

Vergaderjaar 1988–1989 Nr. 69b

20 609

**Invoering van een gedeeltelijke nominale premie in de ziekenfondsverzekering, uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede daarmee samenhangende wijzigingen in enige andere wetten en regelingen met betrekking tot de sociale zekerheid en de belastingwetgeving**

**EINDVERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR WELZIJN EN VOLKSGEZONDHEID<sup>1</sup>**

Vastgesteld 6 december 1988

Na ontvangst van de memorie van antwoord hadden de leden van de vaste Commissie voor Welzijn en Volksgezondheid behoefte aan het voeren van mondeling overleg met de Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, aangezien zij op enkele punten nog nadere verduidelijking wensten. Bedoeld overleg heeft plaatsgevonden op 29 november 1988. Het woordelijk verslag van dit overleg is als bijlage bij dit eindverslag gevoegd. Tijdens het mondeling overleg heeft de staatssecretaris toegezegd nog op enkele punten schriftelijk te zullen terugkomen. Bedoelde antwoorden zijn eveneens in een bijlage opgenomen.

Na bedoelde schriftelijke en mondelinge gedachtenwisseling met de bewindsman acht de commissie het wetsvoorstel gereed voor openbare behandeling.

De voorzitter van de commissie,  
Mevr. Ermen

De griffier van de commissie,  
Van der Putten

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Van der Meulen (CDA), Michiels van Kessenich-Hoogendam (CDA), Boorsma (CDA), mw. Ermen (PvdA) (voorzitter), mw. M. A. van der Meer (PvdA), Smeets-Janssen (PvdA), Veder-Smit (VVD), Heijmans (VVD), Gelderblom-Lankhout (D66), Barendregt (SGP), De Gaay Fortman (PPR), Vogt (PSP), Schuurman (RPF), mw. Bolding (CPN) en Van der Jagt (GPV).



# Stenografisch verslag van een mondeling overleg van de vaste Commissie voor welzijn en volksgezondheid

Dinsdag 29 november 1988

Aanvang 11.30 uur

## Voorzitter: Ermen

Aanwezig zijn 9 leden der Kamer, te weten:

Michiels van Kessenich-Hoogendam, Boorsma, Ermen, M.A. van der Meer, Smeets-Janssen, Veder-Smit, Gelderblom-Lankhout, Van der Jagt en Kruisinga,

en de heer Dees, staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, die vergezeld is van enige ambtenaren.

De **voorzitter**: Ik heet u allen welkom. Aan de orde is het wetsvoorstel Invoering van een gedeeltelijk nominale premie in de ziekenfondsverzekering, uitbreiding van het verstrekkingenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en enige andere wijzigingen in de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, alsmede daarmee samenhangende wijziging in enige andere wetten en regelingen met betrekking tot de sociale zekerheid en de belastingwetgeving (20609).

Dit mondeling overleg is ingelast omdat de tijd van voorbereiding voor het voorliggende wetsvoorstel kort is. Het zou kunnen zijn dat dit MO een nader voorlopig verslag overbodig maakt. In dat geval zullen wij waarschijnlijk volgende week tot de vaststelling van een eindverslag overgaan. Als dat niet het geval is, dan zullen wij straks met elkaar moeten afspreken dat de staatssecretaris op zeer korte termijn de antwoorden aan ons geeft, want wij hebben de behandeling van dit wetsvoorstel vastgesteld voor 13 december.

Ik zou eerst de commissie het woord willen geven. De staatsse-

cretaris krijgt dan alle vragen in verzameling aangereikt. Hij kan van zijn kant uit bepalen hoe hij de beantwoording hiervan wil doen. Wij zullen vervolgens, indien nodig, een korte tweede ronde inlassen, waarin dezelfde procedure kan gelden.

Ik zou ernaar willen streven, de vergadering om 12.30 uur af te ronden. Daarna zullen wij een kort gesprek met de staatssecretaris hebben over de procedure van het wetsvoorstel Wijziging toegang ziektekosten. De staatssecretaris stelde er prijs op om hierover even te praten. Ik verzoek de commissie om na dit gesprek te blijven zitten, omdat wij vervolgens moeten praten over de procedure voor de behandeling van de wijziging van de Welzijnswet. Alles bij elkaar moeten wij proberen rond 13.00 uur klaar te zijn, omdat om 13.30 uur de plenaire vergadering begint.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter! Ik heb momenteel geen aanvullende vragen te stellen. Ik vond, en dat is een compliment, dat de vragen die wij gesteld hebben zeer goed en royaal beantwoord zijn. Dat betekent natuurlijk niet dat ik geen vragen meer zou hebben. Maar ik vind het zonde om al mijn kruit te verschietsen. Ik houd mijn kruit dus droog tot de plenaire behandeling.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): Ik wil mij tot vragen beperken en deze zo concreet mogelijk houden. Ik zal dus geen beschouwingen geven. Mijn vragen betreffen in hoofdzaak drie punten.

Het eerste is de positie van preventie, opleiding, scholing, bijscholing en kwaliteitsbevordering. Ik heb gevraagd hoe het kabinet kan garanderen dat de kosten, die nu voor een deel in de verpleegprijs

zitten, betaald blijven worden. Ik noem als voorbeeld de NZR, die een in-service-opleiding geeft aan verpleegkundigen. Ook is er een systeem voor toetsing van de kwaliteit. Dit zijn uiteraard kosten die uit de verpleegprijs van het ziekenhuis worden betaald. Als wij straks, als ik het goed zie, overeenkomsten krijgen waarin vrij scherp onderhandeld zal worden over de verpleegprijs — en misschien niet landelijk, maar zelfs regionaal — hoe krijgen wij dan de garantie dat de verzekeraars niet zullen proberen om de verpleegprijs te drukken, zodat er voor de kwaliteitsbevorderende activiteiten geen geld meer is? Op die vraag is uitvoerig ingegaan op bladzijde 6 van de gestencilde antwoorden. Maar dat antwoord geeft nog geen uitsluitsel. Die kosten zouden door contracten gedekt kunnen worden, zij zouden verwerkt kunnen worden in de normuitkeringen of zij zouden rechtstreeks uit de centrale kas vergoed kunnen worden. Er zijn nog meer mogelijkheden, maar die beschouwt de staatssecretaris voorlopig als theoretisch. Mijn vraag is concreet: heeft de staatssecretaris een indruk van de bedragen waar het om gaat? Kan hij die bedragen ook uitsplitsen? Ik noem bij voorbeeld de toetsing, de scholing, de bijscholing en de opleiding. Ik wil dat graag weten om enig perspectief te zien voor het voortgaan van deze activiteiten.

Mijn tweede vraag gaat over de afschaffing van de contracteerplicht. Daarover heeft, naar we hebben kunnen lezen, de Ziekenfondsraad een niet unaniem advies uitgebracht. Het gaat in hoofdzaak om de vrije beroepsbeoefenaren. Wordt de afschaffing van de contracteerplicht in de Zorgwet opgenomen, of gaat het in dit geval om een toepassing

van de AWBZ en de Ziekenfondswet, waarin al mogelijk is gemaakt dat niet iedereen verplicht een contract moet krijgen? Op welke wetgeving berust een en ander en wordt dat nog ter beoordeling aan het parlement voorgelegd?

Mijn derde vraag gaat over de inningskosten. Ik vond het interessant, de 100 mln. uitgesplitst te zien. Ik blijf het een heel hoog bedrag vinden. De inning wordt per acceptgiro geregeld en per acceptgiro staat een gulden worden betaald. Is het juist dat het bedrag dat daarmee is gemoeid 72 mln. bedraagt?

Staatssecretaris **Dees**: Ja.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): Ik vind dat een ontzaggelijk hoog bedrag. Kan dat bedrag niet op de een of andere manier gedrukt worden? Kan men niet automatiseren of onderhandelen met de Postbank, zodat een reductie wordt verkregen?

Mijn vierde vraag gaat over de klachten die ik zo hier en daar hoor over tariefsverhoging in de particuliere verzekering. Heeft de staatssecretaris daar een indruk van? Is die van dien aard, dat men zich eigenlijk al probeert in te dekken tegen de toenemende kosten in de toekomst?

Mevrouw **Gelderblom-Lankhout** (D66): Voorzitter! Ik stel een vijftal vragen.

Ik heb in het voorlopig verslag gevraagd naar een overzicht van de eigen bijdragen. Ik heb een schriftelijk overzicht gekregen, maar dat is geen erg concreet overzicht in de trant van in die en die inrichting geldt een eigen bijdrage. Ik begrijp dat dit niet nu gegeven kan worden, maar zou ik een enigszins concreter overzicht kunnen krijgen, inclusief prijskaartjes, van wat nu de eigen bijdragen zijn bij de verschillende inrichtingen waar om eigen bijdragen worden gevraagd? Ik bedoel met een overzicht niet alleen dat wordt aangegeven dat het bij een psychiatrische inrichting zoveel per dag kost of dat bij een psychiater of een RIAGG de eigen bijdrage zoveel per behandeling is.

