

Vergaderjaar 1994–1995

24 124

Kostenbeheersing in de zorgsector

Nr. 1

**BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN
VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Rijswijk, 20 maart 1995

§ 1. Inleiding

1.1. De gezondheidstoestand en gezondheidszorg

De inwoners van Nederland hebben gemiddeld genomen een goede gezondheid en een, in vergelijking tot vele andere landen, hoge levensverwachting en lage zuigelingensterfte. Deze relatief goede gezondheidstoestand is voor een groot deel te danken aan een hoog welvaartspeil en onderwijsniveau voor brede lagen van de bevolking. Toegankelijke voorzieningen van goede kwaliteit voor preventie, behandeling en verzorging spelen een belangrijke rol bij het verder verbeteren van de gezondheidstoestand en het verhogen van de kwaliteit van leven van mensen met een ziekte of functiestoornis. Het kabinet wil deze gunstige situatie niet alleen handhaven, maar ook de mogelijkheden voor verdere verbetering zo goed mogelijk benutten. Dit kan onder meer bereikt worden door gerichte beleidsmaatregelen op het terrein van gezondheidsbevordering en preventie van ziekten. Dit integrale kabinetsbeleid komt tot uitdrukking in het beleid van meerdere ministeries. Dergelijke beleidsmaatregelen zullen zich ook specifiek richten op bevolkingsgroepen die systematisch een slechtere gezondheid hebben (veelal mensen met een lage opleiding, laag inkomen en lage beroepsstatus, en sommige migrantengroepen). Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen zal onder meer ondersteund worden door een daartoe in het leven geroepen programmacommissie, de commissie-Albeda.

De bijdrage van de zorg aan het verbeteren van gezondheid en kwaliteit van leven kan toenemen door, meer dan thans het geval is, de patiënt centraal te stellen in de zorgverlening. Een instituutgerichte benadering zal geleidelijk omgebogen worden tot een patiëntgerichte benadering. Maatregelen ter verhoging van de flexibiliteit op deelterreinen binnen de zorgverlening en zorg-op-maat zijn daarbij aan de orde. De visie op gezondheid en zorg en het beleidskader zijn afzonderlijk aan de Tweede Kamer aangeboden in de vorm van de nota «Gezond en Wel».

Dankzij de betere gezondheidstoestand wordt de inwoner van Nederland gemiddeld steeds ouder. De ouderen van nu zijn vaak tot op hoge leeftijd vitaal en ondernemend en wonen veelal zelfstandig. Dat neemt niet weg dat met het stijgen van de gemiddelde leeftijd, ook de zorgbehoefte toeneemt. Ook factoren als de meer geavanceerde mogelijkheden voor behandeling, betere hulpmiddelen en hedendaagse normen van comfort en privacy vergroten de vraag naar zorg. In het regeerakkoord is aangegeven dat de groei van de uitgaven in het kader van de volksgezondheid binnen verantwoorde grenzen dient te blijven. Dat verplicht tot een kritische beoordeling van doelmatigheid van de bestaande hulpverlening en tot een zorgvuldige aanwending van de beschikbare middelen. Gezien vanuit die invalshoek, blijkt het zorgstelsel in een aantal opzichten voor verbetering vatbaar.

1.2. Het zorgstelsel

Ter uitwerking van de beleidsvoornemens in het regeerakkoord en met het oog op het verbeteren van de doelmatigheid en het meer patiëntgericht maken van de zorgverlening, vindt het kabinet het noodzakelijk wijzigingen aan te brengen op een aantal punten binnen het zorgstelsel. Het gaat daarbij om de volgende knelpunten.

a. Het verzekerings- en financieringssysteem is te verbrokkeld

Dit leidt tot:

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

b. De financiële beheersbaarheid is onvoldoende

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

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

c. De wet- en regelgeving is complex

Door gedetailleerde en verbrokkelde wet- en regelgeving verschuift de verantwoordelijkheid voor de (kosten)ontwikkelingen in het veld van de betrokken partijen naar de overheid. Daardoor ontbreekt in veel gevallen de prikkel tot doelmatig werken.

Het kabinet is van oordeel dat het aanbeveling verdient een aantal maatregelen te treffen die in onderlinge samenhang kunnen bijdragen tot een betere kostenbeheersing en een evenwichtige lastenverdeling tussen verzekerden.

Met een op dit doel gerichte stap-voor-stap-werkwijze geeft het kabinet gestalte aan een «no-regret»-beleid, hetgeen inhoudt dat in deze regeerperiode geen onomkeerbare stappen worden gezet die gewenste ontwikkelingen in de periode daarna blokkeren.

Uitgaande van de doelstelling van het zorgbeleid, namelijk kwalitatief goede, toegankelijke en betaalbare zorg voor iedereen, en de in het regeerakkoord gemaakte afspraken, zal in samenwerking met (de organisaties van) zorgaanbieders, zorgverzekeraars en patiënten/consumenten worden gewerkt aan vormgeving en invoering van de gewenste maatregelen.

In het regeerakkoord is vastgelegd dat ter uitwerking van de daarin vervatte maatregelen zo spoedig mogelijk een bestuurlijk/wetgevend programma voor de zorgsector aan het parlement zal worden aangeboden. Dit programma treft u als bijlage aan.

Tevens is in het regeerakkoord aangegeven, dat in 1995 een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking zal worden gestart. Voor de opstelling van dit programma is in het najaar 1994 de ambtelijke Task Force volumebeheersing en kostenbeperking (TVK) ingesteld. De rapportage van deze Task Force, «Zuinig met Zorg», is eveneens bijgevoegd.¹

Door maatregelen te treffen die in alle geledingen van de zorgsector aansporen tot grotere doelmatigheid, zowel in het aanbod, de inkoop als het gebruik van de zorg, verwacht het kabinet een goede en voor iedereen betaalbare zorg in de komende jaren te kunnen blijven realiseren.

1.3. Evenwichtigheid in de te treffen maatregelen

Zoals uit het rapport van de TVK blijkt, leidt een aantal factoren tot een aanhoudende druk op het kostenniveau in de zorgsector. Genoemd kunnen worden demografische factoren zoals de bevolkingsgroei, de vergrijzing van de bevolking, en een veranderde gezinssamenstelling, maar ook factoren als technologische vernieuwing en een toenemend medisch kunnen spelen een rol. Om ervoor te zorgen dat de kosten in de zorgsector, ondanks de werking van deze factoren, toch binnen aanvaardbare grenzen blijven, is een grote krachtsinspanning van eenieder, leveranciers en aanbieders, verzekeraars en verzekerden, almede de overheid zelf, noodzakelijk. In deze brief wordt daartoe een evenwichtig pakket maatregelen voorgesteld.

Bij de leveranciers en aanbieders van zorg gaat het om prijs-beïnvloedende maatregelen en het inbouwen van stimulansen tot doelmatiger werken.

Voor leveranciers van geneesmiddelen gaat het om wettelijke maatregelen om het prijsniveau aan te pakken. Bij hulpmiddelen worden maatregelen getroffen om te komen tot een lager prijsniveau.

Efficiencyverbetering in instellingen, onder meer door het invoeren van de aanbevelingen van de Commissie-Biesheuvel en het gaan werken met zorgvernieuwingsfondsen, behoren tot het type maatregelen dat aanbieders moet aanzetten tot een bijdrage aan het betaalbaar houden van de gezondheidszorg.

In het kader van het verzekeringssysteem gaat het om maatregelen die moeten bijdragen aan gepast gebruik.

Aan de verzekeraarskant is het noodzakelijk om een prikkel tot doelmatige zorginkoop in te bouwen door de zorgverzekeraars meer verantwoordelijk te maken voor de totale uitgaven. Via het aanscherpen van budgettering zullen verzekeraars zelf meer risico moeten gaan dragen.

Voor wat betreft de verzekerden worden maatregelen voorgesteld voor aanpassing van de omvang van het verzekerde pakket en het invoeren van een eigen risico. Door in de caresector via zorgvernieuwingsfondsen te gaan werken met persoonsgebonden budgetten worden eigen verantwoordelijkheid en zorg-op-maat gestimuleerd.

Aan de zijde van de overheid zal een dereguleringsbeleid moeten worden gevoerd om onnodige wettelijke belemmeringen voor marktwerking en doelmatig werken weg te nemen. Om de privaatrechtelijke belemmeringen voor marktwerking weg te nemen, zal een actief anti-kartelbeleid worden gevoerd.

Het navolgende overzicht bevat de maatregelen die zowel als uitvloeisel van het regeerakkoord als op grond van het rapport van de TVK zijn

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

voorgenomen. Daarbij is aangegeven in welke paragraaf van deze brief op deze materie wordt ingegaan.

OVERZICHT MAATREGELEN 1995–1998

Maatregelen voor leveranciers	
– Regelgeving t.a.v. geneesmiddelen	§ 4.1
– Regelgeving t.a.v. hulpmiddelen	§ 4.2
Maatregelen voor aanbieders	
– Modernisering ouderenzorg (commissie-Welschen)	§ 5
– Werken met zorgvernieuwingsfondsen	§ 3.1
– Implementatie van de aanbevelingen van de Commissie Modernisering Curatieve Zorg (commissie-Biesheuvel)	§ 6
– Tarievenbeleid	§ 7
– Voorgestelde maatregelen TVK	§ 2.4
· taakverdeling top- en topreferentiezorg	
· aanpassing exploitatiegevolgen investeringen academische ziekenhuizen	
· normering en protocollering van rente/waarborgfonds	
· structuurverbeterende maatregelen	
Maatregelen voor verzekeraars	
– Aanscherping verzekeraarsbudgettering	§ 8.1
– Aanpassen omslagregeling WTZ/premiebandbreedteregeling	§ 8.2
Maatregelen voor verzekerden	
– Omvang pakket	§ 9
· terughevelen aanspraken uit de AWBZ	
· beperken aanspraak fysiotherapie	
· pakketbeperking anti-conceptiepil	
· mogelijke decentralisatie ziekenvervoer	
· pakket doorlichten volgens methode van Dunning	
– Eigen risico	§ 10
– Convergentie	§ 11
– Persoonsgebonden budgetfinanciering	§ 12
Flankerend beleid door de overheid	
– Marktwerking en anti-kartelbeleid	§ 13
– Arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktbeleid	§ 14
– Deregulering Wet ziekenhuisvoorzieningen	§ 15

§ 2. Standpunt over het rapport van de Task Force volumebeheersing en kostenbeperking.

2.1. Aanleiding

Tegelijkertijd met deze brief wordt u aangeboden het eindrapport van de zogenoemde ambtelijke Task Force volumebeheersing en kostenbeperking.¹ In het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) 1995 is de instelling van de TVK aangekondigd.

De instelling vloeit rechtstreeks voort uit het regeerakkoord, waarin een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking wordt aangekondigd. Het regeerakkoord meldt daarover het volgende:

«Ervaringen in achterliggende jaren maken duidelijk dat de sector van jaar op jaar, rekening houdend met de demografische ontwikkeling, verzekerd moet zijn van voldoende ruimte voor volumegroei. Thans is in het meerjarenbeeld een groei van 1,3% per jaar voorzien. Alvorens te beslissen over de vraag of en in hoeverre deze ruimte in de komende jaren ex ante hoger zal worden gesteld dan 1,3% zal het kabinet de resultaten beoordelen van een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking waarmee in 1995 zal worden gestart.

