

Vergaderjaar 1995–1996

24 478

Prijsbeleid en financieel beleid zorgsector

Nr. 2

NOTA

Inhoudsopgave

Samenvatting		2
1.	Inleiding	4
2.	Hoofdlijnen Zorg in het Regeerakkoord	5
2.1	Ordering zorgsector: drie compartimenten	6
2.2	Nieuwe budgetdiscipline	6
3.	Financieel beleid zorgsector	7
3.1	Ziekenfondsbudgettering	7
3.2	Risico dragen in de particuliere markt	9
4.	Prijsbeleid per compartiment van de zorgsector	10
4.1	Compartiment 1, de Awbz-sectoren	10
4.2	Compartiment 2, de curatieve zorg	12
4.3	Compartiment 3, de aanvullende verzekering	15
5.	Compartiment overstijgende onderwerpen	16
5.1	Marktwerking en mededinging	16
5.2	Verbeteringen in de nominale mutatiesystematiek	18
5.3	Voorgenomen wijzigingen in de Wzv	19
5.4	Informatievoorziening	19
5.5	Rol van het Cotg	20
6.	Overzicht actiepunten	20
Bijlage 1.	Toepassing van de Wtg in de huidige situatie	

SAMENVATTING

De zorgbehoeften van de burger dienen het aanbod aan zorg te bepalen. Alles heeft echter zijn prijs en niet alles is betaalbaar.

Aan zorg mag in deze regeerperiode jaarlijks 1,3 % méér worden uitgegeven.¹ Om te zorgen dat de groei dit percentage niet overstijgt en bovendien dáár wordt aangewend, waar de overheid dat wenselijk acht, voert de overheid een prijs- en kostenbeheersingsbeleid. Dit is onder meer gebaseerd op de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg). De afspraken in het regeerakkoord maken een aanpassing van de toepassing van deze wet noodzakelijk. De belangrijkste wijzigingen zijn aan het eind van deze samenvatting schematisch weergegeven.

Verzekeringstechnisch kan de zorg in drie delen – compartimenten – worden verdeeld.

Het eerste compartiment: de care

In het eerste deel of compartiment zitten de particulier onverzekerbare risico's: langdurige zorg, waaronder zorg voor ouderen (care). Financiering gaat via de Awbz, de Algemene wet bijzondere ziektekosten. Om de groei binnen het vastgestelde budget te houden stuurt de overheid in dit compartiment op het aanbod. Aantallen bedden en plaatsen stelt de overheid vast door middel van erkenningen. Deze erkenningen geven recht op financiering via de Awbz.

Tegelijkertijd is een strakke budgetdiscipline noodzakelijk. Daarom zullen vanaf 1996 budgettaire kaders op grond van artikel 11 van de Wtg voorafgaand aan het boekjaar worden vastgesteld. Bovendien worden de indieningstermijnen voor het vaststellen van budgetten zodanig vervroegd, dat tussentijdse bijsturing van overschrijdingen mogelijk is. Ook is een herijking voorzien van de richtlijnen binnen de care-sectoren.

Het tweede compartiment: de cure

Het tweede deel omvat een pakket van aanspraken op curatieve zorg, dat de overheid vaststelt. Mensen zijn hiervoor verzekerd bij een ziekenfonds, via een particuliere ziektekostenpolis, of via de Wtz (een standaardpolis of een standaardpakketpolis). Het gaat dan om zorg die het ziekenhuis biedt, om de dokter, geneesmiddelen, enz. (cure).

In dit tweede compartiment maakt een afgewogen prijsbeleid een onderscheid noodzakelijk tussen vaste en variabele kosten. Vaste kosten zijn de kosten die verzekeraars niet kunnen beïnvloeden.

De gebouwde infrastructuur is daar een voorbeeld van. De overheid blijft hiervoor verantwoordelijk. Verzekeraars dragen slechts een beperkt financieel risico voor dit deel van de kosten.

Variabele kosten omvatten de variabele component in de budgettering van de ziekenhuizen en de kosten voor de vrije beroepsbeoefenaren (specialisten, huisartsen, paramedici, enz.). Verzekeraars kunnen invloed uitoefenen op deze kosten.

Daarom zullen voor deze kosten «prikkel» aan de vraagzijde de groei binnen de perken moeten houden. Een van de belangrijkste maatregelen om «prikkel» in het systeem in te bouwen is een versnelde afbouw van het verevenings- en nacalculatiepercentage in de ziekenfonds-budgettering. In drie gelijke stappen zullen deze percentages – momenteel respectievelijk 90 en 75 – in 1998 tot 0 zijn teruggebracht.

Tegelijkertijd wordt de marktwerking verbeterd. De huidige aanbod-regulering wordt flexibeler. De nadere detaillering van de erkenning wordt afgeschaft, en in plaats van de huidige instellingsbudgettering bij de

¹ Het regeerakkoord gaat er vanuit dat een volumegroei van 1,3% als uitgangsniveau vooralsnog voldoende moet zijn. Zie voor een nadere toelichting op het uitgangsniveau de nota «Zorg in het regeerakkoord», pag. 5 en 6.

ziekenhuizen komt er een systeem van produktprijzen. Instandhoudingsinvesteringen zullen niet langer vergunningsplichtig zijn via de Wzv (Wet ziekenhuisvoorzieningen).

Als de markt in dit tweede compartiment voldoende werkt, de verzekeraars substantieel risico dragen, en de ziekenhuizen met produktprijzen gaan werken, is de verwachting dat de Wtg voor het variabele deel van de kosten in dit compartiment overbodig wordt. Voorlopig blijft prijsbeheersing nog wel via de Wtg geregeld; kostengevolgen van volumeoverschrijdingen zullen vanaf 1997 in beginsel niet meer kunnen worden beheerst via rechtstreekse ingrepen in de budgetten van aanbieders. Langs indirecte weg (pakketsamenstelling, polisvoorwaarden) blijft wel de mogelijkheid van kostenbeheersing aanwezig.

Het derde compartiment: facultatief

In het derde compartiment vallen alle zorgvoorzieningen, waartegen mensen zich via aanvullende polissen individueel zouden willen verzekeren – tandartsenhulp, alternatieve behandelwijzen, kortom zorg die minder noodzakelijk is of voor eigen rekening van mensen kan komen. De verantwoordelijkheid voor de beheersing van de kosten ligt in dit compartiment niet bij de overheid. Desondanks blijft de overheid voorlopig – tot dat een goede marktwerking is gerealiseerd – toezicht houden op een beheerst prijsbeleid.

Maatregelen die in alle compartimenten gelden

Met name in het tweede en derde compartiment zullen maatregelen gaan gelden om het mededingingsbeleid te verscherpen. De rol van het Cotg (Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg) zal, als gevolg van het prijsbeleid, veranderen. Bovendien zal de informatievoorziening moeten verbeteren om monitoring mogelijk te maken van de wijzigingen in het tweede en derde compartiment. Tenslotte verandert de beheersing van de zogenoemde nominale kostencomponenten. Dat betekent dat de huidige automatisen bij de loon- en prijsaanpassingen worden doorbroken en de rentekosten genormeerd of geprotocolleerd.

Functie van de Wet tarieven gezondheidszorg

De functie van de Wtg is te onderscheiden in de totstandkoming van een evenwichtig stelsel van tarieven ofwel de prijzen (p) en zonnodig beheersing van de kostengevolgen van de volumeontwikkeling (q), de totale macrolasten (p*q).

Binnen het prijsbeleid is er een onderscheid te maken tussen de huidige overgangs- en de eindsituatie.

De huidige situatie is weergegeven in onderstaand schema.

Schema 1 huidige toepassingspraktijk Wtg

	prijzen (p)	totale macrolasten (p*q)
AWBZ	X	X
ZFW/particulier-vast	X	X
ZFW/particulier-variabel	X	X

X= regulering of beheersing op grond van de Wtg

O= geen regulering noch beheersing op grond van de Wtg

In de overgangssituatie blijft de Wtg voor alle zorgsectoren van kracht, zij het dat de toepassing van de Wtg in het kader van de macrokostenbeheersing wijzigingen ondergaat.

Dit is als volgt schematisch weer te geven:

Schema 2

	prijzen (p)	totale macrolasten (p*q)
compartiment 1	X	X
compartiment 2 – vast	X	X
compartiment 2 – variabel	X	O
compartiment 3	X	O

X= regulering of beheersing op grond van de Wtg

O= geen regulering noch beheersing op grond van de Wtg

De eindsituatie kan per (onderdeel van een) compartiment op verschillende momenten bereikt worden. Enkele onderdelen aan het eind van deze kabinetsperiode, andere het begin van een volgende kabinetsperiode. In de eindsituatie zal de Wtg alleen nog van toepassing zijn op het eerste compartiment en op het vaste deel van het tweede compartiment.

