Hoofdstuk 3

Financieringskader topklinische zorg

Een verantwoorde regulering van topklinische zorg wordt niet alleen bepaald door het juridisch instrumentarium. Het financiële kader is daarop tevens van invloed. Daarom wordt in het licht van een inventarisatie van artikel 18 WZV, zoals beoogd in de eerste onderzoeksvraag, in dit hoofdstuk aandacht geschonken aan de financiële aspecten met betrekking tot topklinische zorg. Deze aspecten komen op verschillende niveaus aan de orde. Allereerst wordt de context geschetst waarbinnen het financieringskader van topklinische zorg geplaatst moet worden (paragraaf 1). De discussie over de grenzen van de zorg speelt daar een belangrijke rol in. Vervolgens wordt achtereenvolgens ingegaan op de plaats van de topklinische voorzieningen in het Financieel Overzicht Zorg (paragraaf 2) en het stelsel van Functiegerichte Budgettering (paragraaf 3). Afgesloten wordt met een analyse van de financieringsmogelijkheden en de daarbij behorende wettelijke regelingen in het kader van evaluatie van topklinische voorzieningen (paragraaf 4).

1. Context en plaatsbepaling topklinische zorg

1.1. Algemeen kader

Topklinische zorg vormt slechts een klein onderdeel van het totaal pakket aan gezondheidszorg. In Nederland wordt per jaar ongeveer 8 procent van het Bruto Nationaal Produkt aan gezondheidszorg besteed. Dit staat gelijk aan een uitgavenpost van ongeveer *f* 56 miljard.[1] Daarvan wordt iets

---

1. Financieel Overzicht Zorg 1994, Kamerstukken II 1993-1994, 23 407, nrs. 1-2, p. 8.

meer dan *f* 1 miljard uitgegeven aan topklinische zorg.[2] Topklinische zorg vormt aldus ongeveer 2 procent van de totale uitgaven aan gezondheidszorg.

De laatste jaren staat uitgavenbeheersing in de zorgsector centraal. Als redenen voor beheersing van de uitgaven worden genoemd de collectieve financiering van een groot deel van de zorgsector, de beheersing van de loonkosten en waarborging van de betaalbaarheid en toegankelijkheid van de zorg.[3] Middels wetgeving zoals de ZFW, de AWBZ, de WZV en de WTG tracht de overheid een beleid dat gericht is op uitgavenbeheersing te realiseren. Beheersing van uitgaven betekent ook dat er gepast gebruik van de zorg moet worden gemaakt en dat ondoelmatige vormen van zorg achterwege dienen te worden gelaten. Het beperkte budget voor de gezondheidszorg dient zo doelmatig mogelijk te worden aangewend. Het voeren van een verantwoord financieel beleid vergt het stellen van prioriteiten, het maken van keuzen. Beslist moet worden waar de beschikbare middelen naar toe gaan. Er worden grenzen gesteld aan de zorg.

De discussie over het maken van keuzen en het stellen van grenzen aan de zorg is niet nieuw. Tijdens de algemene beraadslaging over de begroting van het ministerie van WVC voor 1983 stelden vertegenwoordigers van verschillende politieke partijen het vraagstuk van de grenzen van de gezondheidszorg al aan de orde. Medisch-technologische ontwikkelingen zouden niet alléén de koers van de gezondheidszorg mogen bepalen. Er dienden maatregelen genomen te worden om de ontwikkeling van de gezondheidszorg en de daarmee gepaard gaande kosten in de hand te kunnen houden. Er werd voor gepleit nieuwe technologieën te toetsen op hun waarde en op het beslag dat zij zouden gaan leggen op de beschikbare middelen. De introductie van nieuwe methodieken zou niet langer een automatisme kunnen zijn. De vraag wierp zich op in hoeverre de overheid grenzen kan en mag stellen aan de gezondheidszorg.

De weergegeven overwegingen leidden tot een aantal adviesaanvragen in het begin van de jaren tachtig. Deze adviesaanvragen werden ingeleid met een brief van de toenmalige staatssecretaris van WVC aan de leden van de Tweede Kamer, waarin hij uitleg gaf over de aard van de

---

2. Financieel Overzicht Zorg 1994, o.c., p. 56.
3. Financieel Overzicht Zorg 1994, o.c., p. 8.

adviesaanvragen. De staatssecretaris stelde dat in de advisering een zwaar accent gelegd zou moeten worden op:

de ontwikkeling van een systematisch toe te passen beoordelingsprocedure voor de hierboven met name aangeduide kwalitatieve vraagstukken van effectiviteit. Gegeven de opvattingen van de Kamer en de noodzaak te komen tot een hanteerbare adviesaanvrage geef ik er de voorkeur aan dat met name de collectieve aspecten van deze vraagstukken de aandacht krijgen. De individuele selectievraagstukken en indicatieproblematiek vallen derhalve buiten deze adviesaanvrage.[4]

Op 10 januari 1984 zond de staatssecretaris zijn aanvraag inzake het vraagstuk van de grenzen van de zorg aan de NRV. Op 6 april van datzelfde jaar werd een adviesaanvraag gericht tot de Gezondheidsraad. Beide adviesinstanties brachten in 1986 advies uit aan de staatssecretaris.[5] Naast adviesaanvragen aan de NRV en de Gezondheidsraad, werd de Ziekenfondsraad gevraagd te adviseren over de grenzen aan de groei van het verstrekkingenpakket. Dit resulteerde in een drietal adviezen in respectievelijk 1983, 1986, 1991.[6]

Naast advisering door de reeds bestaande adviesorganen werd in het verlengde daarvan in 1990 een commissie ingesteld (Commissie-Dunning) die tot taak had "strategieën te ontwikkelen voor de wijze waarop de keuze-vraagstukken op de verschillende niveaus hanteerbaar kunnen worden gemaakt."[7] De commissie bracht een rapport uit in 1991.[8] Tevens dient in het kader van de grenzen van de zorg gewezen te worden op een tweede advies van de Gezondheidsraad, uitgebracht in 1991 inzake 'Medisch handelen op een tweesprong'.[9]

---

4. Kamerstukken II 1983-1984, 18 100, hoofdstuk XIV, nr. 26, p. 4.
5. NRV, advies van april 1986 inzake 'grenzen van de zorg'. Gezondheidsraad, advies van 26 november 1986 inzake 'grenzen van de gezondheidszorg', nr. 29.
6. Advies van 22 december 1983, nr. 247; advies van 24 april 1986, nr. 319; advies van 25 april 1991, nr. 515.
7. Zie instellingsbeschikking van 30 augustus 1990 betreffende de Commissie Keuzen in de zorg (Commissie-Dunning).
8. Rapport 'Kiezen en delen' van de Commissie Keuzen in de zorg van 14 november 1991. Zie over het thema keuzen in de gezondheidszorg en de wijze waarop dit dient te gebeuren tevens: E. Borst-Eilers, Kiezen in de gezondheidszorg, kaf van het koren scheiden, Medisch Contact nr. 51/52, 21 december 1990, 45, p. 1533-1534; J. van Londen, Waarom moeten er keuzen worden gemaakt, inhoudelijke keuzen bepaald niet nieuw, Medisch Contact nr. 51/52, 21 december 1990, 45, p. 1535.
9. Advies van 12 december 1991.

1.2. Grenzen van de zorg

Naar aanleiding van de aanvragen aan de adviesorganen kwam de regering in 1988 met een eerste standpuntbepaling.[10] In 1992 volgde een standpuntbepaling over zowel het rapport van de Commissie-Dunning als het advies van de Gezondheidsraad 'Medisch handelen op een tweesprong'.[11] In zowel het standpunt van 1988 als dat van 1992 komt een aantal gemeenschappelijke aspecten naar voren dat in het kader van de discussie over de grenzen van de zorg aandacht behoeft. Centraal staan het doelmatig aanwenden van zorg en het op een gepaste manier gebruik maken daarvan. Deze twee omschrijvingen vinden hun uitwerking in een aantal te onderscheiden grenzen:

- de grens tussen wat ethisch nog wel en wat niet meer toelaatbaar moet worden geacht;
- de grens tussen effectieve (doeltreffende) en (niet meer) effectieve zorg, met daaraan verwant de grens tussen al dan niet doelmatige (efficiënte) zorg;
- de grens tussen financierbare en niet meer financierbare zorg.[12]

Bij de grens over ethische vragen komen met name vragen over prioriteitenstelling en rantsoenering naar voren. Rantsoenering (het beperkt invoeren van een voorziening of een bepaalde vorm van zorg in omvang terugbrengen[13]) kan betekenen dat wachtlijsten ontstaan. Prioriteitenstelling heeft volgens de Commissie-Dunning betrekking op "het afwegen van behandelingen ten opzicht van elkaar, waarbij in plaats van rantsoenering gekozen wordt een voorziening in zijn geheel niet beschikbaar te stellen met het doel optreden van wachtlijsten bij andere voorzieningen te voorkomen."[14] Volgens het regeringsstandpunt van 1988 dient prioritei-

---

10. Regeringsstandpunt inzake 'Grenzen van de zorg' van 29 juni 1988, Kamerstukken II 1987-1988, 20 620, nrs. 1-2.
11. Het regeringsstandpunt over beide adviezen is als bijlage opgenomen in de nota 'Modernisering zorgsector: weloverwogen verder' van 15 juni 1992, Kamerstukken II 1991-1992, 22 393, nrs. 22-23, p. 27-51.
12. In het regeringsstandpunt van 1988, o.c., p. 1-2, worden vijf grenzen onderscheiden. Naast de drie genoemde grenzen worden tevens onderscheiden: de grens tussen wat nog wel en wat niet meer gezondheidszorg kan worden genoemd; de grens van de grondwettelijke plicht van de overheid tot bevordering van de volksgezondheid ingevolge artikel 22 Grondwet. Zie over deze laatste grens hoofdstuk één, paragraaf 4.
13. Zie Commissie-Dunning, o.c., p. 47.
14. Commissie-Dunning, o.c., p. 47.

tenstelling boven rantsoenering verkozen te worden.[15] Dit neemt echter niet weg dat er in specifieke sectoren van de gezondheidszorg wachtlijsten ontstaan. In dat geval is het noodzakelijk, aldus het regeringsstandpunt van 1992, dat "prioriteiten (...) worden herschikt door zorg van geringere noodzaak uit het pakket te verwijderen, waardoor ruimte wordt vrijgemaakt voor normalisatie in de bedreigde zorgonderdelen."[16] Een herschikking binnen het beschikbare financiële kader is dan noodzakelijk.

