

87/07

Advies beheersstructuur gezondheidszorg

Sociaal-Economische Raad

De Sociaal-Economische Raad (SER) is in 1950 ingesteld bij de Wet op de bedrijfsorganisatie (Wet BO). Hij is representatief samengesteld uit vertegenwoordigers van ondernemers en van werknemers en uit onafhankelijke deskundigen.

De SER is op grond van de Wet BO belast met bestuurlijke en toezichthoudende taken met betrekking tot de publiekrechtelijke bedrijfsorganisaties (produkschappen en bedrijfsschappen). Tot de taken van de SER behoren verder: de regering adviseren over sociale en economische vraagstukken, richting geven aan (nieuwe) ontwikkelingen in het bedrijfsleven (bijvoorbeeld beleidsonderbouwend onderzoek, fusiecode) en uitvoering geven aan bepaalde wetten (zoals de Wet assurantiebemiddeling, de Vestigingswet bedrijven en de Wet op de ondernemingsraden).

De SER wordt bij de uitvoering van zijn functies bijgestaan door vaste en tijdelijke commissies, waarvan sommige onder bepaalde voorwaarden ook zelfstandig werkzaam zijn.

De belangrijkste adviezen die de SER uitbrengt, worden in boekvorm uitgegeven. Zij zijn tegen kostprijs verkrijgbaar.

Een overzicht van recente publikaties wordt op aanvraag gratis toegezonden.

Het maandelijkse SER-bulletin geeft uitgebreid nieuws en informatie over de SER.

*Dienst In- en Externe Betrekkingen
Sociaal-Economische Raad
Bezuidenhoutseweg 60
Postbus 90405
2509 LK Den Haag*

Advies beheersstructuur gezondheidszorg

Advies over de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg

Uitgebracht aan de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid

Publikatie nr. 7 – 24 april 1987

ISBN 90-6587-279-5

Inhoudsopgave

1.	Inleiding	5
2.	Wetgeving en financiering	7
2.1	Inleiding	7
2.2	Kwaliteit en zorginhoud	7
2.3	Planning en structuur	8
2.4	Tarief- en prijsvorming	10
2.5	Verzekering en financiering	11
2.6	Kostenbeheersing als beleidsdoelstelling	13
3.	Herziening van de beheersstructuur	16
3.1	Overwegingen	16
3.2	Uitgangspunten	18
4.	Hoofdpijnen van een herziene beheersstructuur	21
4.1	Inleiding	21
4.2	Algemene karakterisering	22
4.3	Structuur op regionaal niveau	25
4.3.1	Voorzieningenplan	25
4.3.2	Voorzieningenovereenkomsten	27
4.3.3	Samenstelling van ziekenfondsbesturen	28
4.3.4	Regionale samenwerking tussen verzekeraars	29
4.3.5	Positie van instellingen en beroepsbeoefenaren	30
4.4	Structuur op nationaal niveau; wetgeving	30
4.4.1	Regelgeving	30
4.4.2	Adviesstructuur	33
4.5	Structuur op nationaal niveau; toezicht op uitvoering	36
4.5.1	Toezicht op uitvoering van ziektekostenverzekeringen	36
4.5.2	Taken en bevoegdheden van de Ziektekostenverzekeringsraad	37
4.5.3	Samenstelling Ziektekostenverzekeringsraad	41
5.	Samenvatting	43
	Bijlage	
	Samenstelling Commissie Sociale Verzekeringen en Werkgroep Ziektekostenverzekeringen	47

1. Inleiding

Bij brief van 18 april 1983 hebben de staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de heer L. de Graaf, het advies van de Sociaal-Economische Raad gevraagd over wijziging in en eventueel van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Deze adviesaanvraag is in handen gesteld van de Commissie Sociale Verzekeringen, die op haar beurt de Werkgroep Ziektekostenverzekeringen heeft ingesteld met als opdracht de uit de adviesaanvraag van 18 april 1983 voortvloeiende ontwerp-adviezen voor te bereiden 1).

Bij de voorbereiding van de advisering over een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen is als een van de uitgangspunten in de discussie betrokken dat een toekomstig verzekeringsstelsel zal moeten bijdragen aan een beheersing van de kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg. In dat verband is onderkend dat de inrichting van het verzekeringsstelsel slechts één factor is in het geheel van factoren dat, gezien vanuit het streven naar een beheersing van de kostenontwikkeling, relevant kan worden geacht. Daarom lag het aanvankelijk in het voornemen in het kader van het in voorbereiding zijnde advies over de ziektekostenverzekeringen niet alleen in te gaan op de ontwikkeling van het stelsel van ziektekostenverzekeringen op langere termijn, maar ook op de hoofdlijnen voor een beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur op het terrein van de gezondheidszorg. Dit voornemen werd mede ingegeven door ontwikkelingen in de wetgeving ter zake in de afgelopen jaren.

In het advies van 16 januari 1987 over de herstructurering van de verplichte ziekenfondsverzekering (SER-publikatie 87/01) heeft de Raad moeten constateren dat de beraadslagingen over de ontwikkeling van het stelsel op langere termijn tot op heden niet hebben kunnen leiden tot een grote mate van consensus, hetgeen te zamen met de elkaar in snel tempo opvolgende beleidsontwikkelingen binnen het stelsel van ziektekostenverzekeringen onvermijdelijk leidde tot vertraging in de advisering. Voorts heeft de Raad in dat advies geconcludeerd dat het nu veeleer wenselijk is de voorstellen van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker) af te wachten. Het in beschouwing nemen van deze voorstellen en van mogelijk daarop gebaseerde beleidsvoornemens van het kabinet kan wellicht leiden tot een grotere mate van overeenstemming binnen de Raad over de toekomstige ontwikkeling van het verzekeringsstelsel.

Inmiddels is gebleken dat tussen de centrale werkgevers- en

1) Naar aanleiding van de adviesaanvraag van 18 april 1983 heeft de Raad op 16 december 1983 advies uitgebracht over wijzigingen in het verstrekkingenpakket van de wettelijke ziektekostenverzekeringen (SER-publikatie 83/30) en op 17 juli 1984 over niet-verplicht verzekerde uitkeringsgerechtigden, in het bijzonder bejaarden, in de ziektekostenverzekeringen (SER-publikatie 84/17). Voorts is op 16 januari 1987 advies uitgebracht over de herstructurering van de verplichte ziekenfondsverzekering naar aanleiding van de adviesaanvraag van 29 april 1985 (SER-publikatie 87/01).

werknemersorganisaties die samenwerken in de Stichting van de Arbeid, over de hoofdlijnen van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur op het terrein van de gezondheidszorg een grote mate van overeenstemming bestaat. Op voorstel van deze organisaties heeft de Raad dan ook besloten thans afzonderlijk advies uit te brengen over deze hoofdlijnen. Deze advisering acht de Raad wenselijk om aldus een bijdrage te leveren aan het beraad binnen het kabinet naar aanleiding van het op 26 maart 1987 uitgebrachte rapport van de Commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg. Daarbij kenschetst de Raad als het centrale element in zijn advisering dat, ongeacht de wijze van inrichting van het verzekeringsstelsel, de financiering en de besluitvorming op het terrein van de gezondheidszorg op elkaar dienen te zijn afgestemd.

Het ontwerp-advies is vervolgens voorbereid in een gecombineerde vergadering van de Commissie Sociale Verzekeringen en de Werkgroep Ziektekostenverzekeringen. De samenstelling van deze commissie en werkgroep is vermeld in de bijlage. Het aldus voorbereide ontwerp-advies is behandeld in de op 24 april 1987 gehouden openbare vergadering van de Raad. Dit heeft geleid tot de vaststelling van het navolgende advies, met dien verstande dat de onafhankelijke leden Driehuis en Kolnaar zich van een oordeel hebben onthouden en de onafhankelijke leden mevrouw Epema-Brugman, Groenveld en Van Praag zich tegen het (uitbrengen van het) advies hebben uitgesproken. Het verslag van deze vergadering is verkrijgbaar bij het secretariaat.

De opzet van het advies is als volgt. In hoofdstuk 2 wordt ingegaan op de ontwikkelingen in beleid en wetgeving ten aanzien van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur gedurende met name het laatste decennium. In hoofdstuk 3 worden algemene uitgangspunten geformuleerd die de Raad voor de toekomstige ontwikkeling van het beleid ter zake relevant acht en in hoofdstuk 4 worden ten slotte de hoofdlijnen uiteengezet van een beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur zoals de Raad deze voor het terrein van de gezondheidszorg voor ogen heeft. Hoofdstuk 5 bevat een samenvatting.

2. Wetgeving en financiering

2.1 Inleiding

De wetgever heeft ingevolge de Grondwet tot taak maatregelen te treffen ter bevordering van de volksgezondheid. Aan deze taak is invulling gegeven door het stellen van regels ten aanzien van verschillende aspecten van de gezondheidszorg. Deze regelgeving heeft in eerste aanleg vooral de medische beroepsuitoefening en de kwaliteitsvereisten voor de gezondheidszorgverlening tot voorwerp gehad. Voorts is tijdens en na de Tweede Wereldoorlog de wetgeving ten aanzien van de verzekering tegen ziektekosten tot ontwikkeling gekomen. Verder is – vooral na het verschijnen van de Structuurnota gezondheidszorg in 1974 – op uiteenlopende wijzen regelgeving tot stand gekomen, welke is gericht op de onderlinge afstemming van de zorgverlening alsmede op de prijs- en tariefvorming binnen de gezondheidszorg; daarbij heeft het streven naar kostenbeheersing op dit terrein van zorg meer en meer de aandacht gekregen.

In dit hoofdstuk wordt in de paragrafen 2.2 tot en met 2.5 in beknopte vorm ingegaan op de huidige stand van de wetgeving op vier onderscheiden gebieden binnen de gezondheidszorg, te weten de wetgeving op het gebied van (1) kwaliteit en zorginhoud; (2) planning; (3) tarief- en prijsvorming; (4) verzekering en financiering. Voorts wordt in paragraaf 2.6 aandacht gegeven aan maatregelen die in de afgelopen jaren zijn getroffen om te komen tot een beheersing van de kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg.

2.2 Kwaliteit en zorginhoud

Ten aanzien van de kwaliteit en de zorginhoud van de hulpverlening op het terrein van de gezondheidszorg heeft de wetgever een groot aantal specifieke wettelijke regelingen getroffen. Deze regelingen hebben de bescherming van patiënten tot doel in die zin dat zij erop kunnen vertrouwen dat de aan hen te verlenen zorg medisch-wetenschappelijk verantwoord is. Op dit moment zijn ten aanzien van de kwaliteit en de zorginhoud onder meer de volgende specifieke wettelijke regelingen van kracht:

- de Wet uitoefening geneeskunst (1865);
- de Wet uitoefening tandheelkunst (1876);
- de Wet (tot het verkrijgen van) bevoegdheid arts, tandarts, apotheker, verloskundige en apothekersassistent (1878);
- de Medische Tuchtwet (1928);
- de Wet geneesmiddelenvoorziening (1958);
- de Wet ziekenverzorger en ziekenverzorgster (1963);
- de Wet paramedische beroepen (1963).

Deze afzonderlijke wetten zullen in de nabije toekomst mogelijk voor een deel worden vervangen door de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG), waarvan op 26 mei 1986 na jarenlange voorbereiding een ontwerp aan de Tweede Kamer ter overweging is voorgelegd 2). Dit wetsontwerp bevat bepalingen ten aanzien van de registratie, de titelbescherming en de beroepsuitoefening van een groot aantal categorieën beroepsbeoefenaren. Verder bevat het bepalingen ten aanzien van de tuchtrechtspraak door tuchtcolleges alsmede bepalingen ten aanzien van een college van medisch toezicht, dat bevoegd zal zijn tot het treffen van maatregelen wegens ongeschiktheid.

Ter zake van de kwaliteit en de inhoud van de gezondheidszorg functioneert de Gezondheidsraad in medisch-wetenschappelijke zin als adviesinstantie van de verantwoordelijke minister. Deze Gezondheidsraad vindt zijn wettelijke basis in de Gezondheidswet van 1956 en is samengesteld uit een groot aantal ambtelijke en (medisch-)wetenschappelijke deskundigen. Het toezicht op de feitelijke hulpverlening berust thans bij een zevental inspecties voor de volksgezondheid, welke ressorteren onder het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Enkele daarvan zijn de Geneeskundige Inspectie (die in 1865 in het leven is geroepen en bestaat uit een hoofdinspectie en tien regionale inspecties), de Geneeskundige Inspectie voor de Geestelijke Volksgezondheid en de Inspectie voor de Geneesmiddelen.

De op basis van de Medische Tuchtwet functionerende vijf tuchtcolleges en het Centrale Medische Tuchtcollege zijn samengesteld uit beroepsbeoefenaren en een rechtsgeleerd voorzitter. Daarnaast zijn voor verschillende vormen van hulpverlening privaatrechtelijke tuchtcolleges werkzaam.

2.3 Planning en structuur

In de afgelopen decennia heeft de wetgever uiteenlopende wettelijke regelingen tot stand gebracht ten aanzien van de planning en de structuur van de gezondheidszorg. Deze wettelijke regelingen hebben tot doel te komen tot een meer functionele en doelmatige samenhang en coördinatie tussen de gezondheidszorgvoorzieningen in de verschillende deelgebieden en echelons. Bezien vanuit het belang van patiënten hebben deze wettelijke regelingen tot doel te komen tot een evenwichtige spreiding van de voorzieningen en het zoveel mogelijk waarborgen van de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid van gezondheidszorgvoorzieningen. De aldus op beheersing van het aanbodvolume betrekking hebbende wettelijke regelingen zijn de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) van 1971, de Wet ambulancevervoer, eveneens van 1971, en de Wet voorzieningen gezondheidszorg (WVG) van 1982.

Deze wettelijke regelingen gaan uit van een planning van gezondheidszorgvoorzieningen op regionaal niveau op basis van door provincies en gemeenten vast te stellen plannen. Daarbij moet rekening worden gehouden met door de minister vastgestelde

2) Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 522.

richtlijnen, die betrekking hebben op de kwaliteit van de voorzieningen, maar ook op de omvang en de spreiding van de voorzieningen in een verzorgingsgebied. Voorts dienen de provinciale plannen door de minister en de gemeentelijke plannen door de provinciale overheid te worden goedgekeurd.

Wanneer deze wettelijke regelingen, die thans nog slechts ten dele in werking zijn getreden, in hun geheel kracht van wet hebben, zal de erkenning van een instelling (voorwaarde voor de vergoeding van de kosten ervan vanuit de ZFW en AWBZ) afhankelijk zijn van het al of niet opgenomen zijn van de betreffende instelling in het voorzieningenplan. De erkenning, die thans onder de vigeur van ZFW en AWBZ door de minister – gehoord de Ziekenfondsraad – wordt verleend, zal dan geschieden door de gemeentelijke of provinciale overheid. De erkenning is voor de uitvoerders van de wettelijke ziektekostenverzekeringen bindend waar het gaat om vergoeding van kosten van exploitatie of hulpverlening aan verzekerden. Voor de bouw van een instelling blijft ook in de toekomst een vergunning van de minister vereist, waarbij eveneens als voorwaarde geldt dat de instelling moet zijn opgenomen in het voorzieningenplan.

Op nationaal niveau fungeren het College van Ziekenhuisvoorzieningen en de Nationale Raad voor de Volksgezondheid als adviesinstantie. Daarin zijn vertegenwoordigd organisaties van beroepsbeoefenaren en instellingen werkzaam op het terrein van de gezondheidszorg alsmede organisaties van consumenten, werkgevers, werknemers en verzekeraars. Op provinciaal niveau fungeren de provinciale raden voor de volksgezondheid als adviesinstantie.