Om een eventueel noodzakelijke ruimte voor extra uitgaven mogelijk te maken, zal immers een van jaar op jaar vol te houden en succesvolle inspanning nodig zijn om de uitgavenkaders als geheel zo goed mogelijk te bewaken.»

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

In het rapport van de TVK worden suggesties aangereikt voor de vormgeving van een dergelijk strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking, in aanvulling op de maatregelen uit het regeerakkoord

In het regeerakkoord is immers reeds, ten opzichte van de 1,3%-groei, een ambitieus programma van kostenbeperkende maatregelen gedefinieerd voor de zorgsector.

Tabel 2.1.1. Maatregelen regeerakkoord: financieringsverschuivingen

=(x mln)	1998
1. Pakketverkleining ZFW	700
2. Invoering eigen risico	900
Totaal financieringsverschuivingen	1 600

Tabel 2.1.2. Maatregelen regeerakkoord: ombuigingen

(x mln)	1998
1. Compensatie budgetdiscipline	300
2. Volumebeperking i.v.m. overheveling geneesmiddelen	300
3. Volumebeperking ZFW i.v.m. pakketverkleining	100
4. Volumebeperking ZFW i.v.m. eigen risico	100
5. Matiging prijsontwikkeling	400
Totaal ombuigingen	1 200

Tabel 2.1.3 Maatregelen regeerakkoord: intensiveringen

(x mln)	1998
1. Bejaardenoorden	100
2. Werkgelegenheid	100+pm*)
Totaal intensiveringen	200+pm

* In 1995 wordt ten behoeve van de zorgsector 50% van de in het regeerakkoord opgenomen werkgelegenheidsmiddelen, dat wil zeggen f 100 mln, ter beschikking gesteld. Indien ook voor de jaren 1996 t/m 1998 een percentage van 50 zou worden gehanteerd, dan zou daaruit in 1998 een bedrag van f 800 mln resulteren.

Het regeerakkoord gaat er vanuit dat een volumegroei van 1,3% per jaar als uitgangsniveau vooralsnog voldoende moet zijn.

Vervolgens worden in het regeerakkoord ombuigingsmaatregelen gedefinieerd ten opzichte van dit uitgangsniveau. Deze maatregelen hebben in 1998 een geraamde opbrengst van f 1,2 miljard (zie tabel 2.1.2.).

De maatregelen kunnen worden geordend in drie categorieën:

- a. maatregelen voortvloeiend uit overschrijdingen in 1992/1993 (punt 1). In het FOZ 1995 zijn deze maatregelen verwerkt en via aanwijzingen aan het COTG in gang gezet;
- b. opbrengst die voortvloeit uit het realiseren van de financieringsverschuivingen zoals die zijn opgenomen in het regeerakkoord (punten 2, 3, 4). Het gaat dan om de verwachte vermindering van de zorgconsumptie samenhangend met het verleggen van de financieringsverantwoordelijkheid. De tranche 1995 daarvan is verwerkt in het FOZ 1995;
- c. maatregelen gericht op het terugdringen van de relatief hoge prijsontwikkeling in de zorgsector (punt 5). De tranche 1995 daarvan zal incidenteel worden gedekt. Op de structurele invulling vanaf 1996 wordt in paragraaf 2.4. teruggekomen.

Daartegenover staan intensiveringen, bestaande uit twee categorieën (zie tabel 2.1.3.):

a. de eerste categorie betreft een intensivering ter compensatie van de eerder ingeboekte ombuiging van f 100 mln bij de bejaardenoorden (punt 1);

b. de tweede categorie betreft middelen ter bevordering van de werkgelegenheid in de zorgsector. Het kabinet streeft er naar met deze middelen langdurig werklozen met een beloning op het minimumloon-niveau aan de slag te helpen (punt 2).

De werkelijk in het regeerakkoord voorziene uitgavengroei voor de zorgsector komt derhalve voor 1998 per saldo 0,3 miljard (1,2 miljard ombuigingen, 0,9 miljard¹ intensiveringen) lager uit dan wanneer ongeclausuleerd van een 1,3% volumegroei uitgegaan zou zijn.

Het verschil ten opzichte van de 1,3% volumegroei is in het regeerakkoord met concrete maatregelen ingevuld. Wanneer het uitgangspunt van 1,3% volumegroei voldoende zou blijken, en de genoemde maatregelen en opbrengsten gerealiseerd worden, behoeven er geen problemen te worden verwacht. Op de vraag of het gehanteerde uitgangsniveau van 1,3% realistisch is, wordt in paragraaf 2.2 ingegaan.

Naast deze ombuigingen en intensiveringen zijn in het regeerakkoord ook financieringsverschuivingen voorzien. Financieringsverschuivingen betekenen geen verlaging van het toegestane niveau aan zorguitgaven. Het zijn derhalve geen ombuigingen op de omvang van de zorguitgaven.

Wel betekenen financieringsverschuivingen dat de spreiding van de zorglasten over de burgers anders wordt. Zoals uit tabel 2.1.1. blijkt, voorziet het regeerakkoord op deze wijze in een verlaging van de collectieve financiering van de zorg met f 1,6 miljard in 1998. Daar staat tegenover dat de betalingen direct ten laste van de burgers, afgezien van de in tabel 2.1.2. genoemde volume-effecten, ceteris paribus met een gelijk bedrag omhoog gaan.

2.2. De hoogte van de volumegroei

De TVK heeft de in het verleden gerealiseerde groei geanalyseerd. Bovendien doet de TVK aanbevelingen over de vraag langs welke weg de volumegroei in de toekomst kan worden gematigd.

De analyse leert dat in de afgelopen jaren een volumegroei gerealiseerd is die fors hoger ligt dan 1,3%, namelijk circa 2,3% per jaar. Dit bevestigt de trend die ook uit andere rapporten naar voren komt². Indien zich ook in de komende jaren een dergelijke groei zou voordoen, dan zou in 1998 een tegenvaller ten opzichte van het regeerakkoord van f 2 à 3 miljard kunnen optreden. Dat wil het kabinet voorkomen. In het verleden gerealiseerde volumegroei is niet per definitie voor de toekomst onontkoombaar. De vraag is welke beleidsmaatregelen het kabinet ter beschikking staan om de groei neerwaarts om te buigen.

Wanneer we de historische analyse van de TVK nader beschouwen, blijkt de gerealiseerde volumegroei als volgt te splitsen:

Tabel 2.2. Opbouw jaarlijkse volumegroei

	1972-1993	1972-1982	1982-1993
a. Groei bevolking	0,7%	0,7%	0,6%
b. Vergrijzing/ontgroening	0,7%	0,8%	0,7%
c. Inkomensverbetering	0,1%	0,2%	0,2%
d. Overig, incl. aanbodfactoren	0,8%	0,6%	0,8%
Totale jaarlijkse volumegroei	2,3%	2,3%	2,3%

¹ Rekening is gehouden met de veronderstelling dat in 1998 inderdaad f 800 mln beschikbaar komt uit hoofde van de werkgelegenheidsmiddelen.

² Zie bijvoorbeeld rapport NZI: Gezondheidszorg in tel II.

We kunnen er vanuit gaan dat bij a. en b. wel de kosten maar niet de hoeveelheden te beïnvloeden zijn. De post overig bestaat enerzijds uit niet

beïnvloedbare factoren (zoals samenstelling huishoudens en culturele factoren) en anderzijds uit wel te beïnvloeden factoren (via aanbodbeperking en substitutie). Uit de splitsing in tabel 2.2. kan worden geconcludeerd dat uit hoofde van demografische ontwikkeling jaarlijks een volumegroei van ongeveer 1,3% benodigd is, een percentage dat overeenkomt met het gestelde kader in het regeerakkoord. Overige factoren die deels wel en deels niet zijn te beïnvloeden door de overheid, bepalen de resterende groei van jaarlijks circa 1%.

Het kabinet wil een maximale inspanning leveren teneinde te bereiken dat de volumegroei in de zorgsector daadwerkelijk beperkt kan blijven tot het in het regeerakkoord voorziene niveau. Reden daarvoor is de overtuiging dat alleen indien het lukt de groei in de zorgsector te matigen, ook voor de langere termijn de kwaliteit en de toegankelijkheid gewaarborgd kunnen worden. Pas wanneer ondanks een dergelijke maximale inzet de noodzakelijke volumegroei hoger blijkt te zijn, is een nieuwe politieke afweging noodzakelijk.

Vooralsnog gaat het kabinet er vanuit dat de in het regeerakkoord opgenomen volumegroei van 1,3% per jaar kan volstaan. De in deze brief voorgestelde maatregelen zijn er op gericht de volumegroei tot dat percentage te beperken en zijn uitermate ambitieus. De grenzen van wat op korte termijn is te realiseren, komen daarmee in zicht.

Het kabinet blijft van oordeel dat de sector verzekerd moet blijven van voldoende ruimte voor volumegroei. Het kabinet zal dan ook, mede gelet op hetgeen in het regeerakkoord is afgesproken over de volumegroei in de zorgsector, ieder jaar bij de opstelling van het FOZ bezien in hoeverre opwaartse aanpassing van de vastgestelde volume-ontwikkeling noodzakelijk is. Het mag duidelijk zijn dat een dergelijke herijking alleen valt te motiveren vanuit de gedachte dat anders essentiële grenzen in de gezondheidszorg overschreden zouden worden.

2.3. Thans te nemen maatregelen

Bij het nemen van maatregelen kunnen we twee typen beleidsmaatregelen onderscheiden. Allereerst kunnen maatregelen getroffen worden die de doelmatigheid in de zorgverlening ten goede komen. Het gaat daarbij om maatregelen die beogen zowel de structuur van de zorgverlening als het gedrag van partijen doelmatiger te maken. Deze maatregelen zullen met name gericht zijn op het vergroten van de inherente beheersbaarheid, waardoor toekomstige kostenoverschrijdingen minder waarschijnlijk worden. De TVK doet daarvoor voorstellen, zoals die zijn samengevat in de paragrafen 7.3 en 7.4 van het rapport.

Het kabinet acht deze maatregelen van grote betekenis en zal dan ook de verdere implementatie voorbereiden. Veel van de voorstellen van de TVK sluiten aan op lopende ontwikkelingen en eerder uitgebrachte rapporten. Concrete voorbeelden zijn het rapport van de commissie Biesheuvel en de verdere uitwerking daarvan in het Platform Curatieve Zorg. Het kabinet hecht grote waarde aan de bijdrage die aanbieders, verzekeraars en patiënten kunnen leveren aan het efficiënt en effectief functioneren van de zorgsector. Door de aard van de maatregelen, namelijk ingrijpen op de micro-incentivestructuur, zullen deze voorstellen in de ogen van het kabinet een belangrijke bijdrage kunnen leveren aan het afvlakken van de groei in de zorgsector. Wel is het zo dat deze maatregelen pas in de loop van de kabinetsperiode zullen werken, waardoor de doelmatigheidsbevordering eerst geleidelijk tot resultaten zal leiden. Derhalve mogen voor de korte termijn, de periode tot en met 1998, van deze voorstellen geen belangrijke financiële opbrengsten verwacht worden.