De eindsituatie laat zich als volgt schetsen:

Schema 3

	prijzen (p)	totale macrolasten (p*q)
compartiment 1	X	X
compartiment 2 – vast	X	X
compartiment 2 – variabel	O	O
compartiment 3	O	O

X= regulering of beheersing op grond van de Wtg

O= geen regulering noch beheersing op grond van de Wtg

1. Inleiding

De Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) is gericht op regulering van de prijzen en kostenbeheersing in de zorgsector. In de nota «Zorg in het regeerakkoord» van 20 maart 1995 en het bijbehorende Bestuurlijk Wetgevend Programma (BWP) (Tweede Kamer, 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2) is toegelicht dat de toepassing van de Wtg zal worden aangepast. Van majeur belang daarbij is de aanscherping en verdere ontwikkeling van het instrumentarium richting verzekeraars (ziekenfondsbudgettering en groter risico in de particuliere verzekering). Dit zal geschieden in wisselwerking met de stapsgewijze verbetering van de kostenbeheersing in de zorgsector. In de nota «Zorg in het regeerakkoord» is aangekondigd dat het kabinet de voornemens ten aanzien van het prijsbeleid zal uitwerken in een afzonderlijke nota.

Deze nota bevat:

- een inventarisatie van de consequenties voor het prijsbeleid van de nota «Zorg in het regeerakkoord», het Bestuurlijk Wetgevend Programma, het rapport van de Taskforce Volumebeperking en Kostenbeheersing en de nieuwe regels voor de budgetdiscipline;
- voorstellen voor de aanpak van de vraagstukken die voortvloeien uit de inventarisatie;
- analyse van de beleidsmaatregelen op het terrein van de budgettering van de ziekenfondsen en de particuliere verzekeringssector

Deze nota rondt tevens het proces af dat in gang is gezet met de brede verspreiding in februari 1994 van de Discussienota Prijsvorming in de

zorgsector. Het ministerie heeft reacties ontvangen van diverse organisaties van aanbieders van zorg, zorgverzekeraars en consumentenorganisaties. Uit de reacties blijkt dat brede overeenstemming bestaat over mogelijkheden tot verbetering van de Wtg-praktijk. Deze mogelijkheden hebben voor een deel niet aan geldigheid ingeboet met de koers die is ingeslagen met het nieuwe regeerakkoord.

De opbouw van de nota is als volgt. Hoofdstuk 2 beschrijft de hoofdlijnen uit de Nota «Zorg in het regeerakkoord». Aan de orde komen de ordening in drie compartimenten en de consequenties van de nieuwe regels voor de budgetdiscipline.

Vervolgens wordt in hoofdstuk 3 ingegaan op de uitwerking van de ziekenfondsbudgettering en de maatregelen voor de particuliere verzekeraarsmarkt. In hoofdstuk 4 volgt bespreking van het prijsbeleid voor respectievelijk het eerste, tweede en derde compartiment.

Hoofdstuk 5 is gericht op diverse aspecten die verband houden met het prijsbeleid en die de compartimenten doorsnijden: marktwerking en mededinging, de nominale mutatiesystematiek, de voorgenomen aanpassingen in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv), de informatievoorziening, en ten slotte de consequenties van het prijsbeleid voor de rol van het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg (Cotg). Hoofdstuk 6 geeft als afsluiting een opsomming van de actiepunten. In de bijlage wordt de toepassing van de Wtg in de huidige situatie beschreven.

2. Hoofdlijnen zorg in het Regeerakkoord

Voor een doelmatig en kwalitatief verantwoord functionerende zorg zijn diverse partijen verantwoordelijk. Schept de overheid de bestuurlijke, juridische en financiële voorwaarden, het zijn de zorgverzekeraars, de zorgaanbieders, en de patiënten/consumenten die er in belangrijke mate aan bijdragen dat de gewenste kwaliteit, doelmatigheid en toegankelijkheid in de praktijk worden gerealiseerd.

De zorgbehoeften van de burger dienen het aanbod aan zorg te bepalen. Alles heeft echter zijn prijs en niet alles is betaalbaar.

Het Regeerakkoord geeft aan dat de zorguitgaven beheerst moeten worden. Dit garandeert dat een kwalitatief goede zorg, ook bij maatschappelijke veranderingen zoals de vergrijzing, voor iedereen toegankelijk en betaalbaar blijft. Er wordt uitgegaan van een aanvaardbare volumegroei van 1,3 % per jaar.

In de «Nota Zorg in het regeerakkoord» zijn maatregelen op hoofdlijnen aangegeven die ertoe moeten bijdragen dat de beperkte volumegroei wordt bereikt. Het gaat om verschuivingen binnen het verzekeringsstelsel, uitdunning van het pakket, meer financiële prikkels tot zuinig gebruik, als mede een strak programma van volumebeperking en kostenbeheersing. Bovendien zijn nieuwe regels voor de budgetdiscipline van toepassing. Dit hoofdstuk geeft een overzicht van die voornemens uit deze nota die directe consequenties hebben voor het prijsbeleid.

2.1 Ordening zorgsector: drie compartimenten

Het kabinet onderscheidt drie compartimenten in de zorg. De aansturing geschiedt in ieder compartiment op een andere wijze, omdat er sprake is van verschillende verzekeringssystemen.

Het eerste compartiment bevat langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's die zijn verzekerd via de Awbz. In dit compartiment zal sprake zijn van strakke aanbodsturing door de overheid.

Het tweede compartiment bevat een door de overheid vastgesteld pakket van aanspraken op curatieve zorg. Dit is verzekerd via de Zfw, Wtz of particuliere verzekeringspolissen. Beheersing van de kosten zal plaats gaan vinden via prikkels aan de vraagzijde, waaronder ziekenfonds-budgettering.

Regulering van de door verzekeraars met betrekking tot ziekenhuizen niet beïnvloedbare «beschikbaarheidskosten» (dat wil zeggen de kosten van bouw o.g.v. planningsbesluiten en van andere investeringen de overige vaste lasten) zal plaats blijven vinden via de Wzv en de Wtg.

Het derde compartiment bevat de niet wettelijk verplicht verzekerde zorg en/of de zorg die voor eigen rekening van de burger kan komen. Verzekeraars kunnen daarvoor wel of geen aanvullende verzekeringsarrangementen aanbieden. Het betreft de zorg die nu reeds geen deel uitmaakt van de aanspraken ingevolge de Zfw, zoals een gedeelte van de tandheelkundige zorg en alternatieve behandelwijzen, dan wel aanspraken die na uitdunning uit het Zfw-pakket verdwijnen. De overheid is in dit compartiment niet verantwoordelijk voor de beheersing van de kosten.

2.2 Nieuwe regels budgetdiscipline

Het kabinet heeft in de Miljoenennota 1995 een reëel uitgavenkader voor de rijksbegroting, de sociale zekerheid en de zorgsector vastgelegd. Daarin zijn de voor deze kabinetsperiode afgesproken besparingen en beleidsprioriteiten verwerkt. Door toepassing van de nieuwe regels budgetdiscipline dient gedurende de kabinetsperiode aan dit kader de hand te worden gehouden.

Voor de zorgsector houden de nieuwe regels van de budgetdiscipline een aanzienlijke aanscherping in van het beheersingsbeleid. Dit betreft de volgende punten:

(1) In plaats van het Financieel Overzicht Zorg (FOZ) is het nieuwe netto budgettair kader zorg (BKZ) relevant voor de budgetdiscipline. Dit budgettair kader zorg wordt gevormd door de FOZ-uitgaven op te schonen voor enkele, voor de budgetdiscipline niet relevante, posten (bijv. de uitgaven in het derde compartiment, uitgaven van gemeenten en provincies).

(2) De geraamde nominale ontwikkelingen (lonen, materiële uitgaven, rente, afschrijvingen) worden genormeerd via de prijsstijging BBP die het nominale niveau van het uitgavenkader bepaalt. De uitgavenbeheersing is vanaf 1995 gericht op de totale kostenontwikkeling. Het verschil tussen volumegroei en nominale groei speelt geen rol meer.

(3) De netto benadering houdt in dat uitgaven worden gesaldeerd met de ontvangsten. Onder ontvangsten in de zorgsector worden onder meer verstaan de eigen bijdragen in het kader van de Awbz, eigen betalingen door ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden en ontvangsten in het kader van de VWS-begroting.

(4) Beperkingen van het verplicht verzekerde pakket (eerste en tweede compartiment) zijn eveneens relevant voor de budgetdiscipline. Indien besloten wordt tot uitdunning van het pakket, heeft dit als consequentie dat de omvang van de te beheersen kosten afneemt. De kostenontwikkeling van het aanvullende pakket, het derde compartiment, valt buiten de budgetdiscipline.

(5) Ook incidentele overschrijdingen moeten in principe worden gecompenseerd. Als na afloop van het jaar werd geconstateerd dat het uitgavenkader voor het jaar t was overschreden, werd deze overschrijding in de praktijk in jaar t+2 structureel gecompenseerd. De te hoge uitgavenniveau's voor de jaren t en t+1 werden onder het oude regime

niet gecompenseerd. Deze incidentele overschrijdingen dienen onder de nieuwe regels voor de budgetdiscipline ook te worden gecompenseerd.

Er zal sprake zijn van intertemporele compensatie in die zin, dat in beginsel alle overschrijdingen die gedurende deze kabinetsperiode zijn opgetreden en vastgesteld, ook in deze kabinetsperiode dienen te worden gecompenseerd. Compensatie van een overschrijding zal dus uiterlijk in 1998 haar beslag moeten krijgen.

Aangezien in 1995 de uitgaven van de collectieve sector zich als geheel, binnen het totale uitgavenkader bevinden, zijn voor de overschrijding in de zorgsector 1995 geen compenserende maatregelen voorgesteld. Het kabinet heeft besloten om de structurele effecten in de jaren erna wel te compenseren.

