

De Zorg in Nederland

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 2 april 2002

1 Inleiding

Tijdens het debat *De zorg in Nederland* op 30 oktober 2001 in de Eerste Kamer is nadrukkelijk aandacht gevraagd voor de praktische voortgang van deregulering in de zorgsector en voor de mogelijkheden om, niet alleen door middel van ingrijpende wetgevingstrajecten, maar juist ook door middel van «kleinere» maatregelen te bevorderen dat de door het kabinet beoogde nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg daadwerkelijk dichterbij wordt gebracht. In het bijzonder de fracties van CDA en VVD vroegen om de Eerste Kamer een overzicht te doen toekomen van activiteiten en initiatieven op dit terrein. Met deze brief bieden wij de Kamer het gevraagde overzicht aan. Deze brief beschrijft de verschillende relevante ontwikkelingen inhoudelijk. De bijlage bevat een schematische weergave van de verschillende stappen die reeds zijn gerealiseerd, die op dit moment lopen, en die zijn voorgenomen¹.

Het overzicht is opgebouwd uit de volgende onderdelen. Eerst wordt een aantal grotere wetgevende trajecten besproken. Vervolgens worden maatregelen en activiteiten gepresenteerd die betrekking hebben op kunnen hebben op de volle breedte van de zorgsector. Daarna komen achtereenvolgens maatregelen en activiteiten aan de orde die specifiek betrekking hebben op het eerste compartiment (AWBZ), respectievelijk het tweede compartiment (curatieve zorg) van de zorgsector. Bewust hebben wij het overzicht niet beperkt gehouden tot de «kleinere» maatregelen waarin de Eerste Kamer zich het meest geïnteresseerd toonde. Met dergelijke maatregelen kan weliswaar veel worden bereikt, maar zonder enkele structuurbepalende grotere wetswijzigingen is het niet mogelijk de door het kabinet voorgestane omslag van centrale aanbodsturing naar decentrale vraaggerichtheid werkelijk op gang te brengen. Om die reden gaven wij in het debat van 30 oktober 2001 reeds aan dat het voortdurende uitstel van behandeling van richtinggevende beleidsnota's als *Speelruimte en verantwoordelijkheid* (inzake de Wet

¹ Is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffiennr. 128 459.

tarieven gezondheidszorg), *Modernisering curatieve zorg en Vraag aan bod*, soms vergezeld van het bericht van de kant van de Tweede Kamer dat geen onomkeerbare beleidsstappen mochten worden gezet voordat die nota's zouden zijn behandeld, niet bevorderlijk zijn geweest voor het tempo van het gewenste veranderingsproces. Positief is dat op 13 maart 2002 alsnog een debat in de Tweede Kamer over de genoemde nota's heeft plaatsgevonden. Uit het debat kwam naar voren dat er weliswaar nog enkele politieke discussiepunten liggen betreffende de definitieve vormgeving van de premiestructuur en het aansprakenpakket van de door het kabinet beoogde zorgverzekering voor iedereen, maar die hebben geen betrekking op de kern van het beoogde veranderingsproces: de omslag naar vraaggerichtheid, met de daarbij behorende nieuwe verdeling van verantwoordelijkheden.

Positief is ook dat het bedoelde veranderingsproces inmiddels niet meer uitsluitend een kwestie van papier en politiek debat is, maar ook wortel begint te schieten bij belangrijke spelers in het zorgveld zelf. Rond de modernisering van de AWBZ kan worden vastgesteld dat een breed draagvlak is ontstaan voor de richting die met het beleid is ingeslagen. Dat betekent uiteraard niet dat alle noodzakelijke veranderingen nu min of meer als vanzelf tot stand zullen komen. Het functiegericht maken van de aanspraken, het vernieuwen en verbreden van het systeem van het persoonsgebonden budget, het vernieuwen van het systeem van eigen bijdragen, het ingrijpend verbeteren van de informatievoorziening en het opnieuw inrichten van het verantwoordingstraject zijn alle ingrijpende processen, die zeer veel vergen van de uitvoeringsorganisatie. Zonder twijfel zullen in de loop van het veranderingsproces hobbels verschijnen, die dwingen tot temporisering of aanpassing van bepaalde voorgenomen maatregelen. De beweging die inmiddels op gang is gekomen mag daardoor echter niet in gevaar worden gebracht. Het is onze stellige overtuiging dat dit ook niet zal gebeuren.

Rond de modernisering van de curatieve zorg is eveneens sprake van een duidelijke beweging. De risicodragende financiering (budgettering) van de ziekenfondsen is in een zodanig stadium van ontwikkeling gekomen, dat nu op alle onderdelen van de curatieve zorg sprake is van prikkels in de richting van verzekeraars om zich in te spannen voor een doelmatige inrichting van de zorgverlening en voor het oppakken van een actieve rol bij de zorginkoop. Op een aantal belangrijke terreinen zijn nu ook ontwikkelingen gaande om de nog altijd parallel aan de verzekeraars-budgettering functionerende aanbodregulering te verminderen, c.q. weg te nemen.

Het verst gevorderd op dit punt is de sector geneesmiddelen. Sinds het uitkomen van het rapport van de commissie De Vries in 1999 en het kabinetsstandpunt daarop, alsmede de tezelfdertijd uitgebrachte plannen van de zorgverzekeraars met betrekking tot deze sector, is een specifiek dereguleringsprogramma in uitvoering genomen. Hoewel de zichtbare resultaten daarvan tot nu toe nog bescheiden zijn, is onder de oppervlakte wel sprake van een duidelijke positieverandering van zorgverzekeraars waar het gaat om zowel de wijze waarop geneesmiddelen in de nabije toekomst moeten worden ingekocht als het bevorderen van het proces van doelmatig voorschrijven door (huis)artsen. De praktijk laat inmiddels goed zien hoe ingewikkeld het op gang brengen van dit soort ontwikkelingen is. Rekening houdend daarmee, verwachten wij dat de komende jaren de vruchten kunnen worden geplukt van de veranderingen die op dit moment in gang zijn.