Naast het implementeren van deze voorstellen die zijn gericht op de middellange en lange termijn, is een extra beleidsingreep ter verbetering van de uitgavenbeheersing op de korte termijn noodzakelijk. Het is immers op grond van de historische analyse reëel te verwachten dat zonder nadere ingrepen de volumegroei niet beperkt zal blijven tot het niveau zoals dat is voorzien in het regeerakkoord. Deze voorstellen komen aan de orde in § 2.4.

2.4. Maatregelen op korte termijn

Kijken we naar de te nemen beheersingsmaatregelen voor de korte termijn, dan ligt het voor de hand te komen tot aanvullende kosten-beheersende maatregelen in die sectoren waar in het verleden het verschil tussen realisatie en raming (lees overschrijding) het grootst was.

Het rapport van de TVK geeft aan dat het dan gaat om de volgende sectoren:

- genees- en hulpmiddelen;
- ziekenhuizen;
- vrije beroepsbeoefenaren;
- ziekenvervoer.

Het kabinet is dan ook van oordeel dat allereerst nadere maatregelen voor de kostenontwikkeling van genees- en hulpmiddelen geboden zijn. Daarvoor zijn overigens meer redenen dan alleen de hiervoor geschetste overschrijdingstendens. Ook het relatief hoge prijspeil op de Nederlandse geneesmiddelenmarkt baart het kabinet zorgen. Reeds op 2 december 1994 heeft het kabinet u geïnformeerd met de brief «Kostenbeheersing geneesmiddelen» (TK 23 904, nr. 10). In combinatie met de nu voorliggende TVK-analyse acht het kabinet het noodzakelijk reeds nu nadere maatregelen op het gebied van de prijzen van geneesmiddelen te nemen. Tevens zal nader onderzoek worden verricht naar de prijzen van hulpmiddelen (zie verder § 4.2). Het kabinet is evenals de TVK van oordeel dat op korte termijn, te weten in de jaren 1996 en 1997, een besparing in de sector genees- en hulpmiddelen gerealiseerd kan worden van uiteindelijk ca. f 900 mln (f 700 mln geneesmiddelen, f 200 mln hulpmiddelen).

Tevens zal de mogelijkheid worden onderzocht van het invoeren van een maximumvergoeding bij hulpmiddelen voor incontinentiemateriaal. Hier dient een afweging plaats te vinden tussen de positieve invloed van de aanspraak in het kader van het stimuleren van de thuiszorg enerzijds en de zeer sterk groeiende kostenfactor die dit met zich meebrengt anderzijds.

In § 4 zal het genees- en hulpmiddelenbeleid verder uiteengezet worden.

Hiermee sluit het kabinet aan bij de TVK-aanbevelingen in paragraaf 7.3 van het rapport.

Voor wat betreft de beheersing van de kostenontwikkeling bij ziekenhuizen en vrije beroepsbeoefenaren koerst het kabinet op het gefaseerd verbeteren van de beheersing van de zgn. curatieve uitgaven in het algemeen. Daartoe worden in deze kabinetsperiode reeds een aantal stappen gezet. Dit beleid stoelt op verschillende acties:

- a. het introduceren van financiële prikkels tot consumptiebeperking. In het regeerakkoord is hierin al voorzien in de vorm van het verplichte eigen risico;
- b. het implementeren van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel;
- c. het versneld afronden van de verzekeraarsbudgettering, zodanig dat ultimo 1998 een situatie bereikt wordt dat voor de (niet aan nieuwbouw gerelateerde) kosten in de ZFW geen sprake meer is van verevening en nacalculatie.

Zoals hierboven reeds is aangegeven, neemt het kabinet de voorstellen van de TVK voor de genees- en hulpmiddelen over.

De overige in paragraaf 7.3 van het TVK-rapport genoemde aanbevelingen kunnen als volgt worden geclusterd:

- a. efficiencyvergroting in diverse sectoren;
- b. maatregelen top- en topreferentiezorg;
- c. aanpassing investeringskader academische ziekenhuizen.

Wat betreft de efficiencyvergroting ligt er een relatie met het post-WAGGS-model voor de arbeidsvoorwaarden (zie § 14).

Dit post-WAGGS-model blijft uitgangspunt voor het arbeidsvoorwaardenbeleid. Voor de financiering van de arbeidskosten wordt rekening gehouden met hetgeen de werkgever zelf aan eigen middelen uit vergroting van de arbeidsproductiviteit beschikbaar kan stellen. Aan de hand van de haalbare efficiencyvergroting heeft de TVK dit gekwantificeerd.

De door de TVK voorgestelde maatregelen op het gebied van prijsstelling topzorg en de academische ziekenhuizen worden door het kabinet overgenomen, met dien verstande dat aan het nadere onderzoek naar de prijsstelling topzorg niet op voorhand een taakstelling wordt verbonden. Het kabinet geeft er de voorkeur aan de geraamde opbrengst te realiseren via taakverdeling tussen topzorg en topreferentiezorg, plus normalisering van de reserves bij de academische ziekenhuizen.

Het kabinet volgt niet het voorstel van de TVK om de bestuurlijke verantwoordelijkheid voor de academische ziekenhuizen ten principale ter discussie te stellen. Wel wordt de pragmatische aanpak waarbij de verhoudingen op een tweetal punten worden verduidelijkt, overgenomen. De gedeelde verantwoordelijkheid van de minister van OCW en van de minister van VWS, volgend uit de huidige wetgeving, blijft gehandhaafd.

In het regeerakkoord is opgenomen dat de financiering van grote renovaties en vernieuwbouw van ziekenhuizen via de begroting zal lopen.

Deze afspraak is gemaakt met het oog op de premieconvergentie. Door vergoeding van de kapitaallasten van een ziekenhuis daalt de ziekenfondspremie. Dit wordt opgevangen door hogere begrotingsuitgaven. Die worden inkomensafhankelijk geheven en op die manier betalen particulier verzekerden ook een (klein) deel inkomensafhankelijk. Het gaat hierbij om een bedrag van f 600 mln. Dit voorstel heeft bij nader inzien niet de voorkeur van het kabinet, aangezien het geen inhoudelijke meerwaarde heeft. Het kabinet heeft zich beraden op een meer inhoudelijk alternatief. Een goede mogelijkheid daartoe zou kunnen zijn de door de TVK voorgestelde territoriale decentralisatie van de verantwoordelijkheid voor het ziekenvervoer (ambulance- en taxivervoer). Dit wordt met name ingegeven door de samenhang die bestaat tussen ambulancevervoer, overig ziekenvervoer en het vervoer dat reeds in het kader van de WVG onder de verantwoordelijkheid van gemeenten is gebracht. Door de verantwoordelijkheid voor planning en financiering van deze vervoersvormen in één hand te brengen, kan synergie ontstaan, hetgeen kan leiden tot doelmatigheidswinst. Het kabinet zal dit voorstel in overleg met de andere overheden nader verkennen. Uitvoering van deze lijn zou impliceren het op de begroting plaatsen (fiscaliseren) van de betrokken kosten. Het heeft de voorkeur van het kabinet om de in het regeerakkoord voorziene ruimte voor begrotingsfinanciering voor kapitaallasten ad f 600 mln niet hiervoor te bestemmen maar te benutten ten behoeve van de decentralisatie van het ziekenvervoer. De kapitaallasten blijven daardoor in de toekomst volledig uit de verzekeringspremies gefinancierd.

Op het punt van het normeren van de vergoeding voor rentekosten volgt het kabinet de aanbeveling van de TVK. Daarbij betreft het kabinet de voorstellen voor het realiseren van een waarborgfonds dat een

bijdrage levert aan het verlagen van het renteniveau voor de langlopende leningen.

Naast het volgen van de voorstellen van de TVK acht het kabinet het verstandig op korte termijn ook de pakkeetsamenstelling nog eens kritisch te bezien. De TVK heeft zich daarover niet uitgesproken, omdat dit niet tot haar opdracht behoorde.

Het veiligstellen van voldoende (collectief gefinancierde) groei voor de zorgsector betekent uiteraard ook dat daarmee de vraag naar de afbakening van de zorgsector aan de orde komt.

In de komende jaren dreigen bij onderdelen die zullen blijven behoren tot het pakket wettelijk verzekerde zorg overschrijdingen. Het kabinet acht het raadzaam om tot een scherpere pakketafbakening te komen tussen enerzijds het wettelijk verzekerd pakket, en anderzijds de vrije keus van burgers.

Het kabinet is daarbij van oordeel dat het medisch en financieel gezien verantwoord is met ingang van 1996 de anti-conceptiepil voor meerderjarige vrouwen uit het wettelijk verzekerde pakket te lichten, zodat de aanschaf voor eigen rekening komt (zie voor een toelichting § 9).

In de voorgaande paragrafen is uiteengezet langs welke weg het kabinet meent dreigende overschrijdingen in de komende jaren te voorkomen.

Dat die dreiging reëel is, kan afgeleid worden uit de historische analyse van de TVK. In die zin zijn derhalve de huidige meerjarencijfers van het FOZ zonder nadere maatregelen niet realistisch.

De inzet van het kabinet is er op gericht om door middel van een combinatie van korte en lange termijnmaatregelen overschrijdingen in de toekomst te voorkomen. Deze maatregelen zijn in tabel 2.3 opgenomen. Hiermee wordt tevens de in het regeerakkoord voorziene taakstellende matiging van de prijsontwikkeling ingevuld.

Bedacht dient te worden dat het nemen van deze maatregelen niet betekent dat de opbrengst aangewend kan worden voor beleidsintensivering. De maatregelen zijn immers bedoeld ter dekking van te verwachten overschrijdingen (895 mln) en ter dekking van de taakstelling beperking prijsontwikkeling (400 mln). Door het nemen van deze maatregelen zal de meerjarenraming FOZ, gegeven de analyse van de TVK, een hoger realiteitsgehalte krijgen.

Met het voorgestelde pakket maatregelen voor de korte en de lange termijn kan een inherente verbetering van de beheersbaarheid van de uitgavenontwikkeling worden bereikt. Het kabinet is van oordeel dat het een acceptabel en evenwichtig programma is, waarin aan alle partijen in de zorgsector wordt gevraagd een steentje bij te dragen. Met dit programma is tevens aangegeven welk pakket maatregelen in de komende jaren naast de in het regeerakkoord opgenomen maatregelen zal worden gerealiseerd.

Tabel 2.3. Maatregelen (aanvullend op het regeerakkoord; opbrengst in miljoenen gulden)

Maatregel	1996	1997	1998
– maatregelen genees- en hulpmiddelen	650	900	900
– maatregelen top- en topreferentiezorg	30	60	90
– aanpassing exploitatiegevolgen investeringen academische ziekenhuizen*	–	20	40
– doorlichten pakket volgens Dunningmethode	90	90	90
waaronder: pakketbeperking anti-conceptiepil			
– normering en protocollering rente/waarborgfonds	25	50	75
– structuurverbeterende maatregelen TVK-rapport	–	–	100
Totaal	795	1 120	1 295

* Van de 40 mln structurele opbrengst valt 10 mln vrij op de begroting van het Ministerie van OCW.

De hier gepresenteerde opbrengst van de maatregelen wordt verhoogd met de opbrengst van het systematisch doornemen van het pakket via de methode van Dunning. Het kabinet constateert met voldoening dat de medische beroepsgroep zelf, bij monde van de artensorganisatie KNMG, heeft toegezegd hierbij een actieve rol te willen spelen.

