

Vergaderjaar 2003–2004

28 852

Onderzoek naar de Zorguitgaven

Nr. 3

RAPPORT VAN DE TIJDELIJKE COMMISSIE ONDERZOEK ZORGITGAVEN

Inhoudsopgave

1. Procedures en werkwijze	5	4.3. Op welke wijze is het toezicht op, en verantwoording over, een effectieve besteding ervan vormgegeven. Hoe werkt dit in de praktijk?	31
1.1. Aanleiding	5	4.4. Hoe zijn de (additionele) middelen concreet aangewend door de onderzochte instellingen en welke acties hebben betrokken actoren daarbij ondernomen?	32
1.2. Totstandkoming en status van deze rapportage	5	4.5. Heeft dit de gewenste effecten gehad? Heeft dit bijvoorbeeld geleid tot het bereiken van een verhoogde zorgproductie of zorgcapaciteit bij desbetreffende instellingen?	32
1.3. Onderzoeksvragen	6		
1.4. Werkwijze	7		
1.5. Opbouw rapport	7		
2. Verloop van het onderzoek	9	5. Bevindingen, conclusies en aanbevelingen	34
2.1. In perspectief	9	5.1. Bevindingen	34
2.2. Stap 1: een eerste beeld	9	5.2. Conclusies	36
2.3. Stap 2: het beeld scherper gesteld	11	5.3. Aanbevelingen	37
2.4. Stap 3: het beeld ingekleurd	12		
3. Allocatie, aanwending en verantwoording van middelen	15	Bijlagen	
3.1. Inleiding	15	1. Onderzoeksvoorstel (kamerstuk 28 852, nr. 1)	41
3.2. Allocatie van extra middelen	15	2a. Brief minister van VWS, d.d. 24 september 2003	48
3.2.1. Algemeen	15	2b. Brief minister van VWS, d.d. 19 november 2003	96
3.2.2. Begripsbepaling	15	2c. Brief minister van VWS, d.d. 12 december 2003	105
3.2.3. De zorgmiljarden ontleed	18	2d. Brief minister van VWS, d.d. 17 februari 2004	118
3.3. Aanwending van extra middelen	22	3a. Brief van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), d.d. 12 november 2003	126
3.3.1. Bekostigingswijze zorgsector	22	3b. Brief van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), d.d. 17 december 2003	130
3.3.2. Ingekaderde bestedingsvrijheid	23	4. Brief van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), d.d. 13 november 2003	133
3.3.3. Geleverde productie	24	5a. Brief van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), d.d. 20 november 2003	178
3.4. Verantwoording en controle ten aanzien van extra middelen	25	5b. Brief van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), d.d. 18 december 2003	183
4. De beantwoording van de onderzoeksvragen	28	6. Brief van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), d.d. 19 december 2003	196
4.1. Welke extra middelen zijn in de periode 1994–2002 voor gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?	30	7. Brief van het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ), d.d. 22 januari 2004	198
4.2. Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaatsgevonden, en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terecht gekomen?	00	8. Lijst van gesprekspartners	199
		9. Gespreksnotitie	202

1. PROCEDURES EN WERKWIJZE

1.1. Aanleiding

Op 5 december 2002 is de motie-Wilders c.s. (28 600, XVI, nr. 69) door de Tweede Kamer aanvaard. De motie, voorgesteld op 27 november 2002, luidt als volgt:

*De Kamer,
gehoord de beraadslaging,
overwegende, dat 14 miljard euro extra aan de zorg is besteed sinds 1994;
overwegende, dat de effectiviteit van de besteding van deze gelden voor de zorg niet helder is;
spreekt als haar mening uit, dat het gewenst is een parlementair onderzoek te starten naar de effectiviteit van de besteding van deze middelen;
verzoekt het Presidium, de daarvoor benodigde procedures te starten, en gaat over tot de orde van de dag.*

*Wilders
Buijs
Dekker*

In deze motie zijn de extra euro's en effectiviteit de twee sleutelwoorden. Om een oordeel over de effectiviteit van de extra zorgmiljarden te vellen, is het van belang de relatie te kunnen leggen tussen middelen enerzijds en prestaties (productie) en effecten (wachtlijsten en wachttijden) anderzijds.

Het was de uitdrukkelijke bedoeling van de indiener van de motie om uit het verleden lessen voor de toekomst te trekken. Het onderzoek behelst echter niet het verkrijgen van inzicht in de aard en omvang van zorgfraude.

1.2. Totstandkoming en status van deze rapportage

Doel en vraagstelling zijn door de vaste kamercommissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) uitgewerkt in een onderzoeksvoorstel (zie bijlage 1). Op 24 april 2003 heeft de Tweede Kamer met dit voorstel ingestemd. In totaal zijn negen onderzoeksvragen geformuleerd (zie paragraaf 1.3).

Vervolgens heeft de vaste commissie voor VWS het onderzoek opgedeeld in twee fasen: een verkenningsfase en een verdiepingsfase.

Op 26 juni 2003 is de Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) geconstitueerd, bestaande uit de leden:

- de heer Mosterd (CDA, voorzitter)
- mevrouw Vietsch (CDA)
- mevrouw Van Heteren (PvdA)
- mevrouw Van Miltenburg (VVD)
- de heer Nawijn (LPF).

De commissie werd ambtelijk ondersteund door de heren Clemens (adjunct-griffier Kamercommissie VWS), Koenders (Onderzoeks- en Verificatiebureau Tweede Kamer), Noordsij (adjunct-griffier Kamercommissie Rijksuitgaven), Sjerp (adjunct-griffier Kamercommissie VWS) en Teunissen (griffier Kamercommissie VWS).

De TCOZ is voornamelijk alleen belast met uitvoering van de verkenningsfase, waarvan het onderhavige rapport de weerslag vormt.

Met het afronden van deze fase heeft de TCOZ voldaan aan haar taakopdracht. Met voorliggende rapportage informeert de TCOZ de Kamer over de resultaten van het verkennende deel van het onderzoek naar de effectiviteit van de inzet van extra middelen in de zorgsector in de periode 1994–2002.

Op basis van voorliggende rapportage dient de Kamer een besluit te nemen over de vraag of gericht vervolgonderzoek opportuun moet worden geacht.

1.3. Onderzoeksvragen

Het verkennend onderzoek dient antwoord te geven op de eerste drie van de negen onderscheiden deelvragen:

1. Welke extra middelen zijn in de periode 1994–2002 voor gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?
2. Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaatsgevonden, en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terecht gekomen?
3. Op welke wijze is het toezicht op en verantwoording over een effectieve besteding ervan vormgegeven? Hoe werkt dit in de praktijk?

Deze deelvragen richten zich op de verhouding tussen de wijze waarop allocatie van gelden naar de instellingen heeft plaatsgevonden en de bestaande verantwoordelijkheidsstructuur binnen het stelsel.

De TCOZ is voorts verzocht een begin te maken met de beantwoording van de overige zes verdiepende deelvragen; in het bijzonder de vragen 4 en 5.

4. Hoe zijn de (additionele) middelen concreet aangewend door de onderzochte instellingen, en welke acties hebben betrokken actoren daarbij ondernomen?
5. Heeft dit de gewenste effecten gehad? Heeft dit bijvoorbeeld geleid tot het bereiken van een verhoogde zorgproductie of zorgcapaciteit bij desbetreffende instellingen?
6. Hoe kan de discrepantie tussen de verwachte en gerealiseerde effecten worden verklaard? Zijn er structurele factoren die een ineffektieve allocatie van de middelen binnen een instelling in de hand werken, dan wel anderszins een effectieve aanpak van problemen in de weg staan?
7. Welke initiatieven hebben de diverse actoren ontplooid om tot bijsturing te komen?

Deze bovengenoemde deelvragen zijn gericht op het verkrijgen van inzicht in de daadwerkelijke besteding van middelen, de effectiviteit ervan en de acties die actoren (aanvullend) hebben ondernomen.

8. Welke conclusies kunnen worden getrokken met betrekking tot de allocatie van de gelden naar instellingen toe en de besteding ervan door de betreffende instellingen, in relatie tot de bestaande verantwoordelijkheidsstructuur? Kunnen regering en Kamer zich nu een adequaat oordeel vormen over de effectiviteit van de besteding ervan?
9. Welke conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de daadwerkelijk bestede middelen op de te onderscheiden niveaus, de factoren die hier van invloed op zijn en de (aanvullende) acties van actoren?

1.4. Werkwijze

In de onderzoeksopdracht is ten aanzien van de verkenningsfase aanvankelijk voorgesteld de resultaten van eerder uitgevoerde onderzoeken in de zorg op een rijtje te zetten, waarbij tevens de beleidsstandpunten ten aanzien van deze onderzoeken in de beschouwingen zouden moeten worden betrokken. De TCOZ achtte het – vooral ook nadat zij kennis had genomen van door de minister van VWS toegezonden bescheiden, waaronder het overzicht onderzoeksrapporten 1992–2002 – niet opportuun tot een dergelijke studie over te gaan. Vele van de genoemde onderzoeksrapporten hebben de Kamer gedurende de periode 1994–2002 bereikt en hebben deel uitgemaakt van gemeen overleg met de bewindspersonen van VWS over tal van beleidsstandpunten. De commissie werd in haar opvatting om af te zien van een metastudie gestaafd door commentaren van het merendeel der onafhankelijke deskundigen waarmee de commissie gesprekken heeft gevoerd.

De TCOZ heeft zich tijdens de verkennende fase vooral bezig gehouden met het verrichten van oriënterend onderzoek. Dit was gericht op het zoveel mogelijk verzamelen van feitelijke gegevens bij de diverse betrokken actoren (het ministerie van VWS, de huidige ZBO's, verzekeraars en zorgaanbieders). In het kader van het verkennende onderdeel van het onderzoek zijn schriftelijk vragen aan een aantal actoren voorgelegd (zie bijlagen 2a tot en met 7).

Daarnaast vond nog een gespreksronde plaats met een aantal actoren uit de zorgsector waaronder vertegenwoordigers van individuele zorginstellingen. Gelet op de fase waarin het onderzoek verkeerde, heeft de TCOZ ervoor gekozen de gesprekken in beslotenheid te voeren (zie bijlage 8, lijst van gesprekspartners).

Bij de selectie van zorgaanbieders is vooral rekening gehouden met de grootte van instellingen, hun locatie (randstedelijk, periferie, adherentiegebied) en hun innovatiegraad. Een vooraf toegezonden gespreksnotitie diende als leidraad (zie bijlage 9).

Het ministerie van VWS heeft inzage gekregen in de eerste vier hoofdstukken, teneinde feitelijke onjuistheden te redresseren.

1.5. Opbouw rapport

Het rapport omvat 5 hoofdstukken en een aantal bijlagen. De hoofdstukken zijn zelfstandig leesbaar. De TCOZ heeft getracht doublures zoveel mogelijk te voorkomen. Gelet op de inherente samenhang tussen de hoofdstukken is enige overlap onvermijdelijk gebleken. Hoofdstuk 1, het onderhavige hoofdstuk, vormt de inleiding van dit rapport, waarin wordt ingegaan op de voorgeschiedenis van het onderzoek, de onderzoeksopzet alsmede de opbouw van het rapport.

In hoofdstuk 2 wordt verslag gedaan van het verloop van het onderzoek. Daarbij wordt vooral aandacht geschonken aan die systeemstructurele kenmerken die van grote invloed blijken te zijn op de onderzoekbaarheid van de geformuleerde vragen.

Hoofdstuk 3 gaat in op de wijze waarop allocatie, aanwending en verantwoording van middelen (regulier en extra) binnen het zorgstelsel plaatsvindt.

In hoofdstuk 4 wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste bevindingen per deelvraag.

In hoofdstuk 5 zijn conclusies en aanbevelingen geformuleerd. Bij de conclusies wordt onderscheid gemaakt tussen conclusies met betrekking tot het zorgsysteem en de individuele onderzoeksvragen, en conclusies aangaande het onderzoeksontwerp en het mogelijke vervolgonderzoek. In lijn met de status van deze rapportage richten de aanbevelingen zich expliciet ook op de vraag of, en zo ja op welke wijze, de TCOZ vervolgonderzoek opportuun acht.

Tot slot bevat de rapportage diverse bijlagen. Bijlage 1 is het door de Tweede Kamer vastgestelde onderzoeksvoorstel. Bijlagen 2 tot en met 7 omvatten de schriftelijke vragen en de daarop ontvangen antwoorden, die de TCOZ heeft gesteld aan de minister van VWS en aan enkele huidige onder het ministerie van VWS ressorterende ZBO's: het College voor zorgverzekeringen/CVZ (voorheen Ziekenfondsraad), het College toezicht op de zorgverzekeringen/CTZ, het College Tarieven Gezondheidszorg/CTG, het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen/CSZ) en de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ). Het antwoord van de minister op eerste set vragen van de commissie, die per brief van 24 september 2003 aan de TCOZ zijn gestuurd, bevatte ook diverse bijlagen welke ter inzage zijn gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer. Bijlage 2d geeft een overzicht van de wijze van bekostiging en verantwoording van de diverse sectoren gedurende de onderzoeksperiode. In bijlage 8 zijn de namen vermeld van de personen en organisaties met wie de TCOZ in beslotenheid heeft gesproken. Bijlage 9 bevat de gespreksnotitie die aan deze gesprekken ten grondslag heeft gelegen.

2. VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

2.1. In perspectief

Het onderzoek van de TCOZ is erop gericht inzicht te verwerven in de effecten die de aanwending van extra middelen heeft gehad binnen de condities van het Nederlandse zorgstelsel tussen 1994 en 2002. De relevantie van dit onderzoek voor de toekomst is onmiskenbaar. Dan gaat het vooral om de vraag wat geldmiddelen precies doen in dynamische systemen en of de gangbare instrumenten van sturing en verantwoording binnen het zorgsysteem afdoende zijn om effectieve besteding van extra middelen nu en in de toekomst te garanderen.

Deze kwestie wint aan urgentie bij de systeemomslag van kostenbeheersing naar gereguleerde marktwerking, en van aanbod- naar vraagsturing, zoals deze momenteel plaatsvindt. Na een periode waarin toegankelijkheid centraal stond (de jaren zestig) en een periode van aanbodregulering en kostenbeheersing (de jaren zeventig en tachtig), richt de stelselherziening zich nu op het stimuleren van de doelmatigheid door meer marktwerking te introduceren. Een meer gedetailleerde beschrijving van deze perioden en de toen vigerende bekostigings- en verantwoordingssystematiek is opgenomen in bijlage 2d.

Dit proces zit in een stroomversnelling. Houdt de informatie- en verantwoordingssystematiek de nieuwe dynamiek bij? Valt hierover iets uit het recente verleden te leren?

2.2. Stap 1: een eerste beeld

De Kamer heeft het onderzoek in twee fasen geknipt, te weten een verkennende en verdiepende fase. De verkennende fase, waartoe het onderzoek van de TCOZ zich beperkt, is vooral gericht op de eerste vijf van de negen onderzoeksvragen die in het onderzoeksvoorstel zijn geformuleerd. Die vragen handelen over:

1. *De omvang en doelen* van de tussen 1994 en 2002 vrijgemaakte extra middelen voor gezondheidszorg.
2. *De verdeelsleutel* van deze middelen over diverse actoren.
3. *Het toezicht en de verantwoording* ten aanzien van deze middelen.
4. *De praktische aanwending* van de middelen.
5. *De (gewenste) effecten* van de aanwending van de middelen.

Het merendeel van deze vragen heeft een feitelijke strekking. De vragen 1 en 5 bewegen zich echter ook in een normatieve sfeer, waar sprake is van *doelen* en *gewenste* effecten.

De TCOZ heeft zich met bovenstaande vragen bij brief van 4 juli 2003 in eerste instantie gericht tot de minister van VWS. Op 24 september 2003 is het schriftelijke antwoord ontvangen in de vorm van een rapport met elf bijlagen. Het rapport bevat veertien pagina's algemene inleiding over de sturingsmechanismen in de zorg, met begripsverheldering rond de notie «extra middelen», een uiteenzetting van de rollen van verschillende partijen in de zorg en een korte schets van de beleidsmatige accentverschuivingen in het zorguitgavenbeleid tussen 1994 en 2002. Bijlagen 2a, 2b, 2c en 2d bij deze rapportage bevatten de vragen van de TCOZ en de antwoorden van de minister.

De beantwoording door de minister bracht vier, dit onderzoek compliceerende factoren duidelijk aan het licht:

- Het systeem van gezondheidszorg bevindt zich in een transformatieproces. Gezondheidszorg heeft altijd de nodige spanningsvelden gekend. De huidige transformatie van aanbod- naar vraagsturing onderstreept vooral de spanning tussen kostenbeheersing, toegankelijkheid en keuzevrijheid. Zij heeft bovendien effecten op de sturings- en verantwoordingsmogelijkheden en instrumenten in de zorgsector; sleutelementen in het onderzoek van de TCOZ. Het genoemde veranderingsproces speelt al sinds de jaren tachtig van de vorige eeuw. Het heeft duidelijke sporen nagelaten in de bestedingsjaren waarop de TCOZ zich in haar onderzoek richtte. Kort en goed: extra middelen landden in de periode 1994–2002 in een zorgsysteem dat onderhevig is aan forse verschuivingen in verantwoordelijkheidsverdeling en sturingsmogelijkheden van zorgaanbieders, verzekeraars, patiënten en overheid.
- Generaliseren over «de» zorgsector is problematisch. Er zijn grote verschillen tussen sectoren in de zorg. De wijze van bekostiging en verantwoording is per sector onderscheiden en blijkt ook vaak in verschillende snelheden te veranderen.
- Het zicht van de minister van VWS op de administraties van instellingen is beperkt. De minister van VWS is grondwettelijk (artikel 22GW) verantwoordelijk voor de volksgezondheid, maar heeft slechts indirect invloed op de uitvoering van het zorgaanbod en de zorgverzekeringen. Om tal van historische en politieke redenen staat het ministerie van VWS formeel op afstand van de dagelijkse uitvoeringspraktijk in instellingen. Verreweg het grootste deel van de zorgaanbieders heeft een privaatrechtelijke organisatievorm. Basale gegevens over de inzet van middelen en geleverde prestaties zijn niet altijd voorhanden en kunnen ook niet zonder meer worden opgevraagd.
- Het bekostigingssysteem in de gezondheidszorg is niet gebaseerd op bedrijfseconomische kostprijzen voor zorgproducten, maar op een rekenkundige (theoretische, fictieve) bekostigingsprijs. Er is daardoor bij instellingen vaak slechts een beperkt zicht op de werkelijke kosten van geleverde producten. De uit de gangbare bekostigingswijze voortvloeiende manieren van administreren zijn een complicatie bij het doen van onderzoek naar de effectiviteit van de aanwending van (extra) middelen.

Het zicht op de concrete praktijk van besteding van zorgmiddelen is in de onderzochte boekjaren grotendeels beperkt gebleven tot een zeker aggregatieniveau. Dit geldt zowel voor reguliere als voor extra middelen. Gedetailleerd onderzoek naar de relatie tussen inzet van geld en effect op de werkvloer van de gehele zorgsector is ondoenlijk, nog afgezien van de vraag naar welke effecten men precies op zoek is, en welke effecten als «gewenste» effecten worden betiteld. Ook prestatie-indicatoren, zoals opgenomen in het vroegere Financieel Overzicht Zorg (FOZ), het Jaaroverzicht Zorg (JOZ), de Zorgnota of het Jaarbeeld Zorg (JBZ), hebben een vergelijkbaar globaal aggregatieniveau. Deze historisch gegroeide situatie in het zorgsysteem contrasteert steeds sterker met de roep om meer transparantie op instellingsniveau bij de besteding van middelen en inzicht in de uitkomsten van die bestedingen.

Ten aanzien van extra middelen gold gedurende de meeste jaren van de hier bestudeerde onderzoeksperiode geen ander regiem dan ten aanzien van reguliere middelen (zie bijlage 2a, pag 73). Het controle- en verantwoordingsbeleid is hiervan niet uitgezonderd. Instanties als het

CVZ, het CTZ en het CTG volgden ten aanzien van de inzet van extra middelen globaal geen andere systematiek dan gebruikelijk bij reguliere middelen. Ook vanuit de Tweede Kamer zijn de doelen voor extra middelen niet concreet geformuleerd en zijn ook nauwelijks aanvullende eisen gesteld ten aanzien van de controle op de toedeling van extra middelen.

De beantwoording van de minister kenmerkt zich door een grote nadruk op de *formele* inrichting van het zorgsysteem en de reikwijdte van de ministeriële bevoegdheden en die van andere spelers in het veld. De beantwoording van de vragen leverde vooral systeemstructureel inzicht op in de aard en omvang van de extra middelen, de globale verdeel-sleutels, en de vormen van toezicht en verantwoording.

De TCOZ acht dit structurele antwoord begrijpelijk, maar ook enigszins onbevredigend. Zeker wat betreft de onderzoeksvragen 2, 4 en 5 werd eigenlijk meer inzicht verlangd in de dynamiek tussen actoren in het zorgveld bij de concrete aanwending van de extra zorgmiddelen en de feitelijke besteding van die middelen. Inzicht in de besteding van middelen voorbij de voordeur van de zorginstellingen kon het ministerie van VWS echter niet verschaffen, omdat daar de eigen bestedingsvrijheid van private uitvoerders geldt, die door het ministerie noch door de Algemene Rekenkamer of toezichtorganen als het CTZ worden bestreken.

2.3. Stap 2: het beeld scherper gesteld

De antwoorden van de minister waren voor de TCOZ aanleiding een aantal zaken nog eens extra uit te diepen. Per aanvullende brief van 23 oktober 2003 stelde de TCOZ de minister van VWS zeven aanvullende vragen. Voor een belangrijk deel richtten de vragen zich op de wijze waarop toedeling van de extra middelen aan de onderscheiden sectoren en categorieën heeft plaatsgevonden en op de verhouding tussen nominale ontwikkeling en volumeontwikkeling. In bijlage 2b bij deze rapportage zijn de vragen en antwoorden van deze aanvullende vragenronde opgenomen.

Evenzeer hechtte de TCOZ eraan inzicht te krijgen in de rol die de verschillende, onder het ministerie van VWS ressorterende, ZBO's gedurende de te onderzoeken periode hebben gespeeld in relatie tot de toedeling, besteding en verantwoording van extra middelen. Ook hiertoe werden vragen aan de minister gesteld. Tegelijkertijd deed de TCOZ de desbetreffende ZBO's, die op afstand van de minister staan, een aantal vragen toekomen. Deze vragen en antwoorden zijn opgenomen in bijlagen 3 tot en met 7 bij deze rapportage.

Geleidelijk ontstond langs deze weg nauwkeuriger zicht op de vormgeving van de allocatie, aanwending en verantwoording van bestedingen in de gezondheidszorg. De tweede vragenronde onderstreepte vooral de volgende vijf punten:

- In allocatie, verantwoording en toezicht vormen de huidige ZBO's de schakel tussen het macroniveau waarop het verkeer tussen minister en Tweede Kamer zich afspeelt, en het microniveau waarop de interactie tussen zorgverzekeraars, zorgaanbieders en cliënten plaatsvindt.
- Wanneer op macroniveau wordt gesproken over «meer geld voor de zorg», moet niet worden gedacht aan het rechtstreeks financieren van zorgaanbieders (subsidies uitgezonderd), maar meer aan het «accommoderen» van extra volume door budgetaanpassingen of hogere

- tarieven voor verrichtingen in bepaalde sectoren van de gezondheidszorg. Via beleidsregels van het CTG vinden de beschikbare premiegelden hun weg naar de instellingen.
- De sturende functie van budgetten in de gezondheidszorg is beperkt, zowel op macroniveau als op sectorniveau. Privaatrechtelijke zorgaanbieders hebben bestedingsvrijheid. Bovendien is er in de laatste jaren van de onderzoeksperiode feitelijk sprake van een geclausuleerde open-einde-financiering, waardoor van een echte normering van de totale zorguitgaven geen sprake is.
 - Volumegroei is iets anders dan productiegroei (zie ook hoofdstuk 3). Het onderscheid tussen de uitgavencategorieën «nominale ontwikkeling» en «volumegroei» is een kwestie van toerekening vooraf, die arbitrair van karakter kan zijn.
 - Bij verantwoording en toezicht op de besteding van de middelen ligt het accent op de rechtmatigheid, niet op doelmatigheid.

In hoofdstuk drie wordt het verband tussen de diverse relevante aspecten van de allocatie, aanwending en verantwoording van middelen in de gezondheidszorg nader geduid.

Op 21 november 2003 volgde een schriftelijke vragenronde in de richting van de minister van VWS, die vooral handelde over eerder aangeleverd materiaal. De commissie trachtte daarin meer helderheid te krijgen ten aanzien van enkele technische details, discrepanties in tabellen en onduidelijkheden over de financiële bijlagen. De minister beantwoordde deze vragen op 12 december 2003 (zie bijlage 2c).

2.4. Stap 3: het beeld ingekleurd

Een derde stap in het werk van de TCOZ betrof een bredere verkenning van de praktische ervaringen rond de inzet van extra middelen in de zorg bij dagelijks betrokken instanties en veldpartijen. In aanvulling op de schriftelijke vragenrondes heeft de TCOZ in november en december 2003 gesprekken gevoerd met vertegenwoordigers van de academische en onderzoekswereld, met een lid van het College en enkele stafleden van de Algemene Rekenkamer (ARK), het CVZ, het CTZ, het CTG en Zorgverzekeraars Nederland (ZN). Ook werd een delegatie van ambtenaren van het ministerie van VWS uitgenodigd voor een additionele gedachtewisseling. In januari en februari 2004 vonden bovendien nog enkele gespreksrondes plaats met vertegenwoordigers van individuele zorginstellingen en verzekeraars. Gelet op de fase waarin het onderzoek verkeerde, heeft de TCOZ ervoor gekozen de gesprekken in beslotenheid te voeren.

Deze gesprekken waren vooral gericht op een scherpere duiding van de praktijk van besteding van de extra middelen. Doel was meer helderheid te verschaffen over de *praktische* bestedingswijzen, ook op instellingsniveau. Daarnaast werd inzicht verlangd in de praktijk van sturing en organisatie, en de *praktische* controlemechanismen op de (extra) geldmiddelen. In de gesprekken kwamen onder meer de volgende vragen (zie bijlage 9) aan de orde:

- Welk zicht hebben betrokkenen op de inzet van extra middelen tussen 1994 en 2002?
- In welke graad van detaillering kan men weergeven hoe additionele middelen op het niveau van zorgaanbieders en instellingen zijn aangewend?
- Zijn in de sturing en verantwoordingsmechanismen rond de besteding

van additionele middelen hiaten opgetreden in de periode 1994–2002 en zijn in deze mechanismen verbeteringen of verslechtingen merkbaar?

- Welke aanscherping van sturing en verantwoording is wenselijk?
- Zijn er additionele middelen weggelekt en, zo ja, waarheen?

Tijdens de gesprekken werd een aantal meningen vanuit het veld naar voren gebracht. Het formele en structurele inzicht in de zorgomgeving, dat resulteerde uit de correspondentie met de minister van VWS, werd door de bijeenkomsten aan praktische ervaringen getoetst en van positieve en kritische kanttekeningen voorzien.

Opmerkingen over het effect van de beschikbaarheid van extra middelen
De gesprekken leerden dat velen binnen de curesector de stijging van de budgetten na 1997 als een enorme «opluchting» hebben ervaren. Ziekenhuizen zagen de verruiming vooral als een mogelijkheid achterstallig onderhoud te bestrijden. Er kwam geld bij om personeelsschaarste te bestrijden, geld dat zeker ook werd aangewend ten behoeve van beloningen en arbeidsmarkttoelagen boven CAO-afspraken, en voor programma's gericht op ziekteverzuimbeleid. Er werd ook ingezet op nieuwe vormen van behandeling die in sommige gevallen ook tot productiestijging leidden.

Ook voor de caresector werden eind jaren negentig extra middelen beschikbaar gesteld. De zorgvernieuwingsgelden werden overigens als «sigaar uit eigen doos» ervaren: zorgvernieuwingsgelden werden vrijgemaakt voor instellingen, tegelijkertijd werden de budgetten verlaagd.

Soms pakten de aangeboden gelden averechts uit. Met name op de lumpsum financiering klonk in de gesprekken geregeld kritiek door: die financiering zou in de hand werken dat sommige specialisten minder zouden zijn gaan werken. Daarnaast beklagden instellingen zich over het feit dat een duurzaam financieel beleidsperspectief door snel wisselende regelgeving vaak werd gefrustreerd.

Dat met de komst van wachtlijstmiddelen de wachtlijsten niet zomaar verdwenen, was volgens enkele gesprekspartners niet verwonderlijk. In vele publicaties is de laatste jaren de complexiteit van de wachtlijstproblematiek aangekaart. Zo werd onder andere aangegeven dat een zekere wachtlijst als werkvoorraad nodig is voor het goed functioneren van de zorg. Gesprekspartners van de TCOZ onderstreepten tevens dat wachtlijsten door sommige aanbieders als een bevestiging van hun grote status werd gezien, en dat wachtlijsten een drukmiddel richting overheid konden vormen. Door het inzetten van wachtlijstmiddelen voor capaciteitsuitbreiding werden soms organisatieproblemen niet opgelost¹. ICT werd bijvoorbeeld onvoldoende ingezet bij het wegwerken van wachtlijsten.

Door sommige gesprekspartners werd aangetekend dat wachtlijsten minder snel werden weggewerkt naarmate het budget voor een behandeling kleiner was dan de werkelijke kostprijs. Ook werd geklaagd door enkele aanbieders dat «boter-bij-de-vis» uitgaat van een productie van 100% en geen rekening houdt met frictiebezetting en/of grijze productieafspraken.

¹ Hierbij kan worden aangetekend dat het ministerie op grond van deze problematiek initiatieven heeft ondernomen. Voor de curesector werd de commissie Dees in het leven geroepen, voor de V&V-sector de wachtlijstbrigade van Van Dam en voor de gehandicaptensector en voor uitvoeringsproblematiek de Task Force wachtlijsten. De rapportages van de commissie Dees en de wachtlijstbrigade zijn aan de Kamer toegezonden. De Task Force bestond uit ambtenaren van het ministerie van VWS en uit afgevaardigden van de huidige ZBO's.

Opmerkingen over financieringssystematiek, verantwoording en toezicht
Diverse deskundigen merkten op dat daar waar private en publieke middelen in private organisaties worden versleuteld een uiterst scherpe controle- en verantwoordingsstructuur nodig is. Sommige partijen merkten op dat de controleketen in de zorg op dit moment niet sluitend is. De ontbrekende schakel was, aldus diverse gesprekspartners, de publiekrechtelijke controle op zorgaanbieders. De controle op het naleven van het contract tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders werd door meerdere gesprekspartners als te vrijblijvend ervaren. Daar komt nog bij dat de kwaliteit van informatie door de zorgaanbieders niet automatisch is gewaarborgd. Op punten is de samenhang tussen zorginformatie, controle en advies sinds het verdwijnen van de Ziekenfondsraad verminderd, zo benadrukten enkele gesprekspartners.

Toch heeft zich sinds 1998 een kleine revolutie in rekenschap voltrokken met de komst van een nieuwe verantwoordingsmodus. Werden meerjarenafspraken door sommigen nog vooral als een zoethoudertje betiteld, die het verzet van koepelorganisaties moesten indammen, de ontwikkeling van met name het «boter-bij-de-vis»-principe vergrootte het belang van outputmeting van de zorgproductie. Echter, de instrumenten van verantwoording zijn hierop nog niet voldoende toegesneden, was het oordeel van diverse gesprekspartners. Beschikbare informatie en verklaringen achteraf voldoen lang niet altijd meer aan de vraag. Zo beschikt de minister van VWS over veel informatie, maar is het niet onmiddellijk evident dat de kwaliteit en relevantie van de beschikbare informatie goed genoeg is voor de verantwoording die partijen en burgers wensen. Voor burgers is het ook niet altijd eenvoudig door de bomen (regels) het bos (doel van de regels) nog te kunnen zien. Ook bleek in de verantwoording dat op goedkeurende accountantsverklaringen met kritische kanttekeningen door zorgaanbieders of anderen niet of nauwelijks actie wordt ondernomen. Het stimuleert dan ook niet dat in de huidige structuur het CTG te allen tijde bijspringt in geval van mismanagement.

Opmerkingen over het zorgsysteem en kwaliteit

Enkele gesprekspartners vonden elkaar in het inzicht dat meer geld pompen in een inefficiënt systeem slechts tot meer inefficiëntie leidt. Een factor, die door sommigen als kernkwestie werd aangemerkt is, dat de budgettering van zorg zoals we die jaren hebben gekend, eigenlijk een kunstmatig systeem is dat aanzet tot prestaties gericht op bekostigingsparameters. En wat voor regulier geld opgaat, gold ook voor extra middelen. In het huidige gezondheidszorgsysteem ligt te veel nadruk op geld en productie, was bij herhaling de verzuchting. Met extra geld zou eigenlijk een meer fundamentele verandering moeten worden bewerkstelligd. Er wordt nog teveel gestuurd op geld en niet – zoals te verkiezen zou zijn – op organisatie en kwaliteit.

Reële verbetering in het systeem, zo beklemtoonden diverse gesprekspartners van de TCOZ, is alleen te verwachten als gelijktijdig wordt ingezet op verschillende niveaus: betere informatievoorziening over prestaties naar cliënten toe, het doorvoeren van logistieke en bedrijfskundige verbeteringen binnen instellingen, en beter leiderschap en systeemstructurele veranderingen (rol overheid, zorgverzekering, inspectie).

De gesprekken maakten vooral duidelijk dat de praktische ervaringen binnen het systeem tussen 1994 en 2002 een eigen kritiek op de formele vormgeving van de geldstromen mogelijk maken.

3. ALLOCATIE, AANWENDING EN VERANTWOORDING VAN MIDDELEN

3.1. Inleiding

De Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven (TCOZ) heeft zich primair gericht op de vraag of de extra middelen die de afgelopen jaren beschikbaar zijn gesteld voor de zorgsector effectief zijn besteed. Hierbij bleek al snel noodzakelijk expliciet in beeld te brengen op welke wijze het gezondheidszorgstelsel is opgebouwd en hoe de financieel-administratieve sturingsrelaties daarbinnen zijn vormgegeven. Drie fasen zijn daarbij van belang:

1. De allocatie van extra middelen
2. De aanwending van extra middelen
3. De controle op en verantwoording over de inzet van extra middelen.

In dit hoofdstuk wordt voor elk van deze drie fasen uiteengezet wat de rol, bevoegdheden en instrumenten van de minister van VWS zijn, welke partijen daarbij betrokken zijn en hoe zaken in de praktijk functioneerden. De TCOZ maakt daarbij hetzelfde onderscheid in drie perioden, zoals de minister die ook hanteert in zijn beantwoording:

- de periode 1994–1998 waarin de nadruk lag op kostenbeheersing;
- de periode van de meerjarenafspraken (vanaf 1998);
- de periode vanaf 2000 waarin het «boter-bij-de-vis»-principe werd geïntroduceerd dat voortvloeide uit het Actieplan Zorg Verzekerd (27 488, nr. 1).

Een beschrijving van deze perioden is te vinden in paragraaf 5 van de brief van de minister van VWS van 24 september 2003 (zie bijlage 2a bij dit rapport). Overigens is de gehanteerde driedeling een enigszins grof onderscheid, waarbij de grenzen van de perioden vaak niet scherp te trekken zijn en er per sector verschillen kunnen zijn. Voor een meer specifieke beschrijving van de diverse bekostigingssystematieken per sector zij daarom verwezen naar bijlage 2d.

3.2. Allocatie van extra middelen

3.2.1. Algemeen

Aan dit onderzoek ligt – zoals reeds eerder gememoreerd – de motie-Wilders c.s. (28 600 XVI, nr. 69) ten grondslag. Die motie vroeg om verantwoording van de besteding van de extra zorgmiljarden in de periode 1994–2001. Over de omvang van het bedrag dat sinds 1994 extra aan de zorg is besteed, bestaat de nodige spraakverwarring. Alvorens aan de hand van cijfermateriaal inzicht te geven in waar »de extra zorgmiljarden« terecht zijn gekomen (paragraaf 3.2.2), wordt in paragraaf 3.2.1. eerst ingegaan op de vraag wat onder «extra zorgmiljarden» moet worden verstaan. Daarbij passeren ook enkele andere relevante financieel-technische begrippen de revue.

3.2.2. Begripsbepaling

De «zorgmiljarden»

In de motie Wilders c.s. wordt gerefereerd aan «14 miljard euro die aan de zorg is besteed sinds 1994». Hier wordt bedoeld op de toename van het netto budgettair kader zorg (BKZ) tussen 1994 en 2001. Aangezien genoemde motie in november 2002 werd ingediend, was de

realisatiestand van het budgettair kader zorg (BKZ) over het begrotingsjaar 2002 nog niet bekend. In deze rapportage staat echter de periode 1994 *tot en met* 2002 centraal (dus inclusief het begrotingsjaar 2002). In deze periode is sprake van een toename van het netto-BKZ met 15,6 miljard euro. In het licht van de motie Wilders c.s. en het daarop volgende onderzoek is dit bedrag vaak aangeduid als «de extra zorgmiljarden».

Het Budgettair Kader Zorg (BKZ)

De motie Wilders c.s. en de diverse antwoorden van de minister zijn gericht op een opwaartse mutatie van het BKZ van per saldo 15,6 miljard euro in acht jaar. Dit is echter niet zonder meer hetzelfde als de feitelijke stijging van de zorguitgaven in de periode 1994–2002. Omdat het BKZ zo centraal staat wordt hier nader op ingegaan.

Het BKZ is een rekenkundige grootheid. Het omvat de kosten van de gezondheidszorg die gefinancierd worden door de AWBZ, het ziekenfonds en de particuliere verzekeraars, voor zover overeenkomstig het ziekenfondspakket, alsmede de zorggerelateerde uitgaven die gedaan worden ten laste van de VWS-begroting.

Het BKZ is daarmee een indicator voor de kosten van de zorgsector. Echter, het BKZ staat niet gelijk aan de totale uitgaven voor zorg, omdat zaken die buiten het ziekenfondspakket en de AWBZ vallen (het zogenaamde derde compartiment) niet worden meegerekend. Bovendien wordt in deze rapportage steeds uitgegaan van het «netto-BKZ», hetgeen wil zeggen: de BKZ-uitgaven minus de eigen bijdragen en andere ontvangsten voor de overheid in de zorgsector. Indien in enig jaar wordt besloten kosten niet langer via het ziekenfonds te vergoeden en/of een (hogere) eigen bijdrage te vragen voor bepaalde zorg, dan veranderen weliswaar de totale zorgkosten niet, maar daalt het BKZ wel. Ter illustratie: in tabel 5.1.4 in de brief van de minister van 24 september 2003 (zie bijlage 2a) blijkt dat in 1995 sprake was van een *negatief* bedrag (van -605 miljoen euro) aan extra middelen voor de extramurale curatieve zorg. Dit is het gevolg van een pakketverkleining (onder andere beperking van de vergoeding voor tandarts en fysiotherapie) waardoor het BKZ daalt, zonder dat daarmee de feitelijke uitgaven voor tandheelkundige zorg en fysiotherapie evenredig dalen.

Verschillende BKZ-jaren zijn dus niet altijd zonder meer vergelijkbaar. De inhoud van het BKZ kan bovendien niet slechts wisselen door wijzigingen in het pakket, maar ook door wijziging in de begrotingsregels wat betreft de toerekening van overheidsuitgaven aan het BKZ (zie Zornota 2002, 28 008, pag. 118). Zo worden met ingang van het begrotingsjaar 2003 de zorguitgaven op de VWS-begroting niet langer tot het BKZ gerekend waardoor het BKZ met ingang van 2003 met 1,2 miljard euro is verlaagd. Kortom: het BKZ is slechts een rekenkundige grootheid die aan verandering onderhevig kan zijn.

Ondanks het feit dat het BKZ dus een *specifieke financieringsmaat* is en niet gelijk is aan de *feitelijke kosten* van de zorg, is het BKZ niettemin de best beschikbare indicator voor de macro-ontwikkeling van de uitgaven in de zorgsector.

Nominaal en volume

Bij de uitgaven binnen het BKZ wordt door de minister van VWS onderscheid gemaakt tussen «nominaal» en «volume» (zie bijlage 2a, pag. 63):

- «volume = wijziging in de hoeveelheid geleverde zorg»
- «nominaal = loon- en prijswijzigingen en exploitatiegevolgen van instandhoudingbouw»

Onder een nominale stijging van het BKZ worden de kostenstijgingen verstaan die voortvloeien uit het stijgen van lonen en prijzen. Deze kostenstijgingen leiden dus niet tot meer zorg.

Dit betekent overigens ook niet dat het begrip «volume» gelijkgeschakeld kan worden met het begrip «de hoeveelheid geleverde zorg». Het onderscheid in nominaal en volume is zeker relevant om de totale kostenstijgingen van het BKZ te kunnen corrigeren voor de reguliere loon- en prijsstijgingen. Maar er zijn twee kanttekeningen te plaatsen.

Kanttekening 1: Normatieve nominale ontwikkeling is niet per definitie de feitelijke nominale ontwikkeling

Ten eerste wordt de nominale ontwikkeling niet berekend of gemeten aan de hand van feitelijke realisatiecijfers, maar wordt uitgegaan van de zogenaamde normatieve loon- en prijsontwikkeling. Dit is de door het ministerie van VWS vastgestelde vergoeding die sectoren krijgen voor loon- en prijsstijgingen en die gebaseerd is op de gemiddelde loon- en prijsstijgingen in de sectoren zoals het CPB die verwacht. Deze door het CPB geraamde percentages worden doorvertaald naar tarieven en budgetten. Op het niveau van zorginstellingen kan echter de *feitelijke* stijging van lonen en prijzen in een jaar anders zijn dan de *normatieve* nominale ontwikkeling waarmee het ministerie van VWS rekt.

Kanttekening 2: Volume is niet per definitie meer productie

Ten tweede kan de term «volume» ten onrechte de suggestie wekken dat meer volume ook per definitie meer zorg impliceert. De term «niet-nominale kostenstijgingen» zou in dit verband duidelijker zijn. Volumegroei in de zorg in termen van productie laat zich immers niet meten in geld, maar in aantallen. Juist ook door dit onderzoek is het de TCOZ duidelijk geworden dat meer volume in geld (in BKZ-termen) niet per definitie hetzelfde is als meer zorgvolume (in termen van meer productie). Toename van het BKZ-volume met bijvoorbeeld 10% voor huisartsen is nog niet hetzelfde als 10% meer geleverde zorg, bijvoorbeeld in de vorm van 10% meer consulten. Tien procent volumestijging betekent slechts dat, gecorrigeerd voor de prijsstijging, de totale kosten voor zover meetellend voor het BKZ met 10% zijn gestegen. Volumestijging kan zich manifesteren in productiestijging, maar kan bijvoorbeeld ook zijn aangewend voor kwaliteitsverbetering, werkdrukvermindering door verbetering van arbeidsvoorwaarden en -omstandigheden, of meer overhead.

Kortom, wat in de cijfers van de minister «volumegroei» wordt genoemd zijn in feite -vrij vertaald- de extra zorgmiljarden, gecorrigeerd voor de inflatie. Volumegroei zegt nog niets over extra productie. Het onderscheid tussen nominaal en volume is handig om cijfers over de kosten in de zorg op macroniveau te corrigeren voor het effect van de inflatie. Op «werkvloerniveau» heeft het echter geen praktische betekenis. Instellingen hebben te maken met één budget of tarief en in hun administratie maken ze ook geen onderscheid in «volumemiddelen» en «nominale middelen».

3.2.3. De zorgmiljarden ontleed

Na deze achtergrondopmerkingen over de (technische) interpretatie van de 15,6 miljard euro wordt in deze paragraaf verder gekeken waar dit geld is neergeslagen en voor welke doeleinden de extra middelen (op macroniveau) beschikbaar zijn gesteld.

Verdeling 15,6 miljard euro BKZ-groei

In onderstaande tabel is een uitsplitsing gemaakt van de extra zorgmiljarden 1994–2002. De BKZ-groei van 1994–2002 van 15,6 miljard euro valt uiteen in een volumegroei van 8,3 miljard euro en 7,3 miljard euro nominaal en technisch.

Tabel 1: De BKZ-groei uitgesplitst naar sectoren (alle bedragen in miljoenen euro's) (bedragen in € mln.)

Sector	Netto BKZ 1994	Netto BKZ 2002	Toename	Toename in %	Waarvan: nominaal	Waarvan Volume	Toename van volume
Gezondheidsbevordering en -bescherming	280	604	324	116%	94	218	78%
Curatieve somatische zorg	10 525	15 681	5 156	49%	2 991	1 835	17%
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2 386	3 943	1 557	65%	297	1 481	62%
Hulpmiddelen	378	879	501	133%	213	260	69%
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1 771	3 261	1 490	84%	649	598	34%
Gehandicaptenzorg	2 101	4 025	1 924	92%	824	1 174	56%
Verpleging en verzorging ouderen	4 826	8 873	4 047	84%	1 733	2 462	51%
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1 198	1 844	646	54%	331	292	24%
Totaal	23 465	39 110	15 645	67%	7 132	8 320	35%

N.B. de posten nominaal (7,1 mrd.) en volume (8,3 mrd.) tellen op tot 15,4 mrd. Om tot de totale mutatie van het netto-BKZ te komen van 15,6 miljard, moet ook rekening gehouden worden met technische mutaties (per saldo 119 mln. in de periode 1994–2002) en ontvangstenmutaties van het BKZ (per saldo 72 mln. in de periode 1994–2002). Dan geldt: 7132 + 8320 + 119 + 72 (+2 voor afrondingsverschillen) = 15 645

Tabel 1 illustreert dat het BKZ in acht jaar tijd met 67% is gegroeid. Deze 67% groei valt uiteen in 32% groei door nominale ontwikkeling en technische bijstellingen enerzijds en anderzijds 35% volumegroei. Op jaarbasis is dit een gemiddelde volumegroei van 3,4%.

Voorts maakt de tabel duidelijk dat de verdeling van de volumegroei over de sectoren grote verschillen kent. Uiteraard zijn er grote verschillen in absolute termen, maar dat vloeit voort uit het feit dat de sectoren in omvang verschillen. Relevant is echter dat ook de procentuele verdeling van de volumegroei over de sectoren sterk varieert van 17% volumegroei in acht jaar voor de curatieve zorg (ziekenhuizen) tot 78% volumegroei voor de sector Gezondheidsbevordering en -bescherming.

Allocatie van extra middelen

Over de precieze besluitvorming ten aanzien van de verdeling van de beschikbare groei ruimte valt in algemene termen weinig te zeggen. De minister stelt in zijn beantwoording dat «politieke, maatschappelijke, zorginhoudelijke, sociale, financiële, economische en bestuurlijke aspecten bepalend zijn voor het te voeren beleid». (zie bijlage 2a, brief van de minister d.d. 24 september 2003, pag. 66). Dit gaat op voor reguliere en extra bestedingen. De minister steunt daarbij op adviezen van uitvoeringsorganen, planbureaus en adviescolleges.

De TCOZ heeft de minister een overzicht gevraagd van alle departementale, interdepartementale en externe onderzoeksrapporten over de zorgsector, die de minister daarbij in de periode 1992–2002 tot zijn beschikking had. Het resultaat is een omvangrijk overzicht van rapporten (ca. 3511) die in de periode 1994–2002 in het bezit waren van de minister van VWS.

Extra middelen vooral premiemiddelen

Met betrekking tot de financiering van de zorg dient te worden bedacht dat deze voor het grootste deel geschiedt met middelen die worden opgebracht uit premies (Ziekenfondspremies, AWBZ-premies) en voor een deel uit de algemene middelen, ofwel ten laste van de Rijksbegroting. Over de door de minister voorgenomen aanwending van premiegefinancierde middelen werd de Kamer in de onderzoeksperiode jaarlijks geïnformeerd door middel van de Zorgnota¹. Dit document wordt betrokken bij het politiek debat over de aanwending van middelen, maar de Kamer autoriseert deze middelen niet. De Kamer kan derhalve premiegefinancierde budgetten niet amenderen. Wel kan zij door middel van moties haar wil kenbaar maken. Uitgaven voor de zorg die op de begroting worden verantwoord vallen daarentegen wel onder het budgetrecht en het recht van amendement van de Kamer. Ten aanzien van de 15,6 miljard euro waarmee het BKZ in de onderzoeksperiode is gegroeid, geldt dat deze voor het overgrote deel bestaan uit middelen die uit premies gefinancierd worden.

Verdeling 15,6 miljard euro BKZ-groei over de jaren

Een groot deel van de extra middelen (i.c. grofweg de helft) is ingezet voor de beleidsmatig niet (volledig) beïnvloedbare nominale groei. Ook een substantieel deel van de overige extra middelen is ingezet voor beleidsmatig amper beïnvloedbare zaken. Zo is groeiruumte vaak op voorhand verdeeld over de verschillende zorgsectoren op basis van de te verwachten demografische ontwikkeling. Naast de beleidsmatig nauwelijks te beïnvloeden groei als gevolg van demografie (vergrijzing) is ook sprake van autonome uitgavengroei als gevolg van technologische ontwikkelingen (bijv. nieuwe behandelmethoden, medicijnen en apparatuur) en sociale ontwikkelingen (bijv. patiënten mondiger en veeleisender; hogere kwaliteitseisen zoals minder bedden per zaal). Om die reden is er in de verschillende kabinetsperiodes steeds op voorhand al rekening gehouden met een zekere volumegroei voor de zorgsector, te weten:

- Paars I (1994–1998): gemiddeld 1,3% volumegroei per jaar
- Paars II (1998–2002): gemiddeld 2¼ % volumegroei per jaar

De feitelijke volumegroei is, zoals tabel 1 al doet vermoeden, veel hoger uitgekomen. Met name de laatste jaren is het BKZ relatief sterk gegroeid. Om dit te illustreren is onderstaand in tabel 2 de groei van 15,6 miljard euro van 1994–2002 uitgesplitst naar jaar (in plaats van naar bestedingscategorie).

¹ De eerste jaren in de periode 1994–2002 heette dit documenten overigens nog «Jaaroverzicht Zorg». Met ingang van de begroting 2004 zijn de Zorgnota en de begroting VWS in één document geïntegreerd.

Tabel 2: De BKZ-groei uitgesplitst naar jaren (alle bedragen in miljoenen euro's)

	BKZ	BKZ	BKZ	Nominaal	Nominaal	Volume	Volume	Volume
periode	BKZ (eind periode)	Jaarlijkse BKZ-groei in € mln.	jaarlijkse BKZ-groei in %	jaarlijkse nominale groei in € mln.	jaarlijkse nominale groei in %	jaarlijkse volume-groei in € mln.	jaarlijkse volume-groei in %	aandeel in totale volumegroei 1994-2002
1994-1995	24 206	741	3,2%	245	1,0%	- 67	- 0,3%	- 1%
1995-1996	24 775	569	2,4%	344	1,4%	294	1,2%	4%
1996-1997	25 728	953	3,8%	638	2,6%	548	2,2%	7%
1997-1998	27 228	1 500	5,8%	849	3,3%	822	3,2%	10%
1998-1999	29 106	1 878	6,9%	913	3,4%	750	2,8%	9%
1999-2000	31 264	2 158	7,4%	1 156	4,0%	1 226	4,2%	15%
2000-2001	34 792	3 528	11,3%	1 558	5,0%	2 184	7,0%	26%
2001-2002	39 109	4 317	12,4%	1 429	4,1%	2 563	7,4%	31%
Totaal				7 132		8 320		100%

Tabel 2 laat zien dat het BKZ met name sinds 2000 relatief hard is gegroeid, deels omdat de nominale ontwikkeling in deze jaren hoog was (5% in 2001 en 4,1% in 2002), maar met name ook door volumegroei: 7% in 2001 en 7,4% in 2002. De laatste kolom laat zien dat van de totale volumegroei van 8,3 miljard euro in de beschouwde periode 1994-2002 meer dan de helft (i.c. 56%) is ontstaan in de laatste twee jaar van de periode van acht jaar.

Niet 15,6 miljard euro maar 8,3 miljard euro beleidsmatig relevant

Als verondersteld wordt dat de door de minister gehanteerde post «nominaal en technisch» louter bestaat uit de reguliere stijging van lonen en prijzen en zuiver technische bijstellingen, dan is het beleidsmatig vooral interessant om de analyse toe te spitsen op de volumegroei van 8,3 miljard euro.

In feite is dat dan het bedrag dat afgelopen acht jaar in reële termen *extra* in de zorgsector is gestoken (en dat de aanleiding is geweest voor dit onderzoek).

Van deze 8,3 miljard euro (het bedrag dat resteert na correctie voor loon- en prijsstijgingen) moet ook worden bedacht dat een groot deel van deze volumegroei bestaat uit de zogenaamde «autonome groei». Het gaat dan om kostenstijgingen die niet door beleid te beïnvloeden zijn (demografische groei, technologische ontwikkeling, e.d.). Zo geeft de minister aan dat ruim 30% van de volumegroei nodig was voor demografische groei (zie bijlage 2a, pag. 85). Vastgesteld kan worden dat slechts een deel van de 15,6 miljard euro die in 1994-2002 is uitgetrokken voor de zorgsector valt in de categorie «beleidsmatige intensiveringen», oftewel geld dat «echt extra» beschikbaar was, in de zin dat minister en Kamer het theoretisch ook voor andere doeleinden hadden kunnen besteden. Het merendeel van de extra zorgmiljarden is min of meer «automatisch» in de meerjarenbudgetten van het BKZ verwerkt in de vorm van loon- en prijsbijstelling en de op voorhand aan sectoren toegedeelde groei ruimte.

Het is goed ook hier mogelijke verschillen tussen het macroniveau en het microniveau in ogenschouw te nemen. Op macroniveau, dus voor het totaal van de hele zorgsector, lijkt het logisch te veronderstellen dat 8,3 miljard euro een goede benadering is van dat deel van de extra 15,6 miljard euro dat niet is opgegaan aan loon- en prijsstijgingen. Op microniveau, dus voor individuele instellingen, kan het deel van het extra budget dat feitelijk is besteed aan loon- en prijsstijgingen echter heel anders liggen.

Ter illustratie: in de jaren 2001 en 2002 bedroeg de vergoeding voor de stijging van de contractloonontwikkeling van VWS (de zogenaamde OVA) 4% per jaar (dus 8% totaal). In antwoord op nadere vragen op dit punt aan de minister blijkt echter dat academische ziekenhuizen, ziekenhuizen, verpleging en verzorging, thuiszorg, ambulancezorg, gezondheidscentra en jeugdhulpverlening allen CAO's hadden met een contractloonstijging van meer dan 10% in die twee jaren. Het is de minister niet bekend hoe die verschillen tussen beschikbare vergoeding en feitelijke loonkostenstijging zijn gecompenseerd, zo blijkt uit het antwoord op vraag 2 in de brief van 19 november 2003 (zie bijlage 2b). Hoewel de TCOZ dit niet heeft onderzocht, acht zij het, mede op grond van gevoerde gesprekken, zeer waarschijnlijk dat in dergelijke gevallen middelen die als «volume-middelen» zijn gelabeld, in feite voor nominale ontwikkeling zijn ingezet.

Op verzoek van de TCOZ heeft het ministerie van VWS getracht deze 8,3 miljard euro uit te splitsen naar bestedingswijze. Hierbij is een toedeling gemaakt naar vier uitgavencategorieën. Behalve dat deze toerekening gebaseerd is op cijfers die achteraf zijn geconstrueerd, wijst het ministerie er ook op dat gegevens in het verleden niet altijd op dezelfde wijze zijn geregistreerd. Het volgende beeld werd door het ministerie geschetst.

Tabel 3: De volumegroei uitgesplitst

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Totaal	
wachlijsten/productie	242	194	359	370	283	588	1 106	1 704	4 846	58%
Werkdruk en arbeidsmarkt	90	45	13	73	142	221	511	381	1 476	18%
beheer en administratie	3	14	2	5	45	5	38	- 8	104	1%
kwaliteit en overig	- 403	42	174	375	277	414	529	485	1 893	23%
									8 319	
Totaal per jaar (*)	- 68	295	548	823	747	1 228	2 184	2 562		
Totaal cumulatief	- 68	227	775	1 598	2 345	3 573	5 757	8 319		

(*) N.B. door afrondingsverschillen zijn jaarlijkse cijfers in de reeks volumegroei niet altijd exact hetzelfde als de cijfers in de 7e kolom van tabel 2.

In feite is tabel 3 het antwoord op één van de kernvragen van de TCOZ: Waaraan is het extra geld in de periode 1992–2004 besteed?

Tabel 3 illustreert bijvoorbeeld dat het merendeel (i.c. 58%) van de extra volumegelden in de periode 1994–2002 is toegekend voor extra productie, c.q. bestrijding van de wachtlijsten. Met name in de jaren 2001 en 2002 is een aanzienlijk deel van de volumegroei ingezet voor werkdruk en arbeidsmarkt (onder andere de zogenaamde Van Rijn-middelen). Onder de categorie «kwaliteit» vallen activiteiten gericht op preventie, zorgvernieuwing, technologische ontwikkelingen, nieuwe geneesmiddelen en kwaliteitsprogramma's. Door de minister is hier echter ook de categorie «overig» aan toegevoegd, bestaande uit allerlei intensiveringen die niet zijn toe te rekenen aan één van de andere categorieën.

Beheer en administratie

De post «beheer en administratie» illustreert naar de mening van de TCOZ het beste dat de toedeling van de extra middelen tussen de vier categorieën arbitrair van karakter is. Zo wordt gesteld dat de post alle beheer- en administratiegelden in de zorg bevat, inclusief VWS-begrotingsgelden en CVZ-subsidies. De minister noemt concreet: «geld voor verbetering van registraties, voor indicatiestellingen, onderzoeken, ICT-investeringen, vergoeding voor additionele uitvoeringskosten bij instellingen, beheers-

kosten AWBZ en ZFW en de inningskosten van premies en eigen bijdragen». De TCOZ acht het niet waarschijnlijk dat van de totale volumegroei over 8 jaar slechts 104 mln euro, 1% van de totale uitgaven-groei, aan genoemde en soortgelijke projecten is besteed. Dit bedrag zal in de praktijk hoger liggen. Veel van die uitgaven zullen aan de andere categorieën zijn toegerekend, zoals aan de categorie «kwaliteit en overig». Uit de Zorgnota 2001 (pag. 23) blijkt bijvoorbeeld, dat alleen al in 2000 en 2001 door het kabinet extra geld is geïnvesteerd in het toepassen van de ICT in de zorg van in totaal 220 mln. euro. «Met deze middelen wordt een injectie gegeven in aan een aantal *voorwaardescheppende* (cursivering door de TCOZ) zaken, zoals standaardisatie en infrastructuur».

3.3. Aanwending van extra middelen

In de voorgaande paragraaf is ingegaan op de omvang en verdeling van de extra zorgmiljarden. In deze paragraaf staat de vervolgvraag centraal: wat kan worden gezegd over de concrete besteding van de extra gelden? Waar is het precies terecht gekomen en wat is ermee gedaan?

3.3.1. Bekostigingswijze zorgsector

Inzicht in de besteding van middelen in de zorg wordt in sterke mate beïnvloed door de wijze waarop het zorgstelsel werkt en de wijze waarop instellingen de middelen krijgen.

Bekostigingsmodel

In de vorige paragraaf is uiteengezet hoe de besluitvorming over toedeling van extra middelen zich politiek, op macroniveau, voltrekt. De Kamer is hierbij in de hoedanigheid van begrotingswetgever betrokken. Echter, de toedeling van een groot deel van de middelen aan de instellingen geschiedt op indirecte wijze; namelijk via toekenning van budgetten en/of aanpassing van tarieven. Toedeling van extra middelen door de minister vindt dus plaats via de reguliere geldstromen of, voor een relatief beperkt deel van de extra middelen, via middelen die toegekend worden op specifieke titel. Er is echter geen directe aansturing-relatie tussen minister en de (veelal privaatrechtelijke) instellingen. Bestedingsvrijheid van de instelling is een belangrijk uitgangspunt in het zorgstelsel.

Door deze vormgeving van het zorgstelsel wordt op macroniveau, in de begroting en in de politieke discussie, weliswaar onderscheid gemaakt naar werkdrukmiddelen, scholingsmiddelen, Van Rijn-middelen, e.d. Maar op microniveau wordt door de allocatiewijze van deze middelen, via generieke aanpassing van de beleidsregels, dit onderscheid niet altijd gehandhaafd. Zo zijn de Van Rijn-middelen bijvoorbeeld verwerkt in de budgetten. Een instelling maakt in zijn administratie dan geen onderscheid in deze Van Rijn-middelen enerzijds en het regulier budget anderzijds. Ook waar wel apart wordt geadministreerd voor werkdrukmiddelen en scholingsmiddelen, heeft de instelling bestedingsvrijheid binnen de gestelde kaders. Dit leidt per sector en per instelling tot verschillende administratieve praktijken.

Minister heeft geen zekerheid over aanwending

Het voorgaande impliceert dat in de cijfers die de minister heeft gepresenteerd (tabel 3) weliswaar een onderscheid wordt gemaakt in wachtlijst-middelen, werkdrukmiddelen en kwaliteitsgelden, maar dat dit vooral een weergave is van de politiek gekozen toerekening van middelen. Dit is dus

niet per definitie hetzelfde als een overzicht van feitelijke bestedingen. Of bijvoorbeeld de 4,8 miljard euro die tussen 1994–2002 beschikbaar is gesteld voor wachtlijsten ook één op één voor wachtlijstreductie is ingezet kan – op macroniveau – niet worden vastgesteld.

Daar komt nog bij dat veel instellingen naast de ontvangen publieke middelen, ook private inkomstenbronnen hebben. Waar het de uitgaven van deze instellingen betreft, wordt geen onderscheid gemaakt tussen de met publieke euro's geleverde productie en de met private euro's geleverde productie. Los van de mogelijke belemmering die dat kan opleveren voor een adequate verantwoording van publieke gelden, is dit ook een praktisch probleem wanneer getracht zou worden om de (effectiviteit van de) aanwending van publieke middelen op microniveau scherp in kaart te brengen.

Merendeel groeiruumte is productiegroei

Het merendeel van de extra middelen die in de periode 1994–2002 zijn toegevoegd bestaan niet uit specifieke, apart gelabelde intensiveringen, maar uit middelen die min of meer «automatisch» aan de budgetten worden toegevoegd als gevolg van het honoreren van de zorgvraag van verzekerden die «recht op zorg» hebben. De toekenning van extra middelen aan sectoren uit hoofde van productiegroei is dus een kwestie van vooraf zo goed mogelijk ramen en verdisconteren in de budgetten. In het verleden (1994–2000) werd in regeeraccorden jaarlijkse groeiruumte vastgesteld. Groei van de zorgvraag waar geen evenredige productie-uitbreiding tegenover stond leidde tot toename van wachttijden en wachtlijsten. Sinds het Actieplan Zorg Verzekerd in 2000 (zie ook de paragraaf «boter bij de vis»), is productiegroei op instellingsniveau in beginsel niet meer budgettair begrensd.

3.3.2. Ingekaderde bestedingsvrijheid

Instellingen zijn autonoom in de zin dat de minister instellingen in beginsel niet rechtstreeks kan aansturen of controleren. Bestedingsvrijheid van instellingen betekent uiteraard niet dat men geen rekening en verantwoording dient af te leggen. Zo staat het de minister vrij om middelen onder specifieke voorwaarden beschikbaar te stellen, waarmee meer controle ontstaat. Dit kan bijvoorbeeld door middelen niet via het tarief en/of budget beschikbaar te stellen, maar in de vorm van een subsidie. Een andere optie is het maken van afspraken over de condities waaronder extra middelen aan het budget worden toegevoegd: het «boter-bij-de-vis»-principe. Op beide vormen van geclausuleerde bestedingsvrijheid wordt onderstaand ingegaan.

Subsidies

Bij toekenning van (extra) middelen in de vorm van een subsidie kan de minister via de subsidievoorwaarden eisen stellen aan de aanwending van en verantwoording over de verstrekte middelen. In dit verband wordt overigens niet bedoeld op de vele subsidieregelingen die via de VWS-begroting lopen, maar op premiegefinancierde subsidies, die een alternatief vormen voor bekostiging via het budget of tarief. In antwoord op aanvullende vragen over subsidies geeft de minister aan dat instellingen die subsidie ontvangen documenten moeten opstellen (verslag, subsidiedeclaratie, jaarrekening) die «*een zodanig inzicht geven dat een verantwoord oordeel gevormd kan worden over de aanwending en de besteding van de subsidie door de instelling*» (bijlage 2c, vraag 7, pag. 112).

Bekostiging via een subsidie geeft enerzijds veel meer uitvoeringskosten dan bekostiging via het budget. Anderzijds geeft ze, in tegenstelling tot bekostiging via het budget, zekerheid over de politiek gewenste besteding en inzicht in de geleverde prestaties.

«Boter-bij-de-vis»

Begin 2000 is in rechterlijke uitspraken bevestigd dat het zorgstelsel een verzekeringskarakter heeft waarin verzekerden recht op zorg hebben. Ook stijgt de druk om wachtlijsten aan te pakken. *«Het kabinet kiest daarom in het najaar 2000 voor een veel steviger aanpak van wachtlijsten en wachttijden. Dit leidt tot het Actieplan Zorg Verzekerd¹. Op basis daarvan worden in de beleidsregels van het CTG strikte eisen gesteld aan de manier waarop verantwoording wordt afgelegd over de besteding van additionele middelen voor het wegwerken van wachtlijsten. Het actieplan Zorg Verzekerd staat ook bekend als het «boter-bij-de-vis»-principe of de «geclausuleerde open-einde-financiering» Open einde houdt in dat hogere productie (de vis) onontkoombaar leidt tot financiële gevolgen (de boter)»* (zie bijlage 2a, brief van de minister d.d. 24 september 2003, pag 61). De crux van «boter-bij-de-vis» is derhalve dat er strikte eisen aan instellingen worden gesteld qua besteding van extra middelen voor wachtlijsten.

De commissie stelt vast dat het «boter-bij-de-vis»-principe minister en Kamerleden geen mogelijkheid levert gericht middelen toe te wijzen, immers de hoeveelheid «boter-bij-de-vis» wordt lokaal bepaald. Wel biedt «boter-bij-de-vis» de garantie dat de (extra) middelen zijn gekoppeld aan meer productie. De commissie heeft in deze oriënterende onderzoeksfase evenwel niet op basis van een diepgaande analyse kunnen vaststellen hoe het «boter-bij-de-vis»-principe in de praktijk wordt vormgegeven en hoe het feitelijk functioneert.

3.3.3. Geleverde productie

In het licht van voorgaande paragrafen is het niet verwonderlijk dat de minister niet beschikt over gedetailleerde informatie over concrete resultaten die met de ingezette (extra) middelen zijn bereikt. In antwoord op vraag 1.5 van de commissie geeft de minister aan dat resultaten niet als zodanig in streefwaarden worden benoemd. In de periode 1994–1998 werden resultaten voornamelijk afgemeten in termen van financiële wenselijkheid: zijn de sectoren binnen hun budgetten gebleven. *«Vanaf 1998 zijn, mede als gevolg van politieke en maatschappelijke druk, meer gegevens beschikbaar gekomen om de resultaten van beleid te meten. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken naar de productiecijfers voor het resultaat van het beleid om wachtlijsten terug te dringen.»* (zie bijlage 2a, brief van de minister d.d. 24 september 2003, pag. 67).

Productie- en wachtlijstgegevens

Ter illustratie hiervan heeft de minister van VWS de TCOZ bij zijn brief van 24 september 2003 (bijlage 2a) een bijlage gezonden met productiegegevens en wachttijden (deze bijlage bij de brief van de minister is ter inzage gelegd bij het Centraal Informatiepunt van de Tweede Kamer). Hierin werd de commissie getroffen door de volgende punten.

Productiegegevens

- Vanaf 1994 zijn gegevens beschikbaar zijn die iets zeggen over de geleverde productie op macroniveau.
- Productiecijfers over 2002 ontbreken. Desgevraagd kan de minister deze niet alsnog leveren (zie brief van de minister d.d. 12 december

¹ Het Actieplan Zorg Verzekerd is op 6 november 2000 aan de Kamer aangeboden (27 488, nr. 2). Overigens valt de sector GGZ pas sinds 1 januari 2003 onder het regiem van boter bij de vis.

2003, vraag 8, pag. 113). De commissie acht het veelzeggend voor de wijze waarop de informatievoorziening in de zorg is geregeld dat het ministerie van VWS in december 2003 nog niet beschikt over realisatiecijfers over de in het jaar 2002 geleverde productie.

Wachtnlijst- en wachttijdgegevens

- Het is positief dat inmiddels in alle weergegeven sectoren zowel wachtnlijst- als wachttijdgegevens bekend zijn, en dat deze laatste ook worden afgezet tegen een norm. Ook het consequent vermelden van het percentage wachtenden dat binnen deze norm wordt geholpen is informatief en relevant.
- Er wordt (nog) geen relatie gelegd tussen geld, prestaties en effecten. Ofwel: wat is de samenhang tussen de extra (wachtnlijst)middelen, daarmee gerealiseerde extra productie en daardoor ontstane daling van wachtnlijsten en -tijden. Niet duidelijk is of de extra middelen ook geleid hebben tot die extra productie en die reductie van de wachtnlijst/-tijd die verwacht mocht worden.

Relatie extra middelen en productiestijging

Om een oordeel over de effectiviteit van de extra zorgmiljarden te vellen (de crux van de motie-Wilders c.s. en van dit onderzoek) is het van belang de relatie te kunnen leggen tussen middelen enerzijds en prestaties (productie) en effecten (wachtnlijsten, wachttijden) anderzijds. Het is de TCOZ opgevallen dat op dit punt noch door het ministerie, noch door derden (onderzoeksbureaus, wetenschappers) veel pogingen op dit punt zijn ondernomen.

3.4. Verantwoording en controle ten aanzien van extra middelen

Voor een beoordeling van de effectiviteit van de inzet van extra middelen, moet ook op macroniveau verantwoordingsinformatie beschikbaar zijn over de wijze waarop zorgaanbieders, en vooral instellingen, die middelen hebben besteed. In deze paragraaf wordt kort stil gestaan bij de vraag hoe de belangrijkste verantwoordingslijnen in het zorgstelsel lopen.

Het afleggen van verantwoording door instellingen

De wijze waarop de besteding van extra middelen door instellingen wordt verantwoord, hangt nauw samen met de wijze waarop de extra middelen aan deze instanties worden toegekend. Twee situaties laten zich daarbij onderscheiden. Extra middelen kunnen via subsidies aan instellingen worden verstrekt. Alsook kunnen extra middelen door het CTG via een (aanpassing van) de beleidsregels in de budgetten of tarieven worden verwerkt.

Via subsidies

In het geval van subsidies kunnen specifieke eisen worden gesteld aan de voorwaarden waaronder instellingen de middelen mogen besteden, al dan niet via de sectorfondsen als intermediair. De mate waarin hier gebruik van wordt gemaakt en de wijze waarop hier concreet invulling aan wordt gegeven verschilt van subsidie tot subsidie. In algemene zin kan hierover weinig worden gezegd.

Over de rechtmatigheid van besteding van de additionele middelen kan in principe zekerheid worden verkregen. De subsidiënt kan eisen dat de verantwoording wordt voorzien van een accountantsverklaring. Met behulp van het subsidie-instrument is het in principe ook goed mogelijk invloed uit te oefenen op de besteding van de middelen door de instel-

lingen. Hoe scherper de voorwaarden, des te minder bestedingsvrijheid die zorgaanbieders hebben.

Via de budgetten

Het grootste deel van de extra middelen is echter niet via subsidies bij de instellingen terechtgekomen, maar via de CTG-beleidsregels. Voor deze additionele middelen geldt op hoofdlijnen geen apart verantwoordingsregiem. «*De verantwoording van de besteding van de middelen gaat op in de reguliere financiële verantwoordingen*», aldus de minister (zie brief d.d. 19 november 2003, pag. 100). Het CTG-formulier voor de nacalculatie en de definitieve vaststelling van het budget, kan als centraal verantwoordingsdocument worden beschouwd.

De verdeling van de extra middelen over de instellingen gaat niet gepaard met een nadere beleidsmatige invulling ervan, althans niet door het CTG. Met de beleidsregels wordt namelijk alleen de prijs (budgetparameter of tarief) vastgesteld. Hieruit volgt dat op grond van de gegevens die door het CTG worden geadministreerd, in beginsel kan worden nagegaan welke additionele middelen aan een instelling beschikbaar zijn gesteld, maar niet *waaraan* deze door instellingen exact zijn besteed.

In het kader van de meerjarenafspraken, na 1998, zijn weliswaar overeenkomsten gesloten met koepels over de resultaten die behaald moeten worden, alsmede over de wijze waarop verantwoording moet worden afgelegd, maar formeel-juridisch hebben deze afspraken geen status. De instellingen zijn dan ook vrij in de wijze waarop ze de verkregen middelen aanwenden. In dat opzicht is er geen verschil met de reguliere middelen die zij via het CTG ter beschikking krijgen. «*Afspraken met de koepels over het aanpakken van de werkdruk en hoeveel geld daarvoor nodig is, vertaalt zich via de CTG-beleidsregels in de budgetten van instellingen. Elke instelling kan vervolgens zelf beslissen hoe het haar budget besteedt.*» (zie brief van de minister d.d. 24 september 2003, pag. 74).

«Boter-bij-de-vis»

Uitzondering op bovengenoemde regel zijn de wachtlijstmiddelen, die sinds eind 2000 zijn toegekend conform het «boter-bij-de-vis»-principe zijn toegekend. Op grond van dat principe ontvangen instellingen alleen extra middelen als er ook extra wordt geproduceerd.

Tot slot zij opgemerkt dat het, op grond van de administraties die het CTG voert, in beginsel mogelijk is te reconstrueren welke instellingen welk deel van de extra middelen hebben ontvangen, maar dat dit een zeer arbeidsintensief (en dus kostbaar) proces is. De TCOZ is met de minister van VWS van mening dat zo'n reconstructie, gezien de beperkte meerwaarde die ze oplevert en de enorme inspanning die dat zal vergen, niet zinvol is.

Bij het budgetteren van de instellingen wordt dus, met uitzondering van de «boter-bij-de-vis»-middelen, door het CTG niet gekeken naar de *inhoudelijke* afspraken die op microniveau tussen individuele zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn gemaakt. Op macroniveau bestaat dan ook geen totaaloverzicht van de wijze waarop de verantwoording tussen beide partijen is geregeld, laat staan dat duidelijk is welke informatie concreet door zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars wordt geleverd. Niet alleen zullen deze per sector verschillen, maar zelfs per regio.