De inzet van het kabinet is erop gericht door een combinatie van maatregelen voor de korte en de lange termijn overschrijdingen van het budgetair kader zorg te voorkomen (zie de nota Zorg in het regeerakkoord). Het gaat hierbij zowel om maatregelen die in het Regeerakkoord zijn beschreven, als om aanvullende maatregelen die het kabinet ontleend heeft aan het rapport van de ambtelijke Taskforce Volumebeperking en Kostenbeheersing (TVK). De voor de prijsvorming relevante maatregelen komen aan de orde in de hoofdstukken 4 en 5.

3. Financieel beleid zorgsector

3.1 Ziekenfondsbudgettering

Het kabinet streeft naar een meer kostenbewuste en een doelmatiger uitvoering van de ziekenfondsverzekering. De ziekenfondsen en de aanbieders van zorg is hierbij een belangrijke eigen verantwoordelijkheid toebedacht. Voorwaarden voor een werkzame aanpak zijn dat partijen zelf daadwerkelijk risico voor de kosten dragen en zij voldoende prikkels krijgen voor doelmatig en kostenbewust gedrag.

Ziekenfondsen lopen financieel risico doordat zij een normatief vastgesteld budget krijgen toegekend voor de financiering van de Zfw-verstrekingen (het zogenaamde verstrekingenbudget). Daarnaast krijgen ziekenfondsen een beheerskostenbudget, waarop geen nacalculatie plaatsvindt.

De Ziekenfondsraad verdeelt het totaal beschikbare verstrekingenbudget over de individuele ziekenfondsen op basis van normatieve kenmerken van de verzekerden. Deze criteria zijn sinds 1 januari 1995 gebaseerd op de volgende factoren: leeftijd, geslacht, regio en arbeidsongeschiktheid. Het ziekenfonds financiert de uitgaven aan ziekenfondsverstrekingen met het verstrekingenbudget en de additionele opbrengsten uit een door het ziekenfonds zelf vast te stellen nominale premie. Het verschil tussen het ziekenfondsbudget en de verwachte uitgaven, gedeeld door het aantal bij het ziekenfonds aangesloten verzekerden, is maatgevend voor de hoogte van de nominale premie. Ieder ziekenfonds int de nominale premie zelf. De feitelijke hoogte van de nominale premie kan afwijken van de door de overheid gehanteerde nominale rekenpremie. Die is gebaseerd op de macro-cijfers.

Het financiële resultaat van een individueel ziekenfonds over enig jaar wordt thans achteraf gemitigeerd door onderlinge verrekeningen tussen ziekenfondsen (verevening) en door afrekening via de algemene kas (nacalculatie). Enerzijds wordt hiermee de nog onvolkomen verdelende werking van de budgetsystematiek ondervangen. Anderzijds wordt recht gedaan aan het beginsel dat ziekenfondsen slechts risico geacht worden te dragen voor die uitgaven waarvan zij de hoogte zelf kunnen beïnvloeden. Nacalculatie en verevening doven echter in grote mate de

prikkel tot kostenbewust en doelmatig handelen van ziekenfondsen. Bovendien bevordert een dergelijk systeem niet de mededinging tussen ziekenfondsen.

Een efficiënte werking van de zorgmarkt is alleen mogelijk indien de verevening en nacalculatie worden afgebouwd en er voor ziekenfondsen voldoende mogelijkheden zijn om invloed op de kosten uit te oefenen.

Bij de toedeling van het Zfw-budget over 1995 bedraagt het vereveningspercentage 90 en het nacalculatiepercentage 75. De consequentie hiervan is dat ieder ziekenfonds de facto slechts over 2.5% van zijn verstrekkingenbudget financieel risico loopt. Het kabinetsbeleid is erop gericht om beide percentages in drie jaar stapsgewijs te reduceren tot nul procent per 1 januari 1998. Het Kabinet volgt daarbij het volgende schema:

	verevening	nacalculatie
1995	90%	75%
1996	60%	50%
1997	30%	25%
1998	0%	0%

Hierbij zij aangetekend dat het kabinet op 1 januari 1997 integratie voorstaat van het verstrekkingenbudget en het beheerskostenbudget.

Ten einde deze situatie te bereiken, dient een aantal stappen te worden gezet waarbij aanpassingen worden aangebracht binnen de geldende budgetteringssystematiek. Als uitgangspunt geldt dat de afbouw van de verevening en nacalculatie gelijke tred dient te houden met de toename van de beïnvloedbaarheid door ziekenfondsen van de door hen te maken kosten. De financiële risico's bij de uitvoering van de Zfw nemen immers toe. Bij de ziekenhuisverpleging, waaraan het overgrote deel van de uitgaven toevloeit, wordt een deel van de kosten door (plannings-) besluiten van de overheid bepaald. Deze zijn derhalve door ziekenfondsen niet volledig beïnvloedbaar. Bovengenoemde afbouw van nacalculatie voor deze niet door verzekeraars beïnvloedbare kosten is in deze kabinetsperiode niet aan de orde. Wel zullen de gevolgen van de verhouding vast/variabele kosten voor de marktwerking nader worden gezien (zie par. 5.1).

Als oplossing wordt gekozen voor het model waarbij het Zfw-budget wordt gesplitst in een deel ziekenhuisverpleging en een deel overige verstrekkingen. Deze oplossing is in lijn met het door het Cotg gepresenteerde model van complementaire budgettering van instellingen.

In het ziekenhuisdeel wordt onderscheid gemaakt tussen een deel voor de vaste kosten en een deel voor de variabele kosten. Hiermee wordt in de Zfw-budgettering aansluiting gezocht bij de FB-systematiek die geldt bij de algemene ziekenhuizen. Op de vaste component kunnen de ziekenfondsen weinig invloed uitoefenen. Daarvoor zal een hoge nacalculatie blijven gelden (vooralsnog 95%). Het variabele deel van de ziekenhuisverpleging en de overige verstrekkingen bevatten die kosten waarover ziekenfondsen afspraken kunnen maken met zorgaanbieders. Over die delen gaan ziekenfondsen volledig risico lopen. Dit komt tot stand via de afbouw van de nacalculatie en verevening volgens bovengenoemd schema.

Op verzoek van de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft een projectgroep bij de Ziekenfondsraad een experiment uitgevoerd waarin het beschreven splitsingsmodel theoretisch is uitgewerkt en is getoetst aan de hand van gegevens 1993 en 1994.

Uit het experiment blijkt dat de verdelende werking van het model aanzienlijk verbetert.

Bij invoering van het splitsingsmodel per 1 januari 1996 zal naar verwachting de door het kabinet beoogde dynamiek in de uitvoering van de ziekenfondsverzekering door de ziekenfondsen duidelijker dan voorheen zichtbaar worden. Dit zal zich ondermeer uiten in het ontstaan van – vooralsnog beperkte – verschillen in nominale premies tussen de ziekenfondsen.

Bovenstaande voornemens hebben ook consequenties voor de inrichting van de budgettering van ziekenhuizen. De regelgeving, zoals die is neergelegd in de Wzv en Wtg, zal over de door verzekeraars te beïnvloeden kosten op termijn worden gedereguleerd (zie paragraaf 4.2.2 en 5.3).

3.2 Risico dragen in de particuliere markt

Ook binnen de particuliere verzekeringssector dienen volgens het kabinet voldoende incentives te worden ingebouwd die leiden tot kostenbeheersing. In beginsel staan hiervoor twee wegen (of een combinatie daarvan) open: een premiebandbreedte of het terugleggen bij de particuliere verzekeraars van een deel van het risico op de Wtz-polissen. Beide zaken zijn onderwerp van overleg tussen overheid en verzekeraars. Verder is het van belang dat de toegang tot de particuliere markt en de mogelijkheden om van verzekeraar te veranderen afdoende worden geregeld (acceptatieplicht).

In het Regeerakkoord wordt onder budgettering van particuliere verzekeraars verstaan dat zij gaan werken binnen een nader vast te stellen premiebandbreedte. Hierbij zal nog nader worden gekeken naar de meest wenselijke vorm van bandbreedte (procentueel dan wel nominaal).

De theoretische aspecten rondom de invoering van een premiebandbreedte zijn, in opdracht van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, onderzocht door het Instituut Beleid en Management Gezondheidszorg (BMG) te Rotterdam. Dit heeft geleid tot het in april 1995 verschenen BMG-rapport: «Premiebandbreedte en acceptatieplicht op een concurrerende zorgverzekeringsmarkt».

De onderzoekers concluderen dat de invoering van een premiebandbreedte, samen met een acceptatieplicht, op een concurrerende markt van risicodragende verzekeraars in alle gevallen tot problemen leidt. Deze variëren van solvabiliteitsproblemen bij verzekeraars tot toegankelijkheidsproblemen bij de verzekerden. Deze problemen kunnen volgens de onderzoekers niet worden opgelost zonder het introduceren van een of andere vorm van een vereveningsstelsel «boven» de particuliere markt.

Het introduceren van een premiebandbreedte binnen de particuliere markt maakt deel uit van de in het Regeerakkoord opgenomen convengentiegedachte, die via wetgeving zou moeten worden uitgewerkt.

Inmiddels komen tussen verzekeraars en overheid afspraken tot stand over het bereiken van convergentie op vrijwillige basis.

