

Vergaderjaar 1999–2000

26 801

Zorgnota 2000

Nr. 1

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

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

's-Gravenhage, 21 september 1999

Hierbij sturen wij u de Zorgnota 2000, voorheen het Jaaroverzicht Zorg. Met de nieuwe naam willen wij het meer beleidsmatige karakter van de nota onderstrepen. Wij gaan in de Zorgnota uitgebreid in op de (toekomstige) beleidsinhoudelijke en financiële ontwikkelingen binnen de zorgsector. Een belangrijk onderdeel hiervan is een beschrijving van de uitvoering van het Regeerakkoord 1998. Daarnaast geeft de Zorgnota de meerjarenafspraken weer, die met diverse zorgsectoren gemaakt zijn. De Zorgnota geeft in het verlengde daarvan inzicht in de financiële middelen die wij voor 2000 en latere jaren beschikbaar stellen aan de diverse sectoren.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
M. Vliegenthart

Vergaderjaar 1999–2000

26 801

Zorgnota 2000

Nr. 2

NOTA

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING		9
1.1	Algemeen	9
1.2	Van JOZ naar Zorgnota	14
1.3	Financieel beleid op hoofdlijnen	17
1.4	Leeswijzer Zorgnota 2000	23
HOOFDSTUK 2 GEZONDHEIDSBEVORDERING		25
2.1	Terreinbeschrijving	25
2.2	Evaluatie	27
2.2.1	Lokaal gezondheidsbeleid	27
2.2.1.1	Openbare Gezondheidszorg	27
2.2.1.2	Jeugdgezondheidszorg	28
2.2.2	Programmatische preventie	28
2.2.3	Determinanten- en facetbeleid	31
2.2.4	Overige onderwerpen	34
2.3	Beleidsvoornemens	35
2.3.1	Gezondheidsbeleid	35
2.3.2	Lokaal gezondheidsbeleid	36
2.3.3	Programmatische preventie	36
2.3.4	Overige onderwerpen	37
HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG		41
3.1	Terreinbeschrijving	41
3.2	Hoofdpunten van beleid	44
3.2.1	Verzekeraars aan zet	44
3.2.2	Naar een patiëntgeoriënteerde zorg	45
3.2.3	Toegankelijkheid van de zorg	48
3.2.4	Geneesmiddelenbeleid	49
3.2.5	Beroepen in beweging	51
3.3	Evaluatie	54
3.3.1	Algemene, categorale en academische ziekenhuizen en medisch specialisten	54
3.3.1.1	Macrobudgetten in de Zorgnota	54
3.3.1.2	Bekostiging	54
3.3.1.3	Honorering en Goodwill	55
3.3.1.4	Bouw ziekenhuizen	56
3.3.1.5	Positionering ziekenhuizen	57
3.3.1.6	Regionale ondersteuning medisch specialisten	61
3.3.1.7	Orgaandonatie	61
3.3.2	Huisartsen	62
3.3.2.1	Vraagontwikkeling	62

3.3.2.2	Capaciteit	62
3.3.2.3	Praktijkondersteuning	62
3.3.2.4	Elektronisch Voorschrijf Systeem	63
3.3.2.5	Apotheekhoudende huisartsen en experimenten scheiding inkoop en zorg apotheek	63
3.3.3	Kraamzorg	63
3.3.4	Paramedische zorg	64
3.3.4.1	Kwaliteitsbeleid	64
3.3.4.2	Informatievoorziening	64
3.3.4.3	Experimenten	64
3.3.4.4	Lange Termijn visie	65
3.3.4.5	Tarief en goodwill	65
3.3.5	Ambulancezorg	65
3.3.5.1	Ontwikkeling van regionale ambulancevoorzieningen	65
3.3.5.2	Kwaliteitsbeleid	65
3.3.5.3	Informatie- en communicatietechnologie	66
3.3.5.4	Kostenbeheersing	66
3.3.5.5	Budgetteringssysteem	66
3.3.6	Overig ziekenvervoer	66
3.3.7	Mondzorg	67
3.3.8	Verloskundige zorg	67
3.3.8.1	Positionering verloskundige zorg	68
3.3.8.2	Werkomstandigheden	68
3.3.8.3	Kwaliteit van verloskundige zorg	69
3.3.8.4	Academisering fysiologische verloskunde	69
3.4	Beleidsvoornemens	69
3.4.1	Samenvatting beleidsvoornemens	69
3.4.2	Beschikbare middelen	70

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMSMATERIALEN **73**

4.1	Terreinbeschrijving	73
4.1.1	Geneesmiddelen	74
4.1.2	Medische hulpmiddelen	76
4.1.3	Lichaamsmaterialen	76
4.2	Geneesmiddelenbeleid	76
4.2.1	Evaluatie en lopend beleid	76
4.2.2	Nieuwe beleidsvoornemens en maatregelen	80
4.2.2.1	Beleidsvoornemens korte termijn	80
4.2.2.2	Meerjarenafspraken	81
4.2.2.3	Beleidsvoornemens lange termijn	82
4.3	Medische hulpmiddelenbeleid	83
4.3.1	Evaluatie medische hulpmiddelenbeleid	83
4.3.2	Nieuwe beleidsvoornemens medische hulpmiddelen	85
4.3.2.1	Beleidsvoornemens	85
4.4	Lichaamsmaterialen	86
4.4.1	Evaluatie lichaamsmaterialenbeleid	86
4.4.2	Beleidsvoornemens lichaamsmaterialenbeleid	87

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG **89**

5.1	Terreinbeschrijving	89
5.2	Evaluatie	91
5.2.1	Zorgvernieuwing	92
5.2.2	Wet Bijzondere opnemingen psychiatrisch ziekenhuis (Bopz)	93
5.2.3	Wachtlijsten	94
5.3	Beleidsvoornemens	95
5.3.1	Versterken eerste lijn	96
5.3.2	Aanpassingen in stelsel en structuur	96
5.3.2.1	'Modernisering' sturingsinstrumentarium	96
5.3.2.2	Indicatiestelling	96
5.3.2.3	Ziekenhuispsychiatrie	96
5.3.2.4	Besturing verslavingszorg herijkt	97
5.3.3	Herziening beroepenstructuur	97
5.3.4	Kwaliteit en doelmatigheid	98
5.3.5	Preventie en geestelijke volksgezondheid	100
5.3.5.1	Preventie en geestelijke volksgezondheid	100
5.3.5.2	Psychische arbeidsongeschiktheid	101
5.3.6	Kennisontwikkeling en kennisoverdracht	101
5.3.6.1	Intensivering onderzoek	101
5.3.6.2	Kenniscentra en kennisnetwerken; werkplaatsfunctie.	101
5.3.7	Versterken samenwerking gemeenten en GGZ	101

5.3.7.1	Uitvoering van taken op het gebied van de openbare GGZ	102
5.3.7.2	Maatschappelijke opvang	102
5.3.7.3	Overlastbeleid	103
HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG		105
6.1	Inleiding	105
6.2	Terreinbeschrijving	105
6.3	Evaluatie	107
6.3.1	Intensiveringen 1998	107
6.3.2	Najaarsakkoord meerjarenaafspraken 1999	108
6.3.2.1	Aanpak meerjarenaafspraken	108
6.3.2.2	Maatregelen wachtlijstaanpak 1999 lichamenlijk gehandicapten en verstandelij gehandicapten	110
6.3.2.3	Transformatie infrastructuur / kleinschaligheid	110
6.3.2.4	Dagbesteding	111
6.3.2.5	Arbeidsmarktbeleid	112
6.4	Beleidsvoornemens: inhoudelijk en financieel	113
6.4.1	Beleid gericht op specifieke groepen	115
6.4.2	Doorstroming dagbesteding	117
6.4.3	Informatievoorziening/juridische ondersteuning	117
6.4.4	Samenwerking tussen sectoren	118
6.5	Beleidsvoornemens: het instrumentarium	118
6.5.1	Modernisering AWBZ	118
6.5.2	Persoonsgebonden budget	119
6.5.3	Aanpak wachtlijsten	120
6.5.4	Zorgregistratie	120
6.5.5	Benchmarking en informatievoorziening	120
HOOFDSTUK 7 VERPLEGING EN VERZORGING		123
7.1	Terreinbeschrijving	123
7.2	Evaluatie	125
7.2.1	Verpleging en verzorging	125
7.2.1.1	Indicatiestelling	125
7.2.1.2	Privacybeleid	126
7.2.1.3	Verpleegunits	126
7.2.1.4	Persoonsgebonden budget (PGB)	126
7.2.1.5	Afkoop subsidies door VROM.	127
7.2.1.6	Thuiszorg	127
7.2.2	Modernisering Ouderenzorg	128
7.2.3	Meerjarenaafspraken (MJA)	129
7.2.3.1	Najaarsakkoord 1998	129
7.2.3.2	Derde partij	130
7.2.3.3	Inzet intensiveringsmiddelen 1999	130
7.3	Beleidsvoornemens	132
7.3.1	Meerjarenaafspraken	132
7.3.1.1	Voorjaarsakkoord 1999	132
7.3.1.2	Bouw verpleeghuizen	133
7.3.1.3	PGB	133
7.3.1.4	Psycho Gerontologische – problematiek	133
7.3.1.5	Werkdruk	133
7.3.1.6	Volume/wachtlijstenmiddelen	133
7.3.1.7	Derde partij	134
7.3.1.8	Overig	134
7.3.2	Verpleging en verzorging	134
7.3.2.1	Plan van aanpak wachtlijsten	134
7.3.2.2	Persoonsgebonden budget (PGB)	134
7.3.2.3	Thuiszorg	135
7.3.2.4	Meetbare resultaten	136
7.3.2.5	Versterken positie derde partij	137
7.3.2.6	Geneesmiddelen en hulpmiddelen	137
7.3.2.7	Kleinschalig wonen voor dementerenden	139
7.3.3	Modernisering Ouderenzorg	139
HOOFDSTUK 8 BEHEER ZORGVERZEKERINGEN		141
8.1	Inleiding	141
8.2	Terreinbeschrijving	141
8.2.1	Structuur	141
8.2.2	Financiën	143
8.3	Evaluatie	145
8.3.1	Structuur: Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid	145
8.3.2	Financiën: budgettering beheerskosten	146

8.4	Beleidsvoornemens	146
8.4.1	Structuur	147
8.4.1.1	Implementatie Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid	147
8.4.1.2	Modernisering en verzelfstandiging toezicht zorgverzekeringen	147
8.4.1.3	Toezicht op de zorgaanbieders	148
8.4.2	Financiën	149
8.4.2.1	Premie-inning ZFW	149
8.4.2.2	Invoering Sofi-nummer in de AWBZ	149
8.4.2.3	Beheerskosten zorgkantoren	149
8.4.2.4	Reserves ziekenfondsen	150
8.4.2.5	Reserves voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering	150
8.4.2.6	Terugdringen administratieve lasten	151

HOOFDSTUK 9 FINANCIERING 153

9.1	Inleiding	153
9.2	Terreinbeschrijving	156
9.3	AWBZ	158
9.3.1	De AWBZ op lange termijn	160
9.3.1.1	Uitkomsten onderzoeken	160
9.3.1.2	Conclusie	161
9.4	Ziekenfondswet	162
9.4.1	Ziekenfondsbudgettering	162
9.4.2	Ziekenfondsverzekering	164
9.5	Particuliere ziektekostenverzekering	169
9.6	Overheid	171
9.7	Eigen betalingen en overige financiering	172

BIJLAGE A1 ARBEIDSMARKTBELEID B4

A1.1	Inleiding	B4
A1.2	Arbeidsmarkt	B4
A1.2.1	Arbeidsmarktontwikkelingen in de Nederlandse economie	B4
A1.2.2	Arbeidsmarktontwikkelingen in de zorgsector	B5
A1.2.3	Doelstellingen arbeidsmarktbeleid	B7
A1.2.4	Convenanten arbeidsmarkt	B8
A1.2.5	Aandachtspunten voor VWS-beleid	B9
A1.2.6	Uitvoering van arbeidsmarktbeleid: sectorfondsen	B14
A1.2.7	Arbeidsmarktonderzoek	B15
A1.3	Werkgelegenheid Doelgroepen	B17
A1.3.1	Allochtonen in de zorgsector	B17
A1.3.2	Instroom/Doorstroombanen (extra zorgbanen)	B18
A1.4	Opleidingen en beroepskrachten	B19
A1.4.1	Artsen	B20
A1.4.2	Tandartsen	B20
A1.4.3	Psychiaters	B21
A1.4.4	Verloskundigen	B21
A1.4.5	Paramedici	B22
A1.4.6	Verpleegkundigen	B22
A1.4.7	Overige beroepen	B23
A1.5	Arbeidskosten	B23
A1.5.1	De arbeidskostenontwikkeling	B23
A1.5.2	De nieuwe aanpak ova en de relatie met meerjarenafspraken	B23
A1.5.3	Alphahulpen	B24

BIJLAGE A2 BOUWBELEID EN BOUWKADERS B25

A2.1	Planning- en bouwbeleid	B25
A2.1.1	Uitgangspunten	B25
A2.1.2	Ontwikkelingen in het beleid	B26
A2.1.2.1	Meerjarenafspraken, bouwkaders en bouwprogramma	B26
A2.1.2.2	Uitvoeringsregelgeving	B29
A2.1.3	Meldingsregeling instandhoudingsbouw	B30
A2.2	Budgettaire gevolgen planning- en bouwbeleid	B31
A2.2.1	Inleiding	B31
A2.2.2	Bouwkaders instandhoudingsbouw	B32
A2.2.3	Bouwkaders uitbreidingsbouw	B33
A2.2.4	Technische actualisatie van het bouwprogramma 1997–2000	B35
A2.2.5	Ramingen meldingsbouw	B35
A2.2.6	De investeringskosten van het bouwprogramma	B35
A2.2.7	Investeringen in academische ziekenhuizen	B36
A2.3	Overige onderwerpen	B37
A2.3.1	Herziening WZV	B37
A2.3.2	Waarborgfonds en rentenormering	B37

A2.3.3	Verbetering van informatievoorziening bouw	B38
A2.3.4	Raad op maat	B38
BIJLAGE A3 FINANCIËLE INFORMATIEVOORZIENING		B40
A3.1	Inleiding	B40
A3.2	Realisatiecijfers	B40
A3.3	Ramingsmodel Zorgsector	B43
A3.4	De werkgroep ramingen	B44
A3.5	Inkomensgegevens in het Bijdrage besluit zorg	B45
BIJLAGE A4 INTERNATIONALE VERGELIJKING VAN ZORG		B46
A4.1	Inleiding	B46
A4.2	Ontwikkeling zorgquote en uitgaven per capita	B46
A4.3	Zorgketens	B48
A4.3.1	Drie zorgketens buiten Nederland	B48
A4.3.2	Faal- en Succesfactoren	B49
A4.4	Tot slot	B49
BIJLAGE A5 RESERVES EN VOORZIENINGEN INSTELLINGEN		B51
BIJLAGE A6 WTG-AANGELEGENHEDEN		B55
A6.1	Inleiding	B55
A6.2	(Voorgenomen) aanwijzingen aan het COTG	B55
A6.3	Door het COTG vastgestelde beleidsregels	B55
A6.4	Aanpassingen regelgeving	B55
A6.5	WTG-notitie	B57
A6.6	Activiteiten ECD	B57
BIJLAGE A7 CAPACITEITEN INSTELLINGEN		B61
BIJLAGE A8 GEBRUIKTE TERMEN EN HUN BETEKENIS		B79
BIJLAGE A9 MEEWERKENDE ORGANISATIES		B91
BIJLAGE B1 FINANCIËLE TOELICHTING		B92
B1.1	Inleiding	B92
B1.2	Financiële kerncijfers zorguitgaven en Budgettair Kader Zorg	B92
B1.3	Mutaties ten opzichte van JOZ 1999	B93
B1.4	Groeiruimte 2000 volgens Regeerakkoord en aanvullend beleid	B99
B1.5	Zorgnota 2000 en begroting VWS 2000	B100
BIJLAGE B2 GEZONDHEIDSBEVORDERING		B102
B2.1	Pre- en postnatale screening	B102
B2.1.1	Inleiding	B102
B2.1.2	Preventie van zwangerschapsimmunisatie	B102
B2.1.3	Syfilis	B103
B2.1.4	Hepatitis B	B103
B2.1.5	Phenylketonurie	B103
B2.1.6	Congenitale hypothyreoïdie	B104
B2.1.7	Adrenogenitaal syndroom	B104
B2.1.8	Afstemmingsaspecten	B105
BIJLAGE B3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG		B106
BIJLAGE B4 FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMS-MATERIALEN		B108
B4.1	Capaciteit	B108
B4.2	Voorschriften per verzekerde	B108
B4.3	Kosten per verzekerde	B108
B4.4	Kosten per voorschrift	B109
B4.5	Voorschriften en basisvergoeding WTG-artikelen per verzekerde	B109
B4.6	Voorschriften per verzekerde naar leeftijd en geslacht	B110
B4.7	Ontwikkeling geneesmiddelenomzet naar hoofdgroepen	B110
B4.8	Receptregelvergoeding: opbouw en ontwikkeling, 1995–1999	B111
B4.9	Realisatie en raming uitgaven farmaceutische hulp	B111
B4.10	Deelmarkten medische hulpmiddelen	B112
BIJLAGE B5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG		B113

B5.1	Intramuraal	B113
B5.2	Semimuraal en extramuraal	B114
B5.3	Het GGZ-gebruik op basis van patiëntenregistraties	B115
BIJLAGE B6 GEHANDICAPTENZORG		B117
6.1	Verpleeg- of verzorgingsdagen	B117
BIJLAGE B7 VERPLEGING EN VERZORGING		B119
B7.1	Thuiszorg	B119
B7.1.1	Ontwikkeling productieafspraken en tarieven	B121
B7.2	Meerjarenafspraken	B122
BIJLAGE B8 BEHEER ZORGVERZEKERINGEN		B123
BIJLAGE B9 FINANCIERING		B125
BIJLAGE B10 AANSLUITING ZORGNOTA 2000 MET JOZ 1999		B130

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Algemeen

Terugblik Paars I

In de eerste paarse kabinetsperiode zijn in de zorg veel vernieuwingen tot stand gebracht. Accenten lagen op het verbeteren van de aansluiting van de zorgverlening op de behoeften van de patiënt of cliënt en het versterken van de doelmatigheid van de zorg. Deze vernieuwingen vonden plaats tegen de achtergrond van een sterk demografisch bepaalde groei van de vraag naar zorg en tegelijkertijd een breed ervaren noodzaak tot een verantwoorde inzet van voornamelijk collectieve middelen. Ook de partijen in de zorg zelf hebben veel werk gemaakt van vernieuwing. Binnen de directe zorgverlening is dit onder meer gebleken uit het ontwikkelen en invoeren van protocollen, standaarden en richtlijnen en door het herstructureren van het zorgproces via 'kanteling' van de ziekenhuisorganisatie, transmuralisering en ketenvorming. Deze vernieuwing zet door op steeds ruimere schaal. Het is een positieve ontwikkeling, die de doelmatigheid en klantvriendelijkheid verhoogt en die wij dan ook met ons beleid willen stimuleren en ondersteunen.

Regeerakkoord 1998

Het Regeerakkoord 1998 zet de lijnen uit voor de ontwikkeling van de zorg in deze tweede paarse kabinetsperiode; het biedt een goede uitgangspositie voor de voortgang in het vernieuwingsproces. De hoge politieke prioriteit die het Regeerakkoord geeft aan de zorg betekent een erkenning van het belang van de zorg, zowel voor individuele burgers als voor de Nederlandse samenleving en economie als geheel.

Trendonderzoek van het Sociaal en Cultureel Planbureau laat zien dat de Nederlandse burgers zeer hechten aan een goede gezondheid. Ruim de helft van de bevolking vindt 'een goede gezondheid' het belangrijkste dat men in zijn leven kan hebben, van meer belang nog dan 'een goed huwelijk' en 'een leuk gezin'.

In maatschappelijk opzicht is de gezondheidszorg een belangrijk onderdeel van de sociale infrastructuur; de zorg levert een grote bijdrage aan de kwaliteit van het bestaan van chronisch zieken, gehandicapten en ouderen met gebreken en aan het herstel en de revalidatie van patiënten.

Daarnaast is de zorg een economische sector van betekenis. De groei van de zorgproductie draagt voor circa 10% bij aan de groei van het bruto binnenlands product (BBP). In de sector zijn circa 860.000 mensen werkzaam, dat is ongeveer 12% van de beroepsbevolking. Het bouwprogramma van de zorg leidt tot forse investeringen met economische spin-off. Hetzelfde geldt voor ontwikkelingen in de medische technologie. De erkenning van het belang van de zorgsector is in het Regeerakkoord budgettair vertaald in een volumegroei van in totaal f 5,66 mld in deze kabinetsperiode. De verdeling van deze groei over de sectoren is in het Regeerakkoord vastgelegd. Daarbij hebben de care-sectoren ouderenzorg en thuiszorg de hoogste prioriteit gekregen, omdat het capaciteitstekort daar het meest schrijnend dreigde te worden.

De algemene uitgangspunten voor het zorgbeleid zijn onveranderd: ons beleid is gebaseerd op algemene toegankelijkheid tot goede zorg, betaalbaarheid, gelijke behandeling en solidariteit.

Voortgang uitvoering Regeerakkoord

In het eerste jaar van deze kabinetsperiode is een voortvarend begin gemaakt met de uitvoering van het Regeerakkoord.

De voorspoedige uitwerking van een nieuwe bestuurlijke aanpak springt daarbij het meest in het oog. Deze aanpak gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en partijen in de zorg voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen

meerjarige financiële kaders. Deze gezamenlijke verantwoordelijkheid legt de basis voor de zogeheten meerjarenafspraken. Doel van deze aanpak is het creëren van bestuurlijke rust, die mede ontstaat als gevolg van de beleidsvrijheid die partijen krijgen om invulling te geven aan de gemaakte afspraken binnen het kader van de gezamenlijk vastgestelde prioriteiten; verzekeraars en aanbieders dragen zelf zorg voor de vertaling van landelijke afspraken op regionaal niveau. Aan die beleidsvrijheid is nadrukkelijk de eis verbonden van transparantie: verantwoording over de inzet van middelen en daarmee bereikte resultaten.

Nog voorafgaand aan de behandeling door de Tweede Kamer van het Jaaroverzicht Zorg 1999 in november 1998, hebben wij najaarsakkoorden gesloten met de belangrijkste organisaties in de curatieve zorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging: zorgaanbieders, zorgverzekeraars en nadrukkelijk ook organisaties van patiënten en cliënten. In deze akkoorden is een groot aantal beleidsmatige en financiële afspraken opgenomen. Bij deze afspraken is een aantal hoofdlijnen in de modernisering van de zorg betrokken, alsmede de inzet van de volumegroei en de realisering van ombuigingen. Met de partijen in de geestelijke gezondheidszorg hebben wij gezamenlijke 'conclusies van overleg' getrokken.

Het overlegmodel met alle betrokken partijen dat voor de najaarsakkoorden is gevormd, hebben wij in de vervolgfase gecontinueerd. In deze fase is gewerkt aan een nadere specificatie van de gemaakte afspraken in de vorm van concrete beleidsvoornemens en plannen van aanpak. Voor de gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging is het resultaat hiervan neergelegd in voorjaarsakkoorden. Met de partijen in een aantal deelsectoren binnen de curatieve zorg hebben wij convenanten gesloten (huisartsen, paramedici).

Het verloop van het traject Meerjarenafspraken in het afgelopen jaar heeft ons het vertrouwen gegeven dat onze investeringen in de samenwerking met de partijen in het 'zorgveld', inderdaad rendement opleveren in de vorm van een duurzame draagvlakverbreding voor het beleid. Over de uitwerking van de nieuwe bestuurlijke aanpak en de inhoud van de meerjarenafspraken hebben wij de Tweede Kamer uitvoerig geïnformeerd.¹ Deze thema's zijn in het overleg met de Tweede Kamer verschillende malen aan de orde geweest.

Binnen het overlegmodel van de meerjarenafspraken is aandacht voor de informatievoorziening een eerste vereiste. Bij het nemen van verantwoordelijkheid door partijen past het afleggen van verantwoording over de besteding van collectieve middelen, zodat een transparante relatie ontstaat tussen inhoudelijke en financiële doelstellingen enerzijds en geleverde prestaties anderzijds. De verbetering van de informatievoorziening heeft een belangrijke impuls gekregen met het informatieconvenant, dat wij op 29 juni 1999 hebben afgesloten met de branche-organisaties van verzekeraars, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor ambtenaren (KPZ). Dit convenant bevat concrete afspraken over een snellere en frequentere aanlevering van gegevens over de zorguitgaven door de zorgverzekeraars. Met dit convenant én de aanpak van de informatievoorziening bij de meerjarenafspraken hebben wij tevens uitvoering gegeven aan de motie-Van Vliet.² Desgevraagd hebben wij de Tweede Kamer op 26 augustus 1999 nader geïnformeerd over de prestatieafspraken in relatie tot inzet van intensiveringsmiddelen, de wijze waarop monitoring van resultaten plaatsvindt en overige afspraken over informatievoorziening die in het kader van de meerjarenafspraken zijn gemaakt (notitie 'Informatievoorziening meerjarenafspraken zorgsector', bijlage bij brief FEZ-U-99866).

¹ Tweede Kamer 26 204, nr. 5, 13 november 1998, Tweede Kamer 26 204 nr. 35, 5 maart 1999, Tweede Kamer 26 204 nr. 36, 21 april 1999.

² Tweede Kamer 26 204, nr. 26 (herdruk), 23 november 1998.

Conform de afspraken in het Regeerakkoord heeft het kabinet met ingang van 1999 de eigen bijdragen voor verstrekkingen van de Ziekenfondswet afgeschaft. Ter budgettaire dekking zijn tegelijkertijd de nominale premies verhoogd. Ook is de toegangsbijdrage voor de thuiszorg en voor de preventieve zorg aan 0- tot 4-jarigen (consultatiebureau) komen te vervallen.

In het Regeerakkoord is verder overeengekomen in deze kabinetsperiode door te gaan met het moderniseren van de zorg binnen het bestaande stelsel met drie financieringscompartimenten. Onze visie op de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment in relatie tot het streven naar meer doelmatigheid hebben wij eind april 1999 aan de Tweede Kamer voorgelegd.¹

Inmiddels hebben wij ook een wetsvoorstel aan de Tweede Kamer gezonden om kleine zelfstandigen onder de ziekenfondsverzekering te brengen. Met deze wet brengen wij de kosten voor ziektekostenverzekering van zelfstandigen met een belastbaar inkomen tot f 41.200,- meer in overeenstemming met hun financiële draagkracht.

Voor de modernisering van het eerste AWBZ-gefinancierde compartiment hebben wij in overleg met het veld een plan van aanpak opgesteld. Dit plan is in juni 1999 gepresenteerd met als titel 'Zicht op Zorg'.² Deze titel verwijst naar het perspectief van de cliënt of patiënt die afhankelijk is van zorg. In het verlengde daarvan verwijst de titel ook naar de doelstelling van de modernisering om de zorg meer vraaggestuurd te organiseren. Vergaande flexibilisering en ontschotting binnen de AWBZ moet de ruimte creëren om het aanbod van de zorgverlening beter te laten aansluiten bij de daadwerkelijke behoefte. De zorgkantoren krijgen bij de regionale uitvoering van de gemoderniseerde AWBZ een centrale rol, onder meer bij het beheer van wachtlijsten.

Na meer dan vijf jaar discussie hebben de Staten-Generaal in het voorjaar 1999 ingestemd met het voorstel voor een Machtigingswet Waarborgfonds Zorgsector; recent zijn de stichtingsaktes getekend. Het waarborgfonds zal een bijdrage leveren aan de doelmatige aanwending van middelen, doordat instellingen bij borging een rentevoordeel kunnen behalen. Nog vóór januari 2000 zal het fonds daadwerkelijk van start gaan.

Beleidsagenda 2000

Onze inzet is om de uitvoering van het Regeerakkoord 'op stoom' te houden. Het komende jaar is cruciaal voor het realiseren van beleidsvoor-nemens op diverse terreinen. Deze onderwerpen staan dan ook hoog op onze beleidsagenda.

In de eerste plaats gaat het dan om beleidsinspanningen gericht op de twee W's: het reduceren van de wachtlijsten in cure en care en het verminderen van de werkdruk, met name in de care. De extra financiële middelen leveren een belangrijke bijdrage aan het oplossen van deze problematiek, maar extra geld alleen is nadrukkelijk niet voldoende.

Het verkorten van de wachttijden voor zorg heeft hoge prioriteit en is dan ook een hoofdthema in de meerjarenafspraken. Een belangrijk deel van de toegestane volumegroei wordt ingezet om de capaciteit te vergroten. Maar parallel hieraan is ook een verbetering van de organisatie van de zorgverlening noodzakelijk om aan de groeiende zorgvraag te kunnen voldoen. Het verbeteren van het procesmanagement, gericht op versterking van afstemming en samenhang in de zorgketen, zien wij als een belangrijke voorwaarde voor een optimaal rendement van het beschikbare aanbod.

¹ Tweede Kamer 26 517, 29 april 1999.

² Tweede Kamer 26 631, nr. 1, 29 juni 1999.

Voor een gericht capaciteitsbeleid is een beter inzicht in de ontwikkeling in de zorgvraag en de omvang van wachtlijsten en de duur van wachttijden dringend noodzakelijk. Het ontbreken van deugdelijke registraties van achterstanden in de zorg achten wij niet acceptabel. Een van de onderdelen van de meerjarenafspraken is dan ook dat instellingen meedoen aan een uniform registratiesysteem van wachtenden.

De gecombineerde aanpak: meer geld, betere logistiek, betere samenwerking tussen instellingen én transparantie heeft bijvoorbeeld voor de ingrepen aan het hart al tot een forse reductie van de wachttijden geleid; deze beginnen thans volgens de patiëntenvereniging Aanvaardbaar te worden.

Het verminderen van de werkdruk voor het personeel is in de meerjarenafspraken met de care-sectoren een ander belangrijk thema. Met de extra middelen kunnen instellingen extra personeel aantrekken, zodat er 'meer handen aan het bed' actief zijn. Daarnaast gaat het ook om een leeftijdsgericht personeelsbeleid en een werkdrukverlichtende organisatie van de zorg door flexibilisering, bestrijding van ziekteverzuim, verbetering van roostertechnieken en ruimere faciliteiten voor kinderopvang.

Tegen de achtergrond van de toenemende zorgvraag is voor de bestrijding van wachtlijsten en werkdruk een flinke groei van personeel in de zorg noodzakelijk, vooral van verplegenden en verzorgenden. Naar verwachting groeit het aantal banen in de zorgsector in de komende jaren met ruim 2% per jaar. Dit komt overeen met een groei van circa 20 000 banen in aanvulling op de jaarlijkse vervangingsvraag van 90 000 banen; in totaal moeten dus jaarlijks 110 000 banen vervuld worden. Die groei komt niet vanzelf tot stand, zeker niet gelet op de forse afname van de werkloosheid in de afgelopen jaren. Deze situatie maakt intensieve aandacht voor de arbeidsmarktpositie van de zorg noodzakelijk; voorkomen dient te worden, dat de financiële ruimte voor investeringen in de zorg onbenut blijft als gevolg van krapte op de arbeidsmarkt ('wel geld, onvoldoende handen'). Deze dreiging is ook aan de orde in andere delen van de collectieve sector, bijvoorbeeld bij de politie en in het onderwijs. De organisaties van werkgevers en werknemers in de zorg spreken wij dan ook aan op hun verantwoordelijkheid voor een vroegtijdige signalering en aanpak van dreigende arbeidsmarktknelpunten. Hiervoor benutten wij onder meer het landelijk overlegkader dat is opgericht als uitvloeisel van het Convenant arbeidsmarkt zorgsector van december 1998. Het gaat er om te bevorderen dat mensen de zorgsector een interessante sector vinden om in te werken. Wij ondersteunen de sociale partners bij een landelijke campagne ter verbetering van de beeldvorming over het werken in de zorg. Om de sector blijvend interessant te maken voor de werknemers is, behalve voor goede secundaire arbeidsvoorwaarden (kinderopvang, goede aanpak ziekteverzuim e.d.), ook meer aandacht nodig voor loopbaanperspectieven en de daarbij behorende scholing.

De recente discussie over voorrangszorg liet zien dat de afbakening van collectieve en private verantwoordelijkheden in de zorg complexe vragen oproept. Twee uitgangspunten moeten worden verenigd: enerzijds gelijke behandeling binnen het zorgstelsel en anderzijds een snelle en adequate hulp in het belang van de werknemer én van de samenleving. In de zorg speelt niet alleen het probleem van de wachttijden, maar ook een gebrek aan kennis over de behandeling van specifieke, arbeidsrelevante klachten en aandoeningen. Wij verwachten dan ook een positief effect van de oprichting van nieuwe kenniscentra, die fungeren als een kristallisatiepunt van dergelijke kennis. Het is de bedoeling dat deze centra niet losstaan, maar gelieerd zijn aan bestaande zorginstellingen.

Een ander speerpunt in de komende periode is het verder vormgeven van het beleid gericht op het beheersen van de kosten van genees- en hulpmiddelen. In de eerste plaats gaat het hier om het realiseren van reeds afgesproken maatregelen, zoals het plan van aanpak hulpmiddelen dat de Tweede Kamer begin dit jaar vaststelde, het afkomen van kortingen en bonussen van apothekers en het wijzigen van de structuur van inkoop en aflevering van geneesmiddelen.

Het tempo van de stijging van de uitgaven voor genees- en hulpmiddelen doet echter de vraag rijzen of de opbrengst van deze maatregelen voldoende zal zijn om overschrijdingen van de bij Regeerakkoord vastgelegde budgettaire kaders te voorkomen. Dergelijke overschrijdingen zouden een risico kunnen vormen voor de ruimte die er is voor de prioriteiten van het Regeerakkoord. (Behalve als het gebruik van genees- en hulpmiddelen leidt tot besparingen op andere vormen van zorg, dan is er natuurlijk geen sprake van verdringing.) Het is daarom zaak te blijven nadenken over het genees- en hulpmiddelenbeleid op de lange termijn. In dit beleid voor de lange termijn staat het stimuleren van zuinig voorschrijven over de hele linie centraal; de pen van de voorschrijver is de sleutel tot kostenbeheersing. Daarmee willen we tevens benadrukken dat kostenbeheersing niet uitsluitend een opgave is voor de genees- en hulpmiddelenbranche zelf. Met name bij de geneesmiddelen kan gebruik worden gemaakt van de ervaringen die worden opgedaan in de 'proeftuinen' van farmacotherapeutisch transmuraal overleg. Zuinig voorschrijven en goedkoop afleveren moeten ruimte binnen het budgettaire kader creëren voor een snelle toelating tot het verzekeringspakket van nieuwe geneesmiddelen met een duidelijke meerwaarde voor de patiënt.

Tot dusverre heeft bij het uitwerken van de nieuwe bestuurlijke aanpak noodzakelijkerwijs de nadruk gelegen op het tot stand komen van de meerjarenakkoorden met de deelsectoren en het inrichten en opstarten van het overlegmodel met het veld. In de komende periode gaat het vooral om de resultaten van de afspraken met aanbieders, verzekeraars en patiënten/consumentenorganisaties. Die resultaten, in de vorm van voor patiënten, cliënten, instellingen en beroepsbeoefenaren zichtbare en merkbare verbeteringen in wachttijden en in het zorgproces, vormen vanzelfsprekend een cruciaal bestanddeel van de nieuwe bestuurlijke aanpak in de sector. Leidraad bij de meerjarenafspraken is dan ook het principe van 'quid pro quo': voor wat hoort wat. Bij het maken van de afspraken hebben wij steeds benadrukt dat het van jaar tot jaar ter beschikking stellen van intensiveringsmiddelen gepaard moet gaan met een heldere verantwoording van prestaties en resultaten, zulks ook in lijn met de motie-Oudkerk.¹

Een transparant informatiestelsel, dat volledig aan de wensen van alle belanghebbenden voldoet, ligt nog niet voor alle deelsectoren binnen handbereik. Dat is geen eenvoudige zaak. In de zorg doen zich ingrijpende veranderingsprocessen voor, zoals ketenvorming en een toename van vraagsturing. Deze hebben hun weerslag op informatiebehoefte, definities van te registreren gegevens en administraties. Rekening houdend met dergelijke haken en ogen bij het ontwikkelen van informatievoorziening en resultaatmeting, zullen wij verdere verbeteringen ondersteunen. In de voorjaarsakkoorden en convenanten Meerjarenafspraken is dan ook een groot aantal initiatieven op dit terrein vastgelegd. Het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) bij het efficiënter en effectiever inrichten en uitvoeren van de zorg verdient daarbij bijzondere aandacht. Zo is afgesproken om in de komende jaren een elektronisch voorschrijfsysteem van geneesmiddelen bij alle huisartsen in te voeren, en om geautomatiseerde systemen voor de registratie van wachtlijsten en wachttijden te implementeren in zowel cure- als caresectoren. Om zo snel mogelijk concrete resultaten te boeken,

¹ Tweede Kamer 26 204 nr. 12 (herdruk), 23 november 1998.

is dit voorjaar het Platform 'ICT in de zorg' opgericht, waarin naast VWS een groot aantal veldpartijen participeren.

Na het afronden van het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ, 'Zicht op Zorg', richt de volgende fase zich op het opstellen van een concreet actieplan. Ook dit plan zal weer gebaseerd zijn op de wisselwerking tussen zorgsector en overheid. Tegelijkertijd zijn er al veel initiatieven in het veld, waaruit blijkt dat de ideeën van 'Zicht op Zorg' worden opgepakt: ZN bereidt de zorgkantoren in praktische zin voor op hun spilfunctie als uitvoerder van de AWBZ; de provincies en vier grote steden hebben reeds een modelopzet ontwikkeld voor een regiovisie. Als onderdeel van de modernisering van de AWBZ werken wij aan het invoeren van de indicatiestelling 'nieuwe stijl' in de gehandicaptenzorg door verbreding van het Zorgindicatiebesluit verpleging en verzorging per 1 januari 2001.

Binnenkort starten op enkele plaatsen in het land experimenten met regionale zorgbudgetten. Doel van deze experimenten is na te gaan wat de mogelijkheden zijn van een verdergaande ontschotting tussen eerste en tweede compartiment met het oog op meer samenhang in de zorg, verbetering van de samenwerking tussen verschillende voorzieningen en versterking van de extramurale zorgverlening.

De resultaten van deze experimenten zullen wij gebruiken voor het onderzoek naar de wenselijkheid van aanpassingen van het verzekeringsstelsel op langere termijn conform de afspraken in het Regeerakkoord. Bij dit onderzoek zullen wij ook een aantal adviezen betrekken: het advies van de Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid (WRR) over de houdbaarheid van solidariteit bij stijgende zorgkosten¹ en de nog te ontvangen adviezen van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over het schaarsteparadigma en de eigen verantwoordelijkheid van de burger, en van de Sociaal-Economische Raad (SER) over een aantal deelvragen rondom solidariteit in het stelsel van ziektekostenverzekeringen. In het onderzoek zal ook aandacht worden gegeven aan internationale aspecten, mede in het verlengde van het arrest van het Europese hof in de zaken Kohll en Decker. Daarbij is de vraag aan de orde in hoeverre nationale verzekeringsstelsels belemmeringen mogen bevatten voor verzekerden om in het buitenland zorg in te roepen.

Een apart onderwerp op onze beleidsagenda is de preventie van ziekten en aandoeningen. Daarbij blijven wij hameren op het positieve effect van een gezonde levensstijl. Kern van het beleid is dan ook om burgers te overtuigen van de gezondheidsrisico's van roken, alcoholmisbruik en drugs, en van het belang van gezond eten en meer lichaamsbeweging. Hier is nog een wereld aan gezondheid te winnen.

1.2 Van JOZ naar Zorgnota

Nadat de naam van dit jaarlijkse document in 1996 van Financieel Overzicht Zorg (FOZ) veranderde in Jaaroverzicht Zorg (JOZ), hebben wij nu opnieuw gekozen voor een andere naam: Zorgnota. Hiermee willen wij het beleidsmatige karakter van dit document onderstrepen. Dit is in lijn met het streven naar een meer beleidsgeoriënteerde opzet van de begroting in het kader van het traject 'Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording'.²

De wijziging van de naamgeving is een goede aanleiding de functies van dit document tegen het licht te houden.

De inhoud van de Zorgnota kan aan de hand van de volgende elementen kort worden omschreven. De nota biedt een (samenvattend) overzicht van

¹ WRR, Volksgezondheidszorg, Rapporten aan de Regering nr. 52, 1997.

² Tweede Kamer 26 573, nrs. 1-2, 19 mei 1999.

de ontwikkelingen op het brede terrein van de zorg. In de Zorgnota geven wij aan:

- welke beleidsdoelen de regering nastreeft;
- wat de ontwikkeling van de uitgaven en financiering van de zorg in het verleden is geweest;
- welke ontwikkeling in uitgaven en financiering van de totale zorg en de daarin te onderscheiden deelsectoren wij wenselijk achten;
- welk beleid en/of wettelijk instrumentarium daartoe wordt ingezet.

Aan de hand van deze korte inhoudsomschrijving kan een drietal functies van de Zorgnota worden onderscheiden.

Informatieve functie

In de eerste plaats dient de Zorgnota als integrale informatiebron van beleidsmatige en financiële gegevens over de gezondheidszorg. De Zorgnota maken wij primair voor het parlement, opdat het parlement de mogelijkheid heeft zich uit te spreken over de beleidsvoornemens van de regering op het terrein van de gezondheidszorg, mede in relatie tot de in Miljoenennota en Sociale Nota gepresenteerde voornemens. Als gevolg daarvan is de Zorgnota tevens een informatiebron voor alle betrokkenen bij het gezondheidszorgbeleid.

Kaderstellende functie

De Zorgnota biedt op hoofdlijnen inzicht in de financiële gevolgen van het voorgenomen beleid op het terrein van de volksgezondheid. In dit verband wordt onder meer inzicht geboden in het budgettaire kader voor de zorguitgaven in het komende jaar, de budgettaire kaders voor de uitgaven in (deel)sectoren, de financiering van de zorgsector en de ontwikkeling van de collectieve en particuliere premies.

In het Regeerakkoord is de (volume)groei van het budgettaire kader zorg (BKZ) voor deze regeerperiode vastgelegd. Tevens zijn op hoofdlijnen afspraken gemaakt over de verdeling van deze groei over de verschillende sectoren van de zorg, in lijn met de prioriteiten van het Regeerakkoord. Deze afspraken vormen de meetlat waartegen de ramingen uit de Zorgnota (vooraf) en de werkelijke uitgaven (achteraf) worden gelegd. Wij hebben de verantwoordelijkheid om de (netto BKZ-relevante) zorguitgaven per saldo te laten passen binnen dit BKZ; dit maakt onderdeel uit van de budgettaire spelregels van het kabinet. Het beleid, zoals verwoord in dit document, dient er mede toe om de uitgaven in de zorg te beheersen, zodat deze zich blijven ontwikkelen binnen de grenzen van het BKZ. De aanpak rond de meerjarenafspraken (MJA) levert hieraan een bijdrage, naast de overige doelstellingen van de MJA's.

Van de sectorale verdeling van de (volume)groei van het BKZ in het Regeerakkoord wordt indirect de groei van de budgettaire kaders van de specifieke deelsectoren in de Zorgnota afgeleid. Inherent aan het streven naar versterking van de ketenbenadering en het doorbreken van de grenzen tussen verschillende voorzieningen is dat de verdeling van de financiële middelen over de (deel)sectoren als gevolg van deze vernieuwingsprocessen in 2000 uiteindelijk enigszins kan afwijken van de in deze Zorgnota gepresenteerde verdeling. Zo geven wij zorgverzekeraars, met name de zorgkantoren, in toenemende mate de ruimte om zelf invulling te geven aan de verdeling van middelen voor volumegroei over diverse sectoren binnen een regio.

Bij de kaderstellende functie van de Zorgnota past nóg een relativerende kanttekening. Van het uitbrengen van de Zorgnota als zodanig gaat geen bindende werking uit, zoals wel het geval is bij de VWS-begroting. Het uitbrengen van de Zorgnota heeft in die zin een kaderstellend karakter dat

het mede grondslag en de motivering vormt voor de toepassing van het aan de overheid ter beschikking staande (wettelijke) instrumentarium (met name ZFW, AWBZ, WZV, WBMV en WTG).

Versterking van het beleidsmatige karakter van de Zorgnota is wat betreft de kaderstellende functie gericht op het meer nadrukkelijk koppelen van de financiële voornemens aan te behalen prestaties en te bereiken doelen. Hier ligt een duidelijke relatie met de versterking van het meer beleidsmatige karakter van de evaluatieve functie. Immers een goede evaluatie achteraf is gediend met een heldere formulering vooraf van de te bereiken doelen en te behalen prestaties.

Evaluatieve functie

De jaarlijkse Zorgnota heeft een integrerend karakter. De nota maakt jaarlijks de ontwikkelingen op het terrein van de zorg inzichtelijk en confronteert deze met de geformuleerde voornemens en doelstellingen. Het verstrekken van realisatiecijfers, cijfers over kosten en financiering van instellingen en beroepsbeoefenaren blijft een wezenlijk onderdeel van de Zorgnota. In de achterliggende periode is de kwaliteit en tijdigheid van deze gegevens al aanzienlijk verbeterd. Het eerdergenoemde informatieconvenant met ZN en KPZ zal aan de verdere verbetering bijdragen. Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat het karakter van het budgettair kader zorg (BKZ) met zich meebrengt dat niet alle financiële gegevens in de Zorgnota even 'hard' kunnen zijn (zie ook bijlage A3). In de Zorgnota wordt een gestructureerd overzicht gegeven van de (financiële) gevolgen van het in het verleden ingezet beleid. Zo biedt de Zorgnota inzicht in volume- en prijsontwikkelingen. De Zorgnota beoogt dan ook geen 'jaarrekening' te zijn met de daaraan, in het burgerlijk wetboek, verbonden vormvereisten.

Zoals hiervoor aangegeven willen wij met de naamswijziging het beleidsmatige karakter onderstrepen. Een evaluatie van de ontwikkelingen op terrein van de zorg mag niet tot een louter cijfermatige opsomming van uitgaven, mutaties, of over- of onderschrijdingen beperkt blijven. Mede met het oog op de vormgeving van nieuw beleid zullen de verklarende factoren, de wereld achter de cijfers, meer aandacht krijgen. De evaluatie van beleidsmaatregelen, zoals intensiveringen, kortingen, zorgvernieuwing zal verder worden verbeterd. Bij de evaluatie is ook de analyse van de werking van het zorgstelsel een belangrijk aandachtspunt: de relaties tussen zorgaanbieders, verzekeraars en patiënten/consumenten. Dit inzicht is nodig om na te gaan of het zorgstelsel werkt zoals het is bedoeld en om ontwikkelingen te signaleren die tot bijstelling van het stelsel aanleiding kunnen geven.

In de Zorgnota zal een verdere verdieping plaatsvinden van het inzicht op ontwikkelingen in het zorgveld, onder andere via de koppeling tussen het gerealiseerde en voorgenomen beleid en de meerjarenafspraken. Daarnaast moet de Zorgnota, evenals het JOZ, in samenhang worden gezien met de periodiek verschijnende Volksgezondheidstoekomstverkenningen (VTV), de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) en de Staat van de Gezondheidsbescherming (SGB).

Rapportages over de Zorg

Door een aantal ontwikkelingen zijn inhoud en frequentie van de jaarlijks verschijnende rapportages over de zorg aan verandering onderhevig. Zo is het afgelopen jaar op verzoek van de Tweede Kamer een synchronisatie gerealiseerd van budgettaire uitvoeringsrapportages over rijksbegroting, sociale zekerheid en zorg. Ook het veranderende karakter van de Zorgnota en de beleidscyclus rond de meerjarenafspraken zorg leiden tot een accentverlegging in de rapportages.

In onderstaand overzicht worden de verschillende documenten naar plaats in de budgetcyclus en naar inhoud getypeerd. Daarbij wordt wat betreft volgorde van verschijnen het kalenderjaar t aangehouden.

Tabel 1.1 Verschillende documenten naar plaats in de budgetcyclus en naar inhoud getypeerd

Voorjaarsbrief Zorg	
april-mei	<p><i>Budgettair:</i> Voorlopig beeld zorguitgaven in t-1 en t met doorwerking naar het komende jaar t + 1</p> <p><i>Inhoudelijk:</i> Schets uitvoering Meerjarenafspraken, inclusief eerste beeld van bereikte resultaten in t-1 en van prestatiegegevens zoals gevraagd door de werkgroep Van Zijl (Tweede Kamer)</p>
Zorgnota	
september	<p><i>Budgettair:</i> Evaluatie realisatie zorguitgaven t-1 en bijstelling beeld voor t en latere jaren Inzicht in uitgaven(prioriteiten) voor t+1 en latere jaren</p> <p><i>Inhoudelijk:</i> Evaluatie beleid en bereikte resultaten en schets beleidsvoornemens voor komend jaar, met inbegrip van de Meerjarenafspraken</p>
Najaarsbrief Zorg	
november	<p><i>Budgettair:</i> Ontwikkeling zorguitgaven in lopende jaar t</p> <p><i>Inhoudelijk:</i> Schets uitvoering Meerjarenafspraken</p>

1.3 Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf geeft een overzicht op hoofdlijnen van de ontwikkeling van de uitgaven voor zorg en van de financiering van deze uitgaven binnen het BKZ.

In het Regeerakkoord is vastgelegd, dat in de periode van 1999 tot en met 2002 ten opzichte van 1998 f 5,66 mld beschikbaar komt voor volumegroei van het zorgbudget. In deze periode komt jaarlijks een kwart van deze groeiruimte, f 1.415 mln, voor volumegroei beschikbaar.

In het Regeerakkoord zijn afspraken gemaakt over de verdeling van de groeiruimte over de zorgsectoren op basis van politieke prioriteitsstelling. Het hoofddaccent ligt op versterking van de ouderenzorg en thuiszorg.

Tabel 1.2 Verdeling groeiruumte zorgvolume 2000 volgens Regeerakkoord

Hoofdsector	intensiveringen	maatregelen	totaal
Gezondheidsbevordering	18		18
Curatieve somatische zorg	224	-52	172
Genees- en hulpmiddelen	648	-90	558
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	16	-10	6
Gehandicaptenzorg	77	-18	59
Verpleging en verzorging	652	-66	586
Beheer zorgverzekeringen	15	-5	10
ova-sectoren buiten BKZ	7		7
Totaal	1.657	-241	1.415

Over de aanwending van de groeiruumte in diverse sectoren worden in het kader van de nieuwe bestuurlijke aanpak meerjarenafspraken gemaakt. De intensiveringsruimte voor de diverse sectoren is opgebouwd uit extra middelen voor demogroei en voor overige intensiveringen. De demogroei is primair bestemd voor het ondervangen van de groeiende zorgvraag als gevolg van de demografische ontwikkeling en wordt langs twee wegen ingezet: via toegestane autonome groei en via intramurale capaciteitsuitbreiding op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV).

De totale ruimte voor intensiveringen wordt in de meerjarenafspraken gekoppeld aan de opbrengst van de maatregelen, waarover in het Regeerakkoord afspraken zijn gemaakt, in totaal f 240 mln in 2000. Voor de intramurale sectoren gaat het om de eerste tranche van f 100 mln van de taakstelling gericht op een doelmatiger inkoop door zorginstellingen, bij geneesmiddelen om de doelmatigheidswinst ad f 90 mln als gevolg van een aanpassing van de structuur van inkoop en aflevering. Als opbrengst van de invoering van een centrale inning van de eigen bijdragen voor intramurale verstrekkingen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten is f 50 mln ingeboekt in 2000.

Afhankelijk van de stand van zaken bij de meerjarenafspraken is een deel van de intensiveringsruimte voor sectoren in deze Zorgnota vooralsnog op de zogenaamde aanvullende post 'geparkeerd'. Deze post maakt onderdeel uit van hoofdstuk 8 'Beheer en diversen'. De betreffende middelen zijn echter wel geoormerkt voor de bestemde sector; in de hoofdstukken 2 tot en met 7 van de Zorgnota wordt de sectorspecifieke omvang van de geparkeerde middelen apart aangegeven.

Sedert de vaststelling van het Regeerakkoord 1998 en het JOZ 1999 hebben er diverse ontwikkelingen plaatsgevonden, die van invloed zijn op het budgettaire beeld van de zorg. De aanvullende mutaties hebben geen gevolgen voor de verdeling van de f 1.415 mln intensiveringsruimte in 2000 over sectoren conform Regeerakkoord, zoals in tabel 1.2 weergegeven.

Tabel 1.3 geeft een overzicht van de mutaties, die zowel betrekking hebben op de uitgaven als op het budgettaire kader zorg.

Tabel 1.3 Overzicht mutaties zorguitgaven en BKZ sedert JOZ 1999

Uitgavenmutaties	1998	1999	2000
Curatieve Somatische Zorg	77	97	17
Geneesmiddelen	157	250	85
Hulpmiddelen	177	176	234
Geestelijke Gezondheidszorg algemeen	-69	2	35
Maatschappelijke opvang	0	0	19
Gehandicaptenzorg	-27	0	11
Eigen bijdragen	1	-36	29
Nominaal bouw	-202	-471	-328
Nominale bijstelling door macro-economische factoren	0	-260	51
Overig nominaal	255	54	47
Overige mee- en tegenvallers	24	50	-27
Uitgavenmutaties Zorgnota 2000	393	-138	172
Kadermutaties	1998	1999	2000
deflator BBP	0	-19	131
overig	0	47	19
Kadermutaties Zorgnota 2000	0	28	150

Een groot deel van de mutaties in tabel 1.3 is reeds aan de Tweede Kamer gemeld en toegelicht. De dekking van de hogere overheidsbijdrage in de arbeidskosten (OVA) 1998 is separaat toegelicht per brief.¹ Verder zijn verschenen de Najaarsrapportage Zorg 1998 en de Voorjaarsbrief Zorg 1999.² In de tabel is geabstraheerd van technische mutaties. Zie hiervoor bijlage B1 van de Zorgnota voor een aansluiting met de totaalstanden. De mutaties in de tabel worden hieronder globaal toegelicht. Een meer gedetailleerde toelichting is te vinden in de betreffende hoofdstukken.

De mutaties bij curatieve somatische zorg komen met name voort uit overschrijdingen bij de algemene en categorale ziekenhuizen en het ambulancevervoer in het jaar 1998. De structurele component hiervan wordt vanaf 2000 binnen het kader voor de curatieve somatische zorg opgevangen.

De mutatie bij geneesmiddelen wordt voor f 150 mln veroorzaakt door de structurele doorwerking van de overschrijding 1998. Daarnaast zijn extra middelen gereserveerd voor nieuwe geneesmiddelen en zijn er besparingsverliezen opgetreden bij onder andere de voorgenomen aanpassing van het geneesmiddelenvergoedingensysteem. Hier tegenover staan extra maatregelen, zoals aanvullend beleid ten aanzien van bonussen en kortingen, het invoeren van het elektronisch voorschrijfsysteem van huisartsen en het vaststellen van een macrokader voor de receptregelvergoeding. Deze tegenvallers en extra maatregelen zijn reeds gemeld bij Voorjaarsbrief.

¹ Tweede Kamer 25 999, nr. 7, 18 september 1998.

² Tweede Kamer 26 300, nr. 1, 20 november 1998 en Tweede Kamer 26 520, nr. 1, 3 mei 1999.

Bij de hulpmiddelen is mede naar aanleiding van de overschrijding in 1998, die in de Voorjaarsbrief reeds is gemeld, rekening gehouden met een sterkere groei. Voor 2000 leiden de doorwerking van de overschrijding 1998 en de extra groei tot in totaal f 276 mln extra uitgaven. Ter compensatie hiervan is besloten tot een voorlopige taakstelling hulpmiddelen van f 42 mln in 2000 en f 75 mln structureel. Deze taakstelling moet worden gerealiseerd via doelmatigheidsvoordelen die op korte termijn via de verzekeraars kunnen worden gerealiseerd. Met het oog op de uitgavenontwikkeling bij de hulpmiddelen inventariseert momenteel een interdepartementale werkgroep maatregelen om te komen tot een structurele kostenbeheersing in de hulpmiddelensector. Het resterende deel van de problematiek wordt voor 1999 en 2000 voorlopig gedekt binnen het totale beeld van de zorg. Ter mitigering van de oploop van de overschrijding zal op termijn in ieder geval een besparing moeten worden gerealiseerd van in totaal f 225 mln.

Bij geestelijke gezondheidszorg heeft zich in 1998 bij de vrijgevestigde psychiaters een incidentele onderschrijding voorgedaan. Binnen het totaalbeeld is ruimte gevonden om het kastekort 2000 ad f 33 mln te dekken, dat was ontstaan door het verschil tussen aangegane bouwverplichtingen en de beschikbare intensiveringsruimte.

Het kabinet heeft besloten dat vanaf 2000 structureel f 35 mln extra beschikbaar komt voor de maatschappelijke opvang (dak- en thuislozen), overlastproblematiek en verslavingsbeleid. Het advies van de Raad voor de financiële verhoudingen inzake de herverdeling van de specifieke uitkeringen voor de opvang en de verslavingszorg kan nu worden gevolgd zonder dat er gemeenten op achteruit gaan. Ook de beschikbare middelen voor de bijdrageregeling Sociale Integratie en Veiligheid G-25 (met name voor continuering van de gelden voor de overlastproblematiek) worden uitgebreid. De uitgaven voor maatschappelijke opvang vallen deels onder het BKZ. Door het kabinetsbesluit groeien de zorguitgaven en het budgettair kader met f 19 mln.

Bij gehandicaptenzorg hebben vertragingen in de uitbreidingsbouw geleid tot een incidentele onderschrijding in 1998. In het kader van de meerjarenafspraken met de gehandicaptensector is besloten tot de inzet van incidentele extra middelen in 2000.