Teneinde prioriteiten te kunnen stellen, is kennis omtrent de doeltreffendheid en doelmatigheid van bepaalde vormen van zorg onmisbaar. Hier speelt ook in mee onder welke condities financiering van de betreffende voorziening plaats kan vinden, hetgeen vaststelling van de grens tussen financierbare en niet meer financierbare zorg impliceert. In de verschillende adviezen wordt evaluatieonderzoek voor zowel nieuwe nog in ontwikkeling zijnde vormen van zorg als reeds bestaande zorg bepleit.[17] Dit evaluatieonderzoek moet informatie omtrent doeltreffendheid en doelmatigheid van de voorziening opleveren. In het regeringsstandpunt van 1988 wordt in dit geval gesproken over 'medische technology assessment'.[18] Onder technology assessment wordt verstaan "een aantal uiteenlopende activiteiten van een analyserend karakter die zich richten op de versterking en verbetering van de besluitvorming over technologische ontwikkelingen, door de kennis over die ontwikkelingen en de gevolgen ervan te vergroten en bij de besluitvorming te betrekken."[19] Mede door technology assessment kan een gepast gebruik van voorzieningen bevorderd worden. Tevens vormt het een onderdeel in de beoordelingsprocedure omtrent opname in het verstrekkingenpakket (financiering van de zorg). Over opname in het verstrekkingenpakket is met name door de Ziekenfondsraad geadviseerd.[20] Ook de Commissie-Dunning heeft in haar advies aandacht aan deze problematiek besteed.[21] In beide adviezen worden criteria (waaronder doeltreffendheid en doelmatigheid) geformuleerd op grond waarvan vergoeding van de zorg mogelijk moet zijn.

---

15. O.c., p. 20.
16. O.c., p. 37.
17. Zie bijvoorbeeld Commissie-Dunning, o.c., p. 58-59; Gezondheidsraad, 'Medisch handelen op een tweesprong', o.c., p. 13.
18. O.c., p. 31.
19. Regeringsstandpunt van 1988, o.c., p. 32.
20. Zie de adviezen van 1983, 1986 en 1991, aangehaald in noot 6.
21. O.c., p. 37 e.v.

1.3. Positie van topklinische zorg

De genoemde adviezen en de daarop betrekking hebbende regeringsstandpunten zijn van belang voor de (financiële) positie van de artikel 18-voorzieningen. Dit wordt reeds duidelijk gedemonstreerd in een notitie inzake grenzen van de zorg van de staatssecretaris van WVC van 1989, waarin uitgangspunten bij beoordeling van nieuwe ontwikkelingen uiteengezet worden.[22] Als voorbeelden voor nieuwe ontwikkelingen worden hart- en levertransplantatie en IVF genomen, alle momenteel artikel 18-voorzieningen. Als uitgangspunten voor opname van nieuwe voorzieningen in het verstrekkingenpakket worden genoemd: doeltreffendheid; maatschappelijke, juridische en ethische aanvaardbaarheid; kostenconsequenties.

Prioriteitenstelling binnen de beschikbare financiële middelen betekent in het geval van topklinische zorg dat niet alleen een afweging gemaakt moet worden tussen topklinische zorg en andere vormen van zorg, maar ook binnen de topklinische zorg zelf. Het feit dat er middels artikel 18 WZV sprake is van concentratie van bepaalde vormen van zorg, kan betekenen dat er een rantsoenerend effect optreedt waarbij wachtlijsten ontstaan. Zo bestaan er wachtlijsten voor een aantal artikel 18-voorzieningen, zoals hartoperaties en IVF. Verder wordt in het kader van topklinische zorg met name aandacht besteed aan de koppeling met evaluatieonderzoek (technology assessment). In het standpunt van de regering van 1992 wordt gesteld dat de sturende rol van de overheid met name betrekking heeft op "het beheerst en geconcentreerd introduceren van nieuwe ontwikkelingen, gekoppeld aan onderzoek naar werkzaamheid en kosteneffectiviteit."[23] De Gezondheidsraad wijst er in dit verband op dat elke nieuwe technologie een evaluatieproces moet doorlopen.[24] De Raad geeft verder aan dat prioriteit gegeven moet worden aan evaluatie van uitkomsten van complexe verrichtingen die weinig voorkomen. In geval van de noodzaak tot concentratie moet herverdeling van ziekenhuisbudgetten overwogen worden, aldus de Gezondheidsraad.

Het is duidelijk dat grenzen van de zorg in sterke mate betrekking hebben op topklinische zorg. Of het nu gaat om prioriteitenstelling of om evaluatie van doelmatigheid (van nieuwe en reeds bestaande topklinische zorg). De financiering van topklinische zorg staat daarom continu onder spanning. In de volgende paragrafen wordt hier nader op ingegaan.

---

22. Notitie van 7 juli 1989, Kamerstukken II 1988-1989, 20 620, nr. 8.
23. O.c., p. 44.
24. Advies 'Medisch handelen op een tweesprong', o.c., p. 13.

2. Financieel Overzicht Zorg en topklinische zorg

In paragraaf 1 is reeds aangegeven dat bij het stellen van prioriteiten een afweging gemaakt moet worden tussen topklinische zorg en andere vormen van zorg. Op macro-niveau geschiedt het maken van deze afweging in het Financieel Overzicht Zorg (FOZ). Dit FOZ wordt gepresenteerd met de indiening van de begroting van het ministerie van VWS.

2.1. De begroting

De begroting van het ministerie van VWS wordt ieder jaar tegelijkertijd met de begrotingen van de andere ministeries ingediend op de derde dinsdag van september.[25] Indiening van de begroting vindt plaats in de vorm van een ontwerp van de begrotingswet. Dit ontwerp van wet wordt vervolgens beoordeeld in de vaste Commissie voor Volksgezondheid. Behandeling van het wetsontwerp vindt veelal plaats in een uitgebreide commissievergadering (UCV). Daarna komt het ontwerp eerst in de plenaire vergadering van de Tweede Kamer en vervolgens in de Eerste Kamer. Na behandeling in beide Kamers wordt de begroting gezamenlijk door regering en parlement bij wet in formele zin vastgesteld. Deze vaststelling vloeit voort uit hetgeen in artikel 105, lid 2 van de Grondwet is bepaald: "De begroting van de ontvangsten en de uitgaven van het Rijk wordt bij de wet vastgesteld." Het recht van het parlement tot het mede vaststellen van de begroting wordt het budgetrecht genoemd.

Vanwege de status van wet in formele zin heeft het parlement het recht van amendement. Via dit recht kan de Tweede Kamer voorstellen indienen ter wijziging van bepaalde begrotingsposten. De Eerste Kamer heeft dit amendementsrecht niet. Deze kamer kan het begrotingswetsontwerp slechts goedkeuren of verwerpen. De amendementen kunnen krachtens artikel 37 van het Reglement van Orde van de Tweede Kamer worden voorgesteld door de commissies in wier handen het onderzoek van de begrotingswetsontwerpen is gesteld en door individuele kamerleden. Amendementen dienen betrekking te hebben op een of meerdere concrete bepalingen van een begrotingswet. Naast het indienen van amendementen heeft de Tweede Kamer de mogelijkheid budgettaire moties voor te

---

25. Zie artikel 105, lid 2, Grondwet.

stellen.[26] Deze moties hebben de strekking om de regering ertoe te brengen een bepaald begrotingsbeleid te voeren.

Naast de begroting waarin ieder jaar de uitgaven en inkomsten van het ministerie van VWS voor het komende jaar worden aangegeven, wordt vanaf 1979 jaarlijks een Financieel Overzicht van de Gezondheidszorg als bijlage aan de memorie van toelichting op de begroting van VWS toegevoegd. Dit geschiedde destijds naar aanleiding van een nota van 29 maart 1979 van de staatssecretaris van Volksgezondheid en Milieuhygiëne aan de Tweede Kamer, waarin door hem werd toegezegd dat een Financieel Overzicht jaarlijks aan de begroting zou worden toegevoegd.[27]

2.2. Status van het FOZ

Zoals reeds vermeld heeft de begroting de status van een wet in formele zin. Het FOZ wordt als een bijlage gepresenteerd. Het kan daarom niet als een wet in formele zin worden betiteld. In het Financieel Overzicht wordt een overzicht gegeven van de personele en materiële middelen, de kosten en de financiering van de gezondheidszorg. Er wordt een relatie gelegd tussen de financieringsbronnen en de bekostiging van de diverse voorzieningen. Het overzicht valt te zien als een financieel raamwerk, waarbinnen herschikkingen kunnen plaatsvinden. Het blikt terug naar het verleden (aan de hand van analyse en evaluatie van de cijfers over de afgelopen jaren), waarbij de feitelijke ontwikkeling getoetst wordt aan het voorgestane beleid, en geeft op basis hiervan beleidsvoornemens voor de toekomst aan. Gezien de belangwekkende inhoud van het FOZ is het noodzakelijk dat de status ervan duidelijk is.

