprake te zijn van maatwerk? In hoeverre acht de regering de kans reëel te veronderstellen, dat nu de pil op medische indicatie wel vergoed wordt, artsen vaker bedoelde pil om een andere reden dan voor anti-conceptie zullen voorschrijven? (blz. 38).*

118

*Hoeveel vrouwen gebruik de pil? Is bekend hoeveel vrouwen de pil gebruiken op medische indicatie, derhalve op andere gronden dan (alleen) anti-conceptie? Op welke wijze is de medewerking van huisartsen te verkrijgen om niet onnodig op medische indicatie te gaan voorschrijven? (blz. 38).*

119

*Waarom is gekozen voor de verkrijging bij de drogist en niet voor het uitschrijven van een recept door de huisarts, gezien het feit dat een kleine groep vrouwen de pil niet mag gebruiken of bij voorkeur een bepaald type pil moet gebruiken? (blz. 38).*

126

*Er zijn geneesmiddelen die hetzelfde effect hebben als een a.c. pil, maar aanzienlijk duurder zijn. Hoe denkt de minister te voorkomen dat huisartsen, ten gerieve van hun patiënten, uitwijken naar deze geneesmiddelen? (blz. 38).*

Het College ter beoordeling van geneesmiddelen onderzoekt voor elk geneesmiddel of het bij normaal gebruik direct of indirect gevaar kan opleveren bij toepassing zonder medische begeleiding. Het College gaat zeer zorgvuldig om met het aanwijzen van een geneesmiddel als niet-U.R.-geneesmiddel (= zonder recept verkrijgbaar). Orale anticonceptiva met bijzondere kenmerken of eigenschappen zullen derhalve niet zonder meer door de drogist afgeleverd kunnen worden.

In de bijsluiters die ook bij orale anticonceptiva is gevoegd, wordt in voor de leek begrijpelijke taal gewezen op alle mogelijke bijwerkingen, contra-indicaties en mogelijke effecten bij gebruik van andere geneesmiddelen zodat de gebruiker daar kennis van kan nemen. Ik ga er daarbij van uit dat ook de arts, de apotheekhoudende en de drogist navraag doen naar eventueel ander geneesmiddelengebruik en vervolgens de consument te adviseren over mogelijke wederzijdse beïnvloeding van de pil en andere geneesmiddelen.

Het aantal gebruiksters van orale anticonceptiva wordt op basis van gegevens ten departemente op circa 900 000 vrouwen geschat. Er wordt niet geregistreerd hoeveel vrouwen de pil gebruiken om andere redenen dan anticonceptie.

Het is inderdaad mogelijk dat voorschrijvende artsen vaker orale anticonceptiva op medische indicatie zullen voorschrijven, dan wel zullen uitwijken naar andere, wel vergoede anticonceptiva. Hiermee zou de opbrengst van de maatregel kunnen verminderen. Het door mij ondersteunde farmacotherapie-overleg kan in deze een doelmatig voorschrijfgedrag van artsen bevorderen.

115

*Welk bedrag levert het schrappen van de pil uit het pakket op? (blz. 38).*

De omzet van de orale anticonceptiva wordt in Nederland geschat op f 120 miljoen. De besparing zal echter geringer zijn, omdat op dit bedrag de verstrekking aan jonge vrouwen en op medische indicatie in mindering moet worden gebracht. Vooralsnog wordt uitgegaan van een opbrengst van circa f 90 miljoen op jaarbasis.

116

*Is er een indicatie te geven van aandachtsgroepen voor wie het voorgenomen beëindigen van de vergoeding van de pil problemen kan opleveren? Op welke wijze kunnen deze groepen het beste tegemoet gekomen worden? (blz. 38).*

Er zijn drie groepen van gebruikers aan te geven voor wie beëindiging van de vergoeding niet zonder problemen zou kunnen zijn: allochtone vrouwen, jonge meisjes/vrouwen en asielzoeksters. Zoals ik reeds bij de presentatie van de nota heb aangegeven, ben ik voornemens bij het niet meer vergoeden van de pil ten behoeve van de jonge vrouwen een maximum-leeftijdsgrens te formuleren waarbeneden het anticonceptivum volledig wordt vergoed. Voorlichting en educatie zijn de instrumenten die dienen te worden ingezet om mogelijke problemen te ondervangen.