Vanaf 1 juli 1999 is de lage intramurale, inkomensafhankelijke eigen bijdrage AWBZ herzien om de financiële last van de bijdrageplichtigen te verzachten. Door deze maatregel komt structureel f 30 mln minder aan eigen bijdragen binnen. De raming van de eigen bijdragen in de AWBZ is herzien op basis van de verwachte nominale ontwikkeling en de ontwikkeling van het aantal bijdrageplichtigen. Gezien de vraagstukken die zich nog voordoen rond de invoering van het belastbaar inkomen als grondslag voor de eigen bijdragen, is de invoeringsdatum van de centrale inning van 1 juli 2000 onder druk komen te staan. Momenteel wordt uitgegaan van uitstel tot 1 juli 2001.

Bij nominaal bouw is het gevolg opgenomen van een lager dan verwacht gebruik van de trekkingsrechten in de meldingsregeling. Voor 1998 en 1999 zijn deze op (voorlopige) realisatiecijfers gebaseerd. Ook voor 2000 tot en met 2002 is de raming herzien naar aanleiding van het lage gebruik en het onderzoek dat het NZi in opdracht van VWS heeft uitgevoerd naar het investeringsgedrag dat hieraan ten grondslag ligt. Daarnaast is er vrijval bij de instandhoudingsbouw omdat de beschikbare budgettaire ruimte niet uitgeput wordt, na verwerking van de herclassificatie en het verbreden van het werkingsgebied van de meldingsregeling.

Op basis van de macro-economische ramingen voor onder andere de contractloonstijging in de marktsector en de prijs particuliere consumptie worden de ramingen van de materiële en personele uitgaven aangepast. Hiertegenover staan aanpassingen van het BKZ op basis van de deflator BBP.

Onder overig nominaal is onder andere de hogere ova'98 opgenomen. Hiervoor is vanaf 1999 dekking gevonden.

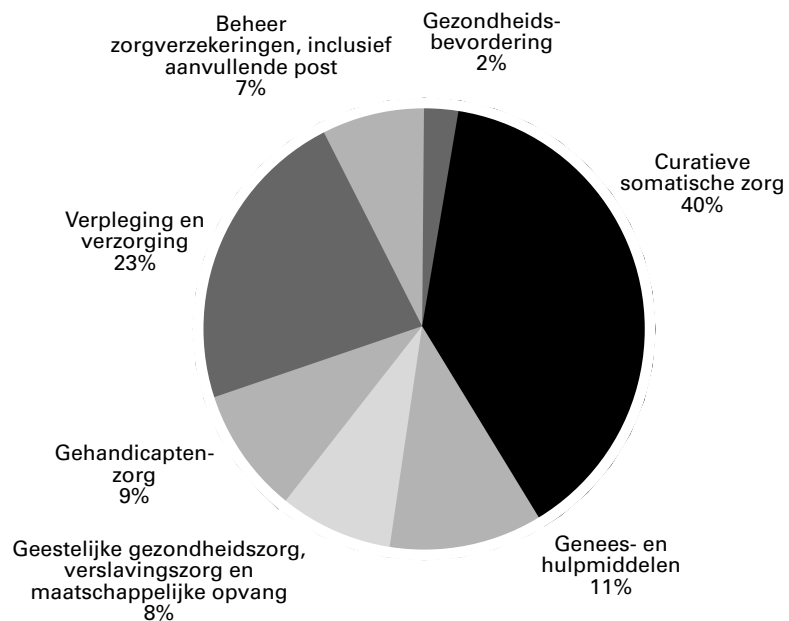
De kadermutaties komen voort uit aanpassingen van de BBP-deflator en voor 1999 het inzetten van de uitgavenreserve 1999. Voor 2000 is het bedrag aangegeven dat gemoeid is met een extra intensivering voor maatschappelijke opvang.

Tabel 1.4 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per sector, zoals vastgelegd in deze Zorgnota. De tabel richt zich op de hoofdsectoren van de zorg conform de indeling naar hoofdstukken van de Zorgnota.

Tabel 1.4 Bruto uitgaven zorg 2000 naar sector (in mld)

Sector	2000
Gezondheidsbevordering	1,6
Curatieve somatische zorg	29,4
Genees- en hulpmiddelen	8,2
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	6,1
Gehandicaptenzorg	6,7
Verpleging en verzorging	17,2
Beheer en diversen - waarvan aanvullende post	5,5 2,6
Totaal zorg	74,8

Figuur 1.1 Verdeling uitgaven zorg 2000 naar sector



Definitie Budgettair Kader Zorg

De budgetdisciplinesector zorg heeft betrekking op alle uitgaven en ontvangsten die in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden meegenomen. Het BKZ omvat de aanvaardbare kosten die worden gefinancierd door de AWBZ, de ZFW en de particuliere verzekeraars (deze laatste voorzover betrekking hebbend op de voorzieningen die ook in het ZFW-verzekerd pakket zijn opgenomen), alsmede de rechtstreeks uit de rijksbegroting gefinancierde zorguitgaven waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. De uitgaven-ijklijn Zorg, die tezamen met de ijklijnen voor rijksbegroting en sociale zekerheid in de Miljoenennota wordt gepresenteerd, omvat het collectief gefinancierde deel van het BKZ (AWBZ, ZFW, begrotingsgefinancierde zorg en de omslagbijdrage WTZ). De particulier gefinancierde ziektekosten vallen dus niet onder de ijklijn Zorg.

Een deel van de zorguitgaven wordt gefinancierd uit eigen betalingen uit hoofde van eigen bijdragen en eigen risico's. Deze worden niet tot de collectieve lastendruk gerekend. Om die reden wordt voor de budgetdiscipline gewerkt met het netto BKZ. Dit zijn de BKZ-relevante uitgaven verminderd met de eigen betalingen.

Maatregelen ter verkleining of vergroting van het AWBZ-pakket of van het ZFW-verzekerde pakket en het daarmee corresponderende particulier verzekerde pakket, zijn relevantemutaties voor de budgetdiscipline omdat daarmee het BKZ en de uitgavenijklijn worden ontlast dan wel belast.

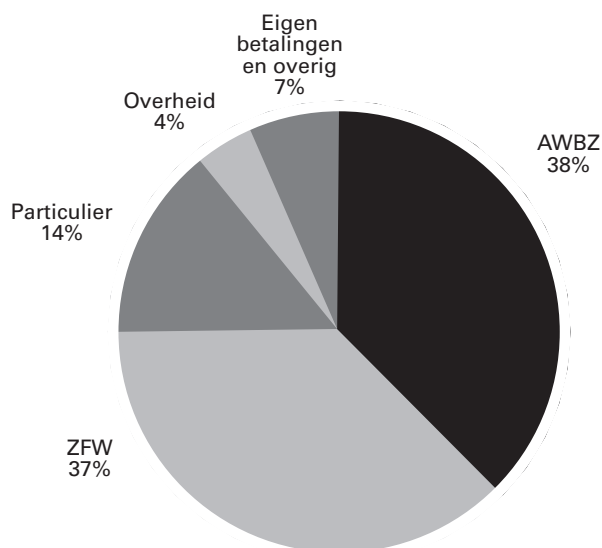
Tot de zorg op de rijksbegroting worden gerekend de VWS-uitgaven op het gebied van de volksgezondheid, de gezondheidszorginspecties, de ouderen- en gehandicaptenzorg, maatschappelijke opvang, vrouwenopvang, verslavingszorg, de arbeidsmarkt en het RIVM. De desbetreffende uitgaven worden gesaldeerd met de ontvangsten die bij bovengenoemde uitgaven horen.

Tabel 1.5 toont de verdeling van de financiering van de totale zorguitgaven in 2000.

Tabel 1.5 Financiering zorguitgaven (in mld)

Financieringsbron	2000
AWBZ	28,4
ZFW	27,6
Particulier	10,6
Overheid	3,3
Eigen betalingen en overig	5,0
Totaal	74,9

Figuur 1.2 Financiering zorguitgaven



Tabel 1.6 schetst de ontwikkeling van de premies voor ZFW en AWBZ in de periode van 1997 tot en met 2000.

Tabel 1.6 Ontwikkeling premies voor ZFW en AWBZ

Premie	1997	1998	1999	2000
AWBZ				
- procentuele premie (%)	8,85	9,60	10,25	10,25
ZFW				
- procentuele premie (%)	6,90	6,80	7,45	8,10
- nominale premie (f gld)	216	216	396	410

De premiestelling in 2000 vertaalt zich in een gemiddelde bijdrage van circa f 4.700,- per inwoner per jaar aan de uitgaven voor gezondheidszorg.

1.4 Leeswijzer Zorgnota 2000

Na deze inleiding komen in afzonderlijke hoofdstukken de verschillende zorgsectoren aan de orde. Deze zeven zorginhoudelijke hoofdstukken van de Zorgnota zijn uniform van opzet, beginnend met een terreinbeschrijving, daaropvolgend een paragraaf met een evaluatie van het beleid van de afgelopen jaren en eindigend met een paragraaf beleidsvoornemens. In de terreinbeschrijving worden kerncijfers gepresenteerd, die een beeld geven van wat er omgaat in de betreffende sector.

De paragraaf evaluatie gaat in op de beleidsprestaties op het betreffende terrein. Indien mogelijk worden de eerste resultaten van de meerjarenafspraken voor 1999 in tabelvorm gepresenteerd.

De paragraaf beleidsvoornemens schetst de voor de komende periode ingezette ontwikkeling van het beleid. Hierbij speelt de nadere uitwerking van de meerjarenafspraken voor 2000 een belangrijke rol.

De hoofdstukken 8 en 9 zijn sectoroverstijgend en beschrijven respectievelijk de onderwerpen beheer zorgverzekeringen en financiering van de zorg.

Naast de Zorgnota zijn ook bijlagen uitgebracht, gesplitst in een A- en een B-gedeelte. In de A-bijlagen komen sectoroverstijgende onderwerpen aan de orde, bijvoorbeeld arbeidsmarktbeleid. In de B-bijlagen staan onder meer kerncijfers over de deelsectoren. De nummering van de B-bijlagen komt overeen met de hoofdstuknummers uit de Zorgnota.

HOOFDSTUK 2 GEZONDHEIDSBEVORDERING

2.1 Terreinbeschrijving

In dit hoofdstuk staat gezondheidsbevordering centraal. Preventie en gezondheidsbescherming zijn hierin de belangrijkste beleidsterreinen. Het betreft hier de gezondheid van de gehele bevolking of van speciale, kwetsbare groepen zoals chronisch zieken. Gezondheid wordt ook beïnvloed door factoren buiten het werkterrein van VWS, bijvoorbeeld door werken, wonen, milieu, veiligheid, voeding, inkomen en opleiding. Daarom moeten er ook maatregelen op deze terreinen worden genomen; intersectoraal beleid is daarbij van groot belang.

Een groeiend aantal preventieprogramma's is programmatisch vormgegeven. Naast het bekende Rijksvaccinatieprogramma, de griepvaccinatie en de kankerscreeningen vinden er nu ook programmatische activiteiten plaats op het gebied van hart- en vaatziekten en depressies.

Tabel 2.1 Kerngegevens Borstkankerscreening¹

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Aantal vrouwen in de doelgroep (x 1000)	745	755	763	789	813	1.002	1.020
Aantal uitgenodigde vrouwen (x 1000)	523	591	675	760	775	870	941
Aantal onderzochte vrouwen (x 1000)	402	467	530	610	618	662	730
Opkomstpercentage	77%	79%	79%	80%	79%	79%	79%
Gem. aantal onderzoeken per screeningseenheid	10.500	11.700	12.300	13.100	13.140	13.750	13.600
Aantal screeningseenheden	40	40	46	47	47	47	48

¹ 1998 en 1999 zijn ramingen

Tabel 2.2 Kerngegevens Cervixscreening¹

	1995	1996	1997	1998	1999
Aantal uitgenodigde vrouwen (x 1000)	79	1064	948	828	791
Aantal onderzochte vrouwen (x 1000)	36	638	569	497	475
Opkomstpercentage	46%	60%	60%	60%	60%

¹ 1997, 1998 en 1999 zijn ramingen

Bron bij tabel 2.1 en 2.2: ZFK, Vereniging van Integrale Kankercentra, EUR/IMGZ

Gezondheidsbeleid speelt zich niet alleen op landelijk niveau af, maar vooral ook op lokaal niveau. Het versterken van het gemeentelijke gezondheidsbeleid inclusief de jeugdgezondheidszorg, het verbeteren van de kwaliteit van de GGD-en en het versterken van de regionale infrastructuur van patiëntenorganisaties zijn hiervan sprekende voorbeelden.

Tabel 2.3 Uitgaven Gezondheidsbevordering

x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
2.01 Preventieve zorg (premie)	180,6	288,4	291,5	279,8	310,8	335,2	335,2	335,2	335,2	335,2
2.02 Preventieve zorg (begroting)	114,6	98,8	122,3	240,2	226,3	209,0	204,0	205,9	205,4	205,4
2.03 Inspectie waren en veterinaire zaken	94,5	102,3	103,4	106,5	126,1	124,8	120,9	118,4	118,4	118,4
2.04 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheidsdiensten	509,0	556,0	610,2	610,2	610,2	610,2	610,2	610,2	610,2	610,2
2.05 Ouder- en kindzorg/dieetadvisering	290,0	290,0	297,2	306,7	321,5	324,2	324,2	324,2	324,2	324,2
Nog toe te kennen groeiruimte							11,3	22,6	22,6	22,6
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	1.188,7 539,4	1.335,5 606,0	1.424,6 646,5	1.543,4 700,4	1.594,9 723,7	1.603,4 727,6	1.605,8 728,7	1.616,5 733,5	1.616,0 733,3	1.616,0 733,3
Procentuele mutatie		12,3	6,7	8,3	3,3	0,5	0,1	0,7	0,0	0,0

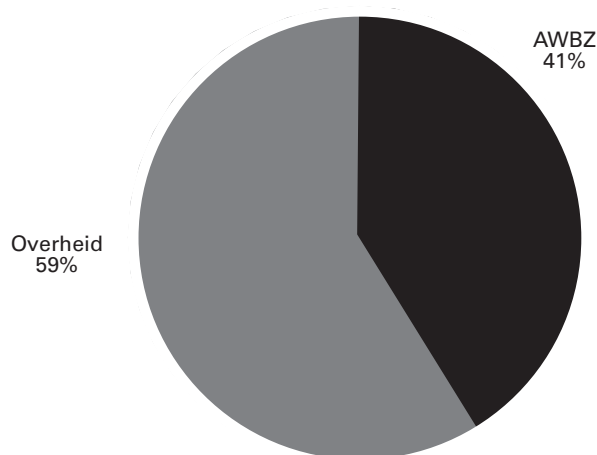
Opmerkingen bij bovenstaande tabel

In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de Gezondheidsbevordering verdeeld over de sectoren, voor zover deze verdeling bekend is. De resterende, nog onverdeelde, groeirimte is apart weergegeven. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 1999 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2000 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog toegevoegd moet worden. Voor 2003 en 2004 is bovendien nog geen groeirimte aan Gezondheidsbevordering toegewezen.

Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een volledig beeld van de werkelijk budgettaire groei voor deze sector in de jaren tot en met 2002.

Ook is met terugwerkende kracht dit hoofdstuk uitgebreid met een nieuwe sector 2.05 Ouder- en kindzorg/dieetadvisering (voorheen sector 3.13). Met deze overheveling wordt beoogd preventieve activiteiten te concentreren en meer zichtbaar te maken binnen de Zorgnota 2000.

Figuur 2.1 Financiering Gezondheidsbevordering



2.2 Evaluatie

2.2.1 Lokaal gezondheidsbeleid

In de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) krijgen gemeenten een aantal taken opgedragen op het terrein van de collectieve preventie. Het betreft taken op het terrein van de jeugdgezondheidszorg, infectieziektenbestrijding, medische milieukunde, gezondheidsbevordering, bevolkingsonderzoeken en openbare geestelijke gezondheidszorg. Ook de afstemming met de curatieve zorg en het facetbeleid op lokaal niveau horen daarbij. Gemeenten ontvangen hiervoor middelen uit het Gemeentefonds.

2.2.1.1 Openbare Gezondheidszorg

In 1995 sprak de Inspectie Gezondheidszorg (IGZ) in een onderzoek haar zorgen uit over de bestuurlijke betrokkenheid van gemeenten bij dit onderwerp. Gezondheidsbeleid, in de WCPV expliciet aan gemeenten opgedragen, stond niet hoog op de gemeentelijke politieke agenda's. De kwaliteit van enkele GGD-en dreigde, zo vond de IGZ, 'door een kritische bodem te zakken'.

In reactie op dit rapport is de commissie Versterking collectieve preventie (commissie-Lemstra) ingesteld. Die adviseerde de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor dit onderwerp te handhaven en te versterken. De commissie deed een aantal praktische aanbevelingen, gericht aan het Rijk, gemeenten en GGD-en.

Als reactie hierop¹ is het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' vastgesteld, dat loopt tot 1 januari 2000. Doelstellingen zijn het versterken van beleidsvoering door gemeenten op het terrein van de volksgezondheid en het verbeteren van de kwaliteit van het

¹ Tweede Kamer, 1996–1997, 22 894, nr. 13.

functioneren van GGD-en. Het uitgangspunt hierbij is dat bestuurlijke verhoudingen in de openbare gezondheidszorg niet fundamenteel gewijzigd moeten worden. Wel worden er in de WCPV meer verplichtingen expliciet opgenomen, zowel voor het Rijk als voor gemeenten.

2.2.1.2 Jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor kinderen tot vier jaar (de voor-schoolse periode) wordt uitgevoerd door 65 thuiszorgorganisaties (en de GG&GD Amsterdam). Deze zorg, ook aangeduid als Ouder- en KindZorg (OKZ) wordt gefinancierd op grond van de AWBZ. Op basis van de WCPV, in werking vanaf 1 januari 1989, draagt de gemeenteraad zorg voor de uitvoering van de collectieve preventie betreffende gezondheidsrisico's voor jeugdigen vanaf vier jaar. Deze jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen van 4 tot 19 jaar wordt uitgevoerd door momenteel 54 (inter)gemeentelijke gezondheidsdiensten (GGD-en). Deze zorg wordt gefinancierd uit het Gemeentefonds.

Naar aanleiding van de resultaten van het evaluatieonderzoek jeugdgezondheidszorg van mei 1997 is een traject in gang gezet dat moet leiden tot het vaststellen van een wettelijk pakket. Dat pakket omvat alle JGZ-activiteiten die in gestandaardiseerde vorm aan alle kinderen in Nederland zullen worden aangeboden. In dat kader is tevens in december 1998 de Sectie Jeugdgezondheidszorg tot stand gebracht.

De in 1999 te voeren discussie over de vaststelling van het (basis)pakket jeugdgezondheidszorg en de wettelijke verankering daarvan, de financiering van de jeugdgezondheidszorg en de kwaliteit en toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg zal in het jaar 2000 leiden tot aanpassing van de WCPV. Vervolgens zal op gemeentelijk niveau een implementatietraject van start gaan. Ter facilitering hiervan wordt f 0,85 mln gereserveerd. Naast afstemming binnen de jeugdgezondheidszorg gaat de aandacht hierbij ook uit naar afstemming van de jeugdgezondheidszorg met lokale projecten rond preventief jeugdbeleid, jeugdzorg en onderwijsbeleid en de lokale functionele zorgnetwerken (thuiszorg, huisartsen, RIAGG's en ziekenhuizen) via de gemeentelijke nota Gezondheidsbeleid.

2.2.2 Programmatische preventie

Preventieactiviteiten die volgens een vast stramien programmatisch worden uitgevoerd worden ook wel programmatische preventie genoemd. De dekking van het aanbod bij deze programma's is landelijk. De doelgroep wisselt per onderwerp. De financiering vindt grotendeels plaats uit middelen van de AWBZ. In onderstaande tabel wordt weergegeven welke programmatische, preventieve programma's ten laste van de AWBZ worden uitgevoerd.

Tabel 2.4 Preventieve zorg ex AWBZ (in mln)

	1997	1998	1999	2000
Rijksvaccinatieprogramma	72,3	75,4	78,8	80,7
Borstkankerscreening	57,5	63,0	68,6	75,2
Cervixscreening	50,0	47,4	50,0	48,0
Preventiefonds	49,0	23,8		
Griepvaccinatie	54,5	61,0	66,0	68,4
Pre- en postnatale screening			21,9	25,0
Overige: w.o. SOA-klinieken	8,2	9,2	25,5	37,9
Totaal	291,5	279,8	310,8	335,2

Borstkankerscreening

Begin 1998, het jaar waarin het tienjarig bestaan van het bevolkingsonderzoek naar borstkanker werd gevierd, werd ook een volledig landelijke dekking van dit onderzoek bereikt, althans voor de doelgroep van vrouwen van 50 tot en met 69 jaar. Ook werd begonnen met het onderzoek onder vrouwen in de leeftijd van 70 tot en met 74 jaar. Dit laatste onderzoek is voorlopig experimenteel. Het blijft experimenteel zolang niet onomstotelijk vaststaat dat screening op deze hogere leeftijd een positieve invloed heeft op het sterfterisico en kosteneffectief is.

Cervixscreening

In juli 1998 werd aan de 11 screeningsorganisaties die het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker uitvoeren een voorlopige Wet bevolkingsonderzoek (Wbo)-vergunning verleend. Een van de voorwaarden hiervoor was dat er een landelijk uniform registratiesysteem wordt ontwikkeld. In dat systeem kunnen gegevens worden verzameld op grond waarvan het nut en de risico's van de screening beoordeeld kunnen worden. Daarmee moet de informatievoorziening van deze screening, die pas sinds 1996 in zijn huidige structuur functioneert, op eenzelfde niveau komen als dat van de borstkankerscreening, die al sinds 1988 bestaat.

Infectieziektebestrijding

Binnen het uit de AWBZ gefinancierde vaccinatieprogramma voor zuigelingen en jonge kinderen vindt vaccinatie plaats tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio (DKTP), bof, mazelen, rode hond (BMR) en haemophilus influenza type b (Hib). De vaccinatiegraad ligt tussen de 93 en 97%, afhankelijk van het soort vaccin en het geboortecohort. In 1999 is, op advies van de Gezondheidsraad, besloten de start van het programma voor zuigelingen te vervroegen van 3 naar 2 maanden.

De Legionella-epidemie die na de Flora in Bovenkarspel is opgetreden, toont nogmaals het belang van een moderne infectieziektebestrijding en een adequate landelijke coördinatiestructuur.

Infectieziektebestrijding

Door de veroudering van de bevolking, de toenemende migratie en mobiliteit, veranderingen in leefstijl, milieuveranderingen, schaalvergroting in de voedselproductie, medische ontwikkelingen en de resistentieontwikkeling tegen antibiotica, vormen infectieziekten die waren bestreden opnieuw een bedreiging en kunnen relatief onbekende ziekten ineens op grote schaal optreden. De Legionella-epidemie, die is opgetreden tijdens de Flora in Bovenkarspel, is hiervan een goed voorbeeld. Hoewel deze bacterie nog geen vijftig jaar geleden is ontdekt, worden er door de welvaart steeds meer niches gecreëerd waar de Legionella in kan overleven, bijvoorbeeld airconditioners, warmwatersystemen en whirlpools. De Legionella-epidemie heeft ons wederom hard geconfronteerd met het feit dat infectieziekten er altijd zullen zijn. Het instandhouden en – waar mogelijk – verbeteren van het huidige niveau van infectiepreventie is dan ook van groot belang. Hierbij gaat de aandacht uit naar zowel preventie van nieuwe en bestaande ziekten, als de snelle opsporing en bestrijding ervan. Van belang hierbij is dat preventie- en bestrijdingsactiviteiten zo veel mogelijk worden geïntegreerd in de bestaande zorgstructuren, zoals bij huisartsen en in ziekenhuizen. Daarnaast zal er blijvend aandacht bestaan voor het optimaliseren van de landelijke coördinatie bij het bestrijden van infectieziekten. De evaluatie van de bestrijding van Legionella-epidemie zal hierbij een leidraad zijn.

Omdat migratie een belangrijke rol speelt bij het verspreiden van ziekten, wordt op dit terrein bijzonder veel aandacht besteed aan internationale samenwerking en afstemming. De Europese beschikking tot de oprichting van een Europees Netwerk voor de bestrijding en surveillance van besmettelijke ziekten is hierbij een belangrijk instrument. Ook de samenwerking met de WHO is hierbij van belang.

Er worden steeds meer nieuwe vaccins ontwikkeld. Dit betekent dat er de komende jaren veel aandacht zal uitgaan naar het ontwikkelen van een visie op het vaccinatieprogramma van de toekomst. Ook zal er blijvend aandacht moeten worden besteed aan het hoog houden van de deelname aan het Rijksvaccinatieprogramma.

Een ander speerpunt is het voorkomen van resistentie tegen anti-microbiële middelen. Hiervoor is al een aantal maatregelen getroffen. Zo is in 1999 het gebruik van anti-microbiële groeibevorderaars in de veehouderij grotendeels verboden. Ook worden al richtlijnen ontwikkeld voor het optimaliseren van voorschrijfgedrag door artsen. Op het terrein van de monitoring van antibiotica-resistentie is Nederland trekker van een Europees project. In 2000 zal de Raad voor Gezondheidsonderzoek (RGO) mij adviseren over de terreinen en wijze waarop het onderzoek naar antibiotica-resistentie het beste kan worden gestimuleerd.

De voorbereidingen die worden getroffen voor een adequate bestrijding van een eventuele griepandemie, onder andere door het opstellen van een draaiboek, zullen in 2000 grotendeels zijn afgerond.

Ten slotte zal Nederland in 2000 in samenwerking met de WHO een ministeriële conferentie organiseren over de mondiale tuberculosebestrijding, aangezien deze bestrijding in veel landen faalt vanwege een tekort aan politiek commitment.

Griep

Sinds 1995 voeren de huisartsen de griepvaccinatie op programmatische wijze uit. Aanvankelijk was die vaccinatie alleen voor risicogroepen; vanaf

1996 vallen ook alle 65-plussers onder de doelgroep. De vaccinatiegraad is voortdurend gestegen tot ongeveer 76% van de doelgroep in 1998. Voor 1999 wordt stabilisering dan wel een geringe stijging van de vaccinatiegraad verwacht. De kosten voor uitvoering van de griepvaccinatie in 1999 bedragen ongeveer f 6 mln.

Pre- en postnatale screening (PPS)

Bij zwangeren en pasgeborenen vindt programmatisch een aantal preventieve activiteiten plaats. Die worden samengevat onder de naam pre- en postnatale screening. Hieronder vallen de preventie van zwangerschapsimmunisatie inclusief de screening op andere irregulaire antistoffen, de interventies op het terrein van perinatale hepatitis B en syfilis, de screening op phenylketonurie (PKU) en congenitale hypothyreoïdie (CHT). Voor deze activiteiten, uitgezonderd PKU en CHT, heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) een subsidieregeling getroffen die per 1 juli 1998 in werking is getreden. Het beschikbare budget in 1999 bedraagt f 21,9 mln. Zie bijlage B2 voor een uitgebreidere toelichting.

Andere activiteiten

In 1998 startte een project voor het implementeren van een programmatische aanpak van de preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) bij risicogroepen in de huisartsenpraktijk. Het project loopt twee jaar, tot eind 1999. In 1999 verleende VWS hiervoor een subsidie van f 3,4 mln.

In 1998 zijn projecten begonnen op het terrein van de programmatische preventie van bepaalde vormen van depressies en op het terrein van decubitus. De bijdrage van VWS aan genoemde projecten samen bedraagt f 0,7 mln.

In het najaar van 1999 start een project op het terrein van de preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen (SOA) en AIDS. Dit gebeurt via een systematische landelijke implementatie van het lespakket Lang leve de liefde via de GGD-en in het voortgezet onderwijs. De looptijd van het project is tot midden 2002. VWS draagt in 1999 aan dit project f 280.000,- bij; gedurende de gehele looptijd f 1,6 mln.

2.2.3 *Determinanten- en facetbeleid*

Gezondheidsbevordering

Naast de bekende leefstijlfactoren á la BRAVO (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning) hebben ook determinanten op het gebied van de infrastructuur en het sociaal-economisch beleid een aanzienlijke impact op de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Een intersectorale benadering van voorgenomen beleid inclusief gezondheidseffecten met een nauwe samenwerking tussen VWS en de betrokken ministeries is nodig om eventuele negatieve gezondheidseffecten zoveel mogelijk te voorkomen. Op het gebied van 'preventie van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid' krijgt die nauwe samenwerking tussen VWS en het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid gestalte.

Alcohol- en tabaksbeleid

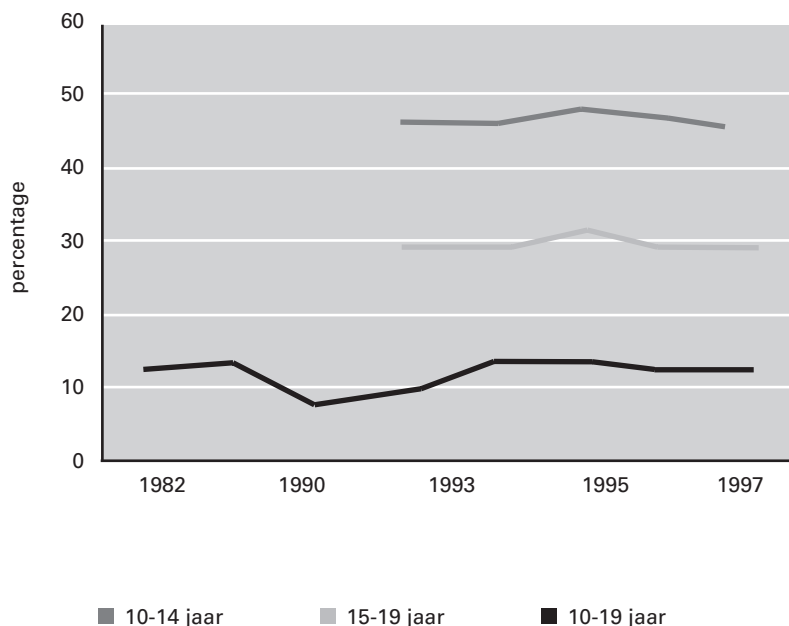
Roken is nog steeds de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak en de belangrijkste risicofactor voor kanker en hartziekten. De ernst en omvang van het alcoholmisbruik, vooral onder jongeren, baart in toenemende mate zorgen. Naast allerlei gezondheidsaandoeningen veroorzaakt drank ook veel maatschappelijke problemen.

Het alcoholmatigingsbeleid en het tabaksontmoedigingsbeleid van de regering worden dan ook met kracht voortgezet.

Momenteel zijn bij de Tweede Kamer twee wetsvoorstellen tot aanscherping van de Drank- en Horecawet (onder andere verscherping van de regels met betrekking tot de verkoop van alcohol) respectievelijk de Tabakswet (onder andere verbod op tabaksreclame en het instellen van

een leeftijdsgrens (18 jaar) voor de verkoop van tabak aanhangig. We streven ernaar in het komende parlementaire jaar een nieuwe Tabaksnota en een Alcoholnota aan te bieden. Daarin zullen vooral de niet-wettelijke maatregelen ter preventie (zoals voorlichting) van alcoholmisbruik en tabaksgebruik aan bod komen.

Figuur 2.2 Percentage regelmatige rokers per leeftijdsgroep



Facetbeleid

Veel van de aangrijpingspunten voor gezondheid, met name in de sfeer van de omgevingsfactoren (zoals wonen, werken, verkeer en milieu) liggen buiten het VWS-domein. Het facetbeleid en het bijbehorend instrument gezondheidseffectscreening (GES) zal een belangrijke rol blijven spelen bij het systematisch in kaart brengen van bedoelde determinanten en de effecten daarvan voor de gezondheid. De bij de Netherlands School of Public Health ondergebrachte ondersteuningsfunctie voor het facetbeleid zal in de komende periode in ieder geval GESen uitvoeren op de Ruimtelijk Economische Structuurversterking, de Woonverkenningen 2030, de Sociale Nota en een voorloper van de Vijfde Nota Ruimtelijke Ordening. De effectiviteit en doelmatigheid van de ondersteuningsfunctie zal geëvalueerd worden. Aan de Raad voor de Volksgezondheid is gevraagd in samenwerking met de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling een advies uit te brengen over de knelpunten met betrekking tot het bevorderen van de 'Gezondheid buiten de gezondheidszorg'.

Patiëntenbeleid en chronisch ziekten

Het patiëntenbeleid richt zich op het vergroten van de inbreng van patiënten (organisaties) bij de besluitvorming over onder andere de toegankelijkheid en de kwaliteit van de zorg. Het chronisch-ziekenbeleid richt zich daarnaast op zorg en werk, de inkomenspositie van chronisch zieken en op de toegang tot verzekeringen.

Op het gebied van patiëntenbeleid en chronisch ziekten zijn in het recente verleden veel veranderingen opgetreden. Eind mei 1999 beëindigde de Nationale Commissie Chronisch Ziekten (NCCZ) haar werkzaamheden. In

de afgelopen acht jaar heeft de NCCZ allerhande activiteiten ontplooid om de zorg aan mensen met een chronische ziekte en hun maatschappelijke positie te verbeteren. Adviserende en uitvoerende werkzaamheden werden daarbij afgewisseld met het fungeren als belangenmakelaar, bruggenbouwer en programmeringscollege. Dat heeft zeer veel opgeleverd. Zo was er bij de start van de NCCZ nog weinig onderzoek verricht om handvatten te geven voor oplossingen van knelpunten waarmee mensen met een chronische ziekte zich geconfronteerd zien. In de afgelopen periode is door talrijke onderzoeken en inventarisaties van ervaringen van chronisch zieken een goed uitgangspunt ontstaan voor de aanpak van verbetering. Daarnaast heeft de NCCZ met betrokken partijen als verzekeraars, onderzoekers, hulpverleners en patiënten initiatieven ontplooid om concrete veranderingen voor chronisch zieken te bewerkstelligen. Op een zeer breed terrein zijn daartoe projecten gefinancierd: zorg in de thuissituatie, zorg in instellingen, transmurale zorg, professionele zorg, informele zorg, kwaliteit van zorg, psychosociale zorg, erfelijkheid, preventie, arbeidsmarktpositie, financiële positie, verzekeringen, lokaal beleid in zorg en sociale zekerheid, emancipatie en empowerment van chronisch zieken.

In de laatste jaren van haar bestaan heeft de NCCZ zich vooral gericht op implementatie, communicatie en overdracht. Daarbij ging het erom voorwaarden te creëren voor een blijvende aandacht voor verbetering van de maatschappelijke positie van mensen met een chronische aandoening, ook na de opheffing van de NCCZ. Veel activiteiten waar de NCCZ zich in het verleden mee bezighield, zijn inmiddels door andere organisaties overgenomen.

In 1997 volgde het Patiëntenfonds bij de verdeling van de middelen voor het ondersteunen van patiëntenorganisaties nog het toekenningsbeleid van het ministerie. In 1998 werkte het Patiëntenfonds voor het eerst met een eigen subsidiegrondslag. Uit ervaringen met deze grondslag is gebleken dat de in dit verband gehanteerde criteria een goed kader bieden voor een objectieve en transparante beoordeling van de subsidieverzoeken van patiëntenorganisaties. Ook sloot de grondslag in de meeste gevallen goed aan bij het activiteitsniveau en de daarbij behorende financieringsbehoefte van organisaties. Uit de begin 1999 uitgevoerde evaluatie van het functioneren van het Patiëntenfonds komt een positief beeld naar voren over de gang van zaken tot op heden.

Ten aanzien van koepelorganisaties heeft het Patiëntenfonds een meerjarenbeleid ontwikkeld, waarin in toenemende mate sprake is van bottom-up financiering. In het verleden werden koepels vrijwel geheel betaald uit collectieve middelen. Hierdoor was de betrokkenheid van de lidorganisaties bij het beleid van de koepel niet steeds optimaal. Met de Nationale Patiënten/Consumenten Federatie (NP/CF) zijn in de afgelopen periode mogelijkheden en beperkingen van het principe van bottom-up financiering in kaart gebracht. Op basis van deze verkenning zal een experiment op dit terrein worden gestart.

Tabel 2.5 Verdeling van middelen door het Patiëntenfonds

	1997	1998
Patiëntenfonds		20,8 mln
Aantal instellingen waaraan subsidies zijn verstrekt	57	131

Bron: Jaarrekening Patiëntenfonds 1998

Eind 1998 is het onderzoek beschikbaar gekomen van het Verwey Jonker Instituut naar het decentralisatiebeleid ten aanzien van de regionale patiëntenplatforms. Uit dit onderzoek blijkt dat een adequate regionale infrastructuur voor patiënten/consumentenorganisaties in de meeste regio's nog niet tot stand is gekomen. Om deze reden zijn in het kader van de meerjarenafspraken Zorg extra middelen beschikbaar gesteld voor het versterken van de regionale patiënteninfrastructuur (1999 f 3 mln en f 4,2 mln voor 2000 ev.). Hierdoor kan de patiënt als deskundige derde partij, een volwaardige rol spelen bij de uitwerking van de meerjarenafspraken curatieve zorg om samen met de andere betrokken partijen vraaggestuurde zorg tot stand te brengen. Hoofdzakelijk zullen de volgende taken/acties worden ondernomen:

- Ondersteuning van vertegenwoordigers door (beroepsmatige) professionele vrijwilligers;
- informeren en betrekken achterban;
- verzamelen en geven van beleidsinformatie vanuit patiëntenperspectief;
- inbreng vanuit patiëntenperspectief in het regionaal farmaco therapeutisch transmuraal overleg (FTTO).

2.2.4 Overige onderwerpen

Projecten, Experimenten en Onderzoek (PEO)

Op het gebied van zorgonderzoek en innovatie van het volksgezondheidsbeleid worden projecten, experimenten en onderzoek uitgevoerd om de beleidsvoorbereiding, uitvoering, implementatie en evaluatie te ondersteunen.

Op het gebied van projecten, experimenten en onderzoek werd de gecoördineerde aanpak voortgezet. Daarbij speelde evenals in voorgaande jaren ZorgOnderzoek Nederland (ZON) een belangrijke rol. De taak van deze organisatie werd via een algemene maatregel van bestuur uitgebreid met werkzaamheden op het gebied van alternatieven voor dierproeven. De opdracht voor een dergelijk programma is inmiddels aan ZON verstrekt. Bij de vormgeving van het programma is een goede aansluiting op de activiteiten van het Platform Alternatieven voor Dierproeven een belangrijk aandachtspunt.

Ook op het gebied van chronisch zieken zijn werkzaamheden aan ZON overgedragen. De beëindiging van de activiteiten van de NCCZ leidde onder meer tot een ZON-programma 'Chronisch zieken', gericht op het verder verbeteren van de zorg aan mensen met een chronische aandoening en het opheffen van hun maatschappelijke achterstand. In dit programma wordt aangesloten bij de resultaten van projecten, experimenten en onderzoek die de NCCZ de afgelopen jaren heeft uitgevoerd.

ZON heeft de resultaten van het ZON-programma 'Kwaliteit in Zicht' in juni 1999 aan de minister aangeboden. Het programma heeft geresulteerd in een groot aantal concrete informatieproducten voor patiënten/consumenten, zoals zorgmappen en zelfzorgboeken op uiteenlopende terreinen.

Op aandringen van VWS heeft ZON in de afgelopen periode veel aandacht besteed aan de implementatie van onderzoek. Er is een praktische gids ontwikkeld voor hulpverleners die bezig zijn met vernieuwingen in de zorg en preventie. Voorts heeft ZON een programma gestart dat zich richt op effectieve implementatie. Enerzijds wordt met dit programma beoogd de algemene kennis op dit vlak te bevorderen en anderzijds worden resultaten van andere ZON-programma's geïmplementeerd door een betere ondersteuning van praktijk en onderzoekers. Afhankelijk van de behoefte in de praktijk kunnen bijvoorbeeld hulpmiddelen worden ontwikkeld om de implementatie van een project te ondersteunen. Ook

kan ondersteuning worden geboden bij de praktische uitwerking van plannen door onderzoekers. Bij het beoordelen van projectvoorstellen toetst ZON ook aan het criterium implementatie. Aldus zijn indieners genoodzaakt om reeds in een vroeg stadium na te gaan op welke wijze de projectresultaten navolging gaan krijgen en bijvoorbeeld structureel in de organisatie kunnen worden ingepast.

Ongevalsepreventie

Het beleidsterrein Ongevalsepreventie bestrijkt de inspanningen (zowel gezondheidsbeschermende als -bevorderende) om de veiligheid en de gezondheid in de privé-sfeer te bevorderen.

De bedreiging van de gezondheid ten gevolge van ongevalseletsels wordt in kaart gebracht door Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV 1997). Letsels ten gevolge van ongevallen vormen een aanzienlijke bedreiging van de volksgezondheid. VTV berekent dat ongevallen verantwoordelijk zijn voor 5% van het aantal DALY's (disability adjusted life-years, een maat voor de hoeveelheid verloren gezondheid door ziekte en sterfte). Jaarlijks vinden 2,7 miljoen ongevallen plaats met letsel dat medisch moet worden behandeld. 80% van deze ongevallen vindt plaats in en om de woning, bij recreatie en sport. De kosten van de gezondheidszorg als gevolg van ongevallen in de privé-sfeer bedragen jaarlijks ongeveer f 1 mld, waarbij met name de kosten ten gevolge van heupfracturen de komende jaren fors zullen stijgen onder invloed van de groei en de vergrijzing van de bevolking.

2.3 Beleidsvoornemens

2.3.1 Gezondheidsbeleid

Nederland behoort tot de landen met de gezondste bevolking. Nederlanders worden gemiddeld ook bijzonder oud. In het rapport Volksgezondheid Toekomst Verkenning (VTV)-1997 van het RIVM, voor VWS een belangrijke bron van beleidsinformatie, staan echter vier belangrijke constatering:

- 1) Nog steeds zijn hart- en vaatziekten en kanker veruit de belangrijkste oorzaken van – voortijdige – sterfte (bijna 70%).
- 2) Chronische lichamelijke en psychische aandoeningen (onder andere reuma, diabetes, dementie) dragen voor ongeveer 80% bij aan ongezonde levensjaren, vooral op hogere leeftijd. Zo'n 15 tot 20 jaren van het leven worden in relatieve ongezondheid doorgebracht, waarbij vrouwen in het nadeel zijn.
- 3) De ongelijkheid in gezondheid tussen de verschillende bevolkingsgroepen neemt niet af, en zal in de toekomst naar verwachting zelfs toenemen, omdat de omvang van de groepen die 'op achterstand staan' toeneemt. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 3,5 jaar korter, hebben op iedere leeftijd een kans om te overlijden die het dubbele is van die van hoger opgeleiden, en brengen bijna 12 jaar minder door in goede gezondheid dan hoger opgeleiden. Dat geldt vooral voor allochtonen, alleenstaanden en lage inkomensgroepen;
- 4) Leefstijl-risicofactoren ontwikkelen zich ongunstig, vooral bij jongeren en in relatie tot roken. Momenteel rookt maar liefst 28% van de 10-19-jarigen.

Naast de bestaande gezondheidsproblemen en -risico's worden nieuwe gezondheidsproblemen en -risico's vooral gerelateerd aan de gezondheidszorg zelf (bijvoorbeeld ziekenhuisinfecties, bijwerkingen, resistentievorming, decubitus), het milieu (bijvoorbeeld gezondheidschade als gevolg van het broeikas-effect), voeding (bijvoorbeeld overgevoeligheid, gevolgen van de gekke-koeienziekte BSE of van exotische plantenziekten) en arbeid (bijvoorbeeld 'muisarm', stress en allergieën).

Belangrijke toekomstige actiegebieden vormen ongelijkheid in gezondheid, gedragsgerelateerde preventie en intersectorale samenwerking. Deze terreinen moeten met het oog op langer gezond leven worden versterkt. Wij willen dat doen aan de hand van concrete speerpunten, zoals het terugdringen van tabaksgebruik door jeugdigen, het voorkomen van arbeidsgerelateerde aandoeningen en het stimuleren van gezonde voeding.

2.3.2 Lokaal gezondheidsbeleid

Openbare gezondheidszorg

Het actieprogramma 'Versterking gemeentelijk gezondheidsbeleid' (zie 'terugblik') zal een vervolg krijgen in een aantal uitwerkingen, te weten: het wettelijk verankeren van basistaken collectieve preventie, het inspecteren door de Inspectie Gezondheidszorg van GGD-en op gestandaardiseerde wijze en het versterken van de ondersteuningsstructuur en de informatievoorziening rond GGD-en.

In 2000 vindt een evaluatie plaats van het huidige functioneren van de collectieve preventie en het gemeentelijk gezondheidsbeleid.

Jeugdgezondheidszorg

Het komend jaar zal overwegend in het teken staan van de discussie en besluitvorming over en implementatie van de Beleidsnotitie jeugdgezondheidszorg. In die notitie wordt een keuze gemaakt ten aanzien van de toekomstige positionering en financiering van de OKZ. Ook wordt daarin een implementatietraject geëntameerd voor het invoeren van de basistaken jeugdgezondheidszorg.

Naar aanleiding van haar onderzoek beveelt de IGZ aan de positionering van de jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0–4 jaar op korte termijn landelijk te bediscussiëren. Dit traject is inmiddels ingezet.

Het uitgangspunt is het totstandkomen van een ongedeelde jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0–19 jaar. Hiertoe worden – zoals tabel 2.3 aangeeft – de uitgaven voor Ouder- en kindzorg met ingang van dit jaar binnen dit hoofdstuk verantwoord.

Daarbij kan de kwaliteit gewaarborgd worden door het helder omschrijven en vastleggen van een landelijk, wettelijk pakket. Door de 0–4-jarigenzorg en de jeugdgezondheidszorg voor 4–19-jarigen in de WCPV onder te brengen kan de verbinding met het gemeentelijk gezondheidsbeleid beter gerealiseerd worden. Met de betrokken partijen zoals de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en de Landelijke Vereniging voor GGD-en (LVGGD) zal over dit onderwerp bestuurlijk overleg worden gevoerd. In dit najaar zal ik mijn beleidsnotitie over de toekomstige positionering en financiering van de Ouder- en Kindzorg naar de Kamer zenden. De Inspectie start nog dit jaar voorbereidingen voor een gericht onderzoek naar de kwaliteit van de werkelijk geleverde ouder- en kindzorg, op basis van de huidige productbeschrijvingen en normeringen. Daarbij krijgt ook de in kwalitatief opzicht kwetsbare positie van de huisarts als consultatiebureau-arts aandacht. Het CVZ is gevraagd onderzoek te verrichten naar de uitwerking van het zogenaamde verdeelmodel opdat inzicht verkregen kan worden in de besteding van de middelen aan de zogenaamde status-aparte activiteiten door de thuiszorgorganisaties.

2.3.3 Programmatische preventie

Om de landelijke invoering van programmatisch uitgevoerde preventieactiviteiten te bevorderen en te stimuleren is in 2000 f 10 mln beschikbaar. Alleen die activiteiten die bewezen effectief en uitvoerbaar zijn, komen voor invoering in aanmerking. Naast de lopende projecten (zie evaluatie) zijn voor 2000 voorgenomen de implementatie van de screening op het

adrenogenitaal syndroom, enkele projecten op het terrein van het stoppen-met-roken en een project betreffende de implementatie van een landelijke gehoorscreening bij pasgeboren met een verhoogd risico. Het HVZ-project bij de huisartsen zal in 2000 eenmalig worden verlengd. In 2000 zal een definitieve beslissing moeten worden genomen over een landelijke implementatie vanaf 2001, inclusief de financiering daarvan.

Borstkankerscreening

Naar schatting van het CVZ zullen in 2000, rekening houdend met een opkomst van 79% voor de doelgroep 50 tot en met 69 jaar en 60% voor de 70 tot en met 75-jarigen, 784.200 vrouwen aan de borstkankerscreening deelnemen. Dit is een toename van 13.000. Op grond van de bevindingen uit de doorlopende evaluatie door het Landelijke Evaluatie Team Borstkankerscreening, en naar aanleiding van de voorwaarden die aan de Wbo-vergunning verbonden zijn, zal in 2000 verder in kwaliteitsverbetering van de borstkankerscreening moeten worden geïnvesteerd. Met name moet hierbij gedacht worden aan de procedures van het beoordelen van screeningsmammografieën en aan het invoeren van digitale technieken. Het beschikbare budget wordt voor 2000 verhoogd tot f 75,2 mln.

Cervixscreening

Naar schatting van het CVZ zullen in 2000, rekening houdend met een opkomst van 60%, 468.000 uitstrijkjes in het kader van het bevolkingsonderzoek op baarmoederhalskanker plaatsvinden. Dit is een afname van 7.000. Bij het vaststellen van het budget voor het jaar 2000 is rekening gehouden met kosten voor implementatie van innovatieve technieken, maar ook met mogelijkheden voor doelmatigheidswinst. Voor noodzakelijke verbeteringen in kwaliteit en efficiëntie kan volstaan worden met een iets lager bedrag dan in voorgaande jaren. Per saldo is voor 2000 voor de cervixscreening in totaal f 48 mln beschikbaar.

Infectieziektebestrijding

Eind 1999 zullen de resultaten beschikbaar komen van het onderzoek naar de mogelijkheden om de vaccinatiegraad voor DTP en BMR onder onvolledig geïmmuniseerde 16-jarigen te verhogen. Op grond van deze resultaten zal worden besloten deze vaccinatie al dan niet op grotere schaal in te voeren. Voor 2000 is er f 83 mln voor het Rijksvaccinatieprogramma beschikbaar.

Patiënten en Chronisch ziekenbeleid

Met ingang van 1999 is het budget van het Patiëntenfonds nogmaals met f 10 mln verhoogd. Vanaf 1999 kunnen organisaties behalve voor een exploitatiesubsidie ook in aanmerking komen voor een projectsubsidie voor niet-reguliere activiteiten met een tijdelijk karakter. Het Patiëntenfonds wil in de komende jaren ook een bijdrage gaan leveren aan het wegnemen van een aantal organisatie-overstijgende knelpunten die belemmerend werken voor het versterken van de positie van de patiënt. Daartoe is het Patiëntenfonds, na overleg met een aantal sleutelfiguren uit de patiëntenbeweging gestart met een stimuleringsprogramma, waarin samen met de patiëntenbeweging aan het oplossen van knelpunten wordt gewerkt. In het programma is onder meer aandacht voor: empowerment en organisatie-ontwikkeling, informatievoorziening, onderzoek, belangenbehartiging en geneesmiddelenvoorlichting.

2.3.4 Overige onderwerpen

Onderzoek en ontwikkelingsbeleid

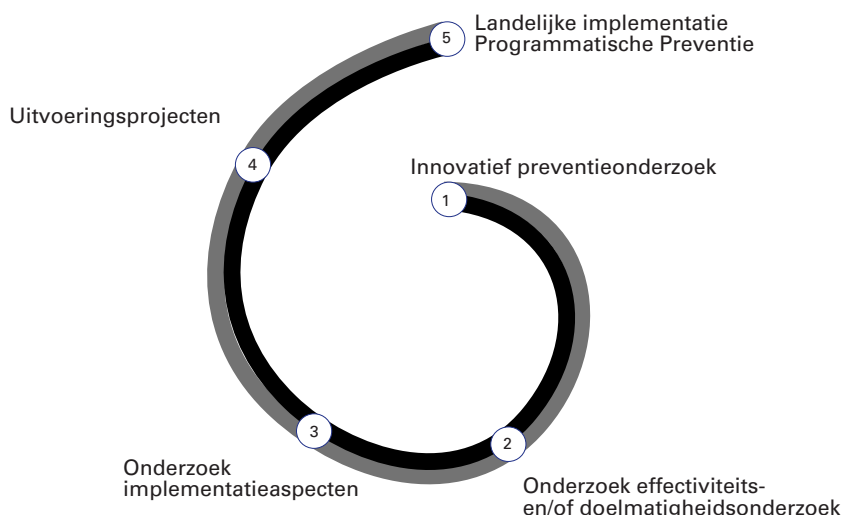
Voor het PEO-programma 'Volksgezondheid en zorg' is op de Rijksbegroting in 2000 een bedrag van f 120 mln beschikbaar. Naast het voortzetten

van een groot aantal programma's zullen ook op verschillende terreinen nieuwe activiteiten worden ontplooid. Die nieuwe activiteiten hebben onder meer betrekking op de geestelijke gezondheidszorg (zoals aangekondigd in de sectorale beleidsvisie GGZ 1998), medische ethiek, in deeltijd werken van medisch specialisten en doelmatigheidsonderzoek. De omvang van dit bedrag wordt met name gerechtvaardigd door het feit dat het gaat om toepassingsgerichte en vernieuwende projecten, waardoor het PEO-geld grotendeels daadwerkelijk aan zorg ten goede komt. Implementatie is daarbij een nadrukkelijk aandachtspunt, teneinde te bewerkstelligen dat positieve ervaringen en projectresultaten ook elders benut kunnen worden. Daarbij wordt overigens wel aangetekend dat het daadwerkelijk realiseren van zorgvernieuwing veelal een proces van (enige) jaren is. De PEO-gelden zijn derhalve in belangrijke mate een investering in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg in de nabije toekomst.

Desalniettemin begint het PEO-programma nu al zijn vruchten af te werpen. Zo is aandacht voor de implementatie van verkregen resultaten in het uitvoerend veld en bij beleidsmakers groter dan ooit tevoren. Voorts is met de gekozen programmatische aanpak een eind gemaakt aan de versnippering en daardoor ontstane inefficiëntie uit het verleden.

Het programma 'Preventie' (f 47 mln) is gesplitst in 5 delen. Elk deelprogramma bestrijkt een fase in de kenniscyclus van wetenschappelijk onderzoek: van vernieuwende experimenten tot de structurele invoering van een preventieproject.

Figuur 2.3 Onderzoeksspiraal programma 'Preventie'



Bron: ZON programma 'Preventie': de eerste ronde.

In 1999 verscheen het RGO-advies Geestelijke Gezondheidszorg. Hierin wordt gewezen op het belang van het intensiveren van de onderzoekspanningen op dit terrein, mede in relatie tot de omvang van de gezondheidsproblemen op dit terrein. Naar aanleiding van het advies zal een nieuw programma 'Geestelijke gezondheidszorg' worden gestart. Nieuwe activiteiten zijn ook voorzien op het gebied van de medische ethiek en de arbeidsmarkt. Voor een volledig overzicht wordt verwezen naar het

PEO-programma 'Volksgezondheid en zorg', dat dit najaar aan de Tweede Kamer zal worden voorgelegd.

Biotechnologie en genetisch gemodificeerde organismen

De introductie van voedingsmiddelen die vervaardigd zijn met genetisch gemodificeerde organismen in Nederland en in de Europese Unie verloopt traag. Sinds het van kracht worden van de betreffende Europese regelingen op 16 mei 1997 zijn er 14 aanvragen ingediend. Er zijn inmiddels 6 producten toegelaten. In het overheidsbeleid staan de veiligheid van de producten en de keuzevrijheid van de consument centraal. Sinds 1 januari 1999 beoordeelt de commissie Veiligheid Nieuwe Voedingsmiddelen van de Gezondheidsraad de veiligheid. Daarnaast is er veel aandacht voor de informatievoorziening en de keuzevrijheid van de consument. Met name het Voedingscentrum vervult hierbij een belangrijke rol. De etikettering is in principe verplicht door middel van de Europese verordeningen. Om de keuzevrijheid van de consument te vergroten is een ontwerp-Warenwetbesluit opgesteld dat de vermelding 'zonder gentechniek geproduceerd' regelt. Dit geeft duidelijkheid aan de consumenten die voedingsmiddelen willen die zonder gentechniek zijn geproduceerd.

Veterinaire public health

Het beleid inzake de veterinaire volksgezondheid wordt gerekend tot de gezondheidsbescherming, evenals het voedingsbeleid. De doelstellingen van dit beleid zijn het streven naar een hoog niveau van bescherming van de consument teneinde ziekte, ongemak of erger te voorkomen. Daarnaast valt het proefdierenbeleid onder de verantwoordelijkheid van dit beleidsterrein. Met betrekking tot het beschermingsbeleid is de doelstelling kwantitatief te omschrijven als het bereiken van een reductie van het aantal zoonosen, ziekten die van dier op mens overdraagbaar zijn. Hieronder vallen zowel bepaalde voedselinfecties, als specifieke ziekten zoals BSE bij runderen. Ook het beheersen van de dierlijke voedselproductieketen hoort bij dit beleidsveld.

Uit recente ervaringen is gebleken dat aanvullende maatregelen op dit terrein noodzakelijk zijn:

- Er komt een kaderwet Diervoeding (LNV eerste verantwoordelijke);
- Extern advies is gevraagd over de organisatie en communicatie rond het waarborgen van de voedselveiligheid;
- In interdepartementaal verband zullen mogelijke leemten in de regelgeving, toezicht en controle worden opgespoord;
- Er wordt een nadere risicoanalyse gemaakt van de dierlijke productieketens.

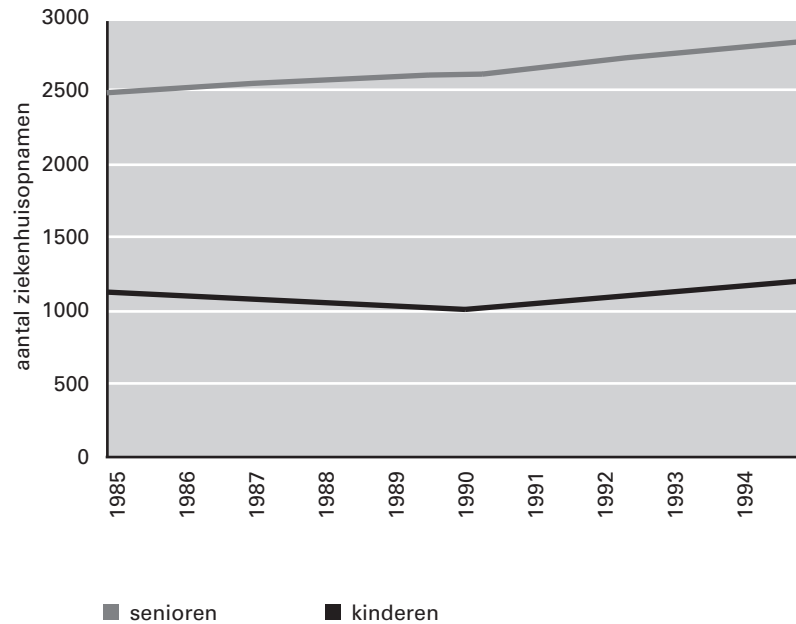
Het proefdierenbeleid is erop gericht een reductie te bewerkstelligen van het aantal gebruikte proefdieren en staat een verantwoord gebruik van proefdieren voor. Het beleid is onder andere gericht op het welzijn van proefdieren.