Op het terrein van de hulpmiddelen zijn ontwikkelingen gaande die vergelijkbaar zijn met die bij de geneesmiddelen. Op het terrein van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf wijzen wij op de betekenis van het thans in gang zijnde traject van de ontwikkeling van Diagnose

Behandel Combinaties (DBC's). Op verschillende terreinen (apothekers, huisartsen, e.a.) zijn processen in gang om het bestaande tariefstelsel zodanig te flexibiliseren, dat bruikbare instrumenten ontstaan om zorgverzekeraars in staat te stellen afspraken te maken met aanbieders van zorg, waarin een directe relatie kan worden gelegd tussen het realiseren van die afspraken en het toekennen van de daarbij behorende bekostiging («boter bij de vis»).

De in gang zijnde veranderingsprocessen zijn geen zaak van uitsluitend het ministerie van VWS. Ook andere betrokken actoren, zoals het College voor zorgverzekeringen, het College van toezicht op de zorgverzekeringen, het College tarieven gezondheidszorg en de zorgverzekeraars en zorgkantoren, inclusief de brancheorganisatie Zorgverzekeraars Nederland, ontplooiën belangrijke activiteiten die het veranderingsproces ondersteunen. Enkele voorbeelden daarvan zijn in de bijlage opgenomen. Het ministerie is nauw betrokken bij die ontwikkelingen, die gericht zijn op het toegroeien naar een vraaggericht systeem en de wijziging van de rol van de zorgverzekeraars die daarvoor nodig is.

Wij wijzen er op dat bepaald niet alle activiteiten en maatregelen die in deze brief aan de orde komen het karakter hebben van deregulering. Zoals in het debat op 30 oktober 2001 terecht werd vastgesteld, is in veel gevallen eerder sprake van herregulering en soms zelfs van nieuwe regulering. Dat is onlosmakelijk verbonden met het feit dat nieuwe verantwoordelijkheden door partijen alleen gedragen kunnen worden indien zij de beschikking krijgen over de daarvoor benodigde ruimte en instrumenten. Ruimte kan doorgaans tot stand worden gebracht door middel van *deregulering*, instrumenten echter door middel van *regulering*, dus nieuwe, of andere regels. Als het gaat om het scheppen van waarborgen dat alles goed gaat in situaties waarin partijen meer vrijheid hebben (transparantie van handelen, informatievoorziening, benchmarking, verantwoording en toezicht) zijn nieuwe regels hoe dan ook onmisbaar. Voorbeelden van alle genoemde categorieën zijn in deze brief te vinden.

2 Structuurbepalende wetgevingstrajecten

Het kabinet heeft over de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling de afgelopen zomer een samenhangende visie neergelegd in de nota *Vraag aan bod*. Die nota beschrijft onder meer onder welke voorwaarden verzekeraars hun regierol kunnen waarmaken. Zoals bij de begrotingsbehandeling in december 2001 in de Tweede Kamer is geconstateerd, is het daarbij van groot belang dat het wettelijk instrumentarium in het overgangstraject faciliterend wordt gehanteerd.

In dit verband wijzen wij op twee belangrijke trajecten: het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) en de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG).

De WEZ, die momenteel ter behandeling in de Tweede Kamer ligt, vervult een belangrijke functie bij de overgang van de bestaande aanbodsturing naar de beoogde vraaggerichte benadering en is mede bedoeld om het proces van deregulering beheerst en weloverwogen te laten verlopen. Korthedshalve verwijzen wij naar de schriftelijke voorbereiding van de WEZ (TK 2000–2001, 27 659 1–3 e.v.). Met onze brief van 25 september 2001 (TK 2001–2002, 27 659, nr. 5), naar aanleiding van het hoofdlijnen-debat over de Wez van 13 juni 2001, hebben wij onder meer aandacht geschonken aan de deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Ik verwijs in dit verband naar paragraaf 2 van die brief.

Voorts is op verzoek van de Tweede Kamer op 12 mei 2000 het rapport over de WTG *Speelruimte en Verantwoordelijkheid* aan deze Kamer gezonden. De notitie bevat voornemens en maatregelen die moeten leiden tot vergroting van de speelruimte en verantwoordelijkheid van de individuele zorgaanbieders en zorgverzekeraars. Als uitvloeisel van de WTG-notitie zijn thans twee wetsvoorstellen in voorbereiding; één tot wijziging van de Ziekenfondswet en AWBZ in verband met herziening van het overeenkomstenstelsel en één tot herijking van de WTG. Het kabinet heeft op 9 november 2001 het voorstel van Wet herziening overeenkomstenstelsel vastgesteld en ter advisering voorgelegd aan de Raad van State. Dit wetsvoorstel zal er onder meer toe leiden dat de verplichting om op het niveau van landelijke koepelorganisaties «uitkomsten van overleg» te sluiten wordt geschrapd uit de AWBZ en de ZFW. Daarmee wordt beoogd om ruimte te scheppen voor overleg en afspraken tussen individuele zorgverzekeraars en aanbieders van zorg op lokaal niveau. Het overeenkomstenstelsel wordt hierdoor geactiveerd en in overeenstemming gebracht met de uitgangspunten van de Mededingingswet. De herijking van de WTG heeft een technisch karakter. Daarbij gaat het onder meer om groot onderhoud, het faciliteren van een prestatiegebonden bekostiging, het flexibiliseren van tariefsystemen door meer tarieven mogelijk te maken dan enkel punt- en maximumtarieven, en het opnemen van een experimenteerartikel. Een hiertoe strekkend wetsvoorstel is op dit moment in voorbereiding.

De beoogde aanpassing van het wettelijk instrumentarium illustreert de manier waarop de transitie van aanbodgestuurd naar vraaggericht stapsgewijs en zorgvuldig kan plaatsvinden. De totstandkoming van deze wetsvoorstellen is van groot belang voor het succes van een aantal andere maatregelen die in deze brief en de bijlage zijn opgenomen. In zekere zin vormen zij de ruggegraat van het veranderingsproces. Daarom ook hebben wij bij verschillende gelegenheden het belang aangegeven van een voorspoedige parlementaire behandeling van beide thema's.

