

Vergaderjaar 1998–1999

24 333

Modernisering ouderenzorg

Nr. 42

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 21 december 1998

Enkele in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ vertegenwoordigde fracties hebben een aantal vragen ter beantwoording voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voortgangsrapportage modernisering ouderenzorg.

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 17 december 1998. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), De Vries (VVD), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Van Gent (GL), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD) en Van der Hoek (PvdA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Cherribi (VVD), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (Groen-Links), Verburg (CDA), Hamer (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rosenmöller (GL), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP) en O. P. G. Vos (VVD).

1

Kan een overzicht worden gegeven van de plannen die niet tot verwezenlijking komen als gevolg van het terugvorderen van de overschotten die niet reeds in de plannen 1997–2000 zijn opgenomen?

Welke gevolgen heeft deze terugvordering van overschotten voor de capaciteit van verzorgingshuizen? Hoeveel verpleegunits zullen niet worden verwezenlijkt als gevolg van deze terugvordering?

Om welk bedrag gaat het bij de terugvordering van de overschotten op grond van de Overgangswet Verzorgingshuizen?

Bent u van plan de teruggevorderde middelen opnieuw in te zetten voor de capaciteit in verzorgingshuizen? Zo ja, op welke wijze? Zo nee, waarom niet?

Voor de mogelijkheid tot de inzet van overschotten (reserves) uit de periode van de Wet op de bejaardenoorden (Wbo) zijn twee situaties van belang:

- de op 31 december 1996 daadwerkelijk bij de provincies/grote steden aanwezige reserves mochten op grond van een afspraak tussen staatssecretaris Terpstra en het Interprovinciaal Overleg alsnog ingezet worden ten behoeve van het plan verzorgingshuizen 1997–2000. Op voorstel van de provincies/grote steden wordt door VWS het financiële kader verhoogd in het jaar waarin de reserves worden ingezet.
- de reserves welke na 31 december 1996 bij de provincies/grote steden worden geconstateerd dan wel daadwerkelijk ontvangen, vloeien in beginsel terug naar de algemene middelen.

In beide gevallen is sprake van terugvordering op grond van artikel 28 van de Overgangswet verzorgingshuizen.

Wat betreft de inzet van reserves in de plannen verzorgingshuizen 1997–2000 blijkt uit de vastgestelde plannen dat het om een bedrag van ongeveer f 375 mln gaat. Thans wordt aan de hand van de afrekeningen 1996 nagegaan of deze reserves inderdaad aanwezig waren.

Wat betreft de omvang van de tweede categorie van reserves kan thans nog geen beeld worden gegeven. Het gaat om overschotten die eerst bij de eindafrekening tussen het rijk en de provincies/grote steden in 1999 kunnen worden vastgesteld. Daarnaast is ook nog sprake van op 31 december 1996 aanwezige reserves die niet zijn ingezet voor het plan. Zoals hiervoor reeds aangegeven wordt de stand van zaken per 31 december 1996 thans uitgezocht.

Aangezien de tweede categorie van reserves niet mocht worden opgenomen in de plannen heeft het terugvorderen daarvan en eventuele toevoeging aan de algemene middelen geen invloed op de planuitvoering of de tot standkoming van verpleegunits.

Thans wordt bezien welke mogelijkheden er zijn om deze reserves als nog in te kunnen zetten in de sector verzorgingshuizen of voor verpleegunits. Om daar verantwoord een beslissing over te kunnen nemen is het echter noodzakelijk dat er een duidelijk inzicht bestaat in de totale omvang van de bedragen. Hierover is nog overleg met provincies gaande.

2, 11, 12, 27 en 55

Voor welke vertragingsoorzaken m.b.t. de totstandkoming van verpleegunits heeft de landelijke werkgroep voortgangsbewaking bouw inmiddels een oplossing geformuleerd? Wat houden deze oplossingen concreet in?

Kan een geactualiseerd overzicht worden gegeven van de stand van zaken m.b.t. de initiatieven tot oprichting van de verpleegunits? Hoeveel projecten zijn goedgekeurd danwel afgewezen?

Hoe is de stand van zaken met betrekking tot de werkzaamheden van de landelijke werkgroep voortgangsbewaking bouw, bestaande uit WZF, NVVZ, CvZ en VWS die de vertragingsoorzaken met betrekking tot de

*verwezenlijking van de verpleegunits moeten helpen opheffen?
De boekwaardeproblematiek was een van de oorzaken voor de zeer trage
verwezenlijking van de verpleegunits. In hoeverre vindt verwezenlijking
plaats, nu aanvullende financiering beschikbaar wordt gesteld voor de
afkoop van boekwaarde? Hoeveel vergunningen zijn er inmiddels
afgegeven voor verpleegunits? Kan hiervan een overzicht worden
gegeven?*

*Kan worden bevestigd dat een deel van de verzorgingshuizen een
verminderd animo vertoont voor de totstandbrenging van verpleegunits?
Welke oorzaken liggen daaraan ten grondslag, en wat betekent dat voor
het uitgezette beleid met betrekking tot verpleegunits? Wanneer zal dit
beleid worden geëvalueerd?*

*Hoe staat het met de werkzaamheden van de landelijke werkgroep
voortgangsbewaking bouw, die de vertragingsoorzaken bij de totstand-
koming van verpleegunits moet helpen oplossen? Kan een geactualiseerd
overzicht van de stand van zaken m.b.t. de initiatieven tot oprichting van
de units worden gegeven?*

Enige tijd geleden heeft mijn voorganger, in samenwerking met de
Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) en de WoonZorg
Federatie (WZF), de Landelijke werkgroep voortgangsbewaking bouw
(LWVB) ingesteld. De LWVB is een ambtelijke, technische werkgroep met
een inventariserend en signalerend karakter.

Deze werkgroep heeft mij onlangs geïnformeerd over de stand van zaken
met betrekking tot de voortgang van de realisatie van verpleegunits.
Daarnaast heeft de werkgroep enkele aanbevelingen gedaan om de
voortgang te versnellen.

Geconstateerde knelpunten

Boekwaardeprobleem

Daaronder wordt verstaan dat de kosten voor renovatie plus restant
boekwaarde van de verzorgingsplaats tezamen het bedrag van f 100 000,—
per bed te boven gaan, in het kader van de bouwprioriteiten door VWS
beschikbaar is gesteld, en dat vooralsnog niet uit aanvullende bronnen
afdoende dekking beschikbaar is.

Het aantal initiatieven met dit probleem bedraagt 35.

Daarvan worden er inmiddels 13 gedekt door de provincies uit de
Wallage-middelen.

Daarboven bedraagt het aantal initiatieven met een DKP-probleem 5.

Samenwerkingsprobleem

Aantal initiatieven waarbij een samenwerkingsprobleem is geconstateerd
bedraagt 9.

Dit probleem is lastig te definiëren. Problemen kunnen zich voordoen in
de organisatie en in het opstellen van de samenwerkingsovereenkomst.
Ook kunnen de visies van verpleeghuis en verzorgingshuis ver van elkaar
liggen, waardoor bestuurlijk geen sprake is van mogelijke samenwerking.

De LWVB zal trachten om op de problemen in te spelen, waardoor een
nadere uitsplitsing mogelijk wordt. De bestuurlijke knelpunten worden
voorgelegd aan een bestuurlijk overleg (NVVz, WZF en VWS). Het ligt in
de bedoeling om op bestuurlijk niveau met de instellingen te bezien of
oplossing van hun problemen mogelijk is.

Het aantal initiatieven waarvan is geconstateerd dat er een knelpunt ligt op het bouwkundige vlak bedraagt 11.

Het kan zijn dat gebouwen niet geschikt zijn om te verbouwen tot verpleegunit, dan wel dat de kosten voor de verbouw de maximaal toegestane investeringskosten ver overschrijden. In dat laatste geval kan de vraag worden gesteld of het maatschappelijk verantwoord is om deze overschrijding te willen bevorderen. Het is ook mogelijk dat op basis van bouwkundig-/constructietechnische motieven de verbouw onmogelijk is. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zal daarin adviseren. De NVVz heeft in samenwerking met de WZF reeds een aantal bouwcurssussen gegeven voor hun leden, waarbij procedurele en technische aspecten worden belicht.

Exploitatievraagstelling

Het aantal initiatieven met een exploitatievraagstelling bedraagt 2. Bij deze initiatieven bleek dat de verwachting is dat de zorg te duur werd. Dit heeft te maken met doorberekening van afschrijvingskosten en personeelskosten in de verpleegprijs.

Niet realiseren of anders realiseren

Het aantal initiatiefnemers dat bij nader inzien geen verpleegunit meer wil bouwen bedraagt 18.

Het komt voor dat op diverse gronden initiatiefnemers besluiten om in plaats van een verpleegunit een meerzorgproject te starten of een dependance te realiseren. Redenen daartoe zijn bouwkundig-technische onhaalbaarheid en het vastlopen van een gedachte samenwerkingsrelatie. Omwille van de voortgang en de behoefte om een spoedige invulling van de capaciteit, hebben deze initiatiefnemers hun aanvragen gewijzigd, dan wel op andere wijze ingevuld.