De verantwoording aan de zorgverzekeraar

Het bovenstaande wil niet zeggen dat er binnen het zorgstelsel niemand zicht heeft op wat instellingen met de extra middelen of reguliere middelen doen. In de richting van de zorgverzekeraars moeten zorgaanbieders aantonen wat ze met de middelen hebben gedaan.

Publieke zorgverzekeraars zijn verplicht afspraken te maken met individuele zorgaanbieders over de te leveren productie en het daarvoor benodigde budget. De verzekeraars zijn verantwoordelijk voor een doelmatige uitvoering van de ZFW en AWBZ, en zijn derhalve verplicht de nodige maatregelen te treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en uitgaven die hoger zijn dan noodzakelijk. Vanuit die verantwoordelijkheden stellen zij dan ook concrete eisen aan de besteding en verantwoording van middelen door zorgaanbieders, via de overeenkomst. In dit kader worden ook over de besteding van de additionele middelen afspraken gemaakt. Het kan daarbij om zeer specifieke afspraken gaan, onder meer over de wijze waarop instellingen hun administratie(s) dienen in te richten.

Toezicht op verzekeraars

Binnen het zorgstelsel vervult het CTZ een belangrijke toezichtfunctie. Relevant voor dit onderzoek is de constatering dat het CTZ toezicht houdt op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW en AWBZ door zorgverzekeraars en uitvoeringsorganisaties AWBZ te controleren, maar niet door toezicht te houden op de zorgaanbieders. *«Er wordt nadrukkelijk opgemerkt dat het CTZ geen taak heeft in het rechtstreeks toezien op de effectieve bestedingen van middelen door zorgaanbieders» (zie brief CTZ d.d. 12 november 2003, pag. 128).*

Op macroniveau bestaat dan ook geen zicht op de inhoudelijke verantwoording van de zorgaanbieders aan de zorgverzekeraars. Geconstateerd kan worden dat de nadruk in de toezichtketen sterk ligt op het vaststellen van de *rechtmatigheid* van de uitgaven, en niet op het vaststellen van de *doelmatigheid* van diezelfde uitgaven.

4. DE BEANTWOORDING VAN DE ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk zijn op hoofdlijnen de belangrijkste bevindingen *per onderzoeksvraag* weergegeven. Zo ontstaat op systematische wijze een meer klinisch beeld van de resultaten van de verkenningsfase van het onderzoek.

De aandacht in de verkenningsfase is vooral uitgegaan naar het beantwoorden van de eerste drie deelvragen van het onderzoek. Er is echter ook gepoogd een start te maken met het beantwoorden van de overige 6 deelvragen, in het bijzonder de vragen 4 en 5.

4.1. Welke extra middelen zijn in de periode 1994–2002 voor gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?

Aard en omvang van de extra middelen

In de periode 1994–2002 zijn de jaarlijkse netto BKZ-uitgaven gegroeid van 23,465 miljard euro naar 39,109 miljard euro. Dat is een stijging van 15,644 miljard euro (67%). Van de totale stijging van 15,644 miljard euro is 8,32 miljard euro ingeboekt voor volumegroei. VWS noemt dit «de» extra middelen. Dit betekent niet dat al die middelen ook zijn ingezet voor een evenredige stijging van het aantal zorgbehandelingen, of daarin hebben geresulteerd, en wel om een tweetal redenen.

Ten eerste wil een volumestijging van 8,3 miljard euro niet zeggen dat sprake is van een reële stijging van het volume van 8,3 miljard euro. Er is naast de categorie extra volumemiddelen weliswaar ruim 7 miljard euro ingeboekt onder de categorie «nominaal», maar dat is de door het ministerie van VWS vastgestelde *normatieve* vergoeding die sectoren krijgen voor loon- en prijsstijgingen. Die vergoeding is gebaseerd op de gemiddelde loon- en prijsstijgingen in de sectoren zoals het CPB die verwacht. Op het niveau van zorginstellingen, alsook op sectorniveau, kan de *feitelijke* stijging van lonen en prijzen in een jaar hoger of lager uitvallen dan de *normatieve* nominale ontwikkeling waarmee het ministerie van VWS rekent.

Ten tweede wordt volumegroei in de zorgsector gemeten in termen van geld en niet in aantallen. Volumestijging kan zich manifesteren in productiestijging, maar kan bijvoorbeeld ook zijn aangewend voor kwaliteitsverbetering, werkdrukvermindering of meer overhead.

De allocatie van extra middelen aan doelen

Een deel van de 8,3 miljard euro is bestemd voor het opvangen van autonome volumegroei. Autonome volumegroei heeft betrekking op dat deel van de groei dat zich niet door beleid laat beïnvloeden. Het gaat vooral om demografische ontwikkelingen (groei en samenstelling van de bevolking en de daarmee gepaard gaande groei van zorgconsumptie) en autonome trends, zoals technologische vernieuwing.

Dit impliceert dat dit deel van de extra volumemiddelen nodig was om de gevolgen op termijn van bestaand beleid (de gegeven pakketomvang, beleidsregels, etc.) te kunnen accommoderen, niet om nieuw beleid mogelijk te maken. In die zin is het onderscheid tussen deze extra middelen en de reguliere middelen arbitrair. En vandaar ook dat de autonome groei niet specifiek wordt toebedeeld per instelling of doel» (zie bijlage 2a, pag. 68).

Het andere deel van de volumegroei van 8,3 miljard euro betreft «overige intensiveringen». Dit zijn middelen die gericht zijn vrijgemaakt. Echter, omdat deze gelden ook via CTG- beleidsregels zijn versleuteld in de instellingsbudgetten of, in een enkel geval, via een premiegefinancierde subsidie, is niet eenvoudig na te gaan welke instellingen welke bedragen in dit kader hebben ontvangen (zie ook vraag 2).

De volumegroei is door de minister van VWS «toegerekend» aan vier categorieën: wachtlijsten/productie, werkdruk en arbeidsmarkt, beheer en administratie, kwaliteit en overig. Voor een uitsplitsing van de 8,3 miljard euro over de vier categorieën en de sectoren wordt verwezen naar tabel 1 en 3 in hoofdstuk 3. Voor zover uit de antwoorden van de minister kan worden afgeleid, gaat het hierbij hoofdzakelijk om een reconstructie van de door het CTG op basis van beleidsregels verdeelde volumegroei: *«VWS houdt per sector bij hoe de additionele middelen in totaal per sector beschikbaar zijn gesteld en hoe de additionele middelen daadwerkelijk door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het ministerie van VWS zijn toegekend. De volumegroei wordt daarbij onderverdeeld in de volgende categorieën»* (zie brief van de minister d.d. 19 november 2003, pag. 100).

Door de vormgeving van het zorgstelsel met bestedingsvrijheid voor instellingen en het gehanteerde bekostigingsstelsel wordt op macroniveau, in de begroting en de politieke discussie, weliswaar onderscheid gemaakt naar werkdrukkiddelen, scholingsmiddelen, Van Rijn-middelen, e.d. Maar door de allocatiewijze van deze middelen, via generieke aanpassing van de beleidsregels, wordt dit onderscheid op microniveau niet altijd doorgezet. In een dergelijk systeem kan de minister geen specifieke eisen stellen aan de exacte bestedingswijze van bijvoorbeeld werkdrukkiddelen. Hieruit volgt dat de middelen niet vooraf integraal door de minister over de vier categorieën zijn verdeeld. Er gaat geen normatieve of sturende werking uit van de toerekening van de extra middelen aan de categorieën per sector. Met andere woorden: van een ex ante koppeling tussen doelen, uitgedrukt in streefwaarden, en middelen is op macroniveau geen sprake.

De werkelijke verdeling en toekenning van de extra middelen vindt grotendeels plaats via de CTG-beleidsregels (zie paragraaf 4.2): middelen worden generiek verdeeld over instellingen of in het kader van afspraken tussen zorgverzekeraar en individuele instelling onder voorwaarden beschikbaar gesteld. Binnen de gestelde kaders blijft de bestedingsvrijheid in tact. Zelfs al zou van een integrale toedeling van de extra middelen vooraf dus sprake zijn geweest, dan nog had dit niets gezegd over de aanwending ervan (zie vraag 4). Tot slot: na de bevestiging door de rechter van het principe van «het recht op zorg» is er op werkvloerniveau sprake van een leverplicht die de facto resulteert in een open-einde-financiering binnen het hele systeem. Ook van het budget per sector of het BKZ gaat dan dus geen normerende werking uit.

Dat wil niet zeggen dat er niets is gebeurd om een meer effectieve besteding van zorgmiddelen vooraf te faciliteren. Op macroniveau vindt bij beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering uitvoerig overleg plaats tussen het ministerie van VWS en de koepels van zorgaanbieders en verzekeraars, waarbij wederzijdse verwachtingen worden geuit. De koepels kunnen overigens geen juridische verplichtingen aangaan namens de individuele instellingen; de gesprekken zijn derhalve vrijblijvend van karakter.

Bij de start van het kabinet Paars II zijn voorts met de sectoren Meerjarenafspraken gemaakt over hoe de intensiveringsmiddelen in deze periode dienden te worden besteed. Door introductie van het «boter-bij-de-vis»-principe, in het najaar 2000, is er formeel meer ruimte gekomen voor zorgverzekeraars om gerichte productieafspraken te maken met individuele zorgaanbieders. Toekenning van de wachtlijstmiddelen gebeurt alleen nog indien extra productie is geleverd.

Op het microniveau worden voor de extra middelen die niet generiek door het CTG in de budgetten worden versleuteld, afspraken gemaakt tussen verzekeraar en zorgaanbieder(s) over de voorwaarden waarbinnen besteding van middelen mag plaatsvinden (zie paragraaf 4.3.).

Zeker is overigens wel dat de extra middelen die per sector zijn verdeeld ook daadwerkelijk bij actoren in die sectoren terecht zijn gekomen.

4.2. Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaatsgevonden, en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terecht gekomen?

De verdeling van middelen

De minister van VWS stelt dat de meeste sturing plaatsvindt door instrumenten waarmee de actoren in de zorg direct te maken krijgen, zoals beleidsregels van het CTG en subsidievoorwaarden (zie brief van de minister d.d. 24 september 2003, pag. 74). Dit komt overeen met het beeld dat onder vraag 1 is geschetst.

De minister stelt verder dat politieke, maatschappelijke, zorginhoudelijke, sociale, financiële, economische en bestuurlijke aspecten bepalend zijn voor het te voeren beleid. Deze aspecten zijn ook relevant bij het beslissen over de verdeling van extra middelen. De TCOZ heeft niet kunnen beoordelen hoe deze informatie is gebruikt, en hoe besluitvorming over allocatie van alle middelen feitelijk is verlopen. Dit zou vervolgonderzoek vergen. De vraag is of een dergelijke reconstructie zinvol is.

Veruit het grootste gedeelte van de extra middelen is toegekend door het CTG. Het CTG stelt beleidsregels op over de wijze waarop budgetten en tarieven moeten worden berekend. Deze beleidsregels zijn het kader voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de budgetten en tarieven. Het CTG keurt vervolgens het budget of tarief goed. De tarieven die worden voorgelegd mogen het door het CTG vastgestelde landelijke tarief niet overschrijden.

Op grond van het voorgaande kan worden geconstateerd dat de minister van VWS met het vaststellen van de individuele budgetten van zorgaanbieders en het toedelen van de gelden – ook de additionele gelden die in de budgetten worden versleuteld – feitelijk geen bemoeienis heeft. De minister kan hooguit aanwijzingen geven om beleidsregels te maken waardoor de budgetbepaling van de instellingen wijzigt. Directe verantwoordelijkheid voor vaststellen en toekennen van gelden heeft de minister alleen voor begrotingsgefinancierde subsidies.

Wie kreeg hoeveel?

Het ministerie van VWS heeft geen zicht op de vraag wie hoeveel geld in totaal heeft ontvangen. Het CTG is in principe wel in staat – door middel van reconstructie – overzichten te maken van de budgetmutaties per

instelling over de onderzoeksperiode. Daarbij moet echter worden bedacht dat dit om allerlei redenen een zeer arbeidsintensief en kostbaar proces is. De minister van VWS heeft dit, naar de mening van de TCOZ, overtuigend aangetoond. Zo is het aantal instellingen zeer omvangrijk, vinden jaarlijks meerdere mutaties per instelling plaats en hebben zich ook fusies voorgedaan, waarmee rekening gehouden zou moeten worden.

Overzichten van de direct door het ministerie uitgekeerde (subsidie) middelen zijn uitsluitend via (arbeidsintensief) zoekwerk uit de begrotingsadministratie te halen. Het CVZ, dat het beheer voert over de premiegefinancierde subsidies, kan uitsluitend subsidiegegevens vanaf het jaar 1996 aanleveren. Bij de introductie van het administratiesysteem eind jaren negentig zijn in overleg met het ministerie van VWS oudere data niet geconverteerd.

In alle gevallen zal het voorts praktisch onmogelijk zijn een onderscheid aan te brengen tussen reguliere en extra middelen. Het zijn tenslotte de beleidsregels, subsidievoorwaarden en productieafspraken die concreet het budget tot stand doen toekomen. Een flink deel van de extra middelen vloeit «automatisch» naar de zorgaanbieders als gevolg van het toepassen van bestaande regelgeving. Dit alles nog los van het feit dat de verdeling niets zegt over de aanwending van middelen (zie de vragen 3 en 4).

4.3. Op welke wijze is het toezicht op en verantwoording over een effectieve besteding ervan vormgegeven. Hoe werkt dit in de praktijk?

Noch bij de minister, noch bij de onder hem ressorterende huidige ZBO's zijn totaaloverzichten beschikbaar over de wijze waarop de besteding van additionele middelen door de instellingen heeft plaatsgevonden. In de toezichtketen ligt voorts de nadruk sterk op het vaststellen van de *rechtmatigheid* van de uitgaven, en niet op het vaststellen van de *doelmatigheid*.

Instellingen

De instellingen zijn niet verplicht informatie te verstrekken aan het CTG over de doelen waarvoor middelen (regulier en extra) zijn aangewend of de effecten die ermee zijn bereikt, voor zover deze via het CTG beschikbaar zijn gesteld. Een uitzondering vormen de «boter-bij-de-vis» middelen. Uit de financiële en beleidsmatige verantwoording van een zorgaanbieder kan trouwens ook niet worden afgeleid welk deel van de uitgaven betrekking heeft op extra middelen en welk deel op reguliere middelen.

Dat wil niet zeggen dat instellingen zich niet verantwoorden. Zorgaanbieders, die een privaatrechtelijke grondslag kennen, stellen een financiële verantwoording op volgens de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen. Deze financiële verantwoording moet zijn voorzien van een reguliere accountantsverklaring. Bovendien verstrekken zorgaanbieders financiële informatie aan het CTG ten behoeve van de nacalculatie van hun budgetten. Ook verantwoorden zorgaanbieders zich tegenover verzekeraars, als uitvloeisel van hun onderhandelingen over de prestaties en het daarvoor benodigde budget. Voor de vorm en inhoud van die afspraken gelden echter geen algemene eisen. Regionale verschillen komen dus voor.

Voor sommige extra middelen die onder bepaalde titel zijn verkregen, zullen ten behoeve van subsidiënten wel deelverantwoordingen zijn opgesteld. De vraag aan welke specifieke informatie-eisen deze moeten voldoen, valt in algemene zin niet te beantwoorden.

Toezicht

De publieke zorgverzekeraars en uitvoeringsorganisaties van de AWBZ zijn conform de Ziekenfondswet ook verantwoordingsplichtig. Nadere voorschriften zijn afkomstig van het CTG en CTZ. Het toezicht op de naleving van de verantwoordingsverplichting – in casu de controle van het jaarverslag en het uitvoeringsverslag – wordt uitgevoerd door het CTZ. Op grond hiervan vormt het CTZ zich een oordeel over het regelmatig en doelmatig functioneren van betreffende actoren.

4.4. Hoe zijn de (additionele) middelen concreet aangewend door de onderzochte instellingen en welke acties hebben betrokken actoren daarbij ondernomen?

Aanwending van de (additionele) middelen

De TCOZ beschikt niet over gegevens van individuele instellingen. In eerste instantie is de minister van VWS wel verzocht deze informatie te verstrekken. Nadat duidelijk was geworden dat de verantwoording over de besteding van de additionele middelen als het ware opgaat in de reguliere financiële verantwoordingen en zorgaanbieders bestedingsvrijheid hebben, heeft de TCOZ besloten niet verder na te gaan waarvoor de middelen op instellingsniveau zijn aangewend.

De antwoorden van de minister van VWS (de vragen 4.1 en 5.1) bevestigen het beeld dat er binnen de zorg op dit punt veel «beleidsrijke», niet-financiële informatie voorhanden is. De commissie constateert echter dat de minister vooral inzicht geeft in de omvang van (extra) middelen enerzijds en productiegegevens anderzijds, maar zich niet uitlaat over de relatie tussen beiden. Uit de antwoorden van de minister blijkt ook niet of en in hoeverre met behulp van dergelijke informatie werkelijk een accuraat beeld verkregen zou kunnen worden van de relatie tussen geld, prestaties en effecten. Vraag daarbij is of de brongegevens, die door de zorgaanbieders in administratieve systemen worden vastgelegd, voldoende betrouwbaar zijn en of op grond van die gegevens, ook werkelijke conclusies getrokken kunnen worden over de causale relatie tussen geld, prestaties en effecten.

4.5. Heeft dit de gewenste effecten gehad? Heeft dit bijvoorbeeld geleid tot het bereiken van een verhoogde zorgproductie of zorgcapaciteit bij desbetreffende instellingen?

De minister van VWS heeft de TCOZ gegevens doen toekomen over de ontwikkeling van wachttijden en wachtlijsten in de diverse zorgsectoren. Conclusie van de minister is dat de wachtlijstaanpak heeft geleid tot extra productie (curatieve zorg en gehandicaptenzorg), respectievelijk dat het wachtlijstbeleid «is terug te zien in de productie».

De TCOZ constateert dat de ontwikkeling van de wachtlijsten en wachttijden – zoals deze door de minister is gedefinieerd – op sectorniveau over het algemeen een positieve tendens laat zien. Overigens is de TCOZ van mening dat «wachttijd» een beter prestatiegegeven vormt dan het meer diffuse gegeven «wachtlijst». Het gaat de commissie op dit moment echter te ver te concluderen dat het beleid daarmee ook effectief is

gebleken. Sommige outputindicatoren laten een positieve ontwikkeling zien. Dat wil echter niet zeggen dat het beleid gegeven de omvang van de beschikbaar gestelde middelen, de technologische ontwikkelingen en de feitelijke prijsontwikkeling, etc. ook werkelijk als doelmatig kan worden bestempeld. De TCOZ heeft hier geen zelfstandig onderzoek naar verricht. Ook zijn de onderliggende gegevens en rapportages niet beoordeeld en de door het ministerie van VWS verrichte onderzoeken niet geverifieerd. Hetzelfde geldt ten aanzien van de gegevens die de minister heeft aangeleverd met betrekking tot werkdruk, beheer en administratie en kwaliteit/overig.

5. BEVINDINGEN, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

5.1. Bevindingen

Tijdens de verkenningsfase van het onderzoek is opnieuw duidelijk geworden op welke wijzen de verantwoordelijkheden in het zorgstelsel zijn verdeeld. De minister van VWS is grondwettelijk (artikel 22 GW) verantwoordelijk voor de volksgezondheid. De minister staat echter op afstand waar het de uitvoering van het stelsel betreft. Die ligt in handen van verzekeraars, cliënten en zorgaanbieders. De (grotendeels) privaatrechtelijke zorgaanbieders hebben bestedingsvrijheid binnen de door de minister gestelde kaders.

De minister is primair (systeem)verantwoordelijk voor de kwaliteit en de (financiële) toegankelijkheid van de volksgezondheidszorg. De minister beschikt over een Inspectie voor de Gezondheidszorg, formeel een onderdeel van het ministerie van VWS, die toezicht houdt op de kwaliteit. Echter, de minister is niet primair aanspreekbaar op individuele gezondheidskwesties. De dagelijkse uitvoering van het zorgstelsel en het toezicht hierop is in de onderzoeksperiode op afstand gezet. In het begin van de periode werd het gedaan door adviesraden. De raden zijn omgevormd tot ZBO's.

Tegen deze achtergrond heeft de TCOZ in kaart gebracht welke graden van transparantie dit historisch gegroeide zorgsysteem kenmerken, en hoe de budgettering, allocatie en toedeling van middelen in de gezondheidszorgsector tussen 1994 en 2002 heeft plaatsgevonden. Ook is aandacht geschonken aan het toezicht op en verantwoording van de beschikbaar gestelde extra middelen en de aanwending daarvan op microniveau.

Op grond van de bevindingen, verkregen uit analyses van beschikbare dossiers en de resultaten van de door haar gevoerde gesprekken, volgt voor de TCOZ een aantal bevindingen, op grond waarvan zij enkele conclusies heeft getrokken. De bevindingen zijn onder te verdelen in:

1. Bevindingen met betrekking tot het zorgsysteem in meer algemene zin, en de vertaling hiervan naar de individuele onderzoeksvragen van de verkenningsfase.
2. Bevindingen met betrekking tot het onderzoeksontwerp en mogelijk vervolgonderzoek.

Ad. 1 Bevindingen met betrekking tot het zorgsysteem in meer algemene zin en de vertaling hiervan naar de individuele onderzoeksvragen van de verkenningsfase

- De minister van VWS en de Kamer hebben alleen zicht op de allocatie van extra middelen op macroniveau (op het niveau van sectoren), doch niet waar het de allocatie op microniveau (op het niveau van de instellingen) betreft. Het merendeel van de additionele middelen wordt via de beleidsregels van het CTG aan zorgaanbieders toegekend, en wordt versleuteld in het totale budget dat instellingen krijgen.
- Er bestaat *vooraf* geen zekerheid dat de door de minister en Kamer beschikbaar gestelde extra middelen ook daadwerkelijk ingezet worden voor het beoogde doel, tenzij ze zijn geoormerkt.
- De Kamer heeft geen voorwaarden gesteld aan de besteding van het extra geld. De Kamer had hier vooraf duidelijke voorwaarden aan

kunnen stellen maar heeft dit, behoudens in het geval van subsidies en de zogenaamde «boter-bij-de-vis»-gelden, niet gedaan.

- Onderscheid met reguliere middelen is moeilijk te maken. Er wordt bij de besteding en in de financiële verantwoording geen onderscheid gemaakt tussen reguliere en extra middelen. De extra gelden lopen daar met de reguliere gelden mee.
- Er kan *achteraf* over het algemeen niet worden nagegaan hoe de aanwending van de extra middelen heeft plaatsgevonden, en dus ook niet of van een effectieve besteding sprake is.
- De scheiding tussen nominale en volumemiddelen is artificieel. In het budget van de zorgaanbieders blijkt dat nog duidelijker. Daartussen zijn geen «schotten» geplaatst. Voor zover dit al zinvol zou zijn, is het derhalve niet exact na te gaan welk deel van de 15,6 miljard euro op instellingsniveau aan volumegroei is besteed, en welk deel is gebruikt om de stijging van lonen en prijzen op te vangen.
- Er kan alleen worden gecontroleerd wat vooraf is bepaald, en gedurende een specifieke periode administratief is bijgehouden. Er is geen nulmeting verricht.
- De verantwoording en het toezicht richten zich op het aspect van rechtmatigheid, niet op de doelmatigheid.
- In korte tijd zijn veel verschillende financierings- en verantwoordings-systematieken op de zorg losgelaten.
- De laatste jaren is er meer aandacht gekomen voor het koppelen van extra middelen aan productiegerichte afspraken, o.a. door introductie van het «boter-bij-de-vis»-principe.

Ad. 2 Bevindingen met betrekking tot het onderzoeksontwerp en mogelijk vervolgonderzoek

- Beantwoording van de onderzoeksvragen heeft alleen op hoofdlijnen plaatsgevonden.
- Een goede definitie van het begrip «effectief» ontbreekt. In de opdracht aan de TCOZ waren de begrippen «extra» geld en «effectiviteit van besteding» de belangrijkste parameters. Het begrip effectiviteit laat zich noch eenvoudig noch volledig in geld uitdrukken.
- Extra middelen leiden niet per definitie tot extra productie. Extra middelen kunnen bijvoorbeeld ook zijn gebruikt voor verhoging van de kwaliteit, vermindering van de werkdruk en verbeterde arbeidsvoorwaarden.
- De beantwoording van de effectiviteitsvraag is alleen goed mogelijk indien de doelen van de extra bestedingen vooraf helder zijn geformuleerd.
- Het is niet mogelijk op macroniveau of per sector een eensluidende conclusie te trekken over de effectiviteit van alle beschikbaar gestelde extra middelen. De output kan op instellingsniveau verschillende vormen hebben aangenomen. Output kan op macro- en mesoniveau

niet zomaar worden «opgeteld». Niet alle relevante soorten «output» zijn gedurende de onderzochte periode in voldoende mate meetbaar gemaakt. Tussen sectoren bestaan op dit vlak grote verschillen.

- Het zal zeer arbeidsintensief en kostbaar zijn om de vragen en detail beantwoord te krijgen, zeker als het doel is voor de gehele periode 1994–2002 adequaat inzicht te vergaren in de feitelijke besteding van middelen op instellingsniveau. In vele gevallen is die besteding ook niet meer traceerbaar.
- Een koppeling tussen doelformuleringen op macroniveau enerzijds en bestedingen, laat staan effecten, op microniveau anderzijds, is bij de huidige beschikbare data methodisch niet eenvoudig te leggen.
- Van de gekozen onderzoeksperiode 1994–2002 is vooral de periode vanaf 2000 relevant in het licht van de vraagstelling, en wel om drie redenen:
 1. De beschikbaarheid van thans relevant geachte gegevens is in deze periode vermoedelijk groter dan ervoor.
 2. Er is vanaf 2000 meer expliciete administratieve aandacht voor de relatie tussen extra middelen en te leveren productie.
 3. Lessen voor de toekomst zijn het best te trekken door uit te gaan van de huidige situatie.

5.2. Conclusies

Conclusie ten aanzien van het zorgstelsel

De Kamer is zich onvoldoende bewust geweest van de complexiteit van de zorg. Instellingen, zorgverzekeraars, toezichthouders (thans zelfstandige bestuursorganen) kennen verschillende graden van autonomie. De zorg kenmerkt zich door verschillende sturingsmodellen.

De Kamer werkte met een te lineair begrip van de relatie tussen geld en wachtlijstbestrijding. Door de wijze waarop het debat tussen Kamer en minister over wachtlijsten is gevoerd, waarbij termen als wachtlijstgelden en werkdrummiddelen zijn blijven hangen, is de illusie gewekt dat al het extra geld dat in de gezondheidszorg ter beschikking kwam, besteed zou gaan worden aan het verkorten van wachtlijsten. Wachtlijsten zijn echter slechts een symptoom. De Kamer heeft onvoldoende gebruik gemaakt van bestaande, meer diepgravende analyses van de wachtlijstproblematiek en het functioneren van de zorgsector.

Conclusie ten aanzien van de zorgmiljarden

Van de 15,6 miljard euro waarmee het zogenaamd Budgettair Kader Zorg (BKZ) in de periode 1994–2002 is gegroeid, kan slechts in grote lijnen worden vastgesteld waaraan dit bedrag is besteed. Door de eerdergenoemde zelfstandigheid van instellingen, verzekeraars en toezichthouders en door het ontbreken van een doelgerichte aansturing kon de zorgsector deze miljarden naar eigen inzicht besteden.

Een uitspraak over de effectiviteit van de inzet van extra middelen is voor het geheel van dit bedrag dan ook niet mogelijk, temeer omdat vooraf geen doelen zijn geformuleerd.

Wel is in het kader van dit onderzoek achteraf gereconstrueerd voor welke bestedingscategorieën deze gelden op macroniveau zijn toegekend. Van de totale 15,6 miljard euro groei van het BKZ in de onderzoeksperiode kan achteraf worden becijferd dat een bedrag van tenminste 7,3 miljard euro is gebruikt voor de stijging van lonen en prijzen. De overige 8,3 miljard

euro, door de minister aangeduid als de volumemiddelen, is in grote lijnen ingezet voor aanpak van wachtlijsten (4,8 miljard euro), werkdruk en arbeidsmarkt (1,5 miljard euro) en kwaliteitsverbetering, beheer & administratie en overige zaken (2,0 miljard euro). Ruim 30% van deze volumemiddelen is overigens besteed aan extra zorg ten gevolge van demografische ontwikkelingen.

De extra gelden zijn grotendeels door de zorginstellingen besteed voor hun normale bedrijfsvoering. Dat heeft weliswaar bijgedragen aan het verminderen en in sommige gevallen het voorkomen van wachtlijsten en verlichting van werkdruk. Echter, niet in de mate die men zou verwachten bij de hoogte van het bestede bedrag.

Conclusie ten aanzien van voortzetting van het parlementair onderzoek

De TCOZ acht het buitengewoon lastig en ook weinig zinvol de feitelijke besteding van middelen in de zorgsector, anders dan op het hier gepresenteerde macroniveau, in de periode 1994–2002 voor de hele sector in beeld te brengen.

De commissie concludeert dan ook dat verder parlementair onderzoek naar de effectiviteit van de extra middelen voor de gehele zorgsector in de periode 1994–2002 niet zinvol is.

Wel wenst de commissie op grond van dit onderzoek enkele kanttekeningen te plaatsen ten aanzien van financiële hervormingen.

5.3 Aanbevelingen

Op grond van de voorgaande bevindingen en conclusies komt de TCOZ tot de volgende aanbevelingen:

1.

De schriftelijke vragenrondes en de diverse gesprekken hebben de commissie tot de conclusie gebracht dat er aanknopingspunten zijn voor zinvol vervolgonderzoek, respectievelijk het treffen van nadere maatregelen *in het verlengde* van de oorspronkelijke probleemstelling, mits de oorspronkelijke vraagstelling en de onderzoeksperiode beperkt zou worden. Hoewel voortzetting van parlementair onderzoek niet zinvol wordt geacht, zou in dit licht overwogen kunnen worden om wel nader onderzoek te laten doen naar de feitelijke werking van het «boter-bij-de-vis»-principe. De vraagstelling zou hierbij gericht kunnen zijn op de kwestie of dit systeem de minister van VWS (en daarmee de Kamer) meer inzicht geeft in de feitelijke besteding van geautoriseerde middelen. De TCOZ acht de Algemene Rekenkamer bij uitstek geschikt dit type onderzoek uit te voeren.

2.

Als de Kamer specifieke doelstellingen wil verwezenlijken in de verschillende sectoren van de zorg, moet dat worden gedaan door middel van doelgerichte en geoordeelde budgetten.

3.

Het verdient aanbeveling bij het oormerken van budgetten, indien hiertoe wordt overgegaan, na te gaan of – en in hoeverre – de Kamer achteraf zicht kan krijgen op de effectiviteit van de (extra) middelen. De commissie acht het de taak van de minister de Kamer hierover te informeren.

4.

In meer algemene zin ziet de commissie een belangrijke meerwaarde voor benchmarkachtige instrumenten in de zorg. Door meer, en vooral betere, outputgegevens te verzamelen en te verspreiden kan over de hele linie een beter beeld ontstaan van de kwaliteit van de gezondheidszorg.

5.

De TCOZ is van mening dat waardevolle initiatieven op landelijk, regionaal of lokaal niveau krachtige ondersteuning verdienen, zeker waar het gaat om initiatieven en verbeterpunten die zich parallel richten op meerdere niveaus binnen het zorgstelsel. Te denken valt onder meer aan verbeteringen op het niveau van organisatie en management van instellingen, en aan de relatie tussen patiënten en instellingen. Experimenten en pilots hoeven niet centraal vanuit het ministerie te worden uitgevoerd. De TCOZ ziet wel een rol weggelegd voor de minister van VWS in het coördineren, stimuleren en vooral het verspreiden van best practices.

BIJLAGEN

1. Onderzoeksvoorstel (kamerstuk 28 852, nr. 1)
- 2a. Brief minister van VWS, d.d. 24 september 2003
- 2b. Brief minister van VWS, d.d. 19 november 2003
- 2c. Brief minister van VWS, d.d. 12 december 2003
- 2d. Brief minister van VWS, d.d. 17 februari 2004
- 3a. Brief van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), d.d. 12 november 2003
- 3b. Brief van het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ), d.d. 17 december 2003
4. Brief van het College voor zorgverzekeringen (CVZ), d.d. 13 november 2003
- 5a. Brief van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), d.d. 20 november 2003
- 5b. Brief van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), d.d. 18 december 2003
6. Brief van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg (RVZ), d.d. 19 december 2003
7. Brief van het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ), d.d. 22 januari 2004
8. Lijst van gesprekspartners
9. Gespreksnotitie

Tweede Kamer der Staten-Generaal**2**

Vergaderjaar 2002–2003

28 852**Onderzoek naar de Zorguitgaven****Nr. 1****BRIEF VAN HET PRESIDIUM**

Aan de leden

Den Haag, 16 april 2003

Op 5 december 2002 heeft de Kamer een motie aanvaard van het lid Wilders c.s. (28 600, XVI, nr. 69). De motie vraagt om een parlementair onderzoek naar de effectiviteit van de besteding van 14 miljard euro extra investeringen in de gezondheidszorg sinds 1994. Naar aanleiding hiervan heeft de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport bijgevoegd onderzoeksvoorstel opgesteld. Het Presidium stelt voor in te stemmen met het voorstel.

Doel van het onderzoek is om inzicht in de effectiviteit van de uitgaven te verkrijgen en in de factoren die hier van invloed op zijn. Dit stelt de Kamer in staat haar controlerende en medewetgevende taak met betrekking tot het beleidsterrein volksgezondheid in de toekomst beter te vervullen.

Voorstel is een tijdelijke commissie in het leven te roepen om dit onderzoek uit te voeren. Er is vooralsnog geen noodzaak deze commissie enquêtebevoegdheden te geven. Het Presidium stelt voor het onderzoek in twee fasen op te splitsen (een verkenningsfase en een verdiepingsfase) en de tijdelijke commissie vooralsnog alleen te belasten met de verkenningsfase. De resultaten van de verkenningsfase kunnen de basis vormen voor gericht vervolgonderzoek, waarover de Kamer beslist nadat ze kennis heeft genomen van die resultaten.

Een deel van het onderzoek in de verkenningsfase zal worden uitbesteed. Het Presidium wijst erop dat de tijdelijke commissie te allen tijde de verantwoordelijkheid draagt voor de uitkomsten ervan, ongeacht of (delen van) het onderzoek (zijn) is uitbesteed.

Het Presidium gaat ervan uit dat de tijdelijke commissie uiterlijk op 1 juli kan rapporteren over de verkenningsfase, zodat de Kamer over het vervolg kan beslissen.

De Voorzitter,
F. W. Weisglas

De Griffier,
W. H. de Beaufort

1. Werkwijze commissie

Nadat de Kamer de motie van Wilders c.s. op 5 december 2002 heeft aanvaard, heeft de commissie, op voorstel van het Presidium, een werkgroep belast met de verdere uitwerking van het onderzoeksvoorstel. Alle fracties waren vertegenwoordigd in deze werkgroep. De werkgroep is twee keer bij elkaar gekomen. Tijdens de eerste bijeenkomst is de indieners van de motie verzocht een eerste voorstel uit te werken. Met ondersteuning van de griffier van de commissie VWS, de staf van de Commissie Rijksuitgaven en het Onderzoeks- en Verificatiebureau, is hieraan gehoor gegeven. In de tweede bijeenkomst is dit concept aanvaard. Besloten is het voorstel voor de eerstvolgende procedurevergadering van de vaste commissie VWS voor fiatting te agenderen. Daarna is het voorstel voorgelegd aan het Presidium.

2. Doel van het onderzoek

Het onderzoek naar de zorguitgaven heeft tot doel de Kamer inzicht te verschaffen in de effectiviteit van de aan de zorgsector beschikbaar gestelde financiële middelen in de periode 1994–2002. Inzicht in de effectiviteit van de uitgaven, en in de factoren die hier van invloed op zijn, stelt de Kamer in staat haar controlerende en medewetgevende taak met betrekking tot het beleidsterrein volksgezondheid in de toekomst beter te vervullen.

3. Onderzoeksafbakening

De gedane uitgaven in de zorg zijn effectiever naarmate ze meer bijdragen aan het bereiken van de gewenste maatschappelijke effecten. Overheidsingrijpen op het terrein van de gezondheidszorg dient meerdere doelen. Zo is het streven de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de gezondheidszorg te garanderen en te verbeteren. De mate waarin deze, en andere, doelen worden bereikt vormt de maatstaf voor de effectiviteit van het gevoerde beleid en dus ook voor de daarvoor beschikbaar gestelde middelen.

De commissie is van mening dat niet moet worden gestreefd naar één gekwantificeerd of «zwart-wit» oordeel over de *totale* effectiviteit van *alle* zorguitgaven. De benodigde middelen hiervoor ontbreken (tijd en geld) en een dergelijk onderzoek levert niet per definitie meer en betere «lessons learned» op voor de toekomst. Vanuit wetenschappelijke oogpunt is het bovendien welhaast een onmogelijke klus.¹

Het onderzoek is gebaat bij een heldere en scherpe afbakening. De nadruk – conform de door de Kamer aangenomen motie – moet liggen op het doen van uitspraken over de effectiviteit van de *additioneel* beschikbaar gestelde middelen voor gezondheidszorg, in de periode 1994–2002. Deze zijn tenslotte vrijgemaakt met een specifiek doel, waardoor de effectiviteitsvraag in principe beantwoordbaar moet zijn. Het onderzoek moet allereerst inzichtelijk maken welke middelen voor welke doelen zijn vrijgemaakt, hoe deze zijn verdeeld en bij wie de middelen uiteindelijk terecht zijn gekomen.

Vervolgens gaat het om het verkrijgen van *inzicht* in de effectiviteit van het bestede geld en van de factoren die hierop van invloed zijn geweest. Dit vergt een analyse op het niveau van instellingen, ongeacht de sector die men wil onderzoeken. Daar waar uiteindelijk de omzetting van geld in

¹ Het zal niet goed mogelijk blijken te zijn om voor iedere instelling afzonderlijk, en per tijdvak, te meten in welke mate de (extra) middelen hebben bijgedragen aan het realiseren van maatschappelijke effecten. Er zijn veel factoren die een goede effectmeting in de weg staan. Alleen al de output van instellingen is moeilijk meetbaar. De individuele «scores» kunnen bovendien niet zomaar op worden geteld.

productie en productiecapaciteit plaatsvindt, zorg wordt verleend, wordt immers de effectiviteitsvraag concreet beantwoord. Op dit niveau ook zal men het beste in staat zijn de vraag te beantwoorden welke factoren van invloed zijn op de effectiviteit.

Dat daarbij uit praktische overwegingen niet alle instellingen uit alle sectoren aan bod kunnen komen, vormt op zich geen beletsel voor het doen van goed onderzoek. Het is mogelijk te komen tot een valide en representatieve selectie van instellingen en sectoren, waarmee een goed beeld kan worden geschetst van de situatie. Dit kan echter pas nadat is vastgesteld welke instellingen de extra middelen hebben ontvangen en welke factoren (mogelijk) van invloed zijn op een effectieve besteding ervan. In dit licht adviseert de commissie dan ook het onderzoek op te splitsen in twee fasen: een verkenningsfase en een verdiepingsfase (zie paragraaf 6).

Tot slot, het onderzoek heeft niet tot doel te oordelen over de rechtmatigheid van de bestedingen, noch vormt dit de aanleiding tot het onderzoek. Wanneer lopende het onderzoek er aanwijzingen zijn, of vermoedens rijzen, dat sprake is van onregelmatigheden, misbruik of oneigenlijk gebruik, dan heeft de Kamer het recht deze informatie naar eigen goeddunken te gebruiken. Ze zal echter slechts van invloed zijn op *dit* onderzoek voor zover het een factor vormt die de effectiviteit van de bestedingen beïnvloedt, in positieve dan wel in negatieve zin.

4. Vraagstelling

Om het gestelde doel te bereiken, wordt in dit onderzoek een aantal deelvragen onderscheiden:

- 1) Welke extra middelen zijn in de periode 1994–2002 voor gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?
- 2) Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaatsgevonden en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terechtgekomen?
- 3) Op welke wijze is het toezicht op, en verantwoording over, een effectieve besteding ervan vormgegeven? Hoe werkt dit in de praktijk?

Deze deelvragen moeten in de verkenningsfase worden beantwoord. Ze zijn gericht op de verhouding tussen de wijze waarop allocatie van gelden naar de instellingen plaats heeft gevonden en de bestaande verantwoordelijkheidsstructuur binnen het stelsel.

- 4) Hoe zijn de (additionele) middelen concreet aangewend door de onderzochte instellingen en welke acties hebben betrokken actoren daarbij ondernomen?
- 5) Heeft dit de gewenste effecten gehad? Heeft dit bijvoorbeeld geleid tot het bereiken van een verhoogde zorgproductie of zorgcapaciteit bij desbetreffende instellingen?
- 6) Hoe kan de discrepantie tussen de verwachte effecten en gerealiseerde effecten worden verklaard? Zijn er structurele factoren die een ineffektieve allocatie van de middelen binnen een instelling in de hand werken dan wel anderszins een effectieve aanpak van problemen in de weg staan?
- 7) Welke initiatieven hebben de diverse actoren ontplooid om tot bijsturing te komen?

Deze deelvragen zijn gericht op het verkrijgen van inzicht in de daadwerkelijke besteding van middelen, de effectiviteit ervan en de acties die actoren (aanvullend) hebben ondernomen.

- 8) Welke conclusies kunnen worden getrokken over de allocatie van de gelden naar instellingen toe en de besteding ervan door de betreffende instellingen, in relatie tot de bestaande verantwoordelijkheids-

structuur? Kunnen regering en Kamer zich nu een adequaat oordeel vormen over de effectiviteit van de besteding ervan?

- 9) Welke conclusies kunnen worden getrokken over de effectiviteit van de daadwerkelijke bestede middelen op de te onderscheiden niveaus, de factoren die hier van invloed op zijn en de (aanvullende) acties van actoren?

5. Onderzoeksmodaliteit

De commissie is van mening dat de Kamer zelf verantwoordelijkheid moet dragen voor het onderzoek. Een kwalitatief goede en toegankelijke gezondheidszorg is een publieke basisvoorziening. Het maatschappelijke belang ervan is ook onomstreden. Het is de taak van de Kamer om als controleur van de regering erop toe te zien dat die kwaliteit en toegankelijkheid optimaal worden gewaarborgd. Zeker wanneer de Kamer hiervoor gedurende een aantal jaren een aanzienlijke hoeveelheid extra middelen beschikbaar heeft gesteld, wil ze weten wat het effect hiervan is. Voldoende zicht op een effectieve besteding ervan, heeft de regering de Kamer tot nu toe niet kunnen geven. Parlementair onderzoek is het instrument voor de Kamer om dit benodigde zicht alsnog te verkrijgen.

Dit houdt in dat een tijdelijke commissie belast moet worden met de verantwoordelijkheid voor het onderzoek en de rapportage hierover. Er is vooralsnog geen noodzaak deze tijdelijke commissie enquêtebevoegdheden te geven. Ook zonder enquêtebevoegdheden kan de Kamer hoorzittingen, rondetafelgesprekken e.d. organiseren (zij het dat de gehoorde niet onder ede staan).

Voor ondersteuning bij de uitvoering van het onderzoek kan de tijdelijke commissie experts inhuren (op persoonlijke titel), bijvoorbeeld van de Inspectie Gezondheidszorg en/of de Algemene Rekenkamer. Ook kan (een deel van) de uitvoering worden uitbesteed aan derden, zoals commerciële bureaus en universiteiten. In beide gevallen blijft de tijdelijke commissie de verantwoordelijkheid dragen voor het hele onderzoek. Gelet op de benodigde capaciteit van het onderzoek en de benodigde kennis van het veld, wordt geadviseerd een deel van het onderzoek door derden te laten uitvoeren. Zie hierover ook de volgende paragraaf.

6. Onderzoeksaanpak

Voorstel is het onderzoek te splitsen in twee fasen:

- a) De verkenningsfase;
- b) De verdiepingsfase.

De belangrijkste reden hiervoor is reeds aangestipt. Tijd en geld zijn beperkt. Het is zaak een valide en representatieve selectie te maken van te onderzoeken instellingen en sectoren. De verkenningsfase moet gebruikt worden om voldoende zicht te krijgen op a) de verdeling van de middelen over de instellingen en sectoren en b) de factoren die mogelijk van invloed zijn op de effectieve besteding van die middelen. De commissie wil daarbij benadrukken dat ze van mening is dat niet alleen gezocht zou moeten worden naar faalfactoren, maar ook naar de succesfactoren. In feite zullen in de verkenningsfase dus niet alleen de deelvragen 1 tot en met 3 moeten worden beantwoord, maar moet ook een aanvang worden gemaakt met het beantwoorden van de overige deelvragen.

Er is nog een tweede reden om de verkenningsfase duidelijk van de verdiepingsfase te onderscheiden. Het gaat in de verdiepingsfase naast de «wat-vraag» ook om de «hoe-vraag».

Welke methoden en technieken zijn in het verdere onderzoek bruikbaar en gepast? Interviews, jaarverslagen bestuderen, hoorzittingen etc, etc.

Over de aard van het onderzoek in de verkenningsfase merkt de commissie het volgende op:

1. Voor het beantwoorden van de deelvragen 1 tot en met 3 kan de benodigde informatie enerzijds worden verkregen uit Kamerstukken, anderzijds kan deze opgevraagd worden bij betrokken actoren. De minister van VWS kan worden gevraagd informatie te overleggen, voor zover het informatie betreft waarvan redelijkerwijze mag worden aangenomen dat deze reeds op het kerndepartement (of bij agentschappen) voorhanden is. Voor alle andere informatie kunnen verantwoordelijke actoren in het veld direct worden aangeschreven. Indien deze actoren (deels) onder verantwoordelijkheid vallen van de minister, verdient het aanbeveling de minister hiervan op de hoogte te stellen.
2. Voor het verkrijgen van initieel zicht op de effectiviteit van de bestede middelen en de factoren die daarop van invloed zijn, ligt het voor de hand de resultaten van reeds uitgevoerde onderzoeken op een rijtje te zetten. Er is tenslotte al veel onderzoek in de gezondheidssector gedaan. Ook de beleidsstandpunten ten aanzien van de beschikbare onderzoeken moeten in de studie betrokken worden.

De onder 1 genoemde onderzoeksactiviteiten kunnen worden aangeduid met de term «onderzoek financiële stromen», de onder 2 genoemde activiteiten met de term «metastudie».

Voorstel van de commissie zou zijn – gezien de hoeveelheid werk, de korte doorlooptijd (zie tijdschema) en de benodigde expertise – de metastudie in zijn geheel uit te besteden aan derden. De door de Kamer opgevraagde informatie over de financiële stromen, dient daarnaast ook direct ter beschikking gesteld te worden aan de externe onderzoekers, opdat ze een onderbouwd advies kunnen geven over welke instellingen en sectoren betrokken moeten worden in de verdiepingsfase. In de ogen van de commissie hangt het «onderzoek financiële stromen» nauw samen met de «metastudie». In de (geïntegreerde) eindrapportage zou dit ook duidelijk tot uitdrukking moeten komen.

Verdiepend onderzoek

Gezien het voorgaande is het niet mogelijk om tot in de details in te gaan op de verdiepingsfase. Hiervoor moeten eerst de resultaten van de verkenningsfase bekend zijn. Wel merkt de commissie op dat hoorzittingen bij uitstek een geschikt instrument zijn om, ter afronding van het verdiepende onderzoek, uitkomsten met elkaar in verband te brengen en verschillende beelden met elkaar te contrasteren.

7. Tijdschema

De commissie is van mening dat het onderzoek op 1 maart 2004 afgerond moet kunnen zijn. Daartoe moet de verkenningsfase voor het zomerreces worden afgerond.

8. Kosten

De commissie hecht er veel waarde aan dat, gelet ook op de huidige economische situatie, de kosten van onderzoek zoveel mogelijk worden beheerst. Tegelijkertijd realiseert zij zich dat parlementair onderzoek onvermijdelijke kosten met zich meebrengt.

Een tijdrovende Europese aanbestedingsprocedure kan in de verkenningsfase achterwege blijven, omdat de raming van de kosten duidelijk maakt dat deze beneden het drempelbedrag (€ 162 000) blijft. Een onderbouwde inschatting van de kosten van het verdiepend onderzoek kan nog niet worden gegeven. De commissie verwacht dat het gehele onderzoek niet meer dan € 320 000 hoeft te kosten.

Bijgaand doe ik u de antwoorden toekomen op de vragen van uw Commissie d.d. 4 juli 2003.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Inhoudsopgave

Toelichting bij de beantwoording van de vragen

- 1. Inleiding**
- 2. Algemeen over het stelsel; accenten in de sturing door de overheid**
 - 2.1 Aanbodregulering
 - 2.2 Aandacht voor de vraag
- 3. Wat wordt in het zorgbeleid onder extra middelen verstaan?**
 - 3.1 Autonome volumegroei
 - 3.2 Planning- en bouwbeleid (extra capaciteit)
 - 3.3 Overige intensiveringen
- 4. Rollen van de actoren**
 - 4.1 De Rijksoverheid
 - 4.2 Zelfstandige bestuursorganen
 - 4.3 De zorgverzekeraars
 - 4.4 De zorgaanbieders
- 5. Onderverdeling van de jaren 1994–2002**
 - 5.1 1994–1998: Nadruk op kostenbeheersing
 - 5.2 1998–2002: Meerjarenafspraken
 - 5.3 2000–2002: Actieplan Zorg Verzekerd
 - 5.4 Informatievoorziening
- 6. Opzet om de vragen te beantwoorden**

Beantwoording vragen 1.1 t/m 5.2

Bijlagen

1. Definitie uitgavenbegrippen
2. Overzicht onderzoeksrapporten 1992–2002
3. Overzicht subsectornamen uit de Zorgnota
4. Overzicht toegelaten instellingen
5. Voorbeeld-overzicht met daarop de mutaties van één instellingsbudget vanaf 1994 tot en met 2002)
6. Voorbeeld-overzicht met daarop de mutaties van één subsidieregeling
7. Overzicht van de huidige particuliere zorgverzekeraars, ziekenfondsen en zorgkantoren
8. Beknopt overzicht van de subsidieregelingen zoals deze genoemd zijn in de tekst van de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
9. Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet
10. Overzicht van de verantwoordelijke personen, betrokken ministeries en belangrijkste koepels
11. Productie en wachttijden

1. Inleiding

Op 7 juli 2003 heeft de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) vragen ontvangen van de Tijdelijke Commissie Onderzoek naar de Zorguitgaven. De Commissie geeft aan zich in deze fase van het onderzoek te richten op de volgende hoofdvragen:

1. Welke additionele middelen zijn in de periode 1994–2002 voor gezondheidszorg vrijgemaakt en met welk(e) doel(en)?
2. Op welke wijze heeft de verdeling van deze gelden over de diverse actoren (intermediaire organisaties, verzekeraars, zorgaanbieders) plaats gevonden, en hoeveel geld is uiteindelijk bij welke zorgaanbieders terecht gekomen?
3. Op welke wijze is het toezicht op, en verantwoording over een effectieve besteding ervan vorm gegeven? Hoe werkt dit in de praktijk?
4. Hoe zijn de (additionele) middelen in de praktijk aangewend door de onderzochte instellingen, en welke acties hebben betrokken actoren daarbij ondernomen?
5. Heeft dit de gewenste effecten gehad? Heeft dit bijvoorbeeld geleid tot het bereiken van een verhoogde zorgproductie of zorgcapaciteit bij de desbetreffende instellingen?

Om op deze vragen antwoorden te kunnen formuleren heeft de commissie een reeks van vragen gesteld, geordend volgens bovengenoemde hoofdvragen. Waar in de vragen gesproken wordt over de zorgsector, verstaat de commissie daaronder alle uitgavencategorieën die in de Zorgnota en de VWS-begroting zijn vermeld. Waar gesproken wordt over actoren in de zorg bedoelt de commissie zorgverzekeraars (inclusief zorgkantoren), zorgaanbieders en de onder VWS ressorterende zelfstandige bestuursorganen (ZBO's).

Om de antwoorden op de afzonderlijke vragen leesbaarder te maken, volgt hier eerst een toelichting in de volgende, op zichzelf staande paragrafen.

Paragraaf 2 gaat in op het zorgstelsel en vooral op de rol van de overheid. Paragraaf 3 geeft een toelichting op wat binnen het Budgettair Kader Zorg (BKZ) wordt verstaan onder extra middelen.

Paragraaf 4 geeft een toelichting hoe budgetten van instellingen tot stand komen en wat daarbij de rol is van de verschillende actoren.

Paragraaf 5 beschrijft welke perioden in het tijdvak 1994–2002 te onderscheiden zijn op basis van ontwikkelingen in de sturing door de overheid en de daarmee samenhangende behoefte aan informatie.

Paragraaf 6 geeft een toelichting op manier waarop vragen beantwoord worden.

2. Algemeen over het stelsel; accenten in de sturing door de overheid

De tekst in artikel 22, eerste lid, van de Grondwet is kort en simpel: «De overheid treft maatregelen ter bevordering van de volksgezondheid.» Een belangrijk deel van deze maatregelen gaat over zaken zoals de veiligheid en kwaliteit van wonen en woonomgeving, werken en werkomgeving, verkeer en vervoer, eten, drinken, afvalverwerking, riolering.

Een specifiek onderdeel is het gezondheidszorgsysteem zelf. Daarnaast verwijst ook artikel 20, tweede lid, van de Grondwet: «De wet stelt regels omtrent de aanspraken op sociale zekerheid.» Het Nederlandse systeem

van gezondheidszorg is voortgekomen uit particulier initiatief. Daarom is de zorg grotendeels in handen van particuliere zorgverleners: vrije beroepsbeoefenaren en instellingen met een eigen verantwoordelijkheid voor de producten en diensten die zij leveren.

De overheid, lees: de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)¹, heeft hierover geen directe zeggenschap, maar is wél verantwoordelijk voor het gezondheidszorgsysteem als zodanig. De minister van VWS bevordert de kwaliteit, de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg.

2.1 Aanbodregulering

Zorgverzekering

Rond de Tweede Wereldoorlog gaat de Nederlandse overheid zich voor het eerst op grote schaal bemoeien met verzekeringen op het terrein van de gezondheidszorg. Dat begint met het Ziekenfondsenbesluit uit 1941, in 1964 omgezet in de Ziekenfondswet (ZFW). Als deel van de naoorlogse wederopbouw en de ontwikkeling van de moderne welvaartstaat breidt de ziektekostenverzekering zich gestaag uit. De aanspraken nemen toe en de kring van verzekerden van de ZFW wordt steeds groter. In 1968 treedt de AWBZ in werking. Dit betekent een toenemende collectivisering van de financiering van medische zorg en de daarmee verwante dienstverlening. De ZFW en de AWBZ regelen onder andere wie op basis van deze wetten verzekerd zijn en leggen vast wat hun aanspraken zijn en onder welke voorwaarden zij van die aanspraken gebruik kunnen maken. Daarnaast ontwikkelt de particuliere verzekering zich. Steeds meer mensen sluiten een particuliere verzekering af. Anders dan bij de ziekenfondsverzekering en de verzekering ingevolge de AWBZ (sociale verzekeringen) is de particuliere ziektekostenverzekering een privaatrechtelijke overeenkomst waar de overheid geen directe zeggenschap over heeft.

In 1986 besluit het kabinet om de vrijwillige- en de bejaardenziekenfondsverzekering op te heffen. Daardoor is een aantal categorieën van personen dat voorheen onder die verzekeringsvormen viel, voortaan aangewezen op een particuliere ziektekostenverzekering. Om de toegang tot die verzekering te garanderen, wordt geëist dat particuliere ziektekostenverzekeraars de overeenkomst van standaardverzekering (ook wel standaardpakketverzekering genoemd) in hun portefeuille opnemen. Voor deze verzekering bestaan wettelijke regels over de acceptatie van verzekerden, de omvang van het te verzekeren risico en de daarvoor in rekening te brengen premie. Een en ander is opgenomen in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen die in 1998 integraal is vervangen door de Wtz 1998.

Kostenbeheersing

De groei van de zorg in de jaren '60 van de vorige eeuw verloopt autonoom. Er is geen sprake van een effectieve, gecoördineerde regie door een van de betrokken partijen. De sterke economische groei dekt de aanzienlijk stijgende kosten van de zorg. Vanaf 1975 worden maatregelen getroffen om een einde te maken aan de «open einde» financiering. De minister van VWS beschikt vanaf begin jaren tachtig over uiteenlopende instrumenten om aanbod en prijzen te beheersen:

- de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)
- de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG)

De WZV zorgt ervoor dat bouwprojecten in beginsel alleen met toestemming van de overheid totstandkomen; de WTG regelt de prijzen en maakt het mogelijk om zorginstellingen (zoals ziekenhuizen en

¹ In de tekst wordt alleen de minister genoemd. In veel van de gevallen kan hier ook worden gelezen: de minister en de staatssecretaris.

verpleeghuizen) aan vaste budgetten te binden. De instellingen zijn gebonden aan het budget, maar zijn vrij in de besteding van hun budget. Op deze wijze kunnen zij invulling geven aan de eigen verantwoordelijkheid voor de bedrijfsvoering. Daarnaast maakt de WVG het mogelijk met tarieven bij te sturen op de kosten van vrije beroepsbeoefenaren.

Vanaf 1985 komt, mede als reactie op het strakke overheidsingrijpen en de daarmee gepaard gaande gedetailleerde regelgeving, het marktdenken naar voren. De strakke aanbodsregulering wordt versoepeld. Er worden pogingen ondernomen om een grotere concurrentie te bewerkstelligen tussen de aanbieders onderling en de zorgverzekeraars onderling. Maatregelen zijn er op gericht de mate waarin zorgverzekeraars risico dragen en invloed uitoefenen op de zorgaanbieders te vergroten. De nadruk op kostenbeheersing blijft tot het jaar 2000 actueel.

Kwaliteit

met de nadrukkelijke aandacht voor de omvang van de zorg in de periode 1994–2000 wordt het wettelijk instrumentarium voor de kwaliteit van de zorg geactualiseerd en aangevuld. Belangrijke voorbeelden zijn de Kwaliteitswet zorginstellingen, de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet bijzondere medische verrichtingen, en de Wet op de individuele behandelingsovereenkomst.

2.2 Aandacht voor de vraag

Naast de aanbodregulering komt gedurende de periode 1994–2002 de vraagkant steeds meer op de voorgrond. De zorgvraag en de individuele zorgbehoefte worden steeds meer centraal gesteld als leidraad voor het zorgaanbod. Het kabinet-Lubbers II maakt al plannen voor een meer vraaggestuurd zorgstelsel, waarin zorgverzekeraars een centrale rol vervullen. Zorgverzekeraars moeten meer risico's dragen, zodat zij voldoende prikkels krijgen om sterke tegenspelers te zijn voor zorgaanbieders en zij moeten zich sterker oriënteren op behoeften van hun verzekerden. Zorgverzekeraars lijken nog niet volledig ingesteld op hun nieuwe taak en rol. Ook hebben zij nog niet in alle gevallen voldoende instrumenten die daar bij passen.

Zorgverzekeraars nemen in wisselende mate initiatieven om kosten te beheersen (inkoop hulpmiddelen en geneesmiddelen; prikkels tot doelmatig voorschrijven) of snelle hulp te verlenen (zorgbemiddeling, operaties in het buitenland).

De plannen van de commissie-Dekker, later vertaald in plannen van achtereenvolgens staatssecretaris Dees en staatssecretaris Simons, worden nooit werkelijkheid door politieke verwickelingen rond de basisverzekering.

Moderniseren

Toch komt er ruimte voor vraagsturing. Vanaf het begin van de jaren negentig worden initiatieven genomen, zoals de invoering van het persoonsgebonden budget, om tegemoet te komen aan de vraag.

Er komen moderniseringsprocessen op gang, gericht op vraagsturing en deregulering. Voor de curatieve zorg gebeurt dit naar aanleiding van het rapport-Biesheuvel. In 2001 krijgt die modernisering een nieuwe impuls. Voor de care is de nota Zicht op Zorg uit 1999 de basis. De belangrijkste doelstellingen uit deze nota zijn:

- vraag en aanbod beter laten aansluiten op elkaar;
- de zorg flexibeler maken;
- keuzevrijheid en zeggenschap van verzekerden vergroten;

– het herstellen van het verzekeringskarakter van de AWBZ.
De rol en positie van de verzekerde patiënt en consument wordt geleidelijk versterkt. Dit proces gaat nog door. Of, zoals de RVZ zegt:

«De ideeën en voorstellen van de commissie-Dekker zorgen onder Paars voor een stille revolutie. Vraagsturing (de gezondheidszorg wordt georiënteerd op de behoeften en de wensen van de consument) en zorgvernieuwing (meer differentiatie in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden verleend) zijn en blijven richtinggevendende concepten voor het zorgbeleid.»(RVZ over het zorgstelsel, 2001)

3 Wat wordt in het zorgbeleid onder extra middelen verstaan?

Sinds het midden van de jaren zeventig van de vorige eeuw is er bezorgdheid over de groei van de zorguitgaven en de gevolgen daarvan voor de Nederlandse samenleving. Er ontstaat behoefte aan meer inzicht in het verloop van de zorguitgaven, met name in de uitgaven die worden gerekend tot de collectieve lasten, en hoe dit zou doorwerken naar de toekomst. Het eerste Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG) wordt samengesteld. Dit overzicht wordt betrokken bij de parlementaire behandeling van de begroting op het terrein van de volksgezondheid. Het FOG ontwikkelt zich tot de jaarlijks op Prinsjesdag verschijnende Zorgnota¹, die inzicht geeft in de raming van de kosten en de financiering daarvan voor de middellange termijn, met een accent op de raming voor het komende jaar.

De Zorgnota, de blik vooruit, en de uitkomsten van het debat daarover met de Staten-Generaal vormen met elkaar richtinggevende uitspraken over de aanwending van beschikbare middelen.

Het Jaarbeeld Zorg (JBZ), de blik terug, dat jaarlijks in mei verschijnt is het verantwoordingsdocument waarin inzicht wordt gegeven in de prestaties van de zorgsectoren, alsmede in het beleid dat in het voorafgaande jaar is gevoerd. In 2001 verschijnt het eerste JBZ met de gegevens over het jaar 2000.

«In combinatie met het financieel overzicht (de Zorgnota) wordt de aanbodregulering zo een werkzaam instrument voor kostenbeheersing, bezuinigingen en beheersing van de collectieve lastendruk.» (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over het zorgstelsel, 2001)

Budgetdiscipline

Vanaf 1995 zijn nieuwe regels budgetdiscipline van toepassing op de zorg. De budgetdiscipline heeft betrekking op alle uitgaven en ontvangsten die in het zogenoemde Budgettair Kader Zorg (BKZ)² worden meegenomen.

De definitie van het Budgettair Kader Zorg wordt in de departementale administratie gebruikt voor de zorguitgaven vanaf 1994. De ontwikkelingen van de netto BKZ-uitgaven zijn onder te verdelen in de volgende, voor de beantwoording van de vragen van belang zijnde, categorieën:

- volume (wijzigingen in de hoeveelheid geleverde zorg)
- nominaal (loon- en prijswijzigingen en exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw)

Als bij de beantwoording van de vragen gesproken wordt over «extra middelen» dan wordt hieronder verstaan «*de toename van de BKZ-uitgaven die valt onder de categorie volume*».

¹ Het FOG wordt omgevormd tot het JOZ (Jaaroverzicht Zorg). Het JOZ wordt omgevormd tot de Zorgnota. Vanaf de begroting 2004 maakt de Zorgnota onderdeel uit van de (geïntegreerde) begroting van VWS.

² Vanaf het jaar 2002 is de definitie van het BKZ aangepast om de aansluiting met de verzekeringsuitgaven te vergroten. Bij de beantwoording van de vragen wordt uitgegaan van de BKZ definitie zoals die voor de periode 1995–2001 heeft gegolden.

Toelichting definitie Budgettair Kader Zorg

De budgetdiscipline sector zorg heeft betrekking op alle uitgaven en ontvangsten die in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden meegenomen. Het BKZ omvat de aanvaardbare kosten die worden gefinancierd door de AWBZ, de ZFW en de particuliere verzekeraars (deze laatste voorzover betrekking hebbend op de voorzieningen die ook in het ZFW-verzekerd pakket zijn opgenomen), alsmede de rechtstreeks uit de rijksbegroting gefinancierde zorguitgaven waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. De uitgaven-ijklijn Zorg, die tezamen met de ijklijnen voor rijksbegroting en sociale zekerheid in de Miljoenennota wordt gepresenteerd, omvat het collectief gefinancierde deel van het BKZ (AWBZ, ZFW, begrotingsgefinancierde zorg en de omslagbijdrage Wet op de Toegang tot de Ziektekostenverzekeringen (WTZ)). De particulier gefinancierde ziektekosten vallen dus niet onder de ijklijn Zorg.

Een deel van de zorguitgaven wordt gefinancierd uit eigen betalingen uit hoofde van eigen bijdragen en eigen risico's. Deze worden niet tot de collectieve lastendruk gerekend. Om die reden wordt voor de budgetdiscipline gewerkt met het netto BKZ. Dit zijn de BKZ-relevante uitgaven verminderd met de eigen betalingen. Maatregelen ter verkleining of vergroting van het AWBZ-pakket of van het ZFW-verzekerde pakket en het daarmee corresponderende particulier verzekerde pakket, zijn relevante mutaties voor de budgetdiscipline omdat daarmee het BKZ en de uitgavenijklijn worden ontlast dan wel belast. Tot de zorg op de rijksbegroting worden gerekend de VWS-uitgaven op het gebied van de volksgezondheid, de gezondheidszorginspecties, de ouderen- en gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingszorg, de arbeidsmarkt en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). De desbetreffende uitgaven worden gesaldeerd met de ontvangsten die bij bovengenoemde uitgaven horen.

Bron: Zorgnota 2000

In het onderstaande wordt toegelicht hoe de verdeling van extra middelen binnen het macro financiële kader, het BKZ, in de periode 1994–2002 plaatsvond.

3.1 Autonome volumegroei

Algemeen

Autonome groei heeft betrekking op dat deel van de groei dat zich niet door beleid laat beïnvloeden. Het gaat vooral om demografische ontwikkelingen (groei en samenstelling van de bevolking en daarmee gepaard gaande groei van zorgconsumptie) en autonome trends, zoals technologische vernieuwing en de vergrijzing van de bevolking waardoor het gebruik van genees- en hulpmiddelen toeneemt. Uitgangspunt hierbij is dat door de bevolkingsgroei de zorgconsumptie toeneemt. De toegenomen zorgconsumptie is bij de gebudgetteerde sectoren te zien in de vorm van toegenomen productieafspraken¹.

De basis voor de raming van de autonome groei is in de loop van de jaren verfijnd. Op dit moment wordt de raming gebaseerd op cijfers van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) over de kosten van gezondheidszorg per leeftijdsgroep.

De autonome groei wordt niet specifiek toebedeeld per instelling of doel. Het instellingsbudget wordt vastgesteld op basis van de door het College tarieven gezondheidszorg (CTG)² vastgestelde beleidsregels³. De productieafspraken die de instelling met de verzekeraar maakt zijn bepalend voor de hoogte van het (variabele deel van het) budget. Als de optelsom van alle productieafspraken hoger is dan geraamd dan is er sprake van een overschrijding.

¹ De productieafspraken hebben betrekking op de tussen de verzekeraar en de instelling afgesproken hoeveelheid te leveren productie. Deze hoeveelheid is mede bepalend voor de hoogte van het budget.

³ Dit zijn regels met daarin parameterbedragen die bepalend zijn voor de hoogte van het instellingsbudget, bijvoorbeeld een standaardbedrag per bed.

Voor de niet-gebudgetteerde sectoren, die een open-einde karakter kennen, zoals de genees- en hulpmiddelen, gaat het om de geconstateerde feitelijke groei als gevolg van een verhoogd gebruik van deze middelen.

Ontwikkeling autonome groei 1994–2002

In de periode 1994–1998 wordt vooral naar de financiële kant van de autonome groei gekeken. Vanaf het moment dat de meerjarenafspraken als nieuw instrument zijn geïntroduceerd (1998) komt er steeds meer belangstelling voor de behaalde resultaten. Van de instellingen en zorgverzekeraars wordt verwacht dat zij de in de meerjarenafspraken afgesproken additionele middelen aanwenden door extra productieafspraken te maken. De behoefte om inzicht te krijgen in het effect van de extra middelen bij de terugdringing van de wachtlijsten neemt toe. In de informatievoorziening wordt dan ook vanaf dat moment een gerichte investering tot stand gebracht om het inzicht in de omvang van wachttijden en wachtlijsten te vergroten.

Na de invoering van het Actieplan Zorg Verzekerd (TK 2000–2001, 27 488, nr. 1) in 2000, krijgt een instelling extra middelen als daadwerkelijk extra productie is gerealiseerd die met name gericht is op wachttijstreductie. De zorgverzekeraars krijgen de verantwoordelijkheid om op regionaal niveau de wachttijden aan te pakken. De zorgverzekeraars maken in dit kader productieafspraken met de instellingen. Het instellingsbudget wordt via nacalculatie door het CTG verhoogd op basis van de feitelijk geleverde extra productie.

De regierol van de verzekeraar in het zorgstelsel komt mede tot uitdrukking in het feit dat de aanvraag om nacalculatie bij het CTG mede door de verzekeraar ondertekend dient te zijn¹. De toekenning van de extra middelen vindt voor deze extra middelen in de periode 2000–2002 herkenbaar plaats op instellingsniveau. In tegenstelling tot de periode 1994–1998 waarin toedeling plaatsvindt op macroniveau, en de periode 1998–2000 waarin toedeling plaatsvindt op sectoraal niveau.

3.2 Planning- en bouwbeleid (extra capaciteit)

Algemeen

Anders dan de additionele middelen uit categorie a gaat het hier om specifieke besluiten van VWS per individuele instelling (op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV)). De planning- en bouwraming is gebaseerd op de zogenoemde bouwprioriteitenlijsten². Dit zijn lijsten waarop een inventarisatie is opgenomen van alle bouwinitiatieven die instellingen binnen de vergunningprocedure van de WZV willen brengen of hebben gebracht. Deze lijsten worden vastgesteld door de minister van VWS na intensief bestuurlijk overleg met de provincies. Ook de zorgverzekeraars en zorgkantoren worden geconsulteerd. Alle initiatieven die op deze lijst terechtkomen, komen in beginsel in aanmerking voor goedkeuring van de bouwaanvraag. Hoewel alle op de prioriteitenlijsten voorkomende bouwinitiatieven ook daadwerkelijk kunnen worden gerealiseerd³, leert de ervaring dat er tijdens het proces door diverse factoren nogal eens vertragingen optreden bij de realisatie van de initiatieven. Hierdoor ontstaat een verschuiving in de realisatie ten opzichte van de raming van de uitgaven. Op de bouwprioriteitenlijst zijn tot 1996 zowel renovatie-initiatieven als bouwinitiatieven in verband met capaciteitsuitbreiding opgenomen, waardoor het niet mogelijk is om op instellingsniveau aan te geven welke uitgaven additioneel (volume) zijn.

¹ Gedurende de hele periode 1994–2002 zijn de nacalculatieformulieren die gebruikt worden bij de vaststelling van de instellingsbudgetten ondertekend door de instelling, de zorgverzekeraar, het zorgkantoor (indien van toepassing) en de accountant van de instelling.

² De bouwprioriteitenlijsten worden gepubliceerd in de Staatscourant en toegezonden aan de Staten-Generaal.

³ Uitzonderingen zijn de aanvragen die door omstandigheden worden ingetrokken of niet worden ingediend, bijvoorbeeld voorgenomen fusies die door omstandigheden niet doorgaan.

Ontwikkeling planning- en bouwbeleid 1994–2002

In 1996 wordt de meldingsregeling geïntroduceerd, waardoor er vanaf dat moment meer onderscheid gemaakt wordt tussen renovatie en nieuwbouw. Aan de meldingsregeling is een systeem van trekkingsrechten (virtuele spaarpot) gekoppeld. Instellingen kunnen voortaan zelf beslissen over renovaties, mits ze genoeg geld in hun virtuele spaarpot hebben. Hiermee komt de verantwoordelijkheid voor de huisvesting meer bij de instellingen te liggen en versnellen de procedures. In de jaren daarna vinden er, mede doordat voorgenomen wetswijzigingen stagneren of geen doorgang hebben, nauwelijks wijzigingen plaats.

Door bevestiging van het «recht op zorg» in rechterlijke uitspraken in 2000, treedt er ook in het planning- en bouwbeleid een verandering op. De feitelijke vraag naar zorg wordt bepalend voor het daarop af te stemmen aanbod. De nadruk op de bouwprioriteitenlijst als beheersingsinstrument verschuift naar een bouwprioriteitenlijst als ramingsinstrument. Dit heeft tot gevolg dat initiatieven, mits vergezeld van een goed plan waarin de behoefte aan capaciteits-uitbreiding behoorlijk wordt onderbouwd, in beginsel gehonoreerd worden. Er wordt met andere woorden meer gekeken naar de feitelijke behoefte, dan naar de normatieve behoefte.

3.3 Overige intensiveringen

Algemeen

Onder de «overige intensiveringen» vallen de financiële claims van de zorgdirecties binnen het ministerie die jaarlijks voor hun beleidsterrein worden ingediend. Deze claims komen voort uit:

- nieuw beleid;
- uitvoeren aangenomen moties van Tweede of Eerste Kamer;
- politieke prioriteiten;
- wensen vanuit het beleidsveld.

De claims worden door de directie Financieel Economische Zaken (FEZ) verzameld, voorzien van een advies en opgenomen in een beslis-punttennota voor de ambtelijke en politieke leiding van het departement. Vervolgens wegen de bewindslieden de claims af en vindt besluitvorming plaats.

Bij de afweging zijn politieke, maatschappelijke, zorginhoudelijke, sociale, financiële, economische en bestuurlijke overwegingen aan de orde.

De door bewindslieden overgenomen claims worden meegenomen in de Zorgnota (voorheen FOZ, JOZ, nu begroting en Jaarbeeld Zorg) die aan de Staten-Generaal worden voorgelegd. De meeste goedgekeurde claims leiden via een CTG-beleidsregel tot een verhoging van de instellingsbudgetten (premiegefinancierde verstrekkingen), enkele via een subsidie-regeling (premiegefinancierde subsidie).