Kan de staatssecretaris mij ook iets vertellen over het verschil tussen een bijdrageregeling zoals zij wellicht ingevoerd gaat worden bij een verzorgingshuis en er nu al is bij een verpleegtehuis? Kan hij met name de motivatie geven voor de verschillen? Naar ik heb begrepen, is de motivatie

op het ogenblik vaak ingegeven door de kinderen. Hun redenering luidt: "de erfenis wordt opgegeten als pa of ma naar een bejaardentehuis gaat en blijft in stand als deze naar een verpleegtehuis gaat". Ik vind dat een nogal oneigenlijke motivatie, maar het is wel de praktijk. De staatssecretaris zegt zelf, dat hij nog aan het denken is over de vraag hoe dat in de toekomst zal gaan, maar kan hij iets van dat denken daarover alvast duidelijk maken?

Als laatste onderdeel van de eerste vraag, het volgende voorbeeld. Ouderen gaan tijdelijk naar een verpleegtehuis. Ik denk daarbij aan het concrete geval van ouderen die een heupoperatie hebben ondergaan, het ziekenhuis uitgaan en revalideren in het verpleegtehuis. Hoe is het geregeld als men dat niet kan betalen omdat men het eigen huis in stand wil houden? Is dan altijd de eigen bijdrage verplicht of zijn er ontheffingsmogelijkheden? Hoe gaat dit in de toekomst? Ik heb hier graag wat meer inzicht in. Ik heb er volledig begrip voor als de staatssecretaris het niet nu kan zeggen en zal ook tevreden zijn als wij voor 13 december een overzicht ontvangen.

Mijn tweede vraag hangt samen met een vraag die ik gesteld heb over de daling van de premie bij de particuliere verzekeraars. De staatssecretaris zei optimistisch dat de effecten in de koopkrachtplaatjes zitten, maar ik wil graag weten welke effecten dat zijn. Gaat het om een daling, een stijging of blijven de premies gelijk? Aan de ene kant gaat de AWBZ eruit en is er dus een daling mogelijk, maar aan de andere kant horen wij van allerlei kant en dat de premie van de particuliere verzekering omhoog gaat.

Mijn derde vraag betreft het overleg met de specialisten naar aanleiding van het conflict met de specialisten. De Tweede Kamer heeft verzocht, dit overleg op gang te brengen. De ziekenfondsen zijn uit een eerder overleg weggelopen. Ik heb de staatssecretaris al gevraagd wat hij ervan vindt dat dit gebeurd is. Kan hij daar nu iets meer over zeggen? Ik heb onlangs nog met nadruk gevraagd wanneer het overleg wordt hervat. Op pagina 29 van het voorlopig verslag zegt de staatssecretaris dat hij met de heer Evenhuis de partijen zal uitnodigen voor overleg. Maar wanneer zal dit dan plaatsvinden? Aan de overkant is al gezegd dat de klok tikt en werd

gevraagd, het overleg binnen een bepaalde tijd te laten plaatsvinden. Wij doen ons best ervoor te zorgen dat dit wetsvoorstel voor 1 januari van kracht wordt. Maar als het conflict blijft voortbestaan, weet ik niet precies wat ik aan moet met het dreigement van de specialisten dat zij niet willen meewerken aan "Dekker I".

Vervolgens wil ik van de staatssecretaris weten, hoe hij tegenover de berichten staat die wij gekregen hebben. Ik denk daarbij aan de laatste Blauwdruk, het blad van de Nederlandse Ziekenfondsraad, waarin een vrij uitgebreid verslag staat van de bijeenkomst van 27 oktober van de Ziekenfondsraad. Er wordt gesproken over een stijging van de beheerskosten van 20 mln., terwijl Scheerens van het KLOZ zegt "dat de beheerskosten wel eens lager zouden kunnen uitvallen". De staatssecretaris hoopt op dat lager worden, maar hoe reageert hij nu op beheerskosten van 20 mln. extra?

Ik kom nu op mijn laatste vraag, waarbij ik aangeef dat het antwoord ook schriftelijk gegeven mag worden als het nu allemaal niet kan. Kan de staatssecretaris iets zeggen over de gang van zaken in 1992 ter zake van dit pakket en de problemen die daarmee samenhangen? Ik denk daarbij met name aan ouderen. Er wordt wel steeds gezegd dat mensen in 1992 naar Nederland komen omdat het hier zo fijn goedkoop is. Maar ik denk veel meer aan ouderen die drie maanden of langer overwinteren in Spanje. Hoe is hun verzekering na 1992 geregeld? Is dat al goed geregeld? Moeten er nog zaken geregeld worden? Ik heb hier geen goed inzicht in en zou dat toch graag hebben.

Mevrouw **Smets-Janssen** (PvdA): Ik kom terug op enkele opmerkingen van de staatssecretaris naar aanleiding van eerder door ons gestelde vragen. Allereerst ga ik in op de toename van de beheerskosten van de AWBZ. Ik heb graag een verklaring van de redenering die ten grondslag ligt aan het bedrag van 4,5 mln. Het gaat om een totaalbedrag van 60 mln. In de memorie van antwoord staat dat dit is terug te vinden in het Financieel overzicht zorg, maar daarin kan ik het niet vinden. In het overzicht staat volgens mij alleen dat er rekening gehouden is met een toename van de beheerskosten naar aanleiding van de

overheveling van gezinszorg. Ik wil graag weten hoe dit zit. Als 55 mln. van de 60 mln. verschuivingen zijn van de ziekenfondsverzekeringen en particuliere verzekeringen naar de AWBZ, dan zou je bij de beheers- en financieringskosten en bij de ziekenfondsverzekeringen een verlaging moeten kunnen constateren. Ook deze verlaging kan ik niet vinden in het Financieel overzicht. Is het juist dat ongeveer 20 mln. van die 55 mln. kosten zijn die nu in de particuliere verzekeringen zitten? Hoe wordt dat verrekend? Deze bedragen zijn nu immers in de premie verwerkt. In feite zou een en ander toch een premieverlaging moeten inhouden. Wie controleert dat? De verwachting wordt uitgesproken dat de particuliere verzekeraars de premie zullen verlagen naar aanleiding van dit wetsontwerp. Hoe groot is die verlaging volgens de staatssecretaris? Bij de ziekenfondsverzekering kan deze verlaging voor een aantal zaken worden berekend. Ik zou graag zien dat dit ook voor de particuliere verzekering mogelijk is.

Wat zijn de gevolgen — ook mevrouw Gelderblom stelde deze vraag — van een eventuele verhoging van de particuliere verzekeringsspremie voor de koopkracht?

Op bladzijde 23 wordt vermeld dat de particuliere verzekeraars streven — zo begrijp ik het althans — naar één verbindingskantoor. Wordt dat een landelijk verbindingskantoor? Betekent dit, dat bij voorbeeld de instellingskosten daardoor bij de invoering van de AWBZ in belangrijke mate kunnen worden verminderd? Ik doel hierbij op de 20 mln. die door de NZR als een eerste schatting wordt aangegeven. Heeft het een met het ander te maken?

Ik heb begrepen dat werkgelegenheid een van de argumenten was voor het door de particuliere verzekeraars laten uitvoeren van verrichtingen die naar de AWBZ worden overgeheveld. Is dit argument nog juist indien er een landelijk verbindingskantoor komt?

Uit het advies van de Ziekenfondsraad blijkt dat met name de kosten voor psychiatrie zich juist niet lenen voor een experiment met een normeringsstelsel. Het enige wat overblijft zijn de gelden die zijn gemoeid met de kunst- en hulpmiddelen. Vindt de staatssecretaris het, gezien zijn eerdere bedoelingen, de moeite waard om op grond daarvan een normeringsstelsel op te zetten?

Staatssecretaris **Dees**: Mevrouw de voorzitter! Ik ben de commissieleden van de Eerste Kamer buitengewoon erkentelijk voor de voortvarendheid, die met de behandeling van dit wetsvoorstel wordt betracht. In deze zaak diende een grote stapel stukken doorgewerkt te worden. Door de Tweede Kamer zijn veel documenten — ik denk bij voorbeeld aan memoeries, vragen en antwoorden — geproduceerd.

Ik zal proberen, op 13 december zo goed mogelijk antwoord te geven op de vragen die de heer Boorsma zal stellen. De complimenten die hij heeft gemaakt over de kwaliteit van de memorie van antwoord, zal ik graag aan mijn medewerkers doorgegeven. Zij zullen dit buitengewoon op prijs stellen.