3 Overige activiteiten

3.1 Maatregelen zorgbreed

3.1.1. Deregulering Wet ziekenhuisvoorzieningen

In het Regeerakkoord 1998 is opgenomen dat – voorafgaand aan de deregulering van de WZV – de WZV niet meer van toepassing zal zijn op kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar woon- en verblijfsfuncties centraal staan. Met ingang van 1 januari 2001 vallen de RIBW's niet langer onder de WZV. Het kabinet heeft daarnaast een concept besluit tot wijziging van het Besluit aanwijzing inrichtingen Wet ziekenhuisvoorzieningen voor advies aan de Raad van State voorgelegd. Dit besluit voorziet er in dat kleinschalige woonvoorzieningen voor gehandicapten buiten het kader van de WZV worden geplaatst. Het is de bedoeling dat de voorgestelde wijziging wordt doorgevoerd zodra het advies van de Raad van State is ontvangen en verwerkt.

Per 1 januari 2002 is in financiële zin de reikwijdte van de *Meldingsregeling* – het gaat om een uitbreiding van 50% tot 65% van de (vervangende) nieuwbouwwaarde in de sector ziekenhuizen – uitgebreid. Het CTG is bezig met het formuleren van beleidsregels waarin dit wordt geconcretiseerd. Een eerdere versoepeling van de *Meldingsregeling* is in 2001 gerealiseerd naar aanleiding van evaluatie in 1999 van de werking van de regeling.

Met deze maatregelen komt de grens in zicht van wat er binnen het kader van de WZV kan worden gedereguleerd. Hier ligt achter dat het uithollen en extensief toepassen van de WZV juridisch steeds lastiger wordt. Behoudens de in deze brief genoemde dereguleringsmaatregelen en een aantal aanbevelingen van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector, achten wij geen verdere verantwoorde mogelijkheden tot deregulering van de WZV aanwezig.

3.1.2. Vermindering subsidieregelingen ten laste van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten

Het beleid om, waar mogelijk, te komen tot een vermindering van het aantal subsidies ten laste van de Algemene Kas en het Algemeen Fonds bijzondere Ziektekosten wordt in 2002 voortgezet. In samenhang met de introductie van flexibele omschrijving van de aanspraken ingevolge de AWBZ is subsidiëring via de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet beëindigd. Voorbeelden hiervan zijn intensieve thuiszorg en zorg op maat voor lichamelijk gehandicapten, die inmiddels aanspraak zijn geworden.

3.1.3. Opschoning reikwijdte WTG

Een ander uitvloeisel van de notitie *Speelruimte en verantwoordelijkheid* is het voornemen tot opschoning van de werkingssfeer van de WTG. Hierbij gaat het om onder meer de prestaties van privéklinieken; werkzaamheden van reïntegratiebedrijven/arbodiensten; fitness en sportbegeleiding door fysiotherapeuten en oefentherapeuten. Een hiertoe strekkende algemene maatregel van bestuur is in voorbereiding.

Verdere beperking van de werkingssfeer van de WTG zal plaatsvinden aan de hand van de uitkomsten van deelmarktonderzoeken, waarvan de eerste fase op dit moment in uitvoering is als onderdeel van het beleidsprogramma modernisering curatieve zorg.

3.1.4. Rapport Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector

De Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (commissie De Beer) heeft onlangs een aantal aanbevelingen gedaan om de administratieve belasting in de zorgsector te reduceren. Wij zullen binnenkort in een aparte brief op de voorstellen van de commissie De Beer terugkomen.

3.2 *Maatregelen eerste compartiment*

3.2.1. Flexibilisering van de aanspraken AWBZ

Op 1 januari 1998 is een traject in gang gezet om te komen tot flexibilisering van de aanspraken op grond van de AWBZ. Het betreft het dusdanig omschrijven van de zorg waarop op grond van de AWBZ aanspraak bestaat, dat de mogelijkheden van zorg op maat worden vergroot. Met ingang van 1 januari 1998 zijn de aanspraken op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg gewijzigd. Vervolgens werden met ingang van 1 januari 1999 de aanspraken op het terrein van de verstandelijk gehandicaptenzorg geflexibiliseerd. Met ingang van 1 januari 2001 is datzelfde gebeurd voor de zorg op het terrein van de verpleging en verzorging. Met het besluit van 7 november 2001 (Stb. 2001, 543) is de laatste stap gezet door flexibilisering van de aanspraken op de laatste twee terreinen van zorg in de AWBZ waar de aanspraken nog klassiek omschreven waren, namelijk de zorg voor lichamelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten. De wijzigingen zijn met ingang van 1 januari 2002 van kracht geworden. In samenhang met de flexibele omschrijving

van de aanspraken ingevolge de AWBZ is gelijktijdig de subsidiëring via de Regeling subsidies AWBZ en Ziekenfondswet beëindigd.

3.2.2. Uitvoering motie Van Vliet

Met ingang van 1 januari 2001 zijn er bij de flexibilisering van de aanspraken op verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg beperkingen ingevoerd die achteraf gezien de zorg op maat in de sector verpleging en verzorging belemmeren. Deze belemmeringen betreffen het feit dat:

- a. het verzorgingshuis alleen niet-complexe verpleging kan leveren;
- b. de verzekerde alleen aanspraak heeft op begeleiding of (niet-complexe) verpleging van een verzorgingshuis, indien tevens enige verzorging is aangewezen;
- c. de verzekerde alleen aanspraak heeft op verzorging van een verpleeghuis, indien tevens enige verpleging of behandeling is aangewezen;
- d. de verzekerde alleen aanspraak heeft op begeleiding of behandeling van een verpleeghuis, indien tevens enige verzorging of verpleging is aangewezen.

Dit betekent dat, anders dan beoogd, de verzekerde niet in alle situaties naar eigen keuze begeleiding, verzorging (waaronder ook huishoudelijke hulp) of verpleging kon krijgen van een verpleeghuis of verzorgingshuis. Bij een enkelvoudige indicatie kon de verzekerde in het algemeen alleen kiezen voor de instelling voor thuiszorg.