117

*In hoeverre zullen vrouwen nog een (huis)arts consulteren bij eerste gebruik, indien de pil vrij verkrijgbaar wordt bij de drogist? (blz. 38).*

Er mag van worden uitgegaan dat vrouwen en mannen weten dat het geven van voorlichting over anticonceptie en begeleiding van de toepassing ervan tot de taken van de huisarts hoort, en hun arts zullen raadplegen als dat nodig is. De huisartsen zullen in hun voorlichting aan hun patiënten over hun taak bij de anticonceptiepil zich baseren op de huisartsgeneeskundige standaard over orale anticonceptie. In deze standaard wordt een onderscheid gemaakt tussen het begin van het pilgebruik en het voortgezet pilgebruik. Bij voortgezet gebruik wordt geen controletaak van de huisarts aanbevolen. In de voorlichting zal het aksent zodoende komen te liggen op het eerste pilgebruik en de voorlichting, begeleiding en controle van de huisarts daarbij.

120

*Hoe kan, gezien het feit dat sommige anti-conceptiepillen ook worden toegepast als «morning-after-pil» (waarvan er dan 4 tabletten nodig zijn), worden voorkomen dat de pil op grote schaal op deze wijze wordt gebruikt met een aanzienlijke kans op zwangerschap bij onjuist gebruik? (blz. 38).*

Evenals een juist gebruik van orale anticonceptiva bewerkstelligd kan worden door goede voorlichting door apothekers en drogisten, kunnen apothekers en drogisten voorlichting geven over een juist gebruik van de pil als morning-afterpil. Reeds nu zijn door groepen van apothekers patiënteninformatiefolders geschreven, waarin het juiste gebruik van de morning-after pil wordt weergegeven.

121

*In hoeverre is gegarandeerd dat de drogist op een adequate wijze de voorlichting aan en begeleiding van vrouwen ten aanzien van de anti-conceptiepil ter hand neemt? (blz. 38).*

De Stichting Drogistenfederatie Pharmacon beschikt over een goede infrastructuur voor de opleiding en bijscholing van drogisten. Inmiddels zijn blijkens mededelingen van Pharmacon (Pharmacon berichten, d.d. maart 1995) reeds activiteiten gestart die ertoe zouden leiden dat vanaf 1996 de drogisten in staat zullen zijn om adequate voorlichting te kunnen geven over gebruik van orale anticonceptiva. Naast die bijscholing, zullen vervolgens de exameneisen ter verkrijging van het vakdiploma drogist op dat punt worden aangescherpt.

123

*Blijft de anticonceptiepil kosteloos verkrijgbaar voor hen die deze voorgeschreven krijgen, zoals transsexuelen en anderen? (blz. 38).*

Voorzien is op dit moment dat orale anticonceptiva vergoed blijven, voorzover deze op medische indicatie worden voorgeschreven.

124

*Is het de regering bekend dat het schrappen van de pil uit het pakket en de verkrijging daarvan bij de drogist een prijsverhoging tot gevolg zal hebben?*

Voor zelfzorggeneesmiddelen geldt niet de voorschriftvergoeding maar een margestelsel, waarbij de hoogte van de marge afhankelijk is van de inkoopprijs. Indien de pil een zelfzorggeneesmiddel zou zijn, zou dit bij de thans gebruikelijke marges en de huidige inkooprijzen van orale anticonceptiva, inderdaad leiden tot een verhoging van de publieksprijs.

Overigens is de uiteindelijke publieksprijs niet te voorspellen omdat er ook andere zaken zijn die de prijs beïnvloeden, zoals de beschikbaarheid van parallel-geïmporteerde middelen, het aantal distributiepunten en de prijsgevoeligheid van de consument. De hieruit voortvloeiende marktwerking maakt het thans moeilijk in te schatten wat de uiteindelijke prijs zal zijn.

Bovendien bevordert het kabinet dat per 1-1-1996 een wettelijke prijsmaatregel voor geneesmiddelen van kracht wordt.

125

*Is de minister voornemens de keuze voor de soort anti-conceptiepil over te laten aan de consument? (blz. 38).*

Binnen de groep van zelfzorggeneesmiddelen wordt het aan de gebruiker overgelaten welk middel wordt aangeschaft. Voor de orale anticonceptiva zal dat niet anders zijn.