Mevrouw Veder heeft een belangrijke vraag gesteld over de positie in het nieuwe verzekeringsstelsel van preventie, opleidingen, kwaliteitstoetsing en dat soort zaken. Dat is een terrein, dat in de stukken tot nu onvoldoende is uitgekristalliseerd. Hieraan zal nog veel moeten gebeuren. In beginsel behoeft het geen probleem te zijn — dit staat ook in de memorie van antwoord — omdat via de financiering door de centrale kas verschillende opties mogelijk zijn. In de komende jaren zal verkend moetend worden, welke optie voor welke facet — preventie of opleidingen — zal worden gebruikt. De twee belangrijke opties ter zake van financiering uit de centrale kas zijn de volgende. De inkomensafhankelijke premies worden gestort in de centrale kas. Vanuit die centrale kas zullen normuitkeringen aan de verzekeraars worden gedaan. Er is een route denkbaar, die via het overeenkomstenstelsel gestalte krijgt. Dat is een mogelijkheid. Wanneer men uit een oogpunt van zuinigheid uit de normuitkeringen de centrale school voor verpleegkundigen niet meer zal gaan betalen, dan is dat natuurlijk geen goede zaak. Wij hopen, dat dit niet zal gebeuren. Een tweede optie vanuit de centrale kas is een rechtstreekse financiering. Op die twee mogelijkheden hebben wij willen wijzen. Als de financiering van centrale scholen in gevaar komt en als dit gebeurt via de route normuitkeringen verzekeraars, die overeenkomsten sluiten met de aanbieders van zorg, de ziekenhuizen, die ook de centrale scholen verzorgen, dan is het denkbaar, dat rechtstreeks wordt gefinancierd uit de centrale kas. Wij

kunnen dit voorbeeld ook in het kader van de preventie gebruiken. Ook daar doet dat dilemma zich voor. Preventie en curatie moeten zoveel mogelijk in één stelsel worden gehouden, omdat iedereen er belang bij heeft, dat de preventie zo goed mogelijk tot ontwikkeling komt. Wanneer preventie en curatie in het circuit van de aanbieders van zorg wordt gebracht, dan heeft men er belang bij — wil men op langere termijn de nominale premies zo laag mogelijk houden — om een goed preventiebeleid te voeren. Preventie levert op termijn financiële winst op. Door de commissie-Dekker is hierop nadrukkelijk gewezen. Omgekeerd — en dit schildert het dilemma — is het mogelijk, dat men uit gemakzucht of vanwege de waan van de dag — ik zeg het wat scherp — die preventie onvoldoende tot ontwikkeling laat komen. Dan is er de mogelijkheid om rechtstreeks uit de centrale kas preventieprogramma's te financieren, bij voorbeeld op een wijze, die enigszins kan worden vergeleken met de huidige subsidie-artikelen van de AWBZ. Hier zijn dus verschillende mogelijkheden. Van belang is de zinsnede in de memorie van antwoord: "Voor een oordeel over in de verschillende gevallen meest aangewezen wijze van bekostiging is het thans nog te vroeg." Over de onderwerpen, die mevrouw Veder heeft genoemd en die van grote betekenis zijn voor het toekomstig stelsel — het zijn onderwerpen, die beslist niet verwaarloosd mogen worden — zullen ruim voor 1992 uitspraken moeten worden gedaan. Op dit moment is het niet mogelijk, aan te geven welke bedragen hiermee zijn gemoeid. Er is sprake van een bonte mengeling van activiteiten. Het gaat bij voorbeeld om het centraal begeleidingsorgaan voor de intercollegiale toetsing, opleidingen voor verpleegkundigen. Ik zeg mevrouw Veder wel toe, dat wij aan deze aspecten — zij hebben geen rechtstreekse relatie met het huidige voorstel, maar ze zijn wel essentieel in het Dekker-concept — in de komende jaren veel aandacht zullen schenken. Een eerste begin zal hiermee worden gemaakt in april 1989 wanneer, op verzoek van het departement, de KNMG een werkconferentie beleggt over de kwaliteitsaspecten van "Dekker". Deze conferentie is erop gericht, zo veel mogelijk in overleg met het veld

consensus te ontwikkelen over de te treffen maatregelen.

Mevrouw Veder stelt voorts een vraag over het afschaffen van de contracteerplicht. De bedoeling is, deze gestalte te geven door middel van een wijziging van de Ziekenfondswet en de AWBZ. In beide wetten is deze plicht thans voorgescreven. Deze wetswijzigingen zullen uiteraard de Staten-Generaal worden voorgelegd en wij hopen dat zij hier in 1989 kunnen worden besproken.

Verschuivingen spreken vragen aandacht voor de kwestie van de inningskosten voor de ziekenfondsen in verband met de nominale premie. Inderdaad gaat het om een bedrag van 100 mln., gedeeltelijk structureel, gedeeltelijk incidenteel omdat er ook moet worden geïnvesteerd in apparatuur en programma's. Zeker de eerste keer zal er sprake moeten zijn van een omvangrijke voorlichtingscampagne. Hieraan wordt al voortvarend gewerkt; ik heb in dit verband al teksten gezien. Gelet op de noodzakelijke staatsrechtelijke zuiverheid voeg ik hieraan toe, dat men hieraan werkt onder de premisse dat de Eerste Kamer het wetsvoorstel aanvaardt. De incidentele en systeemkosten bedragen globaal 28 mln. De overige 72 mln. hebben te maken met maandelijkse inning. Er zijn 6 miljoen verzekerden en de kosten van enveloppen, postzegels enz. leiden tot dat niveau. De kosten zouden lager zijn wanneer men zou overgaan tot een driemaandelijkse inning. Voor de toekomst kan worden verwacht dat het voor de ziekenfondsen zelf interessant wordt om te stimuleren dat men per drie maanden gaat betalen en dat daarvoor ook een prikkel wordt ingebouwd; als er per drie maanden wordt betaald, wordt het voor alle partijen goedkoper en dat kan de verzekerde ook zelf merken. Het overleg met de ziekenfondsen en de Ziekenfondsraad heeft echter uitgewezen dat men op dit moment de voorkeur geeft aan maandelijkse inning. Ik heb daarvoor wel begrip omdat de nominale premie een nieuw fenomeen is. Men zal daaraan moeten wennen en om zo weinig mogelijk wanbetaling te krijgen, heeft men voor de maandelijkse aanpak gekozen. Een jaar later vervalt een gedeelte van de incidentele kosten en wellicht zijn deze kosten ook op termijn verder terug te brengen.

Er is voorts een vraag gesteld over

de inningskosten in verband met de verschuivingen naar de AWBZ. Voorzitter! Voor het grootste gedeelte gaat het inderdaad om verschuivingen. De verstrekkingen die nu onder de AWBZ worden gebracht, werden eerst voor rekening van het ziekenfonds of de particuliere verzekering verstrekt. De kosten die nu in de sfeer van de AWBZ worden gemaakt, zijn voor het grootste gedeelte het gevolg van verschuivingen. Mevrouw Smeets vraagt in dit verband naar de relatie tussen AWBZ en ziekenfonds. In theorie gaat het om een plus en een min. Bij de AWBZ neemt een en ander toe, in het kader van de Ziekenfondswet is er sprake van een afname. In een brief is aan de Ziekenfondsraad meegedeeld wat de uitvoeringskosten in 1989 mogen zijn. De genoemde plus en min vallen tegen elkaar weg. Daar zit één punt van meerkosten in, nl. 4,5 mln. Als wij over de toename van de beheerskosten spreken, dan moet u twee bedragen in het oog houden. Allereerst wijs ik op de 100 mln. voor de inning van de nominale kosten. Deze zijn opgenomen in het FOZ. De bladzijden kunnen u desgewenst worden genoemd. De overheveling naar de AWBZ bestaat uit verschuivingen. Particuliere verzekeringen en ziekenfondsen hebben minder kosten, de AWBZ meer. Macro gezien zijn het budgettair neutrale verschuivingen, maar er is één inhoudelijke verhoging, nl. 4,5 mln. De opbouw daarvan zal u door een van mijn medewerkers worden uitgelegd.

Mevrouw Veder, mevrouw Gelderblom en mevrouw Smeets hebben gesproken over de tariefsverlaging van de particuliere verzekeringen. In de wet is de bepaling opgenomen dat de premies van de particuliere maatschappijen omlaag moeten evenredig aan het deel van de particuliere polis dat vervalt door de uitbreiding van het pakket van de AWBZ. Als je die verlaging uitrekent op grond van de pakketverkleining van de particuliere maatschappijen dan zou je op een theoretische premieverlaging van 6 à 7% uitkomen. Bij particuliere maatschappijen is er wel sprake van een vrij prijsbeleid. De prijzen komen in concurrentie tot stand. De overheid heeft als zodanig geen instrument om in hun prijzen in te grijpen. Er is wel een prijzenwet, maar die is bedoeld voor inflatiebestrijding en

niet voor kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Hier doet zich dus het probleem voor dat naast de verlaging van de premie als gevolg van de verschuiving van een deel van het pakket naar de AWBZ er door de algemene kostenontwikkeling in de gezondheidszorg een premieverhoging nodig is. De particuliere verzekeraars stellen dat er tegenover die min van 6 à 7% een plus staat als gevolg van de jaarlijkse aanpassing van de premie. In een vrij recent gesprek tussen staatssecretaris Evenhuis en mij en het KLOZ, een tweetal weken geleden, stelde het KLOZ dat het complete beeld voor 1 januari er nog niet is. Mocht daar op 13 december meer over bekend zijn, dan zal ik u daarover uiteraard nader informeren. Men had echter de indruk dat er op 1 januari nog een lichte premiestijging nodig was, dus dat er tegenover die min van 6 à 7% een iets grotere plus staat door de algemene kostenontwikkeling en door de problematische rentabiliteit van tal van maatschappijen.

Mevrouw Gelderblom heeft vragen gesteld over de eigen bijdrage AWBZ. In de memorie van antwoord zijn ze in feite alleen maar kwalitatief aangegeven. Als mijn medewerkers de bedragen niet uit het hoofd weten, zal ik de commissie hierover deze week nog schriftelijk informeren. Dat zal ik ook doen wat betreft de functie en de verschillen in de eigen bijdrage tussen verzorgingshuizen, bejaardenoorden en verpleeghuizen, want deze sector zit in de portefeuille van de minister. In algemene zin kan ik wel zeggen dat het beleid erop is gericht om rondom bejaardenoorden en verpleeghuizen tot harmonisatie van regelgeving te komen. Het bevorderen van de substitutie is een van de belangrijkste doelstellingen van de Dekker-operatie. In het verleden hebben wij geprobeerd, substitutie te bevorderen via de planningswetgeving, waarbij de overheid via normen en criteria de voorzieningen vaststelt. Dit is niet goed gelukt. Volgens de voorstellen van de commissie-Dekker krijgt substitutie de beste kansen wanneer één financieringsstructuur wordt vastgesteld. De "financieringschotten" die tussen de verschillende voorzieningen staan en die vaak een handicap zijn voor het substitutiebeleid worden op die manier weggenomen.