Het FOZ heeft door de jaren heen onder diverse noemers gestalte gekregen. Van 1977 tot en met 1984 werd het gepresenteerd als Financieel Overzicht Gezondheidszorg (FOG). Van 1985 tot en met 1988 kreeg het de benaming Financieel Overzicht Gezondheidszorg en Maatschappelijk Welzijn (FOGM). Reden hiervoor was de wens om zowel de gezondheidszorg als het maatschappelijk welzijn binnen één begrotingsoverzicht te plaatsen. Vanaf 1989 werden de begrippen gezondheidszorg en maatschappelijk welzijn samengevoegd tot het begrip 'zorg'. Dit resulteerde in een nieuwe (en tot op heden gehanteerde) naam voor het overzicht: het Financieel Overzicht Zorg (FOZ).

---

26. Zie D.J. Kraan en H. Noordtzij, De Tweede kamer en het begrotingsbeleid, NAMENS 1986, p. 178 e.v.
27. Zie nota inzake 'Het beleid ter zake van de gezondheidszorg met het oog op de kostenontwikkeling', Kamerstukken II 1978-1979, 15 800, nrs. 1-2.

Het rechtskarakter van het FOZ is onderwerp van parlementaire discussie geweest.[28] Bij behandeling van de WTG in een UCV kwam de positie van het Financieel Overzicht meerdere malen aan de orde. In de nadere memorie van toelichting van het wetsontwerp schreef de staatssecretaris van WVC "dat het financieel overzicht het kader aan geeft voor het te voeren tarieven- en volumebeleid."[29] Op vragen omtrent de status van het FOZ antwoordde de staatssecretaris als volgt: "Het is een macro-budget voor de gezondheidszorg, dat wordt besproken door Regering en parlement gezamenlijk en waarvoor in principe ook de verantwoordelijkheid wordt gedragen door Regering en parlement gezamenlijk (...) Het heeft geen rechtskracht. Het is een kader waarin het beleid gevoerd wordt."[30] Verder werd gesteld: "Het Financieel Overzicht (...) is zeker nog niet rijp voor een wettelijke regeling (...) Het is niet direct bindend voor de gezondheidszorg, maar wel indirect, omdat de centrale overheid zich eraan wil houden."[31]

Naar aanleiding van de parlementaire discussie kan geconcludeerd worden dat het FOZ geen wettelijke status heeft. Het overzicht is een beleidsstuk dat als het financieel kader voor de volksgezondheid geldt en als zodanig een veelheid aan informatie verschaft.[32] Een direct normerende werking voor de betrokken partijen (zowel de overheid als de partijen in het veld, waaronder de financiers van de zorg) is niet aanwezig. Het FOZ heeft in zoverre indirect bindende gevolgen voor het veld, dat het voor de minister het referentiekader vormt voor het geven van aanwijzingen (artikel 14 WTG) aan het COTG inzake de tariefstelling.[33] Via het geven van aanwijzingen 'vertaalt' de minister de taakstelling in het FOZ. Naast de WTG vindt operationalisering van het in het FOZ gestelde beleid plaats middels de WZV en de ZFW/AWBZ.

Het niet-juridische karakter van het FOZ neemt niet weg dat aan het overzicht in politiek opzicht een behoorlijke importantie wordt toege-

---

28. Zie o.a. Hand. II 1979-1980, p. 5097, 5103, 5296, 5297, 5299, 5304.
29. Kamerstukken II 1979-1980, 14 182, nr. 9, p. 4.
30. Hand. II 1979-1980, p. 5124.
31. Hand. II 1979-1980, p. 5371.
32. Zie C.F. Limborgh, Het FOZ: stuurmiddel of schuurmiddel?, Medisch Contact nr. 41, 15 oktober 1993, p. 1261.
33. De aanwijzingen van de staatssecretaris worden door het COTG weer vertaald in richtlijnen voor vaststelling van de tarieven ex artikel 11 WTG.

kend.[34] Het vormt de vertaling van hetgeen politiek gezien wenselijk is. Hiermee is tevens een punt van kritiek op het FOZ aangegeven: het sporen met de politieke wenselijkheid heeft vaak als resultaat dat het overzicht niet spoort met de realiteit.[35] Er worden vraagtekens gezet bij "de waarde van het FOZ als beleidskader, dat het resultaat is van een realistische prognose en een evenwichtige prioriteitenkeuze."[36] Hierbij komt dat de financiële middelen in het FOZ niet afkomstig zijn van de overheid, maar veelal in handen zijn van de verzekeraars. Directe juridische afdwingbaarheid van de in het FOZ aangegeven beleidsdoeleinden is daardoor door de overheid moeilijk te realiseren. Gezien de geschetste zwakke punten van het FOZ is het dan ook ongewenst dat het overzicht een wettelijke status krijgt.

2.3. Topklinische zorg binnen het FOZ

In het FOZ wordt het financieel kader weergegeven voor iedere sector van de gezondheidszorg. Binnen de sector 'ziekenhuiszorg, specialistische hulp en ziekenvervoer' is er een bepaalde ruimte vrijgemaakt voor de financiering van de topklinische zorg. Sinds het FOGM van 1988 wordt expliciet aangegeven welke middelen er jaarlijks voor de topklinische voorzieningen worden gereserveerd. Dit gebeurt in de vorm van zogenaamde intensiveringsbedragen. Deze bedragen geven aan welk bedrag jaarlijks extra (bovenop het bedrag van het jaar daarvoor) wordt uitgetrokken voor de topklinische voorzieningen.

Vanaf het FOZ van 1989 wordt het bedrag voor intensivering gesplitst in hetgeen beschikbaar is voor de algemene en categorale ziekenhuizen, en hetgeen wordt uitgetrokken voor de academische ziekenhuizen. Deze splitsing is het resultaat van de voornemens die neergelegd waren in de memorie van toelichting bij het wetsontwerp aanpassing regelgeving

---

34. Het FOZ is jaarlijks voorwerp van behandeling in een UCV. Ondanks het feit dat vanwege de niet-wettelijke status geen amendementen kunnen worden ingediend, kunnen wel moties tot wijziging worden voorgesteld. Een dergelijke motie kan in plenaire vergadering van het parlement in stemming worden gebracht en eventueel tot wijziging van het FOZ leiden. Grondslag hiervoor vormen de artikelen 38 en 40 van het Reglement van Orde van de Tweede Kamer.

35. Zie bijvoorbeeld H.J. Bellers, Het FOZ: illusiepolitiek, Medisch Contact nr. 41, 15 oktober 1993, p. 1263.

36. N. de Jong, Het FOZ als kader, Medisch Contact nr. 41, 15 oktober 1993, p. 1262. Als voorbeeld wordt aangedragen de discrepantie tussen de door de verzekeraars noodzakelijk geachte 2 procent volumestijging en de in het FOZ toegelaten 1 procent volumestijging, gebaseerd op het regeerakkoord.

academische ziekenhuizen. Hierin werd door de staatssecretaris van WVC aangeduid dat in de sfeer van de toepassing van artikel 18 WZV onder andere als aanpassing werd beoogd expliciet in het FOZ aan te geven "welke financiële ruimte beschikbaar is voor de planning en intensivering van de top-klinische zorg, inclusief de voorzieningen in de academische ziekenhuizen."[37] In het FOZ van 1993 en 1994 is verder begonnen met het weergeven van de volume-ontwikkeling van de (potentiële) topklinische voorzieningen, met de bijbehorende uitgaven per voorziening. Op deze wijze kan een redelijk inzicht verkregen worden in de ontwikkeling inzake volume en kosten van elke topklinische voorziening. Tevens is aangekondigd om vanaf 1995 te werken "met een meerjarig bestedingskader annex een integrale meerjarige voortrollende prioriteitenstelling."[38]

Teneinde enig inzicht te verkrijgen in het financiële beleid met betrekking tot topklinische zorg, wordt een analyse van de financiële overzichten vanaf 1988 en de daarbij vermelde intensiveringsbedragen gemaakt. In tabel 1 wordt per jaar aangegeven welk bedrag voor intensivering is vrijgemaakt en op welke wijze dit bedrag verdeeld is over de algemene en academische ziekenhuizen.

Tabel 1: Intensiveringsbedragen voor topklinische zorg vanaf 1988

		Intensivering in f miljoen	*Algemene Ziekenhuizen*	*Academische Ziekenhuizen*
FOGM	1988[39]	40	12,5	27,5
FOZ	1989[40]	25	17	8
FOZ	1990[41]	21	14,5	6,5
FOZ	1991[42]	22,5	11,0	11,5
FOZ	1992[43]	25	10	15
FOZ	1993[44]	25	10	15
FOZ	1994[45]	25	9	16

37. Kamerstukken II 1988-1989, 20 889, nr. 3, p. 32.
38. Kamerstukken II 1993-1994, 23 407, nrs. 1-2, p. 45.
39. Kamerstukken II 1987-1988, 20 209, nrs. 1-2.
40. Kamerstukken II 1988-1989, 20 848, nrs. 1-2.
41. Kamerstukken II 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2.
42. Kamerstukken II 1990-1991, 21 812, nrs. 1-2.
43. Kamerstukken II 1991-1992, 22 311, nrs. 1-2.
44. Kamerstukken II 1992-1993, 22 808, nrs. 1-2.
45. Kamerstukken II 1993-1994, 23 407, nrs. 1-2.

De tabel laat duidelijk zien dat het intensiveringsbedrag per jaar kan wisselen, afhankelijk van andere prioriteiten. Van 1992 tot en met 1994 is het bedrag gelijk gebleven. Het enige dat wisselt is een verschuiving in 1994 van de verdeling tussen algemene ziekenhuizen (*f* 9 miljoen) en academische ziekenhuizen (*f* 16 miljoen). Verder is de verdeling tussen algemene en academische ziekenhuizen in de eerste jaren (periode 1988-1991) aan soms grote schommelingen onderhevig geweest. Het feit dat dit zich de laatste jaren gestabiliseerd heeft, duidt er wellicht op dat het beleid met betrekking tot topklinische zorg een consistenter karakter heeft gekregen. In de periode 1990-1993 is tevens een drietal beleidsnotities inzake topklinische zorg verschenen.[46] De consistentie van het beleid zou hiermee samen kunnen hangen.