127

*Is bekend hoeveel mensen zich vrijwillig aanvullend verzekerd hebben voor curatieve tandartszorg, na effectuering van de maatregel van 1 januari 1995 om curatieve tandartszorg niet meer te vergoeden? Geeft dit aanleiding tot zorg? (blz. 39).*

Met mijn brief van 6 februari 1995, kenmerk: VMP/VA-95 331, heb ik de Tweede Kamer onder meer afschriften gestuurd van mijn brieven aan de Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde. In deze brieven wordt de Ziekenfondsraad gevraagd te evalueren hoe met betrekking tot de maatregel op het gebied van de tandheelkunde de overgang naar de eigen verantwoordelijkheid van de verzekerden is verlopen. Aan Zorgverzekeraars Nederland heb ik gevraagd om ten behoeve van die evaluatie een inventarisatie naar de aanvullende verzekeringen te verrichten en deze informatie vóór 1 mei 1995 aan de Ziekenfondsraad te zenden. De Ziekenfondsraad heb ik gevraagd mij de evaluatie vóór 1 juli 1995 te doen toekomen.

In mijn brief van 14 februari 1995, kenmerk: BSG-CB-9593, heb ik de vaste commissie voor de Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer op de hoogte gesteld van de gevraagde evaluatie en inventarisatie. Daarbij heb ik voorts meegedeeld dat ik hoop de Tweede Kamer vóór het zomerreces nader te kunnen berichten.

Uit de berichten die mij tot nu toe bereikt hebben, heeft een groot percentage ziekenfondsverzekerden zich aanvullend verzekerd tegen de kosten voor tandheelkundige hulp. Het precieze percentage en wat die

aanvullende verzekeringen inhouden (premies, dekkingen, voorwaarden, enz.) zal straks blijken uit de inventarisatie van Zorgverzekeraars Nederland. Zodra ik deze inventarisatie en het antwoord van de Ziekenfondsraad heb ontvangen op de vragen die ik in de brief van 6 februari 1995 heb gesteld, zal ik u mijn standpunt kenbaar maken.

128

*Kan concreet worden aangegeven op welke wijze de kosten van de teruggehevelde aanspraken, die via een verhoging van de procentuele ZFW-premie worden betaald, gecompenseerd worden via een rijksbijdrage? (blz. 39).*

131

*Het is bekend dat de ruim 60% Zf-verzekerden 70% van de farmaceutische hulp consumeren. De rijksbijdrage in het regeerakkoord ging uit van 60% zorgconsumptie. Wordt de rijksbijdrage in deze compenserend aangepast? (blz. 39).*

In het regeerakkoord is afgesproken dat de rijksbijdrage aan de ZFW zal worden verhoogd met f 2,7 mld bij overheveling van de medicijnen en de hulpmiddelen. Hoewel de kosten die samenhangen met de overheveling voor de ziekenfondsen hoger uitvallen heeft het kabinet geen nieuw besluit genomen over de verhoging van de rijksbijdrage aan de ZFW. Bij de besluitvorming over de totale financiering van de collectieve uitgaven zal in de dekking van de hogere uitgaven worden voorzien.

In de Miljoenennota 1996 wordt deze besluitvorming weergegeven.

129

*Welke gevolgen heeft de terugheveling van farmaceutische hulp van de AWBZ naar de ZFW, WTZ, KPZ en particuliere verzekeringen naar verwachting voor de hoogte van de premies? Hebben particuliere verzekeraars in dat verband de bereidheid getoond om het geneesmiddelenvergoedingensysteem in de polissen op te nemen? (blz. 39).*

Het totale pakket van de voorgenomen terugheveling omvat farmaceutische hulp, hulpmiddelen, revalidatie, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek. De kosten voor deze verstrekkingen komen in omvang overeen met ongeveer  $\frac{1}{4}$  van de kosten van de huidige pakketten in ZFW, WTZ, KPZ en particuliere verzekeringen. De in verband met de terugheveling noodzakelijke premiestijgingen in deze verzekeringen zullen hiermee op enigerlei wijze in relatie moeten staan. Bij de ZFW doet zich de bijzonderheid voor dat de terugheveling op grond van het regeerakkoord gepaard zal gaan met een verhoging van de rijksbijdrage. De noodzakelijke premiestijging wordt hierdoor beperkt. Aangezien ook andere ontwikkelingen van invloed van invloed zullen zijn op de hoogte van de ZFW-premie voor 1996, kan van de premie-effecten op dit moment nog geen volledig beeld worden gegeven. Dit laatste geldt eveneens voor de WTZ. De beslissing inzake de verwerking van de effecten van de terugheveling in de WTZ-maximumpremies wordt pas later dit jaar genomen. Wat betreft de particuliere verzekeringen wijs ik er op dat Zorgverzekeraars Nederland in een brief d.d. 5 april 1995 heeft aangegeven er van uit te gaan dat een premiestijging in de orde van grootte van 25% aan de terugheveling verbonden zal moeten zijn. In hoeverre daarnaast nog extra premie-effecten zullen optreden als gevolg van de noodzaak extra reserves te vormen, is op dit moment nog niet geheel duidelijk. In dit verband zij tevens verwezen naar het antwoord op de vraag van de leden van de VVD-fractie inzake een dit laatste onderwerp betreffende brief van de Verzekeringskamer.