Inzet Wallage-middelen

Gebleken is dat vanuit de zogenaamde Wallage-middelen in totaal ruim f 8,5 mln door de provincies is ingezet voor de oplossing van de boekwaardeproblematiek. Dit is niet toereikend om in alle gevallen dit knelpunt op te lossen.

Aanbevelingen van de werkgroep

De LWVB heeft thans een redelijk beeld van de omvang van de knelpunten en komt met een aantal aanbevelingen.

- a. Intensivering bouwcurssussen door de koepelorganisaties.
- b. Instellingen met problemen benaderen met de vraag of de instelling hulp wenst en zo ja, op welke wijze deze hulp kan worden geboden.
- c. Instellen van een spreekuur bij het CvZ voor initiatiefnemers met plannen voor de oprichting van verpleegunits.
- d. Initiatieven, die nog niet op de bouwprioriteitenlijst staan, niet bevriezen bij de afgifte van een verklaring, maar door laten gaan met de ontwikkeling van hun plannen.
- e. VWS zal de doorlooptijd van de WZV-procedure zoveel mogelijk te bekorten (o.m. ook verklaring-vergunningcombinaties toestaan).
- f. Er zijn inmiddels kwaliteitseisen ontwikkeld die brede bekendheid dienen te krijgen.
- g. Er zal een model-samenwerkingsovereenkomst worden ontwikkeld op basis van de bevindingen van het evaluerende onderzoek naar verpleegunits in de provincie Utrecht (NVVz/WZF).

- h. De unitinitiatieven dienen, in samenhang met de renovatie van verpleeghuizen, mede in het kader van de privacyverbetering te worden gezien.

Stand van zaken

	Totaal aantallen	Waarvan op Formele prior. lijst	en niet op Formele prior. lijst
Aantal registraties	205	146	59
Mogelijke unit initiatieven	187	139	48
Nog geen WZV aanvr. ingediend	85	64	21
WZV aanvragen ingediend	102	75	27
Verklaring gevraagd	55	30	25
Verklaring verleend	28	26	2
Schetsplan ingediend	6	6	
Schetsplan goedgekeurd	1	1	
Bestekplan ingediend	3	3	
Vergunning verleend	9	9	

Boekwaarde- probleem	waarvan dekking prov:	DKP	Samenwerkings- probleem	Bouw/Financ. probleem	Exploitatie- vraagstelling	Niet te realiseren/ anders:
35	13	5	9	11	2	18

Er zijn tot dusverre geen projecten afgewezen.

Tenslotte

Tot slot wil ik de aandacht vestigen op het feit dat initiatiefnemers niet kunnen worden gedwongen om unitprojecten te ontwikkelen. De eigen verantwoordelijkheid van zorgaanbieders speelt daarbij een belangrijke rol. De overheid kan niet anders dan stimulerend optreden richting veld.

3

Hebben de provincies/grote steden gebruik gemaakt van de mogelijkheid om voor 1 oktober 1998 eventuele wijzigingen voor latere jaren dan 1998 aan te brengen? Zo ja, wat zijn de gevolgen van deze wijzigingen voor de capaciteit van verzorgingshuizen? Zo nee, wat zijn hiervan de gevolgen?

Een aantal provincies, Groningen, Overijssel, Utrecht, Zeeland en Limburg, alsmede Amsterdam heeft van de gelegenheid gebruik gemaakt om gewijzigde voorstellen te doen.

Deze voorstellen betekenen dat als gevolg van bijgestelde adviezen het aantal intramurale plaatsen in zijn totaliteit met 84 zal afnemen, daar staat tegenover dat het aantal extramurale plaatsen met 60 zal toenemen. Dit ten opzichte van de adviezen zoals die voor 1998 zijn uitgebracht.

4

Bent u van mening dat met een snelle overheveling van taken van provincies naar zorgkantoren de problemen m.b.t. de adviestaak van de provincies verholpen worden? Zo nee, wat gaat er gebeuren om de adviesfunctie van de provincies te verbeteren?

De Overgangswet verzorgingshuizen kent aan de provincies/grote steden een algemene adviesrol toe. In het kader van die wet heeft de Ziekenfondsraad de uitvoerende taak. Daarbij kan een deel van de werkzaamheden aan zorgkantoren worden toebedeeld.

In de praktijk blijkt dat de nog bij provincies aanwezige capaciteit om te adviseren per provincie verschilt. Door de zorgkantoren in te schakelen wordt het voor de Ziekenfondsraad mogelijk om beter in te spelen op de

situatie per provincie/grote stad. Daar waar de adviserende overheden terugtreden (adviseren op hoofdlijnen) kunnen de zorgkantoren de detailbemoeienis overnemen. Dit komt de mogelijke snelheid van handelen van de Ziekenfondsraad ten goede. Op die wijze wordt tevens ingespeeld op de situatie zoals die zal bestaan nadat de verzorgingshuiszorg als aanspraak in de AWBZ is opgenomen. In die situatie is er immers ook geen taak meer voor de provincies weggelegd wat betreft de advisering over de begrotingen van de instellingen en berust deze bij de zorgkantoren.

5

Wat zijn de uitvoeringskosten en opbrengsten van de thuiszorgbijdrage-regeling voor reikwijdtezorg?

Welke mogelijkheden ziet u om de uitvoering van de thuiszorgbijdrage-regeling voor reikwijdtezorg op korte termijn te verbeteren en te vereenvoudigen? Is centrale inning via het CAK een mogelijkheid? Zo nee, waarom niet?

Aangezien er meerdere vragen zijn gesteld over de eigen bijdragen bij reikwijdtezorg, wordt in het onderstaande eerst in het algemeen ingegaan op de achtergrond en de ontwikkelingen van de invoering van deze eigen bijdragen. Daarna wordt meer specifiek ingegaan op de vraag.

De «thuiszorgbijdrage» voor reikwijdteverbreding is op 1 januari 1998 ingevoerd. Daarvóór waren voor reikwijdteverbreding de verschillende eigenbijdrageregelingen zoals die golden onder de Wet op de Bejaarden-oorden nog van kracht. Deze regelingen waren zeer divers van aard. Zo betaalde men in de ene provincie een vast bedrag (abonnementsprijs) voor de te leveren diensten, in andere provincies werd rekeninggehouden met zorgintensiteit, leefsituatie en/of de hoogte van het inkomen en in weer andere provincies werd de eigen bijdrage vooral gebaseerd op de afgegeven indicatie. In de meeste gevallen was het verzorgingshuis zelf de instantie die de eigen bijdrage inde, maar ook thuiszorginstellingen, gemeenten of administratiekantoren inden eigen bijdragen voor de zorgvormen in het kader van de reikwijdteverbreding.

Met het oog op de invoering van een uniforme eigenbijdrageregeling voor deze zorgvormen per 1-1-1998 heeft de Ziekenfondsraad op mijn verzoek begin 1997 aan de verzorgingshuizen gevraagd om een opgave te doen van alle activiteiten en diensten die zij aanbieden onder de noemer flankerend beleid en reikwijdteverbreding en daarbij tevens aan te geven welke eigen bijdrage daarvoor in rekening wordt gebracht.

Op basis daarvan zou aangegeven kunnen worden welke zorgonderdelen zich lenen voor urenregistratie en dus kunnen vallen onder artikel 16d Bbz, waarin de bijdrage per uur voor thuiszorg is geregeld, en welke zorgvormen zich niet lenen voor urenregistratie. De laatstgenoemde zorgvormen vergden afzonderlijke afweging; voor bij ministeriële regeling aan te wijzen zorgonderdelen kan een nominale eigen bijdrage worden gevraagd (artikel 16g, derde lid Bbz).

1432 instellingen, van wie er 1309 daadwerkelijk flankerend beleid dan wel reikwijdteactiviteiten aanboden, hebben op het verzoek van de Raad gereageerd. De meeste activiteiten konden worden ondergebracht onder de volgende noemers:

- a. kortdurend verblijf
- b. dagverzorging/dagopvang
- c. nachtopvang
- d. aanvullende thuiszorg/extramurale WBO-zorg.

Daarnaast is er nog een categorie «overige zorgvormen».

Een ad hoc werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van Zorgverzekeraars Nederland, de WoonZorg Federatie, het LOC (v/h LOBB), CAK, VWS en Ziekenfondsraad is in de periode september-oktober 1997 een aantal malen bijeengewees en heeft zich gebogen over de volgende vragen:

- * Voor welke door verzorgingshuizen geboden zorgvormen zou per 1-1-1998 de eigenbijdragesystematiek voor de thuiszorg moeten gaan gelden?
- * Wat is het volume van deze activiteiten?
- * Als de thuiszorgbijdrageregeling gaat gelden voor een aantal door verzorgingshuizen geboden zorgvormen, op welke wijze en door wie moet deze dan worden uitgevoerd?
- * Welke bijdrage zou moeten gaan gelden voor de overige zorgvormen die onder de noemer reikwijdteverbreding worden aangetroffen?