Ongevalsepreventie

De nota Veilig thuis¹ brengt het probleem van privé-ongevallen in kaart en beschrijft het preventiebeleid daarvoor tot 2002. Dit beleid is met name gericht op doelgroepen als jonge kinderen, jeugdigen, ouderen en sporters. Ook groepen met een lage sociaal-economische status en etnische minderheden verdienen extra aandacht. Helaas moeten we constateren dat de in Veilig Thuis gesignaleerde ontwikkelingen in de ongevalcijfers zich in ongunstige zin hebben doorgezet. De laatste trendanalyses laten een aanzienlijke stijging zien voor ziekenhuisbehandelingen en -opnames bij jonge kinderen (15%), ouderen (15%) en jeugdigen (5%).

¹ Tweede Kamer, 1997-1998, 25 825, nrs. 1-2.

Figuur 2.4 De lineaire trend van het gemiddeld aantal ziekenhuisopnamen per maand na een privé of sportongeval



De uitvoering van het beleid uit Veilig Thuis vindt voor een belangrijk deel plaats door de stichting Consument en Veiligheid te subsidiëren. Het activiteitenplan 1999 dat Consument en Veiligheid met subsidie van VWS uitvoert omvat: epidemiologie, technische veiligheid, documentatie en communicatie op het terrein van ongevallenpreventie. Hierbij wordt met name aandacht besteed aan jonge kinderen (0–4 jaar), jeugd (5–18 jaar), senioren, achterstandsgroepen (allochtonen en lage SES) en specifieke risicogroepen (bijv. doe het zelve).

In het kader van het Preventieprogramma van ZON lopen een aantal projecten met betrekking tot de veiligheid van ouderen (onder andere valongevallen) en kinderveiligheid.

Het PEO-programma 'Gezond Leven' dat in 2000 van start zal gaan, is bedoeld om gerichte beïnvloeding van gedragsdeterminanten van ongevallen mogelijk te maken.

HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

3.1 Terreinbeschrijving

De curatieve zorg is gericht op de cure, ofwel het behandelen van ziekte. Bij deze vorm van zorg zijn vele en uiteenlopende instellingen en beroepsbeoefenaren betrokken. Het gaat in dit hoofdstuk om somatische zorg, dat wil zeggen alle curatieve zorg met uitzondering van de geestelijke gezondheidszorg. Traditioneel wordt curatieve zorg verdeeld in extramuraal – bijvoorbeeld huisartsen, verloskundigen, ziekenvervoer – en intramuraal: het in toenemende mate geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijf, dus ziekenhuiszorg plus medisch-specialistische zorg (zie verder tabel 3.1). Door het grotere accent op samenhang in de zorg zijn de grenzen tussen intramuraal en extramuraal aan het vervagen; zo wordt de vanouds intramuraal aangeboden medisch-specialistische zorg op beperkte schaal ook extramuraal aangeboden. Voorts vraagt de samenhang tussen de genees- en hulpmiddelenvoorziening en andere vormen van zorg veel aandacht. Zorg wordt meer en meer transmuraal geleverd, waarbij de zorgbehoefte van de patiënt het leidend beginsel is. Gezien het grote belang van een goede informatievoorziening zijn kerngegevens door de sector zelf bijeengebracht in het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Onderwerpen die daarin extra aandacht krijgen zijn verloskunde, klinische genetica en ketenzorg.

Tabel 3.1 Kerncijfers curatieve somatische zorg

	1994	1995	1996	1997	Abs. groei	Proc. groei	Gem. jrl.%
Aantal zelfstandig gevestigde huisartsen	6.753	6.814	6.916	6.997	244,0	3,6	1,2
Aantal in Nederland gevestigde tandartsen	7.258	7.328	7.258	7.319	61,0	0,8	0,3
Aantal fysiotherapeuten (extramuraal)	11.541	-	11.550	-	-	-	-
Aantal ergotherapeuten	1.576	1.621	1.700	1.750	183,0	11,7	3,9
Aantal logopedisten	3.226	3.393	3.359	3.900	674,0	20,9	7,0
Aantal oefentherapeuten-Mensendieck	851	832	850	895	44,0	5,2	1,7
Aantal oefentherapeuten-Cesar	793	823	813	808	15,0	1,9	0,6
Aantal diëtisten	2.201	2.121	2.242	2.133	-68,0	-3,1	-1,0
Aantal mondhygiënisten	1.278	1.353	1.375	1.427	149,0	11,7	3,9
Aantal orthopisten	268	277	274	287	19,0	7,1	2,4
Aantal podotherapeuten	228	259	291	314	86,0	37,7	12,6
Aantal radiologisch laboranten	9.072	9.256	9.736	9.841	768,0	8,5	2,8
Aantal werkzame verloskundigen	1.276	1.332	1.357	1.422	14,6	11,4	3,8
Aantallen ziekenhuizen, waarvan:	151	149	143	143	-8,0	-5,3	-1,8
- algemene ziekenhuizen	112	110	105	105	-7,0	-6,3	-2,1
- categorale ziekenhuizen	30	30	29	29	-1,0	-3,3	-1,1
- academische ziekenhuizen	9	9	9	9	0,0	0,0	0,0
Aantal erkende bedden, waarvan:	61.345	60.217	59.290	59.123	-2.222,0	-3,6	-1,2
- algemene ziekenhuizen	49.735	48.663	47.858	47.591	-2.144,0	-4,3	-1,5
- categorale ziekenhuizen	3.994	3.910	3.830	3.931	-63,0	-1,6	-0,5
- academische ziekenhuizen	7.616	7.644	7.602	7.601	-15,0	-0,2	-0,1
Aantal specialistenplaatsen, waarvan:	8.678	8.781	8.909	10.095	417,0	4,8	1,6
- algemene ziekenhuizen	5.991	6.070	6.117	6.228	237,0	4,0	1,3
- categorale ziekenhuizen	348	349	355	379	31,0	8,9	2,9
- academische ziekenhuizen	2.339	2.362	2.437	2.488	149,0	6,4	2,1
Aantal personeel ziekenhuizen	141.162	142.263	145.353	-	-	-	-
waarvan patiëntgebonden functies	91.380	91.656	93.208	-	-	-	-
Aantal personeelsleden ambulancediensten	3.232	3.960	-	3.712	480,0	14,9	5,0

Bron: NZI

In tabel 3.1 is de gemiddelde jaarlijkse groei berekend door de gegevens van jaar 1997 te vergelijken met die van 1994.

Tabel 3.2 Uitgaven Curatieve Somatische Zorg

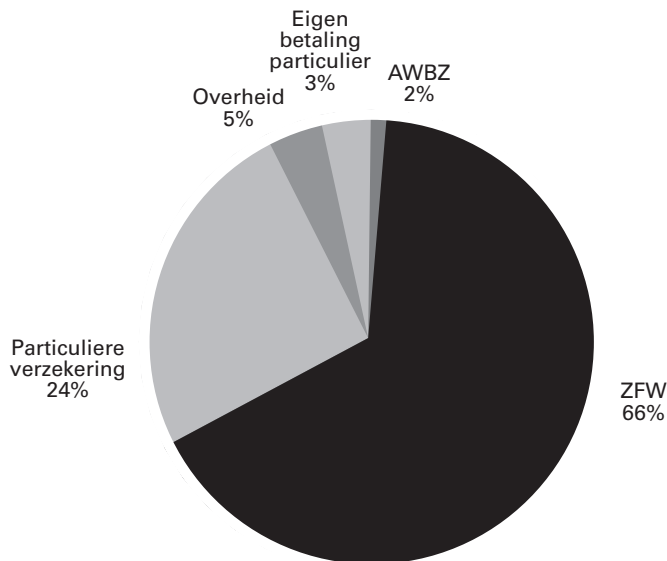
x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
3.01 Huisartsenzorg	1.982,7	2.017,0	2.179,1	2.225,1	2.382,9	2.398,9	2.378,9	2.378,9	2.378,9	2.378,9
3.02 Gezondheidscentra	28,4	34,8	38,7	42,9	44,6	41,4	41,4	41,4	41,4	41,4
3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	1.030,9	993,3	1.055,3	1.082,1	1.130,6	1.135,5	1.135,5	1.135,5	1.135,5	1.135,5
3.04 Fysiotherapie	1.260,4	1.001,8	1.071,9	1.152,2	1.276,2	1.281,0	1.281,0	1.281,0	1.281,0	1.281,0
3.05 Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)	78,6	70,0	63,1	66,1	74,6	75,0	75,0	75,0	75,0	75,0
3.06 Logopedie	76,1	77,8	74,6	74,0	85,8	86,2	86,2	86,2	86,2	86,2
3.07 Ergotherapie		2,4	8,3	12,4	13,1	13,2	13,2	13,2	13,2	13,2
3.08 Verloskundige zorg	126,6	134,3	140,8	147,1	152,0	154,0	154,0	154,0	154,0	154,0
3.11 Kraamzorg	370,7	370,0	391,3	399,5	415,6	418,9	421,7	421,7	421,7	421,7
3.15 Algemeen maatschap- pelijk werk	222,0	231,0	234,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0
3.16 Algemene en catego- rale ziekenhuizen	12.669,0	13.007,5	13.407,1	13.999,3	14.264,1	14.467,7	14.523,1	14.602,9	14.806,0	14.912,5
3.17 Academische ziekenhuizen	3.843,1	4.004,3	4.175,5	4.428,4	4.787,7	4.887,8	4.922,4	4.933,5	4.953,9	4.953,9
3.18 Overig curatieve zorg	522,8	543,3	523,4	650,7	750,7	728,4	722,8	722,7	722,7	722,7
3.19 Medisch specialis- tische zorg	2.264,2	2.355,2	2.397,7	2.485,6	2.591,5	2.606,3	2.606,3	2.606,3	2.606,3	2.606,3
3.20 Tandheelkundig specialistische zorg	217,0	120,1	129,6	137,0	164,6	165,3	165,3	165,3	165,3	165,3
3.21 Ambulancevervoer	323,0	352,0	370,7	390,3	392,8	395,4	395,4	395,4	395,4	395,4
3.22 Overige ziekenvervoer	292,0	312,0	328,0	341,0	300,2	302,5	302,5	302,5	302,5	302,5
nog toe te kennen groeirimte					24,6	21,1	423,2	843,0	846,0	846,0
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	25.307,5 11.484,0	25.626,8 11.628,9	26.589,1 12.065,6	27.871,7 12.647,6	29.089,6 13.200,3	29.416,6 13.348,7	29.885,9 13.561,6	30.396,5 13.793,3	30.623,0 13.896,1	30.729,5 13.944,4
Procentuele mutatie		1,3	3,8	4,8	4,4	1,1	1,6	1,7	0,7	0,3

Opmerkingen bij bovenstaande tabel

In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de curatieve somatische zorg verdeeld over de sectoren, voor zover deze verdeling in de meerjarenafspraken overeen is gekomen. De resterende, nog toe te kennen, groeirimte is apart weergegeven in de onderste regel van de tabel, 'nog toe te kennen groeirimte'. Hoewel in de tabel staat dat deze ruimte nog moet worden toegekend, is de groeirimte voor 1999 en 2000 al wel volledig toegedeeld. De bedragen die echter nog voor deze jaren in de reeks staan betreffen middelen voor overeengekomen intensiveringen waarvan nog niet bekend is aan welke sector de toedeling dient plaats te vinden. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient verder bedacht te worden dat voor de jaren tot en met 1999 de middelen voor de loon- en prijsontwikkeling al toegevoegd zijn, terwijl voor 2000 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog centraal gereserveerd staat. Voor 2003

en 2004 is bovendien nog geen groeirimte aan curatieve somatische zorg toegewezen, buiten het bouwprogramma. Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een goed beeld van de budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren tot en met 2002.

Figuur 3.1 Financiering Curatieve Somatische Zorg



3.2 Hoofdpunten van beleid

3.2.1 Verzekeraars aan zet

Het zorgaanbod kan het beste regionaal worden vormgegeven. Dat is de conclusie van de gemengde werkgroep Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) in haar rapport *Het ziekenhuis: a human enterprise*. Op regionaal niveau valt het beste te bepalen hoe en door wie een integraal en toereikend zorgaanbod kan worden gerealiseerd, uitgaande van de vraag van patiënten. Op regionaal niveau bestaan al veel samenwerkingsverbanden, die verder kunnen worden uitgebouwd. Ook kan zo het aanbod beter worden toegesneden op regionale verschillen in bijvoorbeeld bevolkingssamenstelling. In het Regeerakkoord is bepaald dat veldpartijen in de zorg meer ruimte – en dus ook meer verantwoordelijkheden – moeten krijgen. De regio biedt hiervoor het passende kader. Het uitgangspunt daarbij is maatschappelijk ondernemerschap. Zorgverzekeraars en aanbieders hebben een in het kader van de Ziekenfondswet geregelde zorgplicht, dat wil zeggen, voor iedereen moet, indien nodig, zowel kwantitatief als kwalitatief verantwoorde zorg beschikbaar zijn.

Regiogerichte benadering

De regiogerichte benadering van de zorg staat centraal in mijn brief van 29 april 1999 over de bestuurlijke vormgeving van het tweede compartiment¹. Zorgverzekeraars krijgen een belangrijke rol bij het vormgeven van een regionaal zorgaanbod, met name de zorgverzekeraar die dominant in de regio aanwezig is, danwel de regiovertegenwoordiger 'nieuwe stijl', waaraan thans door Zorgverzekeraars Nederland wordt vormgegeven. Juist deze zorgverzekeraars kennen de zorgaanbieders binnen hun regio

¹ Tweede Kamer, 1998-1999, 26 517, nr. 1.

goed, en zij zijn dan ook de aangewezen partij om een stimulerende rol te vervullen bij het verder ontwikkelen van een regionaal zorgaanbod. De zorgverzekeraar wordt zo als het ware de regisseur van de zorg in de regio. In het belang van zijn verzekerden sluit de zorgverzekeraar overeenkomsten met aanbieders van zorg en met inkopers van genees- en hulpmiddelen, daarbij rekening houdend met de vraag naar zorg in de regio. Hij bevordert daarbij de afstemming tussen de verschillende zorgprocessen – een van de voorwaarden voor doelmatige zorg – en daardoor ook ketenvorming.

Deze rol wordt inmiddels al op diverse plaatsen goed opgepakt door zorgverzekeraars. Een stimulans hierbij is de voortgaande risicodragende budgettering van zorgverzekeraars. In 1999 is bijvoorbeeld de nacalculatie voor de post 'overige verstrekkingen' tot nul gereduceerd. Onder deze budgettering vallen onder meer huisartsenzorg, paramedische zorg en extramuraal afgeleverde genees- en hulpmiddelen. Met name voor de genees- en hulpmiddelen zijn de verzekeraars genoodzaakt veel extra inspanningen te verrichten.

In het kader van de meerjarenaafspraken wordt op dit moment thans bezien hoe dit traject verder kan worden ingevuld. Verder wordt gezocht naar middelen waarmee zorgverzekeraars hun nieuwe rol in de regio effectief kunnen vormgeven. Eén van de mogelijkheden is het flexibiliseren van het overeenkomstenstelsel, waarbij het accent komt te liggen op het sluiten van overeenkomsten binnen een regionaal kader. Bij een samenhangend aanbod binnen een regio zijn bijvoorbeeld synergiewinsten te behalen, die de zorgverzekeraar kan gebruiken om zowel het aanbod kwalitatief of kwantitatief te verruimen als de nominale premie voor de verzekerden te verlagen. Het moet ook tot de mogelijkheden gaan behoren onderdelen van zorgketens die goed presteren te belonen. Het automatisme in de verdeling van de intensiveringsmiddelen dat tot nu toe gebruikelijk was – bijvoorbeeld voor demografische groei – wordt afgeschaft. De zorgverzekeraar kan deze middelen dan gericht inzetten voor gewenste ontwikkelingen in de zorg.

Verbeteringen budgetteringssysteem

Bij het verder risicodragend maken van zorgverzekeraars zijn verbeteringen in het budgetteringssysteem noodzakelijk. Zo is de huidige bekostigingssystematiek van ziekenhuizen niet toereikend. Hierdoor kan bijvoorbeeld niet worden vastgesteld wat het deel van de kosten is dat niet door zorgverzekeraars beïnvloed kan worden. Ook is er te weinig flexibiliteit op microniveau. In het MDW-rapport Het ziekenhuis a human enterprise is op hoofdlijnen aangegeven hoe de nieuwe bekostigingssystematiek eruit moet zien, waarbij uiteraard ook aandacht is voor de rol van verzekeraars in het tweede compartiment. De hoofdlijnen uit dit MDW-rapport worden momenteel geoperationaliseerd.

3.2.2 Naar een patiëntgeoriënteerde zorg

Het moderniseren van de zorg is een kernpunt van het huidige beleid. Het kabinet bouwt daarmee voort op veranderingen die al in de voorgaande periode in gang zijn gezet. Het gaat om samenwerking, afstemming en substitutie tussen zorgaanbieders in brede zin, tussen eerste- en tweede-lijn, extra- en intramuraal. Zorgverlening aan de individuele patiënt staat centraal; zorgaanbieders vormen ketens van zorg die als doel hebben antwoord te geven op de zorgvraag van patiënten, ook als het gaat om complexe zorgvragen. Flexibilisering en transmuralisering zijn voorwaarden daartoe. De traditionele voorzieningengerichte organisatie van de zorg kan zo overgaan naar een zorg die toegesneden is op de patiënt, op continuïteit van zorg voor deze patiënt en op integrale zorg. Een patiënt heeft vaak niet alleen cure (behandeling) nodig, maar ook care, dat wil zeggen, (thuis)verpleging, verzorging. Het beleid op het gebied van de

cure moet daarom waar nodig samenhangen met dat van de care. Het wettelijke kader dat de grondslag vormt voor de care, de AWBZ, wordt thans gemoderniseerd. Daarbij wordt eveneens uitgegaan van de noodzaak van integrale zorg.

Mogelijk maken integrale zorg

Het streven is integrale zorg in wet- en regelgeving mogelijk te maken. Zorgvernieuwing, samenwerking tussen intramuraal en extramuraal, tussen cure en care moet zo min mogelijk belemmerd worden. Drempels ten gevolge van bestaande financieringsschotten moeten zoveel mogelijk worden weggenomen. De afgelopen periode zijn al enkele eerste stappen gezet. Een daarvan is de COTG-beleidsregel Zorgvernieuwing. Daarmee is tegemoetgekomen aan het bezwaar van ziekenhuizen dat het huidige budgetteringssysteem zorgvernieuwing belemmert. De Regeling ziekenhuisverplaatste zorg, die 1 januari 1999 in werking trad, sluit hier nauw op aan. Het doel hiervan is de aanspraak van ziekenfondsverzekerden uit te breiden, zodat ziekenhuizen ook gespecialiseerde verpleging thuis kunnen leveren. Voorts biedt de flexizorgregeling ziekenfondsen de mogelijkheid om vervangende hulp aan te bieden. Daar is per 1 april 1999 aan toegevoegd de Regeling coördinatie en organisatiekosten zorgvernieuwing. Onder bepaalde voorwaarden kunnen de kosten van bijvoorbeeld een projectcoördinator transmurale zorg worden gefinancierd. Ik verwijs hier nogmaals naar mijn brief van 29 april 1999 over de bestuurlijke vernieuwing van het tweede compartiment gezondheidszorg, waarin ik ben ingegaan op de mogelijkheden die overheid en partijen in het veld hebben om een evenwicht te vinden tussen de zorgvraag en de mogelijkheden van het zorgveld.

In deze kabinetsperiode zal onderzocht worden of een verdergaande ontschotting tussen eerste en tweede compartiment mogelijk is. Hiertoe zullen een of meer, nog nader te bepalen, transcompartimentale experimenten worden uitgevoerd.

Samenwerking intramuraal en extramuraal

Verandering in zorgvraag en -aanbod leidt tot een verschuiving van intra- naar extramuraal zorgverlening. Opnamen worden verkort. Bovendien vinden behandelingen meer en meer poliklinisch of zelfs thuis plaats. Hierdoor is de noodzaak tot samenwerking tussen intra- en extramuraal zorgvoorzieningen des te dringender geworden. Om continuïteit en kwaliteit te waarborgen moeten de inhoud en de organisatie van de zorgverlening aan specifieke eisen voldoen. Een heroriëntatie op de eerstelijnszorg is daarbij noodzakelijk. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) heeft hierover het advies Redesign eerstelijns in transmuraal perspectief uitgebracht. De eerstelijns zou georganiseerd moeten zijn op het niveau van wijkzorgnetwerk. Dat is het niveau waarop hulpverleners elkaar kennen en weten te vinden. De poortwachtersfunctie van de huisarts krijgt daarin meer gewicht, evenals de extramuraal verpleegkundige zorg. Zoals gezegd is samenwerking op regionaal niveau noodzakelijk, waarbij de grenzen van een regio niet door de overheid worden opgelegd, maar aansluiten bij reeds bestaande zorgnetwerken, waarbij afstemming plaatsvindt met wijkzorgnetwerken.

De hoofdlijn van het advies spreekt mij aan. De reikwijdte van het advies echter – thans beperkt tot de huisartsenzorg, extramuraal verpleegkundige zorg en thuiszorg in de eerstelijnszorg – zou moeten worden uitgebreid met de geestelijke gezondheidszorg, de genees- en hulpmiddelen, de paramedische zorg, de verloskundige en kraamzorg en afstemming met de 'care'-voorzieningen.

Ik kan mij vinden in het advies van de Raad ten aanzien van de organisatie van de extramuraal zorg, de praktijkondersteuning voor huisartsen, het stimuleren van het ontwikkelen en implementeren van transmuraal protocollen en het belang van informatie- en communicatie technologie. Al

deze onderwerpen maken inmiddels deel uit van de meerjarenafspraken. Over de uitwerking daarvan vindt thans overleg plaats met en tussen betrokken partijen.

Samenhang infrastructuur

Zorginhoudelijke samenwerking moet ook leiden tot meer samenhang in de infrastructuur. Bij nieuwbouw van ziekenhuizen moet expliciet op de hiervoor omschreven ontwikkelingen worden ingespeeld. Gebouwen moeten worden opgezet rondom een geïntegreerde en procesmatige zorgverlening, waarbij rekening wordt gehouden met overgangen van het ene zorgproces naar het andere. Dat betekent dat ziekenhuiszorg onder één dak kan komen met huisartsenzorg, apotheek of thuiszorg. Dankzij de snelle ontwikkelingen in de medische technologie wordt het meer en meer mogelijk dat ziekenhuiszorg decentraal kan worden geboden, buiten het ziekenhuis. Dat betekent dat kleinschalige multidisciplinaire voorzieningen in de wijk kunnen worden opgezet, waarbij de 'moedervoorziening' een achtervangfunctie behoudt. Deze laatste levert de complexere technologie, en adviseert zo nodig haar satellieten. Een dergelijke samenwerking is mede gebaseerd op de toepassing van ICT, waardoor snelle informatie-uitwisseling, bijvoorbeeld via het elektronisch patiëntendossier, mogelijk is. Gebruikmaken van protocollen en richtlijnen is eveneens van wezenlijk belang voor een efficiëntere samenwerking tussen betrokken partijen.

Kwaliteit

In mei 2000 zal de derde Leidschendamconferentie worden gehouden. De voorbereidende regionale conferenties verlopen voorspoedig. De Regionale Patiënten Consumenten Platforms (RP/CP's) en de zorgverzekeraars, in samenwerking met het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ), hebben de organisatie in handen. Op de conferentie zal een terugblik plaatsvinden over de wijze waarop en de mate waarin de in 1995 gemaakte tripartiete afspraken zijn gerealiseerd. Daarnaast zullen partijen proberen om tot nieuwe afspraken te maken. De in november 1998 gemaakte meerjarenafspraken hebben een flinke hoeveelheid kwaliteitsaspecten tot onderwerp en worden in overleg met mij nader uitgewerkt. Door het veld is daarmee op onderdelen reeds aangegeven waar zij haar speerpunten in het kwaliteitsbeleid ziet voor de komende jaren. In verschillende onderdelen van deze Zorgnota wordt dit ook nader toegelicht.

Doelmatigheid

Een belangrijk speerpunt van het beleid blijft het stimuleren van zorgaanbieders om zinnige en zuinige zorg te bieden. De signalering van onderwerpen waar doelmatigheidswinst is te behalen is de afgelopen jaren op voortvarende wijze ter hand genomen door de Ziekenfondsraad en andere organisaties. De 'lijst van 126' uit 1993 is richtinggevend geweest voor de voortgang van het doelmatigheidsbeleid. Inmiddels is een belangrijk deel van de verstrekkingen op deze lijst gescreend en eind 1997 heeft de Ziekenfondsraad besloten de lijst te actualiseren, met als resultaat een lijst van 31 nieuwe onderwerpen. Deze nieuwe 'lijst van 31' is aan het Platform Medical Technology Assessment (MTA) van de Raad van Gezondheidsonderzoek voorgelegd, met het verzoek concreet aan te geven welk onderwerp onder welke (reeds lopende) onderzoeksprogramma's zou kunnen worden gebracht. De nieuwe opzet van het doelmatigheidsonderzoek heeft erin geresulteerd, na intensief overleg tussen het College voor zorgverzekeringen (CVZ), NWO en ZON, dat het programma ontwikkelingsgeneeskunde door mij bij NWO is ondergebracht. NWO zal een commissie doelmatigheidsonderzoek benoemen, waarin zowel wetenschappelijke kennis op het terrein van doelmatigheidsonderzoek als affiniteit met bestuurlijke en

beleidsmatige aangelegenheden is weerspiegeld. Deze commissie zal op basis van een tweejaarlijkse programmeringsopdracht de aansturing en ontwikkeling van onderzoek op het vlak van doelmatigheid ter hand nemen.

In de nieuwe commissie doelmatigheidsonderzoek van NWO zal het recent ontstane College (CVZ) een belangrijke beleidsmatige inbreng hebben, gelet op haar rol als bewaker en regisseur van doelmatige aanwending van (collectieve) middelen voor de zorg. Daartoe zal het CVZ mij periodiek rapporteren omtrent prioriteiten en knelpunten rond bedrijfsmatige doelmatigheid. Bij het CVZ zijn inmiddels de Programma-commissie doelmatigheid van start gegaan en de commissie die zich speciaal zal richten op de doelmatigheid van geneesmiddelen. De genoemde programmacommissie coördineert eveneens het toepassingsgerichte programma van doelmatigheidsonderzoek voor academische ziekenhuizen.

Resultaten van projecten, experimenten en onderzoek op het terrein van doelmatigheid moeten concreet toepasbaar zijn en bouwstenen aandragen voor de verbetering van het professioneel handelen, voor de verhoging van de efficiency van de organisatie van zorg of een combinatie van beiden. Sleutelwoorden zijn daarbij protocollen, richtlijnen, standaarden en kanteling van zorg. Aan effectieve implementatie van richtlijnen in de dagelijkse praktijk en aan daadwerkelijke implementatie van de resultaten van het meer bedrijfsmatig georiënteerde onderzoek zal in de komende periode nadrukkelijk aandacht worden besteed.

Ook verbetering van de directe zorgverlening is een belangrijke drijfveer voor het doelmatigheidsonderzoek. Vooral degenen die langdurig op zorg zijn aangewezen ondervinden als geen ander de gevolgen van ondoelmatige zorgverlening en kunnen uit eigen ervaring een belangrijk inbreng hebben in de discussie over doelmatiger zorggebruik. Van deze ervaringskennis van patiënten wordt op dit moment nog onvoldoende gebruik gemaakt. Binnen afzienbare tijd zullen concrete voorstellen worden gedaan om hierin verandering te brengen, waarbij in overweging wordt genomen de installatie van een patiëntensignaleringscommissie doelmatigheid.

3.2.3 Toegankelijkheid van de zorg

Terugdringen wachtlijsten

Om de wachtlijsten binnen de curatieve somatische zorg en de ambulante geestelijke gezondheidszorg tot aanvaardbare lengte terug te dringen, zijn overeenkomstig het Regeerakkoord extra middelen ter beschikking gesteld. Daarmee kan het Plan Structurele Aanpak van Wachttijden in de Zorgsector, opgesteld door de veldpartijen, worden uitgevoerd. Het gaat om een veelzijdige aanpak van de wachtlijstproblematiek. Een deel van de middelen wordt, zoals dat ook in 1997 en 1998 is gebeurd, voor een inhaalslag aangewend. Het NZi heeft een evaluatieonderzoek uitgevoerd naar de effecten van de extra f 75 mln die in 1998 beschikbaar was. Uit dit onderzoek blijkt dat de extra middelen in de sector algemene en categoriale ziekenhuizen in ieder geval een stabiliserend effect hebben gehad op de wachtlijsten. Bovendien werd een lichte daling van de gemiddelde wachttijd geconstateerd. De implementatie van het Plan Structurele Aanpak wordt bewaakt en gestimuleerd door het Platform Aanpak Wachttijden Curatieve zorg. Een deel van de beschikbare middelen is bestemd voor een inhaalslag. Aansluitend bij de regionale/lokale ordening van het veld, zoals in het voorgaande omschreven, is het vanaf 1999 mogelijk om in het lokale overleg vast te stellen waar zich de grootste knelpunten voordoen, en hoe deze moeten worden aangepakt. In najaar 1999 vindt binnen het COTG de evaluatie van deze systematiek plaats. Actiepunten van het Plan Structurele Aanpak betreffen onder meer

transparantie, deskundigheidsbevordering en gespecialiseerde zorg gericht op specifieke aandoeningen. Tevens is normering van levertijden ter waarborging van tijdige hulp aan zorgvragers een actiepunt. In dat kader heeft Zorgverzekeraars Nederland een notitie met concept-normeringen ontworpen die thans wordt besproken in genoemd platform.

Arbeidsrelevante aandoeningen

In maart 1999 is de beleidsvisie 'Kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen' naar de Eerste en Tweede Kamer gezonden. Deze visie vormt het beoordelingskader voor instellingen die aangewezen wensen te worden als kenniscentrum voor arbeidsrelevante aandoeningen. Een dergelijk kenniscentrum ontvangt aanvullende financiering. Nog dit jaar kunnen enkele centra van start gaan.

Een onderwerp dat met het voorgaande verband houdt, is dat van de arbozorg. Deze is sterk in ontwikkeling, mede als gevolg van wijzigingen in het stelsel van sociale zekerheid. Daardoor worden werkgevers en werknemers zelf sterker geconfronteerd met de kosten van ziekte dan voorheen. Preventie van ziekte en snelle terugkeer naar de werkplek bij ziekte zijn hoofdthema's. In augustus 1999 is de notitie grensvlak arbodienstverlening en reguliere gezondheidszorg naar de Eerste en Tweede kamer gezonden. In de notitie geeft het kabinet zijn beleid weer rond arbodienstverlening in aanvulling op de al getroffen maatregelen rond de wachtlijstproblematiek in de zorgsector. Inmiddels heeft een eerste bespreking over dit onderwerp in de Tweede Kamer plaatsgevonden. Aan de hand van een nadere notitie zal deze bespreking worden vervolgd.

3.2.4 Geneesmiddelenbeleid

Algemeen

In het geneesmiddelenbeleid, zoals dat is neergelegd in brieven aan de Tweede Kamer¹ wordt een onderscheid gemaakt tussen korte- en langere termijnbeleid. Het uitgangspunt daarbij is implementatie van het advies van de commissie-Koopmans, dat is gericht op een structurele verbetering van kwaliteit en doelmatigheid voor de lange termijn. Dit beleid richt zich onder meer op de curatieve somatische zorg, maar ook op de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg. Voor de korte termijn gaat het vooral om het aanscherpen van al bestaande instrumenten. Voor de langere termijn zijn ingrijpende structurele maatregelen voorzien gericht op verzekeraars, voorschrijvers, afleveraars en op de inkoop. Bij het geneesmiddelenbeleid zijn in de curatieve somatische sector vooral huisartsen, apothekers, medisch specialisten, ziekenhuizen (inclusief ziekenhuisapothekers) en ziektekostenverzekeraars betrokken. De vraag van patiënten plus de manier van voorschrijven van behandelars bepalen gezamenlijk het geneesmiddelengebruik. Het is daarom van cruciaal belang dat er zo rationeel mogelijk wordt voorgeschreven. Kennis van farmacologische mogelijkheden en onmogelijkheden is daarbij een voorwaarde. Uitwisseling van kennis door alle betrokkenen inzake de samenhang tussen aandoeningen en geneesmiddelen is een noodzaak.

Farmacologisch Transmuraal Therapeutisch Overleg

Om het voorschrijfgedrag te verbeteren wordt overleg tussen eerste- en tweede lijn gestimuleerd. Daarbij is geen sprake van een vast, landelijk stramien. VWS bevordert dat lokaal en regionaal opgedane kennis en ervaring worden meegenomen bij de verdere vormgeving van het beleid en bij de toetsing van de veronderstellingen die zijn gehanteerd door de commissie-Koopmans. Plaatselijke en regionale partijen bepalen zelf wat de meest werkbare oplossing is. In het kader van de meerjarenafspraken werken ook de artsenorganisaties OMS, KNMG, LHV en NHG aan

¹ GMV-986216 d.d. 13 november 1998 en GMV-991430 d.d. 2 maart 1999.

voorstellen voor modellen van de verdere aanpak van het FTTO-beleid. Over de inhoud van de voorstellen zal overleg plaatsvinden.

Proeftuinen

Om in de praktijk ervaring op te doen met het nieuwe beleid voor de farmaceutische zorg en om initiatieven uit de praktijk van de zorgverlening te stimuleren heeft VWS dit voorjaar aan de lokale partijen een oproep gedaan voor voorstellen voor 'proeftuinen farmaceutische zorg'. Het aantal voorstellen lag met 55 boven de verwachting. Uiteindelijk zijn acht proeftuinen geselecteerd en in mei van start gegaan.

Apeldoorn: regionaal formulariumbeleid, onderzoek naar loskoppelen inkoop en zorg en naar poliklinisch budgetteren van geneesmiddelen, ontwikkelen regionaal informatiesysteem.

West Friesland: opzetten FTTO, opzetten regionaal systeem van aflevering (onder meer poliklinische apotheek), onderzoek naar gezamenlijke inkoop, regionaal informatiesysteem.

Kennemerland: afstemming voorschrijfgedrag eerste en tweede lijn, optimaliseren voorschrijfgedrag huisartsen en specialisten en aflevergedrag apothekers, beheersing geneesmiddelenkosten, kwaliteitsverbetering voor de patiënt.

Maastricht en Heuvelland: onderzoek naar het functioneren van het regionale FTTO en naar de effectiviteit van spiegelinformatie.

Zuid-Oost-Brabant: ontwikkeling van een formularium in FTTO-verband, uitbreiding van het Meetpunt Kwaliteit, intensivering overleg.

Eemland: uitbouwen FTTO, vastleggen regionaal beleid, opstellen en implementeren, volgen en eventueel bijstellen transmuraal formularium.

Groningen: implementatie en integratie van formularia, ontwikkelen databank, regionale inkoop, vormgeven FTTO.

Achmea (vijf lokaties): opzetten poliklinische apotheken, ondersteunen apotheekhoudende huisartsen, opzetten expertisecentra, verbeteren communicatie tussen eerste en tweede lijn, verbeteren service aan patiënten, beheersen kosten farmaceutische zorg.

Elektronisch voorschrijven (EVS)

Bij het toepassen van het formularium is elektronisch voorschrijven een onmisbaar hulpmiddel. Op dit moment zijn huisartsen hier verder mee dan de medisch specialisten. Met de huisartsen is inmiddels een convenant gesloten met sluitende afspraken over een brede invoering van EVS, en over de wijze waarop een deel van de besparingen die dit oplevert ingezet kunnen worden voor het invoeren van een praktijkverpleegkundige en/of een verdere ondersteuning van de praktijk. Dit betekent een cruciale versterking van de huisartsenzorg. Elektronisch voorschrijven bij specialisten wordt verder gestimuleerd. Op termijn moeten bestanden tussen huisartsen, specialisten en apothekers elektronisch gekoppeld worden.

Budgettering van poliklinisch voorgeschreven medicijnen

Budgetteren van geneesmiddelen zowel klinisch als poliklinisch is een manier om rationeel voorschrijven door medisch specialisten te bevorderen. Dit is één van de aanbevelingen uit het advies-Koopmans. Afstemming en uniformering in de wijze van voorschrijven tussen kliniek, polikliniek en huisarts is gewenst, zowel kwalitatief, kwantitatief als financieel.

Het COTG heeft een uitvoeringstoets uitgebracht inzake het voorstel om poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen onder het regime, ook in financiële zin, van het ziekenhuis te brengen. Het COTG is niet principieel tegen de voorgestelde maatregel, maar ziet veel praktische bezwaren en risico's in de uitvoering. In het verlengde hiervan is door het COTG een implementatieplan opgesteld. VWS heeft het NZi verzocht na te gaan op welke wijze de kosten van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in beeld zijn te brengen. Het NZi heeft onlangs haar rapportage uitgebracht.

Op basis van de rapportages van het COTG en het NZi is gekozen voor een gefaseerde invoering van de maatregel. Deze maatregel zal per 1 januari 2000 worden ingevoerd. In het financiële beeld is rekening gehouden met de effecten van deze fasering.

Ziekenhuis en politheek

De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelen (IWG) heeft in 1994 aanbevelingen gedaan voor maatregelen waarmee de mededinging bij onder meer de inkoop van geneesmiddelen bevorderd kan worden. Aan een aantal aanbevelingen is reeds in de vorige kabinetsperiode uitvoering gegeven. Drie belangrijke maatregelen zijn inmiddels genomen of bevinden zich in een afrondende fase. Deze maatregelen maken het nieuwe toetreders mogelijk de markt van inkoop en het afleveren van geneesmiddelen te betreden.

In de eerste plaats gaat het om het Initiatiefwetsvoorstel-Oudkerk, gericht op het opheffen van het verbod op extramuraal afleveren door ziekenhuis-apotheken. Zodra deze wet in werking is getreden, kunnen ziekenhuizen 'politheken' openen. Dit kan een belangrijke impuls geven aan de kwaliteit en doelmatigheid van de geneesmiddelenvoorziening, alsmede aan de mogelijkheden om transmurale zorg te verlenen. Het voorstel ligt thans voor finale behandeling in de Eerste Kamer.

In de tweede plaats is dit jaar het verbod op loondienst voor apothekers opgeheven. En in de derde plaats is een generieke ontheffing verleend op het verbod op eigen apotheken van verzekeraars.

Bovengenoemde drie maatregelen geven de verzekeraars de ruimte om hun rol als regisseur van de zorg, in dit geval met name bij de inkoop van geneesmiddelen, waar te maken. Zij kunnen besluiten zelf de inkoop van geneesmiddelen ter hand te nemen, maar kunnen ook beslissen de inkoop uit te besteden aan een of meer partijen die een gunstig aanbod hebben gedaan. In het kader van het MDW-project geneesmiddelen wordt op dit moment onderzocht welke andere belemmeringen er nog zijn voor verzekeraars om hun regie over de inkoop effectief op zich te nemen.

3.2.5 Beroepen in beweging

Adequaat en in voldoende mate opgeleide en vooral ook gemotiveerde beroepsbeoefenaren zijn onmisbaar voor het waarborgen van een goede kwaliteit van zorg. De professionals in de gezondheidszorg oefenen hun beroep uit in een sector die in maatschappelijk en organisatorisch opzicht voortdurend aan veranderingen onderhevig is. Zo is op dit moment een ontwikkeling gaande naar een meer vraaggestuurd aanbod in de zorg. Continuïteit van zorg, het werken in zorgketens, vereist een nieuwe aanpak. Ontwikkelingen rond kwaliteitsbeleid en nieuwe wetgeving op het gebied van kwaliteit en patiëntenrechten vragen in toenemende mate aandacht. Beroepsbeoefenaren moeten niet alleen zo goed mogelijke patiëntenzorg leveren en inspelen op beroepsinhoudelijke veranderingen; er wordt ook van hen een bijdrage verwacht aan doelmatig gebruik van zorg.

Nieuwe mogelijkheden voor beroepsbeoefenaren

Ketenzorg, zorg die transmuraal wordt geleverd, betekent dat ook de strakke grenzen van beroepsdomeinen steeds meer worden gerelativeerd. Dat werkt door in de structuur en inhoud van beroepen en opleidingen. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, de Wet BIG, speelt een stimulerende rol in deze ontwikkeling. Het basisprincipe van de Wet BIG is immers dat er geen sprake is van beroepsdomeinen, maar, onder voorwaarden, van een rolverdeling op basis van deskundigheid. Daarmee ontstaan nieuwe mogelijkheden om de expertise van beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg zo optimaal mogelijk in te zetten, met behoud van de vereiste kwaliteit van de zorg.

Het werken in teamverband, taakdifferentiatie, het delegeren van taken naar andere beroepsbeoefenaren past in deze ontwikkeling. Dat kan worden bevorderd door studenten van verwante disciplines gezamenlijk stages of bepaalde onderdelen van de opleiding te laten volgen. De Katholieke Universiteit Nijmegen, het Academisch Ziekenhuis Nijmegen en de Hogeschool Arnhem te Nijmegen zijn gestart met een project dat op deze leest is geschikt. De ministeries van OCenW en VWS en de HBO-Raad subsidiëren dit project.

Ook op andere wijze wordt in het onderwijs op de nieuwe ontwikkelingen ingespeeld. Zo heeft de HBO-Raad een Verkenningcommissie Hoger Gezondheidszorgonderwijs ingesteld. De commissie onderzoekt welke consequenties taakdelegatie en -differentiatie op het gebied van de beroepsuitoefening van paramedici en verpleegkundigen hebben voor het onderwijs. Zij zal voor 1 januari 2000 rapport uitbrengen.

Al deze ontwikkelingen vragen om een samenhangender beleidskader inzake de personele infrastructuur voor de zorgsector. Zo zal juist de samenhang van beroepen, beroepsuitoefening en zorgaanbod in bepaalde zorgclusters en zorgketens steeds meer als uitgangspunt gaan gelden voor de beroepskrachtenvoorziening. Dat geldt bijvoorbeeld voor de oogzorg, de mondzorg, de verloskundige zorg en de farmaceutische zorg. De mogelijkheden van aansluiting tussen intramurale zorg, transmurale zorg en thuiszorg moeten extra aandacht krijgen. Aan het door partijen op 26 mei 1999 opgerichte Capaciteitsorgaan voor de Medische en Tandheelkundige Vervolgopleidingen heb ik gevraagd om met dit uitgangspunt rekening te houden bij het opstellen van capaciteitsplannen.

De RVZ bereidt thans op mijn verzoek een advies voor over professionals in de gezondheidszorg. Dit advies, dat naar verwachting eind 1999 gereed is, moet de bouwstenen leveren voor voornoemd samenhangend beleidskader. In het advies staat de vraag centraal hoe de rijksoverheid contraproductieve effecten van beleid op de motivatie van professionals in de zorgsector kan voorkomen, en hoe juist het partnership van politiek en professional bevorderd kan worden.

Opleiding tot medisch specialist

Het stelsel van medisch-specialistische opleidingen wordt door de beroepsgroep zelf onder de loep genomen. De opleidingstrajecten zijn langdurig en het huidige stelsel is sterk verkokerd. Een gedifferentieerdere en flexibeler opzet van vervolgopleidingen maakt een doelmatiger inzet van medisch-specialistische deskundigheid mogelijk. Een dergelijke opzet biedt artsen bovendien meer ruimte voor persoonlijke ontplooiing en geeft gevarieerder loopbaanperspectieven. Voorstellen voor een flexibeler en doelmatiger opzet van medische vervolgopleidingen worden uitgewerkt door de beroepsgroep, in het kader van een door de KNMG geïnitieerd project.

Daarnaast vinden specifieke initiatieven plaats, zoals de herziening van de opleiding tot intensivist, een project van het Leids Universitair Medisch Centrum. De bestaande opleiding met het ingangsniveau van medisch specialist wordt gemoderniseerd. De nieuwe opleiding krijgt een ingangsniveau van enerzijds agnio met deelcertificaties binnen de specialismen anesthesiologie, chirurgie en inwendige geneeskunde en anderzijds verpleegkundige.

Optometrist

In het kader van het beleid om de kwaliteit en de doelmatigheid van de oogzorg te bevorderen is een wettelijke regeling van het beroep van optometrist op HBO-niveau in concept aan de beide kamers der Staten-Generaal voorgelegd en gepubliceerd in de Staatscourant (Stcrt. 1999, nr. 51). De bij de oogzorg betrokken beroepsorganisaties, vertegenwoordigd

in het Landelijk Platform Oogzorg, hebben het initiatief genomen om, rekening houdend met de wettelijke regeling van het beroep van optometrist, in onderling overleg tot afspraken te komen over samenwerking en afstemming. Ook willen zij voorstellen doen voor een daarbij passende organisatie van de oogzorg. Op grond daarvan zal ik bezien of het treffen van faciliterende maatregelen in de rede ligt.

Farmaceutische zorg

Ook de samenhang en afstemming van beroepen en opleidingen in het cluster farmaceutische zorg is aan herbezinning toe. De opleiding tot apotheker is sterk wetenschappelijk georiënteerd. Ze heeft een betere afstemming op de beroepsuitoefening van openbaar apotheker. De huidige opleidingsduur is bovendien langer dan in enige andere EU-lidstaat. Ook recentere ontwikkelingen, zoals de positionering van de apotheker als zorgverlener en de start van een HBO-opleiding tot farmaca-kundige, vragen om een herbezinning op de opleiding tot apotheker en, algemener, op de samenhang en afstemming van beroepen en opleidingen op het gebied van de farmaceutische zorg. Ik neem mij voor om in overleg met betrokken partijen te bezien hoe dit traject in gang gezet kan worden.

Verpleging en verzorging

Voortaan wordt tweemaal per jaar een rondetafelconferentie gehouden om de huidige instroom- en arbeidsmarktproblemen en de ervaringen met het nieuwe opleidingsstelsel verpleging en verzorging te bespreken. Deelnemers daaraan zijn de betrokken organisaties en de ministeries van VWS en OCenW. De eerste rondetafelconferentie vond plaats op 21 mei 1999.

Verder is zowel voor verpleegkundigen als voor verzorgenden een beroepsprofiel in voorbereiding. Beide beroepsprofielen worden in 1999 afgerond.

Een werkgroep heeft de grote variëteit aan vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden (V4) in kaart gebracht. De opdracht daartoe kwam van het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), de financiering was voor rekening van van VWS. In een vervolgproject wordt door veldpartijen gewerkt aan de implementatie van een structuur voor de vervolgoopleidingen.

Arbeidsmarktbeleid: I/D-banen bij ziekenhuizen

Sinds 1995 kunnen instellingen in de zorg- en welzijnsector gebruik maken van volledig gefinancierde extra banen voor langdurig werklozen (Instroom/Doorstroombanen, voorheen Melkertbanen). Het gaat om ondersteunende functies, extra boven op de bestaande formatie.

Het Streekziekenhuis Midden Twente (SMT) doet vanaf 1995 mee aan de regeling. Er werken 22 personen op basis van de I/D-regeling op verschillende functies. Een aantal afdelingsassistenten doet werkzaamheden als vervoer van patiënten tussen afdelingen, begeleiden van patiënten naar de kapper en het verzorgen van bloemen etcetera. Daarnaast zijn personen werkzaam in ondersteunende functies achter de balie en op de administratie.

Bij instroom kregen de medewerkers een opleiding van 6 maanden, die in samenwerking met het scholingsinstituut in de regio is ontwikkeld.

Het SMT is gestart met een pilot om een aantal afdelingsassistenten op te leiden tot zorgassistent, zodat ze kunnen doorstromen naar een baan op een hoger niveau.

Aanvankelijk reageerde het zittende personeel nog wat terughoudend op de nieuwe medewerkers. Inmiddels blijkt dat de inzet van deze medewerkers de werkdruk duidelijk heeft verminderd en horen de medewerkers er echt bij.

Het SMT zou graag uitbreiding willen van het aantal I/D-banen en is daarover in gesprek met de gemeente Hengelo. Vanaf 2000 zal deze gemeente het beheer en de financiering van de banen overnemen van het COTG.

3.3 Evaluatie

3.3.1 Algemene, categorale en academische ziekenhuizen en medisch specialisten

3.3.1.1 Macrobudgetten in de Zorgnota

Over omvang en besteding van de groeimiddelen voor de zorg voor academische, algemene en categorale ziekenhuizen zijn op basis van hoofdlijnenakkoorden afzonderlijke afspraken gemaakt met de Vereniging voor Academische Ziekenhuizen (VAZ) respectievelijk de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ). Deze afspraken lopen tot en met 1999. Zorgverzekeraars Nederland participeerde hierin.

Zoals in de meerjarenaafspraken is vastgelegd zal voor 2000 en volgende jaren in principe worden uitgegaan van één makro-kader voor de zorg die onder de WBMV ressorteert. Dat wil zeggen één afzonderlijke reservering voor de groei van de bijzondere medische verrichtingen binnen de kaders voor algemene en categorale ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en medisch specialisten. Met deze afspraak wordt een betere afstemming beoogd van de productieafspraken voor de topzorg tussen algemene, categorale en academische ziekenhuizen. Ook het honorarium van de betrokken medisch specialisten moet bij dit kader worden betrokken. De gedachtenwisseling met partijen over de opzet van dit gezamenlijke kader is nog niet afgerond. Een rol daarin speelt de wens van de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) om een afzonderlijk kader voor de totale zorg in academische ziekenhuizen te behouden. Ik verwacht voor het eind van het jaar met betrokken partijen tot nadere afspraken te kunnen komen.

3.3.1.2 Bekostiging

Algemeen

De huidige wijze van bekostiging, de functiegerichte budgettering (FB), gaat vooral uit van klinische activiteiten. Dit biedt echter te weinig ruimte voor het inrichten van zorgverlening die zich op de behoeften van de patiënt, waarbij soepeler overgangen nodig zijn naar transmurale zorg. Met de introductie van de al genoemde flexizorg in de ziekenfondsverzekering en het vaststellen van een WTG-beleidsregel Zorgvernieuwing zijn de mogelijkheden verruimd. Om werkelijk flexibele zorg te verlenen moet het stelsel van functiegerichte budgettering opnieuw worden bezien. Dit was één van de redenen om eind 1998 aan het COTG een uitvoeringstoets te vragen inzake het bekostigen van het medisch-specialistisch bedrijf. In deze uitvoeringstoets worden ook andere onderwerpen meegenomen die bij de nieuwe, beoogde bekostigingssystematiek zijn betrokken zoals:

- het (inmiddels door het parlement aanvaarde) wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op de Toegang tot ziektekostenverzekeringen in verband met de aanspraak op medisch-specialistische zorg, verleend door of vanwege een ziekenhuis (Staatsblad 1999, 16);
- het rapport van de gemengde MDW-projectgroep Ziekenhuiszorg, getiteld: Het ziekenhuis: a human enterprise?;
- de ontwikkelingen in de ziekenfondsbudgettering;
- de ontwikkelingen rond producttypering ziekenhuiszorg.

Een kanttekening bij dit laatste onderwerp: inmiddels zijn er stappen voorwaarts gemaakt bij de implementatie van producttypering in de ziekenhuizen, op basis van het bestuurlijk akkoord dat eind 1998 door de Orde van Medisch Specialist, Zorgverzekeraars Nederland en NVZ (vereniging van ziekenhuizen) is gesloten. Van de meeste specialismen zijn inmiddels concept-lijsten met producten (ofwel DBC's: diagnose-behandelingcombinaties) opgesteld, die worden uitgetest in de zes

pilotziekenhuizen. Voor het specialisme urologie wordt sinds 1 mei 1999 in alle ziekenhuizen geregistreerd op basis van deze producten/DBC's. Het voornemen is dat de DBC's van urologie per 1 januari 2000 betrokken worden bij de vaststelling van het ziekenhuisbudget. Geleidelijk aan zal producttypering ook voor de andere specialismen in alle ziekenhuizen worden ingevoerd en zullen ook deze DBC's een rol gaan spelen in de bekostiging van de ziekenhuizen. De verwachting is dat in het jaar 2000 naast urologie een aantal specialismen zullen volgen.

Bekostigingsmodel academische ziekenhuizen

Het NZi rondde begin dit jaar het onderzoek 'Bekostiging bepaald' af. Het onderzoek biedt aanknopingspunten om, met het huidige FB-parametermodel als basis, een nieuw bekostigingsmodel te ontwikkelen, waarin de topreferentiefunctie is verwerkt. Verder kan rekening worden gehouden met de dynamiek in de zorg en recht worden gedaan aan de individuele kostenstructuur van academische ziekenhuizen. Het NZi stelt dat het om een redelijk globaal model gaat en globale herallocaties in de budgetten. De implicaties van het NZi-onderzoek worden thans met de sectoren besproken. Bij het invoeren van dit nieuwe bekostigingsmodel moet immers gekeken worden naar de onderlinge differentiatie in taak en uitvoering tussen de academische ziekenhuizen, en voorts naar historische verschillen die in de budgetten zijn ontstaan. De VAZ heeft voor het invoeren van een nieuw bekostigingsmodel een plan van aanpak opgesteld.

De nadere detaillering bij de erkenningsbeschikking (NDE)

Per 1 januari 1996 is de nadere detaillering bij de erkenningsbeschikking (NDE) afgeschaft. In de NDE was vastgelegd hoeveel fulltime eenheden medisch specialisten een ziekenhuis mocht hebben. De NDE vormde het formele document voor aanpassingen van het semi-vaste deel van het ziekenhuisbudget en voor aanpassingen van de lumpsum medisch specialisten. Zowel het budget als de lumpsum zijn voor dit onderdeel nu bevroren, behoudens mutaties in het aantal specialisten ten behoeve van topzorg en van de wachtlijsten. Nu er inmiddels bijna vier jaar zijn verstreken sinds de afschaffing ontstaan er, met name als gevolg van demografische ontwikkelingen, bij enkele ziekenhuizen knelpunten. Mede daarom beraden medisch specialisten zich op continuering van hun deelname aan een lokaal initiatief. In overleg met belanghebbende partijen zal ik bezien welke oplossingen hiervoor kunnen worden ontwikkeld. Ik denk dan aan de mogelijkheid om, in bijzondere situaties en onder strikte voorwaarden, het ziekenhuisbudget en de lumpsum aan te passen aan mutaties in het aantal specialistenplaatsen. Als belangrijke voorwaarden zie ik deelname aan het lokaal initiatief en de totstandkoming van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf.

Fondsenwerving

Op 9 juni 1999 heeft het Instituut voor Sponsoring en Fondsenwerving in de Gezondheidszorg (ISFG) mij een 'Gedragscode voor Fondsenwerving in de Zorgsector' aangeboden. Reeds enige jaren geleden heb ik op het totstandkomen van zo'n code aangedrongen. De nu aangeboden uitwerking heeft mijn instemming.

3.3.1.3 Honorering en Goodwill

Het moderniseren van de honorering van medisch specialisten vraagt de komende tijd veel aandacht. Diverse (maatschappelijke) ontwikkelingen zoals parttime werken, een grotere arbeidsmobiliteit en de integratie binnen de medisch-specialistische organisatie maken dit noodzakelijk. Kernbegrippen daarbij zijn inkomensharmonisatie, dienstverbandregelingen en afschaffing van de goodwill. Het verkleinen van de momenteel

bestaande inkomensverschillen in het vrije beroep is van belang voor het verder ontwikkelen van het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf. Onderlinge verschillen moeten verklaarbaar zijn en (dus) verantwoord kunnen worden. Op enkele plekken in het land zijn daartoe lokaal al belangrijke stappen ondernomen.

Verder werken de betrokken partijen landelijk aan een algemene regeling voor medisch specialisten die in dienstverband werkzaam willen zijn. Met partijen is afgesproken om de problematiek inzake de goodwill aan te pakken. Het streven is te komen tot een algemeen toepasbare regeling, zowel voor specialisten die in het vrije beroep werkzaam willen blijven, als voor hen die in dienstverband willen gaan werken. Deze regeling moet nadrukkelijk in samenhang worden gezien met verdere mogelijkheden om vorm te geven aan inkomensharmonisatie.

3.3.1.4 Bouw ziekenhuizen

Positionering zorg

Medisch-technologische ontwikkelingen maken steeds complexere ingrepen mogelijk. Deze vergen grote investeringen in menskracht, materieel en organisatorische randvoorwaarden. De tendens is dan ook dat deze zorg, vanuit overwegingen van kwaliteit en doelmatigheid, in toenemende mate wordt geconcentreerd.

Tegelijkertijd worden ingrepen die eerst complex waren, juist steeds eenvoudiger uit te voeren. Apparatuur wordt compacter en handzamer, wat een minder zware infrastructuur vraagt. Nieuwe technieken zijn minder belastend voor patiënten, waardoor de duur van de opname beperkt kan worden, of dagverpleging volstaat. Een andere optie is om bepaalde ziekenhuiszorg meer gedeconcentreerd, bijvoorbeeld in buitenpoliklinieken, aan te bieden.

Bij de professionals is de behoefte om de zorg op een nieuwe wijze te organiseren sterk aanwezig. Ook zij denken steeds meer vanuit de zorgprocessen die patiënten moeten doorlopen. Ze hebben meer oog gekregen voor geïntegreerde zorgverlening waarbij verschillende disciplines elkaar nodig hebben en met elkaar samenwerken. Dit alles heeft zijn weerslag op de organisatie van de zorginstellingen zelf, die in een zogenoemd kantelingsproces meer op een procesmatige zorgverlening wordt toegesneden. Verder wordt de zorg steeds vaker in een transmurale vorm aangeboden, in samenwerking met andere zorgaanbieders. Dit alles maakt zorg op maat beter mogelijk.