Ontwikkeling intensiveringen 1994–2002

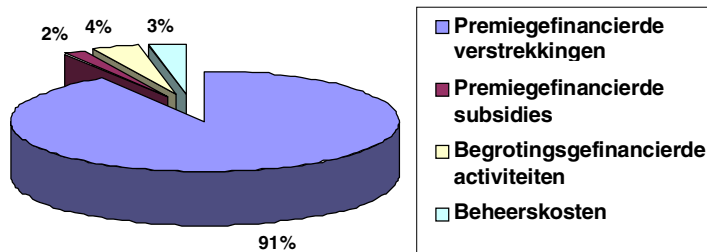
De afweging van de claims door de minister en staatssecretaris vindt in de periode 1994–1998 integraal plaats. Dat wil zeggen dat er een zorgbrede afweging plaatsvindt zowel binnen als tussen (deel)sectoren. Er vindt bijvoorbeeld geen afweging plaats tussen claims binnen de sector gehandicaptenbeleid maar tussen claims over alle sectoren heen.

Bij het regeerakkoord van Paars II vindt een belangrijke wijziging plaats. In het regeerakkoord wordt de financiële ruimte toebedeeld aan de sectoren Curatieve zorg, Preventieve zorg, Geestelijke gezondheidszorg, Gehandicaptenzorg (incl. Persoonsgebonden budget (PGB)), Ouderen- en thuiszorg (incl. PGB), Genees- en hulpmiddelen en Nieuwe geneesmiddelen. De afweging van de claims vindt nu sectoraal plaats. Het veld wordt nadrukkelijker betrokken bij het inventariseren van de claims. In samen-

spraak met de koepels wordt een voorstel aan de bewindslieden voorgelegd.

In totaal is het netto BKZ in de categorie volume in de periode 1994–2002 gestegen met circa € 8,3 mld. Deze middelen zijn ingezet voor diverse doelen die zijn te categoriseren onder de thema's vermindering wachtlijsten (verhogen productie), vermindering werkdruk, en kwaliteit & overig.

Binnen het zorgsysteem komen middelen langs verschillende wegen¹ beschikbaar voor de sectoren. Het aandeel van elk in het totale netto BKZ in 2002 is weergegeven in grafiek 3.1.



4. Rollen van de actoren

Onderstaand wordt de rollen van de verschillende actoren toegelicht.

4.1 De Rijksoverheid

De minister van VWS is verantwoordelijk voor het stellen van de wettelijke en financiële kaders binnen de zorgsector. Het toewijzen van financiële middelen gebeurt door het stellen van macro financiële kaders. Deze zijn terug te vinden in de budgettaire nota's die de minister aan de Staten-Generaal stuurt, en waarover debatten met de Kamers plaatsvinden. De instrumenten die de minister sinds het begin van de jaren tachtig van de vorige eeuw ter beschikking staan om de uitkomsten te beïnvloeden zijn vastgelegd in een aantal wetten (eerder opgesomd aan het begin van paragraaf 2.1 van deze toelichting).

In het FOZ 1994 wordt dit als volgt toegelicht:

«Het FOZ heeft geen wettelijke status. Voor de realisering van de regeringsdoelstellingen dient specifieke wetgeving: de verzekeringswetten AWBZ en Ziekenfondswet (ZFW) en de beide aanvullende beheerswetten: de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Met de verzekeringswetgeving kan het verzekerde pakket worden aangepast en kunnen eigenbijdragen van de burgers worden gevraagd. Met de verzekeringswetgeving en de WZV kan de omvang en de capaciteit van de intramurale zorg worden beïnvloed. Met de WTG worden de budgetten van de instellingen bepaald en de maximum tarieven voor de medische verrichtingen van vrije beroepsbeoefenaren.»

«Dit Complex van wetgeving neemt niet weg dat uitgavenbeheersing in de zorgsector een lastige opgave is.»

Bron: FOZ 1994

¹ De begrotingsgefinancierde activiteiten zijn inclusief het zorgdeel van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en de Keuringsdienst van Waren (totaal circa 350 mln.)

4.2 Zelfstandige bestuursorganen

Het College voor zorgverzekeringen

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft tot taak op landelijk niveau een doel- en rechtmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ te bevorderen door de desbetreffende uitvoerders¹ aan te sturen, de uitvoerders te financieren en de collectieve middelen te beheren van de verzekeringen die in deze wetten geregeld zijn. Daarnaast is het CVZ ervoor verantwoordelijk dat de subsidieregelingen die gelden op grond van de ZFW en AWBZ (premiegefinancierde subsidies) worden uitgevoerd, en is het college verantwoordelijk voor de toelating van de instellingen.

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen

Het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) houdt toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ door de ziekenfondsen en de uitvoerders van de AWBZ. Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatigheid en de doelmatigheid van de uitvoering.

Het College tarieven gezondheidszorg

Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) heeft tot taak beleidsregels vast te stellen over de wijze waarop budgetten en tarieven worden berekend². Deze beleidsregels zijn het kader voor de onderhandelingen tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder over de budgetten en tarieven. Het CTG heeft ook de taak de door partijen voorgelegde budgetafspraken en tarieven goed te keuren of vast te stellen. Het CTG moet de door hem vastgestelde beleidsregels ter goedkeuring voorleggen aan de minister van VWS. De minister kan zijn goedkeuring alleen onthouden wegens strijd met het recht of het belang van de volksgezondheid. De minister toetst in ieder geval aan het BKZ. De minister kan ook een aanwijzing aan het CTG geven om beleidsregels vast te stellen. Dit is in de periode 1994–2002 veelvuldig gebeurd om de tarieven van beroepsbeoefenaren en budgetten van instellingen lager vast te stellen.

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen

Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is belast met het verlenen van vergunningen aan intramurale instellingen die willen bouwen. Voordat een vergunning kan worden verleend heeft een instelling een verklaring van behoefte nodig van de minister van VWS. Het CBZ heeft hierbij een adviserende taak. Het CBZ stelt de beleidsregels (bouwmaatstaven) vast die het hanteert bij de beoordeling of de vergunning kan worden afgegeven en houdt toezicht op de naleving van de vergunning en de daaraan verbonden voorschriften. Ten slotte beoordeelt het CBZ het rechtmatig gebruik van de meldingsregeling voor die vormen van bouw waar geen vergunning voor is vereist.

Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen

Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) heeft tot taak om, in die gevallen waarin de minister van VWS besluit dat een instelling moet sluiten of haar capaciteit moet verminderen, het saneringsproces bij die instelling financieel te begeleiden. Bij een nadelig saldo kan het CSZ een saneringssubsidie geven. Daarnaast heeft het CSZ een taak bij de verkoop van onroerende zaken door instellingen.

¹ De ziekenfondsen zijn de uitvoerders van de Ziekenfondswet. De uitvoering van de AWBZ is in handen van de ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars, organen die publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren uitvoeren, de zorgkantoren en het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Zorgkosten.

² Dit zijn regels met daarin parameterbedragen die bepalend zijn voor de hoogte van het instellingsbudget, bijvoorbeeld een standaardbedrag per bed.

4.3 De zorgverzekeraars

De overeenkomst tussen de private zorgaanbieder en de publieke zorgverzekeraar vormt de basis van het naturasysteem dat geldt in het stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen. Voor de zorgverzekeraars is de overeenkomst met de zorgaanbieder de wettelijk voorgeschreven manier waarop zij hun verzekerden in staat stellen hun wettelijke aanspraak op zorg tot gelding te brengen.

De zorgverzekeraars kopen bij de zorgaanbieders de zorg in waarop de bij hen ingeschreven verzekerden recht hebben volgens de ZFW of AWBZ. In deze overeenkomst maken beide partijen afspraken over onder meer de te verlenen zorgvormen, de administratieve voorwaarden en de controle op de naleving van de overeenkomst. De afspraken over de controle op de naleving betreffen in ieder geval de te verrichten dan wel verrichte prestaties, de juistheid van de daarvoor in rekening gebrachte bedragen en het verstrekken van gegevens ten behoeve van deze controle.

Op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg onderhandelen zorgverzekeraars en instellingen over de door de instelling te leveren productie en het daarvoor benodigde budget. De uitkomst van de onderhandeling leggen zij voor aan het CTG, dat het budget goedkeurt of vaststelt. Individuele beroepsbeoefenaren onderhandelen niet over een budget, maar over een tarief. Het tarief mag niet hoger zijn dan het landelijk door het CTG vastgestelde maximumtarief. Dit maximumtarief komt tot stand op basis van een verzoek van aanbieders en verzekeraars. Overigens onderhandelen ook de particuliere ziektekostenverzekeraars met de zorgaanbieders over budgetten en tarieven. Het verschil met de publieke zorgverzekeraars is dat zij geen zorg inkopen voor hun verzekerden, omdat zij geen zorg in natura leveren.

Een zorgverzekeraar die de ZFW- of AWBZ-verzekering wil uitvoeren, heeft een toelating nodig van het CVZ.

Zorgverzekeraars moeten de ZFW en AWBZ doelmatig uitvoeren en moeten de nodige maatregelen treffen ter voorkoming van onnodige verstrekkingen en uitgaven die hoger dan noodzakelijk zijn.

Deze verplichting geldt niet alleen de eigen organisatie, maar legt ook, via de overeenkomst, de relatie naar de doelmatige zorginkoop en de zorgaanbieder. De zorgverzekeraar controleert de zorgaanbieder op de naleving van de overeenkomst. Rekent de zorgaanbieder de afgesproken prijzen en verleent hij de afgesproken zorg (hoeveelheid en kwaliteit) op de afgesproken manier? Als de overeenkomst niet (geheel) wordt nageleefd kan sprake zijn van wanprestatie en kan de zorgverzekeraar via een beroep op de civiele rechter naleving afdwingen.

De publieke zorgverzekeraar dient zich te verantwoorden. Vóór 1 maart van het jaar dat volgt op het verslagjaar dient de zorgverzekeraar zijn uitvoeringsverslag en financieel verslag in, voorzien van de bijbehorende verklaringen en rapporten van zijn externe accountant.

4.4 De zorgaanbieders

Zorgaanbieders zijn te onderscheiden in instellingen en individuele beroepsbeoefenaren. Zij hebben over het algemeen een privaatrechtelijke status, wat wil zeggen dat het geen door of vanwege de overheid geëxploiteerde instellingen zijn en dat de beroepsbeoefenaren geen dienstverband hebben bij de overheid. Het uitgangspunt in ons rechtstelsel is dat private organisaties en personen (en dus ook zorgaanbieders) in de eerste plaats zelf verantwoordelijk zijn voor het eigen functioneren.

Als een instelling zorg wil verlenen aan ziekenfonds- of

AWBZ-verzekerden heeft zij eerst een toelating nodig van het CVZ. Vervolgens sluit de instelling een overeenkomst met de zorgverzekeraar (ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ c.q. zorgkantoren) waarbij de te behandelen patiënten zijn aangesloten. Binnen de grenzen van de overeenkomst en de CTG-beleidsregels heeft de instelling bestedingsvrijheid.

Ook een individuele beroepsbeoefenaar heeft (voor zover deze niet in dienst is van een instelling) een overeenkomst nodig met een zorgverzekeraar indien hij ten laste van de ZFW of AWBZ zorg wil verlenen aan ziekenfonds- of AWBZ-verzekerden. Ook hier geldt: geen overeenkomst–geen betalingsgrondslag.

Een zorgaanbieder mag geen tarieven in rekening brengen anders dan het ingevolge de WTG goedgekeurde of vastgestelde tarief. Een tarief mag niet hoger zijn dan het maximumtarief. Overtreding is een economisch delict.

Als de instelling minder opbrengsten genereert dan het voor haar vastgestelde budget, dan wordt dit verrekend door het verpleegdagentarief te verhogen. Genereert de instelling meer opbrengsten uit de in rekening gebrachte tarieven, dan wordt het verpleegdagentarief verlaagd. Op deze wijze wordt er voor gezorgd dat de gegenereerde opbrengsten overeenkomen met het toegestane budget aanvaardbare kosten. Indien de kosten van een instelling hoger of lager uitvallen dan het budget (=de aanvaardbare kosten) dan hebben de instellingen een Reserve Aanvaardbare Kosten (RAK) waarmee de verschillen worden opgevangen.

5 Onderverdeling van de jaren 1994–2002

De periode 1994–2002 is grofweg in te delen in drie fasen. De drie fasen onderscheiden zich in: wijzigende rollen van de spelers, de middelen die voor de zorg beschikbaar zijn, de wijze waarop de sturing verloopt, de verantwoordelijkheden en de manier waarop verantwoording wordt afgelegd, en de informatie die daarvoor beschikbaar en nodig is. De veranderingen vinden niet sprongsgewijs plaats, gelijktijdig in alle sectoren of in dezelfde omvang. Enkele belangrijke gebeurtenissen markeren de overgangen tussen de deelperioden. Hieronder worden deze drie fasen toegelicht.

5.1 1994–1998: Nadruk op kostenbeheersing

In de periode 1994–1998 is het kabinetsbeleid er vooral op gericht werkgelegenheid te scheppen en de overheidsfinanciën weer gezond te maken. Het thema van Paars I is dan ook «Werk, werk, werk». De nadruk ligt op «zuinig en zinnig met zorg». Deze periode wordt vooral gekenmerkt door volume- en kostenbeheersing. De totaal toegestane groei voor de zorg wordt in het regeerakkoord vastgesteld op 1,3%¹.

Hiervoor worden instrumenten gebruikt als pakketverkleining, tariefmaatregelen, nieuwe wetgeving, budgetmaatregelen en een restrictief planning- en bouwbeleid. Illustratief is dat de overheid zich inzet om de toename van de kosten in de genees- en hulpmiddelensector af te remmen. De beschikbare instrumenten voor kostenbeheersing worden ook hier ingezet (pakketuitdunning en wachtlijsten voor toelating tot het verzekerde pakket) en uitgebreid (Wet op de geneesmiddelenprijzen, invoering eigen bijdragen ZFW).

Tijdens Paars-I blijkt echter geleidelijk dat er onvoldoende waarborgen zijn om ervoor te zorgen dat extra financiële middelen, bedoeld voor

¹ In het regeerakkoord van Paars I gaf het kabinet aan zich ervan bewust te zijn dat de maximale groei van 1,3% te krap zou kunnen blijken. Het kabinet had aangegeven onder welke voorwaarden extra budgettaire ruimte kon worden verkregen.

specifieke doelen (bijvoorbeeld voor de actie «meer handen aan het bed») in de sector ook aan het bewuste doel worden besteed.

5.2 1998–2002: Meerjarenafspraken

Bij de start van Paars II laten de economische omstandigheden toe dat de zorg iets meer groeit. Het regeerakkoord gaat uit van een totale jaarlijkse groei van 2,3%. Daarnaast legt het regeerakkoord voor het eerst de verdeling van de groeiruimte per sector vast. Zo worden de middelen vooraf al verdeeld over de sectoren. Deze groei is vooral bedoeld om de wachtlijsten aan te pakken en de werkdruk te verlagen. Paars II maakt bij zijn start Meerjarenafspraken met de verschillende sectoren over hoe de intensiveringsmiddelen in deze periode worden besteed. Deze afspraken worden ingezet om de toegang tot de zorg te bevorderen en de werkdruk tot een aanvaardbaar niveau terug te dringen. In de Meerjarenafspraken worden akkoorden gesloten tussen de minister en de diverse koepels over prestaties die hun sector moet leveren en over het bedrag dat daarvoor beschikbaar is (het macrokader). Waar mogelijk worden ook afspraken gemaakt over informatievoorziening om de afspraken te kunnen volgen. De Meerjarenafspraken gelden per sector. Hierover en over de voortgang daarvan is periodiek verantwoording afgelegd aan de Staten-Generaal.

5.3 2000–2002: Actieplan Zorg Verzekerd

Tijdens Paars II «overvleugelt» de aanpak van wachttijden en wachtlijsten de Meerjarenafspraken enigszins. Rechterlijke uitspraken, begin 2000, over het «recht op zorg» benadrukken het verzekeringskarakter van het systeem. Dit betekent dat voor zorgaanbieders en -verzekeraars de systematiek van de meerjarenafspraken feitelijk onhoudbaar wordt: er is sprake van leverplicht en daarmee de facto van een open-einde-financiering. Maatschappelijk en politiek groeit, onder andere door meer inzicht in de omvang van wachttijden en wachtlijsten, de overtuiging dat te lange wachttijden en wachtlijsten tegen de achtergrond van de verder toenemende welvaart niet (langer) aanvaardbaar zijn. Het kabinet kiest daarom in het najaar 2000 voor een veel steviger aanpak van de wachtlijsten en wachttijden. Dit leidt tot het Actieplan Zorg Verzekerd. Op basis daarvan worden in de beleidsregels van het CTG strikte eisen gesteld aan de manier waarop verantwoording wordt afgelegd over de besteding van de additionele middelen voor het wegwerken van wachtlijsten. Het Actieplan Zorg Verzekerd staat ook bekend als het «boter-bij-de-vis-principe» of de «geclausuleerde open-einde-financiering». «Open einde» houdt in dat hogere productie (de vis) onontkoombaar leidt tot financiële gevolgen (de boter).

Stapsgewijs vindt zo een accentverschuiving plaats van budget- of inputsturing door de centrale overheid naar outputsturing door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dit laatste gaat gepaard met informatievoorziening door de zorgaanbieders waardoor zorgverzekeraars en zorgkantoren op de hoogte zijn van de omvang van de extra geleverde productie.

5.4 Informatievoorziening

In de hele periode is er hard gewerkt om de zorgsector transparanter te maken. Vanwege de budgettaire beheersing wil de overheid eerst vooral dat de informatie over de uitgaven en de eigen betalingen van patiënten in de verschillende deelsectoren wordt verbeterd. Daarnaast bevordert de overheid dat het inzicht over de uitgaven in het voorafgaande jaar wordt

versneld. Dit proces van versnelling is nog niet voltooid. VWS is wel in staat geweest de budgettaire verantwoording over de zorguitgaven vier maanden te versnellen: van september naar mei. Sinds 2001 verschijnt er een apart Jaarbeeld Zorg waarin verantwoording wordt afgelegd. Ook zijn in opdracht van VWS in 2001 en 2002 brancherapporten opgesteld over de VWS-sectoren. Deze rapporten geven feitelijke en objectieve achtergrondinformatie voor de periode 1998 tot en met 2001 over elk van de sectoren. De rapporten zijn in november 2002 aan de Staten-Generaal aangeboden. De volgende serie verschijnt in mei 2004.

Tijdens Paars II is veel aandacht besteed aan het verbeteren van informatie over wachttijden, zorgproductie en allerlei facetten van het zorgaanbod, deels in het kader van de Meerjarenaafspraken. Er is bij overheid en zorgverzekeraars nog wel ontevredenheid over de informatie die beschikbaar komt naar aanleiding van de Meerjarenaafspraken, maar dankzij alle inspanningen is er wel een beter beeld ontstaan van de wachttijden per deelsector en van de omvang van wachtlijsten.

6 Opzet om de vragen te beantwoorden

Uw vragen over de zorguitgaven worden beantwoord volgens de systematiek waarmee de vragen zijn beantwoord die de Vaste Commissie voor Volksgezondheid op 28 juni 2001 aan de minister van VWS heeft gesteld. Op deze manier kunnen de gegevens goed vergeleken worden.

Het onderzoeksvoorstel van de Tweede Kamer (Kamerstuk 2002 – 2003, 28 852, nr. 1) geeft aan «dat uit praktische overwegingen niet alle instellingen uit alle sectoren aan bod kunnen komen.» De commissie acht het «mogelijk te komen tot een valide en representatieve selectie van instellingen en sectoren, waarmee een goed beeld kan worden geschetst van de situatie.» De wijze waarop het zorgsysteem en het verzekeringsstelsel in Nederland zijn ingericht, maken het vrijwel onmogelijk om binnen redelijke tijd en tegen aanvaardbare kosten bestaande informatie zodanig te reconstrueren dat een gedetailleerd totaalbeeld ontstaat tot op het niveau van afzonderlijke instellingen per jaar en per maatregel. In de antwoord op de vraag 2.1 wordt daarom de handreiking gedaan om een selectie te maken. Op basis van de deze selectie kunnen vervolgens de gevraagde gegevens worden aangeleverd.

Zoals de inleiding aangeeft, beschikt VWS alleen bij uitzondering over gegevens van afzonderlijke zorgaanbieders. Zorgaanbieders maken in hun administratie geen onderscheid in de aanwending van «bestaande» middelen en «extra» middelen. Met de toepassing van het «boter-bij-de-vis-principe» wordt van afzonderlijke zorgaanbieders verlangd dat zij een directe relatie aantonen tussen productie en extra middelen. Als bij de beantwoording van de vragen gesproken wordt over «extra middelen» dan wordt hieronder verstaan «*de toename van de BKZ-uitgaven die valt onder de categorie volume*».

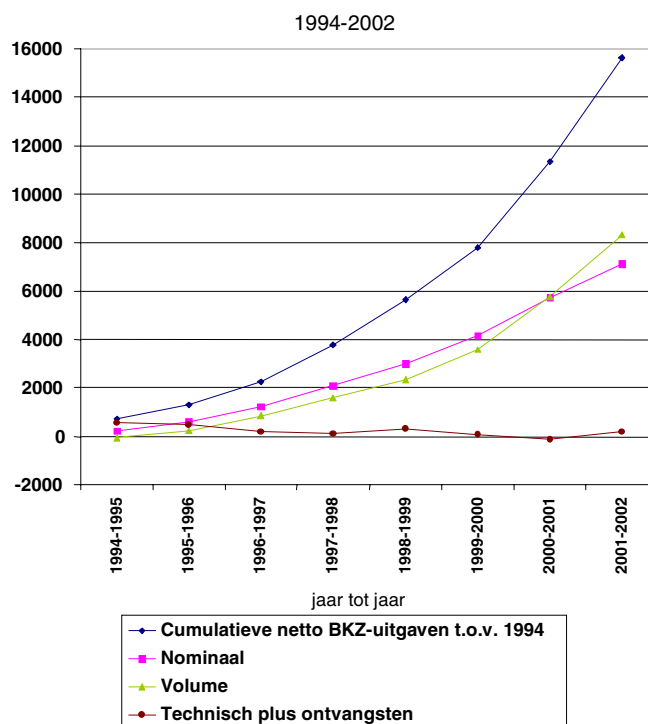
¹ De netto zorguitgaven in het eerste en tweede compartiment die onder de budgettaire verantwoordelijkheid van de minister van VWS vallen. Het betreft de uitgaven volgens de AWBZ, de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering (voor het deel dat overeenkomt met het ziekenfondspakket). De netto BKZ-uitgaven bestaan uit de bruto BKZ-uitgaven verminderd met de BKZ-ontvangsten (eigen betalingen in het eerste en tweede compartiment). De netto BKZ-uitgaven worden getoetst aan het BKZ. Zie bijlage 1.

Antwoord vraag 1.1

Hoeveel additionele middelen zijn van 1994 tot en met 2002 per jaar voor de zorgsector vrijgemaakt?

Ontwikkeling BKZ-uitgaven 1994–2002

In de periode 1994–2002 bedroeg de totale groei van de netto BKZ-uitgaven¹ ruim € 15,6 miljard. Voor € 7,1 miljard ging het daarbij om nominale ontwikkeling. Van de volumegroei van € 8,3 miljard was ruim 30% nodig om de gevolgen van demografische ontwikkeling op te vangen.



De ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven is op te splitsen in vier categorieën: nominaal, volume, technisch en ontvangsten. Voor de gehele periode 1994–2002 is de ontwikkeling weergegeven in grafiek 1.1.1 en staan de resultaten in tabel 1.1.1.

Tabel 1.1.1 Netto BKZ-uitgaven 1994–2002 (cumulatief in mln euro's)

Uitgavenontwikkeling 1994-2002	Netto BKZ-uitgaven					Netto BKZ-uitgaven	Volume nodig voor demo
		nominaal	volume	technisch	ontvangsten		
	1994	1994-2002	1994-2002	1994-2002	1994-2002	2002	1994-2002
Gezondheidsbevordering en -bescherming	280	94	218	11	0	604	37
Curatieve somatische zorg	10525	2991	1835	117	-213	15681	1041
<i>waarvan: extramuraal</i>	2247	604	-164	-4	-306	2989	172
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	7784	2229	1703	82	65	11733	806
<i>overig</i>	494	157	297	40	29	959	63
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2386	297	1481	-125	96	3943	256
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1771	649	598	298	55	3261	86
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2479	1037	1434	2	48	4903	168
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2101	824	1174	-26	48	4025	105
<i>hulpmiddelen</i>	378	213	260	28	0	879	62
Verpleging, verzorging en ouderen	4826	1733	2462	-37	111	8873	910
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1198	311	242	-98	-50	1702	125
Aanvullende post	0	21	50	-49	-120	142	0
totaal	23465	7132	8320	119	-72	39109	2622

Tot de categorie *nominaal* behoren naast de reguliere loon- en prijsaanpassingen ook de exploitatiegevolgen van de instandhoudingsbouw en maatregelen die erop gericht zijn de prijzen te beperken, zoals de Wet geneesmiddelenprijzen.

De categorieën *technisch en ontvangsten* laten de aansluiting zien tussen de ontwikkeling van de zorguitgaven en de ontwikkeling van de netto BKZ-uitgaven. De categorie *technisch* omvat voornamelijk ontwikkelingen die voortkomen uit definitieverschillen. Deze tellen weliswaar mee in de totaal gepresenteerde netto BKZ-uitgaven, maar zijn feitelijk niet relevant voor volumeontwikkeling of nominale ontwikkeling.

Bij de categorie *ontvangsten* gaat het om het gedeelte van de totale zorguitgaven dat gefinancierd wordt uit eigen betalingen en overige ontvangsten. Dit gedeelte wordt niet tot de netto BKZ-uitgaven gerekend. Omdat de volumeontwikkeling en nominale ontwikkeling betrekking hebben op de totale zorguitgaven, moet gecorrigeerd worden voor de ontwikkeling in de ontvangsten om uit te komen op de netto BKZ-uitgaven.

Tot de categorie *volume* behoren niet alleen de middelen voor extra zorg, maar ook de ontwikkeling die volgt uit volumemaatregelen. Dit is duidelijk te zien bij de curatieve somatische zorg. Daar heeft de pakketbeperking die in 1995 en 1996 is doorgevoerd bij de extramurale sectoren tandheelkunde en fysiotherapie, een neerwaarts effect op de volumeontwikkeling van € 0,7 miljard.

De vraag naar zorg staat onder invloed van diverse factoren, zoals de demografische ontwikkeling, de zogeheten latente vraag, technologische ontwikkelingen, sociaal-culturele ontwikkelingen en organisatorische ontwikkelingen in de zorg. Als gevolg hiervan is in de afgelopen periode de zorgvraag sterker gestegen dan op basis van alleen de demografische ontwikkeling verwacht mocht worden.

Tabel 1.1.1 geeft in de meest rechtse kolom de volumeontwikkeling weer die nodig zou zijn geweest om alleen de gevolgen van de demografische ontwikkeling in deze periode op te vangen¹. Overigens zijn in de reeks demografische ontwikkeling bepaalde specifieke demografische ontwikkelingen niet meegenomen. Zo is bij de gehandicaptenzorg sprake van een toegenomen leeftijdsverwachting, maar daarmee is in de gehanteerde (constante) kostenprofielen per leeftijd en geslacht geen rekening gehouden. Voor de gehandicaptenzorg is het berekende benodigde effect voor demografische ontwikkeling daardoor een onderschatting.

De volumegroei kan worden onderverdeeld in de volgende categorieën: wachtlijst/productiemiddelen, werkdrukmiddelen, middelen voor beheer en administratie (onder andere geld om registraties te verbeteren en voor indicatiestelling), middelen voor kwaliteit en overige middelen (bijvoorbeeld voor privacy en ruimte in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg of om de beeldtelefoon voor doven te introduceren). De toedeling van de volumegroei naar deze categorieën staat in tabel 1.1.2. Deze toedeling heeft zo zorgvuldig mogelijk plaatsgevonden. Hierbij dient te worden opgemerkt dat in het verleden gegevens niet altijd op dezelfde wijze geregistreerd zijn. De reden hiervoor is dat de aard en omvang van de informatiebehoefte en -verzameling in de afgelopen jaren is veranderd. Bij de antwoorden op vraag 4.1 en vraag 5.1 wordt overigens per sector nader ingegaan op de resultaten van de inzet van deze middelen.

¹ Hiervoor is gebruikgemaakt van cijfers van het Centraal Planbureau. De gevolgen van demografische ontwikkeling worden berekend door de kosten per leeftijds/geslachtscategorie constant te veronderstellen en de gevolgen van de bevolkingsontwikkeling per leeftijds/geslachtscategorie te berekenen.

Tabel 1.1.2 Intensiveringen naar categorie (in mln euro's)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Wachlijsten/productie	242	436	795	1 165	1 448	2 036	3 142	4 846
Werkdruk en arbeidsmarkt	90	135	148	221	363	584	1 095	1 476
Beheer en administratie	3	17	19	24	69	74	112	104
g	- 403	- 361	- 187	188	465	879	1 408	1 893
Totaal	- 67	227	775	1 597	2 346	3 572	5 757	8 320

Vraag 1.2

Welke departementale, interdepartementale en externe onderzoeksrapporten met betrekking tot de problemen in de zorgsector had de minister tot zijn beschikking in de periode 1992–1994 en 1994–2002?

Gezien de omvang van de zorgsector en de vele gespecialiseerde onderwerpen daarbinnen, verschijnt jaarlijks een groot aantal rapporten. In verband met het grote aantal is in bijlage 1 een overzicht opgenomen van de rapporten die de minister van VWS tot zijn beschikking had. De overzichten zijn per jaar geordend.

Hoewel sommige rapporten uit eerdere jaren nog betekenis hadden voor het beleid vanaf 1992, zijn deze niet in het overzicht opgenomen. Het overzicht bevat vooral rapporten van advies- en uitvoeringsorganen met een meerjarig perspectief. Ook rapportages van instituten, waar onder toekomstverkenningen, behoren tot deze categorie.

Antwoord vraag 1.3

Welke van die rapporten hebben een rol gespeeld bij het toekennen van de extra middelen in de periode 1994–2002?

Algemeen

Politieke, maatschappelijke, zorginhoudelijke, sociale, financiële, economische en bestuurlijke aspecten zijn bepalend voor het te voeren beleid binnen de Zorg. Om het beleid te ontwikkelen, steunt de minister van VWS onder meer op de adviezen van de uitvoeringsorganen, planbureaus en adviescolleges. Ter staving van hun advisering putten uitvoeringsorganen, planbureaus en adviescolleges uit de over een bepaald onderwerp verschenen onderzoeksrapporten. Direct en indirect hebben daardoor alle onder 1.2 genoemde rapporten een rol gespeeld bij de afweging of additionele middelen toegekend moesten worden in de periode 1994–2002. Rapporten die specifiek een rol hebben gespeeld bij de beleidsontwikkeling staan genoemd in de Zorgnota (voorheen Financieel Overzicht Zorg, Jaar Overzicht Zorg) en in het Jaarbeeld Zorg.

Voorbeeld

Ter illustratie: als één belangwekkend rapport wordt opgesteld, wordt daarbij al gebruikgemaakt van een groot deel van genoemde rapporten. Dit geldt bijvoorbeeld voor de periodiek door het RIVM opgestelde Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV): een uit meerdere rapporten bestaande verkenning die tot doel heeft kennis over volksgezondheid en zorg samen te brengen, te evalueren, te integreren en actief uit te dragen ter ondersteuning van beleidsontwikkeling op dit terrein.

Antwoord vraag 1.4

Is over de toekenning van de additionele middelen vooraf overleg geweest tussen diverse actoren en het ministerie van VWS, gezamenlijk en/of separaat? Wat was de aard van dit overleg?

Algemeen

Politieke, maatschappelijke, zorginhoudelijke, sociale, financiële, economische en bestuurlijke aspecten zijn bepalend voor het te voeren beleid binnen de Zorg.

De Zorgnota, de blik vooruit, (voorheen Financieel Overzicht Zorg, Jaaroverzicht Zorg) en de uitkomsten van het debat daarover met de Staten-Generaal vormen met elkaar richtinggevende uitspraken over de aanwending van beschikbare middelen. De verdeling van de additionele middelen vindt plaats per sector.

Relevant daarbij is dat een flink deel van de additionele middelen «automatisch» naar de zorgaanbieders vloeit als gevolg van het toepassen van bestaande regelgeving. Het zorgstelsel betreft een verzekeringsstelsel waarbij de verzekerde recht heeft op «zorg». Het stelsel laat bijvoorbeeld via het maken van productieafspraken toe dat de productie stijgt om de patiënten die zich aan de «poort» melden te kunnen helpen. De toekenning van dergelijke additionele middelen vergt dus geen aparte actie van de overheid, maar wordt zo goed mogelijk geraamd.

De minister van VWS zet de tot zijn beschikking staande (wettelijke) middelen in om de gewenste uitkomsten ook daadwerkelijk te realiseren. Dit gebeurt zoals uit het voorgaande blijkt niet door het rechtstreeks toedelen van middelen aan de instellingen. De minister van VWS geeft bijvoorbeeld aanwijzingen aan het CTG om beleidsregels te maken waardoor de budgetbepaling van de instellingen wijzigt of door nieuwe subsidieregelingen goed te keuren op basis waarvan het College voor zorgverzekeringen de subsidies verstrekt.

Specifiek overleg over de toekenning van de additionele middelen tussen het ministerie van VWS en de afzonderlijke instellingen vindt dan ook niet plaats. Wel vindt er overleg plaats met individuele instellingen over bouwinitiatieven en over de begrotingsgefinancierde subsidies.

Ter voorbereiding van de budgettaire besluitvorming en voor de beleidsvorming en -uitvoering in het algemeen heeft het ministerie van VWS regelmatig overleg met de actoren (zorgverzekeraars, ZBO's en zorgaanbieders). Deze overleggen vinden zowel plaats met (koepels van) actoren afzonderlijk als met meer (koepels van) actoren samen. De overleggen zijn informatief en consulterend van aard en vinden deels plaats in gestructureerde vorm en deels op ad hoc basis.

De zorgverzekeraars en de zorgaanbieders laten zich veelal vertegenwoordigen door de koepels waarbij ze zijn aangesloten. De beleidsdirecteuren van VWS hebben in de loop van het jaar regelmatig overleggen met vertegenwoordigers van deze koepels van instellingen en zorgverzekeraars. Hoewel deze gesprekken consulterend en informatief van aard zijn kan het besprokene aanleiding geven tot de ontwikkeling van specifiek beleid en het formuleren van een financiële claim.

VWS overlegt jaarlijks met de ZBO's over de werkprogramma's en de begrotingen van de ZBO's. Hierbij kunnen de beheerskosten van de ZBO's worden verhoogd. De minister keurt de werkprogramma's en de begrotingen vervolgens goed.

Uitzondering

Uitzondering op het bovenstaande zijn de overleggen voor de meerjarenakkoorden. Een belangrijke verandering die de meerjarenakkoorden met zich meebrachten is namelijk dat de koepels een stem kregen in de verdeling van de beschikbare groeiruimte per sector. Uiteraard is ook bij het afsluiten van meerjarenakkoorden de besluitvorming pas definitief nadat de Staten-Generaal zich hierover hebben uitgesproken.

Antwoord vraag 1.5

Welke resultaten verwachtte (output en outcome) de minister van de toekenning van de additionele middelen? Op welke termijn werden die resultaten verwacht, en hoe zijn deze in streefwaarden en doelformuleringen uitgewerkt? Zijn de verwachte resultaten vastgelegd? Zo ja, waar? Zijn die verwachtingen besproken met de diverse actoren? Zo ja, zijn daar verslagen van?

Algemeen

De Zorgnota, de blik vooruit, (voorheen Financieel Overzicht Zorg, Jaaroverzicht Zorg) en de uitkomsten van het debat daarover met de Staten-Generaal vormen met elkaar richtinggevende uitspraken over de aanwending van beschikbare middelen. De verdeling van de additionele middelen vindt plaats per sector. Per sector is in de Zorgnota aangegeven wat de verwachtingen zijn ten aanzien van het gevoerde beleid.

De verwachtingen van de minister over de te behalen resultaten zijn in de loop van de tijd verschoven van financiële wenselijkheid¹ (periode 1994–1998) naar verwachte productiestijgingen en vermindering van werkdruk (de periode vanaf 1998). Binnen de grenzen van het wettelijke instrumentarium is steeds gericht een koppeling gelegd tussen de middelen die macro beschikbaar werden gesteld en de resultaten die behaald moesten worden.²

De Staten-Generaal zijn op de hoogte gebracht van de verwachtingen van de minister over de resultaten van het beleid via onder andere de budgettaire nota's, diverse Kamerstukken en de Kamerbehandelingen. De Zorgnota kent een brede verspreidingsgraad en wordt naar diverse actoren gestuurd. Ook vindt er regelmatig overleg plaats tussen het ministerie van VWS en koepels van instellingen en zorgverzekeraars waarin over het beleid wordt gesproken. Over het algemeen worden er verslagen van deze besprekingen gemaakt. In het Jaarbeeld Zorg wordt vervolgens verantwoording afgelegd over het resultaat van de toegekende middelen.

De termijn waarop de resultaten verwacht worden, zijn sterk afhankelijk van het ingezette instrument en het beoogde doel. Gaat het om de verstrekkingen, dan hebben verwachte resultaten vaak betrekking op het eerstvolgende (begrotings)jaar. Bij het planning- en het bouwbeleid wordt het bouwprogramma weliswaar in principe elke twee jaar geactualiseerd, maar kan het soms wel tien jaar duren voordat de bouw gerealiseerd is. De verwachtingen van de minister voor planning en bouw zijn vastgelegd in de zogenoemde bouwprioriteitenlijsten. Ook binnen de opleidingen duurt het vaak jaren voordat de effecten van gewijzigd beleid zo doorwerken dat er meer artsen en/of verpleegkundigen in de zorg komen. Bij subsidieverstrekking wisselen de termijnen al naar gelang het doel en de voorwaarden.

Resultaten worden niet als zodanig in streefwaarden benoemd.

Vanaf 1998 zijn, mede als gevolg van politiek en maatschappelijke druk, meer gegevens beschikbaar gekomen om de resultaten van het beleid te meten. Zo wordt bijvoorbeeld gekeken naar de productiecijfers voor het resultaat van het beleid om de wachtlijsten terug te dringen. In de beleidsregels van het CTG wordt aangegeven wat het doel is van de door hem vastgestelde beleidsregels.

Voor subsidies geldt dat de doelformuleringen zijn opgenomen in de regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet voor de premiegefinancierde

¹ In het regeerakkoord van Paars I gaf het kabinet aan zich ervan bewust te zijn dat de maximale groei van 1,3% te krap zou kunnen blijken. Het kabinet had aangegeven onder welke voorwaarden extra budgettaire ruimte kon worden verkregen.

² Momenteel worden bijvoorbeeld in de curatieve zorg en de AWBZ pas extra middelen om wachtlijsten weg te werken aan het budget toegevoegd, als de productie daadwerkelijk is gestegen en aangetoond is dat dit niet ten koste is gegaan van de overige productie.

subsidies en in de subsidievoorwaarden voor de begrotingsgefinancierde subsidies.

Voorbeeld

Een mooi voorbeeld vormen de Meerjarenafspraken. Door gebruik te maken van dit instrument heeft de minister het veld nadrukkelijk inbreng gegeven bij de besluitvorming. Verwachtingen over de resultaten, de termijnen waarop ze gerealiseerd moeten worden, de daarmee gepaard gaande financiële middelen en de wijze waarop verantwoordingsinformatie moest worden gecreëerd, zijn vastgelegd in zogenoemde Meerjarenakkoorden. In onder meer de najaarsrapportage Uitvoering Meerjarenafspraken (TK 27 401 nr. 38, vergaderjaar 2000–2001) wordt uitgebreid ingegaan op de verwachte resultaten, termijnen, financiële middelen en verantwoordingsinformatie. Het ministerie van VWS beschikt ook over verslagen van besprekingen over de meerjarenafspraken met de koepels van de verschillende sectoren.

Antwoord vraag 2.1

Kan een uitputtende lijst van instellingen en zorgverzekeraars/zorgkantoren – per regio en individueel- worden gepresenteerd, onder vermelding van de grootte van het aan hen extra beschikbaar gestelde bedrag en ontvangen bedrag? Welke argumenten/criteria zijn bij de toekenning van additionele middelen gehanteerd?

Gegevens over de toedeling van middelen op instellingsniveau zijn, met uitzondering van begrotingsgefinancierde activiteiten en bouw in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen, niet bij VWS beschikbaar. Gegeven de rolverdeling, zoals beschreven in de «Toelichting bij de beantwoording van de vragen», geschiedt de feitelijke toedeling van middelen aan de instelling bij de budgetvaststelling door het College tarieven gezondheidszorg (CTG).

Het CTG kan overzichten maken van de budgetmutaties per instelling gedurende de periode 1994–2002. Omdat het hier een reconstructie betreft is dit echter zeer arbeidsintensief. Uiteindelijk krijgen de instellingen de aan hen toegekende bedragen.

Het College voor zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor de toelatingen. Het bestand van het CVZ laat het echter niet toe om met terugwerkende kracht de instellingen tot 1994 te volgen. Dat komt onder andere door fusies, het opheffen van instellingen en wijzigingen in de toelatingen. Het CVZ is voor het beheer uitsluitend verantwoordelijk voor de huidige status quo. Tot en met 1999 (Zorgnota 2000) werden de toegelaten instellingen ook gepubliceerd in de verschillende FOZ's, JOZ's en in de Zorgnota. Een reconstructie die teruggaat naar 1994 is wel mogelijk op basis van in de Staatscourant gepubliceerde individuele beschikkingen, maar zal zeer arbeidsintensief zijn.

Het beheer van de premiegefinancierde subsidies vindt ook plaats bij het CVZ. Het CVZ heeft zijn administratiesysteem voor de premiesubsidies eind jaren '90 vervangen. Bij de conversie van de bestanden zijn, in overleg met het ministerie van VWS, uitsluitend de subsidiegegevens van het oude naar het nieuwe systeem overgezet vanaf 1996.

De beheerskosten van de ziekenfondsen worden jaarlijks door de minister vastgesteld via het beheerskostenbudget. De beleidsregels voor de verdeling van het beheerskostenbudget worden vastgesteld door het CVZ. Het beheerskostenbudget is niet dekkend voor de beheerskosten. Het restant wordt gedekt via de nominale premie of beleggingsinkomsten. De nominale premie wordt door het ziekenfonds zelf vastgesteld.

De beheerskosten van de zorgkantoren lopen eveneens via een beheerskostenbudget. Het verschil is hierin gelegen dat een tekort ten laste van de beheerskosten ZFW moeten worden gebracht. In principe dus ook ten laste van de nominale premie of beleggingsinkomsten omdat het beheerskostenbudget nog niet dekkend is.

Het CVZ kan de beheerskostenbudgetten van de ziekenfondsen en zorgkantoren over de periode 1994–2002 per ziekenfonds en zorgkantoor leveren.

Het begrotingsgefinancierde deel van het netto BKZ wordt door het ministerie van VWS beheerd binnen de begrotingsadministratie. Dit deel is niet als een aparte boeking in de administratie herkenbaar. Door de vele wijzigingen in de budgettaire opbouw van de begroting zijn deze posten uitsluitend via (arbeidsintensief) zoekwerk uit de begrotingsadministratie te halen.

Om een indruk te geven van wat er mogelijk is hebben wij een aantal overzichten gemaakt die zijn bijgevoegd. Dit zijn:

1. een overzicht met alle huidige subsectornamen uit de Zorgnota (het eerste nummer is het hoofdstuknummer de twee volgende nummers geven de subsector aan (zie bijlage 3)
2. de op dit moment toegelaten instellingen plus de uitdraaien uit het FOZ, JOZ en Zorgnota van de toegelaten instellingen (zie bijlage 4)
3. de op dit moment toegelaten instellingen per regio (na selectie van de regio's¹);
4. een door het CTG samengesteld overzicht² met daarop de mutaties (intensiveringen en kortingen, dus niet de autonome groei) van één instellingsbudget vanaf 1994 tot en met 2002 (zie bijlage 5);
5. een door het CVZ samengesteld overzicht met daarop de mutaties van één subsidieregeling (zie bijlage 6);
6. de op dit moment bestaande particuliere zorgverzekeraars, ziekenfondsen en zorgkantoren (zie bijlage 7);
7. een overzicht met daarop de subsidieregelingen uit de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet (zie bijlage 8).

In het door de Kamer aangenomen onderzoeksvoorstel (Kamerstuk 28 852) wordt aangegeven dat het niet goed mogelijk zal blijken te zijn voor iedere instelling afzonderlijk en per tijdvak te meten in welke mate de (extra) middelen hebben bijgedragen aan het realiseren van maatschappelijke effecten. In hetzelfde Kamerstuk wordt geopperd een selectie te maken van instellingen en sectoren.

Voor de vervolgfase van het Parlementair Onderzoek Zorguitgaven geven wij het volgende in overweging³:

1. Selecteer één of meer subsectoren uit bijlage 3.
2. Selecteer één of meer instellingen uit bijlage 4 die horen bij de onder 1 geselecteerde subsector.
3. Selecteer één of meer subsidieregelingen uit bijlage 8.

De argumenten en criteria

Er vindt een intern besluitvormingsproces plaats dat wordt afgesloten met een beslisapuntennota. Bij het interne besluitvormingsproces worden de volgende criteria gehanteerd:

1. juridische onvermijdbaarheid;
2. politieke onvermijdbaarheid;
3. doeltreffendheid;
4. doelmatigheid;
5. actualiteit (past binnen de beleidsprioriteiten);

¹ Niet duidelijk is welke regionale indeling door de Tijdelijke Commissie wordt gewenst. Via www.zorgatlas.nl zijn regionale overzichten beschikbaar.

² Voor zowel het CTG- als het CVZ-overzicht geldt dat deze niet één op één zijn aan te sluiten op de overzichten van VWS. Wel is op onderdelen handmatig een relatie te leggen tussen de verschillende bronnen.

³ Desgewenst kunnen ook intensiveringen uit de financiële administratie van VWS geselecteerd worden in de vervolgfase. Een overzicht hiervan is niet bijgevoegd omdat intensiveringen in de financiële administratie vaak niet eenduidig herkenbaar te herleiden zijn tot de intensiveringen zoals benoemd in de Zorgnota (voorheen FOZ, JOZ).

6. wenselijkheid.

De criteria waaraan instellingen moeten voldoen om in aanmerking te komen voor extra middelen, zijn opgenomen in de CTG-beleidsregels, de subsidievoorwaarden (begroting en premiesubsidies) of de procedures in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) (planning en bouwbeleid).

De vanaf het jaar 2000 jaarlijks door de minister van VWS vastgestelde Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet bevat criteria op basis waarvan de premiegefinancierde subsidies worden verstrekt (zie bijlage 9).

Antwoord vraag 2.2

Door wie en op welke wijze heeft de verdeling van de additionele middelen plaatsgevonden? Welke personen/afdelingen van uw ministerie waren daarbij direct betrokken? Zijn daarover (inter)departementale overleggen gevoerd; zo ja met wie? Zijn daarvan verslagen beschikbaar?

Het antwoord op de vraag door wie en op welke wijze de verdeling van de additionele middelen heeft plaatsgevonden wordt in de «Toelichting bij de beantwoording van de vragen» en bij de antwoorden op vraag 1 en 2.1 gegeven. De uiteindelijke verdeling van de additionele middelen over de verschillende sectoren in de zorg is het resultaat van overleg en besluitvorming in de ministerraad en de Staten-Generaal.

De vraag wie er bij deze overleggen van VWS direct betrokken waren, wordt beantwoord in bijgevoegd overzicht (bijlage 10) van verantwoordelijke personen die vanaf 1994 voor VWS bij dit proces betrokken waren, en hun plaats binnen de organisatie.

Er worden inderdaad interdepartementale overleggen gevoerd. Interdepartementale overleggen vinden plaats met het ministerie van Financiën, en in mindere mate ook met andere departementen. In bijlage 10 is een overzicht van de belangrijkste betrokken ministeries en koepels opgenomen.

De resultaten van overleg kunnen neerslaan in stukken ter besluitvorming. Er is daarom niet altijd een verslag opgesteld van deze overleggen.

Antwoord vraag 2.3

Welk deel van de additionele middelen is niet bij de zorgaanbieders terecht gekomen, maar bij overige actoren? Kan per sector en per doel inzicht worden geboden in de omvang van dit bedrag? Is in dit verband sprake van voorinhouding van kosten door zorgverzekeraars, kosten van toezichthoudende instanties, en kosten t.b.v. innovatie e.d.?

Is door het ministerie van VWS (direct en indirect) personeel ingehuurd ten behoeve van de uitvoering van dit beleid? Is daarbij gebruik gemaakt van externe adviesbureaus? Kan een uitputtend en gespecificeerd overzicht worden verschaft van de bedragen die daarmee zijn gemoeid? Zijn deze bedragen afgeboekt van de additionele middelen?

Kan dit alles in een of meerdere stroomschema's worden weergegeven?

Het overgrote deel van de middelen is rechtstreeks bij de zorgaanbieders terecht gekomen. Alleen een gedeelte van de volgende middelen is niet rechtstreeks bij de zorgaanbieder terechtgekomen:

VWS-begrotingsgeldten (onder andere Modernisering AWBZ, AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR), Hulpmiddelen Informatie Centrum, Benchmarking, Opleidingen) beheer zorgverzekeringen (onder andere beheerskosten zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen, beheerskosten ZBO's). CVZ-subsidieregelingen (onder andere Kwaliteitsbeoordeling V&V, Zorgregistratie systeem, Gezinsbegeleiding cystic fibrosis, Diabetes-educatie) De omvang van de totale zorguitgaven, de VWS-begrotingsgeldten, beheer zorgverzekeringen en de CVZ-subsidieregelingen staan in tabel 2.3.1.

Naast bovengenoemde middelen komt het sporadisch voor dat middelen niet rechtstreeks bij de zorgaanbieder terechtkomen. Dit betreft onder andere middelen voor opleidingen.

Tabel 2.3.1. Overzicht middelen die deels niet rechtstreeks bij de zorgaanbieder terecht komen ten opzichte van de netto BKZ-uitgaven (in mln euro's)

	1994		2002	
Netto BKZ-uitgaven	23 465	100%	39 109	100%
VWS-begrotingsgeldten ¹	1 807	8%	1 400	4%
Beheer zorgverzekeringen ²	1 011	4%	1 157	3%
CVZ-subsidieregelingen	1 219	5%	904	2%

¹ De ontwikkeling van de VWS-begrotingsgeldten is in de periode 1994–2002 niet alleen door intensiveringen beïnvloed maar ook in grote mate door technische mutaties, zoals de overheveling van de verzorgingshuizen van de begroting naar de AWBZ.

² Beheer zorgverzekeringen exclusief VWS-begrotingsgeldten en CVZ-subsidies.

De additionele middelen die niet rechtstreeks bij een zorgaanbieder terecht komen, betreffen vaak sectoroverstijgende zaken. Het is dan ook niet mogelijk een uitsplitsing naar sectoren per doel te geven.

Er is geen sprake van voorinhouding van kosten.

Het ministerie van VWS heeft personeel ingehuurd voor onder meer de beleidsontwikkeling en om de uitvoering van beleid te monitoren of de informatievoorziening te verbeteren. De uitvoering van het beleid is vanuit het zorgsysteem in handen van de uitvoerders, de zorgverzekeraars/de zorgkantoren, de zorginstellingen en de ZBO's.

De inhuur van personeel VWS is ten laste van de begroting gedaan. Er kan een overzicht gemaakt worden van externen die zijn ingehuurd ten laste van de begroting. Het is echter niet mogelijk om dit direct te relateren aan de additionele middelen in de zorg.

De zelfstandige bestuursorganen (ZBO's) en uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ worden gefinancierd op basis van premiegelden. Er bestaat geen apart toezicht op de mate waarin de ZBO's en uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ gebruik hebben gemaakt van externen. Om de subsidies ten laste van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten uit te voeren, worden uitvoeringskosten gemaakt. Vanaf het jaar 2000 worden deze kosten apart geregistreerd.

De mate waarin de bedragen voor de inhuur van direct en indirect personeel is gestegen gedurende de periode 1994–2002 is als totaal af te

boeken van de totale additionele middelen. De hoogte hiervan is vrijwel onmogelijk te achterhalen. Er is wel een registratie van de totale inhuur externen ten laste van de begroting maar hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar Zorg of niet Zorg.

Het is niet mogelijk in een soort stroommodel weer te geven welk deel van de additionele middelen niet bij de zorgaanbieders is terechtgekomen. Alle gelden die specifiek aan de zorgaanbieders beschikbaar zijn gesteld, zijn immers ook daadwerkelijk bij de zorgaanbieders terechtgekomen. Er is dus geen sprake van enige voorinhouding.

Antwoord vraag 2.4

Zijn de additionele middelen, per doel, ineens dan wel gefaseerd ter beschikking gesteld?

Hoeveel tijd zat er tussen de formele toekenning van additionele middelen en de feitelijke beschikbaarstelling aan de afzonderlijke instellingen?

Of additionele middelen, per doel, ineens dan wel gefaseerd ter beschikking zijn gesteld, is niet eenduidig aan te geven.

Afhankelijk van de wijze waarop de middelen beschikbaar worden gesteld varieert namelijk de tijd tussen het moment dat de raming van de additionele middelen op macroniveau is vastgesteld en het moment dat de middelen feitelijk beschikbaar gesteld zijn aan de afzonderlijke instellingen en vrije beroepsbeoefenaren.

Als de hoogte van de additionele middelen op macroniveau per doel zijn vastgesteld dan verloopt de feitelijke beschikbaarstelling van de additionele middelen aan instellingen of individuele vrije beroepsbeoefenaren via het daartoe geëigende wettelijke kader.

Het uitvoeren van een maatregel die conform de WTG wordt doorvertaald in CTG-beleidsregels kan de nodige maanden duren. Eerst moet de beleidsregel conform de WTG-voorschriften en -procedures worden opgesteld, doorgesproken, doorgerekend, vastgesteld en goedgekeurd, voordat deze in werking kan treden. Pas als de regeling in werking is getreden, kunnen instellingen er aanspraak op maken. Dit betekent nog niet dat hiermee de financiële middelen ook daadwerkelijk beschikbaar zijn gesteld. De instelling zal immers eerst de zorg moeten verlenen om vervolgens de verrichtingen te kunnen declareren bij de verzekeraar. Al met al kan dit proces een jaar duren.

Overigens krijgen AWBZ-gefinancierde instellingen een voorschot via het Centraal Administratie Kantoor.¹ Dit kan de termijn verkorten tussen het moment waarop VWS de middelen toekent en het moment waarop de instellingen daadwerkelijk kunnen beschikken over de gelden.

Voor het planning- en bouwbeleid kan deze termijn oplopen tot vele jaren. Zo komt het bij grote bouwprojecten voor dat er acht jaar en soms langer zit tussen het moment dat het project op de bouwprioriteitenlijst is opgenomen en de afrekening ervan. Bij subsidies kunnen de termijnen juist korter zijn; dit is afhankelijk van de subsidievoorwaarden.

Antwoord vraag 3.1

Op welke wijze moesten actoren verantwoording afleggen over de wijze waarop ze met de additionele middelen zijn omgegaan? Is per jaar aan te geven onder welke voorwaarden, nadere specificaties en verantwoordingsregiem de additionele middelen ter beschikking zijn

¹ Bij de ziekenhuizen bestaan ook afspraken tussen de instelling en de grootste verzekeraar(s) over bevoorschotting.

gesteld? Kan worden aangegeven welke sectorspecifieke variabelen bij het toezicht op de besteding van additionele middelen een rol spelen, en hoe deze in een verantwoordingsregiem zijn verwerkt? Speelden de verschillen tussen de sectoren een rol bij de mate van toezicht en de verantwoording die het ministerie vroeg?

De hoofdlijn is dat er geen aparte verantwoording wordt gevraagd aan de actoren over de besteding van additionele middelen. De verantwoording van de besteding van deze middelen gaat als het ware op in de reguliere financiële verantwoordingen. Hier zijn geen sectorspecifieke verschillen. Wel zijn er verschillen tussen de algemene regels voor de verschillende typen actoren.

Instellingen leggen verantwoording af volgens de Regeling jaarverslaggeving zorginstellingen, die gebaseerd is op de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Daarnaast kan de informatie die instellingen aan het College tarieven gezondheidszorg (CTG) moeten verstrekken, beschouwd worden als verantwoording over de manier waarop zij middelen besteden, vanwege de nacalculatie en definitieve vaststelling van hun budgetten. Over die nacalculatie moet de instelling eerst overeenstemming bereiken met zorgverzekeraars.

Voor ziekenfondsen en uitvoerders van de AWBZ gelden de verantwoordingsregels volgens de Ziekenfondswet en de daarop gebaseerde nadere voorschriften van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ).

Er gelden algemene regels voor de manier waarop de zelfstandige bestuursorganen zich moeten verantwoorden (het CVZ, het CTZ, het CTG, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen). De verantwoordingsregels zijn voor de genoemde organen nagenoeg hetzelfde. Voor het CVZ gelden echter in aanvulling daarop aparte regels over hoe het zich moet verantwoorden over het beheer van de Algemene Kas (ZFW) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).

Ten aanzien van de vrije beroepsbeoefenaren verschilt het toezicht en verantwoordingsregime ten opzichte van instellingen in die zin dat vrije beroepsbeoefenaren geen jaarverslagen hoeven te publiceren. Additionele middelen worden in deze sectoren hoofdzakelijk via tariefsaanpassingen doorgegeven aan de individuele beroepsbeoefenaren. Inzicht in het effect van de additionele middelen is daarom alleen op macroniveau vast te stellen en niet op het niveau van de individuele beroepsbeoefenaar.

Bij de geneesmiddelen ligt de nadruk op verantwoording over de ontwikkeling in volume(gebruik) en prijs op macroniveau.

Er zijn wel uitzonderingen op geschetste hoofdlijn. Zo zijn in het kader van de meerjarenafspraken nadere afspraken gemaakt met koepels over de resultaten die behaald moeten worden, de termijnen waarop deze gerealiseerd moeten worden, de daarmee gepaard gaande financiële middelen en de wijze waarop verantwoording moet worden afgelegd. Formeel-juridisch heeft dit echter niet geleid tot wijzigingen.

Een andere uitzondering betreft de zorgkantoren. In 2000 zijn de budgetten voor de beheerskosten AWBZ voor de uitvoering van taken door de zorgkantoren onder meer verhoogd in verband met wachtlijst-

beheer, registratie en bemiddeling. De verhoging bedroeg in totaal € 19,8 miljoen. Dit bedrag werd in 2001 structureel gemaakt. De staatssecretaris van VWS droeg het CVZ op de integrale beheerskosten van de zorgkantoren te volgen, waarbij zij speciaal aandacht vroeg voor de activiteiten van de zorgkantoren rond wachtlijstbeheer. Het CVZ rapporteert periodiek aan de staatssecretaris voor de kwartaal-rapportages aan de Tweede Kamer over de besteding van de extra wachtlijstgelden. Met ingang van verslagjaar 2003 verdwijnt deze bijzondere vorm van monitoring van de beheerskosten van zorgkantoren. De financiële verantwoording vindt dan weer op de reguliere wijze plaats.

Antwoord vraag 3.2

Is actoren vooraf duidelijk te verstaan gegeven waaraan het additionele geld besteed diende te worden (inputsturing)? Op welke wijze is dit gebeurd? Zo niet, was sprake van outputsturing, of waren de actoren volledig autonoom in de wijze waarop ze met de additionele middelen om mochten gaan?

In zijn algemeenheid geldt dat de Zorgnota, de blik vooruit, en de uitkomsten van het debat daarover met de Staten-Generaal met elkaar richtinggevende uitspraken vormen over de aanwending van beschikbare middelen. De minister van VWS zet de tot zijn beschikking staande (wettelijke) middelen in om de gewenste uitkomsten ook daadwerkelijk te realiseren.

Het overeengekomen beleid slaat neer in wet- en regelgeving, beleidsregels, subsidies en de daaraan te verbinden voorwaarden (waaronder input- en output-voorwaarden).

Zoals ook in het antwoord op vraag 1.4 is beschreven vindt er bij de beleidsontwikkeling en beleidsuitvoering uitvoerig overleg plaats tussen het ministerie van VWS en de koepels van zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Tijdens dergelijke overleggen worden over en weer verwachtingen geuit. Bij de meerjarenafspraken heeft dit geleid tot een aantal meerjarenakkoorden waarin de wederzijdse verwachtingen zijn vastgelegd. In die zin is er sprake van sturing vooraf.

De actoren worden door hun koepel op de hoogte gesteld van de uitkomsten van dergelijke overleggen. Ook zijn actoren op de hoogte van de uitkomsten van het debat met de Staten-Generaal over de Zorgnota. De meeste sturing vindt echter plaats door de zaken waar de actoren direct mee te maken krijgen, zoals beleidsregels van het CTG en subsidievoorwaarden. De individuele actoren zijn binnen de gestelde kaders autonoom in de wijze waarop zij met de middelen omgaan¹. Hierdoor hebben CTG-beleidsregels waarbij wordt nagecalculeerd, bijvoorbeeld bij nieuwbouw, meer sturende werking dan beleidsregels waarbij geen nacalculatie aan de orde is.

Een voorbeeld ter verduidelijking van de autonomie van de instellingen. Afspraken met de koepels over het aanpakken van de werkdruk en hoeveel geld daarvoor nodig is, vertaald zich via de CTG-beleidsregels in de budgetten van de instellingen. Elke instelling kan vervolgens zelf bepalen hoe het haar budget besteedt. Zo kan er meer personeel worden aangenomen ter verlichting van de werkdruk. Maar de instelling kan ook besluiten om te reorganiseren zodat zaken efficiënter verlopen en op die manier de werkdruk verminderen.

De zorgverzekeraars en zorgkantoren moeten volgens de ZFW en AWBZ contracten sluiten met de aanbieders opdat hun verzekerden de zorg kunnen krijgen waar zij recht op hebben. Deze zorginkoop biedt de

¹ Wachtlijstmiddelen zijn wel met een vastomlijnd doel toegekend.

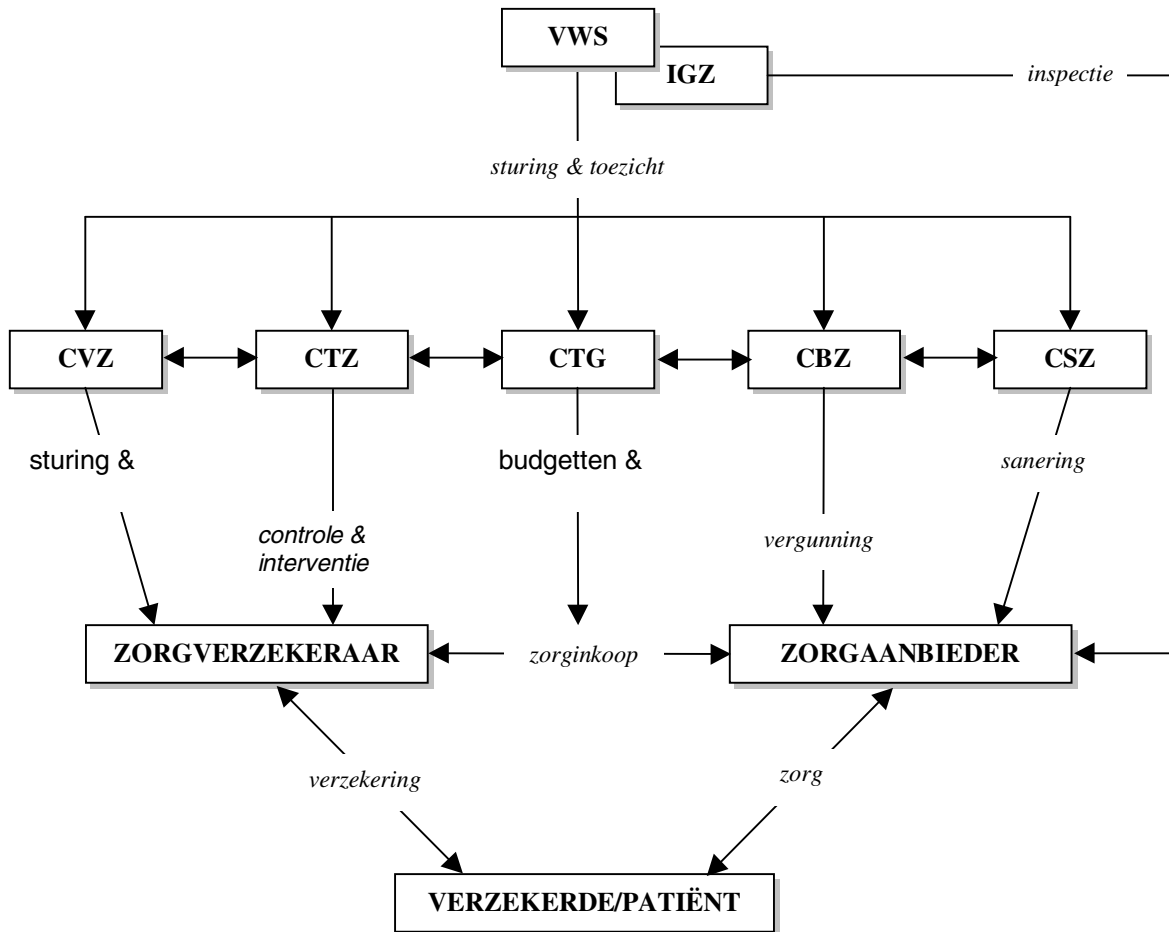
verzekeraars de mogelijkheid om concrete afspraken te maken met de aanbieders over te leveren prestaties. De verzekeraars hadden tot voor kort onvoldoende instrumenten om hier echt invulling aan te geven. Weliswaar maken verzekeraars productieafspraken met de aanbieders, maar dat was tot voor kort meer een vastlegging van wat de aanbieders konden leveren dan van wat de verzekeraars nodig hadden voor hun verzekerden. Ook was het meer het vertalen naar de lokale situatie van wat landelijk is afgesproken, dan het voeren van eigen beleid. Door de introductie van «boter bij de vis» kunnen de individuele verzekeraars nu veel gerichter productieafspraken met de individuele aanbieders maken.

Stijgingen in de uitgaven van de ZBO's worden zichtbaar in de werkprogramma's en de begrotingen van de ZBO's. De minister keurt deze goed.

Antwoord vraag 3.3.

In hoeverre was sprake van een controle van de juistheid en volledigheid van de financiële en beleidsmatige verantwoordingen door toezichthoudende organen? Aan wie diende wanneer en waarover te worden gerapporteerd? Wie fiatteerde en controleerde wat? Zijn verantwoordingsstukken beschikbaar? Zijn finale afrekeningen beschikbaar?

In hoeverre was sprake van een controle van de juistheid en volledigheid van de financiële en beleidsmatige verantwoording door toezichthoudende organen.



De uitvoering van verschillende wetten voor de verzekering, planning en kostenbeheersing in de zorg is voor een groot deel opgedragen aan zelfstandige bestuursorganen en uitvoeringsorganen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) zijn geregeld in de Ziekenfondswet; hierin is ook het toezicht op de uitvoeringsorganen AWBZ geregeld. Het College tarieven gezondheidszorg (CTG) is geregeld in de Wet tarieven gezondheidszorg, het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) in de Wet ziekenhuisvoorzieningen. De ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ ontleen hun taken aan de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Ook gemeenten en provincies spelen een rol. De gemeenten zijn er bijvoorbeeld verantwoordelijk voor dat er regionale Indicatieorganen zijn. De provincies adviseren de minister van VWS bijvoorbeeld bij de uitvoering van de WZV.

De minister ontwikkelt beleid, dat neerslaat in wet- en regelgeving, beleidsregels, subsidies en daaraan te verbinden voorwaarden en stuurt zo direct of indirect het geheel van uitvoeringsinstanties. Het toezicht is niet specifiek gericht op in- en extensiveringen, maar op het totaal aan uitgaven zoals die worden gedaan via de wettelijke verzekeringen. Hierna volgt een korte schets hoe dit toezicht is vormgegeven en wat de rol is van de belangrijkste spelers, de zorgverzekeraars, het CVZ en het CTZ. Deze beschrijving loopt van perifere uitvoering naar de eindverantwoordelijkheid van de minister van VWS.

De publieke zorgverzekeraar controleert de zorgaanbieder op de naleving van de tussen hen gesloten overeenkomst. Rekent de zorgaanbieder de afgesproken prijzen en verleent hij de afgesproken zorg op de afgesproken manier? De verzekeraar ondertekent onder andere het verzoek om nacalculatie aan het CTG mee. Het CTG controleert of het verzoek van een instelling voor productieafspraken en het verzoek van een instelling om nacalculatie mede ondertekend is door de zorgverzekeraar. Hierbij moet worden bedacht dat zorginstellingen in het algemeen private instellingen zijn en een eigen verantwoordelijkheid hebben voor hun reilen en zeilen. Zij voeren geen wettelijke taken uit.

De publieke zorgverzekeraars zijn aan toezicht onderworpen. Dit is opgedragen aan het CTZ, de rechtsopvolger van de vroegere Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU), onderdeel van de toenmalige Ziekenfondsraad. Dit toezicht betreft het totale functioneren van de zorgverzekeraar, de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en van de inning en besteding van de met die verzekeringen gemoeide financiële middelen.

Deze uitvoeringsorganen van de ZFW en de AWBZ leggen jaarlijks verantwoording af aan het CTZ en CVZ op basis van de ZFW en AWBZ. Zij leveren per jaar een «financieel verslag» en een «uitvoeringsverslag». Voor beide documenten zijn regels gesteld. Het CTZ beoordeelt deze verantwoordingsproducten en stelt per uitvoeringsorgaan een rechtmatigheidsrapport op.

Het CTZ rapporteert jaarlijks aan de minister van VWS over de rechtmatigheid en doelmatigheid van de uitvoering van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ door de publieke zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ. De minister stuurt de rapportages naar de Staten-Generaal.

Het CVZ heeft onder meer tot taak de Algemene Kas (AK) op basis van de Ziekenfondswet en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AF) op basis van de AWBZ te beheren. Het CVZ legt jaarlijks aan de minister van VWS verantwoording af over het beheer van de AK en AFBZ en het waarborgen van rechtmatigheid van besteding van middelen. De minister stuurt deze verantwoording voorzien van een oordeel naar de Staten-Generaal.

De minister van VWS heeft de taak het CVZ en het CTZ aan te sturen en toezicht op hen te houden. Oordelen over hun werkzaamheden en de uitkomsten van deze werkzaamheden zijn bouwstenen die ertoe leiden dat de minister van VWS zich over het functioneren van het stelsel van zorgverzekeringen kan verantwoorden. De positie van de minister ten opzichte van het CVZ en het CTZ ligt vast in de Ziekenfondswet. Instrumenten die de minister van VWS ter beschikking staan om toezicht op hen te houden zijn onder meer de benoeming van de leden van de colleges door de minister, het goedkeuren van hun werkprogramma's, begrotingen en financiële verslagen en een beoordeling van hun jaarverslagen. Bij de beoordeling en goedkeuring van de jaarstukken vraagt de minister het oordeel van zijn auditdienst. De minister heeft ook de bevoegdheid om in te grijpen door het geven van een aanwijzing.

De minister van VWS beoordeelt daarbij de rapportages van het CVZ en het CTZ over de uitkomsten van toezicht en het beheer van de AK en het AF. Ook daarbij schakelt de minister zijn auditdienst in.

De uitvoering van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) is opgedragen aan het College tarieven gezondheidszorg (CTG). Het CTG kan daarbij om informatie verzoeken zowel op voet van de WTG als met toepassing van het Besluit gegevensverstrekking WTG. De door de organen voor gezondheidszorg te verstrekken gegevens betreffen in extenso de financiële gegevens, personele gegevens en functionele gegevens. Deze gegevens worden gebruikt bij de totstandkoming en vaststelling van tarieven en bij controle op de goede uitvoering van de WTG. Dergelijke gegevens worden niet alleen bij de vaststelling van tarieven gehanteerd maar bovendien eenmaal per jaar aan het CTG verstrekt.

Daarenboven dienen zorgverzekeraars jaarlijks aan het CTG gegevens te verstrekken over het aantal prestaties, gehanteerde tarieven, uitgekeerde bedragen, aantal verzekerden en te onderscheiden verzekeringsvormen. Ten behoeve van de door het CTG uitgevoerde nacalculatie ten behoeve van instellingen is door het CTG een controleprotocol vastgesteld. Dit bevat de voorschriften en instructies voor controle van de nacalculatie ten behoeve van externe accountants die de jaarrekening van instellingen dienen te controleren.

Als personen belast met het toezicht op de naleving van het bij of krachtens de Wet tarieven gezondheidszorg bepaalde, zijn aangewezen rechercheurs van de FIOD-ECD van het Ministerie van Financiën, personen van het CTG en personen van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De FIOD-ECD kan op twee manieren toezien op de naleving van de WTG. Naast opsporingsonderzoeken kan deze dienst algemeen toezichthoudend onderzoek verrichten. Pas nadat op basis van toezichthoudende onderzoeken is vastgesteld, dat er sprake is van een vermoedelijke overtreding van een of meer verplichtingen of verboden van de WTG volgt zonodig een opsporingsonderzoek. Daarnaast kan de FIOD-ECD zelfstandig beleidsinformatie verzamelen op grond van artikel 30 WTG. Jaarlijks wordt door VWS en het CTG vastgesteld welke doelgroepen of prestaties worden betrokken in een toezicht onderzoek of beleidsonderzoek.

Het CTG doet jaarlijks voor 1 juli aan de minister van VWS verslag van zijn werkzaamheden, het gevoerde beleid in het algemeen en de doelmatigheid en doeltreffendheid van zijn werkwijze in het bijzonder alsmede over de uitvoering van het werkprogramma in het afgelopen jaar.

De Minister van VWS heeft een aantal formele mogelijkheden om invloed op de taken van het CTG uit te oefenen. Met artikel 12 van de WTG kan de goedkeuring aan door het CTG vastgestelde beleidsregels worden onthouden. Dit kan alleen wegens strijd met het recht of het belang van de volksgezondheid; bij dit laatste valt vooral te denken aan strijd met het beleid of het ontbreken van financiële dekking .

Met artikel 13 WTG kan de minister beleidsregels vaststellen (lees: aanwijzingen geven) ten aanzien van de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief of onderdelen van een tarief. Ook kan de Minister in de beleidsregels bepalen dat het CTG ter vervanging van een reeds goedgekeurd of vastgesteld tarief ambtshalve een ander tarief dient vast te stellen.

Ten slotte kan de Minister in de beleidsregels bepalen dat de kosten van door hem aangewezen rechtshandelingen waaruit financiële verplichtingen voor een orgaan voor gezondheidszorg kunnen voortvloeien, bij de beoordeling van een verzoek om goedkeuring of vaststelling van een tarief niet in aanmerking worden genomen, indien het verzoek niet vergezeld gaat van een verklaring van het CTG dat het met het verrichten van de rechtshandeling heeft ingestemd.