In de reeds genoemde brief van Zorgverzekeraars Nederland d.d. 5 april 1995 is met betrekking tot het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) aangegeven dat de particuliere verzekeraars daaraan hechten, gezien de inmiddels bewezen waarde van het GVS aan kostenbeheersingsinstrument. Op grond daarvan reken ik er op dat het GVS een standaardbestanddeel zal zijn van alle na terugheveling van de farmaceutische hulp aan particulier verzekerden aangeboden polissen.

130

*Op grond van welke criteria beoordeelt de minister de mate van zorginhoudelijke en beheersmatig verantwoorde opvang in de particuliere markt alvorens tot overheveling van de geneesmiddelen over te gaan? (Blz. 39).*

Bij de terugheveling van de aanspraak op farmaceutische hulp naar de particuliere markt gaat het mij om de vraag of verzekerden zich zonder selectie particulier tegen de kosten van die hulp en tegen een acceptabele premie kunnen verzekeren. Voorts gaat het mij om de vraag of de in het kader van de ziekenfondsverzekering geldende kostenbeheersingsinstrumenten, zoals het gvs, ook door de particuliere markt zullen worden gehanteerd.

In de brief van 5 april 1995 beantwoorden Zorgverzekeraars Nederland beide vragen positief. Zorgverzekeraars Nederland stellen dat particuliere ziektekostenverzekeraars in het geval van overheveling vanuit de AWBZ verzekerden zonder uitsluiting of selectie zullen accepteren tegen de gebruikelijke voorwaarden en dat daarbij geen nadere premiedifferentiatie naar risico aan de orde zal zijn. Zorgverzekeraars Nederland stellen verder convergentie in het tweede compartiment een warm hart toe te dragen. In dat verband sluiten Zorgverzekeraars Nederland uit dat particuliere verzekeraars in hun reguliere polissen de over te hevelen zorg niet zullen opnemen. Ook wordt de bereidheid uitgesproken om uit oogpunt van kostenbeheersing uitdunningsmaatregelen over te nemen. Verder wordt de noodzaak onderkend om eigen bijdragen in het kader van het gvs niet te herverzekeren. Daarmee zouden de sturingsmogelijkheden van het gvs immers worden beperkt.

132

*Waaruit bestaat het beperkte risico dat verzekeraars lopen op het vaste deel van het budget ziekenhuisverpleging? (blz. 41).*

Gedacht wordt aan het vaststellen op iets lager dan 100% van het nacalculatiepercentage op het vaste deel van het budget ziekenhuisverpleging.

133

*Is in concreto aan te geven op welke wijze verzekeraars risicodragend gemaakt worden in het kader van de WTZ, buiten de aangekondigde maatregel nieuwe polissen niet langer onder de WTZ-omslagregeling te brengen? (blz. 41).*

De mogelijkheden om verzekeraars risico te laten lopen binnen het kader van de WTZ zijn buitengewoon beperkt. Wel kan worden gezien in hoeverre het mogelijk is bepaalde groepen, die thans zijn aangewezen voor verplichte acceptatie op WTZ-standaardpakketpolis en de WTZ-omslagregeling, geheel buiten het kader van de WTZ te plaatsen. Zij komen dan niet meer in aanmerking voor de standaardpakketpolis (vervallen van de verplichte acceptatie) en de eventuele verliezen op de betreffende maatschappijpolissen kunnen niet meer worden ingebracht in de WTZ-omslagregeling. Het belang van de WTZ en de omslagregeling zou daardoor afnemen en het risico zou worden teruggelegd bij de