Bij verzekeraars leidt dit tot maatregelen ten aanzien van het verzekerde pakket (maatregelen in Zfw volgen), invoering van een eigen risico aan de voet voor die verzekerden die dat nog niet hebben, het handhaven van het Geneesmiddelen vergoedingen systeem (GVS) en acceptatie van de eigen verzekerden voor de per 1 januari 1996 naar de particuliere verzekering vanuit de Awbz terug te hevelen zorgaanspraken.

Overheid en verzekeraars zoeken gezamenlijk naar wegen om kostenbeheersing in de particuliere markt te bevorderen door middel van maatregelen in de sfeer van de Wtz. Daarbij wordt gedacht aan het geleidelijk onderbrengen van het risico van bejaarde verzekerden op de maatschappijpolis.

4. Prijsbeleid per compartiment van de zorgsector

4.1 Compartiment 1, AWBZ

Het eerste compartiment bevat langdurige zorg en particulier onverzekerbare risico's, die zijn verzekerd via de Awbz.

4.1.1 Bestuurlijk kader

Voor de sectoren die in de eindsituatie deel uitmaken van het eerste compartiment (de Awbz), vindt momenteel centrale sturing plaats van de macrokosten en van de tarieven en budgetten van instellingen. De capaciteit van instellingen wordt in feite gereguleerd via het erkenningen-instrument in het kader van de Awbz. In de erkenningen zijn de aantallen bedden en plaatsen aangegeven. Nadat een erkenningsbeschikking is afgegeven, heeft een instelling toegang tot de financiering op grond van de Awbz. De Wtg-partijen, zorgaanbieders en -verzekeraars, maken op lokaal niveau productieafspraken met inachtneming van de maximaal erkende capaciteit. Dit betekent dat Wtg-partijen de hoogte van de budgetten bepalen. Aangezien de bezettingsgraad bij deze sectoren hoog is, tussen de 95% en 100%, zou de feitelijke mutatie in de productieafpraak van jaar tot jaar beperkt moeten zijn en zijn de macrokostenmutaties op grond daarvan relatief gering.

In de Nota «Zorg in het regeerakkoord» is een aantal uitgangspunten genoemd voor de wijze waarop de zorg in het eerste compartiment dient te worden vormgegeven.

In de eerste plaats wordt uitgegaan van directe overheidsbemoedienissen met de aanbodregulering en kostenbeheersing via een strak prijsregime. Het kabinet kiest hier ten principale voor een klassiek en strak model van kostenbeheersing.

In de tweede plaats zullen afzonderlijke verzekeraars bij de uitvoering van de Awbz geen rol van betekenis meer spelen. De uitvoering van de Awbz zal door verbindingkantoren plaatsvinden. Over de rol van verbindingkantoren binnen de uitvoeringsorganisatie Awbz en het beheer van de zorgvernieuwingsfondsen zal, voor het kerstreces, een afzonderlijke nota worden uitgebracht.

In de derde plaats zal een systeem van onafhankelijke indicatiestelling worden ingevoerd.

4.1.2 Kostenbeheersingsmodel

Het strakke prijsregime, zoals dat is aangekondigd in de «Nota Zorg in het regeerakkoord» en de regels van de nieuwe budgetdiscipline maken het noodzakelijk dat voor de Awbz-sectoren (per 1-1-1996) vóórafgaand aan het boekjaar budgettaire kaders op grond van artikel 11 van de Wtg worden vastgesteld. Op deze wijze kan zoveel mogelijk worden voorkomen dat overschrijdingen zich voordoen die nadien intertemporeel moeten worden gecompenseerd. De beschikbare macro-kaders staan – per sector – vermeld in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Het totaal van de gemaakte budgetafspraken dient door het Cotg aan het macro-kader te worden getoetst. Indien nodig dient tussentijds te worden bijgestuurd. Dit brengt een aanzienlijke vervroeging van de huidige procedures met zich

mee. In 1996 zal sprake zijn van een overgangsjaar. De volgende stappen zijn voor het boekjaar 1996 te onderscheiden:

1. Aanbieders en verbindingskantoren voeren in het najaar van 1995 overleg over de budgetten van 1996.
2. Verzoeken om goedkeuring, dan wel vaststelling van het budget 1996, dienen uiterlijk in december 1995 bij het Cotg te zijn gedeponneerd. Daarbij dienen tevens de vermoedelijke uitkomsten van het lopende jaar te worden aangegeven.
Indien niet tijdig een verzoek wordt ingediend, zal het budget 1996 op het oude niveau worden vastgesteld (ofwel: bevroren op het niveau van het voorafgaande jaar).
3. De minister stelt vóór 1 januari 1996 – nadat het parlement het FOZ heeft geaccordeerd – de definitieve macrobudgetten op basis van artikel 11 van de Wtg vast.
4. Het Cotg toetst het totaal van de budgetaanvragen per sector aan de afgegeven macro-budgetten.
5. Het Cotg stelt vóór 1 mei 1996 de budgetten vast.
6. Het Cotg rapporteert vóór 1 juni 1996 over het resultaat van de toetsing aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. De rapportage bevat een analyse van de oorzaken van (eventuele) overschrijdingen van de macro-kaders.
7. De minister geeft vóór 1 juli 1996 aan hoe om te gaan met (dreigende) overschrijdingen van de macro-budgetten die blijken uit de Cotg-rapportage.
8. Het Cotg zal vóór 1 september 1996, op basis van een algemene richtlijn, dan wel een aanwijzing, de budgetniveau's tussentijds aanpassen.

Om het bovenstaande te effectueren, zullen nieuwe richtlijnen moeten worden opgesteld betreffende de termijnen van indiening van budgetverzoeken en hoe om te gaan met dreigende overschrijdingen van de macro-budgetten. Toepassing van het macro-budgetartikel uit de Wtg biedt de mogelijkheid de kostengevolgen van te hoge productie-afspraken te redresseren. Voor de korte termijn (1996) zal redressering alleen kunnen plaatsvinden via generieke kortingen per sector (d.w.z. alle instellingen in een sector worden voor eenzelfde percentage aangeslagen).

Bezien zal worden of, als tijdelijke maatregel, dusdanige afspraken over de kostenbeheersing van de productie met het veld kunnen worden gemaakt dat op voorhand vaststaat dat de kans op overschrijdingen (en dus de noodzaak voor tussentijdse maatregelen) zeer klein is. Een structurele aanpak van het volume is alleen mogelijk via maatregelen met een lange-termijnkarakter, zoals onafhankelijke indicatiestelling.

In 1996 is sprake van een overgangsjaar. In 1997 zullen de procedures betreffende de budgetvaststelling verder versneld worden, zodat voor 1 juni kan worden aangegeven hoe met dreigende overschrijdingen zal worden omgegaan. Nog in 1995 zal ik het Cotg een aanwijzing geven over de macro-budgetten voor de Awbz-sectoren in combinatie met vervroeging van de indieningstermijnen.

De strakke beheersing van de kostenontwikkeling betekent derhalve, dat partijen bij het maken van productieafspraken zich moeten houden aan de beschikbaar gestelde groeiruimte, dan wel de kostengevolgen van een hoger produktievolume moeten accepteren, zijnde een lagere prijs.

In dit kader wordt overwogen het Cotg de mogelijkheid te bieden, bij tussentijdse aanpassingen in geval van dreigende overschrijdingen, te differentiëren per verbindingskantoor. Dit houdt in dat op het niveau van het verbindingskantoor kan worden afgerekend. Hiervoor zou een algemene richtlijn moeten worden ontworpen. Bij de opzet van de richtlijn zou vervolgens rekening gehouden kunnen worden met beleidsmatig beoogde substitutie tussen sectoren (bv. verpleeghuiszorg en thuiszorg).

Het Cotg zal begin 1996 over de mogelijkheden tot differentiatie (zowel op historische als op normatieve basis) gevraagd worden om een uitvoeringstoets uit te voeren. Op deze wijze zal in de Awbz-sectoren, in combinatie met een onafhankelijke indicatiestelling (waarbij de toewijzing vanzelfsprekend via het verbindingskantoor zal lopen) een strakke kostenbeheersing gestalte kunnen krijgen, terwijl er op het lokale niveau via de zorgvernieuwingsfondsen toch een zekere ruimte is om de meeste geëigende zorg te contracteren.

4.1.3 Herijking richtlijnen

Zowel bij de extramurale als de intramurale sectoren is de aansluiting tussen de werkelijke kosten die met het zorgproduct gemoeid zijn en de onderbouwing van de budgetparameters voor verbetering vatbaar. Te denken valt aan de financiële overwaardering van uitbehandelde chronische patiënten binnen de GGZ en de produktiviteitsverschillen in de thuiszorg.

Door zowel de Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking (TVK) als de Algemene Rekenkamer is erop gewezen dat dit een doelmatige aanwending van middelen (substitutie) in de weg kan staan.

De Cotg-richtlijnen voor de Awbz-sectoren zullen meer kostenconform moeten worden vastgesteld. Daarbij zullen de aanbevelingen van de TVK worden overgenomen. De herijkingsoperatie dient macro-budgetair neutraal te verlopen en per 1-1-1997 te zijn afgerond.

Het Cotg zal eind 1995 om een uitvoeringstoets worden gevraagd over bovengenoemde wijzigingen in de bekostigingssystematiek (zowel extra- als intramuraal). Daarbij zal tevens aandacht gevraagd worden voor het spanningsveld tussen enerzijds het streven naar kostenbeheersing (en noodzakelijke kortingsmaatregelen) en meer kostenconforme richtlijnen.