De minister legt aan het parlement verantwoording af over zijn aansturing van en toezicht op de zelfstandige bestuursorganen (CVZ, CTZ, CTG, CBZ, CSZ) op basis van hun verantwoordingsdocumenten, zijn oordeel over de toezichtrapporten van het CTZ over de recht- en doelmatige uitvoering van de wettelijke zorgverzekeringen en zijn goedkeuring van de rekening van het CVZ van de AK en AFBZ.

Samengevat houdt de minister toezicht op het functioneren van de zelfstandige bestuursorganen. De minister heeft hiervoor diverse instrumenten ter beschikking. De minister legt hierover verantwoording af aan het parlement. Gezien de functionele decentralisatie van het zorgstelsel zijn de private zorgaanbieders zelf verantwoordelijk voor hun bedrijfsvoering en de besteding van middelen binnen hun budget. Afhankelijk van de voorwaarden die gesteld worden in wet- en regelgeving en de door hen gesloten contracten leggen instellingen verantwoording af over de besteding van middelen aan de verzekeraar. Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatigheid en doelmatigheid van de besteding van middelen door de zorgverzekeraars. Hierbij kijkt het CTZ naar de totale geldstroom in relatie tot de gemaakte afspraken met zorgaanbieders en niet naar intensiveringen.

Voor een deel van de zorg is geen sprake van bekostiging van bepaalde zorg omdat die geregeld is als aanspraak in een verzekering, maar vindt bekostiging plaats door middel van subsidiëring ten laste van de Algemene Kas (AK) of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De minister van VWS is verantwoordelijk voor de desbetreffende regeling, het College voor zorgverzekeringen (CVZ) voor de uitvoering. Het CVZ legt op dit onderdeel over zijn taken van subsidieverlening jaarlijks verantwoording af in zijn verslag van werkzaamheden. Daarnaast verantwoordt het CVZ zich over het financieel beheer (geldstroom) in het «financieel jaarverslag over het beheer van de AK en AFBZ». Daarbij spreekt het zich uit over de rechtmatigheid van deze geldstroom.

De minister van VWS ziet toe op deze taak en oordeelt over de taakuitoefening bij de goedkeuring van dit jaarverslag. Een oordeel over het financieel beheer vindt plaats bij de goedkeuring van de verslaglegging daarover van het CVZ. De controle die de subsidieverlener uitoefent op besteding van subsidies door instellingen en de verantwoording hierover door de instelling is afhankelijk van de voorwaarden die zijn opgenomen in de subsidieregeling.

Zoals al aangegeven worden de jaarlijkse rapportages van CVZ en CTZ door de minister van VWS jaarlijks aan de Staten-Generaal aangeboden, vergezeld van een oordeel van de minister van VWS. Ook gaan de verantwoordingsdocumenten van de verschillende colleges naar de Staten-Generaal.

Bij het CVZ en het CTZ zijn de verantwoordingsdocumenten van de publieke zorgverzekeraars beschikbaar.

Bij het CTG zijn verschillende stukken beschikbaar die zicht bieden op de kosten van de zorg, maar dit betreft uitsluitend instellingen en het zijn geen verantwoordingsstukken op het niveau van de verzekering of voor het niveau van de minister.

Op het niveau van de zorgverzekeringen verleent de minister van VWS décharge aan het CVZ over het financieel beheer van de AK en AFBZ. In die zin is hiervan een finale afrekening per jaar beschikbaar.

Antwoord vraag 3.4

Kan een uitputtende lijst worden verschaft van de situaties in de periode 1994–2002 waarin het ministerie van VWS besteding of verantwoording van ter beschikking gestelde additionele middelen onverantwoord vond en hierop heeft ingegrepen, inclusief de motivatie waarom?

De gevraagde uitputtende historische lijst kan niet op instellingsniveau worden verschaft. Voor de volumegroei geldt dat deze wordt geraamd in de Zorgnota (voorheen het FOG, FOGM, FOZ en JOZ). Bij overschrijding van de raming kan de minister het CTG een beleidsregel (aanwijzing) geven om een budgettaire maatregel te treffen. Deze maatregel is meestal een generieke korting van het tarief (individuele beroepsbeoefenaren) of op budgetten (instellingen) in een bepaalde sector. Het voornemen tot een aanwijzing wordt voorgelegd aan de Tweede en Eerste Kamer, via de zogenoemde voorhangprocedure. Binnen het budget heeft de instelling ook dan bestedingsvrijheid. Dit betekent dat zij zelf prioriteiten kan stellen binnen het besteedbare budget. De minister heeft dus niet de mogelijkheid direct in te grijpen in de manier waarop de individuele instelling specifieke intensiveringen besteedt.

Controle vindt plaats door het CTG met het verzoek om nacalculatie. In de jaarverslagen van het CTG is een uitputtende lijst opgenomen van de wijzigingen in afzonderlijke beleidsregels van het CTG.

Het CVZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van de premiegefinancierde subsidies. Het CVZ verleent de subsidies aan de individuele ontvangers; daar hoort ook de bevoorschotting, de controle op naleving van de subsidievoorwaarden en de definitieve vaststelling bij. Het CVZ houdt geen uitputtende historische lijst bij van de redenen waarom het bij de definitieve vaststelling van de individueel verstrekte subsidies eventueel afwijkt van de voorlopige vaststelling.

Vanaf het jaar 2000 stelt de minister van VWS jaarlijks de Regeling subsidies AWBZ en ZFW vast. In deze regeling zijn alle subsidieregelingen en -voorwaarden opgenomen die in het kader van de AWBZ en de ZFW

kunnen worden verleend. Jaarlijks kan de minister van VWS een subsidieregeling heroverwegen, onder meer op grond van het behaalde resultaat. Er wordt geen uitputtende historische lijst bijgehouden van deze heroverwegingen. Een reconstructie van deze heroverwegingen zal, zeker voor de oudere jaren, behoorlijk arbeidsintensief zijn.

Antwoord vraag 3.5

Hebben zich tussen 1994 en 2002 in de vormgeving van toezicht op de uitgaven van extra zorgmiddelen significante veranderingen voorgedaan en met welk gevolg voor de aard van het toezicht?

Er hebben zich in de genoemde periode inderdaad veranderingen voorgedaan in de vormgeving van het toezicht. Deze veranderingen waren er echter niet specifiek op gericht toezicht te houden op de uitgaven van *extra* zorgmiddelen.

Vanaf 1999 wordt het toezicht gemoderniseerd. De eerste stap in dit proces was de scheiding van sturing en toezicht op de uitvoering van de zorgverzekeringen. Dit is gerealiseerd door de Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie (CTU) te verzelfstandigen binnen het geheel van het College voor zorgverzekeringen. In 2001 is de verzelfstandiging voltooid door de CTU om te vormen tot het College van toezicht op de zorgverzekeringen, het CTZ.

Ook in de visie op toezicht trad een verandering op die in de wetgeving is doorgevoerd. In plaats van dat de toezichthouder ter plaatse onderzoek doet bij de uitvoerders om vast te stellen of de verzekering wordt uitgevoerd zoals dat behoort, kreeg het uitvoeringsorgaan een wettelijke verantwoordingsplicht. In de nu gemoderniseerde opzet leggen de ziekenfondsen zelf verantwoording af over de uitvoering en hun inkomsten en uitgaven. Zij brengen daartoe een uitvoeringsverslag en een financieel verslag uit. Bij het financieel verslag moet het bestuur van het ziekenfonds een verklaring voegen van een extern accountant over de getrouwheid en rechtmatigheid ervan. Het CTZ beoordeelt deze verantwoordingsproducten onder meer op basis van een review van de werkzaamheden van de accountant die het ziekenfonds heeft ingeschakeld. De uitkomst van deze beoordeling legt het CTZ vast in een rapport per ziekenfonds. Voor de uitgaven bevestigt het CTZ dat ze rechtmatig zijn of stelt vast dat ze onrechtmatig zijn. Ook beoordeelt het college of de uitgaven al dan niet verantwoord zijn. De hoofdlijn is dat alleen verantwoorde uitgaven mogen worden gedekt met de financiële middelen van de ziekenfondsverzekering. Voor het toezicht op de uitvoering van de AWBZ geldt op hoofdlijnen hetzelfde wettelijke systeem, zij het dat de toepassing daarvan in de praktijk nog niet geheel op stoom is. Dit heeft te maken met de complexiteit van de huidige uitvoeringsorganisatie van de AWBZ.

Antwoord vraag 4.1

Beschikt uw ministerie over informatie – aangeduid in vergelijkbare jaarbeelden per sector en per doel – hoe de additionele middelen in algemene zin, per sector en per afzonderlijke instelling feitelijk zijn besteed?

Vraag 4.1 en vraag 5.1 worden in een gezamenlijke tekst beantwoord. Deze tekst is terug te vinden bij het antwoord op vraag 5.1.

Vraag 4.2

Op welk moment na afloop van het boekjaar – kreeg de minister deze informatie ter beschikking?

Bij VWS is niet bekend hoe de door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) op basis van de CTG-beleidsregels toegekende additionele middelen per instelling daadwerkelijk zijn besteed.

Wel beschikt VWS over gegevens over de uitgaven, de productie, de arbeidsmarkt en de wachtlijsten. Deze worden opgenomen in de financiële documenten. Hierna wordt eerst een overzicht gegeven van de financiële documenten. Vervolgens wordt ingegaan op de belangrijkste bronnen voor deze documenten.

Financiële documenten

Met betrekking tot de additionele middelen in het jaar t zijn verschillende financiële documenten van belang. Hierna is op chronologische wijze weergegeven welke documenten dit zijn en wanneer ze verschijnen. Het begint met de Zorgnota in september t-1, waarin een raming wordt opgenomen van de uitgaven in jaar t en het eindigt met het Jaarbeeld Zorg in mei t+1, waarin verantwoording wordt afgelegd over de uitgaven in jaar t.

- Zorgnota t-1 september
- Voorjaarsbrief Zorg t april/mei
- Najaarsbrief Zorg t november
- Voorlopige rekening t+1 februari¹
- Jaarbeeld Zorg t+1 mei

De gegevens in de financiële documenten

De gegevens voor deze financiële documenten komen uit verschillende bronnen. Hierna zijn de belangrijkste bronnen weergegeven voor de gegevens over de uitgaven, de productie, de arbeidsmarkt en de wachtlijsten. Per bron is de aanleverdatum weergegeven en worden eventuele opmerkingen vermeld.

Uitgaven

Data: uitgaven particulier verzekerden

Bron: Vektis

Aanleverdatum: 2 maanden na afsluiting kwartaal

Opmerking: Vektis heeft alleen de particuliere gegevens 2 maanden na afsluiting kwartaal (is ongeveer 80% van het totaal) binnen.

Data: uitgaven ziekenfondsverzekerden

Bron: College voor zorgverzekeringen (CVZ)

Aanleverdatum:

oktoberbrief jaar t (input voor Najaarsbrief jaar t) bevat raming op basis van:

realisatie eerste 6 maanden jaar t voor ziekenfondsverzekerden

realisatie eerste 8 maanden jaar t voor AWBZ.

decemberbrief jaar t bevat raming op basis van:

realisatie eerste 9 maanden jaar t voor ziekenfondsverzekerden

realisatie eerste 9 maanden jaar t voor AWBZ.

Conceptbrief premie advies (jaaraanlevering) maart jaar t+1 (input voor Jaarbeeld Zorg jaar t):

realisatie jaar t voor ziekenfondsverzekerden

realisatie jaar t voor AWBZ.

Opmerking: Gegevens transactiebasis gedeclareerd en bijgeschat.

¹ VWS maakt geen Voorlopige Rekening voor de zorg, maar levert wel in januari gegevens aan op basis van de decemberraming van het CVZ voor de EMU-rapportage van Financiën.

Data: uitgaven (bevoorschotting+nabetaling) AWBZ-sector
Bron: Centraal Administratie Kantoor bijzondere ziektekosten (CAK)
Aanleverdatum: Gegevens kunnen maandelijks na afloop van de maand worden aangeleverd.
Opmerking: Het CAK kan niet splitsen naar bevoorschotting en nabetaling.

Productieafspraken en gerealiseerde productie voor het jaar t

Data: productieafspraken en gerealiseerde productie per sector
Bron: CTG
Aanleverdatum: CTG-gegevens voor het jaar t

- Voorlopige budgetten jaar t	juni jaar t
- Productieafspraken jaar t	april jaar t
- Zeer voorlopige afrekening jaar t	januari/februari t+1 Input voor Kaderbrief jaar t+2
- Voorlopige afrekening jaar t	maart t+1 Input voor Voorjaars- brief t+1 en Jaarbeeld Zorgjaar t
- Afrekening jaar t	mei/juni t+1 Input voor Zorgnota jaar t+2
- Definitieve afrekening jaar t	mei/juni t+2 Input voor Zorgnota jaar t+3

Data: gerealiseerde persoonsgebonden budgetten (PGB's) in de AWBZ
Bron: Sociale Verzekeringsbank
Aanleverdatum: maandelijks na afloop van de maand

Data: gerealiseerde productie
Bron: Prismant
Aanleverdatum: maart
Opmerking: In het kader van het Jaarbeeld Zorg levert Prismant gerealiseerde productiecijfers aan. De realisatie cijfers in jaar t hebben hoofdzakelijk betrekking op jaar t-2.

Arbeidsmarkt

Data: werkgelegenheid
Bron: Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS)
Aanleverdatum: in juni t+1 (voorlopige) gegevens over jaar t

Data: ziekteverzuim
Bron: CBS en Vernet
Aanleverdatum: in juni t+1 (Vernet maart t+1) gegevens over jaar t

Data: arbeidsongeschiktheid
Bron: Uitvoeringsinstituut Werknemersverzekering (UWV)
Aanleverdatum: in juni t+1 (voorlopige) gegevens over jaar t

Data: vacatures
Bron: CBS
Aanleverdatum: in juni t+1 gegevens over jaar t

Data: CAO-lonen
Bron: CBS

Aanleverdatum: maandelijks

Data: deelname aan opleidingen

Bron: Prismant

Aanleverdatum: in juni t+1 gegevens over jaar t

Wachttijstontwikkelingen

Data: wachttijden algemene ziekenhuizen

Bron: NVZ-databank (databank van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen)

Aanleverdatum: na afloop van elke maand

Opmerking: De databank bevat alleen gegevens van algemene ziekenhuizen en niet van academische ziekenhuizen. Van de academische ziekenhuizen zijn geen gegevens voorhanden.

Data: wachttijden AWBZ

Bron: AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR)

Opmerking: Op dit moment wordt in de AWBZ-sector hard gewerkt aan het AWBZ-brede Zorgregistratiesysteem. Op dit moment is de eerste fase van het AZR-traject afgerond. De bedoeling is om in 2003 de tweede fase van het traject af te ronden (gegevensuitwisseling tussen RIO-zorgkantoor en tussen zorgaanbieder-zorgkantoor). In 2004 is het streven om ook de derde fase af te ronden (registratie op cliëntniveau van geïndiceerde en geleverde zorg), waarna het AZR-systeem operationeel is. Op dat moment kunnen uit het systeem voor alle AWBZ-sectoren de wachttijstgegevens worden gehaald. Tot die tijd maken de AWBZ-sectoren gebruik gemaakt van de afzonderlijke registratiesystemen (ZRS, ZORGIS, wachttijst-peilingen). Zie daarvoor ook de rest van deze paragraaf.

Data: wachttijden gehandicaptenzorg

Bron: Zorgregistratiesysteem (ZRS)

Aanleverdatum: twee maanden na peildata. De peildata zijn: 1 januari, 1 april, 1 juli, 1 oktober.

Opmerking: Er wordt onderscheid gemaakt tussen de wachttijd van de mensen op de wachtlijst en de wachttijd van mensen die geholpen zijn. In beide situaties wordt uitgegaan van de mediane wachttijd. Gegevens kunnen eens per maand worden geleverd.

Data: wachttijden geestelijke gezondheidszorg

Bron: ZORGIS en de Landelijke Databank Wachttijden GGZ. (De landelijke databank is technisch gezien onderdeel van ZORGIS, maar heeft een aparte beheersstructuur en bevat naast informatie over instellingen ook informatie over vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten).

Aanleverdatum: in de toekomst na afloop van elke maand

Opmerking: ZORGIS is op dit moment bezig met een flinke inhaalslag, omdat de vulling van het systeem met recente cijfers nog wat achterblijft bij de verwachtingen. Via verschillende wegen (onder andere extrapolatie en aanjagen individuele instellingen) wordt de vulling met recente cijfers zodanig verbeterd dat er hopelijk zo spoedig mogelijk betrouwbare en valide informatie uit ZORGIS en de Landelijke Databank Wachttijden GGZ te halen valt.

Aangezien ZORGIS nog niet goed gevuld wordt, is in januari 2003 een steekproef gedaan om zicht te krijgen op hoe de wachtlijsten in de GGZ zich ontwikkelen.

Data: wachttijden ouderenzorg

Bron: peilingen door organisatieadviesbureau HHM (Hoeksma, Homans en Menting)

Aanleverdatum: jaarlijks

Opmerking: Hierbij gaat het alleen om het aantal wachtenden.

Antwoord vraag 4.3

Heeft deze informatie de minister op enige manier aanleiding gegeven tot het maken van opmerkingen richting eerdergenoemde actoren, het geven van aanwijzingen in hun richting of het aanpassen van het beleid.

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 4.2 en 5.1 is bij VWS niet bekend hoe de door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) op basis van de CTG-beleidsregels toegekende additionele middelen per instelling feitelijk worden besteed. Op macroniveau is bij VWS wel bekend hoe de additionele middelen in algemene zin en per sector beschikbaar zijn gesteld en hoe de additionele middelen daadwerkelijk door het CTG zijn toegekend. Bij het CTG is bekend welke additionele middelen aan welke afzonderlijke instelling zijn toegekend¹.

Het CVZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van de premiegefinancierde subsidies. Het CVZ verleent de subsidies aan de individuele ontvangers; daar hoort ook de bevoorschotting, de controle op naleving van de subsidievoorwaarden en de definitieve vaststelling bij. Vanaf het jaar 2000 stelt de minister van VWS jaarlijks de «Regeling subsidies AWBZ en ZFW» vast. In deze regeling zijn alle subsidieregelingen en -voorwaarden opgenomen die in het kader van de AWBZ en de ZFW kunnen worden verleend. Jaarlijks kan de minister van VWS een subsidieregeling heroverwegen onder meer op grond van het behaalde resultaat.

Aanpassingen in beleid verlopen via de budgetcyclus (als beschreven in het antwoord op vraag 4.2.) De Zorgnota en het Jaarbeeld Zorg en de conclusies uit het debat daarover met de Staten-Generaal zijn bepalend voor wijzigingen in het beleid en het geven van aanwijzingen aan actoren (in hoofdzaak de ZBO's).

Antwoord vraag 4.4

Kan voor de periode 1994–2002 per sector worden aangegeven wat de feitelijke loonkostenstijging is geweest in die jaren en op welke wijze, en in welke mate de instellingen hiervoor zijn gecompenseerd?

Beschikbaarheid gegevens

Om de ontwikkeling van de feitelijke loonkosten te volgen zijn we op dit moment aangewezen op de Nationale Rekeningen (NR) van het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Het Centraal Planbureau (CPB) baseert zich voor de loonkostenontwikkeling ook op de NR. Het nadeel van de NR is dat er geen uitsplitsingen mogelijk zijn naar de verschillende branches. Het CBS is daar wel mee bezig, maar verwacht pas na 2005 meer gedetailleerde cijfers voor de zorgsector te kunnen presenteren.

Prismant beschikt ook over relevante loonkostengegevens. Deze gegevens zijn echter eigendom van de afzonderlijke instellingen en zonder de uitdrukkelijke toestemming van zijn branchevertegenwoordigers mag Prismant niets aan derden leveren. In overleg met Prismant wordt getracht deze relevante gegevens beschikbaar te krijgen.

Ontwikkeling loonkosten per uur

In tabel 4.4.1 wordt voor de periode 1995–2002 de ontwikkeling van de

¹ Zie ook antwoord op vraag 2.1: het betreft hier een zeer arbeidsintensieve reconstructie.

loonkosten per uur gepresenteerd. Naast het totaal van zorg en welzijn zijn ter vergelijking ook cijfers voor de marktsector en de beschikbare middelen (totaal van de overheidsbijdrage aan de arbeidskostenontwikkeling (OVA) in de tabel opgenomen.

Tabel 4.4.1 Loonkosten per uur, procentuele toename ten opzichte van het voorgaande jaar

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	Cum.
Marktsector*	1,2	1,1	2,8	4,3	3,8	5,0	5,6	5,0	32,4
Zorg en welzijn*	1,8	1,9	- 0,1	5,8	4,1	4,0	4,2	5,0	29,8
OVA (excl. Van Rijn)	1,0	2,2	2,6	3,7	4,1	4,0	4,6	5,3	31,3

* Bron: Nationale Rekeningen

Vraag 4.1

Beschikt uw ministerie over informatie – aangeduid in vergelijkbare jaarbeelden per sector en per doel – hoe de additionele middelen in algemene zin, per sector en per afzonderlijke instelling feitelijk zijn besteed?

Vraag 5.1

Kan een zo volledig mogelijk overzicht worden gegeven, per sector, per doel en per tijdvak, van de resultaten van de inzet van deze middelen, uitgesplitst naar gerealiseerde output (zo mogelijk in verschillende productietermen) en outcome?

Besteding volumemiddelen en de resultaten

Bij VWS is niet bekend hoe de door het College tarieven gezondheidszorg (CTG) op basis van de CTG-beleidsregels toegekende additionele middelen per instelling daadwerkelijk zijn besteed.

Op macroniveau is bij VWS wel bekend hoe de additionele middelen in algemene zin en per sector beschikbaar zijn gesteld en hoe de additionele middelen daadwerkelijk door het CTG zijn toegekend.

Bij het CTG is bekend welke additionele middelen aan welke afzonderlijke instelling zijn toegekend. De toekenning door het CTG gebeurt op basis van de CTG-beleidsregels en het jaarverslag van de instelling. Hierna wordt ingegaan op de toekenning van de additionele middelen per sector.

In de periode 1994–2002 bedroeg de totale groei van de netto BKZ-uitgaven ruim € 15,6 miljard. Voor € 7,1 miljard ging het daarbij om nominale ontwikkeling en voor € 8,3 miljard om volumegroei. Van de volumegroei was ruim 30% nodig om de gevolgen van de geraamde demografische ontwikkeling op te vangen, zoals aangegeven in de beantwoording van vraag 1.1.

De volumegroei kan worden onderverdeeld in de volgende categorieën: wachtlijstmiddelen, werkdrukmiddelen, beheer en administratie, kwaliteit en overig. De toedeling heeft zo zorgvuldig mogelijk plaatsgevonden. Hierna wordt op hoofdlijnen per categorie (wachtlijstmiddelen, werkdrukmiddelen, beheer en administratie, kwaliteit en overig) ingegaan op de vraag hoe de volumemiddelen aan de verschillende sectoren zijn toegekend en tot welk resultaat dat heeft geleid.

Voordat op de aanwending van de volumemiddelen wordt ingegaan, dient te worden opgemerkt dat in het verleden gegevens niet altijd op dezelfde wijze geregistreerd zijn. De reden hiervoor is dat de aard en omvang van

de informatiebehoefte en informatieverzameling in de afgelopen jaren is veranderd.

De afgelopen jaren is hard gewerkt aan vergroting van de transparantie van de zorgsector. In het begin van de periode lag het accent in het beleid op kostenbeheersing. Er was toen vooral behoefte aan inzicht in de financiële middelen en de productiegegevens in relatie tot de gemaakte productieafspraken. De nadruk lag daarom op de verbetering van de informatie over de uitgaven in de verschillende deelsectoren.

De laatste jaren is de informatiebehoefte verschoven naar de financiële middelen en productiegegevens in relatie tot de zorgvraag, waaronder wachtlijstgegevens. Tijdens Paars II is daarom veel aandacht besteed aan de verbetering van informatie over wachttijden, zorgproductie en allerlei facetten van het zorgaanbod, onder andere in het kader van de meerjarenafspraken.

Het inzicht in productiegegevens in relatie tot de vraag wordt steeds beter, onder andere door de ontwikkeling van adequate productdefinities. Hierbij valt te denken aan de nieuwe producttyperingen in de AWBZ-sectoren en de ontwikkeling van diagnose-behandelcombinaties (DBC's) voor de ziekenhuissector. Deze trajecten zijn nog niet afgerond.

Wat betreft de wachtlijstgegevens in de ziekenhuissector is in 1996 begonnen met het bijhouden van de wachtlijsten en wachttijden. Sinds 2000 bestaat in de ziekenhuissector een Databank wachttijden en wachtlijsten, genaamd NVZ-databank (databank van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen). Een gedeelte van deze databank is toegankelijk voor het publiek via internet, zodat elke burger kan zien welke wachttijden gelden voor welk ziekenhuis en specialisme. De beleidsinformatie is voor een beperkte groep toegankelijk. De databank levert input voor beleidsanalyses over wachttijden en wachtlijsten.

Voor de AWBZ-zorg geldt dat voor de gehandicaptenzorg sinds 1996 het Zorgregistratiesysteem (ZRS) in de lucht is. In de geestelijke gezondheidszorg en de ouderenzorg zijn er periodieke onderzoeken. Dankzij het ZRS-systeem en de periodieke onderzoeken is er inmiddels een goed beeld van de wachttijden per deelsector en van de omvang van wachtlijsten in de AWBZ. Ook de vraag naar zorg komt steeds beter in beeld. Op dit moment wordt in de AWBZ een AWBZ-brede Zorgregistratie (AZR) opgezet, met als doel een landelijk werkend systeem van gegevensverzameling en -uitwisseling over de uitvoering van de AWBZ tussen Regionale Indicatieorganen (RIO's), zorgkantoren en zorgaanbieders.

I Wachtlijsten /productie

Sinds 1998 zijn extra middelen beschikbaar gesteld om de wachtlijsten in de zorg weg te werken. Sinds eind 2000 gebeurt dit in het kader van het Actieplan Zorg Verzekerd op basis van het «boter-bij-de-vis principe» (in de geestelijke gezondheidszorg geldt het «boter-bij-de-vis principe» sinds januari 2003). Door de extra middelen was het mogelijk om extra productie te genereren. Deze extra productie is echter niet alleen nodig om de wachtlijsten terug te dringen, maar ook om de gevolgen van de vergrijzing op te kunnen vangen en om te kunnen voldoen aan de latente vraag.

Naast de sinds 1998 extra beschikbare wachtlijstmiddelen dragen ook de reguliere productiemiddelen eraan bij dat de wachttijden en de wachtlijsten korter worden.

Voor het beoordelen van de omvang van het totaal aan geleverde extra zorg is het onderscheid tussen wachtlijstmiddelen en reguliere productiemiddelen niet relevant. Hoofdzaak is dat de zorg die nodig is, gerealiseerd wordt. Deze middelen moeten daarom hier samengenomen worden. Overigens is niet alleen de hoeveelheid productiemiddelen bepalend voor het wegwerken en voorkomen van wachtlijsten. De zorg heeft ook door doelmatiger werken zijn productie opgevoerd. Tabel 5.1.1 geeft een overzicht van de extra wachtlijst-/productiemiddelen per (deel)sector.

Tabel 5.1.1 Extra wachtlijst-/productiemiddelen naar sector (in miljoen euro's)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventie				0	3	11	31	29
Curatieve zorg extramuraal	- 25	- 5	19	49	77	88	118	141
Curatieve zorg intramuraal	121	201	311	418	509	656	926	1 401
Curatieve zorg overig	5	11	24	26	29	41	51	58
Geneesmiddelen								
Geestelijke gezondheidszorg	34	42	98	180	217	238	332	418
Gehandicaptenzorg	48	82	136	176	214	281	536	948
Hulpmiddelen								
Ouderenzorg	60	104	206	323	412	732	1 158	1 833
Beheer zorgverzekeringen				- 8	- 12	- 12	- 10	18
Totaal	242	436	795	1 165	1 448	2 036	3 142	4 846

Hierna wordt per sector in kort bestek de wachtlijstaanpak beschreven, de ontwikkeling van de productie en de ontwikkeling van de wachttijden en wachtlijsten. Voor de cijfers met betrekking tot de productie- en wachtlijstontwikkeling per sector wordt verwezen naar bijlage 11. Bijlage 11 is onder andere gebaseerd op de financiële verantwoordingsdocumenten (Financieel Overzicht Zorg, Jaarbeeld Zorg, Zorgnota) en de brancherapporten.

Curatieve zorg

Aanpak: In de intramurale curatieve zorg is het wachtlijstbeleid gericht geweest op extra productie. In dit kader is dankzij de mogelijkheden van Actieplan Zorg Verzekerd sinds 2000 een capaciteitsuitbreiding totstandgekomen (extra specialistenplaatsen en agio's). Daarnaast zijn zorgvernieuwing en doelmatigheid bevorderd en zijn specifieke wachtlijstsituaties aangepakt.

Productie: De wachtlijstaanpak heeft geleid tot extra productie.

De productie van de algemene en academische ziekenhuizen is over de periode 1994–2001 toegenomen. Er heeft door medisch-technologische ontwikkelingen een verschuiving plaatsgevonden van kliniek naar dagbehandeling. Steeds vaker wordt de minder zware klinische patiënt in dagopname geholpen. Daardoor lopen de klinische opnamen sinds 1994 terug en is het aantal dagopnamen substantieel gestegen. Per saldo is er sprake van een groei van het aantal opnamen van 178 000 in de algemene ziekenhuizen in de periode 1994–2002.

De gemiddelde verpleegduur vertoont een daling.

Het aantal eerste polikliniekbezoeken is aanzienlijk toegenomen, terwijl het aantal herhaalbezoeken is gedaald.

Uit deze doelmatigheidskengetallen (klinische opnamen versus dagopnamen, verpleegduur, herhaalbezoeken) blijkt dat de efficiency in ziekenhuizen is toegenomen.

Wachtlijst: Als gevolg van het gevoerde wachtlijstbeleid worden de

meeste patiënten tegenwoordig binnen de Treeknorm geholpen en dalen de wachttijden nog steeds verder. Het aantal wachtenden is sinds 1998 met circa 4 000 mensen gedaald van 148 000 in 1998 naar 144 000 in 2002.

Gehandicaptenzorg

Aanpak: In de gehandicaptensector heeft bij het wachtlijstbeleid de nadruk gelegen op een cliëntgerichte, individuele aanpak via een persoonsvolgende bekostiging of een persoonsgebonden budget. Verder is extra zorg gerealiseerd door uitbreiding van semi-murale woonvoorzieningen. De wachtlijstaanpak is eveneens gekoppeld aan zorgvernieuwing en doelmatigheid.

Productie: De wachtlijstaanpak heeft geleid tot extra productie. De extra productie wordt gemeten in extra geholpen cliënten met een PVB, met een PGB, extra plaatsen door middel van bouw (voornamelijk in het kader van de Tijdelijke verstrekkingswet maatschappelijke dienstverlening) en voor de verstandelijk gehandicapten nog specifiek de toeslagen voor sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapten.

Als gevolg van de substitutie naar semi-murale zorg en de wachtlijstaanpak is de productie in de semi-murale gehandicaptenzorg de afgelopen jaren sterk gestegen.

In de gehandicaptenzorg is sinds de start van het Actieplan Zorg Verzekerd in mei 2000 aan ruim 31 000 mensen met een verstandelijke of lichamelijke beperking extra zorg aangeboden. Naast deze extra zorg hebben 9 537 personen met een handicap hun hulpvraag laten verduidelijken door een sociaal pedagogische dienst.

Wachtlijst: Ondanks dat de gerealiseerde productie fors is toegenomen, is de wachtlijst in 2002 voor alle zorgproducten gegroeid ten opzichte van eerdere jaren. De groei van de wachtlijst komt door de grote stijging van het aantal indicaties. De gerealiseerde wachtlijstproductie brengt een aanzuigende werking met zich mee, waardoor latente vraag zichtbaar wordt.

Het aantal wachtenden bij wonen en dagbesteding is in 2002 voor het eerst sinds 31 december 1999 weer gestegen. Het aantal wachtenden ligt nog altijd onder het niveau van 31 december 1999. De sterkste stijging van het aantal wachtenden doet zich voor bij de meer kortdurende, vernieuwende vormen van zorg, zoals ambulante zorg en kort verblijf.

Verpleging, verzorging en ouderen

Aanpak: In de sector verpleging, verzorging en ouderen is het wegwerken van de wachtlijsten gekoppeld aan de bouw van extra verpleeghuisplaatsen en extramuralisering van verzorgingshuiszorg. Daarnaast wordt capaciteitsuitbreiding van de thuiszorginstellingen mogelijk gemaakt. De extramuralisering sluit aan bij de wensen van mensen om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen. Om dit mogelijk te maken moeten extra zorgwoningen worden gebouwd. Het neemt vaak enige jaren in beslag om plannen waar bouw aan te pas komt, te realiseren.

Productie: Het wachtlijstbeleid is terug te zien in de productie.

De bouw van extra verpleeghuisplaatsen heeft ertoe geleid dat de klinische opnamen en dagopnamen in de psychogeriatric zijn gestegen. De somatische verzorging is stabiel.

Het wachtlijstbeleid gericht op de extramuralisering uit zich onder andere in het feit dat in de verzorgingshuizen het aantal bewoners afneemt, maar dat de kortdurende opname en de dagverzorging stijgt. Verder is het aantal verleende uren zorg thuis en het aantal PGB's de afgelopen jaren sterk gestegen. Met andere woorden: de groeiende zorgbehoefte wordt met extramurale zorg opgevangen. Dit sluit aan bij de wens van mensen

om zo lang mogelijk thuis te wonen en bij het streven zorg op maat te leveren.

Wachttijst: Als gevolg van het gevoerde wachtlijstbeleid is het aantal wachtenden in de sector gedaald van 101 677 in mei 2000 naar 74 382 in november 2002. De sterkste daling van het aantal wachtenden heeft zich voorgedaan in de zorg thuis. In deze sector wordt de Treeknorm over het algemeen niet gehaald. Hierbij moet wel opgemerkt worden dat het hier alleen gegevens betreft van de mensen die op de peildatum op de wachtlijst staan. Hierdoor wordt het aantal mensen dat binnen de Treeknorm wordt geholpen, systematisch onderschat.

In de *verpleeghuiszorg* zijn de wachttijden en is het aantal wachtenden stabiel. De wachttijd voor een opname in de psychogeriatric is duidelijk afgenomen van 43 weken in maart 2001 naar 35 weken in november 2002. Het aantal wachtenden zonder overbruggingszorg is echter sterk toegenomen van 2 881 in mei 2000 naar 3 780 in november 2002.

Voor de *verzorgingshuiszorg* zijn de wachttijden en is het aantal wachtenden gedaald. Het aantal wachtenden is gedaald van 36 044 in mei 2000 naar 33 029 in november 2002.

In de *zorghuis* zijn de wachttijden voor verzorging en algemene en huishoudelijke dagelijkse levensverrichtingen afgenomen, terwijl de wachttijden voor advies, instructie en voorlichting, de alphahulpverlening en de (gespecialiseerde) verpleging zijn gestegen. Het aantal wachtenden in de zorg thuis is gedaald van 54 258 in mei 2000 naar 31 835 in november 2002.

Geestelijke gezondheidszorg

Aanpak: In de geestelijke gezondheidszorg (ggz) is het beleid erop gericht om de vermaatschappelijking te stimuleren. Bij het wegwerken van de wachtlijsten ligt de nadruk dan ook op de ambulante zorg (Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG), vrijgevestigde psychotherapeuten, vrijgevestigde psychiaters). Daarnaast is het sinds enkele jaren een speerpunt van het beleid de eerstelijns GGZ (huisarts, eerstelijnspsycholoog en Algemeen Maatschappelijk werk) te versterken. Verder wordt eraan gewerkt de erg lange wachttijden voor beschermd wonen terug te dringen, onder meer door uitbreiding van de capaciteit van Regionale Instellingen voor Beschermd Wonen (RIBW's) te realiseren.

Productie: Het wachtlijstbeleid is terug te zien in de productie.

In de geestelijke gezondheidszorg hebben er meer klinische opnamen plaatsgevonden, maar de gemiddelde opnameduur is sterk afgenomen van 182 dagen in 1994 naar 126 dagen in 2001. Dit ondanks het feit dat de geestelijke gezondheidszorg tot 1 januari 2003 geen «boter-bij-de-vis principe» kende.

De dagbehandelingen en de ambulante contacten laten een duidelijke stijging zien.

Het aantal bewoners in een RIBW is licht gestegen. Dit is een direct gevolg van de wachtlijstmiddelen die zijn ingezet voor RIBW's.

Het aantal hulpverleningscontacten van Centra voor Alcohol en Drugs (CAD's) is sterk gedaald. Dit is een gevolg van fusies tussen CAD's en AWBZ-instellingen die poliklinische verslavingszorg leveren.

Wachttijst: Als gevolg van het gevoerde wachtlijstbeleid is het aantal wachtenden (exclusief forensische psychiatrie) in de geestelijke gezondheidszorg gedaald van 76 681 per 1 januari 2001 naar 75 100 per 1 januari 2003. De grootste daling van het aantal wachtenden heeft zich voorgedaan bij de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten van 5 434 op 1 januari 2001 naar 3 600 wachtenden op 1 januari 2003. Dit is een daling van 34%.

De wachttijd in de geestelijke gezondheidszorg is stabiel. Alleen de wachttijd voor ouderen is licht gedaald. De Treeknorm wordt niet gehaald.

II Werkdrukmiddelen en arbeidsmarkt

Centraal in het arbeidsmarktbeleid van VWS staat de aansluiting van vraag naar en aanbod van personeel in de zorg- en welzijnssector. Het arbeidsmarktbeleid dient in de eerste plaats de tekorten weg te werken, zodat de dienstverlening niet in het gedrang komt. Daarnaast dient de sector aantrekkelijk te blijven zodat deze volwaardig met de marktsector kan concurreren op de arbeidsmarkt.

In de afgelopen jaren zijn middelen beschikbaar gesteld voor het werkdrukbeleid in het kader van de meerjarenafspraken, het uitvoeren van de arbeidsmarktconvenanten (Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector en Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening) en sinds 2001 voor de viersporenaanpak (naar aanleiding van het rapport van de commissie-Van Rijn). Tabel 5.1.2 geeft een overzicht van de werkdrukmiddelen per (deel)sector.

Tabel 5.1.2 Werkdrukmiddelen (in miljoen euro's)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventie								
Curatieve zorg extramuraal	18	37	55	55	70	101	190	274
Curatieve zorg intramuraal	30	28	27	30	50	61	167	264
Curatieve zorg overig		5	5	1	7	20	57	57
Geneesmiddelen								
Geestelijke gezondheidszorg	1	5	5	6	14	14	42	67
Gehandicaptenzorg	7	11	11	36	41	56	72	93
Hulpmiddelen								
Ouderenzorg	31	38	38	104	165	262	420	562
Beheer	3	10	5	- 11	16	70	147	160
Totaal	90	135	148	221	363	584	1 095	1 476

De werkdrukmiddelen in het kader van de zogenoemde meerjarenafspraken zijn via de CTG-beleidsregels in de instellingsbudgetten verwerkt.

De middelen in het kader van de arbeidsmarktconvenanten zijn via de sectorfondsen beschikbaar gesteld. Voor de sectorfondsen geldt dat ze jaarlijks een activiteitenplan indienen bij VWS met daarin de activiteiten per speerpunt. VWS toetst het activiteitenplan waarna de subsidie verleend wordt. Na afloop van het subsidiejaar leggen de sectorfondsen financieel en inhoudelijk verantwoording af.

De Van Rijn-middelen zijn grotendeels via de CTG-beleidsregels in de instellingsbudgetten verwerkt en voor het overige via de sectorfondsen verdeeld.

Instellingen bekostigen hun werkdrukbeleid uit verschillende bronnen: via de sectorfondsen op basis van subsidieregelingen, via de instellingsbudgetten op basis van CTG-beleidsregels. Door deze verschillende financiële stromen is het niet goed mogelijk om geïsoleerd te verantwoorden hoe de werkdrukmiddelen via de instellingsbudgetten zijn aangewend. Er bestaat wel inzicht in de aanwending van de totale werkdrukmiddelen. In de zorg thuis en de verpleeg- en verzorgingshuizen is bijvoorbeeld een Protocol Werkdrukmiddelen door de betrokken

partijen opgesteld. Volgens dit protocol dienen instellingen plannen in bij het zorgkantoor over de aanwending van de werkdrukmiddelen. Op deze manier ontstaat een globaal idee van de aanwending.

Bij de inzet van het arbeidsmarktbeleid spelen de sociale partners een hoofdrol. Werkgevers en werknemers zijn primair verantwoordelijk voor het arbeidsmarkt- en arbeidsvoorwaardenbeleid. Zij sluiten de CAO's af waarin afspraken worden gemaakt over beloning, opleiding en scholing, kinderopvang en andere arbeidsmarktgerelateerde onderwerpen. Er zijn afspraken gemaakt over functiedifferentiatie, stagevergoeding, kinderopvang en employability.

Het management van de instelling is verantwoordelijk voor de aanpak van de werkdruk. Instellingen kunnen immers zelf het beste bepalen hoe zij in hun specifieke (regionale) situatie de werkdruk op de meest effectieve wijze kunnen aanpakken.

Het is van belang inzicht te hebben in de ontwikkeling van de werkdruk en de verschillende factoren die hierop van invloed zijn. De volgende parameters geven hier enig inzicht in:

- ontwikkeling van de ervaren werkdruk;
- het aantal werkzame personen in (effectieve) fte's per sector;
- de ziekteverzuimontwikkeling;
- de instroom in de WAO;
- de uitstroom uit de WAO.

In alle zorgbranches is de ervaren *werkdruk* tussen 1998 en 2000 afgenomen. De mate waarin medewerkers zeggenschap hebben over de eigen werkzaamheden wordt veelal gezien als een belangrijke indicator voor de ervaren werkdruk. De ontwikkelingen tussen 1998 en 2002 zijn op dit vlak over het algemeen positief, maar minder uitgesproken dan bij de ervaren werkdruk. Over het algemeen is de zeggenschap over de eigen werkzaamheden licht toegenomen.

Het *aantal fte's* in de zorg- en welzijnssector is toegenomen van 569 400 fte in 1995 tot 732 700 fte in 2002, wat een stijging van 29% betekent. Voor de Nederlandse economie als geheel is dit cijfer 15% (van 5 662 600 fte in 1995 tot 6 521 000 fte in 2002).

In de periode 1996–1999 is het *ziekteverzuim* exclusief zwangerschapsverlof toegenomen van 6,7% naar 7,8%. Er zijn toen werkdrukmiddelen naar de sector gegaan. Mede als gevolg van de extra inzet van deze werkdrukmiddelen en de sectorfondsmiddelen en de Van Rijn-middelen is het ziekteverzuim vanaf 2000 weer aan het dalen tot 7,0% in 2002. Voor de Nederlandse economie schommelt het ziekteverzuim exclusief zwangerschapsverlof sinds 1999 tussen de 5,0% en 5,5%.

Verder is de *WAO-instroomkans* in de zorg en welzijnssector in de periode 1995 tot 1998 toegenomen van 1,7% naar 1,9% en is deze gedaald naar 1,8% in 1999 om vervolgens weer te stijgen naar 1,9% in 2001. In 2002 is de WAO-instroomkans in de zorg- en welzijnssector weer afgenomen tot 1,7%.

Voor de Nederlandse economie als geheel is de WAO-instroomkans in de periode 1995 (1,1%) tot 1998 (1,6%) ook toegenomen om via een daling in 1999 (1,4%) weer te stijgen tot 1,5% in 2001. In 2002 is de WAO-instroomkans net als in de zorg gedaald en wel tot 1,3%.

De *WAO-uitstroomkans* voor de zorg- en welzijnssector is in de periode 1995–2000 gedaald van 15,1% naar 8,3% en sinds 2000 langzaam maar zeker weer toegenomen naar 10,2% in 2002.

Voor de Nederlandse economie als geheel vond in de periode 1995–1997 een daling plaats van de *WAO-uitstroomkans* van 12,2% naar 9,1%. Na een lichte schommeling tussen de 9% en 10% is de *WAO-uitstroomkans* voor de Nederlandse economie als geheel 9,3% in 2002.

De vacaturegraad in de zorg- en welzijnssector is vanaf 1995 tot 2001 toegenomen van 0,8% tot 2,2% en in 2002 gedaald naar 1,8%. Voor de Nederlandse economie als geheel is de vacaturegraad in dezelfde periode gestegen van 1,0% tot 2,8% in 2000 en vervolgens gedaald naar 1,5% in 2002.

In 2002 heeft het CTG op verzoek van VWS een beleidsregel opgesteld om extra arbeidsplaatsen te vergoeden voor vijf wachtlijstgerelateerde opleidingen in algemene ziekenhuizen. Het betreft de opleiding voor IC-verpleegkundige, dialyseverpleegkundige, operatieassistent, anesthesie-assistent en radiodiagnostisch laborant.

III Beheer en administratie

Dit zijn de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor beheerskosten. Bij de verschillende zorgsectoren gaat het hierbij om extra geld voor verbetering van registraties, voor indicatiestelling, onderzoeken, ict-investeringen en vergoeding van additionele uitvoeringskosten bij instellingen.

In de sector «beheer zorgverzekeringen» gaat het om wijzigingen in de budgetten beheerskosten ZFW en AWBZ, de inningskosten van premies en eigen bijdragen en de beheerskosten van de ZBO's.

Tabel 5.1.3 Beheer en administratie (in miljoen euro's)¹

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventie								
Curatieve zorg extramuraal	3	4	4	4	4	4	4	4
Curatieve zorg intramuraal								
Curatieve zorg overig						2	1	3
Geneesmiddelen								
Geestelijke gezondheidszorg							3	3
Gehandicaptenzorg						2	2	11
Hulpmiddelen								
Ouderenzorg		9	4	9	11	12	40	20
Beheer		5	12	11	55	54	61	64
Totaal	3	17	19	24	69	74	112	104

¹ In sommige gevallen zijn algemene middelen voor beheer- en administratie geboekt bij die sector waar het zwaartepunt van de desbetreffende maatregel lag.

IV Kwaliteit /overig

In de afgelopen periode is in de zorg ook geld beschikbaar gekomen om de kwaliteit te verbeteren. Omdat genees- en hulpmiddelen niet aan een van de andere categorieën kunnen worden toegerekend, zijn deze onder de categorie «kwaliteit» geschaard, omdat het hoofddoel van de budgettaire groei in deze twee sectoren op de kwaliteit ligt. Daarbij moet

aangetekend worden dat bij genees- en hulpmiddelen ook sprake is geweest van een forse stijging in aantallen.

Onder de post «overig» vallen de middelen die een bijdrage leveren aan de voorgaande categorieën, maar die hier niet nader aan toe te rekenen zijn.

Over verbetering van kwaliteit van de zorg kunnen minder gemakkelijk kengetallen gepresenteerd worden dan over de hiervoor gepresenteerde categorieën. Representatieve voorbeelden van kwaliteitsverbeteringen in de periode vanaf 1994 zijn:

Vraagsturing:

- zorgvernieuwingsactiviteiten om zorg op maat te bieden;
- consultantenteams in de gehandicaptenzorg, die consultaties verrichten en adviezen geven aan (verstandelijk) gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek, autisme en niet-aangeboren hersenletsel;
- hulpvraagverduidelijking door de Sociaal pedagogische dienst (SPD), waardoor de cliënt beter zijn zorgbehoefte in kaart kan brengen en in zorg kan omzetten.

Privacy en ruimte in de ouderenzorg en gehandicaptenzorg:

- toename van het aantal een- en tweepersoonskamers in verpleeghuizen;
- toename van de ruimte per wooneenheid in verzorgingshuizen, per verblijvende in verpleeghuizen;
- afname groeps grootte en slaapkamers met meer bedden in de gehandicaptenzorg;
- levering palliatieve zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.

Vermaatschappelijking van de zorg:

- geleidelijke overgang van intramurale voorzieningen naar semi-murale en decentrale voorzieningen in de psychiatrie, gehandicaptenzorg en ouderenzorg, waardoor mensen langer thuis kunnen blijven wonen;
- doorstroming van dagbesteding naar betaald werk in de gehandicaptenzorg.

Technologische ontwikkelingen:

- toegenomen behandelmogelijkheden voor ouderen aan hart- en vaatziekten, bewegingsapparaat en de ogen;
- toepassing van implantaten die doofheid verminderen;
- introductie van de beeldtelefoon voor doven;
- introductie van voorleesapparatuur en de 40-cellige brailleleesregels voor blinden en slechtzienden;
- introductie van de robotarm, waardoor een gebruiker zelfstandiger kan functioneren;
- technologische ontwikkelingen, waardoor meer ingrepen in dagopname of op de polikliniek gebeuren;
- bespoediging aanvang revalidatie van mensen die een CVA gehad hebben, door snelle doorstroming van het ziekenhuis naar een verpleeghuis, opdat ze zo spoedig mogelijk kunnen revalideren.

Nieuwe geneesmiddelen: introductie van nieuwe geneesmiddelen voor nog onbehandelbare ziektes, of voor sterke verbetering van bestaande behandelingen.

Kwaliteitsprogramma's.

Naast de middelen voor kwaliteit die verwerkt zijn in onderstaande tabel, zijn ook kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd met reguliere middelen. Veel van de kwaliteitsverbeteringen zijn bijvoorbeeld betaald uit de ruimte die beschikbaar was om prijsstijgingen op te vangen. Zo worden kosten van vervanging en renovatie van gebouwen gerekend tot de prijsstijging in de zorg. Hierbij is ook sprake van kwaliteitsverbetering. Bij vervanging

en renovatie wordt immers rekening gehouden met moderne zorgbeginselen.

Verder is, los van de extra beschikbaar gestelde middelen, binnen bestaande budgetten sprake van kwaliteitsverbetering, omdat er overall sprake is van innovatie van de zorgverlening. De verschuiving van opname naar dagopname en poliklinische behandeling is hiervan een voorbeeld.

Tabel 5.1.4 Kwaliteit / overig (in miljoen euro's)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventie	27	36	37	48	44	48	37	188
Curatieve zorg extramuraal	- 605	- 751	- 741	- 736	- 754	- 731	- 693	- 583
Curatieve zorg intramuraal	- 65	- 79	- 86	- 71	- 30	52	216	38
Curatieve zorg overig	33	43	40	59	79	101	202	179
Geneesmiddelen	59	212	393	573	814	952	1 168	1 481
Geestelijke gezondheidszorg	- 2	19	5	25	6	69	86	111
Gehandicaptenzorg	14	32	39	40	73	145	142	122
Hulpmiddelen	63	63	81	185	161	146	188	260
Ouderenzorg	46	66	23	46	59	63	19	47
Beheer	26	- 2	22	20	12	32	42	49
Totaal	- 403	- 361	- 187	188	465	879	1 408	1 893

Bij de bedragen voor kwaliteit/overig in tabel 5.1.4 gaat het bij de curatieve intramurale zorg naast kwaliteit vooral om een aantal technische mutaties. De forse min bij curatieve extramurale zorg is het gevolg van enkele pakketverkleiningen waartoe onder het vorige kabinet besloten is (onder andere beperkte vergoeding fysiotherapie en tandarts). De extra uitgaven voor curatieve zorg overig zijn vooral voor de invoering van DBC's.

De extra uitgaven in de geestelijke gezondheidszorg betreffen vooral maatschappelijke opvang. De plus bij de gehandicaptenzorg in 2000 betreft de additionele kosten van de wachtlijstaanpak. De toename van de uitgaven bij de ouderenzorg in 2001 gaat voor het grootste deel naar de zorg thuis, vooral voor versterking van de mantelzorg.

Bij zowel de geneesmiddelen als de hulpmiddelen is, naast de toename van de kwaliteit, ook de gestegen consumptie een verklaring voor de extra uitgaven.

Het grootste deel van de middelen voor preventie gaat naar specifieke preventieactiviteiten (bijvoorbeeld vaccinatie) en Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en). De reeks bij beheer wordt grotendeels veroorzaakt door de ontwikkeling van de beheerskosten van particuliere zorgverzekeraars.

Tot slot zijn de incidentele negatieve bedragen ook het gevolg van onderuitputting in een bepaald jaar. Deze middelen zijn steeds structureel voor de zorg behouden gebleven.

Antwoord vraag 5.2

Heeft deze informatie de minister aanleiding gegeven tot het ondernemen van actie, en zo ja, welke actie(s)?

In zijn algemeenheid geldt dat de Zorgnota, de blik vooruit, en de uitkomsten van het debat daarover met de Staten-Generaal met elkaar richtinggevende uitspraken vormen over de aanwending van beschikbare middelen. De minister van VWS zet de tot zijn beschikking staande

(wettelijke) middelen in om de gewenste uitkomsten ook daadwerkelijk te realiseren.

Acties die de minister van VWS onderneemt vinden over het algemeen plaats in het kader van de budgetcyclus.

De overgang van een aanbodgericht naar een vraaggestuurd systeem uit zich onder andere in de volgende activiteiten:

1. Meerjarenafspraken, om de actoren meer inbreng te geven in het beleid en om tegenprestaties vast te leggen voor de extra beschikbaar gestelde middelen.
2. De notitie «Speelruimte en verantwoordelijkheid» met betrekking tot de WTG (TK 1999/2000 27 156 nr.1, nr.2 en nr. 3). De notitie bevat voornemens en maatregelen die moeten leiden tot:
 - a. vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de in a) vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen,
 - b. aanpassing van de bekostiging van instellingen met het oog op een betere aansluiting op de werkelijke kostenstructuur, meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen over prijs, doelmatigheid en kwaliteit,
 - c. beperking van de reikwijdte van de WTG,
 - d. deregulering en groot onderhoud van de WTG en
 - e. afstemming op de mededingingswetgeving.
3. Actieplan Zorg Verzekerd, waarin is afgesproken dat instellingen extra productie mogen afspreken met de zorgverzekeraars om de wachtlijsten te bestrijden en dat het instellingsbudget daarop wordt aangepast («boter-bij-de-vis-principe» of de «geclausuleerde open-einde-financiering»)
4. «vraag aan bod», het aankondigen van een nieuw zorgstelsel.
5. Voorbereiding functiegerichte bekostiging AWBZ en Diagnose Behandel Combinaties in de Curatieve Zorg.

Bijgaand doe ik u de antwoorden toekomen op de vragen van uw
Commissie d.d. 23 oktober 2003.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

1.

Een groot deel van de groei van de netto BKZ-uitgaven is het gevolg van de nominale ontwikkeling. Kan de minister aangeven hoe de feitelijke jaarlijkse nominale ontwikkeling was per sector, zowel in euro's als in procenten?

In onderstaande tabel staat de feitelijke jaarlijkse cumulatieve ontwikkeling van de netto-BKZ uitgaven in euro's ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties. Voor de totale netto-BKZ uitgaven geldt dat de netto-BKZ uitgaven in 2002 met 7 132 miljoen euro zijn toegenomen ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties. Voor bijvoorbeeld de sector gezondheidsbevordering en -bescherming geldt dat de netto-BKZ uitgaven met 94 miljoen euro zijn toegenomen ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties.

Uitgavenontwikkeling 1994-2002	Netto BKZ-uitgaven	Cumulatieve nominale mutaties in miljoenen euro's t.o.v. netto BKZ-uitgaven 1994								
		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gezondheidsbevordering en -bescherming	280	2	4	11	23	36	52	73	94	
Curatieve somatische zorg	10.525	106	266	538	896	1.278	1.767	2.354	2.991	
<i>waarvan: extramuraal</i>	2.247	20	24	118	162	236	334	455	604	
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	7.784	82	230	396	693	972	1.339	1.776	2.229	
<i>overig</i>	494	4	12	25	42	70	94	123	157	
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2.386	38	-40	-107	-21	-21	69	202	297	
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1.771	19	49	118	166	270	366	510	649	
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2.479	42	142	300	386	521	661	860	1.037	
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2.101	28	98	181	287	383	501	673	824	
<i>hulpmiddelen</i>	378	14	43	118	100	137	160	188	213	
Verpleging, verzorging en ouderen	4.826	23	135	305	527	766	1.045	1.444	1.733	
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1.198	14	33	62	97	141	186	244	311	
Aanvullende post	0	0	0	0	0	-2	0	15	21	
totaal	23.465	245	589	1.227	2.076	2.989	4.145	5.703	7.132	

In onderstaande tabel staat de feitelijke jaarlijkse cumulatieve ontwikkeling van de netto-BKZ uitgaven in procenten ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties. Voor de totale netto-BKZ uitgaven geldt dat de netto-BKZ uitgaven in 2002 met 30,4% zijn toegenomen ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties. Voor bijvoorbeeld de sector gezondheidsbevordering en -bescherming geldt dat de netto-BKZ uitgaven met 33,7% zijn toegenomen ten opzichte van 1994 als gevolg van nominale mutaties.

Uitgavenontwikkeling 1994-2002	Netto BKZ-uitgaven	Cumulatieve nominale mutaties in procenten t.o.v. netto BKZ-uitgaven 1994								
		1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Gezondheidsbevordering en -bescherming	280	0,8	1,5	4,1	8,4	12,9	18,5	26,2	33,7	
Curatieve somatische zorg	10525	1,0	2,5	5,1	8,5	12,1	16,8	22,4	28,4	
<i>waarvan: extramuraal</i>	2247	0,9	1,1	5,2	7,2	10,5	14,9	20,2	26,9	
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	7784	1,1	3,0	5,1	8,9	12,5	17,2	22,8	28,6	
<i>overig</i>	494	0,8	2,4	5,0	8,4	14,2	19,0	25,0	31,9	
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten*	2386	1,6	-1,7	-4,5	-0,9	-0,9	2,9	8,5	12,4	
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1771	1,1	2,8	6,7	9,4	15,3	20,6	28,8	36,6	
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2479	1,7	5,7	12,1	15,6	21,0	26,7	34,7	41,8	
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2101	1,3	4,7	8,6	13,6	18,2	23,8	32,0	39,2	
<i>hulpmiddelen**</i>	378	3,8	11,5	31,3	26,4	36,3	42,3	49,6	56,2	
Verpleging, verzorging en ouderen	4826	0,5	2,8	6,3	10,9	15,9	21,7	29,9	35,9	
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1198	1,2	2,7	5,2	8,1	11,8	15,6	20,4	26,0	
Aanvullende post	0									
totaal	23465	1,0	2,5	5,2	8,8	12,7	17,7	24,3	30,4	

* De nominale mutaties bij de geneesmiddelen worden sterk gedrukt door de invoering van de Wet Geneesmiddelen Prijzen.

** Tot en met 1998 werd de kwaliteitsontwikkeling van hulpmiddelen meegenomen in de nominale mutaties. Vanaf 1999 wordt de kwaliteitsontwikkeling meegenomen als volumemutatie in de categorie kwaliteit.

2.

Een belangrijke factor in dit verband is de loonontwikkeling. Kan de minister een overzicht per jaar geven waarin voor alle sectoren in de zorg waarvoor aparte CAO's worden afgesloten, is aangegeven hoe groot de feitelijke loonontwikkeling op jaarbasis was en hoe groot de voor dat jaar beschikbare OVA was? Kan de minister in een toelichting op dit overzicht aangeven voor alle gevallen waarbij in enig jaar de vergoeding voor loonkostenstijging (OVA) niet hetzelfde was als de feitelijke loonkostenstijging voortvloeiend uit de afgesloten CAO, wat naar het inzicht van het ministerie door de sectoren gedaan is met het voordeel, c.q. hoe een tekort is opgevangen?

In het antwoord op vraag 4.4 van de eerste vragenset van het parlementair onderzoek naar de zorguitgaven heeft de minister u gemeld dat het ministerie geen gegevens heeft over de feitelijke loonkostenontwikkeling per branche. Het traject met Prismant en de branche-vertegenwoordigers om deze gegevens beschikbaar te krijgen is thans nog gaande.

De reden dat het ministerie deze gegevens niet heeft, is mede gelegen in het feit dat het ministerie zich voornamelijk bezig dient te houden met het bewaken van de grote lijnen en niet dient te sturen op detailniveau. Mede om die reden is met het veld het OVA-convenant afgesloten, waarin geregeld wordt welke vergoeding voor de instellingen beschikbaar is voor de loonkostenontwikkeling. De wijze waarop daar invulling aan gegeven wordt (CAO, incidenteel loon, werkgeverslasten, pensioenpremie, etcetera) is -gegeven hun budgetverantwoordelijkheid- aan de instellingen en de afzonderlijke branches.

Als het gaat om de feitelijke loonontwikkeling is de contractloonontwikkeling van de afzonderlijke branches, die voortvloeit uit de CAO-afspraken, bepalend. Onderstaand is per branche een overzicht gegeven van deze contractloonontwikkeling, naar aanleiding van de CAO-afspraken in de jaren 1995–2002. Hoewel de cijfers voor alle jaren zijn gepresenteerd, is het cumulatieve cijfer het meest zinnig om in beschouwing te nemen. De jaarlijkse contractloonontwikkeling kan behoorlijk fluctueren als gevolg van de ingangsdatum van de CAO, de duur van de CAO en het bestaan van eenmalige uitkeringen. Onderaan in de tabel is tevens de vergoeding voor de contractloonontwikkeling binnen de OVA gepresenteerd. Dit wijkt overigens af van het eerder verstrekte cijfer (vraag 4.4 vorige vragenset¹) voor de totale OVA. Dit cijfer is inclusief vergoedingen voor sociale lasten, arbeidsduurverkortings, incidenteel, om een betere vergelijking met de contractloonontwikkeling mogelijk te maken.

¹ De cumulatieve procentuele stijging van de OVA (excl. Van Rijn-gelden) over de periode 1994–2002 is 31,3%

Branche	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	1995–2002
Academische ziekenhuizen	0,7%	2,8%	0,5%	2,9%	2,5%	3,6%	3,6%	6,6%	25,5%
Ziekenhuizen	0,7%	1,6%	0,9%	2,9%	3,0%	2,2%	6,5%	3,8%	23,4%
Geestelijke gezondheidszorg	0,5%	1,7%	0,5%	2,8%	4,4%	3,4%	4,7%	4,2%	24,4%
Verpleging en verzorging	1,2%	1,5%	0,4%	2,5%	3,3%	2,8%	7,0%	3,6%	24,5%
Gehandicaptenzorg	0,4%	1,7%	0,2%	2,8%	3,5%	3,7%	7,4%	0,8%	22,2%
Thuiszorg	1,7%	1,3%	-0,3%	2,5%	4,4%	4,8%	6,1%	4,0%	27,0%
Ambulancezorg	0,8%	-0,8%	0,0%	1,9%	4,3%	4,1%	3,0%	8,9%	23,9%
Huisartsenzorg	2,2%	1,3%	3,1%	2,3%	1,7%	2,5%	3,9%	4,6%	23,7%
Gezondheidscentra	0,5%	1,1%	2,0%	-0,2%	3,6%	3,4%	5,6%	5,0%	22,8%
Apotheken	0,5%	1,3%	1,5%	2,5%	3,1%	3,1%	3,9%	5,2%	23,1%
Jeugdhulpverlening	0,0%	3,0%	-0,4%	2,0%	2,8%	4,3%	5,6%	5,1%	24,4%
OVA vergoeding voor contractloon	0,0%	2,0%	2,5%	3,0%	2,8%	3,3%	4,0%	4,0%	23,6%

Bron: VWS

De contractloonontwikkeling is in de meeste branches goed vergelijkbaar met de vergoeding ervoor. Alleen in de thuiszorg en de academische ziekenhuizen is de gecumuleerde contractloonontwikkeling 1995–2002 meer dan 1% hoger dan de OVA-vergoeding hiervoor. Plussen en minnen kunnen gecompenseerd worden door plussen en minnen bij de andere loonkostencomponenten (incidenteel loon, sociale werkgevers- en pensioenlasten). Op welke wijze dat gebeurt, is de minister niet bekend.

Er is nog een tweede reden waarom de minister zich concentreert op de contractloonontwikkeling en niet op de feitelijke loonkostenontwikkeling. Deze laatste is namelijk moeilijk te interpreteren. Het wordt door een groot aantal factoren bepaald. Naast de CAO-afspraken die op brancheniveau gemaakt worden, gaat het daarbij onder andere om de in- en uitstroom van (groepen) personeel, de leeftijdssamenstelling van het personeel, de inhuur van externen, ontwikkelingen in de werkgeverslasten en de pensioenpremies. Een aantal van deze factoren is instellings specifiek. Dit bemoeilijkt de vergelijking tussen de feitelijke loonkostenontwikkeling en de beschikbare OVA aanzienlijk.

Enkele voorbeelden ter illustratie: Als in ziekenhuizen de medisch specialisten meer in loondienst gaan werken stijgen de gemiddelde loonkosten per werknemer. De feitelijke loonkostenontwikkeling kan daardoor boven de beschikbare OVA uitkomen, terwijl er geen sprake zal zijn van kosten voor de ziekenhuizen waar tegenover geen vergoeding staat, met andere woorden de ziekenhuizen hebben geen tekort. Als een instelling personeelstekorten opvangt door meer en hoger betaald overwerk dan stijgen de loonkosten per werknemer en kunnen daarmee boven de beschikbare OVA uitkomen, maar voor de totale kosten van de instelling behoeft het geen probleem te zijn. Instellingen die echter de personeelstekorten opvangen met de inhuur van uitzendkrachten zien de gemiddelde loonkosten per werknemer daardoor niet stijgen, maar juist wel hun totale kosten. De cijfers hiervoor corrigeren is nauwelijks mogelijk, omdat (onderzoeks)bureaus als het CBS hun loononderzoek baseren op de loonadministraties van instellingen, waarin uitzendkrachten niet voorkomen.

3.

In de beantwoording van de vragen van de commissie is enerzijds aangegeven dat bij VWS niet bekend is hoe additioneel toegekende

middelen zijn verdeeld, maar anderzijds is wel een verdeling van extra middelen naar categorieën opgesteld. Kan worden toegelicht op welke wijze tabel 1.1.2 en de tabellen in antwoord op vraag 5.1 zijn opgesteld? Hoe groot is de kans dat de hier gekozen toedeling van intensivering-bedragen naar categorieën werkdruk, wachtlijsten, beheer en kwaliteit, ook correspondeert met de bedragen die hier ook feitelijk aan zijn besteed? Zijn er realisatiecijfers beschikbaar die de in genoemde tabellen opgenomen bedragen ondersteunen?

VWS houdt per sector bij hoe de additionele middelen in totaal per sector beschikbaar zijn gesteld en hoe de additionele middelen daadwerkelijk door het College tarieven gezondheidszorg (CTG), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en VWS zijn toegekend. De volumegroei wordt hierbij onderverdeeld in de volgende categorieën: wachtlijstmiddelen, werkdrukmiddelen, beheer en administratie, kwaliteit en overig.

Tabel 1.1.2 en de tabellen in antwoord op vraag 5.1 bevatten de door het CTG aan de sector toegekende bedragen (budgetten). Deze bedragen corresponderen met de feitelijk ontvangen budgetten per sector. Voor de niet-gebudgetteerde sectoren in het tweede compartiment (waaronder geneesmiddelen, hulpmiddelen, vrije beroepsbeoefenaren: medisch specialisten, tandartsen et cetera) corresponderen de bedragen met de uitgaven die vallen onder het wettelijke pakket en die worden gefinancierd door verzekeraars (particulier en ziekenfonds) en eigen betalingen.

Zoals bij de beantwoording van vraag 4.1 en 5.1 is aangegeven is niet bekend hoe de toegekende additionele middelen per instelling daadwerkelijk zijn besteed. Bij het CTG is wel bekend welke additionele middelen aan welke afzonderlijke instelling zijn toegekend. Het CTG kent deze middelen toe op basis van de CTG-beleidsregels, de bestedingsverantwoordelijkheid ligt vervolgens bij de instelling. Er wordt geen aparte verantwoording gevraagd voor de toedeling per categorie per sector.

Een uitzondering op bovengenoemde regel zijn bijvoorbeeld de wachtlijstmiddelen. Hiervoor geldt sinds eind 2000 het Actieplan Zorg Verzekerd. Sinds die tijd worden de wachtlijstmiddelen toegekend op basis van het «boter-bij-de-vis principe» (in de geestelijke gezondheidszorg geldt het «boter-bij-de-vis principe» sinds januari 2003). Het «boter-bij-de-vis principe» houdt in dat instellingen alleen extra middelen ontvangen (boter) als er ook extra geproduceerd is (vis).

De verantwoording van de besteding van de additionele middelen gaat op in de reguliere financiële verantwoordingen. De toedeling per sector naar categorie door VWS gebeurt op basis van de reguliere financiële verantwoordingen, dat wil zeggen op basis van de toekenning van additionele middelen door het CTG. Hier zijn geen sectorspecifieke verschillen. Wel zijn er verschillen tussen de algemene regels voor de verschillende typen actoren.

4.

De minister heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg, als vervolg op het rapport Wachttijden in ziekenhuizen, gevraagd nader te onderzoeken welke relatie bestaat tussen de financiële toestand en kwaliteit van de zorg. Hierover rapporteert de Inspectie in 2003 aan de minister. Kan de Tijdelijke Commissie binnen een maand dit rapport, vergezeld van uw reactie tegemoet zien? Kunt u daarin tevens ingaan op de vraag of u via

de inspectie voldoende inzicht krijgt in de toereikendheid van de zorgmiddelen in relatie tot de reële zorgvraag?

Zo niet, bent u voornemens maatregelen te treffen, opdat u dit inzicht in de toekomst alsnog verkrijgt?

De Inspectie voor de Gezondheidszorg is bijna klaar met de afronding van het rapport «Financiële Situatie Ziekenhuizen» dat ingaat op de relatie tussen de financiële situatie van ziekenhuizen en de geleverde kwaliteit van zorg. Het rapport zal na vaststelling, vergezeld van commentaar door de minister, aan de Tweede Kamer ter beschikking worden gesteld.

5.

Kunnen de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het CTZ, die jaarlijks worden neergelegd in de rapportages van het CTZ en betrekking hebben op de omvang van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg en de verdeling en besteding ervan, op een rij worden gezet? Welke hebben aanleiding gegeven tot beleidsaanpassingen c.q. aanpassing van wet- en regelgeving?

De Wet Instelling College van Toezicht op de Zorgverzekeringen (CTZ) regelt, naast de verzelfstandiging van de toezichthouder, ook de modernisering van het toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en AWBZ door de uitvoeringsorganen. Het CTZ houdt geen toezicht op zorgaanbieders en rapporteert niet over de omvang van de beschikbare middelen en de besteding ervan door zorgaanbieders.

Het CTZ houdt toezicht op het rechtmatig en doelmatig functioneren van de uitvoeringsorganen van de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Op grond hiervan brengt het CTZ elk jaar een rapport per ziekenfonds uit over de rechtmatigheid van de uitvoering van de verzekering en de inkomsten en uitgaven. Daarnaast brengt het CTZ een samenvattend rapport uit over de rechtmatigheid van de uitvoering van de Ziekenfondswet als geheel. Dit laatste rapport stuurt de minister naar beide kamers der Staten-Generaal, bij de verantwoording over de werking van het stelsel.

In het samenvattend rapport gaat het wel over het totaal aan uitgaven die ziekenfondsen ten laste van de ziekenfondsverzekering voor de zorg voor hun verzekerden besteden, maar dit is niet uitgesplitst naar wat er al regulier aan budgetten was en welk deel voor dat boekjaar nieuw is. Er is derhalve voor het geheel van bestede financiële middelen een nette verantwoording voorzien van een oordeel van het CTZ over de rechtmatigheid daarvan. Ook wordt aangegeven welk deel van de uitgaven niet rechtmatig is, bijvoorbeeld door het ontbreken van een aan de betaling ten grondslag liggende overeenkomst, voorzien van een oordeel van het CTZ of deze uitgaven toch verantwoord zijn en zo ten laste kunnen komen van de wettelijk gedefinieerde verzekeringsmiddelen. Een beoordeling van de omvang van de voor zorg ingezette middelen maakt hier geen deel van uit, gezien het nog altijd bestaande grote accent van de aanbodsturing in de verzekeringsuitvoering. Dit geldt ook voor de verdeling van de beschikbare middelen. In het rapport behoeven zodoende dergelijk oordelen niet aan bod te komen. Wel gaat het rapport in op allerlei verschillende aspecten van de verzekeringsuitvoering. Een voorbeeld is de inspanningen van ziekenfondsen om een betrouwbare verzekerdenadministratie te waarborgen, om door middel van overeenkomsten de ziekenhuiszorg te waarborgen of de doelmatigheidsinspanningen voor de farmaceutische zorg. Dergelijke bevindingen geven, direct of indirect, aanwijzingen over de verhouding tussen de behoefte aan zorg bij

verzekerden, de realisatie van zorg door de ziekenfondsen en de mate waarin, door inspanningen van ziekenfondsen, in deze verhouding succesvol is geïntervenieerd. Daarnaast kunnen in dit rapport, waar nodig, voorstellen aan de orde komen over het beter regelen van de uitvoering zodat fouten in de toekomst kunnen worden vermeden of de uitvoering beter kan verlopen. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) benut deze informatie overigens vanuit zijn sturende taak ten behoeve van de minister van VWS.

Het samenvattend rapport over 2001, het eerste jaar van de gemoderniseerde werkwijze, is uitgebracht in twee delen: een kwalitatief rapport en een kwantitatief rapport. De minister heeft deze bij de brief van 10 juli 2003 (dossierstuk 0 300 928) aan uw Kamer toegezonden. Het CTZ heeft inmiddels het rapport over het boekjaar 2002 vastgesteld. Bevindingen als hierboven aangeduid zijn ook voor eerdere jaren uit de verschillende stukken te destilleren. Het gaat dan om de jaarverslagen van de rechtvoorganger van het CTZ, de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie, en het daarbij gevoegde Generaalrapport Uitvoering ZFW en AWBZ.

Daarnaast voert het CTZ jaarlijks thematische onderzoeken uit bij uitvoeringsorganisaties. Deze onderzoeken bieden inzicht in diverse aspecten van de uitvoering. In deze onderzoeken wordt specifiek ingegaan op één facet en dit wordt beoordeeld op kwaliteit, doelmatigheid en rechtmatigheid. Een voorbeeld van een thematisch onderzoek is het onderzoek «Initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren bij wachtlijsten». Tot slot brengt het CTZ rapporten uit over de toezichtbaarheid van voorgenomen maatregelen.

6.

Kunnen de belangrijkste conclusies en aanbevelingen van het CVZ, die jaarlijks worden neergelegd in de rapportages van het CVZ en betrekking hebben op de omvang van de beschikbare middelen in de gezondheidszorg en de verdeling en besteding ervan, op een rij worden gezet? Welke hebben aanleiding gegeven tot beleidsaanpassingen c.q. aanpassing van wet- en regelgeving?

