

---

Zitting 1980–1981

---

**16 625**

**Heroverweging collectieve uitgaven**

Nr. 35

**Deelrapport 30**

**Heroverweging volksgezondheid**

## INHOUDSOPGAVE

Blz.

<b>1.</b>	<b>Inleiding en algemene uitgangspunten tot heroverweging van de gezondheidszorg</b>	<b>3</b>	<b>Bijlage 1</b>	<b>20</b>
			<b>Rapport van de subwerkgroep vrije beroepsbeoefenaren</b>	<b>20</b>
<b>2.</b>	<b>Het verminderen van de personele en materiële middelen in de gezondheidszorg en het beperken van de voorgenomen personeelsintensivering</b>	<b>5</b>	1. Inleiding	20
2.1.	Het saneren van de capaciteit van algemene ziekenhuizen	5	2. Afstemming van de opleidingscapaciteit op de te verwachten vraag naar de betrokken beroepsgroepen	21
2.2.	Overig maatregelen in de sfeer van de planning en de bouw	7	3. De mogelijkheid van een vestigingsbeleid	22
2.3.	Het beperken van de voorgenomen personeelsintensivering	7	4. Conclusie	23
2.3.1.	Het personeel in loondienst	7		
2.3.2.	De vrije beroepsbeoefenaren	8	<b>Bijlage 2</b>	<b>24</b>
<b>3.</b>	<b>Het matigen van salarissen en inkomens in de gezondheidszorg</b>	<b>9</b>	<b>Rapport van de subwerkgroep heroverweging ziektekosten</b>	<b>24</b>
3.1.	Arbeidsvoorwaarden werknemers gezondheidszorg	9	1. Algemeen	24
3.2.	Inkomens vrije beroepsbeoefenaren werkzaam in de gezondheidszorg	11	2. Voorgestaan stelsel van ziektekostenverzekeringen	25
3.3.	Samenvattend overzicht	12	3. Voordelen	26
<b>4.</b>	<b>Herziening van het stelsel van verzekeringen tegen ziektekosten</b>	<b>13</b>	4. Probleemvelden	26
4.1.	Voorgestaan stelsel van ziektekostenverzekeringen	13	5. Financiële gevolgen	27
4.2.	Differentiatie van het verstrekkingspakket in de ziekenfondsverzekering	15	<b>Bijlage 3</b>	<b>28</b>
4.3.	Wijziging eigen bijdrageregeling AWBZ	15	<b>Rapport van de subwerkgroep verstrekkingspakket ziekenfondswet</b>	<b>28</b>
<b>5.</b>	<b>Instrumentarium ter effectuering van de heroverwegingsvoorstellen</b>	<b>17</b>	1. Inleiding	28
<b>6.</b>	<b>Kwantificering van de heroverwegingsvoorstellen</b>	<b>18</b>	2. Toetsingscriteria	28
			3. Het verstrekkingspakket van de sociale ziektekostenverzekeringen	28
			<b>Bijlage 4</b>	<b>32</b>
			<b>Rapport van de subwerkgroep eigenbijdrageregeling</b>	<b>32</b>
			1. Inleiding	32
			2. Knelpunten	32
			3. Mogelijke aanwijzingen	33
			4. Evaluatie	34
			5. Financiële opbrengst	35

## 1. INLEIDING EN ALGEMENE UITGANGSPUNTEN TOT HEROVERWEGING VAN DE GEZONDHEIDSZORG

Bij het zoeken naar alternatieven om in de gezondheidszorg conform de algemene doelstelling van de heroverwegingsprocedure tot een beperking van de kosten en de collectieve lasten te komen in 1985 van circa 2,3 mld. gulden, is deels gebruik gemaakt van in het verleden in gang gezet beleid en zijn voorts geheel nieuwe elementen aangedragen. Sedert het verschijnen van de Structuurnota Gezondheidszorg in 1974, is geleidelijk vorm en inhoud gegeven aan de daarin aangegeven uitgangspunten voor de structuur, de organisatie, de beheersbaarheid en de kostenontwikkeling van de gezondheidszorg. De daarvoor benodigde wettelijke maatregelen zijn inmiddels grotendeels tot stand gebracht.

Met de Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Wet tarieven gezondheidszorg komt het wettelijk instrumentarium beschikbaar om een beheersbare ontwikkeling van de gezondheidszorg mogelijk te maken. Bij diverse gelegenheden is in het verleden aandacht gegeven aan de kostenproblematiek in de gezondheidszorg. Zowel in de zogenaamde «1%-nota» en de naar aanleiding daarvan aan de Tweede Kamer aangeboden brief «Beleidsvoornemens betreffende de kostenbeheersing in de gezondheidszorg» (september 1976), als in Bestek '81, waarvan de daarin aangekondigde beleidsvoornemens zijn uitgewerkt in de brief «Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling» (maart 1979), is een samenhangend pakket van beleidsmaatregelen voorgesteld, ten einde de kostenontwikkeling te beheersen en een proces van herallocatie van middelen te bevorderen.

De belangrijkste maatregelen die daarin zijn aangegeven hebben betrekking op:

- het beperken van de bedden capaciteit in algemene ziekenhuizen;
- het afremmen van de functie-uitbreiding in algemene ziekenhuizen;
- het bevorderen van het poliklinisch gebruik van algemene ziekenhuizen;
- het bevorderen van de efficiency en de doelmatigheid van specialistische verrichtingen;
- het stimuleren van een zorgvuldig gebruik van geneesmiddelen en een betere prijsvergelijking van voorgeschreven geneesmiddelen;
- het versterken van de eerstelijnsgezondheidszorg en de preventie;
- de afbouw van de boven-norminkomens van vrije beroepsbeoefenaren;
- de kortingen op de salarissen van de zogenaamde trendvolgers;
- de uitbreiding van de eigen bijdragen en de alternatieven daarvoor in de sfeer van het verstrekkingenpakket alsmede de kring van verzekerden;
- het herzien van de tariefsstructuur.

De gewenste ombuigingen in de gezondheidszorg konden niet alle in die mate worden gerealiseerd als aanvankelijk de bedoeling is geweest. Met name op het punt van het beperken van de bedden capaciteit in ziekenhuizen bestaat een groot verschil tussen de feitelijke capaciteit en de 4% 0-norm. Vandaar dat in dit heroverwegingsrapport daar nog eens nadrukkelijk de aandacht op wordt gevestigd.

Bij het zoeken naar nieuwe mogelijkheden om de kosten en de collectieve lasten van de gezondheidszorg verder te matigen, is een drietal basismogelijkheden te onderscheiden. Deze mogelijkheden wijken fundamenteel van elkaar af, zowel in hun effect op de verdere ontplooiingsmogelijkheden van de gezondheidszorg als op het algemeen sociaal-economische beleid. Alvorens meer in detail in te gaan op de alternatieven wordt daarom eerst een korte verkenning van de drie basismogelijkheden gegeven.

## **I. Het verminderen van de personele en materiële middelen in de gezondheidszorg en het beperken van de voorgenomen uitbreiding**

Het geheel of gedeeltelijk opheffen van voorzieningen voor gezondheidszorg en het beperken van de voorgenomen uitbreiding behoort tot een van de basismogelijkheden om de kosten te beperken. Aangezien circa 75% van de kosten bestaat uit personeelskosten en in 1981 circa 275 000 mensen werkzaam zijn in de gezondheidszorg, zal een dergelijke aanpak gevolgen hebben voor de bestaande dan wel de voorgenomen werkgelegenheid in deze sector. Een vermindering van het bestaande niveau zal in de gezondheidszorg op grote weerstanden stuiten.

De noodzaak tot het beperken van de personele en materiële middelen in de gezondheidszorg zal dan ook mede worden beïnvloed door de visie die men in het algemeen heeft op de personeelsvoorziening in de kwartaire sector als element van werkgelegenheid, in samenhang met de algemeen sociaal-economische doeleinden. Daarnaast spelen uiteraard opvattingen over de relatieve positie van de gezondheidszorg binnen de kwartaire sector en over de capaciteit en kwaliteit van de gezondheidszorg zelf een rol. Indien op grond van dergelijke overwegingen duidelijk gemaakt is dat de personeelsvoorziening in de kwartaire sector in algemene zin noodzakelijkerwijs moet worden beperkt, zullen de hier bedoelde mogelijkheden tot heroverweging duidelijk aan kracht winnen.

## **II. Matigen van de salarissen en inkomens in de gezondheidszorg**

Een tweede basismogelijkheid om de kosten van de gezondheidszorg te beperken wordt gevormd door een matigen van de lonen en inkomens van het personeel en de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Daarbij is aangesloten bij de werkzaamheden van de werkgroep Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector en is nagegaan in hoeverre de in het rapport van deze werkgroep voorkomende elementen vertaald kunnen worden naar de sector gezondheidszorg. Er zijn geen voorstellen ontwikkeld om over de gehele linie een voor deze sector specifiek inkomensbeleid te gaan voeren.

## **III. Herziening van het stelsel van verzekeringen tegen ziektekosten**

Een herziening van het stelsel van verzekeringen tegen ziektekosten vormt de derde basismogelijkheid om de collectieve lastendruk te verminderen. Het beleid ten aanzien van de financiering van de gezondheidszorg is in het afgelopen decennium beheerst geweest door de wensen ten aanzien van een algemene volksverzekering tegen ziektekosten. Dit streven heeft uiteindelijk een geleidelijke uitbreiding van de AWBZ tot gevolg gehad. Eerst de laatste jaren is onder druk van de noodzaak tot beperking van de collectieve uitgaven meer aandacht gegeven aan het invoeren van eigen bijdragen. Tegen de achtergrond van de doelstelling van de heroverwegingsprocedure is er van uitgegaan dat er voor een verder collectiviseren van de financiering van de gezondheidszorg, zowel via de algemene middelen als via de sociale ziektekostenverzekeringen, in de komende kabinetsperiode geen of nauwelijks financiële ruimte aanwezig zal zijn.

Een uitzondering zou wellicht gemaakt kunnen worden voor veranderingen in de financiering die geheel budgettair neutraal zouden kunnen plaatsvinden. Deze budgettaire neutraliteit moet echter wel naar alle betrokkenen neutraal uitwerken. Zo heeft de geleidelijke uitbreiding van de AWBZ met verstrekkingen die voordien uit andere collectieve middelen werden betaald weliswaar nauwelijks geleid tot een verhoging van de collectieve lasten in zijn totaliteit, maar deze verschuiving binnen de collectieve lasten is vrijwel geheel voor rekening gekomen van het bedrijfsleven, aangezien de AWBZ-premie voor zover het loontrekkenden betreft door de werkgever wordt betaald.

Bij de alternatieven die moeten bijdragen tot een beperking van de collectieve lastendruk van de sociale ziektekostenverzekeringen is veel aandacht besteed aan het privatiseren van deze verzekeringen. Om daartoe te komen is het een eerste vereiste dat de solidariteit in het particuliere ziektekostenverzekeringsbedrijf wordt verbeterd, ten einde een éézijdig afwentelen van hoge risicogroepen op de sociale ziektekostenverzekeringen te voorkomen. In de vrijwillige ziekenfondsverzekering en in mindere mate in de bejaardenziekenfondsverzekering is dit verschijnsel de laatste jaren in toenemende mate van invloed op de kostenontwikkeling. Regelgeving voor de particuliere ziektekostenverzekeringen ten aanzien van de verzekeringsvoorwaarden, de toelatingscriteria, de premiestructuur en de minimumomvang van het verstrekkingenpakket zou het bestaan van de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de bejaardenziekenfondsverzekering overbodig maken. Daarmee wordt een belangrijke privatisering van de financiering van de gezondheidszorg mogelijk zonder dat afbreuk gedaan wordt aan de gewenste solidariteit. Daarnaast zijn alternatieven aangegeven voor het differentiëren van het verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering. Daarbij wordt voorgesteld dat alle ziektekostenverzekeringen een basispakket aan verstrekkingen dienen te garanderen, waarbij men vrij is om zich aanvullend te verzekeren voor een aantal andere verstrekkingen. Ten slotte zullen voorstellen worden gedaan om de eigen bijdrageregeling in het kader van de AWBZ te herzien.

De hier genoemde basismogelijkheden zullen in de navolgende paragrafen verder uitgewerkt in concrete alternatieven waaruit een keuze gemaakt kan worden. Als uitgangspunt voor de heroverweging, waartegen de aangedragen alternatieven zullen worden afgezet, wordt de meerjarenraming uit het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg gebruikt, dat jaarlijks als bijlage aan de rijksbegroting van het Ministerie van Volksgezondheid en Milieuhygiëne wordt toegevoegd.

De afgelopen jaren is gebleken dat het werken met een financieel kader voor de gezondheidszorg, dat door Regering en parlement wordt vastgesteld en van jaar op jaar kan worden bijgesteld op grond van tal van overwegingen, duidelijk heeft bijgedragen tot een groter kostenbewustzijn in de gezondheidszorg. De sector als zodanig heeft feitelijk aanvaard dat Regering en parlement de financiële grenzen aangeven voor de gezondheidszorg. Het stellen van prioriteiten binnen dit kader zal, zeker gelet op de noodzaak om tot verdere matiging in de gezondheidszorg te komen, ook in de komende kabinetperiode veel aandacht dienen te verkrijgen en meer dan ooit noodzakelijk worden.

## **2. HET VERMINDEREN VAN DE PERSONELE EN MATERIËLE MIDDELEN IN DE GEZONDHEIDSZORG EN HET BEPERKEN VAN DE VOORGENOMEN PERSONEELSINTENSIVERING**

### **2.1 Het saneren van de capaciteit van algemene ziekenhuizen**

Al jaren wordt er in het beleid van uitgegaan dat de beddenscapaciteit in algemene ziekenhuizen dient te worden teruggebracht tot 4 per duizend inwoners. Het continueren van het huidige beleid om middels de planning en het bouwbeleid krachtens de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en de erkenning van instellingen krachtens de Ziekenfondswet de capaciteit van algemene ziekenhuizen terug te brengen, zal naar raming in de periode tot en met 1985 resulteren in een reductie van het aantal bedden met 1500 ten gevolge van de planning en het bouwbeleid en met circa 4000 ten gevolge van het erkenningsbeleid. Toch zal er in 1985 nog een geschatte overcapaciteit van circa 9000 bedden bestaan.