Achtergrond voor de wens om de thuiszorgbijdrage ook hier in te voeren is gelegen in het aspect van rechtsgelijkheid van de burger. Gelet op de vergelijkbaarheid in zorg van thuiszorg en reikwijdtezorg wordt het wenselijk geacht dat in die situatie een gelijke bijdrage wordt gevraagd.

Over de genoemde vraagpunten punten is door de werkgroep het volgende geconcludeerd:

- * De thuiszorgbijdrage zal slechts moeten gelden voor de geboden zorgvormen in de thuissituatie die in uren en minuten uit te drukken zijn (ergo: rubriek d).
- * In verhouding tot de totale opbrengst aan eigen bijdragen gaat het om een bescheiden bedrag, waarbij wel moet worden aangetekend dat zich in de komende jaren een forse stijging van het aantal extramurale zorgplaatsen zal voordoen.
- * De instelling meldt via een aanmeldingsformulier relevante gegevens van cliënten aan het contactkantoor en doet maandelijks een opgave van het aantal geleverde uren en minuten zorg per cliënt. Het contactkantoor zorgt voor de verdere verwerking en voor de vaststelling en inning van de eigen bijdrage. Het CAK BZ levert gegevens over belastbaar inkomen en (indien van toepassing) het aantal uren «regulier» thuiszorg. De bijdragevaststelling vindt plaats volgens de systematiek die ook voor de thuiszorg geldt. De grondslag hiervoor wordt gevormd door artikel 16g.
- * Voor de restcategorie kan de eigenbijdragesystematiek blijven gelden zoals die in 1996 en 1997 werd toegepast, totdat voor deze zorgvormen op basis van artikel 16g, lid 3 Bbz een nominale bijdrage zal worden vastgesteld.

Op 10 december 1997 zijn de verzorgingshuizen door de Ziekenfondsraad uitvoerig genformeerd over de wijzigingen in de eigen bijdragen voor reikwijdteverbreding per 1-1-1998. Zij ontvingen een stappenplan voor de administratieve verwerking c.q. zorgregistratie, alsmede de benodigde formulieren. Aan de contactkantoren is op 12 december 1997 een circulaire verzonden over dit onderwerp.

Een telefoonteam bij de Ziekenfondsraad heeft zoveel mogelijk vragen over de invoering van de eigenbijdrageregeling beantwoord.

Toen in de loop van 1998 bleek dat de nieuwe regeling nog veel vragen oproep heeft de Ziekenfondsraad een «special» uitgegeven van de Nieuwsbrief Modernisering Ouderenzorg (nummer 8, mei 1998), waarin uitgebreid op de diverse uitvoeringsaspecten van de regeling werd ingegaan. Tevens werd een aantal veel gestelde vragen beantwoord. Daarnaast zijn aan de contactkantoren overzichten gestuurd van alle in hun regio gevestigde instellingen die reikwijdtemiddelen ontvingen, zodat een check mogelijk was op de (al dan niet) door verzorgingshuizen verzonden formulieren.

Tenslotte heeft de Ziekenfondsraad in het kader van de «evaluatie modernisering thuiszorg II» opdracht gegeven tot een deelstudie naar de thuiszorgbijdrage voor reikwijdteverbreding. Daarbij gaat het globaal gezien om de beantwoording van de volgende vragen:

- * Bij welke vormen van zorg is sprake van afzien van noodzakelijke vormen van zorg vanwege het moeten betalen van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage, en in welke mate komt dit afzien van zorg voor?
- * Op welke wijze wordt de thuiszorgbijdrage voor reikwijdtezorg uitgevoerd?
- * Levert de uitvoering van deze regeling specifieke (uitvoerings-) problemen op voor de verzekerde, de thuiszorginstellingen, de verzorgingshuizen en/of de uitvoeringsorganisatie?

Het onderzoek is in september 1997 van start gegaan en wordt uitgevoerd door Research voor Beleid. Resultaten worden omstreeks maart 1999 verwacht.

Gebleken is dat de uitvoering van de nieuwe regeling – zowel door verzorgingshuizen als door zorgkantoren – met enige vertraging ter hand genomen is. Dat maakt dat er op dit moment nog geen definitief inzicht bestaat in zowel de kosten als de opbrengsten van de nieuwe regeling. Gezien de pluriformiteit aan regelingen die er in het WBO-tijdperk is ontstaan, is ook een vergelijking met de situatie van vóór 1 januari 1998 niet mogelijk. Verwacht wordt dat het hiervoor genoemde onderzoek van Research voor Beleid, in combinatie met nog door de ZFR te verrichten nader onderzoek bij de zorgkantoren, meer inzicht zal verschaffen in de relatie tussen uitvoeringskosten en de opbrengst aan eigen bijdragen. Inmiddels heeft de Ziekenfondsraad reeds een aantal maatregelen genomen op het punt van de informatievoorziening (telefoonteam, speciale Nieuwsbrief MOZ) en controlemogelijkheden (zorgkantoren kregen overzichten van instellingen met reikwijdtebudgetten). Daarnaast is een onderzoek gestart om meer inzicht te verkrijgen in de specifieke knelpunten die de verschillende actoren bij de uitvoering van de regeling tegenkomen.

Vooruitlopend op de resultaten kan al wel gesteld worden dat het personeel van verzorgingshuizen, met name als het kleine huizen of projecten betreft, moeite heeft met de gedetailleerde wijze waarop de zorguren en minuten geregistreerd moeten worden. Met name vanuit die hoek wordt voorgesteld om niet 4-wekelijks de geleverde uren en minuten te registreren, maar uit te gaan van wat in de zorgovereenkomst is geregeld en op basis daarvan een gemiddeld aantal uren af te spreken. Hiervoor kan echter niet zomaar gekozen worden, omdat de regeling voor de thuiszorg wél blijft uitgaan van geregistreeerde zorguren en minuten. Verder bestaat de indruk dat de regeling vooral bij de zogenoemde «kopzorg»-projecten (de reikwijdtezorg wordt aanvullend gegeven als «kop» op de reeds aanwezige reguliere thuiszorg) veel onduidelijkheid veroorzaakt, omdat er feitelijk twee procedures bewandeld (thuiszorg-CAK en verzorgingshuis-zorgkantoor) moeten worden. Voor deze projecten zou centrale inning via het CAK een mogelijkheid kunnen zijn.

Voor de inning van de eigen bijdragen voor reikwijdtezorg door de zorgkantoren is indertijd gekozen omdat de eigen bijdragen voor duurzaam verblijf en flankerend beleid ook reeds door de zorgkantoren geïnd werden. Daarnaast werd het ongewenst geacht de verzorgingshuizen dezelfde administratieve taken (registreren, invoeren in een systeem en doorzenden naar het CAK) op te leggen als de thuiszorginstellingen, aangezien verzorgingshuizen daartoe doorgaans minder menskracht en deskundigheid ter beschikking hebben. Daarom werden verzorgingshuizen «slechts» belast met het invullen en opsturen van formulieren en zou het contactkantoor voor de verdere administratieve afwikkeling zorgdragen. De zorgkantoren hebben echter inkomens-

gegevens nodig van de belastingdienst/het CAK alvorens ze de eigen bijdrage kunnen opleggen. Dit levert vertraging op. Getracht wordt de uitwisseling van gegevens op dit punt zoveel mogelijk te bespoedigen.

6 en 16

Wanneer kan een oplossing voor de problematiek m.b.t. de eigen bijdrageregeling bij partneropname worden verwacht? Hoe ziet deze oplossing eruit?

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de toezegging om de Kamer te informeren over een eventuele oplossing voor de schrijnende gevallen waarin mensen met hoge vaste lasten en een hoge eigen bijdrage voor partneropname in financiële problemen komen?

Op dit moment ben ik aan het nagaan op welke wijze de bijdrage ingeval van partneropname zou kunnen worden verzacht, welke kosten hiermee gemoeid zijn en of, en zo ja welke, beperkende maatregelen getroffen kunnen worden om daarvoor binnen de financiële middelen die voor de AWBZ beschikbaar zijn, geld vrij te maken.

Zoals in het Jaaroverzicht Zorg 1999 is aangegeven (pagina 109) wordt op dit moment door het EIM een onderzoek verricht naar de gevolgen van een overstap op het belastbaar inkomen voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage voor de intramurale zorg. Ik acht het, gelet op een eventueel overgaan op het belastbaar inkomen als inkomensbegrip voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage, van belang dat in de tussentijd geen maatregelen getroffen worden die daar haaks opstaan. Ik ben dan ook aan het bezien hoe de lage intramurale bijdrageregeling kan worden aangepast zonder dat de invoering van een systeem gebaseerd op het belastbaar inkomen bemoeilijkt en vertraagt. De hoogte van de intramurale AWBZ-bijdragen wordt jaarlijks per 1 juli opnieuw vastgesteld. Voor de uitvoeringspraktijk zou het zeer belastend zijn indien tussentijds wijzigingen in het bijdragesysteem plaatsvinden. Dit zou hoge extra uitvoeringslasten betekenen. De regeling kan dus op zijn vroegst per 1 juli 1999 worden gewijzigd.