Opvallend is verder de forse inkrimping in 1989 en later ten opzichte van 1988. In het FOGM van 1988 werd destijds nog aangegeven dat zowel voor 1989 als voor 1990 het budget per jaar met *f* 60 miljoen opgehoogd zou worden. Ook in het FOZ van 1989 werd dit bedrag nog gehanteerd. In de beleidsnotitie van 1990 werd gesteld dat vanwege een noodzakelijke prioriteitenstelling dit bedrag uiteindelijk lager uitviel.[47] De vraag is of een dergelijke drastische ommezwaai met een op de realiteit gestoeld beleid op te vangen is. Het lijkt erop dat dit in bepaalde gevallen niet mogelijk is. Het inkrimpingsbeleid heeft er mede toe geleid dat er binnen de topklinische zorg prioriteiten gesteld moeten worden. Aan het begin van elk jaar wordt de invulling van het gereserveerde intensiveringsbedrag bekend gemaakt.[48] Deze bedragen zijn echter in bepaalde gevallen niet in overeenstemming met de reële situatie. Zo werd voor de jaren 1990 en 1991 per jaar *f* 1,5 miljoen voor intensivering van

---

46. Beleidsnotities 'Topklinische zorg 1991-1994', van 30 november 1990, 6 februari 1992 en 9 februari 1993. Alle drie de notities hebben als kamerstuknummer 21 944, met de respectievelijke volgnummers 1, 5 en 6.
47. Beleidsnotitie 'Topklinische zorg 1991-1994', o.c., nr. 1, p. 8.
48. Voor 1994 is de volgende verdeling gemaakt:
- *f* 7 miljoen voor levertransplantatie;
- *f* 6 miljoen voor dialyse;
- *f* 3 miljoen voor bijzondere neurochirurgie;
- *f* 2,9 miljoen voor implanteerbare defibrilatoren (in het kader van de regeling hartritmestoornissen);
- *f* 2 miljoen voor neonatologie;
- *f* 2 miljoen voor radiotherapie;
- *f* 2,1 miljoen voor overige topklinische zorg.

Bron: Circulaire 'intensiveringskader topzorg 1994' van 11 januari 1994 van de staatssecretaris van WVC.

dialyse uitgetrokken.[49] De volume-ontwikkeling van dialyse gaf echter in die jaren een stijging te zien van respectievelijk 70 en 50 extra patiënten.[50] De prijs voor dialyse per patiënt was *f* 83.000,-. Dit kwam neer op een extra investering in 1990 van *f* 5,8 miljoen en in 1991 van ongeveer *f* 4,2 miljoen. Het uitgetrokken intensiveringsbedrag was veel te krap voor opvang van de reële groei. Verder bleek uit een advies van de in 1990 ingestelde werkgroep 'Topklinische zorg in de jaren '91-'94', dat tot 1994 een technisch geprojecteerde groei van *f* 270 miljoen was voorzien.[51] Per jaar zou dit een groei van gemiddeld *f* 67,5 miljoen betekenen. Kijkend naar hetgeen in de jaren 1991-1994 in het FOZ voor topklinische zorg is uitgetrokken (in totaal *f* 97,5 miljoen), dient geconcludeerd te worden dat dit zeer summier is. Door prioriteitenstelling is de ontwikkeling van topklinische zorg onder druk komen te staan.

Het voorbeeld van dialyse geeft aan dat de cijfers in het FOZ niet altijd de daadwerkelijke kosten in de gezondheidszorg weergeven. Deze discrepantie tussen politieke wenselijkheid en de realiteit is reeds in paragraaf 2.2 naar voren gebracht. Er bestaat een spanningsveld tussen de gewenste ontwikkelingen en de reële ontwikkelingen. Deze spanning komt in het kader van de functiegerichte budgetteringssystematiek en de daarmee verbonden produktie-afspraken nader aan de orde in paragraaf drie.

3. Functiegerichte Budgettering en topklinische zorg

De middelen die op landelijk niveau via het FOZ over de verschillende sectoren in de gezondheidszorg worden verdeeld, worden binnen elke sector weer herverdeeld. Zo vindt binnen de sector ziekenhuizen een verdeling van de beschikbare middelen over de instellingen plaats. Deze verdeling op instellingsniveau geschiedt door middel van het toekennen van een budget aan iedere instelling. Sinds 1988 wordt hiervoor de systematiek van de Functiegerichte Budgettering (FB) gebruikt.

---

49. Zie bijlage 2 bij de beleidsnotitie 'Topklinische zorg 1991-1994', o.c., nr. 1.
50. Bron: FOZ 1994, o.c., p. 56.
51. Advies van 17 juli 1990, uitgebracht door vier emeriti-hoogleraren: E. Mandema, G. den Otter, H.A. van Peperzeel en A.Th. Schweizer.

3.1. Geschiedenis Functiegericht Budgetteringsstelsel

Vóór de invoering van de FB in 1988 bestonden er achtereenvolgens twee andere stelsels voor financiering van intramurale instellingen. Tot 1983 was dit het stelsel van output of open-eind financiering, tussen 1983 en 1988 het stelsel van externe budgettering. Beide stelsels worden hier besproken voordat het systeem van FB aan de orde komt.[52]

In het stelsel van **output financiering** geschiedde financiering van instellingen door betaling per verrichting c.q. activiteit. Het Centraal Orgaan Ziekenhuistarieven (COZ), voorloper van het COTG, berekende de kosten van de ziekenhuizen met behulp van een normen- en richtlijnenstelsel. Basis hiervoor was de in 1965 tot stand gekomen Wet Ziekenhuistarieven (WZT). Het normen- en richtlijnenstelsel werd toegepast op de werkelijke produktie-omvang. Vervolgens stelde het COZ op basis van de berekende kosten de tarieven vast. Deze tarieven vormden een vergoeding voor de aan het normen- en richtlijnenstelsel getoetste kosten. De opbrengst voor een ziekenhuis werd aldus gevormd door vermenigvuldiging van de produktie met het tarief. Bij een verschil tussen opbrengst en kosten werd het tarief per verpleegdag zo aangepast dat de op grond van de richtlijnen toegestane kosten en opbrengst in evenwicht waren. De opbrengst van een ziekenhuis hing hierdoor direct samen met de omvang van de produktie. Echter, bij elke produktietoename stegen de extra opbrengsten sterker dan de extra kosten.[53] Hierdoor was het voor de ziekenhuizen aantrekkelijk om de produktie te verhogen, hetgeen weer een stijging van de kosten in de gezondheidszorg tot gevolg had.[54] In dit stelsel van output financiering bestond aldus geen enkele prikkel voor de ziekenhuizen om hun produktie te beperken.

Als gevolg van de bezuinigingspolitiek van de overheid aan het eind van de jaren zeventig en begin jaren tachtig werd voor algemene en categorale

---

52. Zie voor een uitgebreide beschrijving van de geschiedenis van ziekenhuisbudgettering: L.M. Vos, Overheidsbeleid en prijsvorming in de gezondheidszorg, in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), Beleid en beheer in de gezondheidszorg, Van Gorcum, Assen/Maastricht, 1990, p. 150-158.; J.A.M. Maarse, A. van der Horst en E.J.E. Molin, Budgettering in algemene ziekenhuizen, effecten op de zorgverlening, Datawyse, Maastricht, november 1991, p. 15-28.

53. Een verklaring hiervoor ligt in het feit, dat een groot deel van de kosten van het ziekenhuis tot de vaste kosten behoren en de extra inkomsten van het ziekenhuis direct samenhangen met de uitbreiding van de produktie. Zie Maarse, Van der Horst en Molin, o.c., p. 17.

54. Mede onder invloed van het stelsel van output financiering steeg het aandeel van de gezondheidszorg in het bruto nationaal produkt van 3 procent in 1953 tot ruim 8 procent in 1983. Zie L.M. Vos, o.c., p. 152.

ziekenhuizen in 1983 het stelsel van **externe budgettering** ingevoerd.[55] De academische ziekenhuizen volgden een jaar later. Met de invoering van dit stelsel werd beoogd een einde te maken aan de ongelimiteerd groeiende produktie in ziekenhuizen en de daarmee gepaard gaande kosten. Budgettering betekende dat door het COTG werd aangegeven binnen welk bedrag de uitgaven in een instelling het komende jaar moesten blijven. Dit geschiedde op basis van zogenaamde 'richtlijnen aanvaardbare kosten', jaarlijks opgesteld op basis van artikel 11 WTG. Overschrijding van het toegewezen budget leidde het jaar daarop niet automatisch tot aanpassing zoals in het geval van output financiering. Aangezien men echter nog niet beschikte over een uitgewerkt systeem van criteria aan de hand waarvan de hoogte van het ziekenhuisbudget kon worden vastgesteld, werd voor bepaling van de budgetten als grondslag het produktieniveau van 1982 genomen. Dit alles werd door het COTG vastgesteld in de 'richtlijn aanvaardbare kosten 1982'. Het feit dat de produktie van de instellingen in 1982 als uitgangspunt werd genomen bracht echter nadelen met zich mee. Ziekenhuizen die tot 1982 efficiënt hadden gewerkt en dus met relatief lage kosten werkten, werden door het budgetteringssysteem benadeeld ten opzichte van de ziekenhuizen die minder efficiënt hadden gewerkt. Om deze reden werd er naar een meer rechtvaardige toewijzing van de financiële middelen gezocht.