Geconstateerd kan worden dat de beoogde planning van de ziekenhuisvoorzieningen op basis van de WZV niet goed van de grond is gekomen. Vijftien jaar na de parlementaire goedkeuring van de WZV zijn nog niet alle bepalingen in werking getreden, terwijl in de memorie van toelichting op de begroting van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur voor 1987 wordt opgemerkt dat inmiddels 'enkele ziekenhuisplannen' en 'de eerste verpleeghuisplannen' zijn vastgesteld 3).

Uit het regeerakkoord blijkt dat tijdens de kabinetsperiode 1986-1990 wordt gestreefd naar volledige invoering van de WZV. Voorts is in het regeerakkoord gesteld dat de WVG, waarvan thans enkele bepalingen in werking zijn getreden, alleen integraal zal worden ingevoerd voor enkele proefregio's. Bovendien worden de resultaten van een evaluatie van de WZV en van de WVG in de proefregio's afgewacht voordat verdere wijziging van de planningwetgeving wordt overwogen. Een en ander heeft ertoe geleid dat het ontwerp van Wet gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening (ontwerp-WGM), welke in de plaats zou treden van de WVG, in afwachting van die evaluatie is ingetrokken en dat de WZV vooralsnog niet wordt vervangen door de WVG, zoals aanvankelijk werd beoogd.

3) Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 700, hoofdstuk XVI, nr. 2, p. 56.

Uit de gang van zaken in de afgelopen jaren concludeert de

Algemene Rekenkamer in een op 13 november 1986 vastgesteld rapport dat tot nu toe vooral vanuit het nationale niveau allerlei maatregelen zijn genomen tot beheersing van de volumeontwikkelingen van de gezondheidszorg (zoals jaarlijkse bouwplafonds, beddenreductie; zie paragraaf 2.6). Omdat deze maatregelen niet berusten op regionale plannen, dreigt volgens de Algemene Rekenkamer het gevaar dat zij een ad hoc karakter krijgen: zij zijn niet gebaseerd op een zorgvuldige bepaling van de behoefte aan voorzieningen en de spreiding daarvan over het land 4).

2.4 Tarief- en prijsvorming

In 1980 is de parlementaire behandeling van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) afgerond. Deze wet, opvolger van de Wet ziekenhuistarieven, verbiedt het in rekening brengen van tarieven voor de levering van goederen of diensten op het terrein van de gezondheidszorg voor zover deze niet door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) zijn vastgesteld 5). Dit orgaan wordt gevormd door achttien onafhankelijke deskundigen, die door de minister worden benoemd; voor twee derde deel geschiedt deze benoeming na overleg met organisaties van werknemers, van werkgevers, van beroepsbeoefenaren of instellingen en van verzekeraars. De WTG geldt zowel voor de hulpverlening die onder de werkingssfeer van de wettelijke ziektekostenverzekeringen valt als voor de hulpverlening op basis van publiekrechtelijke of privaatrechtelijke regelingen of overeenkomsten.

De WTG gaat ervan uit dat de tarieven in eerste aanleg het resultaat zijn van onderhandelingen tussen (organisaties van) beroepsbeoefenaren of instellingen op het terrein van de gezondheidszorg en (organisaties van) ziekenfondsen en ziektekostenverzekeraars, waarbij het resultaat van de onderhandelingen wordt voorgelegd aan het COTG.

Voor zover het COTG goedkeuring onthoudt aan een door partijen overeengekomen tarief, stelt het zelf een tarief vast. Dit laatste kan ook gebeuren op verzoek van een der partijen, indien geen overeenkomst tot stand komt of het overleg niet tot overeenstemming over het tarief leidt. Voorts moeten de door de overheid gegeven aanwijzingen en richtlijnen door het COTG in acht worden genomen bij de goedkeuring en vaststelling van de tarieven. Bij het geven van deze aanwijzingen en richtlijnen gaat de centrale overheid mede uit van de Wet arbeidsvoorwaardenontwikkeling gepremieerde en gesubsidieerde sector (WAGGS) en de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije-beroepsbeoefenaren (TWN). Het ligt in de bedoeling deze laatste wet te vervangen door de Wet inkomens vrije-beroepsbeoefenaren, waarvan het ontwerp op 10 februari 1986 bij de Tweede Kamer is ingediend 6). Anders dan de TWN gaat deze ervan uit dat de overheid alleen in uiterste instantie de inkomens van vrije-beroepsbeoefenaren normeert; primair dient op meer directe wijze (bijvoorbeeld door bevordering van competitie en door de marktwerking) de positie van de vrije-beroepsbeoefenaren te worden bepaald. In dat verband zal de Wet economische mededinging

4) Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie; *Tweede Kamer, zitting 1986-1987*, 19 794, nrs. 1-2, pp. 16/17 en 52.

5) *Onder de werkingssfeer van de WTG vallen niet de voor beroepsbeoefenaren en instellingen geldende inkooprijzen.*

6) *Tweede Kamer, zitting 1985-1986*, 19 401.

voor zoveel mogelijk van toepassing worden op de sector gezondheidszorg.

2.5 Verzekering en financiering

De financiering van de gezondheidszorg vindt in hoofdzaak plaats via een stelsel van ziektekostenverzekeringen; slechts een gering deel van de gezondheidszorg, de openbare gezondheidszorg, wordt door de overheid gefinancierd. Het stelsel van ziektekostenverzekeringen draagt een pluriform karakter. Het omvat thans twee wettelijke verzekeringen (AWBZ en ZFW) en een twaalftal publiekrechtelijke ziektekostenregelingen; daarnaast zijn er privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten, welke zijn te onderscheiden in de standaardpakketpolissen, waarvoor een acceptatieplicht geldt ingevolge de WTZ, en de overige polissen, waarvan de inhoud in beginsel op wilsovereenstemming tussen de contracterende partijen berust 7).

De inhoud van de wettelijke verzekeringen (kring van verzekerden, verstrekkingenpakket en lastenverdeling) is door de wetgever bepaald, met dien verstande dat op een groot aantal onderdelen van de wetgeving aan de minister de bevoegdheid is gegeven deze inhoud nader te bepalen. Dit geldt onder meer voor de nadere aanduiding van het verstrekkingenpakket (artikel 8 ZFW en artikel 6 AWBZ) en voor de erkenning van instellingen die ten laste van ZFW of AWBZ verstrekkingen verlenen (artikelen 8a tot en met 8h ZFW en artikelen 8 tot en met 8g AWBZ). Een erkenning wordt verleend wanneer de instelling voldoet aan door de centrale overheid gestelde criteria. Voor de uitvoerders van de wettelijke verzekeringen geldt de verplichting om overeenkomsten te sluiten met instellingen die zijn erkend. Deze overeenkomsten behoeven de goedkeuring van de Ziekenfondsraad.

In het kader van de ZFW en de AWBZ fungeert de Ziekenfondsraad als adviesinstantie en tevens als beheerder van de beide centrale kassen. Waar het de advisering en besluitvorming over de ZFW betreft, kent de Ziekenfondsraad vijf geledingen (werkgevers, werknemers, kroonleden, ziekenfondsen en medewerkers); waar het de advisering en de besluitvorming over de AWBZ betreft, nemen ook de organisaties van de particuliere verzekeraars en van de uitvoerders van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen alsmede van personen en instellingen die AWBZ-verstrekkingen verlenen, aan de werkzaamheden van de Ziekenfondsraad deel.

Blijkens het FOGM-1987 8) worden de financieringslasten ten behoeve van de gezondheidszorg voor dit jaar geraamd op 35,8 miljard gulden ofwel circa 8,6 procent van het nationaal inkomen. Daarbij is geraamd dat deze financieringslasten als volgt zijn verdeeld:

7) In hoofdstuk 2 van het advies over herstructurering verplichte ziekenfondsverzekering (SER-publikatie 87/01) is een overzicht gegeven van het per 1 januari 1987 geldende stelsel van ziektekostenverzekeringen.

8) Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1987, Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 703, nrs. 1-2.

ziekenfondsverzekering	40,5%
AWBZ	28,1%
particuliere bijdragen en betalingen, inclusief publiekrechtelijke en privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringen	27,6%
subsidies overheid (rijk, provincies, gemeenten)	4,4%

Uit dit overzicht blijkt dat de overheid slechts in beperkte mate via directe subsidiëring bijdraagt in de financiering van de gezondheidszorg; wel komen de werkgeversbijdragen voor de publiekrechtelijke en privaatrechtelijke regelingen van het overheids-personeel ten laste van de overheid.

Het overgrote deel van de financiering van de gezondheidszorg is gebaseerd op procentuele heffingen over loon of uitkering (ZFW) dan wel over het totale inkomen (AWBZ) met inachtneming van maximumpremiegrenzen. Daarbij komt de AWBZ-premie over het looninkomen van werknemers geheel voor rekening van de werkgever, terwijl de ZFW-premie voor 50 procent door de werkgever wordt gedragen. Bovendien is doorgaans bij arbeids-overeenkomsten bepaald dat de werkgever bijdraagt in de kosten van een particuliere ziektekostenverzekering van een niet-verplicht verzekerde werknemer. Het resterende deel van de financieringslasten van de gezondheidszorg komt ten laste van het netto-inkomen van de (gezins)huishoudens. Grosso modo kan worden gesteld dat de kosten van de gezondheidszorg – na aftrek van de overheidssubsidies – ten minste voor de helft door de werkgever en voor het overige deel door de gezinnen worden gedragen 9).

In dit verband wordt opgemerkt dat het stelsel van verzekeringen in beginsel uitgaat van een open-eind-financiering, dat wil zeggen dat de omvang van de kosten van de wettelijke verzekering, de publiekrechtelijke regeling of de privaatrechtelijke verzekerings-overeenkomst niet bij voorbaat vastligt.

Voor de omvang van de financieringslasten of de kosten van de gezondheidszorg kunnen als determinanten worden aangewezen:

- het volume van de feitelijke hulpverlening (dat wordt bepaald door de individuele hulpverleners in reactie op de gestelde hulpvraag);
- het geldende tarief 10) (dat wordt goedgekeurd of bepaald door het COTG met inachtneming van de door de minister gegeven aanwijzingen of richtlijnen).

Daarbij is een ervaringsgegeven dat het volume van de feitelijke hulpverlening in belangrijke mate afhankelijk is van het aanbodvolume of de hulpverleningcapaciteit.

Deze capaciteit wordt bepaald

- ofwel door vrije vestiging van beroepsbeoefenaren (waarbij voor ziekenfondsen contracteerplicht geldt);
- ofwel door planning of vergunningen van overheidswege (WZV, WVG);
- ofwel door budgettering van overheidswege (WTG).

9) Zie Advies over in het bijzonder bejaarden in de ziektekostenverzekeringen, SER-publikatie 84/17, p. 8.

10) Bij abonnemonthonoraria, zoals geldend voor huisartsen bij de ziekenfondsverzekering, is er slechts één tarief.

De invloed van de kant van de verzekeraars (met inbegrip van de ziekenfondsen) op de kosten van de gezondheidszorg is vooral gelegen in de onderhandelingsfase over tarieven en budgetten en, bij verdere doorvoering van de WVG, in de adviesfase voorafgaande aan de planning van voorzieningen.

2.6 Kostenbeheersing als beleidsdoelstelling

In de afgelopen jaren is langs verschillende wegen getracht te komen tot een beheersing van de kostenontwikkeling in de gezondheidszorg. In het rapport 'Instrumenten en doelbereiking kostenbeheersing gezondheidszorg: een inventarisatie' 11) is de Algemene Rekenkamer uitvoerig ingegaan op de maatregelen die in dat kader door de overheid zijn getroffen. Naast de maatregelen in de sfeer van het stelsel van ziektekostenverzekeringen (waaronder invoering of uitbreiding van eigen bijdragen) worden in het rapport de maatregelen besproken die ten aanzien van de aanbodzijde van de gezondheidszorg zijn getroffen, te weten:

1. de planning van de ziekenhuisvoorzieningen en het daarmee samenhangende vergunningenstelsel (vanaf 1971 gedeeltelijk, vanaf 1979 volledig);
2. de jaarlijkse plafonnering van de bouwproductie van ziekenhuisvoorzieningen, met uitzondering van academische ziekenhuizen (vanaf 1975);
3. de exploitatiekaders voor de inventarissen van instellingen voor gezondheidszorg en de exploitatiegevolgen van het bouwbeleid in de gezondheidszorg (vanaf 1984);
4. het vergunningenbeleid voor bijzondere voorzieningen zoals niertransplantaties, hartchirurgie, nucleaire geneeskunde en computertomografie (vanaf 1974);
5. de beddenreductie in algemene, categorale en academische ziekenhuizen (vanaf 1974);
6. de budgettering van de instellingen voor intramurale gezondheidszorg (vanaf 1983);
7. de versterking van extramurale zorg en de bevordering van preventieve zorg (vanaf 1974);
8. het loon-, prijs- en tarievenbeleid (waaronder de Tijdelijke Wet arbeidsvoorwaarden collectieve sector (TWACS) als voorloper van de per 1 januari 1986 in werking getreden WAGGS en de Tijdelijke Wet normering inkomens vrije-beroepsbeoefenaren);
9. de regulering van het volume aan beroepsbeoefenaren (in voorbereiding).

Ten aanzien van de genoemde instrumenten tot kostenbeheersing en de wijze waarop deze zijn gehanteerd, concludeert de Algemene Rekenkamer onder meer (pp. 52 en 53):

- dat de beoogde planning van ziekenhuisvoorzieningen via regionale plannen niet van de grond is gekomen;
- dat de jaarlijkse bouwplafonds meer op budgettaire dan op zorginhoudelijke gronden lijken te worden bepaald;
- dat het stellen van exploitatiekaders een zinvol instrument voor kostenbeheersing lijkt;
- dat de academische ziekenhuizen niet onderhevig zijn aan het vergunningenbeleid voor bijzondere voorzieningen;

11) Zie voetnoot 3.

- dat het vergunningenbeleid voor bijzondere voorzieningen dreigt achter te lopen bij de medisch-technologische ontwikkelingen;
- dat het beleid tot beddenreductie tot op heden niet erg succesvol is geweest;
- dat budgettering, afgezien van knelpunten bij de budgetberekening en als gevolg van de positie van medische specialisten, uit een oogpunt van kostenbeheersing een goede methode kan worden genoemd, en
- dat het substitutiebeleid (versterking eerste lijn en bevordering van preventieve zorg) tot op heden niet erg effectief is geweest.

Voorts concludeert de Algemene Rekenkamer ten aanzien van de doeleinden van het ombuigingsbeleid op het terrein van de gezondheidszorg in de afgelopen jaren:

- dat in het ombuigingsbeleid hogere prioriteit is gegeven aan het verlagen van de collectieve-lastendruk dan aan het terugbrengen van de totale kosten van de gezondheidszorg, waardoor de ombuigingen voor een deel leiden tot kostenverschuiving in plaats van kostenbeheersing;
- dat, hoewel de doelstelling van de Structuurnota 1974 (kosten van de gezondheidszorg niet hoger dan 8 procent van het bruto nationaal produkt) nog niet is gerealiseerd, het beleid gericht op beheersing van de kostenontwikkeling als geslaagd is aan te merken, in die zin dat zowel voor het totaal als voor het collectief gefinancierde deel van de kosten van de gezondheidszorg geldt dat in de afgelopen jaren de werkelijke kosten binnen de taakstellend geraamde kosten zijn gebleven.