De veranderende opvattingen over zorg hebben eveneens consequenties voor het ontwerp en de bouw van ziekenhuizen. Nieuwe ziekenhuisgebouwen moeten zodanig ontworpen worden dat zij ruimte bieden voor bovengenoemde dynamische processen. Bestaande gebouwen moeten worden aangepast.

Van groot belang is de bestuurlijke actualisatie die zeer binnenkort zijn beslag zal krijgen. Daarin zal duidelijk worden welke bouwvoornemens daadwerkelijk uitgevoerd gaan worden.

WZV-verklaringen nieuwe stijl

In de vorm van enkele WZV-verklaringen nieuwe stijl is gereageerd op de uitvoeringstoets die het College voor Ziekenhuisvoorzieningen uitbracht onder de titel 'Het ziekenhuis in de toekomst'. In de verklaringen nieuwe stijl worden bestaande beleidsmatige prioriteiten nader ingevuld.

Voorbeelden daarvan zijn samenwerking binnen en buiten het ziekenhuis, het kantelen van het zorgproces en de noodzaak van flexibel bouwen.

De informatie- en communicatietechnologie (ICT) heeft zijn intrede in de ziekenhuizen gedaan. Dit opent talloze nieuwe mogelijkheden voor het ondersteunen van de bedrijfsvoering, voor de zorgverlening in ziekenhuizen en voor het beschikbaar stellen van gegevens aan professionals

binnen en buiten het ziekenhuis. ICT-investeringen moeten in het WZV-kader worden betrokken.

Promillenorm

Een verdere vernieuwing is het hanteren van de 2,8-promillenorm als kader waarbinnen gesubstitueerd kan worden, vooropgesteld dat ziekenhuizen in de komende jaren het aantal daadwerkelijke bedden verder gaan terugbrengen tot 2,0-promille.

Huisvestingsplan

Ziekenhuizen kunnen thans hun Lange Termijn Huisvestings Plan (LTHP) baseren op de inmiddels bekende trekkingsrechten. Immers, de definitieve classificatie voor de meldingsregeling is vrijwel rond. Ziekenhuizen kennen nu de opbouw van hun trekkingsrechten over de jaren. In het Lange Termijn Huisvestings Plan moet een inhoudelijke verbinding worden gelegd tussen enerzijds de visie op zorgverlening, en anderzijds de organisatie, de infrastructuur, en de financiering vanuit de beschikbare trekkingsrechten. Eén van de gevolgen van de definitieve classificatie is dat een behoorlijk bedrag aan trekkingsrechten eerder besteed moet worden, aangezien de functionele en bouwkundige kwaliteit van de gebouwen slechter is dan in 1996 gedacht, toen een voorlopige classificatie werd vastgesteld. Verwacht mag worden dat instellingen een inhaal-slag gaan maken. Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen voert een formele evaluatie uit.

3.3.1.5 Positionering ziekenhuizen

Op grond van de WBMV zijn inmiddels voor een aantal zorgvormen nieuwe regelingen vastgesteld. Deze betreffen traumatologie, arbeidsrelevante aandoeningen, uitnameteams orgaandonatie, hemofilie en dialyse.

Traumazorg

Verbetering van de samenwerking en afstemming tussen betrokken hulpverleners en organisaties is het uitgangspunt van de Beleidsvisie Traumazorg van 12 oktober 1998 (kenmerk CSZ/ZT 9816598). Inmiddels zijn tien ziekenhuizen als traumacentrum aangewezen. Zij vormen samen met de vier, ondersteunende, trauma-helikoptervoorzieningen een landelijk traumazorgnetwerk. Traumacentra moeten onderling intensief contact onderhouden over de optimale werkwijze op zowel organisatorisch als medisch-inhoudelijk gebied. Er moeten samenwerkingsafspraken zijn met (keten)partners die een rol spelen bij de hulp aan ongevals-slachtoffers in het verzorgingsgebied. De traumacentra zullen zich ontwikkelen tot de kenniscentra op het gebied van traumatologie. Ook gaat elk traumacentrum een mobiel medisch team organiseren. Het effect van dit traumabeleid wordt na twee jaar geëvalueerd.

Dialyse

Momenteel bieden 48 ziekenhuisvoorzieningen (ziekenhuizen en zelfstandige dialysecentra) dialyse aan. Dat betekent dat de spreiding van deze functie thans over het land is uitgekristalliseerd (zie kader). Met de voorgenomen wijziging van het Besluit bijzondere verrichtingen en apparatuur Wet ziekenhuisvoorzieningen, dat zal worden benoemd tot Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen, wordt dialyse buiten de werkingssfeer van artikel 2 Wbmv gebracht (Besluit van 29 oktober 1998, Stb. 616). In de beleidsvisie dialyse is echter gesteld dat uit oogpunt van kwaliteit tijdelijk nog enige regulering nodig is. Daarom blijft deze functie nog tijdelijk onder artikel 8 Wbmv. Na deze overgangperiode treedt het Besluit ten aanzien van de dialyse in werking.

Dialysecentra

In 1997 verrichtten 48 dialysecentra in Nederland nierdialyses. Dat betekent dat 40% van de algemene, categorale en academische ziekenhuizen een haemodialysefunctie heeft. De beschikbare capaciteit is in de periode 1993–1997 toegenomen van 704 naar 812 dialysestations. Deze toename komt voornamelijk voor rekening van het aantal passieve stations. Bij passieve dialyse worden alle benodigde handelingen uitgevoerd door de medische en verpleegkundige staf. Het totale aantal dialysepatiënten dat in behandeling was, is in de periode 1993-1997 met 624 gestegen van 3.757 naar 4.381, een toename van gemiddeld 156 per jaar.

Tabel 3.3 geeft een overzicht van de totale productie met betrekking tot de nierdialysefunctie, onderscheiden naar algemene, academische en overige centra.

De totale productie in alle centra samen is de afgelopen jaren gestegen van 747.886 dialyses in 1993 naar 904.994 dialyses in 1997, ofwel met 21%.

In Figuur 3.2 zijn de gegevens uit de tabel grafisch weergegeven.

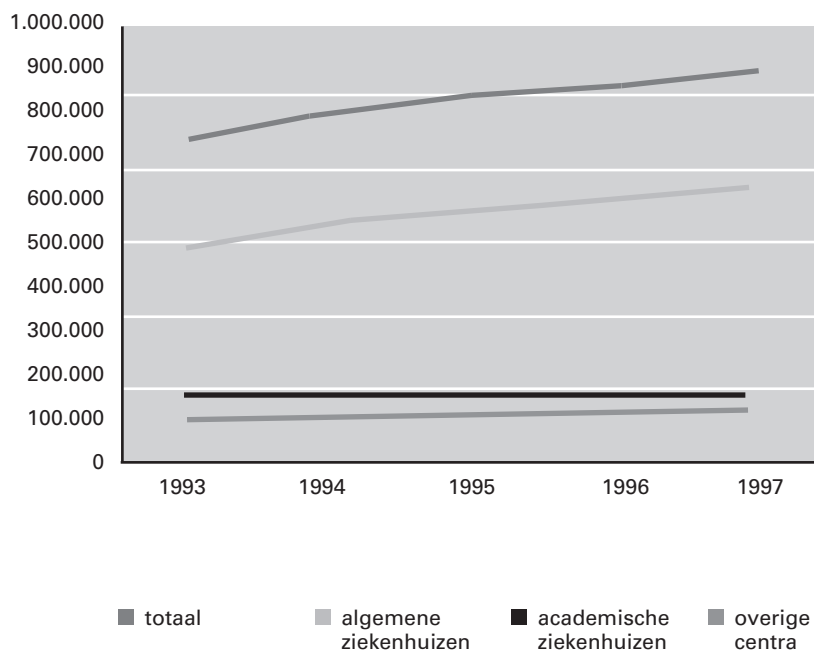
Bron: NZi/VWS 'Bijzondere Medische Verrichtingen in getallen over de periode 1993-1997'

Tabel 3.3 Totaal aantal dialyses

	1993	1994	1995	1996	1997
algemene ziekenhuizen	501.052	554.993	583.774	605.950	634.364
academische ziekenhuizen	146.394	147.887	152.130	155.944	156.433
overige centra	100.440	105.512	112.360	111.300	114.197
totaal	747.886	808.392	848.264	873.194	904.994

Bron: CSZ/VWS

Figuur 3.2 Toename aantal dialyses



Klinisch genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering

Bij het toepassen van genetisch onderzoek wordt de eerstkomende jaren vooral een sterke groei van het aantal DNA-onderzoeken verwacht. Ook neemt de vraag naar erfelijkheidsadvisering door klinisch genetici toe. Die toename hangt samen met een uitbreiding van de mogelijkheden om voor steeds meer aandoeningen de daarmee samenhangende genetische afwijking vast te stellen. Bovendien ontstaan vaak, bij positieve bevindingen na DNA-diagnostiek, hieraan gerelateerde zorgvragen vanuit de betrokken families.

Het beleid is erop gericht dat in 2000 alle zelfstandige centra in de academische ziekenhuizen zijn geïntegreerd.

Klinisch-genetisch onderzoek

Klinisch-genetisch onderzoek is gericht op prenatale en postnatale diagnostiek. In 7 hoofdcentra en één subcentrum voor klinisch genetisch onderzoek wordt deze functie uitgeoefend. Het gaat om gespecialiseerde centra, al dan niet rechtstreeks verbonden aan één of meerdere ziekenhuizen.

Tabel 3.4 geeft een overzicht van het aantal onderzoeken. Hieruit blijkt dat vooral DNA-onderzoek ten behoeve van aangeboren dan wel erfelijke aandoeningen aanzienlijk is toegenomen. In de periode 1993–1997 valt een stijging te constateren van 9 059 naar 15 005, in totaal dus 5 946, ofwel 66%.

Het relatieve aantal gevonden afwijkingen, dat wil zeggen het aantal gevonden afwijkingen ten opzichte van het aantal onderzochte patiënten, varieert bij klinisch-genetisch onderzoek slechts in beperkte mate van jaar op jaar. Uit tabel 3.5 is af te lezen dat bij DNA-onderzoek relatief het hoogste aantal afwijkingen wordt gevonden.

Bron: NZi/VWS 'Bijzondere Medische Verrichtingen in getallen over de periode 1993–1997'

Tabel 3.4 Productieontwikkelingen Pre- en postnatale diagnostiek (aantal onderzoeken)

	1993	1994	1995	1996	1997
Prenatale diagnostiek	32.481	34.125	34.479	32.619	32.517
Postnatale diagnostiek:					
- chromosoomonderzoek	13.143	14.166	14.950	15.066	16.675
- biochemische diagnostiek	34.054	28.765	33.410	34.565	32.088
DNA-onderzoek	9.059	9.464	11.470	13.072	15.005

Bron: CSZ/VWS

Tabel 3.5 Percentages gevonden afwijkingen bij klinisch genetisch onderzoek (1997)

Prenatale diagnostiek	7,8
Postnatale diagnostiek:	
- chromosoomonderzoek	15,9
- biochemische diagnostiek	15,2
DNA-onderzoek	23,2

Bron: CSZ/VWS

Intensive care

Onder meer alarmerende berichten die in de media verschenen over tekorten aan intensive-carebedden, waren voor het NZi aanleiding de ontwikkelingen en knelpunten bij de Intensive Care te inventariseren. De

uitkomsten zijn gepubliceerd in het Branche Rapport Curatieve Somatische Zorg 1998. Vergelijking van units wordt bemoeilijkt doordat er geen eenduidige categorisering bestaat van intensive care units op basis van het niveau van zorg dat zij kunnen leveren. Uit de inventarisering komt verder naar voren dat wellicht het opname- en ontslagbeleid niet optimaal is afgestemd op de andere afdelingen van het ziekenhuis. Het Julius Centrum voor Patiëntgebonden Onderzoek voert momenteel een studie uit naar de determinanten van capaciteitsproblemen op IC-afdelingen in Nederland. De resultaten van de studie worden najaar van 2000 verwacht.

Tabel 3.6 Aantal bedden intensive care, alle ziekenhuizen, 1993-1996

	1993	1994	1995	1996	gem. jaarlijkse groei
Aantal bedden intensive care	2.146	2.190	2.143	2.185	0,60%

Tabel 3.7 Aantal opgenomen patiënten intensive care, alle ziekenhuizen, 1993-1996

	1993	1994	1995	1996	gem. jaarlijkse groei
Aantal opgenomen patiënten intensive care	147.194	149.514	156.117	158.832	2,6%

Kenniscentra voor Pijn

De Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn zijn een tweede periode ingegaan, waarin concreet gestalte wordt gegeven aan het oprichten van een nationaal platform pijnbestrijding, waarbij vele organisaties betrokken zijn. Het platform zal zich richten op een verdergaande coördinatie en onderlinge afstemming van pijnbestrijding. Het zal fungeren als landelijk aanspreekpunt voor de overheid en andere instanties.

Revalidatie

Demografische en epidemiologische ontwikkelingen zullen leiden tot een groter beroep op revalidatiezorg. Ook komen er nieuwe zorgvragen. Het in 1985 opgestelde rapport inzake Klinische en Niet-klinische Revalidatievoorzieningen van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen worden geactualiseerd. De sector zelf werkt eveneens aan een visie voor de revalidatiezorg.

Zelfstandige behandelcentra

Op grond van de Regeling zelfstandige behandelcentra (15-2-1998 VPZ/PBIZ-98506, Stcrt. 1998/30) hebben inmiddels ongeveer 40 instellingen een aanvraag voor het verkrijgen van de noodzakelijke vergunning ingediend.

Het streven is zelfstandige behandelcentra te integreren in algemene ziekenhuizen door middel van een organisatorische en bestuurlijke binding aan een of meer naburige ziekenhuizen.

Zelfstandige behandelcentra kunnen een rol spelen bij de problematiek van de wachtlijsten. Zij kunnen een functie hebben op het gebied van electieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling. Wachtlijsten doen

zich thans – en mogelijk ook in de toekomst – voornamelijk voor bij planbare, niet-acute zorg.

Oprichting van een nieuw of uitbreiding van een bestaand zelfstandig behandelcentrum kan slechts plaatsvinden als het initiatief – mede gezien de visie van de zorgverzekeraars en de naburige ziekenhuizen – een zinvolle, duurzame bijdrage kan leveren aan het verkorten van lange wachtlijsten. Het vergunningenbeleid is daarom restrictief.

3.3.1.6 Regionale ondersteuning medisch specialisten

Naast integratie van medisch specialisten binnen de ziekenhuisorganisatie is het ontwikkelen van meer samenhang op regionaal niveau noodzakelijk. Uitgangspunt daarbij is de ontwikkeling van de zorgketen. Ter ondersteuning daarvan wordt voor medisch specialisten een regionale structuur opgezet, analoog aan die van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV). Afgelopen voorjaar is daartoe een overeenkomst gesloten tussen de Orde van Medisch Specialisten en de LHV.

Het plan van aanpak van de Orde wordt momenteel opgesteld. Een stevige ondersteuningsstructuur bevordert het ontwikkelen van het kwaliteitsbeleid en het geneesmiddelenbeleid en het stimuleren van het gebruik van ICT in de zorg.

3.3.1.7 Orgaandonatie

In het afgelopen jaar is de Wet op de orgaandonatie (WOD) volledig in werking getreden. Het beleid is de komende periode vooral gericht op het verbeteren van donatieprocedures. De ondersteuning van ziekenhuizen en artsen en verpleegkundigen krijgt in het bijzonder aandacht. In de eerste helft van 1999 hebben de academische ziekenhuizen van Groningen, Nijmegen, Leiden en Rotterdam een landelijke organisatie van uitname-teams opgezet, waardoor individuele ziekenhuizen worden ontlast wat betreft het uitvoeren van donatieprocedures. Het COTG is verzocht de financiering van de uitnameteams voor een periode van drie jaar mogelijk te maken. Daarna zal het CVZ het project evalueren.

Om de burgers en in het bijzonder de achttienjarigen, die worden aangeschreven, op de hoogte te houden, vindt elk jaar een voorlichtingscampagne plaats die de aanschrijvingsprocedure begeleidt. Voorts wordt het hele jaar door voorlichting gegeven en informatie op maat verstrekt. Een goede internationale samenwerking op het gebied van orgaanallocatie is essentieel voor een zo effectief mogelijk gebruik van de schaarse ter beschikking staande donororganen. De verwachting is dat de betrokken bewindslieden van de landen die deelnemen aan Eurotransplant, dit jaar een document ondertekenen waarin de te hanteren principes en randvoorwaarden voor een blijvend verantwoord functioneren van Eurotransplant International zijn vastgelegd.

Tabel 3.8 Aanschrijving in het kader van de Wet op de orgaandonatie, respons en verdeling over de verschillende registratiemogelijkheden

Alle inwoners van Nederland van 18 jaar en ouder (1998)			
aanschrijving	12.390.000		
respons	4.538.168		36,60%
ja, toestemming voor donatie na overlijden	2.448.578		53,90%
nee, geen toestemming voor donatie na overlijden	1.556.318		34,30%
beslissing wordt overgelaten aan wettelijke nabestaanden	460.867		10,20%
beslissing wordt overgelaten aan een specifiek, aangewezen persoon	72.409		1,60%

3.3.2 Huisartsen

3.3.2.1 Vraagontwikkeling

De meerjarenafspraken voor de huisartsenzorg zijn grotendeels gebaseerd op de aanbevelingen van het rapport van de Werkgroep Meerjarenperspectief Huisartsenzorg. De huisartsenzorg moet de komende jaren worden versterkt om de verwachte toename in de vraag aan eerstelijnszorg en dus ook aan huisartsenzorg te kunnen opvangen.

3.3.2.2 Capaciteit

In toenemende mate ontstaat een spanning tussen de vraag naar en het aanbod van huisartsen op de arbeidsmarkt. Hierbij spelen ook algemene maatschappelijke tendensen een rol, zoals het maken van kortere werkweken, meer deeltijdarbeid en een grotere arbeidsparticipatie van vrouwen. Met de LHV is afgesproken om de opleidingscapaciteit uit te breiden met 36 plaatsen per jaar (oplopend: 1999 12; 2000 24; 2001 36). Voorts worden maatregelen genomen om het rendement van de huisartsopleiding te verbeteren. In de toekomst zal het dit jaar ingestelde Capaciteitsorgaan advies uitbrengen over het benodigde aantal huisartsen, waarbij tevens rekening zal worden gehouden met de rendementsverbetering van de huisartsopleiding en de instroom van praktijkondersteuners.

3.3.2.3 Praktijkondersteuning

Met ingang van 1999 is een start gemaakt om voor werkzaamheden op HBO-niveau praktijkondersteuners voor de huisartsenzorg aan te trekken. Deze praktijkondersteuner zal de huisarts bijstaan bij het verlenen van reguliere huisartsenzorg, en dan vooral ook bij de zorg aan specifieke categorieën, zoals chronische patiënten. De kwaliteit van de zorgverlening wordt aldus verhoogd, en de werkdruk van de huisarts verlicht. In overleg met de LHV, ZN, de Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) en de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) is een landelijk toetsingskader opgesteld. Dit vormt het raamwerk voor te sluiten contracten tussen – juridisch vormgegeven – huisartsengroepen en de zorgverzekeraar, waarbij de implementatie van praktijkondersteuners in de huisartsenpraktijk zijn beslag krijgt. De verwachting is dat de verzekeraar in het contract met de huisartsengroep tegelijkertijd ook afspraken maakt over het gebruik van het Elektronisch Voorschrijf Systeem door de huisartsengroep.

Aan de praktijkondersteuning zijn kosten verbonden. Hierin is – indicatief – voorzien in de meerjarenafspraken. De macro-financiering van de kosten bevat twee componenten. Allereerst is in de meerjarenafspraken een oplopende reeks aan intensiveringsmiddelen opgenomen. Daarnaast wordt een percentage van de besparing op de geneesmiddelenkosten, die door het toepassen van het EVS wordt verwacht/bereikt, extra beschikbaar gesteld voor de benodigde dekking van praktijkondersteuning.

3.3.2.4 Elektronisch Voorschrijf Systeem

De LHV heeft toegezegd dat de huisartsen volmondig zullen meewerken aan kostenbeheersing van geneesmiddelen door middel van het EVS en de LHV draagt zorg voor het implementeren van het EVS. Voor het invoeren en begeleiden worden financiële middelen ingezet. Hierbij worden de overige FTTO-partijen, waaronder apothekers en medisch specialisten, betrokken.

Het EVS zal enerzijds de kwaliteit van het voorschrijven van geneesmiddelen verder verbeteren op een voor de huisartsen gebruikersvriendelijke wijze en anderzijds de kosten van het geneesmiddelengebruik beheersbaarder maken. De LHV staat ervoor garant dat de opbrengst van de geneesmiddelenbesparing via het EVS in het jaar 2002 in totaal f 315 mln netto (netto betekent in dit verband: bruto besparing geneesmiddelenkosten via EVS minus herinvestering in de praktijkondersteuning) zal bedragen. De feitelijk gerealiseerde besparingen op de geneesmiddelenkosten door het EVS worden door een onafhankelijke instantie gevolgd.

3.3.2.5 Apotheekhoudende huisartsen en experimenten scheiding inkoop en zorg apotheek

Het huidige overheidsbeleid ten aanzien van de apotheekhoudende huisartsen wordt gedurende deze kabinetsperiode gehandhaafd. In lijn met de voorstellen van het rapport van de commissie-Koopmans is met de LHV en ZN afgesproken om met de apotheekhoudende huisartsen experimenten op te zetten om de beste methode te vinden om zorg en inkoop te scheiden. De experimenten hebben tot doel om te komen tot werkzame organisatie- en uitvoeringsmodellen voor het scheiden van zorg en inkoop. Bij de experimenten is in overweging genomen dat de (apotheekhoudende) huisarts kan bijdragen aan kwalitatief goed en doelmatige zorg. VWS zal zich maximaal inspannen om tijdens de looptijd van de experimenten de positie van de deelnemende apotheekhoudende huisartsen te beschermen. Door VWS, ZN en de LHV is een landelijk kader opgesteld waarin de voorwaarden met betrekking tot de experimenten zijn opgenomen. Op grond van de resultaten van de experimenten vindt mede in het licht van het moderniseren van de WOG nadere besluitvorming plaats over de positie van apotheekhoudende huisartsen op het terrein van de farmaceutische zorg.

3.3.3 Kraamzorg

In de kraamzorg bestaan onder andere knelpunten met betrekking tot de tariefstructuur in relatie met het opleidings- en personeelsbeleid, het te geringe aanbod van opgeleid personeel, en een ongereguleerde toestroom van nieuwe zorgaanbieders. Dat zet de kwaliteit onder druk. Betrokken partijen hebben in de meerjarenafspraken een aantal maatregelen voorgesteld. Het gaat om een aanpassing van de tariefstructuur (introduktie van een minimumtarief en een afzonderlijke voorziening voor de opleidingskosten van instellingen), het eenmalig aanbieden van een verkorte opleiding tot kraamverzorgende, en het invoeren van basiskwaliteitseisen die de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kan hanteren bij haar toezicht in het kader van de Kwaliteitswet zorginstellingen.

Inmiddels is gebleken dat het eenmalig aanbieden van een verkorte opleiding onvoldoende is. Deze opleiding zal daarom nog eenmaal worden herhaald. De basiskwaliteitseisen zijn inmiddels in gezamenlijk overleg door alle betrokken partijen geformuleerd. Een minimumtarief is nog niet vastgesteld; hierover dient nog nader overleg plaats te hebben. In juni 1999 heb ik een brief naar de Tweede Kamer gestuurd, naar aanleiding van overleg met aanbieders van kraamzorg en van signalen uit het veld. Hieruit bleek mij dat de kwaliteit van de kraamzorg te wensen overlaat. Nader overleg over het verder uitwerken respectievelijk invoeren van de meerjarenafspraken wordt dan ook geïntensiveerd.

3.3.4 Paramedische zorg

In de meerjarenafspraken die zijn gemaakt met de logopedie, fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck staat het verhogen van de kwaliteit en het verbeteren van de informatievoorziening centraal. Om dit te concretiseren is in de eerste helft van 1999 in de Stuurgroep Modernisering Paramedische Zorg intensief overleg gevoerd met de bij deze meerjarenafspraken betrokken partijen. Dit heeft geresulteerd in een op 12 juli 1999 gesloten convenant voor de paramedische sector. De Stuurgroep Modernisering Paramedische Zorg zal toezien op het naleven van de gemaakte afspraken. In het convenant zijn afspraken gemaakt over onderstaande onderwerpen.

3.3.4.1 Kwaliteitsbeleid

Centraal staan de afspraken over het verbeteren van de kwaliteit van zorg en het doorwerken daarvan in ziekenfondsovereenkomsten. Per beroepsgroep zijn afspraken gemaakt over het verder ontwikkelen van de infrastructuur, het ontwikkelen en invoeren van richtlijnen, intercollegiale toetsing, geaccrediteerde bij- en nascholing en het ontwikkelen en invoeren van een kwaliteitsregister.

Voorts is overeengekomen om voor het verder ontwikkelen van het Nederlands Paramedisch Instituut een bedrag van f 1,0 mln per jaar te reserveren uit de beschikbare middelen.

Ook is overeenstemming bereikt over het voortzetten van het programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg, dat door het CVZ wordt uitgevoerd, voorts over de verdeling van de middelen voor het jaar 2000 binnen dit programma en over de inhoud van de nieuwe activiteiten in het programma.

3.3.4.2 Informatievoorziening

Afgesproken is dat de noodzakelijke informatievoorziening verbeterd wordt. In dat kader richt het CVZ peilstations op voor de fysiotherapie, de oefentherapie Cesar en de oefentherapie Mensendieck, naar analogie van het LINH-systeem bij de huisartsen. Over de te verzamelen gegevens en het beheer en de toegankelijkheid ervan worden nadere afspraken gemaakt. Ten aanzien van de logopedie is een versnelde invoering afgesproken van het Logopedie Informatie Systeem (LIS) en van de Landelijke Logopedische Registratie. Daarnaast wordt meer samenhang gezocht in de reeds aanwezige automatiseringssystemen.

De partijen zijn overeengekomen dat het declaratieverkeer tussen beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars vanaf 1 januari 2000 plaatsvindt, conform de standaard Externe Integratie.

3.3.4.3 Experimenten

Er wordt een haalbaarheidsstudie verricht naar zowel een experiment met het invoeren van richtlijnen als een experiment lump sum. In het

convenant zijn de randvoorwaarden nader gespecificeerd waarbinnen beide experimenten plaatsvinden. De experimenten hebben als hoofddoel het vinden van een alternatief voor de huidige beperkende maatregel. Ze zullen worden uitgevoerd door het CVZ, dat bovendien zorg draagt voor afstemming op de lopende Uitvoeringstoets flexibilisering beperkende maatregel.

3.3.4.4 Lange Termijn visie

Tijdens het overleg om te komen tot een convenant hebben de partijen gewezen op tal van ontwikkelingen die de paramedische zorg in de toekomst zullen beïnvloeden, zoals de ontwikkeling naar ketenzorg, redesign van de eerstelijns, intensievere samenwerking in de regio en de ontwikkeling van kwaliteitszorg.

Tegen die achtergrond is afgesproken een langetermijnvisie over de toekomstige plaats en positie van de paramedische zorg te ontwikkelen. Daarbij komt ook een verheldering van de afbakening tussen tweede en derde compartiment aan de orde, de afbakening tussen reguliere paramedische zorg en arbo-zorg, de relatie tussen de curatieve inzet van paramedische zorg en de preventieve inzet hiervan, en voorts problemen in de regelgeving op het grensvlak met de Wet Economische Mededinging en de belastingwetgeving (de BTW).

3.3.4.5 Tarief en goodwill

Er worden adviezen voorbereid over de wenselijkheid en mogelijkheid van een nieuwe systematiek voor de opbouw van het tarief. Ook worden adviezen voorbereid over de omvang van de goodwill en over de technische en beleidsmatige haalbaarheid van het oplossen van de goodwill.

3.3.5 Ambulancezorg

3.3.5.1 Ontwikkeling van regionale ambulancevoorzieningen

In de meerjarenaafspraken ambulancezorg is vastgelegd dat het vormen van regionale ambulancevoorzieningen uitgangspunt is voor de verdere ontwikkeling van beleid en financiering. De regionale ambulancevoorziening (RAV) wordt alom beschouwd als belangrijke voorwaarde voor een doelmatige organisatie en kwaliteit van de ambulancezorg. Ook zal de RAV een belangrijke verbetering betekenen in de keten van spoedeisende medische hulpverlening. De ambulancesector heeft dit onderwerp voortvarend ter hand genomen. Door de LFAZ, de landelijke federatie van werkgevers in de ambulancesector, is een handreiking ontwikkeld die ambulancediensten en CPA's kunnen gebruiken bij de vorming van een RAV. Dit document bevat onder meer toetsingscriteria om vast te stellen of er in een regio inderdaad sprake is van een RAV. Deze toetsingscriteria worden betrokken bij het vaststellen van criteria die leidraad zijn bij de toekenning van de intensiveringsmiddelen die in het kader van de meerjarenaafspraken beschikbaar komen.

3.3.5.2 Kwaliteitsbeleid

In het kader van de meerjarenaafspraken is voor het verder ontwikkelen van de kwaliteit van de ambulancezorg financiële ruimte gecreëerd voor het aanstellen van medisch managers en stafmedewerkers van RAV's en voor het versterken van de opleiding en scholing van het ambulancepersoneel. In het project Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen zijn diverse producten ontwikkeld die van belang zijn voor het kwaliteitsbeleid in de keten van spoedeisende medische hulpverlening

(SMH). De ambulancesector wordt geacht van deze producten gebruik te maken.

3.3.5.3 Informatie- en communicatietechnologie

De ICT wordt voor de ambulancesector steeds belangrijker. Dit is van belang voor het functioneren van de RAV's zelf en voor de samenwerking tussen de RAV's en de ziekenhuizen.

Tot het ICT-beleid in de ambulancesector behoren de projecten C2000 (nieuwe infrastructuur voor mobilofonie) en GMS (geïntegreerd meldkadersysteem), die in samenwerking met en onder aansturing van het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties worden uitgevoerd.

3.3.5.4 Kostenbeheersing

De sterke kostenontwikkeling in 1998 onderstreept de noodzaak van een doelmatige organisatie in regionale ambulancevoorzieningen. De structurele overschrijding 1998 bedraagt f 9 mln. Het kader wordt hiervoor structureel verhoogd. De dekking voor deze overschrijding wordt gevonden binnen de in de MJA beschikbaar gestelde intensiveringsmiddelen voor de ambulancesector.

3.3.5.5 Budgetteringssysteem

Op 1 januari 1998 is budgettering ingevoerd in de ambulancesector. Inmiddels heeft naar aanleiding van deze invoering een onderzoek plaatsgevonden naar de effecten hiervan. Dit onderzoek bestond uit twee delen, en werd uitgevoerd door KPMG Management Consulting. Het eerste deel, dat in oktober 1998 werd afgerond, deed aanbevelingen voor een aanpassing van de budgetsystematiek. Daardoor ontstaat een evenwichtiger verdeling van het macrokader, en speelt het element 'beschikbaarheid' een grotere rol dan in het huidige budgetsysteem. Het tweede deel, afgerond maart 1999, doet aanbevelingen voor budgettering van RAV's.

De aanbevelingen van het KPMG-onderzoek waren voor de betrokken landelijke partijen en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) uitgangspunt voor overleg inzake mogelijkheden tot aanpassing van de budgetsystematiek. De partijen streven ernaar de besluitvorming rond het herziene model in het najaar van 1999 af te ronden, zodat per 1 januari 2000 het nieuwe budgetsysteem kan worden ingevoerd. Het invoeren van een volgens bovenstaande lijnen aangepaste systematiek, biedt in principe voor alle ambulancediensten voldoende ruimte om in regionaal verband adequate en verantwoorde ambulancezorg te leveren. Zodra zich een discrepantie voordoet tussen de kosten en het budget, moet de oorzaak vooral worden gezocht in een ondoelmatige bedrijfsvoering, in de interne kostentoekening bij ambulancediensten die onderdeel uitmaken van een andere instelling of een ander bedrijf of in het hanteren van financiële arbeidsvoorwaarden die uitgaan boven het niveau dat aanvaardbaar is voor het vaststellen van het budget.

3.3.6 Overig ziekenvervoer

In de meerjarenafspraken curatieve zorg zijn procesafspraken gemaakt over het realiseren van de taakstelling ad f 48 mln van het overige ziekenvervoer. ZN heeft hierbij het voortouw, aangezien de sleutel tot uitgavenbeheersing ook in deze sector primair bij de verzekeraars ligt. Generieke maatregelen liggen niet voor de hand, ondanks een relatief zware taakstelling, aangezien er op ruime schaal doelmatigheidswinsten te verwachten zijn. Individuele verzekeraars die een actief beleid voeren,

laten zien dat de uitgaven goed beheerst kunnen worden. Dat wordt onder meer mogelijk als zorgverzekeraars beschikken over financieel-economische ondersteuners en/of medische experts, die in staat zijn de verstrekkingen te analyseren en de verstrekkers voor te lichten en van spiegelinformatie te voorzien.

3.3.7 Mondzorg

Met de beroepsorganisaties van tandartsen, tandarts-specialisten, mondhygiënist en tandprotheticus werkt VWS aan een systeem om de samenhang binnen de mondzorg te vergroten. Verantwoorde mondzorg kan alleen bereikt worden door de patiënt integrale zorg aan te bieden. De tandarts-algemeen practicus zal als zorgregisseur gaan optreden. Hij beoordeelt de behandelbehoefte van de patiënt en zorgt ervoor dat deze bij de juiste zorgverlener terechtkomt.

VWS wil de positie van de mondhygiënist en de tandprotheticus meer verzelfstandigen. Het beleid volgt hiermee de aanbevelingen die in het kader van het project 'Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit' zijn gedaan. Zo kan de mondhygiënist als volwaardige professional zelfstandig preventieve mondzorg uitvoeren. In overleg met het veld wordt bezien hoe de wettelijke verplichte verwijzrelatie van tandarts naar mondhygiënist gedeeltelijk kan worden vervangen door een protocollair gestructureerde werkrelatie die past binnen de kaders van de integrale mondzorg. Bij een zelfstandiger positie van de mondhygiënist past het beleidsvoornemen om de mondhygiënist onder het regime van de Wet tarieven gezondheidszorg en de Ziekenfondswet te brengen. Ook dit zal in overleg met het veld nader moeten worden bestudeerd. Dit geldt ook voor de tandprotheticus, met de kanttekening dat deze al onder de Ziekenfondswet valt. Met betrokken koepels worden deze voornemens nader uitgewerkt.

Bijzondere aandacht verdient het onderwerp beroepskrachtvoorziening. VWS treedt met de relevante beroepsgroepen in overleg om de aard en omvang van de toekomstige vraag in samenhang met het toekomstige aanbod van beroepsbeoefenaren in de mondzorg in kaart te brengen.

De Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) werkt aan een kwaliteitssysteem voor de tandarts en de tandheelkundig specialist. Het CVZ subsidieert dit. Het systeem moet in 2001 voor de beroepsgroep beschikbaar komen. VWS hecht veel belang aan de implementatie van dit kwaliteitssysteem.

Voor tandartsen uit landen buiten de Europese Economische Ruimte (EER) die zich in Nederland willen vestigen en over niet-gelijkwaardige diploma's beschikken, gaat VWS in overleg met de tandheelkundige faculteiten bestuderen hoe zij versneld kunnen worden bijgeschoold.

3.3.8 Verloskundige zorg

De verloskundige zorg in Nederland staat op een hoog niveau. Bij de meerjarenafspraken is afgesproken dat de komende periode de betrokkenen zich zullen inspannen om deze kwaliteit op zijn minst te behouden en waar mogelijk te versterken.

Belangrijke elementen daarbij zijn de verdere uitbouw van het kwaliteitsbeleid en de verdere implementatie van het Verloskundig Vademecum, waarbij de relatie en afstemming met de andere beroepsgroepen van belang is. Tegelijkertijd doen zich problemen voor zoals toenemende werkdruk en dreigende afbouw van verloskundige praktijken. Een analyse van de huidige en toekomstige situatie van de verloskundige zorg is

daarom noodzakelijk. Doel is het instandhouden en eventuele verder uitbouwen van de thuisbevalling in ons land.

3.3.8.1 Positionering verloskundige zorg

Een werkgroep houdt zich bezig met een integrale meerjarenvisie verloskundige zorgverlening. In deze werkgroep participeren de betrokken beroepsgroepen: verloskundigen, huisartsen, gynaecologen, en voorts het COTG en ZN. Het gaat hierbij om:

- 1 het versterken van de eerstelijns;
- 2 het stimuleren van de thuisbevalling;
- 3 het duidelijk positioneren van de beroepsgroep;
- 4 het benoemen van kritische succesfactoren voor het optimaliseren van verloskundige zorg;
- 5 de zorgverlening aan moeder en pasgeborene (inclusief kraamzorg);
- 6 de basiszorg voor iedere zwangere in Nederland (ook voor illegalen).

3.3.8.2 Werkomstandigheden

De beroepsgroep van verloskundigen vindt de werkdruk zeer hoog. Recent is overleg gestart om knelpunten in de werkomstandigheden in kaart te brengen. Als eerste stap wordt in overleg tussen Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen (KNOV) en de opleidingen bekeken of het mogelijk is tijdelijk een verkorte opleiding voor buitenlandse verloskundigen te starten om de capaciteitsproblemen op korte termijn te verlichten. Voorts heeft het Nivel opdracht gekregen een zogeheten quick scan uit te voeren naar de knelpunten in de verloskundige zorgverlening. De resultaten van dit onderzoek worden in de loop van het najaar 1999 verwacht. Op basis van de resultaten van het onderzoek zal in overleg met de KNOV een plan van aanpak voor de komende jaren worden ontwikkeld.

In tabel 3.9 is per provincie de verhouding weergegeven tussen het aantal vrouwen in de vruchtbare leeftijd (15-39) en het aantal verloskundigen in een eigen praktijk per provincie (per 1 januari 1998).

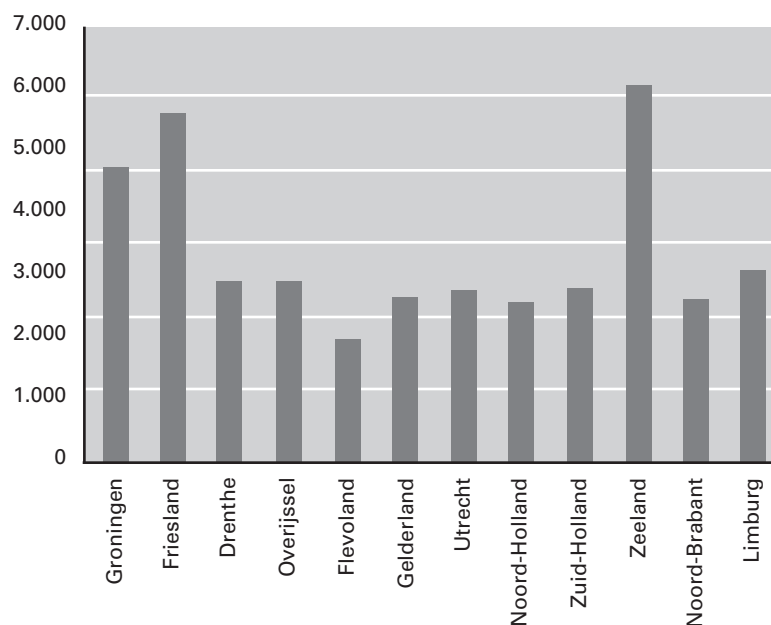
Uit de gegevens blijkt dat de verloskundigen niet evenredig zijn verdeeld over Nederland. De verloskundigendichtheid is het hoogst in Flevoland, Noord-Holland en Noord-Brabant. Zeeland, Friesland en Groningen kennen veruit de laagste verloskundigendichtheid.

Tabel 3.9 Verhouding tussen aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd en verloskundigen

Provincie	Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd	Aantal verloskundigen in eigen praktijk	Aantal vrouwen per verloskundige
Groningen	103.640	22	4.711
Friesland	106.284	19	5.594
Drenthe	76.415	26	2.939
Overijssel	189.725	66	2.875
Flevoland	57.159	29	1.971
Gelderland	339.418	128	2.652
Utrecht	211.834	76	2.787
Noord-Holland	464.947	183	2.541
Zuid-Holland	614.346	219	2.805
Zeeland	60.255	10	6.026
Noord-Brabant	415.771	159	2.615
Limburg	193.982	64	3.031
Nederland	2.833.776	1.001	2.831

Bron: Brancherapport/Verdiepingsstudie verloskundige zorgverlening in Nederland

Figuur 3.3 Aantal vrouwen in vruchtbare leeftijd per verloskundige



3.3.8.3 *Kwaliteit van verloskundige zorg*

Op dit moment loopt het programma 'Kwaliteit en doelmatigheid verloskundige zorg' bij het CVZ. Voorts wordt door de beroepsgroep het Verloskundig Vademecum geïmplementeerd.

3.3.8.4 *Academisering fysiologische verloskunde*

Ik onderken de noodzaak om een impuls te geven aan het academiseren van de fysiologische verloskunde. Hoe dat zal gebeuren, heb ik echter nog niet besloten. De komende periode wil ik mij, mede in relatie tot de hiervoor genoemde onderwerpen, samen met de beroepsgroep oriënteren op de mogelijkheden om te komen tot een betere wetenschappelijke onderbouwing van de eerstelijns fysiologische verloskunde.

3.4 **Beleidsvoornemens**

3.4.1 *Samenvatting beleidsvoornemens*

Leidraad bij het zorgbeleid is de (voortgaande) implementatie van een aantal adviezen, zoals MCZ (advies Biesheuvel), Het ziekenhuis: a human enterprise (MDW-werkgroep), Redesign eerste lijn (RVZ) en het rapport van de commissie-Koopmans. In de meerjarenafspraken 1998 is met het veld vastgelegd hoe implementatie op onderdelen zal plaatsvinden. Het beleid zoals in het voorgaande weergegeven bouwt in dezelfde lijn verder. Onderstaand een samenvatting van een aantal beleidsvoornemens:

- Verder uitbouwen van de rol verzekeraars in de regio.
- Aanpassing bekostigingssystematiek ziekenhuis.
- Patiënt staat centraal in zorg, beleid is gericht op flexibilisering, transmuralisering, integrale zorg (ketenvorming). Er komt onderzoek naar mogelijkheden verdere ontschotting eerste/tweede compartiment (een of meer transcompartimentale experimenten).

- Nadere uitwerking redesign eerstelijns: leveren zorg via multidisciplinaire voorzieningen op wijkniveau.
- Starten kenniscentra arbeidsrelevante aandoeningen.
- Vastleggen kader waarbinnen private initiatieven op het terrein van arbozorg vorm kunnen krijgen.
- Onderbrengen (per 1 januari 2000) poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen in het ziekenhuishudget.
- Stimuleren elektronisch voorschrijven geneesmiddelen bij huisartsen en medisch specialisten.
- Ter ondersteuning van verzekeraars t.a.v. inkoop geneesmiddelen: uitvoering maatregelen Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelen.
- Nagaan welke belemmeringen nog opgeheven moeten worden (MDW).
- Stimuleren proeftuinen geneesmiddelenbeleid.
- Ontwerpen samenhangend beleidskader beroepsbeoefenaren (advies gevraagd aan RVZ).
- Stimuleren kwaliteit en doelmatigheid zorgclusters (zoals oogzorg, mondzorg en verloskundige zorg).
- Samenhang en afstemming van beroepen en opleidingen op het gebied van farmaceutische zorg opnieuw bezien.
- Stimuleren werken in teamverband door studenten van verwante disciplines gezamenlijk stages of deel opleiding te laten volgen.
- Voortzetten rondetafelconferenties met alle betrokkenen inzake instroom/arbeidsmarktproblemen in de verpleging en de verzorging.
- Ondersteunen totstandkoming en implementatie nieuwe structuur vervolgoopleidingen V&V.
- Voortzetten proces producttypering (dbc's).
- Onderzoek naar mogelijke oplossingen voor knelpunten als gevolg van afschaffen nadere detaillering erkenningsbeschikking (NDE).
- Voortzetten modernisering honorering medisch specialisten;
- Verdere flexibilisering bouwkader.
- Voornemen invoering meldingsregeling voor instandhoudingsbouw bij academische ziekenhuizen.
- Uitbreiding opleidingscapaciteit huisartsen.
- Invoering EVS bij huisartsen, stimuleren invoering EVS bij medisch specialisten.
- De besparingen invoering EVS bij huisartsen mogen worden gebruikt voor praktijkondersteuner.
- Apotheekhoudende huisartsen blijven gehandhaafd, dit met het oog op kwaliteit zorg, en op ruimere mogelijkheden verzekeraar inzake geneesmiddelenvoorziening.
- Laatste tranche verkorte opleiding kraamverzorgenden, implementatie kwaliteitseisen kraamzorg.
- Verbetering informatievoorziening paramedisch zorg.
- Regionalisatie ambulancezorg, invoering aangepaste budgetsystematiek.
- Verzelfstandigen positie mondhygiënist etc., tegelijkertijd bevorderen meer samenhang in mondzorg (tandarts als zorgregisseur).

3.4.2 Beschikbare middelen

In het Regeerakkoord zijn voor de cure-sector voor het jaar 2000 extra middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van uitgaven als gevolg van demografische ontwikkelingen en voor nieuw beleid. In totaal is ten opzichte van 1999, exclusief de toename als gevolg van nominale ontwikkelingen, f 175,2 mln (exclusief het opnieuw inzetten van middelen uit hoofde van de inkoopstaakstelling) beschikbaar. Van de voor demografische ontwikkelingen beschikbare middelen (f 158,7 mln) wordt een deel ingezet voor uitbreidingsbouw van ziekenhuizen met

name in het kader van de Bestuurlijke Actualisatie bouwprioriteiten (f 7,0 mln). Het merendeel van de voor demografische ontwikkelingen beschikbare middelen is bestemd voor overige volumegroei. De algemene en categorale ziekenhuizen ontvangen hiervan ruim de helft (f 83,2 mln) hetgeen hoofdzakelijk bestemd is voor productieafspraken, capaciteitswijziging en Wbmv.

Ten aanzien van de voor nieuw beleid beschikbare middelen was in het Najaarsakkoord meerjarenafspraken curatieve zorg van november 1998 indicatief opgenomen op welke wijze de in 2000 voor nieuw beleid beschikbare middelen zouden worden ingezet. Het betrof daarbij hoofdzakelijk intensivering van het reeds in 1999 in gang gezette nieuwe beleid. De totale toename van de intensiveringen bedraagt f 21,4 mln. In de loop van 1999 hebben zich echter beleidsmatige wensen en knelpunten aangediend. Deze zijn, tezamen met de conclusies uit de afrekeningen 1998, overeenkomstig het gestelde daarover in het Najaarsakkoord in de overleggen met partijen aan de orde gesteld. De beleidsmatige en financiële afweging heeft ertoe geleid dat de in het Najaarsakkoord opgenomen indicatieve verdeling voor 2000 op onderdelen is aangepast. Het resultaat daarvan is in deze Zorgnota verwerkt.

Hierbij is voor de volgende knelpunten dekking gevonden (in totaal voor f 47 mln). De financiering van de meerkosten van de jaarlijkse griepvaccinatie en gerichte maatregelen voor de preventie van decubitis, ziekenhuisinfecties en antibioticaresistentie.

De uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen voor huisartsen heeft zowel meerkosten voor de opleidingsinstelling (SBOH) als meerkosten voor de eerste stageplaats van de toekomstige huisarts.

Aan het kader van de ziekenhuizen is voorts geld toegevoegd voor meerkosten van de bloedvoorziening en de monitoring van HIV/AIDS-geïnfecteerden.

Aan het kader voor overig curatieve zorg is geld toegevoegd voor spraak- en taaldiagnostiek. Ook voor enkele naitleffecten van de privatisering van ziekenhuizen is geld gereserveerd binnen het kader van de algemene en categorale ziekenhuizen.

Tot slot is binnen het cure-kader geld vrijgemaakt voor verhoging van de basisfinanciering van het CBO als kwaliteitsinstituut voor gezondheidszorg. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de implementatie van integraal kwaliteitsmanagement bij instellingen en wordt voor de betreffende instellingen de kwaliteit van zorg en doelmatigheid verder verhoogd.

Uit de evaluatie 1998 bij de algemene ziekenhuizen is gebleken dat er in 1998 meer is uitgegeven dan geraamd. De structurele component van de overschrijding op het volume (f 46,7 mln) wordt per 01-01-2000 gecompenseerd door een budgetkorting van eenzelfde omvang.

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMSMATERIALEN

Het beleid beschreven in dit hoofdstuk betreft de extramurale genees- en hulpmiddelenvoorziening en de lichaamsmaterialen. De uitgaven voor intramuraal verstrekte genees- en hulpmiddelen vallen binnen het instellingenbudget.

4.1 Terreinbeschrijving

Tabel 4.1 Uitgaven Farmaceutische Hulp, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen¹

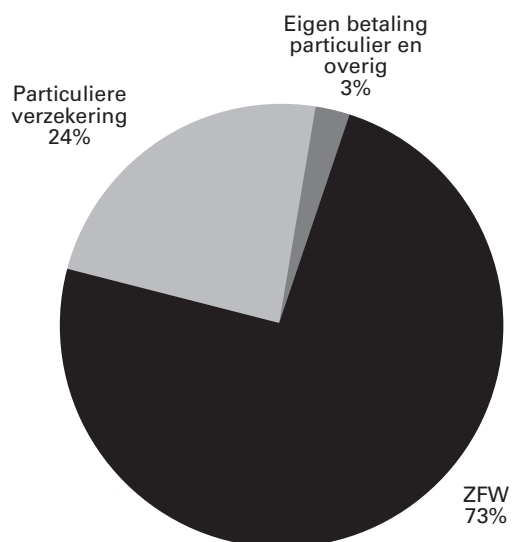
x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
4.01 Farmaceutische hulp	5.460,9	5.605,4	5.790,8	6.403,8	6.605,5	6.610,3	6.579,3	6.509,3	6.449,3	6.449,3
4.02 Hulpmiddelen	1.064,3	1.127,0	1.332,2	1.522,0	1.570,5	1.589,7	1.599,7	1.708,0	1.708,0	1.708,0
4.03 Subsidies	12,4	13,8	54,7	71,8	39,9	39,6	38,2	38,2	38,2	38,2
Nog toe te kennen groeirimte							475,8	951,6	951,6	951,6
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	6.537,6 2.966,6	6.746,2 3.061,3	7.177,7 3.257,1	7.997,6 3.629,2	8.215,9 3.728,2	8.239,6 3.739,0	8.693,0 3.944,7	9.207,1 4.178,0	9.147,1 4.150,8	9.147,1 4.150,8
Procentuele mutatie		3,2	6,4	11,4	2,7	0,3	5,5	5,9	-0,7	0,0

¹ De jaren 2000 en verder zijn exclusief het budget voor nieuwe geneesmiddelen weergegeven

Opmerkingen bij bovenstaande tabel

Het uitgavenniveau voor farmaceutische hulp heeft uitsluitend betrekking op het extramuraal deel van de uitgaven voor geneesmiddelen. De uitgaven aan medische hulpmiddelen betreffen de verstrekkingen volgens de Regeling hulpmiddelen 1996 (ZFW), de zogenaamde extramuraal hulpmiddelen. Ten opzichte van het vorige JOZ is het beschikbare budgetkader voor geneesmiddelen vanaf 1998 bijgesteld in verband met de hogere groei, opgetreden besparingsverliezen en nieuw ingezette maatregelen. Het hulpmiddelenkader is vanaf 1998 op basis van de analyse van de werkgroep kostenontwikkeling hulpmiddelen en de afgesproken taakstelling (oplopend tot f 75 mln in 2001) bijgesteld. De groeirimte na 2000, zoals afgesproken in het Regeerakkoord, is opgenomen in deze tabel, maar vooralsnog op de aanvullende post geboekt.

Figuur 4.1 Financiering farmaceutische Hulp, medische hulpmiddelen en lichaamsmaterialen



4.1.1 Geneesmiddelen

Bij farmaceutische hulp gaat het zowel om het leveren van producten als om het verlenen van farmaceutische patiëntenzorg door artsen en apothekers.

De geneesmiddelenvoorziening bevindt zich op het scheidingsvlak van de private en collectieve sector. Binnen de private sector zijn de ontwikkeling, productie, distributie en verkoop van geneesmiddelen in handen van ondernemingen met commerciële doelstellingen. Binnen de gezondheidszorg als onderdeel van de collectieve sector schrijven artsen geneesmiddelen voor, die vervolgens door apotheekhoudenden worden afgeleverd aan patiënten in het kader van de farmaceutische zorg.

Geneesmiddelen kunnen de behandelingsduur aanzienlijk bekorten of intramurale behandeling voorkomen. Hierdoor kunnen mensen thuis behandeld worden of na hun behandeling eerder naar huis en zo veel mogelijk blijven deelnemen aan het maatschappelijk leven en kunnen overige zorgvoorzieningen doelmatiger ingezet worden.

Het gebruik van geneesmiddelen kan belangrijke winst opleveren in termen van gezondheid en meer kwaliteit van leven, mits 'zinnig en zuinig' toegepast. Nog steeds voldoet het voorschrijfgedrag niet volledig aan deze voorwaarde. Dit is een belangrijke oorzaak van de sterke stijging van de geneesmiddelenuitgaven en is de sleutel tot kostenbeheersing. Farmaceutische zorg en geneesmiddelen worden voornamelijk uit collectieve middelen gefinancierd. De extramuraal voorschrijvende artsen en de patiënten worden niet of nauwelijks direct geconfronteerd met de daaraan verbonden kosten, zodat hier een financiële prikkel ontbreekt.

Bevordering van kwaliteit en doelmatigheid, handhaven van de toegankelijkheid, meer marktwerking bij de inkoop en kostenbeheersing staan bij het geneesmiddelenbeleid voorop. De afgelopen jaren is fors geïnvesteerd in het 'zinnig en zuinig' voorschrijven. Via onder meer de farmacotherapie overleggroepen (FTO) is op dit punt al veel bereikt.

In tabel 4.2 is het aantal recepten van de in 1998 meest voorgeschreven geneesmiddelen weergegeven. Ter vergelijking is tevens aangegeven welke middelen Nederlanders ouder dan 65 jaar het meest gebruikten.

Tabel 4.2 Top-5 voorgeschreven geneesmiddelen, 1998 (aantal recepten)

Alle Nederlanders		Nederlanders ouder dan 65 jaar	
1 Paracetamol (pijnstillert)	3.149.800	1 Temazepam (slaapmiddel)	1.266.800
2 Oxazepam (kalmeringsmiddel)	2.570.500	2 Paracetamol (pijnstillert)	1.199.300
3 Diclofenac (ontstekingsremmer)	2.199.700	3 Furosemide (plasmiddel)	1.069.000
4 Temazepam (slaapmiddel)	2.140.700	4 Oxazepam (kalmeringsmiddel)	1.068.800
5 Ibuprofen (pijnstillert)	1.811.200	5 Acetylsalicylzuur (bloedverdunner)	1.052.600

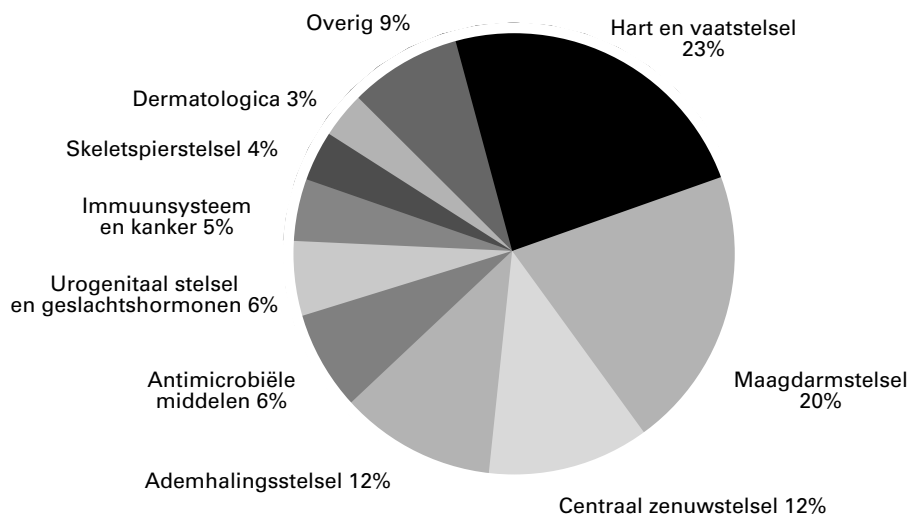
Bron: gebaseerd op SFK-cijfers

De groei van het gebruik van deze middelen is de afgelopen jaren 1%. Dus conform de trendmatige groei die verwacht kan worden op basis van demografische ontwikkelingen.

De Nederlander ontving in 1998 gemiddeld 8 geneesmiddelen en gebruikte daarmee voor f 404,- (1997: f 371,-). Aan mensen van 65 jaar en ouder werd gemiddeld 23 keer een geneesmiddel verstrekt. Dit komt overeen met een verbruik van f 1.139,-. Met name het gebruik van hart- en vaatgeneesmiddelen, slaap- en kalmeringsmiddelen en maagdarmgeneesmiddelen is bij ouderen hoger.

In figuur 4.2 zijn de geneesmiddelenkosten onderverdeeld naar anatomie. In 1998 werd bijna 25% van de kosten veroorzaakt door geneesmiddelen voor het hart- en vaatstelsel (zoals cholesterolverlagert) en ruim 20% door geneesmiddelen voor het maagdarmstelsel (zoals maagzuurremmert).

Figuur 4.2 Procentuele verdeling geneesmiddelenkosten over aandoeningen, 1998



4.1.2 Medische hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is een voorwerp dat bestemd is voor diagnose en/of behandeling van aandoeningen en/of verlichting van handicaps. Medische hulpmiddelen zijn onmisbaar in het medisch handelen en voor de medische zorg. Medische hulpmiddelen worden steeds meer ingezet buiten het strikt medische domein. Daarbij doet zich een geleidelijke verbreding van het indicatiegebied van reeds bestaande medische hulpmiddelen voor. Dit leidt tot het extramuraal inzetten van medische hulpmiddelen die voorheen uitsluitend intramuraal werden gebruikt (bijvoorbeeld infuuspompen).