In dit verband is van belang de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Vliet c.s. (Kamerstukken II 2000–2001, 24 036 en 26 631, nr. 206). In deze motie wordt de regering verzocht de toelating van de thuiszorginstellingen, verzorgings- en verpleeghuizen zodanig op te rekken dat zij (delen van) elkaars zorgproducten mogen aanbieden. In de brief van de Staatssecretaris van VWS van 15 maart 2001 aan de Tweede Kamer is aangegeven dat ter uitvoering van deze motie het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering zou worden aangepast (Kamerstukken II 2000–2001, 24 036 en 26 631, nr. 212). Dit is gebeurd bij het in paragraaf 3.2.1 genoemde besluit van 7 november 2001.

3.2.3. Modernisering van de AWBZ: pgb en herinrichting naturasysteem

De hierboven beschreven flexibilisering van de aanspraken is te beschouwen als een tussenstap op weg naar de verdere modernisering van de AWBZ. In onze brieven van 17 juli 2001 (TK, 2000–2001, 26 631 en 25 659, nr. 14) en 9 november 2001 (TK 2001–2002, 26 331 en 25 657, nr. 16) hebben wij onze moderniseringsplannen AWBZ bekend gemaakt. Onder het motto *de cliënt centraal* kunnen de doelen daarvan worden samengevat in het realiseren van meer keuzevrijheid, meer keuzemogelijkheden en meer zeggenschap. Dat zal worden gerealiseerd langs twee lijnen: de introductie van een AWBZ-brede regeling voor het persoonsgebonden budget (pgb) en de herinrichting van het naturasysteem. Met de introductie per 1 januari 2003 van functiegerichte aanspraken zal niet de zorgaanbieder, maar de zorg zelf centraal staan; de cliënt zal dan zelf kunnen beslissen over de manier waarop het best in zijn of haar zorgbehoefte kan worden voorzien.

De modernisering van de AWBZ draagt fors bij aan deregulering. Het omschrijven van de aanspraken in zeven functies zal leiden tot een aanzienlijke vereenvoudiging van het aantal aanspraken. Omdat ook de indicatiestelling op functieniveau zal plaatsvinden, zal ook daar een belangrijke vereenvoudiging worden gerealiseerd. Het doortrekken van besturing op functieniveau in het contracteerbeleid van de zorgkantoren en het ook op dat niveau leggen van de verantwoording zal in de relatie

tussen zorgkantoren en zorgaanbieders vereenvoudiging teweeg brengen. Dit heeft betrekking op zowel de overeenkomsten die worden gesloten voor de zorg in natura als op de administratieve lasten in het verkeer tussen de betrokken partijen.

De deregulering zal zich niet beperken tot de zorg in natura maar strekt zich ook uit tot het persoonsgebonden budget. Doordat de vijf bestaande subsidieregelingen zullen worden vervangen door één AWBZ-brede regeling, krijgen cliënten, zorgkantoren en indicatieorganen te maken met een eenvoudiger en eenduidiger regeling en uitvoeringssystematiek.

Het College voor zorgverzekeringen, het College tarieven gezondheidszorg, en het College bouw ziekenhuisvoorzieningen hebben onlangs het verzoek gekregen een uitvoeringstoets uit te brengen over de beleidsvoornemens van de Staatssecretaris ten aanzien van de modernisering van de AWBZ. Ook het College van toezicht op de zorgverzekeringen zal nog een verzoek om een uitvoeringstoets ontvangen. De colleges is verzocht om op zodanige tijdstippen te rapporteren dat de noodzakelijke wijziging van het Besluit zorgaanspraken tijdig kan worden gerealiseerd, waardoor invoering van functiegerichte aanspraken per 1 januari 2003 mogelijk is.

3.2.4. Deregulering eigen bijdragen AWBZ

In haar brief van 31 januari 2002 (Kamerstukken II 2002–2003, 28 000 XVI, nr. 103) heeft de Staatssecretaris de Tweede Kamer geïnformeerd over een vereenvoudiging van het systeem van eigen bijdragen in de AWBZ. De bestaande regeling kent vele specifieke inkomsten- en aftrekposten en betrokkenen moeten ieder jaar een ingewikkeld inkomensformulier invullen. Naast persoonskenmerken moeten tevens alle inkomsten (bruto-inkomen, loonheffing en sociale premie) worden aangegeven. In het nieuwe systeem hoeft betrokkene alleen naam, adres, woonplaats, geboortedatum en sofi-nummer, het soort verzekering en – indien van toepassing – inkomen uit tegenwoordige arbeid op te geven. Met het nieuwe systeem vervalt een groot aantal van de huidige aftrek- en bijtelposten. Het nieuwe systeem kent een grote administratieve verlichting voor zowel de bewoner van een intramurale instelling alsook voor de zorgkantoren. Daar komt bij dat het nieuwe systeem volledig geautomatiseerd kan worden uitgevoerd. Niet alleen daardoor, maar ook doordat de eigen bijdrage op functies en klassen zal worden gebaseerd, zal een sterke vereenvoudiging plaatsvinden.

Uit overleg met vertegenwoordigers van het CVZ, CAK, ZN en enkele zorgkantoren is gebleken dat invoering van de nieuwe regeling op 1 januari 2003 haalbaar is. Om de invoering van de nieuwe eigenbijdrage-regeling zo soepel mogelijk te doen verlopen is besloten om de herziening van de eigen bijdrage per 1 juli van dit jaar achterwege te laten.

3.2.5. Afschaffing regels behoefte en spreiding thuiszorg

Deze regeling is 1 januari 2001 afgeschaft. Thuiszorginstellingen die de wettelijke aanspraak leveren en overigens aan de voorwaarden voldoen, kunnen daarmee een toelating van het College voor zorgverzekeringen krijgen.

3.3 *Maatregelen tweede compartiment*

3.3.1. Hulpmiddelen

Met de recente wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 (Stcrt. 2001, 232) zijn de voorwaarden, die werden gesteld ter nadere invulling van de aanspraak op hulpmiddelen, gedereguleerd. Daarmee kan in een groot

aantal gevallen tegemoet worden gekomen aan het bezwaar van te starre regelgeving. Om beter te kunnen aansluiten bij de vraag van de verzekerde, maar ook om in te kunnen spelen op de snelle ontwikkelingen in de medische technologie, krijgt het ziekenfonds de gelegenheid zich te profileren met ondernemend gedrag. De deregulering heeft geen negatieve gevolgen voor de aanspraken van verzekerden: in de regeling is daartoe de verplichting voor verzekeraars geschapen om «te allen tijde» een passende oplossing voor verzekerden te realiseren. De wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 is op 1 januari 2002 in werking getreden.