2.5. Informatiebeleid

Zoals in het FOZ 1995 reeds is aangegeven, is op het gebied van de informatievoorziening voor het FOZ nog veel werk te verzetten. Hoe strakker de doelstellingen voor het beheersen van de volumeontwikkeling, hoe noodzakelijker het is dat wordt geïnvesteerd in de betrouwbaarheid van de cijfers. Dat geldt niet alleen voor de realisatiecijfers, maar ook voor de ramingen voor de middellange termijn. Op beide punten zijn inmiddels nadere afspraken gemaakt voor een meerjarige aanpak. Met CBS, ZFR, COTG en VEKTIS wordt gewerkt aan verbetering van de realisatiecijfers. Het CPB en het SCP zullen op verzoek van VWS de ontwikkeling van een ramingsmodel voor de middellange termijn op zich nemen.

Het kabinet deelt de aanbeveling van de TVK dat het wenselijk is de centrale coördinatie ten aanzien van het tot stand brengen van realisatiecijfers bij het CBS te leggen. In dat kader is inmiddels een pilot gestart. De hoofdlijnen van dit informatiebeleid zijn opgenomen in de nota «Gezond en Wel».

§ 3. Indeling verzekeringssysteem en bestuurlijk/wetgevend programma

Uitgangspunten voor het bijgevoegde bestuurlijk/wetgevend programma zijn de afspraken uit het regeerakkoord. Het uitvoeren van die afspraken leidt tot een enigszins andere ordening van de zorgsector. Aansluitend op de afspraken uit het regeerakkoord is een aantal maatregelen opgenomen die reeds voor de totstandkoming van het huidige kabinet in gang waren gezet, dan wel op grond van het rapport aan de TVK worden voorgesteld. Na alle over elkaar heen vallende veranderingen in de afgelopen periode dient thans duidelijkheid te ontstaan voor alle betrokken partijen over het in de komende jaren te voeren beleid.

- Het bestuurlijk/wetgevend programma bestaat uit vier delen, namelijk:
- a. een beschrijving van de ordening van de zorgsector zoals die tot stand komt als gevolg van de uitvoering van de maatregelen uit het regeerakkoord;
 - b. in 1996 en volgende jaren op basis van het regeerakkoord concreet te treffen maatregelen;
 - c. bespreking van de aspecten die zijn verbonden aan het convergentie-traject;
 - d. inzicht in de beheersstructuur in de zorgsector.

Deze punten komen in de volgende paragrafen aan de orde.

3.1. Ordening zorgsector

Uitvoering van het regeerakkoord leidt tot een gewijzigde situatie in de zorgsector. Na uitvoering van de in het regeerakkoord vervatte maatregelen ontstaat voor het verzekeringsstelsel een ordening in drie compartimenten.

Het karakter van elk compartiment, de precieze inhoud en omvang daarvan, alsmede de sturing, de wijze waarop en het tempo waarin realisering wordt voorzien, kunnen als volgt worden geduïd.

1e compartiment (AWBZ)

Dit compartiment bevat in de eindsituatie langdurige zorg en de particulier onverzekerbare risico's. Deze worden door een volledig procentuele premie gefinancierd via de AWBZ. Binnen het compartiment is sprake van strikte aanbodregulering. De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) zijn volop van toepassing. Tevens is er voor de intramurale zorg contracteerplicht. Het macrobudget van het FOZ is maatgevend voor de kostenontwikkeling. Uitvoering van de AWBZ geschiedt door verbindingskantoren. Afzonderlijke verzekeraars spelen geen rol. Er is geen sprake van nominale premieheffing en dus ook niet van verzekeraarsbudgettering. Dat is ook niet noodzakelijk in verband met de strikte aanbodregulering van overheidswege.

Binnen deze context heeft de TVK gezien hoe toch de doelmatigheid en zorg-op-maat in deze sector kunnen worden bevorderd. In de eerste plaats is een vereiste dat de indicatiestelling wordt geobjectiveerd en onafhankelijk van de zorgverlenende instanties gestalte krijgt. Ook de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft dit onlangs geadviseerd. Tevens adviseert de TVK ter vergroting van de flexibiliteit alle inmiddels ontstane subsidieregelingen en vrije-margeregelingen per sector te integreren en onder te brengen in zorgvernieuwingsfondsen. Binnen de constellatie van de zorgvernieuwingsfondsen kan ook het persoonsgebonden budget gestalte krijgen.

Het kabinet neemt deze voorstellen over. Met het oog op de verbetering van de uitgavenbeheersing kiest het kabinet er voor om nieuwe elementen in de AWBZ, zoals het persoonsgebonden budget en de zorgvernieuwing vooralsnog niet vorm te geven als verzekerings-aanspraken. Voor deze nieuwe elementen wordt gekozen voor een gebudgetteerde subsidiesystematiek. Deze fondsen worden gefinancierd via subsidie op grond van de AWBZ. Op deze wijze kan jaarlijks worden beslist over de toegestane kostengroei.

Nagegaan wordt in hoeverre de voorgestelde vormgeving van dit compartiment mogelijk is binnen de bestaande wetgeving, dan wel dat aanpassing van de AWBZ noodzakelijk is.

Dit compartiment krijgt gestalte door de stapsgewijze invoering van de maatregelen uit het regeerakkoord. Met het terughevelen per 1-1-1996 van farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en

erfelijksheidsonderzoek verdwijnen de zorgvormen die niet in dit compartiment passen.

Een en ander leidt tot een beheersstructuur met een strakke aanbodregulering en macrokostenbeheersing via de WTG.

2e compartiment (ZFW/WTZ/Particulier/KPZ)

In dit compartiment is op termijn sprake van de in het regeerakkoord genoemde verplichte ziektekostenverzekering. Het compartiment bevat een door de overheid vastgesteld pakket aan zorgaanspraken. Uitgangspunt daarbij is het huidige ZFW/WTZ-pakket. Via beperkende maatregelen (reeds gedeeltelijk gerealiseerd voor tandheelkunde, fysiotherapie, eventuele opschoning door het systematisch doorlichten van het pakket volgens de methode van Dunning) enerzijds en uitbreiding (de teruggehevelde verstrekkingen uit de AWBZ) anderzijds, komt dit pakket stapsgewijs tot stand. De uiteindelijke financiële sturing zal geschieden door middel van verzekeraarsbudgettering. Bij de ziekenfondsen wordt een verdere ontwikkeling van het stelsel van normuitkeringen nagestreefd. Bij particuliere verzekeraars wordt invoering van een systeem van een premiebandbreedte onderzocht. Ter facilitering van de verzekeraarsbudgettering bij de ZFW zal voor het onderdeel ziekenhuisverpleging een splitsing worden gemaakt tussen vaste kosten waarvoor de verzekeraars niet meer dan een beperkt financieel risico zullen lopen, en variabele kosten die onderdeel vormen van de verzekeraarsbudgettering. Budgettering van aanbieders zal op termijn worden afgeschaft. De macrokostenbeheersing zal aldus gaan plaatsvinden zonder gebruik te maken van het WTG-instrumentarium. Om dit te bereiken, zullen nacalculatie en verevening in de verzekeraarsbudgettering in enkele jaren tot nul worden teruggebracht. Deze situatie zal in 1998 worden bereikt.

In dit kader zal ook dienen te worden bezien in welke mate overheidsregulering onnodige belemmeringen opwerpt voor mededinging tussen aanbieders van zorg.

Het voorgaande zal geleidelijk en stapsgewijs gerealiseerd worden. Daarbij kan van het loslaten van de bestaande sturingselementen (aanbodbeheersing, WTG-budget) sprake zijn naar de mate waarin de realisering van een goed werkend systeem van verzekeraarsbudgettering en deregulering onnodige belemmeringen aan de aanbodzijde elimineren. In de komende periode dient ook de positie van de WTZ in beschouwing te worden genomen. Met name zal de thans bestaande omslagregeling, waardoor verzekeraars alle tekorten op de WTZ-polis kunnen declareren, onder de loep worden genomen. In § 8.2 is hier aandacht aan geschonken. Bovendien zal moeten worden bezien of het naast elkaar blijven bestaan van de WTZ en de in het regeerakkoord bedoelde verplichte ziektekostenverzekering noodzakelijk is.

3e compartiment

Het derde compartiment bevat al die zorg die niet tot de compartimenten 1 en 2 behoort. Het betreft zorg die nu reeds geen deel uitmaakt van het ZFW-pakket (b.v. kronen en bruggen in de tandheelkunde) en die zaken die in de komende periode, mede op basis van het toepassen van de methode van Dunning, uit het pakket verwijderd zullen worden (b.v. delen van de tandheelkunde, fysiotherapie, alsmede aanspraken als gevolg van systematische screening). In dit compartiment gaat het om een puur private aangelegenheid. Verzekeraars zijn vrij zorgvormen al dan niet als verzekering aan te bieden. Zij mogen daarbij zelf de premiehoogte en overige verzekeringnormen (b.v. het acceptatieregime) vaststellen. Burgers kunnen zelf beslissen over het al dan niet opteren voor een aanvullende verzekering, dan wel kiezen voor het rechtstreeks voor eigen

rekening nemen van de kosten van deze zorg. De overheid heeft in dit compartiment geen verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling. Wel zal in een aantal gevallen, om schoksgewijze tariefsaanpassingen te mitigeren, vooralsnog de WTG – met uitzondering van de macro-budgetbepaling – van toepassing zijn.

De kwaliteitswetgeving blijft van toepassing.

3.2. Budgetdiscipline

Als uitvloeisel van de werkzaamheden van de TVK, in samenhang met de hiervoor gepresenteerde verzekeringstechnische aspecten, is in hoofdstuk 5 van het bestuurlijk/wetgevend programma uitwerking gegeven van de beheersstructuur en de daarbij horende budgetdiscipline.

Deze budgetdiscipline dient te sporen met hetgeen waarvoor de overheid zich verantwoordelijk acht: het pakket verstrekkingen waarvan de overheid vindt dat dit voor eenieder toegankelijk moet zijn. Indien wordt besloten tot uitdunning van het pakket, heeft dit als consequentie dat de omvang van de te beheersen kosten afneemt. Het ligt derhalve in de rede dit als een relevante maatregel te beschouwen in het kader van de budgetdiscipline. Daarnaast impliceert deze benadering dat de kostenontwikkeling van het aanvullende pakket (het derde compartiment) buiten het relevante kader voor de budgetdiscipline valt.

De overheid is derhalve aanspreekbaar op de kostenontwikkeling van het pakket (wettelijk) verplichte zorg. Dit omvat het eerste compartiment (AWBZ) en het tweede compartiment (ZFW, WTZ, Particulier, KPZ). Essentieel daarbij is, dat het gaat om beheersing van de kosten van dit pakket zorg en niet om beheersing van de afzonderlijke financieringsstromen. Uiteraard blijft de overheid aanspreekbaar op de positie van de algemene kas van de sociale ziektekostenverzekering. Nader onderzoek zal plaatsvinden naar de vermogenspositie van deze fondsen.