Een zelfde filosofie geldt voor bejaardenoorden en verpleeghuizen.

De condities moeten zodanig worden opgesteld dat er een prikkel ontstaat om naar een bejaardenoord te gaan in plaats van naar een verpleeghuis. Ik zal echter op dit punt nog nader schriftelijke informatie geven.

Ik wil een opmerking maken over het overleg met de specialisten. Vlak na het mondeling overleg in de Tweede Kamer over deze problematiek hebben minister De Koning en ik overleg gehad met de LSV. Daarna is overleg gevoerd met de KLOZ, de VNZ en de KPZ. Een week later hebben wij schriftelijke antwoorden van de betrokken partijen op de drie vragen gekregen. De drie vragen luiden: Bent u bereid — en het kabinet drong daarop aan — om gezamenlijk opnieuw overleg te voeren? Welke onderwerpen zouden in dat overleg aan de orde moeten komen? Wat voor vorm kiest u voor dat overleg?

De zaak ligt bij de partijen buitengewoon gevoelig. Sommigen zijn voor en anderen aarzelen nog. Degenen die aarzelen doen dat vooral omdat zeer intensieve bemiddelingspogingen in het verleden tot drie keer toe zijn mislukt. Ik heb vlak na mijn aantreden een bemiddelingspoging ondernomen om de kwestie van de degressieve tarieven op de rails te zetten. Dit is niet gelukt, omdat ik een briefje van de LSV kreeg waarin stond dat men niet met mij wilde praten, omdat het rapport van de commissie-Dekker net was verschenen. Men vond dat dermate bedreigend voor zijn positie dat er geen behoefte was aan overleg met de overheid. Een tweede bemiddelingspoging vond plaats onder leiding van de heer Lamers. Ook deze poging mislukte, hetgeen jammer was omdat de heer Lamers daar veel energie aan had besteed en partijen heel dicht bij elkaar waren gekomen. De derde poging werd ondernomen onder leiding van de heer Dekker. Ik meen dat de partijen er bang voor zijn dat als dit overleg te snel start het binnen de kortste keren weer barst. Dat betekent dat minister De Koning en ik hebben gekozen voor formeel, maar vooral voor informeel, overleg. Wij proberen op die manier iets op gang te brengen. Vanuit democratisch oogpunt zou men misschien kritiek kunnen hebben op het feit, dat het overleg in een bepaalde fase informeel is. Als het informeel overleg echter resultaat oplevert, moet dit toch in formaliteiten uitmonden. Die

formaliteiten worden dan uiteraard bekend. Daarover kan dan een discussie gevoerd worden.

Mevrouw Gelderblom heeft in verband met 1992 gevraagd, hoe dit wetsvoorstel zich verhoudt tot de ontwikkelingen in Europa en wat de positie is van Nederlanders in bij voorbeeld Spanje. De heer Bloemheuvel zal daarop in het kort ingaan.

De heer Van de Kastele zal ingaan op de vraag inzake de 4,5 mln.

Wij kunnen op dit moment de effecten van premieverlagingen bij particulier verzekerden met betrekking tot de koopkracht niet zichtbaar maken. Ik heb er in algemene zin reeds op gewezen, dat de verzekeringsmaatschappijen in zodanige posities zitten, dat premieverhogingen zijn te verwachten. Dit in verband met hun rentabiliteit en solvabiliteit. Dit wetsvoorstel heeft echter een premieverlagend effect van 6% à 7%. Grosso modo dachten de maatschappijen gemiddeld op een lichte stijging uit te komen. Dit kan echter van verzekeringsmaatschappij tot verzekeringsmaatschappij heel sterk verschillen. Daarom zijn die effecten niet bekend. In het voorlichtingsmateriaal, dat wij zullen doen uitgaan, zal wel worden ingaan op de vraag wat de introductie van de nominale premie voor iemand betekent. Wat is de doorwerking van de AWBZ-premie? Hoe wordt dat effect gecompenseerd door een opslag van de kinderbijslag? Er zal duidelijke informatie gegeven worden. Als ik een voorbeeld mag noemen: een gehuwde werknemer met twee kinderen en een minimumloon. De uitkomst van dit wetsvoorstel is voor deze werknemer, dat er op jaarbasis sprake is van een inkomensachteruitgang van f 45. Dan is de verhoging van de kinderbijslag wel reeds gecorrigeerd. Dit wordt echter gecompenseerd door het algemene lastenverlichtingsbeleid dat het kabinet voert. Die f 45 wordt geacht weg te vallen tegen zaken als BTW-verlaging en wat dies meer zij.

Ik geef twee voorbeelden uit de particuliere sector, omdat daarover vragen gesteld zijn. Als wij kijken naar een kleine zelfstandige, gehuwd en twee kinderen, met een inkomen van f 25.000, dan komt er uit dat staatsje van plussen en minnen een positief effect per jaar van plus f 35. Daarbij is de verhoging van de kinderbijslag meegerekend. Vervolgens staat daarachter: plus onbekend. Dit slaat dan op het effect dat

door de premieverschuiving moet plaatsvinden en waarop de overheid verder geen directe invloed heeft anders dan dat in het wetsvoorstel de instructie is opgenomen, dat het tot een verlaging zal moeten leiden. Wat dit echter in een concreet individueel geval zal betekenen, is nu niet te zien.

Mevrouw Smeets heeft gevraagd naar de verbindingkantoren en de particuliere maatschappijen. Het wetsvoorstel houdt in, dat de over te heveln verstrekkingen niet meer verplicht via het verbindingskantoor moeten worden geadmistreerd, zoals dit in het verleden het geval was. Die over te heveln verstrekkingen kunnen in de nieuwe situatie geadmistreerd worden door de individuele verzekeraars. Dat was ook de wens van de particuliere verzekeraars en van het CDA en de VVD. Hiervoor gelden enkele argumenten. Mevrouw Smeets gaf al aan dat verlies van werkgelegenheid bij de particuliere verzekeraars moet worden voorkomen. Er is echter een belangrijker reden. In het eindmodel van Dekker wordt de basisverzekering als het ware geadmistreerd door de zorgverzekeraar nieuwe stijl. Dat kan een voormalig ziekenfonds zijn, dat kan een voormalige particuliere verzekeraar zijn. Daar worden de nieuwe basisverzekering en de aanvullende verzekering geadmistreerd voor de verzekerden. De individuele relatie verzekeraar/verzekerde speelt in het nieuwe stelsel dus een belangrijke rol. Als er nu toe wordt besloten om het pakket over te heveln naar de AWBZ en om een ander door de verbindingkantoren te laten administreren, zal dat deel toch later weer aan de zorgverzekeraar moeten worden teruggegeven. Dan ontstaat dus een jojo-effect. Dat jojo-effect moet worden voorkomen. Overigens, ook het thans al in de AWBZ opgenomen deel van de psychiatrische zorg is in het pakket opgenomen waarvoor de verplichte inschakeling van een verbindingskantoor niet meer zal gelden, zodat op dit gebied voor de gehele psychiatrische zorg een homogeen cluster kan worden verkregen. In de richting van mevrouw Smeets merk ik op dat het de particuliere verzekeraars vrij staat om dat individueel te doen. De wet maakt dat mogelijk. Wanneer men het doelmatiger vindt om de constructie van een verbindingskantoor te kiezen, dan mag en kan dat.

Op dit moment weten wij nog niet hoe het per 1 januari zal gaan.

Mevrouw Smeets heeft gesproken over het advies van de Ziekenfondsraad op het punt van de normeringen. In het debat met de Tweede Kamer is naar voren gekomen en ook door ons bevestigd dat de centrale kas en de normuitkeringen zo'n essentieel onderdeel van het Dekker-concept vormen, dat wij het ons niet kunnen veroorloven om risico's te lopen. Wij kunnen dus niet zeggen: wij gaan wat studeren en hopen dat het in 1992 is opgelost. Van de zijde van de regeringsfracties is gezegd dat intussen al heel wat stappen op weg naar 1992 zijn gezet. Kun je dat allemaal nog terugdraaien?