De thans formeel gerealiseerde deregulering van de aanspraak op hulpmiddelen dient een praktisch vervolg te krijgen in die zin, dat verzekeraars hun verzekeringsreglementen aanpassen en afstemmen op de nieuwe situatie. Daarbij is het niet de bedoeling dat ziekenfondsen de uit de regeling verwijderde gedetailleerde voorwaarden in hun verzekeringsreglement opnemen. Dit zou niet leiden tot meer maatwerk, maar tot meer regels in plaats van minder. Verzekeraars beschouwen 2002 als overgangsjaar, waarin de hulpmiddelenverstrekking nog op de oude voet voortgaat en waarin een aanpassing van de verzekeringsreglementen wordt voorbereid, die recht doet aan de beoogde versterking van hun rol en verantwoordelijkheid. De aangepaste reglementen zullen met ingang van 1 januari 2003 van kracht worden. Per 1 januari 2003 is tevens een tweede tranche in de deregulering voorzien door de verzekeringsaanspraken functiegericht te omschrijven.

3.3.2. Farmaceutische hulp

Met een brief van 27 november 2001 (TK 2001–2002, 24 124, 28 008, nr. 112) is de stand van zaken gegeven van het beleid op het terrein van de farmaceutische zorg, toegespitst op deregulering. De brief ging vergezeld van de beleidsnotitie *Ontmanteling GVS, prijsvorming en voortgang dereguleringsprogramma*. De beleidsnotitie bevat een stappenplan met betrekking tot de ontmanteling van het Geneesmiddelen vergoedingsstelsel (GVS), in samenhang met het programma van deregulering en instrumentering. Hierdoor worden zorgverzekeraars daadwerkelijk in staat gesteld om de sturing van de geneesmiddelenvoorziening over te nemen binnen door de overheid gestelde randvoorwaarden van toegankelijkheid en kwaliteit van de farmaceutische zorg. Zorgverzekeraars Nederland (ZN) steekt vanuit het project *Farmacie in beweging* veel energie in het op gang brengen van een groot aantal ontwikkelingen. Het biedt van hieruit verzekeraars ondersteuning bij het ontwikkelen van een goed eigen geneesmiddelenbeleid. In november 2001 heeft ZN een evaluatie uitgebracht van de activiteiten die tot dan toe zijn ondernomen in het kader van het project *Farmacie in beweging*. In die evaluatie is een groot aantal voorbeelden opgenomen van initiatieven die verschillende zorgverzekeraars op het terrein van geneesmiddelen hebben genomen. Steeds meer individuele zorgverzekeraars investeren in het opbouwen van kennis en actieve betrokkenheid op dit terrein. Het College voor zorgverzekeringen ondersteunt vanuit zijn sector Farmacie op andere wijze het veranderingsproces. Hierbij wordt gewerkt op basis van de in oktober 2000 vastgestelde nota *Flankerend beleid farmaceutische zorg*. Hoofdpunten in de aanpak van het CVZ zijn monitoring van de geneesmiddelenverstrekking (verrichten van nulmetingen en volgen van de effecten van nieuwe ontwikkelingen in de tijd), monitoring van het beleid (beoordelen van het lopende en voorgenomen beleid op zijn effecten, in het bijzonder op doelmatigheid en het behoud van de toegankelijkheid) en facilitering van de zorgverzekeraars (advies en ondersteuning, signaleren en oplossen van knelpunten in regelgeving). Regelmatig verschijnen rapporten en uitvoeringstoetsen van het CVZ die voortvloeien uit deze activiteiten.

Het volledige programma van deregulering en instrumentering op het terrein van de geneesmiddelen staat onder regie van een Coördinatiegroep, waaraan deelnemen de ministeries van VWS, Financiën en Economische Zaken, Zorgverzekeraars Nederland en vertegenwoordigers van de zorgverzekeraars zelf, en het CVZ, CTZ en CTG. De stand van zaken met betrekking tot de belangrijkste onderdelen van het programma van deregulering en instrumentering is vermeld in de bijlage.

3.3.3. Praktijkdesk CVZ

In 2001 heeft het CVZ een zogenaamde Praktijkdesk ingesteld, die is bedoeld om praktische problemen waarmee zorgverzekeraars worden geconfronteerd bij hun pogingen om vernieuwingen in de curatieve zorg te stimuleren en een regierol op zich te nemen in kaart te brengen en zo mogelijk op te lossen. Indien hierbij zaken naar voren komen die wijzen op belemmeringen in de wet- en regelgeving, streeft het CVZ ernaar die weg te nemen, voorzover dat binnen zijn eigen bevoegdheden ligt. Gaat het om bevoegdheden van andere bestuursorganen of van de Minister van VWS, dan wordt overleg geopend met die bestuursorganen en het ministerie.

3.3.4. Ziekenfondsbudgettering en dbc's

De ziekenfondsbudgettering heeft zich in een geleidelijk proces sinds 1989 ontwikkeld tot een verdeelsysteem dat financiële prikkels bevat voor zorgverzekeraars (ziekenfondsen) op alle onderdelen van de curatieve zorg waarop zij geacht mogen worden invloed te kunnen uitoefenen. Een belangrijke stap op dit vlak is gezet op 1 januari 2002, toen voor het eerst financieel risico werd ingevoerd op niet alleen de volume- maar ook de prijscomponent binnen het variabele deel van het budget voor ziekenhuisverpleging. Tevens wordt sinds 1 januari 2002 gewerkt met een nieuw verdeelcriterium, gebaseerd op objectieve gegevens over het geneesmiddelengebruik van verzekerden in het verleden. Daarmee is voor het eerst een verdeelmaatstaf in het model gebracht die rekening houdt met ziektekenmerken van verzekerden. De verdelende werking van het model is met de introductie van deze maatstaf sterk verbeterd. Op 1 januari 2003 zullen enkele verdere aanpassingen in het verdeelsysteem worden aangebracht, samenhangend met de geleidelijke introductie van dbc's in het bekostigingssysteem voor de ziekenhuizen. Voor 1 januari 2004 staan belangrijke vervolgaanpassingen op het programma in verband met de beoogde verdere dbc-ontwikkeling.