7

Wat is uw mening over de geopperde stelling dat het aanbod van verpleeghuizen vaak te uitgebreid is voor het merendeel van de verpleeghuisbewoners? Bent u bereid op korte termijn een onderzoek in te stellen naar de hoeveelheid patiënten in verpleeghuizen die even zo adequaat in verzorgingshuizen zouden kunnen worden geholpen en naar de kosten die bespaard kunnen worden als deze patiënten zorg op maat in een verzorgingshuis zouden ontvangen? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom niet?

Ik onderschrijf de stelling niet. Ervan uitgaande dat onder de werking van het Besluit indicatieadvisering bejaardenoorden en verpleeginrichtingen (nadien opgevolgd door het Besluit Indicatiebeoordeling verpleging en verzorging en door het thans van kracht zijnde Zorgindicatiebesluit) door de indicatiecommissies (thans regionale indicatieorganen) inhoudelijk adequate adviezen (thans besluiten) werden (worden) gegeven op basis waarvan door de zorgverzekeraars zorgtoewijzing (rechtmatigheids- en doelmatigheidstoets) kon plaatsvinden, zal door de zorgaanbieders de juiste zorg in de juiste vorm en omvang worden verstrekt. Vanzelfsprekend zou onderzoek kunnen worden verricht naar verondersteld «verkeerd verblijf» in verpleeghuizen. Een eerste aanzet om het aanbod van verpleeghuizen in kaart te brengen vindt thans plaats in het kader van een benchmarkingoperatie voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. Als de resultaten daarvan bekend zijn, zal door mij worden beoordeeld of en zo ja, in welke vorm en omvang nader onderzoek moet worden verricht in de door u voorgestane richting.

Wat is uw oordeel over de geopperde besparingswinst van f 425 mln. op jaarbasis? Zou u dit oordeel willen motiveren?

Naar ik heb begrepen komt het bedrag van f 425 mln voor in een door u ontvangen burgerbrief. Dit bedrag wordt met name inhoudelijk onderbouwd met de in vraag 7 verwoorde stelling. Aangezien ik in antwoord op vraag 7 heb aangegeven deze stelling vooralsnog niet te onderschrijven, onderschrijf ik ook het bedrag van f 425 mln niet.

Daarnaast verwijs ik u naar de brief van 7 november 1997 (zie bijlage) waarin mijn ambtsvoorganger is ingegaan op een eerder door deze burger aan u gerichte brief.

Vragen VVD-fractie

Kan worden aangegeven waarom de overschotten op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen niet inzetbaar zijn voor de provincies en grote steden?

De Overgangswet verzorgingshuizen gaat er vanuit dat de provincies op basis van de Wbo plannen hebben vastgesteld. Verder bepaalt die wet dat de door de Ziekenfondsraad te subsidiëren verzorgingshuizen daarin moeten zijn opgenomen (art. 4) en dat de subsidie in overeenstemming moet zijn met de in het plan opgenomen capaciteit (art. 5). De hoogte van de subsidie wordt bepaald door de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad (art. 13). Als gevolg daarvan kan een verschil bestaan tussen het door de Ziekenfondsraad gesubsidieerde bedrag en het financieel kader van een provincie. Deze financiële ruimte die niet specifiek en concreet is ingevuld in een plan blijft in beginsel in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Dat betekent niet noodzakelijk dat eventueel nog structureel aanwezige planningsruimte niet tot besteding zou kunnen komen. De provincies kunnen voor de inzet ten behoeve van extramurale plaatsen verzoeken indienen bij de Ziekenfondsraad. Deze kan daar zelfstandig over beslissen.

Is inmiddels duidelijk of de provincie Utrecht, die ruim f 4 mln. extra zal ontvangen, tot een bijstelling van het advies is gekomen?

De provincie Utrecht heeft bij brief van 16 juli 1998 advies uitgebracht. De Ziekenfondsraad is inmiddels op de hoogte gebracht van de instemming dezerzijds met dit advies.

Welke zaken met betrekking tot de uitvoering van de Overgangswet verzorgingshuizen lopen nog niet zo goed?

De uitvoering van de thuiszorgbijdrageregeling voor reikwijdtezorg loopt nog niet soepel door onduidelijkheid over wie wat moet doen en voor welke activiteiten de regeling geldt. Welke maatregelen wil de staatssecretaris gaan treffen om de informatievoorziening met betrekking tot de regeling te verbeteren?

Zoals aangegeven bij het antwoord op vraag 5 heeft de Ziekenfondsraad reeds een aantal maatregelen genomen op het punt van de informatievoorziening, controlemogelijkheden voor zorgkantoren, en nader onderzoek.

De informatievoorziening zou nog verbeterd kunnen worden, b.v. door het verspreiden van toegankelijke folders voor (toekomstige) cliënten via indicatiecommissies, zorginstellingen en zorgkantoren. Daarnaast zullen

instellingen en zorgkantoren door de Ziekenfondsraad nogmaals worden aangespoord de regeling zo goed mogelijk uit te voeren.

14

Kan een reden worden aangegeven waarom het gemiddelde inkomen van de bewoners van verzorgingshuizen lager ligt dan waarvan was uitgegaan?

De bij de raming voor de opbrengst van de eigen bijdragen gebruikte inkomensgegevens zijn geëxtrapoleerd van in het begin van de negentiger jaren vastgestelde inkomensgegevens. Bij die extrapolatie is verondersteld dat het gemiddelde inkomen van de groep bewoners in verzorgingshuizen conform de algemene inkomensontwikkeling bij ouderen zou verlopen. Uit het thans geconstateerde achterblijven van de inkomensontwikkeling moet geconcludeerd worden dat ten opzichte van het verleden de instroom van bewoners in verzorgingshuizen bestaat uit ouderen met een gemiddeld wat lager inkomen.

15

Kan worden aangegeven in hoeverre er inzicht is in de ontwikkeling van de capaciteit en daarmee inzicht in de opbrengst van de eigen bijdragen?

De capaciteit van de verzorgingshuizen is vastgelegd in de plannen verzorgingshuizen 1997–2000. Deze kan worden vergeleken met de gegevens uit de Wbo-periode, zodat de ontwikkeling in de tijd bekend is. Daarmee is echter nog geen inzicht in de opbrengst van de eigen bijdragen ontstaan. Zoals aangegeven in de brief van 25 juni 1998 (inzake de voortgangsrapportage MOZ) is ook het gemiddelde inkomen van de bewoners van verzorgingshuizen van belang. Inzicht in de ontwikkeling daarvan in de tijd wordt belemmerd door de breuk die is ontstaan met de invoering van de Overgangswet verzorgingshuizen. Aangezien het inkomensbegrip op grond waarvan de huidige eigen bijdragen wordt vastgesteld een ander is dan het inkomensbegrip dat gebruikt werd in het kader van de Wbo en ook de in de Wbo geldende vermogenstoets is afgeschaft, is geen directe vergelijking meer mogelijk.

17

Het rapport van Coopers en Lybrand/Berenschot dient als bouwsteen voor een betere monitoring van de ontwikkeling van vraag en aanbod in de verzorgingshuissector. Welke bouwstenen zouden hier nog meer voor kunnen dienen?

Voor wat betreft bouwstenen voor een betere monitoring van vraag en aanbod in de verzorgingshuissector kan bijvoorbeeld ook gedacht worden aan een systematische inventarisatie van de gegevens, zoals verzameld door de indicatieorganen (als het gaat om de geïndiceerde vraagzijde) en de plannen zoals die gemaakt worden in het kader van de regiovisie.

18

Hoe staat u tegenover het duidelijk vormgeven van een tussengebied, tussen volledig intramuraal verblijf en puur zelfstandig wonen, en wordt in dit kader het idee van de RVZ en de VROM Raad om een woonstimuleringsfonds in het leven te roepen gevolgd? Zijn de in de brief van 27 april aangekondigde pilot-studies die inzicht moeten geven in de mogelijkheden en consequenties van het onderscheiden van zorg binnen de AWBZ reeds van start gegaan?

Wat betreft het duidelijk vormgeven van een «tussengebied» tussen volledig intramuraal verblijf en puur zelfstandig wonen moet vermeden worden een soort «kopie» te maken van het destijds breed afgewezen

«driekolommenmodel», met een tussengebied met een eigen en uitgebreide wet- en regelgeving. Dat is zeker niet de bedoeling. Anderzijds zijn er aanwijzingen dat de gewenste geclusterde woonvormen waar zorgbehoevende ouderen zelfstandig wonend op efficiënte wijze zorg kunnen ontvangen niet vanzelf totstandkomen, althans niet op een wijze die garandeert dat deze woonzorgvormen voor iedereen financieel bereikbaar zijn, en daarnaast geen onverantwoord beroep doen op allerlei gestapelde subsidies. Samen met de Staatssecretaris van VROM laat ik op dit moment onderzoek doen naar de bouw- en exploitatiekosten van bestaande woonzorgcomplexen. De resultaten daarvan verwachten wij tegen de zomer van 1999. Mede op basis daarvan zal dan t.z.t. een besluit genomen kunnen worden over nut en wenselijkheid van een woonzorg-stimuleringsfonds.