De beschikbare instrumenten voor kostenbeheersing zijn niet voor beide compartimenten identiek. Voor het eerste compartiment zal kostenbeheersing worden gerealiseerd via stringente aanbodbeheersing, toepassing van de WTG (budgettering aanbieders) en gebudgetteerde subsidieregelingen. Voor het tweede compartiment zal kostenbeheersing worden gerealiseerd enerzijds via overheidsverantwoordelijkheid voor de beschikbare infrastructuur en anderzijds via het doorvoeren van de verzekeraarsbudgettering. Verzekeraarsbudgettering heeft tot gevolg dat op termijn, voor het variabele deel van de kosten van ziekenhuisverpleging en voor de kosten van de overige aanspraken, de beheersing van de macro-kosten kan worden gerealiseerd zonder dat van het WTG-instrumentarium gebruik behoeft te worden gemaakt. Wel blijft de WTG gehandhaafd als instrument om tot doorzichtige prijsvorming te komen. De WTG blijft volledig gehandhaafd voor het vaste deel van de kosten van ziekenhuisverpleging. Daarbij wordt onderscheid gemaakt tussen ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeringen (zie ook § 3.1). De centrale gedachte daarbij is, dat de verzekeraars beter dan de overheid in staat zijn op dit punt kostenbeheersing te realiseren, indien aan een aantal randvoorwaarden is voldaan (marktwerking, risico-dragende verzekeraars). Ingrijpen uit hoofde van de budgetdiscipline ligt in de rede nadat is gebleken dat de veronderstellingen van het kabinet (decentrale beheersingsmechanismen zijn op dit punt beter dan centrale beheersing) foutief zijn gebleken. Op dat moment kan ook een fundamentele heroverweging van de gekozen uitvoeringsorganisatie aan de orde zijn.

§ 4. Beleid genees- en hulpmiddelen

4.1. Geneesmiddelen

In de brief van 2 december 1994 (TK 1994–1995, 23 904, nr. 10) is een uiteenzetting gegeven van het te voeren kostenbeheersingsbeleid voor de geneesmiddelen. Allereerst gaat het daarbij om het zoveel mogelijk implementeren van de aanbevelingen van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG). Ten tweede is vastgesteld dat de prijzen voor geneesmiddelen in Nederland aanzienlijk hoger liggen dan het Europees gemiddelde niveau. Aangegeven werd dat besloten was om het hoge prijspeil in Nederland meer in lijn te brengen met het prijspeil in omliggende landen. Als uitvloeisel daarvan is thans besloten tot realisering hiervan via wetgeving.

Voorgesteld wordt een wet te ontwerpen die de prijzen van geneesmiddelen maximeert. De prijzen van geneesmiddelen worden bepaald aan de hand van het rekenkundig gemiddelde van de prijzen van geneesmiddelen in enkele landen, waarbij vooralsnog wordt uitgegaan van Frankrijk, Duitsland, het Verenigd Koninkrijk en België. De prijzen van nieuwe geneesmiddelen worden analoog vastgesteld en periodiek herbezien. De wet heeft in beginsel een permanent karakter, maar kan, indien de omstandigheden zich daartoe lenen, tijdelijk buiten werking worden gesteld. Er wordt naar gestreefd een wetsvoorstel in de tweede helft van mei 1995 aan het parlement te kunnen aanbieden. In verband met de grote financiële belangen die hierbij in het geding zijn, is het wenselijk dat deze wet per 1-1-1996 in werking treedt.

Aldus ontstaat een aanpak van het geneesmiddelenbeleid langs verschillende sporen.

Een structurele verbetering wordt nagestreefd door versterking van de mededinging (invoering van de IWG-aanbevelingen), aanscherpen van het Geneesmiddelenvergoedingssysteem, stimuleren van het op stofnaam voorschrijven en uitdunning van het pakket (commissie-Van Winzum). Voor wat betreft het stimuleren van het op stofnaam voorschrijven is onlangs een afspraak gemaakt met de Landelijke Huisartsen Vereniging. Daarnaast is op korte termijn een gerichte actie nodig om een substantiële daling van de prijzen te realiseren.

4.2. Hulpmiddelen

De TVK heeft extern onderzoek laten uitvoeren naar de doelmatigheid in de hulpmiddelensector. Bij dit onderzoek is een aantal financieel-administratieve constructies naar voren gekomen, die in het licht van de regelgeving in de AWBZ nader onderzoek vereisen.

Aan het toezichthoudend orgaan van de AWBZ, de Ziekenfondsraad, is gevraagd binnen enkele weken over de uitkomsten van dit onderzoek te rapporteren. Op basis van deze rapportage zal worden bezien of, en zo ja welke, nadere stappen dienen te worden gezet.

Los daarvan is uit het externe onderzoek gebleken dat aanzienlijke besparingen mogelijk zijn in de hulpmiddelensector. Met behulp van het aanscherpen van de verzekeraarsbudgettering, het doen uitvoeren van een prijsonderzoek en het wegnemen van belemmeringen op het vlak van marktwerking, streeft het kabinet naar een besparing van f 200 mln in deze sector.

§ 5. Modernisering ouderenzorg

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

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

Bij de opstelling van het regeerakkoord werd aanvankelijk uitgegaan van onderbrenging van de WBO in de AWBZ met ingang van 1-1-1996. Het kabinet acht realisatie eerder dan 1-1-1997 niet mogelijk. Dit uitstel laat overigens onverlet dat conform het regeerakkoord met ingang van 1-1-1996 reeds de rijksbijdrage ZFW zal worden verhoogd met f 2.7 miljard. In plaats van, zoals eerder was voorzien, de premie AWBZ in de eerste schijf te verhogen per 1-1-1996, zal het tarief van de inkomstenbelasting in de eerste schijf worden verhoogd. Bij de overheveling van de bejaardenoorden per 1-1-1997 zal alsnog het AWBZ-deel in de eerste schijf worden verhoogd en het tarief van de inkomstenbelasting worden verlaagd.

§ 6. Modernisering curatieve zorg

Conform het regeerakkoord worden de aanbevelingen van de Commissie modernisering curatieve zorg (commissie-Biesheuvel) uitgevoerd. Naast de voorwaarde dat verzekeraars voldoende financieel belang bij kostenbewust gedrag dienen te hebben, verdient voor een beheerste ontwikkeling van de kosten van de zorgsector ook de economische mededinging nader aandacht.

De druk richting kostenbewust handelen kan ernstig in gevaar komen wanneer partijen op privaatrechtelijke basis in staat blijken te zijn de onderlinge mededinging fors te beperken. Het kabinet zal dan ook indien noodzakelijk zeker het huidige en toekomstige instrumentarium op basis van de Wet Economische Mededinging (WEM) inzetten teneinde dergelijke ongewenste beperkingen van de mededinging te voorkomen.

Indien het bovenstaande is gerealiseerd, wordt voldaan aan de randvoorwaarde van risicodragende verzekeraars in de curatieve zorg. Naar het oordeel van de TVK is dit een noodzakelijke, maar niet voldoende voorwaarde voor het creëren van uitgavenbeheersing. Ook om de doelmatigheid op microniveau te vergroten, is het een vereiste dat de voorstellen van de commissie-Biesheuvel worden ingevoerd. Zo spoedig mogelijk zal worden gereageerd op de standpunten uit het veld, gebundeld in het rapport van het Platform Curatieve Zorg. Dit beleid impliceert onder andere de versterking van de positie van de huisarts als poortwachter en de integratie in het ziekenhuisbudget van de kosten van medisch specialisten, met inachtneming van de ervaringen die onderzussen worden opgedaan met de lokale experimenten. Het regeerakkoord stelt daarnaast dat de goodwill-problematiek binnen een aanvaardbare termijn tot een oplossing zal worden gebracht op een wijze zoals door de commissie-Biesheuvel is voorgesteld.

De uitwerking van het regeerakkoord dient ook op dit punt in nauwe samenhang te gebeuren met de voorgenomen veranderingen van het verzekeringsstelsel en het bestuurlijke instrumentarium. Dit instrumentarium moet op zo'n manier worden ingezet dat het leveren van zorg-op-maat (bijvoorbeeld transmuraal verleende zorg) aantrekkelijker wordt en dat deze zorgvorm doelmatiger gaat functioneren. Om die redenen zijn onder meer de volgende aanpassingen voorzien:

- wijziging van de tariefstructuur voor huisartsen en medisch-specialistische zorg;
- integratie van bekostigingsstromen voor ziekenhuizen en medische specialisten;
- stimuleren van lokale experimenten met de bekostiging van medisch-specialistische zorg en ziekenhuiszorg;
- deregulering van de WZV;
- financiering van medische vervolgopleidingen via een landelijk fonds;
- verbetering van de informatievoorziening tussen partijen en naar de overheid;
- invoeren van een aanspraak op «integrale hulp vanwege een ziekenhuisorganisatie».

Met deze maatregelen zal ook de verantwoordelijkheid van betrokkenen voor het beheersen van volume- en kostenontwikkelingen worden vergroot. Een belangrijke voorwaarde daarvoor is onder meer een goed werkend systeem van verzekeraarsbudgettering.

De desbetreffende regelgeving zal op deze punten worden gewijzigd.

Dit voorjaar komt het kabinet met de beleidsnota over de modernisering van de curatieve zorg. Deze nota zal een gedetailleerd actieprogramma bevatten.

§ 7. Tarievenbeleid

In het regeerakkoord is opgenomen dat gestreefd wordt naar een stelsel van productprijzen, alsmede dat het stelsel van maximumtarieven en contracteervrijheid wordt gehandhaafd. Met het WTG-instrumentarium worden de prijzen gereguleerd en zonodig de macro-kosten beheerst. De toepassing gericht op prijsregulering, respectievelijk beheersing van macrobudgetten wordt aangepast, parallel aan de wijziging van de beheersstructuur voor de drie compartimenten in de zorg. In de Nota Prijsbeleid die in het tweede kwartaal van 1995 aan het parlement zal worden aangeboden, zal het kabinet deze voornemens concretiseren.

De volume-ontwikkeling wordt veelal in overleg tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders bepaald. De voorgenomen strakke beheersing van de volume-ontwikkeling in het eerste compartiment betekent afname van de ruimte voor partijen om afspraken te maken over het volume. Hoeveel ruimte er blijft voor partijen hangt af van de mogelijkheden het gewenste beleid te faciliteren met andere adequate beheersingssystemen. Verzekeraarsbudgettering heeft tot gevolg dat op termijn voor het variabele deel van het tweede compartiment beheersing van de macro-kosten gerealiseerd kan worden zonder dat van het WTG-instrumentarium gebruik behoeft te worden gemaakt.

In het derde compartiment wordt de beheersing van de macrokosten losgelaten. Toepassing van de WTG ten behoeve van prijsregulering blijft voorlopig voor sommige sectoren gehandhaafd (zie ook § 3.1).

§ 8. Voortgang verzekeraarsbudgettering

8.1. Budgettering ZFW

In de voorgestane aanpak voor de beheersing van de uitgaven voor curatieve zorg wordt zwaar geleund op de eigen verantwoordelijkheid van partijen (verzekeraars en aanbieders). Deze aanpak is alleen verantwoord indien partijen zelf ook daadwerkelijk risicodragend zijn en daardoor voldoende geprikkeld worden tot kostenbewust gedrag. Naar het oordeel van het kabinet wordt die voorwaarde voor wat betreft de ziekenfonds-verzekeraars voldoende ingevuld met de normatieve budgettering van ziekenfondsen en de beëindiging van de verevening en de nacalculatie. Een en ander zal in de komende jaren worden vormgegeven en van jaar op jaar worden beoordeeld.