Ter illustratie van de kostenontwikkeling is in tabel 1 een overzicht gegeven van de totale kosten en de verdeling daarvan over de verschillende onderdelen van de gezondheidszorg gedurende de periode 1980-1987. Daaruit kan worden afgeleid

Tabel 1 – Kosten van de gezondheidszorg 1980-1987

	kosten in miljarden gulden			geïndexeerde kosten		
	1980	1985	1987	1980	1985	1987
totale kosten gezondheidszorg	27,7	34,8	35,8	100	126	129
.....						
waarvan:						
– intramurale zorg	16,4	20,3	20,9	100	124	127
– specialistische hulp	1,8	2,0	1,8	100	109	101
– genees- en verbandmiddelen, kunst- en hulpmiddelen	2,6	3,8	4,0	100	145	154
– extramurale zorg	4,5	5,6	6,0	100	123	132
– collectieve preventieve zorg	0,7	0,8	0,8	100	106	113
– beleid, administratie, beheer, ambulance-diensten en overige gezondheidszorg	1,6	2,4	2,5	100	146	149

Bron: Financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn 1987 (Tweede Kamer, zitting 1986-1987, 19 703, nrs. 1-2, pp. 15 en 38).

dat de uitgaven voor de gezondheidszorg over de periode 1980-1985 nominaal met 26 procent zijn gestegen. Het groeitempo is in de loop van deze jaren evenwel verminderd en het zal in de periode 1985-1987 naar verwachting nog lager worden. In verhouding tot het bruto nationaal produkt tegen marktprijzen (BNP), beliepen de kosten van de gezondheidszorg in het jaar 1980 8,2 procent waarna zich in de periode tot 1983 een stijging voordeed tot 8,8 procent. Daarna trad een daling in, welke ertoe leidde dat de kosten van de gezondheidszorg in 1985 8,4 procent van het BNP uitmaakten. Voorts kan worden geconstateerd dat de uitgaven voor geneesmiddelen alsmede voor kunst- en hulpmiddelen en de uitgaven voor beleid, administratie, etc. in deze periode veel meer zijn toegenomen dan de uitgaven voor de overige onderdelen van de gezondheidszorg.

3. Herziening van de beheersstructuur

3.1 Overwegingen

In het voorgaande hoofdstuk is ingegaan op de verschillende wettelijke regelingen die betrekking hebben op de gezondheidszorg. Daaruit komt naar voren dat de centrale overheid door een veelheid van regelgeving de ontwikkelingen in de gezondheidszorg tracht te beïnvloeden en beïnvloedt. Zo heeft de centrale overheid via regelgeving ten aanzien van de kwaliteit en opleiding een belangrijke rol bij de bepaling van de zorginhoud. In dat kader is ook een grote mate van verantwoordelijkheid gelegd bij de beroepsbeoefenaren en hun organisaties. Voorts heeft de centrale overheid een belangrijke, zo niet overheersende rol bij de budgetstelling voor ziekenhuizen en bij de tariefstelling voor de verschillende vormen van dienstverlening in de gezondheidszorg. Daarnaast bepaalt de centrale overheid in belangrijke mate de volumecapaciteit van intramurale voorzieningen door middel van bouwregulering en het stellen van exploitatiekaders.

Uit een en ander blijkt dat de centrale overheid in belangrijke mate zeggenschap heeft over factoren die de kostenontwikkeling op het terrein van de gezondheidszorg bepalen. Daarbij kan worden geconstateerd dat de regelgeving van overheidswege steeds fijnmaziger wordt en de uitgaven voor beleid en beheer zowel bij de overheid als bij de instellingen voor gezondheidszorg omvangrijker. Dit geldt ook voor de verzekeraars, onder welke term in het vervolg van dit advies worden begrepen de ziekenfondsen, de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en de particuliere verzekeringsinstellingen. Bovendien is als gevolg van de overheidsregulering de invloed van de verzekeraars op de kostenontwikkeling beperkt: alleen voor zover de onderhandelingsresultaten over de tarieven worden goedgekeurd door het COTG, is er sprake van invloed op de kostenontwikkeling. Ten aanzien van de volumecomponent in de gezondheidszorg hebben de verzekeraars in het algemeen geen beïnvloedingsmogelijkheden, hetzij omdat er sprake is van vrije vestiging van beroepsbeoefenaren, waarbij voor de ziekenfondsen de contracteerplicht geldt, hetzij omdat er sprake is van regulering van overheidswege.

Bij verdere invoering van de WVG wordt dit niet wezenlijk anders, omdat uitgaande van een regionale planning de provinciale of gemeentelijke overheden de bevoegdheid hebben instellingen en individuele beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg te erkennen, en daarmee het aanbodvolume in de regio zullen vastleggen.

In dit verband laat zich de vraag stellen of de beheersing van de

kostenontwikkeling in de gezondheidszorg dient te worden nagestreefd door verdergaande regulering van buitenaf dan wel door zelfregulering, in die zin dat verzekeraars enerzijds en instellingen en beroepsbeoefenaren op het terrein van de gezondheidszorg anderzijds door middel van onderhandeling meer invloed hebben op en daarmee verantwoordelijk worden voor de kostenontwikkeling. Naar het de Raad voorkomt dient deze vraag te worden beantwoord tegen de achtergrond van de in ons land gemaakte keuze om de bekostiging van de gezondheidszorg niet te laten plaatsvinden uit de algemene middelen, maar in hoofdzaak op basis van een stelsel van verzekeringen. Hierbij dient tevens in aanmerking te worden genomen dat de overheid voornemens is – dit in navolging van het advies van de Raad van 15 februari 1985 over de inkomensvorming vrije beroepen – ten aanzien van de inkomensvorming van de vrije-beroepsbeoefenaren in de medische sector waar mogelijk terug te treden en wel door het voeren respectievelijk intensiveren van een zogenoemd bronnenbeleid, dat wil zeggen een beleid dat is gericht op het creëren van evenwichtige vraag-en-aanbodverhoudingen op de markt voor medische diensten. Instrumenten die de overheid hierbij voor ogen staan, zijn onder meer budgettering, bevordering van countervailing power van verzekeraars en herregulering 12).

Op eerder genoemde vraagstelling is ook ingegaan in het eindrapport van de Adviescommissie Sanering Planprocedures, welke onder voorzitterschap van de heer H.J.L. Vonhoff heeft gestaan 13). In het eindrapport wordt geconstateerd dat een groot knelpunt wordt veroorzaakt, doordat tot dusver is gekozen voor een beheersing van de gezondheidszorg door middel van twee gescheiden systemen. 'Enerzijds', zo wordt gesteld, 'is er (in de WVG en de WGM) sprake van een plansysteem waarbij aan de decentrale overheden bevoegdheden en verantwoordelijkheden worden toegekend. Anderzijds bestaat, los daarvan, een financieringscircuit voor premiegefinancierde voorzieningen, waarbij de financiers taken zijn toebedeeld. Voor de premiegefinancierde voorzieningen betekent dat dat financiering en planning niet in één hand liggen'.

Deze constatering sluit aan bij de bevindingen van de Commissie Vermindering en Vereenvoudiging van Overheidsregelingen (commissie-Geelhoed). Deze commissie constateert dat de wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg de nodige eenheid in opzet, bevoegdhedenverdeling en instrumenten ontbeert. De commissie noemt als een van de belangrijkste oorzaken van de moeizame besturing van de gezondheidszorg de scheiding van verantwoordelijkheden voor respectievelijk de planning (overheid) en de bekostiging (ziekenfondsen en particuliere verzekeraars). Daaraan voegt de commissie toe 'dat het naast elkaar werken van de centrale overheid, het territoriaal gedecentraliseerde openbaar bestuur en het functioneel gedecentraliseerde bestuur, elk op grond van hun eigen bevoegdheden, een oplossing van de problematiek in de gezondheidszorg uitermate bemoeilijkt, de toenemende regeldichtheid in deze sector ten spijt' 14).

12) Zie memorie van toelichting ontwerp-Wet inkomens vrije-beroepsbeoefenaren, Tweede Kamer, zitting 1985-1986, 19 401, nr. 3, p. 2. Tegenover het bronnenbeleid staat het directe inkomensbeleid, het rechtstreeks interveniëren in de primaire inkomensvorming. Dit kan – als aanvullend beleid – wenselijk zijn in situaties van een tijdelijk of structureel gebrekkige marktwerking met als gevolg te hoge inkomens.

13) Adviescommissie Sanering Planprocedures Camavalsoptocht der planprocedures, Den Haag, 1985, pp. 127 tot en met 146.

14) Commissie Vermindering en Vereenvoudiging van Overheidsregelingen, Deregulering van overheidsregelingen, Tweede Kamer, zitting 1983-1984, 17 931, nr. 9, pag. 224.

Twijfels over de realiseerbaarheid van de in de huidige wetgeving (WZV en WVG) opgenomen planningsystematiek komen ook naar voren in het eerder aangehaalde rapport van de Algemene Rekenkamer. Daarin wordt geconstateerd dat vanaf het verschijnen van de Structuurnota gezondheidszorg in 1974 de regulering door de overheid sterk is toegenomen. De geschiedenis van de in 1971 tot stand gekomen WZV laat naar het oordeel van de Algemene Rekenkamer zien dat de weg van integrale planning beperkingen heeft. Daarbij dreigt de sturing van de overheid meer het karakter te krijgen van ad hoc planning, met als mogelijk gevolg een verbrokkeld en onoverzichtelijk beleid. De Algemene Rekenkamer stelt vervolgens de vraag of de WVG deze planningsproblemen zal oplossen. Ook deze wetgeving gaat uit van integrale planning, hoewel die tot op heden nog niet realiseerbaar is gebleken.

3.2 Uitgangspunten

Vorenstaande constatering leiden naar het oordeel van de Raad tot de conclusie dat een herziening van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur in de gezondheidszorg noodzakelijk is. Bij deze herziening dienen naar het oordeel van de Raad de navolgende uitgangspunten in aanmerking te worden genomen.

1. Voor de inrichting en nadere uitwerking van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur is van grote betekenis dat in de Nederlandse verhoudingen de overheid de onderscheiden beleidsdoelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg in het algemeen niet nastreeft door de feitelijke dienstverlening en de bekostiging daarvan via overheidsinstellingen te realiseren, maar door het toekennen van taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden aan voor het merendeel autonome instellingen en beroepsbeoefenaren, die zorg dragen voor de feitelijke dienstverlening, en aan verzekeraars, die zijn belast met de betaling van de geleverde diensten ¹⁵⁾. Daarnaast is wat werknemers betreft van belang dat de kosten van geneeskundige verzorging – van oudsher – onderdeel uitmaken van de arbeidsvoorwaarden. Uitgaande van de onderscheiden taken en verantwoordelijkheden en de relatie met de arbeidsvoorwaarden moet dan zowel aan (de organisaties van) de instellingen en beroepsbeoefenaren als aan (de organisaties van) de verzekeraars en de sociale partners in de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur een centrale plaats worden gegeven.

2. Bij de inrichting en nadere uitwerking van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur is voorts van betekenis dat de grondwettelijke taak van de overheid met betrekking tot de bevordering van de volksgezondheid kan worden vertaald in een viertal beleidsdoelstellingen:

- a. het waarborgen van de kwaliteit van de gezondheidszorg;
- b. het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en bereikbaarheid van de gezondheidszorg in geografische zin;
- c. het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin;
- d. het waarborgen van een verantwoorde kostenontwikkeling op

15) Een uitzondering hierop wordt bijvoorbeeld gevormd door de basisgezondheidszorg, waar overheidsinstellingen de diensten verlenen en de kosten ten laste komen van de overheid (in 1985 naar raming 312 miljoen gulden (FOGM-1987, p. 147)); in paragraaf 2.5 is er verder op gewezen dat in 1987 4,4 procent van de financieringslasten voor de gezondheidszorg wordt gedragen door de overheid (rijk, provincies en gemeenten).

het terrein van de gezondheidszorg in het licht van de overige sociaal-economische desiderata

De inrichting van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur dient zodanig te zijn dat de onderscheiden beleidsaspecten zo goed mogelijk tot hun recht komen en dat op die basis een verantwoorde afweging kan plaatsvinden.

3. Bij de inrichting van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur dient te worden uitgegaan van de samenhang tussen planning en financiering van de gezondheidszorgvoorzieningen. Dit houdt in dat de verantwoordelijkheden ten aanzien van planning en financiering in één hand dienen te zijn. Aansluitend bij de bestaande financieringswijze van de gezondheidszorg meent de Raad dat de planning van de premiegefinancierde voorzieningen in handen dient te worden gelegd van de verzekeraars, waarbij deze planning dient te geschieden binnen door de rijksoverheid te stellen kaders als bedoeld onder punt 2, en onder goedkeuring van het toezichthoudende orgaan. Op dit punt sluit de Raad zich aan bij het oordeel van de Adviescommissie Sanering Planprocedures, waar deze stelt dat de lagere overheden, anders dan in de WVG is voorzien, geen beslissende bevoegdheid dienen te hebben ten aanzien van voorzieningen waarbij zij niet financieel zijn betrokken 16).

4. De beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur dient zodanig te worden ingericht dat kostenbewust handelen van instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars wordt bevorderd, zodat de doelmatigheid van de uitgaven voor de gezondheidszorg wordt verbeterd. Dit houdt in dat deze uitgaven op hun doelmatigheid moeten kunnen worden getoetst en dat kostenbewust gedrag voordeel moet kunnen opleveren voor dienstverleners of verzekeraars.

5. Bij de nadere vormgeving van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur dient te worden gestreefd naar verbetering van de marktwerking en naar een verantwoorde prijs- en inkomensvorming. In dit verband herinnert de Raad eraan dat hij in het advies inkomensvorming vrije beroepen (SER-publicatie 85/02, p. 34) heeft geconstateerd dat de markt binnen de medische sector thans gebrekkig functioneert gezien de 'feitelijk bestaande toetredingsbeperkingen, de geringe prijsconcurrentie, het nagenoeg ontbreken van countervailing power, de geringe concurrentie van derden, de bestaande prijs/afzet-relatie en het vrijwel ontbreken van afzetfluctuaties'. Ten aanzien hiervan hanteert de Raad — in aansluiting op het wetsontwerp inkomens vrije-beroepsbeoefenaren — als uitgangspunt dat het beleid dient te worden gericht op het waar mogelijk wegnemen van de barrières voor een vrij functioneren van de markt en op het versterken van de countervailing power binnen de gezondheidszorg (het zogenoemde bronnenbeleid).

6. De beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur dient zoveel mogelijk neutraal te zijn ten opzichte van het stelsel van ziekte-

16) Adviescommissie Sanering Planprocedures, Camavalsoptocht der planprocedures, p. 144: 'Een beslissende bevoegdheid van de lagere overheden met betrekking tot voorzieningen, waarbij met niet financieel betrokken is, past naar het oordeel van de commissie niet. Daarmee wijst zij een betrokkenheid van de lagere overheden in het besluitvormingsproces met betrekking tot de premiegefinancierde sector overigens op zich niet principieel af. Deze betrokkenheid zal in de visie van de commissie evenwel niet verder kunnen gaan dan een adviserende richting rijk en financiers'.

kostenverzekeringen, in die zin dat het enerzijds kan functioneren binnen het huidige stelsel van verzekeringen en anderzijds niet belemmerend is voor een herziening van het stelsel.