normale maatschappijpolissen. In beginsel zou de invoering van een premiebandbreedtesysteem, zoals besproken in het Bestuurlijk en wetgevend programma zorgsector 1995–1998, zelfs de mogelijkheid bieden om de WTZ op deze wijze in zijn geheel af te schaffen. Daarbij dient wel het volgende te worden bedacht. Naar de mate waarin hoge-risicogroepen van betekenisvolle omvang onder het risico van maatschappijpolissen worden gebracht, zal het onontkoombaar zijn niet alleen een pakket en een maximumpremie, maar ook een algemene acceptatieplicht en een vereveningsregeling vast te stellen. Verwezen zij in dit verband naar het antwoord op de vraag van de leden van de RPF-fractie inzake de premiebandbreedteregeling. Of daarmee uiteindelijk in wezen iets anders wordt bereikt dan met de huidige WTZ en de WTZ-omslagregeling is de vraag.

134

*Welke maatregelen uit het IWG-rapport worden met ingang van 1 januari 1996 ingezet om de kosten van hulpmiddelen te beheersen? (blz. 41).*

De markt voor medische hulpmiddelen lijkt qua structuur en gedragingen van marktpartijen op die van de geneesmiddelen. Ook hier lijkt er sprake te zijn van onvoldoende marktwerking en heeft de vraagzijde weinig belang bij de kosten van de krachtens de AWBZ verstrekte medische hulpmiddelen. Thans wordt de markt voor medische hulpmiddelen bestudeerd door een sub-werkgroep van de IWG op een analoge wijze als is gebeurd bij de geneesmiddelen. Naar verwachting zal deze sub-werkgroep zijn werkzaamheden eind juni 1995 hebben afgerond, waarna duidelijk zal worden op welke wijze en met gebruikmaking van de aanbevelingen van de IWG de kosten kunnen worden beheerst.

Evenals bij het incontinentiemateriaal wordt er naar gestreefd om de prijsconcurrentie op gang te brengen. Hoofdljn daarbij is het doorvoeren van strikte verzekeraarsbudgettering per 1 januari 1996, zodanig dat verzekeraars meer dan nu worden geprikkeld om een actief kostenbeheersingsbeleid te voeren. Daarnaast is het denkbaar om (op onderdelen) aanvullende instrumenten in te zetten. Dat kan met een maximumvergoeding, maar ook met een vergoedingensysteem. Een andere uitwerking en de besparingen per afzonderlijke categorie hulpmiddelen zijn thans nog niet te geven.

136

*Wordt bij de decentralisatie van het ziekenvervoer en het harmoniseren van dat vervoer met ambulancevervoer en vervoer in het kader van de WVG de evaluatie van de WVG ter zake betrokken? (blz. 42).*

Het lijkt zeker zinvol de resultaten van de evaluatie van de WVG te betrekken bij de vormgeving van de voorgestelde decentralisatie van het ziekenvervoer.

137

*Wanneer kan het advies van het CvZ en het COTG inzake de meldingsregeling van grotere verbouwingen worden verwacht? (blz. 42).*

Het advies van het CvZ wordt eind mei 1995 uitgebracht. Het advies van het COTG zal kort daarna volgen.

138

*Nemen huisartsen deel aan de experimenten in het kader van Biesheuvel? Zo ja, op welke wijze?*



*Zo nee, hoe verhoudt zich dat met de zinsnede dat beoogde veranderingen in de honoreringsstructuur voor huisartsen en specialisten die niet aan een project deelnemen, reeds in 1995 moeten worden gestart? (blz. 43).*

139

*Kan de Minister de Kamer per 1 november informeren op welke plaatsen of in welke regio's experimenten volgens de vastgestelde criteria in gang zijn gezet? (blz. 43).*

Tot op heden nemen de huisartsen geen deel aan de experimenten in het kader van Biesheuvel. De Ziekenfondsraad heeft recent besloten de mogelijkheid te bezien om de effecten van de lokale experimenten op de werklast van de huisartsen te laten onderzoeken.

Met de zinsnede over beoogde veranderingen in de honoreringsstructuur voor huisartsen en specialisten wordt bedoeld dat ook voor degenen, die niet betrokken zijn bij de experimenten, er wijzigingen tot stand zullen moeten worden gebracht in de bestaande honoreringsstructuur.