Mensen willen langer zelfstandig functioneren en intensief aan het maatschappelijk leven kunnen deelnemen. De markt speelt hierop in en ontwikkelt nieuwe medische hulpmiddelen ten behoeve van mobiliteit en participatie. Met de toename van het gebruik van hulpmiddelen en de ontwikkeling van de mogelijkheden op technologisch gebied is er sprake van emancipatie van degenen die zijn aangewezen op het gebruik van medische hulpmiddelen. De maatschappelijke acceptatie van hulpmiddeleengebruik gaat gepaard met veranderende opvattingen over wat wordt verstaan onder adequaat. Evenals bij 'gewone' consumentengoederen kent de hulpmiddelensector de ontwikkeling naar 'luxe', fraaiere vormgeving en extra snuffjes.

De extramurale hulpmiddelensector bestaat uit een groot aantal deelmarkten, met een veelheid aan producten en wijzen waarop deze (kunnen) worden verstrekt. De deelmarkten variëren van 'bulkproducten', zoals incontinentiematerialen en diabetes-teststrips, tot maatwerk als 'ambachtelijke' orthopedische schoenen en het 'kunstgebit'.

4.1.3 Lichaamsmaterialen

In de gezondheidszorg wordt veelvuldig gebruik gemaakt van humaan lichaamsmateriaal (cellen, weefsels, organen). Deze lichaamsmaterialen worden gebruikt voor therapeutische, diagnostische en onderwijsdoeleinden. In de farmaceutische industrie wordt lichaamsmateriaal bewerkt of rechtstreeks gebruikt als grondstof voor producten voor geneeskundige toepassing. Tevens wordt lichaamsmateriaal toegepast bij de vervaardiging van medische hulpmiddelen. Gezien de aard van de grondstof heeft de lichaamsmateriaalvoorziening een aparte positie binnen de farmaceutische hulp en de hulpmiddelen.

Door verdergaande (bio-)technologische ontwikkelingen zullen het gebruik van lichaamsmaterialen in de toekomst toenemen. Deze biotechnologische ontwikkelingen zullen leiden tot allerlei combinatieproducten, bijvoorbeeld een dierlijke matrix waarop humane cellen worden gekweekt om uiteindelijk tot 'gekweekte' organen te komen. Het gebruik van (humaan) lichaamsmateriaal in de gezondheidszorg brengt risico's met zich mee onder andere op het gebied van ziekte-overdracht. Ter voorkoming hiervan dient de veiligheid en kwaliteit van het gebruikte lichaamsmateriaal voor zover mogelijk te worden gewaarborgd. Tot voor kort werd voornamelijk beleid gevoerd op het gebied van de bloedvoorziening. Door de enorme toename in het gebruik van humaan materiaal in zowel de farmaceutische hulp als medische hulpmiddelen is het noodzakelijk beleid te ontwikkelen ten aanzien van de totale voorziening van lichaamsmaterialen.

4.2 Geneesmiddelenbeleid

4.2.1 Evaluatie en lopend beleid

Het beleid van de afgelopen jaren, gericht op de kwaliteit en kostenbeheersing van de geneesmiddelenvoorziening, is effectief geweest en heeft

de groei van de kosten gematigd. Maar gebruik en kosten van geneesmiddelen blijven stijgen. De groei is deels te verklaren uit niet-beïnvloedbare ontwikkelingen als de veranderende bevolkingsomvang en -samenstelling, maar ook uit beleidsmatig gewenste ontwikkelingen als de extramuralisering en de toelating van echt innovatieve geneesmiddelen. Indien er echter geen aanvullende maatregelen worden genomen dan dreigt de jaarlijkse groei van de kosten van geneesmiddelen de beschikbare groeiruimte voor andere onderdelen van de zorg weg te nemen. Met het oog hierop zijn achtereenvolgens de Werkgroep Kosten Geneesmiddelen en de interdepartementale Stuurgroep geneesmiddelen lange termijn actief geweest om oplossingen te zoeken. De aanbevelingen zijn integraal opgenomen in het Regeerakkoord.

In november 1998 hebben wij een plan van aanpak inzake kwaliteit, doelmatigheid en kostenbeheersing van geneesmiddelen en farmaceutische zorg naar de Tweede Kamer gezonden ter uitvoering van de in het Regeerakkoord afgesproken maatregelen. De uitwerking hiervan beoogt verdere gezondheid- en doelmatigheidswinst te realiseren. Deze aanpak is noodzakelijk om de verwachte kostenstijgingen van de komende jaren te redresseren.

Over de voortgang van deze aanpak hebben wij de Kamer uitvoering gerapporteerd met onze brieven van 2 maart en 1 juli 1999.

Hieronder volgt voor een beknopte terugblik en een weergave van het lopend beleid het stramien van de voortgangsrapportage van 2 maart 1999 jl., te weten:

- verzekeraarsbudgettering en marktwerking;
- structuurmaatregelen farmaceutische zorg;
- bekostiging apothekers;
- kortingen en bonussen;
- maatregelen korte termijn;
- informatievoorziening / monitoring kwaliteit en kosten.

Verzekeraarsbudgettering en marktwerking

Wij hebben diverse maatregelen genomen om de ziekenfondsen te stimuleren een grotere verantwoordelijkheid op zich te nemen bij de regie van de farmaceutische zorg en de kostenbeheersing geneesmiddelen. Verzekeraars worden voorts voorzien van aanvullende instrumenten waarmee zij de doelmatigheid en marges in de geneesmiddeleninkoop kunnen beïnvloeden.

De maatregelen die in dit verband zijn genomen staan in hoofdstuk 9.

De MDW-projectgroep geneesmiddelen brengt opties in kaart voor verzekeraars om hun toekomstige verantwoordelijkheid voor de inkoop van geneesmiddelen feitelijk waar te kunnen maken, alsmede de belemmeringen die uitvoering van deze opties hinderen. Daarnaast brengt de projectgroep de gevolgen voor betrokkenen in kaart en wordt een inventarisatie gemaakt van de randvoorwaarden die noodzakelijk zijn voor effectieve toetreding.

Afhankelijk van het tijdstip van de behandeling van het initiatiefwetsvoorstel Oudkerk in de Eerste Kamer zullen ziekenhuisapotheken extramuraal kunnen afleveren. Per 1 februari jl. kan een openbare apotheker in loondienst treden bij een niet-apotheker. Hierdoor is de belemmering weggenomen voor het toetreden van bijvoorbeeld detailhandelsketens of drogisterijen. Ziekenfondsen kunnen nu ook een eigen apotheek beginnen.

Structuurmaatregelen farmaceutische zorg

Kenmerkend voor de nieuwe structuuraanpak is dat gestreefd wordt naar gedragsverandering van de actoren die direct bij de farmaceutische zorg zijn betrokken: voorschrijvers, afleveraars en verzekeraars. Hiertoe is een aantal structuurmaatregelen in gang gezet die zijn beschreven in het plan van aanpak inzake kostenbeheersing van farmaceutische hulp en farmaceutische zorg van november 1998 en de voortgangsrapportages. Kenmerkend is ook dat het beleid zich niet meer in hoofdzaak richt op de partijen uit de farmaceutische bedrijfskolom. Van even groot belang zijn artsen in hun rol als voorschrijver en zorgverlener, instellingen in de curatieve somatische zorg, de ouderenzorg en de GGZ alsmede de beroepsbeoefenaren die werken in de verschillende instellingen. Doel van het structuurbeleid is te komen tot doelmatig voorschrijven en doelmatige distributie.

Het structuurbeleid wordt zo veel mogelijk 'bottom-up' gevoerd, omdat daarmee het beste gewaarborgd is dat de ervaring uit de praktijk betrokken wordt bij de vormgeving van de maatregelen, en omdat daarmee daadwerkelijk gevoel van medeverantwoordelijkheid en draagvlak voor de structuuraanpak gecreëerd kan worden.

De uitvoering van de maatregelen verloopt in het algemeen volgens het plan van aanpak. Er is een Klankbordgroep farmaceutische zorg ingesteld waarin leden zitting hebben die zijn gevraagd op grond van persoonlijke expertise en ervaring in de praktijk van de zorg. De klankbordgroep heeft tot taak de beleidsinspanning gericht op de structuur van de farmaceutische zorg vanuit het oogpunt van de praktijk te beoordelen op consistentie en haalbaarheid, te signaleren waar risico's zitten of zullen optreden en aanbevelingen op te stellen voor optimalisering van beleid.

Tevens is een commissie uitvoering geneesmiddelenbeleid ingesteld onder voorzitterschap van oud-minister prof. dr. B. de Vries die is samengesteld uit zeer ervaren personen uit de wereld van beleid en bestuur. De commissie heeft tot taak de complexe beleidsinspanningen voor de korte en de lange termijn die voortvloeien uit het Regeerakkoord te beoordelen, te signaleren waar risico's zitten en aanbevelingen te doen voor optimalisering van het beleid. De commissie zal zonodig ad hoc adviseren, maar in elk geval een totaaloordeel geven over het beleid.

De modernisering van de WOG is meer projectmatig ter hand genomen om een betere aansluiting met de overige structuurmaatregelen voor de geneesmiddelenvoorziening te kunnen bewerkstelligen.

Bekostiging apothekers en kortingen en bonussen

Hierover hebben wij de Tweede Kamer met onze brieven van 1 juli en 21 juli 1999 uitvoerig geïnformeerd.

Op 21 juli hebben wij het COTG de voorgenomen aanwijzing doen toekomen teneinde f 225 mln gerealiseerde inkoopvoordelen via de tariefstructuur voor apotheekhoudenden aan de zorg ten goede te laten komen. Er wordt al circa f 200 mln via de 'claw back' en de forfaitaire korting op de receptregelvergoeding en de abonnementsvergoeding van apotheekhoudende huisartsen teruggehaald. Een daartoe strekkende voorgenomen aanwijzing is aan het COTG gezonden.

De maatregel moet tezamen met de actualisering van de genormeerde praktijkkostenvergoeding binnen de huidige tariefstructuur per 1 september 1999 effect sorteren.

Per 1 januari 2000 zal een macrokader voor de receptregelvergoeding worden ingesteld. Naast het instellen van een budgettair kader voor receptregelvergoeding hebben wij ook het voornemen om de stimulansinkomsten tot een bedrag van f 39 mln in de receptregelvergoeding te verrekenen.

Maatregelen korte termijn

- *Herberekening vergoedingslimieten en modernisering GVS*

De actualisering van de vergoedingslimieten met peildatum 1 oktober 1998 is per 1 februari 1999 doorgevoerd. Zoals bij brief van 2 maart 1999 meegedeeld, is de voorgenomen modernisering van het GVS vooralsnog uitgesteld tot 2000. De zorgvuldigheid vereist een langere voorbereidingstijd dan in eerste instantie gepland. Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is gevraagd om ons op dit onderdeel te adviseren.

Volgens een schatting van de Stichting Farmaceutische Kengetallen bedraagt de besparing *f* 158 mln op jaarbasis. De bijbetaling als gevolg van deze herberekening schat de SFK op ongeveer *f* 3 mln. De meeste fabrikanten hebben hun prijzen laten zakken tot het niveau van de vergoedingslimieten.

- *Toelating nieuwe geneesmiddelen en wachtkamergeneesmiddelen*

Per 1 juli 1999 is het vergoedingssysteem weer geopend voor nieuwe geneesmiddelen waarvoor geen vergoedingslimiet kan worden vastgesteld (bijlage 1B). Bij besluiten over plaatsing op bijlage 1B zal met het oog op het belang voor de volksgezondheid, rekening worden gehouden met de therapeutische waarde en de doelmatigheid van het geneesmiddel. Dit betekent thans onder meer dat een uitgebreide kostenconsequentie-analyse uitgevoerd moet worden. Het is onze bedoeling de toelating van deze geneesmiddelen tot het verstrekkingpakket in de toekomst te baseren op farmaco-economische evaluaties.

Wij hebben het CVZ gevraagd de geneesmiddelen die als gevolg van de sluiting van bijlage 1B voor vergoeding zijn afgewezen (de zogenaamde wachtkamergeneesmiddelen) te beoordelen op therapeutische waarde en kostenconsequenties. De beoordeling van geneesmiddelen die in de periode van juli 1993 tot september 1997 zijn afgewezen, is afgerond. Per 1 februari 1999 is een deel van deze geneesmiddelen in het pakket opgenomen.

De beoordeling van de resterende wachtkamergeneesmiddelen (18 stuks) zal eind 1999 afgerond zijn.

- *Overheveling buiten-Wtg-geneesmiddelen*

Per 1 september 1999 is de groep van buiten-Wtg-geneesmiddelen en identieke Wtg-geneesmiddelen die uitsluitend bestemd zijn voor kortdurend gebruik van vergoeding uitgesloten. Buiten-Wtg-geneesmiddelen en identieke Wtg-geneesmiddelen die bestemd zijn voor zowel chronische als niet-chronische patiënten zijn geplaatst op bijlage 2 van de Regeling Farmaceutische Hulp. Voorwaarde voor vergoeding is dat de verstrekking bestemd is voor chronisch gebruik ter behandeling van een chronische aandoening. Daarnaast wordt het eerste recept (maximaal 15 dagen) in geen enkel geval vergoed. De verwachting is dat de maatregel de kosten met circa *f* 145 mln zal verlagen. Veel van de effectiviteit is echter afhankelijk van het voorschrijfgedrag van de artsen.

- *Aanpak 'hardlopers'*

Een klein aantal geneesmiddelen, zoals maagzuurremmers en cholesterolverlagers, heeft de afgelopen jaren een forse (volume)groei gekend. Van de maagzuurremmers heeft het CVZ geadviseerd om in overleg met de behandelaren een behandelprotocol op te stellen. Behandeling volgens dit protocol wordt voorwaarde voor vergoeding. Het voorstel voor het protocol is per 1 september jl. gereed en wordt thans afgestemd met de behandelaren. Het ligt in de verwachting dat de definitieve versie uiterlijk eind 1999 gereed zal zijn.

Eind dit jaar brengt de Gezondheidsraad advies uit over cholesterolverlagers. Dit advies zal worden betrokken bij het toekomstig beleid ten aanzien van deze geneesmiddelen.

Informatievoorziening/ monitoring kwaliteit en kosten

Voor een effectieve beïnvloeding van de kwaliteit- en kostenontwikkeling is het van groot belang deze ontwikkelingen nauwlettend te volgen. Het is de bedoeling een monitoringsysteem op te zetten om over deze ontwikkelingen te rapporteren, waarbij zoveel mogelijk wordt aangesloten bij de voortgangsrapportages zorg. De doelstellingen voor het monitoren zijn ambitieus. Goede monitoring is echter essentieel. Monitoring is nodig om de effecten van het beleid te kunnen evalueren en om lokaal, regionaal en landelijk over adequate spiegelinformatie te kunnen beschikken. Er is een plan van aanpak opgesteld. Het plan van aanpak geeft aan hoe dit bereikt kan worden, dan wel waar nog sprake is van onduidelijkheid danwel geeft het aan welk proces in gang gezet moet worden om de gewenste doelen te bereiken.

De landelijke monitoring omvat onder meer:

- een periodieke rapportage door het CVZ van de kostenontwikkeling uitgesplitst naar factoren en oorzaken;
- inzicht in de determinanten van de kostenontwikkeling;
- inzicht in de effectiviteit van beleidsmaatregelen;
- ondersteuning van de aanpak van hardlopers;
- specifieke monitoring ouderenzorg en geestelijke gezondheidszorg;
- inzicht in de voortgang van de structuuraanpak.

Onlangs heeft het RIVM een onderzoek afgerond dat erop gericht was meer inzicht te krijgen in de structurele groei van de geneesmiddelenkosten en de invloed hierop van de verschillende, wel en niet beïnvloedbare determinanten (zoals demografie, nieuwe geneesmiddelen, extramuralisatie, substitutie en prijsontwikkelingen). Uit het onderzoek blijkt dat per ziektebeeld de volume en prijsontwikkelingen sterk uiteenlopen en dat ditzelfde geldt voor de determinanten die per ziektebeeld de groei van de geneesmiddelenkosten verklaren. Uitgezonderd demografische factoren vergt het daarom meer onderzoek om op macroniveau de invloed van verschillende factoren vast te stellen. Daartoe blijkt ook verdere verbetering van de informatiestructuur noodzakelijk.

4.2.2 Nieuwe beleidsvoornemens en maatregelen

4.2.2.1 Beleidsvoornemens korte termijn

De overgang naar een beleid dat deze sector beter beheersbaar maakt, en de kwaliteit van de farmaceutische zorg verbetert, vergt tijd. In deze overbruggingsperiode met name na overheveling van de buiten-Wtg-geneesmiddelen (die aangrijpt op de volumecomponent), zijn de sturingsmogelijkheden beperkt tot het sturen op de prijs- en vergoedingscomponenten van het macrobudget alsmede het verlagen van de kosten van distributie. De grenzen van deze sturingsmogelijkheden komen echter in zicht. Het jaar 1999 is daarom in een aantal opzichten een overgangsjaar. In dit jaar is een aanvang gemaakt met een basis voor gedrag- en structuurverandering om tot een meer effectieve sturing van de volumecomponent van het macrobudget te komen.

EVS

Dit jaar komt het EVS (elektronisch voorschrijfsysteem) beschikbaar dat een meer rationeel voorschrijfgedrag van huisartsen moet bevorderen. De verwachting is dat dit de kosten op termijn met ongeveer f 315 mln omlaag kan brengen (zie ook 3.3.2.4).

Modernisering GVS

De modernisering van het GVS is vooralsnog uitgesteld tot medio 2000. Het CVZ herzielt nu de huidige clusterindeling aan de hand van de nieuwe criteria.

Toelating nieuwe geneesmiddelen

Wij hebben de richtlijnen voor farmaco-economisch onderzoek, die zijn opgesteld door het CVZ, inmiddels aanvaard. De resultaten van onderzoek volgens deze richtlijnen moeten ertoe leiden dat op een betrouwbare, reproduceerbare en controleerbare wijze inzicht wordt verschaft in de therapeutische waarde van een geneesmiddel, de kosten die het gebruik van het middel tot gevolg zal hebben en de mogelijke besparingen op andere geneesmiddelen en/of therapieën.

Thans beraden wij ons op de wijze waarop het gebruik van dergelijke onderzoeksresultaten kan worden ingebed in de procedures voor opname in het pakket. Wij hebben het CVZ gevraagd ons hierover in het begin van 2000 te adviseren. Het ligt in de planning farmaco-economische studies vanaf de tweede helft van 2000 onderdeel uit te laten maken van het aanvraagdossier.

In 2000 is ongeveer f 88,5 mln gereserveerd voor de opname van nieuwe geneesmiddelen, oplopend tot f 177 mln in 2002.

Aanpak 'hardlopers'

Ons beleid ten aanzien van hardlopers is erop gericht te waarborgen dat deze geneesmiddelen uitsluitend worden ingezet voor die patiënten die het echt nodig hebben. Wij hebben geconstateerd dat er nog verdere kwaliteitsverbeteringen kunnen worden aangebracht bij de farmacotherapie. In dit verband zal er de komende jaren meer geïnvesteerd moeten worden in de implementatie en naleving van behandelprotocollen voor geneesmiddelengebruik. Gezien het grote beslag op de collectieve middelen valt hier naar verwachting relatief veel doelmatigheidswinst te behalen. Naar aanleiding van de resultaten van de maatregelen ten aanzien van de maagzuurremmers zullen wij bezien of een dergelijke aanpak ook toegepast kan worden bij andere hardlopers.

4.2.2.2 Meerjarenafspraken

In het kader van de meerjarenafspraken zijn alle betrokken partijen bereid mee te werken aan versterking van een hoogwaardige en toegankelijke geneesmiddelenvoorziening, binnen de in het Regeerakkoord aangegeven kaders. Zij willen daarvoor een grote inspanning leveren door medewerking te verlenen aan de structuurmaatregelen. Verheugend is dat alle partijen zich medeverantwoordelijk voelen voor de geneesmiddelenproblematiek. In de meerjarenafspraken is vastgelegd dat de bij de geneesmiddelen betrokken partijen zoals apothekers, huisartsen, specialisten, ziekenhuizen, instellingen van geestelijke gezondheidszorg, ouderenzorg en verzekeraars, hun verantwoordelijkheid willen nemen. Onderwerpen waarover afspraken zijn gemaakt zijn onder meer: de medewerking aan de structuurmaatregelen zoals de uitbouw van FTO naar FTTO, het ontwikkelen en invoeren van transmurale formularia, het bewerkstelligen van doelmatiger voorschrijfgedrag met behulp van het EVS en medewerking aan een systeem van periodieke monitoring van de geneesmiddelontwikkelingen zowel kwalitatief als kwantitatief. Deze onderwerpen komen later in deze paragraaf nader aan bod.

De farmaceutische industrie en de groothandel maken geen deel uit van de partijen betrokken bij de meerjarenafspraken, omdat deze beperkt zijn tot de partijen uit de zorgsector. De industrie en de groothandel zijn echter wel belangrijke partijen bij de aanpak van het geneesmiddelenbeleid.

Industrie, groothandel, overheid, patiënten en zorgverleners hebben baat bij goede, nieuwe geneesmiddelen. Voor nieuwe geneesmiddelen heeft het kabinet bij het Regeerakkoord middelen beschikbaar gesteld. Verder willen wij het klimaat voor onderzoek en ontwikkeling in Nederland verbeteren, maar dan alleen voor echt nieuwe en meer doelmatige producten. Industrie, overheid en zorgaanbieders zouden gezamenlijk de ongewenste marketingactiviteiten kunnen terugdringen en tegelijkertijd het klimaat voor innovatief onderzoek verder kunnen versterken.

Met de industrie en de groothandel voeren wij overleg om de mogelijkheden te verkennen om onderdelen van het farmaceutische beleid gezamenlijk verder vorm te geven. Wij streven ernaar, daar waar sprake is van parallelle belangen, nadere afspraken te maken.

4.2.2.3 Beleidsvoornemens lange termijn

In de komende jaren wordt het beleid geneesmiddelen en farmaceutische zorg inzake kwaliteit, doelmatigheid en kostenbeheersing voortgezet langs de lijnen van het plan van aanpak van november 1998.

Een aantal maatregelen staat beschreven in andere hoofdstukken van deze Zorgnota: stimuleren van farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO), 'proeftuinen' farmaceutische zorg, elektronisch voorschrijfsysteem, budgetteren van geneesmiddelen die op de polikliniek worden voorgeschreven, politheken en opleidingsvraagstukken (hoofdstuk 3 Curatieve somatische zorg), plan van aanpak GGZ en geneesmiddelen (hoofdstuk 5 Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang) en plan van aanpak ouderenzorg en geneesmiddelen (hoofdstuk 7 Verpleging en verzorging), vergroten risico voor verzekeraars op lokaal en regionaal niveau bij de sturing van geneesmiddelen en farmaceutische zorg (hoofdstuk 9, Financiering).

De overheid zal zich actief inzetten om de partijen intensief te betrekken bij het formuleren van ideeën en beleidsinitiatieven en bij de implementatie van de voornemens. De ambitie blijft alle betrokkenen te overtuigen dat verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van het geneesmiddelengebruik en de farmaceutische zorg uitsluitend bereikt wordt wanneer alle betrokken partijen lokaal, regionaal en landelijk daadwerkelijk hun verantwoordelijkheid nemen voor het 'zinnig en zuinig' geneesmiddelengebruik. De invoering vergt de nodige tijd.

Herpositionering van de apotheker

In de komende maanden zal in overleg met praktijkdeskundigen worden gekeken naar de rol en positie van de apotheker. De apotheker met zijn specifieke kennis van geneesmiddelen, mogelijkheden tot monitoring, deelname aan FT(T)O zal in de toekomst zijn professionele meerwaarde in de keten van farmaceutische zorg moeten bewijzen.

Uitgangspunten zijn onder meer: scheiding van verantwoordelijkheden bij inkoop en zorg, onafhankelijke advisering aan de voorschrijver, een minder volume-afhankelijk tariefsysteem, transparantie en mededinging bij de inkoop, samenhang in het lokale en regionale systeem ter waarborging van kwaliteit van zorg. Op basis van deze discussie kunnen uiteindelijk ook keuzes worden gemaakt ten aanzien van de modernisering van de WOG, de opleidingsbehoefte en de financiering van inkoop, aflevering en farmaceutische advisering.

VWS is met de KNMP als ook ZN in gesprek over de herpositionering van apothekers als zorgverlener en de bijpassende honorering en vergoeding van praktijkkosten. Beide partijen hechten belang aan resultaten op korte termijn.

Apotheekhoudende huisartsen

Bij brief van 29 januari 1999 is de Kamer geïnformeerd over de positie van de apotheekhoudende huisarts, dit mede in verband met de motie-Van Blerck.¹ De LHV werkt mee aan een experiment bij apotheekhoudende huisartsen om de zorg- en inkoopfunctie te scheiden, een en ander in lijn met het rapport-Koopmans. Het is de bedoeling dat alle apotheekhoudende huisartsen aan het experiment zullen deelnemen. De uitkomsten van het experiment betrekken wij bij de modernisering van de WOG.

Beleidsonderzoek geneesmiddelen (BOG)

Sinds juni 1998 kent het CVZ een apart programma Beleidsonderzoek geneesmiddelen (BOG). Binnen dit programma kan het CVZ onderzoek uitzetten naar nieuwe geneesmiddelen of bestaande groepen geneesmiddelen, waarvoor onderzoek nodig is naar de doelmatigheid van het voorschrijfgedrag in de praktijk.

Een voorbeeld van BOG-onderzoek naar algemene ondoelmatigheden in het geneesmiddelengebruik is onderzoek naar de ongewenste effecten van herhaalreceptuur van bestaande groepen geneesmiddelen. Voor de programmering van onderwerpen consulteert het CVZ velerlei partijen die betrokken zijn bij het geneesmiddelenbeleid in Nederland (onder andere het CBG, de GR, VWS, de Nefarma en de NP/CF).

4.3 Medische hulpmiddelenbeleid

4.3.1 Evaluatie medische hulpmiddelenbeleid

De uitgangspunten van het hulpmiddelenbeleid zijn: behoud van een goed voorzieningenniveau in samenhang met beheersing van kosten. Het beleid is gericht op het rationaliseren van gebruik en het bevorderen van doelmatig inkopen door verzekeraars. Ten einde verzekeraars hiertoe te prikkelen zijn deze vanaf 1 januari gebudgetteerd.

In 1998 zijn de uitgaven voor medische hulpmiddelen met 14% gestegen met name door toename van het gebruik (zie ook bijlage 4.10). In tabel 4.3 zijn de hulpmiddelen weergegeven waarvan de uitgaven in 1998 het snelst toenamen. Naar aanleiding van deze forse tegenvaller analyseert een interdepartementale werkgroep de kostenontwikkeling hulpmiddelen. Uit deze analyse blijkt dat, zelfs als de geraamde opbrengsten van het plan van aanpak kostenbeheersing medische hulpmiddelen volledig worden gerealiseerd, rekening moet worden gehouden met forse overschrijdingen op het budget hulpmiddelen, oplopend van f 188 mln in 1999 tot f 496 mln in 2002.

¹ Tweede Kamer, 1998–1999, 26 204, nr 21.

Tabel 4.3 Top-15 procentuele groeiers 1998 t.o.v. 1997 (ziekenfondsverzekerden)

Deelmarkt	Procentuele groei	Absolute groei (x f 1000,-)	Uitgaven 1998 (in mln)
Injectiespuiten	41%	7,9	27.4
Inrichtingselementen voor woningen, hulpmiddelen voor het slapen	30%	10,0	43.5
Hulpmiddelen voor toediening van voeding	29%	1,8	8.0
Reparatie en onderhoud	28%	5,5	25.2
Hulpmiddelen voor communicatie	28%	5,5	25.3
Gebitsprothesen	22%	30,5	170.5
Hulpmiddelen bij diabetes	21%	15,6	89.7
Hulpmiddelen voor mobiliteit	21%	4,4	25.6
Orthesen	16%	18,3	130.2
Verzorgingsmiddelen	14%	37,9	304.0
Elastische kousen	13%	5,0	44.5
Gehoorschulpmiddelen	12%	13,4	128.9
Infuuspompen	9%	8,0	9.8
Inrichtingselementen voor wonen, hulpmiddelen voor zitten	9%	3,1	37.1
Prothesen	8%	2,2	29.6

Bron: College voor zorgverzekeringen

Prijsbeheersing

De gemiddelde prijsontwikkeling van medische hulpmiddelen wijkt niet af van de algemeen geldende inflatie. Hoewel niet alle verzekeraars in gelijke mate, slagen zorgverzekeraars erin om bij het contracteren van leveranciers aanzienlijke kortingen te bedingen. Door deze inspanningen van verzekeraars is in een aanzienlijk aantal gevallen sprake van prijsdalingen. Onderzoek heeft uitgewezen dat de prijzen ten opzichte van de ons omringende landen voor een aantal hulpmiddelen niet ongunstig afsteken.

Wijziging Regeling hulpmiddelen 1996

Ten einde verzekeraars te faciliteren is de regeling hulpmiddelen gewijzigd. De wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 van 1 april 1999 is een doelmatiger verstrekking van extramurale hulpmiddelen, mogelijk gemaakt door een nauwkeuriger omschrijving van de aanspraken, een aanscherping van de indicaties, en het invoeren of preciseren van gebruiksnormen en gebruikstermijnen. Daarbij zijn wijzigingen die leiden tot inperking van het menswaardig deelnemen aan de samenleving vermeden. Eind 1999 zal een evaluatierapport met betrekking tot de gewijzigde regelgeving beschikbaar zijn.

Doelmatig voorschrijfgedrag en afleveren

In maart 1998 zijn de onderzoeksresultaten van een ambtelijke projectgroep kostenbeheersing hulpmiddelen in een tiental deelrapporten aan de Tweede Kamer voorgelegd. Zoals aangekondigd in het JOZ 1999, is in november 1998 een plan van aanpak kostenbeheersing medische hulpmiddelen aan de Tweede Kamer aangeboden. Voor dit plan van aanpak zijn de maatregelen heroverwogen die eerder door de projectgroep zijn voorgesteld. Ook zijn, in lijn met het Regeerakkoord, nieuwe maatregelen bekeken, overeenkomstig het plan van aanpak 'geneesmiddelen'.

In het plan van aanpak wordt verhoging van de doelmatigheid nagestreefd door protocollering. Voor de informatievoorziening is een verbetertraject voorzien. Zo moet met het ontwikkelen van een 'medisch hulpmiddelenkompas', voor de zorgverlener informatie beschikbaar komen over hulpmiddelenzorg die in medisch en economisch opzicht optimaal is.

In navolging van het advies van de commissie-Koopmans zal worden gekeken naar de mogelijkheden tot efficiency-vergroting door gebruikmaking van transmuraal therapeutisch overleg, formularia, elektronisch dataverkeer en veranderingen in de inkoopssystematiek.

Resultaat gevoerd beleid

Onderzoek van Vektis en TNO geeft de aanzet tot het verbeteren van het elektronisch dataverkeer en het verbeteren van de beschikbare (beleids)informatie. Het CVZ heeft inmiddels een begin gemaakt met de uitvoering van het werkprogramma doelmatigheidsonderzoek. Met de wijziging van de Regeling hulpmiddelen 1996 per 1 april 1999 is er sprake van een eerste implementatie van kostenbeheersingsmaatregelen.

Ten tijde van het 'Plan van aanpak' van november 1998 werd er nog vanuit gegaan dat het – behoudens nog te bezien restproblematiek vanaf 2000 – mogelijk zou zijn om met de maatregelen uit het plan en het budgettair kader van de hulpmiddelen de kostenstijgingen op te vangen. Inmiddels is duidelijk geworden dat uitgaven voor de extramurale hulpmiddelen voor 1998 een tegenvaller kennen van f 177 mln.

4.3.2 Nieuwe beleidsvoornemens medische hulpmiddelen

Met het oog op de sterk groeiende uitgavenontwikkeling inventariseert een interdepartementale werkgroep thans maatregelen om te komen tot een structurele kostenbeheersing in de hulpmiddelensector, teneinde de verwachte uitgavengroei en het beschikbaar kader met elkaar in evenwicht te brengen. Het nieuwe plan van aanpak medische hulpmiddelen zal voor de behandeling van de Zorgnota 2000 aan de Tweede Kamer worden gestuurd.

In afwachting van dit nieuwe plan van aanpak is een besparing van f 42 mln in 2000 en f 75 mln in 2001 ingeboekt voor doelmatigheidsvoordelen die op korte termijn via verzekeraars kunnen worden gerealiseerd. Het resterende deel van de overschrijding wordt, in afwachting op het nieuwe plan van aanpak voorlopig gedekt uit de incidentele meevallers die zich voordoen in de meldingsregeling vervangingsbouw. Op termijn zal er in ieder geval een structurele besparing van f 225 mln gerealiseerd dienen te worden.

Meerjarenafspraken

Hulpmiddelen zijn faciliterend aan het medisch handelen, maar ook aan het deelnemen aan de samenleving. Meerjarenafspraken in de onderscheiden zorgsectoren hebben een relatie met de hulpmiddelenzorg. Bezien zal worden op welke wijze de extramurale hulpmiddelenvoorziening kan worden ingepast in de afgesloten convenanten.

4.3.2.1 Beleidsvoornemens

Het actuele beleid is erop gericht om ondoelmatigheden in de verstrekking van hulpmiddelen weg te nemen. Activiteiten op het terrein van prijzen, distributie, informatievoorziening, maar ook van de protocollering van de zorg zullen worden voortgezet. Inkoopexperimenten, beslisondersteuning en samenwerking bij voorschrijvers à la Koopmans liggen in het verlengde hiervan.

De analyse van de oorzaken van deze onverwachte groeiversnelling laten een sterk gewijzigde vraagontwikkeling zien. Daardoor ligt er een

keuzevraagstuk dat verder gaat dan het verder rationaliseren van gebruik of het stellen van hogere verwachtingen aan het doelmatig inkopen door verzekeraars.

De beleidsontwikkeling en het afwegingskader van een aantal beleidsterreinen – anders dan specifiek dat van de medische hulpmiddelen – zullen in relatie worden gezien met de budgettaire beheersbaarheid van de hulpmiddelenzorg. Zo zal bij deze ‘verbreding en herverkaveling’ van de zorg en budgetproblematiek worden onderzocht of specifieke onderdelen van de hulpmiddelenzorg zijn over te hevelen naar meer doelmatige verstrekkingenregimes. Bezien zal worden of de bestaande uitvoerders de eerst aangewezenen moeten blijven. Ook zal uitwerking gegeven worden aan de aanbeveling uit het RVZ-advies Medische Hulpmiddelen met betrekking tot de functie en plaats van medische hulpmiddelen in het ziektekostenstelsel en de zorggerelateerde dienstverlening. In lijn met de productontwikkeling van hulpmiddelen (zorg→gemak→consumenten) en maatschappelijke ontwikkelingen (destigmatisering→acceptatie→‘hebbeding’) zal worden bekeken of een, en zo ja welke, vorm van verstrekking moet worden gehandhaafd. Eigen verantwoordelijkheid ook ten aanzien van de financiële gevolgen kan wellicht in de vorm van verstrekking ingevolge een aanvullende verzekering, van een PGB of in de vorm van eigen betalingen gestalte krijgen.

4.4 Lichaamsmaterialen

4.4.1 Evaluatie lichaamsmaterialenbeleid

Lichaamsmaterialen

In het afgelopen jaar is zowel nationaal als internationaal geëvalueerd hoe het met het gebruik van humane lichaamsmaterialen in de gezondheidszorg staat. Uit zowel de vele rapportages vanuit de biotechnologische sector als vanuit de hoek van de orgaanbanken is duidelijk naar voren gebracht dat de nieuwe methoden van behandeling (met nieuwe geavanceerde producten) naast de klassieke manieren van behandelen (met standaardproducten) moeten worden gezet. Dit om vast te stellen of deze nieuwe voorzieningen noodzakelijk zijn. Indien deze vraag positief wordt beantwoord, zal dit in veel gevallen tot heroverweging van tarieven leiden, omdat de manier van produceren (qua kosten) op een andere wijze is samengesteld. Als voorbeeld kan de oprichting van een Nederlandse navelstreng-bloedbank worden genoemd. Navelstrengbloed, een restmateriaal, is een rijke bron van stamcellen en dient voor een deel als alternatief product voor beenmergtransplantaties.

Bloedvoorziening

Sinds 1998 is de Stichting Sanquin Bloedvoorziening verantwoordelijk voor het bewerken en leveren van vrijwillig en om-niet gegeven bloed zonder winstoogmerk. De stichting beoogt een landelijke zelfvoorziening onder hoge eisen aan veiligheid, doelmatigheid en kwaliteit. Deze stichting opereert buiten de WVG en WZV. Op 1 december 1998 is de eerste begroting en het eerste operationele beleidsplan van deze stichting ter goedkeuring aan ons voorgelegd. Deze begroting is ter advisering voorgelegd aan COTG en CVZ om de gevolgen van de begroting voor de ziekenhuizen te toetsen. Uitgaande van deze adviezen is deze begroting herzien. Op 29 maart 1999 hebben wij de herziene begroting en het bijbehorende beleidsplan goedgekeurd. De vraagstukken inzake nieuwbouw en de noodzakelijke solvabiliteit zijn opgeschoven naar de begroting 2000. De prijzen van bloedproducten en diensten van Sanquin zijn op basis van deze begroting vastgesteld. Deze prijzen leiden tot meerkosten van f 6,5 mln in de ziekenhuizen als gevolg van de invoering van een

meer geavanceerde test op hepatitis C, de invoering van een landelijk bloedbankinformatiesysteem en de oprichting van een centraal bureau.

4.4.2 Beleidsvoornemens lichaamsmaterialenbeleid

Lichaamsmaterialen

Het gebruik van lichaamsmateriaal voor medische behandeling brengt risico's met zich mee op het gebied van overdracht van ziekten. Een nieuwe wet, die regels zal stellen ten aanzien van (product)registratie, validatie van technieken en erkenning van laboratoria, wordt in overleg met betrokken instellingen vormgegeven. De logistieke problemen ten aanzien van de voorziening worden ook bekeken.

Bloedvoorziening

Thans wordt gewerkt aan de afronding van het beoordelingsinstrumentarium voor de begroting en het operationeel beleidsplan van de Stichting Sanquin Bloedvoorziening. Het COTG en het CVZ zullen worden betrokken bij het opstellen van dit toetsingskader. De prijzen van de bloedproducten zullen meer kostprijsgestuurd worden vastgesteld. Er zal een eenmalige herverdeling plaatsvinden van de ziekenhuisbudgetten aangaande het gebruik van bloedproducten ten opzichte van de verschillende disciplines binnen de ziekenhuizen.

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

5.1 Terreinbeschrijving

Uit onderzoek blijkt dat een aanzienlijk deel van de Nederlandse bevolking tussen de 18 en 65 jaarlijks lijdt aan één of meer psychiatrische stoornissen. Het betreft vooral stemmingsstoornissen, angststoornissen en verslavingsproblematiek (Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study). Binnen de geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg bestaat hiervoor een breed scala van voorzieningen en instellingen: algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAA(c)Z), RIAGG's, instellingen voor beschermd en begeleid wonen, instellingen voor kinderen en jeugdpsychiatrie, verslavingsklinieken, TBS-klinieken en consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD). In toenemende mate ontstaat verwevenheid tussen verschillende zorgvoorzieningen en organisaties. Daarnaast verlenen vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten hulp. Op dit moment komen jaarlijks meer dan 0,5 miljoen Nederlanders in aanraking met de gespecialiseerde GGZ. Huisartsen, maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen helpen daarnaast ook nog eens velen met psychische problemen. Demografische en trendmatige factoren zorgen voor een groeiende vraag. Het accommoderen van deze toenemende en ook veranderende hulpvraag blijft een van de belangrijkste uitdagingen voor de GGZ voor de komende jaren.

Tabel 5.1 Het zorggebruik GGZ in de jaren 1996 en 1997

	aantal inschrijvingen in 1996	aantal inschrijvin- gen in 1997	aantal gebruikers eind 1996	aantal gebruikers eind 97	aantal gebruikers op 31-12-96 (langer dan 12 mnd)	aantal gebruikers op 31-12-97 (langer dan 12 mnd)	aantal inschrijvin- gen plus gebruikers langer dan 12 mnd per 100.000 inwoners in 1996	aantal inschrijvin- gen plus gebruikers langer dan 12 mnd per 100.000 inwoners in 1997
Intramuraal								
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	41.050	41.440	20.160	19.370	11.780	11.460	339	338
Kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	970	1.080	660	830	260	320	8	9
Verslavingsklinieken	7.910	9.170	970	970	30	30	51	59
Justitiële TBS-klinieken	340	520	570	710	400	500	5	6
Psychiatrische afd. algemeen ziekenhuis	19.710	19.810	1.630	1.638	..	..	127	127
Semimuraal								
Beschermd woonvormen	1.280	..	5.250	5.400	4.250	4.350	36	..
Psychiatrische deeltijdbehandeling	17.200	20.680	8.890	10.020	1.450	1.630	120	143
Extramuraal								
RIAGG	245.600	..	288.920	..	138.830	..	2.470	..
CAD	25.790	28.670	32.260	35.520	..	..	166	183
Polikliniek psychiatrische en algemene ziekenhuizen	107.400	..	105.000	..	..	..	690	..
Zelfstandig gevestigde psychiaters	30.200	37.000	33.000	42.000	..	..	194	236
Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten	13.100	21.500	23.800	29.000	..	..	84	137
Totaal	510.550	..	521.710	..	157.000	..	4.290	..

Bron: Trimbos-instituut: over 1998 en deel ook over 1997 zijn nog geen betrouwbare gegevens beschikbaar

Ontwikkeling in financieel kader

Met ingang van 1999 zijn de doeluitkeringen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en verslavingsbeleid op de begroting van het ministerie van VWS onder het BKZ gebracht. Hiertoe is besloten omdat het gaat om uitkeringen die zijn bestemd voor 'zorg'voorzieningen voor specifieke doelgroepen (dak- en thuislozen, mishandelde vrouwen en verslaafden) waarbij sociaal-psychische problematiek en gezondheidsproblemen belangrijke indicerende factoren zijn. Een en ander heeft ook geleid tot een nieuwe hoofdstuk naam.

Tabel 5.2 Uitgaven Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang

x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	2.642,2	2.697,9	2.803,7	2.989,7	3.159,0	3.245,8	3.329,4	3.400,6	3.490,2	3.513,6
5.02 Herstellingsoorden	19,8	10,0								
5.03 Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	150,7	168,0	199,6	213,3	228,6	241,6	249,0	255,8	259,1	258,7
5.04 PAAZ-en					254,8	256,0	256,0	256,0	256,0	256,0
5.05 Zelfstandige verslavingsklinieken	116,9	121,9	139,7	150,7	160,4	164,1	174,8	181,7	182,7	182,6
5.06 TBS-instellingen	145,6	168,1	198,6	227,0	279,5	273,8	273,8	273,8	273,8	273,8
5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	221,8	240,3	255,5	302,8	324,3	339,2	341,7	344,9	346,0	345,5
5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen	25,2	25,8	21,8							
5.09 RIAGG-en	680,4	700,3	725,1	789,0	849,1	858,5	853,4	853,4	853,4	853,4
5.10 Vrijgevestigde psychiaters	99,6	97,0	107,3	93,5	127,0	122,0	122,0	122,0	122,0	122,0
5.11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	23,5	20,4	15,8	15,4	19,6	17,3	17,8	17,8	17,8	17,8
5.12 CAD-en, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang	120,0	132,0	147,4	441,6	489,4	508,9	509,1	509,1	509,1	509,1
5.13 Overige verslavingszorg	33,2	52,2	52,8	58,4	50,7	50,3	50,9	42,9	42,9	42,9
5.14 Zorgvernieuwingsfonds GGZ	46,3	72,3	84,0	37,3	43,7	46,7	46,7	46,7	46,7	46,7
Nog toe te kennen groeiruimte					31,5	2,4	2,9	41,7	41,7	41,7
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	4.325,2 1.962,7	4.506,2 2.044,8	4.751,3 2.156,0	5.318,7 2.413,5	6.017,6 2.730,7	6.126,6 2.780,1	6.227,5 2.825,9	6.346,4 2.879,9	6.441,4 2.923,0	6.463,8 2.933,1
Procentuele mutatie		4,2	5,4	11,9	13,1	1,8	1,6	1,9	1,5	0,3

Opmerkingen bij de bovenstaande tabel

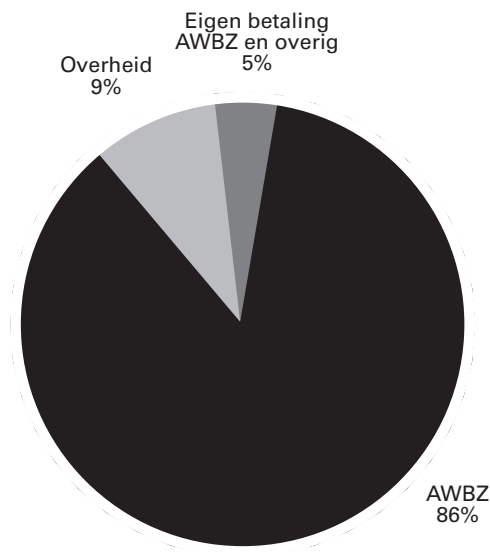
In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de sector Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang verdeeld over de sectoren, voor zover deze verdeling bekend is. De resterende, nog onverdeelde, groei is apart weergegeven onderaan in de tabel. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden dat voor de jaren tot en met 1999 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2000 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog toegevoegd moet worden. Bovendien is voor 2003 en 2004 nog geen groei toegevoegd buiten het bouwprogramma.

Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een volledig beeld van de werkelijk budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren buiten het bouwprogramma.

De procentuele mutaties voor de jaren 1998 en 1999 in bovenstaande hoofdstuktabel geven een vertekend beeld, doordat in 1998 en in 1999 respectievelijk de uitgaven van de maatschappelijke opvang, de vrouwenopvang en van de PAAZ-en aan het uitgavenbeeld zijn toegevoegd. Verder geeft de tabel de totale uitgavenniveaus.

Voor een weergave van de netto BKZ-uitgaven wordt verwezen naar de tabellen in de bijlage B10.

Figuur 5.1 Financiering Geestelijke Gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang



5.2 Evaluatie

Het beleid op het terrein van de geestelijke volksgezondheid is de afgelopen jaren gericht geweest op vermaatschappelijking. Hierbij paste aandacht voor meer ambulante zorgverlening en vormen van zorgvernieuwing. Tegelijkertijd heeft zich op het organisatorische vlak binnen de GGZ een grootschalig fusieproces voltrokken. Dit is onder meer een gevolg van het nog steeds voortdurende beleid van het regionaliseren van de GGZ-zorg. Sinds 1993 is in meer dan de helft van de zorgvernieuwing-regio's sprake geweest van minimaal een fusie tussen RIAGG en APZ. In mindere mate zijn ook de RIBW-en betrokken bij deze fusietendens. Dit heeft onder meer te maken met de op begeleiding gerichte werkwijze van

de RIBW-en in tegenstelling tot de meer op behandeling gerichte werkwijze van APZ-en en RIAGG-en. De toegenomen samenwerking komt overigens niet alleen tot uiting in het toegenomen aantal fusies. Zo wordt onder meer ook veelvuldig samengewerkt met PAAcZ-en in Multi-Functionele Eenheden (MFE).

Tabel 5.3 Voorgenomen fusies per regio¹ (op dit moment)

	aantal	percentage
Regio's met fusie APZ-RIAGG	13	33
Regio's met fusie APZ-RIAGG-RIBW	12	31
Niet gefuseerde regio's	14	36
Totaal	39	100

¹ Regio's landelijk overleg zorgvernieuwing

Bron: GGZ-Nederland

In de verslavingszorg fuseren veel CAD-en en verslavingsklinieken. Eind 1997 bestonden er in deze sector nog 35 instellingen terwijl dat er in 1993 nog 63 waren.

Behalve fusies is er ook sprake van een aanzienlijke deconcentratie van de aangeboden voorzieningen, waarbij grootschalige organisaties een kleinschalig hulpaanbod aanbieden. Steeds meer zorg is georganiseerd rondom circuits voor speciale categorieën van gebruikers: volwassen en ouderen, kinderen en jeugdigen, verslaafden en forensische patiënten. Enkele specifieke thema's uit het beleid van de afgelopen jaren komen hieronder aan de orde.

5.2.1 Zorgvernieuwing

Zorgvernieuwing was een belangrijk uitgangspunt van het beleid in de afgelopen jaren en blijft dit ook in de toekomst. Het gaat bij zorgvernieuwing in essentie om het omzetten van bedden (intramuraal) in extramuraal zorgvormen en steunsystemen. Daarmee kan de doelmatigheid toenemen en wordt bijgedragen aan de totstandkoming van vraaggerichte zorg, wat van belang is zowel voor de betreffende verzekerde als de beheersing van de kosten van de zorg. In de onderstaande sub-paragrafen is een aantal aan zorgvernieuwing gerelateerde beleidsthema's belicht.

Regeling zorg op maat

Zorgvernieuwing krijgt in de GGZ sinds 1 januari 1998 onder meer gestalte door de Regeling zorg op maat, waarbij instellingen minimaal 5% van hun budget moesten inzetten voor zorgvernieuwing. Hiervoor bestond van 1994 tot 1998 het zorgvernieuwingsfonds. De ontwikkeling naar zorg op maat maakt een flexibele inzet van AWBZ-middelen mogelijk. Het gaat bij zorgvernieuwing onder meer om dagactiviteiten, psychiatrische thuiszorg, ambulante woonbegeleiding en casemanagement. Recentelijk heeft het College voor zorgverzekeringen (CVZ) deze regeling geëvalueerd. Alle instellingen hebben de 5%-norm voor zorg op maat gehaald. Gemiddeld was zelfs 9,1% van het budget van de instellingen in de zorg-op-maat projecten ondergebracht. De norm is voor 1999 verhoogd naar 6,5%. In 2000 wordt het 8,5% en in 2001 is dat 10%. Sinds 1 januari 1999 gelden voor begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteitencentra separate budgetparameters, waardoor de veranderende zorgverlening beter in de budgetsystematiek is verankerd.

Tabel 5.4 Ontwikkeling kosten Zorg-op-maat (in mln)

	1996	1997	1998	1999
APZ	84,3	113,2	198,7	242,8
RIAGG	22,1	34,1	58,2	63,7
RIBW	17,2	20,1	30,9	37,8

Bron: NZI, COTG

'Resultaten scoren'

Ook binnen de verslavingszorg zijn vorderingen gemaakt op het gebied van zorgvernieuwing. In het kader van het thema 'kwaliteit, preventie en sociaal verslavingsbeleid' is een grootschalig project in gang gezet ('Resultaten scoren'). Over nut en noodzaak van dit project bestaat brede overeenstemming. In dit verband is een bestuurlijk platform in oprichting met als participanten VWS, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG), Justitie en GGZ-Nederland. Het platform heeft als doel afstemming te realiseren tussen de verschillende participanten om 'Resultaten scoren' te effectueren. Onderdeel van 'Resultaten scoren' vormen onder meer drie nog te realiseren ontwikkelcentra gericht op kwaliteit van zorg, preventie-innovatie en sociaal verslavingsbeleid.

Andere voorbeelden van innovatie in de verslavingszorg zijn het realiseren van afdelingen voor personen met een dubbeldiagnose, dat wil zeggen, verslavingsproblemen gecombineerd met andere psychopathologie. Ook lopen er twee experimenten die hulp bieden aan verslaafde moeders met kinderen. De evaluatie van één hiervan is afgerond. Inmiddels heeft één van deze voorzieningen al een definitieve vergunning gekregen.

Persoonsgebonden Budget in de GGZ

Het evaluatierapport van het CVZ van het experiment over het persoonsgebonden budget (PGB) in drie regio's is in februari 1999 afgerond. De conclusie was dat het PGB in de GGZ kan leiden tot een betere afstemming van de zorg op de hulpvraag. Het CVZ acht de regeling uitvoerbaar, maar er zijn nog inhoudelijke en procedurele knelpunten, onder meer bij de indicatie. Ik heb daarom besloten het experiment voor twee jaar te verlengen, met een uitbreiding van de beschikbare middelen (van f 2 mln naar f 5 mln).

5.2.2 Wet Bijzondere opnemingen psychiatrisch ziekenhuis (Bopz)

De Wet Bopz geldt voor wat betreft de GGZ voor gedwongen opnames in APZ-en, PAAZ-en, verslavingsklinieken en kinder- en jeugdpsychiatrische instellingen. De eerste evaluatie van de wet heeft inmiddels geleid tot het bijstellen van het beleid. Het wetsvoorstel, dat bestaat uit technische wijzigingen van de Wet Bopz, is op 11 mei 1999¹ aan de Tweede Kamer aangeboden. Het eerste ontwerp van de wetswijziging betreffende de introductie van een voorwaardelijke rechterlijke machtiging (ook wel aangeduid met 'ambulante dwangbehandeling') is de adviesronde ingegaan. Bij het uitvoeren van een voorlichtingsplan over de Wet Bopz werken de koepelorganisaties in de GGZ samen met de Inspectie en VWS. Het kabinet heeft in zijn standpunt² een aantal nadere onderzoeken aangekondigd. Deze zijn in 1999 gestart en een aantal onderzoeken is naar verwachting in 1999 afgerond. Het betreft een onderzoek naar de omvang

¹ Tweede Kamer, 1998–1999, 26 527, nr. 1 en 2.

² Kabinetsstandpunt Evaluatie van de Wet Bopz, november 1997.

en de samenstelling van de zogenoemde 'geen bereidheid/geen bezwaar-populatie', een onderzoek voor het ontwikkelen van een protocol voor dwangtoepassing in de kinder- en jeugdpsychiatrie en een onderzoek naar de mogelijkheden voor dwangbehandeling van personen zonder ziekte-inzicht. Een aantal meerjarige onderzoeken loopt nog, waaronder een onderzoek naar de zogenaamde 'verkommerden- en verloederdenproblematiek'. Deze studie moet de aard en omvang van dit vraagstuk in kaart brengen.

5.2.3 Wachlijsten

Ook in de GGZ hebben wachlijsten in de afgelopen jaren steeds meer aandacht gekregen. Naast de autonome volumegroei in de klinische zorgvoorzieningen zijn dan ook extra middelen ingezet om de wachlijsten in de ambulante GGZ te verkorten. In 1997 betrof dit f 5 mln voor de RIAGG-en en in 1998 f 27,5 mln voor de totale ambulante GGZ. Voor deze kabinetsperiode is f 32,5 mln per jaar. Hiervan is f 2,5 mln afgezonderd voor uniforme registratie en experimenten gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen.

Tabel 5.5 Inzet middelen wachlijsten (in mln)

	1997	1998	1999	2000
beschikbaar	5,0	27,5	32,5	32,5

Bron: GVM/WWS

Vooruitlopend op een nadrukkelijker functie van de zorgkantoren is gekozen voor het verdelen van de gelden op regionaal niveau op basis van overleg met alle regionale aanbieders en het betreffende zorgkantoor.

Onderzoeken naar de aard en omvang van de wachlijsten in de ambulante GGZ hebben geleid tot acties van betrokken partijen die moeten resulteren in een uniforme wachtlijstregistratie en een 'minimum gegevensset'. Eén en ander vindt plaats in nauwe afstemming met het Platform wachttijden. Ook vindt AWBZ-breed afstemming plaats over het ontwikkelen van een uniforme wachtlijstregistratie.

Uiteraard bestaat er ook een verband tussen wachlijsten en het ontwikkelen van de capaciteit van instellingen. In de komende jaren wordt de intramurale capaciteit groter, zoals blijkt uit tabel 5.6. In 1999 is f 4,5 mln extra beschikbaar gekomen voor ambulante productie voor hulp aan volwassenen en ouderen. Voor verdere uitbreiding van de ambulante productiecapaciteit is in 2000 f 4,0 mln beschikbaar.

Tabel 5.6 Uitbreiding intramurale capaciteit 1999-2003

	bedden	deeltijdplaatsen
Kinder- en jeugdpsychiatrie	232	46
Volwassenpsychiatrie	32	148
Forensische psychiatrie	120	
Beschermd Wonen	712	
Verslaafdenzorg (met psychische problematiek)	190	16

Bron: GVM/WWS

Forensische psychiatrie

De afgelopen jaren is de forensisch-psychiatrische capaciteit substantieel uitgebreid. Naast een vergroting van de TBS-capaciteit is ook een uitbreiding van het aantal bedden in forensisch psychiatrische afdelingen (tot 116) en forensische RIBW-plaatsen (tot 34) gerealiseerd. Tevens is het aantal forensisch-psychiatrische poliklinieken en centra voor deeltijdbehandeling uitgebreid. Dit heeft een belangrijke impuls gegeven aan de resocialisatie en nazorg van forensisch-psychiatrische patiënten, alsmede aan recidive-preventie. In 2000 zal de klinische forensisch-psychiatrische capaciteit verder uitbreiden door de gereedkoming van een 8e TBS-kliniek en een 3e FPK. Daarnaast is in een verdere uitbreiding van TBS-bedden voorzien. Een deel hiervan is nodig om de huidige noodcapaciteit structureel te maken. Een ander speerpunt in het beleid is de verdere ontwikkeling en versterking van de circuitvorming voor de forensische patiënten. Deze berust op samenwerking tussen justitiële en GGZ-instellingen, het bevorderen van de doorstroom vanuit TBS-klinieken, FPK's en penitentiaire inrichtingen naar GGZ-vervolgvoorzieningen, het uitbouwen van het hulpaanbod voor gedetineerden met ernstige psychische problematiek en het behoud van de asiel functie voor forensisch-psychiatrische patiënten die een blijvend gevaar vormen voor de omgeving.