3.3.5. Afschaffing Kas voor Zeelieden

Op grond van de Ziekenfondswet bestaat er tot op heden een afzonderlijk Kas voor de ziekenfondsverzekering van zeevarenden. Uit een onderzoek en adviestraject dat het CVZ heeft doorlopen is gebleken dat deze afzonderlijke Kas kan worden afgeschaft. Afschaffing van de afzonderlijke Kas voor zeelieden en gebruikmaking van de Algemene Kas van de Ziekenfondsverzekering in plaats daarvan betekent een vereenvoudiging van het financiële systeem van de Ziekenfondswet. Het afzonderlijke ziekenfonds voor zeelieden blijft wel bestaan.

3.3.6. Invoering geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf

In 2000 is een wijziging van de Ziekenfondswet tot stand gekomen die betrekking had op het invoeren van een geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf als combinatie van de voorheen door zorgverzekeraars afzonderlijk gecontracteerde en gefinancierde ziekenhuiszorg en specialistische hulp. In de loop van 2001 zijn de consequenties van de wetswij-

ziging voor de verhoudingen binnen het ziekenhuis, in het bijzonder tussen het instellingsmanagement en de medische staf nader geregeld. Hiermee is een structuur tot stand gebracht die in de toekomst grote betekenis kan krijgen voor het onderhandelingsproces tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen/specialisten. Met het in toenemende mate risicodragend worden van ziekenfondsen voor de ziekenhuisverpleging en de ontwikkeling van dbc's als toekomstige «onderhandelingstaal» tussen zorgverzekeraars en ziekenhuizen en de daarin werkzame specialisten is het belangrijk dat overeenkomsten voor het totale geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf kunnen worden gesloten. De wetwijziging heeft de basis daarvoor gelegd.

3.3.7. Aansluiting op gegevensnetwerk sociale zekerheid

In februari 2001 heeft het CVZ een rapport uitgebracht over elektronische gegevensuitwisseling. In verband daarmee heeft recent een conferentie over het zogenoemde RINIS-project plaatsgevonden. De afkorting RINIS staat voor: Routeringsinstituut voor (inter)Nationale Informatie Stroom. RINIS is een netwerk voor intersectoraal elektronisch berichtenverkeer. De doelstellingen van het project zijn:

- Efficiëntere en effectievere gegevensuitwisseling tussen zorgverzekeraars en organisaties in andere sectoren van het publieke domein;
- Leveren van een bijdrage aan het terugdringen van administratieve lasten en aan het tegengaan van fraude.

In het kader van het project RINIS wisselen ziekenfondsen en uitvoeringsinstellingen van de sociale zekerheid (uvi's) gegevens uit ten behoeve van de aan- en afmelding (als ziekenfondsverzekerde) van werknemers.

Daarnaast zullen zorgverzekeraars onder andere met de Belastingdienst, de Sociale Verzekeringsbank, de gemeentelijke sociale diensten en de Informatiseringsbank gegevens kunnen uitwisselen. Ook voor de uitvoering van de AWBZ zullen gegevensuitwisselingen tot stand kunnen komen.

3.3.8. Wet maximering reserves ziekenfondsen; uitbreiding bevoegdheden CTZ

Met het inwerkingtreden van de Wet maximering reserves ziekenfondsen per 1-1-2001 heeft het CTZ de nieuwe bevoegdheid gekregen om te bepalen dat uitgaven van ziekenfondsen, die op grond van artikel 21 van de Ziekenfondswet niet-verantwoord moeten worden verklaard, toch kunnen worden gedekt ten laste van de wettelijke middelen van de verzekering. Deze bevoegdheid is neergelegd in artikel 43b, vierde lid, van de Ziekenfondswet. De bedoeling van deze wetwijziging was om vernieuwende activiteiten van ziekenfondsen, die de doelmatigheid bevorderen, maar niet inpasbaar zijn binnen de bestaande regels, niet te ontmoedigen. Zonder deze wijziging zou dat wel gebeuren, omdat niet-verantwoord verklaarde uitgaven dan nimmer zouden mogen worden gedekt uit de wettelijke middelen.

Mede op verzoek van VWS is het CTZ bezig om zijn beleid te formuleren met betrekking tot de toepassing van zijn bevoegdheden op grond van de artikelen 21 en 43b, vierde lid. Daarbij is het CTZ gestuit op onduidelijkheid over het toepassingsgebied van artikel 43b, vierde lid. De onduidelijkheid wordt veroorzaakt door het feit dat de tekst van het artikel meer ruimte biedt dan de uitleg die aan dat artikel destijds is gegeven in de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel Maximering reserves ziekenfondsen. In antwoorden d.d. 21 maart 2002 op vragen van het Tweede Kamerlid mw. Van Blerck is reeds aangekondigd dat deze onduidelijkheid zal worden weggenomen. Door middel van een nadere schriftelijke uitleg, waarover zowel het CTZ als de Tweede en Eerste

Kamer binnenkort zullen worden geïnformeerd, zal het CTZ de ruimte krijgen om zonder interpretatieproblemen gebruik te maken van de nieuwe bevoegdheid die het heeft gekregen. Voor de ziekenfondsen is dit van groot belang, omdat zij op dit moment nog vaak in onzekerheid verkeren rond de vraag of zij bepaalde uitgaven wel of niet ten laste van hun wettelijke middelen mogen doen. Die onzekerheid leidt in veel gevallen tot terughoudendheid bij het nemen van vernieuwende initiatieven die de doelmatigheid bij de uitvoering van de Ziekenfondswet kunnen bevorderen.