Ik ben gaarne bereid de Kamer omstreeks 1 november van dit jaar te informeren over de actuele stand van zaken.

142

*Hoe verhoudt de strakke aanbodregulering AWBZ zich tot de functionele omschrijving in de zorg? (blz. 44).*

Een strakke aanbodregulering AWBZ verhoudt zich niet met functionele omschrijvingen van de aanspraak op zorg. In het kader van de AWBZ zal er dan ook weer sprake zijn van voorzieningsgericht omschreven aanspraken op zorg. Dit betekent dat flexibilisering van zorg in de AWBZ moet geschieden via de zorgvernieuwingsfondsen. Bij deze fondsen gaat het (voorshands) om subsidiegelden en niet om via aanspraken geregelde zorg.

143

*In hoeverre worden de koopkrachtgevolgen als gevolg van de stijging in de kosten van de gezondheidszorg gecompenseerd? (blz. 45).*

In het koopkrachtbeeld voor volgend jaar zitten ondermeer de kostenstijgingen in de gezondheidszorg. Eventuele correcties van dit koopkrachtbeeld maken deel uit van de jaarlijkse besluitvorming rond de voorbereiding van de begroting.

144

*Kan de Minister een overzicht verschaffen van de belangrijkste verschillen in de tariefvorming van ZF en Particuliere sector? (blz. 45).*

In de instellingen voor gezondheidszorg zijn er voor gelijke prestaties geen verschillen in de ziekenfonds- en particuliere tarieven. Verschillen die er zijn hebben betrekking op verschil in prestaties (bij voorbeeld het tarief voor eerste klas-verpleging is hoger dan dat voor derde klas-verpleging).

Bij de vrije beroepsbeoefenaren bestaan er wel van oudsher verschillen tussen ziekenfonds- en particuliere tarieven. In het kader van de zogenaamde toegroei zullen deze verschillen geleidelijk afnemen. Bij sommige beroepsgroepen (bijvoorbeeld de kaakchirurgen) is de toegroei inmiddels volledig gerealiseerd.

147

*Hoe verhouden zich de pakketbeperking (tandheelkunde, fysiotherapie,*

*anticonceptiepil) en het invoeren van eigen risico met de ILO-verdragen? (blz. 47).*

Nederland is gebonden aan een aantal, uiteenlopende eisen stellende, verdragen die normen stellen aan de bescherming die de sociale zekerheidsstelsels van de Verdragsluitende Partijen minimaal moeten bieden aan de sociaal verzekerden. Zodanige verdragen zijn tot stand gekomen in verschillende kaders: te weten de Raad van Europa (RvE) en de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO).

Het doel van dergelijke verdragen is het voorkomen van sociale dumping en het mede daardoor bevorderen van gelijke concurrentievoorwaarden tussen de lidstaten van de Raad van Europa c.q. de ILO.

In het kader van de Raad van Europa is van belang de Europese Code inzake sociale zekerheid; in ILO-verband zijn met name relevant de verdragen ILO nr. 102 (minimumnormen sociale zekerheid), nr. 103 (bescherming van het moederschap) en nr. 121 (prestaties bij arbeidsongevallen en beroepsziekten).

Deze verdragen hebben naar wordt aangenomen geen directe werking. Er zijn geen sancties gesteld op het niet-nakomen van verdragsverplichtingen. Wel wordt periodiek door de RvE en de ILO gecontroleerd of de Verdragsluitende Partijen zich aan de verdragen houden. In het geval strijd wordt geconstateerd wordt het desbetreffende land publiekelijk (ten overstaan van andere Verdragsluitende Partijen) uitgenodigd alsnog aan zijn verdragsverplichtingen te voldoen.

In internationaal verband worden met betrekking tot het verlenen van medische zorg drie afzonderlijke sectoren onderscheiden, te weten medische zorg bij ziekte, medische zorg bij moederschap en medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten.

Omdat de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering alle drie de genoemde risicosectoren dekt binnen dezelfde verzekering zonder dat onderscheid wordt of kan worden gemaakt naar de aanleiding voor de behoefte aan medische zorg, leidt dit ertoe dat de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering voor wat betreft de te beschermen personen, de omvang van het pakket en de eigen betalingen moet voldoen aan de zwaarste normen.