4. Hoofdpijnen van een herziene beheersstructuur

4.1 Inleiding

In het voorgaande hoofdstuk is er op gewezen dat de grondwettelijke taak van de overheid ten aanzien van de gezondheidszorg kan worden vertaald in een viertal beleidsdoelstellingen. Deze betreffen de zorg voor:

- a. de kwaliteit van de gezondheidszorg;
- b. de functionele beschikbaarheid en geografische bereikbaarheid;
- c. de toegankelijkheid in financiële zin;
- d. een verantwoorde kostenontwikkeling.

Voorts is gesteld dat binnen de Nederlandse verhoudingen de overheid de realisering van deze beleidsdoelstellingen in het algemeen nastreeft door het toekennen van taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden aan voor het merendeel autonome, los van de overheid staande instellingen en beroepsbeoefenaren, die zorg dragen voor de feitelijke dienstverlening, en aan verzekeraars, die zorgen voor de bekostiging van de gezondheidszorg. Aldus bezien is er op het terrein van de gezondheidszorg sprake van functionele decentralisatie langs twee lijnen: (1) de feitelijke dienstverlening wordt opgedragen aan de instellingen en beroepsbeoefenaren (het veld) en (2) de bekostiging is opgedragen aan verzekeraars.

Hiervan uitgaande kan voor het terrein van de gezondheidszorg het beheersproces worden omschreven. Aansluitend bij het advies over een vereenvoudiging van de uitvoering van de sociale verzekering (SER-publicatie 84/12), dient in deze omschrijving een duidelijk onderscheid te worden gemaakt tussen het beleidsvormingsniveau en het uitvoeringsniveau.

Anders dan bij de inkomensverzekeringen die in genoemd advies zijn besproken, zijn op het terrein van de gezondheidszorg twee lijnen in de uitvoering te onderscheiden: de feitelijke dienstverlening door veelal op regionaal of plaatselijk niveau functionerende instellingen en beroepsbeoefenaren en de bekostiging door verzekeraars. Voorts onderscheidt het terrein van de gezondheidszorg zich van dat van de inkomensverzekeringen in die zin dat de bekostiging is opgedragen aan organen met een uiteenlopend karakter, namelijk de ziekenfondsen (waarvan taken en bevoegdheden zijn geregeld in de ZFW en de AWBZ), de privaatrechtelijke verzekeringsinstellingen en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen (waarvan taken en bevoegdheden voor een deel zijn geregeld in de AWBZ

en voor een ander deel worden bepaald door de verzekeringsovereenkomsten). Tenzij uit de tekst anders blijkt wordt – het zij herhaald – in het hierna volgende met de term ‘verzekeraars’ gedoeld op deze drie categorieën van organen.

Deze verschillen in aanmerking nemend is de Raad van mening dat desalniettemin voor de inrichting en uitwerking van de beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur op het terrein van de gezondheidszorg in belangrijke mate kan worden aangesloten bij de in advies 84/12 neergelegde zienswijze. Dit houdt in dat op bepaalde onderdelen expliciet of impliciet kan worden verwezen naar begripsbepalingen of beleidsaanbevelingen uit het in 1984 uitgebrachte advies, in het bijzonder wat het toezicht betreft. In tegenstelling tot laatstgenoemd advies zal evenwel niet alleen worden ingegaan op het beheersproces op nationaal niveau, maar zal ook aan het beheersproces op regionaal niveau aandacht worden besteed.

Tot goed begrip van hetgeen hierna volgt, merkt de Raad op dat hij met dit advies beoogt een nieuwe richting aan te geven voor de ontwikkeling van de structuur van de gezondheidszorg. Daarbij ligt het niet in de bedoeling en zou het ook het bestek van dit advies te buiten gaan een tot in details uitgewerkt model aan te geven. Het advies beperkt zich dan ook tot een globale schets van een nieuwe beheersstructuur voor de gezondheidszorg.

4.2 Algemene karakterisering

In deze paragraaf worden enkele hoofdlijnen aangegeven van een beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur op het terrein van de gezondheidszorg zoals deze de Raad voor ogen staat. Deze hoofdlijnen sluiten aan bij de eerder verwoorde overwegingen en uitgangspunten voor een herziening van de thans bestaande en de in de WVG aangegeven structuur. Dat wil zeggen dat de nieuwe structuur recht dient te doen aan:

- de functionele decentralisatie ten aanzien van de feitelijke dienstverlening en de bekostiging daarvan;
- de simultane realisering van de verschillende beleidsdoelstellingen als bevordering van kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid van de gezondheidszorgvoorzieningen naast beheersing van de kostenontwikkeling;
- het in één hand houden van planning en financiering van de gezondheidszorgvoorzieningen;
- het bevorderen van kostenbewust handelen van instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars;
- het streven naar een verantwoorde prijs- en inkomensvorming;
- de neutraliteit ten opzichte van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

Het beheersingsproces binnen de gezondheidszorg kan naar analogie van het beheersproces binnen de sociale verzekering als volgt worden omschreven:

- het scheppen en aanpassen van regelingen op basis van maatschappelijk behoeften en wensen en in goede afweging ten

opzichte van alternatieve bestedingen van schaarse middelen;
– het zodanig uitvoeren van deze regelingen dat aan criteria van doelmatigheid, beheersbaarheid, zorgvuldigheid en doorzichtigheid wordt voldaan.

Deze omschrijving maakt duidelijk het onderscheid tussen het beleidsvormingsniveau, waar regering en parlement verantwoordelijk zijn voor het creëren van wettelijke aanspraken en verplichtingen, en het uitvoeringsniveau, waar de instellingen en de beroepsbeoefenaren enerzijds en de verzekeraars anderzijds de verantwoordelijkheid dragen voor een juiste toepassing van de hen in uitvoering opgedragen voorzieningen met inbegrip van de hierbij behorende noodzakelijke discretionaire bevoegdheden. Een dergelijke onderscheiding tussen beleid en uitvoering betekent niet dat beide niveaus los van elkaar kunnen functioneren. Tussen beide dient een wisselwerking te bestaan, welke – alleen al om redenen van efficiency – het best via één centraal orgaan kan worden gekanaliseerd. In het verlengde hiervan is het mogelijk dit orgaan te belasten met de besturing van en het toezicht op het geheel van het uitvoeringsgebeuren.

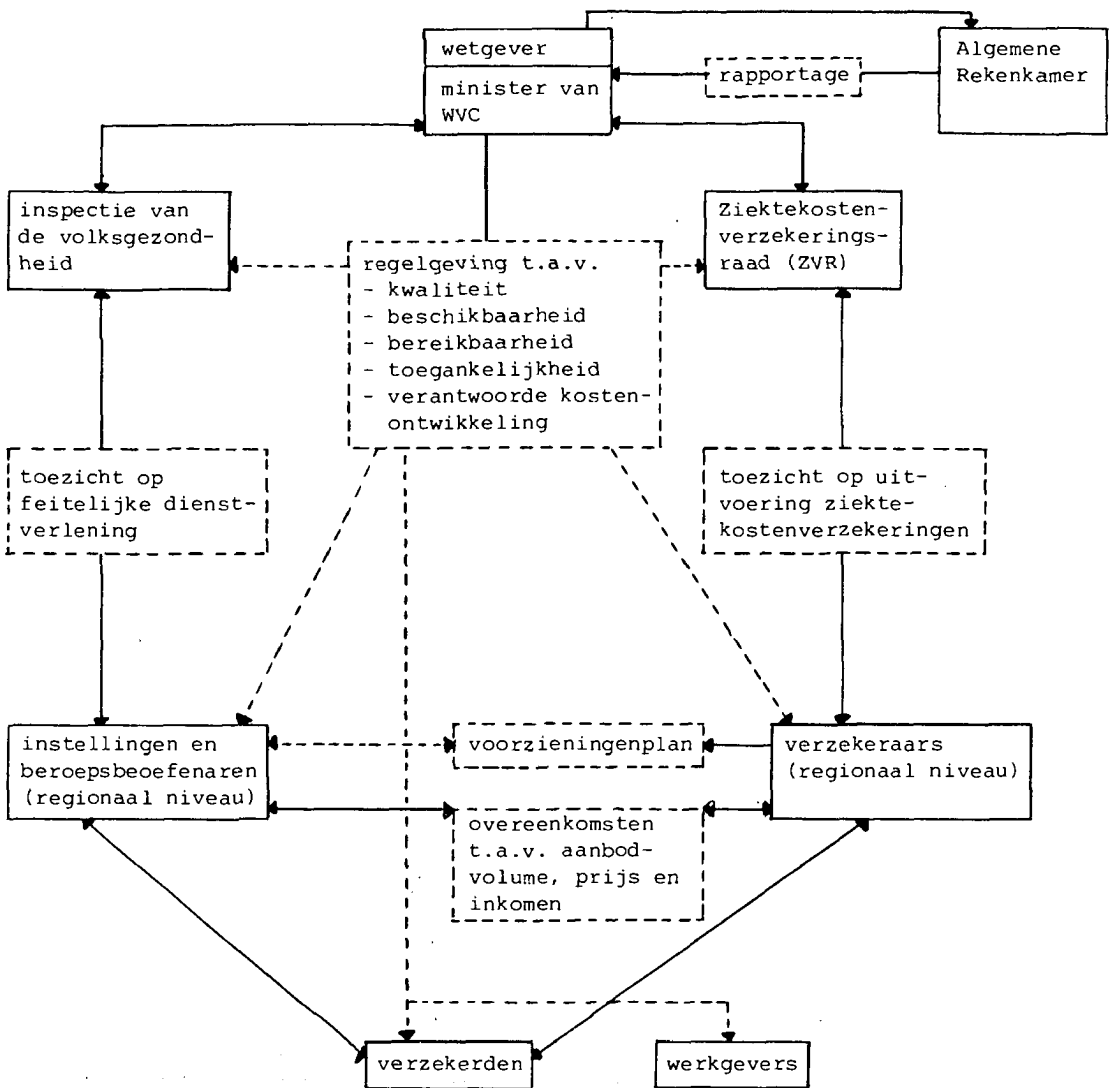
In de voorgestane structuur van het beheersingsproces op het terrein van de gezondheidszorg worden dan de volgende niveaus gezien:

- het niveau van de centrale regelgeving;
- het niveau van de decentrale uitvoering;
- het niveau van besturing van en toezicht op het uitvoeringsgebeuren.

Een wezenlijk kenmerk van de door de Raad voorgestane beheersstructuur is voorts dat het streven naar een verantwoorde kostenontwikkeling in de gezondheidszorg ook wordt gezien als doelstelling van beleid op het niveau van de uitvoering. In dat verband wordt als een belangrijk instrument gezien dat de verzekeraars door het opstellen van een regionaal voorzieningenplan en door het op basis daarvan afsluiten van regionaal werkende overeenkomsten met (organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren invloed kunnen uitoefenen op het aanbodvolume van voorzieningen en op de prijs- en inkomensontwikkeling binnen de gezondheidszorg. Daarbij heeft het toezichthoudende orgaan tot taak erop toe te zien dat deze plannen en overeenkomsten blijven binnen de door de overheid gestelde beleidskaders.

De aldus in algemene termen omschreven beheersstructuur is in bijgaande figuur schematisch weergegeven. In de navolgende paragrafen wordt deze structuur nader uitgewerkt en ingevuld en wordt ook de daarbij behorende adviesstructuur in hoofdlijnen aangegeven.

Schematische weergave beheersingsstructuur uitvoering gezondheidszorg



instituties
 acties

4.3 Structuur op regionaal niveau

4.3.1 Voorzieningenplan

De Raad ziet voor de beheersing van de gezondheidszorg een belangrijke rol weggelegd voor de verzekeraars. Zo is als een van de uitgangspunten voor een herziening van de beheersingsstructuur geformuleerd dat de verantwoordelijkheden ten aanzien van planning en financiering in één hand dienen te zijn. Op grond hiervan dient de planning van de voorzieningen in handen te zijn van de verzekeraars, waarbij deze planning dient te geschieden binnen door de rijksoverheid te stellen kaders en onder goedkeuring van het toezichthoudende orgaan. Daarbij is het door de verzekeraars in gezamenlijk overleg vast te stellen voorzieningenplan te karakteriseren als een verantwoording vooraf van de zijde van de verzekeraars over de wijze waarop zij een samenhangende zorgstructuur in een bepaalde regio denken te kunnen aanbieden ten behoeve van de bij hen aangesloten verzekerden; zulks voorts ter voldoening aan de verplichtingen die op de verzekeraars rusten krachtens de wettelijke verzekeringen, de privaatrechtelijke verzekeringsovereenkomsten dan wel de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Dit periodiek (bijvoorbeeld tweejaarlijks) op te stellen voorzieningenplan vormt voor de verzekeraars de basis van de overeenkomsten die zij afsluiten met instellingen en beroepsbeoefenaren die zijn belast met de feitelijke dienstverlening; op het karakter van deze overeenkomsten zal in paragraaf 4.3.2 nader worden ingegaan.

In het voorgaande is aangegeven dat het voorzieningenplan op regionaal niveau wordt opgesteld en mitsdien bij vaststelling een regionale werkings sfeer heeft. Een aantal overwegingen voert de Raad tot deze keuze voor regionalisatie van de uitvoering. In de eerste plaats is van betekenis dat vraag en aanbod in de gezondheidszorg in belangrijke mate regionaal worden bepaald. Gezondheidszorgvoorzieningen uit de tweede lijn bijvoorbeeld, in het bijzonder de intramurale, hebben doorgaans een regionale functie. Als gevolg van deze regionale bepaling vertoont de infrastructuur van de gezondheidszorg regionale verschillen. Met regionaal op te stellen voorzieningenplannen kan en moet hiermee rekening worden gehouden.

In de tweede plaats bieden regionale voorzieningenplannen de mogelijkheid aan te sluiten bij de huidige regionale uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. De ziekenfondsen zijn namelijk organen met een regionaal bepaald werkgebied. Met het oog op de uitvoering van de ABWZ zijn daarnaast in de praktijk regionale samenwerkingsvormen van alle ziektekostenverzekeraars tot stand gebracht.

Ten slotte biedt een regionaal voorzieningenplan ten opzichte van een landelijk voorzieningenplan meer waarborgen voor de toegankelijkheid en de bereikbaarheid van de gezondheidszorg alsmede voor een cliëntgerichte benadering; hierin kan mede rekening worden gehouden met de verschillende levensbeschouwingen. Anderzijds biedt het ten opzichte van een plaatselijk vast te stellen voorzieningenplan het voordeel dat tot een betere

onderlinge samenhang en afstemming van de verschillende voorzieningen kan worden gekomen.

Bij de opstelling van een voorzieningenplan dienen de verzekeraars uit te gaan van de door de overheid gestelde beleidskaders, welke zijn neergelegd in zogeheten normen voor voldoende hulp. In deze normen voor voldoende hulp (waarover later meer) geeft de centrale overheid aan hoeveel beroepsbeoefenaren van een bepaalde discipline en hoeveel verzorgings-eenheden (bedden) uit een oogpunt van verantwoorde zorgverlening minimaal aanwezig moeten zijn per 10.000 inwoners in een regio. Deze normen dienen zodanig te zijn geformuleerd dat er een bepaalde beleidsruimte blijft om de voorzieningenstructuur af te stemmen op specifieke omstandigheden of wenselijkheden binnen de regio.

Anderzijds dienen deze normen er ook in te voorzien dat sommige voorzieningen door hun specialistische karakter slechts op interregionaal of landelijk niveau voorkomen. In deze gevallen is het aan de betrokken regionale respectievelijk landelijke organisaties van verzekeraars om op basis van deze normen contracten af te sluiten met de desbetreffende instellingen en beroepsbeoefenaren.