3.3.9. Modernisering verantwoording en toezicht ziekenfondsen

Met de inwerkingtreding van de Wet instelling College van toezicht op de zorgverzekeringen per 1 april 2001 is een belangrijk moderniseringsproces in gang is gezet met betrekking tot de wijze waarop de ziekenfondsen verantwoording afleggen over hun handelen en het toezicht dat daarop wordt gehouden. De kern van de modernisering is dat ziekenfondsen niet wachten tot de toezichthouder hun uitgaven heeft gecontroleerd, maar zelf verantwoording afleggen over de rechtmatigheid en doelmatigheid van hun handelen. Zij doen dit door jaarlijks een uitvoeringsverslag en een financieel verslag, voorzien van een rechtmatigheidsverklaring van de externe accountant, uit te brengen. Deze verantwoordingsdocumenten vormen voor de toezichthouder (het CTZ) het aangrijpingspunt voor het oordeel over het functioneren van de ziekenfondsen en over de aanwending van de financiële middelen waarover zij in het kader van de verzekering beschikken. Ook de jaarlijkse afrekening met de ziekenfondsen wordt hierop gebaseerd.

Op dit moment verkeert de modernisering van de verantwoording in een overgangsfase. De ziekenfondsen groeien toe naar een situatie waarin zij volledig op de voorziene wijze verantwoording kunnen afleggen. De ontwikkeling van normen waaraan de verantwoording moet voldoen is nog niet volledig afgerond en de modernisering van het overeenkomstenstelsel moet nog een aantal thans bestaande knelpunten bij het afsluiten van overeenkomsten tussen ziekenfondsen en aanbieders van zorg uit de weg ruimen. De overgangsfase neemt in totaal enkele jaren in beslag. Als deze fase is afgerond, zal sprake zijn van een aanzienlijke ontbureaucratisering en versnelling in het proces van verantwoording en afrekening. Oorspronkelijk waren daarmee jaren gemoeid. Uiteindelijk zal de totale afrekening, inclusief het oordeel en de eventuele correcties door de toezichthouder, binnen één jaar na afsluiting van het boekjaar zijn afgerond.

Als het hele proces goed functioneert, dan kan de wijziging van artikel 43b ZFW, die is aangekondigd bij de plenaire behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel Maximering reserves ziekenfondsen, worden doorgevoerd. Deze wijziging zal inhouden dat als hoofdregel wordt opgenomen dat alle uitgaven van een ziekenfonds in beginsel ten laste van de wettelijke middelen mogen worden gedekt, tenzij de toezichthouder anders bepaalt. Nu nog is de hoofdregel dat niet-verantwoorde uitgaven van een ziekenfonds niet mogen worden gedekt ten laste van de wettelijke middelen, tenzij de toezichthouder anders bepaalt (zie ook paragraaf 3.3.8). Ook na deze beoogde omdraaiing van de hoofdregel blijft het overigens de verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen om zich zelf te verantwoorden over de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de verzekering.

3.3.10. Afschaffing contracteerplicht tweede compartiment

Het voornemen tot afschaffen van de contracteerplicht tweede compartiment loopt mee met het wetsvoorstel tot herziening van het overeenkomstenstelsel. De beoogde datum van inwerkingtreding is 1-1-2004. Redenen tot afschaffing van de contracteerplicht zijn de volgende:

- contracteerplicht belemmert de vraagsturing respectievelijk de keuzevrijheid van verzekeraars;
- de contracteerplicht bevoordeelt Nederlandse instellingen boven buitenlandse zorgaanbieders;
- deregulering.

3.3.11. Goed verzekeraarschap; eigen instellingen; deelnemingen

In voorbereiding is een wetsvoorstel waarin verschillende wijzigingen van de Ziekenfondswet zullen worden opgenomen. De belangrijkste wijzigingen betreffen:

- het formuleren van een norm inzake «goed verzekeraarschap» als basis voor een door de ziekenfondsen zelf op te stellen nadere uitwerking.
- Het aanscherpen van de toelatingsvoorwaarden voor ziekenfondsen, in het bijzonder inzake de eis dat een ziekenfonds moet voorzien in toezicht op zijn bestuur.
- Het verduidelijken van het werkdomein van ziekenfondsen. Bestaande onduidelijkheden zullen worden weggenomen. Bestaande deelverboden om binnen de eigen rechtspersoon andere activiteiten te ontplooien dan uitvoering van de Zfw worden geschrapt en vervangen door één algemene bepaling.
- Het opheffen van het verbod voor ziekenfondsen om eigen instellingen te exploiteren en het opnemen van de mogelijkheid van financiële en/of bestuurlijke deelnemingen van ziekenfondsen in zorgaanbieders.
- Het invoeren van preventief toezicht door het CVZ op «lege» ziekenfondsen.

Van de genoemde punten zal vooral het opheffen van het verbod op eigen instellingen en het openen van de mogelijkheid van financiële en bestuurlijke deelnemingen een nieuw instrument betekenen voor de ziekenfondsen om de verzekering zo doelmatig mogelijk uit te voeren. De sturingsmogelijkheden worden erdoor vergroot en ziekenfondsen krijgen de beschikking over een nieuw middel in hun onderhandelingen met bestaande zorgaanbieders (de mogelijkheid van «zelf doen»). Volgens planning zal het wetsvoorstel dit jaar ter behandeling aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

3.3.12. Beleidsregel lokale productiegebonden toeslag

Het veranderingsproces heeft ook zijn vertaling gekregen in beleidsregels van het CTG. Zo geldt sinds 1 januari van dit jaar de beleidsregel lokale productiegebonden toeslag. Deze beleidsregel biedt ziekenhuizen de mogelijkheid om met de lokale zorgverzekeraars een toeslag op het budget af te spreken voor de financiering van activiteiten en projecten waarvoor het budget geen dekking biedt. In tegenstelling tot de beleidsregel zorgvernieuwing die gold in 2001, vindt geen inhoudelijke toetsing van de ingediende projecten door het CTG meer plaats. Het CTG toetst nog slechts of de toeslag binnen de maximaal toegestane marge blijft. De inhoudelijke toetsing van projecten geschiedt volledig door de lokale partijen. Belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de projecten op enigerlei wijze productiegerelateerd zijn.