De in de brief van 27 april 1998 aangekondigde experimenten onder auspiciën van de Ziekenfondsraad zijn nog niet begonnen. Het maken van «rijpe» plannen door de regio's bleek meer tijd te vergen dan voorzien. Ik heb begrepen dat de Ziekenfondsraad er nu naar streeft deze projecten begin 1999 een aanvang te laten nemen.

Vragen CDA-fractie

19

Waarom is bij de toevoeging aan de begroting voor 1998 van de f 90 mln. extra middelen verzorgingshuizen uitgegaan van prijspeil 1997?

Is het waar dat deze extra middelen een structureel karakter hebben, en zo ja, waarom vindt de toedeling naar instellingen in veel gevallen op incidentele basis plaats? Betreft «incidenteel» alleen het jaar 1998?

Nu deze extra middelen in veel gevallen incidenteel worden toegedeeld naar instellingen, maar structureel van karakter zijn, welke aanwending krijgen deze gelden structureel na deze incidentele inzet?

De extra middelen ter mitigering van de capaciteitsreductie in verzorgingshuizen zijn in het najaar 1997 ter beschikking gesteld op grond van de motie Wallage. Daarbij is het bedrag bepaald op f 90 mln.

De f 90 mln extra middelen hebben een structureel karakter. De toedeling daarvan heeft een incidenteel karakter voorzover de betreffende provincie heeft aangegeven voor 1999 nog een nader advies te willen uitbrengen. Ook in 1999 kan sprake zijn van een incidentele toedeling, bijvoorbeeld indien het bij een instelling om een overbrugging gaat van een renovatieperiode. Zoals reeds opgemerkt bij het antwoord op vraag 10 heeft een aantal provincies gewijzigde adviezen voor 1999 uitgebracht.

20 en 36

Hoeveel extra handen aan het bed, absoluut en procentueel, zijn er daadwerkelijk verwezenlijkt over het eerste half jaar van 1998 door de inzet met ingang van 1998 van f 65 mln. extra middelen?

De WZF heeft een steekproef gehouden om het personeelsbestand bij verzorgingshuizen te peilen, waardoor kan worden beoordeeld hoe de inzet van f 65 mln. daadwerkelijk heeft bijgedragen tot meer handen aan het bed. Zijn inmiddels de resultaten van deze steekproef bekend? Zo ja, wat zijn de resultaten? (Brief Ziekenfondsraad aan de staatssecretaris van 28 mei 1998)

Door de WoonZorg Federatie (WZF) en het Nederlands Zorginstituut (NZi) is onderzoek verricht naar de effecten van de inzet van de extra tweemaal f 65 mln in 1998. De resultaten van dit onderzoek heb ik bij brief van 28 oktober jl. (DOB-986451) aan u toegezonden. Graag verwijs ik hiernaar.

21

Wat is de gemiddelde bezetting van een verzorgingshuis? Hoe kunnen substantieel meer handen aan het bed worden verwezenlijkt nu het gaat om een bedrag van f 500,- per intramurale plaats per jaar, uitgaande van die gemiddelde bezetting en een bedrag aan loonkosten van f 40 000,- à f 60 000,- per arbeidsplaats?

De gemiddelde bezettingsgraad in de verzorgingshuizen was 96,3% in het jaar 1997. Totaal waren er ruim 110 000 bewoners.

De loonkosten bedragen ca f 37 000 per bewoner. Het gaat bij ruim f 500 per bed derhalve om bijna anderhalf procent meer zorg.

Dit is inderdaad geen substantiële stijging van het aantal handen aan het bed. Bij extra personeelsinzet dient men echter wel te beseffen, dat het extra personeel ook beschikbaar moet zijn. Een geleidelijke toename per jaar is beter te bemensen.

Ook voor het jaar 1999 is er weer een zekere groei van het aantal handen aan het bed te voorzien op basis van de meerjarenafspraken.

Juist door het maken van meerjarenafspraken is het voor zorginstellingen mogelijk in de personeelswerving te anticiperen op het realiseren van meer handen aan het bed.

Derhalve is het beter geen conclusies te trekken op basis van de groei in een enkel jaar.

22

Kan er een discrepantie ontstaan tussen het verschuldigde bedrag aan eigen bijdrage voor duurzaam verblijf per 1 juli 1998, waarbij voor de berekening wordt uitgegaan van de verzorgingstarieven 1997, vermeerderd met een indexpercentage van 2,42 en het bedrag aan eigen bijdrage wat verschuldigd zou zijn op grond van het bijdrageplichtig inkomen? Hoe verhoudt deze nieuwe handelwijze zich tot het Bijdragebesluit Zorg?

In het Bijdragebesluit zorg is geregeld dat een verschuldigde eigen bijdrage nooit meer bedraagt dan 90% van het verzorgingstarief. De eigen bijdrage berekend op basis van het bijdrageplichtige inkomen kan dus hoger zijn dan de eigen bijdrage berekend met inbegrip van de toetsing aan het verzorgingstarief. De gevolgde handelwijze is conform het Bijdragebesluit zorg.

23

Is het mogelijk al vóór 2000 een eindrapportage te laten verschijnen over de resultaten van de experimenten integrale zorgsystemen en scheiding wonen-zorg, zodat nog voor de eeuwwisseling daarover besluiten kunnen worden genomen? Zo neen, waarom niet? Is het opdoen van ervaring gedurende een jaar (augustus 1998 – augustus 1999) binnen de experimenten niet voldoende om resultaten te genereren op basis waarvan een verantwoorde beslissing genomen kan worden? Hoe verhoudt de grotere rol van de zorgkantoren zich tot de beleidsdoelstellingen van deze experimenten?

Voor de beantwoording van deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 18.

24

Hoe verhouden regiovisie en de rol van het zorgkantoor zich tot elkaar?

In de huidige situatie heeft het zorgkantoor een uitvoerende rol in het kader van de Overgangswet verzorgingshuizen. Het gaat daarbij om taken waarvoor de Ziekenfondsraad de eindverantwoordelijkheid heeft. Er is daarbij geen relatie met de regiovisie die door de provincie wordt

vastgesteld. Deze, als advies aan de Minister, kan aanleiding geven tot een aanwijzing ex art. 6 of 7 aan de Ziekenfondsraad.

25

Waarom is/wordt de regeling thuiszorgbijdrage voor reikwijdteverbreding niet vereenvoudigd nu door de Ziekenfondsraad geconstateerd wordt dat «een en ander nog niet soepel verloopt» als gevolg van het feit dat «de regeling ingewikkeld blijft»?

De thuiszorgbijdrage voor reikwijdteverbreding is ingevoerd omdat het noodzakelijk werd geacht de systematiek voor thuiszorg en voor «thuiszorgachtige verzorgingshuiszorg» zoveel mogelijk te harmoniseren. Dit werd wenselijk geacht omdat er oneigenlijke prikkels bestonden om te kiezen voor de ene dan wel de andere zorgvorm. Bovendien was het zo, dat er tot 1 januari 1998 voor reikwijdteverbreding als zodanig geen uniforme systematiek bestond. In de ene provincie golden heel andere tarieven dan in de andere (zie ook vraag 5). Invoering van de thuiszorgbijdrage was dus in het belang van de rechtsgelijkheid, zowel tussen reikwijdtecliënten uit de verschillende provincies en grote steden als tussen reikwijdtecliënten en thuiszorgcliënten. De systematiek voor reikwijdtecliënten kan niet zomaar gewijzigd worden zonder niet ook de systematiek voor de thuiszorg erbij te betrekken.

26

Kan worden gegarandeerd dat met de volgens het regeerakkoord beschikbaar gestelde 3% groei voor de (care)sector de problemen daarbinnen kunnen worden opgelost gedurende deze kabinetsperiode, nu de WZF gezamenlijk met NVVz en LVT een minimale groei van 4% noodzakelijk achten?

In het regeerakkoord is vastgelegd welke middelen de komende periode beschikbaar zijn voor de groei van de ouderenzorg. In de onlangs afgesloten meerjarenafspraken zijn met het veld afspraken gemaakt over de wijze waarop in de komende tijd voorstellen zullen worden ontwikkeld om aan de problemen tegemoet te komen. Met partijen ben ik van mening dat op deze wijze binnen financiële randvoorwaarden optimale condities kunnen worden geschapen voor de ontwikkelingen in deze sector.

28 en 29

Is door de regering in 1997 met de WZF en LOBB een bestuurlijk akkoord gesloten over een plan van een aanpak voor een meerjarenplan voor de sector verzorgingshuizen? Heeft een financiële doorrekening van de maatregelen in het meerjarenplan plaatsgevonden, wat waren daarvan de uitkomsten en op welke wijze hebben die hun vertaling gekregen in het regeerakkoord, het JOZ en de begroting? Indien geen doorrekening heeft plaatsgevonden, wat is daarvan de oorzaak? Wordt zulks alsnog overwogen, en zo neen, waarom niet?