5.3 Beleidsvoornemens

Net als in andere sectoren in de gezondheidszorg is in 1998 en 1999 overlegd met GGZ-Nederland om meerjarenafspraken te maken over de beschikbare budgettaire middelen en de hiervoor te leveren prestaties. Dit heeft niet geleid tot meerjarenafspraken. Dat heeft te maken met de ervaren spanning tussen het tegemoetkomen aan de toenemende en veranderde zorgvraag en de in het Regeerakkoord beschikbaar gestelde middelen. Wel is overeenstemming bereikt over een aantal onderwerpen van gemeenschappelijk belang. Dit is vastgelegd in 'Conclusies van overleg'. Momenteel wordt onderhandeld met de vrijgevestigde psychiaters over af te sluiten meerjarenafspraken. Deze onderhandelingen zijn nog niet afgerond.

Op 21 december 1998 is de Beleidsvisie Geestelijke Gezondheidszorg aan de Tweede Kamer aangeboden. Hierin worden de uitgangspunten van het beleid beschreven. In de visie zijn ook diverse maatregelen opgenomen die erop gericht zijn de doeltreffendheid en doelmatigheid in de GGZ-sector op de langere termijn te vergroten, zodat de veranderde en toenemende vraag naar GGZ-hulp adequaat kan worden beantwoord. Naast de al genoemde regionalisering en vermaatschappelijking zijn belangrijke thema's¹:

- het versterken van de eerste lijn voor de opvang van mensen met psychische en psychiatrische problemen;
- aanpassingen in stelsel en structuur;
- herziening beroepenstructuur;
- het verder ontwikkelen van kwaliteit en doelmatigheid;
- het ontwikkelen van een actief preventiebeleid ;
- het ontwikkelen en overdragen van kennis;
- het versterken van de samenwerking tussen gemeenten en GGZ.

¹ Wat de verslavingszorg betreft zijn de stand van zaken en de beleidsvoornemens uitvoerig uiteengezet in de voortgangsrapportage 'Drugbeleid', die als bijlage bij de begroting 2000 is meegenomen.

5.3.1 Versterken eerste lijn

Het versterken van de eerste lijn (huisarts, eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werk) is een belangrijke uitdaging voor de komende jaren. Het doel daarvan is een groot deel van de mensen met de sociaal-psychische problemen via kortdurende geprotocolleerde behandelingen in de eerste lijn te behandelen. Hiervoor zijn extra middelen beschikbaar.

Voor het versterken van de rol van de huisarts is vanaf 1999 f 6,4 mln extra beschikbaar. Het is bedoeld om de huisarts en eerste lijn te faciliteren om bij de gespecialiseerde GGZ advies te vragen en consultatie te roepen. Hiervan is f 0,4 mln specifiek beschikbaar voor werkontwikkeling. Voor de werkontwikkeling en monitoring van de consultatie van de gespecialiseerde GGZ aan de eerstelijns is de Stuurgroep Tussen de Lijnen ingesteld. Op basis van de ervaringen met de inzet van de consultatiemiddelen kan het versterken van de rol van de huisarts en de eerste lijn verder vorm krijgen.

De resterende f 6 mln wordt verdeeld over de zorgkantoorregio's. In 2000 is f 3 mln additioneel beschikbaar voor deze functie. Verder worden de deskundigheidsbevorderingsactiviteiten van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) op het gebied van de GGZ geïntensiveerd. Deze stappen creëren de randvoorwaarden voor de opvang van meer hulpvragen in de eerste lijn.

De functie van de eerstelijnspsycholoog omvat diagnostiek en kortdurende gesprekshulp. Met ingang van 2000 is f 2 mln beschikbaar om te onderzoeken of het wenselijk is deze functie onder de werking van de Ziekenfondswet te brengen. Een andere studie betreft de vraag hoe het algemeen maatschappelijk werk (AMW) kan bijdragen aan het versterken van de eerste lijn. Voor het opzetten van enkele samenwerkingsexperimenten is in 2000 en 2001 f 0,6 mln per jaar beschikbaar.

5.3.2 Aanpassingen in stelsel en structuur

5.3.2.1 'Modernisering' sturingsinstrumentarium

Op 18 juni is het plan van aanpak voor het moderniseren van de AWBZ, Zicht op Zorg, aangeboden aan de Tweede Kamer. Een belangrijk element van de modernisering is het vervangen van de huidige, geflexibiliseerde GGZ-aanspraken door een integrale functionele aanspraak op gespecialiseerde gezondheidszorg.

5.3.2.2 Indicatiestelling

In 1999 heeft het Indicatieoverleg GGZ het Protocol langdurig zorgafhankelijken vastgesteld. De hulpaanbieders zijn verantwoordelijk voor de indicatiestelling voor kortdurende en/of enkelvoudige GGZ, mits dat geprotocolleerd gebeurt. Voor de langdurige GGZ wordt in een aantal pilots nagegaan wat de meerwaarde is voor de cliënt van aansluiting bij de regionale indicatiestelling en hoe deze aansluiting organisatorisch vorm kan worden gegeven. In 2000 kan nader besloten worden over de bestuurlijke vormgeving van de indicatiestelling langdurig zorgafhankelijken.

5.3.2.3 Ziekenhuispsychiatrie

De budgetten van de PAAZ-en zijn ondergebracht in het financiële deelkader van de geestelijke gezondheidszorg. De budgetsystematiek zoals die momenteel geldt voor de GGZ, wordt derhalve ook leidend voor de PAAZ-en. De reden hiervoor is onder meer dat de relatie met de

regionale GGZ hierdoor wordt bevorderd. Eveneens is de verdere ontwikkeling van de specifieke ziekenhuispsychiatrische functies en afstemming van die functies op de andere GGZ-zorg beter gewaarborgd.

5.3.2.4 Besturing verslavingszorg herijkt

Op 20 juli 1999 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) samen met de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) het advies 'Verslavingszorg herijkt' uitgebracht. De beide raden adviseren om de verslavingszorg te 'herijken' t.a.v. de besturing, kwaliteit en effectiviteit en de organisatie van de hulpverlening. Binnenkort wordt hierover een standpunt naar de Tweede Kamer gezonden.

5.3.3 Herziening beroepenstructuur

Het Trimbos-instituut heeft een studie verricht naar de beroepenstructuur in de GGZ (bron: Beroepen in beweging, Hutschemaekers, W. Neijmeijer 1998). De daarin voorgestane, en door VWS onderschreven, beroepenstructuur gaat uit van een clustering van beroepsbeoefenaren. Dat verheldert het onderscheid tussen zowel de beroepsgroepen onderling als tussen generalisten en specialisten. Deze ordening heeft met name gevolgen voor de beroepsgroep van psychotherapeuten. De (voorzien) overlap tussen de psychotherapeut, de gespecialiseerde GGZ-psycholoog en de psychiater vormt aanleiding voor het voornemen om de psychotherapeut in de Wet BIG te schrappen als basisberoep.

Om de overgang van de huidige naar de nieuwe beroepenstructuur adequaat te laten verlopen heb ik het Coördinerend Orgaan voor Nascholing en Opleiding in de GGZ (CONO) verzocht om voor het eind van 1999 over het invoeren van de nieuwe beroepenstructuur in de GGZ te adviseren. Daarnaast zal het CONO de bestaande beroepsprofielen kritisch bezien en waar nodig een initiërende rol vervullen bij het herzien ervan en bij het totstandkomen van eventuele nieuwe beroeps(domein)-profielen.

Arbeidsmarktbeleid: de instelling

De H.C. Rümke Groep in Den Dolder voert een breed personeelsbeleid met als doel de organisatie aantrekkelijk te maken voor de medewerkers (ca. 1.500 vaste medewerkers, ca. 300 oproepkrachten). Belangrijke peilers van dit beleid zijn instroom van leerlingen, kinderopvang, mobiliteit, terugdringen van ziekteverzuim en inzet van gesubsidieerde medewerkers op ondersteunende functies.

De H.C. Rümke Groep is actief in het aantrekken van leerling-verpleegkundigen: via advertenties en deelname aan banenmarkten probeert men leerlingen te werven.

De instelling heeft gekozen voor een goede kinderopvangregeling: kinderopvang is aanwezig bij de hoofdvestiging; voor medewerkers van andere vestigingen huurt de instelling kinderopvangplaatsen elders. Er is geen wachtlijst voor kinderopvang.

Om de mobiliteit en doorstroomkansen van het personeel te bevorderen heeft de H.C. Rümke Groep een eigen mobiliteitsbureau. Dit bureau regelt de inzet van oproepkrachten, is het centrale coördinatiepunt voor alle vacatures en begeleidt mede de herplaatsing van (gedeeltelijk) arbeidsongeschikten.

Om het ziekteverzuim terug te dringen doet de instelling enerzijds aan preventie: naar aanleiding van visitaties op de afdelingen worden gericht maatregelen getroffen, bijvoorbeeld door het geven van agressietrainingen. Cursussen tiltechniek en het voeren van functioneringsgesprekken vallen ook onder dit preventiebeleid.

Anderzijds voert de instelling een beleid om het ziekteverzuim wanneer dit optreedt, zo kort mogelijk te houden. Daarbij maakt men gebruik van een protocol, met een beschrijving van de procedure die bij ziekteverzuim gevolgd moet worden. Belangrijk element hierin is dat meteen vanaf de eerste ziektedag contact is tussen de leidinggevende en de zieke medewerker. Iedere zes weken komt het sociaal medisch team bij elkaar en bespreekt de ziektegevallen en de acties die eventueel genomen moeten worden. Daarnaast neemt de H.C. Rümke Groep deel aan een pilot samen met een zorgverzekeraar, waarbij per ziektegeval bekeken wordt welke (onorthodoxe) maatregelen genomen kunnen worden.

Tot slot neemt de H.C. Rümke Groep ook deel aan de regeling Instroom/Doorstroombanen (voorheen extra banen zorgsector). Dit zijn volledig gefinancierde extra banen voor langdurig werklozen. Het gaat om ondersteunende functies, extra bovenop de bestaande formatie. De instelling heeft zo'n 70 personen via deze regeling in dienst op functies als gastvrouw/gastheer en medewerker postkamer. De inzet van deze extra medewerkers heeft de werkdruk voor het zittend personeel duidelijk verminderd.

5.3.4 Kwaliteit en doelmatigheid

Kwaliteit en doelmatigheid hangen nauw met elkaar samen. Belangrijke uitgangspunten zijn 'evidence based' handelen en kosteneffectiviteit. In een aantal gevallen liggen kwaliteit en doelmatigheid in elkaars verlengde. Soms echter bestaat een spanningsveld tussen beide.

Kwaliteitsbeleid

Op initiatief van VWS zal eind 1999 – mede ter voorbereiding van Leidschendam 2000 – tijdens twee kwaliteitsconferenties de stand van zaken in de GGZ geïnventariseerd en beoordeeld worden. Deze conferenties moeten leiden tot breed gedragen afspraken over de aanpak in het nieuwe millennium. In de afgelopen jaren hebben beroepsgroepen en zorginstellingen al veel geïnvesteerd in het vormgeven van het kwaliteitsbeleid. De sector als geheel ligt op koers, maar er bestaan nog forse verschillen tussen instellingen bij het realiseren van het kwaliteitsbeleid. De afgelopen jaren is van verschillende kanten gewezen op het gevaar van zorgverschraling. Dit is mogelijk een belangrijk kwaliteitsprobleem. Om inzicht te krijgen in de aard en omvang van de zorgverschraling, de mogelijke determinanten en oorzaken ervan, de mogelijke remedies en de gewenste wijze van monitoren is opdracht gegeven voor een onderzoek naar zorgverschraling in de GGZ. De uitkomsten hiervan verwacht ik over twee jaar.

Doelmatigheid zorg

Protocollen en richtlijnen voor professioneel handelen zijn belangrijke middelen bij het realiseren van een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige zorgverlening. Ook in de GGZ-sector zijn deze in ontwikkeling. In de GGZ gaat het veelal om multidisciplinaire hulpverlening. Op initiatief van VWS stellen beroepsverenigingen van psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen samen een meerjarig en samenhangend programma op voor het ontwikkelen en implementeren van multidisciplinaire en kosteneffectieve richtlijnen. Zij ontvangen daarbij ondersteuning van het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO. Dit programma is volgens plan in het najaar van 1999 af.

In opdracht van VWS voert Zorgonderzoek Nederland (ZON) het onderzoeksprogramma 'Doelmatigheid ambulante psychotherapie' uit. Het is de bedoeling dat dit leidt tot gezaghebbende uitspraken over de kosten-

effectiviteit van verschillende vormen van ambulante psychotherapie. De resultaten zijn over enkele jaren beschikbaar.

Geneesmiddelen en farmaceutische zorg

Evenals in de curatieve somatische zorg en de ouderenzorg ontwikkelt VWS in de GGZ langs de lijnen van het advies van de commissie-Koopmans beleid gericht op verbetering van de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg in de GGZ op de lange termijn. De aanpak is transmuraal en gaat waar nodig over de 'schotten' tussen het eerste en het tweede compartiment heen. Geneesmiddelen hebben in belangrijke mate bijgedragen aan de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie van patiënten.

Met het oog op rationeel voorschrijfbeleid stimuleren de beroepsverenigingen voor psychiaters en voor huisartsen beide actief de totstandkoming van protocollen voor psychofarmaca. Te verwachten is dat er ook in de toekomst nieuwe, vaak ook duurdere, innovatieve middelen op de markt zullen komen.

Intramuraal waren in 1997 de kosten van de psychofarmaca naar schatting ongeveer f 45 mln. Deze kosten zijn de afgelopen vijf jaren slechts in beperkte mate gestegen, mede dankzij actief beleid van de betrokken instellingen en voorschrijvers. Extramuraal bedroegen de kosten van psychofarmaca in 1997 bijna f 500 mln. Ongeveer f 100 mln hiervan is geïnitieerd door voorschrijvers die werkzaam zijn in de GGZ en ongeveer f 400 mln door huisartsen. De kosten van extramuraal voorgeschreven psychofarmaca zijn in de afgelopen vijf jaar fors gestegen. Er zijn twee grote groepen psychofarmaca te onderscheiden: aan de ene kant antidepressiva en aan de andere kant middelen tegen angststoornissen, slaap- en kalmeringsmiddelen (onder andere benzodiazepinen) en antipsychotica. 80 procent van de groei is toe te schrijven aan de antidepressiva. Vooral huisartsen schrijven steeds meer en steeds duurdere antidepressiva voor. De antipsychotica, verklaren 18 procent van de groei. Aan deze groei dragen huisartsen en GGZ in gelijke mate bij.

Met GGZ-Nederland, de beroepsgroep(en) van psychiaters en huisartsen en ZN vindt overleg plaats over de mogelijkheden om het geneesmiddelenbeleid in de GGZ te verbeteren. Insteek is het verbeteren van rationaliteit en samenhang in het voorschrijfbeleid op regionaal niveau door het gebruik van onderbouwde regionale GGZ-formularia en FTTO-overleg via 'proeftuinen'. Begin 2000 zal een aantal proeftuinen van start kunnen gaan. Op landelijk niveau ondersteunt de beroepsgroep van psychiaters deze ontwikkeling door het systematisch ontwikkelen en implementeren van farmacotherapie-richtlijnen. Daarnaast wordt verkend of het onder de instellingsbudgetten brengen van ambulant voorgeschreven geneesmiddelen de doelmatigheid van het geneesmiddelenbeleid in de GGZ kan bevorderen. Daarbij wordt ook onderzocht hoe en onder welke voorwaarden die maatregel vorm kan krijgen.

Doelmatigheid organisatie GGZ/Benchmarking

Op 13 april 1999 is de kabinetsreactie op het IBO-rapport 'Benchmarking in de AWBZ' naar de Tweede Kamer gestuurd. Ook in de GGZ vinden activiteiten plaats die zijn gericht op het ontwikkelen en implementeren van benchmarking. Om benchmarking te realiseren wordt met GGZ-Nederland overlegd om een overeenkomst af te sluiten over het invoeren daarvan. Daarin worden afspraken vastgelegd over de verantwoordelijkheden, de resultaten en het tijdpad voor de invoering.

Inmiddels heeft de sector een brancherapport gepresenteerd waarin verantwoording wordt afgelegd over het gevoerde beleid en de besteding van de financiële middelen. Dit initiatief wordt door het departement ondersteund.

Seksespecifieke en multiculturele hulpverlening/Bestrijding seksueel geweld

Het beleid van VWS is gericht op de integratie van seksespecifieke en multiculturele hulpverlening in de reguliere zorg. De Stuurgroep Vrouwenhulpverlening van VWS heeft onlangs haar advies 'Naar een seksespecifieke en multiculturele gezondheidszorg in de 21e eeuw' uitgebracht. Op 22 juni heb ik hierover mijn standpunt naar de Tweede Kamer gestuurd¹. Inmiddels is een onderzoeksprogramma bij ZON in voorbereiding. Verder zal de Raad voor Volksgezondheid en Zorg advies uitbrengen over multiculturalisatie van de zorg en heeft ZON een programma 'interculturalisatie van de zorg' gestart.

In 1997 is f 2 mln toegevoegd aan het RIAGG-kader. Deze middelen waren bedoeld voor de intensivering van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld. De besteding van de middelen vindt plaats aan de hand van een door GGZ-Nederland opgesteld protocol. In 1998 heeft een tussentijdse evaluatie plaatsgevonden. Vooralsnog blijkt dat de extra middelen hebben gewerkt als stimulans voor RIAGG's om het hulpaanbod op dit terrein te intensiveren. Op grond van de resultaten is het protocol bijgesteld. In 2000 vindt een tweede evaluatie plaats van het protocol. Het gaat daarbij vooral over de vraag of dit protocol heeft geleid tot de beoogde intensivering van het hulpaanbod.

Kinder- en jeugdpsychiatrie

In de kinder-jeugdpsychiatrie loopt een experiment met een logeervoorziening en een experiment met beschermd wonen voor jeugdigen vanaf 12 jaar. De resultaten van de logeerfunctie zijn naar verwachting binnen afzienbare tijd beschikbaar. Over de logeerfunctie voor kinderen en jeugdigen met chronische psychiatrische problematiek zal ik binnenkort mijn standpunt aan de Tweede Kamer kenbaar maken.

Een werkgroep van vertegenwoordigers van de gehandicapten- en jeugd-GGZ-sectoren heeft advies uitgebracht over de zorg aan licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen die psychiatrische zorg nodig hebben. De werkgroep adviseerde multifunctionele centra op te richten waarin beide sectoren participeren. In april 1999 is het standpunt hierop aan de Tweede Kamer gezonden². In het standpunt is gemeld dat f 1,2 mln beschikbaar is om met het uitvoeren van het advies van de werkgroep te starten. Deze middelen worden ingezet voor directe, ambulante hulpverlening.

De resultaten van het experiment beschermd wonen worden verwacht na 2001.

5.3.5 Preventie en geestelijke volksgezondheid

5.3.5.1 Preventie en geestelijke volksgezondheid

Het doel van het preventiebeleid is het beperken van 'geestelijke gezondheidsschade' en het afremmen van de groeiende zorgvraag. Knelpunten op het gebied van de preventie zijn onvoldoende kennis en kennisoverdracht, onvoldoende aandacht voor preventie door GGZ-zorgaanbieders en het ontbreken van financiële prikkels voor instellingen om hierin te investeren.

Om de belangrijkste vraagstukken rond de geestelijke volksgezondheid in kaart te brengen, wordt een brede maatschappelijke commissie ingesteld. In overleg met de betrokken partijen wordt gestreefd naar het versterken van de regiefunctie rondom preventie. Tevens ben ik in overleg met betrokken organisaties om te bezien hoe preventie organisatorisch en financieel beter kan worden verankerd. Binnen het preventieprogramma van ZON is veel aandacht besteed aan onderzoeks- en uitvoeringsprojec-

¹ Beleidsbrief seksespecifieke hulpverlening, Tweede Kamer, 1998-1999, 26 200 nr. 74.

² Tweede Kamer, 1998-1999, 25 424 nr. 8.

ten op het gebied van preventie van psychische aandoeningen en gedragsstoornissen. Dit komt de noodzakelijke kennisontwikkeling- en overdracht ten goede.

5.3.5.2 Psychische arbeidsongeschiktheid

Het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen is een belangrijke prioriteit in het (GGZ-)beleid. Samen met het ministerie van SZW is een breed samengestelde commissie in het leven geroepen, de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid. Deze commissie krijgt tot taak een landelijke conferentie voor te bereiden, waarbij partijen, die verantwoordelijk zijn voor bepaalde onderdelen van het proces van preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie, verbeterafspraken maken. Dit conform het model van de Leidschendamse kwaliteitsconferenties. De commissie zal drie jaar functioneren. In die periode vindt ook de landelijke bijeenkomst plaats en zal een follow-up traject worden vastgelegd.

Voor het ontwikkelen, verzamelen en verspreiden van kennis en deskundigheid op het terrein van arbeidsrelevante psychische aandoeningen heb ik het voornemen om vanaf 1999 een landelijk kenniscentrum ter zake in te stellen.

5.3.6 Kennisontwikkeling en kennisoverdracht

5.3.6.1 Intensivering onderzoek

Praktijkgericht onderzoek en systematische overdracht en implementatie van de behaalde resultaten kunnen een belangrijke bijdrage leveren aan de doelmatigheid en kwaliteit van de GGZ. In een recent advies concludeert de Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO) dat er – afgezet tegen omvang en de ingrijpende gevolgen van psychische ziekten – sprake is van een aanzienlijke achterstandssituatie in de GGZ op dit terrein. Dit betreft de omvang van het onderzoek, de daarvoor noodzakelijke infrastructuur, de relatie tussen wetenschap en praktijk en de overdracht en implementatie van onderzoeksresultaten in de praktijk.

De RGO adviseert tot het aanzienlijk intensiveren van de inspanningen op dit terrein. In overleg met OCenW beraad ik mij momenteel over een standpunt over dit advies. Hiervoor zijn, met ingang van 2001, middelen gereserveerd.

5.3.6.2 Kenniscentra en kennisnetwerken; werkplaatsfunctie.

De beleidsvisie GGZ kondigt het aanwijzen, via de Wet bijzondere medische verrichtingen, van een aantal ziektegebonden kenniscentra en kennisnetwerken aan. Het kan daarbij gaan om academische en niet-academische instellingen. Voor verdere besluitvorming stelt het Trimbos-instituut in opdracht van VWS en in overleg met GGZ-Nederland en de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) een concreet Plan van aanpak kenniscentra op. In dat plan wordt ook een andere gewenste vorm van samenhang tussen onderzoek en praktijk uitgewerkt: de werkplaatsfunctie in de GGZ. Dit plan is in het najaar gereed. Voor intensiveringen op dit terrein is f 1,4 mln in 2000 beschikbaar, oplopend naar f 3 mln in 2002.

5.3.7 Versterken samenwerking gemeenten en GGZ

Gemeenten spelen een centrale rol bij het totstandkomen van een effectief aanbod van opvangvoorzieningen en activiteiten zodat kwetsbare mensen goed worden opgevangen en worden teruggeleid naar een aanvaardbaar maatschappelijk bestaan. (Centrum)Gemeenten hebben namelijk de regierol bij de Openbare GGZ (OGGZ) en zijn onder meer verantwoordelijk

voor het uitvoeren van het beleid op het terrein van het AMW, de maatschappelijke opvang, inclusief vrouwenopvang en de ambulante verslavingszorg. De rijksoverheid faciliteert de (centrum)gemeenten om die verantwoordelijkheid gestalte te geven. Goede samenwerking en afstemming met de GGZ is daarbij een belangrijk thema. Het kabinet stelt met ingang van 2000 f 35 miljoen extra beschikbaar voor maatschappelijke opvang, overlastproblematiek en verslavingsbeleid. Er is grote behoefte aan uitbreiding van de laagdrempelige opvang van dak- en thuislozen met psychiatrische en/of verslavingsproblemen. In de afgelopen jaren is dit dan ook regelmatig door, onder meer centrumgemeenten, VNG, GGZ-Nederland en Federatie Opvang aan de orde gesteld. Verder blijkt uit de ervaringen met het drugsoverlastbeleid dat laagdrempelige opvang heel effectief is in het kader van het veiligheidsbeleid. Van de extra middelen is f 19,1 mln aan de begroting van VWS toegevoegd teneinde het advies van de Raad voor de Financiële Verhoudingen te kunnen uitvoeren. Hiermee wordt bereikt dat de middelen voor maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid op een meer objectieve en evenwichtige wijze worden verdeeld. Gezien de relatie met het grote stedenbeleid komt het resterende bedrag van f 15,9 mln via BZK beschikbaar voor stimulering van het 24-uuropvangbeleid.

5.3.7.1 Uitvoering van taken op het gebied van de openbare GGZ

Voor taken op het gebied van de OGGZ is f 12 mln beschikbaar. In de brief aan de Tweede Kamer van december 1997 en in het advies aan de stuurgroep van het project 'Basistaken collectieve preventie' van juli 1998 is uiteengezet hoe de OGGZ kan worden versterkt. De positie van de OGGZ is in de subsidieregeling OGGZ in lijn met deze voorstellen duidelijker omschreven.

Als volgende stap wordt in 1999 een convenant over de OGGZ gesloten tussen mij, de VNG, GGZ-Nederland, Federatie Opvang, de landelijke vereniging voor GGD's en ZN. In de periode tot 2001 zullen op regionaal niveau convenanten worden afgesloten. De regierol van de gemeenten en convenanten, als instrument om afspraken vast te leggen, worden centrale pijlers van het OGGZ-beleid. Gemeenten zullen onderling de omvang van de regio en de samenwerkingsconstructie bepalen die zal worden toegepast om tot regionale convenanten te komen. De regierol van de gemeente en het instrument van het convenant worden wettelijk vastgelegd in de gewijzigde Wet collectieve preventie volksgezondheid.

5.3.7.2 Maatschappelijke opvang

De maatschappelijke opvang is een gedecentraliseerd beleidsterrein gefinancierd uit twee afzonderlijke specifieke uitkeringen: de uitkering vrouwenopvang en de uitkering maatschappelijke opvang. Centrumgemeenten ontvangen deze uitkering(en) en zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van het beleid. Op dit moment zijn er 48 centrumgemeenten voor maatschappelijke opvang en 38 voor vrouwenopvang. De middelen voor vrouwenopvang zijn bestemd voor opvang van vrouwen die vanwege (seksueel) geweld de thuissituatie hebben (moeten) verlaten. De middelen voor maatschappelijke opvang zijn bedoeld voor opvang van dak- en thuislozen en mensen in crisis, kortom mensen die zich niet zelfstandig kunnen handhaven in de maatschappij. Veel van deze mensen hebben psychische problemen.

Er zijn twee belangrijke speerpunten de komende jaren. Ten eerste het verder ontwikkelen van de monitor maatschappelijke opvang. Ten tweede de versterking van de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de centrumgemeenten 'maatschappelijke opvang'. Om de regierol van de centrumgemeenten te ondersteunen zijn in 1998 twee projecten

gestart. Een extern bureau ondersteunt tot maart 2000 zes gemeenten bij het opstellen van een regionaal beleidsplan maatschappelijke opvang. Daarnaast vindt additionele ondersteuning plaats vanuit de VNG.

Sinds 1994 bestaat de door het CVZ uitgevoerde subsidieregeling voor het begeleiden van bewoners met psychische problemen in de maatschappelijke opvang. Met ingang van 1998 zijn de hiervoor beschikbare middelen met f 10 mln opgehoogd tot f 22,4 mln. De bedoeling van de regeling is om zowel zorgvernieuwing als de samenwerking tussen GGZ en de maatschappelijke opvang verder te stimuleren. De inzet van de aanvullende middelen heeft er onder meer toe geleid dat de rol van gemeenten is versterkt. In 2000 wordt de regeling geëvalueerd. Aan de hand van de uitkomsten wordt onderzocht hoe deze regeling in de toekomst zal worden vormgegeven.

5.3.7.3 Overlastbeleid

Op 1 juli jongstleden hebben wij de Tweede Kamer de evaluatierapporten aangeboden van de Stuurgroepvermindering Overlast over de projecten die in het kader van het overlastbeleid zijn uitgevoerd. In de Voortgangsrapportage Drugbeleid 1999 heb ik aangegeven langs welke lijnen de inzichten uit deze projectperiode 'verzilverd' kunnen worden: versterking van de laagdrempelige opvang, kennisoverdracht tussen instellingen en gemeenten. Tevens heb ik in deze rapportage het besluitvormingstraject beschreven over de voortzetting van de AWBZ-gefinancierde 'overlastvoorzieningen' (IMC's, FVK).

HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG

6.1 Inleiding

De gehandicaptenzorg kent een breed scala aan zorgaanbod voor mensen met een lichamelijke, zintuiglijke of verstandelijke handicap. De hieronder beschreven gehandicaptenzorg maakt deel uit van het aansprakenpakket van de AWBZ. In totaal is hiermee een bedrag gemoeid van ruim f 6 mld.

6.2 Terreinbeschrijving

Categoriale voorzieningen voor mensen met een lichamelijke, zintuiglijke en/of verstandelijke handicap zijn globaal op te delen in intramurale, semimurale en ambulante voorzieningen.

Tot de intramurale voorzieningen behoren de inrichtingen voor mensen met een verstandelijke handicap, de inrichtingen voor mensen met een zintuiglijke handicap (auditief en/of visueel) en de vier grote woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap. Ze zijn bedoeld voor mensen die intensieve verzorging, begeleiding of verpleging nodig hebben.

Tabel 6.1 Aantal plaatsen semi- en intramurale woonvoorzieningen, 1995-1998

	1995	1996	1997	1998
Verstandelijk gehandicapten	30.285	30.611	31.213	31.802
Jeugdig licht verstandelijk gehandicapten	2.094	2.125	2.123	2.160
Meervoudig gehandicapten	1.197	1.197	1.227	1.234
Gezinsvervangende tehuizen gehandicapten	16.027	16.217	16.372	17.345
Dagverblijven verstandelijk gehandicapten/meervoudig	11.845	11.875	11.902	11.940
Kinderdagverblijven gehandicapten/meervoudig	4.143	4.146	4.149	4.141
Auditief gehandicapten	874	874	874	874
Visueel gehandicapten	560	560	560	560
Kleine woonvormen lichamelijk gehandicapten	1.279	1.369	1.432	2.106
Activiteitencentra lichamelijk gehandicapten	1.400	1.481	1.512	1.629
Grote woonvormen	804	804	804	804

Bron: NZi en COTG.

De semimurale voorzieningen – gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven voor gehandicapten – zijn bedoeld voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap die een minder intensieve verzorging of begeleiding nodig hebben. De ambulante hulp- en dienstverlening aan mensen met een handicap is in ontwikkeling. Per 1 januari 1999 is de door de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD-en) aangeboden zorg voor mensen met een verstandelijk handicap als aanspraak in de AWBZ opgenomen. De SPD-en kennen daarnaast taken met betrekking tot voorlichting en informatie, advies en ondersteuning, consulentenschap en begeleiding bij arbeidsintegratie.

De gehandicaptenzorg heeft de afgelopen 10 jaar zeer ingrijpende veranderingen ondergaan. De bewoners van instellingen, mensen die zijn aangewezen op specifieke hulpverlening, ouderverenigingen en de hulpverlenende beroepsbeoefenaren en instellingen hebben zeer veel vernieuwende initiatieven genomen. Deze vernieuwing is ondersteund door verschillende beleidsmaatregelen.

Op grond van de substitutiemogelijkheden die de laatste jaren hebben bestaan, en vervolgens de flexibilisering van de aanspraken in de verstandelijk gehandicaptenzorg per 1 januari 1999 zijn vanuit onder meer de intra- en semimurale voorzieningen inmiddels veel vernieuwende initiatieven genomen *op het gebied van wonen en dagopvang voor gehandicapten die in hun verschijningsvorm niet meer in de traditionele indelingen passen.*

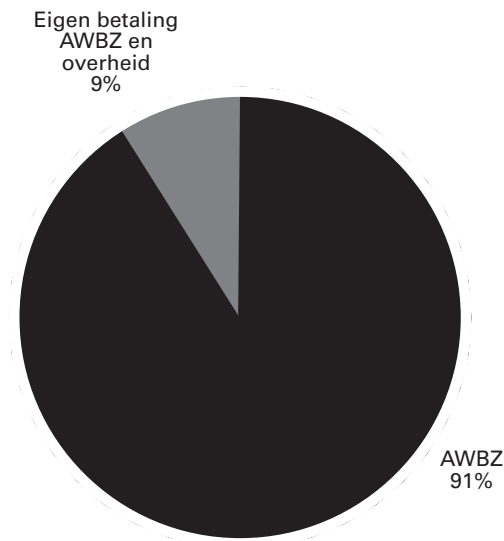
Tabel 6.2 Uitgaven Gehandicaptenzorg

x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	3.262,5	3.294,7	3.445,2	3.651,9	3.817,5	3.924,1	4.024,5	4.110,2	4.193,0	4.236,4
6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	134,2	141,1	149,3	154,2	158,7	161,9	163,9	164,9	167,5	167,8
6.03 Grote woonvormen	94,1	94,8	95,7	99,3	102,2	102,8	103,0	103,3	103,9	104,0
6.04 Kortverblijftehuizen	17,8	18,4	18,7	20,0						
6.05 Dagverblijven gehandicapten (DV)	681,9	710,9	733,0	763,2	813,7	813,7	821,9	831,3	840,5	849,7
6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	893,6	919,9	949,3	1.018,9	1.148,1	1.140,1	1.148,1	1.157,4	1.166,5	1.175,6
6.07 Gezinsvervangende tehuizen voor kinderen	65,7	75,1	76,6	88,8						
6.08 Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	101,5	77,1	130,5	144,2	132,3	136,7	136,7	136,7	136,7	136,7
6.09 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	82,7	86,5	106,7	117,6	131,7	143,2	143,7	143,7	143,7	143,7
6.11 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten	2,1	42,1	65,4	83,0	109,5	126,5	126,5	126,5	126,5	126,5
6.12 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten		134,0	140,1	144,6	152,8	152,8	152,8	152,8	152,8	152,8
6.13 Gehandicapten begroting					31,0	35,8	39,9	39,9	39,9	39,9
Nog toe te kennen groeirimte					10,3	10,8	40,3	110,4	110,4	110,4
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	5.336,1 2.421,4	5.594,6 2.538,7	5.910,5 2.682,1	6.285,7 2.852,3	6.607,8 2.998,5	6.748,4 3.062,3	6.901,3 3.131,7	7.077,1 3.211,4	7.181,4 3.258,8	7.243,5 3.287,0
Procentuele mutatie		4,8	5,6	6,3	5,1	2,1	2,3	2,5	1,5	0,9

Opmerkingen bij bovenstaande tabel

In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de gehandicaptenzorg verdeeld over de sectoren, voor zover deze verdeling in de meerjarenafspraken overeen is gekomen of voortkomt uit het bouwprogramma. De resterende, nog onverdeelde, groeirimte is apart weergegeven in de tabel. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden dat voor de jaren tot en met 1999 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2000 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog toegevoegd moet worden. Bovendien is voor 2003 en 2004 nog geen groeirimte toegekend buiten het bouwprogramma. Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een volledig beeld van de werkelijk budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren tot en met 2002. Deze toegekende f 10,8 mln is bestemd om de financiering van het Voorjaarsakkoord sluitend te maken.

Figuur 6.1 Financiering Gehandicaptenzorg



6.3 Evaluatie

6.3.1 Intensiveringen 1998

Bij brief d.d. 4 januari 1999 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang in het terugdringen van de wachtlijsten, onder meer als gevolg van de in 1998 genomen maatregelen¹. De intensiveringsmiddelen 1998 zijn voor een groot deel ingezet voor maatregelen gericht op wachtlijstreductie, zowel voor verstandelijk gehandicapten als voor lichamelijk gehandicapten. Het betrof conform het JOZ 1998 een totaal van f 78 mln, later aangevuld met een bedrag van f 6 mln bij de Voorjaarsnota 1998. Zoals in bovenbedoelde brief en in het verslag van het schriftelijk overleg van 12 mei 1999² is vermeld, komen de resultaten overeen met de bij de planning gestelde doelen.

Daarnaast is in 1998 ten behoeve van de functie dagbesteding in totaal een bedrag van f 41 mln toegevoegd aan de budgetten voor de intramurale zorg. Na een eerste meting van de omvang van het aantal dagbestedingsuren in 1998 zal in 1999 een tweede meting worden verricht om vast

¹ Tweede Kamer, 1998-1999, 24 170, nr. 39.

² Tweede Kamer, 1998-1999, 24 170, nr. 41.

te stellen of de maatregelen hebben geleid tot een toename van de omvang van de dagbesteding van intramurale bewoners.

6.3.2 Najaarsakkoord meerjarenafspraken 1999

6.3.2.1 Aanpak meerjarenafspraken

Op 11 november 1998 hebben de koepelorganisaties in de gehandicaptenzorg en VWS afspraken vastgelegd in het zogenaamd 'Najaarsakkoord meerjarenafspraken'. Hiermee was de eerste fase van de meerjarenafspraken (het benoemen van de onderwerpen waarover daadwerkelijk meerjarenafspraken gemaakt zouden worden) afgerond. In het Najaarsakkoord zijn ongeveer dertig onderwerpen vastgelegd die nader zijn uitgewerkt (zie ook 6.4). Tevens is in het Najaarsakkoord de bestedingrichting vastgelegd (incl. productieafspraken) van de inzet van extra middelen tranche 1999 (f 136,1 mln). Leidraad voor de afspraken is het principe van volwaardig burgerschap en de omslag van de gehandicaptenzorg naar vraaggestuurde zorg en dienstverlening.

Na de ondertekening van het Najaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg hebben de ondertekenende partijen, geflankeerd door Zorgverzekeraars Nederland, Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg een regiegroep ingesteld om de uitwerking van de ca. dertig onderwerpen te coördineren (zie tabel).

Het leeuwendeel van deze intensiveringsgelden, en de daaraan gekoppelde productieafspraken, zijn inmiddels opgenomen in de subsidieregelingen van het CVZ en de beleidsregels van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). Onderstaande tabel brengt de inzet van gelden en de daarbij behorende productieafspraken in beeld.

Tabel 6.3 Inzet van gelden en de daarbij behorende productieafspraken

middeleninzet 1999	x f 1000,-	productieafspraken 1999
blok: intensivering van f 80 mln		
a structurele dekking maatregelen 1998		
- kleinschaligheid	8.000	bestaand beleid
- plaatsen LVG-jeugd (motie Vd Burg)	6.000	bestaand beleid
b kosten indicatiestelling (aanloopjaar)	1.500	gedeeltelijke invoering in 1999
c meerkosten gesplitste toelating	1.500	dekken tegenvaller
d wachtlijsten VG		
- d.m.v. PGB	17.000	630 cliënten (kosten per PGB ca. f 27.000,-)
- ambulante zorg SPD-en	6.000	732 cliënten (Psychosociale Hulp, PPG/Vroeghulp, Begeleid Zelfstandig wonen)
wachtlijsten LG		
- algemene thuiszorg	pm	
- tijdelijke opvang LG	2.000	intensivering bestaand beleid
e gedragsproblematiek/consulententeams	5.000	intensivering bestaand beleid
f specifieke problematiek	-	
- doof-blinden	2.500	ca. 170 doofblinden ontvangen ca. 4 uur zorg per week)
g dagbesteding (motie Vd Vlies)	24.000	ca. 6.600 verstandelijk gehandicapten zullen ca. 7,5 uur extra dagbesteding per week extra ontvangen. (ca. 403 fte)
h zorgconsulenten/info voorziening VG (SPD)	3.000	ca. 600 cliënten kunnen geholpen worden
zorgconsulenten LG (SPD)	3.000	ca. 30 consulenten zullen worden aangetrokken voor zorgverlening nog overleg over gaande
i kwaliteitssystemen	500	
totaal	80.000	
blok: invulling WZV-kader¹		
voorzieningen gehandicaptenzorg	24.400	ca. 271 plaatsen (uitgaande van f 90.000,- per plaats)
GVT-en en DV-en	7.900	ca. 197 plaatsen (uitgaande van f 40.000,- per plaats)
totaal	32.300	
blok: aandeel werkdrukmiddelen		
meer handen aan het bed	12.600	-
flankerend beleid ziekteverzuim	1.400	
totaal	14.000	
blok: aandeel scholing		
scholing (via budgetten)	4.830	-
scholing via AWO	3.470	-
ARBO via AWO/AWOZ	1.300	-
afrondingsverschil	200	nvt
totaal	9.800	
eind totaal	136.100	

(1) reeds gecommiteerd

6.3.2.2 Maatregelen wachtlijstaanpak 1999 lichamelijk gehandicapten en verstandelijk gehandicapten

Persoonsgebonden budget

De PGB-regeling is structureel met f 23 mln uitgebreid zodat thans voor 1999 in totaal een bedrag beschikbaar is van f 111,6 mln. Omdat rekening is gehouden met een aanlooperperiode, is voor 1999 een kasbedrag van f 17 mln gereserveerd. Het gemiddelde bedrag per budgethouder bedroeg in dit jaar f 27.000,- op jaarbasis. In 1999 ontvangen voor het bedrag van f 17 mln ongeveer 630 cliënten een PGB.

Ambulante zorg SPD-en

Voor uitbreiding van ambulante zorg door de SPD-en is per 1 januari 1999 een bedrag van f 6 mln gereserveerd. Hieronder vallen drie vormen van zorgverlening, namelijk psychosociale hulpverlening, praktisch pedagogische gezinsbegeleiding en vroeghulp, en begeleid zelfstandig wonen (BZW). Daarvoor gelden de volgende indicatieve productieafspraken (de feitelijke verdeling in de regio's gebeurt op basis van de wachtlijsten).

Tabel 6.4 Indicatieve productieafspraken ambulante zorg SPD-en

x f 1000,-	beschikbaar	aantal cliënten
Psychosociale hulpverlening	1.098	183
PPG/vroeghulp	2.561	256
BZW	2.341	293
Totaal	6.000	732

Bron: DGB/VWS

Ouders of verzorgers die directe ondersteuning ontvangen kunnen daardoor het beroep op intensieve vormen van begeleiding en zorg uitstellen.

Capaciteitsuitbreiding WZV-bouwkader 1997-2000

Voor uitbreiding van de capaciteit bij intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten is een bedrag van f 43 mln beschikbaar gesteld voor de periode 1997-2000¹. Doelstelling is daarvoor 458 extra intramurale plaatsen te realiseren.

In de zorg voor lichamelijk gehandicapten is voor de periode 1998-2000 f 29,6 mln voor capaciteitsuitbreiding semimurale zorg beschikbaar. Voor 1999 is een uitbreiding van 34 plaatsen in woonvormen en 26 plaatsen in activiteitencentra in voorbereiding.

6.3.2.3 *Transformatie infrastructuur / kleinschaligheid*

Er zijn veranderingen gaande in het beleid voor mensen met handicap. Concepten als volwaardig burgerschap, community care, gewoon waar kan, speciaal waar moet hebben de basis gelegd voor belangrijke beleidsveranderingen. Deze hebben geleid tot veranderingen in de zorginfrastructuur voor mensen met handicap. De huisvesting wordt kleinschaliger, gaat meer de richting van de volkshuisvesting op. In deze reguliere huisvesting worden daar waar noodzakelijk speciale voorzieningen aangebracht.

¹ Brief 8 november 1996: Tweede Kamer 1996-1997, 24 170, nr. 17.

Ook de dagbesteding maakt een proces van normalisering door. Dat betekent dat mensen met een lichamelijke of verstandelijke beperking steeds meer op de arbeidsmarkt geïntegreerd werk zoeken.

Binnen de huidige wet- en regelgeving zullen mogelijkheden geboden moeten worden die tegemoet komen aan de specifieke kenmerken van bouwinitiatieven gericht op kleinschaligheid. Deze regelgeving is nog onvoldoende toegesneden op de veranderde vraag op de woningmarkt en creëert langdurige procedures. De voornemens inzake de modernisering van de AWBZ alsmede het in voorbereiding zijnde wetsontwerp ter opvolging van de WZV zullen de nodige flexibiliteit kunnen bieden. In het Regeerakkoord is opgenomen dat de Wet ziekenhuisvoorzieningen wordt gedereguleerd en daarnaast niet meer van toepassing zal zijn op kleinschalige woonvoorzieningen en voorzieningen waar de woon- en verblijffunctie centraal staat. Daarmee worden belangrijke nu gevoelde knelpunten met betrekking tot de regelgeving opgelost en wordt een bijdrage geleverd aan een nieuwe ordening van wonen en zorg in de toekomst. Het thema 'Transformatie Infrastructuur' (onderwerp 2.7 Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg) gaat hierop in.

De vormgeving van kleinschaligheid door instellingen gericht op deconcentratie en normalisatie van de woonvoorzieningen voor mensen met een handicap verloopt nog traag. Plannen voor deconcentratie van woonvoorzieningen buiten en op instellingsterreinen nemen vaak 5 tot 10 jaar in beslag. Dit wordt grotendeels bepaald door de procedures zoals opgenomen in de regelgeving. Het schort bovendien soms aan een doelmatige samenwerking tussen instellingen en woningbouwcorporaties. Dat vergt een grotere betrokkenheid van gemeenten bij de onderhandelingen.

Voor het gehandicaptenbeleid is het burgerschap, onder meer tot uitdrukking komend in de scheiding tussen wonen en zorg, een belangrijke insteek. Vanaf 1 januari 1999 kunnen de hulpverlenende instellingen de AWBZ zorgaanspraken voor verstandelijk gehandicapten op onderdelen aanbieden: wonen, zorg, dienstverlening. Hiermee is een stap gezet in de richting van burgerschap, vraaggestuurde zorg en 'gewoon waar kan, speciaal waar moet'. Er blijven echter nog belemmeringen over.

De uitdaging voor de komende jaren ligt in het stimuleren van de totstandkoming van kleinschalige, bij voorkeur zelfstandige huisvesting. Enkele maatregelen zijn in voorbereiding:

- het instellen van een woonzorgstimuleringsfonds;
- harmonisatie intramurale (WZV)- en semimurale (TVWMD) normeringen.

Financiering naar zorgzwaarte

In § 6.5.1 modernisering AWBZ, wordt onder bekostiging ingegaan op financiering naar zorgzwaarte. Korthedshalve wordt daarnaar verwezen.

6.3.2.4 Dagbesteding

De Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) heeft gewezen op het tekort aan dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapte mensen. In 1999 is hiervoor f 24 mln extra beschikbaar gesteld. De VGN en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) hebben daartoe een protocol opgesteld dat onderdeel van de betreffende COTG-beleidsregel is. Dit bepaalt dat instellingen alleen extra middelen ontvangen als daaraan een gezamenlijk plan van een aantal instellingen voor het realiseren van dagbesteding ten grondslag ligt, waaraan het zorgkantoor zijn goedkeuring heeft gehecht. In september 1998 deed het Trimbos-instituut een eerste onderzoek naar de dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapten. Het is de

bedoeling dit onderzoek te herhalen in 1999, teneinde de mate van verbetering van dagbesteding over die periode vast te stellen. Voor het jaar 2000 is f 16,3 mln extra beschikbaar gesteld voor de dagbesteding van ernstig verstandelijk gehandicapten.

De Gezondheidsraad zal dit najaar advies uitbrengen over de vraag wat naar huidig wetenschappelijk inzicht de optimale c.q. meest effectieve activeringsmogelijkheden zijn, waaronder dagbesteding, voor verstandelijk gehandicapten, met name aan hen die intramuraal langdurig zijn opgenomen. Bij de verdere invulling van het meerjarentraject ter zake zullen de bevindingen van de Gezondheidsraad een belangrijke rol spelen.

Wat betreft de inzet van middelen geldt dat de zorgzwaarte van een verstandelijk gehandicapte bepalend is voor de aangewezen vorm van dagbesteding. De intensiveringen zoals opgenomen in zowel het Najaarsakkoord (11 november 1998) als in het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken (1 juli 1999) zijn met name gericht op de dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap. Deze vorm van dagbesteding heeft effecten voor de werkdruk in instellingen. Met deze middelen zullen in instellingen extra medewerkers aangenomen worden hetgeen een werkdrukverlichtend effect heeft voor de overige medewerkers binnen de instelling. Voor mensen met een lichtere verstandelijke handicap wordt door middel van doorstroming beoogd om dagbesteding zo veel mogelijk via de reguliere of gesubsidieerde arbeidsmarkt vorm te geven.

In het kader van de meerjarenafspraken is een plan van aanpak opgesteld met als doel het bevorderen van doorstroming naar vormen van (begeleid) werken in de WSW of op de reguliere arbeidsmarkt met toepassing van de wet REA. Onderdelen van het plan van aanpak zijn een stroommodel, een voorlichtingsplan, samenwerkingsrelaties tussen de sectoren zorg en arbeid en een voorstel tot herindicatie bij de dagverblijven. Het doel is daarbij om evenals dat het geval is bij de sociale werkvoorziening te komen tot een dynamisering van de door de AWBZ-gefinancierde dagbesteding, zodat doorstroming naar reguliere of gesubsidieerde arbeid gerealiseerd wordt. Hiervoor is in het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg een bedrag van f 8 mln uitgetrokken.

6.3.2.5 Arbeidsmarktbeleid

Convenanten arbeidsmarktbeleid.

Op 16 december 1998 is het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector ondertekend. Op basis van dit convenant is in juni 1999 een meerjarig beleidskader zorgsector (2000–2004) vastgesteld met daarop gebaseerde jaarplannen. Het beleidskader geeft de doelstellingen aan die op het arbeidsmarktterrein in de periode 2000-2004 worden nagestreefd. Voor de gehandicaptenzorg is het streven om het aantal agogisch opgeleiden met gemiddeld 5% per jaar te laten stijgen. Terugdringing van het ziekteverzuim is eveneens een belangrijk thema.

Werkdruk en scholing.

Van de f 14 mln die in het Najaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is gereserveerd voor werkdruk is f 1,4 mln (10%) toegevoegd aan de sectorfondsen voor flankerend beleid ziekteverzuim.

De resterende f 12,6 mln werkdrukmiddelen zijn via de WTG uitgezet bij inrichtingen, semimurale instellingen, grote woonvormen, instellingen voor zintuiglijk gehandicapten en SPD-en voor meer 'handen aan het bed'. In overleg met de koepels van werkgevers zal worden bezien of het effect van de extra werkdrukmiddelen in 1999 zichtbaar kan worden gemaakt.

Verder zullen instrumenten voor meting van de werkdruk moeten worden ontwikkeld en zo mogelijk geüniformeerd voor de gehele gehandicaptenzorg.

Arbeidsmarktbeleid: Arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid

Instelling voor gehandicaptenzorg Ons Tweede Thuis in de regio Amstelland, de Meerlanden en Amsterdam kent een relatief laag ziekteverzuim: 4,9% exclusief zwangerschapsverlof in 1998 tegenover 7,3% voor de totale zorgsector.

De instelling heeft zo'n 800 medewerkers, verspreid over ca. 30 voorzieningen. Door deze kleinschaligheid voelen de medewerkers zich zeer betrokken bij de cliënten.

Dit is volgens de instelling een belangrijke reden voor het lage ziekteverzuim. Daarnaast voert de instelling een actief arbeidsomstandigheden- en ziekteverzuimbeleid. Hierin vervult de Arbo-dienst een belangrijke rol. De bedrijfsarts van de Arbo-dienst kent de instelling goed. Met iedere nieuwe medewerker die in dienst komt heeft de bedrijfsarts een kennismakingsgesprek. De Arbodienst voert daarnaast onder andere periodiek bedrijfsgezondheidskundig onderzoek uit en houdt de wettelijk verplichte risico inventarisatie- en evaluatie (RIE).

Eens per maand komt het sociaal medisch team bij elkaar om de langdurige ziektegevallen te bespreken.

De instelling maakt gebruik van subsidie van het AWO-fonds voor diverse arbo-maatregelen. Zo zijn er onlangs voor alle voorzieningen draaiboeken gemaakt voor bedrijfshulpverlening (wat te doen bij brand en andere calamiteiten).

In het kader van preventie biedt de instelling diverse cursussen aan, bijvoorbeeld omgaan met agressie en psychische problemen.

Tot slot heeft de instelling een bonusregeling met als doel het voorkomen van kortdurend verzuim: medewerkers die een half jaar niet ziek zijn geweest ontvangen een bonus van f 250,- netto (naar rato van het dienstverband).

6.4 Beleidsvoornemens: inhoudelijk en financieel

In het Najaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg was vastgelegd dat op 1 juli 1999 de ongeveer dertig onderwerpen die onderdeel uitmaken van het Najaarsakkoord zouden zijn verbijzonderd in individuele plannen van aanpak en een Voorjaarsakkoord. Op 1 juli 1999 is dit Voorjaarsakkoord ondertekend. Voor de inhoud, opbouw en toelichting wordt naar het Voorjaarsakkoord verwezen¹. Daarmee is voor deze onderwerpen de koers voor de verdere kabinetsperiode bepaald en fase twee van de meerjarenafspraken afgerond. In de periode daarna zal de uitvoering van de meerjarenafspraken gestalte krijgen. Dit houdt, verbonden met de uitvoering van het beleid, de realisatie van de productieafspraken in, die – tot nu toe – zijn vastgelegd in het Najaarsakkoord (middelen 1999, zie hiervoor) en Voorjaarsakkoord (middelen 2000, zie onderstaande tabel).

In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken is de 2e tranche intensiveringsmiddelen zoals beschikbaar gesteld in het Regeerakkoord 1998 toegewezen en zijn daarover productieafspraken gemaakt. Deze toedeling heeft primair betrekking op het jaar 2000, maar deels ook op 2001.

¹ Tweede Kamer, 1998-1999, 24 170, nr. 43.

Tabel 6.5 Meerjarenaafspraken 2000 en 2001

x f 1 mln	2000	2001	productieafspraken 2000
volume middelen			
via PGB verstandelijk gehandicapten	9		333 budgethouders
consulenten lichamelijk gehandicapten	4		40 extra consulenten
consulenten verstandelijk gehandicapten	2		400 extra cliënten contacten
pilot PGB lichamelijk gehandicapten	2		50 (pilot) budgethouders
antroposofen	2	2,2	40 extra plaatsen
integrale vroeghulp	0,5	2	zie toelichting (1), f 16.000,- per SPD
ambulante hulpverlening: ppg/vroeghulp	1,3		125 extra cliënten
ambulante hulpverlening: begeleid zelfst. Wonen	1,3		156 extra cliënten
auditief en comm. gehandicapten	1	3	13 extra plaatsen
intensieve pleegzorg	0,1	0,1	10 extra pleeggezinnen
doorstroming dagbesteding	8		zie toelichting (2)
specifieke doelgroepen	9		zie toelichting (3)
subtotaal	40,1	7,3	
kwaliteits middelen			
dagbesteding	16,3		zie toelichting (2)
informatievoorziening/jur. ondersteuning	3		zie toelichting (4)
subtotaal	19,3	-	
organisatiekosten			
samenwerking tussen sectoren	2,3		zie toelichting (5)
kwaliteitsfonds gehandicaptenzorg	1		100 onderz. cliëntperspectief
onderzoek	0,3		op te richten kenniscentrum
indicatiestelling	2		financiering CIG
subtotaal	5,6		
bouw			
verplicht WZV-kader	38,2	36,8	ca. 424 extra plaatsen
subtotaal	38,2	36,8	
intensivering gehandicaptenzorg	103,2	44,1 (waarvan 7,3 reeds verdeeld)	

Toelichting:

Ad 1 integrale vroeghulp: de SPD-en zullen in de regio als kassier fungeren. De daadwerkelijke besteding zal aan de hand van concrete plannen in de regio plaatsvinden. Deze plannen zullen in de regio worden opgesteld met alle betrokken actoren.

Ad 2 doorstroming dagbesteding: door middel van een eerdere brief is aangegeven dat in het kader van de meerjarenaafspraken concreet invulling gegeven zou worden aan de wijze waarop doorstroming dagbesteding gefaciliteerd zal worden. Beleidsmatig wordt dit onder 6.4.2 toegelicht. In oktober volgen de productieafspraken. Voor de f 16,3 mln in 2000 zullen ten behoeve van de ernstig verstandelijk gehandicapten in inrichtingen in de regio zorgplannen worden opgesteld.

Ad 3 specifieke doelgroepen: in het Voorjaarsakkoord is aangegeven dat de specifieke doelgroepen binnen de gehandicaptenzorg in samenhang zullen worden gezien. Daaruit zullen de productieafspraken voortvloeien. Dit wordt in oktober 1999 gedaan, daarna volgen de productieafspraken. Ad 4 informatievoorziening/juridische ondersteuning: op 26 augustus heeft een laatste bespreking plaats gevonden met betrekking tot de vormgeving van de productieafspraken juridische ondersteuning/informatievoorziening. Deze bespreking is met een voor alle partijen aanvaardbaar eindresultaat afgesloten. Deze uitkomst is als volgt:

Landelijke specialisatie:		
door de gehandicaptenraad	: 13,3 fte's	kosten: f 1,0 mln.
door de FvO	: 4,0 fte's	kosten: f 0,4 mln.
Regionale inzet:		
via de SPD-en (32 regio's)	: 16,0 fte's	kosten: f 1,6 mln.

Ad 5 samenwerking tussen sectoren: in het Voorjaarsakkoord is aangegeven dat het daadwerkelijk beschikbaar stellen van deze gelden afhankelijk is van het tijdig afronden van het plan van aanpak waarin de productieafspraken zijn vastgelegd. Dit wordt voor eind 1999 gedaan.

In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is vastgelegd dat partijen zo spoedig mogelijk tot een verdeling van de middelen 2001 en 2002 (voor 2002 f 85,3 mln) zullen komen om ook in budgettaire zin tot meerjarenafspraken te komen.

In bovenstaande tabel zijn de al verdeelde intensiveringsbedragen (f 7,3 mln) die voor 2001 beschikbaar zijn, opgenomen.

6.4.1 *Beleid gericht op specifieke groepen*

Gedragproblematiek/bijzondere zorgplannen

Voor de activiteiten van de vijf regionale consultantenteams die zich bezighouden met de ondersteuning, verzorging en begeleiding van verstandelijk gehandicapten met ernstig probleemgedrag is het budget in 1999 met f 5 mln verhoogd. Het totaalbudget voor de consultantenteams bedraagt daarmee f 48,6 mln. Het leeuwendeel van dit bedrag wordt besteed aan het opstellen en uitvoeren van bijzondere zorgplannen.