Voor de inzet van externe expertise door het Cotg is in 1996 f 1,0 miljoen gulden beschikbaar.

4.2 *Compartiment 2, de curatieve zorg*

Het tweede compartiment wordt gevormd door die zorgvormen die onder de in het Regeerakkoord afgesproken verplichte ziektekostenverzekering komen te vallen. Dit betreft de curatieve zorg.

4.2.1 De beheersing van de vaste en variabele kosten

In de nota «Zorg in het regeerakkoord» is aangegeven dat de overheid via de Wzv verantwoordelijk blijft voor de gebouwde infrastructuur. Er is voornamelijk voor gekozen de financiering van de vaste lasten via de verzekeraars (dus de tarieven) te laten plaatsvinden. Daarom blijft het vaste deel (kosten bouw o.g.v. planningsbesluiten en de overige vaste lasten) van de ziekenhuiszorg ook onder de Wtg-beheersing vallen.

Indien zou blijken dat het vergoeden via de verzekeraars/Wtg op technische problemen stuit, dan zou de mogelijkheid van directe financiering (via de AWBZ of de rijksbegroting) opnieuw kunnen worden bezien.

Deze kosten zijn namelijk door de verzekeraars grotendeels niet beïnvloedbaar. Wel blijft ook voor dit vaste deel van de kosten een – weliswaar beperkt – financieel risico voor de ziekenfondsen gehandhaafd.

De kostenbeheersing krijgt gestalte door vanaf 1997, nadat de technische voorbereiding is afgerond, hiervoor afzonderlijke macro-budgetten op basis van de Wtg vast te stellen.

Voor het variabele deel ligt dat anders. Dit heeft betrekking op de variabele component in de budgettering van de ziekenhuizen en op de vrije beroepsbeoefenaren (specialisten, huisartsen, paramedici etc.), zowel binnen als buiten de ziekenhuizen. Deze kosten zullen beheerst worden via de verzekeraars. De verhouding vast/variabel binnen de ziekenfondsbudgettering is in 1996 ongeveer 40/60. Het aandeel variabel zal in 1996 en 1997 geleidelijk worden vergroot. Voorwaarde hiervoor is, dat de verzekeraars invloed kunnen uitoefenen op de omvang van die kosten.

De volgende maatregelen ter deregulering van (de uitvoeringspraktijk) van de Wzv en Wtg zullen worden getroffen:

1. De nadere detaillering van de erkenning van ziekenhuizen (het aantal bedden en specialistenplaatsen) zal per 1-1-1996 worden afgeschaft.
2. De variabele component binnen de ziekenhuisbudgettering (FB-systematiek) zal worden uitgebreid tot 60%. Daartoe zullen de zogenaamde semi-vaste componenten, het aantal specialisteneenheden en het aantal bedden, vanaf 1-1-1997 geleidelijk worden ondergebracht bij de productieparameters.
3. Bij de academische ziekenhuizen zal per 1-1-1996 een op de FB-systematiek gelijkende systematiek worden ingevoerd. Academische ziekenhuizen worden, waar enigszins mogelijk, ook bij de tarifiering, op gelijke wijze behandeld als de algemene en categorale ziekenhuizen.
4. Op termijn (vanaf 1998) zal de instellingsbudgettering (voor het variabele deel) worden vervangen door een systeem van productprijzen.
5. Via uitbreiding van de melding is instandhouding tot het niveau van (vervangende) nieuwbouw niet langer vergunningplichtig (zie par. 5.4).
6. De nominale mutatiesystematiek (o.a. loon- en prijsaanpassingen) zal worden vereenvoudigd (zie par. 5.3).

Bovenstaande maatregelen bieden zorgverzekeraars de mogelijkheid op lokaal niveau tot alternatieve, maar wel adequate, productieafspraken te komen binnen de bestaande infrastructuur.

4.2.2 Prijsregulering en productprijzen

De verantwoordelijkheid voor de volumebeheersing van het variabele deel van de curatieve zorg zal bij de verzekeraars komen te liggen. Deze kabinetsperiode blijft wel de Wtg-prijsregulering, inclusief de overheidsverantwoordelijkheid in dezen, gehandhaafd. Deze verantwoordelijkheid manifesteert zich onder andere in het stimuleren van meer adequate tariefstructuren. Te denken valt hier aan gewijzigde honorering van huisartsen en specialisten in het kader van de modernisering van de curatieve zorg.

Er is voor wat betreft het variabele deel sprake van maximumtarieven voor de vrije beroepsbeoefenaren. De instellingsbudgettering zal worden geflexibiliseerd, in die zin dat een groot deel van het budget via productieafspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen zal worden bepaald. Prijsvorming zal op langere termijn, wanneer belemmeringen aan de kant van verzekeraars of bij aanbieders voor marktwerking uit de weg zijn geruimd, via de marktwerking kunnen plaatsvinden. In het variabele deel van de curatieve zorg kan dan de regulering van de prijsvorming op grond van de Wtg losgelaten worden. Een criterium voor een werkzame markt is bijvoorbeeld de vraag of sprake is van prijzen die onder het Wtg-maximum liggen (bij de vrije beroepsbeoefenaren), dan wel sprake is van een goede kostenontwikkeling (bij de ziekenhuizen). Operationalisering van dit criterium en eventuele andere criteria wordt nader onderzocht.

Omdat het kabinet het van groot belang acht meer marktwerking tot stand te brengen, wordt, ter vervanging van de huidige instellings-

budgettering, de invoering van een systeem van productprijzen bevordert. Dat brengt met zich mee dat voor alle betrokkenen inzicht dient te bestaan in de werkelijke kosten (verhouding prijs/prestatie) van de (intramurale) curatieve zorg. Dit geldt met name voor het variabele deel van de kosten. Voorzover het de reguliere ziekenhuisverpleging betreft, lopen de academische ziekenhuizen mee in het traject gericht op het tot stand brengen van productprijzen in de ziekenhuissector.

Recent is, met medefinanciering door VWS, een onderzoek gestart binnen algemene ziekenhuizen naar de ontwikkeling van produktomschrijvingen. Ook de specialistische hulp wordt bij het onderzoek betrokken. Op basis van produktomschrijvingen kan vervolgens, via de toerekening van de werkelijke kosten, tot productprijzen worden gekomen.

Op basis hiervan kunnen tussen zorgaanbieders en verzekeraars afspraken worden gemaakt over het aantal af te nemen produkten en de bijbehorende prijzen (outputpricing). Aangezien de productprijzen een reflectie zullen moeten vormen van de werkelijke kosten, zullen zij per ziekenhuis verschillen.

Een belangrijke voorwaarde voor de introductie van outputpricing is dat de verzekeraars tot effectieve kostenbeheersing komen, anders zou immers sprake zijn van een onbeheerste open-einde financiering.

De ontwikkeling van produktomschrijvingen zal naar verwachting in 1997 afgerond zijn. Daarna volgt per 1998 invoering van het produkt-prijzensysteem. Het valt dus niet te verwachten dat de instellingsbudgettering vóór 1998 kan worden losgelaten.

Wel zal in deze kabinetsperiode de huidige ziekenhuisbudgettering stapsgewijs worden geflexibiliseerd, in die zin dat een groot deel van het budget via productie-afspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen zal worden bepaald.

Over de introductie van een systeem van productprijzen in relatie tot het flexibiliseren van het huidige systeem van instellingsbudgettering zal het Cotg begin 1996 om een uitvoeringstoets worden gevraagd.

In principe wordt ervan uitgegaan dat na introductie van outputpricing, mits aan de voorwaarde van voldoende marktwerking is voldaan, de Wtg hierop niet langer van toepassing zal zijn. Het besluit hiertoe zal echter pas in een volgende kabinetsperiode aan de orde zijn.

4.2.3 De kostengevolgen van volumeoverschrijdingen

In het algemeen is de lijn als volgt. De inzet van de Wtg voor kostenbeheersing blijft gehandhaafd totdat beheersing via ander, beter voor dat doel ingericht instrumentarium kan worden gerealiseerd.

In het variabele deel bestaat het instrumentarium onder andere uit ziekenfondsbudgettering en de vergroting van de risico's van de particuliere verzekeraars bij de uitvoering van de Wtz. Daarnaast zal publiek- en privaatrechtelijke regelgeving die de onderlinge concurrentie aan de aanbodzijde belemmeren, worden weggenomen. Wanneer de publiekrechtelijk geschapen vrijheid voor marktwerking door partijen wordt ingeperkt, zal het mededingingsinstrumentarium worden ingezet.

De kostengevolgen van volume-overschrijdingen zullen, nadat sprake is van een voldoende mate van risico dragen door de verzekeraars, in beginsel niet meer via de Wtg behoeven te worden geredresseerd. Dit wordt voorzien vanaf het jaar 1997.

De consequentie hiervan is dat vanaf 1997 de verzekeraars verantwoordelijk zijn voor de volume-ontwikkeling in de curatieve sector (de omvang van de gemaakte productieafspraken met ziekenhuizen en de volumeafspraken met de vrije beroepsbeoefenaren).