Welke conclusies hebben LOBB en WZF verbonden aan de resultaten van het rapport «Bouwstenen voor meerjarenplan verzorgingshuizen» van Coopers & Lybrand, en worden deze door de regering onderschreven? Zo neen, op welke onderdelen heeft zij een afwijkende visie en kan die gemotiveerd worden?

De uitkomst van het bestuurlijk akkoord dat mijn ambtsvoorganger heeft gesloten met de WZF en LOBB heeft zijn doorwerking gevonden bij de recent afgesloten meerjarenafspraken, waarbij deze partijen ook waren betrokken. In de meerjarenafspraken is een groot aantal onderwerpen opgenomen dat nog verder zal worden uitgewerkt. In dat licht zullen ook de uitkomsten van de onderzoeken van Coopers & Lybrand worden meegenomen.

30

Welk wetgevingsprogramma is noodzakelijk om de ouderenzorg vraaggericht, flexibel en doelmatig vorm te geven? Wat zijn op dat punt de ambities van de regering?

Voor het flexibel, vraaggericht en doelmatig vormgeven van de sector ouderenzorg zijn op een breed terrein maatregelen noodzakelijk, die moeten passen binnen de door het kabinet gewenste modernisering van de gehele AWBZ. Voor een deel is in de meerjarenafspraken reeds aangegeven op welke wijze er gezamenlijk met de sector, toegewerkt gaat worden naar het realiseren van deze doelstellingen. Daarnaast zal ik u op korte termijn berichten over de wijze waarop de verzorgingshuiszorg als aanspraak in de AWBZ zal worden opgenomen.

31

Wat is het meerjarenperspectief voor verzorgingshuizen ook na het jaar 2001 om adequaat in te spelen op de dan aanwezige zorgbehoefte, en op welke wijze is dat zichtbaar gemaakt in het JOZ en de begroting voor 1999?

De vraag naar het meerjarenperspectief voor de verzorgingshuizen kan worden gevonden in de recent afgesloten meerjarenafspraken met de sector verzorging en verpleging. Hierbij is afgesproken dat in de eerste helft van 1999 over een groot aantal onderwerpen nadere afspraken zullen worden gemaakt. In het thans lopende JOZ zijn dergelijke perspectieven dan ook niet begrepen.

Vragen D66-fractie

32

Hebben de provincies/grote steden hun eventuele wijzigingen voor latere jaren inmiddels reeds kenbaar gemaakt? Zo ja, treden er wijzigingen op en welke?

Zie het antwoord op vraag 3.

33

Is de provincie Utrecht inmiddels met een bijgesteld advies gekomen?

Zie het antwoord op vraag 10.

34

In het Coopers & Lybrand-rapport wordt aangegeven dat het aantal bedden in verzorgingshuizen zal moeten stijgen om aan de groeiende behoefte te voldoen, tenzij er voldoende substitutiemogelijkheden zijn. Is inmiddels een beleidslijn ten aanzien van het aantal plaatsen in verzorgingshuizen uitgezet? Zo ja, hoe ziet die lijn eruit?

In het kader van de besluitvorming terzake van het door het College van Ziekenhuisvoorzieningen uitgebrachte advies over onder anderen een integrale planningsnorm zal duidelijkheid worden geschapen over de wenselijke normatieve ruimte voor de intramurale sector.

Daarnaast moet worden gewezen op de nadere uitwerking van de met de sector gemaakte meerjarenafspraken en de keuzes die bij de uitwerking van de regiovisies door partijen in onderling overleg worden gemaakt.

35

Ontvangt het St. Jozefklooster te Amersfoort structureel het totale pakket subsidie met ingang van 1998? Kan nader worden uiteengezet waarom

hiertoe is besloten? Zijn de inwoners van het kloosterverzorgingshuis ook eigen-bijdrageplichtig in de zin van de AWBZ? (Brief staatssecretaris aan Ziekenfondsraad van 15 juni 1998)

Ja, het St. Jozefklooster te Amersfoort ontvangt een structurele subsidie voor 20 verzorgingshuisplaatsen met ingang van 1 januari 1998. Het betreft hier een klooster, waarvan een gedeelte is aangemerkt als verzorgingshuis en waarin voor het verzorgingshuis geïndiceerde religieuzen verblijven.

Financiering was niet mogelijk binnen het Plankader 1997–2000.

De uitvoering van de motie Wallage heeft subsidiëring alsnog mogelijk gemaakt; dit is geheel in lijn met de bedoelingen van genoemde motie.

De inwoners van alle kloosterverzorgingshuizen zijn eigenbijdrageplichtig in de zin van de AWBZ.

37

Instellingen hebben verzocht om uitstel van het indienen van de jaarrekening. Zijn er nog meer redenen behalve de termijn die de vertraging bij het indienen van de jaarrekening veroorzaken? Zijn thans alle jaarrekeningen binnen? Zal de termijn in het vervolg verruimd worden?

Het niet halen door verzorgingshuizen van de termijn voor het inleveren van de afrekening 1997 was met name het gevolg van de onbekendheid met de afrekensystematiek van de Ziekenfondsraad. Onder de Wbo rekenden de verzorgingshuizen af volgens de systematiek van de provincie/grote stad waaronder zij vielen. Voor 1997 moet afgerekend worden volgens de systematiek van de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Een aantal verzorgingshuizen had daar administratief moeite mee. Vandaar dat in een aantal gevallen uitstel van indiening is verleend. Nadat verzorgingshuizen hun afrekening 1997 hebben opgesteld dienen deze van advies te worden voorzien door de provincies/grote steden. Deze adviezen zijn nog niet allemaal uitgebracht.

Aangenomen wordt dat de verzorgingshuizen inmiddels gewend zijn aan de wat gewijzigde administratieve procedures, zodat voor 1998 geen ruimere indieningstermijn behoeft te worden gegeven.

38

De regeling voor de uitvoering van de thuiszorgbijdrageregeling voor reikwijdtezorg blijkt ingewikkeld te zijn en problemen op te leveren. Is hier inmiddels actie op ondernomen?

Zie het antwoord op vraag 5 en 13.

39

Wordt het zorgkantoor met extra controlemogelijkheden uitgerust om na te gaan of alle aanbieders van reikwijdtezorg ook daadwerkelijk formulieren invullen en deze toezenden?

De zorgkantoren hebben van de Ziekenfondsraad overzichten ontvangen van alle instellingen in hun regio die een budget voor reikwijdteverbreding dan wel extramurale WBO-zorg ontvingen. Per instelling werd de hoogte van het beschikbare reikwijdtebudget en het aantal extramurale plaatsen vermeld. Dit geeft aan zorgkantoren de mogelijkheid om na te gaan of alle instellingen die reikwijdtezorg bieden, ook daadwerkelijk de formulieren voor de urenregistratie invullen.

40

Waarom is het bijzonder ingewikkelde geheel aan resultaten, toezeggingen, ramingen en afspraken – neergeslagen in tal van nota's, rapporten en correspondentie van onderzoeksinstellingen en koepels – niet op een meer inzichtelijke wijze gepresenteerd?

Op voorstel van de vaste commissie voor VWS heeft de Tweede Kamer de modernisering van de ouderenzorg aangewezen als groot project. Dat houdt onder meer in dat er vanuit het departement regelmatig en uitgebreid gerapporteerd wordt over de gang van zaken. Daarbij wordt er naar gestreefd de Commissie zo snel mogelijk op de hoogte te brengen van nieuwe verslagen, rapporten en dergelijke. Dat heeft de gememo-reerde uitgebreide informatiestroom tot gevolg.

41

In het Regeerakkoord staat de toezegging dat in de periode 1998–2002 een verruiming voor ouderen- en thuiszorg met f 1060 mln. voor demografie en f 1000 mln. voor intensivering beschikbaar is (+ 3,1%). In het JOZ 1999 is alleen de ruimte opgenomen voor demografische groei en kapitaal-lasten. De werkelijke intensivering moet via «meerjarenafspraken» tot afspraken voor 1999 en volgende jaren leiden.

Waarom is de toegezegde jaarlijkse ruimte van f 265 + f 250 mln. niet als kader aan de sector meegegeven?

In het Regeerakkoord zijn alleen de bedragen voor demografie en intensiveringen in het jaar 2002 opgenomen. Het is niet mogelijk gebleken deze bedragen te vertalen naar vier gelijke tranches van f 515 mln per jaar welke als kader aan de sector zouden worden meegegeven, onder anderen omdat deze bedragen gecorrigeerd moeten worden voor een aantal kortingen. Het betreft hier kortingen ten aanzien van het beheer, scholing en werkdruk, inkoop en een hogere raming van eigenbijdragen-ontvangsten ten gevolge van centrale inning door het CAK. Een deel van deze korting kan weer ten goede komen aan de sector indien dit kan worden gerealiseerd (inkoop en de meeropbrengst eigen bijdragen) terwijl de gekorte bedragen voor scholing en werkdruk worden herverdeeld over de care- en de curesector. Dit maakt het technisch niet mogelijk om vooraf reeds vaste bedragen – zoals bedoeld in de vraag – mee te geven aan de sector. Daarnaast, en dat is eigenlijk belangrijker, gaat het regeerakkoord uit van het inzetten van middelen op basis van afspraken met het veld. Eerst als onderdeel van de afspraken wordt besloten over het inzetten van middelen in een bepaalde sector.