In 1983 bracht een door het COTG ingestelde commissie een interim-rapport uit waarin werd ingespeeld op de hoofdproblemen van de historische budgettering.[56] Door de commissie werd het ziekenhuisbudget opgebouwd uit een tweetal componenten: capaciteitsgebonden (vaste) kosten, gerelateerd aan de in de erkenningsbeschikking (ex artikel 8a ZFW) vastgelegde capaciteit (gebaseerd op de planning ex WZV) en produktiegebonden (variabele) kosten, gerelateerd aan de in het lokaal overleg (ex WTG) gemaakte produktie-afspraken.[57] De commissie zocht aldus duidelijk aansluiting bij de bestaande reguleringswetgeving. De voorgestelde systematiek werd met ingang van 1985 voor ongeveer 30 procent van het ziekenhuisbudget ingevoerd (salariskosten van de verpleegafdelingen). Probleem was echter dat de overige 70 procent van het budget nog gebaseerd bleef op de historische situatie. Verder bestond er nog altijd onvoldoende aansluiting tussen de functies van het ziekenhuis en de beschikbaar gestelde middelen. Daarom pleitte de commissie in haar

---

55. Invoering geschiedde op basis van artikel 14 WTG, waardoor de minister de bevoegdheid heeft het COTG aanwijzingen te geven met betrekking tot de inhoud van de richtlijnen voor het vaststellen van de tarieven.
56. Commissie 'Uitwerking Normerings-/Tariefstructuur' (Commissie-Bredero).
57. Zie L.M. Vos, o.c., p. 156.

eindrapport van 1985 voor een verdere functiegerichte uitwerking van de budgetsystematiek. Deze uitwerking geschiedde door de Stuurgroep Functionele Budgettering van de Nationale Ziekenhuisraad (tegenwoordig Nederlandse Zorgfederatie) en leidde per 1 januari 1988 tot invoering van de Functiegerichte Budgettering.

3.2. Werking Functiegerichte Budgettering

Middels het FB-systeem wordt beoogd een billijke en acceptabele middelentoewijzing aan de algemene ziekenhuizen te realiseren die zo goed mogelijk aansluit bij de kostenstructuur, zodat de ziekenhuizen hun functies adequaat kunnen uitvoeren.[58] Op basis van een op functiekenmerken gebaseerd COTG-richtlijnenstelsel worden de budgetten van de instellingen gerelateerd aan de aanwezige functies. Het FB-stelsel geldt alleen voor de algemene ziekenhuizen. De academische ziekenhuizen worden nog gebudgetteerd op basis van het budgetteringsstelsel zoals dat vóór 1988 gold.[59] Vaststelling van de instellingsbudgetten geschiedt door het COTG, dat zich daarbij baseert op de jaarlijks vastgestelde 'richtlijn aanvaardbare kosten' ex artikel 11 WTG.

Het stelsel gaat uit van het gegeven dat het budget wordt opgebouwd uit een tweetal budgetcomponenten:

- *capaciteitsgebonden* (vaste en semi-variabele) kosten, die verbonden zijn aan de in de erkenningsbeschikking (ex artikel 8a ZFW) van de instelling vastgelegde capaciteiten (bepaald ex WZV);
- *produktiegebonden* (variabele) kosten, verbonden aan de in het lokaal overleg gemaakte produktie-afspraken omtrent de benutting van de capaciteit. Deze afspraken worden gemaakt tussen de instellingen en de ziektekostenverzekeraars.

De twee budgetcomponenten zijn verbonden aan de kostenstructuur voor de ziekenhuizen. De capaciteitsgebonden kosten bestaan uit: de infrastructuurgebonden kosten, de beschikbaarheidskosten (semi-variabel), de

---

58. Zie H. Hirs en H. Vandermeulen, FB-systeem is aan snelle verandering toe, Het Ziekenhuis 22, 5 december 1991, p. 866.

59. Academische ziekenhuizen worden gefinancierd op grond van de WWO uit rijksbijdragen (artikel 194) en inkomsten uit behandeling en verpleging (artikel 199). Dit betekent in concreto dat de academische ziekenhuizen een COTG-budget hebben voor de kosten van de patiëntenzorg, hetgeen driekwart van de totale kosten betreft. Momenteel staat de financiering van de academische ziekenhuizen ter discussie. Zie hierover het rapport 'Bepaald Betaalbaar' van de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) inzake de financiering van de academische ziekenhuizen, Utrecht, maart 1993.

capaciteitsgebonden en de functiegebonden kosten (semi-variabel). De produktiegebonden kosten worden gevormd door de patiëntgebonden kosten (opname, eerste polikliniekbezoek, dagverpleging en verpleegdag). Aan de capaciteits- en produktiegebonden kosten zijn in het FB-stelsel parameters verbonden, te weten:

- de *locatie* als parameter voor de infrastructurele kosten (energiekosten, heffingen, verzekeringen, belastingen, etc.);
- de *adherente inwoners* (waarin tot uitdrukking komt de mate waarin de bevolking gebruik maakt van een ziekenhuis) als parameter voor de beschikbaarheidskosten; deze kosten worden als semi-variabel beschouwd;
- het *bed* (het aantal erkende bedden) als parameter voor de kosten die voortvloeien uit de hotelfunctie; deze kosten zijn semi-variabel;
- de *specialistenplaats* (het aantal erkende specialistenplaatsen) als parameter voor de kosten die voortvloeien uit de medische functie; deze kosten zijn semi-variabel;
- *opname*, *eerste polikliniekbezoek*, *dagverpleging* en *verpleegdag* als parameters voor de patiëntgebonden kosten; deze kosten zijn variabel.

Behalve voor de locatiegebonden-kosten (deze worden door externe factoren bepaald) zijn aan de overige zeven parameters door het COTG landelijk bepaalde richtlijnbedragen verbonden. Vermenigvuldiging van de parameters met de richtlijnbedragen geeft het uiteindelijke budget van het ziekenhuis. Tabel 2 geeft de richtlijnbedragen per 1 januari 1994 weer.[60]

Tabel 2: Richtlijnbedragen parameters FB-stelsel per 1 januari 1994

Bed	*f* 13.781,-	
Specialistenplaats	*f* 379.639,-	
Opname	variërend:	*f* 1215,86 tot *f* 1502,58
Verpleegdag	variërend:	*f* 62,50 tot *f* 70,70
Dagverpleging	variërend:	*f* 423,12 tot *f* 507,82
Eerste polikliniekbezoek	variërend:	*f* 151,51 tot *f* 182,43
Adherentie (per inw.)/locatie	*f* 93,29	

60. Bron: Circulaire van het COTG van 22 december 1993 inzake 'Produktie-afspraken 1994'.

In het kader van de specialistenplaatsen gaat het om zogenaamde 'gewogen specialistenplaatsen'. Deze zijn gebaseerd op het relatieve kostengewicht van de medische poortspecialismen. Door een weging aan te brengen in de telling van de functie-eenheden wordt rekening gehouden met verschillen in zwaarte en samenstelling van het functiepakket. De som van de gewogen specialistenplaatsen is bepalend voor de vraag in welke functiegroep een ziekenhuis wordt ingedeeld. Er zijn in totaal drie functiegroepen, die lopen van basisziekenhuis (tot ongeveer 25 gewogen specialistenplaatsen), via centrumziekenhuis (van 25 tot ongeveer 80 gewogen specialistenplaatsen), tot topziekenhuis (meer dan 80 gewogen specialistenplaatsen).[61] De vergoeding die een ziekenhuis ontvangt voor een bepaalde produktie verschilt per functiegroep. Ziekenhuizen in de hoogste functiegroep krijgen per opname, verpleegdag, dagverpleging en eerste polikliniekbezoek, de zogenaamde variabele kosten, een hoger bedrag dan ziekenhuizen in de laagste functiegroep (zie tabel 2). De omvang van de variabele kosten wordt elk jaar bepaald door de produktie-afspraken tussen verzekeraar en instelling. Afspraken over de adherentie (semi-variabel) worden om de paar jaar gemaakt.[62]

Het blijkt dat het stelsel van FB duidelijk een relatie legt met de planningsystematiek van de WZV en het erkenningenregime ex artikel 8a ZFW. Dit wordt zichtbaar gemaakt in de aanwezigheid van de capaciteits-parameters 'bed' en 'specialistenplaats'. Functiegerichte budgettering begint als het ware daar waar planning in het kader van de WZV ophoudt. In de FB-systematiek wordt tevens een relatie gelegd met de planning ex artikel 18 WZV.

3.3. Topklinische zorg in het stelsel van Functiegerichte Budgettering

Naast de reeds aangeduide acht parameters bestaat er nog een negende parameter die van invloed is op de samenstelling van het ziekenhuisbud-get. Deze parameter heeft mede betrekking op enkele artikel 18-functies. Deze functies vertonen een aantal overeenkomstige kenmerken:
- ze hebben een hoog kostenbeslag;
- het betreft een bovenregionale functie-uitoefening;

---

61. Bron: Richtlijn Functiegerichte Budgettering 1992.
62. Zie hierover M.J.M.A. van der Put en I.J.M. van den Thillart, Overeenkomsten tussen ziekenfondsen en ziekenhuizen, Medisch Contact, nr. 14, 8 april 1994, p. 461.

- deze bovenregionale functie-uitoefening is vastgelegd in een afzonderlijk erkenningsbesluit (hetzij via artikel 18 WZV, hetzij via artikel 8a ZFW);
- het betreft niet-diagnostische behandeling.

Functies komen voor opname in de afzonderlijke parameter in aanmerking indien de integrale kosten meer dan tweemaal zo groot zijn dan de in de budgetcomponenten opgenomen kosten. Indien opname van een functie in de parameter plaatsvindt, dan worden de meerkosten, dit is het verschil tussen de integrale kosten en de kosten die reeds in het budget zijn gedekt middels het aantal adherente inwoners, het aantal erkende bedden, het aantal gewogen specialistenplaatsen e.d., vergoed. Vergoeding van de meerkosten geschiedt middels richtlijnbedragen die per voorziening worden vastgesteld.