Om de capaciteiten verder te reduceren staan in beginsel de volgende twee mogelijkheden open:

– *Via de planning en het bouwbeleid*

Bij het vervangen en renoveren van een bestaand ziekenhuis kan besloten worden het nieuw te bouwen ziekenhuis een verminderd aantal bedden toe te staan ten opzichte van de capaciteit van het huidige ziekenhuis. Ook is het mogelijk om capaciteit te reduceren via zogenoemde «fusie-nieuwbouw». Dit houdt in dat indien een ziekenhuis aan vervanging toe is men een fusie tot stand brengt met een naburig ziekenhuis. Het nieuw te bouwen ziekenhuis krijgt dan meer bedden dan het bestaande dat aan vervanging toe is, doch minder dan de twee fuserende ziekenhuizen tezamen hebben.

In het kader van de heroverweging is het beleid van de afgelopen jaren geëvalueerd. Daarbij is naar voren gekomen dat tegen een belangrijk instrument, namelijk fusie-nieuwbouw, uit een oogpunt van beddenvermindering en van exploitatiekosten de nodige bezwaren naar voren kunnen worden gebracht. Ten gevolge hiervan zal de bestaande bouwprioriteit voor deze categorie voorzieningen in heroverweging genomen worden. Dit houdt tevens in dat het accent meer zal worden gelegd op de mogelijkheid om tot algehele sluiting van bestaande ziekenhuizen over te gaan;

– *Via sluiting*

Op grond van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen is het thans mogelijk om bestaande ziekenhuizen volledig te sluiten. Daarmede is de wettelijke basis aanwezig om in de komende kabinetsperiode de berekende overcapaciteit van 9000 bedden te saneren en de capaciteit te brengen op het niveau van 4‰, hetgeen uit een oogpunt van gezondheidszorg als een voldoende capaciteit kan worden beschouwd. Uit dien hoofde heeft er dan ook geen bezwaar tegen te bestaan de huidige beddenscapaciteit verder te reduceren. Evenwel zal het reduceren van de capaciteit met 9000 bedden binnen de periode van 4 jaar vergaande consequenties hebben zowel voor de werkgelegenheid in de gezondheidszorg als voor de aanpassing van alternatieve voorzieningen en voor de financiering van de eenmalige saneringskosten. Voor de kwantificering is daarom voorshands voorzichtigheidshalve uitgegaan van de veronderstelling dat in de komende kabinetsperiode circa 3000 bedden worden gesaneerd. Er moet duidelijk op worden gewezen dat een zodanig beleid alleen kans van slagen heeft als de politieke wil aanwezig is om dit te realiseren, niet alleen wanneer het om capaciteitsreductie in het algemeen gaat, maar met name wanneer het een concreet aangewezen ziekenhuis betreft.

Met betrekking tot de berekende bezuinigingen dient het volgende te worden opgemerkt. Ten einde de gewenste capaciteitsreductie te kunnen verwezenlijken zal een deel van de nu in deze ziekenhuizen verpleegde patiënten ondergebracht moeten worden in andere ziekenhuizen, dan wel een alternatieve voorziening nodig hebben, zoals verzorging in een verpleeghuis, bejaardenoord of verzorging thuis met behandeling vanuit de extramurale gezondheidszorg, waardoor een groot gedeelte van de besparing verloren zal gaan. Voorts dient rekening te worden gehouden met het feit dat sluiting gepaard zal gaan met een vermindering van de werkgelegenheid. Slechts een deel van het vrijkomende personeel zal een baan elders in de gezondheidszorg kunnen krijgen, mede om de hiervoor genoemde alternatieve zorg kunnen verlenen. Er komt zo een herallocatie van middelen tot stand die een doelmatiger gebruik van ziekenhuizen en een effectievere inzet van personeel in de gehele gezondheidszorg mogelijk maakt.

De directe besparingen die kunnen voortkomen uit een beperking van de capaciteit met circa 3000 bedden in algemene ziekenhuizen worden, gelet op het voorgaande, geraamd op 25 à 30 procent van de met de reductie samenhangende vermindering van de exploitatiekosten. In zijn totaliteit zal dit, afgezien van de eventuele kapitaalslasten, in 1985 circa f 100 mln. bedragen, voortvloeiende uit een doelmatiger gebruik van de voorzieningen van gezondheidszorg. Het berekende bedrag zal toenemen naarmate er een groter aantal bedden in de komende kabinetsperiode gesaneerd kan worden.

## 2.2. Overige maatregelen in de sfeer van de planning en de bouw

### – *Uitvoering Wet Ziekenhuisvoorzieningen.*

De Wet Ziekenhuisvoorzieningen vormt de basis voor de beheersing van de capaciteit in de intramurale gezondheidszorg voor zover betrekking hebbend op functies en gebouwen en daarmee samenhangende apparatuur en inventaris. Binnenkort zal deze wet geheel operationeel zijn wanneer een pakket richtlijnen met betrekking tot de planning formeel zal zijn vastgesteld. Deze richtlijnen zijn een samenhangend geheel van normen en methoden die toepassing vinden bij de opzet van de door provincies te maken plannen.

### – *Bouwbeleid*

De bouw van inrichtingen voor gezondheidszorg vindt voor wat betreft de uitvoering op een bepaald kostenniveau plaats. Nagegaan zal worden of er gekomen kan worden tot verlaging van het niveau van de bouwkundig functionele beoordelingsmaatstaven, hetgeen kan leiden tot een mogelijke verlaging van het thans toegestane bedrag aan bouwkosten.

### – *Substitutie van voorzieningen*

Het beleid is erop gericht via substitutie een vermindering tot stand te brengen van de klinische capaciteit in een aantal sectoren.

### – *Tempo van uitvoering van de voorgestelde maatregelen en de financiële gevolgen daarvan*

Er dient op gewezen te worden dat het bij de planning en de bouw van inrichtingen in het algemeen om zaken gaat die een lange looptijd hebben. Dit impliceert dat indien een aantal maatregelen heden zouden worden ingevoerd, pas na 1983 effecten zouden gaan optreden.

Tentatief wordt er vanuit uitgegaan dat ten gevolge van bovenstaande maatregelen er per saldo circa f 30 mln. (5%) aan bouwproductie per jaar minder plaatsvindt en hieruit volgend een exploitatievermindering wordt gerealiseerd van circa f 10 mln. per jaar. Voor het jaar 1985 betekent dit dan een besparing van circa f 50 mln.

Opgemerkt wordt dat aan een verlaging van het bouwplafond negatieve werkgelegenheidsaspecten verbonden zijn. Overigens is er in het Financieel Overzicht van uitgegaan dat de niet-structurele verlaging van het bouwplafond in 1980 met f 60 mln. bouwproductie, welke in 1981 op éénmalige basis is gecontinueerd, in 1982 wordt hersteld.

## 2.3. Het beperken van de voorgenomen personeelsintensivering

### 2.3.1. *Het personeel in loondienst*

Tegen de achtergrond van de vele wensen tot verbetering van de zorg in de gezondheidszorg die gepaard gaat met een toenemende druk om de personele bezetting in de gezondheidszorg uit te breiden, is in het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg een uitbreiding van het personeel voorzien, vooral in de verpleegkundige sfeer. De vraag naar gezondheidszorg zal de komende jaren zeker niet afnemen. Er is nog steeds sprake van een toename van de bevolking, terwijl de bevolkingssamenstelling wijst op een toenemende vergrijzing. Ook de morbiditeitsontwikkeling geeft geen aanleiding te verwachten dat de komende jaren de behoefte aan gezondheidszorg sterk zal afnemen. Eerder is het tegendeel te verwachten, vooral gelet op de ervaring dat in perioden van economische teruggang en grote werkloosheid doorgaans het beroep op de gezondheidszorg toeneemt.

Ook de medische mogelijkheden nemen nog voortdurend toe. Daarbij komt dat er de komende jaren geen grote medische doorbraken te verwachten zijn op grond waarvan een aantal gezondheidszorgvoorzieningen overbodig zou worden, als bij voorbeeld in de jaren zestig/zeventig het geval is geweest met een aantal infectieziekten. De behoefte aan het verbeteren van de kwaliteit van de zorg, die vooral tot uitdrukking komt in het voortdurend verhogen van de opleidingseisen en de vraag om meer personeel, is moeilijk in één keer om te buigen.

Evenwel, gelet op de doelstellingen van de heroverweging en het besef dat een uitbreiding van personeel structureel beslag legt op de collectieve middelen, wordt een halvering van de voorgestane personeelsintensivering in de intramurale gezondheidszorg als taakstelling voorgesteld. Hieraan ligt geen wijziging in het stelsel van zorgverlening ten grondslag doch er is een uit een oogpunt van kwaliteit verantwoord kraptemodel toegepast. De totale werkgelegenheidsontwikkeling in de gezondheidszorg wordt daarmee met 15 000 manjaren verlaagd, waarmee een besparing bereikt wordt van circa f 750 mln. in 1985. In een jaarlijks proces van prioriteitenstelling zal afgewogen moeten worden waar de resterende personeelsgroei zal worden ingezet. De personeelsontwikkeling in de gezondheidszorg komt dan nagenoeg overeen met variant IV van het rapport personeelsvoorziening kwartaire sector.

Voor de extramurale gezondheidszorg wordt binnen het streven naar versterking van de eerstelijnsgezondheidszorg de voorgenomen personeelsuitbreiding niet in heroverweging genomen.

Voor de collectief-preventieve zorg en met name voor de gezondheidsbescherming zullen de in de meerjarenraming van de rijksbegroting voorziene uitgaven dienen te worden verhoogd.

### 2.3.2. De vrije beroepsbeoefenaren

Onderstaande tabel geeft een overzicht van het verwachte aanbod van de belangrijkste categorieën vrije beroepsbeoefenaren in het jaar 1985, zoals opgenomen in de meerjarenraming van het Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg en in het jaar 2000.

	1981	1985	2000	
	Aanbod	Aanbod	Toename t.o.v. 1981	Toename t.o.v. 1981
Artsen	25 000	27 500	2 500	12 000
waarvan: huisartsen	5 900	6 200	300	1 100
specialisten	8 600	10 000	1 400	4 500
Tandartsen	4 900	6 000	1 100	4 600
Farmaceuten	1 900	2 500	600	3 200
Fysiotherapeuten	9 000	13 000	4 000	16 000

Uit dit overzicht blijkt dat in de periode 1981–1985 voor deze categorie beroepsbeoefenaren een sterke toename van het aanbod verwacht wordt en dat deze groei zich tot het jaar 2000 zal voortzetten, indien thans geen maatregelen ter beheersing van de verwachte toename worden genomen.

In het algemeen staan voor de beperking van het aanbod de volgende instrumenten ter beschikking:

1. beperking van de instroom, dat wil zeggen beperking van het aantal toe te laten studenten op universiteiten en beperking van de instroom in de beroepsopleidingen (huisartsenopleiding, specialistenopleiding);
2. beperking van de tewerkstelling door het voeren van een vestigingsbeleid.

Aangezien elk van de genoemde instrumenten zijn eigen beperkingen kent zal het grootste effect worden bereikt indien zij in samenhang worden toegepast.

Van een beperking van de opleidingscapaciteit kan op korte termijn geen effect op het aanbod worden verwacht, aangezien de meeste opleidingen 4 tot 6 jaar duren. Toch is er alle reden om zo snel mogelijk tot een dergelijke beperking over te gaan. Onderstaand overzicht geeft een vergelijking van de huidige numerus fixus c.q. instroom met de gewenste jaarlijkse instroom, gericht op het tot stand brengen van een evenwicht tussen vraag en aanbod op langere termijn.



	Numerus fixus/instroom	Gewenste instroom
Opleiding tot arts	1910	1300
waarvan: huisarts	500	400
specialist	600	400
Tandarts	465	300
Farmaceut	325	125
Fysiotherapeut	2165	500

Bij het beperken van de huidige instroom is het thans geldende criterium voor het vaststellen van de omvang van de numerus fixus, namelijk de onderwijscapaciteit, niet voldoende. Het is wenselijk dat dit criterium wordt afgestemd op de maatschappelijke behoefte, ten einde een grotere doelmatigheid te bevorderen. Hiervoor zal de geldende Machtigingswet inschrijving studenten moeten worden aangepast.

Voor de fysiotherapie-opleiding blijkt de bestaande wetgeving onvoldoende aangrijpingspunten te bieden om de opleidingscapaciteit te beperken. Voor deze opleiding dient zo snel mogelijk een speciale (nood-)wet in het leven te worden geroepen.

Aangezien een beperking van de opleidingscapaciteit op korte termijn geen effect heeft op het aantal beroepsbeoefenaren, zullen zo snel mogelijk maatregelen in het kader van een te voeren vestigingsbeleid dienen te worden genomen. Aangrijpingspunten hiervoor kunnen worden gevonden in de Wet voorzieningen gezondheidszorg, die een groot aantal mogelijkheden biedt. De geschetste situatie noodzaakt tot het kiezen van die maatregel die direct ingrijpt op de vestiging van nieuwe beroepsbeoefenaren. Door middel van een vergunningstelsel kan tot een verbod van beroepsuitoefening worden overgegaan, hetzij in het gehele land, hetzij in bepaalde gebieden. Als uitgangspunt voor het beleid zou genomen kunnen worden de thans verwachte toename van deze beroepsgroepen in de periode 1981–1985 te halveren, waarbij het accent gelegd zou kunnen worden bij de fysiotherapeuten en de specialisten. Indien deze halvering uitsluitend wordt toegepast voor de specialisten en fysiotherapeuten, mag een directe besparing op de kosten voor specialistische hulp en fysiotherapie verwacht worden van circa f 340 mln. in 1985. Het betekent dat er circa 700 specialistenplaatsen en circa 2000 fysiotherapeutenplaatsen minder in de gezondheidszorg zullen zijn.