Voorafgaande aan de vaststelling van een voorzieningenplan bieden de verzekeraars de gemeentelijke en provinciale overheden en de (organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren de gelegenheid om advies uit te brengen. Daarbij is de advisering door de genoemde overheden vooral van betekenis voor de samenhang met andere zorgvoorzieningen (maatschappelijke dienstverlening en welzijnsvoorzieningen) en voor de geografische plaatsbepaling en spreiding van de voorzieningen. De advisering door de (regionale organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren is vooral van betekenis voor een verantwoorde zorgstructuur in die zin dat de voorzieningen van de uiteenlopende disciplines en in de verschillende echelons zo logisch mogelijk kwantitatief en kwalitatief op elkaar aansluiten.

Waar de provincies en gemeenten in de structuur van de WVG een centrale rol (zullen) vervullen wat de planning van gezondheidszorgvoorzieningen op regionaal niveau betreft, betekent het bovenstaande een aanzienlijke beperking van die rol. De Raad meent dit te moeten aanvaarden als een logisch uitvloeisel van het uitgangspunt dat planning en financiering zich in één hand bevinden; gegeven een premiegefinancierde gezondheidszorg heeft dit als consequentie dat de planning in handen komt van de verzekeraars.

Voorts acht de Raad het van betekenis dat een voorzieningenplan eerst een definitief karakter krijgt, nadat het orgaan dat is belast met het toezicht op de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen, zijn goedkeuring daaraan heeft verleend. Deze goedkeuring is vereist om te bereiken dat het door de verzekeraars opgestelde voorzieningenplan voldoet aan de door de centrale overheid gestelde normen voor voldoende hulp en dat

het daarnaast een bindend karakter heeft voor alle in de desbetreffende regio af te sluiten overeenkomsten. Dit laatste in verband met de mogelijkheid dat verzekeraars die zich niet kunnen vinden in het vastgestelde voorzieningenplan, zich daaraan ook niet gebonden achten. Het zou dan strijdig zijn met de gedachte achter het voorzieningenplan, indien deze verzekeraars onafhankelijk van het voorzieningenplan overeenkomsten zouden kunnen aangaan met aanbieders van gezondheidszorg.

Het toezichthoudende orgaan heeft daarbij voorts de gelegenheid te toetsen of het plan past binnen de financiële kaders die in beginsel voor de gezondheidszorgvoorzieningen in de betreffende regio gelden. Anderzijds vormt het goedgekeurde voorzieningenplan het toetsingskader voor dat orgaan voor de beoordeling van de in de desbetreffende regio afgesloten overeenkomsten. De Raad komt hierop bij de bespreking van het toezichthoudende orgaan in paragraaf 4.5 terug.

4.3.2 Voorzieningenovereenkomsten

Het voorzieningenplan vormt, na goedkeuring door het toezichthoudende orgaan, voor de verzekeraars het bindend kader voor het afsluiten van contracten met instellingen en beroepsbeoefenaren die in de betreffende regio zijn gevestigd of zich daar wensen te vestigen. In deze overeenkomsten is aangegeven onder welke voorwaarden de verzekeraars de met de feitelijke hulpverlening aan verzekerden gepaard gaande kosten zullen vergoeden. Om te bereiken dat het afsluiten van deze overeenkomsten kan functioneren als een effectief beheersinstrument, zal in de wettelijke verzekeringen, de privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringsovereenkomsten en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen de bepaling moeten worden opgenomen dat de verzekeraars alleen gehouden zijn tot het vergoeden van de kosten van de hulpverlening voor zover deze is gegeven door een instelling of een beroepsbeoefenaar waarmee de verzekeraars een contract hebben afgesloten. Dit houdt in dat de thans voor de ziekenfondsen geldende contracteerplicht niet wordt gehandhaafd.

De inhoud van de tussen verzekeraars en individuele instellingen of beroepsbeoefenaren af te sluiten overeenkomsten is in beginsel voorbehouden aan de contracterende partijen en kan derhalve naar omstandigheden en van regio tot regio verschillen. Daarbij zullen de overeenkomsten (nadere) bepalingen dienen te bevatten betreffende de voorzieningenstructuur in de regio. Ter bepaling van de gedachten noemt de Raad het aantal beroepsbeoefenaren per discipline, het aantal bedden, de personeelsformatie, de voortgaande goedkeuring voor bepaalde onderzoeken of verrichtingen, verwijzingen naar de tweede lijn, de vervanging bij ziekte of afwezigheid, etc.. Hierbij geldt voor de verzekeraars als uitgangspunt dat de kosten die voortvloeien uit de af te sluiten overeenkomsten moeten kunnen worden gefinancierd uit het richtinggevende budget, zoals dat door het toezichthoudende orgaan voor de regio is bepaald.

Het voorgaande sluit niet uit dat op nationaal niveau de

organisaties van verzekeraars en de organisaties van instellingen of beroepsbeoefenaren afspraken maken, welke afspraken voor de contracterende partijen in de regio uitsluitend het karakter kunnen hebben van een standaard- of modelovereenkomst. Daarnaast kunnen deze afspraken, zoals eerder is aangegeven, betrekking hebben op voorzieningen die uitsluitend op landelijk of inter-regionaal niveau mogen of kunnen worden aangeboden. In dat geval hebben deze afspraken voor de regio een bindende, exclusieve werking.

4.3.3 Samenstelling van ziekenfondsbesturen

De voorgestane beheersstructuur op regionaal niveau brengt met zich een versterking van de countervailing power. Dit betekent dat de verzekeraars, waaronder de ziekenfondsen, en de beroepsbeoefenaren onafhankelijk zijn van elkaar en op basis van gelijkwaardigheid met elkaar in onderhandeling treden ter afsluiting van een overeenkomst. Een consequentie hiervan is dat, anders dan thans veelal het geval is, beroepsbeoefenaren als zodanig geen deel meer dienen uit te maken van het bestuur van een ziekenfonds.

Voorts leidt de voorgestane beheersstructuur ertoe dat het ziekenfonds een uitvoeringsorgaan van de wettelijke ziektekostenverzekeringen wordt, waarvan de taak, bestuurssamenstelling en dergelijke bij wet worden geregeld en waarvan het werkgebied – zoals overigens thans reeds het geval is – regionaal wordt bepaald. Dan is het wenselijk dat in de samenstelling van de besturen van de ziekenfondsen – meer dan thans het geval is 17) – tot uitdrukking komt dat het ziekenfonds bij het opstellen van een voorzieningenplan en bij het afsluiten van een overeenkomst functioneert als vertegenwoordiger van de verzekerden en de premiebetalenden (werkgevers en werknemers) en dat het ziekenfonds daarbij een regionale functie vervult. Uitgaande van de huidige financiering van de gezondheidszorg (zie paragraaf 2.5) leidt dit ertoe dat bij wet wordt bepaald dat deze besturen dienen te zijn samengesteld uit enerzijds vertegenwoordigers van werknemers- en werkgeversorganisaties en anderzijds uit vertegenwoordigers (van regionale organisaties) van verzekerden of bepaalde categorieën van verzekerden, en wel zodanig dat ieder van de delen de helft van de bestuurszetels heeft.

De Raad tekent hierbij aan zich te realiseren dat in de huidige praktijk regionale organisaties van (categorieën van) verzekerden nagenoeg niet zijn aan te treffen. Wel kennen veel ziekenfondsen op dit moment een zogeheten ledenraad of verzekerdenraad. Naar het voorkomt ligt hier in de beoogde beheersstructuur een aangrijpingspunt voor de totstandbrenging van een representatieve organisatie van verzekerden bij een ziekenfonds. Voorts dient de mogelijkheid te worden opengelaten dat de benoemingsgerechtigde organisaties een niet-verzekerde aanwijzen als (een van) hun vertegenwoordiger(s) in het fondsbestuur. Voorwaarde is dan wel dat – gelet op het beginsel

17) De huidige wetgeving bevat geen materiële bepalingen ten aanzien van de bestuurssamenstelling van ziekenfondsen. Wel is in artikel 34 lid 4 sub d ZFW bepaald dat rechtspersonen die als ziekenfonds wensen te worden toegelaten, voldoende waarborgen dienen te bieden voor een 'redelijke mate van invloed van de verzekerden op het bestuur'.

van de countervailing power – deze persoon geen deel uitmaakt van de aanbodzijde van de gezondheidszorg.

4.3.4 Regionale samenwerking tussen verzekeraars

De aangegeven beheersstructuur gaat ervan uit dat de ziekenfondsen, de particuliere verzekeringsmaatschappijen en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen op regionaal niveau op de een of andere wijze met elkaar samenwerken. Daarbij is een knelpunt dat de particuliere verzekeringsmaatschappijen en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen samenwerkingsverbanden kennen op nationaal niveau (KLOZ en KPZ) maar – anders dan wat in het kader van de uitvoering van de AWBZ tot stand is gebracht – niet op regionaal niveau. De Raad heeft overwogen of er ten behoeve van het opstellen van een voorzieningenplan en het afsluiten van overeenkomsten wettelijke voorschriften zouden moeten komen met betrekking tot de vormgeving en inrichting van regionale samenwerkingsverbanden door de drie groepen verzekeraars. De Raad meent evenwel dat vooralsnog geen regelgeving ter zake noodzakelijk is, ervan uitgaande dat de verzekeraars het belang van een dergelijke samenwerkingsverband inzien; aan betrokkenen kan worden overgelaten te bepalen op welke wijze zij op regionaal niveau een samenwerkingsverband vormen. De wetgeving zou daarbij kunnen volstaan met het aan de verzekeraars opleggen van de verplichting om periodiek een voorzieningenplan op te stellen, en met het stellen van de voorwaarde dat – onverkort de mogelijkheid tot afwijking op landelijk en interregionaal niveau dan wel de mogelijkheid tot aanvullende verzekering op particuliere, individuele basis – de verzekerden van de verzekeraars alleen de hulpverlening vergoed krijgen die is gegeven door een instelling of beroepsbeoefenaar waarmee op basis van het regionale voorzieningenplan een overeenkomst is gesloten.

Wat de omvang betreft van de te vormen samenwerkingsverbanden en derhalve van de regio's is het eveneens in eerste instantie aan verzekeraars om in onderling overleg en aan de hand van criteria als doelmatigheid, evenwichtige spreiding, bereikbaarheid en efficiency tot een optimale regio-indeling te komen, daarbij rekening houdend met de specifieke kenmerken en behoeften van een bepaald gebied, de bestaande geografische grenzen en ook bijvoorbeeld de verschillende functies van de extramurale en intramurale voorzieningen. Uit een oogpunt van continuïteit en doelmatigheid is het wellicht wenselijk dat voor de regio-indeling voorshands wordt aangeknoopt bij de huidige respectievelijk beoogde indeling in gezondheids(sub)regio's voor intramurale en extramurale voorzieningen op basis van de WZV en WVG enerzijds en de Wet gemeenschappelijke regelingen anderzijds. De Raad wijst erop dat op dit ogenblik voor intramurale voorzieningen op grond van de WZV een gebiedsindeling van kracht is die het land in vijftientig gezondheidsregio's verdeelt; voor extramurale voorzieningen gelden diverse

gebiedsindelingen op het niveau van subregio's. Het ligt in de bedoeling van het kabinet op grond van de WZV en de WVG hierin meer eenheid te brengen.

Met het oog op de coördinatie en samenhang lijkt het overigens wel wenselijk dat het toezichthoudende orgaan in controlerende zin bij deze regio-indeling wordt betrokken.

4.3.5 Positie van instellingen en beroepsbeoefenaren

De geschetste beheersstructuur op regionaal niveau leidt ertoe dat de positie van instellingen en beroepsbeoefenaren welke (via een erkenning) zijn toegelaten tot de gezondheidszorg anders wordt. Wat blijft is de in beginsel vrije toetreding tot de aanbodzijde van de gezondheidszorg voor erkende instellingen en beroepsbeoefenaren. De door hen aangeboden en gegeven hulpverlening valt echter niet zonder meer onder het verstrekkingenpakket van de verzekeraars, maar alleen wanneer en voor zover zij een overeenkomst hebben afgesloten en de hulpverlening voldoet aan de daarin gestelde voorwaarden; dit geldt in beginsel ook voor instellingen en beroepsbeoefenaren die vanwege hun specialisme of bijzonder karakter een landelijk of interregionaal werkgebied kennen. Voorts geldt voor beroepsbeoefenaren niet langer een systeem van vrije vestiging in combinatie met een contracteerplicht van de kant van de ziekenfondsen, maar een systeem van vrije vestiging in combinatie met een contracteerrecht aan de kant van de verzekeraars. Om te voorkomen dat verzekeraars op regionaal niveau misbruik maken van hun positie ten opzichte van instellingen of beroepsbeoefenaren, lijkt het wenselijk dat deze laatsten in beroep moeten kunnen gaan bij het toezichthoudende orgaan wanneer verzekeraars weigeren in onderhandeling te treden over het afsluiten of het verlengen van een overeenkomst of wanneer geen overeenstemming kan worden bereikt over de inhoud van de overeenkomst. Het toezichthoudende orgaan dient dan te beoordelen of, gezien het voorzieningenplan en het richtinggevende budget, verzekeraars in redelijkheid tot hun besluit hadden kunnen komen. Indien het orgaan daarbij tot het oordeel komt dat dit niet het geval is, dan moet het de bevoegdheid hebben partijen tot nieuwe onderhandelingen te verplichten met inachtneming van zijn uitspraak dan wel zelf een voor beide partijen bindende rechtsverhouding vast te stellen.

4.4 Structuur op nationaal niveau; wetgeving

4.4.1 Regelgeving

In hoofdstuk 2 is ingegaan op de verschillende wettelijke regelingen die ten behoeve van het goed en verantwoord functioneren van de gezondheidszorg in het leven zijn geroepen. Daarbij is onderscheid gemaakt tussen de thans bestaande wettelijke regelingen ten aanzien van (1) kwaliteit en zorginhoud, (2) planning (WZV en WVG), (3) tarief- en prijsvorming (WTG) en (4) verzekering en financiering (AWBZ, ZFW en WTZ).

Uitgaande van de aangegeven beheersstructuur zal de wetgeving

op verschillende onderdelen moeten worden gewijzigd. Deze wijzigingen betreffen niet alleen de inhoud, maar ook de wijze van regelgeving, anders gezegd: het karakter van de wettelijke regeling. Met dit laatste wordt bijvoorbeeld bedoeld op het feit dat de tarief- en prijsvorming thans vooral is gebaseerd op regulering van overheidswege, terwijl als gevolg van de keuze voor het leggen van meer verantwoordelijkheden op het regionale uitvoeringsniveau de wetgeving vooral gericht moet zijn op het scheppen van de voorwaarden waaronder daar een verantwoorde tarief- en prijsvorming mogelijk is.

In hoofdstuk 3 zijn vier van elkaar te onderscheiden beleidsdoelstellingen van de wetgever aangegeven:

- a. het waarborgen van de kwaliteit van de dienstverlening;
- b. het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid;
- c. het waarborgen van de toegankelijkheid in financiële zin;
- d. het streven naar een verantwoorde kostenontwikkeling.

Ad a

Bij het waarborgen van de kwaliteit van de dienstverlening beoogt de wetgever zeker te stellen dat de feitelijke dienstverlening voldoet aan de uit medisch-wetenschappelijk oogpunt te stellen eisen. De thans bestaande wetgeving op dit punt zal ingrijpend worden gewijzigd en gestroomlijnd wanneer het bij de Tweede Kamer ingediende ontwerp van Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in werking treedt. Het is niet aan de Raad over deze ophanden zijnde wetgeving en de daarin gestelde vereisten voor de medische beroepsuitoefening een oordeel te geven. Volstaan wordt met de signalering dat ook op dit onderdeel van de gezondheidszorg de wetgeving in ontwikkeling is en dat deze wetgeving met name op het punt van de patiëntenbescherming en het toezicht op de beroepsuitoefening verbeteringen lijkt in te houden ten opzichte van de thans bestaande situatie.