42

Vraaggestuurde zorg betekent behoefteraming – de wachtlijstsignalen. Jaar in jaar uit rapporteren onderzoeksinstellingen als NZi, CvZ, SCP en koepels als NVVz, WZF en LVT over wachtlijsten. Deze nemen de laatste jaren weer duidelijk toe. Het betreft hier mensen voor wie een AWBZ indicatie is gesteld.

Grofweg gaat het over 8000 wachtenden voor verpleeghuiszorg, 20 000 wachtenden voor verzorgingshuiszorg en 30 000 wachtenden voor thuiszorg.

Hoe reëel is de premisse dat herschikking van zorg de wachtlijsten kan verminderen, waar er reeds nu in alle drie de sectoren lange wachtlijsten zijn?

Bij de beantwoording van deze vraag wil ik op twee elementen ingaan: de wachtlijstproblematiek als zodanig en de middelen die beschikbaar zijn om hier iets aan te doen.

Wat betreft de wachtlijstproblematiek geldt dat er veel cijfers zijn, maar er in feite geen goed inzicht is in de omvang en ernst van het probleem. Ten eerste is een deel van de cijfers niet betrouwbaar. Dat geldt met name voor de gegevens over verzorgingshuizen. Ten tweede is voor een goede beoordeling van de cijfers meer informatie nodig dan thans beschikbaar is. Met name de gemiddelde wachttijd van urgent wachtenden alsmede de zorg die wachtenden al ontvangen gedurende de wachttijd en de mate waarin deze voldoet, is van belang. In de thuiszorg hoeven mensen die urgent zorg en verpleging nodig hebben hierop in de regel niet lang te wachten. Voor de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg is de relatie tussen wachttijd en urgentie echter niet bekend.

In het plan van aanpak voor het terugdringen van wachtlijstproblematiek, waarover ik in de najaarsakkoorden afspraken gemaakt heb met partijen, neemt een betere informatievoorziening een belangrijke plaats in. Hoewel niet precies bekend is wat de omvang en ernst is, zijn er sterke aanwijzingen dat er inderdaad een probleem is. Derhalve richt het plan van aanpak zich ook op maatregelen om wachttijden terug te dringen. In de najaarsakkoorden meerjarenafspraken sector V&V is voor 1999 f 218,6 miljoen structureel ter beschikking gesteld voor de problematiek van wachtlijsten/-tijden en zorgvolume. Ook in latere jaren zullen extra middelen beschikbaar komen. Naast deze intensiveringen zal een optimalisering van het gebruik van de beschikbare capaciteit, bijvoorbeeld via herschikking van zorg, productie-afspraken en een betere organisatie van de zorg, moeten bijdragen aan het verminderen van de wachtlijstproblematiek. Bij de uitwerking van het plan van aanpak zullen derhalve ook deze mogelijkheden worden betrokken.

43

Ca. 2000 verpleeghuisgeïndiceerden bezetten «verkeerde bedden» in ziekenhuizen en belemmeren daarmee de zorgverlening en bedrijfsvoering in het ziekenhuis.

Welke initiatieven zullen worden ontplooid om deze blokkade van ca. 4% van de ziekenhuisbedden zo spoedig mogelijk op te heffen?

Er zijn geen aparte maatregelen in voorbereiding om «de blokkade van 4% van de ziekenhuisbedden» op te heffen. In algemene zin kan worden opgemerkt dat in de verpleeghuizen nog steeds uitbreiding van capaciteit plaatsvindt, zowel intra- als extramuraal. Door deze capaciteitsvergroting kunnen meer mensen die zijn geïndiceerd voor verpleeghuishulp worden geholpen, ook zij die oorspronkelijk in een ziekenhuis verblijven.

44

3000 à 3500 verpleeghuisgeïndiceerden en een groot deel van de verzorgingshuisgeïndiceerden wachten thuis en doen een intensief beroep op thuiszorg.

Wat is de grootte van het beslag dat deze groep legt op de capaciteit van de thuiszorg?

Hoe groot is de capaciteit die thuiszorg in moet zetten om aan de zorg aan thuiszorggeïndiceerde vraag te voldoen?

Door de thuiszorgorganisaties wordt niet afzonderlijk bijgehouden welke zorg wordt verleend aan cliënten die een indicatie hebben voor opname in een verzorgingshuis dan wel een verpleeghuis.

45 en 46

Enkele duizenden verpleeghuisgeïndiceerden overlijden in de wachtperiode voor het verpleeghuis.

Hoe lang meent de staatssecretaris dat de wachtperiode kan zijn zonder dat sprake is van het onthouden van noodzakelijke zorg?

Gezien de verblijfstijd in en de capaciteit van verzorgingshuizen is de wachttijd vaak meer dan een jaar.

Hoe lang meent de staatssecretaris dat de wachtperiode kan zijn zonder dat sprake is van het onthouden van noodzakelijke zorg?

Bij de beantwoording van vraag 42 heb ik al aangegeven dat gegevens over wachtlijsten en wachttijden niet hard genoeg zijn om er echt duidelijke conclusies aan te verbinden. Waar inzicht in de exacte wachttijd én in de zorg die als «second best» oplossing in de tussentijd geboden wordt nog deels ontbreekt, zijn vraagstukken over de maximaal aanvaardbare wachttijd op dit moment niet aan de orde. Optimaal inzetten van extra middelen en andere instrumenten is de eerste prioriteit.

47

Het merendeel van de thuiszorginstellingen rantsoeneren huishoudelijke zorg of hanteren wachttijden van maanden. Dit kan leiden tot achteruitgang in fysiek en sociaal welbevinden van de cliënten.

In hoeverre is de staatssecretaris op de hoogte van achteruitgang van mensen als gevolg van het niet voldoende ondersteund worden door thuiszorg?

In de thuiszorg is geregeld dat de indicatiestelling objectief en onafhankelijk geprotocolleerd is, de toewijzing van zorg door het zorgkantoor gebeurt en tot slot dat de zorg door de thuiszorginstelling wordt geleverd. Deze drie instellingen voeren de aanspraak thuiszorg in de regio uit. Deze partners in de regio dienen dan ook, gegeven de regionale situatie, afspraken te maken over wachtlijsten en wachttijden. Het is mij bekend dat mensen die te weinig zorg ontvangen daarvan nadelige gevolgen kunnen ondervinden.

In de meerjarenafspraken verpleging en verzorging is daarom o.m. met LVT en BTN afgesproken gezamenlijk de problematiek van wachtlijsten verder aan te pakken.

48

In het JOZ 1999 wordt bij de beschrijving van het huidige aanbod en de vooruitblik gesteld dat de intramurale capaciteit van verpleeghuizen licht stijgt, van verzorgingshuizen daalt en dat de groei bijna geheel extramuraal zal moeten zijn. Dit spoort niet met de ramingen van de onderzoeksinstellingen. Daaruit blijkt dat de zorgperiode naar later in het leven verschuift maar dat dit uitstel geen afstel betekent.

Hoe reëel is de premisse dat de wensen van ouderen om zolang mogelijk in de eigen omgeving te blijven tot gevolg hebben dat de intramurale capaciteit niet hoeft te stijgen met de vergrijzing van de bevolking?

De wens van ouderen om zolang mogelijk in de thuissituatie zorg te ontvangen heeft gevolgen voor de gemiddelde leeftijd waarop personen intramurale zorgverlening ontvangen. Dat heeft ten opzichte van het verleden tevens gevolgen voor de noodzakelijke groei van de intramurale capaciteit. Op dit moment bestaat er nog een situatie waarbij de groei van de vraag naar zorg als gevolg van de vergrijzing hoofdzakelijk kan worden opgevangen met uitbreiding van de extramurale capaciteit, als gevolg van een voortgezet substitutiebeleid.

49

De overzichten in het JOZ geven aan dat het aantal werkenden in de verpleeghuizen en verzorgingshuizen geen gelijke tred houdt met de combinatie van aantallen verzorgden, zorgzwaarte en de overgang van de 38- naar de 36-urige werkweek. Het ziekteverzuim in de sector ligt boven het landelijk gemiddelde – signaal van hoge werkdruk en wederom een

verzwaring van het werk. Instellingen geven aan dat het personeelsbeleid onder druk staat.

Hoe reëel is de uitspraak van de Minister van VWS dat een beter arbobeleid voldoende zou zijn om de werkdruk te verlichten en het personeelsbestand op peil te krijgen en te houden?

De weergave van de opvatting van de Minister is niet geheel correct. Een beter beleid inzake de arbeidsomstandigheden is geen voldoende voorwaarde maar wel van groot belang om het verzuim van de werknemers te voorkomen. Hieraan kunnen de zorginstellingen zelf hun steentje bijdragen. Ook door middel van extra middelen voor de sectorfondsen draagt VWS bij aan betere arbeidsomstandigheden. Op deze wijze kan een neergaande spiraal op het punt van toenemende werkdruk omgevormd worden tot een opgaande spiraal van afnemende werkdruk. Uiteraard is hiermee het probleem van de werkdruk niet geheel op te lossen.