In het vaste deel van het tweede compartiment (de niet door verzekeraars te beïnvloeden kosten van ziekenhuisverpleging) moeten de kosten van volumestijgingen beheerst worden door de gecombineerde inzet van Wzv en Wtg. Met ingang van 1997 zullen hiervoor macro-budgetten worden vastgesteld.

Wanneer de kosten in enig jaar sneller zijn gestegen dan waarmee bij de vaststelling van de ziekenfondsbudgetten rekening is gehouden, moet dit worden opgevangen uit eigen financiële middelen van de ziekenfondsen.

Men dient dus een buffer te creëren (via de reserves of de opbrengst van de nominale premies). Van geval tot geval zal moeten worden bezien, naar aanleiding van de achterliggende oorzaken van de kostenstijgingen en het al dan niet structurele karakter ervan, welke maatregelen getroffen moeten worden teneinde de budgetdiscipline te kunnen handhaven. In die gevallen waarin sprake blijkt te zijn van kostenstijgingen als gevolg van een onomkoombare sterkere groei van de vraag, ligt compensatie elders binnen de zorgsector in de rede. Tevens kan gedacht worden aan aanvullende maatregelen aangrijpend op de omgevingsfactoren, de financiering (omvang van het pakket, verzekeraarsbudgetten, eigen bijdragen, eigen risico) en de bekostigingsstructuur. De keuze van de maatregel is afhankelijk van de achterliggende oorzaken en welke partij (overheid, verzekeraars, aanbieders, consumenten) hierop het meest aanspreekbaar is.

Een fundamentele heroverweging van de gekozen uitvoeringsorganisatie is pas aan de orde nadat gebleken is dat decentrale beheersing via de verzekeraars en eventuele aanvullende maatregelen onvoldoende effectief is. Gezien het gekozen tijdpad bij de aanscherping van de ziekenfondsbudgettering (voltooiing per 1998) en de vergroting van het risico bij de particuliere verzekeraars, is een gefundeerd oordeel pas mogelijk in 1999.

4.3 Compartiment 3, de aanvullende verzekering

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

Zorgvormen die nu niet onder de Wtg vallen, zullen ook in de toekomst niet onder het Wtg-regime gebracht worden.

Het is de bedoeling dat de ontwikkeling van de tarieven en de vraag- en aanbodverhoudingen in de eerste twee jaar na overheveling naar het derde compartiment door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport gevolgd worden. Wanneer geoordeeld kan worden, dat sprake is van evenwichtige prijsvorming en voldoende mededinging zal, in principe na twee jaar, ook de prijsregulering worden losgelaten.

Zo snel mogelijk moet in de aanvullende verzekering evenwichtige prijsvorming plaatsvinden zonder dat de Wtg van toepassing is. Zorgverzekeraars zijn vrij zorgvormen al dan niet als verzekering aan te bieden, en mogen daarbij zelf de premiehoogte en overige verzekeringsnormen, bijvoorbeeld het acceptatieregime, vaststellen.

5. Compartiment overstijgende onderwerpen

Een aantal aspecten van het prijsbeleid loopt dwars door de verschillende compartimenten heen. De belangrijkste onderwerpen zijn:

- maatregelen ter bevordering van goede marktwerking
- verbeteringen in de nominale mutatie-systematiek
- voorgenomen wijzigingen in de Wzv
- informatievoorziening
- rol van het Cotg

Onderstaand wordt op deze aspecten ingegaan.

5.1 Marktwerking en mededinging

Om gezonde marktwerking te bevorderen, kunnen maatregelen genomen worden die ofwel de ordening van een markt wijzigen, ofwel ingrijpen in het gedrag van partijen. In de zorgsector zijn beide typen maatregelen van belang. Op verschillende terreinen waar de overheid nog sterk regulerend optreedt, zijn maatregelen nodig om de markt zijn werk te kunnen laten doen. Daar waar reeds zaken aan de markt zijn overgelaten, maar partijen de mededinging beperken, zijn maatregelen nodig om het gedrag van partijen aan te pakken.

Maatregelen ter bevordering van de marktwerking zullen veelal niet de totale zorgsector betreffen. De maatregelen zullen met name gericht zijn op de zorgsectoren die vallen onder het tweede en het derde compartiment. Immers, in het eerste compartiment is gekozen voor strakke overheidsregulering. De zorg in het derde compartiment is voor het grootste deel overgelaten aan de markt en hier is het volgen van het gedrag van partijen van belang. Wat betreft bevordering van de marktwerking vraagt het tweede compartiment de meeste aandacht.

Binnen het voor het tweede compartiment beschreven beheersingsmodel is marktwerking een middel om de doelmatigheid in de zorgsector te vergroten en de kosten te beheersen. De sinds 1992 getroffen maatregelen, zoals de opheffing van de contracteerplicht en de invoering van een stelsel van maximumtarieven, zijn onvoldoende gebleken om te komen tot gezonde marktwerking. Dit is ook uit de onlangs door de Ziekenfondsraad uitgevoerde evaluatie van het overeenkomstenstelsel naar voren gekomen. Het creëren van ruimte voor marktwerking is niet voldoende voor partijen om ook daadwerkelijk te gaan concurreren. Concurrerend gedrag is niet af te dwingen. Partijen moeten er belang bij hebben om te concurreren.

Essentieel voor de marktwerking en het functioneren van het overeenkomstenstelsel is de aanwezigheid van risicodragende verzekeraars.

Zo zullen ziekenfondsen steeds meer zelf het risico gaan dragen voor de door hen ingekochte zorg. Om verzekerden te houden en te krijgen zal een ziekenfonds kritisch zorg willen inkopen. Dit laatste is immers mede bepalend voor de hoogte van de in rekening te brengen nominale premie. En hoe lager de nominale premie, des te aantrekkelijker is de verzekeraar voor de verzekerden!

Een ziekenfonds kan pas kritisch zorg inkopen wanneer hij concurrerende zorgaanbieders tegenover zich vindt. Immers, wanneer de zorgaanbieders gezamenlijk optreden, is het voor een individueel ziekenfonds moeilijk onderhandelen, omdat hij ten opzichte van een dergelijk «blok» van aanbieders te weinig onderhandelingsmacht heeft.

Beperking van de mededinging tussen aanbieders van zorg kan het gevolg zijn van wettelijke bepalingen en van afspraken tussen de

aanbieders. Per aanbodsegment in het tweede compartiment zal worden geïnterpreteerd in hoeverre publieke en private regelgeving de mededinging tussen zorgaanbieders belemmert. Bezien zal worden welke ruimte kan worden gegeven aan structurele samenwerking (bijv. netwerkvorming) wanneer deze vanuit het algemeen belang gemotiveerd kan worden. Bij het uitvoeren van de inventarisaties wordt de door de Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelenverdeling (IWG) gehanteerde aanpak gevolgd. De IWG heeft een inventarisatie gemaakt van de belemmeringen voor marktwerking in de distributie van geneesmiddelen. In een IWG-subwerkgroep is de markt voor hulpmiddelen aan een beschouwing onderworpen.

Niet in IWG-verband, maar wel conform de IWG-aanpak, wordt eind 1995 gestart in het kader van de operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit met een inventarisatie van belemmeringen voor de marktwerking in de ziekenhuiszorg en wordt geanalyseerd welke vormen van samenwerking tussen zorgaanbieders toelaatbaar zijn uit een oogpunt van algemeen belang. Mocht uit deze analyse blijken dat er wettelijke regels zijn die de mededinging tussen zorgaanbieders onnodig belemmeren, dan zal deregulering aan de orde zijn. Het instrumentarium van de Wet Economische Mededinging (WEM) zal worden ingezet wanneer blijkt dat partijen zelf via afspraken mededinging belemmeren.

Indien duidelijk is dat partijen de mededinging beperken, kunnen de afspraken aangepakt worden via de WEM.

De WEM kan ook ingezet worden om te onderzoeken of er sprake is van beperking van de mededinging door partijen. Zo heeft de ECD recent een onderzoek naar de wijze van totstandkoming van overeenkomsten tussen apothekhoudenden en zorgverzekeraars afgerond. Momenteel loopt er een onderzoek naar de wijze van totstandkoming van overeenkomsten tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Deze onderzoeken zijn ingesteld naar aanleiding van signalen dat in een aantal regio's de publiekrechtelijk geschapen vrijheid voor marktwerking in belangrijke mate wordt beperkt. Dit gebeurt door het collectief afsluiten van medewerkersovereenkomsten welke mededingingsbeperkende bepalingen bevatten.

Een aanleiding voor een mededingingsonderzoek zou ook gelegen kunnen zijn in het feit dat de kosten van de zorg of de verzekeringspremies sneller stijgen dan redelijkerwijs verwacht mocht worden. Immers, in een situatie waarin partijen belang hebben bij goede zorg voor een redelijke prijs en dus scherp onderhandelen, ligt het voor de hand dat de kosten lager liggen dan in een situatie waar een dergelijk belang ontbreekt. Bepaalde kosten- of premie-ontwikkelingen kunnen een signaal zijn dat partijen mededingingsbeperkend gedrag vertonen, welk gedrag aangepakt zou moeten worden (zie ook par. 4.2.3.).