Ad b

Het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid kan worden gezien als doelstelling van het streven naar een verantwoorde en samenhangende zorgstructuur. Dit streven heeft geleid tot de totstandkoming van de WZV en de WVG, waarin aan provinciale en plaatselijke overheden is of zal worden opgedragen een voorzieningenplan op te stellen.

In de door de Raad voorgestane beheersstructuur komt deze taak te liggen bij de verzekeraars op regionaal niveau. Voor de wetgever blijft dan als belangrijkste beheersinstrument het stellen van normen voor voldoende hulp, welke aangeven hoeveel beroepsbeoefenaren van de uiteenlopende disciplines of hoeveel hulpverleningseenheden (ziekenhuisbedden, verpleeghuisbedden) in een regio met een gegeven bevolkingssamenstelling ten minste beschikbaar dienen te zijn. Met andere woorden: het betreft hier minimumnormen. Met het oog op efficiënte wetgeving ligt het in de rede dat deze normen bij algemene maatregel van bestuur

kunnen worden gesteld. De bevoegdheid daartoe zou in de te wijzigen planningswetgeving expliciet dienen te worden geregeld.

Wat de wettelijke ziektekostenverzekeringen betreft heeft de wetgever, in casu de minister, in dit verband nog een ander instrument tót zijn beschikking, te weten de erkenning (zie paragrafen 2.3 en 2.5). De erkenning zal ook in het door de Raad voorgestane model een rol blijven vervullen, zij het dat door het vervallen van de contracteerplicht een verleende erkenning voor instellingen niet langer automatisch tot een contract met het ziekenfonds leidt; de erkenning opent slechts de mogelijkheid met verzekeraars overeenkomsten aan te gaan. Ook vervalt de mogelijkheid voor de minister via een voorwaardelijke erkenning invloed uit te oefenen op de inhoud van het contract met het ziekenfonds en daarmee op de werkzaamheden van de instelling. Dit blijft voorbehouden aan de contracterende partijen in de regio. Wel zal de erkenning voor de minister een instrument blijven om vanuit medisch-organisatorische invalshoek sturend op te treden ten aanzien van de inhoudelijke samenhang in de zorgstructuur; zulks mede met het oog op de kwaliteit van die zorg en een verantwoorde kostenontwikkeling. Daarbij zou zowel voor de normen voor voldoende hulp als voor de erkenning tevens dienen te worden vastgelegd welke adviesinstanties ter zake dienen te worden geraadpleegd (zie paragraaf 4.4.2).

Ad c

Het waarborgen van de toegankelijkheid van de gezondheidszorg in financiële zin heeft tijdens en in de decennia na de Tweede Wereldoorlog geleid tot de totstandkoming en uitbreiding van de wettelijke ziektekostenverzekeringen (AWBZ en ZFW). De per 1 april 1986 in werking getreden WTZ bevat bepalingen ten aanzien van de particuliere ziektekostenverzekering die eveneens op de realisering van dat doel zijn gericht. Hoe ook het stelsel van wettelijke verzekeringen wordt ingericht, de door de Raad voorgestane beheersstructuur leidt ertoe dat niet alleen het voor vergoeding in aanmerking komende verstrekkingenpakket van de wettelijke ziektekostenverzekeringen, maar ook dat van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en dat van de privaatrechtelijke ziektekostenverzekeringsovereenkomsten wordt afgebakend, en wel door de verwijzing naar de overeenkomsten die op regionaal niveau tussen verzekeraars en instellingen of beroepsbeoefenaren zijn gesloten. Deze afbakening heeft uiteraard alleen betrekking op de verstrekkingen welke deel uitmaken van het in de wettelijke verzekeringen opgenomen pakket. Voor het al dan niet verzekeren van verstrekkingen die geen onderdeel zijn van de regionale overeenkomst, bijvoorbeeld homeopatie, natuur-geneeswijzen of diagnostisering door een commerciële instelling, blijft de contractvrijheid gelden; zo zijn ook verplicht-verzekerden vrij in het al dan niet afsluiten van een aanvullende verzekering bij een verzekeraar.

Ad d

Aan het streven naar een verantwoorde kostenontwikkeling is in de huidige wetgeving vooral gestalte gegeven in de WTG, op

basis waarvan het COTG en de centrale overheid tarieven en budgetten vaststellen. Voorts wordt vanaf 1977 ieder jaar een financieel overzicht van de gezondheidszorg (FOG) gepubliceerd, vanaf 1985 aangevuld met een overzicht voor het maatschappelijk welzijn (FOGM), dat, weliswaar zonder wettelijke basis en zonder taakstellend te zijn, op macroniveau een overzicht geeft van de kosten en de financiering van de gezondheidszorg en van de te verwachten kostenontwikkeling.

In de door de Raad voorgestane beheersstructuur wordt de verantwoordelijkheid voor de kosten en voor de ontwikkeling ervan, met inbegrip van de prijs- en inkomensontwikkeling, gelegd bij de verzekeraars op regionaal niveau, waarbij de met de instellingen en beroepsbeoefenaren op basis van het voorzieningenplan te sluiten overeenkomsten worden gezien als een geschikt beheersinstrument. Dit houdt in dat de WTG als afzonderlijk wettelijk instrument kan verdwijnen.

In dit verband is uiteraard van betekenis dat de Raad, zoals nog nader zal worden uiteengezet, tot het inzicht is gekomen dat aan een afzonderlijk toezichthoudend c.q. vaststellend orgaan ten aanzien van de tarieven, in casu het COTG, geen behoefte meer bestaat, wanneer het toezichthoudend orgaan op de uitvoering van het geheel van de ziektekostenverzekeringen ook toezicht uitoefent op de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen en de particuliere verzekeringsovereenkomsten (zie paragraaf 4.5.2) en de hiervoor geldende tarieven. Het COTG kan dan worden geïncorporeerd in het toezichthoudend orgaan op de uitvoering.

Daarnaast kan als instrument voor een beheersing van de kostenontwikkeling worden gezien dat voor de verzekeraars op regionaal niveau een door het toezichthoudende orgaan vastgesteld richtinggevend budget gaat gelden. Dan is het voor dit orgaan mogelijk na te gaan of, in welke mate en als gevolg van welke oorzaken het niveau of de ontwikkeling van de kosten in een bepaalde regio afwijkt van die in andere regio's, en vervolgens of nadere maatregelen moeten worden getroffen. Deze kunnen bestaan uit een bijstelling van het budget, een wijziging van het voorzieningenplan, het onthouden van een goedkeuring aan een overeenkomst dan wel het wijzigen daarvan.

4.4.2 *Adviesstructuur*

Voor de bepaling van het gezondheidszorgbeleid door de verantwoordelijke minister is van betekenis dat hij vanuit verschillende disciplines en verantwoordelijkheden wordt geadviseerd. Naar het de Raad voorkomt zijn voor deze advisering de volgende invalshoeken te onderscheiden:

- a. de medisch-wetenschappelijke invalshoek, die vooral is gericht op de kwaliteit van de gezondheidszorg alsmede op medisch-technologische ontwikkelingen;
- b. de medisch-organisatorische invalshoek, die vooral is gericht op de inhoudelijke samenhang in de zorgstructuur;
- c. de invalshoek van het stelsel van verzekeringen, welke vooral is

gericht op vraagstukken met betrekking tot de kring van verzekerden, het verstrekkingenpakket, de uitvoering van de verzekeringen, de omvang van de regio's, de uitgavenontwikkeling van deze verzekeringen en het beheer van de middelen; d. de invalshoek van de plaats van de gezondheidszorg in het sociaal-economische en maatschappelijke bestel, welke vooral is gericht op het beslag van de uitgaven voor de gezondheidszorg op de nationale middelen, de afweging ten opzichte van andere sociaal-economische desiderata en de plaats en functie van de ziektekostenverzekeringen in het stelsel van sociale zekerheid.

Naar het oordeel van de Raad is een stroomlijning van de huidige adviesstructuur op het terrein van de gezondheidszorg wenselijk en mogelijk. Bij een herziening daarvan zal, naar hij meent, moeten worden nagegaan in hoeverre adviestaken van de verschillende adviesorganen kunnen worden samengevoegd, alsmede in hoeverre wijziging in de samenstelling van de adviesorganen kan bijdragen tot meer helderheid in de adviesstructuur. De huidige structuur mist de nodige helderheid en duidelijkheid. Dit wordt mede veroorzaakt doordat verschillende adviesorganen zich dikwijls met dezelfde vraagstukken bezighouden, terwijl door de veelal brede samenstelling van deze adviesorganen de onderscheiden invalshoeken onvoldoende helder tot hun recht komen.

Naar de mening van de Raad zou stroomlijning van de adviesstructuur op nationaal niveau kunnen worden bereikt wanneer de taken en bevoegdheden van de verschillende adviesorganen – en in het verlengde daarvan de samenstelling – als volgt worden onderscheiden.

Ad a

Over vraagstukken waarbij advisering vanuit de medisch-wetenschappelijke invalshoek van betekenis is, adviseert de Gezondheidsraad, welke bestaat uit onafhankelijke deskundigen met een medisch-wetenschappelijke achtergrond. De inspecties van de volksgezondheid maken, gelet op hun ambtelijke status, niet langer deel uit van de Gezondheidsraad, maar blijven wel in adviserende zin bij de voorbereiding van de advisering betrokken.

Ad b

Over vraagstukken waarbij advisering vanuit de medisch-organisatorische invalshoek van betekenis is, adviseert de *Nationale Raad voor de Volksgezondheid* (NRV). Deze raad dient te worden samengesteld uit vertegenwoordigers van organisaties van instellingen en beroepsbeoefenaren die belast zijn met de feitelijke dienstverlening, alsmede uit deskundigen met een medisch-wetenschappelijke achtergrond. De vertegenwoordigers van de verzekeraars en de centrale werkgevers- en werknemersorganisaties maken niet langer deel uit van de NRV, omdat vraagstukken betreffende planning en financiering van de gezondheidszorg in de zienswijze van de Raad niet tot de adviestaak van de NRV behoren. De NRV zou vanuit de medisch-organisatorische invalshoek wel dienen te adviseren over de samenhang in de zorgstructuur en van daaruit over het al dan niet wenselijk

zijn van het opnemen van bepaalde voorzieningen in het verstrekkingenpakket van de wettelijke verzekeringen en over het verlenen van een erkenning aan instellingen alsmede over de door de overheid te stellen normen voor voldoende hulp en de samenhang tussen de beleidsterreinen gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn.

Ad c

Een goede vervulling van de toezichhoudende taak met betrekking tot de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen leidt tot het nodige inzicht in de opzet, de werking en de effecten van het stelsel van ziektekostenverzekeringen bij het orgaan dat met dit toezicht is belast. Naar de mening van de Raad moet het dan ook mede tot de taak van het toezichhoudende orgaan worden gerekend dat het ten behoeve van de beleidsontwikkeling die de inhoud en de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen betreft, signaleert en desgevraagd adviseert. Vanuit de invalshoek van de verzekeringen zou in het bijzonder moeten worden geadviseerd over de kosten van het al dan niet opnemen van bepaalde verstrekkingen in het wettelijke pakket – met inbegrip van de door de WTZ beheerste standaardpakketpolis bij de particuliere verzekeringsmaatschappijen – alsmede over wettelijke en uitvoeringstechnische implicaties en aspecten van voorgenomen wijzigingen in de regelgeving. In paragraaf 4.5 wordt nader ingegaan op deze en andere taken en bevoegdheden alsmede op de samenstelling van het toezichhoudende orgaan. Daarop vooruitlopend wordt hier ter wille van het algemene beeld van de beoogde adviesstructuur vermeld dat de gedachten van de Raad gaan naar een *Ziektekostenverzekeringsraad* (ZVR), die evenals de Sociale Verzekeringsraad tripartiet is samengesteld uit onafhankelijke kroonleden, vertegenwoordigers van de centrale werkgeversorganisaties en vertegenwoordigers van de centrale werknemersorganisaties. Bijzondere aandacht vraagt in dit verband de positie van de overheid als werkgever.

Ad d

Vraagstukken waarbij de plaats van de gezondheidszorg of van het stelsel van ziektekostenverzekeringen in het sociaal-economisch en maatschappelijk bestel aan de orde is, dienen naar het oordeel van de Raad overeenkomstig de Wet op de bedrijfsorganisatie te worden gerekend tot het adviesterrein van de *Sociaal-Economische Raad*. Het gaat daarbij in het bijzonder om sociaal-economische vraagstukken die de inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen betreffen en die verband houden met de premieheffing en de premielastenverdeling. Voorts gaat het om de invloed van de kosten van de gezondheidszorg op het sociaal-economisch beleid. Dit houdt onder meer in dat indien en voor zover het financieel overzicht gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn moet worden gezien als een richtinggevend budget, over de hoogte van dit budget en de daarmee samenhangende gevolgen voor de sociaal-economische ontwikkeling door de Sociaal-Economische Raad zal worden geadviseerd.

4.5 Structuur op nationaal niveau; toezicht op uitvoering

4.5.1 Toezicht op uitvoering van ziektekostenverzekeringen

Ingevolge de huidige wetgeving oefent de Ziekenfondsraad het toezicht uit op de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen. Wat de ZFW betreft omvat dit toezicht alleen de ziekenfondsen; wat de AWBZ betreft heeft dit toezicht ook betrekking op de particuliere verzekeringsmaatschappijen en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Daarnaast oefent de Verzekeringskamer toezicht uit op de particuliere verzekeringsmaatschappijen, waarbij dit toezicht primair betrekking heeft op de solvabiliteit.

Voorts heeft het COTG tot taak de in de gezondheidszorg geldende tarieven en budgetten goed te keuren c.q. vast te stellen, ongeacht of deze betrekking hebben op de wettelijke verzekeringen dan wel op de publiekrechtelijke of privaatrechtelijke regelingen.

In de door de Raad geschetste beheersstructuur wordt ervan uitgegaan dat op regionaal niveau verzekeraars overeenkomsten sluiten met (organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren ter regulering van het aanbod en de prijs en ter bepaling van de voorwaarden waaronder de kosten van de feitelijke hulpverlening voor rekening van de verzekeraar kunnen worden gebracht. Daaraan voorafgaand zijn de verzekeraars gehouden in gezamenlijk overleg te komen tot de vaststelling van een voorzieningenplan, dat dient te voldoen aan de door de centrale overheid gestelde normen voor voldoende hulp.

In deze structuur wordt het op nationaal niveau door de overheid geformuleerde beleid met betrekking tot de ziektekostenverzekeringen en de beheersing van de kosten voor de gezondheidszorg tot uitvoering gebracht door autonome, los van de overheid staande organen, in casu ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen. Uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van de wetgever en van de organen die zijn belast met het betalen van de kosten van de feitelijke zorgverlening, is het wenselijk dat de overheid op enigerlei wijze wordt geïnformeerd over de wijze waarop de aan de verzekeraars in uitvoering gegeven taken en bevoegdheden in de praktijk hun uitwerking vinden.