Wij hebben ervoor gekozen om naast de studie rondom de normuitkeringen in de praktijk al zoveel mogelijk ervaring op te doen. Het is de bedoeling om in 1989 te starten met een experiment normuitkeringen in de sfeer van de kunst- en hulpmiddelen. Op dit moment worden hierover besprekingen gevoerd tussen het departement en de verzekeraars. Er is een goede samenwerking. De eerste aanwijzingen zijn dat er in 1989 met een experiment kan worden gestart. De verwachtingen zijn dus positief. Wellicht kunnen mijn medewerkers straks nog een aanvulling geven. Immers, zij voeren wekelijks gesprekken over deze onderwerpen. Mevrouw Smeets vroeg ook of alles kon worden genormeerd. Zij raakt met deze vraag een belangrijke kwestie. Er moet een bepaalde optie mogelijk blijken. Wij zouden het liefste hebben dat in het eindmodel tot een normuitkeringstelsel wordt gekomen dat voor alles en iedereen geldt en dat zo grofmazig mogelijk is. Ik denk dan aan normen op grond van leeftijd, geslacht of regio. Dan zal het systeem overzichtelijk zijn. In de komende jaren moet aan de hand van experimenten duidelijk worden of dit ook kan. Misschien zijn er verfijningen in de normering nodig. Misschien moet je in die systematiek ook een tweeslag maken, waarbij je bij de uitkeringen uit de centrale kas een verschil maakt tussen beïnvloedbare kosten, waarbij de competitie en marktwerking een rol spelen, en niet-beïnvloedbare kosten, waarbij die competitie en marktwerking niet of veel minder een rol spelen. Er is echter nog tijd genoeg om dat goed te overdenken, want dit speelt pas in

1992. Met name bij langdurig opgenomen psychiatrische patiënten en in de zwakzinnigenzorg heb ik de neiging om te zeggen dat ik daar niet zo gauw die marktwerking zie ontstaan. Daar zou ik zelfs bepaalde nadelen van die marktwerking zien. Ten opzichte van de mensen om wie het hierbij gaat, moet de grootste zorgvuldigheid worden betracht. Een optie die in overleg met het veld wordt doorgenomen, is dat je dit deel eventueel uitsluit van je stelsel voor normuitkeringen. Dan behoud je — ik zeg het wat zwart-wit — de financiering op declaratiebasis. Die gedachten worden onder andere met de NZR doorgesproken.

Dit brengt mij op een meer algemene opmerking die te maken heeft met de vraag van mevrouw Gelderblom over 1992. In 1992 zou de volledige stelselwijziging moeten zijn gerealiseerd. Wij hebben heel bewust gekozen voor een gefaseerde aanpak. Bij de Dekker-operatie gaat het om een gigantische structuurverandering in de gezondheidszorg, die tot in de volgende eeuw zal doorwerken. Wij vinden dat wij voorzichtig moeten omgaan met die enorme structuurverandering.

Bij een structuurverandering kun je twee wegen bewandelen. Je kunt zeggen: ik maak één blauwdruk of één totaalwet en dat is het. Die wet wordt als het ware van het ene op het andere jaar ingevoerd. Dat vinden wij bij deze ingewikkelde structuurverandering echter niet de juiste aanpak. Wij hebben dus gekozen voor de andere weg. In plaats van voor die blauwdruk kiezen wij voor een procesmatige aanpak, waarbij wij heel geleidelijk (stapje voor stapje) de stelselwijziging willen realiseren. Het einddoel is wel duidelijk; dat staat in de nota "Verandering verzekerd". De realisatie zal in een aantal wetsvoorstellen worden vervat.

De geleidelijke aanpak heeft twee grote voordelen. In de eerste plaats kun je hiermee voorkomen dat brokken worden gemaakt, want je kunt tussentijds evalueren en bijstellen. Je kunt elke stap in goed overleg met de Staten-Generaal en het veld tot ontwikkeling brengen. In de tweede plaats wijs ik erop dat de stelselwijziging behoorlijke inkomenseffecten heeft. Dergelijke plussen en minnen zijn inherent aan zo'n stelselwijziging. Dat is daarbij altijd het geval, of je nu praat over de studiefinanciering, over de sociale

zekerheid of over de gezondheidszorg. Een aantal van die effecten moet je wegnemen. Als de stelselwijziging koopkrachteffecten heeft die je had beoogd, dan is het prima. Maar als er niet-beoogde koopkrachteffecten zijn — ik denk aan de positie van de minima, voor wie het kabinet voor deze kabinetsperiode een koopkrachtgarantie heeft gegeven — dan moet je die repareren. Welnu, als je de Dekker-operatie gefaseerd uitvoert, dan heb je de mogelijkheid om de operatie financieel-economisch inpasbaar of compatibel te maken met je doelstellingen van het financieel-economische beleid. Je kunt dan van jaar tot jaar bezien, welke koopkrachtrepatries moeten plaatsvinden. Het gaat immers om dermate grote bedragen, dat het eigenlijk niet in één keer te doen is. Dat zijn dus twee voordelen van de geleidelijke aanpak.

Bij de verdere afwikkeling en uitvoering van het onderhavige wetsvoorstel en van komende wetsvoorstellen, zoals voor de afschaffing van de contracteerplicht en de introductie van maximumtarieven, hebben wij met name de samenwerking met het veld (vooral met de verzekeraars) centraal staan. Wij hebben voor de methodiek gekozen dat vertegenwoordigers van deze organisaties in de vorm van een klankbordgroep vanaf het begin bij alle discussies op het departement zijn betrokken, zodat ook op dit punt de coöperatie is verzekerd.

De resterende twee vragen laat ik door mijn medewerkers beantwoorden.

**De heer Van de Kastele:** Bij de beheerskosten in het kader van de AWBZ moet onderscheid worden gemaakt tussen de beheerskosten van die onderdelen die per 1 januari naar de AWBZ gaan (daar gaat het om verschuivingen) en datgene wat nu reeds in de AWBZ is opgenomen (zoals psychiatrie vanaf het eerste jaar) wat op een andere manier wordt uitgevoerd. Het bedrag van 20 mln. dat is genoemd betreft enerzijds zo'n 16 mln. die volgens schattingen door de particuliere maatschappijen wordt uitgegeven aan beheerskosten in verband met de verstrekkingen die nieuw in de AWBZ komen, en anderzijds een uitbreiding van zo'n 4,5 mln. van datgene wat nu al in de AWBZ aanwezig is. Die 4,5 mln. is als volgt tot stand gekomen. Het gaat jaarlijks om gemiddeld 15.000



verpleegden die vanaf het tweede jaar in psychiatrische ziekenhuizen zijn opgenomen. Administratief-technisch gezien is dat een vrij rustig bestand: men is al een jaar in het psychiatrisch ziekenhuis opgenomen, en dat loopt gewoon door. Het aantal personen dat daarvan in het tweede jaar ontslagen wordt is beperkt. In de nieuwe situatie gaan zich twee veranderingen voordoen: enerzijds is het niet meer nodig om administratief gezien die patiënten over te dragen van de maatschappij die het eerste jaar administreerde naar het verbindingskantoor, want ze blijven onder dezelfde maatschappij vallen. Anderzijds valt het verbindingskantoor natuurlijk wel weg, terwijl bepaalde zaken die uniform binnen een bepaalde regio werden geregeld, wellicht wat meer verspreid worden behandeld. Toch is een belangrijk deel van de patiënten in een bepaalde inrichting verzekerd bij een beperkt aantal maatschappijen, dus dat hoeft niet te betekenen dat bij één inrichting van één verbindingskantoor wordt overgegaan op 150 verzekeraars. De kosten die nu met de administratie zijn gemeoid worden door de Ziekenfondsraad op 3 mln. geschat. Onzerzijds is gesteld: laat het wat duurder worden. Als je aanneemt dat voor die 15.000 verpleegden gemiddeld f 500 administratiekosten per jaar nodig zijn, dan gaat het om een bedrag van 7,5 mln., verminderd met de 3 mln. die het nu al kost, zodat het mogelijk moet zijn om dat met een verhoging van 4,5 mln. volgend jaar te gaan administreren.

In het Financieel overzicht staat inderdaad alleen maar 10 mln. van de gezinsverzorging. Dat bedrag staat er wat ongelukkig in. Die 10 mln. is min of meer als stelpost in het Financieel overzicht gekomen, vanwege de veranderingen in het kader van de AWBZ. Dat bedrag is zeker niet nodig om alleen de gezinsverzorging te administreren. Voor de nauwkeurigheid had er bij voorbeeld ook nog aandacht moeten worden besteed aan de sociaal-pedagogische diensten die overgaan. Het bedrag van 4,5 mln. kan binnen die 10 mln. gevonden worden die in het Financieel overzicht extra is gereserveerd voor administratiekosten in het kader van de AWBZ.

De eigen-bijdrageregeling zullen wij de commissieleden toesturen. Het gaat om een uniforme bijdrageregeling, waarbij het niet zo is dat de

bijdrage voor een psychiatrisch ziekenhuis anders is dan die voor een zwakzinnigeninrichting. De eigen bijdrage is gerelateerd aan het inkomen, zodat een patiënt met een inkomen van f 1000 per maand dezelfde eigen bijdrage is verschuldigd, of hij nu in een psychiatrisch ziekenhuis ligt dan wel in een zwakzinnigeninrichting.

Er is gevraagd, hoe het zit met een bejaarde patiënt die bij voorbeeld een heup heeft gebroken, daarvoor naar een ziekenhuis gaat en vervolgens in een verpleeghuis terecht komt. De huidige bijdrageregeling voorziet ten eerste in een bijdragelooze periode, waarin de bejaarde niets hoeft te betalen, en ten tweede in de mogelijkheid om de kosten die verbonden zijn aan het aanhouden van een eigen huis, af te trekken als er een reële kans op terugkeer naar de woonsituatie ontstaat, zodat dan het overgrote deel van die bijdrage vervalt in verband met aftrekbare kosten. Je krijgt dan een situatie waarin in wezen kost en inwoningen worden betaald, en niet meer.