Voor een aantal mededingingsbeperkende afspraken gelden reeds generieke verboden. Het gaat dan om afspraken die vallen onder het Besluit horizontale prijsbinding, het Besluit marktverdelingsregelingen en het Besluit aanbestedingsregelingen. Naar verwachting zal in 1997 voor alle de mededinging beperkende afspraken een generiek verbod worden geïntroduceerd. Dan zal namelijk de nieuwe Mededingingswet in werking treden. Het betreft hier een fundamentele herziening van de mededingingswetgeving. Er zal een verbodssysteem voor mededingingsafspraken en misbruik van een economische machtspositie worden ingevoerd. De huidige WEM is gebaseerd op een misbruiksysteem, hetgeen met zich meebrengt dat het aan de Minister van Economische Zaken is om aan te tonen waarom een mededingingsafpraak of de

gedragingen van ondernemingen met een economische machtspositie in strijd zijn met het algemeen belang.

5.2 Verbeteringen in de nominale mutatiesystematiek

Diverse ontwikkelingen maken het noodzakelijk om de wijze waarop de nominale aanpassingen (lonen, materiële kosten, rente, afschrijvingen) in de budgetten en de tarieven worden verwerkt tegen het licht te houden.

Het betreft:

1. De geraamde ruimte voor nominale ontwikkelingen wordt als gevolg van de nieuwe regels voor de budgetdiscipline taakstellend.
2. De WAGGS is per 1-1-1995 vervangen door het post-WAGGS model.
3. Door de TVK is aanbevolen de gehele nominale mutatiesystematiek voor tarieven en budgetten te herzien.

De te hanteren systematiek zal in ieder geval de volgende elementen bevatten:

- De rente zal in beginsel per 1-1-1996 worden genormeerd/geprotocolleerd voor de algemene, categorale, academische en psychiatrische ziekenhuizen. Voor de overige sectoren geldt per 1 januari 1995 een stelsel van rente protocollering. De normering dient zodanig te zijn dat aanzienlijke besparingen op de rentekosten worden gerealiseerd.
- De huidige automatisen bij de toekenning van nominale aanpassingen worden doorbroken.
- Over de wijze waarop en de mate waarin nominale aanpassingen worden doorgevoerd zal jaarlijks politieke besluitvorming plaatsvinden in het kader van het FOZ.
- Acties in het kader van het post-WAGGS model, leidend tot een besluit over de overheidsbijdrage voor arbeidsvoorwaarden.
- Er zal een terughoudend «nominaal beleid» worden gevoerd. Dit houdt in dat de definitieve toedeling van loon- en prijsaanpassingen pas na afloop van het jaar plaatsvindt.

Het totaal van de nominale aanpassingen dient het beschikbare bedrag op macro-niveau niet te overschrijden.

- Nominale aanpassingen worden op basis van een aanwijzing aan het begin van enig jaar door het Cotg doorgevoerd.

Eind 1995 zal het Cotg een aanwijzing over de te hanteren nominale mutatiesystematiek op hoofdlijnen worden gegeven. Het betreft aanpassing van bestaande richtlijnen per 1-1-1996 om de invoering van een nieuwe voor- en nacalculatie-systematiek mogelijk te maken.

Dit laatste houdt in dat de verwerking van de nominale aanpassingen in twee stappen plaatsvindt:

- Allereerst een globale toedeling aan het begin van het jaar (de voorcalculatie).
- De exacte toedeling van nominale aanpassingen vindt vervolgens na afloop van het jaar, nacalculatorisch, per sector plaats.

De uitwerking van de per sector te hanteren nacalculatiesystematiek en hiermee samenhangende beheersinstrumenten (b.v. rentenormering) zal plaatsvinden door een breed samengestelde werkgroep (waarin in ieder geval VWS en het Cotg zijn vertegenwoordigd; start begin 1996). Op basis hiervan kunnen door het Cotg nieuwe richtlijnen worden ontworpen. Invoering is voorzien per 1-1-1997 (betreffende de nacalculatie 1996).

5.3 Voorgenomen wijzigingen in de WZV

In het regeerakkoord is opgenomen dat de overheid blijft sturen op het aanbod van intramurale voorzieningen en topklinische zorg. De sturing zal meer dan in het verleden op hoofdlijnen plaatsvinden. Hiervoor dient de

Wzv te worden gewijzigd. Gestreefd wordt naar inwerkingtreding van een herziene Wzv op 1 januari 1997.

Nog vóór die datum, per 1 januari 1996, is een deregulering van de huidige Wzv voorzien, via uitbreiding van de reikwijdte van het Besluit uitzondering toestemmingsprocedures. Hierbij wordt beoogd instandhouding tot het niveau van (vervangende) nieuwbouw niet langer vergunningplichtig te maken. De financiële verantwoordelijkheid voor de instandhoudingsinvesteringen zal gelegd worden bij de instellingen. Hiertoe zullen de instellingsbudgetten worden verhoogd. De bijbehorende Cotg-richtlijnen zullen moeten worden aangepast.

Essentieel voor het kunnen ontwerpen van een werkbaar bekostigingssysteem is een helder onderscheid tussen instandhouding (verantwoordelijkheid instelling) enerzijds en nieuwbouw en uitbreiding (verantwoordelijkheid overheid) anderzijds.

Het is denkbaar dat per sector een verschillend invoeringsmoment wordt gekozen.

Op deze wijze kan rekening worden gehouden met het specifieke karakter van de gebouwen (en daarmee samenhangende omvang van investeringsbeslissingen).

Tevens worden bezien op welke wijze in de toekomst overgehevelde middelen (reserveringen) binnen de instellingsbudgetten kunnen worden geormerkt. Onderzocht zal worden of kan worden volstaan met een verantwoordingsplicht via het jaarverslag. Het Cotg zal eind 1995 een aanwijzing ontvangen om budgetrichtlijnen aan te passen. Daarbij zal ook aandacht worden geschonken aan de wijze waarop met uitzonderingsgevallen dient te worden omgegaan.

5.4 Informatievoorziening

Zoals in het Bestuurlijk Wetgevend Programma en het regeringsstandpunt Modernisering Curatieve Zorg is aangegeven dient de informatievoorziening over onder andere de ontwikkeling van tarieven en budgetten te worden verbeterd. Ook de nieuwe regels voor de budgetdiscipline stellen hoge eisen aan kwaliteit en tijdigheid van de benodigde informatie. De nieuwe budgetdiscipline brengt met zich mee dat reeds in het vroege voorjaar, ten behoeve van de besluitvorming over de Kaderbrief, de realisatiecijfers van het afgelopen jaar beschikbaar moeten zijn. In de huidige situatie zijn deze cijfers echter pas in juni/juli beschikbaar.

In de Taskforce informatievoorziening FOZ (TIFOZ) is onderzocht of, en zo ja hoe, de benodigde informatie vervroegd kan worden opgeleverd. Hieruit blijkt onder andere dat de in het kader van de budgetdiscipline benodigde informatie alleen eerder gegenereerd kan worden indien tot een aanzienlijke vervroeging en stroomlijning van procedures betreffende de vaststelling van richtlijnen, instellingsbudgetten en tarieven wordt gekomen. Dit geldt zowel voor de indiening van budgetaanvragen als de definitieve vaststelling van budgetten (de nacalculatie). Verzoeken om nacalculatie worden vaak pas jaren na afloop van het boekjaar ingediend.

Voor de ziekenhuizen zijn door het Cotg reeds maatregelen genomen om indieningstermijnen te bekorten en de informatievoorziening te verbeteren.

Per 1-1-1996 zullen de procedures voor de indiening van budgetafspraken in de Awbz-sectoren zodanig dienen te werken, dat vaststelling door het Cotg in het voorjaar plaats kan vinden. Tevens dient dan een voorlopige afrekening van het afgelopen jaar te worden ingediend.

Op die terreinen waar sprake is van een terugtrekkende overheid zal (tijdelijk) monitoring van prijsontwikkelingen, (bijvoorbeeld of sprake is

van tariefafspraken onder het wettelijke maximum niveau), volumeontwikkelingen (o.a. productieafspraken) en ontwikkeling nominale premies plaatsvinden. Dit geldt zowel ten aanzien van verstrekkingen vallend onder het derde compartiment als het variabele deel van de curatieve zorg.

5.5 Rol van het cotg

Het in deze nota geformuleerde prijsbeleid heeft onontkoombaar ook gevolgen voor de rol van het Cotg.

De gedachten gaan uit naar het volgende model.

De overheid stelt op macro-niveau expliciet de uitgangspunten vast. Daarover vindt vooraf overleg plaats met het veld. Voor de care-sectoren betreft dit zowel de prijs als de totale kosten. Voor de curatieve sector zal dit beperkt zijn tot de prijzen/bekostigingsstructuren. Het Cotg stelt op basis hiervan en eigen inzichten een werkprogramma op.

Het Cotg neemt, meer dan tot nu toe het geval is geweest, op basis van zijn door de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport goed te keuren werkprogramma, het initiatief tot aanpassing van richtlijnen. Objectieveerbare en gecontroleerde gegevens van partijen zullen de basis vormen van voorstellen voor richtlijnen en tarieven van het Cotg-secretariaat aan het Cotg-bestuur.

De onafhankelijkheid van het Cotg-bestuur zal worden gewaarborgd via het Kroonledenmodel.

De overheid zal erop toezien dat de opzet en de werkwijze van het Cotg zodanig zijn dat in redelijkheid verwacht mag worden dat gewerkt wordt conform de doelstellingen van de Wtg en het door de overheid geformuleerde kosten- en prijsbeleid per compartiment. In het verlengde hiervan behoort het Cotg de minister systematisch te informeren over de uitvoering van het prijsbeleid en van zijn werkprogramma.