Het feit dat slechts voorzieningen met een zeer hoge kostenpost in aanmerking komen voor aparte vergoeding, heeft tot gevolg dat niet alle artikel 18-voorzieningen deel uitmaken van deze vergoedingsstructuur. De functies chronische beademing, brandwondenzorg, revalidatie-dagbehandeling, psychiatrische deeltijdbehandeling, diverse Aids-verrichtingen en poliklinische infuusverstrekking cytostatica in aanmerking komen voor vergoeding van de meerkosten. De kosten voor deze voorzieningen zijn dermate hoog dat opname in de parameter gerechtvaardigd is. Voor uitoefening van deze functies dienen instellingen een erkenningsbeschikking ex artikel 8a ZFW te hebben. In tabel 3 op de volgende pagina wordt aangegeven welke topklinische voorzieningen voor een extra vergoeding in aanmerking komen.

Tabel 3: Topklinische voorzieningen met vergoeding van de meerkosten[63]

Functie	*Meerkosten*
Hartchirurgie	*f* 10.500,- per behandeling
PTCA[64]	*f* 6.584,- per behandeling
Neurochirurgie	*f* 76.044,- per erkend bed
Neonatologie	*f* 255.998,- per erkend bed
Hemodialyse	H1: *f* 452,- per behandeling H4 (met EPO[65]): *f* 549,- per behandeling
Thuisdialyse[66]	van *f* 320,- tot *f* 609,- per behandeling
CCPD[67]	van *f* 24,- tot *f* 179,- per spoeling
CAPD[68]	van *f* 24,- tot *f* 156,- per spoeling
IVF	*f* 981,- per IVF
Radiotherapeutische bestralingsserie	*f* 1.753,- per bestralingsserie

63. Bron: Circulaire van het COTG van 22 december 1993 inzake 'Produktie-afspraken 1994'.
64. De functies hartchirurgie en PTCA (Percutane Transluminale Coronair Angiografie) vallen in het kader van artikel 18-voorzieningen onder de beschrijving 'therapeutische interventie aan hart en coronairvaten'. Deze twee functies tellen daarom als één artikel 18-voorziening.
65. 'EPO' staat voor 'Erytropoëtine'.
66. Thuisdialyse geschiedt buiten een ziekenhuisvoorziening waarvoor geen vergunning nodig is. Opleiding van patiënten voor thuisdialyse dient echter te geschieden in een ziekenhuisvoorziening met een vergunning ex artikel 18 WZV. De variërende meerkosten worden veroorzaakt door gebruik van EPO en/of VDA (Verpleegkundige Dialyse Assistentie).
67. De voorziening CCPD (Continue cyclische peritoneale dialyse) geschiedt buiten een ziekenhuisvoorziening waardoor een vergunning ex artikel 18 WZV niet nodig is. De opleiding van CCPD-patiënten dient echter in een ziekenhuisvoorziening (ziekenhuis of diatel) met een vergunning plaats te vinden. De variërende meerkosten zijn afhankelijk van het gebruik van dialyse middelen, al dan niet in combinatie met EPO.
68. Toepassing van de voorziening CAPD (Continue ambulante peritoneale dialyse) vindt evenals thuisdialyse en CCPD buiten een ziekenhuisvoorziening plaats en valt aldus niet onder de vergunningplicht ex artikel 18 WZV. Opleiding van de patiënt dient echter wel binnen een ziekenhuisvoorziening (ziekenhuis of diatel) met een vergunning ex artikel 18 te geschieden.

Toelichting van enkele begrippen in tabel 3:
- "per erkend bed" staat voor de extra kosten die de optuiging van één gereserveerd (middels de erkenningsbeschikking ex artikel 8a Ziekenfondswet erkend) bed voor de desbetreffende voorziening met zich mee brengt;
- H1/H4: COTG-codes, corresponderend met een bepaald tarief.

Van de twaalf artikel 18-voorzieningen vallen er zes onder de aparte parameter voor kostbare voorzieningen.[69] Vanwege de bijzondere financiële positie van de in tabel 3 weergegeven artikel 18-voorzieningen, worden sinds de invoering van het stelsel van FB afzonderlijke produktie-afspraken gemaakt voor hartchirurgie, PTCA, hemodialyse en radiotherapie (de produktiegebonden kosten). Deze afspraken staan apart van de produktie-afspraken inzake opname, verpleegdag, dagverpleging en eerste polikliniekbezoek. Het resultaat is, dat deze topklinische voorzieningen een budgetophoging voor de instelling met zich mee brengen.[70] Echter, de laatste jaren doet zich daarbij steeds frequenter een spanning voor tussen de kosten van de topklinische voorzieningen als gevolg van de produktie-afspraken en het beschikbare macro-kader in het FOZ.

3.4. Spanningsveld FOZ - Functiegerichte Budgettering en topklinische zorg

In paragraaf 2.3 is naar voren gekomen dat er jaarlijks een intensiveringsbedrag voor topklinische zorg in het FOZ wordt vastgesteld. Het gaat hier om het resultaat van prioriteitenstelling binnen de door de overheid gestelde financiële macro-kostengrenzen. De extra ruimte die daarmee aan de ziekenhuizen wordt gegeven wordt vertaald in de budgetten, merendeels middels een ophoging van de produktie-afspraken of uitbreiding van het aantal specialistenplaatsen.

Met het in paragraaf 2.3 aangehaalde voorbeeld van dialyse is aangetoond dat de in het FOZ aangegeven kostengrenzen in de praktijk overschreden worden. Overschrijding van de financiële macrogrenzen voor topklinische zorg ligt in het feit dat de ruimte die jaarlijks voor topklinische zorg gegeven wordt, onvoldoende is om aan de toename in en de verandering van de vraag te voldoen.[71] De problemen die daardoor

---

69. De functies thuisdialyse, CCPD en CAPD worden niet als artikel 18-voorzieningen beschouwd, aangezien ze als zodanig niet onder artikel 18 WZV vallen.
70. Zie H.A.M. Elsen, De financiële positie van de ziekenhuizen en de relatie met de topklinische zorg, Medisch Contact nr. 2, 10 januari 1992, p. 61.
71. Zie over dit spanningsveld in het algemeen: H.A.M. Elsen, o.c., p. 61.

ontstaan zijn inherent aan de systematiek van artikel 18 WZV. In het kader van deregulering zijn partijen immers vrij om binnen de door de centrale overheid bepaalde capaciteit produktie-afspraken te maken.[72] Bij de uitoefening van deze vrijheid worden partijen echter weer belemmerd door de aangegeven grenzen van het FOZ. Een dergelijke tegenstrijdige systematiek veroorzaakt een spanningsveld in de financiering van topklinische zorg.

In het verleden heeft overschrijding van het FOZ-kader voor topklinische zorg reeds tot maatregelen van de overheid geleid. In het FOZ van 1992 werd geconstateerd dat er sprake was van een structurele overschrijding van het budget voor topklinische zorg.[73] Dit werd toegeschreven aan een te hoog aantal produktie-afspraken. In het FOZ van 1993 werd vanwege de overschrijdingen in de topklinische zorg een korting aangekondigd.[74] Deze korting vond zijn weerslag in een financiële aanwijzing ex artikel 14 WTG van de staatssecretaris, waarin een bezuinigingstaakstelling werd aangegeven voor de algemene 'topziekenhuizen'.[75] Aangezien criteria ontbraken voor invulling van het begrip 'topziekenhuis' werd middels een richtlijn van het COTG de aanwijzing vertaald in een korting van 0,23 procent op de aanvaardbare (niet-nacalculeerbare) kosten van alle algemene ziekenhuizen.[76]

Op grond van de weergegeven problematiek kan gesteld worden dat de spanning tussen het gepolitiseerde FOZ en de realiteit steeds groter wordt. De tegenstrijdigheid tussen de vrijheid van produktie-afspraken voor topklinische zorg enerzijds en de financiële grenzen in het FOZ anderzijds dreigt het stelsel te ondermijnen. Kortingsmaatregelen van de overheid achteraf ter beheersing van het volume zijn in zekere mate te beschouwen als een misbruik van de WTG en tasten uiteindelijk de geloofwaardigheid van het stelsel aan.[77]

---

72. Zie hoofdstuk 2, paragraaf 4.2.
73. FOZ 1992, o.c., p. 48.
74. FOZ 1993, o.c., p. 81. Tevens werd partijen de mogelijkheid gelaten "om een deel van de vereiste korting te vinden in een herwaardering van de 'WTG-prijzen' voor topklinische verrichtingen."
75. Zie de aanwijzing van 6 november 1992, Stcrt. 1993, nr. 63.
76. Zie voor de richtlijnen een circulaire van het COTG van 5 januari 1993 inzake 'budgetkorting 1993'. Opmerkelijk was dat het COTG de mening was toegedaan dat de korting niet gegrond kon worden op een overschrijding ten gevolge van de produktie-afspraken.
77. Zie over dit misbruik van de WTG een interview met de COTG-voorzitter R.L.J.M. Scheerder, Medisch Contact, nr. 14, 8 april 1994, p. 455.