De inzet van extra handen aan het bed in 1998 en conform de meerjarenafspraken opnieuw in deze regeerperiode zal ook haar bijdrage verlenen aan verlichting van de werkdruk en – naar ik hoop en verwacht – ook tot een reductie in het ziekteverzuim leiden.

Hiermee wordt een samenspel van beleid op bestuurlijk niveau en beleid op instellingsniveau mogelijk, dat het probleem van de werkdruk in de loop van een paar jaar aanzienlijk kan verlichten.

50

In de thuiszorg blijft het aantal FTE's in de uitvoerende sector ongeveer gelijk, terwijl het aantal werkenden stijgt. Gezien het gemiddelde dienstverband van 0,35 wordt de beschikbare menskracht niet ten volle benut.

Is de staatssecretaris bereid actief mee te werken aan het meer betrekken van thuiszorgwerkers bij het werk door het verbeteren van primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden, bijvoorbeeld scholing?

In de meerjarenafspraken is er op het punt van arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden een aantal uitgangspunten overeengekomen. Deze punten worden in de komende maanden uitgewerkt. Zo zullen de sociale partners in de thuiszorg tijdens het CAO-overleg concrete afspraken maken over de werkdruk, scholing en vanzelfsprekend de arbeidsvoorwaarden.

51

Het gemiddelde inkomen van de verzorgingshuisbewoner is lager dan geraamd. Dat wijst er op dat het een weinig kapitaalkrachtige groep is. Wat is het bedrag dat de laagste inkomensgroep per maand vrij besteedbaar overhoudt?

In de bijdrageregeling zorg (Stcrt. 1998, nr. 88) is bepaald dat ongehuwden minimaal f 394,52 per maand ter vrije besteding overhouden en gehuwden f 657,77.

52

De fractie van GroenLinks is verheugd dat de extra inzet van de f 90 mln. door de motie-Wallage achteraf gecontroleerd wordt op output en productie, en dat de instellingen verantwoording moeten afleggen over de besteding van de extra middelen. Wel heeft zij zorgen ten aanzien van de incidentele inzet van de middelen. Hoe kunnen instellingen een consistent beleid voeren als zij niet zeker zijn van structurele middelen?

Met het in ieder geval in 1998 in een aantal gevallen incidenteel toedelen van Wallage-middelen is tegemoetgekomen aan de wens van een aantal provincies/grote steden om na maart 1998 nog tot een gewijzigd advies te

kunnen komen. Eerst in de herfst van 1997 werd bekend dat de Wallage-middelen ter beschikking zouden komen. Dat gaf de provincies/grote steden slechts beperkt de tijd om tot een advies te komen, wilden de middelen nog in 1998 tot besteding kunnen komen. In die situatie is in een aantal gevallen geadviseerd tot incidentele inzet voor 1998. Verder is in 1998 een gedeelte van de Wallage-middelen ingezet voor de incidentele afkoop van de boekwaarde ten behoeve van het realiseren van verpleeg-units. Aangezien het bij de Wallage-middelen om structurele middelen gaat, is het met de afkoop van de boekwaarde gemoeide bedrag vanaf 1999 structureel herinzetbaar. Hoewel de incidentele inzet van middelen niet in alle situaties ideaal is, was dat in de gegeven situatie te prefereren boven het niet-inzetten.

Vragen SGP-fractie

53

Inzake de uitvoering van de thuiszorgbijdrageregeling voor reikwijdtezorg is onduidelijk wie (verzorgingstehuis, thuiszorg, zorgkantoor) wat moet doen. Kan dit worden verduidelijkt? Welke maatregelen worden getroffen om de informatievoorziening met betrekking tot deze regeling te verbeteren?

Zie het antwoord op vraag 5 en 13.

54

Hebben provincies/grote steden daadwerkelijk gebruik gemaakt van de mogelijkheid om eventueel gewenste wijzigingen voor latere jaren kenbaar te maken?

Zie het antwoord op vraag 3.

56

Waarom wordt in de onderhavige voortgangsrapportage in het geheel niet gesproken over het scheiden van wonen en zorg? Hoe staat het kabinet tegenover het duidelijk vormgeven van een tussengebied tussen volledig intramuraal verblijf en puur zelfstandig wonen? Hoe wordt gedacht over het instellen van een woonzorgstimuleringsfonds? Zijn de pilot-studies inzake de mogelijkheden en consequenties van het onderscheiden van zorg binnen de AWBZ reeds van start?

Op 9 april 1998 is in een Algemeen Overleg met u gesproken over de visie van het (vorige) kabinet ten aanzien van dit onderwerp. De rapportage over de eerste en de tweede fase van het project scheiden van wonen en zorg vormde daarbij het uitgangspunt. Gesteld kan worden dat uit dit overleg geen gezichtspunten naar voren kwamen die ertoe leidden dat de visie, zoals verwoord in de tweede rapportage, moet worden aangepast. Dit heeft geleid tot het besluit om een en ander mee te nemen in de brief aan u met betrekking tot de wijze waarop de verzorgingshuiszorg als aanspraak onder de AWBZ zal worden gebracht. Deze brief komt voort uit de Overgangswet verzorgingshuizen waarin wordt aangegeven dat voor 1 januari 1999 dit inzicht moet worden geboden. Deze brief zult u binnenkort ontvangen.

Rijswijk, 7 november 1997

Tijdens het Algemeen Overleg van 5 november jl. over de modernisering ouderenzorg werd door mevrouw Van Blerck-Woerdman een brief aan de orde gesteld afkomstig van de heer Vorstenbosch inzake de tariefstelling van verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleeghuisdependance. Ik heb u toegezegd hierop een reactie te geven voor de behandeling van het JOZ-1998 van 10 november 1997. Tevens meld ik u dat de betreffende brief van de heer Vorstenbosch op 22 juli 1997 door mij in algemene zin is beantwoord. Ter informatie treft u die brief aan.

Hieronder treft u mijn nadere reactie aan.

De heer Vorstenbosch geeft een aantal voorbeelden van situaties waaruit zou moeten blijken dat er aanzienlijke besparingen zijn te realiseren in het kader van de modernisering van de ouderenzorg.

Ik ben echter van oordeel dat betrokkene een verkeerde voorstelling van zaken geeft. Er worden tarieven van verschillende instellingen met elkaar vergeleken. Bij de (AWBZ-)instellingen hebben tarieven slechts de functie om het door het Cotg toegekende budget vergoed te krijgen. Van belang zijn de aanvaardbare kosten (= budget) die door het Cotg worden bepaald op basis van richtlijnen, met als belangrijkste: de richtlijnen voor personele en materiële kosten en de richtlijnen voor kapitaallasten. Budgetverschillen en als gevolg daarvan tariefverschillen worden met name veroorzaakt door verschillen in kapitaallasten; dit is afhankelijk van de «leeftijd» van de infrastructuur. Besparingen berekenen op basis van verschillen in tarieven tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen met een verpleeghuisdependance mist elke grond. Tevens merk ik op dat de Cotg-richtlijnen voor personele en materiële kosten een gemiddelde zijn.

Ten aanzien van het budget hebben instellingen bestedingsvrijheid. De ene instelling heeft ruim voldoende aan zijn budget, terwijl de andere instelling wellicht met moeite met het budget uitkomt. Dit komt door verschillen in organisatie, doelmatigheid en verzorgingsbehoefte van de bewonerspopulatie.

In de Cotg-budgetsystematiek dient een overschot dan wel een tekort te worden geboekt op reserve aanvaardbare kosten (RAK). De RAK heeft het karakter van een schommelfonds (buffer).

Daarnaast wijs ik op het fenomeen van de interne toerekening van kosten door de individuele instelling. Met name de toerekening van de overheadkosten (directeur, administratie, en overige gemeenschappelijke diensten) door het verzorgingshuis met een verpleeghuisdependance, kan leiden tot een overschot bij het ene onderdeel van de instelling en een tekort bij het andere onderdeel van dezelfde instelling.

Ik ben dan ook van oordeel dat de heer Vorstenbosch niet alleen een eenzijdige, maar ook een onjuiste voorstelling van zaken geeft. De door hem berekende besparingen zijn dan ook helaas niet realistisch.

Overigens ben ik wel van mening dat de bestaande Cotg-richtlijnen voor verpleeghuizen en de «adviesrichtlijnen» voor verzorgingshuizen beter op elkaar moeten worden afgestemd. Ook dient er een verfijning van de richtlijnen plaats te vinden naar zorgzwaarte. Dit proces is reeds gestart in het kader van het onderbrengen van de verzorgingshuizen als aanspraak

in de AWBZ. Daarnaast wordt ook de ouderenzorg thans onderworpen aan de zogenoemde benchmarking, dit om te komen tot een vergroting van een doelmatige inzet van de beschikbare middelen.

Ik vertrouw erop u hiermee naar behoren te hebben geïnformeerd.

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. G. Terpstra