Het CVZ is onder meer belast met de financiering van de ziekenfondsen en de uitvoerders van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) en met het beheer van de Algemene Kas (AK) en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De financieringstaak houdt in dat het CVZ aan de ziekenfondsen en AWBZ-uitvoerders de middelen toedeelt voor de uitvoering van de verzekeringen. Het CVZ houdt geen informatie bij over de besteding van middelen door de zorgaanbieders, maar over de uitgaven van de ziekenfondsen en uitvoerders AWBZ, die ten laste komen van de AK en het AFBZ. Het CVZ geeft dan ook geen oordeel over de noodzaak om extra middelen vrij te maken voor de verschillende zorgsectoren.

Als kasbeheerder/financier brengt het CVZ ingevolge de wet de volgende rapportages uit:

- een financieel verslag voor zowel de AK als het AFBZ over de uitgaven en ontvangsten in het voorafgaande kalenderjaar en een verslag over de toestand van de AK en het AFBZ per 31 december van dat jaar (de financiële verantwoording over het kasbeheer),
- rapporten over de benodigde omvang van de ten laste van de AK en het AFBZ besteedbare middelen voor de ziekenfondsverzekering onderscheidenlijk de algemene verzekering bijzondere ziektekosten,

- rapporten over de hoogte van de inkomensafhankelijke premie voor de ziekenfondsverzekeringen en van de premie voor de algemene verzekering bijzondere ziektekosten (dit zijn de zogenoemde premieadviezen).

De financiële verantwoording over het kasbeheer biedt inzicht in het verloop van de feitelijke uitgaven van de ZFW en AWBZ. Over de toestand van de kassen brengt het CVZ ook tussenrapportages uit aan het Ministerie van VWS. De rapporten over de benodigde omvang van de besteedbare middelen, ten laste van de AK en het AFBZ en de premieadviezen worden betrokken bij de afweging of er meer of minder middelen voor de zorgverzekeringen, en daarmee voor de financiering van de zorg, nodig zijn.

Daarnaast voert het CVZ uitvoeringstoetsen uit op verzoek van de minister. Hierbij gaat het om rapportages over de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid op het terrein van de ziekenfondsverzekering en de algemene verzekering bijzondere ziektekosten. Door het CVZ uitgebrachte uitvoeringstoetsen worden altijd benut voor het definitief vormgeven van nieuwe wetgeving of aanpassingen van bestaande wetgeving. Overigens wil dit niet zeggen dat alle opmerkingen of aanbevelingen van het CVZ integraal worden overgenomen. In de toelichting bij wetsvoorstellen wordt verantwoord hoe is omgegaan met de uitvoeringstoetsen die zijn uitgebracht. Gegeven het takenpakket van het CVZ gaan de uitvoeringstoetsen vooral over hoe bepaalde uitvoeringstechnische kwesties het beste te regelen zijn. Waar het bijvoorbeeld gaat om veranderingen in het verstrekkingspakket, gaat het CVZ ook in de op financiële gevolgen daarvan.

Tot slot kan het CVZ gevraagd en ongevraagd aan de minister van VWS feitelijke ontwikkelingen signaleren op het terrein van die verzekeringen (de zogenoemde signaleringsrapporten). Een voorbeeld is «Kengetallen Farmaceutische Hulp», waarin gegevens staan over volume en kosten van farmaceutische hulp.

7.

De algemene rekenkamer heeft in het verleden opgemerkt dat een sluitende toezichtketen afwezig is, vanwege het ontbreken van controlebevoegdheden bij zorgaanbieders. In hoeverre heeft dit gegeven optimaal inzicht in de effectieve besteding van additionele middelen in de weg gestaan?

Is de minister voornemens bestaande wet en regelgeving daarop aan te passen?

De opmerking van de Algemene Rekenkamer moet geplaatst worden in de context van de positie van het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ). Bij gelegenheid van het wetsvoorstel tot instelling van het CTZ, (kamerstukken II, 1999/2000, 27 038, nr. 7, blz. 11 en 12) bracht de Algemene Rekenkamer naar voren dat volgens haar het CTZ ook controlebevoegdheden zou moeten hebben bij de zorgaanbieders. Zij is namelijk ten algemene van mening dat een toezichthouder, vanwege evenwichtige verificatie, altijd bevoegdheden moet hebben die één stap verder gaan dan het orgaan dat het object van toezicht is. Alleen dan kan in haar ogen sprake zijn van een sluitende toezichtketen.

In de nota naar aanleiding van het verslag bij het bedoelde wetsvoorstel schreef de minister het niet eens te zijn met de Rekenkamer. Het gaat er

om dat een toezichthouder zodanige bevoegdheden heeft dat hij zijn verantwoordelijkheid waar kan maken. Het CTZ heeft de verantwoordelijkheid toe te zien op het recht- en doelmatig functioneren van de uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ. Het CTZ heeft hiervoor de bevoegdheid om alle informatie te krijgen van de uitvoeringsorganen die het wenst. De uitvoeringsorganen zijn verplicht alle gevraagde informatie te geven en volledige inzage te bieden in hun administratie. Op basis hiervan kan het CTZ zich een oordeel vormen over het volledig functioneren van een uitvoeringsorgaan en over de vraag of het uitvoeringsorgaan zich van voldoende informatie voorziet. Overigens heeft het CTZ de vrijheid informatie te vragen bij zorgaanbieders. In de praktijk blijkt dat instellingen ook medewerking verlenen. Het CTZ speelt vanwege zijn toezichttaak wel een belangrijke rol in het goed functioneren van het zorgstelsel, maar het toezicht van het CTZ is nooit bedoeld geweest om op de effectieve besteding van middelen door zorgaanbieders toe zien. Het feit dat het CTZ geen bevoegdheden heeft bij zorgaanbieders heeft dan ook geen invloed op het optimaal inzicht in de effectieve besteding van additionele middelen. Er bestaan op dit moment geen voornemens om de bestaande wet- en regelgeving hierop aan te passen.

Bijgaand doe ik u de antwoorden toekomen op de vragen van uw
Commissie d.d. 21 november 2003.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

Vraag 1
Grafiek 1.1.1

Deze grafiek geeft inzicht in de groei per jaar van het BKZ, opgedeeld naar nominaal, volume, technisch en ontvangsten. Kunnen de hiervoor gebruikte cijfers gepresenteerd worden per afzonderlijk jaar?

Vraag 2
Tabel 1.1.1

Kan deze tabel ook gepresenteerd worden maar dan niet voor de hele periode 1994–2002, maar onderverdeeld per afzonderlijk jaar?

Onder Grafiek 1.1.1 en Tabel 1.1.1 liggen de volgende jaarlijkse cijfers.

Uitgavenontwikkeling 1994-1995	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1994	1995	1995	1995	1995	1995
Gezondheidsbevordering en -bescherming	280	2	27	-2	0	308
Curatieve somatische zorg	10525	106	-485	-4	-359	10501
<i>waarvan: extramuraal</i>	2247	20	-608	0	-324	1983
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	7784	82	86	14	-51	8016
<i>overig</i>	494	4	37	-18	16	501
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2386	38	59	0	0	2484
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1771	19	33	-13	4	1806
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2479	42	133	27	7	2674
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2101	28	69	0	7	2191
<i>hulpmiddelen</i>	378	14	63	27	0	483
Verpleging, verzorging en ouderen	4826	23	137	-6	-31	5010
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1198	14	1	71	4	1280
Aanvullende post	0	0	28	116	0	143
totaal	23465	245	-67	189	-374	24206

Uitgavenontwikkeling 1995-1996	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1995	1996	1996	1996	1996	1996
Gezondheidsbevordering en -bescherming	308	2	8	35	0	353
Curatieve somatische zorg	10501	160	-21	101	-13	10753
<i>waarvan: extramuraal</i>	1983	4	-108	-12	-1	1869
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	8016	148	65	112	-17	8358
<i>overig</i>	501	8	22	1	5	526
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2484	-78	152	-9	80	2469
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1806	30	34	14	0	1884
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2674	100	56	-3	4	2823
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2191	71	56	-3	4	2311
<i>hulpmiddelen</i>	483	29	-1	0	0	511
Verpleging, verzorging en ouderen	5010	112	81	-5	44	5154
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1280	19	12	33	5	1338
Aanvullende post	143	0	-28	-116	0	0
totaal	24206	344	294	49	119	24775

Uitgavenontwikkeling 1996-1997	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1996	1997	1997	1997	1997	1997
Gezondheidsbevordering en -bescherming	353	7	1	8	0	369
Curatieve somatische zorg	10753	271	166	-21	181	10989
<i>waarvan: extramuraal</i>	1869	93	53	1	8	2007
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	8358	165	103	-7	164	8456
<i>overig</i>	526	13	11	-17	10	526
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2469	-67	182	-12	5	2567
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1884	69	42	-14	2	1979
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	2823	158	79	-10	5	3044
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2311	83	61	-10	5	2440
<i>hulpmiddelen</i>	511	75	18	0	0	604
Verpleging, verzorging en ouderen	5154	170	53	-5	-195	5567
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1338	29	26	78	31	1441
Aanvullende post	0	0	0	0	227	-227
totaal	24775	638	548	25	258	25728

Uitgavenontwikkeling 1997-1998	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1997	1998	1998	1998	1998	1998
Gezondheidsbevordering en -bescherming	369	12	12	30	0	423
Curatieve somatische zorg	10989	358	175	12	-138	11672
<i>waarvan: extramuraal</i>	2007	44	35	0	5	2082
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	8456	297	124	-28	-143	8992
<i>overig</i>	526	17	16	40	0	599
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2567	86	180	0	8	2824
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	1979	48	102	11	37	2103
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	3044	87	170	5	7	3298
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2440	106	66	5	7	2608
<i>hulpmiddelen</i>	604	-19	104	0	0	690
Verpleging, verzorging en ouderen	5567	222	211	-56	128	5816
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1441	35	5	-109	41	1332
Aanvullende post	-227	0	-32	32	14	-241
totaal	25728	849	822	-75	97	27228

Uitgavenontwikkeling 1998-1999	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1998	1999	1999	1999	1999	1999
Gezondheidsbevordering en -bescherming	423	13	-2	-6	1	427
Curatieve somatische zorg	11672	382	207	-52	258	11951
<i>waarvan: extramuraal</i>	2082	74	24	-1	-1	2180
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	8992	279	153	-82	256	9085
<i>overig</i>	599	29	30	31	2	686
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	2824	-1	241	-1	0	3063
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	2103	104	27	281	7	2507
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	3298	134	52	-4	10	3470
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2608	97	75	-4	10	2765
<i>hulpmiddelen</i>	690	38	-23	0	0	705
Verpleging, verzorging en ouderen	5816	239	165	16	16	6220
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1332	44	79	48	33	1469
Aanvullende post	-241	-2	-19	21	-241	0
totaal	27228	913	750	302	86	29106

Uitgavenontwikkeling 1999-2000	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	1999	2000	2000	2000	2000	2000
Gezondheidsbevordering en -bescherming	427	15	12	11	2	463
Curatieve somatische zorg	11951	490	352	14	-118	12925
<i>waarvan: extramuraal</i>	2180	99	66	-1	2	2342
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	9085	367	239	21	-117	9828
<i>overig</i>	686	24	48	-5	-3	755
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	3063	90	139	-33	2	3257
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	2507	95	85	3	3	2687
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	3470	140	143	-1	1	3750
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	2765	117	158	-2	1	3037
<i>hulpmiddelen</i>	705	23	-15	1	0	713
Verpleging, verzorging en ouderen	6220	279	424	-6	84	6832
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1469	45	15	-222	-43	1350
Aanvullende post	0	2	57	-59	0	0
totaal	29106	1156	1226	-293	-68	31264

Uitgavenontwikkeling 2000-2001	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	2000	2001	2001	2001	2001	2001
Gezondheidsbevordering en -bescherming	463	22	10	-3	11	481
Curatieve somatische zorg	12925	587	843	12	182	14186
<i>waarvan: extramuraal</i>	2342	121	156	-5	3	2611
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	9828	437	540	7	174	10637
<i>overig</i>	755	30	148	10	5	937
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	3257	134	216	-11	1	3594
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	2687	144	142	11	-1	2984
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	3750	200	310	5	2	4263
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	3037	172	268	6	2	3481
<i>hulpmiddelen</i>	713	28	42	-1	0	782
Verpleging, verzorging en ouderen	6832	399	567	2	10	7789
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1350	57	72	0	-16	1496
Aanvullende post	0	16	24	-39	0	0
totaal	31264	1558	2184	-25	189	34792

Uitgavenontwikkeling 2001-2002	Netto BKZ- uitgaven	nominaal	volume	technisch	ontvangsten	Netto BKZ- uitgaven
	2001	2002	2002	2002	2002	2002
Gezondheidsbevordering en -bescherming	481	21	149	-62	-15	604
Curatieve somatische zorg	14186	637	598	56	-205	15681
<i>waarvan: extramuraal</i>	2611	149	217	13	2	2989
<i>ziekenhuizen en specialisten</i>	10637	453	395	46	-202	11733
<i>overig</i>	937	34	-14	-3	-5	959
Geneesmiddelen, medische technologie en transplantaten	3594	94	313	-59	-1	3943
GGZ, verslaafdenzorg, maatschappelijke opvang	2984	139	134	6	2	3261
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	4263	177	493	-18	11	4903
<i>waarvan: gehandicaptenzorg</i>	3481	152	421	-18	11	4025
<i>hulpmiddelen</i>	782	25	72	0	0	879
Verpleging, verzorging en ouderen	7789	289	826	24	54	8873
Beheer zorgverzekeringen en diversen	1496	67	31	4	-104	1702
Aanvullende post	0	6	20	-4	-120	142
totaal	34792	1429	2563	-52	-378	39109

Vraag 3

Tabel 1.1.2 & tabellen 5.1.1 t/m 5.1.4

- Hoe zijn deze tabellen tot stand gekomen, en wat is de afbakening van de vier gebruikte categorieën?
- Indien bijvoorbeeld extra budget is besteed aan een administratieve kracht, wordt dit dan gezien als «extra productie» (categorie 1), als «werkdrukvermindering» (categorie 2), als «beheer & administratie» (categorie 3) of als «kwaliteit/overig» (categorie 4)?
- Kan een onderverdeling gegeven worden, inclusief een toelichting op de onderliggende reeksen, van de bedragen die per sector/categorie zijn toegerekend aan «kwaliteit» binnen de totaalpost «kwaliteit en diversen».
- Wat verklaart de daling van de post «beheer en administratie» van 2001 op 2002?
 - Ten behoeve van de beantwoording van de vragen van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer over de besteding van extra middelen sinds 1994 (Kamerstuk 28 000 XVI nr.7) is in de administratie voor de zorguitgaven van VWS aangegeven voor welk doel de diverse volumemiddelen in de periode 1994 – 2001 beschikbaar zijn gesteld. Sindsdien wordt bij iedere mutatie steeds aangegeven waarop deze betrekking heeft. De volgende categorieën worden onderscheiden: wachtlijstmiddelen, werkdrukkemiddelen, beheer en administratie, kwaliteit en overig. Onder wachtlijstmiddelen vallen de middelen die bestemd zijn voor

extra productie of extra capaciteit. Dit heeft tot gevolg dat naast de toename van de (gerealiseerde) productieafspraken onder andere ook uitbreidingsbouw en toename van de specialistenplaatsen onder deze categorie vallen.

Onder werkdrummiddelen vallen de middelen die beschikbaar zijn gesteld voor het werkdrumbelid in het kader van de meerjarenafspraken, het uitvoeren van de arbeidsmarktconvenanten (Convenant Arbeidsmarkt Zorgsector en Convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening) en sinds 2001 voor de viersporenaanpak (naar aanleiding van het rapport van de commissie-Van Rijn).

Onder de categorie beheer en administratie vallen de extra middelen die beschikbaar zijn gesteld voor beheerskosten. Bij de verschillende zorgsectoren (hoofdstukken) gaat het hierbij om extra geld voor verbetering van registraties, voor indicatiestelling, onderzoeken, ict-investeringen en vergoeding van additionele uitvoeringskosten bij instellingen. In de sector «beheer zorgverzekeringen» gaat het om wijzigingen in de budgetten beheerskosten ZFW en AWBZ en in de inningskosten van premies en eigen bijdragen.

Onder de categorie kwaliteit vallen activiteiten gericht op preventie, zorgvernieuwing, technologische ontwikkelingen, nieuwe geneesmiddelen en kwaliteitsprogramma's. Omdat genees- en hulpmiddelen¹ niet aan een van de andere categorieën kunnen worden toegerekend, zijn deze onder de categorie «kwaliteit» geschaard. Het hoofdaccent van de budgettaire groei in deze twee sectoren ligt namelijk op de kwaliteit. Daarbij moet aangetekend worden dat bij genees- en hulpmiddelen ook sprake is geweest van een forse stijging in aantallen.

Onder de categorie «overig» vallen de middelen die een bijdrage leveren aan de voorgaande categorieën, maar die hier niet nader aan toe te rekenen zijn. Bijvoorbeeld uitgaven in het kader van de Bijlmerramp, de vuurwerkcramp in Enschede en de cafébrand in Volendam.

- b. De toedeling van de additionele middelen naar categorie door VWS gebeurt op basis van de toekenning van additionele middelen door het CTG. Het is niet bekend hoe de door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) toegekende additionele middelen per instelling daadwerkelijk zijn besteed. Immers, de instelling heeft binnen het budget bestedingsvrijheid. Het is dan ook goed mogelijk dat de instelling een deel van de extra middelen besteedt aan een extra administratieve kracht vanwege de administratieve lasten die de groei met zich meebrengt.
- c. De volgende bedragen zijn toegerekend aan kwaliteit binnen de totaalpost «kwaliteit en diversen».

¹ Tot en met 1998 werd de kwaliteitsontwikkeling van hulpmiddelen meegenomen in de nominale mutaties. Vanaf 1999 wordt de kwaliteitsontwikkeling meegenomen als volumemutatie in de categorie kwaliteit.

In miljoen euro's	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Preventie	10,2	28,4	33,3	41,1	33,0	72,5	27,5	170,1
Curatieve zorg extramuraal		4,0	5,7	5,7	5,7	5,7	- 2,4	- 2,4
Curatieve zorg intramuraal	4,3	2,0	2,0	2,0	13,7	24,7	60,8	92,7
Curatieve zorg overig		- 1,0	3,4	11,0	10,8	32,8	129,2	87,4
Geneesmiddelen	27,1	89,2	131,5	247,4	374,1	710,3	967,3	1 281,7
Geestelijke gezondheidszorg	14,2	20,6	26,8	30,7	31,4	58,2	73,5	91,5
Gehandicaptenzorg	- 0,6	9,1	19,5	15,7	36,0	73,5	71,5	117,9
Hulpmiddelen	7,7	- 28,6	34,0	51,7	30,7	- 44,1	- 75,6	- 48,4
Ouderenzorg	- 4,0	- 2,2	4,2	9,4	9,4	9,9	52,5	70,7
Beheer zorgverzekeringen		9,3	7,9	10,8	11,0	15,9	17,1	0,6
Totaal	58,9	130,8	268,4	425,5	555,8	959,3	1 321,5	1 861,8

Voor genees- en hulpmiddelen¹ geldt dat deze behoudens de nominale component onder de categorie «kwaliteit» zijn geschaard, omdat het hoofdaccent van de budgettaire groei in deze twee sectoren op de kwaliteit ligt.

Representatieve voorbeelden van kwaliteitsverbeteringen in de periode vanaf 1994 zijn:

- Preventie zoals griepvaccinatie en baarmoederhalscreening.
- Zorgvernieuwingenactiviteiten:
 - zorgvernieuwingenactiviteiten om zorg op maat te bieden;
 - consulenteams in de gehandicaptenzorg, die consultaties verrichten en adviezen geven aan (verstandelijk) gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek, autisme en niet-aangeboren hersenletsel;
 - hulpvraagverduidelijking door de Sociaal pedagogische dienst (SPD), waardoor de cliënt beter zijn zorgbehoefte in kaart kan brengen en in zorg kan omzetten.
 - levering palliatieve zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen.
 - doorstroming van dagbesteding naar betaald werk in de gehandicaptenzorg.
- Technologische ontwikkelingen:
 - toegenomen behandelmogelijkheden voor ouderen aan hart- en vaatziekten, bewegingsapparaat en de ogen;
 - toepassing van implantaten die doofheid verminderen;
 - introductie van de beeldtelefoon voor doven;
 - introductie van voorleesapparatuur en de 40-cellige brailleleesregels voor blinden en slechtzienden;
 - introductie van de robotarm, waardoor een gebruiker zelfstandiger kan functioneren;
 - technologische ontwikkelingen, waardoor meer ingrepen in dagopname of op de polikliniek gebeuren;
 - bespoediging aanvang revalidatie van mensen die een CVA gehad hebben, door snelle doorstroming van het ziekenhuis naar een verpleeghuis, opdat ze zo spoedig mogelijk kunnen revalideren.
- Nieuwe geneesmiddelen:
 - introductie van nieuwe geneesmiddelen voor nog onbehandelbare ziektes, of voor sterke verbetering van bestaande behandelingen.
- Kwaliteitsprogramma's.

¹ Tot en met 1998 werd de kwaliteitsontwikkeling van hulpmiddelen meegenomen in de nominale mutaties. Vanaf 1999 wordt de kwaliteitsontwikkeling meegenomen als volumemutatie in de categorie kwaliteit.

- d. De daling van de post «beheer en administratie» van 2001 op 2002 is het gevolg van het feit dat in 2001 *incidenteel geld beschikbaar is gesteld voor indicatiestelling*.

Vraag 4
Tabel 2.3.1

- a. Uit de tabel blijkt dat de post «Beheer zorgverzekeringen» licht gestegen is van 1,01 mrd. in 1994 naar 1,16 mrd. in 2002. Uit tabel 1.1.1 blijkt een stijging van 1,2 mrd. naar 1,7 mrd. Wat verklaart het verschil?
 - b. Hoe is dit te relateren aan tabel 1.1.2 waaruit blijkt dat de toename 1994–2002 uit hoofde van «beheer en administratie» slechts 0,1 mrd. zou bedragen?
 - c. Kan een uitsplitsing worden gegeven van wat in tabel 1.1.1 onder «diversen» wordt verstaan?
- a. Tabel 1.1.1 gaat het over het *hoofdstuk* «Beheer zorgverzekeringen en diversen». Dit omvat naast «Beheer Zorgverzekeringen» uit tabel 2.3.1 ook de VWS-begrotingsgelden en de CVZ-subsidies die niet aan andere hoofdstukken zijn toe te rekenen.
 - b. Tabel 1.1.2 gaat over de *categorie* «Beheer en administratie». Dit bevat alle beheer en administratiegelden in de zorg inclusief VWS-begrotingsgelden en de CVZ-subsidies. De categorie beheer- en administratiegelden is dus de som van de beheer- en administratiegelden uit het *hoofdstuk* «Beheer zorgverzekeringen en diversen» plus de beheer- en administratiegelden uit de andere hoofdstukken.
 - c. In het *hoofdstuk* «Beheer zorgverzekeringen en diversen» vallen onder «diversen» zowel de VWS-begrotingsgelden als de CVZ-subsidies die niet aan andere hoofdstukken zijn toe te rekenen, bijvoorbeeld de sectorfondsen en het RIVM.¹

Vraag 5
Bijlage 4

Kan een actualisatie van deze tabel met aantallen instellingen en hun capaciteit gegeven worden op basis van de stand van 2002, zodat een vergelijking 1994 met 2002 gemaakt kan worden?

Het College voor zorgverzekeringen is verantwoordelijk voor het bijhouden van een actueel register van de toegelaten instellingen. Het bestand van het CVZ laat het niet toe om met terugwerkende kracht instellingen tot 1994 te volgen.

Voor een vergelijking van de situatie in 2002 met de situatie in 1994 zou per instelling moeten worden gereconstrueerd hoe de historie van de instelling eruit ziet. Deze historie betreft bijvoorbeeld wijzigingen in de naamgeving, fusies tussen instellingen, opheffen van de instellingen, vestiging van nieuwe instellingen, verhuizingen en wijzigingen in de toelating.

Vraag 6
Bijlage 5

- a. Kan een toelichting gegeven worden over de wijze van totstandkoming van deze tabel, en wat de betekenis is van de kolommen?
- b. Wat is de betekenis van de indexpercentages loon? Zijn deze gebaseerd op de vergoede (c.q. gebudgetteerde) loonontwikkeling, of op de feitelijke loonontwikkeling in deze sector?
- c. Het gecumuleerd indexpercentage 1999–2003 is ruim 25% in vijf jaar tijd. Impliceert dit een gemiddeld vergoede loonstijging van 25% in vijf jaar?
- d. Zijn de mutaties voor scholingsmiddelen, werkdrummiddelen, wachtlijstmiddelen en Van Rijn-gelden gebaseerd op toerekeningen

¹ Vanaf 2002 zijn de VWS-begrotingsgelden niet langer BKZ-relevant. In alle aan de onderzoekscommissie geleverde gegevens is hiervoor gecorrigeerd omwille van de vergelijkbaarheid met het verleden. Dat wil zeggen de cijfers voor 2002 zijn inclusief VWS-begrotingsgelden.

(achteraf) binnen de totale budgetmutatie, of zijn deze budgetmutaties expliciet op deze titel vooraf toegekend aan de instelling?

- a. Het overzicht geeft een beeld van de budgetverhogingen of verlagingen per jaar voor de periode 1994–2003 van een willekeurig gekozen instelling. De verhogingen hebben betrekking op extra ter beschikking gestelde middelen en hebben een algemeen karakter, de verlagingen berusten op aanwijzingen van het Ministerie van VWS. De betekenis van de kolommen is als volgt:
Omschrijving: welke maatregel betreft het.
Waarover: kosten per item.
Hoeveel: bedrag per item.
Over: over welk bedrag.
Uitkomst jaar t: prijsniveau lopende jaar.
Uitkomst niveau 2003: prijsniveau 2003.
- b. De indexpercentages loon zijn gebaseerd op de vergoeding volgens de OVA-methode met als voorloper de WAGGS, dat wil zeggen ze zijn gebaseerd op de door VWS beschikbaar gestelde loonruimte en niet op de loonkosten zoals werkgever en werknemers in de CAO zijn overeengekomen. Komt de CAO hoger uit dan de beschikbaar gestelde loonruimte, dan is dit verschil niet in het budget verwerkt en heeft de instelling hier zelf ruimte voor moeten vinden.
- c. Ja, dit betreft de OVA-vergoeding voor de loonkostenstijging inclusief de van Rijn-gelden.
- d. De uitkomsten voor deze specifieke instelling zijn het resultaat van een generieke aanpassing van de beleidsregels, c.q. verhoging van de prijs, die voor scholing/werkdrukmiddelen en de van Rijn middelen zijn toegekend. Het toekennen van wachtlijstmiddelen is geheel gebaseerd op hogere productie/volume (boter bij de vis).

Vraag 7

Bijlage 6

- a. Deze bijlage geeft inzicht in de geldstroom via subsidies. In welke gevallen is «extra geld» ook via subsidies verstrekt (m.a.w. hoeveel procent/euro van de intensiveringsgelden is niet via de budgetten maar via gerichte subsidieregelingen verstrekt?)
 - b. Hoe is de verantwoording geregeld indien (extra) geld via subsidies wordt toegekend?
- a. De door het CVZ verstrekte subsidies zijn allemaal relevant voor het BKZ. Mutaties in de CVZ-subsidies werken dan ook rechtstreeks door in het BKZ.
De CVZ-subsidies zijn gebaseerd op artikel 1p van de Ziekenfondswet. Daarin zijn de grondslagen voor de premiesubsidies limitatief opgesomd. Grondslagen voor subsidiëring zijn onder andere, de subsidiëring van zorg waarvan het voornemen bestaat deze op te nemen in de het verstrekkingspakket, zorg ter vervanging van in de zorg opgenomen in het verstrekkingspakket, zorgvernieuwing, subsidie aan verzekerden om zelf zorg in te kopen (de PGB's). Dit heeft tot gevolg dat de omvang en samenstelling van de CVZ-subsidies continu aan verandering onderhevig is.
Bij de beantwoording van vraag 4.1 en 5.1 in de eerste ronde zijn de intensiveringsgelden via CVZ-subsidies daarom niet apart in kaart gebracht, maar opgenomen in de totale volumeontwikkeling van het BKZ.
 - b. In een jaarlijks vast te stellen ministeriele regeling, die gebaseerd is op

artikel 1p van de Ziekenfondswet (Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet) zijn de subsidievoorwaarden geregeld. Het CVZ is verantwoordelijk voor de uitvoering van deze regeling.

In het algemeen dient de instelling vooraf een aanvraag tot verlening van subsidie in bij het CVZ en achteraf een aanvraag tot vaststelling van de subsidie. De aanvraag tot subsidievaststelling gaat vergezeld van onder andere het verslag, de subsidiedeclaratie en de jaarrekening (Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet, artikel 1.9.1). Deze documenten moeten een zodanig inzicht geven dat een verantwoord oordeel kan worden gevormd over de aanwending en de besteding van de subsidie door de instelling. Tevens geeft de subsidiedeclaratie de nodige informatie om de subsidie vast te stellen. De subsidiedeclaratie sluit aan op de indeling van de bij de subsidieaanvraag ingediende begroting. Belangrijke verschillen tussen declaratie en begroting moeten worden toegelicht.

Het CVZ legt jaarlijks verantwoording af over zijn taakuitoefening in het verslag van werkzaamheden. Daarnaast verantwoordt het CVZ zich aan de minister over het financiële beheer in het «financiële jaarverslag over het beheer van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten». Daarbij spreekt het CVZ zich uit over de rechtmatigheid van deze geldstromen. De minister van VWS geeft een oordeel over het financieel beheer van de kassen door in te stemmen met dit verslag. De minister zendt de stukken naar de Kamer.

Vraag 8

Bijlage 11

De periode waarop alle vragen betrekking hebben loopt tot en met 2002. In bijlage 11 lopen cijferreeksen evenwel vaak tot 2001. Kunnen de productiecijfers uit bijlage 11 ook voor 2002 geleverd worden?

De in bijlage 11 opgenomen productiecijfers, zijn de cijfers die jaarlijks door Prismant worden aangeleverd in het kader van het Jaarbeeld Zorg. Voor het jaar 2002 beschikt VWS alleen over ramingen op basis van extrapolatie van voorgaande jaren.

Vraag 9

Wat is relatie tussen tabel 5.1.1 (extra wachtlijst-/productiemiddelen) en de tabel op pagina 10 van bijlage 11 (extra wachtlijstmiddelen ten opzichte van 1998)? Kan de aansluiting tussen beide tabellen worden gemaakt?

Tabel 5.1.1 bevat de extra wachtlijst-/productiemiddelen cumulatief ten opzichte van 1994.

De tabel op pagina 10 van bijlage 11 bevat de extra wachtlijst-/productiemiddelen cumulatief ten opzichte van 1998.

Tabel 5.1.1 is identiek aan de tabel op pagina 10 van bijlage 11 als deze tabel wordt uitgedrukt ten opzichte van 1998 in plaats van 1994, zie onderstaande tabel.

Bijvoorbeeld:

De extra wachtlijst-/productiemiddelen voor de curatieve zorg in 1999 ten opzichte van 1994 zijn volgens tabel 5.1.1: (77+509+29). Ten opzichte van 1998 is dit gelijk aan «de extra wachtlijst-/productiemiddelen voor de curatieve zorg in 1999» minus «de extra wachtlijst-/productiemiddelen voor de curatieve zorg in 1998».

Dit is volgens tabel 5.1.1: (77+509+29) – (49+418+26) =122.

Dit komt overeen met het getal in de tabel op pagina 10 bijlage 11.

Extra wachtlijst-/productiemiddelen ten opzichte van 1998

In € mln	1999	2000	2001	2002
Curatieve zorg				=(141+1401+58)
	=(77+509+29)	=(88+656+41)	=(118+926+51)	-
Tabel 5.1.1	- (49+418+26)=	- (49+418+26)=	- (49+418+26)=	(49+418+26)=
Tabel bijlage 11	122	292	605	1 107
Geestelijke gezondheidszorg				
Tabel 5.1.1	=217-180=	=238-180=	=332-180=	=418-180=
Tabel bijlage 11	37	59	152	238
Gehandicapten-zorg				
Tabel 5.1.1	=214-176=	=281-176=	=536-176=	=948-176=
Tabel bijlage 11	37	105	360	771
Ouderenzorg				
Tabel 5.1.1	=412-323=	=732-323=	=1158-323=	=1833-323=
Tabel bijlage 11	89	410	835	1 511

Vraag 10

De totaal toegestane groei van de uitgaven van de zorg in het regeerakkoord van Paars I bedroeg 1,3%. Was dit een reëel percentage, gelet op de demografische ontwikkelingen en autonome trends? Met andere woorden: welke groei van het uitgavenkader zou op basis van deze cijfers gerechtvaardigd zijn geweest?

In het Regeerakkoord van Paars I is in het meerjarenbeeld een groei van 1,3% volume per jaar opgenomen. Alvorens te beslissen of vooraf meer ruimte moest worden gegeven, wilde het kabinet de resultaten beoordelen van de maatregelen van de Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking.

In het CEP van 1995 is een uitsplitsing gemaakt van de volumegroei in de zorg van gemiddeld 2,7% per jaar over de periode 1982-1993. Van deze groei kon 1,3% toegeschreven worden aan demografische factoren en 0,2% aan inkomenseffecten. De overige 1,3% kon niet nader toegewezen worden, maar werd gezien als de neerslag van andere factoren, zoals technologische vooruitgang, sociaal-culturele ontwikkelingen en beleid. In 2001 heeft het Centraal Planbureau ten behoeve van zijn scenario voor de periode 2003-2006 opnieuw een uitsplitsing gemaakt van de volumegroei in het verleden.¹ Gekeken is naar de periode 1960-1997. Hierbij zijn de reële uitgaven aan zorg in 18 OESO-landen meegenomen. Op basis van deze analyse heeft het CPB de conclusie getrokken dat in de periode 1960-1997 een groei van 1,8% per jaar te verklaren is uit «overige factoren». Dit betreft met name de technologische ontwikkeling en sociaal-culturele trends.

Welke groei gerechtvaardigd geacht wordt, is uiteindelijk een politieke kwestie. Het beschikbaar stellen van middelen om de demografische ontwikkeling te honoreren komt overeen met de keuze om de zorg op hetzelfde kwaliteitsniveau te houden. Immers, voor hetzelfde geval (de gemiddelde persoon in een leeftijds-geslachts-categorie) is zo hetzelfde bedrag beschikbaar. Het is een politieke keuze, een afweging tegen andere prioriteiten van een kabinet, meer of minder middelen beschikbaar te stellen en zo meer of minder kwaliteit van de zorg toe te laten. In de zorg bestaan in principe ook de instrumenten om de ontwikkeling te beperken en zo uitvoering te geven aan de politieke keuze. Het duidelijkste voorbeeld daarvan is de budgettering van de instellingen.

¹ «Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006», CPB Document 007.

Vraag 11

Kunt u in detail aangeven hoe de verschillende demografische ontwikkelingen en trends vertaald worden in het BKZ? (Bijv. Een stijging van drie procent in de medicijnkosten leidt tot een stijging van het BKZ.). Kunt u ook aangeven welke cijfers VWS exact gebruikt heeft in de periode 1994–2002?

Het BKZ geeft aan welke bedragen het kabinet beschikbaar stelt voor de zorg. Het vaststellen van het BKZ ten tijde van Paars I en II is vooral een politieke keuze geweest, gebaseerd op de mogelijkheid tot aanbod-beheersing.

In de twee Paarse kabinetsperioden 1994–1998 en 1998–2002 is aan het begin van de periode in het Regeerakkoord het uitgangspunt van het meerjarenbeeld vastgelegd. Bij Paars I was dat 1,3% volumegroei voor de gehele zorg en bovendien een aantal kostenbeperkende maatregelen (volume-effecten overheveling geneesmiddelen, invoering verplicht eigen risico en pakketverkleining). Het BKZ voor deze periode is eerst bij Voorjaarsnota 1995 vastgesteld.

Bij Paars II was vastgelegd dat tot en met 2002 f 5,66 miljard (€ 2,6 miljard) beschikbaar zou komen voor volumegroei van het zorgbudget. Dit bedrag kwam overeen met gemiddeld 2¼% volumegroei per jaar.

Met betrekking tot de effecten van de demografische ontwikkeling geldt dat deze jaarlijks fluctueren. De uiteindelijke demografische ontwikkeling wordt immers bepaald door de werkelijke geboorte, sterfte en migratie.

Met betrekking tot de trends geldt dat het niet goed mogelijk is om aan te geven tot welke absolute dan wel procentuele uitgavenontwikkeling op BKZ-niveau een procentuele stijging van een BKZ-sector leidt. Dit hangt namelijk in sterke mate af van het beginniveau dan wel aandeel van de sector waar de absolute dan wel procentuele stijging betrekking op heeft.

Vraag 12

a. *Heeft u zicht op de totale omvang van afspraken die door verzekeraars en aanbieders in de periode 1994–2002 jaarlijks voor de verschillende vormen van zorg of sectoren zijn gemaakt?*

b. *Kunt u voor de periode 2000–2003 cijfers aangeven hoe deze reguliere afspraken zich getalsmatig tot de extra productieafspraken verhouden?*

a. De minister van VWS heeft geen volledig zicht op de totale omvang van de afspraken in de periode 1994–2002. Zoals in de eerste set antwoorden is aangegeven lag de nadruk in de periode 1994–1998 op kostenbeheersing. Later, bij de invoering van «boter bij de vis», zijn met het CTG periodieke rapportages opgezet over de in dit kader gemaakte afspraken. Bovendien heeft het CTG in de periode 1994–2002 de minister van VWS wel op reguliere basis geïnformeerd over de financiële (budgettaire) gevolgen van de productieafspraken.

De afspraken tussen verzekeraars en aanbieders vormen de basis voor de budgetaanpassing van de zorgaanbieders en leidt tot een beschikking op grond waarvan rechtsgeldig de middelen aan de zorgaanbieders kunnen worden betaald. Op grond hiervan heeft het CTG de mogelijkheid een overzicht samen te stellen van de totale omvang van afspraken door verzekeraars en aanbieders in de periode 1994–2002 voor de verschillende sectoren.

b. Dit behoort tot de mogelijkheden afhankelijk van de wijze van financieren van de instellingen. Het betreft het onderscheid tussen open einde financiering en budgetmaximering. Bij budgetmaximering (bestaat thans niet meer en speelde met name voor de AWBZ) werden de extra wachtlijstmiddelen verdeeld naar zorgkantorregio op basis van het aantal inwoners. Vervolgens was het aan het zorgkantoor om voor de nadere toedeling over de betrokken instellingen zorg te dragen, uiteraard in overleg met de aanbieders. De extra productie is bij de sectoren met budgetmaximering in eerste instantie in lump-sum bedragen opgenomen en niet als extraproductie geregistreerd. In latere jaren is dit wel gebeurd maar dan als onderdeel van de totale afspraken.

Bij open einde financiering vormen de productieafspraken het uitgangspunt voor het toedelen van middelen. De sectoren met open einde financiering hebben voor de periode 2000–2003 rapportages geproduceerd over wachtlijstmiddelen. Deze rapportages zijn voor de gehele periode via de CTG-vergadering aan VWS overgebracht.

Vraag 13 en vraag 14

Heeft u in het kader van het afsluiten van meerjarenafspraken met de koepels berekend of geschat hoeveel middelen nodig zouden zijn om de wachtlijsten te minimaliseren en de werkdruk op een gemiddeld niveau terug te brengen?

Hoe verhouden deze berekeningen of inschattingen zich met de uiteindelijke afspraken zoals deze in de Meerjarenafspraken zijn vastgelegd?

Voor vraag 13 en 14 geldt dat het verminderen van de werkdruk, met name in de caresector, en het terugdringen van wachttijden in care- en curesector belangrijke doelstellingen waren van het tweede paarse kabinet. Ten tijde van de totstandkoming van het regeerakkoord was er nog geen sprake van landelijke, uniforme registraties van werkdruk en wachtlijsten. Door het ontbreken van deze informatie konden ook geen betrouwbare berekeningen over de gewenste vermindering worden gemaakt.

Het kabinet achtte weliswaar een adequate informatievoorziening van met name de wachtlijsten essentieel voor een verantwoorde inzet van intensiveringsmiddelen, maar oordeelde het niet verantwoord om, gelet op de maatschappelijke problematiek van de wachttijden, het inzetten van die middelen op te schorten tot die informatievoorziening optimaal zou zijn. De middelen zijn ingezet en er is tevens overeengekomen een adequate informatievoorziening op te zetten.

Vraag 15

Zijn de extra volumemiddelen die voor de periode 1998–2003 beschikbaar zijn gesteld (zie antwoord vraag 1.1.) direct herleidbaar tot de Meerjarenafspraken per sector of zijn deze ook gebaseerd op de demografische ontwikkelingen en trends, zoals ook de «reguliere» groei berekend wordt?

De beschikbare budgettaire ruimte voor de periode 1999–2002 bedroeg f 5,66 miljard (€ 2,6 miljard). In dit bedrag was een demografische groei van 1% verdisconteerd. In het regeerakkoord van het tweede paarse kabinet is de beschikbare ruimte verdeeld over de sectoren waarmee meerjarenafspraken gemaakt werden. Het daadwerkelijk beschikbaar stellen van de middelen is afhankelijk gesteld van de realisatie van de meerjarenafspraken.

Vraag 16

Hoe is in de diverse tabellen het onderscheid tussen volume en nominaal gemaakt? Is voor de nominale ontwikkeling uitgegaan van de vooraf veronderstelde nominale ontwikkeling in enig jaar (zoals in de begroting geraamd) of de feitelijke nominale ontwikkeling (zoals die achteraf door bijv. het CBS is vastgesteld)?

De bedragen die vermeld staan onder nominale ontwikkeling bestaan uit de reguliere loon- en prijsaanpassingen, de exploitatiegevolgen van instandhoudingsbouw en enkele specifieke onderdelen die overduidelijk samenhangen met prijs en niet met volume.

De reguliere loon- en prijsaanpassingen worden bepaald door het (per sector) gewogen gemiddelde van de loonkostenvergoeding en de prijsontwikkeling. Op de OVA wordt ingegaan in het antwoord op vraag 4.4 van de eerste vragenset en in het antwoord op vraag 2 van de tweede vragenset. De vergoeding voor de prijsontwikkeling wordt gebaseerd op de (macro-economische) prijsontwikkeling van de particuliere consumptie.

Beide percentages worden ieder jaar vastgesteld op basis van de inzichten van het Centraal Planbureau voor dat jaar zoals weergegeven in het Centraal Economisch Plan (CEP). Voor de prijsontwikkeling vindt dan nog een nacalculatie plaats voor het vorig jaar (verschil tussen de raming huidig CEP en vorig CEP). Bij de loonontwikkeling vindt geen nacalculatie plaats.

VWS geeft vervolgens aan het CTG door welke percentages voor de loon- en prijsaanpassing in de tarieven en budgetten verwerkt moeten worden. Achteraf krijgt VWS van het CTG informatie over de omvang van de bedragen die hiermee gemoeid zijn.

Bij de gebudgetteerde sectoren worden als bestanddeel van de nominale ontwikkeling indien van toepassing bedragen voor instandhoudingsbouw (ook wel bekend als nominaal bouw) opgenomen. Het gaat daarbij om de exploitatiegevolgen van bouwprojecten die zonder capaciteitsgevolgen blijven (geen uitbreiding, geen krimp), maar die worden uitgevoerd om de bestaande capaciteit in stand te houden.

De specifieke onderdelen in de nominale ontwikkelingen omvatten bijvoorbeeld de mutaties die voortkomen uit de privatisering van gemeentelijke ziekenhuizen en de prijzenwet geneesmiddelen.

Ten slotte dient hier nog vermeld te worden dat de nominale ontwikkeling van genees-¹ en hulpmiddelen² niet de prijsstijging in deze sector weerspiegelt. De achtergrond hiervan is dat het hoofdaccent van de budgettaire groei in deze twee sectoren op de kwaliteit ligt, hetgeen tot volumestijging gerekend kan worden. Daarom werd in Paars I aan deze sectoren een specifieke nominale ontwikkeling toegekend. Vanaf Paars II is ook in deze sectoren de normatieve loon- en prijsontwikkeling als uitgangspunt genomen.

² Tot en met 1998 werd de kwaliteitsontwikkeling van hulpmiddelen meegenomen in de nominale mutaties. Vanaf 1999 wordt de kwaliteitsontwikkeling meegenomen als volumemutatie in de categorie kwaliteit.

Bijgaand doe ik u de antwoorden toekomen op de vragen van uw
Commissie d.d. 27 januari 2004.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
J. F. Hoogervorst

1

Hoeveel geld is in de onderzoeksperiode gepaard gegaan met het verstrekken van de zogenaamde «fusiebonussen» in de gezondheidszorg? Vallen deze middelen onder de extra middelen of reguliere middelen?

Een grootteklassetoeslag¹ komt tot uitdrukking in de productiegebonden kosten en de richtlijn medische en overige inventarissen.

Productiegebonden kosten zijn kosten die samenhangen met de door het ziekenhuis geproduceerde zorg. Het budget dat het ziekenhuis krijgt voor de productiegebonden kosten is gebaseerd op vier productie-indicatoren:

1. het aantal opnamen;
2. het aantal eerste polikliniek bezoeken;
3. het aantal verpleegdagen;
4. het aantal dagopnamen.

Een groter ziekenhuis krijgt meer geld per opname dan een kleiner ziekenhuis. Dit verschil voor ziekenhuizen van verschillende grootte wordt de grootteklassetoeslag genoemd. De grootteklassetoeslag is bedoeld als correctie voor het verschil in zorgzwaarte tussen grote en kleine ziekenhuizen en maakt onderdeel uit van de reguliere bekostiging.

Ook het bedrag dat een ziekenhuis krijgt voor de afschrijvingen op medische en overige inventarissen hangt af van de grootte van het ziekenhuis (aantal bedden en gewogen specialistenplaatsen). Tot 2004 kreeg een gemiddeld ziekenhuis meer geld per bed en specialist dan een klein ziekenhuis. Het gemiddelde ziekenhuis ontving echter ook meer dan een groot ziekenhuis. Vanaf 2004 is deze beleidsregel echter gewijzigd en ontvangt een klein ziekenhuis hetzelfde bedrag per bed en specialist als een gemiddeld ziekenhuis. De grote ziekenhuizen houden het lagere bedrag per bed en specialist. Hier werkt de grootteklassetoeslag dus juist andersom.

Een door fusie ontstaan ziekenhuis ontvangt de grootteklassetoeslag, waar de onderliggende fusiepartijen dit voorheen niet konden. Onderstaand is een overzicht opgenomen van de bedragen in miljoenen euro over de jaren 1995–2004 die op grond van de grootteklassetoeslag zijn toegekend aan gefuseerde algemene ziekenhuizen.

Fusies tussen twee of meer algemene ziekenhuizen vanaf 1995

	Effect grootteklas- setoeslag* € mln. enkelvoudig	Effect grootteklasse- toeslag * € mln. cumulatief
1995	0,5	0,5
1996	3,2	3,7
1997	3,5	7,2
1998	0,0	7,2
1999	3,2	10,4
2000	8,4	18,8
2001	15,5	34,3
2002	4	38,3
2003	0,4	38,7
2004	3,1	41,8

2

Indien instellingen in financiële nood (dreigen te) komen, kan het CTG extra geld ter beschikking stellen, en passende maatregelen treffen. In het verleden is dit een aantal malen gebeurd. Om hoeveel geld ging dit in

¹ «Grootteklassetoeslag» wordt soms ook «fusiebonus» genoemd.

totaal in de onderzoeksperiode? Vallen deze middelen onder de extra middelen of reguliere middelen?

De steunverlening is een tijdelijke bevoorschotting die in latere jaren via het verpleegdagtarief weer wordt verrekend. Het CTG houdt dit bij op instellingsniveau en niet op sectorniveau.

Voor de jaren 2001 en 2002 heeft het CTG de steunverleningbedragen geïnventariseerd.

Jaar	Type Instelling	Bedrag in mln. euro's
2001	Thuiszorg	3,18
	Verpleeghuis	1,00
	Gehandicaptenzorg	2,10
	Ambulancedienst	0,20
	GGZ	0,80
	Totaal 2001	7,28
2002	Verpleeghuis	2,35
	Verzorgingshuis	0,20
	Ziekenhuis	2,25
	Ambulancedienst	0,18
	Subtotaal 2002	4,98

3

Kan een beknopt overzicht worden verschaft van de belangrijkste structurele wijzigingen op hoofdlijnen, die in de onderzoeksperiode zijn doorgevoerd in de allocatiesystematiek, de bekostigingssystematiek en verantwoordings- en toezichtssystematiek, uitgesplitst per sector?

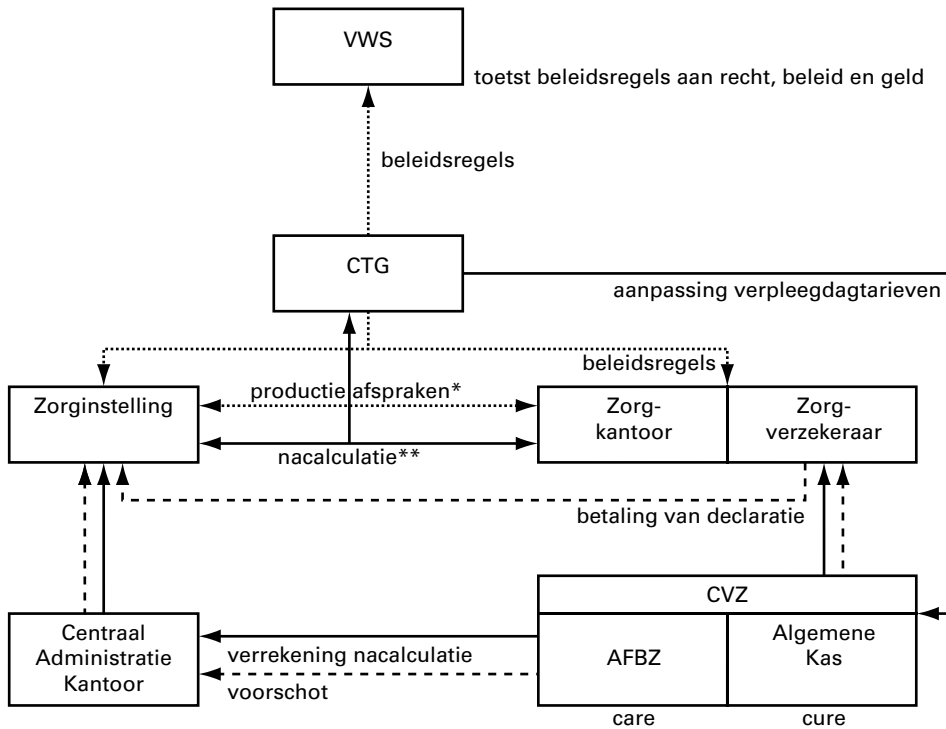
Gedurende de onderzoeksperiode ziet de bekostigingssystematiek van zorginstellingen binnen de Cure en de Care er verschillend uit.

In hoofdlijnen¹ ziet de bekostigingssystematiek er als volgt uit:

1. Het CTG stelt beleidsregels op. VWS toetst of de beleidsregels overeenkomstig het recht en het belang van de volksgezondheid (beleidsinhoudelijk en financieel) zijn.
2. De CTG beleidsregels vormen de basis voor de vaststelling van het budget. Het budget is opgebouwd uit een vaste en een variabele component. De vaste component wordt vastgesteld op basis van de toelatingsbeschikking van het CVZ (bijvoorbeeld op basis van het aantal plaatsen, het aantal bedden of het aantal inwoners per regio). Vaste kosten zijn onafhankelijk van de bedrijfsdrukke.
3. De variabele component heeft betrekking op de productie en wordt berekend op basis van een p (=prijs) maal q (=hoeveelheid). Daarbij wordt de q via onderhandeling van de instelling met het zorgkantoor bepaald. De p wordt vastgesteld door het CTG. In een aantal gevallen kunnen lokale partijen ook een afspraak maken over de prijs mits deze prijs onder het door het CTG bepaalde niveau ligt. Op de vaste component wordt in principe niet nagecalculeerd, op de variabele component wel. Bij nacalculatie gaat het om het verschil tussen afspraak en realisatie.
4. Bij de Care-instellingen vindt bevoorschotting plaats t.l.v. het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten via het CAK. Bij de Cure-instellingen vindt bekostiging van de instelling plaats op basis van declaraties door de instelling aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar dekt zijn uitgaven via zijn budgettaire aandeel uit de Algemene Kas (AK) en de nominale premieheffing.
5. Na afloop van het jaar wordt het definitieve aanvaardbare kosten

¹ Er is hier uitgegaan van de gebudgetteerde sectoren. Om het antwoord overzichtelijk te houden is eveneens afgezien van eigen bijdragen AWBZ en eigen betalingen.

budget van de instelling vastgesteld. Eventuele verschillen worden verrekend via het sluittarief (het verpleegdagarief).



..... = beleidsregels/budget
 - - - - = bevoorschotting/betaling
 ——— = nacalculatie

Wijzigingen in de allocatie- en bekostigingsystematiek hebben zich voorgedaan in drie te onderkennen fasen gedurende de periode 1994–2002.

De drie fasen zijn:

1. 1994–1998: Nadruk op kostenbeheersing
 Gedurende deze fase ligt de nadruk bij de allocatie van middelen door VWS op «zuinig en zinnig met zorg». Deze periode wordt vooral gekenmerkt door volume- en kostenbeheersing. Binnen het bovenstaande schema betekent dit vooral een strikte (budgettaire) toetsing van de beleidsregels van het CTG, het verlagen van tarieven, het verkleinen van het pakket waardoor minder aanspraken ten laste van de Algemene Kas of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten kunnen worden gebracht en het treffen van budgettaire maatregelen waardoor er een bedrag in mindering wordt gebracht op het aanvaardbare kostenbudget.
2. 1998–2002: Meerjarenafspraken
 De verdeling van de groei ruimte is bij het regeerakkoord per sector vastgelegd. Vervolgens worden tussen de minister van VWS en diverse koepels meerjarenafspraken afgesloten waarin de prestaties die hun sector moet leveren en het bedrag dat daarvoor beschikbaar is worden vastgelegd. Waar mogelijk worden ook afspraken gemaakt over de informatievoorziening om het nakomen van de afspraken te kunnen volgen. De afspraken met het veld vinden in feite plaats buiten

het bovenstaande schema. De bedoeling van de meerjarenafspraken is dan ook om ruimte en flexibiliteit te scheppen voor de veldpartijen om knelpunten binnen de zorg het hoofd te bieden.

3. 2000–2002: Actieplan Zorg Verzekerd

Tijdens Paars II «overvleugelt» de aanpak van wachttijden en wachtlijsten de Meerjarenafspraken enigszins. Rechterlijke uitspraken, begin 2000, over het «recht op zorg» benadrukken het verzekeringskarakter van het systeem. Dit betekent dat voor zorgaanbieders en -verzekeraars de systematiek van de meerjarenafspraken feitelijk onhoudbaar wordt: er is sprake van leverplicht en daarmee de facto van een open-einde-financiering. Maatschappelijk en politiek groeit, onder andere door meer inzicht in de omvang van wachttijden en wachtlijsten, de overtuiging dat te lange wachttijden en wachtlijsten tegen de achtergrond van de verder toenemende welvaart niet (langer) aanvaardbaar zijn. Het kabinet kiest daarom in het najaar 2000 voor een veel steviger aanpak van de wachtlijsten en wachttijden. Dit leidt tot het Actieplan Zorg Verzekerd.

Het Actieplan Zorg Verzekerd staat ook bekend als het «boter-bij-de-vis-principe» of de «geclausuleerde open-einde-financiering». Binnen het schema betekent dit dat op de productieafspraken tussen verzekeraar en instelling wordt nagecalculeerd. Het «open einde» karakter houdt in dat voor een hogere productie (de vis) nieuwe productieafspraken kunnen worden gemaakt die onontkoombaar leiden tot financiële gevolgen (de boter). Stapsgewijs vindt zo een accentverschuiving plaats van budget- of inputsturing door de centrale overheid naar outputsturing door zorgverzekeraars en zorgkantoren. Dit laatste gaat gepaard met informatievoorziening door de zorgaanbieders waardoor zorgverzekeraars en zorgkantoren op de hoogte zijn van de omvang van de extra geleverde productie.

Daarnaast zijn er veranderingen geweest in verantwoordings- en toezichtsystematieken van ZFW en AWBZ. De basis voor de verantwoordings- en toezichtsystematiek is vastgelegd in de wetgeving met betrekking tot de ziektekostenverzekering. (De Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ), De Ziekenfondswet (ZFW) en Wet op de toegang tot de ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998)). Er zijn geen principiële verschillen tussen het verantwoordings- en toezichtstelsel in de AWBZ en ZFW.

In 2000 is het toezicht gemoderniseerd. De eerste stap hierin was de scheiding van sturing en toezicht op de uitvoeringsorganen (verzekeraars). Dit is gerealiseerd door de CTU (Commissie toezicht uitvoeringsorganen), die toen nog onderdeel was van de ziekenfondsraad, te verzelfstandigen.

Ook in de uitoefening van toezicht van de overheid trad een verschuiving op. In plaats van dat de toezichthouder het initiatief nam om de bedrijfsvoering van de uitvoeringsorganen te toetsen, kreeg het uitvoeringsorgaan een wettelijke verantwoordingsplicht.

In de gemoderniseerde opzet leggen de uitvoeringsorganen zelf verantwoording af over de uitvoering en hun kosten. Bij het financiële verslag moet het bestuur van het uitvoeringsorgaan een verklaring voegen van een extern accountant over de getrouwheid en rechtmatigheid. De toezichthouder beoordeelt deze verantwoordingsproducten onder meer op basis van een review van de werkzaamheden van de door het ziekenfonds ingeschakelde accountant. De uitkomst daarvan legt het CTZ vast in een rapport per ziekenfonds. Inzake de uitgaven bevestigt het CTZ het rechtmatig zijn van de uitgaven, dan wel de onrechtmatigheid ervan

en beoordeelt of deze al dan niet verantwoord zijn. Alleen verantwoorde uitgaven mogen worden gedekt met de financiële middelen van de ziekenfondsverzekering.

Ook de aard van het toezicht verandert in de periode 1994–2002. Dit heeft te maken met de veranderingen in de eisen die aan de verantwoording worden gesteld. Met het Actieplan zorg verzekerd wordt in 2000 het «boter-bij-de-vis» principe geïntroduceerd. De eisen, op basis waarvan additionele middelen toegekend worden en de eisen aan de verantwoording, worden verder aangescherpt. Zo wordt er door het CTG nagecalculeerd op werkelijk gerealiseerde productie en niet op basis van de vooraf gemaakte productieafspraken met de verzekeraars.

4.

Kan voorts een beknopt overzicht worden verstrekt van de ontstaansgeschiedenis van het CTG, het CVZ en het CTZ? Wat waren de belangrijkste overwegingen ZBO's te belasten met bepaalde taken (bekostiging, toezicht en verantwoording), sinds wanneer zijn deze belast met deze taken en hoe was de situatie daarvoor?

In 1999 is de wetwijziging Uitvoeringsorganen Volksgezondheid aangenomen. Met deze wetwijziging zijn de taken en de onderlinge relaties tussen het ministerie van VWS met onder andere CVZ, CTZ, CTG, CBZ en CSZ veranderd.

De advies- en uitvoeringsstructuur waren op het moment dat de herzieningsoperatie werd ingezet een ingewikkeld geheel van verantwoordelijkheden, posities en belangen, dat, hoewel in formele zin behorende tot de overheid, materieel gepositioneerd was tussen overheid en veld.

In de wetwijziging is uitgegaan van het onderstaande bestuursmodel:

- 1) de taken van de uitvoeringsorganen zijn strikt uitvoerend van aard en worden bij of krachtens de wet vastgelegd;
- 2) het bestuur bestaat uit door de minister te benoemen onafhankelijke deskundigen;
- 3) de minister beschikt over sturing- en toezichtinstrumenten om inhoud te geven aan zijn politieke verantwoordelijkheid;
- 4) het bestuur is verantwoordelijk voor de inrichting en werkwijze van het uitvoeringsorgaan en brengt die verantwoordelijkheid tot uiting in een bestuursreglement dat onderworpen is aan de goedkeuring van de minister

De Ziekenfondsraad veranderde per 1 juli 1999 in het College voor zorgverzekeringen, de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie werd per 1 april 2001 verzelfstandigd, het COTG werd per 1 januari 2000 veranderd in College tarieven gezondheidszorg. Het CVZ, CTZ en het CTG zijn zelfstandige bestuursorganen.

De belangrijkste overwegingen om over te gaan tot de vernieuwing van de advies- en uitvoeringsstructuur waren de scheiding van de functies advies, overleg en uitvoering en het herstel van het primaat van de politiek. Uitgangspunten bij de keuze voor deze structuur was dat het, in een zo omvangrijke sector als de volksgezondheid, feitelijk niet goed mogelijk en ook ongewenst is, dat de minister in individuele gevallen, zoals bijvoorbeeld het vaststellen van tarieven voor behandelingen in individuele ziekenhuizen, de beslissing neemt. Sturing op hoofdlijnen door de minister is aangewezen, binnen de hoofdlijnen is onafhankelijke oordeelsvorming bij nadere uitwerking onontbeerlijk. De zogenaamde span of control van de departementale organisatie wordt daardoor werkbaar gehouden. Bovendien werd op deze manier gewaarborgd dat de

beslissingen over individuele gevallen voldoende worden gevrijwaard van de waan van de politieke dag. De minister is op hoofdlijnen verantwoordelijk voor het functioneren van de zbo's. Om die verantwoordelijkheid waar te kunnen maken, verantwoorden de zbo's zich jaarlijks via enerzijds hun werkprogramma en begroting, anderzijds via hun verslag van werkzaamheden en hun financieel verslag.

De Algemene rekenkamer concludeert in zijn rapport over verantwoording en toezicht bij rechtspersonen met een wettelijke taak, dat het aannemen van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid en de Wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen hebben geleid tot een verbeterde verantwoording- en toezichtstructuur (Kamerstukken 2002-2003, 28 655, nrs. 1-2, blz. 179)¹.

Hierna wordt ingegaan op het ontstaan van het CVZ, CTZ en CTG. Hieruit blijkt dat de huidige ZBO's van oorsprong hun wortels hebben in het maatschappelijk middenveld.

Ziekenfondsraad / College voor zorgverzekeringen

De geschiedenis van het CVZ begint bij de Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen, zoals die was ingesteld bij het Ziekenfondsenbesluit 1941. Bij wet van 24 april 1947 (Stb. H 135), die op 1 januari 1949 in werking trad, werd de Commissaris vervangen door de Ziekenfondsraad. De wet bepaalde dat de Ziekenfondsraad in hoofdzaak zou bestaan uit vertegenwoordigers van bij het ziekenfondswezen betrokken maatschappelijke groeperingen. Door de inwerkingtreding van de AWBZ op 1 januari 1968 kreeg de Ziekenfondsraad ook een sturings- en toezichthoudende taak bij de uitvoering van de AWBZ. Algemeen geformuleerd hebben zowel het CVZ als de Ziekenfondsraad tot taak op landelijk niveau de uitvoering van de ZFW door de ziekenfondsen en de AWBZ door de ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van ambtelijke ziektekostenregelingen te coördineren en te bewaken en de algemene middelen van de in deze wetten geregelde verzekeringen te beheren. Vergelijking van de taken van de Ziekenfondsraad met die van het CVZ laat zien dat de Ziekenfondsraad nagenoeg dezelfde taken uitvoerde als het CVZ. Het beheer van de kassen, het goedkeuren van landelijke overeenkomsten, het uitvoeren van subsidie-regelingen, het fungeren als internationaal verbindingkantoor en de taken in de sfeer van coördinatie en afstemming werden ook uitgevoerd door de Ziekenfondsraad. Bij de oprichting van het CVZ zijn enkele nieuwe taken geïntroduceerd en zijn enkele werkzaamheden wettelijk vastgelegd, die tot dan toe zonder expliciete wettelijke basis werden uitgevoerd. Nieuw zijn twee taken: het toelaten van ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars tot de uitvoering van de ZFW en AWBZ en het toelaten van instellingen. Voorlichting aan verzekerden, instellingen en zorgverzekeraars over door de wetgever aanvaard beleid is een taak die al werd uitgevoerd door de ZFR op basis van afspraken. Die afspraken hebben een wettelijke basis gekregen. De behandeling van klachten van verzekerden is verdwenen uit het takenpakket van de ZFW.

Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie / College van toezicht op de zorgverzekeringen

Ook de geschiedenis van het CTZ begint bij de Commissaris, belast met het toezicht op de ziekenfondsen. Bij de instelling van de Ziekenfondsraad kwam het toezicht te liggen bij de commissie van die raad. Die commissie, de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU), kreeg geleidelijk een steeds zelfstandiger positie binnen het verband van de Ziekenfondsraad/het CVZ. De CTU hield toezicht op uitvoering van de

¹ Zie ook Kamerstukken 26 982, 27 656 nr. 2 blz. 181 t/m 184, 28 655 blz. 171-184.

Ziekenfondswet door de ziekenfondsen en van de AWBZ door de ziekenfondsen, ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van ambtelijke ziektekostenregelingen. Tijdens het overleg op 21 april 1997 met de Vaste Commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport van de Tweede Kamer, over de door het ministerie ontwikkelde toezichtsvisie in het algemeen en het toezicht op verzekeringen in de gezondheidszorg in het bijzonder, bleek dat in de Tweede Kamer een breed draagvlak bestond voor een geheel onafhankelijke positionering van het toezicht ten opzichte van het CVZ. Er werd bij wet een verzelfstandigd bestuursorgaan ingesteld voor het toezicht, het College van toezicht op de zorgverzekeringen. Dit college ging de taken uitvoeren die voorheen door de CTU werden uitgevoerd.

Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg / College tarieven gezondheidszorg

De stichting Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ) die in 1962 is opgericht door vertegenwoordigers van de ziekenhuizen en de verzekeraars vormt de basis voor wat nu het CTG is. In 1965 kreeg het privaatrechtelijke COZ op grond van de Wet Ziekenhuistarieven tot taak alle tarieven van ziekenhuizen te regelen. In 1976 werd de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) ingediend. Na een langdurige parlementaire discussies over de rol van de overheid en de taak van betrokkenen werd de WTG in 1982 vastgesteld. Het privaatrechtelijke COZ werd op basis van de WTG omgevormd in het publiekrechtelijke Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG).

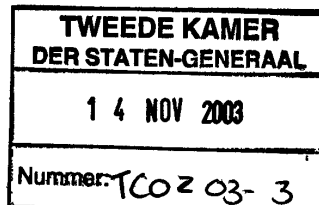
Het takenpakket van het huidige CTG, omschreven in artikel 19 van de WTG, verschilt niet van het takenpakket van het COTG. Het COTG/CTG stelt beleidsregels vast die het kader vormen voor de onderhandelingen tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars over tarieven en budgetten. Ook stelt het COTG/CTG tarieven vast die kunnen worden gedeclareerd in de zorg. Het COTG had daarnaast ook een advies- en overlegfunctie. Deze taken zijn met de overgang naar het CTG vervallen. De functies van het CTG zijn alleen nog beleidsuitvoerend van aard. In dat kader rapporteert het CTG aan de minister over de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen tariefbeleid en signaleert het feitelijke tariefontwikkelingen in de gezondheidszorg.

R 21.11.2003 TC02

CTZ

College toezicht zorgverzekeringen

Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven
Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag



BEZOEKADRES
Eekholt 4
1112 XH Diemen

POSTADRES
Postbus 324
1110 AH Diemen

T (020) 797 80 00

F (020) 797 81 11

E info@ctz.nl

I www.ctz.nl

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum

12 november 2003

Ons kenmerk
CTZ/23085829

Behandeld door
dr. M.E. Homan

Doorkiesnummer
(020) 797 80 18

Onderwerp
vragen

Geachte Commissie,

In uw brief van 23 oktober jongstleden stelt u het College Toezicht Zorgverzekeringen (CTZ) twee vragen met betrekking tot uw onderzoek naar de (additionele) zorguitgaven. In deze brief beantwoorden wij u die vragen.

Vraag 1

Wordt er door het CTZ met andere toezichthoudende organen gecommuniceerd en vindt daarmee afstemming plaats? Zo ja, op welke wijze, met welke frequentie en ten aanzien van welke kwesties?

Ja.

Hierna wordt een aantal relaties met andere organen op hoofdlijnen getypeerd. Er zij opgemerkt dat onderstaand overzicht breder is dan alleen *toezichthoudende* organen.

In het kader van het overleg zijn drie niveaus te onderscheiden: op 'bestuurlijk niveau' (door de voorzitter van het CTZ of door het gehele college), op 'directieniveau' en op 'medewerkersniveau'. Voorts is er onderscheid te maken naar gezamenlijk overleg en bilateraal overleg.

Een vorm van gezamenlijk overleg is het jaarlijkse informele overleg van de voorzitters van de ZBO's en adviesorganen in de zorg. Een soortgelijke overleg op directieniveau vindt tweemaal per jaar plaats. In dit overleg worden met name algemene ontwikkelingen op het gebied van de zorg besproken.

Het CTZ heeft met de volgende organisaties bilateraal overleg.

Nederlandse mededingingsautoriteit (NMa)

Na een eerste bestuurlijk overleg in 2002 met uitwisseling van informatie over belangrijke ontwikkelingen, werkprogramma's, raakvlakken en dergelijke is begin 2004 een volgend bestuurlijk overleg voorzien. Zo één keer per jaar vindt medewerkersoverleg plaats. Dit overleg richt zich meer in de diepte op onderlinge raakvlakken, uitwisseling van kennis en informatie, ervaringen met instrumenten zoals gehanteerd in het toezicht van het CTZ (bijvoorbeeld het financieel verslag en het uitvoeringsverslag) en ervaringen met de zogeheten consultatieprocedure van de NMa. Desgewenst maakt het CTZ opmerkingen bij de consultatiedocumenten.

Inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ)

Begin 2004 is er een bijeenkomst voorzien met het voltallige college CTZ en het college van inspecteurs van de IGZ. Dit in vervolg een drietal in de periode vanaf 1998 (oriënterende) bijeenkomsten op verschillend niveau. Doel van de bijeenkomst is het uitwisselen van informatie over de wijze waarop door beide organen het toezicht wordt uitgevoerd. Daarbij is er met name ook aandacht voor het onderlinge raakvlak op het gebied van toezicht op de kwaliteit van het zorgaanbod. Het CTZ houdt hierop indirect toezicht via de activiteiten van de zorgverzekeraars op dit gebied. Het is de bedoeling de middag af te sluiten met een convenant van afspraken over het elkaar vooraf consulteren over belangrijke wijzigingen in de strategie, het elkaar betrekken bij de visieontwikkeling over onderwerpen die beide partijen raken, het elkaar zonedig betrekken bij het doen van onderzoek, het uitwisselen van kennis en informatie en over het periodiek overleg.

Algemene rekenkamer (ARK)

Twee keer per jaar vindt op directieniveau uitwisseling van informatie plaats over voorgenomen en lopend onderzoek op basis van de werkprogramma's van beide organisaties. Ook voor de ARK is de zorg een belangrijk aandachtsgebied. Met enige regelmaat is het CTZ (cq zijn de activiteiten van het CTZ) onderwerp van onderzoek door de ARK. Hierbij wordt door de ARK de gebruikelijke werkwijze gehanteerd. Ook komt het voor dat de zorgverzekeraars of de uitvoeringsorganen AWBZ onderwerp van onderzoek zijn van de ARK. In deze gevallen vindt vooraf afstemming plaats en maakt de ARK gebruik van beschikbare informatie bij het CTZ.

Pensioen en verzekeringskamer (PVK)

Met enige regelmaat worden op bestuurlijk, directie- en medewerkersniveau bijeenkomsten gehouden. De inhoud van de diverse overleggen komt mutatis mutandis overeen zoals geschetst bij de NMa. De komende overleggen zullen met name in het teken staan van de lopende stelseldiscussie.

Autoriteit financiële markten (AFM)

Met de AFM is door het CTZ in 2002 overleg op bestuurlijk niveau gezocht. Het overleg stond in het teken van onderlinge kennismaking en gedachtewisseling over belangrijke ontwikkelingen, toegepast toezichtsinstrumentarium en dergelijke. Met name de wederzijdse ervaringen met het betrekken van de consumenten/verzekerdén-optiek bij het toezicht komen aan de orde.

College voor de zorgverzekeringen (CVZ)

Het CVZ is geen toezichthouder. Van oudsher is er op velerlei niveau overleg en afstemming met het CVZ over allerhande zaken met betrekking tot de wettelijke zorgverlening. Wettelijk is vastgelegd in welke gevallen het CVZ en het CTZ onderling afgestemde dan wel gezamenlijk richtlijnen aan de uitvoering stellen. Ook de systematische informatieverzameling bij de uitvoeringsorganisatie vindt in onderlinge afstemming plaats.

Het CVZ en het CTZ wisselen onderling de maandelijkse vergaderstukken uit van de beide colleges. Ook is er in het kader van de werkprocessen, met name bij de beoordeling van de recht- en doelmatigheid van de uitgaven ZFW en AWBZ, zeer

regelmatig onderling contact op medewerkersniveau over specifieke gesignaleerde situaties in de uitvoeringspraktijk.

College tarieven gezondheidszorg (CTG)

Alhoewel formeel geen toezichthouder is het gezien de raakvlakken van belang hier ook het CTG te benoemen. Met enige regelmaat is er onderlinge afstemming tussen de beide voorzitters. Periodiek (drie tot viermaal) per jaar is er overleg op directieniveau met het CTG (tot zomer 2003 gezamenlijk met het CVZ, daarna bilateraal). In het overleg komen met name de raakvlakken naar voren met betrekking tot de Ziekenfondswet (ZFW), de AWBZ en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), zoals bijvoorbeeld 'diagnose-behandel-combinaties' en 'functiegerichte aanspraken in de AWBZ'.

Het CTG en het CTZ wisselen onderling de maandelijkse vergaderstukken uit van de beide colleges. Ook is er in het kader van de werkprocessen, met name bij de beoordeling van de rechtmatigheid van de uitgaven ZFW en AWBZ, zeer regelmatig onderling contact op medewerkersniveau over specifieke gesignaleerde situaties in de uitvoeringspraktijk.

In de WTG is de Economische Controle Dienst (ECD) aangewezen als controlerende instantie bij overtredingen van de WTG. In voorkomende gevallen, zoals bijvoorbeeld in het kader van misbruik en oneigenlijk gebruik, wordt informatie uitgewisseld en/of samengewerkt.

Nederlandse vereniging van toezichthouders in zorginstellingen (NVTZ)

De voorzitter en de directie van het CTZ hebben in 2002 éénmalig kennis gemaakt met de directie van de NVTZ. Dit heeft geleid tot een uitwisseling van diverse documenten.