De heer **Bloemheuvel**: Mevrouw de voorzitter. Mevrouw Gelderblom noemde het jaartal 1992. Ik zou daarbij twee aspecten willen onderscheiden. Het is bekend dat in 1992 de grenzen in Europa opengaan. 1992 is ook het streefjaar van de afronding van de Dekker-operatie. De eerste vraag is wat de eenwording van Europa betekent voor de Dekker-operatie; de tweede vraag is wat de afronding van de Dekker-operatie betekent voor Europa.

Het wegnemen van de grenzen heeft op zichzelf geen repercussies wat betreft de voortgang en de afronding van de Dekker-operatie. Het is misschien mogelijk dat door het wegvallen van de grenzen wat meer mensen verzekerd worden, omdat men zich in Nederland vestigt vanwege de omstandigheid dat er hier zo'n fraai verzekeringsstelsel zal komen. Tegelijkertijd dient daarbij vermeld te worden, dat het in Nederland vaak niet zulk fraai weer is. Ik wijs erop, dat op dit moment de binnengrenzen al zijn vervallen voor economisch actieven. Dat heeft eigenlijk nooit geleid tot waarneembaar grote verschuivingen binnen Europa.

Op de vraag wat onze stelselwijziging betekent voor de internationale coördinatie, luidt mijn antwoord als volgt. In het kader van de EG is een

verordening opgesteld, te weten verordening 1408/71, die erop is gericht om de rechten die personen hebben op grond van een wettelijk geregelde verzekering, in dit geval een ziektekostenverzekering, te handhaven wanneer de verzekerden in een andere EG-lidstaat verblijven. Particulier verzekerden vallen buiten de internationale coördinatie. In 1992 zal een situatie ontstaan, waarin in het kader van de zorgwet sprake is van een wettelijk geregelde verzekering. Iedereen die dan verzekerd is volgens de zorgwet — dat zullen globaal beschouwd alle ingezetenen zijn — zal onder die internationale coördinatie vallen. Dat is niet alleen van belang voor mensen die overwinteren, maar ook voor grensarbeiders en achtergebleven gezinsleden van degenen die in Nederland werken.

De **voorzitter**: Ik dank u voor uw antwoorden. Gezien de tijd, stel ik de vragenstellers in eerste termijn, nu in de gelegenheid een korte reactie c.q. een korte vraag te formuleren. Daarna zou ik dit overleg dan willen afsluiten. Na die afsluiting gaan wij over tot de procedurevergadering.

Mevrouw **Veder-Smit** (VVD): Mevrouw de Voorzitter! Ik ben blij dat ook de staatssecretaris van oordeel is, dat preventie en kwaliteitsbevordering belangrijke punten zijn. Hij heeft er terecht bij opgemerkt, dat deze punten eigenlijk nog weinig vorm hebben gekregen. Mijsz inziens is het primair van belang dat een en ander in kaart wordt gebracht en dat bedragen ter zake worden vastgesteld. Natuurlijk verandert zo'n sector steeds, maar je moet toch ongeveer weten waar het over gaat. Verder acht ik het van heel veel belang dat een en ander als categorie in het experiment gaat meetellen. Er moet een percentage zijn voor dit soort algemene activiteiten. Ik merk hierbij op, dat een aantal landelijke organisaties dit soort activiteiten verzorgt. Wij moeten ervoor oppassen, dat dit onderdeel een sluitpost wordt. Het mag niet zo zijn, dat wanneer de geldmiddelen krap worden, er bezuinigd wordt op de kwaliteitsbewaking.

Mijn tweede opmerking betreft de tarieven van de particuliere verzekering. Ik vraag mij af of artikel 5a wel gaat werken, als ik de staatssecretaris zo hoor. Daar staat in dat de ziektekostenverzekeraar op een

bepaald moment zijn tarieven moet verlagen. Maar wat doe je, als die tarieven uit anderen hoofde reeds verhoogd zijn? Hoe kun je inzicht krijgen in de tariefopbouw bij een particuliere verzekeraar, als deze zijn premie wel met het gevraagde percentage verlaagt, maar als hij zegt uit anderen hoofde zoveel kosten te hebben dat hij daardoor toch hoger uitkomt?

Mijn derde opmerking is de volgende. Ik ben blij te horen dat er bij de gefaseerde aanpak die de staatssecretaris voor ogen staat en die natuurlijk niet alleen de wetgeving maar ook het inhoudelijk beleid betreft, een "klankbordgroep" komt. De staatssecretaris zei echter dat vooral verzekeraars hier deel van zullen uitmaken. Mijn vraag is of de zorgverleners hier niet nauw bij worden betrokken, want zij zijn degenen die het uiteindelijk moeten doen.

Mevrouw **Gelderblom-Lankhout** (D66): Ik dank de staatssecretaris en zijn ambtenaren voor de beantwoording. Op een groot aantal vragen is de beantwoording ruim voldoende geweest. Op een aantal vragen krijg ik schriftelijk nog antwoord. Ik wacht dit met belangstelling af.

Ik wil de vraag van mevrouw Veder, die door mij ook is gesteld, nogmaals onderstrepen. Ik begrijp wel dat de staatssecretaris ons niet meer zekerheid kan geven dan er op dit moment is. Aan de andere kant zegt de staatssecretaris dat de koopkrachtplaatjes "doorgerekend" zijn. Nu blijkt uit het antwoord dat dit "doorgerekend met een vraagteken" is. Het lijkt mij niet zinvol om in dit MO hierop verder in te gaan. Wij moeten hier bij de plenaire behandeling maar op terugkomen. Misschien is er over veertien dagen iets meer bekend. Dat zou waardevol zijn. Anders moeten wij bezien of wij hierover uitspraken moeten doen in de richting van de regering.

Ik begrijp de aarzeling van de staatssecretaris over het bij elkaar brengen van de specialisten en de zorgverzekeraars, omdat hij het overleg niet onder druk wil zetten. Aan de andere kant is er een bepaalde druk van de kant van de staatssecretaris nodig. Wat is nu precies wijsheid? Doe je het informeel, waarbij de ene partij vervolgens wegloopt en de andere naar de rechter en moet je dit dan zo laten? Ik zou de staatssecretaris willen

adviseren om niet te terughoudend te zijn. Want een stuk zekerheid in die richting is toch heel noodzakelijk met oog op de eerste fase van de uitvoering van het plan-Dekker. Wij moeten per 1 januari 1989 zekerheid hebben hoe het nu verder zal gaan. Als de staatssecretaris dit uitstelt, dan is de eerste fase wetstechnisch wel klaar, maar dan verkeren degenen die deze moeten uitvoeren nog in conflict met elkaar. Dat lijkt mij niet bevorderlijk.

Mevrouw **Smeets-Janssen** (PvdA): Voorzitter! Ik sluit mij aan bij de eerdere vraag van mevrouw Veder over de tarieven van de particuliere verzekeraars. Ik begrijp wel wat er staat en dat er een verhoging heeft plaatsgevonden met 4,5 mln. Ik wil alleen weten welke rekeneenheden er gebruikt is om aan dat bedrag van 4,5 mln. te komen. De AWBZ maakt een berekening en het ministerie houdt zich daar niet aan en komt dan op een bedrag van 4,5 mln. uit.

Staatssecretaris **Dees**: Voorzitter! De suggestie van mevrouw Veder om de zaak in kaart te brengen, lijkt mij zeer nuttig. Ik geloof dat wij hierover in dezelfde richting denken. Van mijn kant benadruk ik dat het, juist als je een stelsel ontwikkelt waarbij meer ruimte bestaat voor competitie en marktwerking — gereguleerde competitie, gereglementeerde marktwerking —, in zo'n situatie extra nodig is om in het flankerend beleid ruime aandacht te besteden aan onderwerpen betreffende de kwaliteit. Dit kan zich op verschillende manieren uiten. De twee instrumenten die wij hiervoor hebben zijn wetgeving en financiering. Wanneer we het over de kwaliteitsaspecten hebben, dan is het de bedoeling dat voor de individuele beroepsbeoefenaars het wetsvoorstel BIG wordt afgewikkeld, terwijl het de bedoeling is voor de instellingen, daar aparte kwaliteitswetgeving voor tot stand te brengen. Als naar het instrument van de financiering wordt gekeken, dan benadruk ik dat het juist met het model van de centrale kas mogelijk is om bij voorbeeld op het terrein van de preventie de inspanningen te verhogen. Via een methodiek van de centrale kas zou bij voorbeeld jaarlijks een bepaald percentage vastgesteld kunnen worden. Dat zou ieder jaar verhoogd kunnen worden, omdat het preventiebeleid ook in de komende tien à vijftien jaar versterkt

en verbeterd moet worden. Vanuit de centrale kas zouden daarvoor jaar in jaar uit meer middelen ter beschikking kunnen worden gesteld, zodat de preventie zich goed kan ontwikkelen.