Naar analogie van de door de Raad geadviseerde structuur met betrekking tot de uitvoering van de sociale verzekering 18) is de Raad van oordeel dat op het terrein van de ziektekostenverzekeringen een centraal orgaan in de uitvoeringsorganisatie moet fungeren als punt waar beleid en uitvoering in de gezondheidszorg elkaar 'ontmoeten' en met elkaar worden geconfronteerd. Naar de mening van de Raad zou daartoe een autonoom, functioneel gedecentraliseerd bestuurlijk orgaan in het leven moeten worden geroepen, de Ziektekostenverzekeringsraad (ZVR), dat een geheel eigen plaats heeft in het uitvoerings-

18) Advies vereenvoudiging uitvoering sociale verzekering, SER-publikatie 84/12, p. 43.

gebeuren en als zodanig onafhankelijk is ten opzichte van zowel de overheid als de uitvoeringsorganen, in casu de verzekeraars. Deze eigen plaats en deze tweezijdige onafhankelijkheid dienen evenals de aan dit orgaan toe te wijzen taken en bevoegdheden wettelijk te worden verankerd.

Naar de mening van de Raad zou deze ZVR in de plaats moeten treden van de ZFR en van het COTG. Rekening houdend met de verschillen tussen de wettelijke verzekeringen enerzijds en de particuliere verzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen anderzijds, zou deze ZVR ook taken en bevoegdheden dienen te hebben ten opzichte van de particuliere verzekeraars en de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen, in het bijzonder ten aanzien van de tarieven en budgetten, de planning van de voorzieningen en de daarop gebaseerde overeenkomsten alsmede ten aanzien van de uitvoering van de ingevolge de WTZ onder de acceptatieplicht vallende particuliere verzekeringsovereenkomsten (de standaardpakketpolissen).

4.5.2 Taken en bevoegdheden van de Ziektekostenverzekeringsraad

Uit het voorgaande blijkt dat de Raad op het terrein van de ziektekostenverzekeringen een beheersstructuur voor ogen staat welke, rekening houdend met de specifieke kenmerken van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, kan worden opgezet naar analogie van de beheersstructuur op het terrein van de sociale verzekering, waartoe de Raad heeft geadviseerd in zijn advies van 18 mei 1984 over een vereenvoudiging van de uitvoering van de sociale verzekering (de uitvoeringsorganisatie aan de top). In dat advies heeft de Raad de taak van het toporgaan van de uitvoering onderscheiden in toezicht, interne en externe coördinatie, informatie en onderzoek, advisering, nadere regelgeving, klachtenbehandeling, het beslissen in geschillen alsmede de premievaststelling voor de landelijk uniforme premies. De daarin aangegeven taken en bevoegdheden van de Sociale Verzekeringsraad zijn met name van toepassing op de Ziektekostenverzekeringsraad waar het gaat om het toezicht op de wettelijke verzekeringen en de wettelijke verplichtingen voor de particuliere verzekeringen en de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen.

a. Toezicht op de uitvoering

Het toezicht – in dit verband te definiëren als volkomen toezicht – omvat in de gedachtengang van de Raad het met eerbiediging van ieders verantwoordelijkheid in een continu proces nagaan of de door wetgeving beheerste ziektekostenverzekeringen worden uitgevoerd als door de wetgever is voorzien, met inbegrip van de wijze waarop de uitvoeringsorganen, in casu de verzekeraars, gebruik maken van de in de wet gegeven discretionaire bevoegdheden. Het toezicht strekt zich uit tot de uitvoering van de wettelijke verzekeringen met inbegrip van de standaardpakketpolis krachtens de WTZ, de regio-indeling alsmede tot de goedkeuring van het door de verzekeraars

opgestelde voorzieningenplan en de met de instellingen en beroepsbeoefenaren gesloten overeenkomsten. Gegeven de eigen verantwoordelijkheid van verzekeraars en hun contractpartijen moet overigens deze goedkeuring meer worden gezien als een verklaring van geen bezwaar.

Bij de formulering van de toezichthoudende functie dient in de wet tot uiting te komen dat de ZVR en de verzekeraars niet alleen gescheiden verantwoordelijkheden hebben, maar ook dat zij een gezamenlijke taak hebben te vervullen, te weten het binnen het door de wettelijke verzekeringen, de publiekrechtelijke regelingen en privaatrechtelijke verzekeringen aangegeven kader ervoor zorg dragen dat de verzekerde op de juiste tijd en op een passende plaats geneeskundige hulp en verzorging wordt geboden.

b. Interne en externe coördinatie

De Raad is van oordeel dat ook op het terrein van de ziektekostenverzekeringen, waarin vele organen autonoom werkzaam zijn, coördinatie vanuit één centraal punt onontbeerlijk is, en wel in het verlengde van en in samenhang met het toezicht. De coördinerende taak van de ZVR richt zich – met eerbiediging van de autonomie van de verzekeraars – in beginsel op dezelfde aspecten als waarop het toezicht betrekking heeft, met inbegrip van in het bijzonder de bepaling van de regio's.

Wat de interne coördinatie betreft moet het tot de taak van de ZVR worden gerekend dat hij zorg draagt voor de nodige onderlinge afstemming; daarbij heeft deze taak eerder een formeel karakter in de zin van ervoor zorg dragen dat de verzekeraars waar nodig en wenselijk hun werkzaamheden coördineren dan in de zin van het vanuit de ZVR zelf voorzien in deze coördinatie. Materieel zal de coördinatie van het uitvoeringsbeleid berusten bij de verschillende organisaties van verzekeraars: de VNZ, de KPZ en de KLOZ en de mogelijke samenwerkingsverbanden tussen deze organisaties op regionaal en landelijk niveau.

Wat de externe coördinatie betreft is het vooral de taak van de ZVR de samenhang te bevorderen tussen het beleid van de overheid ten aanzien van de ziektekostenverzekeringen en het beleid ten aanzien van de kwaliteit, planning en prijs- en inkomensvorming op het terrein van de gezondheidszorg, alsmede het beleid ten aanzien van de naastgelegen voorzieningen, zoals het maatschappelijk welzijn, de voorzieningen voor arbeidsongeschikten in de zin van de AAW en dergelijke.

De Raad tekent hierbij aan dat voor het tot stand brengen van deze samenhang primair de overheid zelf verantwoordelijk is. Waar verschillende vakdepartementen verantwoordelijk zijn voor de onderscheiden beleidsterreinen (zie onder g), acht de Raad een gecoördineerd optreden van deze departementen een noodzakelijke voorwaarde voor de totstandkoming van de gewenste samenhang.

c. Informatie en onderzoek

In de taakomschrijving van de ZVR is voor een goede vervulling van zijn andere taakonderdelen onmisbaar het verzamelen,

analyseren, evalueren en verstrekken van informatie met betrekking tot het functioneren van de ziektekostenverzekeringen alsmede het verrichten of doen verrichten van onderzoek. Opdat de ZVR deze taak goed kan vervullen, dient hem, voor zover in goed overleg met de verzekeraars niet tot het gewenste resultaat kan worden gekomen, wettelijk het instrumentarium te worden gegeven om de noodzakelijk geachte gegevens te verkrijgen. Hierbij tekent de Raad overigens aan dat, wil de ZVR aan deze taak kunnen voldoen, vanuit het beleidsvoorbereidende en beleidsvormende niveau (SER, minister) zo tijdig mogelijk dient te worden aangegeven wat de wensen op het punt van de beleidsinformatie zijn.

d. Signalering en advisering

Een goede vervulling van voornoemde onderdelen van zijn taak geeft de ZVR het nodige inzicht in de opzet, werking en effecten van het stelsel van ziektekostenverzekeringen. Op basis van dit inzicht komt de ZVR mogelijk tot de conclusie dat de wetgeving op bepaalde punten dient te worden bijgesteld. Naar de mening van de Raad moet het dan tot de taakuitoefening van de ZVR worden gerekend dat hij dit signaleert bij de minister, waarop deze op zijn beurt vanuit zijn eigen verantwoordelijkheid bepaalt of en zo ja welke initiatieven moeten worden genomen. Besluit de minister tot wijziging van de regelgeving, dan wordt over dit voornemen zo gericht mogelijk het sociaal-politieke oordeel van de Sociaal-Economische Raad gevraagd. Over technische implicaties en aspecten van voorgenomen wetswijzigingen vraagt hij vervolgens het advies van de ZVR.

e. Regelgeving

Teneinde een behoorlijke vervulling van zijn taak te kunnen waarborgen is het naar het oordeel van de Raad onontbeerlijk dat de ZVR waar nodig bij verordening regelgevend ten opzichte van de verzekeraars kan treden. Deze verordenende taak heeft betrekking op de onderwerpen waarop de ZVR als bestuurlijk orgaan functioneert, dat wil zeggen het toezicht, de interne en externe coördinatie en de informatieverzorging. Meer concreet is hierbij wat de ziekenfondsen betreft onder meer te denken aan de inrichting van de begroting, het beheer van de financiën, de opzet en inrichting van de administratie. Wat de verzekeraars in meer algemene zin betreft, is daarbij te denken aan regelgeving ter zake van de inrichting van het voorzieningenplan en de overeenkomst, de informatieverzameling en -verschaffing en de onderlinge samenwerking. In de gedachtengang van de Raad behoeven verordeningen van de ZVR alvorens van kracht te worden de goedkeuring van de Kroon. Zowel de ZVR als de Kroon dienen er op te letten dat bij de wettoepassing (ziekenfondsen), bij de uitvoering van de publiekrechtelijke regelingen dan wel bij de nakoming van de verzekeringsovereenkomsten de autonomie van de verzekeraars recht wordt gedaan, voor zover deze autonomie niet bij wetgeving is afgebakend.

f. Beslissen in geschillen

Krachtens de bepalingen van de ZFW en de AWBZ heeft de

huidige ZFR onder meer tot taak te adviseren in geschillen tussen een verzekerde en een ziekenfonds over het verlenen van een verstrekking of vergoeding dan wel te beslissen in geschillen tussen een instelling of een beroepsbeoefenaar en een ziekenfonds over toelating. Daarnaast beoordeelt een klachtencommissie van de ZFR ook geschillen van andere aard, met dien verstande dat een klager zich kan wenden tot de beroepsrechter wanneer de uitspraak van deze commissie niet tot het door hem gewenste resultaat leidt.

Naar het oordeel van de Raad werkt deze geschillen- en klachtenregeling bevredigend. Zij kan worden opgedragen aan de in te stellen ZVR, zij het dat zij daarnaast ook in het bijzonder moet worden toegespitst op geschillen in verband met het voorzieningenplan en de daarop gebaseerde overeenkomsten. Bij de bespreking van de positie van instellingen en beroepsbeoefenaren heeft de Raad aangegeven dat in het voorgestane model deze partijen bij het toezichthoudende orgaan, in casu de ZVR, in beroep moeten kunnen gaan wanneer verzekeraars weigeren in onderhandeling te treden over het afsluiten of verlengen van overeenkomsten of wanneer er geen overeenstemming kan worden bereikt over de inhoud van de overeenkomst. In beginsel dient deze mogelijkheid ook voor de verzekeraars te gelden. Op grond van een marginale beoordelingsbevoegdheid kan dan de ZVR aan de hand van de normen voldoende hulp, het richtinggevend budget en het vigerende voorzieningenplan partijen verplichten met inachtneming van zijn uitspraak (opnieuw) te gaan onderhandelen dan wel zelf een voor partijen bindende rechtsverhouding vaststellen.

g. Premievaststelling

Ingevolge de bepalingen van de ZFW en de AWBZ stellen de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur en Sociale Zaken en Werkgelegenheid het premiepercentage vast, waarbij de ZFR vooraf adviseert. In het advies van 18 mei 1984 heeft de Raad uitgesproken dat de landelijk uniforme premies voor AOW, AWW, AAW, AKW, WW en WAO door de SVr dienen te worden vastgesteld, waarbij de minister de bevoegdheid heeft om – uitsluitend op verzekeringstechnische gronden – al dan niet zijn goedkeuring te verlenen aan het premiebesluit en bij onthouding van de goedkeuring zelf een premie vast te stellen. Naar de mening van de Raad is deze wijze van premievaststelling ook wenselijk voor de ZFW en AWBZ, in die zin dat het premiepercentage wordt vastgesteld door de ZVR, terwijl deze premievaststelling de goedkeuring behoeft van de minister. Ook het beheer van de fondsen van de ZFW en AWBZ dient aan de ZVR te worden opgedragen. Zoals ook in het advies van 18 mei 1984 is gesteld, is de Raad voorts van mening dat de minister de SER dient te horen wanneer hij overweegt op andere dan verzekeringstechnische gronden af te wijken van het premiebesluit van de ZVR, terwijl dit afwijken slechts bij wet mogelijk is.

Ingevolge de bepalingen van de WTZ hebben de ministers van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, Economische Zaken en Financiën de bevoegdheid voor de onder de acceptatieplicht

vallende standaardpakketpolis een maximumpremie vast te stellen. Naar het oordeel van de Raad is het wenselijk dat deze bevoegdheid overgaat naar de ZVR, zij het dat de betrokken ministers hun goedkeuring aan een dergelijk besluit moeten verlenen; vanuit zijn toezichthoudende en coördinerende functie beschikt de ZVR over de gegevens die voor het vaststellen van een maximumpremie relevant zijn.

h. Overige bevoegdheden

In het voorgaande is er reeds op gewezen dat de ZVR ter wille van een behoorlijke vervulling van de hem opgedragen taken waar nodig bij verordening regelgevend moet kunnen optreden ten opzichte van de verzekeraars, daarbij rekening houdend met de verschillende posities van ziekenfondsen, de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke regelingen en de particuliere verzekeraars. Voorts dient de ZVR het 'goedkeuringsrecht' toe te komen ten aanzien van bepaalde te nemen of genomen besluiten van verzekeraars. Hierbij is te denken aan een verklaring van geen bezwaar ten behoeve van het door verzekeraars opgestelde regionale voorzieningenplan, waarbij het gaat om de toetsing van dit plan aan de door de wetgever gestelde normen. Voorts is te denken aan een verklaring van geen bezwaar met betrekking tot de met de instellingen en beroepsbeoefenaren gesloten overeenkomsten. In dit verband moet het mogelijk zijn dat de ZVR op grond van bijzondere omstandigheden verzekeraars in een regio dispensatie verleent van de geldende normen voor voldoende hulp, dan wel een afzonderlijke verzekeraar dispensatie verleent van het vigerende voorzieningenplan. Daarnaast dient de ZVR te beschikken over de repressieve bevoegdheden die de ZFR thans heeft ten opzichte van de ziekenfondsen en welke in algemene zin de uitvoering van de wettelijke ziektekostenverzekeringen betreffen (artikel 68 ZFW en artikel 48 lid 4 AWBZ).