Beroepsvereniging voor toezichthouders, inspecteurs, handhavers en evaluatoren (VIDE)

Tot slot wordt opgemerkt dat het CTZ lid is van VIDE. Het VIDE organiseert onder meer bijeenkomsten waarin over diverse (toezichts-)onderwerpen kennis en ervaring wordt uitgewisseld.

Vraag 2

De Algemene Rekenkamer heeft in het verleden opgemerkt dat een sluitende toezichtketen afwezig is, vanwege het ontbreken van controlebevoegdheden bij zorgaanbieders. In hoeverre heeft dit gegeven naar het oordeel van het CTZ optimaal inzicht in de effectieve besteding van (additionele) middelen in de weg gestaan?

Het CTZ houdt toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW en de AWBZ door zorgverzekeraars en de uitvoeringsorganisaties AWBZ. Het CTZ houdt geen toezicht op de zorgaanbieders. De taken en bevoegdheden van het CTZ zijn bij de oprichting in 2001 wettelijk geregeld. Onderdeel van het toezicht is de besteding van de middelen die ingevolge de ZFW en de AWBZ beschikbaar zijn. Het CTZ beoordeelt of de organisaties waarop het toezicht houdt werken volgens de doelstellingen van de ZFW en de AWBZ. Verder beoordeelt het CTZ onder meer of de uitgaven zijn gedaan:

- Aan een zorgaanbieder waarmee een overeenkomst is gesloten;
- Voor de zorgverlening aan een ingeschreven wettelijke verzekerde;
- Volgens de rechtsgeldige tarieven ingevolge de WTG;
- Of de zorg daadwerkelijk is verleend aan de verzekerde

Er wordt nadrukkelijk opgemerkt dat het CTZ geen taak heeft in het rechtstreeks toezien op de effectieve bestedingen van middelen door zorgaanbieders. Wel houdt het CTZ toezicht op de activiteiten die zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ op het terrein van zorginkoop verrichten. De uitvoeringsorganen maken met de zorgaanbieders afspraken, vastgelegd in genoemde overeenkomsten, over onder meer de prijs, de kwaliteit en de hoeveelheid ingekochte zorg. In dit kader worden ook over de besteding van de additionele middelen aanvullende productieafspraken gemaakt.

Het CTZ betreft bij zijn oordeelsvorming verschillende bronnen van informatie. De belangrijkste bronnen zijn de verantwoordingsdocumenten van de zorgverzekeraars,

eigen onderzoek in het kader van de reguliere jaarlijkse beoordeling en eigen onderzoek in het kader van thematisch onderzoek. Het CTZ heeft een wettelijk verankerd recht op alle informatie van de zorgverzekeraars en de uitvoeringsorganen die nodig is voor de uitvoering van zijn werkzaamheden. In enkele gevallen heeft het CTZ ook informatie verzameld bij (koepels van) zorgaanbieders en bij consumenten. Hiermee beoogt het CTZ onder meer het bereiken van meer nauwkeurigheid en diepgang, inzicht in de ervaringen van anderen over de rol en de werkzaamheden van de organisaties waarop het CTZ toezicht houdt en inzicht in relevante factoren die het functioneren van de uitvoeringsorganen beïnvloeden. Tot dusverre is deze aanvullende informatieverzameling relatief beperkt gebleven en werken partijen hieraan op vrijwillige basis mee.

De ervaring tot nu toe leert dat het CTZ over voldoende toegang tot informatie beschikt om de uitvoering door zorgverzekeraars en uitvoeringsorganen AWBZ te beoordelen.

Tot nadere toelichting bereid,

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'W' followed by a large, sweeping loop that ends in a horizontal dash.

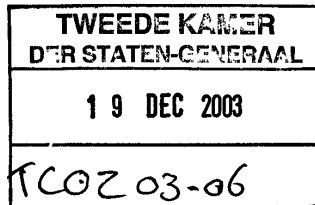
Prof. dr. W. van Voorden
Voorzitter

30-12-03 TC02

CTZ

College toezicht zorgverzekeringen

Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven
Tweede Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20018
2500 EA Den Haag



BEZOEKADRES
Eekholt 4
1112 XH Diemen

POSTADRES
Postbus 324
1110 AH Diemen

T (020) 797 80 00
F (020) 797 81 11

E info@ctz.nl
I www.ctz.nl

Uw brief van

Uw kenmerk

Datum

17 december 2003

Ons kenmerk
CTZ/23097778

Behandeld door
J.G.P. Boelema

Doorkiesnummer
(020) 797 80 04

Onderwerp
Informatie

Geachte Commissie,

Op vrijdag 12 december jl. hebben wij een besloten gesprek gehad in het kader van het onderzoek dat uw commissie verricht naar de zorguitgaven. Tijdens dat gesprek is mede naar aanleiding van enkele vragen van mevrouw Van Heteren afgesproken dat ik u aanvullende informatie zou toesturen over activiteiten van het CTZ in relatie tot de onderhavige problematiek.

Graag breng ik het onderzoeksrapport *Initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren bij wachtlijsten* onder uw aandacht. Het CTZ heeft dit onderzoek in 2001 en 2002 uitgevoerd. Publicatie heeft in 2002 plaatsgevonden. Voor de goede verspreiding onder de leden van uw commissie heb ik 8 exemplaren van het onderzoeksrapport bijgevoegd.

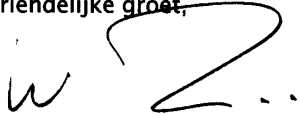
In het onderzoeksrapport staat het CTZ stil bij invoering van het principe van 'boter bij de vis'. Het CTZ heeft er op gewezen dat invoering van dit principe in de zorgsector het belang van outputmeting van de zorgproductie heeft doen toenemen. Het CTZ wijst expliciet op de noodzaak voor de ziekenfondsen en de zorgkantoren om te weten wat er terecht is gekomen van de gemaakte afspraken met de zorgaanbieders om extra zorg te verlenen. Best practices zijn daarbij voor het voetlicht gebracht en het CTZ stimuleert waar mogelijk de activiteiten van de ziekenfondsen en de zorgkantoren.

Aan de andere kant heeft het CTZ gesteld dat ziekenfondsen en zorgkantoren in belangrijke mate afhankelijk zijn van de beschikbaarheid van kwalitatief goede verantwoordingsgegevens van de zorgaanbieders. Ziekenfondsen en zorgkantoren geven aan dat zij informatieachterstand hebben. Het rapport is dan ook voorzien van een aantal aanbevelingen aan de bestuurlijk verantwoordelijke instanties, zoals het College voor zorgverzekeringen en de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het CTZ houdt immers, zoals ook in het gesprek met uw commissie aan de orde kwam, geen toezicht op de zorgaanbieders.

2/CTZ/23097778

Er zijn ook andere onderzoeksrapporten waarin het CTZ ingaat op de onderhavige problematiek. Voor de volledigheid doe ik u hierbij als bijlage toekomen een lijst van de algemene rapporten die het CTZ vanaf april 2001 – de oprichtingsdatum van het CTZ – heeft gepubliceerd. Mocht u meer informatie op prijs stellen, dan zal ik u die graag verstrekken.

Met vriendelijke groet,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'W. van Voorden', written over the closing text.

Prof. dr. W. van Voorden
Voorzitter

Bijlage: Publicaties CTZ vanaf april 2001 tot heden

Publicaties CTZ vanaf april 2001 tot heden

Diverse uitgaven:

- 2001 Werkprogramma 2002
- 2002 Verslag van Werkzaamheden 2001 kort bestek
- 2002 Werkprogramma 2003
- 2002 Algemeen rapport uitvoering ZFW 2001
- 2003 Verslag van werkzaamheden 2003
- 2003 Risico's op misbruik in ZFW en AWBZ
- 2003 Kwantitatief rapport uitvoering ZFW 2001
- 2003 Algemeen rapport uitvoering ZFW 2002

Onderzoeksrapporten:

- 2001 Uitvoering bijdragebesluit zorg door zorgkantoren
- 2001 Zittend ziekenvervoer
- 2001 Verzekerenadministratie van ziekenfondsen
- 2002 Externe integratie declaratieverkeer
- 2002 Aanbesteden fysiotherapeutische zorg
- 2002 Doorberekening beheerskosten ziekenfondsen
- 2002 Initiatieven van ziekenfondsen en zorgkantoren bij wachtlijsten
- 2003 Beleggingen en solvabiliteit
- 2003 Uitbesteding uitvoering wettelijke taken door ziekenfondsen
- 2003 De rol van ziekenfondsen bij kwaliteit van zorg
- 2003 Doelmatige inkoop van hulpmiddelen
- 2003 Rol zorgkantoren in de thuiszorg (vervolgonderzoek)
- 2003 Bestrijding van misbruik en oneigenlijk gebruik

Rapporten/signalementen:

- 2001 Grensoverschrijdende zorg
- 2002 Relatie zorgkantoor en thuiszorginstelling
- 2003 Brief aan staatssecretaris over Thuiszorg Rotterdam (onderzoek Stichting Thuiszorg Rotterdam)
- 2003 Rechtmatigheid en bedrijfsrisico's thuiszorginstellingen

Toezichtstoetsen:

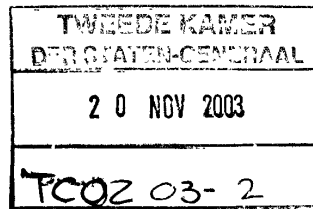
- 2001 Redelijke termijnen
- 2001 Deregulering hulpmiddelenzorg
- 2002 Polisdifferentiatie
- 2002 Moderniseringsmaatregelen AWBZ 2003
- 2002 Verruiming flexizorg
- 2003 Bekostigingssysteem DBC's

R 2003-2003
TCOZ

CVZ

College voor zorgverzekeringen

Aan de Tijdelijke commissie onderzoek
Zorguitgaven
Tweede Kamer der Staten Generaal
Postbus 20018
2500 EA DEN HAAG



Eekholt 4
1112 XH Diemen

Postbus 320
1110 AH Diemen

(020) 797 85 55
(020) 797 85 00

info@cvz.nl
www.cvz.nl

Uw brief van
23 oktober 2003

Uw kenmerk

Datum
13 november 2003

Ons kenmerk
DS/23086509

Behandeld door
Th.B.J. Beekman

Doorkiesnummer
(020) 797 8509

Onderwerp
Parlementair onderzoek zorguitgaven

Geachte commissie,

1. Inleiding

Ten behoeve van de antwoorden aan de Tijdelijke Commissie wordt in deze brief allereerst ingegaan op de positie, het takenpakket en de missie van het College voor zorgverzekeringen. Aangezien in de periode 1994 - 2002 zich een 'kanteling van verantwoordelijkheden' heeft voorgedaan, wordt daarna aandacht besteed aan de verantwoordelijkheden van de Ziekenfondsraad (de voorganger van het College voor zorgverzekeringen) en die van het College in deze periode. Deze kanteling blijkt ook duidelijk in de verantwoordelijkheid voor de premiegefinancierde subsidies. Vervolgens wordt successievelijk ingegaan op de door de commissie gestelde vragen.

2. Positie, takenpakket en missie

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is een zelfstandig bestuursorgaan met taken op het terrein van de sturing, financiering en uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen Ziekenfondswet (ZFW) en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). Het College legt over zijn doen en laten verantwoording af aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS).

Andere bestuursorganen in de gezondheidszorg hebben taken op het terrein van de planning, de tarifiering en het toezicht. Met laatstbedoelde College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) onderhoudt het CVZ een nauwe relatie omdat beide bestuursorganen zich richten op de uitvoeringsorganen die de ZFW en AWBZ uitvoeren. Het CVZ draagt bij aan de beleidsvorming en -uitvoering van de publieke verzekeringen 'vooraf', het CTZ houdt 'achteraf' toezicht op de rechtmatigheid en doelmatigheid van die uitvoering.

De taken van het CVZ zijn grofweg in te delen in drie categorieën¹:

¹ Een uitgebreide lijst van de taken van CVZ is opgenomen als bijlage 1.

- Beheer en financiering Het CVZ beheert de premiegelden en wijst die gelden toe aan de zorgverzekeraars Het adviseert over de hoogte van de noodzakelijke premies en over de budgettering van de zorgverzekeraars
- Sturing en uitvoering Het CVZ coördineert de uitvoering van ZFW en AWBZ Door uitvoeringsrichtlijnen en beleidsregels voor nieuwe en bestaande wetgeving op te stellen, door voorstellen te doen voor een doelmatige samenstelling van het verstrekkingspakket en door vernieuwing in de zorg te stimuleren Uitvoerende taken liggen op het terrein van de toelating van zorgverzekeraars en zorginstellingen, de administratie en het betalingsverkeer gemoeid met de naleving van internationale verdragsregelingen en het geven van voorlichting aan zorgaanbieders en verzekerden
- Toetsing en signalering Het CVZ toetst de doelmatigheid en uitvoerbaarheid van regeringsvoornemens op het terrein van de publieke ziektekostenverzekeringen Als kennis- en informatiecentrum op het gebied van publieke verzekering van zorg is het CVZ in staat tijdig ontwikkelingen in de zorg en knelpunten in de uitvoeringspraktijk te signaleren en daarover op onafhankelijke wijze te rapporteren

Bij de uitoefening van deze bestuurlijke taken streeft het CVZ naar invulling van zijn missie "Een doelmatige verzekering en financiering als toegang tot goede zorg " Vanuit zijn onafhankelijke positie tussen beleid (centrale overheid) en praktijk (zorgverzekeraars, zorgaanbieders, burgers) werkt het CVZ aan een oplossingsgericht dienstenpakket Producten en diensten die 'wegbereidend' zijn voor genoemde spelers in het gezamenlijk streven naar een betaalbare, toegankelijke en kwalitatief goede gezondheidszorg

3. De taken en verantwoordelijkheden van de Ziekenfondsraad en CVZ

De aansturing van de uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ berustte van oudsher bij de voormalige Ziekenfondsraad Het toezicht op de uitvoering van de AWBZ en de ZFW was opgedragen aan een commissie van de Ziekenfondsraad de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) Met de inwerkingtreding op 1 juli 1999 van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid is de Ziekenfondsraad omgevormd tot het College voor zorgverzekeringen (CVZ) Het takenpakket werd enigszins gewijzigd en de bestuurssamenstelling werd teruggebracht van 45 vertegenwoordigende leden tot 9 onafhankelijke deskundigen, die door de minister worden benoemd Het CVZ is sinds de instelling een uitvoeringsorgaan met specifieke wettelijke taken

De Ziekenfondsraad had niet dezelfde taken en bevoegdheden als het CVZ nu De Ziekenfondsraad was tot de invoering van de aanbevelingen van het rapport Raad op Maat (1996) ook een adviesorgaan, terwijl CVZ - zoals gezegd - een uitvoeringsorgaan is met specifieke wettelijke taken²

Tijdens deze periode is ook de verantwoordelijkheidsverdeling voor de premiesubsidies gewijzigd Sinds de instelling van CVZ is de minister van VWS hiervoor verantwoordelijk Deze wijziging is expliciet gemaakt door de invoering van 'Hart van de regeling' Deze verschillen in verantwoordelijkheden in de periode 1994 tot 2002 kunnen ook weer in de antwoorden aan de commissie terug komen

4. Antwoorden aan de commissie

- a Heeft het CVZ, in de jaren 1994-2002, zicht gehad op de stand van zaken in de Nederlandse gezondheidszorg met betrekking tot de omvang van de zorgvraag, de zorgproductie en de wachtlijsten, de werkdruk en arbeidsmarkt en de verwachte ontwikkelingen hierin? Zo ja, welk zicht betrof dit?

² Dit komt ook duidelijk tot uitdrukking in de titels van de rapporten die zijn opgenomen in bijlage 2

Het CVZ heeft in de periode 1994 – 2002 geen direct zicht gehad op de stand van zaken in de gezondheidszorg. Er was wel sprake van indirect zicht. Dit indirecte zicht concentreerde zich met name op het terrein waar het CVZ een verantwoordelijkheid heeft, namelijk de wettelijke ziektekostenverzekeringen ZFW en AWBZ. Daarbinnen betrof dit zicht de terreinen waar zich de taken van het CVZ bevinden: Beheer en financiering, sturing en uitvoering en toetsing en signalering. Meer concreet betekent dit aandacht voor de kosten van de zorgproductie binnen deze wettelijke ziektekostenverzekeringen en de doelmatige samenstelling van het verstrekkingenpakket en ontwikkelingen hierin. Het monitoren van onderwerpen als werkdruk en arbeidsmarkt behoort niet tot de eerste verantwoordelijkheid van het College.

Op bepaalde onderdelen van de gezondheidszorg had CVZ wel goed zicht. Hieronder wordt een voorbeeld gegeven:

Tot 1999 bracht het CVZ jaarrapportages over hulpmiddelen uit. Eind 1999 heeft het CVZ in overleg met het ministerie van VWS besloten jaarlijks een monitor hulpmiddelen uit te brengen. Die gaat meer in de diepte. Aanleiding hiertoe waren onder meer de forse kostenstijgingen op deze verstrekking medio jaren negentig en het besef dat onvoldoende inzicht bestond in de factoren die aan deze stijging ten grondslag lagen. Mede op verzoek van veldpartijen is de monitor inmiddels gecompleteerd met andere informatie die betrekking heeft op de hulpmiddelenzorg. Het gaat dan om beleidsontwikkelingen, verstrekkingengeschillen, klanttevredenheidsonderzoek en informatie over de bedrijfskolom en de opstelling van actoren daarin. Mede op grond van die informatie zijn diverse beleidswijzigingen ingezet.

Voor verdere voorbeelden wordt verwezen naar de lijst van uitgebrachte rapporten in bijlage 2.

- b. Heeft het CVZ zich op grond van dat zicht een of meerdere oordelen gevormd over de noodzaak om meer geld voor de diverse sectoren vrij te maken? Zo ja, hoe luidde(n) dit oordeel/deze oordelen, en kan worden aangegeven hoe de financiële onderbouwing ervan exact plaats heeft gevonden?

Het CVZ vult zijn taken op het gebied van beheer en financiering onder meer in door het opstellen van overzichten van gerealiseerde en verwachte kosten in de wettelijke zorgverzekeringen. Deze overzichten worden in de vorm van rapportages aan onder andere het ministerie van VWS beschikbaar gesteld. Daarbij wordt zoveel mogelijk rekening gehouden met het bekende beleid van het ministerie. Dit betreft dus de kostenconsequenties van het huidige en reeds voorgenomen beleid (beleid in uitvoering). Het CVZ heeft zich geen oordeel gevormd over de noodzaak om meer geld voor de diverse sectoren vrij te maken.

Daarnaast geeft het College in uitvoeringstoetsen aan welke financiële consequenties een voorgenomen uitbreiding of beperking van het verstrekkingenpakket kan hebben. Dit betreft dan een advies op de doelmatigheid en uitvoerbaarheid van regeringsvoornemens op het terrein van de publieke ziektekostenverzekeringen.

De inzichten van het College worden gevoed door gedetailleerde opgaven van gerealiseerde kosten op kwartaalbasis door de uitvoerders van de wettelijke zorgverzekeringen, namelijk de ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen van de AWBZ. Om op basis van deze gegevens te komen tot een totaalbeeld van de gerealiseerde kosten en tot een raming voor de komende jaren volgt het College een gestandaardiseerde werkwijze die is vastgelegd in standaardprocedures en onderworpen is aan interne controleprocedures. Bovendien komt de raming tot stand in nauw overleg – op ambtelijk niveau – met het ministerie van VWS.

De rapportages met de resultaten van deze ramingen zijn opgenomen in de lijst van uitgebrachte rapportages in bijlage 2.

- c. Waren er naar de mening van het CVZ in die periode factoren die een effectieve besteding van middelen in de weg zouden kunnen staan? Zo ja, welke factoren waren dat?

Om de mogelijke knelpunten in de effectieve besteding van middelen op te lossen hebben de voormalige Ziekenfondsraad en het College in de onderzoeksperiode diverse rapporten uitgebracht (zie bijlage 2 voor een overzicht hiervan). Meer concreet wordt hieronder weergegeven welk beleid de afgelopen jaren is gevoerd ten aanzien van misbruik in de zorgverzekeringen.

In 1998 heeft de toenmalige Ziekenfondsraad op eigen initiatief de misbruikrisico's in de Ziekenfondswet en AWBZ geanalyseerd. De aandacht was daarbij gericht op de mogelijkheden tot misbruik door verzekerden of mensen die zich als verzekerde voordoen.

Naar aanleiding van deze risico-analyse heeft de Ziekenfondsraad in september 1998 een circulaire uitgebracht aan de ziekenfondsen en AWBZ-uitvoeringsorganen. De kernboodschap van deze circulaire was de oproep aan de ziekenfondsen en AWBZ-uitvoeringsorganen om vanuit de eigen verantwoordelijkheid voor een goede uitvoering van de wettelijke verzekeringen op korte termijn een samenhangend en toetsbaar misbruikbeleid te formuleren en implementeren.

Eveneens in 1998 heeft het Verbond van Verzekeraars een Protocol betreffende de preventie en bestrijding van fraude in de verzekeringsbranche aangenomen.

Tegen deze achtergrond heeft Zorgverzekeraars Nederland in 1999 aangekondigd als zorgverzekeringssector aansluiting bij het fraudeprotocol te willen nastreven. Verder heeft ZN destijds voor zijn leden een Platform fraudebestrijding in het leven geroepen, dat onder andere tot doel heeft een samenhangend beleid op het gebied van fraudepreventie en -bestrijding te bevorderen. Dit platform heeft inmiddels onder andere een beleidsplan fraudebestrijding opgesteld dat bedoeld is als hulpmiddel voor de individuele zorgverzekeraars bij het opstellen en implementeren van een eigen anti-misbruikbeleid. Het secretariaat van het College is bij het opstellen van dit model-beleidsplan en bij andere activiteiten van het Platform in adviserende zin betrokken geweest.

In het voorjaar van 1999 heeft het College, omdat de indruk bestond dat er door de zorgverzekeraars nog onvoldoende activiteiten werden ontplooid naar aanleiding van de bovengenoemde circulaire, hiernaar onderzoek verricht. Dit onderzoek bevestigde dat er nog onvoldoende activiteiten werden ontplooid. Het College heeft daarom per circulaire van 18 augustus 1999 nogmaals het belang van een actief beleid op dit punt benadrukt.

Met ingang van het jaar 2000 zijn de activiteiten van de zorgverzekeraars ten aanzien van anti-misbruikbeleid een uitdrukkelijk aandachtspunt geworden bij de uitoefening van toezicht door de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU, na 1 april 2001 College toezicht zorgverzekeringen). Verder geldt voor de ziekenfondsen dat zij in het jaarlijks uit te brengen uitvoeringsverslag uitdrukkelijk aandacht moeten besteden aan dit onderwerp. Met ingang van het verantwoordingsjaar 2002 wordt in de Regeling financieel verslag van de zorgverzekeraars gevraagd een expliciete verantwoording van het financieel beheer inzake misbruik en oneigenlijk gebruik op te leveren.

Het College stelt vast dat tegen de hiervoor geschetste achtergrond concrete maatregelen zijn genomen ten aanzien van het voorkomen, opsporen en afdoen van misbruik in de zorgverzekeringen. Veel zorgverzekeraars hebben fraudecoördinatoren aangesteld en hebben ook anderszins maatregelen genomen ter bestrijding van fraude.

2. Is het CVZ op eigen initiatief met voorstellen richting VWS gekomen om op een meer doeltreffende wijze aan de zorgvraag tegemoet te komen? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

Het CVZ brengt op eigen initiatief voorstellen richting VWS uit in de vorm van signalementen. In de genoemde periode heeft CVZ diverse signalementen uitgebracht die betrekking hebben op de doeltreffendheid van de zorgvraag. Hieronder wordt een voorbeeld gegeven op het terrein van de hulpmiddelen.

Het CVZ adviseert jaarlijks over actuele knelpunten in de verstrekking van hulpmiddelen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996. Als basis voor dit rapport dient de signaleringslijst hulpmiddelen. Het gaat om signalen die duiden op knelpunten of lacunes in wet- en regelgeving, waardoor de noodzakelijke zorg en de toegankelijk van de zorg onvoldoende is gewaarborgd. Ook signalen over ondoelmatigheid van de verstrekking en het verstrekingsproces komen aan de orde. Het Signaleringsrapport bevat voorstellen aan de verantwoordelijk bewindspersoon van VWS tot aanpassing van de regelgeving en geeft handreikingen aan verzekeraars voor de uitvoeringspraktijk.

De overige signalementen zijn opgenomen in de lijst van uitgebrachte rapporten zoals vermeld in bijlage 2.

3. Wordt er door het CVZ met andere toezichthoudende organen gecommuniceerd en vindt daarmee afstemming plaats? Zo ja, op welke wijze, met welke frequentie en ten aanzien van welke kwesties?

Het CVZ is geen toezichthoudend orgaan, maar heeft (onder andere) een taak op het gebied van sturing en financiering in de gezondheidszorg. Het CVZ stemt deze taken af met het College toezicht zorgverzekeringen gelet op de gewenste eenduidigheid van overheidssturing naar het object van besturing, de uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ (zoals in de paragrafen 2 en 3 aangegeven). De overlegstructuur van CVZ en CTZ tijdens de genoemde periode bestond onder andere uit een maandelijks gezamenlijk directie overleg. Dit was een overleg tussen de directie van het CVZ en de directie van het CTZ waarin onderwerpen werden afgestemd die beide bestuursorganen raken.

Verder is er een frequente afstemming met het ministerie van VWS en de andere ZBO's in de gezondheidszorg zoals het CTG. Deze afstemming vindt onder andere plaats via de Periodieke Overleggen met VWS en met het CTG. Circa eenmaal per drie maanden voert de directie van CVZ overleg met de directeur Zorgverzekeringen van VWS over de belangrijkste lopende en actuele beleidskwesties (zoals stelselaangelegenheden) en organisatieaangelegenheden op topniveau (ontwikkeling begroting/werkprogramma e.d.).

Eveneens eenmaal per drie maanden voert de directie van CVZ overleg met de algemene secretaris en de secretarissen van het CTG over de belangrijkste lopende en actuele ontwikkelingen in WTG- en ZFW-aangelegenheden. Daarnaast is er op ambtelijk niveau afstemming via waarnemers van CVZ in de kamers van CTG en commissies van het College Bouw.

Verder bestaat er het zogeheten SCAG-overleg (Samenwerkende Colleges en Adviesorganen in de Gezondheidszorg). Dit is het driemaandelijks overleg tussen de algemeen directeuren (respectievelijk algemeen secretarissen) van:

- CVZ
- CTZ
- CTG (College Tarieven Gezondheidszorg)
- CB (College Bouw)
- CSZ (College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen)
- GR (Gezondheidsraad)
- RVZ (Raad voor de Volksgezondheid en Zorg)

Dit overleg spitst zich toe op de belangrijkste aangelegenheden die een deel of het geheel van de topstructuur in de gezondheidszorg regarderden.

Hoogachtend,

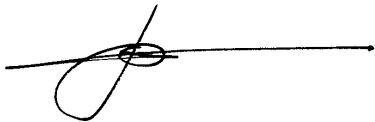
College voor zorgverzekeringen

Voorzitter



drs. J.S.J. Hillen

Algemeen Directeur



Dr. P.C. Hermans

1. Gevraagd rapporteren over uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid op het terrein van ZFW en AWBZ; zogenaamde uitvoeringstoetsen.
Korte omschrijving: toetsing voorgenomen beleid
2. Gevraagd en ongevraagd rapporteren over feitelijke ontwikkelingen op het terrein van de ZFW en AWBZ; zogenaamde signalementen.
Korte omschrijving: signalering ontwikkelingen
3. Bevorderen van de rechtmatige en doelmatige uitvoering van ZFW en AWBZ door de uitvoeringsorganen; hiertoe beleidsregels stellen.
Korte omschrijving: bevordering recht- en doelmatige uitvoering
4. Bevorderen van de afstemming van de uitvoering van de ZFW en AWBZ; onderling, met de uitvoering van het beleid op andere terreinen van de volksgezondheid en met de uitvoering van het beleid op andere terreinen van de sociale zekerheid; hiertoe beleidsregels stellen.
Korte omschrijving: afstemming beleidsterreinen
5. Voorlichting geven aan uitvoeringsorganen, zorgaanbieders en verzekerden over het beleid op het terrein van de ziektekostenverzekeringen.
Korte omschrijving: voorlichting
6. Toelaten van ziekenfondsen en particuliere ziektekostenverzekeraars.
Korte omschrijving: toelating zorgverzekeraars
7. Toestemming geven aan uitvoeringsorganen voor de overdracht van verbintenissen en werkzaamheden voor derden, ontheffing verlenen voor verboden.
Korte omschrijving: toestemming & ontheffing
8. Vaststellen van modelovereenkomsten, goedkeuren van uitkomsten van overleg.
Korte omschrijving: overeenkomsten
9. Beslissen op aanvragen om toelating van zorginstellingen.
Korte omschrijving: toelating zorginstellingen
10. Adviseren in bezwaarschriftenprocedure verstrekkingengeschillen.
Korte omschrijving: verstrekkingengeschillen
11. Uitvoeren van verdragen; gegevens- en betalingsverkeer met de verdragslanden.
Korte omschrijving: buitenlandadministratie
12. Regels stellen (i.o.m. CTZ) voor de administratie, verantwoording en gegevensverstrekking door de uitvoeringsorganen.
Korte omschrijving: sturing verantwoording
13. Op basis van ministeriële regels verstrekken van subsidies (pseudoverstrekkingen, flexizorg, zorgvernieuwing, PGB, onderzoek); nadere subsidieregels stellen.
Korte omschrijving: subsidieverstrekking
14. Beheren van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten, incl. het doen van betalingen aan uitvoeringsorganen.
Korte omschrijving: fondsbeheer
15. Gevraagd en ongevraagd aan de minister rapporteren over de benodigde omvang van de t.l.v. AK en AFBZ besteedbare middelen.
Korte omschrijving: budgetadvisering
16. Gevraagd en ongevraagd aan de minister rapporteren over de hoogte van de inkomensafhankelijke premie.
Korte omschrijving: premieadviesing
17. Op basis van ministeriële regels vaststellen van beleidsregels voor de budgetvaststelling en vaststellen van de budgetten per uitvoeringsorgaan.
Korte omschrijving: budgettering

1992

Advies inzake instrumentarium topzorg / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 60 p. : bijl. ; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 551)
ZFR/551

In het advies worden o.m. behandeld: begripsomschrijving topzorg en ontwikkelingsgeneeskunde; noodzaak voor concentratie van (potentiële) topzorg en ontwikkelingsgeneeskunde; verantwoordelijkheidsverdeling van partijen, opties instroom (potentiële) topzorg; wettelijke vormgeving. In beginsel wordt de visie van de staatssecretaris van WVC onderschreven. Binnen het kader van bestuurlijke vernieuwing komen taken en verantwoordelijkheden anders te liggen, maar toch kan de overheid zijn verantwoordelijkheid t.a.v. financiële aspecten niet ontlopen. Gezien de omvang en ervaring met standaardzorg is een meer specifieke regeling van standaardzorg (behoudens een kwaliteitswet zorginstellingen) niet noodzakelijk.

Advies inzake begeleid zelfstandig wonen verstandelijk gehandicapten / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - [36] p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 564)
ZFR/564

Advies om de financiering van het begeleid zelfstandig wonen voor verstandelijk gehandicapten (BZW) per 1 januari 1993 over te hevelen naar de AWBZ d.m.v een aparte subsidieregeling.

Advies inzake de organisatie en de kwaliteitsbewaking van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 74 p. : bijl.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 555)
ZFR/555

Op grond van de conclusies van de verschillende evaluaties geeft de raad de staatssecretaris in overweging de invoeringsactiviteiten te doen voortzetten. Een advies over de regeling van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker als verstrekking van de AWBZ wordt echter opgeschort totdat meer duidelijkheid bestaat over de voorgenomen herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen en de komende wetgeving ter zake van de bevolkingsonderzoeken en de geneeskundige behandelingsovereenkomst.

Advies inzake Financieel overzicht zorg 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 49 p. : bijl., tab.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 550)
ZFR/550

Behandeld worden o.m.: algemene onderwerpen (o.m.: tweede fase stelselherziening, arbeidsvoorwaardenontwikkeling zorgsector, problematiek nabetalingen en (ziekenfonds)budgettering); zorginhoudelijke onderwerpen (o.m. personeelsproblematiek gezondheidszorg, substitutie verpleeghuiszorg, wachtlijstproblematiek); kosten en financiering ZFW en AWBZ 1990 en 1991; cijfermatige ontwikkelingen 1989-1993. In vergelijking met de kostencijfers 1991 en 1990 zowel voor ZFW als AWBZ wordt een aanzienlijke lastenstijging geconstateerd. Voor de ramingsjaren is in alle FOZ-sectoren sprake van voortgaande lastenstijgingen.

Overzicht uitgaven Ziekenfondswet en AWBZ 1987-1991 / Ziekenfondsraad, Statistisch economische afdeling. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 16 p. : graf., tab. ; 26 cm. - (SEA-publikatie ; 1)
1992TT30

Een overzicht wordt gegeven van o.m.: kerngegevens ZFW en AWBZ in 1990 en 1991; ZFW (: algemene kas; lasten en baten; omvang en groei verstrekkingen; kosten geneesmiddelengebruik; leeftijdsopbouw van verzekerden; aantal verzekerden in procenten); AWBZ (: lasten en baten; omvang en groei verstrekkingen; aantal verpleegdagen).

Reactie Ziekenfondsraad op het FOZ 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 31 p. : bijl.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 562)
ZFR/562

In het advies wordt o.m. ingegaan op : algemene beschouwingen (problematiek m.b.t. dubbele budgettering), zorginhoudelijke vraagstukken (o.m.: farmaceutische hulp, tandheelkunde, borstkanker, topklinische zorg) en financiële effecten van het voorgenomen beleid. Gepleit wordt o.m. voor het hanteren van realistische ramingsmethodieken in het FOZ, zodat in de toekomst al te forse discrepanties tussen realisaties en ramingen kunnen worden voorkomen. Hiermee wordt vermeden dat in de publieke opinie een negatief beeld van de zorgsector ontstaat.

Advies inzake overheveling gehandicaptenvoorziening naar de AWBZ / Ziekenfondsraad.
- Amstelveen : ZFR, 1992. - bijl. : 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 552)
ZFR/552

Advies over de opnemng van voorzieningen voor gehandicapten in het verstrekkingenpakket van de AWBZ. Aan de orde komen: voorzieningen voor het voeren van een huishouden; ADL-voorzieningen; woningaanpassingen boven de f45000,-; dieetvoorzieningen; hulpmiddelen van communicatie; rolstoelen en leefvervoer.

Rapportage inzake de feitelijke stand van zaken invoering stelselherziening tweede fase per 1 januari 1992 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 35 p. : bijl.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 554)

Als bijlage is o.m. opgenomen : Rapportage van de feitelijke stand van zaken invoering stelselherziening tweede fase per 1 januari 1992
ZFR/554

Geconstateerd wordt dat een op zichzelf gewenste evaluatie in de zin van een beoordeling van de effecten van de genomen maatregelen op de door de staatssecretaris gestelde termijn onmogelijk is; de Raad zal aan het eind van 1992/begin 1993 een evaluatie opstellen. In de rapportage wordt de stand van zaken besproken t.a.v. onder meer: invoering nominale premie in AWBZ; inschrijvingsregeling AWBZ; functionele omschrijving revalidatie; overheveling farmacie en hantering GVS-systeem; verloop budgettering uitvoeringsorganen AWBZ en ZFW; overeenkomsten en maximumtarieven.

Advies inzake kwaliteitswet zorginstellingen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 96 p. : 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 558)
ZFR/558

Advies inzake kwaliteitswet zorginstellingen waarbij met name aandacht wordt besteed aan de met deze wet verband houdende wijzigingen in de ziekenfondswet en de AWBZ. De raad onderschrijft de uitgangspunten van de bewindslieden over het door de rijksoverheid te voeren beleid t.a.v. de kwaliteit van zorg. Wel wordt geadviseerd de tekst van de ontwerp-kwaliteitswet op diverse punten aan te passen. De raad herhaalt zijn bezwaren inzake de rol van de provincies en gemeenten. Verdeeldheid bestaat over het begrip 'goed verzekeraarschap'.

Advies inzake kosten en financiering Ziekenfondswet en AWBZ 1991 en 1992 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 64 p. : bijl., tab.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 547)
ZFR/547

De raad beschikt thans over herziene ramingen voor de kosten en financiering van ZFW en AWBZ 1992, waarbij rekening is gehouden met de feitelijke wijzigingen in het kader van de tweede fase stelselherziening ziektekosten. Geconstateerd wordt dat in de huidige raming van de lasten en baten van de ZFW en de AWBZ de financiële positie per ultimo 1992 van beide kassen t.o.v. de oktoberraming is verbeterd.

Advies inzake kosten en financiering ZFW en AWBZ 1992 en 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 67 p. : bijl., tab.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 559)
ZFR/559

Aandacht wordt besteed aan de financiële ontwikkelingen in de door de raad beheerde kassen van de ZFW en de AWBZ over de jaren 1992 en 1993. Nagegaan is welke financiële consequenties deze beleidsvoornemens hebben op de kostenontwikkeling in de ZFW en de AWBZ, waarbij deze beschouwingen zijn afgezet tegen de eigen ramingen en de ramingen uit de premie-adviezen 1993 (uitgave ZFR nr. 549).

Advies inzake financiering levertransplantaties / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 25 p. : bijl.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 548)
ZFR/548

Mede op basis van de resultaten van het vervolgonderzoek wordt geadviseerd levertransplantatie in het verstrekkingpakket van de wettelijke ziektekostenverzekering op te nemen, zij het dat bij bepaalde indicaties een zekere terughoudendheid in acht zou moeten worden genomen. Deze terughoudendheid wordt van belang geacht i.v.m. kwaliteitsbewaking en kostenbeheersing. Invoering van de verstrekking dient plaats te vinden in het kader van artikel 18 WZV.

Besluit verdeelrichtlijnen Ziekenfondswet en individuele ziekenfondsbudgetten 1991/1992/1993. Besluit verdeelrichtlijnen AWBZ en individuele budgetten uitvoeringsorganen 1992/1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 39 p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 563)
ZFR/563

Advies macroverstrekkingenbudget ZFW 1991, 1992 en 1993 ; Advies macroverstrekkingenbudget AWBZ 1993; Advies macrobedragen beheerskosten 1992 en 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 39 p. : bijl., tab.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 560)
ZFR/560

T.a.v. macroverstrekkingenbudget ZFW wordt de omvang van het macroverstrekkingenbudget 1993 met inbegrip van de verstrekking ziekenhuisverpleging vastgesteld op f 12.939 mln. Het macroverstrekkingenbudget AWBZ wordt vastgesteld op f 4.649 mln.

Premie-advies 1993 Ziekenfondswet. Premie-advies 1993 Algemene wet bijzondere ziektekosten / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1992. - 97 p. : bijl., tab.; 29 cm. - (Ziekenfondsraad ; 549)
ZFR/549

Geadviseerd wordt een premie voor de ziekenfondsverzekering van 6,3%, waarvan 5,3% voor rekening van de werkgever. Premiepercentage AOW- gerechtigden in ziekenfondsverzekering: 0,65%. Voor wat betreft de AWBZ wordt een lastendekkende premie van 7,55% geadviseerd.

1993

Advies inzake informatiebehoefte rijksoverheid in het kader van de modernisering van het zorgstelsel / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 77 p. : bijl., schema's ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 601)
ZFR/601

Advies m.b.t. informatie die nodig is om na te gaan of de geformuleerde beleidsdoelen worden bereikt. Ingegaan wordt o.m. op: recent uitgebracht advies over verbetering van informatievoorziening op korte termijn; bestuurlijke relatie tussen ministerie van WVC en ZFR o.m. toegespitst op monitoren; relatie tussen ZFR en partijen in het veld; organisatie van informatievoorziening t.b.v. monitoring. Een voorstel wordt gegeven van het jaaroverzicht als opvolger van het huidige FOZ.

Nota evaluatie stelselwijziging / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 150 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 576)
ZFR/576

Evaluatie van: maatregelen in het kader van de Wet tweede fase stelselwijziging (o.m.: nominale premies ZFW en AWBZ, overheveling revalidatie en farmaceutische hulp), overeenkomsten en tarieven, ijkpunten (o.m. normuitkeringstelsel en advies Raad van State) doelstellingen (o.m. zorg op maat, doelmatigheid en kwaliteit).

Advies inzake Financieel overzicht zorg 1994 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 30 p. : tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 580)
ZFR/580

Ingegaan wordt o.m. op: kosten en financiering AWBZ en ZFW 1991 en 1992; detaillering kosten farmaceutische hulp; actuele zorginhoudelijke onderwerpen (o.m. overheveling gehandicaptenvoorzieningen AWBZ, preventie en ggz).

Advies inzake verbetering van de informatievoorziening op de korte termijn / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 66 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 584)
ZFR/584

Advies inzake verbetering van de informatievoorziening met als doel een betere onderbouwing van m.n. de FOZ. Ingegaan wordt o.m. op een aantal gesignaleerde knelpunten: het vermoedelijke beloop van de uitgaven; de relatie tussen kosten, budgetten en financiering; de - relatieve - omvang van wachtlijsten; de aard en de omvang van de door eigen betalingen gefinancierde zorg.

Advies inzake substitutie en zorgvernieuwing GGZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - [25] p. : bijl.; 30 cm

Uitgebr. aan de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur d.d. 16 december 1993

ZFR/609

Advies over substitutie en zorgvernieuwing binnen de geestelijke gezondheidszorg en een subsidieregeling. Drie hoofdpunten: zorgvernieuwing; relatie substitutie en zorgvernieuwing en positie van verzekeraars. Aan de orde komen o.a.: verdeling van de beschikbare financiële middelen; betrokkenheid van cliënten, potentiële hulpaanbieders en begrenzing v.w.b. zorgvernieuwingsmogelijkheden.

Uitgangspunten inzake de herstructurering van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 19 p. : bijl.; 30 cm. - (Besluit Ziekenfondsraad ; 1993 nr. 592)

ZFR/592

Geformuleerd worden organisatorische en inhoudelijke voorwaarden t.a. v. het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Aan de orde komen de financiering en informatieverstrekking.

Financieel jaarverslag [Ziekenfondsraad] 1992 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, [1993]. - 160 p. : bijl., schema's, tab. ; 30 cm
ID/1955/1992

Advies inzake Rijksbijdragen Ziekenfondswet en AWBZ (a). Advies inzake wijziging Ziekenfondswet en Wet financiering volksverzekeringen (b) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 43 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 573)
ZFR/573

Nota kosten en financiering Ziekenfondswet en AWBZ 1992 en 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 60 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 572)
ZFR/572

Herziene ramingen m.b.t. de lasten- en batenontwikkelingen in de ZFW en AWBZ voor 1993. Tevens is op basis van deze ramingen de financiële positie van beide door de raad beheerde kosten per ultimo 1993 opnieuw berekend.

Tandheelkundige gezondheidszorg in Nederland / Ziekenfondsraad [samenst. : J. den Dekker red. : H. Hardenberg]. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 78 p. : bijl., fig., graf., schema's ; 30 cm

1994VV29

Inzicht wordt verschaft in het functioneren van de tandheelkundige gezondheidszorg in Nederland. Behandeld worden de bestuurlijke organisatie van de zorgverlening in Nederland, ziektekostenverzekeringen in het algemeen, geschiedenis van het ziekenfondswezen, algemene kenmerken van ziekenfondswet en AWBZ, tandheelkundige hulp in de ziekenfondsverzekering, voorlichting, toezicht en controle, tandheelkundige hulp in de AWBZ-verzekering, mankracht en kosten, resultaten en kwaliteit van

tandheelkundige zorgverlening, stelselherziening en toekomstperspectief tandheelkunde. De bijlage bevat: Elementen uit de epidemiologie.

Premie-advies Ziekenfondswet 1994. Premie-advies Algemene wet bijzondere ziektekosten 1994 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 90 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 579)
ZFR/579

25 jaar AWBZ. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 28 p. : bijl., fig., schema's, tab. ; 30 cm. - (ZFR/SEA publ. ; 4)
V208/4

Terugblik op AWBZ gedurende afgelopen jaren (m.n. in financieel- economische zin) waarbij o.m. ingegaan wordt op: kring der verzekerden, wettelijke zorgaanspraken, kostenontwikkeling, ontwikkeling normuitkeringen, uitvoeringsstructuur, geldstromen, en aandeel AWBZ in de totale zorgsector.

Besluit Ziekenfondsraad inzake budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie Ziekenfondswet en AWBZ 1993 en 1994. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 15 p. : bijl.; 30 cm
ZFR/604

Advies inzake inplanteerbare cardioverter afwijkingen (ICD). Advies inzake indicatie-uitbreiding autologe beenmergtransplantatie / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 29 p. : 30 cm
ZFR/578

Bij de advisering is rekening gehouden met de kosten-batenanalyse, de behoefteraming en de concentratie van de voorziening.

Nader advies inzake Regeling hulpmiddelen AWBZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - [70] p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 600)
ZFR/600

Advies waarbij o.m. ingegaan wordt op: opzet van de nieuwe ontwerp- regeling hulpmiddelen en de omschrijving van de hulpmiddelen waarop aanspraak bestaat. Toegelicht wordt de wijze waarop de nieuwe eigen bijdragen systematiek in de regeling is ingepast. Aandacht wordt besteed aan de afbakening met de werk-, woon-, vervoers- en onderwijsvoorzieningen en de ontwikkelingen op het terrein van de hulpmiddelen.

Advies inzake financiering patiënten/consumentenorganisaties / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - [44] p. : bijl., tab.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 599)
ZFR/599

Advies over toekomstige financieringsregeling voor de patiënten/consumentenbeweging. Binnen de Raad bestaan verschillende opvattingen over de noodzaak en wenselijkheid om in het algemeen de positie van de patiënten/consumentenorganisaties via aanwending van openbare middelen te versterken. Wel bestaat de eenduidige visie dat de inmiddels opgetreden wijziging in het tijdpad van de voorgenomen modernisering van de zorgsector noodzaakt tot een voorzichtige en stapsgewijze benadering.

Advies inzake kosten en financiering ZFW en AWBZ 1993 en 1994 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 75 p. : tab.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 593)
ZFR/593

Aandacht wordt besteed aan de financiële ontwikkeling in door de raad beheerste kassen van ZFW en AWBZ in 1993 en 1994. De huidige raming van lasten- en batenontwikkeling in de ZFW en de AWBZ voor 1993 geeft t.o.v. de premie-adviezen een verslechtering te zien van de financiële positie. Advies wordt uitgebracht over het macro- bedrag inzake de beheerskosten van de uitvoeringsorganisatie van de ZFR en van de AWBZ. Het macro-bedrag 1993 wordt vastgesteld op f 1056,4 miljoen.

1994

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1995 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 40 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1994/647)
ZFR/647

Kengetallen farmaceutische hulp 89-93 / Geneesmiddelen informatie project Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 28 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; december 1994, nr. 4)
1995BB10

Volume- en kostengegevens van de aan ziekenfondsverzekerden verstrekte farmaceutische hulp. Overzichten van de kosten en de kostenopbouw van de in Nederland extramuraal verstrekte farmaceutische hulp. Raming van de kosten voor 1994, gebaseerd op waargenomen trends in de eerste helft 1994.

Advies inzake een wettelijke regeling niet-voorziening gebonden zorgaanspraken binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - [47] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 650)
ZFR/650

De raad adviseert de mogelijkheden van flexibilisering en zorg op maat, zoals die zijn gecreëerd in de substitutie- en zorgvernieuwingen, in te passen in de AWBZ. Tevens achten zij het wenselijk om in de AWBZ een niet-voorziening gebonden zorgaanspraak binnen de geestelijke gezondheidszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten op te nemen.

Advies : Cliëntgebonden budget / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 31 p. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/624)
ZFR/624

De Ziekenfondsraad adviseert niet zonder meer positief over de invoering van een cliëntgebonden budget. Een nadere bestudering van genoemde aspecten (zoals o.m. aanzuigende werking, fiscale aspecten cliënt, vaststelling budget) dienen nader onderzocht te worden. Mede op basis van de uitkomsten van deze studie zal worden overwogen of, en zo ja, op welke wijze een subsidieregeling als soort overgangmaatregel kan worden opgesteld op grond waarvan een cliëntgebonden budget kan worden verstrekt.

Advies coördinatie vrijwilligerswerk en Besluit wijziging regeling subsidiëring Ziekenfondsraad coördinatie vrijwilligerswerk. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 36 p. : bijl. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/631)
ZFR/631

Geadviseerd wordt het bedrag dat is bestemd voor de financiering van de coördinatiefunctie vrijwilligerswerk met ingang 1995 te verruimen tot 12 miljoen gulden op jaarbasis. De ZFR neemt zich voor de effecten van de geadviseerde budgetverruiming nader te onderzoeken en op basis hiervan te bezien of de subsidieregeling een substantiële bijdrage levert aan de ontwikkeling van het vrijwilligerswerk in de thuiszorg.

Advies financiering preventie-activiteiten volksgezondheid. - Amstelveen : ZFR, 1994. - [53] p. : bijl. ; 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 618)

Uitgebr. door de Ziekenfondsraad aan de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur d.d. 24 maart 1994 Bevat : Preventiebeleid voor de volksgezondheid:

Praktische keuzen voor de jaren negentig.

Gedr. st. Tweede Kamer, 1992-1993, 22894, nr. 1

ZFR/618

De Raad handhaaft het standpunt, dat indien bevordering van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking, het doel is van een preventie-activiteit, waarvan de uitvoering niet op individueel niveau plaatsvindt, de overheid de verantwoordelijkheid hiervan dient te kennen en te dragen. Voor preventie-activiteiten waarmee voorkomen van onnodige medische consumptie t.l.v. de ziektekostenverzekeringen dan wel beperking van de kosten hiervan worden nagestreeft, acht de Raad het daarentegen in de rede liggen dat de kosten t.l.v. de ziektekostenverzekering worden gebracht.

Advies inzake intensivering thuiszorg 1994 : Besluit inzake Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1994. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 1 dl. : tab. ; 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 1993, nr. 605)

Uitgebr. door de Ziekenfondsraad aan de Staatssecretaris van welzijn, volksgezondheid en cultuur d.d. 25 november 1993 Genomen door de Ziekenfondsraad in zijn vergadering van 25 november 1993

ZFR/605

Als voorwaarde wordt gesteld dat de extra-middelen beschikbaar dienen te worden gesteld op basis van toetsbare produktie-afspraken, gericht op vergroting van het zorgvolume om de ergste knelpunten in de thuiszorg op te vangen. Nu de gezinsverzorging nog geen deel uitmaakt van de functiegericht omschreven aanspraken op het terrein van de verzorging en verpleging krachtens de AWBZ is verdere subsidiëring van de gezinsverzorging t.l.v. het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten aangewezen ter waarborging van de continuïteit in de gezinsverzorging.

Advies kosten en financiering ZFW en AWBZ 1993 en 1994. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 76 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 615)

ZFR/613

Ingegaan wordt o.m. op: uitgangspunten van de februari-raming 1994 (t.a.v. loon- en prijsveronderstellingen, intramurale zorg, ZFW en AWBZ); exploitatie en financiering 1993 (van ZFW en AWBZ); exploitatie en financiering 1994 (van ZFW en AWBZ). Voor 1994 wordt o.m. een dekkingstekort verwacht van ca. f 3,6 miljard, o.m. veroorzaakt door verkeerde lastenraming in het FOZ.

Nader advies zorgvernieuwing ggz. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 1 dl. : bijl., tab.; 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 1994 nr. 629)

Uitgebr. door de Ziekenfondsraad aan de Staatssecretaris van welzijn volksgezondheid en cultuur d.d. 23 juni 1994

ZFR/629

De Raad is tot de conclusie gekomen dat inpassing van de toedeling van extra gelden t.b.v. de psychiatrische hulpverlening door sociale pensions en t.b.v. zorgvernieuwingsinitiatieven in de grote steden in de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring substitutie en zorgvernieuwing tot de mogelijkheden behoort. Vastgesteld wordt een nieuwe subsidieregeling substitutie en zorgvernieuwing geestelijke gezondheidszorg 1994.

Advies inzake erkenningenbeleid / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 18 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 634)

ZFR/634

Advies inzake oplossing van de wettelijke lacune (inzake erkenningseisen van instellingen). Gekozen wordt voor een oplossing van technische aard: voor de desbetreffende categorieën van instellingen moeten AMvB's worden opgesteld waarin bepalingen omtrent de kwaliteit, behoefte en spreiding zijn opgenomen.

Kosten en financiering ZFW en AWBZ 1994 en 1995 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 95 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1994/641)

ZFR/641

Aandacht wordt besteed aan de financiële ontwikkelingen in de door de Raad beheerde kassen van de ZFW en de AWBZ over de jaren 1994 en 1995.

Besluit budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie Ziekenfondswet en AWBZ 1994 en 1995 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 30 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 653)

ZFR/653

Wetsvoorstel houdende wijziging van artikel 40 van de Wet financiering volksverzekeringen. Rijksbijdrage ZFW en AWBZ 1993 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 20 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 620)

ZFR/620

De ziekenfondsraad is van mening dat de consequenties van het oorspronkelijke artikel 54, tweede lid van de AWBZ (thans 40 vijfde lid van de Wet financiering volksverzekeringen) onvoldoende zijn doordacht. Geconcludeerd wordt dat artikel 40, vijfde lid WFV beter kan vervallen. De ZFR stemt ermee in dat de minister van VWS de Rijksbijdrage verplichte ziekenfondsverzekering 1993 vaststelt op f 2.348.400.000,-.

Advies inzake enkele onderdelen van de adviesaanvraag inzake gevolgen Wet Van Otterloo. Advies beheerskosten uitvoeringsorganen in verband met invoering Wet Van Otterloo / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 70 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 637A) (Ziekenfondsraad ; 637B)
ZFR/637

Ingegaan wordt op een noodzakelijke wijziging van de Ziekenfondswet als gevolg van een wijziging van de Algemene ouderdomswet, een herziening van de inkomensgrens voor AOW-gerechtigden en het toezicht.

Advies macro-verstrekkingenbudget ZFW 1995(a). Advies macro-verstrekkingenbudget AWBZ 1995(b). Advies macrobedragen beheerskosten 1994 en 1995(c). - Amstelveen : ZFR, 1994. - 15 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/633)
ZFR/633

M.b.t. macro-verstrekkingenbudget AWBZ worden 2 alternatieven gepresenteerd (f 128,- per volwassene per jaar dan wel een nominale premie van f 132,50 per volwassene). M.b.t. macro-budgetten ZFW 1995 worden ook 2 alternatieven gepresenteerd (nominale premie van f 182,- per volwassene dan wel f 171,- per volwassene). Het macro-bedrag beheerskosten 1994 wordt vastgesteld op f 1.065,2 miljoen.

Besluit Ziekenfondsraad inzake Budgettering verstrekkingen ziekenfondswet en AWBZ 1994. - Amstelveen : ZFR, 1993. - 26 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; nr. 603)
ZFR/603

Advies kostenbeheersing farmaceutische hulp. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 201 p. : bijl., schema's, tab. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/630)
ZFR/630

Advies inzake beperking AWBZ-aanspraak op farmaceutische hulp, aandacht wordt aan de evaluatie van het GVS en de overheveling van geneesmiddelen naar de AWBZ in kwalitatieve en kwantitatieve zin besteed. Ingegaan wordt o.m. op: geneesmiddelenvoorziening in Nederland, instrumenten tot kostenbeheersing tot nu toe, kostenbeheersing in naburige landen (o.m. Duitsland, Frankrijk, GB), kostenontwikkeling, mogelijke maatregelen voor kostenbeheersing, en medische farmaceutische aspecten.

Advies : verlaging berekeningsgrondslag vergoedingslimieten geneesmiddelen AWBZ. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 73 p. : bijl., schema's ; 30 cm. - (SER-advies ; 611)
ZFR/611

De Ziekenfondsraad is met de staatssecretaris van WVC van mening dat verschillende maatregelen noodzakelijk zijn om te komen tot kostenbeheersing, maar de Raad is het er echter niet mee eens dat voortijdig een verlaging van de berekeningsgrondslag van de limieten wordt gerealiseerd. Gepresenteerd worden alternatieve plannen (o.m. wijziging berekeningssystematiek vergoedingslimiet, en wijziging tariefstructuur apotheekhoudenden).

Advies premie AWBZ 1995. Advies premie ZFW 1995. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 91 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/628)
ZFR/628

M.b.t. het premie-advies AWBZ 1995 worden 2 alternatieven gepresenteerd t.a.v. procentuele premie AWBZ (: 8.65% indien nominale premie gelijk blijft en ook 8,65% indien nominale premie stijgt tot f 132,50 per volwassene. Een hernieuwde berekening wordt gepresenteerd van het financiële risico voor het Algemeen fonds en de uitvoeringsorganen AWBZ voor de budgetjaren 1993 en 1994. Het premie-advies ZFW bedraagt 6,9%.

Advies aanpassingen budgetsystematiek verstrekkingen ZFW en AWBZ. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 13 p. : bijl. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/623)
ZFR/623

Advies inzake interpretatie aanvang inschrijvingstermijn ZFW en AWBZ. Advies loongrens en maximum premiedagloon 1994 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 24 p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/590

Geadviseerd wordt over de interpretatie van de zgn. anti-freeriders- bepalingen in de Inschrijvingsbesluiten van de Ziekenfondswet en de AWBZ. Aan de hand van de ontwikkeling van het loonindexcijfer wordt de loongrens voor 1994 vastgesteld op f 58.100,-, het maximum premiedagloon wordt vastgesteld op f 190,- per dag.

Advies kostenbeheersing farmaceutische hulp. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 201 p. : bijl., schema's, tab. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1994/630)
ZFR/630

Advies inzake beperking AWBZ-aanspraak op farmaceutische hulp, aandacht wordt aan de evaluatie van het GVS en de overheveling van geneesmiddelen naar de AWBZ in kwalitatieve en kwantitatieve zin besteed. Ingegaan wordt o.m. op: geneesmiddelenvoorziening in Nederland, instrumenten tot kostenbeheersing tot nu toe, kostenbeheersing in naburige landen (o.m. Duitsland, Frankrijk, GB), kostenontwikkeling, mogelijke maatregelen voor kostenbeheersing, en medische farmaceutische aspecten.

Advies : verlaging berekeningsgrondslag vergoedingslimieten geneesmiddelen AWBZ. - Amstelveen : ZFR, 1994. - 73 p. : bijl., schema's ; 30 cm. - (SER-advies ; 611)
ZFR/611

De Ziekenfondsraad is met de staatssecretaris van WVC van mening dat verschillende maatregelen noodzakelijk zijn om te komen tot kostenbeheersing, maar de Raad is het er echter niet mee eens dat voortijdig een verlaging van de berekeningsgrondslag van de limieten wordt gerealiseerd. Gepresenteerd worden alternatieve plannen (o.m. wijziging berekeningssystematiek vergoedingslimiet, en wijziging tariefstructuur apotheekhoudenden).

1995

Wet van Otterloo, deel 2, Dubbele budgettering ZFW. Historische analyse ZFW en AWBZ / red. G.E. de Haas ... [et al.]. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 32 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (ZFR/SEA publ. ; 1995/10)
V208/10

Aandacht wordt besteed aan de gevolgen van de Wet van Otterloo voor het aantal verzekerden in de Ziekenfondswet. Ingegaan wordt op het experiment dubbele budgettering van verstrekkingen in de Ziekenfondswet (een beschrijving wordt o.m. gegeven van het splitsingsmodel en het experiment). Behandeld wordt een door de statistisch economische afdeling uitgevoerde historische analyse van de kostenontwikkeling Ziekenfondswet en AWBZ.

Kengetallen farmaceutische hulp 89-94 / Geneesmiddelen informatie project ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 32 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 5/1995)

Met lit.opg.
1995JJ19

Volume en kostengegevens van de aan ziekenfondsverzekerden verstrekte farmaceutische hulp in de periode 1989 t/m 1994.

Rapportage kosten en financiering ZFW en AWBZ 1995 en 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 88 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 686)
ZFR/686

Aandacht wordt besteed aan de (geraamde) financiële ontwikkelingen in de door de ZFR beheerde kassen van ZFW en AWBZ. In de ZFW laten de voorlopige cijfers een

overschrijding van het voor de ziekenfondsen vastgestelde macrobudget van f865 mln. zien. In de AWBZ is voor 1994 sprake van een overschrijding van het aan uitvoeringsorganen toegekende macrobudget van f48 mln. De financiële positie van de ziekenfondsen per ultimo is in 1995 gunstig te noemen.

Advies herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - [67] p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/677

Ingegaan wordt op de vraag of met het huidige wetsvoorstel een sluitend systeem van aanbodregulering te realiseren is, waarbij aandacht geschonken wordt aan de volgende punten: verzekeringswetgeving ; WTG ; kwaliteitswet zorginstellingen ; Europese regelgeving. Besproken wordt de rol van de erkenning, de posities van verzekeraars en andere partijen, de verzekeraars budgettering en de topklinische zorg.

Advies Wetsvoorstel tot oprichting van een organisatie voor projecten, experimenten en onderzoek op het terrein van volksgezondheid (PEO-wet) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 7 p. ; 30 cm
ZFR/681

Ingegaan wordt o.m. op: onderzoeksbudget Ziekenfondsraad ; verhouding met de PEO-organisatie in oprichting ; positie ontwikkelingsgeneeskunde ; personele gevolgen.

Advies over inschrijvingstermijnen ZFW en AWBZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 13 p. ; 30 cm

Verschenen in één band met Advies over de aanpassing van de loongrens, de inkomensgrens voor AOW-gerechtigden en het maximum premiedagloon per 1 januari 1996 (683b)

ZFR/683B

Geadviseerd wordt te bevorderen dat de inschrijvingsbesluiten worden aangepast. Het blijft nodig dat inschrijvingen aan vaste termijnen worden gebonden, maar volstaan kan worden met een termijn van één jaar. Uitzonderingsgevallen moeten wettelijk worden omschreven.

Advies persoonsgebonden budget; financiering aanloopkosten verenigingen van budgethouders / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 690A)

Verschenen in één band met Advies persoonsgebonden budgetfinanciering en zorgvernieuwing
ZFR/690A

Advies aan de Minister van VWS van de Ziekenfondsraad over de financiering van de aanloopkosten van twee verenigingen van houders van persoonsgebonden budgetten, onder meer t.b.v. gezamenlijk uitgezet onderzoek.

Advies persoonsgebonden budgetfinanciering en zorgvernieuwing / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 690B)

Verschenen in één band met Advies persoonsgebonden budgetfinanciering: financiering aanloopkosten verenigingen van budgethouders
ZFR/690B

Advies aan de Minister van VWS van de Ziekenfondsraad betreffende het persoonsgebonden budget binnen de thuiszorg en de zorg voor verstandelijk gehandicapten alsmede de zorgvernieuwing voor verstandelijk gehandicapten.

Nota werkzaamheden Ziekenfondsraad op het gebied van doelmatigheidsbevordering : uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport d.d. 18 mei 1995 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 17 p. ; 30 cm. - (Rapport ; 665)

ZFR/665

Ingegaan wordt o.m. op activiteiten van de ZFR op het gebied van doelmatigheidsbevordering die de ZFR tot nu toe heeft genomen, aangegeven wordt op welke gebieden de ZFR verdere invulling geeft aan zijn verantwoordelijkheid.

Advies opnemng DNA-diagnostiek ten behoeve van erfelijkheidsadviesing in het verstrekkingenpakket van de wettelijke ziektekostenverzekering / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 124 p. : bijl.; 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 664) ZFR/664

Tot nu toe wordt erfelijkheidsadviesing gefinancierd los van het ziekenhuisbudget en via de Stichtingen voor klinische genetica. Geadviseerd wordt de erfelijkheidsadviesing in haar geheel te financieren via het ziekenhuisbudget. Voorts wordt geadviseerd de centra te Maastricht, Utrecht en Amsterdam met terugwerkende kracht te subsidiëren. Geavanceerd ultrageluidsonderzoek dient ondergebracht te worden in ziekenhuisactiviteiten, gefinancierd via het ziekenhuisbudget.

Advies overheveling financiering medische en tandheelkundige specialistenopleidingen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 33 p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1995/655A)

Waarin ook opgenomen: Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen ZFR/655A

Ingegaan wordt o.m. op: huidige financiering van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen, modernisering curatieve zorg (opleidingsfonds) en financiering ten laste van het AFBZ. Geadviseerd wordt o.m. voor de duur van drie jaar de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen te financieren ten laste van het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten.

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 11 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1995/655B)

Waarin ook opgenomen: Advies overheveling financiering medische en tandheelkundige specialistenopleidingen. ZFR/655B

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorgvernieuwing verpleging en verzorging 1995 : waarin opgenomen Verpleeghuisvervangende zorg Het persoonsgebonden budget Coördinatie vrijwillige thuiszorg / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - [49] p. : bijl. ; 30 cm ZFR/661

Behandeld worden algemene uitgangspunten en opmerkingen t.a.v. een persoonsgebonden budget. Besproken worden algemene randvoorwaarden in het kader van de uitvoering van een persoonsgebonden budget.

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 24 p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 695) ZFR/695

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring gezinsverzorging 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 36 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 694) ZFR/694

Kengetallen farmaceutische hulp 1994 / Geneesmiddelen informatie project Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 44 p. : bijl., fig. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 6/1995) 1996AA22

Advies toetsing van het geneesmiddelenpakket / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - [64] p. : bijl., fig., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 680) ZFR/680

Omschreven worden criteria voor zowel in- als uitstroom van geneesmiddelen, waarbij het beslismodel besproken wordt. Ingegaan wordt op de toetsing van de in de adviesaanvraag genoemde geneesmiddelen aan de hand van de criteria. Aan de orde komen o.m. de opbrengsten.

Advies macro-verstrekkingsbudget AWBZ 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 5 p. : tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 667B)

Verschenen in één band met Advies macro-verstrekkingsbudget ZFW 1996 (667A)
ZFR/667B

De Raad adviseert het macro-verstrekkingsbudget AWBZ 1996 vast te stellen op f 6.066 mln. Daarbij is de nominale rekenpremie vastgesteld op f96,- per volwassene per jaar.

Premie-advies AWBZ 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - [48] p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 666B)

Verschenen in één band met Premie-advies ZFW 1996 (666A)
ZFR/666B

Voor 1996 adviseert de Raad een procentuele premie van 6.65%.

Advies macro-verstrekkingsbudget ZFW 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 7 p. : tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 667A)

Verschenen in één band met Advies macro-verstrekkingsbudget AWBZ 1996 (667B)
ZFR/667A

Voor de macro-verstrekkingsbudgetten zijn 3 varianten doorgerekend.

Premie-advies ZFW 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - [43] p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 666A)

Verschenen in één band met Premieadvies AWBZ 1996 (666B)
ZFR/666A

De Raad adviseert voor 1996 twee afzonderlijke premies; een voor werknemers (1,55%) en een voor werkgevers (7,60%).

Advies normering macro-bedrag beheerskosten ZFW 1997. Macrobedrag beheerskosten ZFW/AWBZ 1995 en 1996. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 20 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 668)

ZFR/668

Advies verbandmiddelen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 112 p. : bijl., 30 cm. - (Advies Ziekenfondsraad ; 663)

ZFR/663

Advies over maatregelen ter verbetering van de uitvoerbaarheid en beheersbaarheid van de verstrekking van hulpmiddelen. Gesteld wordt o.m. dat de uitvoerbaarheid van de verstrekking van verbandmiddelen verbeterd kan worden met de introductie van een positieve lijst waarop de tot de aanspraak behorende verbandmiddelen limitatief zijn weergegeven. Geadviseerd wordt een vergoedingensysteem voor verbandmiddelen in de wettelijke regeling op te nemen. Overheveling van verbandmiddelen naar hulpmiddelen acht de Raad niet noodzakelijk.

Advies beperking fysiotherapie, oefentherapie Cesar en oefentherapie Mensendieck ziekenfondsverzekering / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 29 p. : bijl.; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1995/654)

ZFR/654

De meerderheid van de Raad geeft de voorkeur aan variant drie: het heffen van een eigen bijdrage van 50 procent voor de eerste 12 zittingen. De minderheid koos voor variant 1 (: uitsluiting van de aanspraken op de eerste zes zittingen) dan wel variant 2 (: inhoudende beperking van de aanspraken tot de eerste twaalf zittingen).

Besluit budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie Ziekenfondswet en AWBZ 1995 en 1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1995. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 692)

ZFR/692

Titel: Besluit regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verstandelijk gehandicaptenzorg 1996 (A). Besluit regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat geestelijke gezondheidszorg 1996 (B)

Besluit Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat geestelijke gezondheidszorg 1996 (b)

Jaar: 1995

Organisatie: Ziekenfondsraad

Uitgave: Amstelveen : Ziekenfondsraad

Besluiten genomen door de Ziekenfondsraad in zijn vergadering van 21 december 1995

Reeks: Besluit / Ziekenfondsraad ; nr. 696

Omvang: 34 p. in verschillende pagineringen

Brinkmannummer: B9627987

1996

Besluit subsidiëring kwaliteitsbeleid tandheelkunde / Ziekenfondsraad. - Amstelveen :

ZFR, 1996. - 22 p. ; 30 cm

Hierin ook opgenomen: Rapport over de verstrekking preventief onderhoud en tandsteenverwijderen

ZFR/732B

Rapport evaluatie bijzondere tandheelkunde / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR,

1996. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm

ZFR/733

Evaluatie van toepassing van de regels in de bijzondere tandheelkunde, extra tandheelkundige hulp die gegeven kan worden aan verzekerden met een ernstige tandheelkundige aandoening veroorzaakt door een geestelijk of lichamelijk gebrek. De ZFR sluit zich aan bij het voorstel van tandartsen en zorgverzekeraars om in bepaalde gevallen, waarin patiënten door een ernstige medische aandoening hun mond niet kunnen verzorgen, de eigen bijdragen niet toe te passen (aandoening rechtstreek gevolg van een lichamelijke of geestelijke handicap).

Kengetallen farmaceutische hulp 1995 / Geneesmiddelen informatie project

Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 52 p. : tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ;

8/1996)

1997AA29

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring contactkantoren en CAK 1996 en 1997 (b) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 64 p. : bijl. ; 30 cm. - (Publikatienummer ;

725/A-B)

Hierin ook opgenomen: Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen 1997 (a)

ZFR/725/B

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen 1997 (a) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 64 p. : bijl. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 725/A-B)

Hierin ook opgenomen: Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring contactkantoren en CAK 1996 en 1997 (b)

ZFR/725/A

Rapportage kosten en financiering ZFW en AWBZ 1996 en 1997 / Ziekenfondsraad. -

Amstelveen : ZFR, 1996. - 72 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 724)

ZFR/724

De financiële positie van de door de Raad beheerde kassen wordt geraamd op een tekort van f1,2 miljard. Het jaar 1995 resulteert voor de ZFW t.o.v. het premie-advies in een verslechtering van c.a. f200 miljoen, het beeld van de AWBZ is ongewijzigd t.o.v. het premie-advies. In de ZFW laten de voorlopige cijfers een overschrijding van het voor de ziekenfondsen vastgestelde macrobudget zien van f315 miljoen, in de AWBZ een overschrijding van f53 miljoen. Een eerste indicatie van de financiële risico's voor de ziekenfondsen en de Algemene kas m.b.t. veronderstelde macro-verstrekkingen budget voor 1997 komt uit op een batig resultaat van f50 miljoen respectievelijk f54 miljoen.

Rapport modernisering thuiszorg / [Ziekenfondsraad]. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 30 p. : bijl. : 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 718)
ZFR/718

Ingegaan wordt op het onderbrengen van de thuiszorg in het eerste en tweede compartiment. M.b.t. het eerste compartiment komt o.m. aan de orde bevordering van de marktwerking (thuiszorg in AWBZ); m.b.t. het tweede compartiment komen o.m. aan de orde thuiszorg in de Ziekenfondswet, WTZ en polissen. Behandeld worden verder financiële aspecten, moeder- en kindzorg en preventie, dieetadviesing, intrekken van subsidieregeling gezinsverzorging, en de invoering van de bijdrageregeling thuiszorg.

Rapport subsidiëring enkelvoudige ergotherapie / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 17 p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 708)
ZFR/708

Ingegaan wordt o.m. op : inhoud van ergotherapie, omvang van de beroepsgroep, ergotherapeutische zorgverlening in Nederland, organisatie van de enkelvoudige ergotherapie en financieringssysteem. Gegeven wordt een subsidieregeling in het kader van artikel 73 (eerste lid onder D) van de Ziekenfondswet voor de financiering van enkelvoudige (extramurale) ergotherapie.

Rapportage onderzoeksprogramma zorg voor verstandelijk gehandicapten 1995-1996 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 20 p. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 713)
ZFR/713

Begin 1994 is er een nieuwe organisatie- en besluitvormingsstructuur voor het onderzoeksbeleid vastgesteld. In dit kader heeft de Commissie verstrekkingen op 7 juni 1994 de deelprogrammacommissie zorg voor verstandelijk gehandicapten (dpc-zvg) ingesteld. Deze jaarrapportage is een uitwerking van deze dpc over inhoud en financiën van onderzoeken die op basis van het programma plaatsvinden. De onderzoeken die worden besproken zijn: Onderzoek regionale ordening van zorg en harmonisatie van het regionale zorgaanbod voor verstandelijk gehandicapten, Onderzoek grensvlakproblematiek zorg voor verstandelijk gehandicapten - geestelijke gezondheidszorg.

Rapport over organisatie en financiering van preventie-activiteiten volksgezondheid / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - [43] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 704)
ZFR/704

Geadviseerd wordt o.m. over: wijziging van de Wet financiering volksverzekeringen voor structurele financiering van de preventie-activiteiten ; financiering van vaccinatie in geval van een epidemie ; verbetering van zwangerschapsimmunisatie ; de financiering van grieppreventie. Ingegaan wordt o.m. op een financieringskader voor de preventie-activiteiten. Nagegaan wordt o.m. op welke wijze de geldende wetgeving dient te worden gewijzigd om regelingen te treffen voor structurele financiering ten laste van het Algemeen fonds bijzondere ziektekosten van preventie-activiteiten.

Rapportage onderzoeksprogramma GGZ 1994-1995 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - [21] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 705)
ZFR/705

Besproken worden de inhoudelijke en financiële voortgang van de deelprogrammacommissies geestelijke gezondheidszorg. Behandeld wordt de inhoud van o.m. de volgende onderzoeken (:normdifferentiatie fase 1 en 2, sociale pensions in relatie tot de sociale ziektekostenverzekering, regionale ordening van zorg, prioriteringsstudie kosteneffectiviteit van de hulpverlening, en het onderzoek Grensvlakproblematiek). Aan de orde komen financiële aspecten.