Ten aanzien van de Ziekenfondswet worden de contouren van een meer volledig budgetteringssysteem steeds duidelijker: naast de reeds bestaande verdeelcriteria leeftijd en geslacht, zijn per 1 januari 1995 de criteria regio en arbeidsongeschiktheid in het verdeelmodel ingebracht. Vervolgens wordt – op basis van een in de loop van 1995 uit te voeren proef – ernaar gestreefd om per 1 januari 1996 het ZFW-budget te splitsen in een deel ziekenhuisverpleging en een deel overige verstrekkingen. Binnen het deel ziekenhuisverpleging zal daarbij onderscheid worden gemaakt in vaste en variabele kosten. Verzekeraars kunnen nauwelijks invloed uitoefenen op de hoogte van het vaste deel van het budget ziekenhuisverpleging: binnen het (verder te ontwikkelen) budgetteringssysteem dienen zij voor de besteding van deze kosten dan ook niet meer dan een beperkt risico te lopen. Voor het variabele deel van het budget ziekenhuisverpleging en voor het budget overige verstrekkingen zal daarentegen in een driejarige periode verlaging plaatsvinden van de thans nog hoge verevening tussen de zorgverzekeraars onderling. Doelstelling is een vereveningspercentage van nul procent in 1998 voor de onderdelen van het totale ziekenfondsbudget waarop verzekeraars invloed kunnen uitoefenen.

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

Over deze ontwikkelingen bent u uitgebreid geïnformeerd bij brief van 2 november 1994 betreffende de budgettering van de ziektekostenverzekeraars voor het jaar 1995 (TK 1994–1995, 23 900 XVI, nr. 14).

8.2. Aanpassing WTZ

Op het gebied van de particuliere verzekeraars deelt het kabinet de analyse van de TVK dat een heroriëntatie ten aanzien van de WTZ noodzakelijk is. Zolang nog een groot deel van de particuliere schadelast valt onder de voor verzekeraars risicoloze WTZ-polissen, is in deze sector niet voldaan aan de randvoorwaarde dat partijen zelf een daadwerkelijk belang bij kostenbeheersing dienen te hebben. Ook om andere redenen is een heroriëntatie op de WTZ gewenst. Bij de huidige stand van zaken mag verwacht worden dat het WTZ-omslagtekort in de komende jaren zal stijgen boven het niveau van het omslagtekort in 1994. Dit wordt onder andere veroorzaakt door de verwachting dat het matigend effect op het WTZ-omslagtekort als gevolg van de Wet Van Otterloo meer dan ongedaan gemaakt zal worden door opwaartse druk op het WTZ-omslagtekort als gevolg van de voorgenomen overheveling van genees- en hulpmiddelen uit de AWBZ naar de ZFW en de particuliere polissen. De te verwachten stijging van het WTZ-omslagtekort kan bij de huidige stand van zaken in de komende jaren slechts afgewend worden door een forse verhoging van de premies van de WTZ-polissen.

Voor het bereiken van een situatie waarbij ook particuliere verzekeraars daadwerkelijk belang hebben bij beheersing van de schadelast op WTZ-polissen, zijn in principe verschillende wegen denkbaar. Allereerst kan gedacht worden aan maatregelen die het volledig declareren van schades onmogelijk maken. Dat kan zowel door het normeren van de uitkeringen uit de WTZ-pool als door het sluiten van de declaratiemogelijkheid voor bepaalde polissen. In het TVK-rapport is daarvoor een aantal varianten uitgewerkt. De TVK kiest daarbij voor de variant waarbij de toegang tot de pooling voor nieuwe gevallen wordt afgesloten.

Het kabinet meent dat een premiebandbreedte zoals die is beoogd in het regeerakkoord de voorkeur verdient, voorzover zo'n systeem zo vormgegeven kan worden dat kostenbeheersing door particuliere verzekeraars erdoor zal worden bevorderd. Regeling van de bandbreedte zoals dat in het regeerakkoord is voorzien, is uit hoofde van kostenbeheersing alleen zinvol indien die geldt voor de gehele particuliere markt, inclusief het gedeelte dat thans wordt bestreken door de WTZ. Het belangrijkste bezwaar tegen de WTZ is dat in feite sprake is van een volledig declaratiesysteem. De omvang hiervan is inmiddels zodanig dat een groot deel van de totale particuliere schade zonder enig financieel risico wordt afgewikkeld via de WTZ. Regeling van premiebandbreedte voor de gehele particuliere markt kan hieraan een einde maken. Om de toegang open te houden tot de verzekeringsmarkt, die thans wordt gewaarborgd door middel van de WTZ, zal een premiebandbreedte-regeling samen moeten gaan met de mogelijke invoering van een acceptatieplicht. Tevens zal een financieel vereveningssysteem noodzakelijk zijn.

Een punt van nadere overweging bij deze aanpak is de vraag op welke termijn een dergelijke bandbreedteregeling geïmplementeerd kan worden. Gelet op de noodzaak gelijktijdig te voorzien in een acceptatieplicht, is het niet uitgesloten dat regeling bij wet noodzakelijk zal zijn. Het kabinet wil daarom, gelet op de noodzaak de kostenbeheersing ook in de WTZ te stimuleren, allereerst de mogelijkheid onderzoeken de toegang tot de pooling voor nieuwe gevallen te beëindigen.

§ 9. Omvang pakket

Op grond van het regeerakkoord treden er grote veranderingen op in de pakketomvang en -samenstelling bij AWBZ, ZFW, WTZ, KPZ en particuliere ziektekostenverzekeringen.

Het gaat daarbij om zowel beperking van de omvang van de aanspraken als om verschuiving van de aanspraken tussen de verschillende verzekeringsvormen.

Allereerst is reeds per 1-1-1995 de omvang van de aanspraak op tandheelkundige hulp in de ZFW en de WTZ beperkt.

Voor 1996 is een aantal ontwikkelingen voorgenomen.

Allereerst gaat het om de terugheveling van farmaceutische hulp, revalidatie, hulpmiddelen, audiologische hulp en erfelijkheidsonderzoek van de AWBZ naar de ZFW, WTZ, KPZ en particuliere verzekeringen. Een adviesaanvraag hierover is op 31 januari 1995 aan de Ziekenfondsraad en, met het oog op de aanpassing van de aanspraken op grond van de WTZ, aan Zorgverzekeraars Nederland gezonden. De Raad is gevraagd voor 1 mei 1995 te adviseren. Bij het terughevelen van verstrekkingen uit de AWBZ naar de ZFW en particuliere verzekeringen gaat het kabinet er van uit dat dit kan geschieden op een zowel uit een oogpunt van zorginhoud als van kostenbeheersing verantwoorde wijze.

Bij de farmaceutische hulp gaat het daarbij met name om de bereidheid van de particuliere verzekeraars om het geneesmiddelenvergoedingensysteem in de polissen op te nemen. Dit conform het regeerakkoord.

Verder is van belang dat bij terugheveling geen particulier verzekerden worden uitgesloten van de mogelijkheid om tegen acceptabele voorwaarden een verzekering af te sluiten.

Over uitvoeringsmodaliteiten zal nader worden gesproken met verzekeraars.

Ten tweede gaat het om de beperking van de aanspraak op fysiotherapie in de ZFW en WTZ. In het regeerakkoord is beperking van de aanspraak op fysiotherapie voorzien. De uitgaven voor de ZFW moeten met f 200 mln worden verminderd.

Door de ZFR zijn drie varianten onderzocht:

1. de eerste zes behandelingen volledig voor eigen rekening;
2. het beperken van de aanspraak tot 12 of 24 behandelingen;
3. over de eerste 12 behandelingen een eigen bijdrage van 50% introduceren.

Door de Ziekenfondsraad wordt in meerderheid geadviseerd de kostenbeperking te realiseren door over de eerste 12 behandelingen een eigen bijdrage van 50% te vragen (variant 3).

Het kabinet geeft er sterk de voorkeur aan een maatregel te treffen die zorginhoudelijk is onderbouwd. Het kabinet zal zich in overleg met de beroepsgroepen en de verzekeraars tot het uiterste inspannen om alsnog tot een zorginhoudelijk onderbouwde beperking van het pakket te komen, die per 1-1-1996 zal ingaan.

Ten derde zal als vervolg op de reeds per 1 januari 1995 genomen maatregel op het gebied van de tandheelkundige zorg de leeftijdsgrens voor tandheelkundige hulp aan jeugdigen in de ZFW en WTZ worden verlaagd van 19 naar 18 jaar, zoals reeds eerder is aangekondigd.

Zoals reeds in aangegeven in § 2.4 acht het kabinet het wenselijk om het wettelijk verzekerde pakket (ZFW en AWBZ) in de komende periode door te lichten volgens de methode van Dunning. Het gaat daarbij om het hanteren van 4 criteria:

1. noodzakelijke zorg;
2. werkzaamheid;
3. doelmatigheid;
4. kan de zorg niet voor eigen rekening en verantwoording komen.

Het kabinet gaat ervan uit dat het opschonen van het pakket langs deze criteria een bedrag van circa f 90 mln op kan brengen. De opschoning van het pakket kan – op basis van het vierde criterium – ook orale anti-conceptiva betreffen. Het kabinet vindt het dan ook verantwoord om de anti-conceptiepil voor volwassenen uit het pakket te halen en voor eigen rekening buiten de huisarts om verkrijgbaar te stellen, mits de prijs lager is dan de huidige prijs (circa f 8 per maand) en de pil ook bij de drogist kan worden verkregen. Door de lagere prijs van de pil en de bredere beschikbaarheid hoeft het schrappen van de pil uit het verplichte pakket naar de mening van het kabinet geen belemmering te vormen voor een goede anti-conceptie.

Vanaf 1997 zal eveneens een aantal pakketmaatregelen worden getroffen.

Als uitvloeisel van het regeerakkoord is bezien in hoeverre het mogelijk is om de niet-substitutiegevoelige onderdelen van de psychiatrische hulpverlening over te hevelen vanuit de AWBZ naar de andere zorgverzekeringen. Zoals is verwoord in het rapport van de TVK, wordt de onderlinge samenhang tussen de zorgonderdelen hier van zo groot belang geacht dat integrale opname binnen één verzekering (in dit geval de AWBZ) de voorkeur heeft boven opdeling van de zorg over meerdere verzekeringsvormen. Wel zal worden bezien of de huisarts een poortwachtersfunctie kan gaan vervullen voor verwijzing naar de ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Voor wat betreft de kortdurende thuiszorg zal nader onderzoek worden verricht. Implementatie van mogelijke wijzigingen zal eerst na 1996 haar beslag kunnen krijgen.

Een voorstel van de TVK betreft de decentralisatie van het ziekenvervoer (zie ook § 2.4). Planning en financiering zijn thans niet in één hand gelegd, waardoor het risico op afwenteling bestaat. Het kabinet is van mening dat met decentralisatie naar lagere overheden een doelmatiger organisatie

van het ziekenvervoer mogelijk is. Het kabinet zal het voorstel van de TVK dan ook in overleg met de andere overheden nader verkennen. Daarbij zou bij voorkeur implementatie op 1-1-1997 dienen plaats te vinden. Dit betekent dat het ziekenvervoer, indien de decentralisatie haar beslag krijgt, vanaf dat tijdstip niet langer geregeld zal zijn als aanspraak in het kader van het zorgverzekeringsstelsel.