4. Financiering van evaluatie van topklinische zorg

Zowel in hoofdstuk twee als eerder in dit hoofdstuk is evaluatie van topklinische zorg aan de orde gekomen. In hoofdstuk twee gebeurde dit in paragraaf 5, alwaar geconcludeerd werd dat evaluatie/informatievoorziening in het planningsproces van belang was teneinde voldoende informatie over de topklinische voorziening te verkrijgen voor de herijkingsfase. In dit hoofdstuk is in paragraaf 1 evaluatie genoemd in het kader van de zogenaamde 'technology assessment'. Het gaat daarbij veelal om onderzoek naar werkzaamheid en kosteneffectiviteit van zowel nieuwe als reeds bestaande voorzieningen. In beide gevallen is het doel van de evaluatie het verkrijgen van nadere informatie. Het verschil zit in het tijdstip van het onderzoek. Evaluatie zoals gehanteerd in hoofdstuk twee kan beschouwd worden als ex post onderzoek (na of tijdens de uitvoering van het beleid).[78] Evaluatie in het kader van technology assessment wordt in het algemeen gezien als ex ante onderzoek, voorafgaand aan het beleid.[79]

De wegen waarlangs de financiering van evaluatie-onderzoek van voorzieningen gestalte krijgt zijn zeer divers. Naast enkele wettelijke regelingen zijn er allerlei particuliere financieringsinitiatieven, veelal via stichtingen die voor een bepaald belang opkomen (Nierstichting, Hartstichting, etcetera). Deze laatst genoemde categorie wordt in deze paragraaf niet behandeld. Evenmin wordt financiering vanuit onderzoeksinstituten en organisaties, zoals de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek (NWO), behandeld. Aan de orde komen de vanuit de overheid opgezette en uit premiegelden gefinancierde structuren voor evaluatief onderzoek ten behoeve van overheidsbeleid, die van belang kunnen zijn voor topklinische zorg (paragraaf 4.1). In paragraaf 4.2 wordt vervolgens gekeken op welke wijze deze financieringsstructuren daadwerkelijk worden aangewend voor evaluatie van topklinische zorg.

Opgemerkt moet worden dat in de nabije toekomst voor een andere opzet van aansturing en financiering van het gezondheidszorgonderzoek gekozen zal worden. Doel is te komen tot een meer gestroomlijnde

---

78. Zie hoofdstuk twee, paragraaf 5.1.
79. Zie over het onderscheid in ex ante en ex post onderzoek: I.M.J.G. Tijssen en E. Elsinga, Evaluatie-onderzoek op het terrein van de gezondheidszorg, in: J.A.M. Maarse en I.M. Mur-Veeman (red.), o.c., 1990, p. 217.

organisatie en financiering.[80] In hoeverre dit gevolgen kan hebben voor de hieronder te beschrijven financierings- en organisatievormen is nog niet duidelijk.

4.1. Subsidies en Ontwikkelingsgeneeskunde[81]

Subsidies

Het algemene artikel voor subsidiëring van evaluatie-onderzoek door de overheid uit premiegelden is sinds 1989 artikel 39 Wet Financiering Volksverzekeringen (WFV),[82] voorheen artikel 52 AWBZ. Financiering vindt plaats uit het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Op grond van artikel 39, lid 5, wordt jaarlijks ten laste van premiegelden een budget aangewezen voor door het ministerie van VWS te financieren onderzoeken. Het gaat hier om de zogenaamde 'aanwijzingsgelden'.[83] Dit gebeurt na advies van de Ziekenfondsraad. Deze gelden bedragen momenteel *f* 25 miljoen.

Naast de 'aanwijzingsgelden' is financiering van onderzoek uit premiegelden mogelijk door de Ziekenfondsraad zelf vanuit het daarvoor gereserveerde onderzoeksbudget. De basis hiervoor is artikel 39, lid 3 sub g WFV. Dit lid bepaalt dat de Ziekenfondsraad uitgaven kan doen ter bevordering van onderzoek dat past in het onderzoeksbeleid van het ministerie van VWS of anderszins verband houdt met de volksgezondheid.[84] Deze uitgaven worden opgenomen in de begroting van de Ziekenfondsraad. Ingevolge het vierde lid van artikel 39 dienen deze

---

80. Zie bijvoorbeeld de reactie van de staatssecretarissen van O&W en WVC op een advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek, getiteld 'De aansturing en de financiering van het gezondheidszorgonderzoek', Kamerstukken II 1993-1994, 20 423, nr. 12.

81. In het kader van financiering vanuit de overheid van evaluatie-onderzoek zou ook nog het Praeventiefonds genoemd kunnen worden (Wet op het Praeventiefonds van 22 juni 1950, Stb. 1950, K 259). Gezien het karakter van dit fonds (preventie) lijkt een directe lijn met topklinische zorg niet aanwezig.

82. Wet van 27 april 1989 houdende financiering van de volksverzekeringen, Stb. 129.

83. Bestemming van deze gelden krijgt gestalte in een jaarlijks uit te brengen programma van projecten, experimenten en onderzoek (PEO-programma). Zie bijvoorbeeld voor een overzicht van het PEO-programma 1994 een brief van de staatssecretaris van WVC van 22 november 1993, Kamerstukken II 1993-1994, 23 400 XVI, nr. 16.

84. Het onderzoeksbeleid van WVC krijgt gestalte in het reeds genoemde PEO-programma.

uitgaven goedgekeurd te worden door de minister van VWS. Het onderzoeksbudget van de Ziekenfondsraad bedraagt momenteel *f* 10 miljoen. Opgemerkt dient te worden dat de Ziekenfondsraad middels artikel 73, lid 1 sub c en d, ZFW ook op eigen initiatief subsidies beschikbaar kan stellen voor onderzoek. Het gaat dan om onderzoek in het kader van de Ziekenfondsverzekering of de volksgezondheid in het algemeen dat ten laste van de Algemene Kas komt.

Ingevolge sub h van het derde lid van artikel 39 WFV kunnen verder nog uitgaven gedaan worden voor door de Ziekenfondsraad aan te geven doeleinden, die in het algemeen verband houden met de volksgezondheid. Ook deze uitgaven dienen goedgekeurd te worden door de minister van VWS. Binnen de premiegelden voor onderzoek, vrijgemaakt in het kader van lid 3 sub h, is er een specifiek fonds gecreëerd voor de evaluatie van bepaalde voorzieningen: het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde.

Ontwikkelingsgeneeskunde

Financiering van evaluatie van nieuwe en bestaande technologieën vindt sinds 1988 mede plaats onder de signatuur van de zogenaamde 'Ontwikkelingsgeneeskunde'. De juridische basis voor deze vorm van evaluatie is sinds 1990 artikel 18c WZV.[85] Ontwikkelingsgeneeskunde wordt in artikel 18c, eerste lid, omschreven als:

> de op wetenschappelijk inzicht gebaseerde ontwikkeling en evaluatie van methoden en technieken binnen de praktijkomstandigheden van een ziekenhuisvoorziening, waarvan de uiteindelijke toepassing ingrijpende kwalitatieve, maatschappelijke, ethische, juridische, financiële of organisatorische gevolgen in de gezondheidszorg kan hebben.

Het onderzoek is aldus de omschrijving interdisciplinair. Doel van het evaluatie-onderzoek is gegevens aan te leveren ten behoeve van een geïnformeerde besluitvorming. Als voorbeelden van besluitvorming worden genoemd:[86]

- het al dan niet opnemen in of verwijderen uit het verstrekkingenpakket;
- het beperken van de indicatiestelling;
- het treffen van andere maatregelen tot efficiënter en effectiever gebruik van diagnostische en curatieve technieken;
- het maken van een planningsbesluit in het kader van artikel 18 WZV.

---

85. Artikel 18c werd tijdens de wijziging van de WZV en artikel 18 in 1990 (aanpassing regelgeving academische ziekenhuizen, Stb. 535) ingevoerd.
86. Zie advies Ontwikkelingsgeneeskunde 1990 van de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad, 11 december 1989, p. 8.

Financiering van ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek geschiedt uit het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde. Het tweede lid van artikel 18c bepaalt dat de minister van VWS en de minister van O&W ieder voor een gedeelte gelden beschikbaar stellen voor het Fonds. De bijdrage van VWS komt ten laste van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten ingevolge het reeds beschreven artikel 39, lid 3 sub h WFV en dekt ongeveer 75 procent van de kosten (*f* 27 miljoen). De bijdrage van O&W (*f* 9 miljoen) komt uit de rijksbegroting in het kader van de rijksbijdrage aan academische ziekenhuizen (artikelen 194 en 195 WWO).[87] Financiering van de projecten vindt plaats voor de duur van drie jaar.

Aanvragen van instellingen voor financiering in het kader van ontwikkelingsgeneeskunde worden beoordeeld door de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde van de Ziekenfondsraad. Deze commissie is in 1988 ex artikel 56 ZFW ingesteld.[88] De procedure heeft een zogenaamd 'bottom-up' karakter. Na beoordeling geeft de Commissie een advies aan de minister van VWS en de minister van O&W welke projecten voor financiering in aanmerking komen, waarna de beide bewindslieden hun goedkeuring verlenen (de minister van VWS doet dit op grond van de geschetste goedkeuringsbevoegdheid ingevolge artikel 39, lid 4 WFV).

Toetsing van de aanvragen door de Commissie vindt plaats aan een door de beide bewindslieden opgesteld beleidsplan (artikel 18c, lid 2). Dit beleidsplan wordt eenmaal in de twee jaar opgesteld. Hierin worden in nauw overleg met de Gezondheidsraad en de Ziekenfondsraad de toekomstige voorrangsgebieden van ontwikkelingsgeneeskunde aangegeven.[89] Verder worden slechts aanvragen getoetst van instellingen die onder het begrip 'ziekenhuisvoorziening' vallen (artikel 18c, lid 4).[90] Doordat het beleidsplan het referentiekader vormt voor de toetsing van de

---

87. Zie J.H. Mulder en J.T.M. Rokx, Ontwikkelingsgeneeskunde, eerste beleidsplan noemt voorkeursgebieden van onderzoek, Medisch Contact, nr. 10, 8 maart 1991, p. 301. Zie tevens G.L. Engel c.s., Ontwikkelingsgeneeskunde, hoe werkt het?, Medisch Contact, nr. 13, 27 maart 1992, p. 401.

88. Artikel 56 ZFW bepaalt dat op verzoek van de minister van VWS de Ziekenfondsraad commissies in kan stellen ter behandeling van bepaalde onderwerpen. In de Commissie Ontwikkelingsgeneeskunde zijn leden benoemd die over specifieke deskundigheid beschikken.

89. Het eerste beleidsplan verscheen op 20 december 1990, Kamerstukken II 1990-1991, 21 800 XVI, nr. 84. Een tweede beleidsplan, dat volgens het tweejaarlijks schema in 1993 zou moeten verschijnen, laat nog op zich wachten.