Ik kom op het punt van de tarieven voor de particulier verzekerden, waarover diverse leden hebben gesproken. De kwestie is dat de tariefsdaling ten gevolge van dit wetsvoorstel per 1 januari samenvalt met de normale premieverhoging die particuliere verzekeraars altijd per 1 januari invoeren. Ik heb er reeds op geduid dat de situatie bij tal van particuliere maatschappijen bepaald niet rooskleurig is. Misschien moet van de "s" in het woord rooskleurig wel een "d" worden gemaakt. Die situatie is vrij slecht. Dat leidt ertoe, dat een aantal premieverhogingen zullen plaatsvinden. Daardoor is het premiedalend effect moeilijk zichtbaar, want dat valt weg tegen een verhoging. Het is dan moeilijk vast te stellen waar dat aan ligt. We hebben geen instrumenten om daar iets tegen te doen. Het enige instrument is de scherpe concurrentie die er tussen verzekeraars is. De verzekeringsmaatschappijen in de particuliere sector strijden nogal om de verzekerden. De prijsconcurrentie is toch de belangrijkste factor.

Als men daar vanwege een maatschappelijk-ideologische opvatting, die ik respecteer, problemen mee heeft, merk ik op dat juist een van de aanleidingen om de Dekker-operatie te starten, is, dat de regering van mening is dat er aan het huidige versnipperde verzekeringsstelsel zoveel nadelen zijn verbonden, dat dit niet in stand moet blijven. Om die cirkel te doorbreken, zijn we begonnen met de Dekker-operatie.

Bij de klankbordgroep zijn inderdaad ook zorgverleners betrokken. We hebben, omdat zo'n klankbordgroep niet te groot mag worden en praktisch moet werken, voor de formule gekozen, een aantal personen, zowel uit de verzekeringssector als uit de sfeer van de aanbieders van zorg, "à titre personnel" te vragen om deel uit te maken van die klankbordgroep. Uiteraard staat de verantwoordelijkheid van de staatssecretaris voorop, maar de inbreng van het veld is heel belangrijk.

Mevrouw Gelderblom heeft gevraagd, druk uit te oefenen op de specialisten. Ik ben het met haar eens, dat het geen goede zaak zou

zijn, wanneer vanwege het conflict tussen de specialisten en de verzekeraars of tussen de specialisten en de overheid, de specialisten niet aan de Dekker-operatie zouden meewerken en zich nog uitsluitend met andere operaties zouden bezighouden. De inspanningen zijn erop gericht, tot genormaliseerde verhoudingen te komen. De zaken zijn gecompliceerd. Ik wil daarin niet te terughoudend zijn, maar het gaat er natuurlijk wel om dat wanneer er wegen worden gezocht om nieuwe besprekingen te voeren, er toch enigszins de garantie moet zijn dat er eindelijk een keer wat uitkomt.

Overigens teken ik daarbij wel aan, dat in de sfeer van de kostenbeheersing het kabinet duidelijke beslissingen heeft genomen over de praktijkkosten en over het norminkomen. Men kan het daar al dan niet mee eens zijn, maar er zijn knopen doorgemaakt, er zijn beslissingen genomen, terwijl daarop jarenlang werd gestudeerd en daarover werd gediscussieerd, zonder dat er een besluit werd genomen. Nu is dat besluit wel genomen.

Op de vraag van mevrouw Smeets, hoe de 4,5 mln. is berekend, zal de heer Van de Kastele ingaan.

De **voorzitter**: Ik denk dat het verstandig is, dat de heer Van de Kastele het antwoord op die vraag op papier zet, zodat die berekening kan worden nagelezen. Dat lijkt mij veel verstandiger, dan het geven van een mondelinge toelichting, die misschien ook niet helemaal adequaat kan zijn.

Mevrouw **Smeets-Janssen** (PvdA): Dat moet toch heel eenvoudig zijn?

De **voorzitter**: Het kan inderdaad eenvoudig op papier gezet worden. Ik sluit dit overleg af.

De heer **Boorsma** (CDA): Mevrouw de voorzitter! De heer Van der Jagt vroeg mij, namens hem een vraag te stellen. Mijn excuses voor deze late vraagstelling.

De heer Van der Jagt zou graag beschikken over het concept-voorlichtingsmateriaal dat al bestaat. Uit de vraag die zojuist werd gesteld, begreep ik al dat wij dit wellicht ontvangen. De heer Van der Jagt vroeg dit echter nog eens nadrukkelijk.

De **voorzitter**: Het voorlichtingsma-

teriaal dat er is, zal de staatssecretaris opsturen, met een aantal antwoorden die hij nog zal geven. Hij dient er echter wel op toe te zien dat deze antwoorden en het voorlichtingsmateriaal voor het einde van deze week in het bezit van de leden zijn, zodat men zich hierover in het weekend kan beraden.

Ik dank de aanwezigen voor hun bijdrage aan de bespreking van een onderdeel dat ons allen zeer aan het hart gaat. Voorts dank ik de stenografische dienst voor het verslag.

Sluiting 12.50 uur.

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Rijswijk, 2 december 1988

Tijdens een mondeling overleg met de vaste commissie voor Welzijn en Volksgezondheid dat plaatsvond op 29 november jl. heb ik toegezegd nog nader schriftelijk terug te komen op een aantal vragen die door de leden van de vaste commissie zijn gesteld. Ik doe dat gaarne bij dezen.

De bijlagen 1 en 2 bij deze brief bevatten informatie over de eigen bijdrageregeling AWBZ waar mevrouw Gelderblom om heeft gevraagd. Bijlage 1 beschrijft de eigen bijdrageregeling zelf.<sup>1</sup> In bijlage 2 wordt een nadere uiteenzetting over deze regeling gegeven.

In bijlage 3 bij deze brief wordt aangegeven hoe de extra beheerskosten ten bedragen van f 4,5 mln. in verband met de verstrekking psychiatrie vanaf het tweede jaar zijn vastgesteld. Deze bijlage dient ter beantwoording van een desbetreffende vraag van mevrouw Smeets

Ter voldoening aan het verzoek van verschillende leden van de vaste commissie is ten slotte in bijlage 4 de concept-tekst opgenomen van de voorlichtingsbrochure die binnenkort via de kanalen van postbus 51 zal worden verspreid.<sup>2</sup> De brochure behandelt de veranderingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen die zullen plaatsvinden met ingang van 1 januari 1989 indien uw Kamer instemt met het voorliggende voorstel van wet. Omtrent de instemming van de Eerste Kamer is in de tekst van de brochure een voorbehoud opgenomen. Tevens heb ik te uwer informatie een exemplaar bijgevoegd bij de voorlichtingsfolder die de Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen heeft vervaardigd over de invoering van een nominale premie in de ziekenfondsverzekering.

Ik hoop hiermee de nog openstaande vragen bevredigend te hebben beantwoord.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,  
D. J. D. Dees

<sup>1</sup> Eigen bijdrageregeling AWBZ (incl. wijziging Stcrt. 1987, 132; 1987, 243; 1988, 123 en 1988, 184) voor de leden ter inzage gelegd op de griffie der Kamer.

<sup>2</sup> Voor de leden ter inzage gelegd op de griffie der Kamer.

De A.W.B.Z. kent twee soorten bijdragen: een inkomensafhankelijke bijdrage van maximaal f 1350,- per maand (voor verpleeghuispatiënten van 65 jaar en ouder is het maximum f 2200,- per maand) en een inkomensonafhankelijke van f 180,- per maand. Momenteel gaat de bijdrageplicht nog in bij het bereiken van de leeftijd van 18 jaar.

### **A. Wie betaalt wat?**

1. Ongehuwden en gehuwden van wie beide partners in een AWBZ-inrichting zijn opgenomen betalen de inkomensafhankelijke eigen bijdrage.

Deze bijdrageplicht gaat in op de dag dat men 6 maanden in de inrichting verblijft. Voor het berekenen van de periode worden ook de dagen meegeteld waarop men al dan niet ten laste van de AWBZ in een inrichting verbleef of in een bejaardenoord tenzij tussen deze verblijven een tijdvak van 60 dagen zit. Gedurende deze periode dat men de inkomensafhankelijke bijdrage nog niet verschuldigd is, betaalt men de inkomensonafhankelijke bijdrage.

Men is in tegenstelling tot het hierboven vermelde omtrent het niet direct verschuldigd zijn van de inkomensafhankelijke bijdrage wel met onmiddellijke ingang bijdrageplichtig als het verblijf ten laste van de AWBZ geschiedt in:

- a. een ziekenhuis;
- b. een zwakzinnigeninrichting of een gezinsvervangend tehuis, primair op grond van een geestelijke handicap al dan niet gepaard met een lichamelijk of zintuiglijk mindere validiteit;
- c. een verpleeginrichting, op grond van een psychogeriatisch ziektebeeld (dementie), al dan niet gepaard met een lichamelijk of zintuiglijk mindere validiteit;
- d. een inrichting, indien dit verblijf, ongeacht de daarvoor geldende indicatie, aanvangt binnen zes maanden na aanvang van het onder b, respectievelijk c. bedoeld verblijf.