Tenslotte zullen de verzekeringsaanpakken van AWBZ en ZFW systematisch worden doorgelicht volgens de methode van Dunning om na te gaan of deze zorg in de huidige omvang opgenomen dient te blijven in de wettelijke zorgverzekeringen. Het veld heeft aangegeven gaarne medewerking te verlenen aan deze doorlichting van het pakket. Daarbij zal met voorrang gekeken worden naar de sector van de geestelijke gezondheidszorg.

In dit kader is de ZFR op 23 november 1994 gevraagd zijn voorstel tot het uitvoeren van een kosteneffectiviteitsanalyse bij een groot aantal voorzieningen, in samenwerking met de Gezondheidsraad, ter hand te nemen.

§ 10. Eigen risico aan de voet van f 200,-

In het regeerakkoord is het voornemen opgenomen tot geleidelijke invoering van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,-.

Het kabinet acht het van belang de invoering van een eigen risico duidelijk te plaatsen in het streven de ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen geleidelijk naar elkaar toe te laten groeien. Zoals wordt aangegeven in § 11 wordt in overleg met verzekeraars gewerkt aan de totstandkoming van convergentie per 1 januari 1997. Het kabinet ziet in samenhang hiermee af van het voornemen om een bedrag aan eigen risico van f 200,- binnen de huidige regeerperiode stapsgewijs in te voeren. Dit op grond van de overweging dat van een lager bedrag aan eigen risico geen consumptieremmend effect mag worden verwacht. Ook zou in die situatie de kans aanwezig zijn dat in de eerste periode de kosten de baten overtreffen, in die zin dat de invorderingskosten hoger zouden zijn dan de met eigen risico bereikte besparing op de kosten van de zorg.

Tegen deze achtergrond heeft het kabinet thans het voornemen om een eigen risico van f 200,- per 1 januari 1997 in te voeren. Dit in samenhang met het per die datum tot stand komen van convergentie tussen de wettelijke ziektekostenverzekering en de particuliere markt en met hetgeen hieronder is vermeld over de eigen bijdragen.

Voor de huisartsenhulp zal het eigen risico niet van toepassing zijn. De toegang tot de huisarts dient drempelloos te zijn, gelet op de positie van de huisarts als eerste behandelaar en poortwachter.

In het regeerakkoord is aangegeven dat invoering van een eigen risico de eigen bijdragen die cumulatief uitwerken vervangt. In het kader van de ziektekostenverzekeringen zijn drie soorten eigen bijdragen te onderscheiden:

- a. eigen bijdragen gebaseerd op het besparingsmotief;
- b. eigen bijdragen gebaseerd op het tegengaan van te hoge aanspraken (maximum vergoeding geneesmiddelen, hulpmiddelen)
- c. eigen bijdragen gebaseerd op het consumptieremmend effect/medefinanciering.

Deze eigen bijdragen kunnen bestaan naast een eigen risico, waardoor eigen betalingen cumuleren.

Voor wat betreft de eigen bijdragen genoemd onder a. en b. meent het kabinet dat hier geen sprake kan zijn van ongewenste cumulatie. Het gaat immers om kosten die de burger altijd zelf had moeten maken, bijvoor-

beeld eigen bijdragen bij aangepast schoeisel (a) of voorkoombare eigen bijdragen (b).

Voor de eigen bijdragen bedoeld onder (c) zal per onderdeel bezien moeten worden of voortbestaan naast een eigen risico wenselijk is. In de ziekenfondsverzekering gaat het daarbij om de eigen bijdragen bij tandheelkunde voor kinderen en ziekenvervoer.

Ter vermindering van het cumulatieve effect van eigen betalingen door verzekerden is inmiddels per 1 januari 1995 de eigen-bijdragenregeling voor hulpmiddelen in het kader van de AWBZ, inhoudende een eigen bijdrage van 15% van de kosten tot een maximum van f 200,- per jaar, afgeschaft.

In het licht van de aanbevelingen van de TVK zal bezien worden welke mate van harmonisatie in de eigen-bijdrageregelingen van de AWBZ te realiseren valt. Hoofddlijn daarbij is het streven om te komen tot twee typen van eigen bijdragen. Een voor langdurige opnames/zorg die overeenkomt met de huidige eigen-bijdrageregeling AWBZ en een voor kortdurende opnames/zorg die overeenkomt met de huidige eigen-bijdrageregeling bij de gezinszorg.

§ 11. Convergentie

Een convergentietraject in het kader van de ziektekostenverzekeringen is juridisch, verzekeringstechnisch en administratief ingewikkeld. Uitvoering van de afzonderlijke maatregelen uit het regeerakkoord leidt reeds tot een zekere mate van invulling van de in het regeerakkoord afgesproken convergentie. In hoofdstuk 4 van het bestuurlijk/wetgevend programma is een aantal aspecten beschreven dat een rol speelt bij het tot stand komen van convergentie tussen ziekenfonds- en particuliere verzekeringen. Het gaat dan met name om:

- omvang van het verplicht te verzekeren pakket;
- verplicht eigen risico;
- acceptatieplicht;
- premieconvergentie.

Behalve uitwerking van deze verzekeringstechnische aspecten is ook van belang op welke wijze aan convergentie wordt gewerkt, bij wet of via vrijwillige medewerking van verzekeraars. De problemen die zich hierbij voordoen, alsmede de juridische onzekerheden, leiden ertoe dat de totstandkoming van een convergentiewet per 1-1-1996 niet realiseerbaar is. Gelet op de inhoudelijke doelstelling van het kabinet om tot convergentie te komen tussen de ziekenfondsverzekering, de KPZ en de particuliere ziektekostenverzekeringen, wil het kabinet eerst verkennen in welke mate convergentie tot stand kan komen via vrijwillige medewerking van verzekeraars. In een gesprek dat met verzekeraars is gevoerd, is door hen de bereidheid uitgesproken mee te werken. In de brief van 8 december 1994, die bij het bestuurlijk/wetgevend programma is gevoegd (bijlage 4), is deze bereidheid schriftelijk vastgelegd. Naar verwachting zullen verzekeraars in het eerste kwartaal van 1995 door de markt gedragen concrete voorstellen doen. Daarna zal door het kabinet worden bezien of de in het regeerakkoord aangekondigde wet nodig is. Het kabinet wil de Europeesrechtelijke aspecten van convergentie in Brussel bespreken met de Europese Commissie zodra er op dit punt concrete voornemens bestaan. Zoals in § 10 is aangegeven, streeft het kabinet er naar om de convergentie, in samenhang met de invoering van een eigen risico, met ingang van 1997 gestalte te geven.

§ 12. Persoonsgebonden budgetfinanciering

In het regeerakkoord is voorzien dat de wettelijke belemmeringen voor persoonsgebonden budgetfinanciering zullen worden weggenomen, in het bijzonder binnen de AWBZ.

Aangezien de reikwijdte van de AWBZ wordt beperkt tot de particulier onverzekerbare risico's en langdurige zorgvormen, zal deze financieringsvorm betekenis kunnen hebben voor ondermeer categorieën ouderen, gehandicapten en chronisch zieken.

Persoonsgebonden budgetfinanciering heeft tot doel de zeggenschap van mensen die van zorg afhankelijk zijn over de hulpverlening te vergroten. Daarmee wordt bevorderd dat deze hulp op maat wordt gegeven, dat wil zeggen zoveel mogelijk wordt afgestemd op de objectieve en subjectieve hulpbehoeften van de zorgvragers. Naast het proces van flexibilisering van het aanbod, strekt dit er ook toe de doelmatigheid in de zorgsector te vergroten. Doel is de persoonsgebonden budgetfinanciering in te bedden in de zogenoemde zorgvernieuwingsfondsen (zie ook § 3.1).

In enkele sectoren hebben op beperkte schaal experimenten plaatsgevonden met persoonsgebonden budgetfinanciering, te weten de thuiszorg, ouderenzorg en zorg voor verstandelijk gehandicapten. In de onlangs aan de Tweede Kamer verzonden informatieve brief over het persoonsgebonden budget is daar op ingegaan.

Het streven is er op gericht de invoering van persoonsgebonden budgetfinanciering per sector te doen plaatsvinden op basis van subsidie-regelingen van de Ziekenfondsraad. Deze invoeringsstrategie biedt garanties voor beheersing via budgettaire kaders. Omdat er geen sprake is van wettelijke regeling van een verzekeringsaanspraak, is er geen risico van open-eind-financiering. Tevens dienen de implicaties van regeling binnen één wettelijk kader, te weten de AWBZ, van zowel zorg in natura als persoonsgebonden budgetfinanciering te worden nagegaan, alvorens over een wettelijke regeling kan worden beslist. Deze implicaties hebben zowel betrekking op de financiële beheersing als op aspecten van planning en kwaliteitsbeleid. Ondermeer gaat het hierbij om de volgende punten:

- op welke doelgroepen moet een regeling betrekking hebben;
- op grond van welke indicatie kan een budget worden toegekend;
- hoe wordt een gelijke uitgangssituatie geschapen voor verzekerden welke zorg in natura ontvangen en verzekerden met een persoonsgebonden budget;
- wat is de aanzuigende werking die invoering van een persoonsgebonden budget kan hebben;
- hoe wordt gekomen tot budgettaire neutraliteit tussen persoonsgebonden budget en instellingsbudget, indien reguliere zorg kan worden ingekocht;
- in hoeverre moet er controle zijn op de besteding van het budget en wat zijn eventueel de sancties;
- in hoeverre is een persoonsgebonden budget belastbaar inkomen?

Op basis van de subsidieregelingen kan ervaring worden opgedaan voor verdere besluitvorming over beleid en regelgeving.

Als uitgangspunt bij de invoering van deze financieringsvorm zal gelden dat zorgvragers op basis van een onafhankelijke indicatiestelling keuzevrijheid hebben tussen zorg in natura en een persoonsgebonden budget.

De regelingen voor persoonsgebonden budgetfinanciering zullen een regionale uitvoeringsstructuur hebben. Het landelijk beschikbare budget

zal verdeeld worden over de regio's, waarbinnen telkens één verbindingkantoor zal worden belast met het beheer.

Voor de thuiszorg zal in 1995 een regeling persoonsgebonden budget in werking treden. De Ziekenfondsraad is bericht dat hiervoor het bedrag van f 10 miljoen, alsmede de eventuele vrijval uit de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW)/gezinszorgregeling beschikbaar is. De Ziekenfondsraad zal in de loop van dit jaar tevens worden verzocht om met ingang van 1996 een regeling voor de zorg aan verstandelijk gehandicapten te treffen. Voor andere sectoren (verpleeghuizen en lichamelijk gehandicapten) worden eveneens adviesaanvragen aan de Ziekenfondsraad overwogen.

Voor de financiering van de regelingen wordt – afgezien van de thuiszorg – gedacht aan de gelden die nu gemoeid zijn met de vrije marge voor intra- en semimurale voorzieningen, alsmede aan de gelden voor voorzieningen die nu zijn ondergebracht in verschillende subsidie-regelingen van de Ziekenfondsraad. De verdere groei van de budgetten zal mede afhankelijk worden gesteld van de omvang van het feitelijke beroep dat er op wordt gedaan.

In vervolg op de informatieve brief zullen binnenkort de beleidsmatige voornemens verder worden geconcretiseerd en aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

§ 13. Marktwerking en anti-kartelbeleid in de gezondheidszorg

In het regeerakkoord is een actief anti-kartelbeleid aangekondigd voor zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Het beleid richt zich op privaatrechtelijke belemmeringen voor marktwerking.