Rapport experiment grensoverschrijdende zorg / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm
ZFR/703

Gepubliceerd wordt o.m. het vooronderzoek naar de haalbaarheid van een experiment in een grensgebied betreffende de verruiming van mogelijkheden voor grensoverschrijdend zorgverkeer (uitgevoerd door het NIVEL). Op grond van de argumenten die door de

onderzoekers zijn aangedragen wordt geadviseerd een experiment volgens het model 'Zorg op maat' in aanmerking te laten komen voor uitvoering.

Rapport flexibilisering van de Ziekenfondswet / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 33 p. : bijl. ; 30 cm

ZFR/701

Advies inzake mogelijkheden om de flexibilisering van de ZFW uit te voeren (in eerste aanleg drie percent van het variabel deel van het verzekeringsbudget). De volgende knelpunten worden o.m. gesignaleerd: een omschrijving van de flexibilisering is op voorhand niet te geven, de huidige mechanismen van de budget- en tariefvaststellingen in het reguliere circuit behoeven aandacht. Een essentiële voorwaarde is het geven van voorlichting over de keuzemogelijkheden bij een ziekenfonds wat de flexibele zorg betreft.

Erkenningseisen voor verenigingen van budgethouders (A). Wijzigingsbesluit van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verpleging en verzorging 1996 en de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring zorg op maat verstandelijk gehandicaptenzorg 1996 (B). - Amstelveen : ZFR, 1996. - 7 p.. - (Ziekenfondsraad ; 700) ZFR/700

Rapportage kosten en financiering ZFW en AWBZ 1995 en 1996. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 79 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 698)

ZFR/698

Voor 1996 wordt voor beide kassen tezamen een dekkingstekort verwacht van f 3,6 mld. Gesteld wordt dat er een zodanige structurele situatie is ontstaan dat de ZFR onvoldoende in staat wordt gesteld de verantwoordelijkheden voor een goed kasbeheer voor de ZFW en AWBZ te dragen. Bij de premiestelling dient o.m. structureel rekening te worden gehouden met afwijkende mutaties in de premiegrondslagen uit voorgaande jaren.

30 jaar ziekenfondswet / red.: G.E. de Haas, C. Hooykaas, J. Luursema. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 33 p. : bijl., fig., tab. ; 30 cm. - (ZFR/SEA publ. ; 11)

V208/11

Nummer waarin de ontwikkelingen staan beschreven die zich op diverse terreinen in de ZFW over de periode 1966 tot en met 1995 hebben voorgedaan: kring der verzekerden; ziekenfondspopulatie; verstrekkingenpakket; ziekenfondsen; kostenontwikkeling ZFW; financiële stromen ZFW; budgettering ziekenfondsen.

Kengetallen farmaceutische hulp 89-95 / Geneesmiddelen informatie project ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 44 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 7/1996)

Met lit.opg.

1996JJ11

Volume en kostengegevens van de aan ziekenfondsverzekerden verstrekte farmaceutische hulp in de periode 1989 t/m 1994. Op grond van de gepresenteerde cijfers kunnen de volgende ontwikkelingen worden waargenomen: het aantal voorschriften per ziekenfondsverzekerde steeg in de periode met gemiddeld 3,3% per jaar; de gemiddelde kosten per ziekenfondsverzekerde zijn jaarlijks gestegen met gemiddeld 7,0%; de kosten per voorschrift zijn gemiddeld gestegen met 3,8% per jaar; sinds 1989 is voor WTG-artikelen sprake van een duidelijke groei van het marktaandeel van generieke en parallel geïmporteerde geneesmiddelen.

Rapportage kosten en financiering ZFW en AWBZ 1996 en 1997 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 72 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 724)

ZFR/724

De financiële positie van de door de Raad beheerde kassen wordt geraamd op een tekort van f1,2 miljard. Het jaar 1995 resulteert voor de ZFW t.o.v. het premie-advies in een verslechtering van c.a. f200 miljoen, het beeld van de AWBZ is ongewijzigd t.o.v. het premie-advies. In de ZFW laten de voorlopige cijfers een onderschrijding van het voor de ziekenfondsen vastgestelde macrobudget zien van f315 miljoen, in de AWBZ een

onderschrijding van f53 miljoen. Een eerste indicatie van de financiële risico's voor de ziekenfondsen en de Algemene kas m.b.t. veronderstelde macro-verstrekkingsbudget voor 1997 komt uit op een batig resultaat van f50 miljoen respectievelijk f54 miljoen.

Besluit budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie Ziekenfondswet en AWBZ 1996 en 1997 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad)

Hierin ook opgenomen: Besluit budgettering verstrekkings ZFW 1997 ZFR/731B

Macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1996 en 1997 (b) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 20 p. ; 30 cm

Hierin ook opgenomen: Macro-verstrekkingsbudget ZFW 1997 (a) ZFR/715/B

Het macrobedrag beheerskosten Ziekenfondswet en AWBZ voor 1996 komt uit op f 985,2 miljoen. In het kader van het macrobedrag wordt o.m. een schatting gegeven van de (structurele) beheerskosten i.v.m. invoering van een eigen bijdrage in de Ziekenfondswet.

Macro-verstrekkingsbudget ZFW 1997 (a) / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 20 p. ; 30 cm

Hierin ook opgenomen: Macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1996 en 1997 (b) ZFR/715/A

Voor het macro-verstrekkingsbudget zijn twee varianten doorgerekend. Uitgaande van de rekenpremie voor 1996 met een aftrek van f 110,- (door de eigen bijdrage regeling) resulteert voor 1997 een nominale premie van f 157,- (waarbij het budget ZFW 1997 wordt vastgesteld op f 19.837). Als een nominale rekenpremie ZFW wordt gehanteerd van f 162,40 dan wordt geadviseerd het macroverstrekkingsbudget vast te stellen op f 19.795 mln.

Premie-advies AWBZ 1997 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 1 dl. : bijl., tab. ; 30 cm

Hierin ook opgenomen: Premie-advies ZFW 1997 ZFR/714B

Voor 1997 wordt een procentuele premie geadviseerd van 9,05%. Het dekkingstekort bedraagt volgens verwachting voor 1997 f 1,6 mld.

Premie-advies ZFW 1997 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 1 dl. : bijl., tab. ; 30 cm

Hierin ook opgenomen: Premie-advies AWBZ 1997 ZFR/714A

Twee alternatieven worden gepresenteerd m.b.t. procentuele premie ZFW: uitgaande van een gelijkblijvende nominale premie in 1997 wordt het premiepercentage vastgesteld op 7,25%; indien voor 1997 wordt uitgegaan van eenzelfde verhouding tussen de procentuele en nominale premie-opbrengsten als in 1996 zou de afgeleide nominale (reken)premie f 162,40 per volwassene bedragen. De voorlopige kostencijfers over 1995 resulteren in een dekkingstekort van ca. f 2,5 mld.

Rapport over minimumpremie, minimumloongrens en inkomenstoetsing in de ziekenfondsverzekering / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1996. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm

ZFR/702

Gegeven wordt o.m. een technische analyse t.a.v.: de effecten van het optrekken van de inkomensgrens voor AOW-gerechtigden tot f38.500,- ; eventuele invoering van een minimumpremie ; eventuele invoering van een minimum-loongrens ; het uitsluiten van de ziekenfondsverzekering van personen die vermogensbelasting betalen ; wijziging inkomen dat in aanmerking wordt genomen voor toetsen loon- en inkomensgrens.

1997

Besluit overgangsregeling Ziekenfondsraad ziekenhuisgerelateerde thuiszorg 1998 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 14 p. ; 30 cm
ZFR/773
Subsidieregeling ziekenhuisgerelateerde thuiszorg voor ziekenfondsverzekerden.

Rapport intensieve begeleiding bij het zelfstandig wonen en bevordering doorstroming 1998 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 19 p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/770
Advies inzake voorgestelde wijzigingen regeling ter subsidiëring van intensieve begeleiding bij het zelfstandig wonen en bevordering doorstroming verstandelijk gehandicapten, alsook wijziging in de verdeling van beschikbare middelen over regio's.

Rapportage normdifferentiatie in de GGZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 79 p. : bijl., schema's ; 30 cm
Bevat het eindrapport "Groepen en probleemconcentraties in de GGZ en verslavingszorg" van IVA Tilburg
ZFR/771
In de rapportage wordt o.m. vastgesteld of er specifieke doelgroepen en concentraties van problematiek kunnen worden gevonden die een grotere vraag naar geestelijke gezondheidszorg impliceren. Vastgesteld wordt of de kenmerken van deze doelgroepen en probleemconcentraties bruikbaar zijn ten behoeve van budgetverdeling over GGZ-regio's.

Rapportage regionale ordening van de GGZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 87 p. ; 30 cm
Bevat eindrapportage 'Regionale ordening van de GGZ' van Hoeksma, Homans & Menting
ZFR/772
De ZFR sluit zich aan bij de conclusie van de onderzoekers dat het wenselijk is om de inrichting van de GGZ op een regionale indeling te baseren. Het onderzoek is vooral gericht op de inspanningen van drie actoren (: cliënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders) om de regionale ordening van de GGZ een succes te laten worden. Geconstateerd wordt dat regionale ordening van de GGZ tot op heden nog te weinig instrumenten heeft opgeleverd om het aanbod inzichtelijk te laten zijn.

Rapport toekomst kort-verblijf tehuizen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - [28] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 765)
ZFR/765

Rapportage onderzoek naar het grensvlak van de verstandelijk gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - [199] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 763b)
ZFR/763b
Eindrapportage van het onderzoek 'Het grensvlak van de verstandelijke gehandicaptenzorg en de geestelijke gezondheidszorg / H. van Daal, E. Plempers, L. Willems; Verwey-Jonker instituut.' Als een van de knelpunten in het huidige hulpverleningstraject komt naar voren dat er nog steeds geen regulier financieringssysteem voor niet-klinische behandeling van gedragsgestoorde verstandelijk gehandicapten bestaat. De ZFR hoopt dat onderzoeksresultaten betrokken worden bij de verdere beleidsvorming t.b.v. groep verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen.

Rapportage onderzoek "Indiceren: voorsorteren of selecteren?" / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 36 p. : bijl. ; 30 cm
Bevat het eindrapport: Indiceren: voorsorteren of selecteren: op weg naar objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling voor verpleging en verzorging en de verstandelijk gehandicaptenzorg in twee regio's / M. Knapen, P. Puts. Met lit.opg.
ZFR/763a
De ZFR sluit zich in haar oordeel over het onderzoek aan bij de bevindingen van de begeleidingscommissies. Uit het onderzoek blijkt o.m. dat de inhoudelijke kant van de indicatiestelling (ontwikkeling van protocollen) en de praktische uitvoering gekoppeld

aan de financiering ervan tot nu toe onderbelicht zijn gebleven. De bewindslieden zullen hierover duidelijkheid moeten verschaffen.

Kengetallen farmaceutische hulp 1996 / Geneesmiddelen informatie project
Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 64 p. : graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 10/1997)
1997NN23

Rapport evaluatie subsidieregeling enkelvoudige extramurale ergotherapie /
Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 114 p. : bijl., fig., tab. ; 30 cm
ZFR/756

Gesteld wordt dat er op dit moment onvoldoende gegevens beschikbaar zijn op basis waarvan opname van enkelvoudige extramurale ergotherapie als zelfstandige verstrekking in het ziekenfondspakket op verantwoorde en doelmatige wijze kan worden voorbereid. Niet getwijfeld wordt aan het nut van een zelfstandige verstrekking in de toekomst, echter de inrichtingseisen daarvoor ontbreken nu nog. Aangewezen wordt een verlengde subsidieperiode van minimaal twee jaar.

Kengetallen farmaceutische hulp 89-96 / Geneesmiddelen informatie project. -
Amstelveen : ZFR, 1997. - 44 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 9/1997)
Met lit.opg.
1997II30

Rapport tijdelijke subsidieregeling vervangende hulp ziekenfondsverzekering /
Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 14 p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/751

Vastgesteld is de subsidieregeling vervangende hulp ziekenfondsverzekering voor de jaren 1997-1998. Op grond van deze regeling kunnen ziekenfondsen onder voorwaarden maximaal 3% van hun verstrekkingenbudget besteden aan zorg die niet wettelijk is geregeld, maar materieel wel overeenstemt met een verstrekking ingevolge de Ziekenfondswet.

Rapport zorg-op-maat in de AWBZ / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm
ZFR/748

In het advies wordt ingegaan op aspecten die aan de orde komen bij de implementatie van zorg-op-maat in de awbz. Behandeld worden o.m. de volgende onderwerpen: vormgeving van de aanspraken, de wijze waarop een overheveling van gelden vanuit de zorg-op-maatregelingen naar de aanspraken kan plaatsvinden, de financiële middelen die ermee gemoeid zijn, de mogelijkheid van zorgvernieuwing via een ontwikkelingsbudget en de systematiek van eigen bijdragen.

Besluit regeling Ziekenfondsraad subsidiëring enkelvoudige extramurale ergotherapie. -
Amstelveen : ZFR, 1997. - 10 p.: 30 cm : bijl.. - (Ziekenfondsraad ; 741)
ZFR/741

Thematisch onderzoek kwaliteitsaspecten zorg : een onderzoek naar de wijze waarop uitvoeringsorganen zich een beeld vormen van de kwaliteit van de geleverde zorg /
Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm
1998EE27

Onderzoek naar de wijze waarop uitvoeringsorganen zich een beeld vormen van de kwaliteit van de geleverde zorg. Nagegaan wordt op welke wijze de uitvoeringsorganen aan de CTU verantwoording kunnen afleggen over de activiteiten om te komen tot criteria voor de toetsing van de kwaliteit van de geleverde zorg.

Rapportage onderzoek grensvlakproblematiek in de jeugdzorg / Ziekenfondsraad. -
Amstelveen : ZFR, 1997. - 49 p. : bijl. ; 30 cm
Met lit.opg. Bevat het rapport: Grensvlakproblematiek in de jeugdzorg /
Erasmusuniversiteit. - 40 p.
ZFR/763c

Doel van het onderzoek is vergroting van het inzicht in het domein van de jeugd-ggz en het in kaart brengen van het grensvlak met andere jeugdsectoren, m.n. de grens tussen verzekerde en niet-verzekerde zorg. Knelpunten worden geconstateerd op het terrein van de toeleiding (diagnostiek, indicatiestelling) en de doorstroming (zorgtoewijzing, wachtlijstproblematiek). Als mogelijke (deel)oplossing wordt een centrale indicatiestelling in de vorm van een Bureau Jeugdzorg genoemd. Daarnaast moeten de verschillende jeugdcircuits overgaan tot een verregaande uitwisseling van kennis en vaardigheden.

Rapport evaluatie overheveling AAW-voorzieningen naar de Regeling hulpmiddelen AWBZ 1994. - Amstelveen : ZFR, 1997. - [29] p. : bijl. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 766)
ZFR/766

Nagegaan wordt o.m.: praktische veranderingen in de aanspraken op naar AWBZ overgehevelde AAW-voorzieningen; informatievoorziening over wijzigingen; rol uitvoeringsorganen; voldoen van de regeling aan verwachtingen dan wel onverwachte problemen die zijn ontstaan; meerkosten AWBZ.

Rapport over knelpunten eigen bijdragen ZFW / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - [20 p.] ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 764)
ZFR/764

Evaluatie algemene eigen-bijdrageregeling voor ziekenfondsverzekerden / J.B.F. Hutten ... [et al.]. - Utrecht : NIVEL, 1997. - 2 dl. : bijl., tab. ; 29 cm

Deelrapport I: In- en uitvoering in de praktijk, voorjaar 1997 : rapportage op basis van gesprekken met ziekenfondsen met als bijlage "De kennis en mening van ziekenfondsverzekerden over de algemene eigen-bijdrageregeling in november 1996". - 39 p. - ISBN 90-6905-334-9 Deelrapport II: Rapportage op basis van peiling onder consumentenpanel. - 56 p. - 90-6905-347-0
1997II25

In het eerste deelrapport wordt nagegaan hoe de ziekenfondsen de regeling (Algemene eigen bijdrage) in de praktijk wordt uitgevoerd en welke problemen zij daarbij ervaren. De volgende onderwerpen komen aan de orde: de informatievoorziening rond de regeling, de praktische vertaling van de regeling door de verschillende ziekenfondsen, de problemen die daarbij zijn ervaren en de mening en de verwachtingen van de ziekenfondsen omtrent de regeling. In het tweede deelrapport wordt verslag gedaan van de kennis- en meningpeiling onder ziekenfondsverzekerden van het Consumentenpanel gezondheidszorg.

Kosten en financiering ZFW en AWBZ 1997 en 1998 : rapport / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - [78] p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 759)
ZFR/759

Tweede evaluatierapport invoering eigen bijdrage ZFW / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 82 p. : bijl., fig., tab. ; 30 cm
ZFR/760

Uit een NIVEL-onderzoek (inzake kennis, ervaringen en meningen van ziekenfondsverzekerden) blijkt o.m. dat een groot deel van de respondenten bekend is met de regeling. De structurele uitvoeringskosten komen naar verwachting landelijk uit op een bedrag tussen de f 55,8 en f 60,0 miljoen. Het totaal van de berekende bijdrage is geraamd op een bedrag van tussen de f 619 en f 645 miljoen. De verlaging van de premie-opbrengsten bedraagt f 865 miljoen.

Rapport uitvoeringstoets maximering reserves verplichte verzekering ZFW / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 35 p. : bijl., tab. ; 30 cm
ZFR/753

Ingegaan wordt op de doelstelling en betekenis van de wet- en regelgeving inzake reserves bij ziekenfondsen. Een cijfermatige analyse wordt gegeven omtrent omvang en samenstelling van deze reserves. Op dit moment wordt er geen concrete aanbeveling gedaan voor een maximum van de reserves, wel wordt geconstateerd dat er aanmerkelijke verschillen zijn in de financiële positie van ziekenfondsen. Het beleggingsbeleid van de ziekenfondsen moet aan gestelde eisen (zoals het hanteren van

een risicomijdende werkwijze) voldoen. De uitvoeringstoets geeft aan dat wijzigingen noodzakelijk zijn m.b.t. wet- en regelgeving.

Eerste evaluatierapport invoering eigen bijdrage ZFW / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 67 p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/750

Advies waarbij ingegaan wordt op de opgedane ervaringen. De belangrijkste door verzekerden ervaren knelpunten liggen op het terrein van o.m. de: verschillen in maxima bij vergelijkbare draagkracht; hantering peildata; totaal te betalen eigen bijdragen bij meerdere hoofdverzekerden. De belangrijkste door verzekeraars ervaren en verwachte knelpunten liggen op het terrein van o.m.: de complexiteit van de regeling; de samenhang met al bestaande bijzondere bijdrageregelingen; bepaling van het persoonlijk maximum; declaraties zorgverleners. De incidentele kosten kunnen landelijk uitkomen op f46 mln.

Premie-adviezen ZFW en AWBZ 1998 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 1 dl. : bijl., fig., tab. ; 30 cm

Dl. A1: Rapport premie-advies ZFW 1998. - 98 p. Dl. A2: Rapport premie-advies AWBZ 1998. - 45 p. Hierin ook opgenomen: Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1997 en 1998
ZFR/744/A

Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1997 en 1998 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1997. - 1 dl. : bijl., fig., tab. ; 30 cm
Hierin ook opgenomen: Premie-adviezen ZFW en AWBZ 1998
ZFR/744/B

1998

Besluit tot het verlenen van algemene vrijstelling van het verbod op het zelf leveren van farmaceutische hulp (artikel 42, eerste lid, ZFW). - Amstelveen : ZFR, 1998. - 1 dl. : bijl.; 30 cm
ZFR/806

Kengetallen farmaceutische hulp 1997 / Geneesmiddelen informatie project Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 64 p. : graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 12/1998)
1999AA28

Volume- en kostengegevens van de farmaceutische hulp die aan ziekenfondsverzekerden is verstrekt. De kengetallen over de farmaceutische hulp voor 1997 worden gedetailleerd naar geneesmiddelengroepen. (Inhoudelijke aanvulling op de gepresenteerde gegevens in GIPeilingen 89-97, nr.11, november 1998).

Jaaroverzicht 1997 : financiële statistieken Ziekenfondswet en AWBZ / onder red. van A.M. Bertens, C. Hooykaas, J. Luursema. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 55 p. : graf., tab. ; 30 cm. - (SEA-publikatie ; 18)
V208/18

Kengetallen farmaceutische hulp 89-97 / Geneesmiddelen informatie project Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 48 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 11)
1998NN26

Kengetallen omtrent aan ziekenfondsverzekerden verstrekte hulp, afgeleverde voorschriften en de daarmee samenhangende kosten.

Rapport uitbreiding PGB met verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg. - Amstelveen : ZFR, 1998. - [14] p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/799

De ZFR is van mening dat het PGB het verlenen van zorg op maat bevordert. Een uitbreiding van het PGB kan daarbij een verdere bijdrage leveren. Gewezen wordt op de

financiële gevolgen voor het eerste en tweede compartiment als het PGB wordt uitgebreid. Het macrobudget zal verhoogd moeten worden wil er sprake zijn van een reële keuzemogelijkheid voor een PGB.

Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring verzorgingshuizen 1999 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 33 p. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 798)
ZFR/798

Evaluatie experiment specialistenhonorering. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 353 p. : bijl., fig., graf., tab., 30 cm
ZFR/783

Geëvalueerd wordt een aantal experimenten inzake alternatieve honorering van medisch specialisten werkzaam in vijf experimentziekenhuizen (i.p.v. declaraties per verrichting een lump sum honorarium van drie jaar aangevuld met een subsidie voor uitvoeringskosten). Geconcludeerd wordt o.m. dat de honoreringswijze en de mutaties van de honorering van invloed zijn op de productie door medisch specialisten en als sturingsinstrument in de financiering van medisch specialistische hulpverlening hun werkzaamheid hebben aangetoond.

Rapport consequenties van een toename van donororganen en -weefsels : onderzoek naar aanleiding van de invoering van de WOD per 1-1-98. - Amstelveen : ZFR, 1998. - [60] p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Publikatienummer ; 1998/786)
Uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de Minister van Volksgezondheid, welzijn en sport d.d. 28 mei 1998
ZFR/786

Onderzoek naar de consequenties voor de infrastructuur en capaciteit van ziekenhuizen bij een toename van het aantal weefsels en organen. Aanbevelingen worden gedaan over de organisatie van de zorg, en het in kaart brengen van de kosten.

Rapport evaluatie planningsregeling klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 48 p. : bijl., 30 cm
ZFR/789

Vastgesteld wordt welke organisatie voor de toepassing van klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering voor de komende jaren doelmatig zou zijn. Geconcludeerd wordt dat de integratie van de stichtingen in de academische ziekenhuizen in de rede lijkt te liggen. Daarbij dient vooral de privacy van de patiënt en zijn familie aandacht te verkrijgen. Uittrede van de klinische genetica uit artikel 2 WBMV is niet aan de orde.

Rapport onderzoek modernisering in de thuiszorg. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 24 p. ; 30 cm
ZFR/777

Evaluatie-onderzoek modernisering thuiszorg met als doel het overgangsproces in kaart te brengen en vast te leggen welke veranderingen optreden in de uitvoeringspraktijk. Gesteld wordt o.m. dat de rapportages een goed inzicht geven in de problemen die de modernisering met zich mee heeft gebracht. De resultaten bieden handvatten voor het te voeren beleid en eventueel aan te brengen wijzigingen.

Rapport gemeentelijke basisadministratie (GBA) koppeling : Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - [54] p. : bijl. ; 30 cm
ZFR/794

Advies inzake de koppeling van een verstrekking ingevolge de Ziekenfondswet aan een juiste inschrijving in de gemeentelijke basisadministratie. Onderschreven wordt het belang van de nagestreefde doelstellingen. Een aantal kritische kanttekeningen wordt geplaatst van uitvoeringstechnische en principiële aard bij de voorstellen. Er kleven te veel bezwaren aan invoering van koppeling. Geschetst wordt een alternatieve benadering.

Rapportage evaluatie-onderzoek 'Ambulante hulpverlening in de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap'. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 71 p. : bijl., fig., tab., 30 cm

ZFR/790

Evaluatie-onderzoek naar de ambulante hulpverlening in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, waarin aandacht wordt besteed aan de inhoud, de toegankelijkheid, de kwaliteit en de doelmatigheid van het hulpaanbod.

Rapport persoonsgebonden budget. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 10 p.; 30 cm

ZFR/776

In deze evaluatie worden een positieve resultaten van het PGB aangegeven (o.m.: PGB is een aantrekkelijk en gelijkwaardig alternatief voor organisaties in natura, PGB biedt de mogelijkheid aan cliënten hun zorg zelf in te delen, PGB is kosten besparend t.o.v. naturazorg), naast enkele minder positieve uitkomsten (PGB is te weinig bekend, doorlooptijd vanaf aanvraag is soms te lang en er zijn problemen bij de financieel-administratieve uitvoering). Gesteld wordt dat het PGB op de huidige wijze kan worden voortgezet, mits aanpassingen van de dagelijkse uitvoering mogelijk moeten blijven.

Rapport aanpassing regeling hulpmiddelen 1996. - Amstelveen : ZFR, 1998. - [81] p. Uitgebracht door de Ziekenfondsraad aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport d.d. 22 oktober 1998

ZFR/800

Aan de orde komen o.m. de volgende onderwerpen: Uitgangspunten bij de beoordeling van voorstellen van de interdepartementale projectgroep; regelgeving; het Project rol verzekeraars en hulpmiddelen informatie project. Als bijlagen zijn opgenomen: Regeling hulpmiddelen 1996 en door de interdepartementale projectgroep/ ministerie van VWS voorgestelde maatregelen.

Besluit beleidsregels budgettering verstrekkingen ZFW 1999 : genomen door de Ziekenfondsraad in zijn vergadering van 26 november 1998 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 66 p. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 1998/803A) ZFR/803A

Kosten en financiering ZFW en AWBZ 1998 en 1999 : rapport / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 1 dl. : bijl., tab. ; 30 cm. - (Ziekenfondsraad ; 797) ZFR/797

Plan van aanpak project ZieZo subsidies / Ziekenfondsraad. - Amsterdam : ZFR, 1998. - 17 p. ; 30 cm 1998EE13

Een beschrijving wordt gegeven van het project Beheersing subsidies. Ingegaan wordt op de doelstelling van het project, de te bereiken resultaten en uit te voeren activiteiten en de projectorganisatie.

Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1998 en 1999 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 9 p.; 30 cm

ZFR/778B

M.b.t. totale macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ komt de ZFW voor 1998 op een bedrag van f 997,0 miljoen en voor 1999 f 1.019,0 miljoen.

Rapport premie-advies AWBZ 1999. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 41 p.; 30 cm

ZFR/778AB

Geadviseerd wordt een procentuele premie van 9,75%. Het dekkingstekort neemt in 1998 tot f1,7 mld toe.

Rapport premie-advies ZFW 1999. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 38 p.; 30 cm

ZFR/778AA

Geadviseerd wordt om het procentuele premieperscentage voor de verplichte ziekenfondsverzekering in 1999 vast te stellen op 7,45%. De voorlopige kosten cijfers over 1997 resulteren in een dekkingstekort van circa f 2,3 mld.

Rapport persoonsgebonden budget. - Amstelveen : ZFR, 1998. - 10 p.; 30 cm

ZFR/776

In deze evaluatie worden een positieve resultaten van het PGB aangegeven (o.m.: PGB is een aantrekkelijk en gelijkwaardig alternatief voor organisaties in natura, PGB biedt de mogelijkheid aan cliënten hun zorg zelf in te delen, PGB is kosten besparend t.o.v. naturazorg), naast enkele minder positieve uitkomsten (PGB is te weinig bekend, doorlooptijd vanaf aanvraag is soms te lang en er zijn problemen bij de financieel-administratieve uitvoering). Gesteld wordt dat het PGB op de huidige wijze kan worden voortgezet, mits aanpassingen van de dagelijkse uitvoering mogelijk moeten blijven.

1999

Eind-rapport bewonersbijdragen AWBZ-instellingen : op 16 december 1999 uitgebracht aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 12 p. : bijl., graf. ; 24 cm
CVZ/00/13

Aan de orde komt o.m. een uitwerking van producten en diensten (o.m. voeding, persoonlijke verzorging, recreatie en ontspanning, extra inrichting eigen kamer, waskosten, hulpmiddelen). Gesteld wordt o.m. dat het niet goed mogelijk is een limitatieve opsomming te geven van producten en diensten die tot de verstrekking behoren, hier ligt een belangrijke taak voor bewonersraden. De staatssecretaris beslist over wat tot de verstrekking behoort. De bewoner moet vrij zijn in de keuze of en zo ja hoe hij wil deelnemen aan de betaling van kosten die niet tot de verstrekking behoren. De zorgkantoren moeten het toezicht op de uitvoering van het beleid op het gebied van de bewonersbijdragen intensiveren.

Kengetallen farmaceutische hulp 1990-1998 / Geneesmiddelen informatie project. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 48 p. : bijl., graf., tab. ; 30 cm. - (GIPeilingen ; 13)
1999HH23

Kengetallen omtrent aan ziekenfondsverzekerden verstrekte hulp, afgeleverde voorschriften en de daarmee samenhangende kosten.

Rapport zorgregistratiesysteem verstandelijk gehandicaptenzorg / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 1 dl. ; 30 cm
ZFR/812

Ingegaan wordt o.m. op: Huidige taken en activiteiten samenhangend met ZRS; beoogde inhoudelijke en formele overdracht van taken aan de ZFR en zorgkantoren; uitvoerbaarheid van beoogde bestuurlijke vormgeving; randvoorwaarden. De raad staat o.m. positief tegenover de nieuwe bestuurlijke vormgeving die de staatssecretaris met het ZRS-systeem in de verstandelijke gehandicaptenzorg voor ogen heeft. De technische en bestuurlijke omvorming van ZRS dient gefaseerd plaats te vinden.

Rapportage onderzoek ambulante hulpverlening in de geestelijke gezondheidszorg / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 46 p. : bijl., tab. ; 25 cm
Met lit.opg.
CVZ/99/02

Evaluatie van het ambulante ggz-aanbod voor volwassenen in 7 regio's. Onderzocht zijn de aspecten: rol van de zorgverzekeraar; ambulant aanbod en zijn gebruikers; toegankelijkheid van de aggz; kwaliteit van de aggz; doelmatigheid van de aggz. Bevat de publiekssamenvatting "In behandeling, cijfers en meningen over ambulante geestelijke gezondheidszorg".

Rapport grensoverschrijdende zorgproject Zorg op Maat. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 77 p. : bijl., tab. ; 30 cm
NZI/199/816

Evaluatie van het zorgproject; doelstelling van het project was grensoverschrijdende zorg in de Euregio Maas-Rijn te faciliteren (m.n. gewone medisch-specialistische hulp) zonder dat de infrastructuur in Nederland daarvan geen nadelige invloed ondervind. Hieruit blijkt dat het gebruik van de regeling betrekkelijk gering is geweest. Het openstellen van de grens heeft op de Nederlandse zorginfrastructuur geen nadelige invloed gehad. Er werd vooral gebruik gemaakt van voorzieningen waarvoor in

Nederland wachttijden bestaan. Op korte termijn wordt het gebruik van de E112-formulieren voortgezet.

Rapport eerste evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen met ingang van 1 april 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 1 dl. : bijl. ; 25 cm
CVZ/99/07

Evaluatie wijzigingen, waarbij o.m. ingegaan wordt op: doel, voorlichting en informatievoorziening, verstrekkingen verschillen, stomamaterialen, incontinentiematerialen, diabeteshulpmiddelen en overige hulpmiddelen. geconcludeerd wordt o.m. dat de evaluatie te kort is om alle effecten van de gewijzigde regelgeving in beeld te brengen. Gevraagd wordt o.m. om de regeling als volgt aan te passen: gazen en afvalzakjes die door stomadragers gebruikt worden in de regeling op te nemen; aanspraak op incontinentiemateriaal uit te breiden; jeugdige diabeten tot 18 jaar uit te zonderen van de in de regeling opgenomen gebruiksnorm voor teststrips.

Rapport uitsluiten buiten-WTG geneesmiddelen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 1 dl. : tab. ; 30 cm
ZFR/811

Aan de orde komt m.n. de beperking in de aanspraak, tezamen met een globale raming van de besparingen. De volgende maatregelen worden o.m. voorgesteld: Van vergoeding uitsluiten buiten-WTG geneesmiddelen en identieke WTG geneesmiddelen geregistreerd voor uitsluitend niet-chronische indicaties; de overige buiten-WTG geneesmiddelen en identieke WTG-geneesmiddelen worden op bijlage 2 van de Regeling farmaceutische hulp geplaatst bij het beperken in de aanspraak op buiten-WTG geneesmiddelen kan substitutie optreden naar WTG geneesmiddelen die wel worden vergoed.

Rapport eerste evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen met ingang van 1 april 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 1 dl. : bijl. ; 25 cm
CVZ/99/07

Evaluatie wijzigingen, waarbij o.m. ingegaan wordt op: doel, voorlichting en informatievoorziening, verstrekkingen verschillen, stomamaterialen, incontinentiematerialen, diabeteshulpmiddelen en overige hulpmiddelen. geconcludeerd wordt o.m. dat de evaluatie te kort is om alle effecten van de gewijzigde regelgeving in beeld te brengen. Gevraagd wordt o.m. om de regeling als volgt aan te passen: gazen en afvalzakjes die door stomadragers gebruikt worden in de regeling op te nemen; aanspraak op incontinentiemateriaal uit te breiden; jeugdige diabeten tot 18 jaar uit te zonderen van de in de regeling opgenomen gebruiksnorm voor teststrips.

Rapport decemberraming AWBZ 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999 : bijl., graf., tab. ; 25 cm
CVZ/99/11

Centrale vraag in de raming is of de doelstelling van het wegwerken van het vermogentekort in het AFBZ gehaald wordt; gekeken wordt naar de verschillen tussen de huidige raming en ramingen zoals deze door het ministerie in de zorgnota worden gepresenteerd. De premie AWBZ is voor 2000 vastgesteld op 10,25%. De premievaststelling had tot doel om ultimo 2000 een positief dekkingsaldo te hebben, dit doel wordt nagenoeg gehaald.

Besluit beleidsregels budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie ZFW en AWBZ 1999 en 2000 : genomen door het bestuur van College voor zorgverzekeringen op 25 november 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 31 p. : bijl. ; 25 cm
CVZ/99/08

Besluit beleidsregels ter verdeling besteedbare middelen kosten van verstrekkingen en vergoedingen ziekenfondsverzekering 2000 : genomen door het bestuur van het College voor zorgverzekeringen op 25 november 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 50 p. : bijl., tab. ; 25 cm
CVZ/99/09

Rapport decemberraming ZFW 1999 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 1999. - 36 p. : bijl., tab. ; 24 cm
CVZ/99/10

Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1999 en 2000 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 10 p. ; 30 cm
Hierin ook opgenomen: Rapport premie-advies ZFW 2000 en Rapport premie-advies AWBZ 2000
ZFR/818

M.b.t. totale macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ komt de ZFW voor 1998 op een bedrag van f 997,0 miljoen en voor 1999 f 1.019,0 miljoen.

Rapport premie-advies AWBZ 2000 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm
Hierin ook opgenomen: Rapport premie-advies ZFW 2000 en Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1999 en 2000
ZFR/818/B

Rapport premie-advies ZFW 2000 / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 1 dl. : bijl. ; 30 cm
Hierin ook opgenomen: Rapport premie-advies AWBZ 2000 en Rapport macrobedragen beheerskosten ZFW/AWBZ 1999 en 2000
ZFR/818/A

Rapport uitsluiten buiten-WTG geneesmiddelen / Ziekenfondsraad. - Amstelveen : ZFR, 1999. - 1 dl. : tab. ; 30 cm
ZFR/811

Aan de orde komt m.n. de beperking in de aanspraak, tezamen met een globale raming van de besparingen. De volgende maatregelen worden o.m. voorgesteld: Van vergoeding uitsluiten buiten-WTG geneesmiddelen en identieke WTG geneesmiddelen geregistreerd voor uitsluitend niet-chronische indicaties; de overige buiten-WTG geneesmiddelen en identieke WTG-geneesmiddelen worden op bijlage 2 van de Regeling farmaceutische hulp geplaatst bij het beperken in de aanspraak op buiten-WTG geneesmiddelen kan substitutie optreden naar WTG geneesmiddelen die wel worden vergoed.

2000

CVZorgcijfers 1995-1999 : ziekenfondswet en Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 64 p. : fig., graf., ill., tab. ; 30 cm
V208/1995-1999

De totale lasten van de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de jaren 1995 t/m 1999 worden in beeld gebracht. Vervolgens worden behandeld afzonderlijke verstrekkingen ZFW (:huisartsenzorg; tandheelkundige hulp; paramedische hulp; verloskundige zorg; kraamzorg; ziekenhuiszorg; specialistische hulp; ziekenvervoer; farmaceutische hulp; hulpmiddelen; vervangende hulp subsidieregeling en subsidies ZFW) en cluster van zorgaanspraken AWBZ (:geestelijke gezondheidszorg; gehandicaptenzorg; verpleging en verzorging; overige zorg en subsidie-uitgaven).

Uitkomsten onderzoek ouder- en kindzorg / M.E. Kroes, J. van Egmond. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 1 dl. : bijl., fig., tab. ; 25 cm
Met lit.opg.
CVZ/00/20

Kwalitatief en kwantitatief onderzoek naar de ouder- en kindzorg en de dieetadvisering. Gegeven worden visie en aanbevelingen van het College voor zorgverzekeringen (financiering vanuit de AWBZ). Bevat: Rapport afdeling Accountancy en Onderzoek "Financiering verstrekking Ouder- en Kindzorg"; Eindrapport Research voor Beleid BV "Ontwikkelingen in de Ouder- en Kindzorg 0-4 jaar".

CVZorgcijfers 1994-1998 : ziekenfondswet en algemene wet bijzondere ziektekosten / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, [2000]. - 51 p. : graf., tab. ; 30 cm
V208/19

De ontwikkelingen van de ZFW en de AWBZ komt gezamenlijk in beeld vervolgens worden behandeld afzonderlijke verstrekkingen ZFW (:huisartsenhulp, farmaceutische hulp, specialistische hulp, tandheelkundige hulp, verloskundige hulp, ziekenhuiszorg, paramedische hulp, hulpmiddelen, ziekenvervoer en kraamzorg) en cluster van zorgaanspraken AWBZ (:ggz, gehandicaptenzorg, ouderenzorg en thuiszorg, overige zorg en subsidie-uitgaven).

Flankerend beleid farmaceutische zorg / H.J. Gerritsen, M. Bruijn. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 15 p. : bijl. ; 30 cm
2000KK11

Visie van het CVZ op het flankerend beleid voor de farmaceutische zorg, met name de overdracht van de regie voor de extramurale geneesmiddelenvoorziening aan de zorgverzekeraars, en beschrijving van de activiteiten die het CVZ op dit terrein wil uitvoeren. Hoofdpijnen van het flankerend beleid zijn monitoring van de geneesmiddelenverstrekking, monitoring van het beleid, en facilitering van de zorgverzekeraars.

Tweede evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen met ingang van 1 april 1999 en 1 juli 1999 : op 22 juni 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / L. Visser. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 63 p. : bijl., tab., ; 25 cm
Publicatienummer 00/30
CVZ/00/30

Ingegaan wordt op de wijzigingen in de Regeling en de ontvangen reacties van de patiëntenorganisaties en organisaties (van in die deelverstrekking gespecialiseerde verpleegkundigen en/of voorschrijvers) m.b.t.: voorlichting en informatievoorziening, verstrekkingengeschillen, stomamaterialen, incontinentiematerialen, diabeteshulpmiddelen, therapeutisch elastische kousen, orthesen, orthopedische schoenen, allergenen hoezen, hoortoestellen, en kostenontwikkelingen.

Rapport decemberraming ZFW 2000 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 40 p. : bijl., graf., tab. ; 24 cm
Rapport in opdracht van de ministers van VWS en SZW
CVZ/00/44

Rapport decemberraming AWBZ 2000 / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 2000. - [27] p. : bijl., graf., tab. ; 25 cm
CVZ/00/43

Flankerend beleid farmaceutische zorg / H.J. Gerritsen, M. Bruijn. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 15 p. : bijl. ; 30 cm
2000KK11

Visie van het CVZ op het flankerend beleid voor de farmaceutische zorg, met name de overdracht van de regie voor de extramurale geneesmiddelenvoorziening aan de zorgverzekeraars, en beschrijving van de activiteiten die het CVZ op dit terrein wil uitvoeren. Hoofdpijnen van het flankerend beleid zijn monitoring van de geneesmiddelenverstrekking, monitoring van het beleid, en facilitering van de zorgverzekeraars.

Budget beheerskosten. - Amstelveen : CTU, 2000. - VII, 54 p. : tab. ; 25 cm. -
(Publicatienummer ; 7)
2000F24

Onderzoek naar de ontwikkeling van de beheerskosten van ziekenfondsen, waarbij is nagegaan: de invloed van ontwikkelingen op het terrein van de wettelijke ziektekostenverzekeringen in de periode 1994-1998 op de beheerskosten; de uitwerking van de ontwikkelingen op de wijze van uitvoering van de wettelijke taken. Met conclusies en aanbevelingen.

Premie-advies AWBZ 2001 : op 27 april 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport en de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid / S. Sweijd, V.C. Hoogenveen. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 33 p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm
Publicatienummer 24
CVZ/00/24

Advies waarbij o.m. ingegaan wordt op uitgaven AWBZ 1999-2001, exploitatie en financiering AFBZ 1999-2001, en premie-advies 2001. Geadviseerd wordt om het premiepercentage AWBZ voor 2001 vast te stellen op 9,97%.

Premie-advies ZFW 2001 : op 27 april 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport en de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid / M.C. Hagen. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 35 p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm
Publicatienummer 22
CVZ/00/22

Geadviseerd wordt om de procentuele premie ZFW voor 2001 vast te stellen op 7,3% (1,55% voor werknemers, en 5,75% voor werkgevers). In de huidige raming is het dekkingsaldo ultimo 2000 voor het eerst sinds lange tijd positief (f. 1,2 mld.).

Tweede evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen met ingang van 1 april 1999 en 1 juli 1999 : op 22 juni 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport / L. Visser. - Amstelveen : CVZ, 2000. - 63 p. : bijl., tab., ; 25 cm
Publicatienummer 00/30
CVZ/00/30

Ingegaan wordt op de wijzigingen in de Regeling en de ontvangen reacties van de patiëntenorganisaties en organisaties (van in die deelverstrekking gespecialiseerde verpleegkundigen en/of voorschrijvers) m.b.t.: voorlichting en informatievoorziening, verstrekkingengeschillen, stomamaterialen, incontinentiematerialen, diabeteshulpmiddelen, therapeutisch elastische kousen, orthesen, orthopedische schoenen, allergeen hoezen, hoortoestellen, en kostenontwikkelingen.

2001

Evaluatie subsidieregelingen methadonverstrekking 1997-2000 / J. van Eijkel, J. Mensink. - Amstelveen : CVZ, 2001. - [39] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/72)
Uitgebracht aan de Minister van VWS
CVZ/01/72

Uit subsidiegegevens over de afgelopen 4 jaar en de gegevens van andere registraties over verslavingszorg blijkt dat de methadonverstrekking door de verslavingszorg v.w.b. aantallen gebruikers en kosten redelijk stabiel is. Als knelpunten worden genoemd: financiële problemen bij methadonaflevering via openbare apothekers en de veelheid van organisaties en instellingen die te maken hebben met verslaafden en zorgverlening. Aanbevolen wordt de huidige regelingen te vervangen door een geïntegreerde regeling waarin zowel hulpverlening als financiering geregeld is.

CVZorgcijfers 1996-2000 : Ziekenfondswet en Algemene wet bijzondere ziektekosten / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 72 p. : graf., tab. ; 30 cm
V208/1996-2000

De totale lasten van de Ziekenfondswet (ZFW) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de jaren 1995 t/m 1999 worden in beeld gebracht. Vervolgens worden behandeld afzonderlijke verstrekkingen ZFW (:huisartsenzorg; tandheelkundige hulp; paramedische hulp; verloskundige zorg; kraamzorg; ziekenhuiszorg; specialistische hulp; ziekenvervoer; farmaceutische hulp; hulpmiddelen; vervangende hulp subsidieregeling en subsidies ZFW) en cluster van zorgaanspraken AWBZ (:geestelijke gezondheidszorg; gehandicaptenzorg; verpleging en verzorging; overige zorg en subsidie-uitgaven).

Evaluatie experiment Persoonsgebonden budget in de GGZ / M.A. Janssen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - XVI, 136. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/66)
Op 28 juni 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
CVZ/01/66

In de Rapportage evaluatie persoonsgebonden budget in de ggz wordt o.m. ingegaan op: uitvoering regeling; budgetten en bestedingen; ervaringen van cliënten; cliëntondersteuning. Uit de evaluatie blijkt dat de ervaringen van de overgrote meerderheid van de budgethouders het PGB-ggz als zeer positief ervaren. Het is belangrijk de verdere uitbouw en verbetering van de regeling met kracht te bevorderen.

Onderzoek begeleiding in instellingen voor maatschappelijke opvang / J.M. van Diggelen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - XXII, 121 p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/65)

Op 18 juni 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
CVZ/01/65

Onderzoek met als doel het evalueren van de uitvoering van de subsidieregeling (begeleiding in instellingen) voor maatschappelijke opvang. Ingegaan wordt op: besteding van de subsidie, uitvoering van de subsidieregeling en toekomstige financiering.

Reactie op concept-beleidsvisie aidscentra : rapport / H.J. Gerritsen, M. Bruijn, C.R. Smand. - Amstelveen : CVZ, 2001. - [37] p. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/50)

Op 22 maart 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
Met lit.opg.
CVZ/01/50

Ingegaan wordt op de achtergronden voor de overheveling naar de WBMV (Wet Bijzondere Medische Verrichtingen) en de effecten daarvan. Beschreven wordt de huidige situatie m.b.t. de verstrekking van medicatie aan HIV-geïnfecteerden. Behandeld worden medisch-farmaceutisch inhoudelijke overwegingen, algemene beleidsmatige overwegingen, de monitoring en de financiële overwegingen. Met conclusies.

RINIS in de zorgverzekeringen; een jaar verder / P.S.M. Engelen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - [44] p. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 47)

CVZ/01/47

Informatie wordt gegeven over het project RINIS (Routeringsinstituut voor (inter) Nationale informatie stromen), een netwerk voor intersectoraal elektronisch berichtenverkeer. Ingegaan wordt o.m. op: doelstellingen, randvoorwaarden en knelpunten en operationele ontwikkelingen; elektronische aan- en afmelding; externe ontwikkelingen.

Wettelijke regeling redelijke termijn voor zorgverlening : rapport / J.K. van den Bosch. - Amstelveen : CVZ, 2001. - VIII, [51] p. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 69)

CVZ/01/69

Ingegaan wordt op een uitvoeringstoets over het beleidsvoornemen om in de ZFW en AWBZ de verplichting op te nemen zorg binnen een redelijke termijn te laten leveren door de zorgverzekeraar. Hierbij komen aan de orde o.m. wachttijden, streefnormen voor wachttijden, criteria voor termijnstellingen met knelpunten, de positie van de verzekerde ten opzichte van de verzekeraar, het evenwicht tussen verantwoorde inzet van financiën en acceptabele wachttijden, het persoonsgebonden budget, toename bureaucratie en ten slotte het uitvoeren van een vooronderzoek omtrent dit beleidsvoornemen, gezien de complexiteit van de materie en de mogelijk ingrijpende consequenties voor de verzekeraars.

Flexibilisering aanspraak geneesmiddelen en pakketdifferentiatie : rapport / J.C.F. van Luijn. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; CVZ/01/75)

Uitgebracht aan de Minister van VWS

CVZ/01/75

Weergegeven worden de uitgangspunten van het geneesmiddelenbeleid. Aandacht wordt besteed aan m.n. mogelijkheden voor flexibilisering van de aanspraak. Onderzocht worden de mogelijkheden voor pakketdifferentiatie, uitgaande van de randvoorwaarde dat de noodzakelijke zorg op een therapeutisch verantwoorde wijze kan worden geleverd. Ingegaan wordt op pakketdifferentiatie, m.n. uitvoering en systematiek van het huidige GVS. Met conclusies en aanbevelingen.

Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars / H.J. Gerritsen, M. Buijn. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 77 p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/59)

Op 31 mei 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport CVZ/01/59

Uiteengezet wordt de gevolgde werkwijze om te toetsen of zorgverzekeraars de voor hen openstaande mogelijkheden benutten om de doelmatigheid in de verstrekking van farmaceutische hulp te vergroten. Geschetst wordt een theoretisch kader om de doelmatigheid van de farmaceutische hulp te verbeteren. Gepresenteerd worden de bevindingen uit een onderzoek naar de activiteiten van zorgverzekeraars.

Breedte geneesmiddelenpakket : rapport / W.G.M. Toenders. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 94 p. : bijl., graf., schema's, tab.. - (Publicatienummer ; 01/54)

Op 27 april 2001 uitgebracht aan de minister van VWS cvz/01/54

Rapport n.a.v. een vraag van de minister van VWS naar de mogelijkheid voor beperking van de breedte van het huidige geneesmiddelenpakket. Aan de orde komt een door het institute for Medical Technology Assessment (iMTA) ontwikkeld model waarin de criteria 'noodzakelijkheid', 'eigen rekening en verantwoording' en 'lifestyle gebruik' zijn uitgewerkt. In het model is het criterium 'noodzakelijkheid' geoperationaliseerd in het nieuwe criterium 'ziektelast', waarbij gebruik wordt gemaakt van kwaliteit van leven gewichten (utiliteiten).

Kengetallen farmaceutische hulp 1999 : GIPeilingen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 66 p. : fig., schema's, tab. ; 30 cm

Genees- en hulpmiddelen informatie project, februari 2001, nr. 16

ISBN 1382-4821

2001DD9

Gegevens over volume en kosten van farmaceutische hulp, uitgesplitst naar ATC geneesmiddelengroepen, aan ziekenfondsverzekerden in Nederland. Tevens worden de gegevens uitgesplitst naar o.a. prescriptieduur, voorschrijver, en leeftijd en geslacht van de verzekerden.

Uitgaven en financiering AWBZ in 2000-2002 : rapport / H.C. Strikker, C. ter Horst . - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 79)

Uitgebracht aan de Ministers van VWS en SZW

CVZ/01/79

In 2001 wordt bij de ZFW een uitgavenstijging verwacht van 9,5% en 9,7% bij de AWBZ. De uitgaven ZFW stijgen in 2001 met fl 2,7 miljard (tot 31,4 miljard gulden). De uitgaven in het kader van de AWBZ stijgen met 3,1 naar 35,6 miljard gulden als gevolg van o.m. loon- en prijseffecten, wachtlijstmiddelen en andere volumemaatregelen. Een vergelijking van de uitgavenraming voor 2001 met de kaders in de zorgnota 2002 laat zien dat het CVZ bij de ZFW 136 miljoen lager uitkomt en bij de AWB 281 miljoen gulden hoger. De kassen laten een positief exploitatietekort zien.

Uitgaven en financiering Ziekenfondswet in 2000-2002 / W.P. Elberse en M.C. Hagen . - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 78)

Uitgebracht aan de Ministers van VWS en SZW

CVZ/01/78

In 2001 wordt bij de ZFW een uitgavenstijging verwacht van 9,5% en 9,7% bij de AWBZ. De uitgaven ZFW stijgen in 2001 met fl 2,7 miljard (tot 31,4 miljard gulden). De uitgaven in het kader van de AWBZ stijgen met 3,1 naar 35,6 miljard gulden als gevolg van o.m. loon- en prijseffecten, wachtlijstmiddelen en andere volumemaatregelen. Een vergelijking van de uitgavenraming voor 2001 met de kaders in de zorgnota 2002 laat zien dat het CVZ bij de ZFW 136 miljoen lager uitkomt en bij de AWB 281 miljoen gulden hoger. De kassen laten een positief exploitatietekort zien.

Evaluatie subsidiëring vervangende hulp alsmede coördinatie- en organisatiekosten zorgvernieuwing : rapport / M. Vermarke. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 81)

Bevat: Onderzoek evaluatie subsidieregeling vervangende hulp alsmede coördinatie- en organisatiekosten zorgvernieuwing / C. Mensink en S. Uijl.-Amsterdam : CVZ, 2001 uitgebracht aan de coördinator van Focus Zorgvernieuwing, F. Rikken
Uitgebracht aan de minister van VWS
CVZ/01/81

Onderschreven worden o.m. de conclusies van het onderzoek. Vanuit het CVZ zal de informatieverstrekking worden verbeterd, de door de zorgverzekeraars aangereikte verbeterpunten zullen daarbij de richtsnoer zijn. Op de langere termijn zal het CVZ opdracht geven voor het verrichten van een evaluatie van de inhoud van projecten. Bezien zal worden of de subsidieregeling aanpassing behoeft.

Flexibilisering aanspraak geneesmiddelen en pakketdifferentiatie : rapport / J.C.F. van Luijn. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; CVZ/01/75)
Uitgebracht aan de Minister van VWS
CVZ/01/75

Weergegeven worden de uitgangspunten van het geneesmiddelenbeleid. Aandacht wordt besteed aan m.n. mogelijkheden voor flexibilisering van de aanspraak. Onderzocht worden de mogelijkheden voor pakketdifferentiatie, uitgaande van de randvoorwaarde dat de noodzakelijke zorg op een therapeutisch verantwoorde wijze kan worden geleverd. Ingegaan wordt op pakketdifferentiatie, m.n. uitvoering en systematiek van het huidige GVS. Met conclusies en aanbevelingen.

Uitgaven en financiering Ziekenfondswet en AWBZ in 2000-2001 / W.P. Elberse en H.C. Strikker
. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 74)
Uitgebracht aan de Ministers van VWS en SZW
CVZ/01/74

In 2001 wordt bij de ZFW een uitgavenstijging verwacht van 9,5% en 9,7% bij de AWBZ. De uitgaven ZFW stijgen in 2001 met fl 2,7 miljard (tot 31,4 miljard gulden). De uitgaven in het kader van de AWBZ stijgen met 3,1 naar 35,6 miljard gulden als gevolg van o.m. loon- en prijseffecten, wachtlijstmiddelen en andere volumemaatregelen. Een vergelijking van de uitgavenraming voor 2001 met de kaders in de zorgnota 2002 laat zien dat het CVZ bij de ZFW 136 miljoen lager uitkomt en bij de AWB 281 miljoen gulden hoger. De kassen laten een positief exploitatietekort zien.

Premie-advies AWBZ 2002 / V.C. Hoogenveen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 32 p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 61)
Op 26 april 2001 uitgebracht aan de minister van volksgezondheid, welzijn en sport en de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid
CVZ/01/61
Ingegaan wordt o.m. op: uitgaven AWBZ 2000-2002, exploitatie en financiering AWBZ 2000-2002, en premie-advies 2002. Geadviseerd wordt de premie AWBZ voor 2002 vast te stellen op 10,59%.

Bevordering doelmatigheid farmaceutische hulp door zorgverzekeraars / H.J. Gerritsen, M. Bruijn. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 77 p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/59)
Op 31 mei 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
CVZ/01/59

Uiteengezet wordt de gevolgde werkwijze om te toetsen of zorgverzekeraars de voor hen openstaande mogelijkheden benutten om de doelmatigheid in de verstrekking van farmaceutische hulp te vergroten. Geschetst wordt een theoretisch kader om de doelmatigheid van de farmaceutische hulp te verbeteren. Gepresenteerd worden de bevindingen uit een onderzoek naar de activiteiten van zorgverzekeraars.

Het CVZ en de financiering van zorgverzekeraars. Een eerste bestuurlijke visie / J.J.G.M. van den Hoek. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 30 p. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 56)
Op 31 mei 2001 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
CVZ/01/56

Ingegaan wordt o.m. op: algemene visie van het cvz op het zorgstelsel, toegepast op verzekeraarsfinanciering in het algemeen en ZFW-budgettering in het bijzonder; mogelijke consequenties van mogelijke veranderingen in het zorgstelsel. Op de financiering van zorgverzekeraars; gewenste geleidelijke verschuivingen in de verdeling van verantwoordelijkheden.

Macrobedragen beheerskosten ZFW en AWBZ 2001 en 2002 / M. van der Lee. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 10 p.: bijl.; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/62b)
CVZ/01/62b

Het CVZ komt voor het jaar 2001 op een macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ van 1,165,6 miljoen gulden. Voor 2002 komt het CVZ op een macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ van 1.157,0 miljoen gulden.

Macro-verstrekkingenbudget ZFW 2002 / W.P. Elberse. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 15 p.: bijl., tab.; 25 cm. - (Publicatienummer ; 01/62a)
CVZ/01/62a

Geadviseerd wordt het netto macro-verstrekkingenbudget ZFW voor 2002 vast te stellen op 27.883 miljoen gulden.

Premie-advies ZFW 2002 / M.C. Hagen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 35 p. : bijl., fig., tab.; 25 cm. - (Publicatienummer ; 60)

Op 26 april 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en Sport en de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid

CVZ/01/60

Geadviseerd wordt om de procentuele premie ZFW voor 2002 vast te stellen op 7,35% (1,55% voor werknemers en 5,8% voor werkgevers).

Beleidsregels budgettering beheerskosten uitvoeringsorganisatie AWBZ en ZFW 2000 en ZFW 2001 : besluit / M. van der Lee. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 1 dl. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 39)

Op 23 november 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport

CVZ/01/39

Kengetallen farmaceutische hulp 1999 : GIPeilingen. - Amstelveen : CVZ, 2001. - 66 p. : fig., schema's, tab. ; 30 cm

Genees- en hulpmiddelen informatie project, februari 2001, nr. 16

ISBN 1382-4821

2001DD9

Gegevens over volume en kosten van farmaceutische hulp, uitgesplitst naar ATC geneesmiddelen-groepen, aan ziekenfondsverzekerden in Nederland. Tevens worden de gegevens uitgesplitst naar o.a. prescriptieduur, voorschrijver, en leeftijd en geslacht van de verzekerden.

Beleidsregels budgettering kosten van verstrekkingen ZFW 2001 / J.J.G.M. van den Hoek. - Amstelveen : CVZ, 2001. - [105] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 45)

Op 23 november 2000 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport en de minister van Sociale zaken en werkgelegenheid.

Bevat: 1. Intergrale versie: Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001/Toepassingsregels bij de Regeling verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001

2. Besluit toepassingsregels bij de Regeling verstrekkingen en vergoedingen Zfw 2001

CVZ/01/45A

Publicatie van: Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen ZFW 2001; Besluit toepassingsregels bij de Regeling beschikbare middelen verstrekkingen en vergoedingen ZFW 2001; besluit toepassingsregels.

Titel: Besluit College voor zorgverzekeringen Onderzoeksprogramma geestelijke gezondheidszorg 2001 / M.A. Janssen

Jaar: [2001]

Auteur: M.A. Janssen
Organisatie: College voor Zorgverzekeringen
Uitgave: Amstelveen : College voor zorgverzekeringen
Op 22 maart 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Reeks: Rapport / College voor zorgverzekeringen ; publicatienr. 01/51
Omvang: 8 p
Brinkmannummer: B0130511

Titel: Evaluatie experiment persoonsgebonden budget in de GGZ / auteur M.A. Janssen
Jaar: [2001]
Auteur: M.A. Janssen; Mary van den Wijngaart
Organisatie: College voor Zorgverzekeringen
Uitgave: Amstelveen : College voor zorgverzekeringen
Op 28 juni 2001 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Bevat hoofdzakelijk: Experiment persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg : verslag van het vervolgonderzoek in 2000-2001 / Mary van den Wijngaart, Clarie Ramakers, Lucia Boerma. - Nijmegen : ITS, cop. 2001
Reeks: Rapport / College van zorgverzekeringen ; publicatienr. 01/66
Omvang: VIII, 136 p
Brinkmannummer: B0134841

2002

Onderzoek naar het pgb in de ggz : rapport / A.H. Verbeek, J.M. van Diggelen. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [78] p. : bijl., fig. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 136)
Op 28 november 2002 uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport
Bevat: Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg : knelpunten bij de in- en uitvoering en ervaringen van nieuwe initiatieven op de zorgmarkt / C. Ramakers, M. van den Wijngaart, C. Mensink. - ITS : Nijmegen, 2002
CVZ/02/136
Uit o.m. het onderzoek blijkt dat sinds de start van de regeling en het instellen van de geclausureerde open-eind-financiering het pgb-ggz een sterke groei heeft doorgemaakt (van 142 naar 1552 budgethouders). Het totaal toegekende bedrag is gestegen tot 13,6 miljoen euro. Met aanbevelingen, o.m.: onderbrenging van indicatiestelling voor langdurige zorg bij RIO, verbeteren van de informatievoorziening, nader onderzoek naar mogelijkheden ontwikkeling functie onafhankelijk consulent ggz.

CVZorgcijfers 1997-2001 : Ziekenfondswet en Algemene wet bijzondere ziektekosten / College voor zorgverzekeringen. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 80 p. : graf., tab. ; 30 cm
V208/1997-2001

De totale lasten van de ZFW en de AWBZ voor de jaren 1997 t/m 2001 worden in beeld gebracht, verdeeld naar alle verstrekkingen ZFW (o.m. huisartsenzorg, tandheelkundige hulp, paramedische hulp, verloskundige zorg, ziekenhuiszorg, specialistische hulp, hulpmiddelen, vervangende hulp, grensoverschrijdende zorg, subsidies ZFW) en AWBZ (o.m. ggz, gehandicaptenzorg, verpleging en verzorging, en subsidies AWBZ).

Onderzoek naar wachtlijsten in de gehandicaptenzorg : rapport / A.W. van den Ende. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [144] p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 137)
Op 19 december 2002 uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport
Bevat: Wachtlijsten in de gehandicaptenzorg : een onderzoek naar trends, mechanismen en toekomstige ontwikkelingen : eindrapport / M. Hollander... [et al] ; Research voor beleid
CVZ/02/137

Onderzoek naar trends in wachttijden en verklarende factoren hiervoor. Belangrijkste conclusies zijn o.m.: sterke toename aantal indicaties; regionale verschillen; stimuleren aanpak wachtlijsten door regionale en landelijke inspanningen. CVZ verzoekt VWS o.m. overleg te initiëren met landelijk betrokken partijen over invulling van

doelmatigheidsvraag door indicatieorgaan en zorgkantoor, en de vastlegging van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden in landelijke protocollen en richtlijnen.

Inrichting basisadministraties zorgkantoren en opzet financieel verslag en uitvoeringsverslag AWBZ / R. Vosjan. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 1 dl. : bijl. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/93)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport.

CVZ/02/93

Toekomstverkenning modernisering AWBZ en gevolgen voor de GGZ : rapportage / M.A. Janssen. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [346] p. : bijl., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/94)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Staatssecretaris van volksgezondheid, welzijn en sport.

Bevat: Toekomstverkenning modernisering AWBZ en de gevolgen voor de geestelijke gezondheidszorg : samenvatting / R. Rijkschroeff ... [et al.] ; Verwey-Jonker instituut, Trimbos instituut. - 210 p. en Denk aleer gij doende zijt : toekomstscenario's GGZ: modernisering van de AWBZ en de consequenties voor kosten en gebruik / H.J. Wennink ... [et al.] / Trimbos instituut. - 113 p.

CVZ/02/94

Kwalitatieve en bestuurlijk gerichte toekomstverkenning op basis van 4 scenario's. Doorberekening van de scenario's op zorggebruik en kosten. Geconcludeerd wordt dat de uitvoering van het functionele scenario in volle gang is. Voordat het kan worden uitgebouwd richting dienstverlenings- of integratiescenario dienen belangrijke uitvoeringskwesties te worden opgelost. Het CVZ trekt consequenties en somt maatregelen op die het zal treffen. Aanbevelingen worden gedaan.

Kernmonitor ZRS: 1996-2002 / J. Mos, A.W. van den Ende. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 60 p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (CVZ ; 02/90)

CVZ/02/90

Beschreven wordt de stand van zaken van het Zorg registratiesysteem (registratie indicatiestelling en zorgrealisatie in de gehandicaptenzorg). V.w.b. wonen en dagbesteding zijn de wachtlijsten en -tijden gedaald. De wachttijden van de gerealiseerde zorg zijn voor de meeste productgroepen gedaald. De wachtlijsten zijn echter nog aanzienlijk. Beschreven worden verschillen tussen zorgkantoorregio's. Een verdere verdieping van registraties is nodig.

Evaluatie beleidsvisie hemofilie, nulmeting : op 24 januari 2002 uitgebracht aan de minister van VWS / J.P. Verduijn. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [1 dl.] : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 02/86)

Bevat in de bijlagen o.a. de rapporten Evaluatie invoering hemofilie-behandelcentrum : een onderzoek onder aangewezen ziekenhuizen; Hemofilie in Nederland-5 : evaluatie invoering hemofilie-behandelcentra : een onderzoek onder patiënten; Onderzoek kosten hemostatica (hemofilie)

CVZ/02/86

Ingegaan wordt op de behoefte aan specialistische behandelcentra voor de circa 1600 hemofiliepatiënten in Nederland. Hiervoor hebben op grond van artikel 8 van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen (WBMV) 16 ziekenhuizen een aanwijzing gekregen. De meeste centra voldoen echter nog niet aan de daarvoor gestelde criteria. Vanwege de hoge kosten van de stollingstherapie wordt gepleit voor een gemeenschappelijk computerregistratiesysteem, voor goede communicatie en een goede schatting van de kosten.

Onderzoek naar wachtlijsten in de gehandicaptenzorg : rapport / A.W. van den Ende. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [144] p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 137)

Op 19 december 2002 uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport

Bevat: Wachtlijsten in de gehandicaptenzorg : een onderzoek naar trends, mechanismen en toekomstige ontwikkelingen : eindrapport / M. Hollander... [et al] ; Research voor beleid

CVZ/02/137

File

<http://intranet:83/download 2003\0079>

Onderzoeknaarwachtlijstenindegehandicaptenzorg.pdf

Onderzoek naar trends in wachttijden en verklarende factoren hiervoor. Belangrijkste conclusies zijn o.m.: sterke toename aantal indicaties; regionale verschillen; stimuleren aanpak wachtlijsten door regionale en landelijke inspanningen. CVZ verzoekt VWS o.m. overleg te initiëren met landelijk betrokken partijen over invulling van doelmatigheidsvraag door indicatieorgaan en zorgkantoor, en de vastlegging van verantwoordelijkheden, taken en bevoegdheden in landelijke protocollen en richtlijnen.

Signalement doelmatigheid 2002 : rapport / L.J.M. de Heij. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [37] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 135)

Op 10 oktober 2002 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport CVZ/02/135

In het advies wordt o.m. ingegaan op signalen voor doelmatige zorg (farmacie, hulpmiddelen, eerstelijnszorg, paramedische zorg en tandheelkunde, ziekenhuiszorg en specialistische hulp, ziekenvervoer, ketenvervoer, zorgvernieuwing en grensoverschrijdende zorg, verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, ggz, preventie en gezondheidsbevordering).

Kernmonitor ZRS : tussenstand 2002 : rapport / J. Mos, A.W. van den Ende. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [81] p. : bijl., fig., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 141)

Uitgebracht aan de Staatssecretaris van Volksgezondheid, welzijn en sport

Bevat: De cijfers van 2002 : periode 01-01-2002 t/m 30-06-2002 : landelijke resultaten van het Zorgregistratiesysteem (ZRS)

CVZ/02/141

Q:0074

File

<http://intranet:83/download 2003\0074 KernmonitorZRStussenstand2002.pdf>

Sinds 1996 worden in de verstandelijk gehandicaptenzorg indicaties, zorgrealisaties en wachtlijsten geregistreerd in het Zorgregistratiesysteem (ZRS). Indien het wachtvolume als indicator voor de ontwikkelingen wordt genomen, dan zijn de volgende conclusies te trekken: 1. Het wachtvolume voor wonen en dagbesteding daalt in 2002 verder. 2. Kort verblijf en behandeling met verblijf zijn de productgroepen waarvan het wachtvolume ongeveer gelijk blijft. 3. Voor vier productgroepen stijgt het wachtvolume in 2002: begeleiding cliënt, begeleiding ouders / gezin, onderzoek en advies en behandeling.

Eindrapportage programma bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen (PROVER) / J.B. van der Steur, M. Eskes. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 72 p. : bijl. ; 25 cm

Op 30 mei 2002 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport CVZ/02/104

Verslag van het uitgevoerde programma (1996-2001) en aanbevelingen voor toekomstig beleid. Thema's van het programma: bevordering van de thuisbevalling; vergroten doelmatigheid zorg door verloskundigen en verlaging van de werkdruk; bevordering van de kwaliteit van zorgverlening door verloskundigen.

Twee markten verkend : experimentele ontmanteling GVS en loslating WTG-vergoedingssystematiek : maagmiddelen en cholesterolverlagers : rapport / N.F. Wieringa, J.M. van Rooij, R. J. van der Vaart. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 62 p. : graf. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 131)

Op 24 oktober 2002 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport CVZ/02/131

File

http://intranet:83/download 2003\0099 Twee_markten_verkend_CVZ.pdf

Beschreven worden de ontwikkelingen in kosten, volume en prijzen van de maagmiddelen en de cholesterolverlagers. Dit zijn de geneesmiddelgroepen waarmee de experimentele ontmanteling van het Geneesmiddelvergoedingssysteem (GVS) en de loslating van de tariefsystematiek in de Wet op de tarieven in de gezondheidszorg (WTG) wordt uitgevoerd. Daarmee wordt een beschrijving gegeven van de markt voordat nieuwe beleidsmaatregelen in werking zullen treden.

Macro-verstrekkingsbudget ZFW 2003 : rapport / W.P. Elberse. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 15 p. : tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/99a)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. CVZ/02/99a

Geadviseerd wordt het netto macro-verstrekkingsbudget ZFW voor 2003 vast te stellen op 14.025 miljoen euro. Bij de afleiding van het netto bedrag is uitgegaan van een geraamde nominale rekenpremie van 168,07 euro per volwassen verzekerde.

Macrobedragen beheerskosten ZFW en AWBZ 2002 en 2003 : rapport / T.B.J. Beekman. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 10 p. : bijl., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/99b)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. CVZ/02/99b

Het CVZ komt voor 2002 op een macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ van 557,1 miljoen euro. De wijziging t.o.v. de Regeling van de minister houdt met name verband met nacalculatie op de loon- en prijscomponent (voor de AWBZ). Voor 2003 worden de macrobedragen beheerskosten ZFW en AWBZ vastgesteld op 576,3 miljoen euro.

Kengetallen farmaceutische hulp 2000 : GIPeilingen. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 70 p. : graf. tab. ; 30 cm

Genees- en hulpmiddelen informatie project

juli 2002, nr. 18

2002FF30

Gegevens over volume en kosten van farmaceutische hulp, uitgesplitst naar ATC geneesmiddelengroepen, aan ziekenfondsverzekerden in Nederland. Tevens worden de gegevens uitgesplitst naar o.a. prescriptieduur, voorschrijver, en leeftijd en geslacht van de verzekerden.

Monitor hulpmiddelen, mei 2002 / J.C. de Wit. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [148] p. : bijl., graf., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 02/105)

Op 30 mei 2002 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport CVZ/02/105

Weergave van de kostenontwikkeling van de verstrekkingen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 in de jaren 1997 t/m 2001. Hieruit blijkt o.m. dat de kosten van de hulpmiddelen in 2001 626,8 miljoen euro bedragen, een stijging van 11,9% t.o.v. jaar 2000. Grote stijgers zijn o.m. auditieve hulpmiddelen (24,7%), visuele hulpmiddelen, en diabetes hulpmiddelen.

Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket : rapport. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 1 dl. : bijl., graf., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/92)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Bevat: Proeftoetsing van het iMTA-model : identificatie van aandoeningen met minimale ziektelast en proeftoetsing van de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets/E. Stolk ... [et al.] ; Institute voor medical technology assessment . - 132 p.

CVZ/02/92

Advies waarbij o.m. ingegaan wordt op: vergoeding van geneesmiddelen voor de behandeling van aandoeningen met een minimale ziektelast; de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets. Met conclusies en aanbevelingen.

Vervolg inrichting basisadministraties zorgkantoren en opzet financieel en uitvoeringsverslag AWBZ : rapport / R.H.P. Vosjan. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [76] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 140)

CVZ/02/140

Lasten en financiering Ziekenfondswet 2002-2003 : rapport / W.P. Elberse, M. Strijdonck. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [50] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 139)
Op 19 december uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, welzijn en sport
CVZ/02/139
File
[http://intranet:83/download/2003\0081 LastenenfinancieringZiekenfondswet2001-2003.pdf](http://intranet:83/download/2003\0081>LastenenfinancieringZiekenfondswet2001-2003.pdf)

Lasten en financiering AWBZ 2001-2003 : rapport / H.C. Strikker, C. ter Horst. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [31] p. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 138)
CVZ/02/138
File
[http://intranet:83/download/2003\0080 LastenenfinancieringAWBZ2001-2003.pdf](http://intranet:83/download/2003\0080>LastenenfinancieringAWBZ2001-2003.pdf)
Het CVZ raamt in 2003 een tekort van 4 miljard euro. De lasten stijgen tot 20,4 miljard. De AWBZ-premie wordt in 2003 verhoogd naar 12,05 procent.

Monitoring beheerskosten AWBZ 2001 / R.A. Jansen. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [34] p. : bijl. ; 26 cm. - (Publicatienummer 02/112)
CVZ/02/112

Uitgaven en financiering Ziekenfondswet en AWBZ 2001-2002 : rapport / W.P. Elberse, H.C. Strikker. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 1 dl. : bijl., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 02/130)
CVZ/02/130
Een uitgavenstijging van 8,6% wordt verwacht bij de ZFW en 12,5% bij de AWBZ. De uitgaven ZFW stijgen in 2002 met 1,2 miljard euro tot 15,4 miljard euro (als gevolg van o.m. ziekenhuisverpleging, farmaceutische hulp en huisartsenzorg), de kosten van de AWBZ stijgen met 2 miljard naar 18,3 miljard euro (m.n. in de verpleging en verzorging, en de gehandicaptenzorg). Zowel voor de ZFW als voor de AWBZ zullen premiepercentages worden verhoogd.

AWBZ beheerskostenraming 2002 en 2003 : rapport / T.B.J. Beekman, P. van der Wolf. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 37 p. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 02/127)
CVZ/02/127
Beschreven wordt een raming, met als doel het aangeven van de kosten voor de uitvoeringsorganisatie AWBZ die voortvloeien uit de verschillende deelprojecten van de modernisering AWBZ (o.m. eigen bijdragen, PGB, AZR, MVV en benchmarking). Aangegeven worden o.m. de concrete veranderingen voor zorgkantoren en zorgaanbieders, het tijdpad voor de veranderingen en de hiermee gepaard gaande kosten.