90. Zie voor dit begrip het 'Besluit aanwijzing inrichtingen WZV' van 18 september 1989, Stb. 431. Zie hierover ook hoofdstuk twee, paragraaf 4.2 in het kader van 'controle'.

onderzoeksaanvragen kan de 'bottom-up' opzet gecombineerd worden met een 'top-down' benadering. Deze 'top-down' benadering krijgt vanaf 1994 tevens gestalte in het uitnodigen van onderzoekers om in te schrijven op door de Commissie gekozen onderzoeksgebieden.[91] De procedure met betrekking tot de aanvraag en de verlening van de vergoeding uit het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde wordt ingevolge het vijfde lid van artikel 18c WZV door de bewindslieden van VWS en O&W bepaald. Dit is echter tot op heden niet gebeurd. De in deze paragraaf weergegeven procedure is zoals die in de praktijk gevolgd wordt.

4.2. Toepassing voor topklinische zorg

Evaluatie van de huidige artikel 18-voorzieningen heeft middels verschillende financieringsmechanismen plaatsgevonden.[92]

In het kader van het onderzoeksbudget van de Ziekenfondsraad (artikel 39, lid 3 sub g WFV en de voorloper van dit artikel: artikel 52, lid 1 sub d AWBZ) is een aantal evaluaties van voorzieningen uitgevoerd dat als ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek avant la lettre gezien kan worden. Het betreft onderzoek naar harttransplantatie en levertransplantatie.[93] Beide voorzieningen zijn na afronding van de evaluatie in het verstrekkingenpakket opgenomen[94] en in respectievelijk 1991 en 1994 ingetreden in

---

91. Zie hierover het Jaaradvies gezondheidszorg 1992/1993 van de Gezondheidsraad van 15 december 1993, nr. 1993/23, p. 70.
92. Opgemerkt moet worden dat in het kader van het nierfunctievervangingsprogramma (dialyse en niertransplantatie) ook een evaluatiestudie heeft plaatsgevonden. Financiering geschiedde via de Nierstichting. Zie F.Th. de Charro, Kosteneffectiviteitsanalyse van het Nierfunctievervangingsprogramma in Nederland (Diss. EUR), Eburon, Delft 1988.
93. Onderzoek harttransplantatie: B.A. van Hout, Harttransplantaties, kosten, effecten en prognoses, Eburon, Delft 1990. Onderzoek levertransplantatie: Kosten en effecten van levertransplantatie, diverse deelrapporten in 1988, Erasmus Universiteit Rotterdam.
94. Opgemerkt moet worden dat dit in het geval van levertransplantatie pas geschiedde na een tweede evaluatie-studie, die merkwaardig genoeg de zelfde resultaten opleverde als het eerste evaluatie-onderzoek. Zie voor deze tweede evaluatie-studie: Kosten en effecten van levertransplantatie, EUR, MGZ 92-06, maart 1992.

artikel 18 WZV.[95] Daarnaast heeft in het zelfde kader onderzoek plaatsgevonden naar IVF. Dit onderzoek is in 1989 afgerond.[96] Gedurende de periode van het onderzoek was IVF eerst voorlopig en vanaf 1988 definitief onder de werking van artikel 18 WZV gebracht.

In het kader van het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde is een tweetal artikel 18-voorzieningen geëvalueerd. Het betreft een in 1993 afgerond onderzoek naar implanteerbare defibrillatoren (ICD) en een lopend onderzoek naar longtransplantatie. In het geval van ICD is op grond van de resultaten van de Ontwikkelingsgeneeskunde-evaluatie door de Ziekenfondsraad voorgesteld de voorziening onder de werking van artikel 18 WZV te brengen, hetgeen in maart 1994 gebeurd is.[97] Bij de longtransplantatie is tegelijkertijd met de intrede in artikel 18 WZV in 1991 een evaluatie-project in het kader van Ontwikkelingsgeneeskunde gestart.[98] Na afloop van de ministeriële regeling zal op basis van de uitgevoerde evaluatie beslist moeten worden over eventuele verlenging middels AMvB.

Evaluatief onderzoek gedurende de fase dat de voorziening onder de werking van artikel 18 WZV zit, is tot nu toe slechts tweemaal toegepast. Eenmaal met subsidie van de Ziekenfondsraad in geval van IVF en momenteel in geval van longtransplantatie in het kader van Ontwikkelingsgeneeskunde. De zo belangrijk geachte evaluatie en daarmee gepaard gaande informatievoorziening van artikel 18-voorzieningen (ex post evaluatie) wordt, zoals reeds in hoofdstuk twee, paragraaf 5.1 naar voren kwam, weinig toegepast.

Ter beschikkingstelling van financiële middelen voor specifiek beleidsonderzoek inzake artikel 18 WZV lijkt sinds 1993 gestalte te krijgen in het onderzoeksprogramma 'Evaluatie artikel 18-voorzieningen WZV'.[99] Het betreft hier een onderzoeksprogramma gericht op de

---

95. Zie hoofdstuk twee, paragraaf 4.1. In het kader van advisering het maximaal toegestane locaties voor levertransplantaties verschilden de Ziekenfondsraad en de Gezondheidsraad van mening. De Ziekenfondsraad vond één locatie voldoende (advies van 28 oktober 1993, nr. 598, p. 7), de Gezondheidsraad was van mening dat twee locaties noodzakelijk waren (advies van 24 juni 1993, nr. 5, p. 8). In de regeling Levertransplantatie is het aantal centra op maximaal twee vastgesteld.
96. G. Haan, Effecten en kosten van in-vitro-fertilisatie, 1989.
97. Ziekenfondsraad, Regeling implanteerbare defibrillatoren gewenst, Raadzaam 3, april 1993, p. 5.
98. Zie Ziekenfondsraad, Subsidie voor longtransplantaties, Blauwdruk 9, oktober 1991, p. 20.
99. Zie PEO-programma 1994, Kamerstukken II 1993-1994, 23 400, XVI, nr. 16, p. 16.

verbetering van het beleid ten aanzien van de beheersing van topklinische voorzieningen. Het onderzoek heeft met name betrekking op doelmatigheidsaspecten. In dat kader kan zowel het wettelijk instrumentarium als zodanig aan de orde zijn, als wel de toepassing en de effecten daarvan. Tevens kan het onderzoek inhoudelijk van aard zijn.[100] Financiering voor dit onderzoek wordt vrijgemaakt middels artikel 39, lid 5 WFV. Voor de jaren 1993 en 1994 is respectievelijk *f* 200.000,- en *f* 300.000,- vrijgemaakt voor beleidsonderzoek.

Het onderzoeksprogramma 'Evaluatie artikel 18-voorzieningen WZV' vloeit voort uit de sinds 1988 voorgenomen maar nooit gerealiseerde zogenaamde 'maximaal 5 procent-regeling'.[101] Reeds in het regeringsstandpunt van 1988 inzake de grenzen van de zorg werd deze 5 procent-regeling voorgesteld.[102] Maximaal vijf procent van het jaarlijkse intensiveringskader voor topklinische zorg, weergegeven in het FOZ, zou beschikbaar moeten worden gesteld voor evaluatie en registratie van topklinische zorg. Het is echter nooit gelukt deze gelden vrij te maken.[103] Het daarvoor in de plaats gekomen onderzoeksprogramma 'Evaluatie artikel 18-voorzieningen WZV' lijkt, gezien de vrijgemaakte gelden, slechts gedeeltelijk de voorgenomen 5 procent-regeling te kunnen vervangen. Daar waar met de 5 procent-regeling maximaal *f* 1,25 miljoen zou kunnen worden vrijgemaakt voor evaluatiedoeleinden, stelt het nieuwe onderzoeksprogramma *f* 300.000,- voor 1994 beschikbaar. Het opzetten van een structureel evaluatie- en registratieprogramma is met dit bedrag niet mogelijk.

5. Samenvatting

Uit dit hoofdstuk komt naar voren dat het financiële kader, dat beschikbaar wordt gesteld voor topklinische zorg onder druk staat. Zowel op macro-niveau als op instellingsniveau dienen keuzen gemaakt te worden

---

100. Zie hierover een brief van het ministerie van WVC van 21 februari 1994 inzake 'beleidsonderzoek artikel 18 WZV'.
101. Zie ook hoofdstuk twee, paragraaf 5.1.
102. O.c., p. 34.
103. Zie bijvoorbeeld de reactie van de staatssecretaris van WVC op vragen over de 5 procent-regeling tijdens een mondeling overleg met de vaste Commissie voor Volksgezondheid van 27 mei 1993, Kamerstukken II 1992-1993, 21 944, nr. 7, p. 9. Hierin wordt gesteld: "De staatssecretaris achtte het lastig om extra financiële middelen vrij te maken voor het evaluatieonderzoek, hetgeen er ook de oorzaak van is dat dit onderzoek iets trager tot stand komt dan wenselijk is. De inspanning blijft hier echter wel op gericht."

ten aanzien van de aanwending van topklinische zorg. De apart beschikbaar gestelde middelen voor topklinische zorg in het FOZ zijn onvoldoende om aan de reële behoefte te voldoen. Overschrijding van deze middelen kan leiden tot kortingen die ingrijpen in de budgetten van de instellingen.

Vanwege het krappe financiële kader voor topklinische zorg doet de noodzaak van een verantwoorde regulering zich des te meer gelden. De druk op het juridisch instrumentarium neemt daarmee toe, aangezien het erop gericht dient zijn binnen de financiële kaders een verantwoorde regulering tot stand te brengen. Informatieverzameling over topklinische voorzieningen middels (ex post) evaluatie is daarbij een belangrijke factor. Het Fonds Ontwikkelingsgeneeskunde is één van de financiële kaders die hierbij een rol zouden kunnen spelen, maar dit fonds is tot nu toe in combinatie met artikel 18 WZV niet frequent toegepast.