4.5.3. Samenstelling Ziektekostenverzekeringsraad

Uit vorenstaande beschouwingen komt naar voren dat de ZVR volgens de zienswijze van de Raad moet worden gezien als een centraal bestuurlijk orgaan dat functioneert tussen enerzijds de wetgever/overheid en anderzijds de autonome verzekeraars. Naar de mening van de Raad kan dit orgaan slechts functioneren vanuit een positie van onafhankelijkheid ten opzichte van de overheid en ten opzichte van de verzekeraars. Gezien het belang dat de Raad hecht aan een maatschappelijk draagvlak van waaruit de ZVR zijn taken op een deskundige wijze kan vervullen, dient in de visie van de Raad een orgaan te worden gecreëerd dat is te zien als een vertegenwoordigend college en dat als zodanig een vertrouwensbasis heeft en bij de verzekeraars en bij de wetgever. Daarbij dienen ook voor dit toporgaan de uitgangspunten zoals deze zijn verwoord in paragraaf 3.2 centraal te staan, in het bijzonder ten aanzien van de relatie tussen de bekostiging van geneeskundige zorg en de arbeidsvoorwaarden en ten aanzien van de samenhang tussen planning en financiering van gezondheidszorgvoorzieningen. Naar het oordeel van de Raad wordt zowel aan deze uitgangspunten als aan het streven naar onafhankelijkheid

enerzijds en aan het creëren van een vertrouwensbasis ten opzichte van verzekeraars anderzijds recht gedaan wanneer ook de ZVR tripartiet wordt samengesteld, en wel in die zin dat een derde deel van de leden wordt benoemd door de Kroon, een derde deel door de centrale organisaties van werkgevers (met inbegrip van de overheid als werkgever) en een derde deel door de centrale organisaties van werknemers. Uitgaande van deze verdeelsleutel zou de ZVR bij voorkeur 18 of 21 leden dienen te tellen. Voorts dienen het kroonlid-voorzitter fulltime en de leden van het dagelijks bestuur voor een belangrijk deel van de werkweek voor de werkzaamheden van de ZVR beschikbaar te zijn, hetgeen het bestuurlijk functioneren van de ZVR ten goede komt.

5. Samenvatting

5.1 Binnen de Raad is de gedachtenvorming afgerond over de hoofdlijnen voor een nieuwe beheers-, advies- en besluitvormingsstructuur op het terrein van de gezondheidszorg. Daarom acht de Raad het wenselijk om hieromtrent – vooruitlopend op zijn advisering over een herziening van het stelsel van ziektekostenverzekeringen – afzonderlijk te adviseren; zulks om aldus op dit onderdeel een bijdrage te leveren aan het beraad binnen het kabinet naar aanleiding van het op 26 maart 1987 uitgebrachte rapport van de commissie-Dekker.

5.2 Als belangrijkste overweging voor een herziening van de beheersstructuur in de gezondheidszorg geldt het fundamentele gebrek aan ingebouwde elementen van kostenbeheersing in de huidige structuur. Deze conclusie trekt de Raad na een beschouwing van de bestaande regelgeving. Zo zijn de verantwoordelijkheden voor planning en bekostiging gescheiden: voor de planning van de gezondheidszorgvoorzieningen is de overheid verantwoordelijk, terwijl de bekostiging van het gebruik van de voorzieningen voor het overgrote deel plaatsvindt door middel van verzekeringen. Verder bestaat er te weinig ruimte voor reële onderhandelingen tussen de bekostigers van de gezondheidszorg en de leveranciers ervan, onder meer als gevolg van de contracteerplicht voor de ziekenfondsen (gebrek aan countervailing power).

5.3 In aansluiting op deze overweging formuleert de Raad als uitgangspunten voor de nieuwe beheersstructuur:

1. de feitelijke dienstverlening in de gezondheidszorg en de bekostiging daarvan geschieden langs twee afzonderlijke, functioneel gedecentraliseerde lijnen;
2. de verschillende beleidsdoelstellingen op het terrein van de gezondheidszorg zoals kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en toegankelijkheid worden te zamen met het streven naar kostenbeheersing simultaan gerealiseerd;
3. planning en financiering van gezondheidszorgvoorzieningen worden in één hand gelegd;
4. het kostenbewust handelen van instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars wordt bevorderd;
5. gestreefd wordt naar een verbetering van de marktwerking en een verantwoorde prijs- en inkomensvorming;
6. de beheersstructuur is neutraal ten opzichte van het stelsel van ziektekostenverzekeringen.

5.4 Een wezenlijk kenmerk van de door de Raad voorgestane beheersstructuur is dat het streven naar een verantwoorde kosten-

ontwikkeling in de gezondheidszorg niet alleen tot de taak behoort van de centrale overheid en het toezichthoudende orgaan, maar ook – en wel primair – wordt gezien als doelstelling van beleid op het niveau van de uitvoering. Dit voert de Raad tot het volgende model.

5.4.1 Verzekeraars (de ziekenfondsen, de uitvoerende organen van de publiekrechtelijke regelingen en de particuliere verzekeraars) stellen in gezamenlijk overleg voor de regio een voorzieningenplan op. Dit plan is een verantwoording vooraf van de zijde van de verzekeraars met betrekking tot de voorzieningenstructuur welke zij in de regio voor hun verzekerden beogen. Het dient ter voldoening aan de op de verzekeraars rustende verplichtingen zoals deze voortvloeien uit de verschillende verzekeringen. Met het oog op de samenhangende, evenwichtige voorzieningenstructuur in de regio horen de verzekeraars bij de opstelling van het voorzieningenplan de provinciale en lokale overheden alsook de (organisaties van) instellingen en beroepsbeoefenaren in de regio. Het vervolgens vastgestelde voorzieningenplan behoeft de goedkeuring van het centraal toezichthoudende orgaan alvorens in werking te kunnen treden en een bindende status te verkrijgen. Dit orgaan toetst daartoe het voorgelegde plan aan de normen van de rijksoverheid voor voldoende hulp en of het past binnen de voor de regio gestelde financiële kaders.

5.4.2 Het goedgekeurde voorzieningenplan vormt voor de verzekeraars in de regio (met inbegrip van hen die eventueel niet hebben meegewerkt aan de opstelling van dat plan) het bindende kader voor het aangaan van overeenkomsten met de aanbieders van gezondheidszorg in die regio (instellingen en beroepsbeoefenaren). Het hieruit resulterende aanbodvolume dient bezien naar niveau en naar spreiding te blijven binnen de grenzen van het voorzieningenplan, terwijl het bijbehorende kostentotaal het door het toezichthoudende orgaan voor de regio vastgestelde richtinggevende budget niet mag overschrijden. De inhoud van de af te sluiten overeenkomsten is verder voorbehouden aan partijen. Voor bepaalde voorzieningen bestaat de mogelijkheid overeenkomsten op interregionaal of landelijk niveau af te sluiten; zulks in afwijking van of in aanvulling op de regionale voorzieningenplannen.

5.4.3 De ziekenfondsen krijgen in de voorgestane beheersstructuur een andere positie. Met het oog op de gewenste countervailing power vervalt voor hen de huidige in de wet vastgelegde contracteerplicht; dit wordt een contracteerrecht. Voorts dient gelet op hun functie (uitvoering wettelijke ziektekostenverzekeringen en vertegenwoordiging van verzekerden en premiebetalenden) bij wet het bestuur te worden geregeld in die zin dat het ziekenfondsbestuur paritair is samengesteld uit vertegenwoordigers van werkgevers- en werknemersorganisaties enerzijds en uit vertegenwoordigers van (regionale organisaties van) verzekerden anderzijds.

5.4.4 Vooralsnog wordt het aan de verzekeraars zelf overgelaten om op vrijwillige basis tot regionale samenwerkingsverbanden te

komen en daardoor tot een samenhangende regio-indeling. Hierbij wordt ervan uitgegaan dat iedere verzekeraar het belang van een dergelijk verband inziet.

De wet kan volstaan met de verplichting voor verzekeraars dat zij periodiek een voorzieningenplan opstellen en dat zij alleen die verstrekkingen vergoeden die zijn geleverd door een op basis van dat plan gecontracteerde instelling of beroepsbeoefenaar.

5.4.5 Voor beroepsbeoefenaren en erkende instellingen blijft toetreding tot de aanbodzijde van de gezondheidszorg in beginsel vrij. In tegenstelling tot de huidige situatie komen de overeenkomsten met de verzekeraars echter uitsluitend integraal op basis van onderhandeling tot stand. Indien instellingen of beroepsbeoefenaren zich tekort gedaan voelen door de verzekeraars, dan staat beroep open op het toezichthoudende orgaan. Deze kan in dat geval een bindende uitspraak doen.

5.4.6 Komende tot het centrale, landelijke niveau dient in het nieuwe model de wetgeving op het terrein van de gezondheidszorg minder gericht te zijn op regulering van overheidswege en meer op het scheppen van voorwaarden waaronder een verantwoorde ontwikkeling van de feitelijke dienstverlening mogelijk is. Dit heeft voor de onderscheiden beleidsdoelstellingen van de overheid onder meer tot gevolg dat:

- het waarborgen van de functionele beschikbaarheid en de geografische bereikbaarheid van de voorzieningen wordt bereikt door het stellen van normen voor voldoende hulp, op basis waarvan de verzekeraars het voorzieningenplan opstellen, alsmede door het instrument van erkenning van instellingen en beroepsbeoefenaren;
- in het kader van het waarborgen van de financiële toegankelijkheid ook het verstrekkingenpakket van de niet-wettelijke ziektekostenverzekeringen wordt afgebakend met verwijzing naar de in de regio afgesloten overeenkomsten;
- een verantwoorde kostenontwikkeling wordt nagestreefd, door het centraal toezichthoudende orgaan richtinggevende budgetten te laten vaststellen voor de regio's.

5.4.7 Op centraal niveau wordt verder de verantwoordelijke minister bij de vormgeving van zijn beleid vanuit verschillende disciplines geadviseerd. De Raad onderscheidt advisering vanuit de medisch-wetenschappelijke invalshoek door de Gezondheidsraad, advisering vanuit de medisch-organisatorische invalshoek door de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV), advisering vanuit de verzekeringstechnische invalshoek door de nieuwe Ziektekostenverzekeringsraad (ZVR; Ziekenfondsraad-nieuwe-stijl) en advisering vanuit de sociaal-economische invalshoek door de Sociaal-Economische Raad.

Gegeven de nieuwe verantwoordelijkhedenstructuur zullen de centrale organisaties van werkgevers en van werknemers alsmede de verzekeraars geen deel meer uitmaken van de NRV en zullen anderzijds de instellingen, beroepsbeoefenaren en verzekeraars geen deel uitmaken van de ZVR.

5.4.8 De nieuw te vormen ZVR, waarin de taken van de Ziekenfondsraad en het COTG worden geïncorporeerd, heeft als centraal toezichthoudend en adviserend orgaan een veelzijdige taakstelling. In de eerste plaats dient hij als centraal ontmoetingspunt voor beleid en uitvoering in de gezondheidszorg. In dit verband wordt de ZVR gezien als een autonoom, functioneel gedecentraliseerd bestuurlijk orgaan, dat een geheel eigen plaats inneemt en als zodanig onafhankelijk is van de overheid enerzijds en van de uitvoerders, de verzekeraars anderzijds. Deze status dient een wettelijke verankering te krijgen.

Naast de eerder genoemde adviesfunctie zal de ZVR tot taak hebben het houden van toezicht op het uitvoeringproces, de interne en externe coördinatie van dit proces, informatieverzameling en onderzoek, het zo nodig stellen van regelen aan de verzekeraars, het beslissen in geschillen en de premievaststelling.

De toezichthoudende functie houdt in dat met eerbiediging van ieders verantwoordelijkheid in een continu proces wordt nagegaan of de door de wetgeving beheerste ziektekostenverzekeringen worden uitgevoerd als door de wetgever is voorzien, zulks met inbegrip van de discretionaire bevoegdheden van de uitvoeringsorganen (verzekeraars). Alsdan strekt dit toezicht zich mede uit tot de regio-indeling, het opgestelde voorzieningenplan alsmede tot de op basis daarvan afgesloten overeenkomsten: op grond van een marginale toets aan respectievelijk de normen voor voldoende hulp en de richtinggevende budgetten kan de ZVR deze al dan niet voorzien van een goedkeuring in de vorm van een verklaring van geen bezwaar.

In samenhang met deze taakstelling dient de ZVR tripartiet te worden samengesteld uit kroonleden, werkgeversvertegenwoordigers en werknemersvertegenwoordigers; zulks ook met het oog op het vertegenwoordigende karakter van de ZVR en gelet op de noodzakelijke vertrouwensbasis bij verzekeraars en overheid. Voorts wordt met deze samenstelling recht gedaan aan de plaats van de ziektekostenverzekering binnen het stelsel van arbeidsvoorwaarden en aan het centrale uitgangspunt dat planning en financiering in één hand worden gehouden.

's-Gravenhage, 24 april 1987.

Th. Quené,
voorzitter.

B.N.J. Pompen,
algemeen secretaris.

Samenstelling Commissie Sociale VerzekeringenLedenOnafhankelijke leden

dr. C. de Galan (voorzitter)
mevrouw drs. A.C.J.J. Fenijn-van Delft
prof.mr. A.Ph.C.M. Jaspers
mevrouw mr. Th.F. Lemaire
prof.dr. C.K.F. Nieuwenburg
prof.mr. H.J. de Ru
J.T. Vellenga

Ondernemersleden

mr. H. van Brussel (VNO)
drs. D.E. Cossen (NCW)
S.J. Jonker (VNO)
vacature (RCO)
drs. R.N. van der Plank (NCOV)
ir. H.M. Smets (3 CLO's)
J.H. Zwarts (KNOV)

Werknemersleden

mevrouw drs. M.J.Ph.A. Clerx (FNV)
mevrouw mr. V. Domela Nieuwenhuis (FNV)
J.J.J. Grobbée (FNV)
drs. P.M. de Jong (MHP)
drs. M. Kastelein (CNV)
A.J. Molendijk (CNV)
H. Muller (FNV)

Adviserende leden

E. Brouwer (ZFR)
drs. E.A. Bolhuis (CPB)
drs. J.A. van Fulpen (SCP)
drs. G.J. van der Hoeven (SVr)

Ministeriële vertegenwoordigers

J. Boéré (WVC)
drs. H. Borstlap (AZ)
dr. A.L. den Broeder (SZW)
drs. E. van Ditzhuijzen (L&V)
drs. J.H.J. Gilbers (Fin)
drs. J.C. Korsmit (SZW)
drs. R.E.F. Moonen (Fin)
mr. M.F.R.C.M. Nacinovic (SZW)
drs. C. Oudshoorn (EZ)
drs. J.B.M. Pierik (SZW)
drs. J.H.M. Pieters (BiZa)
drs. P. van der Reijden (SZW)

Secretariaat

drs. H.C.M Dekkers, drs. H.G. Fijn van Draat,
mevrouw C.A. van den Bosch-van 't Hoenderdaal.

Samenstelling Werkgroep Ziektekostenverzekeringen

Leden

Onafhankelijke leden

dr. C. de Galan (voorzitter)
prof.mr. A.Ph.C.M. Jaspers
prof.dr. C.K.F. Nieuwenburg
prof.mr. H.J. de Ru

Ondernemersleden

drs. D.E. Cnossen (NCW)
H. Hammega (RCO)
mr. H. van Brussel (VNO)
drs. T.H.H. van Vuren (3 CLO's)
J.H. Zwarts (KNOV)

Werknemersleden

mevrouw drs. M.J.Ph.A. Clerx (FNV)
drs. C.C.H.J. Driessen (FNV)
mr. T.W. Duijst (CNV)
drs. P.M. de Jong (MHP)
A.J. Molendijk (CNV)

Adviserende leden

E. Brouwer (ZFR)
ir. A.W.M. van Bijsterveldt (KLOZ)
drs. E.A. Bolhuis (CPB)
mr. C.A. de Kam (SCP)
mr. J.P. Kasdorp (NRV)
mr. D. Quaak (KPZ)
drs. F.H. Werkman (VNZ)

Ministeriële vertegenwoordigers

J. Boéré (WVC)
drs. E. van Ditzhuijzen (L&V)
drs. F. Faber (BiZa)
drs. H. Koning (Fin)
drs. C. Oudshoorn (EZ)
drs. E. Wiebenga (WVC)
drs. L.J.N. van Zeggeren (SZW)

Secretariaat

drs. H.G. Fijn van Draat, mr. D.B. Modderman,
mevrouw E.L. Fekkes-Hamburg