De verdragen verplichten bijvoorbeeld tot een relatief breed pakket, doch bieden de Verdragsluitende Partijen wel de ruimte om binnen de gestelde grenzen tot een eigen invulling te komen. Zo verplicht de voorgeschreven specialistische zorg niet tot het aanbieden van ieder specialisme of alle aspecten van een bepaald specialisme, verplicht de voorgeschreven farmaceutische zorg niet tot het aanbieden van ieder medicijn dat in de handel is, behoeven de voorgeschreven kunst- en hulpmiddelen niet de laatste technische ontwikkelingen op dit punt te omvatten, enz.

De verdragen verplichten tot het aanbieden van onder meer tandheelkundige zorg, met inbegrip van gebitsprothesen, farmaceutische zorg en diensten verleend door een beoefenaar van een wettelijk erkend paramedisch beroep onder toezicht van een medicus of een tandarts.

Voor wat betreft de beperking van de tandheelkundige hulp voor volwassenen betekent dat, dat het niet langer verstrekken van gebitsprothesen niet in de pas loopt met de verdragen. Het niet langer verstrekken van de anticonceptiepil is in het kader van de normverdragen niet problematisch. Fysiotherapie is een vorm van paramedische zorg en zou in beginsel in enigerlei vorm in het pakket moeten blijven.

De huidige normverdragen staan uitsluitend eigen betalingen toe in geval van medische zorg bij ziekte. Geen eigen betalingen zijn derhalve

toegestaan in geval van medische zorg bij moederschap en in geval van medische zorg bij arbeidsongevallen en beroepsziekten. Omdat de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering alle drie genoemde risicosectoren dekt binnen dezelfde verzekering zonder dat onderscheid wordt of kan worden gemaakt naar de aanleiding voor de behoefte aan medische zorg, noopt dit ertoe dat binnen de Nederlandse sociale ziektekostenverzekering – althans met betrekking tot de door de normverdragen vereiste vormen van medische zorg – in het geheel geen eigen betalingen van de verzekerden kunnen worden gevraagd.

Deze situatie wordt genuanceerder wanneer Nederland is overgegaan tot ratificatie van de herziene Europese code inzake sociale zekerheid. Dit normverdrag, dat pretendeert het meest vooruitstrevende in zijn soort te zijn, staat namelijk eigen betalingen toe in alle drie genoemde risicosectoren.

149

*In hoeverre zijn de verzekeraars bereid te voldoen aan het criterium «acceptatieplicht»? Geldt deze eventuele bereidheid allen ten aanzien van eigen verzekerden en geldt deze acceptatieplicht slechts voor de eerste keer dat men switched, of zal de acceptatieplicht door de verzekeraars ruimer gehanteerd worden? Wat is hierbij de inzet van het kabinet? (blz. 48).*

Zoals in de nota is uiteengezet, moet er in de komende tijd nog veel vragen over het convergentiemodel worden beantwoord teneinde duidelijk te krijgen wat convergentie uiteindelijk moet inhouden. Een van die aspecten betreft de vraag of en zo ja in hoeverre aan verzekeraars een acceptatieplicht kan worden opgelegd. Over de bereidheid van verzekeraars te voldoen aan een «acceptatieplicht» en de wijze waarop zij hieraan denken invulling te geven zal in het bestuurlijk overleg aan de orde komen.

150

*Betekent de conclusie van de regering dat er grenzen zijn aan datgene wat van verzekeraars ten aanzien van de acceptatieplicht mag worden verwacht dat een acceptatieplicht in het kader van convergentie wettelijk zal worden opgelegd? (blz. 49).*

151

*In hoeverre worden de opvattingen, zoals aangegeven in het rapport van het Verbond van Verzekeraars door de regering gedeeld?» (blz. 49).*

De opvattingen van het Verbond van Verzekeraars zijn een vingerwijzing voor de regering. In het te voeren bestuurlijk overleg met verzekeraars zal de vormgeving van de acceptatieplicht zoals dat de verzekeraars voor ogen staat onderwerp van discussie moeten zijn. Mede afhankelijk van de uitkomst van die discussie zal bezien moeten worden of wettelijke regeling aan de orde is.