### **3. HET MATIGEN VAN DE SALARISSEN EN INKOMENS IN DE GEZONDHEIDSZORG**

#### **3.1. Arbeidsvoorwaarden werknemers gezondheidszorg**

Het grootste deel van de werknemers in de gezondheidszorg is trendvolger. Zij volgen echter in vele gevallen niet alleen de ontwikkeling van de ambtelijke salarissen, doch voor hen gelden bovendien vaak arbeidsvoorwaardenregelingen die identiek zijn aan of sterk gelijken op ambtelijke regelingen, zoals bij voorbeeld de pensioenvoorziening. Heroverweging met betrekking tot het ambtelijke arbeidsvoorwaardenpakket of onderdelen daarvan roept dan ook onmiddellijk de vraag op of dit consequenties dient te hebben voor de diverse groepen werknemers in de collectieve sector, waaronder de gezondheidszorg, en zo ja, welke consequenties. Een uitvoerige uiteenzetting van de mogelijke maatregelen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden van de werknemers in de collectieve sector wordt gegeven in het rapport van de werkgroep Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector (HAC).

Vertaling – voor zover mogelijk – van de daar genoemde maatregelen ten aanzien van de ambtenaren naar de werknemers in de gezondheidszorg levert het volgende beleid op:

1. *Schoning trend* voor herstructurering en toeslagverwerking vanaf 1982. Dit houdt in wijziging van de trendmethodiek door het elimineren van herstructureringen van loonschalen en het verwerken van toeslagen. Geraamd wordt dat deze maatregel een besparing zal opleveren oplopend tot (in 1985) 1% van de loonsom (deze bedroeg in 1981 circa f 13 mld.

2. *Verrekening herstructurering vanaf 1977*. Hiermede wordt beoogd het elimineren van de effecten van herstructureringen in de c.a.o.-lonen sedert medio 1977. Geraamde besparing: 1% van de loonsom.

3. *Verrekening premie mutaties vanaf 1982*. Deze maatregel strekt ertoe de ambtenaren (die geen premies sociale verzekering betalen) in koopkracht een parallelle ontwikkeling te laten ondergaan als de werknemers in de particuliere sector. Aangezien de werknemers in de gezondheidszorg deze premies wel betalen kan een dergelijke maatregel niet vertaald worden.

4. *Verrekening premie mutaties vanaf 1977*. Ook deze maatregel kan niet naar de werknemers in de gezondheidszorg vertaald worden.

5. *Autonome verhoging van inhouding* door middel van een autonome aanpassing van het zogenaamde bruto/netto-verschil. Met deze term wordt bedoeld op het verschil in netto-salaris tussen een werknemer in een particuliere instelling en een werknemer met dezelfde bruto-salariëring in dezelfde functie bij een overheidsinstelling, dat veroorzaakt wordt door het verschil in de te betalen sociale premies. Nu in het kader van de heroverwegingen een autonome aanpassing van het bruto/netto-traject van de ambtenaren aan dat van andere werknemers als een van de mogelijke ombuigingen wordt genoemd, verdient het aanbeveling na te gaan in welke mate c.a.o.'s regelingen bevatten die strekken ter compensatie van genoemd verschil, ten einde te voorkomen dat door bovengenoemde aanpassing een netto-voordeel voor de werknemers in de particuliere instellingen zou ontstaan. Gesteld kan zeker worden dat expliciet ter compensatie van het bruto/netto-verschil overeengekomen regelingen, zoals de ziektekostenregelingen wordt genoemd, verdient het aanbeveling na te gaan in welke mate c.a.o.'s regelingen bevatten die strekken ter compensatie van genoemd ver van de werkgeversbijdrage in de door de werknemer verschuldigde premie van  $\frac{3}{4}$  van de ziekenfondspremie tot  $\frac{1}{2}$  van de ziektenfondspremie zou een besparing opleveren van circa f 100 mln.

6. *Het voeren van een zelfstandiger arbeidsvoorwaardenbeleid*. Dit beleid zal tot gevolg dienen te hebben dat de in dat kader te nemen maatregelen doorwerken naar de trendvolgsectoren. Het genoemde voorbeeld (het zuiveren van de prijscompensatie van de energieprijsstijging) zou in de gezondheidszorg een jaarlijkse besparing van circa 1% van de loonsom opleveren.

7. *Herziening van diverse regelingen voor ambtenaren* (bij voorbeeld reiskostenbesluit; verplaatsingskostenbesluit). Dit zal doorwerken naar de trendvolgsectoren. Een exacte besparing valt niet te ramen. Ook herstructurering van arbeidsvoorwaarden bij de lagere publiekrechtelijke lichamen kan een effect hebben op de loonkosten in deze sectoren.

8. *Maatregelen in de pensioensfeer*. Gelet op het feit dat voor het grootste deel van de werknemers in de gezondheidszorg een met het ABP-pensioen vergelijkbare pensioenregeling bestaat (PGGM), wordt ervan uitgegaan dat maatregelen die met betrekking tot de ambtenarenpensioenen worden getroffen doorwerken naar de werknemers in de gezondheidszorg. Bij de voorgestelde maatregelen wordt voortgebouwd op het rapport van de commissie-Bosman. Volledige inbouw van het AOW-pensioen zal in de voorgestelde varianten, waarbij voor de lagere inkomens een wat gunstiger

pensioenresultaat en voor de hogere inkomens wat minder dan 70 % van het bruto-eindloon wordt voorgesteld, in de gezondheidszorg circa 50 mln. opleveren. Inbouw van het gehuwden-AOW-pensioen voor alle gepensioneerden vergroot deze lastenverlichting nog met circa 30 mln.

Voor een uiteenzetting van de wettelijke mogelijkheden tot effectuering van eventuele maatregelen met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden van werknemers in de collectieve sector zij verwezen naar de desbetreffende paragraaf in het rapport van de werkgroep Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector.

### **3.2. Inkomens vrije beroepsbeoefenaren werkzaam in de gezondheidszorg**

Gelet op het karakter van het prijs-inkomensbeleid zullen maatregelen die ten aanzien van ambtelijke arbeidsvoorwaarden zullen worden getroffen doorwerken naar de medische en paramedische beroepsbeoefenaren.

Een belangrijk onderdeel van het prijs-inkomensbeleid, namelijk de afbouw van positieve restposten, zal worden voortgezet. Verder zal ter gelegenheid van de periodieke enquêtering van inkomens en kosten een zuivering plaatsvinden van de praktijkkostenbudgetten voor inkomenselementen. Effectuering van het beleid zal plaatsvinden op basis van de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije beroepsbeoefenaars, welke wet naar verwachting binnenkort in werking zal kunnen treden, alsmede op grond van de Wet tarieven gezondheidszorg, welke naar verwachting per 1 januari 1982 volledig in werking zal treden. De maatregelen ten aanzien van ambtelijke arbeidsvoorwaarden, zoals weergegeven in het rapport van de werkgroep Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector, kunnen als volgt op hun doorwerking naar de vrije-beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg beoordeeld en gekwantificeerd worden.

#### *1. Schoning van de trend voor herstructurering en toeslagverwerking vanaf 1982.*

De werkgroep HAC raamt een besparing van 1% van de loonsom. Voor de vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg levert deze maatregel circa f 33 mln. op.

#### *2. Verrekening herstructurering vanaf 1977*

De door de werkgroep HAC geraamde besparing ad 1% van de loonsom levert eveneens ongeveer f 33 mln. op.

#### *3. Verrekening premie mutaties vanaf 1982*

Uitgaande van een nauwkeurig per beroepsgroep vastgesteld, tot het norminkomen behorend, percentage voor sociale lasten zal aanpassing van de «Inhouding '81» met de mutaties van de premies AOW/AWW en WAO moeten doorwerken naar de vrije beroepsbeoefenaren. Conform de schatting van de werkgroep HAC wordt uitgegaan van een premie-ontwikkeling oplopend tot 0,7% van de loonsom in 1985. Dit betekent ten aanzien van vrije-beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg een besparing van circa f 20 mln.

#### *4. Verrekening premie mutaties vanaf 1977*

Een verdergaande verrekening van premie mutaties van medio 1977 tot eind 1978, betrekking hebbend op AOW/AWW en WAO, door de werkgroep HAC becijferd p 0,8 levert ten aanzien van vrije beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg circa f 25 mln. op. Evenals bij het hiervoor genoemde punt 2 moet ook bij deze maatregel de vraag gesteld worden of doortrekking gerechtvaardigd is.

#### *5. Autonome verhoging van de inhouding*

De autonome extra inhouding ter bestrijding van het verschil in bruto/netto-salaris als gevolg van door de overheid voor ambtenaren betaalde premie

AOW/AWW zal doorwerken naar vrije-beroepsbeoefenaren. Uitgaande van een inhouding van 5% over het maximale premie-inkomen bespaart deze maatregel voor vrije-beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg circa f 50 mln.

#### 6. *Zelfstandiger arbeidsvoorwaardenbeleid*

Maatregelen die voortvloeien uit een zelfstandig trendzettend arbeidsvoorwaardenbeleid voor ambtenaren zullen moeten doorwerken naar de vrije beroepsbeoefenaren. Het door de werkgroep HAC genoemde voorbeeld van de zuivering van de prijscompensatie voor energieprijzen, becijferd op 1% per jaar, bespaart circa f 130 mln. in 1985.

#### 7. *Herziening van diverse regelingen*

De gevolgen van deze herziening zullen per geval op hun doorwerking naar de arbeidsvoorwaardenontwikkeling van vrije beroepsbeoefenaren bezien moeten worden, evenals de wijze waarop dat moet gebeuren (bij voorbeeld door herziening van kostenbudgetten). Een kwantificering van de besparingen is thans niet mogelijk.

#### 8. *Maatregelen in de pensioensfeer*

Gezien de koppeling van de oudedagsvoorziening voor vrije beroepsbeoefenaren aan de pensioenregeling voor het overheidspersoneel zullen maatregelen voor ambtenaren moeten resulteren in een lagere aankleding voor pensioen in het norminkomen van vrije beroepsbeoefenaren.

De door de werkgroep HAC in varianten voorgestelde volledige inbouw van het AOW-pensioen levert voor vrije-beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg een besparing op van circa f 45 mln. De inbouw van het gehuwden-AOW-pensioen, door de HAC becijferd op 1% van de som van de bijdra-gegrondslagen, levert nog eens circa f 22 mln. op.

### 3.3. **Samenvattend overzicht**

De werkgroep HAC heeft zijn bevindingen neergelegd in de vorm van drie combinaties van maatregelen. Combinatie I legt daarbij het accent op aanpassingen van de trendmethodiek; combinatie II richt zich op een structurele aanpak van de bruto/netto-problematiek; combinatie III wordt overheerst door een zuivering van de prijscompensatie in het kader van een zelfstandiger arbeidsvoorwaardenbeleid.

	Combinaties HAC					
	I		II		III	
	trendv.	v.b.'en	trendv.	v.b.'en	trendv.	v.b.'en
	mln. guldens in 1985 (prijzen 1981)					
1. Schoning trend	130	33	130	33	130	33
2. Verrekening herstructurering vanaf 1977	130	33	—	—	—	—
3. Verrekening premiemutaties vanaf 1982	—	20	—	20	—	20
4. Verrekening premiemutaties vanaf 1977	—	—	—	25	—	—
5. Autonome verhoging van de inhouding	—	—	100	50	—	—
6. Zelfstandiger arbeidsvoorwaardenbeleid	—	—	—	—	520	130
7. Herziening diverse regelingen	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.	p.m.
8. Maatregelen in de pensioensfeer	50	45	80	67	80	67
Totaal trendvolgers circa	310		310		730	
Totaal vrije-beroepsbeoefenaren circa		131		195		250
Totaal-generaal circa		441		505		980

## 4. HERZIENING VAN HET STELSEL VAN VERZEKERINGEN TEGEN ZIEKTEKOSTEN

### 4.1. Voorgestaan stelsel van ziektekostenverzekeringen

De financiering van de kosten van gezondheidszorg vindt vrijwel geheel plaats middels ziektekostenverzekeringen. De hoofdvormen hiervan zijn de AWBZ, de ziekenfondsverzekeringen, de ambtenarenregelingen en de particuliere ziektekostenverzekeringen. De laatste drie verzekeringsvormen beslaan hetzelfde terrein van verstrekkingen. Het verzekerde risicopakket en de te betalen premie verschillen echter sterk per verzekeringsvorm.

De «problemen» die zich de laatste jaren in toenemende mate zijn gaan voordoen betreffen in hoofdzaak de gevolgen van een afnemende onderlinge solidariteit, die zich manifesteert in hogere premies voor slechte risico's en lagere premies voor goede risico's. Met name in de vrijwillige ziekenfondsverzekering zijn zich de problemen van een hoge premievaststelling gaan voordoen wegens het in de wet vastgelegde verbod om toelatingsbepalingen op te nemen. Hierdoor is de vrijwillige verzekering tot op zekere hoogte een «vergaarbak» geworden voor slechte risico's. Ook bij de particuliere ziektekostenverzekeringen kan een steeds grotere marktsegmentatie worden waargenomen, waardoor er in toenemende mate een scheiding tussen goede en slechte risico's gaat optreden.

Ten einde de nu bestaande financiële structuur te verbeteren en daarbij de onderlinge solidariteit – indachtig de onmogelijkheid om een algemene volksverzekering in één keer te realiseren – waar nodig te herstellen, wordt gedacht aan de volgende structurele opzet van het ziektekostenverzekeringsstelsel:

- a. Handhaving van de AWBZ in zijn huidige vorm; dat wil zeggen: instandhouding van het bestaande verstrekkingenpakket en de huidige wijze van financiering.
- b. Een verplichte verzekering voor alle actieven met een arbeidsinkomen lager dan een «loongrens», alsmede voor die gepensioneerden die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd verplicht verzekerd waren. De «loongrens» kan in eerste instantie worden vastgesteld op het bedrag van de huidige loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering.
- c. De overige verzekerden zijn aangewezen op een particuliere verzekering. Deze groep omvat:
  - werknemers met een loon boven de «loongrens»;
  - zelfstandigen;
  - bepaalde groepen niet-actieven welke momenteel een vrijwillige ziekenfondsverzekering hebben afgesloten;
  - personen die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd niet verplicht verzekerd waren.

Het overheidstoezicht op de particuliere ziektekostenverzekeraars zal in deze constructie omvattender moeten zijn dan nu het geval is. Regelgeving lijkt gewenst ten aanzien van:

- een minimum pakket;
- het acceptatiebeleid;
- de premievaststelling, inclusief leeftijdstoelagen.

De premie zal bij deze verzekeringsvorm een nominaal bedrag zijn, dat echter voor eenzelfde pakket per maatschappij voor een ieder hetzelfde zou dienen te zijn. Tussen de maatschappijen onderling kan prijsconcurrentie blijven bestaan.

#### – *Voordelen*

- De voordelen van het bovenstaande voorstel zijn als volgt:
- eenvoud en doorzichtigheid van de markt;
  - de basis van de verplichte verzekering wordt verbreed door opname van alle ambtenaren met een arbeidsinkomen onder de «loongrens», alsmede gepensioneerden;

- de optredende inkomensverschuivingen zijn voor grote groepen van zeer beperkte omvang. Alleen bij bejaarden en bij kleine zelfstandigen lijken zich problemen te kunnen gaan voordoen. Voor de eerste categorie lijken deze moeilijkheden echter binnen het stelsel oplosbaar;
- de onderlinge solidariteit in de particuliere markt wordt gewaarborgd;
- het afschuiven van slechte risico's naar collectief gefinancierde verzekeringen – en daarmee gedeeltelijk op de overheid – wordt voorkomen;
- de mogelijkheid tot het langzaamaan verwezenlijken van een volksverzekering, zowel via geleidelijke uitbreiding van de AWBZ als via een optrekken van de «loongrens», blijft open, terwijl de gevolgen van dergelijke verschuivingen duidelijker zijn aan te geven en daardoor beleidsmatig acceptabeler zijn.

– *Probleemvelden*

Voor de huidige bejaarden- en vrijwillige ziekenfondsverzekering alsmede voor de bestaande ambtenarenregelingen is in de nieuwe opzet geen plaats. Deze verzekerdenbestanden zullen in principe gesplitst worden in een gedeelte dat overgaat naar de verplichte verzekering en een gedeelte dat zich particulier moet gaan verzekeren.

(In het Rapport Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector zijn met betrekking tot de bestaande ambtenarenregelingen de effecten berekend welke invoering van het voorgestane stelsel met zich mee zouden brengen. Het betreft hier zowel de inkomenseffecten voor de ambtenaren, als de effecten voor de overheid als werkgever. Daarnaast is in het rapport van de werkgroep Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector een alternatief voorgesteld, nl. één algemene ziektekostenregeling voor het gehele overheidspersoneel op basis van het restitutiestelsel, toegepast op het verstrekkingenpakket ingevolge de Ziekenfondswet.)

In de sfeer van de particuliere verzekering zal het nodig zijn – al dan niet door wettelijke maatregelen – de nodige waarborgen te scheppen voor het behoud van de onderlinge solidariteit. Met name ten aanzien van de slechte risico's zal een acceptabele oplossing gevonden moeten worden. Hierbij kan gedacht worden aan een systeem grotendeels analoog aan het huidige NOZ-polissensysteem.

Voor zover de inkomensgevolgen voor kleine zelfstandigen onaanvaardbaar zouden zijn, is het niet wenselijk deze binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen op te lossen, maar moet gestreefd worden naar maatregelen in de sfeer van de inkomensvorming.

In zijn algemeenheid zal zich een overgangsproblematiek voordoen die er vermoedelijk toe zal leiden dat het voorgestane systeem slechts in fasen kan worden ingevoerd.

– *Financiële gevolgen*

Zoals boven reeds aangegeven lijken zich op individueel gebied slechts bij een beperkte groep, de kleine zelfstandigen, inkomensmutaties van enige importantie te gaan voordoen. De collectieve verschuivingen vallen niet exact te berekenen. Enerzijds wordt een gedeelte van de ziektekosten gecollectiviseerd, namelijk van rijksambtenaren met een arbeidsinkomen onder de «loongrens», anderzijds zal een gedeelte van het huidige bestand van bejaard- en vrijwillig verzekerden en van de ambtenarenregelingen zich op de particuliere markt begeven. Dit laatste zal echter overheersen.

Ten aanzien van de rijksbijdragen kan worden gesteld dat, gezien de grotere onderlinge solidariteit die in het voorgestane systeem wordt bereikt, de benodigde groei van deze bedragen lager zal zijn dan waarvan anders sprake zou zijn. Hoewel de voorgestane herziening niet danwel weinig direct bijdraagt aan het verlagen van de kosten van gezondheidszorg, betreft het hier een privatisering van de collectieve lastendruk, zoals deze thans wordt gedeïnieërd. Naar raming zal een bedrag van f 1 mld. overgeheveld worden naar de particuliere sector.

#### **4.2. Differentiatie van het verstrekkingenpakket in de ziekenfondsverzekering**

De vraag kan worden gesteld of een uniform verstrekkingenpakket niet iedere prikkel heeft weggenomen om tot een zorgvuldig gebruik van voorzieningen te komen. Zou het niet juist zijn de verstrekkingen meer te richten op groepen van verzekerden die menen aan een bepaald pakket van verstrekkingen behoefte te hebben?

Aan de andere kant kan de vraag gesteld worden of de geleidelijke uitbreidingen van het verstrekkingenpakket in de voorliggende periode van grote economische groei, de verzekering wellicht heeft uitgebouwd boven een niveau dat oorspronkelijk bedoeld was te worden geregeld in de sociale ziektekostenverzekering en of in een periode van afnemende economische groei via een individualisering van het verstrekkingenpakket niet gekomen kan worden tot een verzekering waarbij de basisrisico's gegarandeerd zijn. Daarbij kan gewezen worden op het thans relatief hogere welvaartsniveau en de grotere mondigheid van de verzekerde dan voorheen. Beide elementen hebben tot gevolg dat het thans wellicht verantwoord en mogelijk is de verzekerde een grotere keuzevrijheid te geven ten aanzien van de gewenste omvang van het verzekerde pakket en van de zelf te dragen risico's.

Bij de uitwerking van de individualisering van het verstrekkingenpakket wordt voorshands uitgegaan van twee keuzemogelijkheden:

##### **A. Basisverstrekkingenpakket**

huisartsenhulp  
specialistische hulp  
ziekenhuisverpleging  
geneesmiddelen  
basisverstrekkingen tandheelkunde en fysiotherapie.

##### **B. Volledig verstrekkingenpakket**

Pakket A aangevuld met overige verstrekkingen tandheelkunde, fysiotherapie, kraamzorg, verloskundige hulp, ziekenvervoer, kunst- en hulpmiddelen e.d.

De bovenstaande pakketten A en B worden aangeboden tegen gedifferentieerde premies. Voorshands wordt daarbij gedacht aan een differentiatie in het werknemersdeel van de premie. Het werkgeversdeel van de premie blijft gehandhaafd op de helft van de premie bij het volledige pakket. Evenwel is het ook mogelijk de werkgeverspremie te baseren op de helft van het basispakket en de bijverzekering voor een B-pakket voor rekening te laten komen van de verzekerde.

De kosten verbonden aan het basispakket zijn voor 1981 geraamd en f 10,5 mld. en die van het volledige pakket van de ziekenfondsverzekering op f 12,7 mld. De kosten van de in het keuzepakket ondergebrachte verstrekkingen zijn derhalve f 2,2 mld. Het is niet bekend in welke mate de verzekerden gebruik zullen gaan maken van de geboden keuzemogelijkheden. Het is echter redelijk om er voorshands van uit te gaan dat circa 15% van de verzekerden kiezen voor een beperkter verstrekkingenpakket. Dit betekent voor de collectieve lasten in de gezondheidszorg een ombuiging van f 300 mln. Een andere benadering om te komen tot een privatisering in de gezondheidszorg zou zijn om het verstrekkingenpakket volledig te handhaven, doch voor alle verzekerden een vrijwillig eigen risico aan de voet in te voeren.

#### **4.3. Wijziging eigen bijdrageregeling AWBZ**

##### *– Inleiding*

De huidige eigen bijdrageregeling in het kader van de AWBZ is gebaseerd op het besparingsmotief; dat wil zeggen: de bijdrageplichtigen betalen op grond van het motief dat door langdurige opname in een AWBZ-inrichting er

bij betrokkenen kosten van normaal levensonderhoud wegvallen, zoals wonen, eten en dergelijke een eigen bijdrage. Op grond hiervan geldt de bijdrageplicht voor ongehuwden van 18 jaar en ouder, die langer dan een half jaar zijn opgenomen (bij zwakzinnigen vanaf de eerste dag van opname) en voor gehuwden indien beide echtgenoten langer dan een half jaar zijn opgenomen. De eigen bijdrage is afgestemd op het sociaal minimum (het AOW-pensioen voor ongehuwden).

–*Knelpunten huidige eigen bijdrageregeling*

Tegen de huidige eigen bijdrageregeling zijn in de laatste jaren bezwaren gerezen. Deze bezwaren zijn hoofdzakelijk ingegeven door een drietal motieven, namelijk:

a. *het motief van ongelijke behandeling.*

Met name bewoners van het bejaardenoorden die in principe de volledige kosten voor eigen rekening moeten nemen, ervaren het verschil in financiële behandeling tussen hen en een verpleeghuispatiënt als schrijnend;

b. *anticumulatiemotief*

De meeste AWBZ-verpleegden zijn in het genot van een sociale verzekeringsuitkering (AOW, AAW, ZW, WAO). Voor zover dit een minimumuitkering betreft zijn bijdrageplichtigen in het kader van de bestaande eigen bijdrageregeling hiervan weer het grootste gedeelte verschuldigd aan eigen bijdrage. Bij bovenminimum uitkeringen (met name van de ZW en de WAO) is dit echter niet het geval;

c. *vermogensvorming*

Vele AWBZ-patiënten zijn niet meer in staat (geheel) aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Zij zullen daarom het minimaal ter vrije besteding overblijvende bedrag en/of het eventueel hiernaast bestaande inkomen niet geheel besteden. Dit leidt bij een aantal patiënten tot vermogensvorming. Dat vele mensen enerzijds op kosten van een sociale verzekering jarenlang worden verpleegd, terwijl zij anderzijds vermogens kweken, wordt in toenemende mate onaanvaardbaar geacht.

– *Mogelijke wijziging*

Bovengenoemde motieven maken het wenselijk de huidige eigen bijdrageregeling te heroverwegen en na te gaan op welke wijze – met inachtneming van het verzekeringskarakter van de AWBZ – aan bovengenoemde bezwaren tegemoet kan worden gekomen. Daarbij lijken in eerste instantie een tweetal uitgangspunten te onderscheiden:

- vasthouden aan het nu geldende besparingsmotief, waarbij uitgegaan wordt van de gedachte dat er bij patiënten met een boven-minimuminkomen een grotere besparing zal optreden;
- uitgaan van het idee dat alleen de medische kosten, verbonden aan het verblijf in een inrichting, verzekerd zijn en niet die van «kost en inwoning».

Voorgesteld wordt deze twee mogelijkheden verder uit te werken en op hun consequenties te bezien. De voorkeur gaat daarbij uit naar een systeem dat nauw aansluit bij de huidige praktijk, dat wil zeggen dat degenen die de eigen bijdrage niet volledig kunnen betalen (gedeeltelijk) dispensatie krijgen en niet voor het tekort een beroep op de Algemene Bijstandswet behoeven te doen. Dit houdt in dat er voor degenen met een minimuminkomen geen verandering optreedt ten opzichte van de huidige situatie. Een eerste beschouwing geeft de indruk dat beide mogelijkheden bij praktische uitwerking tot in hoge mate gelijke regelingen zouden leiden. De opbrengst wordt, ongeacht het uiteindelijk te kiezen systeem, op circa f 100 mln. geraamd.



## 5. INSTRUMENTARIUM TER EFFECTUERING VAN DE HEROVERWEGINGS- VOORSTELLEN

Onderstaand wordt een overzicht gegeven van de wettelijke mogelijkheden, de nodige wetswijzigingen en de te creëren wettelijke voorzieningen ter realisering van de genoemde voorstellen.

### – *Herzien bouwbeleid en sanering capaciteit van algemene ziekenhuizen*

De hier bedoelde voorstellen kunnen met de bestaande Wet Ziekenhuisvoorzieningen worden gerealiseerd. Het concreet gevoerde beleid, zowel ten aanzien van de planning als van de bouw van instellingen, zal kunnen worden gewijzigd en bijgesteld met inachtneming van de in de wet aangegeven adviesprocedures via het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Daarbij kan gewezen worden op de saneringsregeling op grond van artikel 18b van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen, welke op korte termijn in het Staatsblad zal verschijnen.

### – *Beperken van voorgenomen personeelintensivering*

Voor het personeel in loondienst voorziet de nieuwe Wet tarieven gezondheidszorg – die recentelijk door het parlement is aangenomen – in de wettelijke mogelijkheden om deze beperking middels aanwijzingen en richtlijnen te realiseren, uiteraard met inachtneming van de bij de wet geregelde adviesprocedures. Tevens kan gebruik worden gemaakt van de onlangs overeengekomen richtlijn voor apparatuur en medisch-technisch hulppersoneel. Voor de vrije beroepsbeoefenaren bestaat thans geen duidelijke wettelijke regeling ter effectuering van een vestigingsbeleid waarmee de beperking in de groei gerealiseerd zou kunnen worden. Wel liggen mogelijkheden besloten in de Wet voorzieningen gezondheidszorg en de Ziekenfondswet (uitbreiding bestaande functiebeheersingsmaatregel en artikel 47). Het exploreren van deze wettelijke instrumenten zal echter met kracht ter hand moeten worden genomen.

De voorgestelde heroverweging van de opleidingscapaciteit dient gezien te worden in het kader van de onderwijswetgeving.

### – *Matigen van salarissen en inkomens*

Voor het wettelijk instrumentarium ten aanzien van de loontrekkenden wordt verwezen naar het rapport Heroverweging Arbeidsvoorwaarden Collectieve sector.

Voor de vrijeberoepsbeoefenaren is effectuering van de voorstellen mogelijk via het bestaande prijs/inkomensbeleid, waartoe de Tijdelijke Wet Normering Inkomens Vrije Beroepsbeoefenaren de basis vormt in combinatie met de Wet tarieven gezondheidszorg.

### – *Herzien van het stelsel van verzekeringen tegen ziektekosten*

De voorstellen betreffende een herziening van de verzekeringen tegen ziektekosten vragen om een nieuwe wettelijke regeling voor de particuliere ziektekostenverzekering, waarin regelen worden gesteld ten aanzien van het minimum verstrekkingenpakket, het accetpatiebeleid van verzekerden door de maatschappijen, de premievaststelling en de premiestructuur. Ook de Ziekenfondswet zal ingrijpend gewijzigd moeten worden.

Ook ter realisering van een differentiatie van het verstrekkingenpakket is een wijziging van de Ziekenfondswet nodig, met name met het oog op de premieheffing; voorts zal het verstrekkingenbesluit herzien moeten worden. Voor de wijziging van de eigen bijdragen in het kader van de AWBZ moet de bestaande eigen bijdrageregeling worden herzien bij ministerieel besluit.

### – *Herziening van het tariefstelsel in de gezondheidszorg*

Ter ondersteuning van een beleid dat gericht is op het bevorderen van de doelmatigheid en het beperken van de financiële mogelijkheden verdient het aanbeveling, om in de komende kabinetsperiode nog meer dan in het verleden aandacht te schenken aan de budgetteringsbeginselen in de finan-



Van bovenstaande maatregelen kan globaal het volgende tempo van realisering worden aangegeven.

	1982	1983	1984	1985
I. Volumemaatregelen	310	620	930	1240
II. Matiging van lonen en inkomens	105/240	215/490	330/740	440/980
III. Maatregelen in de sfeer van de financiering	100	100	775	1450
Totaal	515/650	935/1210	2035/2445	3130/3670

## 1. Inleiding

Als onderdeel van de heroverweging volksgezondheid heeft bovengenoemde subwerkgroep het volumebeleid van de vrije beroepsbeoefenaren nader bekeken. Het tarieven- en honorariumbeleid is hierbij buiten beschouwing gebleven. Bij de bespreking van de taakopdracht heeft de subwerkgroep deze heroverweging als volgt nader geïnterpreteerd: In het algemeen geldt dat de afstemming van het aanbod van het aantal beroepsbeoefenaren op de maatschappelijke behoefte een zaak van lange termijn is. De subwerkgroep heeft derhalve 1985 niet strak als uiteindelijk streefjaar gehanteerd, maar de periode tot en met het jaar 2000 mede in beschouwing genomen. Een volumebeleid dat op zo kort mogelijke termijn zal worden geëffectueerd zal immers pas in deze periode een duidelijk resultaat opleveren. De beroepsgroepen die door de subwerkgroep nader zijn bekeken zijn:

- artsen, te weten huisartsen en specialisten; (sociaal geneeskundigen zijn niet meegenomen, omdat voor deze beroepsgroep eerder een tekort bestaat)
- tandartsen;
- apothekers;
- fysiotherapeuten.

Andere beroepsgroepen zoals logopedie, kindertandverzorging, wijkverpleging e.d., zijn buiten beschouwing gebleven omdat hetzij deze een gering deel uitmaken van de kosten, hetzij er juist een stimuleringsbeleid wordt gevoerd. Het belang van een z.g. «manpower planning» ligt uiteraard niet alleen in het besluit van de regering tot een heroverweging van collectieve lasten te komen. Daarvoor bestaan meer argumenten:

- het ontbreken van een goed functionerend marktmechanisme. Een groter aanbod kan hierdoor tot een grotere vraag naar voorzieningen leiden;
- een te groot aanbod kan leiden tot het doen van onnodige verrichtingen;
- er bestaan onvoldoende uitwijkmogelijkheden naar andere functies.

De mate waarin een te voeren volumebeleid tot resultaat zal leiden hangt af van de te hanteren instrumenten. In het algemeen staan voor de beheersing van het aanbod de volgende instrumenten ter beschikking:

1. beperking van de instroom in de opleiding van het aantal toe te laten studenten (numerus fixus);
  - beperking van de doorstroom naar de z.g. 2de fase;
  - beperking van de doorstroom naar de beroepsopleidingen.
2. beperking van de beroepsuitoefening door het voeren van een vestigingsbeleid.

In het kader van een vestigingsbeleid kan tevens op grond van artikel 47 van de Ziekenfonswet worden besloten tot het niet toelaten van bepaalde beroepsbeoefenaren tot het verzekeringsstelsel.

Aangezien elk van de genoemde instrumenten zijn eigen beperkingen kent zal het grootste effect worden bereikt indien zij zo mogelijk in samenhang worden toegepast. Zo heeft het instellen van een numerus fixus rechtstreeks invloed op het aantal toe te laten studenten, waarbij thans de onderwijscapaciteit alleen bepalend is voor de omvang en niet de maatschappelijke behoefte. Een vestigingsbeleid heeft daarentegen juist betrekking op het aantal arbeidsplaatsen. Het niet toelaten van beroepsbeoefenaren tot het verzekeringsstelsel is beperkt tot de ziekenfondssfeer.

In de navolgende paragrafen zal achtereenvolgens worden nagegaan wat het effect van een beperking van het aantal opleidingsplaatsen op het aanbod van het aantal vrije-beroepsbeoefenaren is en wat het effect van een te voeren vestigingsbeleid op het aanbod is.

## 2. Afstemming van de opleidingscapaciteit op de te verwachten vraag naar de betrokken beroepsgroepen

Regulering van het aantal beroepsbeoefenaren kan in eerste instantie plaatsvinden door middel van de aantallen toe te laten studenten tot de betrokken opleidingen. Afstemming van het aanbod op de te verwachten vraag naar afgestudeerden geschiedt door zoveel studenten toe te laten dat, rekening houdende met de uitval tijdens de opleiding en met de beroepsdeelname na de opleiding, in de vervangings- en uitbreidingsvraag kan worden voorzien.

Gezien de opleidingsduur zullen regulerende maatregelen ten aanzien van de instroom pas op lange termijn effect hebben. Een groot deel van het te verwachten potentieel werkzame bestand ligt bovendien reeds vast door degenen die ten tijde van het invoeren van een dergelijke maatregel reeds werkzaam zijn in of in opleiding zijn voor het betrokken beroep. Een illustratie hiervan wordt gegeven in tabel 1. Het in deze tabel vermelde vastliggende bestand in het jaar 2000 betreft degenen die voor 1981 afstudeerden of reeds studeerden voor het beroep in kwestie. Het resterende potentieel werkzame bestand heeft betrekking op het nieuwe aanbod dat, bij handhaving van de huidige numeri fixi (zie tabel 2), kan worden verwacht. Dit aanbod ligt nog niet vast. De omvang ervan kan worden beïnvloed door regulering van de instroom in de opleiding vanaf het studiejaar 1981/1982.

In tabel 1 zijn tevens gegevens opgenomen betreffende de te verwachten vraag naar de onderhavige beroepsgroepen. Voor wat betreft de huisartsen, tandartsen en fysiotherapeuten is daarbij uitgegaan van de bevolkingsaantallen in 1985 (14,5 mln.) en 2000 (15,2 mln.) en van de streefnormen betreffende het aantal inwoners per huisarts, tandarts en fysiotherapeut. De vraag naar specialisten is geschat door, uitgaande van 1977 als basisjaar, rekening te houden met opvulling van vacatures, met demografische ontwikkelingen en met een toenemend dienstverband. Het totaal aantal artsen dat nodig zal zijn is verkregen door naast de vraag naar huisartsen en specialisten ook de vraag naar sociaal-geneeskundigen en naar «overige artsen» te ramen. Wat betreft de vraag naar farmaceuten is onder meer uitgegaan van een modale praktijkgrootte van 10 000 inwoners per openbare apotheek.

Tabel 1. De vraag naar en het potentieel werkzame bestand van een aantal beroepsgroepen in 1985 en 2000

	Streefnorm <sup>1</sup>	1985		2000		w.o. vast
		Vraag	Bestand	Vraag	Bestand	
Artsen		25 000	27 500	27 500	37 000	24 000
onder wie: huisartsen	1 : 2200	6 600	6 200	6 900	7 000	1 400
specialisten		8 500	10 000	10 000	13 100	6 300
Tandartsen	1 : 2250	6 400	6 000	6 800	9 500	5 500
Farmaceuten		2 200	2 500	2 800	5 100	3 000
Fysiotherapeuten	1 : 1750	8 300	13 000	8 700	25 000	11 000

<sup>1</sup> Aantal inwoners per beroepsbeoefenaar.

Opm.: Het potentieel werkzame bestand is exclusief degenen van 65 jaar en ouder.

Zoals uit tabel 1 blijkt zullen er, uiteraard onder het nodige voorbehoud, in het jaar 2000 bij de in beschouwing genomen beroepsgroepen meer beroepsbeoefenaren beschikbaar zijn dan er worden gevraagd. Hoe groot de instroom in de opleidingen zou moeten zijn vanaf 1981 om deze overschotten te voorkomen wordt vermeld in tabel 2. Eveneens is in deze tabel aangegeven, wat de omvang van de instroom zou moeten zijn indien niet het jaar 2000 als richtjaar voor het bereiken van een evenwicht tussen vraag en aanbod wordt gekozen, maar indien wordt uitgegaan van een stabiele situatie op lange termijn. In deze situatie wordt voorondersteld, dat bij een gelijkmatig

opgebouwd bestand en bij een constante vraag, de vervangingsvraag ieder jaar dezelfde omvang heeft. Zoals uit de tabel is af te lezen zal, met uitzondering van de huisartsen, de instroom bij dit tweede alternatief hoger moet zijn dan bij het eerste alternatief.

**Tabel 2. De gewenste jaarlijkse instroom in een aantal opleidingen ten einde een evenwicht te bereiken tussen de vraag naar en het potentieel werkzame bestand van de betrokken beroepsbeoefenaren**

	Numerus fixus/instroom <sup>1</sup>	Gewenste instroom t.b.v. evenwicht in het jaar 2000 bij stabiele situatie	
Opleiding tot:			
Arts	1910 <sup>2</sup>	600	1300
onder wie: huisarts	456-534	525	400
specialist	600	300	400
Tandarts	465	150	300
Farmaceut	325 <sup>3</sup>	0	125
Fysiotherapeut	2165	0	500

<sup>1</sup> Arts, tandarts, farmaceut;

numerus

fixus

1980/'81

huisarts, specialist

:

capaciteit  
opleiding

1980

fysiotherapeut

:

instroom

eerstejaars

1978/'79.

<sup>2</sup> Exclusief 50 eerstejaarsplaatsen vrije studierichting.

<sup>3</sup> I.v.m. achterblijving instroom met 10% instroom gesteld op 292.

### 3. De mogelijkheden van een vestigingsbeleid

Onder een vestigingsbeleid wordt in het algemeen verstaan het nemen van maatregelen die gericht zijn op het reguleren van de vestiging van beroepsbeoefenaren. De volgende situaties kunnen het voeren van een dergelijk beleid rechtvaardigen:

1. er is sprake van een overschot aan bepaalde beroepsbeoefenaren;
2. er is sprake van een onvoldoende spreiding tussen beroepsbeoefenaren.

Een groot aantal maatregelen is denkbaar ten einde een vestigingsbeleid te effectueren. Zulks kan variëren van maatregelen in de vrijwillige sfeer tot een direct ingrijpen door de overheid op basis van een vergunningenstelsel. Gezien de ernst van de situatie zoals deze in de vorige paragraaf werd geschetst en de omvang van de overschotten die in het jaar 2000 worden verwacht indien er geen maatregelen worden genomen, ligt het voor de hand te kiezen voor een vestigingsregulering die op korte termijn en direct de toelating van nieuw te vestigen beroepsbeoefenaren regelt. Aangrijpingspunt hiervoor kan worden gevonden in de Wet voorzieningen gezondheidszorg, waarbij door middel van een vergunningenstelsel tot een regulering van de beroepsuitoefening kan worden overgegaan, hetzij in het gehele land, dan wel in bepaalde regio's.

Een dergelijke maatregel zal bij voorbeeld per 1 januari 1982 (in elk geval zo snel mogelijk) voor die beroepsbeoefenaren dienen te worden ingevoerd, voor welke in 1985 een overschot wordt verwacht, te weten specialisten en fysiotherapeuten. Invoering van deze maatregel zou een besparing opleveren van f 340 mln. gulden.

Een alternatieve mogelijkheid zou zijn op korte termijn op grond van artikel 47, derde lid, van de Ziekenfondswet een vestigingsbeleid te voeren. Op grond van dit artikel kan aan de ziekenfondsen ontheffing worden verleend van de verplichting een overeenkomst met beroepsbeoefenaren te sluiten. Deze ontheffing kan door de Staatssecretaris worden verleend, indien de aanspraken van verzekerden op verstrekkingen in voldoende mate gewaarborgd zijn. Uiteraard beperkt de werking van dit artikel zich tot de ziekenfondssfeer.

#### 4. Conclusie

– Beperking van de opleidingscapaciteit door middel van een numerus fixus geschiedt thans op basis van de onderwijscapaciteit. Ten einde het dreigende overschot van de betreffende beroepsgroepen tegen te gaan dient op zo kort mogelijke termijn (studiejaar 1982/1983) in de Machtigingswet inschrijving studenten een «arbeidsmarkt criterium» te worden opgenomen.

– Indien de toelatingscapaciteit op de maatschappelijke behoefte is afgestemd zal deze capaciteit voor de volgende opleidingen als volgt dienen te worden aangepast:

– artsenopleiding max.	instroom	1300
– huisartsenopleiding	instroom	400
– specialistenopleiding	instroom	400
– tandartsenopleiding	instroom	300
– apothekersopleiding	instroom	125
– fysiotherapeutenopleiding	instroom	500

– Beperking van de opleidingscapaciteit zal op korte termijn geen besparingen opleveren, aangezien de meeste opleidingen 4 tot 6 jaar duren. Op langere termijn mag echter een aanzienlijke besparing worden verwacht.

– Wat betreft de fysiotherapeutenopleiding blijkt de bestaande wetgeving onvoldoende mogelijkheden te bieden om de opleidingscapaciteit dwingend te beperken. Overwogen zal dienen te worden voor deze beroepsopleiding een speciale (nood-)wet in het leven te roepen.

– Voor alle betrokken beroepsgroepen dient zo snel mogelijk (zo mogelijk reeds in 1982) een vestigingsbeleid te worden gerealiseerd indien een beperking van het aantal werkzame vrije beroepsbeoefenaren op korte termijn noodzakelijk wordt geacht. De maatschappelijke behoefte dient hierbij als uitgangspunt te worden gehanteerd. Voorgesteld wordt de thans verwachte toename van specialisten en fysiotherapeuten in de periode 1982–1985 te halveren, waarmede een besparing van ca. 340 mln. gld. bereikt kan worden. Als onderdeel van het vestigingsbeleid zou, indien effectivering van een vergunningenstelsel zo lang op zich zou laten wachten, op basis van artikel 47 van de Ziekenfondswet aan ziekenfondsen ontheffing kunnen worden verleend van de verplichting tot sluiten van overeenkomsten.

## 1. Algemeen

De financiering van de kosten van de gezondheidszorg vindt vrijwel geheel plaats middels ziektekostenverzekeringen. De belangrijkste soorten ziektekostenverzekeringen zijn:

- de AWBZ;
- de verplichte ziekenfondsverzekering;
- de bejaarden-ziekenfondsverzekering;
- de vrijwillige ziekenfondsverzekering;
- de IZA- en IZR-regelingen en de DGVP voor ambtenaren;
- de particuliere ziektekostenverzekering.

De AWBZ is een volksverzekering. De rechten en plichten zijn voor de gehele bevolking bij wet geregeld. De andere verzekeringen die hierboven zijn genoemd hebben onderling aanzienlijke verschillen. De premie en de wijze van premiebetaling, het verstrekkingenpakket, de eigen bijdragen dan wel het eigen risico, de mate van solidariteit in de premieheffing, de bijdragen van het Rijk en de bijdragen van werkgeverszijde zijn in de verzekeringen die hierboven zijn genoemd zeer verschillend. In deze situatie is gedurende de laatste 10 jaar nauwelijks verandering gekomen, behalve dan dat een geleidelijke uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de AWBZ heeft plaatsgevonden met o.a. hulp vanwege een kruisorganisatie, verblijf in gezinsvervangende tehuizen en hulp van instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Ten tijde van het kabinet-Den Uyl heeft de financiering van de gezondheidszorg grote aandacht gekregen. De ongelijke lastenverdeling, de verbrokkelde financiering – die vooral ook uit een oogpunt van beheersbaarheid en bestuurbaarheid van de gezondheidszorg als een grote belemmering werd ervaren – en het politiek-maatschappelijke ideaal van één volksverzekering tegen ziektekosten, waarin het recht op gezondheidszorg voor allen is vastgelegd op basis van onderlinge solidariteit, waren de belangrijkste overwegingen om in het regeerakkoord van het kabinet-Den Uyl het tot stand brengen van een volksverzekering tegen ziektekosten op te nemen.

In die kabinetsperiode is echter duidelijk geworden dat het in één keer invoeren van een volksverzekering als een illusie moet worden beschouwd. De financiële en inkomenspolitieke repercussies van een dergelijke ingreep bleken zo omvangrijk dat dit voornemen niet gerealiseerd is kunnen worden. Wel worden ter vergroting van de beheersbaarheid en bestuurbaarheid van de gezondheidszorg op de valreep nog een tweetal wetsontwerpen ingediend, nl. de Wet tarieven gezondheidszorg en de Wet voorzieningen gezondheidszorg. Deze twee wetsontwerpen, die van veel betekenis zijn voor de beheersing van de gezondheidszorg, zijn met enige ingrijpende wijzigingen door het kabinet-Van Agt overgenomen. De Wet tarieven gezondheidszorg is tot stand gekomen, terwijl de behandeling van de Wet voorzieningen gezondheidszorg in een zeer ver gevorderd stadium is gekomen. Daarmede is de basis gelegd voor een betere beheersing en bestuurbaarheid van de gezondheidszorg.

De problemen op het terrein van de financiering van de gezondheidszorg zijn gedurende de afgelopen kabinetsperiode echter enigszins op de achtergrond geraakt. Zowel de omstandigheid dat de volksverzekering tegen ziektekosten niet gerealiseerd kon worden als het feit dat gedurende die periode de grootste aandacht is gegeven aan de beheerswetten, hebben ertoe geleid dat de afgelopen jaren niet bijzonder veel aan het ziektekostenverzekeringstelsel is gewijzigd. Dientengevolge zijn de problemen die zich in het verleden al voordeden in het ziektekostenverzekeringstelsel niet opgelost; zij zijn gedurende de laatste jaren zelfs nog versterkt.



De problematiek van de ziektekostenverzekeringen spitst zich momenteel toe op de vrijwillige ziekenfondsverzekering en de particuliere ziektekostenverzekeringen.

Bij de vrijwillige ziekenfondsverzekering doet zich het probleem voor dat enerzijds het verstrekkingenpakket wettelijk gekoppeld is aan dat van de verplichte ziekenfondsverzekering, waardoor iedere pakketverbetering in deze verzekering automatisch doorwerkt in de vrijwillige verzekering, terwijl anderzijds het in de wet vastgelegde verbod op toelatingsbepalingen de ziekenfondsen noodzaakt om met al degenen die vanwege hun inkomen daartoe gerechtigd zijn, voor zover zij daarom vragen, een vrijwillige ziekenfondsverzekering af te sluiten, ongeacht het ziekterisico. Dit heeft tot gevolg gehad dat de vrijwillige ziekenfondsverzekering tot op zekere hoogte als een «vergaarbak» van slechte risico's is gaan dienen. De verschuldigde premie is hierdoor voor zeer velen een moeilijk te dragen last geworden. Dientengevolge zijn de voor de reductieregelingen noodzakelijke rijksbijdragen fors gestegen.

Bij de particuliere ziektekostenverzekeringen doet zich het probleem voor van een voortschrijdende marktsegmentatie. Steeds meer worden verzekeringspolissen toegesneden op bepaalde marktsegmenten – met name op jongeren –, waarbij de premiestelling gebaseerd is op de te verwachten lage ziekterisico's voor deze groepen. Dit heeft tot gevolg dat het solidariteitsbeginsel voor de totale groep van particulier verzekerden afneemt.

Bij de bejaardenziekenfondsverzekering doet zich in principe eenzelfde probleem voor als bij de vrijwillige verzekering. Aangezien echter alle verzekerden in de bejaardenverzekering een forse premiereductie genieten, treedt de problematiek eigenlijk alleen naar voren in de vorm van een steeds sterker stijgende rijksbijdrage.

Een ander element waar zich tot op zekere hoogte «problemen» voordoen vormen die groepen waar de ziektekostenverzekering deel uitmaakt van de arbeidsvoorwaarden. Enerzijds betreft het hier gemeente- en provincieambtenaren, politiepersoneel alsmede beroepsmilitairen waarvoor afzonderlijke regelingen zijn, anderzijds bijvoorbeeld de werknemers in de gezondheidszorg, waarvoor de ziektekostenverzekering in de c.a.o. geregeld is. De voor deze groepen geldende regelingen zijn zodanig gunstig dat er een duidelijke bevoordeling bestaat ten opzichte van vergelijkbare groepen. Bovenstaande opsomming van problemen die zich voordoen in de ziektekostenverzekeringen geven aanleiding tot een heroverwegen van het ziektekostenverzekeringstelsel. Onderstaand zal een poging worden gedaan om een alternatief te bieden voor de bestaande situatie.

## **2. Voorgestaan stelsel van ziektekostenverzekeringen**

Ten einde de nu bestaande financieringsstructuur te verbeteren en de onderlinge solidariteit – indachtig de onmogelijkheid om een algemene volksverzekering in één keer te realiseren – waar nodig te herstellen, wordt gedacht aan de volgende structurele opzet van het ziektekostenverzekeringstelsel.

a. Handhaving van de AWBZ in zijn huidige vorm. Het pakket van deze verzekering kan, indien noodzakelijk geacht en voor zover daartoe de financieel-economische mogelijkheden aanwezig zijn, worden uitgebreid. Op langere termijn zal dan echter gedacht moeten worden aan een wijziging van het premiestelsel voor omzetting van de werkgeverspremie in werknemerspremie. Deze wijziging in premiebetaling zal mogelijk bijdragen tot een betere afweging tussen enerzijds uitbreiding van de verstrekkingen en anderzijds de daaraan verbonden kosten. In de huidige situatie worden deze afgewenteld op de werkgever. Ook de invoering van een premie voor personen ouder dan 65 jaar zal moeten worden bezien, zeker indien het verstrekkingenpakket verder wordt uitgebreid.

b. Een verplichte verzekering voor alle actieven met een arbeidsinkomen lager dan een «loongrens», alsmede voor die gepensioneerden die bij het bereiken van de 65-jarige leeftijd verplicht verzekerd waren. De «loongrens» kan in eerste instantie worden vastgesteld op het bedrag van de huidige loongrens voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Mogelijkheden om dit bedrag structureel te wijzigen – zowel omhoog als omlaag – zijn uiteraard aanwezig. Het verstrekkingenpakket kan gelijk zijn aan dat van de huidige ziekenfondsverzekeringen, danwel beperkter worden opgezet, waarbij dan een aanvullende verzekering op de particuliere markt denkbaar is. De premie is een percentage van het arbeidsinkomen. Werkgevers en werknemers betalen ieder de helft.

c. De overige verzekerden zijn aangewezen op een particuliere verzekering. Deze groep omvat:

- werknemers met een arbeidsinkomen boven de loongrens, alsmede gepensioneerden die bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd een arbeidsinkomen boven de loongrens genoten;
- zelfstandigen;

Het overheidstoezicht op de particuliere markt zal in deze constructie omvattender moeten zijn dan nu het geval is. Regelgeving lijkt gewenst ten aanzien van:

- een minimumpakket;
- het acceptatiebeleid;
- de premievaststelling, inclusief leeftijdstoelagen.

De premie is een nominaal bedrag, dat echter voor een zelfde pakket per maatschappij voor een ieder hetzelfde moet zijn.

### 3. Voordelen

De voordelen van het bovenstaande voorstel zijn de volgende:

- eenvoud en doorzichtigheid van de markt;
- de basis van de verplichte verzekering wordt verbreed door opname van alle ambtenaren met een arbeidsinkomen onder de loongrens, alsmede gepensioneerden die bij het bereiken van de pensioengerechtigde leeftijd een arbeidsinkomen beneden de loongrens genoten;
- de optredende inkomensverschuivingen zijn voor grote groepen van zeer beperkte omvang. Alleen bij bejaarden en bij kleine zelfstandigen lijken zich problemen te kunnen gaan voordoen. Voor de eerste categorie lijken deze moeilijkheden echter binnen het stelsel oplosbaar;
- de onderlinge solidariteit in de particuliere markt wordt gewaarborgd;
- het afschuiven van slechte risico's op collectief gefinancierde verzekeringen en daarmee gedeeltelijk op de overheid wordt voorkomen;
- de mogelijkheid tot het allengs verwezenlijken van een volksverzekering, zowel via geleidelijke uitbreiding van de AWBZ als via een optrekken van de «loongrens» blijft open, terwijl de gevolgen van zulk soort verschuivingen duidelijker zijn aan te geven en daardoor beleidsmatig acceptabeler zijn.

### 4. Probleemvelden

De probleemvelden zijn de volgende:

- Bejaardenziekenfondsverzekering. In het voorgestane systeem is er voor een afzonderlijke bejaardenverzekering geen plaats. Er zullen beslissingen genomen moeten worden ten aanzien van de positie van het huidige verzekerdenbestand. Ook over de aanwending van de bestaande rijksbijdrage zal nader beraad noodzakelijk zijn.
- Voor de vrijwillige ziekenfondsverzekering in zijn huidige gedaante, n.l. wettelijk geregeld, zal geen plaats neer zijn. Een belangrijk gedeelte van het verzekerdenbestand, met name rijksambtenaren en hun gezinsleden, zal overgaan naar de verplichte verzekering.

– IZA, IZR, DGVP.: Ook voor deze regelingen in hun huidige vorm is geen plaats meer. Evenals bij de vrijwillige verzekering zal een groot gedeelte van de deelnemers naar de verplichte verzekering overgaan. Een afzonderlijke verplichte regeling voor hogere ambtenaren blijft mogelijk, doch past eigenlijk niet in de gewenste opzet. Ook de beroepsmilitairen, welke momenteel gratis medische verzorging genieten, zullen in het voorgestelde systeem in twee groepen worden opgedeeld, nl. verplicht en particulier verzekerden.

– Particuliere verzekeringsmaatschappijen. Het juiste wettelijke kader dat voor deze maatschappijen geschapen moet worden zal nog nadere studie vergen. Mogelijkerwijs kan veel op vrijwillige basis geregeld worden. Een belangrijk probleem blijft echter de verzekering van zeer slechte risico's, danwel van thans onverzekerde personen, bij voorbeeld immigranten, die reeds een bepaalde aandoening hebben. Hiervoor lijkt een oplossing denkbaar via een versie van de huidige NOZ-polis, waarbij zware risico's in een afzonderlijke verzekering worden herverzekerd. Mogelijkerwijs moeten hiervoor wettelijke regelen worden getroffen.

– Inkomenspositie kleine zelfstandigen en personen in dezelfde omstandigheden. Een belangrijke groep verzekerden die nu tot de bejaarden- of vrijwillige ziekenfondsverzekering behoren zal zich op de particuliere markt moeten gaan verzekeren. Enigszins afhankelijk van de exacte wettelijke regelen van een nieuwe verzekeringsvorm, kunnen zich voor de verzekerden met lage inkomens onacceptabele inkomensverschuivingen voordoen. Voorkomen moet worden dat deze verzekerden een beroep zullen moeten gaan doen op de Algemene Bijstandswet. Het lijkt echter niet wenselijk deze inkomensconsequenties binnen het verzekeringsstelsel op te lossen. Wel kan gedacht worden aan bepaalde belastingfaciliteiten.

Verwacht moet worden dat zich overgangsproblemen zullen voordoen die er vermoedelijk toe zullen leiden dat het voorgestane systeem slechts in fasen kan worden ingevoerd.

## **5. Financiële gevolgen**

Zoals in het voorgaande reeds is aangegeven lijken zich op individueel gebied slechts bij een beperkte groep, de kleine zelfstandigen, inkomensmutaties van enige importantie te zullen gaan voordoen. De collectieve verschuivingen vallen niet exact te berekenen.

Enerzijds wordt een gedeelte van de ziekekosten gecollectiviseerd, nl. van rijksambtenaren met een arbeidsinkomen onder de loongrens, anderzijds zal een gedeelte van het huidige bestand van bejaard- en vrijwillig verzekerden en van de ambtenarenregelingen zich op de particuliere markt begeven. Dit laatste overheerst echter. Ten aanzien van de rijksbijdragen kan worden gesteld dat, gezien de grotere onderlinge solidariteit die in het voorgestane systeem bereikt wordt, de benodigde groei van de bedragen vermoedelijk lager zal zijn dan waarvan anders sprake zou zijn.

Hoewel de voorgestane herziening niet danwel weinig direct bijdraagt tot het verlagen van de kosten van de gezondheidszorg, betreft het hier een privatisering van de kosten van importantie. Naar raming zal een bedrag van f 1 mld. overgeheveld worden naar de particuliere sector.

### 1. Inleiding

De subwerkgroep verstrekkingenpakket Ziekenfondswet is op verzoek van de interdepartementale Werkgroep Heroverweging Volksgezondheid nagegaan welke verstrekkingen geheel of gedeeltelijk geprivatiseerd zouden kunnen worden. In de taakopdracht van de werkgroep is uitdrukkelijk gesteld dat het daarbij niet gaat om de eigen bijdragenproblematiek. Gelet op de beperkte tijd die aan de werkgroep ter beschikking is gesteld heeft de sub-werkgroep zijn taak op pragmatische wijze aangepakt.

In hoofdstuk 2 zijn de criteria geformuleerd waaraan de subwerkgroep het verstrekkingenpakket heeft getoetst.

In hoofdstuk 3 worden de effecten aangegeven die per toetsingscriterium optreden. Waar mogelijk worden de effecten voor de sociale ziektekostenverzekering gekwantificeerd.

N.B. Hoewel dit formeel niet in de taakopdracht is vermeld heeft de subwerkgroep gemeend ook na te moeten gaan of er verstrekkingen krachtens de AWBZ zijn die zouden kunnen worden geprivatiseerd.

### 2. Toetsingscriteria

Om in het kader van de heroverweging volksgezondheid het verstrekkingenpakket te kunnen toetsen op eventueel te elimineren of te wijzigen verstrekkingen heeft de sub-werkgroep de verstrekkingen bezien in het licht van de volgende criteria:

1. de uitbreiding van het verstrekkingenpakket sinds 1975 dient te zijn in het belang van de gezondheidszorg;
2. verstrekkingen dienen naar aard, inhoud en omvang noodzakelijk te zijn uit een oogpunt van gezondheidszorg;
3. verstrekkingen dienen noodzakelijk collectief te verzekeren risico's te zijn.

### 3. Het verstrekkingenpakket van de sociale ziektekostenverzekeringen

#### 3.1. *Verstrekkingenpakket van het jaar 1981 vergeleken met dat van 1975*

In deze paragraaf is een opstelling gemaakt van verstrekkingen die de laatste jaren aan het pakket zijn toegevoegd. Een vergelijking tussen de verstrekkingenpakketten 1981 en 1975 is met name interessant omdat hierin wellicht een aanwijziging gevonden zou kunnen worden of het bij uitbreiding van het pakket gaat om meer luxueuze verstrekkingen dan wel om het onder bereik van verzekerden brengen van datgene wat uit een oogpunt van gezondheidszorg noodzakelijk is.

	Collectieve lasten- stijging in de ziek- tekostenverzekering door uitbreiding van de verstrek- kingen
<b>A. Ziekenfondswet</b>	
1. tandheelkundige hulp aan verzekerden met een lichamelijke en/of geestelijke handicap (per 1-7-1977)	0,4
2. psychiatrische hulp, uitbreiding van 45 naar 90 zittingen ( per 1-1-1978)	0,8
3. fluoride-applicatie (per 1-4-1979)	7,0
4. dagverpleging in ziekenhuizen (1-1-1981)	— <sup>1</sup>
5. derde gebitsprothese (per 1-9-1980)	1,5
6. herziening Besluit kunst- en hulpmiddelen (per 1-1-1981)	10,0
<b>B. AWBZ</b>	
1. gezinsvervangende tehuizen (per 1-1-1976)	— <sup>1</sup>
2. tandheelkundige hulp (per 5-1-1976)	—
3. dagverpleging (per 1-7-1977)	— <sup>1</sup>
4. kruiswerk (per 1-1-1980)	— <sup>1</sup>
5. mazelenvaccinatie (per 1-1-1976)	0,8
6. onderzoek schildklierstoornis (1-1-1981)	2,0

<sup>1</sup> Budgettair neutraal

Voorts kunnen worden genoemd de IMP's en de buro's voor levens- en gezinsvragen, welke ook budgettair neutraal naar de financiering uit het AWBZ-fonds zijn overgebracht met het oogmerk deze met de spd's en de mob's te regelen in één verstrekking ambulante geestelijke gezondheidszorg.

Deze genoemde voorzieningen hebben deels tot doel bevordering van preventie deels verschuiving van dure intramurale zorg naar goedkopere vormen van zorg – waar onder met name extramurale voorzieningen – en voor een gering deel verbetering van de verstrekking van medisch noodzakelijke kunst- en hulpmiddelen. Geconstateerd kan worden, dat gedurende de afgelopen jaren een voorzichtig beleid is gevoerd met betrekking tot de uitbreiding en de wijziging van de verstrekkingen ingevolge de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Dit is in lijn met de beleidsvoornemens inzake de bevordering van de preventie en de extramurale zorg, een en ander tegen de achtergrond van beheersing van de kosten van de gezondheidszorg.

### 3.2. De verstrekkingen getoetst uit een oogpunt van gezondheidszorg

De sub-werkgroep heeft alle verstrekkingen getoetst aan het criterium van medische noodzaak, inbegrepen preventie in het belang van gezondheidszorg. In de ziekenfondsverzekering beantwoordt alleen de verstrekking anti-conceptiemiddelen niet aan dit criterium. De privatisering van deze verstrekking kan becijferd worden op circa f 70 mln.

Voor wat betreft de verstrekkingen in de AWBZ is het de sub-werkgroep gebleken dat de verstrekkingbesluiten zeer ruim zijn te interpreteren, en dat een deel van de personeels- en materiële kosten in deze voorzieningen van gezondheidszorg niet strikt medisch noodzakelijk zijn te noemen. Dit is mede een gevolg van de omstandigheid, dat de omschrijving van de verstrekkingen naar inhoud en omvang in de diverse besluiten zeer ruim is. Dientengevolge is het mogelijk dat er voorzieningen zijn gecreëerd die qua accommodatie een luxe vertonen waar de gemiddelde Nederlander vaak niet aan toekomt. Voorts zijn er in de verstrekkingen sociaal-culturele elementen gebracht ten aanzien waarvan men zich kan afvragen of en zo ja, in welke mate deze verband houden met een redelijke behandeling en verzorging. De sub-

werkgroep is van mening, dat de in de praktijk gegroeide inhoud van de verstrekkingen en de daarbij behorende tariefsrichtlijnen, alsmede de opzet van materiële voorzieningen (accomodaties e.d.) heroverweging verdienen. Daarbij staan in principe twee wegen open, nl. het heffen van een eigen bijdrage voor de hierbedoelde elementen en het uitzuiveren van de verstrekkingen (en dus de verpleegprijzen) als zodanig. Naar de realiseerbaarheid van deze algemene gedachten zal een dieper gaande studie verricht moeten worden. Tot slot merkt de werkgroep op dat het ontbreken van voldoende differentiatiemogelijkheden binnen de onderscheiden AWBZ-verstrekkingen, bij voorbeeld «partiële» verstrekkingen, de keuze voor de goedkoopste en eenvoudigste mogelijkheid vaak beïnvloedt. In dit verband speelt het feitelijk ontbreken van een effectieve controle van ziekenfondswege een belangrijke rol, doch evenzeer het gebrek aan samenwerking en communicatie tussen de organen in de gezondheidszorg. Hier wordt volstaan met het aanstippen van deze problematiek.

### *3.3. Differentiatie in het verstrekkingenpakket; de invoering van keuzepakketten*

Zowel de AWBZ als de Ziekenfondswet bieden een uniform verstrekkingenpakket aan de verzekerden.

Voor de AWBZ, een volksverzekering, waarin bijzondere, niet verzekerbare risico's zijn ondergebracht, spreekt het vanzelf dat het verstrekkingenpakket voor iedere ingezetene gelijk is. Voor de ziekenfondsverzekering is een uniform verstrekkingenpakket minder voor de hand liggend. De vraag kan gesteld worden of de gedwongen solidariteit tussen de verzekerden niet iedere prikkel heeft weggenomen om tot een zorgvuldig gebruik van de voorzieningen te komen en of het niet juister zou zijn de verstrekkingen meer te richten op groepen van verzekerden die menen aan een bepaald pakket van verstrekkingen behoefte te hebben. De sub-werkgroep stelt zich ten aanzien van de individualisering van het verstrekkingenpakket het volgende voor.

Vanuit het huidige verstrekkingenpakket kan een basispakket worden aangegeven. Tussen het huidige verstrekkingenpakket en het basispakket kan men allerlei «tussen»-pakketten bedenken. Het is uiteraard niet de bedoeling dat iedere burger voor zich zelf en zijn medeverzekerden een «maatpakket» kan samenstellen. Dit zou leiden tot het afwentelen van iedere solidariteit en is administratieftechnisch onuitvoerbaar. Men kan denken aan één tussenpakket. De aldus geformuleerde pakketten worden aangeboden bij een gedifferentieerde premieheffing. Daarbij staat als doel voor ogen dat de solidariteit in de verzekering niet verloren mag gaan, zodat verzekerden die op pakket A zijn aangewezen niet alleen de bij dat pakket behorende kosten opbrengen. Eén en ander betekent dat de individualisering van het verstrekkingenpakket met behoud van solidariteit in de verzekering leidt tot een afname van de collectieve kosten voor gezondheidszorg.

Voor wat betreft de vrijwillige ziekenfondsverzekering zal een dergelijk systeem vrij eenvoudig zijn te realiseren. Bij de verplichte verzekering zal dit meer hoofdbrekens vergen. Op het eerste gezicht lijkt de oplossing te zijn gelegen in een beperking van het huidige verzekerde pakket tot het basispakket en voorts in de mogelijkheid voor iedere verplicht verzekerde zich desgewenst bij zijn ziekenfonds te verzekeren voor het meerdere tegen een door hem te betalen premie. Als voordelen van een dergelijk stelsel zijn te noemen de opheffing van gedwongen solidariteit en de grote betrokkenheid van de verzekerden bij het sociale zekerheidsstelsel alsmede een bevordering van het kostenbewustzijn. Bij de uitwerking van de individualisering van het verstrekkingenpakket wordt voorshands uitgegaan van twee keuzemogelijkheden:

A. *Basisverstrekkingenpakket*

huisartsenhulp  
specialistische hulp  
ziekenhuisverpleging  
geneesmiddelen  
basisverstrekking tandheelkunde en fysiotherapie

B. *Volledig verstrekkingenpakket*

Pakket A  
en de overige verstrekkingen tandheelkunde en fysiotherapie alsmede  
kraamzorg, verloskundige hulp, ziekenvervoer, kunst- en hulpmiddelen e.d.

De bovenstaande pakketten worden aangeboden tegen gedifferentieerde premies. Voorshands wordt daarbij gedacht aan een differentiatie in het werknemersdeel van de premie. Het werkgeversdeel van de premie blijft gehandhaafd op de helft van de premie bij het volledige pakket. Evenwel is het ook mogelijk de werkgeverspremie te baseren op de helft van het basispakket en de bijverzekering voor een B-pakket voor rekening te laten komen van de verzekerde.

De kosten verbonden aan het basispakket zijn voor 1981 geraamd op f 10,5 mld. en dat van het volledige pakket van de ziekenfondsverzekering op f 12,7 mld. De kosten van de in het keuzepakket ondergebrachte verstrekkingen zijn derhalve f 2,2 mld. Het is niet bekend in welke mate de verzekerden gebruik zullen gaan maken van de geboden keuzemogelijkheden. Het is echter redelijk om er voorshands van uit te gaan dat 15% van de verzekerden zal kiezen voor een beperkt verstrekkingenpakket. Dit betekent voor de collectieve lasten in de gezondheidszorg een ombuiging van f 300 mln.

## 1. Inleiding

De huidige eigenbijdrageregeling in de AWBZ is gebaseerd op het besparingsmotief; dat wil zeggen: de bijdrageplichtigen betalen op grond van het motief dat door langdurige opname in een AWBZ-inrichting er bij betrokkenen kosten van normaal levensonderhoud wegvallen, zoals van wonen, eten, energiekosten, e.d. Op grond hiervan geldt de bijdrageplicht voor ongehuwden, ouder dan 18 jaar, welke langer dan een half jaar zijn opgenomen (bij zwakzinnigen vanaf de eerste dag van opname) en voor gehuwden, indien beide echtgenoten langer dan een half jaar zijn opgenomen. De eigen bijdrage is afgestemd op het sociaal minimum (het AOW-pensioen voor ongehuwden) en bedraagt momenteel maximaal ca. f 730 per maand voor ongehuwden en f 872 per maand voor gehuwden. Bijdrageplichtigen behouden de beschikking over een minimaal ter vrije besteding overblijvend bedrag ad f 275 per maand voor ongehuwden (f 550 per maand voor gehuwden), hetgeen voor de ongehuwden is afgestemd op het zakgeld voor krachtens de Algemene Bijstandswet in inrichtingen opgenomen personen (bij voorbeeld een bejaardenoord). Ingeval het inkomen minder bedraagt dan het sociale minimum, of indien in het kader van het behandelingsplan extra kosten moeten worden gemaakt door betrokkene, is een verminderde eigen bijdrage verschuldigd.

## 2. Knelpunten

Tegen de huidige eigenbijdrageregeling zijn in de laatste jaren bezwaren gerezen. Deze bezwaren zijn hoofdzakelijk ingegeven door een drietal motieven, nl.:

- a. het motief van ongelijke behandeling
- b. het anticumulatiemotief
- c. het vermogenvormingsmotief.

In het volgende zal kort op deze drie motieven worden ingegaan.

### a. *Ongelijke behandeling*

De positie van bepaalde groepen van patiënten in AWBZ-inrichtingen, waarbij met name aan het verpleeghuis kan worden gedacht, wijkt niet in belangrijke mate af van die van een verzekerde die door middel van hulp van de gezinszorg thuis kan blijven functioneren, dan wel van een bejaarde opgenomen in een bejaardenoord. In een aantal grensgevallen kan zelfs gesproken worden van een keuzeprobleem voor betrokkene en zijn directe omgeving. Daarbij wordt verblijf in een AWBZ-inrichting volledig betaald uit deze verzekering – waarbij al dan niet een eigen bijdrage verschuldigd is – terwijl voor de twee andere vormen van hulpverlening een aan het inkomen gerelateerde retributieregeling geldt (gezinsverzorging) dan wel de gehele kosten in principe ten laste van de verzorgde worden gebracht (bejaardenoorden).

De verschillen in financiële benadering hebben tot gevolg dat bij een keuzemogelijkheid de financiële consequenties voor het individu mee gaan wegen. Daarnaast wordt dit verschil in behandeling door een aantal betrokkenen als schrijnend ervaren. Vanuit deze invalshoek wordt een gelijkere financiële behandeling wenselijk geacht.

### b. *Anticumulatiemotief*

De meeste AWBZ-verpleegden zijn in het genot van een sociale-verzekeringssuitkering (AOW, AAW, ZW, WAO). Voor zover dit een minimumuitkering betreft zijn bijdrageplichtigen in het kader van de bestaande eigenbijdrageregeling hiervan weer het grootste gedeelte verschuldigd aan eigen bijdrage. Bij bovenminima (met name de ZW en WAO) is dit echter niet het



geval. De aanvaardbaarheid van deze cumulatie van enerzijds verstrekkingen AWBZ en anderzijds een uitkering krachtens een sociale inkomensderingsuitkering staat ter discussie. Hierbij zouden tevens inkomens anders dan uit sociale verzekeringen, moeten worden betrokken.

### c. *Vermogensvorming*

Vele AWBZ-verpleegden zijn niet meer in staat (geheel) aan het maatschappelijk verkeer deel te nemen. Zij zullen daarom het minimaal ter vrije besteding overblijvende bedrag en/of eventueel hiernaast bestaand inkomen niet geheel besteden. Dit leidt tot vermogensvorming bij een aantal patiënten. Hoewel de omvang van dit verschijnsel niet exact bekend is, moet worden aangenomen dat het om vele tientallen miljoenen guldens gaat. De vraag moet worden gesteld of het aanvaardbaar is dat vele mensen enerzijds op kosten van een sociale verzekering jarenlang verpleegd worden, terwijl zij anderzijds vermogens kweken, welke slechts aan hun erven ten goede komen.

## 3. Mogelijke aanwijzingen

Bovengenoemde motieven maken het wenselijk de huidige eigenbijdrageregeling te heroverwegen en na te gaan op welke wijze – met inachtneming van het verzekeringskarakter van de AWBZ – aan eerdergenoemde bezwaren kan worden tegemoet gekomen. Hiertoe lijken in eerste instantie een tweetal uitgangspunten te onderscheiden:

- vasthouden aan het nu geldende besparingsmotief, waarbij uitgegaan wordt van de gedachte dat er bij patiënten met een bovenminimum inkomen een grotere besparing zal optreden; dit impliceert een op het individuele inkomen afgestemde eigen bijdrage; tevens zou hierbij overwogen kunnen worden dat de besparing niet alleen moet worden afgemeten ten opzichte van de «normale» thuissituatie, doch dat gekeken moet worden naar de besparingen ten aanzien van alternatieve situaties dat wil zeggen thuis verblijven met behulp van gezinsverzorging dan wel plaatsing in een bejaardenoord.
- uitgaan van de idee dat alleen de medische kosten in een inrichting verzekerd zijn en niet die van kost en inwoning.

Bij een eerste uitwerking van deze twee uitgangspunten komen onder andere de volgende vraagpunten naar voren.

I. Bij vasthouden aan het besparingsmotief kunnen als zodanig genoemd worden:

- Hoewel het aannemelijk is dat er bij patiënten met een hoger inkomen meer besparingen optreden, zijn hierover geen gegevens aanwezig. De vraag is dus: hoeveel meer is de besparing? Uitgangspunt zou de huidige maximale eigen bijdrage kunnen zijn. Als aangenomen wordt dat de wegvallende kosten van het normale levensonderhoud geen gelijkblijvend deel van het inkomen uitmaken, zou gewerkt kunnen gaan worden met een met het inkomen oplopende bijdrage.
- Hoewel het aannemelijk is dat er bij patiënten met een hoger inkomen oplopende bijdrage kunnen doorgaan totdat de patiënt bij een zeer hoog inkomen de volledige kosten van de verstrekking voor zijn rekening neemt. Gezien het verzekeringskarakter van de AWBZ lijkt dit niet gewenst. Op dit punt zou aansluiting gezocht kunnen worden bij het tweede genoemde uitgangspunt, nl. de lasten van kost en inwoning van de inrichting, aangezien de te vragen eigen bijdrage toch min of meer als het equivalent van deze lasten moet worden beschouwd. Dit impliceert dat boven een bepaald inkomen de verschuldigde eigen bijdrage niet meer toeneemt.
- Moet ook van gehuwden en van kinderen een eigen bijdrage worden gevraagd? In de huidige situatie zijn de voor deze groepen wegvallende besparingen betrekkelijk gering en worden zij buiten beschouwing gelaten. Door het bij de eigen bijdrage betrekken van «hogere» inkomens met uiteraard grotere besparingen is dit echter minder acceptabel.

II. Indien wordt uitgegaan van de idee dat slechts de medische kosten verbonden aan het verblijf in een inrichting verzekerd zijn en niet die van «kost en inwoning» treden enkele andere vraagpunten op de voorgrond:

– Op welke wijze bepaalt men de lasten van «kost en inwoning»? Uitgaande van kosten van voeding, energie en dergelijke zouden deze kosten ca. 25% bedragen van de gemiddelde verpleegprijs. Op de een of andere manier zal dit zo objectief mogelijk moeten worden vastgesteld. Een bijkomend probleem is dat de tarieven van inrichtingen niet alle even hoog zijn. Gezien de omstandigheid dat de gemiddelde verpleegprijs van de belangrijkste categorieën van inrichtingen ongeveer op hetzelfde niveau ligt, lijkt het acceptabel om met een gemiddelde te gaan werken. Daarbij kan nog aangevoerd worden dat een belangrijke rechtvaardiging voor het hanteren van dit uitgangspunt gelegen is in de bij de bijdrageplichtigen optredende besparingen in kosten van levensonderhoud, welke onafhankelijk zijn van de soort inrichting waarin men is opgenomen.

– Moet niet in principe iedereen deze bijdrage betalen? Als in principe de verstrekking wordt beperkt is er weinig reden om kinderen en gehuwden buiten de eigen bijdrageregeling te laten vallen.

– Hoe moet worden gehandeld ten aanzien van degenen die de kosten niet volledig kunnen betalen? Hierbij zijn weer twee situaties denkbaar, nl.:

- evenals onder de huidige eigen bijdrageregeling wordt een maximale bijdrage vastgesteld. Degenen die deze niet kunnen betalen zijn een verminderde bijdrage verschuldigd.

- «kost en inwoning» wordt niet langer onderdeel van de verstrekking. In dat geval zullen degenen die aan de bijdrageplicht niet of niet geheel kunnen voldoen moeten terugvallen op de Algemene Bijstandswet.

Een algemeen probleem dat zich bij beide mogelijkheden zal voordoen is de problematiek der revalidatiekosten. De huidige eigenbijdrageregeling voorziet in de mogelijkheid dat kosten welke noodzakelijk gemaakt moeten worden in verband met revalidatie in mindering kunnen worden gebracht op het inkomen alvorens tot de vaststelling van de eigen bijdrage wordt overgegaan. De verbindingskantoren kunnen op dit punt tot op zekere hoogte een autonoom beleid voeren.

Bijdrageplichtigen die min of meer normaal aan het maatschappelijk verkeer kunnen deelnemen, hebben reeds meerdere malen geprotesteerd tegen het niveau van het ter vrije besteding blijvende bedrag, aangezien zij van mening zijn dat dit bedrag onvoldoende is. Indien een belangrijk gedeelte van een eventueel neveninkomen wordt «afgeroomd», zal de groep van personen die zich belemmerd voelt in het ontplooiën van maatschappelijke activiteiten alleen maar toenemen. Aangenomen moet worden dat geprobeerd zal worden om een steeds groter gedeelte van bovengenoemde activiteiten tot revalidatiekosten te bestempelen. Dit begrip zal onder toenemende druk komen te staan. Het lijkt onontkoombaar dat er op het punt van revalidatiekosten meer wettelijk vastgelegd (genormeerd) zal moeten worden.

#### 4. Evaluatie

Uit het bovenstaande blijkt dat beide uitgangspunten tot op zekere hoogte kunnen worden gezien als twee zijden van dezelfde medaille. Enerzijds wordt een te heffen eigen bijdrage op grond van het besparingsmotief – gezien het verzekeringskarakter van de AWBZ – begrensd door de voor een inrichting geldende gemiddelde kosten van kost en inwoning, anderzijds is een op te leggen eigen bijdrage wegens een beperking van de verstrekking tot de zuiver medische kosten grotendeels slechts te rechtvaardigen op grond van de bij de verzekerde wegvallende kosten van levensonderhoud. Als gevolg van deze samenhang lijkt het waarschijnlijk dat een nieuw systeem van eigen bijdrage dat op het ene dan wel op het andere uitgangspunt is gebaseerd ongeveer tot dezelfde regeling zal leiden. Bij een nadere uitwerking zal worden gestreefd naar een regeling die nauw aansluit bij het

nu geldende systeem dat wil zeggen dat degenen die de eigen bijdrage niet volledig kunnen betalen (gedeeltelijk) dispensatie krijgen en niet voor het te kort een beroep op de Algemene Bijstandswet behoeven te doen. Dit zou inhouden dat er voor degenen met een minimuminkomen geen verandering zou optreden ten opzichte van de huidige situatie.

Wel lijkt het verstandig om, alvorens definitief te kiezen, beide systemen nog wat nader uit te werken, ten einde eventuele knelpunten te kunnen opsporen.

Bij toetsing van de voorgestelde mogelijkheden aan de knelpunten blijkt, dat hoofdzakelijk aan punt a van paragraaf 2, tegemoet wordt gekomen. Het verschil in financiële benadering zal veel minder schrijnend worden ervaren dan nu het geval is. Gezien de opnamekosten per maand welke voor de drie belangrijkste categorieën van inrichtingen op omstreeks f 5500 liggen en het percentage van deze kosten dat aan «kost en inwoning» kan worden toegeschreven, zal de eigen bijdrage f 1000–f 1500 moeten bedragen, dat wil zeggen maximaal het dubbele van de huidige bijdrage. Dit houdt in dat er in een aantal gevallen nog cumulatie zal blijven bestaan, terwijl niet voorkomen wordt dat er toch nog vermogensvorming zal blijven plaatsvinden. Het aantal personen waarbij zich dit zal voordoen zal echter sterk zijn afgenomen.

Een tweetal uitvoeringstechnische knelpunten, welke evenwel niet genoemd mogen blijven, zijn de volgende. Een nieuw systeem zal betekenen dat in veel gevallen periodieke inkomensonderzoeken nodig zullen zijn. Voorts zal de eigen bijdrage niet meer kunnen worden ingehouden op de sociale-verzekeringssuitkering, doch rechtstreeks bij de verzekerde in rekening moeten worden gebracht, met alle gevolgen van dien voor de inningsproblematiek.

## **5. Financiële opbrengst**

Over de mate waarin de inkomens van bijdrageplichtigen het sociale minimum te boven gaan bestaan geen gegevens. Op grond van bij voorbeeld de klasse-indeling in de bejaardenziekenfondsverzekering moet echter worden aangenomen dat slechts een klein gedeelte van de bijdrageplichtigen in staat zal zijn een maximale bijdrage van bij voorbeeld f 1500 te betalen. Indien het gemiddelde inkomen ca. f 2000 per jaar meer zou bedragen dan het sociaal-minimuminkomen, zou een opbrengst van f 100 mln. wellicht haalbaar zijn.