De ruimte voor marktwerking is afhankelijk van de publiekrechtelijke regelgeving (randvoorwaarde). Hoe minder overheidsregulering, hoe meer marktwerking in beginsel mogelijk is. Het voeren van mededingingsbeleid is geen doel op zich. Het instrument wordt actief ingezet wanneer partijen publiekrechtelijk geschapen ruimte voor marktwerking langs privaatrechtelijke weg trachten te reduceren. Om meer marktwerking te bevorderen, heeft het kabinet besloten tot een onderzoek naar beperkende overheidsregulering in een aantal sectoren die tot het zogenaamde tweede en derde compartiment behoren. Als voorbeeld dient de aanpak van de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie. In dit kader wordt de sector hulpmiddelen met voorrang ter hand genomen.

Duidelijk zal zijn dat in het eerste compartiment nauwelijks sprake is van marktwerking. Een actief anti-kartelbeleid is hier niet wenselijk. Vergroting van de onderlinge samenwerking zal hier eerder doelstelling zijn. In het tweede compartiment zal de invloed van het anti-kartelbeleid groter zijn. In het derde compartiment kan het anti-kartelbeleid in volle omvang worden toegepast, zeker zodra daar de WTG zal zijn afgeschaft. Volledigheidshalve zij opgemerkt dat een aantal privaatrechtelijke afspraken al verboden is. Het gaat om de verboden op horizontale prijsafspraken, marktverdelingsafspraken en aanbestedingsregelingen.

§ 14. Arbeidsvoorwaarden en arbeidsmarktbeleid

Een belangrijke factor bij de analyse van de kostenontwikkeling vormen de arbeidsvoorwaarden. Het kabinet is van oordeel dat voor de komende jaren bij de doorrekening van het regeerakkoord een helder uitgangspunt is neergelegd, te weten het volgen van de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de marktsector conform het behoedzame scenario.

De Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gesubsidieerde en gepremieerde-sector is per 1 januari 1995 ingetrokken. Daarmee bestaan

er geen kostenbeheersingsinstrumenten meer die direct ingrijpen op de arbeidskostenontwikkeling. Het kabinet heeft in 1994 na advisering door de SER, in overleg met de werkgeversorganisaties, besloten tot een alternatieve beheersing op basis van een overlegmodel. De vormgeving daarvan is neergelegd in de brief van de Minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid van 2 mei 1994 aan de Tweede Kamer (TK 1993–1994, 23 723, nr. 1). Fundamenteel uitgangspunt is de onderhandelingsvrijheid van sociale partners. Het model is er op gericht de werkgevers in staat te stellen voldoende personeel te werven en te behouden, alsmede binnen de financiële kaders en het beoogde voorzieningenniveau zelf eigen verantwoordelijkheid te dragen voor optimale allocatie.

Dit model voorziet in een overheidsbijdrage in de ontwikkeling van arbeidskosten die is afgestemd op conformiteit met de arbeidskosten in de marktsector. Daarbij is het zo dat het alleszins redelijk is om bij de financiering van de arbeidsvoorwaarden ook een beroep op de sector te doen.

Het overlegmodel bevat drie stappen. De eerste is dat op basis van een objectief referentiekader de vooruitzichten voor de ontwikkeling van de arbeidskosten in de marktsector worden bepaald. Tevens wordt rekening gehouden met wat de werkgever geacht wordt aan eigen middelen uit vergroting van de productiviteit beschikbaar te kunnen stellen. De TVK-analyse geeft aan dat daartoe een aanpak met gedifferentieerde opbrengst uit produktiviteit mogelijk is. Vervolgens bepaalt het kabinet de inzet voor de overheidsbijdrage en verwerkt dat in de financiële kaders. Stap twee bevat het overleg tussen de Minister van VWS en de werkgeversorganisaties over de actuele inzichten en de wederzijdse beleidsmatige opvattingen over de overheidsbijdrage. In stap drie wordt zonnodig het advies van een onafhankelijke commissie ingeroepen. Die commissie brengt een zwaarwegend advies uit. Uiteindelijk beslist het kabinet.

De arbeidsvoorwaarden zijn een belangrijk, maar niet het enige element voor de arbeidsmarktpositie van de werkgevers. Dit voorjaar ontvangt u een nota over het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector. Een strategisch beleid is cruciaal voor kwaliteit, omvang en vernieuwing van de zorg. Het arbeidsmarktbeleid moet zorginhoudelijke vernieuwing mogelijk maken en ook inspelen op ontwikkelingen op het terrein van scholing en arbeidsparticipatie. Behalve de organisaties van werkgevers van zorgaanbieders zijn ook opleidingen en de sectorfondsen van sociale partners aanspreekbaar op een visie. Sleutelwoorden zijn daarbij: vernieuwing, integrale aanpak, samenwerking, informatievoorziening en efficiency. In de nota over het arbeidsmarktbeleid zal verder worden ingegaan op de rolverdeling met het veld, de instrumenten en de taken van het ministerie van VWS.

§ 15. Deregulering WZV

Het regeerakkoord bevat enkele passages over de WZV. De lijn is handhaving van de WZV als aanbodregulerend instrument, vanuit de verantwoordelijkheid van de overheid voor de infrastructuur van de zorgsector.

In de uitvoeringspraktijk van de WZV, die vanaf 1971 functioneert, worden al geruime tijd knelpunten onderkend. Een structurele aanpassing van de wet is achterwege gebleven, omdat de aanpak van de knelpunten in de vorige kabinetsperiode werd geplaatst in het kader van de stelselherziening. De uitgangspunten van de stelselherziening maakten een aanbodregulerend instrument als de WZV overbodig. Bij de moderni-

sering van de sectoren zou de WZV verdwijnen en zou de verantwoordelijkheid voor de infrastructuur voor een groot deel bij het veld komen te liggen.

Het voornemen tot handhaving van de WZV als aanbodregulerend instrument, maakt herziening van de WZV noodzakelijk. Het regeerakkoord is uiteraard richtinggevend bij de herziening. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van eerdere analyses van knelpunten in de bestaande WZV en wordt aangesloten bij de inmiddels op gang gebrachte maatregelen voor deregulering. Bovendien wordt bij de herziening rekening gehouden met het scheiden van beleid en uitvoering, waarbij uitvoeringstaken worden uitbesteed.

Op basis van deze uitgangspunten komen de volgende hoofdlijnen voor de herziening naar voren.

De reikwijdte van de WZV, ofwel het sturingsobject van de overheid, beperkt zich tot nieuwbouw (vervanging en uitbreiding van capaciteit), verkleining en sluiting. De verantwoordelijkheid voor de instandhouding komt bij de instellingen te liggen (deregulering). Zij krijgen hiervoor een via generieke normen vastgesteld budget. In discussie is of de overheid tussentijdse sturingsmogelijkheden moet hebben, waarbij de grote renovatie wordt genoemd als mogelijk sturingsobject. Besluitvorming hierover vindt plaats na ontvangst van de reactie van het College voor ziekenhuisvoorzieningen op de adviesaanvraag van 8 juli 1994.

In de nieuwe opzet wordt het huidige planningssysteem van de WZV verlaten, omdat dit in de praktijk niet goed werkt. Het systeem is star. Bovendien komen de voorgeschreven plannen in de meeste sectoren niet of erg traag tot stand. In plaats daarvan wordt in de nieuwe opzet het systeem van de bouwprioriteiten als uitgangspunt genomen. Dit systeem wordt in de huidige WZV-praktijk toegepast, maar is nooit formeel vastgelegd. De juridische uitwerking van dit systeem voor de nieuwe opzet voorziet in een planvormende component.

Voor de wettelijke verankering van het systeem van bouwprioriteiten, wordt in de nieuwe opzet van de wet een tweeslag gemaakt. Het eerste element is dat de minister verantwoordelijk is voor het opstellen van landelijk sectorale zorgvisies. Deze zorgvisies bevatten de infrastructurele vertaling van het zorgbeleid. Van de zorgvisies wordt het toetsingskader afgeleid voor het tweede element, te weten het bouwprogramma. Het bouwprogramma komt tot stand door toetsing van initiatieven aan toetsingscriteria en de beschikbare middelen, en bevat de bouwprojecten die voor financiering in aanmerking komen.

Het opstellen van de zorgvisies, het bepalen van het financiële kader en het vaststellen van het bouwprogramma worden gerekend tot de beleidstaken van het ministerie. Er zijn twee toetsingsfasen die als uitvoeringstaken kunnen worden gekenschetst, te weten het toetsen van de bouwinitiatieven op haalbaarheid vóór plaatsing op het bouwprogramma en het toetsen van de (bouwkundige) uitwerking van de bouwinitiatieven conform de projectomschrijving ná plaatsing op het bouwprogramma. Voor kleinere initiatieven zal de mogelijkheid bestaan deze toetsing sterk te beperken. Voorgesteld wordt beide beoordelingen te laten uitvoeren door een buiten het ministerie geplaatst orgaan. Gelet op de huidige praktijk ligt het in de rede om het College voor ziekenhuisvoorzieningen om te bouwen tot een dergelijk beoordelingsorgaan.

De rol van de provincie verandert, omdat het huidige systeem van planvorming wordt verlaten. De provincie stelt in het huidige systeem

binnen een gegeven financieel kader de prioriteiten per regio op. In het systeem van de landelijk sectorale zorgvisies en het daarbij aansluitende financiële kader is voorzien in een adviserende rol van de provincie bij de vaststelling van het bouwprogramma. Nadat het concept-bouwprogramma is opgesteld, wordt dit voor advies voorgelegd aan de provincies. Hiermee wordt een waarborg ingebouwd dat de intersectorale samenhang wordt meegewogen bij de uiteindelijke vaststelling van het bouwprogramma.

In het hiervoor beschreven systeem van de herziene WZV is het vergunningen-/verbodstelsel van de huidige WZV verlaten. De herziene WZV is gericht op het stimuleren van beleidsmatig wenselijk geachte initiatieven en legt daarmee vanuit dereguleringsoogpunt meer verantwoordelijkheden in het veld. De aanbodregulering zoals die was beoogd in de huidige WZV, blijkt in de praktijk te leiden tot moeilijk handhaafbare regelgeving. Behalve vanuit dereguleringsoogpunt is de WZV dan ook beperkt tot de stroomlijning van beleidsmatig wenselijk geachte initiatieven. Aangezien in het regeerakkoord is voorzien dat ten behoeve van een adequate aanbodsregulering een gedereguleerde WZV van kracht blijft, is de planning van de intramurale voorzieningen en de topklinische zorg ook in de toekomst de verantwoordelijkheid van de overheid. Doorvoering van de herziene WZV zal eerst plaatsvinden nadat in het bredere kader van de regelgeving voor het gehele tweede compartiment is voorzien in regelgeving die het ontstaan van ongewenste initiatieven verhindert. De verschillende mogelijkheden op dit punt worden nog nader onderzocht. In de adviesaanvraag over de herziening van de WZV zal aan dit punt aandacht worden geschonken.

In bijlage 3 van het bestuurlijk/wetgevend programma wordt uitvoerig ingegaan op deze voorstellen.

Het streven is erop gericht dat de herziene WZV op 1 januari 1997 in werking treedt. Het wetsontwerp met toelichting wordt zo spoedig mogelijk voorgelegd aan de betrokken adviesorganen.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
Erica Terpstra