2. Gehuwden van wie slechts een van de partners is opgenomen betalen de inkomensonafhankelijke bijdrage.

### **B. Het berekenen van de inkomensafhankelijke bijdrage**

I. Onder inkomen in de zin van het bijdragebesluit wordt verstaan de som van:

- a. de bruto inkomsten uit arbeid, daaronder begrepen inkomsten uit arbeid in het kader van de Wet Sociale Werkvoorziening en uit andere dienstbetrekking;
- b. de bruto inkomsten uit uitkeringen, daaronder begrepen inkomsten krachtens de Algemene Ouderdomswet, de Algemene Weduwen- en Wezenwet, de Wet op de Arbeidsongeschiktheidsverzekering, de Ziekwet, de Werkloosheidswet, de Wet Werkloosheidsvoorziening en pensioenuitkeringen;
- c. uit hoofde van de onder a en b genoemde inkomsten ontvangen vakantie-uitkeringen;
- d. de bruto opbrengsten uit onderneming en vermogen, zoals de ontvangen rente, dividend, huur en dergelijke;
- e. de overige bruto inkomsten, zoals ontvangen bedragen ter zake van alimentatie, huursubsidie en studiebeurs;
- f. de in het desbetreffende jaar terugontvangen loon-, inkomsten, dividend- en vermogensbelastingen; en
- g. de in het desbetreffende jaar terugontvangen premies ingevolge de sociale verzekeringswetten.

II. Niet als inkomen wordt beschouwd:

- a. bijstand, welke bij of krachtens de Algemene Bijstandswet (Stb. 1963, 284) is toegekend, niet zijnde een uitkering krachtens de Rijks-groepsregeling werkloze werknemers;

- b. uitkeringen ingevolge artikel 14 van de Wet uitkeringen Vervolgingsslachtoffers 1940-1945 (Stb. 1977, 494);
- c. uitkeringen ingevolge artikel 18 van de Wet Uitkeringen Burger-slachtoffers 1940-1945 (Stb. 1984, 94);
- d. kinderbijslag ingevolge de Algemene Kinderbijslagwet (Stb. 1980, 1), dan wel ingevolge de wet van 10 maart 1979, houdende een overgangsregeling (Stb. 1979, 155) waarop de verzekerde of zijn echtgenoot recht heeft;
- e. het bedrag, waarmee de uitkering ingevolge de Algemene Ouderdomswet gedurende de maanden na het overlijden van de echtgenoot de uitkering ingevolge de Algemene Ouderdomswet voor ongehuwden te boven gaat;
- f. genoten onderhoud of uitkeringen tot onderhoud ingevolge de bepalingen van de eerste afdeling van de zeventiende titel van Boek I van het Burgerlijk Wetboek;
- g. bijdragen van kerkelijke of particuliere instellingen van weldadigheid, alsmede hetgeen anderszins bij wijze van weldadigheid wordt genoten;
- h. de eenmalige uitkering;
- i. niet in geld genoten inkomsten.

III. Op het inkomen mogen de volgende kosten in mindering worden gebracht:

- a. de in het desbetreffende jaar betaalde loon-, inkomsten-, dividend- en vermogensbelasting;
- b. de in het desbetreffende jaar betaalde premies ingevolge de sociale verzekeringswetten, onderscheidenlijk de premie voor een ziektekosten-verzekering, voor zover deze is gebaseerd op plaatsing in de laagste klasse, uitgezonderd de premies voor een aanvullende verzekering bedoeld in artikel 33 van de Ziekenfondswet;
- c. de betaalde premie ingevolge een pensioenregeling welke geldt voor de groep waartoe de verzekerde of zijn echtgenoot behoort;
- d. de op het inkomen uit vermogen respectievelijk onderneming betrekking hebbende lasten, welke ingevolge de Wet op de Inkomstenbelasting 1964 als aftrekbare kosten in het desbetreffende jaar in mindering op het belastbaar inkomen mogen worden gebracht, tot ten hoogste het bedrag van de bruto opbrengsten uit vermogen respectievelijk onderneming bedoeld in artikel 10, eerste lid, onder d;
- e. kosten rechtstreeks voortvloeiende uit het aanwijzen van een curator dan wel een bewindvoerder.

IV. Voorts mag op het inkomen in mindering worden gebracht:

- a. 15% van de netto-opbrengst uit arbeid
- b. het minimaal ter vrije besteding blijvend bedrag (zgn. «zakgeld»)
- c. de eerste f 840 (per jaar), en daarboven 12,5% voor personen met een inkomen boven het sociaal minimum.
- d. kostwinnersverplichtingen ten aanzien van de eigen, aangehuwde en pleegkinderen, van de gewezen of duurzaam gescheiden levende echtgenoot, en van de personen met wie de verzekerde gedurende tenminste een periode van een jaar direct voorafgaand aan de opnemng in de inrichting, een gemeenschappelijke huishouding voerde.

Het totaal ter vrije besteding blijvende bedrag bestaat uit, voor zover aanwezig, de componenten a, b en c.

### **C. Revalidatiekosten**

Verpleegden voor wie, gehoord de behandelend arts, of zo mogelijk het behandelingsteam van de inrichting de mogelijkheid van een ontslag uit de inrichting en een terugkeer naar de maatschappij door het uitvoeringsorgaan waarschijnlijk wordt geacht, mogen de volgende kosten als zijnde revalidatiekosten op hun uitkering in mindering brengen:

- a. Kosten in verband met de woonruimte, waaronder begrepen die in een bejaardenoord, welke de verzekerde in aansluiting aan zijn ontslag

zal betrekken teneinde daarin een zelfstandige huishouding te gaan voeren of voort te zetten:

1. «kale huur» tot maximaal 30% van het bruto-inkomen;
2. hypotheekaflossing, -rente en erfpachtcanon, tezamen tot maximaal 35% van het bruto-inkomen;
3. servicekosten van huur- of koopappartement;
4. a. onroerend goed-belasting;
- b. milieubelasting;
- c. waterschapsrecht;
- d. reinigingsrecht;
- e. rioolrecht;
5. a. premie opstalverzekering;
- b. premie inboedelverzekering;
- c. premie glasverzekering;
6. vastrecht glas/water/electriciteit.

b. Kosten in verband met weekendverlof of vergelijkbaar verlof in de eigen woonruimte:

1. kosten van vervoer en naar de inrichting/het tehuis en de eigen woonruimte bij een afstand
  - van 0-20 km f 50 per maand;
  - van 21-50 km f 100 per maand;
  - meer dan 50 km f 150 per maand;
2. verblijfkosten in de eigen woonruimte: f 100 per maand;
3. kosten telefoonabonnement;
4. omroepbijdrage.

c. Kosten in verband met de mogelijkheid van het opnieuw betrekken van een eigen woonruimte:

opslagkosten meubilair.

d. Kosten in verband met weekendverlof of vergelijkbaar verlof naar een andere dan de eigen woonruimte. Deze mogelijkheid bestaat alleen voor verzekerden die wel kosten onder a maar geen kosten onder b in aftrek op hun inkomen hebben laten komen:

1. kosten van vervoer van en naar de inrichting/het tehuis en de andere dan de eigen woonruimte bij een afstand
  - van 0-20 km f 50 per maand;
  - van 21-50 km f 100 per maand;
  - meer dan 50 km f 150 per maand;
2. verblijfkosten in de andere dan de eigen woonruimte: f 100 per maand.

Verpleegden die vanwege het onder A,1 genoemde met onmiddellijke ingang de inkomensafhankelijke bijdrage verschuldigd zijn (o.a. demente bejaarden), mogen op hun eigen bijdrage de navolgende kosten verband houdend met het opheffen van de eigen huishouding aftrekken gedurende een periode van 3 maanden:

1. «kale huur» tot maximaal 30% van het bruto-inkomen;
2. hypotheekaflossing, -rente en erfpachtcanon, te zamen tot maximaal 35% van het bruto-inkomen;
3. servicekosten van huur- of koopappartement;
4. a. onroerend goed-belasting;
- b. milieubelasting;
- c. waterschapsrecht;
- d. reinigingsrecht;
- e. rioolrecht;
5. a. premie opstalverzekering;
- b. premie inboedelverzekering;
- c. premie glasverzekering;
6. vastrecht glas/water/electriciteit.

**Berekening extra beheerskosten in verband met afschaffen  
verplichte verbindingskantoren voor psychiatrie vanaf het 2e  
jaar**

De Ziekenfondsraad is in zijn advisering over de uitvoering van de AWBZ met betrekking tot de berekening van de beheerskosten die zijn verbonden aan de onder het nieuwe uitvoeringsregime vallende verstrekkingen uitgegaan van een gemiddeld percentage voor beheerskosten van 2,9. Dit percentage is door de Ziekenfondsraad ook toegepast op de kosten van de verstrekking psychiatrie vanaf het 2e jaar, waarvoor na aanneming van het wetsvoorstel met ingang van 1 januari 1989 niet langer het systeem van verplichte verbindingskantoren zal gelden.

Toepassing van het percentage van 2,9 leidt tot een bedrag aan beheerskosten voor dit deel van de verstrekking psychiatrie ad f 40,6 mln.

Op dit moment bedragen de beheerskosten in de AWBZ voor dit deel van de verstrekking psychiatrie f 3 mln. Dit komt overeen met 0,2% van de kosten.

Het aantal personen dat een beroep doet op de verstrekking psychiatrie vanaf het 2e jaar bedraagt circa 15.000. Uitgaande van een redelijk te achten bedrag van f 500 aan beheerskosten per persoon, zouden de totale beheerskosten voor deze groep personen, in afwijking van het door de Ziekenfondsraad geadviseerde bedrag uitkomen op f 7,5 mln. Ten opzichte van de nu reeds gemaakte beheerskosten binnen de AWBZ van f 3 mln betekent dit een extra verhoging van de beheerskosten met een bedrag in de nieuwe constellatie van f 4,5 mln. Het percentage van de beheerskosten ten opzichte van de kosten komt daarmee op 0,5.