Verruiming flexizorgregeling : rapport / M. Vermarke. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 25 p. : bijl. ; 25 cm
CVZ/02/121
Ingegaan wordt o.m. op: belemmeringen huidige regeling, vormgeving en inhoud van verruimde regeling. Geadviseerd wordt o.m. een verruiming van de flexizorgregeling, waarvan de doelstelling breder is dan de huidige flexizorgregeling. Het subsidieplafond kan worden verhoogd naar 5% van het variabele verstrekkingenbudget. In 2004 zal de regeling geëvalueerd worden om te bezien of de subsidiecriteria aanpassing behoeven.

Prestaties in geld en in natura : restitutie en natura vergeleken / J.M. van de Most, N. Pruijssers. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 50 p. : bijl. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 109)
CVZ/02/109
Nagegaan worden veranderingen bij herziening van zorg- en verzekeringsstelsel (andere verdeling van verantwoordelijkheden waarin een omslag van aanbod naar vraagsturing centraal zal staan). Belangrijkste conclusies: het stelsel van ziektekostenverzekeringen is (evenals in vele andere landen) een mengvorm van natura en restitutie; natura en restitutie doen uit een oogpunt van 'overall performance' niet voor elkaar onder; de zelfregulerende werking van het natuursysteem laat de overheid ruimte om terughoudend te zijn met regelgeving, het systeem beperkt wel de ruimte voor

individuele partijen; in het restitutiesysteem zal de overheid in het stelsel regulerend moeten optreden t.a.v. kwaliteit, prijs, volume en aanbodspreiding.

Premiestructuur van de algemene verzekering : een signalement op hoofdlijnen / A.M. Bertens, N. Pruijssers. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 28 p. : tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 106)
CVZ/02/106

Advies over premiestructuur algemene verzekering aan de hand van de beleidsnota 'Vraag aan bod'. Ingegaan wordt o.m. op huidige en toekomstige premiestructuur. Beschreven worden drie mogelijke financieringsbronnen (rijksbijdrage, nominale en procentuele premie). Stilgestaan wordt bij de uitbreiding van de algemene verzekering curatieve zorg met de AWBZ.

Monitor hulpmiddelen, mei 2002 / J.C. de Wit. - Amstelveen : CVZ, 2002. - [148] p. : bijl., graf., tab. ; 25 cm. - (Publicatienummer ; 02/105)

Op 30 mei 2002 uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
CVZ/02/105

Weergave van de kostenontwikkeling van de verstrekkingen op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 in de jaren 1997 t/m 2001. Hieruit blijkt o.m. dat de kosten van de hulpmiddelen in 2001 626,8 miljoen euro bedragen, een stijging van 11,9% t.o.v. jaar 2000. Grote stijgers zijn o.m. auditieve hulpmiddelen (24,7%), visuele hulpmiddelen, en diabetes hulpmiddelen.

Vervolgonderzoek breedte geneesmiddelenpakket : rapport. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 1 dl. : bijl., graf., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/92)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van volksgezondheid, welzijn en sport
Bevat: Proeftoetsing van het iMTA-model : identificatie van aandoeningen met minimale ziektelast en proeftoetsing van de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets/E. Stolk ... [et al.] ; Institute voor medical technology assessment .- 132 p.
CVZ/02/92

Advies waarbij o.m. ingegaan wordt op: vergoeding van geneesmiddelen voor de behandeling van aandoeningen met een minimale ziektelast; de voor ziektelast gecorrigeerde doelmatigheidstoets. Met conclusies en aanbevelingen.

Macro-verstrekkingenbudget ZFW 2003 : rapport / W.P. Elberse. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 15 p. : tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/99a)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van volksgezondheid, welzijn en sport.
CVZ/02/99a

Geadviseerd wordt het netto macro-verstrekkingenbudget ZFW voor 2003 vast te stellen op 14.025 miljoen euro. Bij de afleiding van het netto bedrag is uitgegaan van een geraamde nominale rekenpremie van 168,07 euro per volwassen verzekerde.

Macrobedragen beheerskosten ZFW en AWBZ 2002 en 2003 : rapport / T.B.J. Beekman. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 10 p. : bijl., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/99b)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van volksgezondheid, welzijn en sport.
CVZ/02/99b

Het CVZ komt voor 2002 op een macrobedrag beheerskosten ZFW en AWBZ van 557,1 miljoen euro. De wijziging t.o.v. de Regeling van de minister houdt met name verband met nacalculatie op de loon- en prijscomponent (voor de AWBZ). Voor 2003 worden de macrobedragen beheerskosten ZFW en AWBZ vastgesteld op 576,3 miljoen euro.

Premieadvies ZFW 2003 : rapport / W.P. Elberse, T.B.J. Beekman. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 22 p. : bijl., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/100)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, welzijn en sport en de Minister van sociale zaken en werkgelegenheid.
CVZ/02/100

Geadviseerd wordt om de procentuele premie ZFW voor 2003 vast te stellen op 7,65 %, onderverdeeld naar 1,65% voor werknemers en 6% voor werkgevers.

Premieadvies AWBZ 2003 : rapport / H.C. Strikker, C. ter Horst. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 17 p. : bijl., tab. ; 26 cm. - (Publicatienummer ; 02/101)

Op 25 april 2002 uitgebracht aan de Minister van volksgezondheid, welzijn en sport en de Minister van sociale zaken en werkgelegenheid.

CVZ/02/101

Geadviseerd wordt om de premie AWBZ voor 2003 vast te stellen op 11,56%. De totale uitgaven en inkomsten in 2001 leiden tot een negatief exploitatietekort van 1 miljard euro, het dekkingstekort bedraagt 0,6 miljard euro.

Modernisering AWBZ : deel 1 / P.I. Polman. - Amstelveen : CVZ, 2002. - 88 p. : bijl. ; 25 cm. - (CvZ ; 02/89)

CVZ/02/89

Belicht worden aspecten die relevant zijn voor de uitvoering van de modernisering van de AWBZ: functiegerichte benadering, indicatiestelling, kwaliteit, contracteerverplichting en mededinging, kostenbeheersing en de doelmatigheid en de implementatie.

Gerapporteerd wordt over de vragen die de staatssecretaris gesteld heeft. Met conclusies over de uitvoerbaarheid van de modernisering van de AWBZ, en aanbevelingen voor het vervolgtraject.



Moeder Teresalaan 100
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

telefoon 030 296 81 11
fax 030 296 82 96
e-mail info@ctgzorg.nl
internet www.ctgzorg.nl

Tijdelijke Commissie Onderzoek naar de
Zorguitgaven
De heer drs. A.J.M. Teunissen, griffier
Postbus 20018
2500 EA 's-GRAVENHAGE

Utrecht, 20 november 2003
Uw brief van: 23 oktober 2003
Uw kenmerk:
Ons kenmerk: WVEN/mboa/A/03/120
Behandeld door: mevr. mr.dr.s. W. Vermeulen Naayen
Doorkiesnr: 030 296 81 51
Afdelingsfax:
E-mail:
Onderwerp: parlementair onderzoek effectiviteit besteding 14 miljard
gulden extra investeringen gezondheidszorg

Geachte Commissie,

Met een brief van 23 oktober 2003 hebt u het College tarieven gezondheidszorg (CTG) een aantal vragen voorgelegd, in het kader van uw onderzoek naar de effectiviteit van de besteding van 14 miljard gulden extra investeringen in de gezondheidszorg in de periode 1994-2002. Doór middel van deze brief wil het College uw vragen zo goed mogelijk beantwoorden.

De vragen

De vragen die u het CTG hebt voorgelegd, luiden als volgt:

Vraag 1

Heeft het CTG conform de opgedragen wettelijke taak op eigen initiatief ontwikkelingen in de gezondheidszorg gesignaleerd, die van belang zijn voor de uitvoering van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) of anderszins raken aan de effectieve besteding en verdeling van publieke middelen in de gezondheidszorg? Zo ja, welke signalen betref dit?

Vraag 2

Wordt er door het CTG met andere toezichthoudende organen gecommuniceerd en vindt daarmee afstemming plaats? Zo ja, op welke wijze, met welke frequentie en ten aanzien van welke kwesties?

Vraag 3

Is het CTG betrokken bij het formuleren van voorstellen tot budgetuitbreiding voor de diverse zorgsectoren? Zo ja, hoe is de betrokkenheid formeel vormgegeven en op welke wijze wordt hier in de praktijk invulling aan gegeven?

Vraag 1

Het CTG heeft ingevolge de WTG een aantal taken. Dit betreft in grote lijnen:

- het goedkeuren dan wel vaststellen van (maximum)tarieven (Hoofdstuk II, titel 2, 3 en 4A WTG);
- het vaststellen van beleidsregels (Hoofdstuk II, titel 4 WTG);

- het op verzoek van de Minister rapporteren omtrent de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid met betrekking tot tarieven op het gebied van de gezondheidszorg (artikel 29a lid 1 WTG);
 - het gevraagd en ongevraagd aan de Minister signaleren van feitelijke ontwikkelingen op het terrein van de tarieven voor de gezondheidszorg (artikel 29a lid 2 WTG).
- De doelstellingen die aan deze taken ten grondslag liggen, kunnen worden afgeleid uit de considerans van de WTG en de parlementaire geschiedenis. Deze doelstellingen zijn:
- het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven;
 - het bijdragen aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg;
 - het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg;
 - het scheppen van een uniforme procedure voor de totstandkoming van tarieven.

Het CTG is een zelfstandig bestuursorgaan. Dit betekent onder meer dat het College eigenstandig besluiten neemt. Met name over de beleidsregels vindt echter wel veelvuldig overleg plaats met onder meer het Ministerie van VWS, alvorens die beleidsregels ter vaststelling in het CTG voorliggen. Bij die vaststelling is het over het algemeen voor het College duidelijk wat de mogelijke macromeerkosten zijn, die aan het besluit verbonden zijn. Gezien de hiervoor genoemde doelstellingen zijn de macromeerkosten echter niet het enige waar het CTG rekening mee houdt in zijn besluitvorming. Het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven is een doelstelling die bij het CTG altijd hoog in het vaandel staat. Voor het College is daarom bijvoorbeeld ook het gelijkheidsbeginsel van groot belang: bij toezeggingen van de Minister aan de ene groep zorgaanbieders en het verzoek van een andere groep om daar ook voor in aanmerking te komen, zal het College de redelijkheid van een dergelijk verzoek afwegen. Dit kan soms leiden tot het honoreren van een verzoek, ondanks de macromeerkosten die dit met zich brengt. Overigens komt ook het omgekeerde wel voor, namelijk dat het CTG op verzoek van de Minister van VWS beleidsregels vaststelt, waarbij het College constateert dat dat beleid en die beleidsregels bepaalde kostengevolgen hebben die wellicht niet goed vooraf zijn overwogen. Bij de aanbidding van een beleidsregel signaleert het CTG altijd wel aan de Minister welke macromeerkosten er aan een besluit verbonden zijn. Het is vervolgens de verantwoordelijkheid van de Minister om te beoordelen wat zwaarder weegt. De Minister heeft namelijk de bevoegdheid de beleidsregels van het CTG goed te keuren, dan wel goedkeuring achterwege te laten. Op deze wijze koppelt het College aan vrijwel iedere beleidsregel die aan de Minister wordt aangeboden een soort van signalering, waarin mogelijke directe dan wel indirecte gevolgen van een bepaalde beleidsregel worden weergegeven.

Beleidsregels kunnen ook tot stand komen in het verlengde van een aanwijzing van de Minister (dit is een beleidsregel ingevolge artikel 13 WTG). De Minister geeft aanwijzingen eerst nadat deze tien dagen hebben voorgehangen bij de Eerste en Tweede Kamer (artikel 14 WTG). Het is ook gebruikelijk dat het CTG vooraf aan de Minister signaleert welke eventuele nadelen of uitvoeringsproblemen er aan een aanwijzing verbonden zijn, maar vervolgens voert het CTG de aanwijzing in beginsel uit. Dit gebeurt door beleidsregels vast te stellen, die daarna weer door de Minister goedgekeurd moeten worden. Voorafgaand aan dergelijke aanwijzingen vindt derhalve over het algemeen veelvuldig overleg plaats, zowel op bureauniveau als formeel via een bestuurlijke reactie op een voorgenomen aanwijzing. Aangezien het voor het CTG hierbij gaat om beleidsregels, wordt de zogenoemde 'kamers' van het CTG, waar alle betrokken partijen (aanbieders, verzekeraars, het ministerie, het CVZ en het CTG) vertegenwoordigd zijn, advies gevraagd bij een aanwijzing. Daarna worden de beleidsregels, voorzien van alle standpunten aan het College voorgelegd, dat er vervolgens een besluit over neemt.

De beleidsregels die het CTG vaststelt, zijn derhalve de belangrijkste manier waarop het CTG uitvoering geeft aan zijn wettelijke taak om op eigen initiatief ontwikkelingen te signaleren betreffende de verdeling van publieke middelen. Een voor het College zeer belangrijk aspect bij de vaststelling van die beleidsregels is de transparantie voor alle betrokkenen.

Daarnaast vraagt de Minister het College in voorkomende gevallen om een uitvoeringstoets over een bepaalde maatregel of over voorgenomen beleid uit te brengen. Binnen het CTG worden die verzoeken besproken met de partijen die daarbij betrokken zijn, in de zogenoemde 'kamers' van het CTG. Op die manier krijgt het College zo veel mogelijk alle voors en tegens van bepaald beleid boven water, om daar vervolgens als onafhankelijk College een gedegen en goed onderbouwde uitvoeringstoets aan de Minister over te kunnen uitbrengen. Voorbeelden van uitvoeringstoetsen van de afgelopen jaren (vanaf 1994), waarin het aspect van de effectieve besteding van middelen een belangrijke rol speelde zijn:

- over de Modernisering van de AWBZ;
- over het uurtarief van de medisch specialisten;
- over rentenormering;
- over bonussen en kortingen apothekhoudenden;
- over de tarieven van verloskundigen en verloskundig actieve huisartsen (rekenormverlaging);
- over gedifferentieerde tarieven vrije beroepsbeoefenaren en flexibilisering in de tarieven;
- over de geldende beleidsregels en tarieven om inzicht te krijgen in onderlinge verhoudingen tarieven paramedici en verloskundigen;
- over het extramuraal afleveren van geneesmiddelen ziekenhuizen;
- over mogelijke (tarief)vrijstellingen van de WTG.

Behalve door middel van de beleidsregels en uitvoeringstoetsen, brengt het College ook zo nu en dan eigenstandige signaleringen aan de Minister uit. Dit betreft altijd zaken waar het College werkende weg tegenaan loopt en waarvan men vindt dat de Minister of de Staatssecretaris (indien het de AWBZ betreft) daarvan op de hoogte zou moeten zijn. Voorbeelden van signaleringen van de afgelopen jaren (vanaf 1994), waarin het aspect van de effectieve besteding van middelen een belangrijke rol speelde zijn:

- over de bonussen en kortingen van apothekhoudenden;
- over de verkorting van de afschrijvingstermijnen;
- over (dubieuze) constructies in de thuiszorg;
- over de ZBC's;
- over de afschaffing van de lumpsummen van medisch specialisten;
- over de afschaffing van de nadere detaillering erkenningsbeschikkingen ziekenhuizen;
- over de exploitatieproblemen in de gehandicaptensector;
- over directie salarissen/vertrekregelingen (2003);
- over kostenontwikkelingen huisartsendienstenstructuren (2003);
- over persoonsgebonden budgetten (PGB's).

Betreffende de besteding van publieke middelen in de gezondheidszorg, brengt het CTG regelmatig rapportages aan de Minister van VWS uit. Voor dat onderdeel zijn wederzijds afspraken gemaakt over moment, inhoud en vorm van de rapportage. Zo zijn er bijvoorbeeld de afgelopen jaren regelmatig wachtlijstrapportages uitgebracht van de verschillende sectoren en zo brengt het CTG bijvoorbeeld momenteel ieder kwartaal rapportages uit over het verloop van het DBC-experiment. Tussen het ministerie en het CTG bestaan verder afspraken over welke gegevens het ministerie van het CTG geleverd wil hebben.

Vraag 2

Deze vraag suggereert door het woord 'andere' dat het CTG ook een toezichthoudend orgaan is. Dat is niet het geval. Ingevolge artikel 31 lid 1 WTG zijn met het toezicht op de naleving van de WTG een aantal door de Minister aangewezen personen belast. Deze personen heeft de Minister aangewezen in de Regeling aanwijzing toezichthouders WTG. Het betreft hier alle rechercheurs van de Belastingdienst/FIOD-ECD (verder: FIOD-ECD), de algemeen secretaris, de secretarissen en het Hoofd van de juridische afdeling van het CTG en ten slotte de directeur van de Directie Zorgverzekeringen en de ambtenaren van de Afdeling prijsvorming van het Ministerie van VWS. Het toezicht op de naleving van de WTG is dus niet in handen van het College.

Het toezicht wordt met name uitgevoerd door de FIOD-ECD. Ongeveer zes keer per jaar vindt er een handhavingsoverleg plaats. Hierbij zijn betrokken de FIOD-ECD, het secretariaat van het CTG, het Ministerie van VWS en het Openbaar Ministerie. In dit overleg wordt alles besproken wat van belang is voor de handhaving van de WTG. Zo wordt onder meer afgesproken hoeveel toezicht- en opsporingsonderzoeken zullen worden gedaan in een jaar. Ook worden afspraken gemaakt over een aantal grotere door de FIOD-ECD uit te voeren beleids- of toezichtsonderzoeken over bepaalde onderwerpen. In het overleg worden verder meldingen van WTG-overtredingen besproken. Het overleg over toezichtkwesities betreffende de WTG (zorgaanbiederskant) is derhalve vrij intensief.

Het kader voor de manier waarop in Nederland de gezondheidszorg is georganiseerd, wordt gevormd door verschillende wetten. De WTG, die wordt uitgevoerd door het CTG, is een van die wetten. Samen met de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV), uitgevoerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ), is de WTG gericht op de beheersing van het volume en de kosten van het aanbod aan zorg. De WZV wijst (planningswet voor de infrastructuur), de WTG prijst. Deze twee wetten zijn dus gericht op de aanbodzijde van de zorg. De andere twee belangrijke wetten in de gezondheidszorg, de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) en de Ziekenfondswet (Zfw), houden zich bezig met de verzekeringskant van de zorg. Daarin worden onder meer de financiële toegankelijkheid, de rechten van verzekerden en de verstrekkingen van gezondheidszorg geregeld. Voor de uitvoering en het toezicht op die wetten zijn het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) ingesteld. De genoemde wetten en derhalve ook de taken van de Colleges die deze wetten uitvoeren, zijn in principe complementair. Output van het ene College is vaak input voor een ander College, maar de taken op zich kunnen separaat worden uitgevoerd. Dit neemt niet weg dat er altijd wel een aantal onderwerpen zijn die bespreking behoeven met andere organisaties en zorg-ZBO's. Hiervoor vindt er regelmatig periodiek ambtelijk overleg plaats met het CVZ, het CBZ, het CTZ, de NMa en de consumenten- en patiëntenverenigingen (de Consumentenbond en de NPCF). Deze periodieke overleggen betreffen uiteraard onderwerpen die het CTG en de desbetreffende organisaties gemeenschappelijk hebben.

Vraag 3

Zoals beschreven bij vraag 1 is een van de taken van het CTG het vaststellen van beleidsregels. Uit de beleidsregels komen tarieven voort. Initiatieven voor nieuwe beleidsregels kunnen komen van organisaties van zorgaanbieders en verzekeraars, van de Minister van VWS en vanuit het CTG zelf. Initiatieven voor budgetuitbreidingen worden over het algemeen verwerkt in de Zorgnota. Ook is het mogelijk dat deze initiatieven in de loop van een jaar voortkomen uit brieven van de Minister, meestal na overleg met de koepelorganisaties.

De concrete uitvoering van de voorgenomen budgetuitbreiding is vervolgens een zaak die volgens de normale WTG-procedures wordt uitgewerkt (in de kamers van het CTG, in overleg met partijen, waarna het CTG een besluit neemt, de kamerpartijen gehoord hebbend).

In de tijd van de zogenoemde Meerjarenafspraken ontstonden er vaak problemen binnen het CTG-kamer circuit omdat steeds gedetailleerdere afspraken met alle partijen al in Den Haag werden gemaakt en zelfs getekend door de Minister. Bij de uitwerking van de afspraken bleken er dan vervolgens vaak allerlei haken en ogen die niet waren voorzien. Maar partijen hielden de Minister dan wel aan de gemaakte afspraken. Het werk van het CTG als ZBO was met die Meerjarenafspraken eigenlijk voor een deel verplaatst naar Den Haag.

Bij het ter beschikking stellen van de wachtlijstmiddelen voor verschillende sectoren kwam er in feite een openeinderegeling. De hoogte van die middelen volgde uit de som $p \times q$ (prijs maal volume). De CTG-beleidsregels betreffen de kosten van prestaties, het gaat daarbij dus alleen om de p . Het CTG bepaalt niets over het volume. De tariefbepaling ingevolge de WTG staat ook los van de verzekeringsbepaling. Wat het volume betreft, worden in beginsel de bouw, de planning en de productieafspraken tussen partijen gevolgd. Vanaf 2001 geldt dit voor de ziekenhuizen ook voor de realisatie (boter bij de vis). Aangezien derhalve alleen de prijs werd vastgelegd en het volume geheel vrij werd, ontstond op die manier een open einde voor wat betreft de wachtlijstmiddelen.

Zoals eerder gezegd bij vraag 1, vermeldt het CTG bij elke beleidsregel die ter goedkeuring wordt aangeboden aan de Minister, of en zo ja welke macrogevolgen die beleidsregel heeft. Indien het College bij bepaalde beleidsvoorstellen van het Ministerie van VWS het idee heeft dat hierdoor de verdeling van de middelen in de gezondheidszorg sterk zal wijzigen, zal het CTG daarover altijd een signalering uitbrengen aan de Minister.

De formele betrokkenheid van het College bij budgetuitbreidingen betreft dus de weg via de Zorgnota en de beleidsregelvaststelling door het CTG, na overleg met partijen. In de praktijk komt het ook voor dat bepaalde uitbreidingen door partijen worden voorgesteld, met name in de sector van de vrije beroepsbeoefenaren of, zoals reeds eerder opgemerkt, door het CTG zelf. Zoals bij vraag 1 reeds beschreven, zal het CTG in dergelijke gevallen niet alleen de macrokosten in zijn besluit tot vaststelling van een beleidsregel betrekken, maar ook andere zaken, zoals het gelijkheidsbeginsel. Het is vervolgens aan de Minister van VWS om die beleidsregels al dan niet goed te keuren.

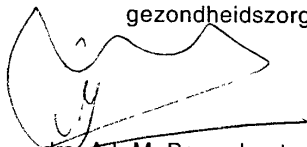
Meerkosten vloeien ook nog voort uit de toepassing van het CTG-beleid met betrekking tot instellingen in financiële problemen. Het CTG maakt daarbij gebruik van zijn mogelijkheid om in een individuele situatie af te wijken van de beleidsregels.

Ten slotte


Het CTG hoopt met de hiervoor gegeven antwoorden uw vragen voldoende te hebben beantwoord. Het College is uiteraard bereid, indien gewenst, nadere toelichting op deze antwoorden te geven.

Hoogachtend,

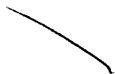
College tarieven
gezondheidszorg



drs. A.L.M. Barendregt,
algemeen secretaris



drs. R.L.J.M. Scheerder,
voorzitter



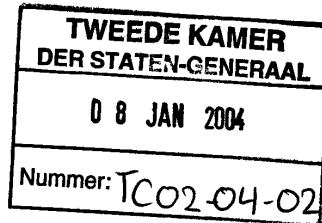
R 6 - 1 - 2004 TCO2



Moeder Teresalaan 100
Postbus 3017
3502 GA Utrecht

telefoon 030 296 81 11
fax 030 296 82 96
e-mail info@ctgzorg.nl
internet www.ctgzorg.nl

Tijdelijke Commissie Onderzoek naar de
Zorguitgaven
De heer drs. A.J.M. Teunissen, griffier
Postbus 20018
2500 EA 's-GRAVENHAGE



Utrecht, 18 december 2003
Uw brief van:
Uw kenmerk:
Zins kenmerk: WVEN/mboa/A/03/135
Vandeld door: mevr. mr.dr.s. W. Vermeulen Naayen
Doorkiesnr: 030 296 81 51
Afdellingsfax:
E-mail:
Onderwerp: Beleidsdocument CTG

Geachte Commissie,

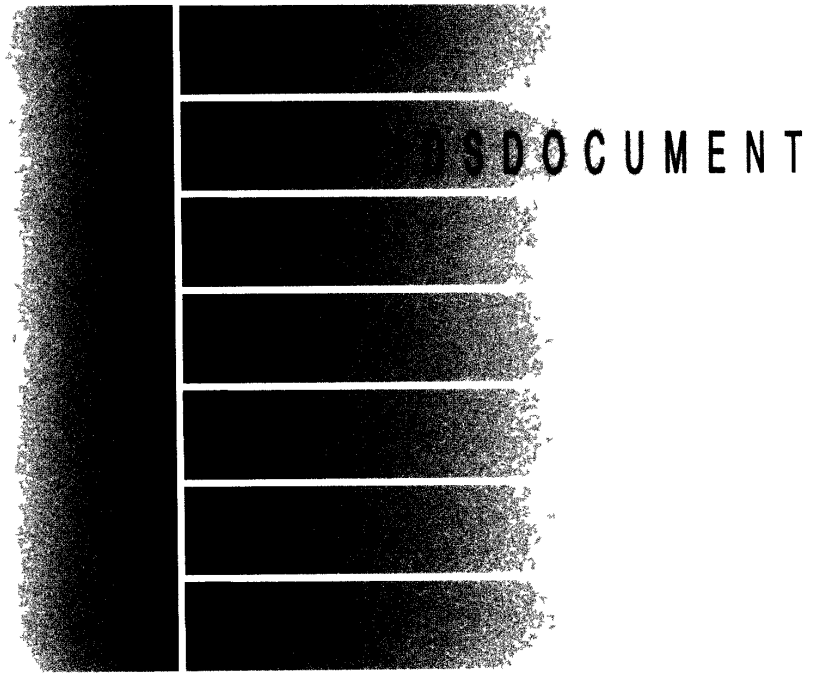
In het besloten gesprek dat u vrijdag 12 december had met een delegatie van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) is afgesproken dat het CTG u nog een exemplaar van het Beleidsdocument van het CTG zou doen toekomen. In het Beleidsdocument, dat u hierbij aantreft, is in § 2.2.3 (pagina 9) het beleid van het CTG betreffende instellingen in financiële moeilijkheden beschreven.

Hoogachtend,

College tarieven
gezondheidszorg

mevr. mr.dr.s. W. Vermeulen Naayen,
directiesecretaris

Bijlagen: 1



INHOUD

	pagina
1. ALGEMEEN	
1.1 Inleiding	2
1.2 Doel WTG en wettelijke taken CTG	2
1.3 Procedures bij de uitoefening van de wettelijke taken.....	3
1.3.1 Procedure bij de totstandkoming van beleidsregels	3
1.3.2 Procedure bij de totstandkoming van tarieven/maximumtarieven	4
1.4 Uitvoering taken door secretariaat.....	4
1.5 Beleidsdocument.....	5
2. BELEIDSUITGANGSPUNTEN	
2.1 Algemeen.....	6
2.2 Beleidsuitgangspunten instellingen	7
2.2.1 Beleid betreffende beleidsregels	7
2.2.2 Beleid betreffende tarieven	8
2.2.3 Beleid betreffende instellingen in financiële moeilijkheden	9
2.3 Beleidsuitgangspunten vrije beroepsbeoefenaren.....	9
2.3.1 Beleid betreffende beleidsregels	9
2.3.2 Beleid betreffende tarieven	10
2.4 Beleidsuitgangspunten naar aanleiding van jurisprudentie.....	10

1. ALGEMEEN

1.1 Inleiding

Het oogmerk van dit beleidsdocument is de beleidsuitgangspunten en -doelen die bij de uitoefening van de taken van het CTG een rol spelen, in een samenhangend geheel vast te leggen. Een dergelijk document kan als basis dienen voor de taakuitvoering van het secretariaat. Bovendien wordt met vastlegging van de uitgangspunten een bestendige gedragslijn in het beleid voor de toekomst verzekerd. Het onderhavige document, dat door het CTG voor het eerst is vastgesteld in maart 1998, bevat de uitwerking van genoemd CTG-besluit.

Allereerst zal hieronder een korte omschrijving van de wettelijke taken van het CTG en de doelstellingen van de WTG worden gegeven. Vervolgens zullen de procedures zoals deze in de wet zijn vastgelegd en zoals deze in de praktijk worden gehanteerd, beschreven worden. Het gedeelte van dit beleidsdocument waarin een aantal beleidsuitgangspunten zijn geformuleerd, volgt daarna en is verdeeld in vier delen. Het eerste gedeelte bevat algemene beleidsuitgangspunten. Het tweede deel gaat over beleidsuitgangspunten die gelden voor instellingen, zowel op het gebied van het goedkeuren/vaststellen van beleidsregels, als bij het nemen van tariefbeschikkingen. Het derde gedeelte betreft de vrije beroepsbeoefenaren. Ten slotte zijn in dit beleidsdocument ook nog een aantal beleidsuitgangspunten opgenomen die uit gerechtelijke uitspraken met een meer algemeen karakter voortkomen. Met deze jurisprudentie houdt het CTG uiteraard in de toekomst ook rekening bij het te voeren beleid.

1.2 Doel WTG en wettelijke taken CTG

Het CTG is een zelfstandig bestuursorgaan dat in 1982 bij wet, te weten de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG), is ingesteld. De doelstelling van deze wet is vierledig, namelijk:

- het tot stand brengen van een evenwichtig stelsel van tarieven;
- het bijdragen aan de beheersing van de kosten van de gezondheidszorg;
- het scheppen van uniforme procedures voor een transparante totstandkoming van tarieven;
- het bijdragen aan het doelmatig functioneren van de gezondheidszorg.

Bovenstaande doelstellingen, die mede het consumentenbelang beogen, geven het kader aan waarbinnen de WTG bezien moet worden. Het eerste deel van de doelstelling is de laatste jaren bijvoorbeeld nagestreefd door harmonisatie- en herijkingsoperaties en kostenconformiteit van de tarieven.

Bij de besluitvorming van het CTG spelen partijen (aanbieders en verzekeraars) een belangrijke rol. Partijen zijn in de kamers van het CTG vertegenwoordigd en als zodanig direct betrokken bij de ontwikkeling van beleidsregels. Voorts legt de WTG voor wat betreft de totstandkoming van tarieven het primaat bij aanbieders en verzekeraars. Uitgangspunt is het overleg tussen beide partijen, dat uitmondt in een tariefverzoek aan het CTG.

Ten behoeve van bovenstaande doelstellingen heeft het CTG een aantal wettelijk vastgestelde taken gekregen. De belangrijkste van deze taken zijn:

- het vaststellen van beleidsregels inzake de hoogte, de opbouw en de wijze van berekening van een tarief en maximumtarief of van onderdelen van een tarief en maximumtarief;

- het beslissen over het al dan niet goedkeuren of vaststellen van tarieven en maximumtarieven;
- het desgevraagd rapporteren aan de Minister van VWS omtrent de uitvoerbaarheid en doelmatigheid van voorgenomen beleid met betrekking tot tarieven op het gebied van de gezondheidszorg en het gevraagd en ongevraagd signaleren aan de Minister van VWS van feitelijke ontwikkelingen op het terrein van de tarieven voor de gezondheidszorg.

1.3 Procedures bij de uitoefening van de wettelijke taken

De procedures voor de uitoefening van de wettelijke taken van het CTG zijn voor het grootste gedeelte, evenals de taken zelf, vastgelegd in de WTG (en aanvullend in het Bestuursreglement van het CTG). Deze procedures geven betrokken partijen wettelijke waarborgen voor een zorgvuldige voorbereiding van beleidsregels en de daaruit voortvloeiende tarieven. Deze wettelijke procedures zijn in de loop der jaren ingevuld en aangevuld tot een in de praktijk toegepast systeem. Hieronder wordt per taakgebied beschreven en vastgelegd hoe dit op de WTG gebaseerde systeem in de praktijk door het CTG wordt toegepast.

1.3.1 Procedure bij de totstandkoming van beleidsregels

Het CTG moet beleidsregels vaststellen die als basis dienen voor de totstandkoming van tarieven en maximumtarieven. Alle beleidsregels waarover het CTG dient te beslissen, worden voorbereid in de verschillende kamers (I tot en met V) van het CTG (behoudens de in het bestuursreglement voorziene procedure voor spoedeisende gevallen). In deze kamers zijn alle betrokken partijen vertegenwoordigd. Het initiatief voor het maken van een beleidsregel ligt in principe bij de aanbieders, de verzekeraars of bij het CTG zelf. Voorts kan het initiatief voor een beleidsregel ook van de Minister van VWS komen door middel van een aanwijzing of een schriftelijk verzoek¹⁾. In de kamers worden de conceptbeleidsregels besproken, kunnen alternatieve voorstellen worden gedaan en worden alle ins en outs van een beleidsregel onder de loep genomen. Uit de kamerdiscussie komt een al dan niet unaniem advies van de desbetreffende kamer aan het CTG voort. Dit advies wordt het CTG-bestuur voorgelegd door middel van een nota waarin de totstandkoming van het advies, inclusief meningen van partijen wordt beschreven. Het secretariaat van het CTG heeft hierbij een eigenstandige taak. Het CTG-bestuur beschikt derhalve bij het nemen van zijn beslissing over de vaststelling van een beleidsregel over de gehele ontstaansgeschiedenis van die beleidsregel. Voor- en nadelen ervan, mogelijke macromeerkosten als gevolg ervan, bezwaren van partijen ertegen, de mening van het secretariaat erover etc.: over al deze en andere aspecten wordt het CTG-bestuur geïnformeerd om tot een zorgvuldige afweging van zijn beslissing te kunnen komen.

Tegen de vaststelling van beleidsregels is geen rechtstreeks bezwaar/beroep van partijen mogelijk, aangezien het een algemene regel betreft die (via een tarief- of budgetbeschikking) nog vertaald moet worden naar het concrete geval. De Afdeling rechtspraak van de Raad van State heeft eind 1997 wat dit betreft verwezen naar de in de WTG voorgeschreven rechtsgang voor tariefbeschikkingen bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB). Dit laatste college kan bij toetsing van een tariefbeschikking ook de achterliggende beleidsregel toetsen (indirecte toetsing). Wel kan de Minister van VWS bezwaar maken tegen een door het CTG vastgestelde beleidsregel, door goedkeuring hieraan te onthouden.

¹⁾ Sinds 1 januari 2000 gebruikt de WTG voor aanwijzingen van de Minister ook de term 'beleidsregel'. Voor de duidelijkheid is in dit document hiervoor de term 'aanwijzing' gehandhaafd.

1.3.2 Procedure bij de totstandkoming van tarieven/maximumtarieven

De beleidsregels van het CTG vormen de basis voor onderhandelingen tussen aanbieders en verzekeraars over de tarieven en budgetten. Op dit punt is in de wet een onderscheid gemaakt tussen de systematiek voor vrije beroepsbeoefenaren en die voor instellingen.

Het systeem voor instellingen is geregeld in artikel 4 en volgende van de WTG. Individuele verzekeraars en individuele instellingen onderhandelen op basis van de CTG-beleidsregels over de individuele budgetten van de instellingen. Als er overeenstemming is, kunnen partijen gezamenlijk een zogenoemd goedkeuringsverzoek bij het CTG indienen. Het CTG toetst vervolgens of de gemaakte afspraken voldoen aan de beleidsregels en neemt op grond daarvan een beschikking. Deze beschikking kan afwijken van het door partijen ingediende verzoek, namelijk indien het CTG van mening is dat afgeweken is van hetgeen in de beleidsregels is bepaald. In een dergelijk geval zullen partijen in de gelegenheid worden gesteld te worden gehoord. Indien partijen niet tot overeenstemming zijn gekomen, kan elk van beide partijen een zogenoemd vaststellingsverzoek bij het CTG indienen. Alvorens het CTG een beschikking neemt op een dergelijk vaststellingsverzoek, bestaat de mogelijkheid voor partijen in een hoorzitting hun visie op de zaak naar voren te brengen. Ten slotte heeft het CTG ook de bevoegdheid ambtshalve een tarief vast te stellen ter vervanging van een reeds goedgekeurd of vastgesteld tarief ingeval een conform de WTG vastgestelde beleidsregel dat vordert.

Als het CTG eenmaal een tariefbeschikking heeft genomen, is daartegen allereerst bezwaar mogelijk bij het CTG zelf en vervolgens beroep bij het College van Beroep voor het bedrijfsleven (CBB). De procedures die het CTG en het CBB volgen bij bezwaar en beroep worden beheerst door de regels van de Algemene wet bestuursrecht (Awb).

Voor de vrije beroepsbeoefenaren is een en ander iets anders geregeld. Hierbij functioneert het systeem van de maximumtarieven (artikel 17a e.v. WTG). Bij algemene maatregel van bestuur is bepaald voor welke prestaties en voor prestaties van welke categorieën van organen voor gezondheidszorg slechts een tarief in rekening mag worden gebracht indien er overeenkomstig de WTG een maximumtarief voor is goedgekeurd of vastgesteld. Representatieve organisaties van aanbieders en verzekeraars kunnen gezamenlijk een verzoek om goedkeuring van een maximumtarief bij het CTG indienen of een van deze partijen kan een vaststellingsverzoek indienen. Individuele verzoeken van een of meer aanbieders tezamen met een of meer verzekeraars om vaststelling van een maximumtarief kunnen slechts worden ingediend, indien er voor een bepaalde prestatie nog geen maximumtarief bestaat en er ook nog geen verzoek daartoe is ingediend. Ambtshalve vaststelling door het CTG van een tarief ter vervanging van een reeds goedgekeurd of vastgesteld tarief is hier, evenals bij de instellingen, mogelijk indien een conform de WTG vastgestelde beleidsregel dat vordert. Ook tegen de maximum-tariefbeschikkingen staat bezwaar bij het CTG en beroep bij het CBB open. De procedures hiervoor zijn, zoals gezegd, geregeld in de Algemene wet bestuursrecht.

1.4 Uitvoering taken door secretariaat

In de WTG is bepaald dat het CTG een secretariaat heeft dat bestaat uit een algemeen secretaris en andere medewerkers. De algemeen secretaris geeft leiding aan het secretariaat en is verantwoordelijk voor hetgeen het secretariaat doet. De taken van het secretariaat vloeien voort uit de wettelijke taken van het CTG en uit de besluiten die het CTG-bestuur neemt. Globaal gezien is de taak van het secretariaat: het voorbereiden en uitvoeren van CTG-besluiten, het signaleren van ontwikkelingen in de gezondheidszorg en het vertalen van die ontwikkelingen die voor het CTG van belang zijn, naar beleid en naar concrete voorstellen tot aanpassing van de (eigen) regelgeving.

De meer specifieke taken van de algemeen secretaris en het secretariaat zijn uiteraard gekoppeld aan de uit de WTG voortvloeiende taken van het CTG, zoals die hiervoor zijn genoemd.

Gezien het zeer grote aantal tariefbeschikkingen dat in een jaar door het CTG moet worden genomen, heeft het CTG-bestuur de goedkeuring en vaststelling van tarieven gemandateerd aan de algemeen secretaris, tenzij er sprake is van beleidsregeloverschrijdingen. Over dit laatste beslist het CTG-bestuur zelf. De algemeen secretaris is wel gemandateerd tot afwijzing van een verzoek waarbij sprake is van een beleidsregeloverschrijding. Verder zal het CTG-bestuur zelf over een tarief beslissen indien het in de rede ligt dat het bestuur dat behoort te doen.

De algemeen secretaris is gemandateerd de door het CTG-bestuur genomen tariefbeschikkingen te ondertekenen. Deze regels over de mandatering door het CTG-bestuur aan de algemeen secretaris zijn vastgelegd in de Mandatenregeling van het CTG.

1.5 Beleidsdocument

Het gaat in dit document, zoals gezegd, om de algemene uitgangspunten van het te voeren beleid. Het concrete door het CTG gevoerde beleid bij de uitvoering van zijn taken is vastgelegd in de beleidsregels van het CTG. Deze beleidsregels vormen het raamwerk van het systeem waarmee de aanvaardbaarheid van kosten wordt bepaald en waarmee de beschikbare middelen zo goed mogelijk worden verdeeld. Dit document geeft de achter die beleidsregels liggende uitgangspunten weer.

2. BELEIDSUITGANGSPUNTEN

2.1 Algemeen

2.1.1 Beleidsregels en tarieven worden, voorzover mogelijk, onderbouwd. Bij de totstandkoming van die onderbouwing worden de in dit beleidsdocument opgenomen beleidsuitgangspunten in acht genomen.

2.1.2 Beleidsregels en tarieven dienen op zodanige wijze te worden vastgesteld, dat hiermee een zo rechtvaardig mogelijke verdeling van middelen tot stand wordt gebracht. Beleidsregels en tarieven dienen verder zo veel mogelijk aan te sluiten bij de dynamiek in de gezondheidszorg.

2.1.3. De geldigheidsduur van een beleidsregel is in beginsel onbepaald. Een uitzondering hierop vormt de situatie waarin de beleidsregel te maken heeft met kosten waarvan op voorhand vaststaat dat ze een tijdelijk karakter hebben.

2.1.4 Bij de vaststelling van beleidsregels en de daarop te baseren aanvaardbare kosten wordt geen onderscheid gemaakt naar verzekeringsvorm.

2.1.5 Bij de bepaling van de regelwaarde in de beleidsregel voor de aanvaardbare personeelskosten vormt de (verbindend verklaarde) CAO voor de desbetreffende categorie van organen voor het CTG een gegeven. Voor de mutatie van deze regelwaarde geldt de OVA-systematiek.

2.1.6 Voor de indexering van regelwaarden in de beleidsregels worden zo veel mogelijk objectieve, exogene, parameters gehanteerd.

2.1.7 Het CTG zal bij zijn besluitvorming betreffende beleidsregels altijd afwegen in hoeverre de desbetreffende beleidsregel recht doet aan het uitgangspunt dat de uitvoering ervan op doelmatige wijze moet kunnen geschieden.

2.1.8 Met betrekking tot terugwerkende kracht van beleidsregels op het gebied van het kostenbeleid gelden de volgende uitgangspunten:

- Terugwerkende kracht van beleidsregels vindt in beginsel niet plaats, tenzij het CTG op grond van redelijkheid, rechtvaardigheid, rechtszekerheid of de inhoud van een aanwijzing, voorzover het kostenbeleid betreft, besluit dat dit wel zou dienen te geschieden.
- Bij de besluitvorming over de vraag of de gewenste terugwerkende kracht van beleidsregels al of niet kan plaatsvinden, vormt de voorzienbaarheid hiervan een belangrijke, maatgevende rol. De voorzienbaarheid zal per keer worden bekeken.
- Als algemeen uitgangspunt voor de beoordeling van deze voorzienbaarheid geldt dat de desbetreffende kostenvaststelling of kostenmutatie besloten ligt in een door het CTG zelf vastgelegde systematiek of in een systematiek die voor het CTG een gegeven vormt, bijvoorbeeld trendmatige wijzigingen.
- Indien aan een beleidsregel terugwerkende kracht is gegeven, kan dit in beginsel leiden tot tariefconsequenties.

2.1.9 Terugwerkende kracht van tarieven treedt op bij alle tariefsverzoeken met een in het verleden liggende ingangsdatum. Bij de toetsing van deze verzoeken aan vastgestelde en goedgekeurde beleidsregels is niet meer relevant of de desbetreffende beleidsregels zelf al dan niet met terugwerkende kracht zijn vastgesteld. Het is dan bij dergelijke tariefsverzoeken niet de vraag of, maar op welke wijze (te weten daadwerkelijk of door middel van tijdelijke toeslagen) vorm wordt gegeven aan de terugwerkende kracht.

Bij het goedkeuren of vaststellen van tarieven zijn derhalve te onderscheiden:

- een formele terugwerkende kracht, dat wil zeggen dat de vastgestelde ingangsdatum van de tarieven in het verleden ligt;
- een materiële terugwerkende kracht, dat wil zeggen dat in voor de toekomst vastgestelde tarieven een tijdelijke toeslag of aftrek wordt verdisconteerd met betrekking tot een kostenwijziging in het verleden.

2.1.10 De macro beschikbare middelen vormen voor het CTG een belangrijk uitgangspunt. Bij de vaststelling van de regelwaarde in de beleidsregels voor de uitgeoefende functies vormt het macrokader echter geen absolute maat. Eventuele overschrijding van macro beschikbaar gestelde middelen in de Zorgnota als gevolg van volume-effecten is een verantwoordelijkheid van de Minister en leidt niet automatisch tot aanpassing van beleidsregels voor de functie-uitoefening. Op basis van artikel 13 lid 1 van de Wet tarieven gezondheidszorg heeft de Minister de mogelijkheid het CTG aanwijzingen te geven. Het CTG toetst de voorgenomen aanwijzingen en voorziet deze, indien nodig, van commentaar. Beleidsuitgangspunt voor het CTG is dat definitieve aanwijzingen in beginsel door het CTG als een politiek gegeven worden uitgevoerd. De aanwijzing kan ook betrekking hebben op de aansluiting tussen de conform de Zorgnota beschikbaar gestelde macromiddelen en de gerealiseerde kosten.

2.2 Beleidsuitgangspunten instellingen

2.2.1 Beleidsregels betreffende beleidsregels

2.2.1.1 Conform de aanwijzing van 17 februari 1983 worden de aanvaardbare kosten van instellingen op jaarbasis voorcalculatorisch en taakstellend vastgesteld (jaarbudget). Dit jaarbudget vormt uitgangspunt voor de nacalculatie. Verschillen tussen werkelijke kosten en het taakstellende budget worden niet verrekend en dienen op de balans als egaliseringsreserve (reserve aanvaardbare kosten - RAK) te worden verantwoord. De tariefopbrengsten geven dekking aan dit budget. Eventuele meeropbrengsten c.q. minderopbrengsten ten opzichte van het vastgestelde budget worden nacalculatorisch verrekend.

2.2.1.2 Beleidsregels voor instellingen moeten leiden tot een bedrag aan aanvaardbare kosten (beschikbaar budget) dat samenhangt met de aard en omvang van de uitgeoefende functies. Deze samenhang moet zodanig zijn dat een efficiënte en doelmatige wijze van functie-uitoefening wordt verkregen.

2.2.1.3 Beleidsregels moeten leiden tot een objectieve, rechtvaardige en billijke verdeling van de middelen die macro per categorie van instellingen beschikbaar zijn. De in de beleidsregels hiertoe te gebruiken parameters dienen een onderscheidend, eenduidig en objectief toepasbaar karakter te hebben. Daarbij wordt enerzijds gestreefd naar globaliteit en anderzijds naar aansluiting bij de kostenstructuur van de instelling, opdat aanvaardbaarheid van het stelsel kan worden verkregen. Het onderscheid tussen vaste, semi-variabele en variabele kosten dient daarbij betrokken te worden.

2.2.1.4. De aanwending van het budget is een verantwoordelijkheid van de instellingen. De instellingen hebben vrijheid van substitutie tussen de kostensoorten die in het budget worden onderscheiden, behoudens voorzover op kosten wordt nagecalculeerd, zoals op onderdelen van de afschrijvings- en rentekosten.

2.2.1.5 Voor de aanvaardbare kosten vormen de gevolgen van de WZV voor het CTG een gegeven. Beleidsuitgangspunt is derhalve dat de WZV wijst en de WTG prijst. Met andere woorden: de exploitatiekosten (kapitaalslasten) van de op grond van de WZV goedgekeurde investeringen worden door het CTG aanvaard op basis van daarvoor vastgestelde afschrijvingstermijnen. Kosten van niet goedgekeurde investeringen worden niet aanvaard als onderdeel van het budget.

2.2.1.6 Voor de kapitaalslasten van investeringen worden de kosten bepaald op basis van de historische aanschafprijs. Bij de bepaling van de aanvaardbare rentekosten vormt uitgangspunt dat alleen rentekosten over vreemd vermogen in aanmerking kunnen komen. In de aanvaardbare kosten worden geen (rekenkundige) rentekosten over het eigen vermogen (niet-vreemd vermogen) opgenomen. Bij een beoordeling van de omvang van het vreemd vermogen respectievelijk het eigen vermogen worden financiële gevolgen van juridische schijnconstructies niet aanvaard.

2.2.2 Beleid betreffende tarieven

2.2.2.1 Bij de instellingen worden de tarieven zodanig vastgesteld dat de opbrengsten van de gedeclareerde tarieven dekking geven aan het vastgestelde budget. Er bestaan twee soorten tarieven: de tarieven uit de Tarieflijst Instellingen en de sluittarieven.

Voor wat betreft de tarieven uit de Tarieflijst Instellingen geldt dat voor dezelfde prestaties landelijk uniforme tarieven worden vastgesteld, dat wil zeggen dat die tarieven voor alle instellingen die behoren tot eenzelfde categorie, dezelfde waarde hebben. Hierbij wordt geen onderscheid gemaakt naar de verzekeringsvorm van de verzekerde aan wie deze tarieven in rekening worden gebracht.

De sluittarieven worden voor elke instelling afzonderlijk vastgesteld. Het betreft hier de tarieven per verpleegdag. In het geval van de ziekenhuizen vindt bij deze tarieven per verpleegdag tariefdifferentiatie plaats op basis van de klasse-indeling.

Voor gebudgetteerde instellingen geldt het beleidsuitgangspunt dat de uit declaratie van alle tarieven verkregen opbrengsten dekking dienen te geven aan het taakstellend budget. Eventuele meer- c.q. minderopbrengsten ten opzichte van het taakstellend budget worden nacalculatorisch verrekend. De totale opbrengsten omvatten hierbij alle opbrengsten van rechtsgeldig in rekening gebrachte tarieven voor de prestaties van de instellingen. Uitzonderingen op deze regel zijn vastgelegd in de Beleidsregel aanvullende inkomsten.

2.2.2.2 Het CTG is in beginsel verplicht de door hem vastgestelde en door de Minister van VWS goedgekeurde beleidsregels toe te passen. Ingevolge artikel 4:84 van de Awb kan een afwijking van dit beginsel echter noodzakelijk zijn indien toepassing van de beleidsregel voor een of meer belanghebbenden gevolgen zou hebben die wegens bijzondere omstandigheden onevenredig zijn tot de met de beleidsregel te dienen doelen. Indien deze laatstgenoemde uitzondering er toe leidt dat door het CTG voor een of meer organen voor gezondheidszorg wordt teruggekomen op eerder genomen besluiten, dan wordt door het CTG over het algemeen bezien of er aanleiding bestaat voor een 'generaal pardon'. Een dergelijk 'generaal pardon' houdt in dat voor alle instellingen waarop de omstreden beleidsregel van toepassing is, wordt teruggekomen op de eerdere besluiten. Daarbij is niet van belang of de desbetreffende instellingen al dan niet bezwaar of beroep hebben ingesteld tegen de oude besluiten. Bij een dergelijk 'generaal pardon' besluit het CTG voor welke periode dit pardon geldt. Bij een generaal pardon mogen geen in rechte te honoreren verwachtingen worden gewekt voor de perioden na die waarvoor het pardon geldt.

2.2.3 Beleid betreffende instellingen in financiële moeilijkheden

2.2.3.1 Wanneer als gevolg van het niet verrekenen van verschillen tussen werkelijke kosten en taakstellend budget (zie 2.2.1.1) een instelling in financiële moeilijkheden komt als gevolg van een negatief eigen vermogen, is het CTG bereid onder voorwaarden de mogelijkheden te bezien van een financiële tegemoetkoming, indien er planmatig behoefte bestaat aan continuïteit van de door de desbetreffende instelling verleende zorg.

2.2.3.2 Basisvoorwaarde bij de te verlenen tegemoetkoming bij financiële moeilijkheden van een instelling is dat de instelling aantoont dat er in de nabije toekomst sprake is van een sluitende begroting, dat wil zeggen dat de exploitatiekosten blijven binnen het beschikbare budget.

2.2.3.3 Andere criteria die het CTG hanteert om tot een positief besluit te komen bij het toekennen van balanssteun in de vorm van verliescompensatie, zijn:

- reorganisatie van de desbetreffende instelling;
- de instelling dient een (substantiële) eigen bijdrage te leveren bij het wegwerken van het negatieve vermogen;
- de verliescompensatie wordt in termijnen beschikbaar gesteld, waarbij het CTG steeds aan de hand van tussenrapportages beoordeelt of een volgende termijn zal worden toegekend.

2.2.3.4 Indien een casus naar de mening van het CTG niet voldoet aan de in de artikelen 2 en 3 van deze paragraaf genoemde criteria, zal het CTG de Minister/Staatssecretaris op de hoogte stellen van het voornemen om tot een afwijzing van de aanvraag over te gaan, alvorens de aanvraag daadwerkelijk wordt afgewezen. Afhankelijk van de reactie van de Minister/Staatssecretaris kan het College alsnog overgaan tot steunverlening, waarbij de voorwaarden zullen worden toegesneden op de situatie waarin de instelling verkeert.

2.2.3.5 Ook voor particuliere ambulancediensten die als orgaan voor gezondheidszorg WTG-prestaties in het eerste en/of tweede compartiment verrichten, is in beginsel financiële ondersteuning mogelijk. De steunverlening zal van geval tot geval worden bezien. De onder 2.2.3.3 genoemde criteria zijn onverminderd van toepassing.

Specifiek voor particuliere ambulancediensten geldt als voorwaarde voor financiële steun dat de steunvrager dient op te gaan in een RAV-dienst.

2.3 Beleidsuitgangspunten vrije beroepsbeoefenaren

2.3.1 Beleid betreffende beleidsregels

2.3.1.1 De beleidsregels voor vrije beroepsbeoefenaren kennen een structuur die gebaseerd is op de navolgende tariefformule:

$$\text{tarief} = \frac{\text{inkomen} + \text{kosten}}{\text{werkbelasting}}$$

De beleidsregels zijn derhalve onderverdeeld in beleidsregels voor de vergoeding van het inkomen, voor de vergoeding van de kosten en voor de werkbelasting (ook wel normpraktijk genoemd). De relatie tussen die drie elementen bepaalt de tariefstructuur.

2.3.1.2 Uitgangspunten bij het vaststellen van beleidsregels zijn:

- a. de inhoud van de beleidsregels voor de ziekenfonds- en particuliere tarieven gelijk te laten zijn;
- b. de inkomens- en kostenbestanddelen in de tarieven te stoelen op objectieve criteria;
- c. de opbouw/berekening van de inkomens- en kostenbestanddelen in de tarieven te uniformeren;
- d. de aanpassingsystematiek voor de inkomens- en kostenbestanddelen in de tarieven te uniformeren.

2.3.2 Beleid betreffende tarieven

2.3.2.1 De tarieven voor vrije beroepsbeoefenaren zijn landelijk uniform en vloeien eenduidig voort uit de beleidsregels voor vrije beroepsbeoefenaren.

2.3.2.2 De landelijk uniforme tarieven zijn maximumtarieven. Dit betekent dat op lokaal niveau lagere tarieven kunnen worden afgesproken dan de door het CTG vastgestelde tarieven. Deze lagere tarieven behoeven niet aan het CTG te worden voorgelegd.

2.3.2.3 Flexibilisering in de tariefstructuur is mogelijk via zogenoemde modules. Het gaat daarbij om lokale afspraken tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar die als voorwaarde gelden voor een toeslag op het tarief. Zo kunnen bijvoorbeeld modules worden gemaakt voor automatisering, nascholing of achterstandswijken. Het gaat er hierbij vooral om via een incentive bepaalde activiteiten te stimuleren. Modules zijn mogelijk als er een contractuele relatie tussen de zorgaanbieder en de zorgverzekeraar bestaat.

2.3.2.4 Maximumtarieven voor een individuele beroepsbeoefenaar kunnen alleen worden vastgesteld indien voor de desbetreffende verrichting nog geen landelijk geldend maximumtarief tot stand is gekomen of in voorbereiding is. Een verzoek tot vaststelling van een dergelijk individueel maximumtarief kan worden ingediend door één of meer individuele beroepsbeoefenaren samen met één of meer zorgverzekeraars. Een individueel maximumtarief geldt alleen voor de behandeling door die individuele beroepsbeoefena(a)r(en) van de verzekerden van die zorgverzekeraar(s). Een dergelijk tarief verliest in ieder geval zijn gelding op het moment dat er voor de desbetreffende verrichting een landelijk geldend tarief tot stand is gekomen. Indien in de individuele overeenkomst tussen partijen een lager tarief dan het individuele maximumtarief wordt overeengekomen, behoeft dit lagere tarief niet aan het CTG te worden voorgelegd.

2.4 Beleidsuitgangspunten naar aanleiding van jurisprudentie

2.4.1 Het CTG moet bij de vaststelling van een tariefbeslissing geschreven en ongeschreven rechtsregels en algemene rechtsbeginselen in acht nemen en dient daarbij met name de bij de WTG vastgestelde bevoegdheidsgrenzen te respecteren.

2.4.2 Er is geen rechtsregel op grond waarvan het CTG verplicht is terug te komen op in rechte onaantastbaar geworden besluiten. Wel dient te worden bekeken of zich, bij het nemen van de oorspronkelijke beslissing, geen feiten en omstandigheden hebben voorgedaan die het CTG niet heeft gekend of die het CTG bij bekendheid van de feiten in redelijkheid tot een ander besluit hadden behoren te brengen.

2.4.3 Een van de algemene rechtsbeginselen, te weten de rechtszekerheid, verzet zich in principe tegen het corrigeren van in rechte onaantastbaar geworden tarieven door middel van een latere tariefbeschikking, op grond van de constatering achteraf dat in deze tarieven bepaalde kosten(componenten) ten onrechte zijn doorberekend (behoudens nacalculaties). Uitzonderingen hierop zijn slechts in zeer bijzondere gevallen mogelijk, zoals wanneer er sprake is van:

- een onjuiste informatieverstrekking door het orgaan voor gezondheidszorg;
- een kennelijke vergissing van het CTG;
- een door het CTG gemaakt voorbehoud.

2.4.4 Kosten waarvoor een beleidsregel in voorbereiding is, kunnen door het CTG beoordeeld worden met die ontwerpbeleidsregel als richtsnoer; dit geldt temeer als deze ontwerpbeleidsregel naderhand in ongewijzigde vorm wordt vastgesteld door het CTG en wordt goedgekeurd door de Minister van VWS.

2.4.5 Het CBB toetst, indien aan een rechtsregel terugwerkende kracht wordt verleend tot voor het tijdstip waarop de beschikking werd genomen, aan het nieuwe recht. Er mag door het CTG derhalve rekening worden gehouden met bekend en zich vormend beleid, dat later bevestigd wordt in een nieuwe beleidsregel.

2.4.6 De bevoegdheid van het CTG tarieven op basis van artikel 8 lid 2 WTG vast te stellen indien sprake is van mislukte onderhandelingen, geldt evenzeer als door partijen afgezien is van het voeren van onderhandelingen omdat bij voorbaat vaststond dat daarvan geen succes was te verwachten.

2.4.7 Uit het bestaan van artikel 8 lid 3 WTG volgt dat de wetgever ook kosten voor prestaties waarvoor de patiënt niet verzekerd is, uitdrukkelijk onder de reikwijdte van de wet heeft gebracht.

2.4.8 Als kosten strijdig zijn met de beleidsregels maar wel voortvloeien uit contractuele verplichtingen, is dit op zichzelf geen reden de desbetreffende beleidsregels niet toe te passen.

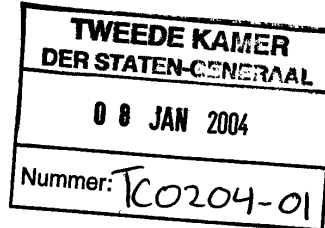
2.4.9 Lagere overheden zijn voor onder hen ressorterende instellingen voor gezondheidszorg niet gevrijwaard van de op grond van de WTG geldende regelgeving.

R 6-1-2004 TC02



Raad voor de Volksgezondheid & Zorg

Drs. A.J.M. Teunissen
Griffier van de tijdelijke commissie
onderzoek zorguitgaven
Postbus 20018
2500 EA Den Haag



Plein van de Verenigde Naties 21
2719 EG Zoetermeer
Postbus 7100
2701 AC Zoetermeer
Tel 079 - 368 73 11
Fax 079 - 362 14 87
E-mail mail@rvz.net
URL www.rvz.net

Geachte heer Teunissen,

Conform uw verzoek beantwoorden wij de vragen die u ons heeft voorgelegd in uw brief d.d. 26 november 2003.

Vraag 1

De Raad heeft in het verleden nooit onderzoek gedaan naar de effectiviteit van (extra) middelen in de zorg of in bepaalde deelsectoren. De reden hiervoor is dat een adviesaanvraag terzake niet past in de wettelijke taak van de RVZ, een dergelijke vraag is dan ook nooit door het departement aan de Raad voorgelegd. Zoals u bekend zal zijn, heeft ook de Kamer nooit een dergelijke vraag aan ons voorgelegd.

Vraag 2:

De Raad kan inderdaad ook ongevraagd adviseren. Het feit dat noch het departement, noch de Kamer, ooit een dergelijke vraag aan de Raad heeft voorgelegd zou de Raad er dus in principe niet van moeten hebben weerhouden om over dit onderwerp te adviseren. Dat de Raad desondanks niet uit eigen beweging over deze vragen heeft geadviseerd heeft de volgende reden. De Raad is een strategisch adviesorgaan. In het kader van dit onderwerp betekent dit dat de Raad zich wel een mening heeft gevormd over de juistheid van de beslissing om extra middelen in te zetten in de zorg. De Raad was en is van mening dat de beslissing om extra middelen in te zetten om de achterstanden en tekorten in de zorg in te lopen op zich zelf destijds volledig terecht was. Op een aantal momenten vóór deze beslissing heeft de Raad ook gewezen op de schadelijke gevolgen van de bewust gecreëerde schaarste. In het licht van zijn functie als strategisch adviesorgaan vindt de Raad het ook tot zijn taak behoren om zich in zijn adviezen te richten op het identificeren van mogelijkheden voor verbetering van de doelmatigheid van de zorg. Zo heeft de Raad bij herhaling gewezen op het belang van "evidence based" werken in de zorg. Uw vraag naar de doeltreffendheid van de inzet van de extra middelen is echter een vraag naar de kwaliteit van de uitvoering van deze beslissing en derhalve niet een vraag waar de Raad zich over zou moeten buigen. Veel meer ligt hier de verantwoordelijkheid bij de ziekenhuizen zelf, bij de zorgverzekeraars en bij de toezichthoudende instanties als het CVZ, het CTZ, de Algemene Rekenkamer en de overheid.

Vraag 3:

De Raad heeft een visie op deze problematiek. Hij is van mening dat de verslaglegging in de ziekenhuizen zodanig ingericht moet worden dat verantwoording afgelegd kan worden over de effectiviteit van de inzet van mensen en middelen. De Raad heeft hiervoor in diverse adviezen een vurig pleidooi gehouden en ook concrete voorstellen voor deze verbeteringen gedaan. De Raad is uiteraard ook van mening dat het noodzakelijk is dat de overheid inzicht kan krijgen in de doelmatig-

Datum
19 12 2003
Uw brief van
26 11 2003
Uw kenmerk

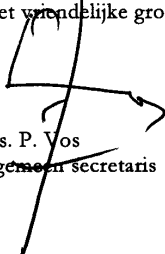
Ons kenmerk
A-03-314
Doorkiesnummer
079 3687335
Onderwerp
Tijdelijke commissie
onderzoek zorguitgaven

heid (en ook de doeltreffendheid) van de geleverde zorg. Harde en openbare performance ratings kunnen hierbij zeker helpen. De Raad signaleert al sinds enkele jaren wel een probleem voor de (nabije) toekomst. Om een en ander te kunnen realiseren zijn beleidsinstrumenten nodig. Tot nu toe zijn deze aanbodgerelateerd en het is nu juist deze aanbodsturing die, overigens volstrekt terecht, wordt afgebouwd. Op dit moment beschikken wij nog niet over een nieuwe sturingsfilosofie. Men moet zich ook realiseren dat “commercialisering” van de uitvoering van een basisverzekering het niet gemakkelijker zal maken om de aanwending van middelen te monitoren. De Raad ziet hierin een centraal beleidsprobleem voor de komende jaren.

Mocht u over het laatste punt meer informatie willen hebben, zijn wij gaarne bereid onze visie en ideeën op dit gebied verder met u te bespreken.

Wij hopen u hiermee voldoende informatie te hebben verschaft en zijn gaarne bereid u verder te ondersteunen bij uw onderzoek.

Met vriendelijke groet,



drs. P. Vos
algemeen secretaris

R 27 - 01 - 2004 TC02



Tweede Kamer der Staten-Generaal
Tijdelijke Commissie Onderzoek Zorguitgaven
De heer E. Sjerp, adjunct-griffier
Postbus 20018
2500 EA 'S-GRAVENHAGE

Datum : 22 januari 2004
Ons kenmerk : St/alb/2004/020
Behandeld door : mr. H.Th. Stevens
Onderwerp : Tijdelijke Commissie Onderzoek

Geachte heer Sjerp,

Naar aanleiding van uw vragenbrief van 26 november 2003 aan de voorzitter van het College sanering ziekenhuisvoorzieningen kunnen wij u als volgt antwoorden op de vier daarin gestelde vragen:

Vraag 1: Het College sanering is nimmer gevraagd onderzoek te doen naar de effectiviteit van (extra) middelen in de zorg c.q. deelsectoren binnen de zorg.

Vraag 2: Inzicht in de besteding van de ingezette middelen is derhalve niet voorhanden.

Vraag 3: Het College is belast met de taken die hem bij of krachtens de Wet ziekenhuisvoorzieningen, de Wet ambulancevervoer of een andere wet zijn opgedragen. Het ongevraagd verstrekken van adviezen valt hier niet onder.

Vraag 4: Een visie met betrekking tot het door de commissie geformuleerde onderzoeksvoorstel is niet voorhanden; de effectiviteitsbeoordeling van extra investeringen valt buiten het gezichtsveld van het College en vraagt daarnaast een politiek oordeel.

Wij vertrouwen erop hiermede uw vragen in voldoende mate te hebben beantwoord.

Hoogachtend,
COLLEGE SANERING ZIEKENHUISVOORZIENINGEN,

G. van den Berg
(ind. directeur)

Bezoekadres
Churchillaan 11, 3e etage
3527 GV Utrecht

Postadres
Postbus 3148
3502 GC Utrecht

Tel 030 297 12 00
Fax 030 293 07 11
E-mail info@collegesanering.nl
Website www.collegesanering.nl
ABN AMRO Utrecht nr. 43 80 53 044

Lijst van gesprekspartners

Woensdag 12 november 2003

W. Schellekens	Arts en directeur van het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO
Drs. P. Zevenbergen	Lid van het College van de Algemene Rekenkamer
Drs. M.J.C. Van der Werf	Algemene Rekenkamer, hoofd bureau VWS
Mw. H.S. de Vos-Koerselman	Algemene Rekenkamer, accountant

Woensdag 19 november 2003

Prof. dr. W.P.M.M. van de Ven	Hoogleraar sociale ziektekostenverzekering Erasmus-universiteit Rotterdam
-------------------------------	---

Woensdag 10 december 2003

Mw. prof. dr. L.J.Gunning,	Voorzitter van het College van Bestuur AMC Amsterdam
----------------------------	--

Vrijdag 12 december 2003

Drs. M.J. Boereboom	Directeur financieel economische zaken van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Prof. dr. P.A.H. van Lieshout	Voormalig directeur-generaal Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mr. drs. J.L.M. van Wesemael	Plaatsvervangend directeur-generaal Zorg van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. E.A. Bolhuis	Directeur macro-economische vraagstukken en arbeidsvoorwaarden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Drs. H.J. de Vos MBA.	Projectleider van de werkgroep zorgmiljarden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport
Mw. N.E. Weltevrede	Projectsecretaris van de werkgroep zorgmiljarden van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport Sport
Dr. P.C. Hermans	Algemeen directeur van het College voor zorgverzekeringen
K. van Laarhoven	Directeur Financiën van het College voor zorgverzekeringen
Prof. dr. R.J. van der Veen	Lid van het College voor zorgverzekeringen
Drs. R.L.J.M. Scheerder	Voorzitter van het College Tarieven Gezondheidszorg
Drs. A.L.M. Barendregt	Algemeen secretaris van het College Tarieven Gezondheidszorg
Drs. H. van Vliet	plv. algemeen secretaris van het College Tarieven Gezondheidszorg
M.J.W. Bontje	Algemeen directeur van Zorgverzekeraars Nederland
Drs. M.W.L. Hoppenbrouwers	Adjunct-directeur verzekeringen van Zorgverzekeraars Nederland
Prof. dr. W. van Voorden	Voorzitter van het College toezicht zorgverzekeringen

Drs. H.H. Berendsen RA	Hoofd sector doelmatigheid en thematisch onderzoek van het College toezicht zorgverzekeringen
J.P.G. Boelema	Senior beleidsmedewerker strategische beleidsontwikkeling van het College Toezicht Zorgverzekeringen
Dinsdag 20 januari	
Drs. W.A. van der Meeren	Voorzitter raad van bestuur van het Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
Dr. J.A. Roukema	Vice-voorzitter vereniging medische staf van het Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
Mw. drs. A. Regouw, RA	Manager concernstaf financiën en economie van het Sint Elisabeth Ziekenhuis, Tilburg
R. Verschoor	Hoofd financiën, informatie & controlling van het Hofpoort Ziekenhuis, Woerden
Ir. L. Touwen	Voorzitter Raad van bestuur van het Reinier de Graaf Groep Ziekenhuis, Delft
R. de Rijke	Controller van het Reinier de Graaf Groep Ziekenhuis, Delft
D. van de Meeberg	Voorzitter raad van bestuur van de Meavitagroep, Den Haag (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
A. Schinkelshoek	Directeur cluster Zuid GDVVGroep van de Meavitagroep, Den Haag (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
H. Hutten	Directeur Zorgaccent Amersfoort (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
Mw. C. Kok	Lid van het managementteam van Zorgaccent Amersfoort (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
Ir. J.B.A. Lettink	Algemeen directeur van Stichting Zorgcentra Laak en Eem (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
Drs. A.C. Arp	Manager financiën en control van Stichting Zorgcentra Laak en Eem (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
Mw. N.A. de Koning, MScN	Manager zorg van Stichting Zorgcentra Laak en Eem (verpleeg- en verzorgingsinstellingen)
J. de Wit	Hoofd administratie & automatisering van Internos, Dordrecht (thuiszorginstellingen)
Drs. H.K. van Leeuwen	Raad van bestuur van Opella, Ede (thuiszorginstellingen)
Th. Meuwese	Lid raad van bestuur van de Meavitagroep, Den Haag (thuiszorginstellingen)
G. Tanke	Voorzitter raad van bestuur van de Stichting Thuiszorg Amsterdam (thuiszorginstellingen)
H. Guldemeester	Manager financiën en informatisering van de Stichting Thuiszorg Amsterdam (thuiszorginstellingen)
Maandag 16 februari	
Mr. A.A. Westerlaken	Voorzitter raad van bestuur van 's Heeren Loo Zorggroep.
J.M. de Leeuw	Concerncontroller 's Heeren Loo Zorggroep.

Mr. A.G. Renting	Bestuurder/directeur 's Heeren Loo Zorggroep.
A.P.J Höppener	Voorzitter raad van bestuur van Altrecht, Utrecht (GGZ-instellingen)
A. Vreugdenhil	Stafdirecteur FCI van Altrecht, Utrecht (GGZ-instellingen)
Drs. F. Verschoor	Voorzitter raad van bestuur van Parnassia, Den Haag (GGZ-instellingen)
S. Valk, RA	Directeur controlling van Parnassia, Den Haag (GGZ-instellingen)
C.A.C.M. Oomen	Directeur zorgkantoor NWN-DWO / Zorgverzekeraar DSW
W.S. Bijl	Adjunct-directeur zorgkantoor NWN-DWO / Zorgverzekeraar DSW
Dr. A.P.M. van Dam	Medisch adviseur Zorgverzekeraar AZIVO
W.A. van der Meij	Controller Zorgverzekeraar AZIVO

Gespreksnotitie ter voorbereiding op het rondetafelgesprek met de Tijdelijke Commissie Onderzoek naar de Zorguitgaven

Toewijzing extra middelen

- Heeft uw instelling in de periode 1994–2002 «extra budget» gekregen?
- Hoe kwamen deze middelen terecht bij uw instelling (via een generiek budgetverhoging, aanpassing van tarief, subsidie, via een door u ingediende aanvraag daartoe, etc.)?
- Zijn er budgetophogingen geweest die apart gelabeld waren, zoals: scholingsmiddelen, werkdrukmiddelen, wachtlijstmiddelen, Van Rijn-middelen, waren hieraan specifieke voorwaarden verbonden wat betreft de besteding en/of de verantwoording?
- Waren de mogelijkheden op dit punt voor uw instelling voldoende bekend?

Inzet extra middelen

- Kunt u in hoofdlijnen aangeven op welke wijze en waarvoor additionele middelen door uw instelling werden besteed?
- Op welke wijze heeft u daarover besloten en welke randvoorwaarden golden er voor u bij de inzet ervan?
- Heeft u als instellingen ook doelstellingen geformuleerd en effecten gemeten (bijvoorbeeld op het punt van wachtlijsten, werkdruk, zorgkwaliteit)?

Controle en verantwoording m.b.t. extra middelen

- Op welke wijze moest verantwoording worden afgelegd over deze additionele middelen en aan wie?
- Hoe frequent en intensief was de controle op besteding van additionele middelen naar uw oordeel?
- In welke mate werd onderscheid gemaakt tussen aanwending van extra middelen (bijvoorbeeld wachtlijstmiddelen) en het reguliere budget? Kon dit onderscheid worden gemaakt, diende dit onderscheid te worden gemaakt en werd dit onderscheid ook gemaakt?

Tot slot zou bij beantwoording van bovenstaande wellicht onderscheid gemaakt moeten worden naar perioden, omdat van de kant van het ministerie impliciet een onderscheid gemaakt wordt in drie perioden, c.q. drie typen van sturings- en allocatiemechanismen, te weten:

- De periode 1992–1998 met een sterke focus op budgettering en kostenbeheersing.
- De periode van de Meerjarenafspraken (1998–2002).
- De periode van het Actieplan Zorg Verzekerd (boter bij de vis) (vanaf 2000).

Kunt u aangeven of voor uw instelling er inderdaad merkbare verschillen zijn geweest tussen deze perioden (wat betreft omvang, bestedingsvrijheid, verantwoordingswijze, e.d. van extra middelen)?