155

*Is het mogelijk de Kamer direct te informeren over de resultaten van het bestuurlijk overleg dat binnenkort zal plaatsvinden met niet alleen de zorgverzekeraars en de Landelijke Vereniging Thuiszorg, maar ook met andere overheden.*

De Tweede Kamer zal zo spoedig mogelijk nadat het bestuurlijk overleg met de genoemde organisaties heeft plaatsgevonden, worden geïnformeerd over de resultaten van het overleg. Er zal inderdaad ook overleg met het IPO en de VNG plaatsvinden, in verband met zowel de modernisering ouderenzorg als de decentralisatie van het ziekenvervoer.

*Is de minister van mening dat de jaarlijkse toeneming van verkeersongelukken en daardoor het groeiend aantal personen met functiestoornissen, langdurige ziekten en ziekenhuisopnames een steeds zwaardere druk legt op de uitgaven volksgezondheid? Maakt deze factor ook onderdeel uit van de grote krachtsinspanning tot beteugeling van de kosten? Zal hierover overleg plaatsvinden tussen de verantwoordelijke ministeries?*

Sinds 1970 is er een dalende trend in het aantal verkeersslachtoffers. In 1994 was voor het eerst sinds jaren weer sprake van een lichte toename van het aantal verkeersslachtoffers (3,7% meer doden, 3,3% meer gewonden). Het risico om in het verkeer om het leven te komen daalt de laatste jaren met gemiddeld 4%. De toename van het aantal slachtoffers in 1994 zou verband kunnen houden met de sterk toegenomen automobilititeit. Een toenemend aantal verkeersslachtoffers legt inderdaad een steeds zwaardere druk op de uitgaven voor volksgezondheid.

Het is dan ook niet alleen het streven van het ministerie van V&W, maar ook van het ministerie van VWS om het aantal doden en gewonden in het verkeer te verminderen. Het terrein van de verkeersveiligheid is één van de beleidsterreinen waarop een gezamenlijke aanpak vanuit daarbij betrokken ministeries verder moet worden ontwikkeld. Verkeersongevallen vormen een belangrijk gezondheidsprobleem en leiden tot kosten voor de zorgsector. Dit voornemen is ook aangekondigd in de nota «Gezond en Wel». Inmiddels is hierover een eerste overleg tussen V&W en VWS geweest. De resultaten van dit overleg worden momenteel uitgewerkt en zullen gevolgd worden door een planning van vervolactiviteiten. Daarbij wordt met name aandacht besteed aan verkeersgedrag met een hoog letselrisico. Ik ben van plan om bij deze vervolactiviteiten ook de ministeries van binnenlandse zaken en justitie te betrekken. Een actieve medewerking van de politie en van justitie is van essentieel belang voor een goede verkeersdiscipline van weggebruikers.

*Is het juist dat als gevolg van een ramingsfout van het Centraal Plan Bureau volgend jaar de kosten voor het ziekenfonds een miljard hoger uitvallen en zo ja, welke gevolgen zal zulks hebben voor de volgend jaar beoogde kostenbesparingen? Op welke wijze zal de regering deze tegenvaller opvangen?*

In het regeerakkoord is voorzien in het overhevelen van een aantal aanspraken, waaronder geneesmiddelen, uit de AWBZ naar het ziekenfonds en de particuliere verzekering.

Bij het opstellen van het regeerakkoord werd geraamd dat met deze overheveling een totaalbedrag van f 7,6 mld was gemoeid. Inmiddels is deze raming herzien. Bovendien is de raming van de verdeling van het totaaleffect over ZFW enerzijds en particulier anderzijds gewijzigd. In de onderstaande tabel is deze wijziging weergegeven:

**Tabel: beperking AWBZ**

	uit AWBZ	naar ZFW	naar Part.
- raming R.A.	- 7,6	+ 4,4	+ 3,2
- huidige raming	- 7,7	+ 5,4	+ 2,3

Zoals uit de tabel blijkt zullen de kosten ZFW inderdaad ca. 1 mld hoger uitvallen dan eerder door het CPB geraamd. Voor het kostenbeheersingsbeleid zoals dat door het kabinet wordt gevoerd heeft dit echter geen effect. Aangrijpingspunt is immers de beheersing van de

totale kosten voorzover betrekking hebbend op het wettelijk pakket. Of die kosten via de ZFW danwel via een particuliere verzekering gefinancierd worden is daarbij niet relevant.

De verschuiving is uiteraard wel relevant voor de premiestelling ZFW. Bij de voorstellen voor de premiepercentages voor 1996, zoals die in september in de Miljoenennota worden verwerkt, zal hiermee uiteraard rekening worden gehouden.