Een en ander houdt eveneens een herwaardering van de rol van het Cotg in. De rol van het Cotg zal wijzigen al naar gelang de toepassing van de Wtg als beheersingsinstrument in de drie compartimenten afwijkt van de huidige situatie. In het eerste compartiment, waarin de nadruk ligt op strakke aanbodsturing, leidt dit tot een actievere rol van het Cotg bij de kostenbeheersing. In het tweede en derde compartiment, zal door de inzet van andere instrumenten, de huidige regulerende rol van het Cotg afnemen.

6. Overzicht actiepunten

Hieronder vat het kabinet de voornemens voor het prijsbeleid gedurende deze kabinetsperiode nog eens samen.

Compartiment 1:

1. aanwijzingen over macro-budgetten 1996 voor de Awbz-sectoren in combinatie met vervroeging van de indieningstermijnen
2. begin 1996 Cotg uitvoeringstoets vragen over de ontwikkeling van objectieve criteria voor toetsing per verbindingskantoor van de budgetafspraken aan het macro-kader
3. eind 1995 Cotg uitvoeringstoets vragen over wijzigingen in de bekostigingssystematiek (meer kostenconforme richtlijnen)

Compartiment 2:

4. binnen de ziekenfondsbudgettering versnelde afbouw (periode van 3 jaar) van het verevenings- en nacalculatiepercentage naar 0% per 1-1-1998
5. inbrengen groter risico in de particuliere verzekering van de Wtz-populatie per 1-1-1997
6. m.i.v. FOZ 1997 aanwijzingen over macro-budgetten voor vaste deel ziekenhuiszorg
7. per 1-1-1996 afschaffing van nadere detaillering erkenning ziekenhuizen (aantal bedden en specialistenplaatsen)
8. binnen ziekenhuisbudgettering (FB-systematiek) vanaf 1-1-1997 geleidelijk onderbrengen van semivaste componenten (aantal bedden en specialistenplaatsen) bij productieparameters
9. invoering (pré) FB-systematiek bij academische ziekenhuizen per 1-1-1996
10. begin 1996 Cotg uitvoeringstoets vragen over invoering productprijzen en noodzakelijke aanpassingen ziekenhuisbudgettering
11. m.i.v. FOZ'97 in beginsel wijziging van de volumebeheersing ex Wtg van de variabele component
12. in 1996 nog aanwijzingen voor compensatie overschrijdingen 1995;
13. m.i.v. FOZ'96 incidentele kortingen omzetten in structurele maatregelen
14. inventarisatie van regelgeving die mededinging tussen zorgaanbieders onnodig belemmert
15. eind 1995 start Project Ziekenhuiszorg in kader van operatie Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW)
16. i.o.m. Ministerie van Economische Zaken inzetten instrumentarium van Wet Economische Mededinging (WEM) bij gebleken beperking mededinging
17. handhaving Wtg-prijsregulering voor variabele component, tot invoering van productprijzen systeem
18. ten behoeve van evaluatie decentrale sturing cure via verzekeraars: monitoring van prijs-, volume- en premieontwikkelingen

Compartiment 3:

19. monitoring tariefstelling en vraag- en aanbodverhoudingen van naar compartiment 3 overgehevelde verstrekkingen
20. loslaten prijsregulering ex Wtg bij gebleken evenwichtige prijsvorming en voldoende mededinging

Algemeen:

21. per 1-1-1996 deregulering Wzv
22. eind 1995 aanwijzing aan het Cotg ter aanpassing richtlijnen i.v.m. uitbreiding melding (Wzv)
23. eind 1995 aanwijzing ter aanpassing van huidige richtlijnen nominale mutatiesystematiek
24. begin 1996 start Werkgroep Nacalculatiesystematiek Nominaal

DE WERKING VAN DE WTG

1. Inleiding

In deze bijlage wordt eerst een kort overzicht gegeven van de werking van de Wtg.

2. De Wet tarieven gezondheidszorg

De Wet tarieven gezondheidszorg is een uitvloeisel van de Structuurnota uit 1974. Er waren, samenvattend, drie belangrijke redenen voor het ontstaan van de Wtg.

- a. De tarieven- en honoreringsstelsels waren ondoorzichtig en niet op elkaar afgestemd.
- b. De afstemming was noodzakelijk om een goed functionerend stelsel van voorzieningen te krijgen en tenslotte:
- c. De kostenontwikkeling binnen de totale gezondheidszorg diende beheerst te worden.

De huidige Wtg is een zogenoemde kaderwet. Dat houdt in dat verzekeraars en aanbieders van zorg een grote rol spelen bij de onderhandelingen over alle tarieven voor de diensten die binnen de gezondheidszorg worden verleend.

Doelstelling

Doelstelling van de Wtg is «het bevorderen van een evenwichtig stelsel van tarieven op het gebied van de gezondheidszorg, mede met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling». De wet regelt de manier waarop tarieven van instellingen en van individuele beroepsbeoefenaren (zogenoemde organen van gezondheidszorg) tot stand komen. Onder tarieven worden alle prijzen verstaan die zich in de zorgsector in welke vorm dan ook voordoen: honoraria, onkosten, vergoedingen, verpleegtarieven, budgetten van instellingen. De wet regelt alle tarieven (ziekenfonds en particulier inclusief onverzekerden).

Richtlijnen

De uitvoeringspraktijk van de Wtg kent drie essentiële begrippen: richtlijnen, budgetten en tarieven.

De richtlijnen zijn bij tariefsverzoeken van partijen de toets voor het Cotg. De richtlijnen vormen de basis voor de onderhandelingen tussen aanbieders en zorgverzekeraars over de tarieven.

De richtlijnen zijn in feite de kern van de wet. Het Cotg stelt de richtlijnen vast.

De minister heeft de bevoegdheid deze goed of af te keuren. De richtlijnen ontstaan op initiatief van partijen, van het Cotg zelf, of via een aanwijzing van de minister. De richtlijn bepaalt de hoogte, de opbouw en wijze van berekening van een tarief. Bij deze richtlijnen kan men twee groepen onderscheiden: richtlijnen voor de vaststelling van het budget van instellingen van niet gebudgetteerde instellingen en van tarieven van en richtlijnen voor tarieven van vrije beroepsbeoefenaren.

Richtlijnen voor budgetten

Deze richtlijnen leiden tot de vaststelling van budgetten van de instellingen. In deze richtlijnen zijn zogenaamde parameterbedragen opgenomen voor bijvoorbeeld een bed of specialistenplaats, en bepalen op welke manier de kosten van het gebouw verwerkt moeten worden. Omdat iedere instelling andere kenmerken heeft, leidt de toepassing van

de richtlijnen tot een individueel budget per afzonderlijke instelling. Het resultaat wordt getoetst en vastgesteld door het Cotg.

Op basis van het budget worden vervolgens na aftrek van de geraamde opbrengst aan neventarieven de verschillende soorten tarieven vastgesteld die de instelling in rekening brengt ter financiering van het budget.

Richtlijnen tarieven beroepsbeoefenaren

Deze richtlijnen leiden tot de vaststelling van de tarieven van de beroepsbeoefenaren, zoals de huisartsen, medisch specialisten, apothekers, fysiotherapeuten etc.. Het betreft maximumtarieven. De maximumtarieven voor deze groepen zorgverleners zijn in het hele land gelijk (nationale tarieven). Wel mogen de verzekeraars en de zorgverleners een lager tarief afspreken dan het maximumtarief volgens de richtlijnen, zonder tussenkomst van het Cotg.

Minister toetst

De richtlijnen moeten door de minister van VWS worden goedgekeurd. De minister kan richtlijnen afkeuren wanneer bijvoorbeeld het macrobudget daardoor wordt overschreden. De minister kan richtlijnen ook opleggen in de vorm van een aanwijzing. Dit middel is sinds 1992 een flink aantal keren benut om de tarieven van beroepsbeoefenaren en de instellingsbudgetten lager vast te stellen.

Dit is gebeurd om de overschrijdingen van het macrobudget te compenseren.

Wijzigingen

Veranderingen in de richtlijnen zijn mogelijk volgens in de wet vastgelegde procedures. Wijzigingen worden aangebracht op verzoek van partijen, op initiatief van het Cotg zelf, of via een aanwijzing van de overheid.

Tarieven

Tarieven kunnen pas worden berekend nadat de richtlijnen zijn vastgesteld en goedgekeurd. Representatieve partijen kunnen voorstellen doen voor een collectief (landelijk geldend) tarief. Tweezijdig dan wel eenzijdig. Ook kan het Cotg bij gebrek aan tariefsverzoek tarieven ambtshalve vaststellen. In de wet is omschreven hoe de inspraak van partijen is geregeld via hoorzittingen, bezwaar- en beroepsprocedures en waar en wanneer de stukken ter inzage liggen. Op de door de wet voorgeschreven manier onderhandelen verzekeraars en aanbieders van zorg over budgetten en tarieven voor duizenden instellingen en tienduizenden individuen. Om een indruk te geven: jaarlijks worden voor 2500 instellingen en voor 11 verschillende categorieën van vrije beroepsbeoefenaren tarieven goedgekeurd of vastgesteld.