Vanaf 1997 worden de consultantenteams geconfronteerd met een toenemend aantal aanvragen voor bijzondere zorgplannen. Daarbij lijkt de verhouding tussen langlopende en kortdurende zorgplannen uit balans geraakt. Thans wordt geschat dat 70% van de aanvragen betrekking heeft op de verlenging van een bestaand plan.

De komende periode dient het streven er op gericht te zijn de taakopdracht van de teams weer terug te brengen tot haar oorspronkelijke doelstelling i.c. het vlottrekken van vastgelopen situaties. Dit streven dient te worden gezien tegen de achtergrond van de beoogde invoering van een bekostigingssystematiek waarbij tariefdifferentiatie naar zorgzwaarte centraal staat. Tot de invoering van deze nieuwe bekostigingssystematiek blijft de huidige regeling van het CVZ 'Subsidiëring consultantenactiviteiten en bijzondere zorgplannen' gehandhaafd. Voor het overige wordt korthedshalve verwezen naar hetgeen is gesteld voor bijzondere doelgroepen in het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg (onderwerp 3.5).

In de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte (LVG) jeugdigen met gedragsproblemen bestaan enkele knelpunten van zowel kwantitatieve als kwalitatieve aard, met name lange wachtlijsten en onvoldoende op de zorgvraag toegesneden zorgvormen. In 1995 zijn deze knelpunten

beschreven door de VGN in de nota 'Vorm en Kleur'. In 1996 is een regeringsstandpunt uitgebracht waarin de problematiek is onderschreven en waarin extra financiële middelen zijn toegezegd (tot dusverre 13,5 mln). Hiermee zijn 68 plaatsen bij de orthopedagogische centra gerealiseerd. Daarnaast is dit geld bedoeld voor 38 nieuwe plaatsen voor zware problematiek (achtervangplaatsen) en voor een toeslag op 34 bestaande plaatsen (waardoor deze eveneens achtervangplaatsen worden).

Daarnaast is f 1 mln ingezet voor een betere toeleiding van moeilijk plaatsbare LVG-jeugdigen naar een geschikte behandelplaats door multidisciplinaire teams (uitvoering door de consulententeams). Tenslotte is f 1 mln ingezet voor projecten Families First in de LVG-zorg. Over de wijze waarop deze middelen in de sector voor de lopende en eventuele nieuwe projecten in de toekomst worden ingezet, wordt nog overlegd (onder andere met het COTG). Eind 1999 zal het landelijk implementatieplan klaar zijn.

Met de uitvoering van het standpunt 'Raakvlak LVG-jeugdigen met psychische stoornissen'¹ wordt gestart. Dit houdt in: daadwerkelijke intensivering van de (met name ambulante) zorg op het snijvlak van LVG-zorg en kinder- en jeugdpsychiatrie. Daarnaast wordt een Platform opgericht door de betrokken koepels en gefinancierd door VWS. Dit Platform draagt de komende 4 jaar zorg voor de implementatie van het beleid alsmede voor een onderbouwing van toekomstig beleid. Tenslotte wordt een onderzoek gefinancierd met als doel het actualiseren van de behoefte aan zorg (af te ronden in april 2000).

Verblijfplaatsen sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

In 1997 is de evaluatie van de experimenten met verblijfplaatsen sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten (SGLVG) afgerond. Onder een verblijfplaats wordt verstaan een woonomgeving met gestructureerde begeleiding. Verblijfplaatsen zijn bedoeld voor uitbehandelde SGLVG-cliënten met 'restproblematiek'. Door de creatie van verblijfplaatsen wordt de doorstroming bevorderd en wordt de cliënt een bij zijn situatie passende woonomgeving en begeleiding geboden. De resultaten van de evaluatie zijn positief. Daarom is besloten de komende jaren geleidelijk verblijfplaatsen SGLVG te introduceren. In 1998 zijn hiertoe 72 verblijfplaatsen toegekend aan acht instellingen in de vorm van een toeslag binnen de bestaande capaciteit. (De 19 experimentele plaatsen maakten hier onderdeel van uit.)

Autisten

De laatste jaren wordt in diverse instellingen in ons land gewerkt aan de ontwikkeling van speciale zorg, opvang en behandeling van mensen met autisme. Niettemin komt bij deze groep gedragsproblematiek veelvuldig voor. Teneinde te voorkomen dat autisten gedragsproblematiek vertonen is een specifieke benadering nodig. Daarom is aan het CVZ gevraagd een uitvoeringstoets te laten uitvoeren. Het idee hierbij is enkele experimentele pilots te laten uitvoeren waarmee werkenderwijs wordt nagegaan of en zo ja onder welke voorwaarden in personele, materiële (en eventueel bouwkundige) zin vorm kan worden gegeven aan 'specifieke autistenzorg'. Een en ander zou moeten uitmonden in een beschrijving van naar andere praktijksituaties overdraagbare voorbeelden of protocollen van goede zorgpraktijken. Hiervoor is f 1,5 mln beschikbaar.

Auditief gehandicapten

Zoals in het Jaaroverzicht Zorg 1999 is aangegeven is de herverdeling van de capaciteit in de zorg voor auditief gehandicapten een essentieel gegeven om tot een gewijzigde vormgeving en tot regionalisering van deze sector te komen. In verband hiermee is aan het CVZ gevraagd twee

¹ Tweede Kamer, 1998-1999, 25 424, nr. 8.

commissies in te stellen die zich met de herstructurering van de zorg voor auditief gehandicapten zullen bezighouden. Eén commissie heeft in het eerste half jaar van 1999 een rapportage over deze zorg opgesteld waarin de relevante onderdelen van het hulpaanbod in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen en de beschrijving van de weg die de hulpvrager moet doorlopen om bij het hulpaanbod te komen, aan de orde worden gesteld. In het tweede half jaar van 1999 zal een commissie een rapportage uitbrengen over de regionale werkgebieden van de instellingen die met de zorg voor mensen met een auditieve handicap zijn belast. Het is de bedoeling dat op basis van de rapportages van het CVZ het aanbod van de zorg zodanig vorm zal worden gegeven dat een meer evenwichtig over het land gespreid aanbod van zorg zal ontstaan en het aanbod van de zorg meer zal aansluiten bij de zorgvraag. Om tot deze vernieuwing in deze zorg te komen is in de meerjarenafspraken voor 2000–2001 een bedrag opgenomen van f 1 mln extra met ingang van 2000 en f 3 mln extra met ingang van 2001.

Niet aangeboren hersenletsel

Met het oog op de gewenste verbeteringen met betrekking tot de coördinatie van zorg voor mensen met een niet-aangeboren hersenletsel worden sinds 1997 twintig hersenletselteams op experimentele basis gesubsidieerd. Thans wordt het functioneren van de teams geëvalueerd. De doelstelling van de evaluatie is te bezien of deze teams een voldoende bijdrage aan het verkleinen van de problematiek hebben geleverd. De vraag dringt zich hierbij op of door de stimuleringssubsidie de werkzaamheden die de teams hebben ontplooid thans voldoende in de regio zijn ingebed. Tevens vraagt de verdeling van de teams over het land aandacht.

6.4.2 Doorstroming dagbesteding

In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg zijn middelen ter beschikking gesteld (f 8 mln) voor doorstroming dagbesteding. Geconstateerd is dat vanuit de dagbesteding nog in onvoldoende mate doorstroming naar een vorm van betaalde arbeid (regulier of via de WSW) wordt gerealiseerd. Met een gerichte inzet van de middelen zal deze doorstroming gestimuleerd worden. Het uitgangspunt is hierbij dat cliënten de mogelijkheid krijgen om met begeleiding betaalde arbeid te verrichten. Daarbij komt meer dagbesteding beschikbaar voor de groep ernstiger verstandelijk gehandicapten, die daar nu nog vaak van uitgesloten zijn. Vanuit de WSW wordt eenzelfde doorstroming gestimuleerd naar reguliere arbeid en/of via begeleid werken, waarvoor in het Regeerakkoord extra geld is uitgetrokken. Bij het doorstroommodel wordt nadrukkelijk het perspectief op (reguliere) arbeid van ZMLK-schoolverlaters nagestreefd al dan niet via dagbesteding. Overigens geldt voor alle jongeren tot 23 jaar – met of zonder handicap – de sluitende aanpak. Samenwerking tussen de beleidsvelden van onderwijs, zorg en arbeid is een voorwaarde om doorstroming te realiseren evenals een goede afstemming tussen indicatiestelling WSW en AWBZ gefinancierde zorg.

6.4.3 Informatievoorziening/juridische ondersteuning

In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken is een bedrag van f 3 mln uitgetrokken voor informatievoorziening/juridische ondersteuning. Voor de productieafspraken hieromtrent wordt verwezen naar hetgeen is opgenomen in paragraaf 6.4 onder tabel 6.5. De FvO, SOMMA en de Gehandicaptenraad zullen met behulp van deze middelen een sectorbreed basis-informatiesysteem ontwikkelen. Dit systeem zal informatie bevatten over de dienstverlening op alle levensterreinen waar mensen met een handicap mee te maken hebben. SOMMA en de SPD-en zullen de daarvoor benodigde infrastructuur inrichten. De SPD-en coördineren dit in

de regio. De FvO en de Gehandicaptenraad leveren zelf en via hun lidorganisaties de beschikbare informatie aan en voorzien in de faciliteiten. Partijen zullen het NIZW benaderen met het verzoek een inhoudelijke bijdrage hieraan te leveren.

6.4.4 Samenwerking tussen sectoren

Een bedrag van f 2,3 mln is in het Voorjaarsakkoord beschikbaar gesteld ten behoeve van het onderwerp samenwerking tussen sectoren. Doelstelling is met dit bedrag de thuiszorg aan mensen met een handicap door samenwerking tussen de algemene thuiszorg en de categorale gehandicaptenzorg te bevorderen. Momenteel beraden partijen zich nog over de wijze waarop dit het best vormgegeven kan worden. Het uitgangspunt is dat deze uitwerking met bijbehorende productieafpraak voor het eind van 1999 gereed zal zijn.

6.5 Beleidsvoornemens: het instrumentarium

6.5.1 Modernisering AWBZ

Op 18 juni 1999 is het plan van aanpak voor de modernisering van de AWBZ, getiteld Zicht op Zorg, conform het Regeerakkoord aangeboden aan de Tweede Kamer.

In het kader van de modernisering zijn voor het gehandicaptenbeleid onder meer de volgende onderwerpen van belang.

Community Care

Op 1 juli 1999 is aan de Kamer het standpunt aangeboden over de voortgang rond het rapport van de Beraadsgroep Community Care. Het is de bedoeling in dat kader een aantal lokale of regionale pilots te starten waarin dit concept nader wordt uitgewerkt. Hiertoe is in de begroting f 0.5 mln gereserveerd. De invoeringsstrategie voor de Community Care en de implementatie van de modernisering AWBZ kunnen daarbij parallel worden ontwikkeld.

Flexibilisering zorgaanspraken lichamelijk gehandicapten

Bij brief van 30 november 1998 is aan het CVZ verzocht de Regeling Ziekenfondsraad substitutie zorg voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten 1998 te verlengen tot 1999 en in dit verband tevens een uitvoeringstoets uit te brengen over de flexibilisering van de AWBZ-aanspraken binnen het zorgcircuit voor ernstig lichamelijk gehandicapten. Het gaat daarbij niet alleen om de semimurale voorzieningen (kleine woonvormen en activiteitencentra), maar ook de afdelingen voor jongeren in verpleeginrichtingen, de grote woonvormen, het Dorp, de projecten ADL-clusterwonen en ADL-assistentie alsmede de voorzieningen voor logeeropvang en de ambulante zorg.

Onder ernstig lichamelijk gehandicapten wordt in dit verband verstaan: mensen met een ernstige, blijvende dan wel langdurige, lichamelijke of meervoudige (primair lichamelijke) handicap welke niet het gevolg is van verouderingsprocessen, die behoefte hebben aan intensieve zorg.

Het streven is gericht op invoering van geflexibiliseerde zorgaanspraken per 1 januari 2001. Daarbij is een herziening aan de orde van zorgaanspraken op het terrein van verzorging en verpleging en gehandicaptenbeleid. In verband met bovenstaande is een werkgroep geïnstalleerd door de voormalige Ziekenfondsraad, thans CVZ geheten.

Bekostiging

In het streven naar een meer vraaggestuurde zorg is het van belang dat in de bekostigingssystematiek rekening wordt gehouden met de zorgzwaarte van cliënten. Recent is het NIZW/NZi onderzoek 'Vraaggestuurde

dienstverlening aan mensen met een verstandelijk handicap' afgerond (in opdracht van VWS en VGN) voor de intra- en semimurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten, waarin is aangegeven hoe d.m.v. een beschrijving van zorgvraag en zorgaanbod in functionele termen (zorgmodules) en het onderzoeken van de kostentoe rekening binnen instellingen aan deze zorgmodules, een dergelijke bekostigingssystematiek ontwikkeld kan worden. Daarbij is het van belang, dat:

- de zorgmodules hanteerbaar zijn in relatie tot indicatiestelling, zorgtoewijzing en -levering en herleidbaar zijn tot de geflexibiliseerde AWBZ-aanspraken;
- de beheersbaarheid van het financiële macro-kader is gewaarborgd;
- de nieuwe methodiek de kosten transparantie bevordert en goed uitvoerbaar is.

In het kader van de meerjarenafspraken zal uitgewerkt worden hoe de bouwstenen uit dit rapport kunnen bijdragen tot een cliëntgerichte bekostiging. Verwezen wordt naar het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg (onderwerp 2.6).

6.5.2 Persoonsgebonden budget

Voor de uitvoering van de regeling Ziekenfondsraad subsidiëring persoonsgebonden budget 1999 is voor de sector verstandelijk gehandicaptenzorg een bedrag van f 105,6 mln op kasbasis beschikbaar. De structurele uitbreiding is f 23 mln op jaarbasis (in totaal is dan f 111,6 mln beschikbaar, exclusief prijsbijstelling). Voor 1998 was een bedrag van f 85 mln voor de sector verstandelijk gehandicapten beschikbaar. Uit het eindrapport van het evaluatieonderzoek van het ITS, dat in 1998 beschikbaar is gekomen, blijkt onder meer dat het PGB leidt tot een betere aansluiting van het zorgaanbod op de vraag van de cliënten, en dat de vraag naar een PGB aanzienlijk groter is dan het huidige beschikbare macrobudget mogelijk maakt. De groei van het aantal budgethouders en hun tevredenheid over het PGB onderstreept deze conclusies. Verder schat het ITS ten aanzien van de verwachte ontwikkeling dat een kwart van de verstandelijk gehandicapten voor een PGB kiest.

Uit het feit dat de zorgkantoren per eind februari 1999 registreren dat er 5.022 mensen op de wachtlijst voor een PGB staan, mag worden opgemaakt dat de conclusies van het ITS nog steeds gelden voor de situatie in 1999 en verder.

Van alle contracten in de verstandelijk gehandicaptenzorg (peildatum eind 1997) wordt 67% afgesloten bij de reguliere zorgaanbieders.

De systematiek waarmee het PGB wordt uitgevoerd, staat een 100% uitputting van het budget in de weg. Eerder in 1999 zijn maatregelen genomen ter voorkoming van onderuitputting van het macrobudget voor PGB. De intensivering van het PGB zoals in het Najaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is vastgelegd, begint niet zoals tot nu toe gebruikelijk per begin van het kalenderjaar maar vanaf het tweede kwartaal. Daarmee hadden de met de uitvoering van de regeling belaste organisaties meer tijd om de uitvoering doelmatig en doeltreffend gestalte te geven. Een andere maatregel is het op macroniveau meer budgetruimte beschikbaar stellen dan daadwerkelijk aan uitgavenruimte beschikbaar is. Aangezien gebleken is dat het macrobudget niet uitgeput wordt, is het verantwoord in plaats van 100% aan budget, 110% budget beschikbaar te stellen. Daarmee wordt de daadwerkelijke uitputting van het in kasgeld beschikbaar budget bevorderd zonder dat een risico voor een overschrijding bestaat. In de meerjarenafspraken is vastgelegd dat zo spoedig mogelijk een onderzoek naar vereenvoudiging van de regeling

PGB zal worden uitgevoerd. Een koppeling daarvan met het onderzoek met betrekking tot integratietegemoetkoming ligt dan voor de hand.

In zowel het Najaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg als het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is er voor gekozen om de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg primair via het PGB verstandelijk gehandicapten aan te pakken.

De Kamer heeft op 23 november 1998 een motie van de leden Van Blerck-Woerdman en Van Vliet aangenomen¹. Deze motie heeft als strekking dat minimaal 10% van de groeimiddelen besteed moeten worden aan intensivering van het PGB. In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is vastgelegd dat een intensiveringsbedrag van f 9 mln in 2000 aan het PGB-macro budget wordt toegevoegd. In het Najaarsakkoord was reeds een verhoging van f 17 mln op kasbasis in 1999, oplopend tot f 23 mln op kasbasis in 2000 opgenomen. Daarmee wordt ruim voldaan aan genoemde motie.

Zoals aangegeven in § 4.2 van Zicht op Zorg (modernisering van de AWBZ) zal in de komende tijd in het MDW-project AWBZ gezien worden hoe binnen de doelen van de modernisering, zoals opgenomen in Zicht op Zorg, invulling gegeven kan worden aan zowel het persoonsvolgend budget als het PGB. Daarnaast wordt interdepartementaal de integratietegemoetkoming verkend.

6.5.3 Aanpak wachtlijsten

In het kader van de meerjarenafspraken gehandicaptenzorg is een plan van aanpak wachtlijsten vastgesteld waarin de principes voor de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg voor de komende jaren zijn vastgelegd. Uitgangspunt is een regionale benadering, zodat extra wachtlijstmiddelen zo gericht mogelijk op basis van vraaggestuurde zorg kunnen worden ingezet. Daarnaast zijn er afspraken gemaakt om te komen tot een doelmatiger en voor cliënten transparanter wachtlijstbeheer. Het beheer en de regie van de wachtlijstmiddelen zal in handen zijn van het zorgkantoor in de regio. Ten behoeve van de verdeling van middelen is een model ontwikkeld dat is gebaseerd op inwoneraantallen per regio en bestaande capaciteit. Daarmee wordt gerichte inzet bereikt daar waar de urgentie het grootst is. Zie ook het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken gehandicaptenzorg onderwerp 2.3.

6.5.4 Zorgregistratie

De wachtlijsten voor verstandelijk gehandicapten worden in de gehandicaptenzorg bijgehouden in het Zorgregistratiesysteem (ZRS). Om het functioneren van het ZRS te verbeteren is gezocht naar een betere bestuurlijke organisatie van de registratie. Per 1 juli 1999 is het CVZ Landelijk Houder van het Zorgregistratiesysteem geworden, waarmee de Stichting ZRS is opgeheven. Het streven is de regionale verantwoordelijkheid voor het ZRS per 1 januari 2000 aan de zorgkantoren over te dragen. Op het moment van overdracht zullen door het CVZ nieuwe registratierichtlijnen opgesteld zijn. Om de actualiteit en betrouwbaarheid van de wachtlijsten voor lichamelijk gehandicapten te verbeteren is besloten tot een integratie van deze registratie in het ZRS.

6.5.5 Benchmarking en informatievoorziening

In de gehandicaptenzorg wordt gewerkt aan het verbeteren en actualiseren van de verantwoordingsinformatie. Als vervolg op het VGN standaardisatieproject 'eenheid van taal' zal een sectoraal gegevenswoordenboek worden ontwikkeld. Standaardisatie is een belangrijke voorwaarde voor

¹ (Tweede Kamer, 1998-1999, 26 204, nr. 23).

het verkrijgen van transparantie en voor het op termijn versterken van een ketenbenadering in de zorg.

Daarnaast wordt gewerkt aan de invoering van benchmarking in de sector. In 2000 zal een keuze gemaakt worden voor een benchmarkmodel gericht op de verstandelijke gehandicaptenzorg dat vervolgens nader zal worden uitgewerkt en getoetst.

Voor het ontwikkelen van een systeem van benchmarking zal zo veel mogelijk aansluiting worden gezocht bij bestaande registraties, zoals de VGN-registraties en het SPDatasysteem van de SPD-en.

HOOFDSTUK 7 VERPLEGING EN VERZORGING

7.1 Terreinbeschrijving

Een van de belangrijkste ontwikkelingen op het gebied van verpleging, verzorging en ouderen is het centraler stellen van de vraag. Een illustratie is de samenwerking tussen de sectoren verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen die zowel lokaal als landelijk steeds meer gestalte krijgt. Ook in de organisatie van het ministerie heeft deze ontwikkeling zijn vertaling gehad. De oude directie Ouderenzorg en het Thuiszorgteam gaan op in de nieuw te vormen directie Verpleging, verzorging en ouderen. Andere uitingen in dit streven zijn het zorgvernieuwingsfonds en het persoonsgebonden budget. De regionale zorgbehoefte krijgt meer aandacht doordat de zorgkantoren een belangrijke rol toebedeeld hebben gekregen bij het adviseren over de inzet van de extra volumemiddelen in het kader van de meerjarenafspraken en bij de organisatie van de wachtlijstregistratie en het wachtlijstbeheer. Het versterken van de positie van de zorgvrager, de zogenoemde derde partij, is ook een belangrijk element van dit beleid.

Het plan van aanpak modernisering AWBZ dat op 18 juni 1999 aan de Tweede Kamer is aangeboden geeft een nieuwe impuls aan het versterken van de vraagkant. De doelstelling van het plan is een AWBZ waarin:

- de cliënt centraal staat;
- zorg op maat wordt geleverd;
- vermaatschappelijking van de zorg wordt gestimuleerd;
- de doelmatigheid wordt bevorderd.

Het gaat bij de sector verpleging en verzorging (V&V) om een relatief snel groeiende vraag naar zorg. Die wordt veroorzaakt door het toenemend aantal ouderen en het feit dat de gemiddelde leeftijd steeds hoger wordt. Ouderen vormen daardoor (zowel absoluut als relatief) een steeds omvangrijker deel van de bevolking. Dit brengt specifieke zorgvragen met zich mee.

Naast een toegenomen vraag in kwantitatieve zin neemt de zorgvraag ook in zwaarte toe. Dit heeft als gevolg dat de werkdruk in de sector V&V in het algemeen als hoog wordt ervaren. Het kabinetsbeleid is er op gericht om beide aspecten, volume en werkdruk, in samenhang aan te pakken. Hiervoor is in de kabinetsperiode f 2 mld gulden extra beschikbaar.

Tabel 7.1 Capaciteit verpleeghuizen, dagbehandelingsplaatsen en intramurale capaciteit verzorgingshuizen

	1995	1996	1997	1998
Verpleeghuizen				
somatisch	26.096	26.184	26.165	26.127
psychogeriatrisch	28.997	29.514	30.035	30.613
Dagbehandelingsplaatsen				
somatisch	1.960	1.995	2.028	2.078
psychogeriatrisch	2.127	2.196	2.266	2.304
Verzorgingshuizen	128.040	123.187	117.719	113.970

Bron: NZi, CBS en COTG, 1998 geraamd door VWS

De zorg komt ten goede aan ruim een half miljoen personen, waarvan de meesten ouder dan 75 jaar zijn. De intramurale zorg komt voornamelijk ten goede aan personen die ouder zijn dan 80 jaar. Ongeveer de helft van de personen van 90 jaar en ouder verblijft in een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Tabel 7.2 Het gebruik van verzorgingshuizen

	1995	1996	1997	1998
Aantal bewoners	117.491	113.033	111.719	110.746
Dagverzorging	10.401	9.209	8.888	nnb
Kortdurende opname	20.869	24.098	23.259	nnb

Bron: NZI, CBS en CAK

Tabel 7.3 Duur en gebruik van thuiszorg 1998

	Realisatie 1998
Gemiddeld aantal cliënten per periode	313.201
Aantal cliënten per jaar	579.316
Gemiddeld aantal uren zorg per periode	7.337.213
Aantal uren zorg per jaar	56.383.765
Gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per week	3,46

Bron: CVZ en CAK

Het aantal personen dat is betrokken bij het leveren van zorg is aanzienlijk groter dan alleen de professionele zorgverleners. De mensen uit de sociale omgeving van de zorgvrager hebben zelf dikwijls al jarenlang in steeds grotere mate zorg geleverd, voordat aan professionele zorgverleners gevraagd werd de zorg van hen over te nemen. Ook zijn er talloze vrijwilligers, die een zinvolle taak vervullen aansluitend op de professionele zorgverleners. Juist de spankracht van de onderlinge menselijke relaties zorgt ervoor dat de voor de uitvoering van benodigde middelen van de AWBZ-zorg beperkt blijft tot ongeveer f 17 mld.

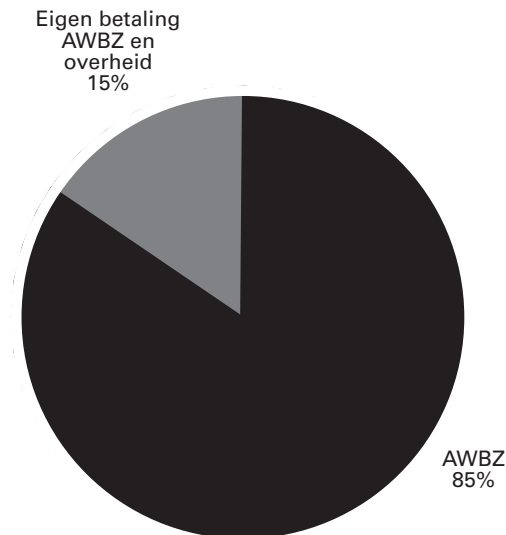
Tabel 7.4 Uitgaven Verpleging en Verzorging

x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
7.01 Verpleeghuizen	5.477,1	5.560,4	5.720,1	6.016,6	6.303,8	6.567,5	6.813,5	6.960,7	7.050,0	7.053,2
7.02 Verzorgingshuizen	5.236,3	5.297,8	5.456,0	5.768,1	5.971,2	5.985,1	5.983,2	5.983,2	5.980,8	5.980,8
7.03 1-Oktober-regeling	6,5	9,8	3,3	3,0	1,3					
7.04 Zorgvernieuwingsfonds ouderen	169,5	314,2	395,0	456,0	530,3	617,1	627,7	614,6	614,6	614,6
7.06 Gezinsverzorging	2.103,2	2.166,0								
7.07 Kruiswerk	767,2	778,0								
7.08 Intensieve thuiszorg	57,4	61,3								
7.09 Thuiszorg			3.143,1	3.308,2	3.458,2	3.474,8	3.474,8	3.474,8	3.474,8	3.474,8
7.10 Persoonsgebonden budgetten	39,7	85,4	120,0	117,6	163,2	164,7	164,7	164,7	164,7	164,7
7.12 Ouderen begroting					28,3	23,5	23,2	23,2	24,3	25,4
Nog toe te kennen groeiruinimte					27,7	341,5	718,9	1.173,7	1.173,7	1.173,7
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	13.856,9 6.288,0	14.272,9 6.476,8	14.837,5 6.733,0	15.669,5 7.110,5	16.484,0 7.480,1	17.174,2 7.793,3	17.806,0 8.080,0	18.394,9 8.347,2	18.482,9 8.387,2	18.487,2 8.389,1
Procentuele mutatie		3,0	4,0	5,6	5,2	4,2	3,7	3,3	0,5	0,0

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de sector Verpleging en Verzorging verdeeld, voor zover deze verdeling in de meerjarenafspraken overeen is gekomen of voortkomt uit het bouwprogramma. De nog onverdeelde groei­ruimte is apart weergegeven in de tabel. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden dat voor de jaren tot en met 1999 de loon- en prijsbijstelling reeds is toegevoegd, terwijl voor 2000 en later de ruimte voor de loon- en prijsbijstelling nog gereserveerd staat op de aanvullende post. Bovendien is voor 2003 en 2004 buiten het bouwprogramma nog geen groei­ruimte toegewezen. Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren tot en met 2002.

Figuur 7.1 Financiering Verpleging en Verzorging



7.2 Evaluatie

7.2.1 Verpleging en verzorging

7.2.1.1 Indicatiestelling

Sinds 1 januari 1999 is de indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging volledig in uitvoering bij de regionale indicatieorganen. Het Zorgindicatiebesluit is al op 1 januari 1998 in werking getreden, maar het afgelopen jaar heeft min of meer als een overgangsjaar gediend. Zo'n tachtig indicatie-organen beoordelen de zorgvragen op het terrein van verpleging en verzorging en omvatten daarmee de thuiszorg, de verzorgingshuiszorg en de verpleeghuiszorg. Sinds medio dit jaar worden die vragen aan de hand van de door het Breed Indicatie Overleg ontwikkelde formulieren beoordeeld. Dit bevordert de eenduidigheid en de uitwisselbaarheid van gegevens en brengt de doelstellingen van de indicatiestelling nieuwe stijl: objectief, integraal en onafhankelijk dichterbij. In het najaar van 1999 zal een start worden gemaakt met de opzet van een

grootschalige evaluatie van zowel het wettelijk instrumentarium als ook het feitelijk functioneren van de indicatieorganen.

Dat onderzoek zal een tweetal jaren gaan bestrijken. De Tweede Kamer zal begin 2001 over de eerste resultaten worden geïnformeerd.

Overigens is met het inwerkingtreden van het Zorgindicatiebesluit voor de sector Verzorging en verpleging pas een eerste stap gezet op het vlak van de objectieve, geïntegreerde en onafhankelijke indicatiestelling in de care-sectoren. Voor de sector Verpleging en verzorging zullen de directe inspanningen zich de komende tijd, naast de evaluatie, richten op de registratie en informatievoorziening als basis voor een verdere professionalisering en kwaliteitsslag.

7.2.1.2 *Privacybeleid*

In het bouwbeleid ten aanzien van de verpleeghuizen staat naast de toename van de capaciteit ook het verbeteren van de privacy centraal. Een werkgroep privacy inventariseert momenteel, als onderdeel van de meerjarenafspraken, de vorderingen op het gebied van het verbeteren van de privacy in verpleeghuizen. Een eerste voorzichtige screening op basis van de periode 31-12-1995 en 31-12-1997 levert het volgende beeld op:

1-bedskamers:	+11,6%
2-bedskamers:	+17,0%
3-bedskamers:	+20,3%
4-bedskamers:	-10,3%
5-bedskamers:	-33,9%
6-bedskamers:	-28,4%

Het is opvallend dat het aantal 3-bedskamers toeneemt. Dat kan het gevolg zijn van het uitdunnen van 4-bedskamers, waarbij zonder bouwkundige ingrepen 3 bedden blijven geplaatst. Dit zal echter een tijdelijke oplossing moeten zijn. Op termijn zullen ook deze 3-bedskamers moeten verdwijnen.

7.2.1.3 *Verpleegunits*

In het afgelopen jaar is een aanzienlijk aantal verpleegunits daadwerkelijk gerealiseerd. De aanloopproblemen, met name op het gebied van een te hoge boekwaarde, zijn in een aanzienlijk aantal gevallen tot een oplossing gebracht waardoor de vergunning in het kader van de WZV kon worden afgegeven.

Tegelijkertijd moet worden geconstateerd dat het aantal verpleegunits een minder hoge vlucht heeft genomen dan eerder was voorzien. Dit komt door resterende problemen op het gebied van een (te) hoge boekwaarde en afstemmingsproblemen tussen besturen van verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Dit in combinatie met gewijzigde inzichten over de wijze waarop het best de zorg kan worden geboden, brengt initiatiefnemers er toe oorspronkelijke plannen tot realisatie van verpleegunits te wijzigen in plannen voor substitutie.

In het kader van een landelijke werkgroep waarin alle betrokken partijen zijn vertegenwoordigd, worden alle projecten die op de bouwprioriteitenlijst staan op hun voortgang bewaakt. Het streven blijft erop gericht alle initiatieven zo snel mogelijk te realiseren.

7.2.1.4 *Persoonsgebonden budget (PGB)*

Volgens de Rapportage Ouderen 1998 van het SCP waren er in het najaar van 1998 ongeveer 4.000 wachtenden voor een PGB. Tegelijk blijkt er in 1998 sprake te zijn van onderuitputting die voor een deel veroorzaakt wordt doordat sommige zorgkantoren te weinig budgetten toekennen. In lijn met de motie -Van Blerck over de extra middelen voor de PGB, is voor 1999 een hoger macrobudget voor het PGB verpleging en verzorging

ter beschikking gesteld. Om te voorkomen dat ook dit jaar weer onderuitputting optreedt en de wachtlijsten daardoor langer blijven dan nodig is, mogen de zorgkantoren tot 110% van het Zorg-kader PGB toekennen, opdat de daadwerkelijke besteding inderdaad aansluit op het gereserveerde kader. Bovendien zal het CVZ nauwlettend controleren of de zorgkantoren voldoende budgetten toekennen zodat er geen onderuitputting optreedt.

Dit moet ertoe leiden dat in 1999 voor *f* 41,9 mln meer dan in 1998 aan PGB wordt toegekend. Daarnaast hebben zeven regio's uit de *f* 81 mln volumemiddelen nog eens *f* 1,5 mln extra voor PGB bestemd. Eind 1998 waren er 7.590 budgethouders verpleging en verzorging met een gemiddeld budget van *f* 15.428,-.

7.2.1.5 Afkoop subsidies door VROM.

In de periode tussen 1975 en 1985 zijn veel verzorgingshuizen mede gefinancierd op basis van de zogenaamde DKP (dynamische kostprijs) subsidieregeling. De basisgedachte bij deze regeling was dat de totale jaarlasten bij de gebruikelijke financieringsvormen in de beginjaren aanzienlijk hoger zijn dan in de laatste jaren. Door de lasten te verschuiven naar latere jaren ten gunste van de beginjaren van de exploitatie en rekening te houden met verwachte trendmatige ontwikkelingen ten aanzien van rente en inflatie wordt het kostenverloop gedurende de jaren gelijkmatiger. In dit geheel spelen de subsidies van VROM een belangrijke rol.

In 1997 heeft VROM een beleid in gang gezet om het subsidiëren van verzorgingshuizen, die in het bezit zijn van niet-winst beogende instellingen (zelfstandige zorginstellingen) te staken.

Dit beleid van VROM is een logisch vervolg op een soortgelijke operatie in 1995 waarbij dit soort subsidies aan toegelaten instellingen (woningcorporaties die een verzorgingshuis verhuurden) werden afgekocht.

Op 9 oktober 1998 heeft VROM de 'Regeling eenmalige subsidies niet-winst beogende instellingen' (nwi's) uitgebracht. In deze regeling wordt aangegeven onder welke voorwaarden nwi's in aanmerking kunnen komen voor afkoopsubsidies, hoe wordt omgegaan met uitstaande contragaranties en de overdracht van het bezit van niet-winst beogende instellingen aan woningcorporaties.

Nwi's met een verzorgingshuis hebben tot 1 maart 1999 de gelegenheid gehad aan te geven of zij in principe voor een dergelijke afkoopsubsidie in aanmerking willen komen. Alle nwi's met verzorgingshuizen (89) hebben positief gereageerd.

VWS heeft met VROM, het Waarborgfonds Sociale Woningbouw, de VNG en Aedes een protocol ondertekend waardoor in geval van planmatige of door de minister goedgekeurde sluiting van verzorgingshuizen woningcorporaties schadeloos gesteld worden voor eventuele daarmee samenhangende schades. Het CVZ zal deze overeenkomst tot 2001 namens VWS uitvoeren op basis van advies van de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen. Vanaf 2001 voert deze commissie de overeenkomst zelf uit.

7.2.1.6 Thuiszorg

In 1999 is voor het eerst sinds 1996 niets veranderd in de aanspraak en subsidieregeling. Het CVZ verzamelt over 1999 gegevens over de subsidieregeling aanvullende intensieve thuiszorg. Op basis van deze gegevens zal het CVZ de regeling in het eerste kwartaal van 2000 evalueren. In de zomer van 2000 zullen wij naar aanleiding van deze evaluatie beslissen over het al dan niet integreren van de subsidieregeling in de aanspraak.

In 1998 heeft VWS 19 verzoeken ontvangen om als thuiszorginstelling te worden toegelaten. Op basis van de 'Tijdelijke regeling spreiding en behoefte', die is geactualiseerd aan de hand van de productieafspraken 1998, zijn in 1998 3 instellingen toegelaten, respectievelijk één in de regio Midden-Holland en twee in de regio Flevoland. Van de 16 afgewezen verzoeken is de helft in verweer gegaan tegen het besluit. Tot op heden heeft de AWB-commissie van VWS driemaal een uitspraak gedaan en in alle gevallen VWS is het bezwaarschrift afgewezen. De 'Tijdelijke regeling spreiding en behoefte' voor 1998 is verlengd tot 2001.

De gegevens van de tijdelijke regeling worden thans op basis van de productieafspraken 1999 en de feitelijk geleverde productie 1998 geactualiseerd.

De thuiszorg is de eerste AWBZ-sector waarin op initiatief van de sector zelf een benchmarkonderzoek heeft plaatsgevonden. De openbare algemene rapportage en de niet-openbare instellingsspecifieke rapportage biedt de instelling veel handvatten om het eigen presteren tegen het licht te houden en waar nodig te verbeteren. Het benchmarkonderzoek heeft aangetoond dat doelmatige bedrijfsvoering en kwaliteit van zorg hand in hand kunnen gaan.

In de COTG beleidsregels thuiszorg zijn maatregelen opgenomen om per 2001 de lump sum financiering volledig af te bouwen. Doordat in 1998 en 1999 zowel sprake is van afbouw van de lump sum als van groei in de volumemiddelen kan niet specifiek worden aangegeven welk deel ten laste komt van een specifieke maatregel. Vanaf 2001 zullen de beschikbare middelen voor de thuiszorg volledig worden verklaard door gemaakte productieafspraken.

In 1999 is zoals in het Regeerakkoord was afgesproken de toegangsbijdrage in de thuiszorg komen te vervallen. Dit betekent dat de afspraken 'ouder- en kindzorg' en 'dieetadviesing' vrij zijn van enige bijdrage en dat voor de aanspraak 'algemene thuiszorg' alleen nog de inkomensafhankelijke uurbijdrage van kracht is. Vooruitlopend is er een tegenvaller met betrekking tot de toegangsbijdrage in 1999 te constateren.

De inning van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage is in 1998 ten opzichte van 1997 beter verlopen. De thuiszorginstellingen leveren de gegevens beter op tijd aan en het aantal fouten in de aangeleverde gegevens is sterk afgenomen. Hierdoor kunnen de eigen bijdragen binnen een redelijke termijn aan de cliënten van de thuiszorg worden opgelegd.

7.2.2 Modernisering Ouderenzorg

De Overgangswet verzorgingshuizen heeft per 1-1-1997 de Wet op de bejaardenoorden (Wbo) vervangen. Hiermee werd het decentrale beleid van provincies en de vier grote steden ten aanzien van de verzorgingshuizen vervangen door een centrale financiering door het CVZ. Wel blijven de provincies gedurende de looptijd van de Overgangswet verzorgingshuizen een adviserende rol houden, waardoor sprake is van decentrale advisering. Op basis van de Overgangswet verzorgingshuizen stelt het CVZ een subsidieregeling verzorgingshuizen op. De plannen die de provincies en vier grote steden op grond van de Wbo hebben opgesteld voor de periode 1997-2000 zijn uitgangspunt voor het subsidiëren door het CVZ; de provincies en de vier grote steden adviseren over het uitvoeren van de plannen.

De provincies en de vier grote steden konden het hun toegestane kader verhogen met het bedrag aan Wbo-reserves waarover zij rechtens

beschikken. Het gaat hierbij om een regulier kader van ongeveer f 5,5 mld per jaar en een reserve van f 325 mln voor de periode van vier jaar, 1997–2000. De provincies en vier grote steden melden jaarlijks aan VWS welk deel van de reserve zij dat jaar willen aanwenden om de meerkosten van het plan te financieren. Het reguliere Zorg-kader, dat overeenkomt met het subsidieplafond voor de Overgangswet verzorgingshuizen, wordt eveneens incidenteel met deze bedragen verhoogd.

Gedurende de afgelopen jaren is de invloed van de provinciale regelingen op de subsidieregeling verzorgingshuizen geleidelijk verminderd en heeft het CVZ al op onderdelen stappen naar het uniformeren van de bekostiging gezet. Ook de provinciale advisering inzake budgetten en nacalculatie neemt geleidelijk af nu een aantal adviserende overheidsorganen in samenwerking met het CVZ hun taken overdragen naar de regionale zorgkantoren AWBZ.

Op deze wijze wordt geleidelijk toegegroeid naar de nieuwe situatie van 2001, waarin de verzorgingshuiszorg een aanspraak in de AWBZ is.

Het COTG adviseert het CVZ bij zijn taak om op basis van de Overgangswet verzorgingshuizen de aanspraak in de AWBZ voor de verzorgingshuiszorg voor te bereiden. Bij dit project is de operationele kant van groot belang. Het COTG heeft in de voorbereiding van de budgettering in het kader van de WTG een omvangrijk onderzoek naar de kosten van verzorgingshuizen verricht en heeft op basis daarvan beleidsregels voor de personele en materiële kosten ontwikkeld. Deze beleidsregels worden aan de verzorgingshuizen gepresenteerd in de vorm van normatieve budgetten met een individuele aftrek of aanvulling tot het historisch budget 1999. Deze beleidsregels worden wel gehanteerd als de basis voor het toedelen van de inzet van de extra werkdrukmiddelen per 1 juni 1999 in het kader van het Najaarsakkoord 1998. Door de werkdrukmiddelen alleen in te zetten bij de verzorgingshuizen, die nu minder budget hebben dan de beleidsregels toelaten, wordt een forse stap op weg naar uniformering gezet.

De geplande intramurale verzorgingshuiscapaciteit, die in de provinciale plannen beschreven stond, daalt mede dankzij de inzet van de Wallagemiddelen langzamer dan gepland. De subsidiabele intramurale capaciteit was in 1998 113.970 tegenover 117.820 in 1997.

Eind 1998 waren er 110.746 bijdrageplichtige bewoners van verzorgingshuizen bij het CAK-AWBZ geregistreerd.

De ontwikkeling ten aanzien van reikwijdteplaatsen gaat voorspoedig. In 1998 werd hieraan f 370 mln (inclusief de Wallage-middelen) besteed, dit tegenover f 260 mln in 1997. Het gaat om ongeveer 6.000 plaatsen meer.

7.2.3 Meerjarenafspraken (MJA)

7.2.3.1 Najaarsakkoord 1998

Binnen de sector V&V is een start gemaakt met de in het Regeerakkoord aangekondigde nieuwe bestuurlijke aanpak. Dit heeft geresulteerd in de meerjarenafspraken 1999 die in het Najaarsakkoord 1998 zijn vastgelegd. De nieuwe aanpak wordt gekenmerkt door een sectorbreed overleg waarin nieuwe ontwikkelingen in gemeenschappelijkheid worden besproken en keuzen worden gemaakt. Deze aanpak sluit aan bij de gedachte dat de sector V&V als een zorgketen beschouwd kan worden. Om maximaal te kunnen inspelen op de regionale situatie vindt het verdelen van de extra middelen op zowel landelijk als regionaal niveau weloverwogen en in overleg met de betrokken partijen plaats.

In het Najaarsakkoord zijn 40 punten opgenomen die nader moeten worden uitgewerkt. De verantwoordelijkheid voor de verdere uitwerking is verdeeld over de verschillende partijen. Een resultaat van de nieuwe aanpak is de bereikte overeenstemming over het verdelen van de extra middelen die in het Regeerakkoord zijn vastgelegd en de procedure waarmee deze worden verdeeld. Zo vindt de daadwerkelijke inzet van de wachtlijsten/volume middelen pas plaats na regionaal overleg en een bestedingsvoorstel van het zorgkantoor.

7.2.3.2 Derde partij

Ook de positie van de zorgvrager als derde partij is in de meerjarenafspraken benadrukt. Alle betrokken partijen, de overheid, de aanbieders, de zorgverzekeraars en de patiënten/consumenten zelf, vinden de rol van de zorgvrager als participant in het hele proces naar vraaggestuurde gezondheidszorg van groot belang.

Voor een deel heeft dit zijn weerslag al gevonden in nieuwe wetgeving: de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (1995), de Wet bijzondere opnemings in psychiatrische ziekenhuizen (1994), de Wet mentorschap (1995), de Wet klachtrecht cliënten zorgsector (1995) en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (1996).

In de meerjarenafspraken V&V is de erkenning van de rol van patiënten/consumenten als volwaardige partij zowel landelijk als regionaal expliciet geformuleerd.

7.2.3.3 Inzet intensiveringsmiddelen 1999

Het eerste jaar van deze bestuurlijke aanpak heeft geleid tot meer rust op het financiële vlak. De kaders zijn duidelijk en wensen en bedreigingen binnen de gehele sector worden aan één tafel gezamenlijk besproken. Wel moet deze aanpak nog een vaste plaats verkrijgen. De aanpak heeft een groot beroep gedaan op de inzet van alle betrokken partijen.

Voor de meerjarenafspraken 1999 zijn de intensiveringsmiddelen op de volgende wijze ingezet:

Tabel 7.5 Inzet intensiveringsmiddelen MJA 1999 (in mln)

Intensiveringsmiddelen MJA	1999
Scholing/werkdruk	68,6
Autonome groei Thuiszorg	26,2
Uitbreiding capaciteit verpleeghuizen	93,4
Motie Van Blerck inzake PGB	18,0
Wachtlijsten/Volume	81,0
Werkdruk	81,0
Totaal	368,2

Bron: VVO/VWS

De scholing/werkdrukmiddelen zijn geoormerkt in het kader van de arbeidsvoorwaarden. Zo is een bedrag van f 23,0 mln beschikbaar voor scholing, f 37,8 mln voor werkdruk, f 4,2 mln voor flankerend beleid en f 3,6 mln voor arbo-beleid. In het JOZ 1999 was al de autonome groei van thuiszorg en de verpleeghuisbouw opgenomen. Dit laatste is de toename van de exploitatielasten door met name ingebruikname van extra capaciteit, door uitbreiding zonder bouw en door extramurale verpleeghuiszorg. De budgetten voor de bouw zijn door de termijn waarin het

realiseren van nieuwbouw plaatsvindt, al enkele jaren geleden voorzien. De gelden zijn lopende het jaar uitgezet.

De f 18 mln van de motie Van Blerck is uitgezet volgens het reguliere PGB-instrumentarium.

De na aftrek van het bovenstaande nog resterende f 162 mln is in het Najaarsakkoord gelijkelijk verdeeld over wachtlijsten/volume en werkdruk. Doordat deze middelen niet per 1 januari zijn uitgezet maar later in het jaar, is de structurele doorloop in 2000 respectievelijk f 138,86 mln (werkdruk) en f 162 mln (wachtlijsten/volume).

De werkdrukmiddelen zijn door middel van daartoe strekkende beleidsregels aan de sectoren toegekend. De middelen zijn op landelijke niveau over de drie deelsectoren verdeeld aan de hand van de loonsommen. Ze zijn per 1 juni 1999 uitgezet. Binnen de wettelijke kaders van de beleidsregels en de Overgangswet zijn instellingen vrij de middelen te besteden aan die acties die specifiek nodig zijn om de werkdruk te verminderen. In algemene termen is aangeduid hoe met de beschikbare middelen de werkdruk moet worden verminderd. Voor deze meer algemene bewoording is gekozen omdat uit onderzoeken blijkt dat verlichting van de werkdruk niet alleen een kwestie is van meer handen aan het bed, maar ook van aandacht voor kwaliteits-, personeelsbeleid, voor samenwerking in de regio van zorgaanbieders, voor het specialiseren in patiëntencategorieën en voor het flexibiliseren van de organisatie. In het kwaliteitsjaarverslag en met name het sociaal- en regulier jaarverslag zullen de individuele instellingen verantwoordelijk welke maatregelen zijn getroffen om de werkdruk te verminderen.

Arbeidsmarktbeleid: Personeelsplanning met ZorgFormat

ZorgFormat is een programma waarmee instellingen hun huidige en toekomstige behoefte aan verplegend en verzorgend personeel in kaart kunnen brengen. Het programma werkt met een aantal algemene parameters, zoals de groei van de zorgvraag. De instelling voert gegevens in over onder andere de huidige personeelssamenstelling, gegevens over zorgcomplexiteit van patiënten en de werkzaamheden die verricht worden. Het model houdt tevens rekening met ontwikkelingen waar een instelling de komende jaren mogelijk mee te maken krijgt, zoals een fusie, transmuralisering van de zorg en de nieuwe beroepenstructuur. Het model berekent op basis van deze gegevens de huidige en de toekomstige gewenste personeelsformatie, gespecificeerd naar kwalificatieniveaus. Vervolgens geeft het model in een stappenplan weer hoe de gewenste situatie kan worden bereikt.

ZorgFormat levert input voor regionaal arbeidsmarktbeleid en sluit aan op het nieuwe zorgberoepenstelsel.

Het model is in 1997 ontwikkeld in opdracht van het sectorfonds AWOZ (Ziekenhuiswensen). In 1998 is het model aangepast voor toepassing in Verzorgingshuizen door sectorfonds AWOB, en voor de Thuiszorg door sectorfonds AWO.

Verpleeghuis De Hazelaar in Tilburg is in 1997 gestart met ZorgFormat. De Hazelaar is tevreden over de ondersteuning die ZorgFormat biedt. Sommige uitkomsten zijn verrassend. Zo bleek de gemiddelde leeftijd van de teams nogal uiteen te lopen. Het ene team heeft dus veel meer kennis en ervaring dan het andere. Daar wil De Hazelaar in de toekomst iets aan doen.

Zorgcentrum Tilburg-Zuid is in 1998 begonnen met de invoering van ZorgFormat. Het verzamelen van de benodigde gegevens kostte veel tijd en bracht discussies op gang. Hierdoor voelden de medewerkers zich steeds meer betrokken. Eén van de uitkomsten was dat er minder mensen voor verpleegtechnische handelingen nodig zijn dan gedacht. Anderzijds groeit het aantal bewoners met psychogeriatrische klachten. Zorgcentrum Tilburg-Zuid ziet dit als waardevolle informatie voor het personeelsbeleid voor de komende jaren.

Bron: AWOB Magazine, juni 1999; AWOZ, ZorgFormatkrant

De verdeling van de wachtlijsten/volume middelen over de WZV-regio's heeft voor 50% plaatsgevonden op basis van een prognose van het aantal personen ouder dan 75 jaar in 2005 en voor 50% op basis van de relatieve capaciteit per 2005. De middelen zijn in de praktijk voor het merendeel per 1 juli 1999 uitgezet. De middelen zijn op basis van regionale plannen uitgezet nadat VWS deze heeft getoetst. Dit heeft plaats gevonden op basis van de wetgeving of subsidieregeling, die van toepassing is. Bij het nadere uitwerken van de verdeling van de volumemiddelen 1999 is bepaald dat het concreet moet gaan om uitbreiding van de zorgcapaciteit. De zorgkantoren worden gevraagd om in het najaar verantwoording af te leggen over de daadwerkelijk gerealiseerde capaciteit dan wel het uitvoeren van het ingediende bestedingplan in de desbetreffende regio. Een extern bureau heeft technische ondersteuning geleverd bij het registreren en afwickelen van de ingediende voorstellen. De inhoudelijke toetsing was vanzelfsprekend geen onderdeel van deze ondersteuning. De desbetreffende rapportage is naar de Tweede Kamer verzonden. Indicatief kan aangegeven worden dat, als gevolg van deze extra f 81 mln die na advisering door de zorgkantoren is uitgezet, de intramurale capaciteit zowel bij verpleeghuizen als bij de verzorgingshuizen met ruim 200 bedden toeneemt. In de extramurale verpleeghuiszorg worden ruim 1.000 extra bedden ingezet en in de reikwijdte-zorg vanuit de verzorgingshuizen komen ongeveer 570 plaatsen meer beschikbaar. Daarnaast wordt de dagbehandeling in de verpleeghuizen en de kortdurende opname en dagverzorging/nacht opvang bij de verzorgingshuizen met ruim 200 plaatsen uitgebreid. Bij de thuiszorg gaat het indicatief om ongeveer 350.000 uren in 1999 en ongeveer 550.000 uren in 2000. Bij het persoonsgebonden budget gaat het indicatief om 44.500 uren in 1999 oplopende tot 61.500 uren in 2000. In totaal kan aan ongeveer 2.200 ouderen meer zorg verleend worden vanuit de verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Bij de thuiszorg en het persoonsgebonden budget zouden ongeveer 3.000 personen extra geholpen kunnen worden.

7.3 Beleidsvoornemens

7.3.1 Meerjarenafspraken

7.3.1.1 Voorjaarsakkoord 1999

Het op 6 juli 1999 getekende Voorjaarsakkoord V&V bestaat uit een nadere uitwerking van de actiepunten uit het Najaarsakkoord en behelst de verdeling van de intensiveringsmiddelen, respectievelijk f 651,5 mln in 2000, f 505,1 mln in 2001 en f 505,2 mln in 2002 (zie voor 2001 en 2002 tabel 7.7). Het Voorjaarsakkoord is aan de Tweede Kamer gezonden.

Tabel 7.6 Verdeling intensiveringsmiddelen 2000 (in mln)

Intensiveringsmiddelen MJA	2000
Extra doorloop MJA 1999 volume trans.basis	81,00
Extra doorloop MJA 1999 werkdruk trans.basis	57,86
Uitbreiding capaciteit verpleeghuizen	132,30
Motie Van Blerck inzake PGB	65,15
PG problematiek ouderen	20,00
Wachlijsten/volume	124,30
Doelmatige inkoop t.b.v. werkdruk	30,70
Werkdruk	125,00
Versterking derde partij	4,50
Overig	10,69
Totaal	651,50

Bron: VVO/WVS

Zoals bij de terugblik op het Najaarsakkoord is beschreven, is de doorloop van de volume en werkdrukkmiddelen 1999 op transactiebasis groter dan het in 1999 uitgezette bedrag. Deze extra doorloop (dus bovenop de tweemaal f 81 mln) is in bovenstaande tabel opgenomen.

7.3.1.2 Bouw verpleeghuizen

Het uitbreiden van verpleeghuiscapaciteit is al langer voorzien en in het JOZ 1999 al vermeld.

7.3.1.3 PGB

Op basis van de motie Van Blerck is 10% van de intensiveringsmiddelen, zijnde f 65,15 mln toegevoegd aan het PGB-budget.

7.3.1.4 Psycho Gerontologische - problematiek

Voor ouderen op het grensvlak van V&V en Geestelijke gezondheidszorg is in 2000 f 20 mln aan de regio's toebedeeld. Deze middelen zijn voor de doelgroep geoormerkt en kunnen slechts worden ingezet voor initiatieven waarbij de samenwerking tussen beide sectoren gestalte krijgt.

7.3.1.5 Werkdruk

In het Regeerakkoord is voor doelmatige inkoop een taakstelling opgelegd aan de verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze taakstelling zal worden gerealiseerd. De vrijkomende middelen worden in de verpleeg- en verzorgingshuizen als extra middelen voor de werkdrukverlichting ingezet. De f 125 mln werkdrukkmiddelen zijn op basis van loonsommen verdeeld over de drie deelsectoren binnen V&V.

7.3.1.6 Volume/wachlijstmiddelen

De volumemiddelen worden in 2000 op dezelfde wijze als in 1999 verdeeld over de regio's en op basis van regionaal overleg aan de regio's toebedeeld.

7.3.1.7 Derde partij

Voor de versterking van de derde partij is f 4,5 miljoen uitgetrokken.

7.3.1.8 Overig

De f 10,69 mln overig heeft betrekking op het kwaliteitsfonds en het uitbreiden van het energiebesparingsprogramma.

Tabel 7.7 Verdeling intensiveringsmiddelen 2001 en 2002 (in mln)

Intensiveringsmiddelen MJA	2001	2002
Uitbreiding capaciteit verpleeghuizen	96,10	19,50
Motie Van Blerck inzake PGB	50,50	50,50
Wachlijsten/volume	187,80	264,50
Doelmatige inkoop t.b.v. werkdruk	30,70	30,70
Werkdruk	125,00	125,00
Overig	15,00	15,00
Totaal	505,10	505,20

Bron: VVO/VWS

7.3.2 Verpleging en verzorging

7.3.2.1 Plan van aanpak wachtlijsten

Het maatschappelijk belang van het aanpakken van wachtlijsten in de sector V&V is evident. Voor de periode 1999–2002 is in totaal f 1 310,4 mln beschikbaar voor het uitbreiden van het volume.

Op 6 juli 1999 heeft het ministerie van VWS samen met 8 landelijke organisaties het Plan van aanpak wachtlijsten vastgesteld. Dit plan is naar de Tweede Kamer verzonden.

Het plan vormt een integraal onderdeel van de meerjarenafspraken en kent een viersporenbeleid:

1. het uitbreiden en doelmatig inzetten van het zorgvolume;
2. het realiseren van een regionale aanpak van wachtlijsten;
3. het ondersteunen en stimuleren van de regionale aanpak;
4. het verbeteren van de informatievoorziening over wachtlijsten en wachttijden.

Het doel is het terugdringen van de wachttijd van urgent wachtenden en het verkrijgen van transparante, betrouwbare en bruikbare gegevens over het aantal wachtenden en de wachttijden.

Bovendien is er per 1 september 1999 een wachtlijstbrigade voor de sector actief. De wachtlijstbrigade zal primair worden ingezet in regio's waar sprake is van stagnatie in de aanpak van de wachtlijstproblematiek en kan daarbij als aanjager fungeren, adviseren, bemiddelen en informatie over good-practice uitwisselen en inspelen op incidenten. De wachtlijstbrigade bestaat uit 8 personen, opereert onafhankelijk en rapporteert halfjaarlijks aan de Staatssecretaris.