3.3.13. Beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen

Vergelijkbaar met de lokale productiegebonden toeslag is de beleidsregel dure geneesmiddelen in ziekenhuizen. Ook die beleidsregel biedt veel ruimte en verantwoordelijkheid aan lokale partijen. Deze beleidsregel, die eveneens geldt vanaf 1 januari 2002, bepaalt dat ziekenhuizen met de zorgverzekeraars afspraken kunnen maken over de hoogte van de vergoeding van bepaalde dure geneesmiddelen.

4 Slot

De Eerste Kamer heeft met zijn schriftelijke vragen van medio 2001 over *De zorg in Nederland* en met het debat dat op 30 oktober 2001 naar aanleiding van de antwoorden op die vragen is gehouden, een belangrijke impuls gegeven aan reflectie op het beleid dat de afgelopen 15 jaar is gevoerd met betrekking tot vernieuwingen in de inrichting en besturing van het Nederlandse zorgstelsel. Wij zien ook heden met voldoening terug op het toen gevoerde debat. Als huiswerk uit dat debat is overgebleven het opstellen van een overzicht van actuele inspanningen om het proces van deregulering in de zorgsector daadwerkelijk vooruit te helpen en de door het kabinet beoogde nieuwe verantwoordelijkverdeling in de zorg dichterbij te brengen. Wij hebben van dit huiswerk geen «vluggertje» willen maken. Met deze brief en de daarbij behorende bijlage hopen wij een goed en gedegen overzicht te geven van de hoofdzaken van het proces van het scheppen van ruimte en het creëren van voorwaarden voor partijen in de zorg om meer verantwoordelijkheden op zich te nemen.

Het geheel overziende mogen wij vaststellen dat er op een flink aantal terreinen ontwikkelingen in gang zijn gezet en dat er ook reeds resultaten zijn bereikt. Wij wijzen er op dat dit is gebeurd in een situatie waarin geen politieke beslissingen waren genomen over de toekomstige inrichting van het zorgstelsel. Dit betekent dat alleen de door het kabinet, net als door al zijn voorgangers sinds 1987, aangehouden beleidslijn van een geleidelijke overgang naar vraagsturing, van het in dat kader overdragen van verantwoordelijkheden van de overheid naar partijen in het veld en van het opbouwen van een regierol voor zorgverzekeraars de leidraad heeft gevormd voor de genomen maatregelen en initiatieven. Het is van belang te beseffen dat deze omstandigheden beperkingen met zich mee hebben gebracht voor het resultaat dat van de ondernomen inspanningen mocht worden verwacht. Zo hebben alle activiteiten, gericht op het opbouwen van een regierol voor zorgverzekeraars zich tot nu toe beperkt tot de ziekenfondsen en moest veel regelgeving die zorgt voor goede financieringsarrangementen voor de andere verzekeringssectoren in stand blijven. Zolang er geen definitieve beslissing is genomen om te komen tot een algemene verzekering voor de curatieve zorg, kan dit ook niet anders. De duidelijkheid en daarmee ook het tempo van het totale veranderingsproces, inclusief de rol die alle betrokken partijen daarin spelen, zal sterk gebaat zijn bij een spoedige en heldere beslissing over het tot stand brengen van een zodanige verzekering. Het kabinet heeft met de nota *Vraag aan bod* van juli 2001 zijn visie hierover neergelegd. Uit het debat dat daarover op 13 maart 2002 in de Tweede Kamer is gevoerd hebben wij de conclusie getrokken dat er een brede politieke overeenstemming bestaat over de uitgangspunten waarop de nota *Vraag aan bod* is gebaseerd. Wij spreken daarom de hoop uit dat spoedig na de verkiezingen van 15 mei 2002 beslissingen kunnen worden genomen. Wij verwachten dat het veranderingsproces waarover deze brief handelt daardoor in een stroomversnelling zal komen.

Toch moet bij een veelomvattend proces van deregulering en gedragsverandering, zoals dat in de zorgsector aan de orde is, ook het volgende worden bedacht. Voor een geslaagde gewenning aan nieuwe rollen voor vele spelers in de zorg, voor werkelijk ander gedrag, is niet alleen een duidelijke en bestendige politieke koers nodig, maar ook tijd. Ongeduld over het uitblijven van concrete resultaten op korte termijn kan een ernstige bedreiging vormen voor het werkelijk bereiken van die resultaten op iets langere termijn.

Tevens moet worden bedacht dat deregulering weliswaar ruimte schept voor partijen, maar dat dit meestal niet betekent dat de taken van degenen die de ruimte moeten invullen (zorgverzekeraars, zorgkantoren, e.a.) worden verlicht. Het tegendeel zal doorgaans het geval zijn. Dit betekent dat de uitvoeringsorganisatie in de zorg behoorlijk zwaar wordt belast door alle veranderingen die worden gevraagd. Daarmee moet terdege rekening worden gehouden in de hoeveelheid en het tempo van de maatregelen die worden genomen.

Wij hopen met deze brief te hebben duidelijk gemaakt dat belangrijke ontwikkelingen in de zorgsector in gang zijn gezet. Meer en van grotere betekenis dan de oppervlakkige waarnemer zal hebben opgemerkt. Degenen die dieper kijken zullen het wellicht met ons eens zijn dat daarmee een goede bodem voor de noodzakelijke verdere veranderingen is gelegd, die uiteindelijk zullen helpen om de problemen die burgers dagelijks ondervinden in de zorg (bijvoorbeeld wachtlijsten) werkelijk op te lossen. Naar onze waarneming is hiervoor inmiddels draagvlak in de zorgsector zelf gegroeid en het groeit verder. Dit betekent dat het nu tijd is voor het nemen van een aantal structuurbepalende politieke beslissingen. Daarmee doelen wij niet alleen op de hierboven reeds besproken inrichting van één zorgverzekering voor iedereen, maar ook op de totstandkoming van voorstellen als de WEZ en de later dit jaar in te dienen herzieningen van het overeenkomstenstelsel van de Ziekenfondswet en de WTG.

Een afschrift van deze brief zenden wij aan de voorzitter van de Tweede Kamer.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegenthart