

Vergaderjaar 1995–1996

**24 678**

## **Invoering van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW**

**Nr. 1**

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 4 april 1996

#### **1. Inleiding**

In het regeerakkoord is vastgelegd dat deze regeerperiode zal worden overgegaan tot invoering in de particuliere ziektekostenverzekering en in de ziekenfondsverzekering van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis of hoofdverzekerde. Daarnaast is bepaald dat onderzoek zal plaatsvinden naar de uitvoerbaarheid van de introductie van een systeem in de verplichte ziektekostenverzekering, dat analoog is aan de IZA-systematiek van eigen bijdragen. Hangende dit onderzoek zou het bedrag van f 200,- niet worden verhoogd. De invoering van het verplichte eigen risico maakt deel uit van het eveneens in het regeerakkoord vastgelegde streven naar convergentie, met als doel het naar elkaar toegroeien van particuliere verzekeringen en ziekenfondsverzekering. Voor de invoering van een verplicht eigen risico in de ziekenfondsverzekering heeft het kabinet een financieringsverschuiving van f 900 mln en een volume-effect van f 50 mln ingeboekt (FOZ 1996).

Eind augustus 1995 heeft het kabinet besloten een alternatief te ontwikkelen voor het eigen risico in de Ziekenfondswet (ZFW), dat, door middel van prijsprikkels, leidt tot een terughoudend gebruik van medische voorzieningen. Dit werd mede in relatie geplaatst tot de mogelijkheden om op vrijwillige basis tot afspraken te komen met verzekeraars over het naar elkaar toegroeien van particuliere verzekeringen en ziekenfondsverzekering. Met mijn brief van 1 september 1995 (Kamerstukken II, 1994–1995, 24 124, nr. 18) heb ik uw Kamer deze besluitvorming van het kabinet medegedeeld.

Aan VB-advies is vervolgens opdracht verstrekt een onderzoek in te stellen naar de technische mogelijkheden van invoering van een systeem van eigen bijdragen. Het rapport van dit onderzoek is op 30 november 1995 door VB-Advies aan mij uitgebracht. Met mijn brief van 4 december 1995 (VMP/VVU-954214) heb ik het rapport aan de Tweede Kamer aangeboden.

S–SV

Op basis van het rapport heeft het kabinet zich beraden over de vraag of de invoering van een eigen-bijdragensysteem gezien kan worden als een werkbaar alternatief voor het in het regeerakkoord aangekondigde eigen risico. Het kabinet heeft bij zijn afwegingen terzake tevens de stand van zaken met betrekking tot de vrijwillige convergentie betrokken. Het kabinet is tot de conclusie gekomen dat invoering van een systeem van eigen bijdragen inderdaad als een werkbaar alternatief kan worden gezien. Vervolgens heeft het kabinet zich diepgaand beziggehouden met de vraag welke concrete invulling aan een dergelijk systeem zou moeten worden gegeven. In paragraaf 2 wordt het kabinetsstandpunt weergegeven. In paragraaf 3 wordt dit standpunt nader uitgewerkt mede op basis van de overwegingen die tot het standpunt hebben geleid. In paragraaf 4 wordt vervolgens ingegaan op de stand van zaken betreffende de vrijwillige convergentie en in paragraaf 5 op naar voren gebrachte alternatieve bezuinigingsvoorstellen.

## **2. Kabinetsstandpunt**

Het kabinetsbesluit houdt het volgende in:

1. Invoering per 1 januari 1997 van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW van 20% van de kosten van verstrekkingen en f 8,- per ligdag bij de verstrekking ziekenhuisverpleging.
2. Geen bijdrage voor de huisarts en de tandarts.
3. Invoering van een nominaal maximum van f 200,- per hoofdverzekerde per kalenderjaar.
4. Inning van de eigen bijdragen door de ziekenfondsen, waarbij het financiële risico vooralsnog berust bij de Algemene Kas van de ZFW.
5. Compenseren van de koopkrachteffecten op minimumniveau door middel van het omzetten van de totale opbrengst van de financieringsverschuiving in een verlaging van de nominale rekenpremie ZFW met circa f 110,- en het vaststellen van het maximum voor specifieke groepen op f 100,-.
6. Voor ZFW-verzekerden die jaren achtereen hoge ziektekosten hebben (chronisch zieken) vindt daarnaast compensatie plaats ad. f 90,- per verzekerde per jaar, waardoor voor deze groep de eigen-bijdragenregeling kostenneutraal is.
7. Invoering in de WTZ van een algemeen eigen risico aan de voet van f 200,- per polis onderscheidenlijk f 100,- voor een alleenstaande.
8. Overeenkomstig het regeerakkoord zullen de mogelijkheden worden verkend om in 1998 over te stappen op een IZA-achtig systeem, d.w.z. een systeem met een inkomensafhankelijk maximum en inclusief de huisartsenhulp.

## **3. Uitwerking en overwegingen**

### *Ad 1. Invoering 20%-bijdrage per ZFW-verstrekking en f 8,- per dag ziekenhuisverpleging*

In het VB-rapport is uitgegaan van een systeem waarbij de verzekerde in beginsel 15% van de kosten voor eigen rekening moet nemen. Door VB-Advies is voorgesteld bij ziekenhuisopname vanwege het besparingsmotief een eigen bijdrage te vragen van f 8,- per dag.

Voor de uiteindelijke bepaling van het percentage van de kosten dat de verzekerde – anders dan voor ziekenhuisverpleging – voor eigen rekening zal moeten nemen is vanzelfsprekend ook de verwachte budgettaire opbrengst van belang. Het kabinet heeft vastgesteld dat, mede gelet op het navolgende, een percentage van 20 het beste aansluit bij de taakstelling ten aanzien van de opbrengst. Het advies ten aanzien van de verstrekking ziekenhuisverpleging is door het kabinet overgenomen. Het

ook bij deze verstrekkingen toepassen van dezelfde procentuele bijdrage als bij de overige verstrekking zou in de ogen van het kabinet niet realistisch zijn. Het besparingsmotief wordt echter wel van toepassing geacht.

#### *Ad 2. Geen bijdrage voor huisarts en tandarts*

Het kabinet is van mening dat vanuit een oogpunt van volksgezondheidsbeleid een drempelvrije toegang tot de zorg voor de laagst-betaalden belangrijk is. Dit weerspiegelt zich in de wens de huisarts tot poortwachter van het zorgsysteem te maken. Het heffen van een eigen bijdrage voor bezoeken aan de huisarts zou met dit uitgangspunt in strijd kunnen komen. Het betrekken van de huisartsenhulp bij het eigen-bijdragensysteem zou daarnaast een verzwaring van de administratieve lasten betekenen.

Door de beperking van de aanspraak op tandheelkundige hulp in de ZFW per 1-1-1995 is bij deze zorgvorm reeds een voldoende prikkel ingebouwd tot gepast gebruik. Zorginhoudelijk gezien is er dan ook geen reden om nog een extra prikkel in te bouwen.

Bovenstaande overwegingen hebben het kabinet ertoe gebracht de zorgvormen huisartsenhulp en tandheelkundige hulp uit te zonderen van het in te voeren bijdragensysteem.

Voor het overige ligt het naar de mening van het kabinet in de rede alle zorgvormen die het VB-rapport noemt, in de eigen-bijdragenheffing te betrekken. Hoewel het daarbij niet altijd gaat om zaken waarbij de verzekerde een eigen afweging kan maken, is ook een andere belangrijke doelstelling, het bijdragen aan meer kostenbewustzijn, in het geding. Deze doelstelling rechtvaardigt het niet toepassen van verdere uitzonderingen, mede ter compensatie van het om de eerder genoemde redenen uitzonderen van de huisartsenhulp en de tandheelkundige hulp. Bovenstaande conclusie geldt ook voor de verstrekking fysiotherapie, ten aanzien waarvan weliswaar sedert 1 januari 1996 een beperking is doorgevoerd, maar waarbij de verzekerde de mogelijkheid heeft om zonder voorafgaande toestemming van het ziekenfonds 9 behandelingen te krijgen. Het betrekken van de fysiotherapie bij het beoogde eigen-bijdragensysteem moet daarom in het belang worden geacht van het verder stimuleren van gepast en verantwoord gebruik van deze zorgvorm door de verzekerde.

#### *Ad 3. Nominaal maximum van f 200,- per hoofdverzekerde per jaar*

Aan de keuze voor het vooralsnog hanteren van een nominaal maximum is een uitgebreide afweging voorafgegaan. Daarbij hebben de volgende elementen een rol gespeeld:

- de administratief-technische consequenties van keuze voor ofwel een inkomensafhankelijke ofwel een nominale maximering;
- het invoeringstijdstip;
- de administratiekosten.

Het kabinet heeft uit het VB-rapport de conclusie getrokken dat het op korte termijn hanteren van een inkomensafhankelijk maximum onmogelijk is, gezien de forse administratief-technische complicaties die een dergelijk maximeringssysteem met zich meebrengt. Deze complicaties zijn van een zodanige aard dat de tijd die noodzakelijk moet worden geacht voor invoering van zo'n systeem circa 1 jaar bedraagt. Er is tevens wijziging van de ZFW voor nodig. Gelet op het feit dat het kabinet zeer hecht aan invoering van een eigen-bijdragensysteem met ingang van 1 januari 1997, is het onvermijdelijk te concluderen dat per die datum alleen een systeem met een nominaal maximum in plaats van een inkomensafhankelijk

maximum kan worden ingevoerd. Met betrekking tot de administratieve kosten wordt er op gewezen dat invoering van een nominaal maximum circa f 50 mln. lager uitkomt dan invoering van een inkomensafhankelijk maximum. Zowel de kwestie van de administratiekosten als die van de uitvoeringsproblematiek zal door het kabinet worden betrokken bij het onderzoek naar de mogelijkheid alsnog een inkomensafhankelijke maximering in te voeren met ingang van 1 januari 1998.

#### *Ad 4. Inning door de ziekenfondsen, financieel risico vooralsnog bij Algemene Kas ZFW*

Naar aanleiding van de wens van het kabinet de ziekenfondsen te belasten met de taak van inning van de in te voeren eigen bijdragen heeft Zorgverzekeraars Nederland laten weten dat daartoe de mogelijkheid en bereidheid bestaat, maar dat – mede gegeven het bestaan van verschillende maxima voor verschillende groepen verzekerden – groot bezwaar wordt gezien in het leggen van het financiële risico van de inning van die eigen bijdragen bij de ziekenfondsen, dit in relatie met de bestaande risicodragende budgettering van de ZFW-verstrekkingen. Gelet op het belang van de verdergaande invoering van risicodragende budgettering van de ZFW-verstrekkingen voor de kostenbeheersing en gelet op de onzekerheden die voor de ziekenfondsen zijn verbonden aan het huidige stadium waarin de ontwikkeling van deze budgettering verkeert, heeft het kabinet het verstandig geoordeeld de ziekenfondsen thans niet te belasten met het financiële risico dat is verbonden aan de inning van eigen bijdragen. Het kabinet is voornemens in een later stadium hiertoe alsnog over te gaan.

#### *Ad 5. Compensatie van koopkrachteffecten*

De compenserende maatregelen waartoe het kabinet heeft besloten bestaan uit drie delen:

a. Om vooral de lagere inkomensgroepen te compenseren wordt de financieringsverschuiving die met de invoering van de voorgestelde eigen bijdragen wordt bereikt volledig omgezet in een verlaging van nominale rekenpremie in het kader van de ZFW-budgettering met circa f 110,- per jaar. Met Zorgverzekeraars Nederland is overleg gevoerd over de vraag of de garantie bestaat dat de ziekenfondsverzekerden in 1997 ook daadwerkelijk in de door de ziekenfondsen voor dat jaar vast te stellen nominale ZFW-premie het effect volledig zullen terugzien van deze verlaging van de nominale rekenpremie. Met verwijzing naar de in de bijlagen 1 en 2<sup>1</sup> opgenomen briefwisseling met Zorgverzekeraars Nederland kan het volgende worden vastgesteld. De ziekenfondsen zijn onder een aantal condities (zie de genoemde bijlagen) bereid te garanderen dat het verschil tussen de door de Minister van VWS vast te stellen nominale rekenpremie voor de ZFW en de door de ziekenfondsen werkelijk vast te stellen nominale ziekenfondspremie voor 1997 gemiddeld niet hoger zal zijn dan in 1996 het geval is (f 76,-). Concreet betekent dit dat de door het kabinet voorgenomen verlaging van de nominale rekenpremie met f 110,- in zijn geheel zal worden doorgegeven aan de ziekenfondsverzekerden. Daarmee zullen de koopkrachteffecten bij gezinnen volledig gecompenseerd zijn;

b. De maximale bijdrage wordt voor sommige groepen niet op f 200,- maar op f 100,- vastgesteld. Door te kiezen voor de verlaging van het maximum alleen voor personen met een minimumuitkering (AAW, AWW, bijstand) zullen deze volledig gecompenseerd worden voor koopkrachteffecten van de invoering van eigen bijdragen;

c. Voor bejaarden wordt de maximale bijdrage van f 200,- verlaagd tot f 100,-. Het kabinet acht dit de meest eenvoudige methode om de koopkrachteffecten voor deze groep te compenseren. Dit wordt tevens ingegeven door de omstandigheid dat bij gehuwde bejaarden over het

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

algemeen geen sprake is van medeverzekering. Op grond van de ZFW is immers bij bejaarden sprake van directe verzekering. Zonder nadere regelgeving zou het gevolg zijn dat bejaarde echtparen altijd een maximale eigen bijdrage van f 400,- verschuldigd zouden zijn.

#### *Ad 6. Compensatie chronisch zieken*

Verzekerden die als gevolg van chronische ziekten jaren achtereen onvermijdelijk veel gebruik dienen te maken van de via de ZFW geregelde en gefinancierde gezondheidszorg dienen naar de mening van het kabinet geen financieel nadeel te ondervinden van de voorgestelde eigen bijdragen. Gelet hierop heeft het kabinet zich intensief gebogen over de mogelijkheden die zouden bestaan om dit uitgangspunt binnen het voorgestelde systeem vorm te geven. Daarbij is onder meer informeel overleg gevoerd met organisaties die zijn betrokken bij het chronisch-ziekenbeleid. Bij uitvoerige bestudering van de verschillende mogelijkheden is gebleken dat compensatieregelingen die aansluiten bij enigerlei zorginhoudelijke definitie van chronische ziekten niet tot de uitvoerbare mogelijkheden behoren. Tevens is gebleken dat compensatieregelingen in de fiscale sfeer, gelet op de gecompliceerde bewijslast, evenmin tot de reële mogelijkheden behoren. In verband hiermee heeft het kabinet besloten voor de te treffen compensatieregeling niet zozeer aansluiting te zoeken bij het element van chronische ziekte op zichzelf, maar bij dat van gedurende jaren achtereen voorkomende hoge ziektekosten bij verzekerden. Besloten is om verzekerden die gedurende drie jaar achtereen de maximale eigen bijdrage van f 200,- verschuldigd zijn geweest te compenseren door middel van een restitutie door het ziekenfonds van f 90,-. Tezamen met de verlaging van de nominale ZFW-premie (zie ad 5) zal hierdoor volledige compensatie plaatsvinden.

Bovenstaande regeling heeft als nadeel dat de voorgestelde restitutie pas in werking kan treden nadat drie jaar zijn verstreken vanaf de invoering van het eigen-bijdragensysteem (dus in 1999). Om dit nadeel weg te nemen heeft het kabinet aanvullend besloten tot de volgende regeling:

In 1997 zal iedere verzekerde die het maximum van f 200,- volmaakt, de restitutie van f 90,- uitgekeerd krijgen. In 1998 zullen die verzekerden die in 1997 en 1998 het geldende maximum hebben voldaan, f 90,- compensatie krijgen. Dit ingroei-model heeft met ingang van 1999 het eindstadium bereikt; dan worden alle verzekerden die drie jaar aaneengesloten het maximum van f 200,- hebben volgemaakt door middel van de structurele compensatieregeling financieel schadeloos gesteld.

De regeling zal er naar verwachting toe leiden dat in 1997 een opbrengstverlies zal optreden van circa f 55 mln. Het kabinet verwacht dat in 1997 circa 600 000 verzekerden op grond van de voorgestelde regeling voor restitutie in aanmerking zullen komen. Voor de structurele situatie gaat het kabinet uit van circa 100 000 verzekerden, met een opbrengstverlies van f 9 mln. De cijfermatige uitwerking hiervan is opgenomen in bijlage 3<sup>1</sup>.

#### *Ad 7. Algemeen eigen risico aan de voet in de WTZ*

Mede gelet op de conclusies van het VB-rapport terzake ligt met betrekking tot de WTZ, gezien het particuliere karakter van deze verzekeringsvorm, een algemeen eigen risico naar de mening van het kabinet in de rede. Dit vergemakkelijkt de snelle invoering. Tevens zal de opbrengst van een eigen risico meer bedragen dan van een eigen-bijdragensysteem. Het thans bestaande specifieke eigen risico voor specialistische hulp van f 300,- per polis, onderscheidenlijk f 150,- voor een alleenstaande, komt hiermee te vervallen.

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

*Ad 8. Nader onderzoek naar de mogelijkheden van invoering van een IZA-achtig systeem in 1998*

Het kabinet is voornemens deze mogelijkheden nauwgezet te onderzoeken. Het onderzoek zal betrekking hebben op enerzijds de reeds genoemde mogelijkheid van het alsnog invoeren van een inkomensafhankelijke maximering en anderzijds, gelet op de ervaringen terzake binnen het IZA-systeem zelf, op de mogelijkheid van toepassing van eigen bijdragen op de verstrekking huisartsenhulp.

#### **4. Stand van zaken vrijwillige convergentie**

In het regeerakkoord is sprake van een wet op de convergentie. In de door het Kabinet op 20 maart 1995 uitgebrachte nota «Zorg in het regeerakkoord» is uitvoerig stilgestaan bij de internationaal-rechtelijke aspecten van zo'n wet. Mede op grond van de juridische onzekerheden heeft het Kabinet ervoor gekozen allereerst de mogelijkheid van de vrijwillige convergentie te verkennen, alvorens te beslissen over de noodzaak van een wettelijke regeling.

Alvorens op de realisering van de vrijwillige convergentie in te gaan, lijkt het mij goed uit het regeerakkoord de convergentiepunten samen te vatten.

In essentie gaat het om:

- a. het tot stand brengen van eenzelfde pakket voor ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden in het verplichte deel van de ziektekostenverzekering;
  - b. het geleidelijk naar elkaar toegroeien van de wijze van premieheffing;
  - c. het vormgeven van een verplicht eigen risico aan de voet van f 200,- per polis;
  - d. acceptatie(plicht) in de particuliere ziektekostenverzekeringen;
  - e. premiebandbreedteregeling.
- Door d. en e. gaan verzekeraars risico dragen.

De stand van zaken met betrekking tot de vrijwillige convergentie is thans als volgt:

##### *Pakketsamenstelling*

Per 1-1-1996 zijn de volgende aanspraken van de AWBZ naar de ZFW overgeheveld:

1. geneesmiddelen;
2. hulpmiddelen;
3. revalidatie;
4. erfelijkheidsonderzoek;
5. audiologische hulp.

De particuliere verzekeraars hebben per 1-1-1996 al deze aanspraken zonder risicoselectie voor de eigen verzekerden opgenomen in de particuliere polissen. Voor de aanspraak op geneesmiddelen hebben zij onverkort het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) van toepassing verklaard.

Voor de hulpmiddelen hebben zij de polisvoorwaarden aangepast aan de regeling die voor de ziekenfondsverzekerden geldt.

Voor de fysiotherapie is een groot deel van de verzekeraars overgegaan op een machtigingssysteem, waarbij het aantal zittingen is teruggebracht tot negen. Ook de limitatieve lijst van chronische aandoeningen die een indicatie zijn voor langerdurende fysiotherapie, wordt door hen gehanteerd. Hier is dus ook sprake van conformiteit met het ziekenfonds.

Voor de overige verstrekkingen (3, 4 en 5) heeft een één-op-één-vertaling plaatsgevonden in de particuliere polissen.

#### *Premieheffing*

Dit is één van de moeilijkste punten van de convergentie. In het regeerakkoord staat dat de wijze van premieheffing geleidelijk naar elkaar toe moet groeien. Dat zou betekenen dat òf in de particuliere sfeer een combinatie van inkomensafhankelijke en nominale premie zou moeten ontstaan (conform de ZFW) òf in de ziekenfondsverzekering een volledig nominale premie zou moeten worden ingevoerd (conform de particuliere markt).

#### *Eigen-risico/eigen-bijdragensysteem*

Met de verzekeraars is overeengekomen dat – gelet op de karakteristiek van de particuliere ziektekostenverzekeringen – convergentie op dit punt wordt bereikt door invoering in de particuliere markt van een eigen risico aan de voet van f 200,- per polis voor alle particulier verzekerden die een dergelijk eigen risico nog niet hebben. Een derde van de particuliere verzekeraars is hiertoe per 1-1-1996 reeds overgegaan. De rest wacht tot ook in de ZFW een eigen-bijdrage/risicosysteem is ingevoerd.

#### *Acceptatie*

In de praktijk kan iedereen in Nederland die dat wil, voor ziektekosten worden verzekerd. Door de in de WTZ neergelegde acceptatieplicht is gewaarborgd dat een ieder die voor het eerst tot de particuliere markt moet toetreden zich kan verzekeren. De enige uitzondering geldt voor onverzekerde personen die zich eerst aanmelden nadat zij ziek zijn geworden (de zogenoemde «brandende huizen»). Wel kunnen er soms problemen optreden wanneer een verzekerde – om welke reden dan ook – van verzekeraar wil wisselen.

De verzekeraars hebben aangegeven op vrijwillige basis niet te zullen komen tot een volledige externe acceptatieplicht zonder risicoselectie. Voor eventueel wettelijk af te dwingen maatregelen geldt hetgeen onder convergentie is gesteld.

#### *Premiebandbreedteregeling*

Verzekeraars hebben vorig jaar een eerste voorstel gedaan. Aandachtspunt bij een premiebandbreedteregeling is dat elke mogelijke vrijwillige afspraak kan leiden tot verstoring van de onderlinge concurrentieverhoudingen. Er is in de particuliere markt echter bereidheid de «premiedifferentiatie te beteugelen». Bevriezing van de huidige mate van premiedifferentiatie is met verzekeraars bespreekbaar. Bij eventuele verdergaande vormen van beperking van premiedifferentiatie moet worden bedacht dat dan opnieuw de noodzaak van invoering van een vereveningssysteem aan de orde is.

Gesprekken hierover met verzekeraars zijn nog gaande.

#### *Risico lopen in de WTZ*

In het kader van de afspraken inzake vrijwillige convergentie werkt Zorgverzekeraars Nederland aan voorstellen om de particuliere verzekeraars risico te laten lopen met betrekking tot de WTZ. In het in 1995 gevoerde overleg is er van uit gegaan dat dit vorm zou krijgen door het met ingang van 1997 niet langer onder de WTZ brengen van «nieuwe» bejaarden. Deze zouden na het bereiken van de 65-jarige leeftijd hun maatschappijpolis behouden, waardoor de particuliere verzekeraars, met

handhaving van maximumpremie-waarborgen ten opzichte van de verzekerden, het financiële risico zouden gaan dragen. Voor het uitwerken van de voorstellen heeft Zorgverzekeraars Nederland een aantal (grote) particuliere verzekeraars bij elkaar gebracht in het zogeheten «Brug-overleg». Ten behoeve van het Brug-overleg zijn enkele technische varianten voorbereid, die thans worden uitgewerkt. Aan de Brug-maatschappijen is gevraagd gegevens te leveren aan de hand waarvan de financiële effecten van de verschillende varianten konden worden doorgerekend. Met betrekking tot de meest kansrijke varianten is vervolgens aan alle particuliere verzekeraars gevraagd eveneens gegevens te leveren, om de totale effecten van de voorstellen in de markt te kunnen beoordelen.

Zorgverzekeraars Nederland verwacht in april met een bestuurlijk standpunt over de varianten te kunnen komen. De verschillende varianten brengen naar alle waarschijnlijkheid grootscheepse gevolgen met zich mee voor de verzorgingsvoorziening, zoals de Verzekeringskamer die zal eisen van de particuliere verzekeraars indien het financiële risico dat deze verzekeraars lopen over de groep bejaarde verzekerden zal toenemen. Hierbij moet worden gedacht aan stijgende reserveringseisen in de orde van grootte van honderden miljoenen gulden. Parallel hieraan vindt een onderzoek plaats naar een alternatief voor de WTZ. Dit alternatief betreft, in aansluiting op de convergentiegedachte, een model waarin acceptatieplicht, premiebandbreedteregeling en risicoverevening centraal staan. Over de uitkomsten van dit onderzoek en daarmee over de haalbaarheid van dit model, kan naar verwachting later dit jaar uitsluitsel worden gegeven.

Al met al is er op vrijwillige basis veel op gang gekomen. Per 1 januari jl. zijn alle maatregelen die het Kabinet in de ZFW heeft doorgevoerd door particuliere verzekeraars vrijwel onverkort overgenomen.

Over de verder te zetten stappen wordt nog met de verzekeraars gesproken.

## **5. Alternatieve bezuinigingsvoorstellen**

Bij de behandeling van de begroting van VWS in de Tweede Kamer zijn verschillende voorstellen gedaan, vooral van de zijde van de PvdA, om de kostenontwikkeling in de zorgsector te beheersen. In het rapport «Gepaste Zorg» doet de PvdA-fractie verschillende suggesties ter verhoging van de efficiency en doelmatigheid in de zorg. Veel van deze suggesties zijn waardevol. Ook het kabinet heeft het streven naar efficiency en doelmatigheid hoog in het vaandel staan. Gewezen kan in dit verband worden op de nota «Zorg in het regeerakkoord».

Het kabinet beschouwt deze voorstellen om twee redenen als additioneel ten opzichte van eigen bijdragen. Aan een systeem van eigen bijdragen liggen zelfstandige (inhoudelijke) overwegingen ten grondslag. Bovendien blijkt uit de eerste inzichten in de ontwikkeling van de uitgaven voor de zorg in 1996 en 1997, dat het realiseren van de financiële taakstellingen uit het regeerakkoord nog de nodige inspanning vergt van alle betrokkenen. Bij de voorbereiding van de begroting 1997 zal het kabinet hieraan veel aandacht moeten besteden. Daarbij zullen alle (nieuwe) ideeën die er liggen voor een meer efficiënte en doelmatige zorg zowel voor de korte als de lange termijn hard nodig zijn. In dit verband kan bijvoorbeeld worden genoemd het plan van de gepaste zorgpolis. Behandeling op basis van protocollen kan zeker leiden tot een doelmatigheidswinst. Het voorstel over de griepvaccinatie is bij brief van 21 februari 1996 inmiddels voorgelegd aan de Ziekenfondsraad voor een uitvoeringstoets. Maar ook de mogelijkheden die andere voorstellen bieden zullen de komende maanden aan de orde komen.



Het kabinet streeft ernaar om door èn een systeem van eigen bijdragen in te voeren èn nieuwe maatregelen te treffen bij voorkeur in de sfeer van doelmatigheid en efficiency, de afgesproken financiële kaders in het regeerakkoord te realiseren.

## **6. Slot**

De in deze brief beschreven combinatie van elementen leidt naar de mening van het kabinet tot een systeem dat werkbaar is, dat per 1-1-1997 invoerbaar is, dat (grotendeels) voldoet aan de financiële taakstelling van het regeerakkoord en waarvan de koopkrachteffecten op minimumniveau kunnen worden gecompenseerd. De financiële uitwerking van de voorstellen is opgenomen in bijlage 3.

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