7.3.2.2 Persoonsgebonden budget (PGB)

In 2000 is er voor PGB verpleging en verzorging f 65 mln meer beschikbaar dan in 1998. In 2001 en 2002 komt daar telkens f 50 mln bij. Hierbij is een aantal aanvullende afspraken gemaakt. Vanaf 1 januari 2000 worden

de budgetten geïndexeerd zodat de budgethouders voor hun zorgaanbieders de loonkostenontwikkeling in de zorg kunnen volgen. Uitgaande van een integrale kostprijs zal een procedure ontwikkeld worden waardoor het zorgkantoor een opslag kan geven voor materiële kosten als inkoop van zorg bij een zorginstelling plaatsvindt. Over de hoogte van deze toeslag zouden in het najaar 1999 nadere afspraken worden gemaakt. Een generieke verhoging van de tarieven is niet aan de orde. Uiterlijk 1 januari 2000 wordt een besluit genomen over de wenselijkheid en de mogelijkheid het PGB in de verpleeg- en verzorgingshuissector te introduceren. De toekenning van een PGB wordt gekoppeld aan een adequate indicatiestelling, waarbij de mate van urgentie meeweegt bij het toekennen van een PGB.

7.3.2.3 *Thuiszorg*

In de beleidsbrief thuiszorg¹ van 18 mei 1999 ligt het accent op het scheppen van mogelijkheden voor een betere structuur van de zorg thuis. Een helder kader en een goede organisatie van de zorg moeten bijdragen aan het zo veel mogelijk terugdringen van wachtlijsten en rantsoenering van de zorg. Om te komen tot heldere kaders en een goede organisatie van de zorg thuis zijn de ontwikkelingen rond de modernisering AWBZ van belang. Daarbij gaat het bijvoorbeeld om de regionale afstemming tussen vraag en aanbod en het versterken van de rol van het zorgkantoor daarin. Met de volgende plannen sluit het beleid voor de sector thuiszorg hierop aan.

In overleg met het COTG zal worden bepaald dat alleen via het zorgkantoor AWBZ-middelen kunnen worden overgedragen naar andere, al dan niet toegelaten, instellingen. Ook wordt geregeld dat het zorgkantoor binnen hetzelfde jaar andere thuiszorgaanbieders kan contracteren wanneer blijkt dat thuiszorginstellingen de gemaakte productieafspraken niet geheel kunnen realiseren.

De huidige praktijk van de overeenkomst tussen thuiszorginstelling en zorgkantoor wordt nader geanalyseerd door LVT, BTN en ZN gezamenlijk om tot een aanpak voor verbetering te komen. Nadere afspraken moeten handel in productieafspraken waarbij geld bij tussenpersonen terecht kan komen onmogelijk maken. In dit verband zijn de aanbevelingen van de Commissie Meurs van belang waarbij het gaat om de wijze van functioneren van het toezicht op het financieel beheer via een instellingsbestuur of een raad van toezicht.

De sector zelf zal het normatieve kader voor het zakelijk handelen van een thuiszorginstelling verder uitwerken inclusief toetsmomenten.

Er komt een branchekeurmerk voor service pakketten die naast verpleging, verzorging of hulpmiddelen iets extra's bieden.

In het kader van het toelatingsbeleid zullen alleen die thuiszorginstellingen (zonder winstoogmerk) worden toegelaten die daadwerkelijk zelf of via een geformaliseerde samenwerkingsovereenkomst het pakket AWBZ-zorg leveren. De aan het toelatingsbeleid verbonden voorschriften en criteria worden nader omschreven en zullen, ook bij reeds toegelaten instellingen, regelmatig worden gecontroleerd.

Voor wat betreft de hulpmiddelen blijven thuiszorginstelling, ook uit efficiency overwegingen, ten aanzien van de uitleen van hulpmiddelen de eindverantwoordelijkheid houden. In het kader van het lopend onderzoek van het CVZ wordt nagegaan, of er behoefte blijft aan een aparte regeling voor de intensieve thuiszorg.

De Inspectie Gezondheidszorg zal gericht aandacht besteden aan de thuiszorg, door het ondersteunen van instellingen bij hun kwaliteitsbeleid

¹ Tweede Kamer, 1998-1999, 23 235 nr. 64.

en door het vroegtijdig signaleren van eventuele problemen bij zorgkantoor en departement.

In overleg met de sector zal VWS bevorderen dat er een bindend programma van eisen wordt opgesteld voor de informatiesystemen die thuiszorginstellingen gebruiken. Er zal onder andere omschreven worden waaraan de administratie van thuiszorginstellingen moet voldoen zodat de organisatiestructuur en de financieringsstromen in jaarverslag en jaarrekening helder kunnen worden verwoord. Dit draagt ertoe bij dat er afstemming kan komen tussen een aantal basale administratieve processen in de ketens 'indicatieorgaan – zorgkantoor – thuiszorginstelling', 'thuiszorginstelling – zorgkantoor – COTG' en 'thuiszorginstelling – CAK'. De mismatch bij het innen van de eigen bijdrage zal worden geminimaliseerd door vroegtijdig in de keten de zorgvrager te identificeren. In het Voorjaarsakkoord V&V zijn afspraken gemaakt over het project productregistratie. In het kader van dit project wordt er een uniforme registratie van productieve uren opgezet.

Ook wordt de indeling van het productenaanbod herzien naar aanleiding van het benchmarkonderzoek. Thuiszorginstellingen gebruiken inmiddels de resultaten van de eerste benchmark om hun prestaties te verbeteren. De LVT komt met een actieprogramma om instellingen hierbij aan te moedigen en te ondersteunen. In dit verband zullen instellingen ook een cliëntenraadpleging uitvoeren. Samen met de sector wil VWS komen tot een 'best practice norm' voor doelmatigheid die als ondergrens voor het brede veld van instellingen haalbaar is.

7.3.2.4 Meetbare resultaten

Transparantie is onlosmakelijk verbonden met de systematiek van meerjarenafspraken. Voor wat betreft volumemiddelen in verband met capaciteitsuitbreiding is hierin vrijwel automatisch voorzien doordat toename van de capaciteit door middel van de bouwprocedures wordt vastgesteld. Het uitzetten van de overige volumemiddelen via zorgkantoren vindt plaats op basis van concrete plannen. Het zorgkantoor stelt het realiseren van deze initiatieven vast. De regionale plannen worden door VWS marginaal getoetst zodat ook het departement zicht heeft op de initiatieven.

Voor de werkdrukmiddelen zal dezelfde systematiek gevolgd worden. Instellingen dienen concrete plannen van aanpak in bij het zorgkantoor. Pas als het zorgkantoor deze plannen besproken en goedgekeurd heeft worden de middelen aan de instelling toegewezen.

Andere plannen in het kader van de transparantie zijn het komen tot een eenduidige systematiek van zorgzwaartemeting, het ontwikkelen van een meetinstrument voor de werkdruk waarin een medewerkersraadpleging als uitgangspunt dient en het uitbrengen van een sectorbreed Brancherapport.

Een specifiek punt is het ontwikkelen van een benchmark voor de gehele sector V&V waarmee met name transparantie over doelmatigheid kan worden bereikt. Voor 1 januari 2000 zijn in dit kader de productdefinities van de deelsectoren verpleging en verzorging beschikbaar. Op basis van de productomschrijvingen wordt een eenduidige administratie ontwikkeld. De eenduidige administratie zal de basis zijn voor de vervolgstappen in de tweede fase. In 2001 vindt een sectorbrede benchmark plaats.

7.3.2.5 *Versterken positie derde partij*

In de komende jaren zal in de sector V&V de patiëntenbeweging in de regio de volgende functies gaan vervullen:

- 1 het mede opstellen van een regiovisie op het terrein van verpleging en verzorging;
- 2 het participeren in raden van advies van zorgkantoren;
- 3 het participeren in besturen van regionale indicatieorganen;
- 4 het (samen met het zorgkantoor) beoordelen van voorstellen voor het besteden van beschikbare financiële middelen voor zorgaanbod in de regio;
- 5 het implementeren van verbeteringen als resultaat van eigen kwaliteitstoetsen.

Om bovengenoemde functies daadwerkelijk te kunnen uitvoeren moeten in de regio onder andere de professionele vertegenwoordiging, het ondersteunen van vrijwilligers, het informeren van de achterban en het organiseren van de betrokkenheid van de achterban worden ontwikkeld. Hiervoor is vanaf 1 januari 2000 een bedrag van f 4,5 mln vrijgemaakt. Voor het eind van het jaar 1999 dienen de betrokken partijen NP/CF, IPO, NVBV, LOC, CSO en VWS een nadere systematiek te ontwikkelen voor het verdelen van de middelen over de regio's en in de regio's.

Hoewel kwaliteit als een eigenstandig beleidsonderwerp kan worden beschouwd speelt in dit kader van het versterken van de positie van de derde partij externe kwaliteitsbeoordeling eveneens een rol. Beoordeling door patiënten/consumentenorganisaties levert zorginstellingen en beroepsgroepen een schat aan waardevolle informatie op, op basis waarvan de kwaliteit van de instelling of de beroepsuitoefening kan worden verbeterd. Momenteel wordt door de NP/CF in samenwerking met de NVP, LOC en NVBV een kwaliteitsinstrument vanuit patiëntenperspectief ontwikkeld voor de verpleeg- en verzorgingshuizen. Medio 2000 kan dit instrument in het veld worden toegepast.

7.3.2.6 *Geneesmiddelen en hulpmiddelen*

De doelstellingen van het ouderenbeleid en het geneesmiddelenbeleid vertonen een grote mate van overeenstemming. Kwaliteit van leven, kwaliteit van gezondheid (szorg), het voorkomen van polifarmacie en het nastreven van een zinnig en zuinig gebruik zijn trefwoorden in beide beleidssectoren. Een belangrijke oorzaak voor de kostengroei van de farmaceutische zorg is gelegen in de vergrijzing en de 'consumptie' van geneesmiddelen door ouderen.

De doelgroep (hoog) bejaarden blijkt in de praktijk grootgebruiker van geneesmiddelen te zijn. Dat kan vanzelfsprekend voor een belangrijk deel verklaard worden vanuit gezondheidsachtergronden.

Deze trend zal zich daarbij in de naaste toekomst blijven voortzetten. Uit analyse is gebleken dat de verblijfplaats van ouderen en het daarmee samenhangende distributieproces aanknopingspunten kan opleveren voor het bereiken van bovengenoemde doelstellingen.

Zo kunnen het meer gebruik maken van concurrentiemogelijkheden en een nauwkeurige beschouwing van genoemd distributieproces leiden tot een zuiniger gebruik en daarmee tot kostenbeheersing. Ook bij het voorschrijfgedrag en deskundigheidsbevordering van artsen lijken mogelijkheden tot besparing van kosten mogelijk.

Concreet gaat het er om de thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen en de professionals, die werkzaam zijn in de ouderenzorg, intensiever te betrekken bij de farmaceutische zorg; transmurale samenwerking en

samenwerking over de 'schotten' tussen eerste en tweede compartiment heen.

Vanuit het ouderenbeleid is de lange termijn aanpak farmaceutische zorg uitgewerkt in een zestal beleidsvoorstellen/actiepunten die nu aangepakt worden:

1. het vergroten van de deskundigheid van de huisartsen ten aanzien van het geneesmiddelengebruik van ouderen;
2. het ontwikkelen van specifieke formularia en protocollen rond het geneesmiddelengebruik van ouderen;
3. het stimuleren van een brede deelname van professionals die werkzaam zijn in de ouderenzorg (thuiszorg, verpleeghuizen en verzorgingshuizen) aan het Farmaco Therapeutisch Transmuraal Overleg (FTTO);
4. de start van proeftuinen ouderenzorg;
5. onderzoek naar de kosten van het geneesmiddelengebruik en besparingsmogelijkheden in verpleeghuizen.

Een bijzonder punt van onderzoek is het verhogen van de kwaliteit en de doelmatigheid van het gebruik van geneesmiddelen in de verzorgingshuizen. In het kader van de meerjarenafspraken is overeengekomen om samen met de koepels twee mogelijke benaderingen uit te werken. De eerste benadering is het opnemen van de geneesmiddelen in de aanspraak verzorgingshuiszorg en daarmee de kosten onder te brengen in de budgetten van de verzorgingshuizen. De tweede benadering is het beperken van het gebruik door middel van de hierboven genoemde protocollering, deskundigheidsbevordering en specifieke afspraken tussen verzorgingshuis en betrokken huisartsen. Deze tweede benadering is op zichzelfstaand waarschijnlijk onvoldoende toereikend om de beoogde doelmatigheid te realiseren.

In oktober 1999 zal een definitieve keuze gemaakt worden voor één van beide benaderingen, omdat de procedures tijdig gestart moeten worden om voor 1 januari 2001 de uitvoering van de gekozen variant te kunnen realiseren.

Met betrekking tot het gebruik van en het financieren van hulpmiddelen in verzorgingshuizen zijn twee ontwikkelingen van belang. In de eerste plaats is op 13 november 1998 een plan van aanpak aan de Tweede Kamer gezonden met betrekking tot het beheersen van de kosten van de medische hulpmiddelen.

Hierbij werd als een van de mogelijke maatregelen gewezen op het onderbrengen van de hulpmiddelen onder het budget van de verzorgingshuizen.

In de tweede plaats heeft de WZF haar zorgen uitgesproken over het ontbreken van mogelijkheden om persoonlijke alarmering in verzorgingshuizen te financieren en over de wet- en regelgeving die niet goed op elkaar lijkt te zijn afgestemd. Teneinde een goed beeld van beide zaken te krijgen is IPSO FACTO gevraagd een onderzoek te doen naar het gebruik, de kosten en de financiering van hulpmiddelen in verzorgingshuizen. Daarbij wordt ook onderzocht in welke mate gebruik wordt gemaakt van voorzieningen in het kader van de WVG. Dit onderzoek moet in het najaar van 1999 zijn voltooid.

Op basis van de resultaten van dit onderzoek zal worden nagegaan of het onderbrengen van de middelen voor hulpmiddelen in het budget van verzorgingshuizen leidt tot een grotere mate van doelmatigheid of dat hetzelfde resultaat op eenvoudiger wijze door een adequate afstemming van wet- en regelgeving kan worden bereikt.

De SCP-studie 'Rapportage Ouderen 1998' gaat uitvoerig in op de 'woon-zorgsituatie' van dementerenden. Hierin wordt gepleit voor het op grote schaal realiseren van kleinschalige woonvormen voor dementerenden. De term kleinschalig wonen wordt voor zeer verschillende woonvormen gebruikt. Gemeenschappelijk is wel het achterliggende doel: het streven naar het 'zo normaal mogelijk wonen' in een herkenbare woonomgeving, veelal in combinatie met het streven naar een passende zorg en benaderingswijze. Op dit terrein hebben inmiddels diverse experimenten en activiteiten plaatsgevonden. Zo worden binnen het SEV-experimentenprogramma 'kleinschalig wonen met begeleiding en zorg' voorbeeldprojecten begeleid en geëvalueerd. Hoewel de ervaringen binnen het programma voldoende aanknopingspunten bieden om te veronderstellen dat kleinschalig wonen voor bepaalde groepen dementerenden de beste oplossing is, komt het kleinschalig wonen voor dementerenden slechts moeizaam tot verdere ontwikkeling.

Om deze ontwikkeling te stimuleren en faciliteren zal in het najaar van 1999 een ontwikkeltraject worden ingegaan. Er wordt begonnen met een invitational conference, waarbij zowel partijen uit het veld van zorg als uit dat van wonen betrokken zullen worden. Het doel van de invitational conference is om een gemeenschappelijke visie op (de toekomst van) het wonen voor dementerenden te formuleren. Op basis van de uitkomsten van deze conference kunnen verdere acties worden gepland.

Het thema speelt ook in een breder kader. Aan de Gezondheidsraad is een advies over dementie gevraagd. Het gaat om een brede vraag waarin naast onder andere de Alzheimermedicatie ook kleinschalig wonen aan de orde zal komen. De uitkomst van dit onderzoek (naar verwachting niet voor december 2000) wordt vanwege de bovengenoemde gunstige ervaringen en de druk van de demografische ontwikkelingen niet afgewacht.

De te verwachten incidentele activiteiten (projecten en onderzoek) ter bevordering van kleinschalig wonen voor dementerenden passen binnen diverse programma's van de welzijnsnota. Voorbeelden daarvan zijn: het bevorderen van participatie en toegankelijkheid, het ondersteunen van het lokaal sociaal beleid, professionaliteit en kwaliteit van aanbieders van zorg en welzijn.

Eventuele structurele vervolgacties kunnen waar mogelijk en gepast als actiepunten in de meerjarenafspraken worden opgenomen.

7.3.3 Modernisering Ouderenzorg

Het ligt in het voornemen om uiterlijk 1 juli 2000 de regelgeving gerealiseerd te hebben die noodzakelijk is om verzorgingshuiszorg met ingang van 1 januari 2001 als aanspraak in de AWBZ op te nemen. Het plan van aanpak hiertoe is op 22 december 1998 naar de Tweede Kamer gezonden. Het CVZ heeft op 24 juni 1999 een advies uitgebracht over de omschrijving van de aanspraak.

Dit advies zal als vertrekpunt dienen voor de verdere beleidsontwikkeling omtrent de aanspraken verzorgingshuis en de daarbij behorende bekostigingssystematiek.

Het met het Najaarsakkoord 1998 ingezette beleid om werkdrumdruk in te zetten om de verschillen in historische budgetten weg te werken wordt gecontinueerd. Tot het jaar 2001 zal nog geen negatieve herallocatie, dat wil zeggen het verminderen van budgetten van de verzorgingshui-

zen met het hoogste budget en dit geld gebruiken voor de verzorgingshuizen met het laagste budget, van middelen plaatsvinden.

Eerst zal nader onderzoek moeten uitwijzen waarom sommige verzorgingshuizen meer dan 10% boven het gemiddelde normatieve budget zitten. Onder voorbehoud van de uitkomst van dit onderzoek kan van 2001 tot 2006 in principe jaarlijks een negatieve herallocatie van maximaal 0,5% plaatsvinden bij de verzorgingshuizen, die meer dan 10% boven het normatieve budget zitten.

Een ander belangrijk item betreft de zogenaamde nominale bouw van de verzorgingshuizen. Dit is de toename in exploitatielasten die wordt veroorzaakt door bouwactiviteiten die noodzakelijk zijn om de capaciteit in stand te houden. Het gaat om bouwkundige aanpassingen, onderhoud, renovaties en nieuwbouw naar aanleiding van sluiting (sloop). Op de aanvullende post is een bedrag voor de periode vanaf 1 januari 2001 gereserveerd. In het komend half jaar zal een nadere standpuntbepaling plaatsvinden over het organisatorische en wettelijke kader waarbinnen de nominale bouw zal plaatsvinden. Op dit moment is het uitgangspunt opname in de WZV waarbij het Zorgkantoor een belangrijke stem krijgt in het stellen van prioriteiten binnen zijn regio.

8.1 Inleiding

De zorgsector is een systeem waarin veel actoren, ieder vanuit hun eigen positie en invalshoek, een rol spelen. Er zijn tienduizenden private zorgaanbieders en tientallen publieke en private verzekeraars bij de zorg betrokken. Samen met de 800 000 werknemers in de sector werken zij er dagelijks aan om de patiënt de zorg te geven die hij nodig heeft. Onze taak is om deze bestuurlijk-juridisch ingewikkelde sector zodanig te sturen dat de patiënt de juiste zorg krijgt. Kostenbeheersing is een afgeleide, maar in de context van eeuwigdurende schaarste niet minder belangrijke doelstelling voor VWS.

Er zijn wetten voor de verzekeringen, de tarieven en prijzen, de planning en bouw van instellingen, de kwaliteit van de zorg en de rechten van patiënten en cliënten. Daarnaast zijn er allerlei overheden betrokken bij het sturen van de zorgsector en bij de uitvoering. Rijksoverheid, gemeenten en provincies, diverse zelfstandige bestuursorganen, elk heeft binnen het kader van zijn eigen wettelijke taken, zijn eigen rol te vervullen vanuit een eigen invalshoek. En dan zijn er ook nog diverse adviesorganen en koepelorganisaties.

Deze mer à boire aan actoren, instrumenten, bestuurlijk-juridische posities, invalshoeken en belangen maakt dat het sturen en beheersen van de sector niet eenvoudig is.

In dit hoofdstuk staat ons beleid voor het beheer van de zorgsector centraal. Beheer staat in dit kader voor het geheel van regels, beslissingen en handelingen om activiteiten in de zorgsector te sturen en te verantwoorden. De nadruk ligt daarbij op het stelsel van zorgverzekeringen zoals verankerd in de Ziekenfondswet en AWBZ.

In dit hoofdstuk maken we onderscheid naar de structuur (de vormgeving van het beheer) en de financiën (de kosten van het beheer en andere financiële aspecten). Voor deze twee aspecten komen achtereenvolgens aan bod: een terreinbeschrijving, een korte evaluatie en de belangrijkste beleidsvoornemens voor de komende jaren.

Een analyse van het toezicht in de zorgsector laat zien dat deze aansluit op de grote verscheidenheid aan bestuurlijk-juridische relaties, het vervlochten en hybride karakter en de diverse te beschermen belangen in de sector. Onderscheiden worden het toezicht op de zorgaanbieders, het toezicht op de publieke zorgverzekeraars en het toezicht op de ZBO's.

8.2 Terreinbeschrijving

8.2.1 Structuur

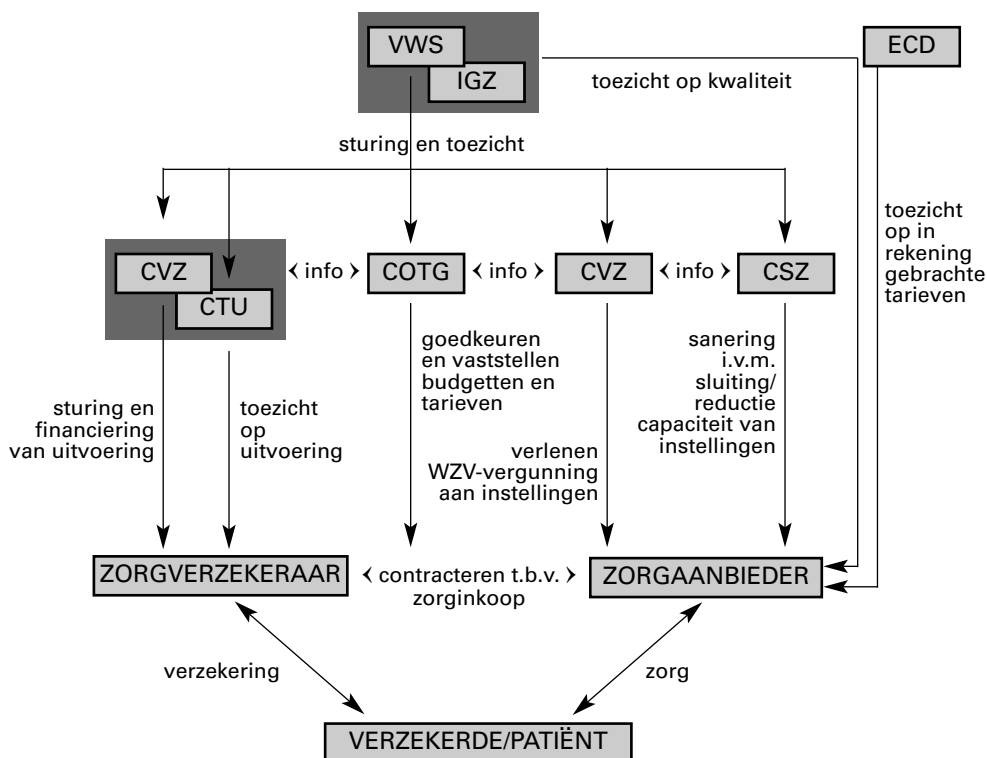
Het beheer over het stelsel van zorgverzekeringen berust bij verschillende organisaties. De basis wordt gevormd door de ziekenfondsen, de uitvoeringsorganen AWBZ¹ en de particuliere verzekeraars. Tussen deze basis en het ministerie staan vijf zelfstandige bestuursorganen (ZBO's). Het zijn het College voor zorgverzekeringen (CVZ, voorheen de Ziekenfondsraad), het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG), het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen en de Stichting uitvoering omslagregelingen (Suo). Zij zijn belast met het vertalen van de beleidslijnen van het ministerie naar de dagelijkse uitvoeringspraktijk.

¹ De AWBZ wordt uitgevoerd door ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

Het volgende schema geeft de organisaties in hun onderlinge verhouding weer. In het schema zijn de particuliere verzekeraars niet opgenomen. Hoewel deze buiten de directe invloedssfeer van het ministerie van VWS

vallen, is er wel bemoeienis met de zorg die via de particuliere verzekeringen wordt gefinancierd. Daarnaast heeft de overheid via de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ 1998) particuliere verzekeraars verplicht om bepaalde groepen verzekerden ten minste een bepaald standaardpakket tegen een door de overheid vastgestelde standaardpremie aan te bieden. De Suo heeft een aantal uitvoerende taken in het kader van deze wet en ontbreekt vanwege de eenvoud ook in het schema.

Figuur 8.1: Schema structuur zorgsector



- IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg
- ECD Economische Controledienst
- CVZ College voor zorgverzekeringen (voorheen Ziekenfondsraad)
- CTU Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie van het CVZ
- COTG Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg
- CvZ College voor Ziekenhuisvoorzieningen
- CSZ Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen

De AWBZ wordt uitgevoerd door ziekenfondsen, particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren.

Bij het beheer van de sector speelt het toezicht een belangrijke rol. Toezicht is niet hetzelfde als sturen. Het is ook geen geschikt middel om gaten in bestuurlijke verhoudingen te dichten of sturingsproblemen op te lossen¹. De positie, inrichting en vormgeving van het toezicht zijn afhankelijk van de positie, inrichting en vormgeving van het veld waarop toezicht plaatsvindt. Toezicht volgt als het ware het systeem waarop toezicht wordt gehouden, maar bepaalt niet hoe het systeem eruit moet zien.

¹ Dit sluit aan bij het kabinetsstandpunt van november 1998 op het rapport De ministeriële verantwoordelijkheid ondersteund van de commissie-Holtslag waarin een zelfde gedachtegang staat (Tweede Kamer 1998-1999, 26 200 VII, nr. 48).

De zorginstellingen hebben raden van toezicht die ter bescherming van de belangen van de instelling erop toezien dat het management zijn werk naar behoren doet en dat de organisatie naar behoren functioneert. De IGZ ziet erop toe dat zorgaanbieders de kwaliteitswetgeving naleven. De kwaliteitswetgeving beschermt de belangen van de patiënt. Ook ziet de IGZ er (ter bescherming van het overheidsbelang) op toe dat instellingen de WZV naleven. De ECD is belast met het toezicht op het naleven van de tarief- en prijswetgeving. Zorgaanbieders mogen geen hogere tarieven en prijzen in rekening brengen dan de wet toestaat, ter bescherming van het algemeen belang bij kostenbeheersing. De publieke zorgverzekeraar (ziekenfonds of uitvoeringsorgaan AWBZ) controleert de zorgaanbieder op de naleving van de met hem gesloten overeenkomst. Rekent de zorgaanbieder de afgesproken prijzen en verleent hij de afgesproken zorg (hoeveelheid en kwaliteit) op de afgesproken manier?

Ook de publieke zorgverzekeraars zijn aan toezicht onderworpen. Het is opgedragen aan de CTU, nu nog onderdeel van het CVZ en betreft het totale functioneren van de zorgverzekeraar: de recht- en doelmatige uitvoering van de ZFW en AWBZ. Het te beschermen belang is tweeledig. Het eerste belang is dat van de van rechtswege verzekerde burger die een aanspraak op zorg heeft jegens zijn verzekeraar en die daarvoor een van rechtswege vastgestelde premie verschuldigd is. Krijgt hij waar hij recht op heeft? Het tweede belang dat wordt beschermd is het algemeen belang. Wordt de wet naar behoren uitgevoerd, is de uitvoering doelmatig en wordt er correct met de collectieve middelen omgesprongen?

Tenslotte zijn er de ZBO's in de topstructuur van de zorgsector. Het te beschermen belang is het maatschappelijk belang. Worden de door de wetgever toegedeelde taken ook naar behoren uitgevoerd? Het toezicht hierop berust bij de minister van VWS.

8.2.2 Financiën

De beheerskosten bestaan uit de kosten van beleid, beheer en administratie die de verschillende organisaties (genoemd in paragraaf 8.2.1.) maken. Tot de beheerskosten worden niet de administratiekosten van de zorginstellingen gerekend. Van de administratiekosten van het departement worden alleen de kosten van de IGZ aan de beheerskosten toegerekend.

Tabel 8.1 Uitgaven beheer en diversen sector overstijgende uitgaven

x f 1 mln	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
8.01 Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	1.059,7	978,2	993,7	1.024,8	2.145,4	2.151,9	2.154,7	2.151,4	2.151,4	2.151,4
8.02 Beheerskosten ZBO's zorgsector en IGZ	1.192,8	1.296,0	1.367,6	1.260,5	163,3	163,4	145,6	144,3	145,5	145,5
8.03 Diversen (premie)	201,7	246,4	272,3	139,9	44,1	44,1	44,1	44,1	44,1	44,1
8.04 Diversen (begroting)	554,2	640,9	805,6	867,0	980,7	503,5	488,0	479,5	460,3	468,6
Nog toe te kennen groeiruimte						4,7	16,0	36,8	36,8	36,8
Totaal Zorgnota 2000 in mln euro	3.008,4	3.161,5	3.439,2	3.292,2	3.333,5	2.867,6	2.848,4	2.856,1	2.838,1	2.846,4
Procentuele mutatie	1.365,2	1.434,6	1.560,6	1.493,9	1.512,7	1.301,3	1.292,5	1.296,0	1.287,9	1.291,6
		5,1	8,8	-4,3	1,3	-14,0	-0,7	0,3	-0,6	0,3

Opmerkingen bij de bovenstaande tabel

In de tabel zijn intensiveringsruimte en maatregelen in de sector beheer en diverse sector overstijgende uitgaven verdeeld. De resterende, nog onverdeelde, groeiruimte is apart weergegeven in de tabel. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden dat voor de jaren tot en met 1999 de loon- en prijsbijstelling reeds is toegevoegd, terwijl voor 2000 en later de ruimte voor de loon- en prijsbijstelling nog gereserveerd staat op de aanvullende post. Bovendien is voor 2003 en 2004 nog geen groeiruimte toegewezen. Behoudens deze loon- en prijsmutatie geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel een beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren tot en met 2002. De daling in 2000 hangt overigens samen met de overheveling van de extra banen zorgsector naar het ministerie van SZW.

Naast de eerdergenoemde kosten van de organisaties die zich met het beheer van het stelsel bezighouden zijn in deze tabel ook de uitgaven opgenomen die niet onder één specifieke deelsector vallen, bijvoorbeeld de kosten van het RIVM. In bijlage B8 zijn de uitgaven voor beheer en de sectoroverstijgende uitgaven verder uitgesplitst.

In de volgende tabel is te zien dat beheerskosten een relatief klein deel uitmaken van de zorguitgaven.

Tabel 8.2 Ontwikkeling beheerskosten (-budgetten) als percentage van de betreffende zorguitgaven 1995-2000

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Beheerskosten AWBZ ¹	273	92	106,9	141,2	139,5	158,9
in % van de zorguitgaven AWBZ	1,00%	0,40%	0,40%	0,50%	0,50%	0,50%
Beheerskosten ZFW ²	860	956	982,7	1.003	984,6	979,3
in % van de zorguitgaven ZFW	5,30%	4,40%	4,20%	4,00%	3,70%	3,50%
Beheerskosten particulier incl. WTZ	892	965	1.012	1.001	1.021	1.021
in % van de particuliere zorguitgaven	10,90%	9,10%	9,20%	9,20%	8,90%	8,60%
Overige beheerskosten ³	117,2	126,4	138,7	154,2	160,8	161,3
Totaal	2.142,2	2.139,4	2.239,8	2.299,3	2.306,2	2.320,8
in % van de totale zorguitgaven	3,60%	3,50%	3,40%	3,30%	3,10%	3,00%

1) inclusief subsidies werkzaamheden zorgkantoren en CAK t.b.v. verzorgingshuizen

2) inclusief premie-inning

3) dit zijn beheerskosten van de ZBO's in de topstructuur van de zorgsector en de IGZ

BRON: Z/WVS

De tabel laat zien dat het aandeel van de beheerskosten in de totale uitgaven daalt. Een belangrijke oorzaak hiervan is, naast de groei van de zorguitgaven, de budgettering van de beheerskosten ZFW en AWBZ en de kortingen die op deze budgetten hebben plaatsgevonden.

De hoogte van de particuliere beheerskosten kan worden verklaard uit het systeem van de particuliere verzekeringen, waarbij de gemaakte ziektekosten aan de verzekerde worden vergoed (restitutiesysteem). Dit in tegenstelling tot de ZFW en AWBZ die de verzekerde recht op zorg geven (naturasysteem). Daarnaast kennen de particuliere verzekeraars een grotere diversiteit aan polissen waarvoor zij marketing-activiteiten verrichten en toelatingsprocedures toepassen.

8.3 Evaluatie

In ons beleid voor de structuur van het beheer stond de afgelopen jaren het streven naar een heldere verdeling van verantwoordelijkheden centraal. Op financieel terrein stond een beheersing van de kosten voorop. Voor elk van deze twee aspecten komt in deze evaluatie een kenmerkend beleidsonderwerp aan de orde: de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid en de budgettering van de beheerskosten.

8.3.1 Structuur: Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid

De Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid (Stb. 1999, 185) is in maart 1999 aangenomen door de Staten Generaal. De wet is het sluitstuk van de 'Raad op Maat'-operatie. Deze werd ingezet om beleid, advies en uitvoering duidelijk te scheiden en om het primaat van de politiek te herstellen.

De wet heeft de taak, samenstelling en werkwijze van de bestuursorganen herzien en aan de eisen van deze tijd aangepast. De besturen van de ZBO's zullen voortaan volledig uit onafhankelijke leden bestaan. Ook zijn de namen van de ZBO's aangepast. Met dezelfde wet is een eerste stap gezet naar het zelfstandig worden van de CTU van het CVZ.

De invoering is gefaseerd: sinds 1 juli 1999 is de Ziekenfondsraad overgaan in het College voor zorgverzekeringen. We hebben het voorne-

men om per 1 januari 2000 het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen en het COTG om te vormen in achtereenvolgens het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, het College sanering ziekenhuisvoorzieningen en het College tarieven gezondheidszorg.

Kort gezegd hebben de genoemde organen nadat de wet in werking treedt de volgende taken. Het CVZ is belast met het aansturen en financieren van de uitvoerders van de ZFW en de AWBZ. Het College bouw ziekenhuisvoorzieningen verleent vergunningen aan instellingen die onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) vergunningsplichtig zijn en adviseert over de bouwkundige en functionele staat van instellingen. Het College sanering ziekenhuisvoorzieningen kan saneringssubsidies verstrekken aan instellingen die onder de WZV vallen als sprake is van gehele of gedeeltelijke sluiting of van capaciteitsreductie. Het College tarieven gezondheidszorg keurt de door de zorgaanbieders in rekening te brengen tarieven goed en stelt de instellingsbudgetten vast. In bijlage A6 (WTG-aangelegenheden) wordt uitgebreider ingegaan op de taken van het College tarieven gezondheidszorg.

8.3.2 Financiën: budgettering beheerskosten

In 1996/1997 is op het beheerskostenbudget voor de uitvoeringsorganen ZFW in twee stappen een efficiencykorting aangebracht van f 89 mln. Deze korting is gebaseerd op een advies van de Ziekenfondsraad waarin de beheerskosten van de vijf efficiëntst werkende ziekenfondsen als norm is gesteld. Vervolgens is voor 1998 een korting toegepast van f 25 mln wegens fusies en automatisering. Voor 1999 hebben we opnieuw taakstellingen opgelegd: een korting van f 50 mln op de beheerskosten van de ziekenfondsen voor het vervallen van de algemene eigen bijdrage ZFW, f 10 mln korting op de beheerskosten WTZ 1998 en f 10 mln op de beheerskosten van de particuliere verzekeraars. Vanaf 2000 geldt er een volumetaakstelling voor de beheerskosten van de drie grootste ZBO's: het CVZ, het COTG en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Deze korting loopt op naar f 1,3 mln structureel in 2002, en is onderdeel van de taakstelling voor de collectieve sector uit het Regeerakkoord.

De verdeling van het beheerskostenbudget ZFW vond tot nu toe plaats op historische basis. Per 1 januari 1999 is overgegaan naar een normatieve verdeling over de ziekenfondsen van het beheerskostenbudget ZFW. Objectieve factoren als het aantal verzekerden, hun leeftijd en geslacht, de regio en de verzekeringsgrond bepalen sindsdien het aandeel dat een individueel ziekenfonds uit het macrobudget ontvangt. Om de verschillen tussen de uitkomsten van het oude en het nieuwe systeem te overbruggen geldt een overgangperiode van vier jaar.

8.4 Beleidsvoornemens

We willen het al ingezette beleid om meer helderheid in de structuur van het beheer aan te brengen voortzetten. Daarnaast richten we het beleid in de komende jaren ook op het versterken van het beheer. Dit komt tot uiting in de implementatie van de Wet uitvoeringsorganen, het moderniseren van het toezicht op de zorgverzekeraars en de grotere aandacht voor de werking van het toezicht in de zorgsector. Op financieel terrein zoeken we naar middelen voor doelmatiger beheer. Belangrijke onderwerpen hierbij zijn: de premie-inning voor de ZFW, de opname van het soft-nummer in de AWBZ en de beheerskosten van de zorgkantoren. Ook de reserves van de ziekenfondsen nemen we in beschouwing. Op het ogenblik kunnen verschillen in doelmatigheid tussen ziekenfondsen zowel tot uitdrukking komen in hun reservepositie

als in de hoogte van hun nominale premie. Aangezien de prikkel tot doelmatigheid het grootst is als verschillen vooral in de nominale premie tot uitdrukking komen, zijn de reserves van de ziekenfondsen onderwerp van beleid. Een laatste belangrijk onderwerp van het beleid gericht op het verbeteren van de doelmatigheid is de administratieve lastendruk.

8.4.1 Structuur

8.4.1.1 Implementatie Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid

De Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid brengt onder andere wijzigingen aan in de verhouding tussen het ministerie en de ZBO's in de topstructuur van de zorgsector. De implementatie van de wet grijpen we aan om het aansturen van de ZBO's door het ministerie beter te structureren en te beperken tot de hoofdlijnen: doeltreffende uitvoering van wettelijke taken binnen geldende financiële kaders. Dit vereist onder andere een goede verantwoording door de ZBO's over de wijze waarop zij hun wettelijke taken uitvoeren en hun middelen besteden. Er wordt daarom een toetsingskader ontwikkeld voor de verantwoordingsdocumenten van de ZBO's: het werkprogramma, de begroting, het verslag van werkzaamheden en het financiële verslag. Het is de bedoeling dat in de komende jaren het aansturen door het ministerie en de verantwoording door de ZBO's steeds meer binnen de lijnen van het toetsingskader plaatsvinden.

De implementatie van de Wet uitvoeringsorganen is allereerst bij het inmiddels ingestelde CVZ aan de orde. Bij het vormgeven van dit College is het participatiemodel verlaten. Dat betekent dat er geen vertegenwoordigers van partijen in de zorgsector zitting hebben in het bestuur. We hechten er wel groot belang aan dat het College bij zijn werkzaamheden over de inbreng van betrokkenen beschikt. Dit kan vooral worden gerealiseerd doordat zij deelnemen aan de voorbereidende commissies van het College. Doublures en overlap in overlegsituaties willen we vermijden. Dit betekent dat als we over voorgenomen beleid aan het College een uitvoeringstoets vragen, wij niet tevens overleg zullen voeren met de betrokken partijen. Als partijen zich buiten de onderstructuur tot ons wenden over zaken die tot de taken van het College behoren, dan zullen wij hen in voorkomende gevallen doorverwijzen naar het College.

8.4.1.2 Modernisering en verzelfstandiging toezicht zorgverzekeringen

Om de rol van de CTU in de bewaking van het goed uitvoeren van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ beter tot zijn recht te laten komen, besloot het kabinet in april 1997 om de CTU los te maken van de Ziekenfondsraad. Begin juni 1999 is een wetsontwerp tot verzelfstandiging en modernisering van het toezicht op de uitvoering van de ZFW en de AWBZ voor advies aan de Raad van State voorgelegd. In het wetsontwerp wordt het nieuwe College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de ZFW en de AWBZ door de uitvoeringsorganen.

Rechtmatigheidstoezicht betreft de vraag of de ZFW en AWBZ volgens de regels worden uitgevoerd. Doelmatigheidstoezicht is gericht op de efficiënte en effectieve uitvoering door de uitvoeringsorganen. Tot het doelmatigheidstoezicht behoort nadrukkelijk ook het toezicht op de inspanningen van de uitvoeringsorganen om kwalitatief goede en doelmatige zorg te contracteren. Het tot nu toe gehanteerde principe van getrappt toezicht – het uitvoeringsorgaan controleert de naleving van zijn overeenkomsten met zorgaanbieders, het CTZ houdt toezicht op de uitvoeringsorganen ZFW en AWBZ, de minister houdt toezicht op het CTZ en legt verantwoording af aan het parlement – blijft gehandhaafd.

De kern van het moderniseren van het toezicht is het uitgangspunt dat elk uitvoeringsorgaan zelf verantwoordelijk is voor het totstandbrengen van zijn eigen recht- en doelmatigheid en daarover tijdig verantwoording af moet leggen. In technische zin betekent de modernisering dat de 'toezichtketen' gesloten is en efficiënt is ingericht. Opeenvolgende controleurs maken zo veel mogelijk gebruik van in voorgaande schakels verrichte controles. Met het wetsontwerp wordt het verantwoordingsstraject niet alleen opnieuw ingericht, maar ook versneld. Het CTZ krijgt de wettelijke bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen, het toepassen van bestuursdwang en het onder bewind stellen van een ziekenfonds. Nu ook de informatieverplichtingen voor de uitvoeringsorganen en de toelatingscriteria van ziekenfondsen zijn aangescherpt, is het CTZ goed toegerust om het toezicht in het huidige tijdperk met voortgaande samenwerkingsverbanden tussen publieke zorgverzekeraars met private verzekeringsondernemingen (concernvorming) te waarborgen.

8.4.1.3 Toezicht op de zorgaanbieders

Eerst verantwoordelijke voor het goed functioneren van haar organisatie is de zorginstelling zelf. Behalve de verantwoordelijkheid voor het leveren van verantwoorde zorg zoals omschreven in de Kwaliteitswet zorginstellingen, betreft dit ook het financieel beheer. Het toezicht hierop ligt in handen van het instellingsbestuur of haar Raad van Toezicht. Het functioneren van deze vorm van toezicht wordt op dit moment onder de loep genomen door de commissie-Meurs. Deze commissie, ingesteld op initiatief van het veld zelf, onderzoekt het maatschappelijk ondernemerschap in de zorgsector en de wijze waarop de instellingen daarover op een transparante wijze openbare verantwoording zouden kunnen afleggen. De commissie verwacht in het najaar van 1999 met haar aanbevelingen te komen.

Het financieel beheer van een instelling dient ordelijk en controleerbaar te zijn. Momenteel is een regeling in voorbereiding, gebaseerd op de WTG, met voorschriften omtrent de administratie van instellingen. Doel is vooral een grotere transparantie, hetgeen ook voor het COTG en de zorgverzekeraars van belang is. Voorts zullen, eveneens met het oog op de bevordering van de transparantie, nadere eisen worden gesteld aan de jaarrekening en het jaarverslag van de instellingen. Onder auspiciën van de Raad voor de Jaarverslaggeving brengt de werkgroep-Oosterom hierover advies uit. De eisen aan de jaarrekening zijn ook van belang voor de normering van reserves en voorzieningen. In bijlage A5 is een overzicht opgenomen van de hoogte van de reserves en voorzieningen van instellingen. Het voornemen is om voor de AWBZ per 1 januari 2000 over te gaan tot een systeem waarbij de reserves van instellingen worden gemaximeerd.

Het toezicht op het functioneren van zorgaanbieders berust, wat betreft de kwaliteit van de zorg, bij de IGZ. Verzekeraars sluiten voorts overeenkomsten met de zorgaanbieders betreffende kwaliteit en doelmatigheid en dienen na te gaan of de overeenkomsten worden nageleefd. Het is in het kader van de maatschappelijke ontwikkelingen op het terrein van verantwoording en toezicht van belang dat verzekeraars voldoende accent leggen op de naleving van de gesloten overeenkomsten.

Toezicht maakt deel uit van een gesloten systeem van sturen, beheersen, verantwoorden, toezicht. In dit verband is tevens van belang dat er voldoende adequate sturingsinstrumenten beschikbaar zijn. Met de inwerkingtreding van de Kwaliteitswet zorginstellingen is de mogelijkheid vervallen om in het kader van de toelating voorschriften en beperkingen te stellen. We achten het van belang dit instrument opnieuw invulling te geven. Het betreft voorschriften op grond waarvan gewaar-

borgd is dat toegelaten instellingen de volledige verstrekking leveren waarop verzekerden aanspraak hebben; dat instellingen niet gericht mogen zijn op het maken van winst alsmede nadere voorschriften en beperkingen. Bij de instellingen zal worden gecontroleerd of op voldoende wijze invulling aan de toelatingscriteria wordt gegeven.

8.4.2 Financiën

8.4.2.1 Premie-inning ZFW

De kosten van de premie-inning ZFW zijn de laatste jaren toegenomen. Begin dit jaar heeft het kabinet daarom besloten de voor- en nadelen te verkennen van het innen van de premies ZFW door de belastingdienst. Momenteel gebeurt dit door de uitvoeringsinstellingen in de sociale zekerheid. Een ambtelijke werkgroep van de ministeries van VWS en Financiën heeft de verschillen geanalyseerd tussen de huidige werkwijze bij de premie-inning en de wijze waarop de belastingdienst dit zou kunnen doen. Op basis hiervan zal met andere betrokken organisaties de verkenning worden uitgebreid. We streven ernaar om deze verkenning nog voor het jaar 2000 af te ronden.

8.4.2.2 Invoering Sofi-nummer in de AWBZ

Sinds 1997 wordt er bij het innen van de eigen bijdragen voor intramurale zorg al gebruik gemaakt van het sociaal-fiscaal nummer (sofi-nummer). Dit gebruik berust op een bepaling in het Bijdragebesluit zorg. Met het opnemen van het sofi-nummer in de AWBZ wordt, conform de toezegging van het vorige kabinet, daaraan een formele basis verschaft. Het doel van het opnemen van het sofi-nummer is het doelmatig uitvoeren van de AWBZ te bevorderen. Dat gebeurt door het gebruik van het sofi-nummer in de verzekerdenadministratie van de organen die de AWBZ uitvoeren. Verder achten we het invoeren ervan van belang in verband met het bestrijden van fraude op het terrein van de sociale zekerheid. Met het opnemen van het sofi-nummer in de AWBZ wordt het invoeren van het sofi-nummer in de sociale verzekeringswetten voltooid. De AWBZ vormt wat dat betreft het sluitstuk. Het ontwerp-wetsvoorstel betreffende de invoering van het sofi-nummer AWBZ is in april 1999 ter advisering aan de Registratiekamer voorgelegd.

Bij het invoeren van het sofi-nummer in de AWBZ is tot dusver ook het invoeren van de ontslagdiagnosecode betrokken. Dit betreft het gebruik van die code door ziektekostenverzekeraars in het kader van een doelmatigheidsonderzoek bij hun gecontracteerde medewerkers en instellingen. Het invoeren hiervan vereist de nodige zorgvuldigheid in verband met eisen met betrekking tot het beschermen van persoonsgegevens. Het moet zeker zijn dat het doelmatigheidsonderzoek niet net zo goed kan worden uitgevoerd met gegevens die, anders dan in de ontslagdiagnosecode, niet tot individuele personen herleidbaar zijn. Aangezien dit onderwerp nader onderzoek vereist, hebben we besloten de mogelijke invoering van de ontslagdiagnosecode los te koppelen van het invoeren van het sofi-nummer in de AWBZ.

8.4.2.3 Beheerskosten zorgkantoren

Voor de uitvoering van de AWBZ zijn 31 regionale zorgkantoren aangewezen. Deze zorgkantoren voeren per regio AWBZ-taken uit namens alle uitvoeringsorganen AWBZ. De zorgkantoren hebben tot taak de aanspraken van de verzekerden te waarborgen door contracten te sluiten met aanbieders van zorg. In verband met de zogeheten modernisering van de AWBZ doen zich in deze taak belangrijke veranderingen voor. We willen

dat de zorgkantoren zich ontwikkelen van vooral op de administratie gerichte kantoren naar in de regio actieve onderhandelaars. Daarbij is het goed afstemmen van het zorgaanbod op de vraag van de gebruikers essentieel. Verder zal de taak van de zorgkantoren nog groter worden wanneer in 2001 de verzorgingshuiszorg als verstrekking in de AWBZ is opgenomen.

In 1998 heeft de Ziekenfondsraad vastgesteld dat het macrobeheerskostenbudget voor de zorgkantoren onvoldoende is om de werkelijke kosten van de zorgkantoren te dekken. Uit recent onderzoek (in opdracht van het CVZ verricht door het EIM) blijkt dat het macrobudget moet worden verhoogd om een adequate uitvoering van de taak van de zorgkantoren te kunnen waarborgen. Voor het jaar 1999 is het budget van f 95,9 mln daarom verhoogd met f 13,4 mln. Afhankelijk van de mate waarin de zorgkantoren zich ontwikkelen in de uitvoering van hun nieuwe taken zal de verhoging van het budget oplopen naar f 31 mln in 2001.

De dekking voor deze verhoging is voor een deel gezocht in een productiviteitskorting op het beheerskostenbudget van de ziekenfondsen. Aangezien kortingen op dit budget kunnen leiden tot een verhoging van de nominale premie, is wel afgesproken dat ook de verhouding tussen het beheerskostenbudget ZFW en de feitelijke beheerskosten ZFW onderwerp van onderzoek zal zijn.

8.4.2.4 Reserves ziekenfondsen

Sinds 1991 lopen de ziekenfondsen in het kader van de budgettering daadwerkelijk financieel risico. In samenhang daarmee is per 1 januari 1992 in de Ziekenfondswet de verplichting voor de ziekenfondsen opgenomen om te voldoen aan een minimum solvabiliteitseis. Dit is gebeurd om zeker te stellen dat een ziekenfonds aan zijn verplichtingen kan voldoen. De noodzaak van het vormen van financiële reserves bij ziekenfondsen houdt niet uitsluitend verband met de wettelijke verplichting te voldoen aan de gestelde minimum-solvabiliteitseis. De belangrijkste functie van reservevorming bij ziekenfondsen is het waarborgen van continuïteit in de bedrijfsvoering. Stabilisering van de nominale premies is daarbij een kernelement.

De afgelopen jaren hebben de ziekenfondsen – in verschillende mate – reserves opgebouwd. Mede gelet op het nog onvolledige karakter van de onderlinge concurrentie tussen de ziekenfondsen, heeft het kabinet het verstandig geacht om in de wet ook de mogelijkheid tot het stellen van een maximum aan de reserves van de ziekenfondsen op te nemen. Dit is niet gedaan om reeds gevormde reserves af te romen. De bedoeling is om ziekenfondsen die op dit moment al beschikken over reserves die in hoogte in de buurt liggen van het te stellen maximum, te weerhouden van verdere toevoegingen aan de reserves. Aangezien de opbouw van reserves bij ziekenfondsen voornamelijk plaatsvindt uit nominale premieheffing, kan hiermee worden voorkomen dat de nominale premie bij die ziekenfondsen onnodig hoog wordt vastgesteld. De mogelijkheid om een maximum te stellen aan de reserves van de ziekenfondsen is opgenomen in een wetsvoorstel dat we begin 1999 bij de Tweede Kamer indienden¹. Het wetsvoorstel bevat tevens nieuwe en verbeterde bepalingen voor het budgetteren van ziekenfondsen en de regeling van een financieel gesloten systeem van de ziekenfondsverzekering.

8.4.2.5 Reserves voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering

Naar aanleiding van een hernieuwd debat in de Kamer in 1997 is gewerkt aan een oplossing voor het probleem van de reserves van de vrijwillige ziekenfondsverzekering. Deze verzekering werd in 1986 opgeheven maar de reserves zijn nog altijd niet bestemd. Intensieve besprekingen met

¹ Tweede Kamer 1998–1999, 26 368.

Zorgverzekeraars Nederland hebben er uiteindelijk toe geleid dat de ziekenfondsen die over deze reserves beschikken een vrijwillige overeenkomst hebben gesloten. De overeenkomst is er op gericht om de reserves van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering alsnog in hun geheel op nuttige wijze voor de gezondheidszorg te besteden, zonder dat daarbij sprake is van verstoring van de onderlinge concurrentieverhoudingen. Informatie over de wijze waarop dit geschiedt vormt onderdeel van de stukken die behoren bij de parlementaire behandeling van het wetsvoorstel inzake de maximering van de reserves van de ziekenfondsen (zie 8.4.2.4).

8.4.2.6 Terugdringen administratieve lasten

Terugdringen van de administratieve lasten voor het bedrijfsleven is een van de speerpunten van kabinetsbeleid. Ook in de zorgsector ervaart men onderdelen van regelgeving als (onnodig) belastend. Dit is de reden dat we een traject hebben gestart dat moet leiden tot een reductie van de administratieve lasten in de zorg. Het gaat hierbij om het stroomlijnen van regelgeving die specifiek op de zorgsector van toepassing is. Regels die meer generiek voor alle sectoren in de economie gelden, worden onder de loep genomen in het traject rond de commissie Slechte¹.

De aanpak van de voor de VWS-sectoren relevante regelgeving gebeurt onder de uitdrukkelijke randvoorwaarde dat het beleidsdoel van de desbetreffende regels onaangetast blijft. Waar het hier om gaat is of dat beleidsdoel op een andere, eenvoudige en voor de zorgsector minder belastende, wijze kan worden bereikt. Met andere woorden: (de inrichting van) het zorgstelsel (inclusief de ziektekostenverzekeringen) staat hier niet ter discussie.

Om te beginnen wordt op systematische wijze onderzocht welke regelgeving de zorgsector zelf als belastend ervaart. In het vervolg daarop zullen we concrete voorstellen formuleren gericht op het zoveel mogelijk verminderen van die administratieve lasten. De voorstellen kunnen bijvoorbeeld bestaan uit het stroomlijnen en vereenvoudigen van informatieverplichtingen.

¹ Zie de tussenrapportage van de commissie Slechte 'De papierberg te lijf', mei 1999.

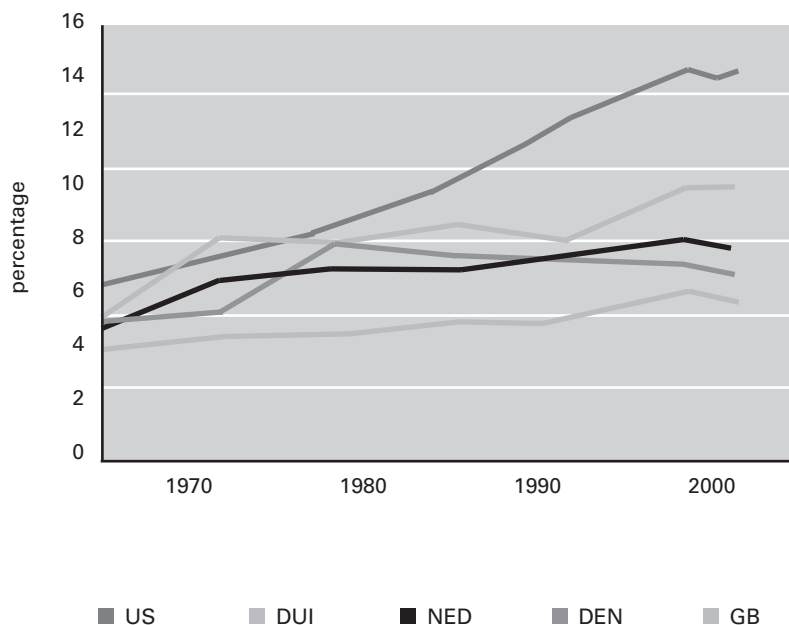
HOOFDSTUK 9 FINANCIERING

9.1 Inleiding

In eerdere hoofdstukken is uitgebreid ingegaan op de uitgaven in de zorgsector. In dit hoofdstuk staat de financiering van de uitgaven in de zorgsector centraal. Paragraaf 9.2 geeft een overzicht van de financieringsbronnen. De paragrafen 9.3 tot en met 9.6 zijn gewijd aan de financiering van respectievelijk de algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ), de ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de uitgaven overheid. Tot slot staat in paragraaf 9.7 een beschrijving van de financiering door eigen betalingen en overige financiering. Uitgebreidere tabellen over de financiering staan in bijlage B9.

De zorgsector krijgt in toenemende mate te maken met Europese ontwikkelingen op het terrein van regelgeving en beleidsconcurrentie. Een internationale vergelijking van de zorguitgaven wint in dit opzicht aan relevantie. De hoogte van de Nederlandse zorguitgaven zijn in Europees perspectief niet uitzonderlijk; zowel als aandeel van het Bruto Binnenlandse Product (BBP) als uitgedrukt per hoofd van de bevolking bevindt de hoogte van de Nederlandse zorguitgaven zich in de middenmoot. Figuur 9.1 geeft op basis van OESO-cijfermateriaal het verloop van de zorgquote (= de zorguitgaven uitgedrukt in % BBP) weer. Het betreft hier de ontwikkeling van de zorgquote voor enkele West-Europese landen en voor de VS sinds de jaren zeventig.

Figuur 9.1 Zorgquote West Europa + VS



Uit de figuur 9.1 blijkt dat de VS een buitengewoon grote stijging van de zorgquote kende in de jaren tachtig en begin jaren negentig. Nederland slaagde er daarentegen in de zorguitgaven als percentage van het BBP redelijk constant te houden, in OESO-termen zo rond de 8,5%. Op basis van de zorguitgaven uit de Zorgnota 2000 (gecorrigeerd voor de decentralisatie van de I/D banen) is er van 1999 tot en met 2002 sprake van een constante zorgquote (van 8,85%).

Nadere verklaringen van de uitgavenverschillen zijn te vinden op het vlak van volume- en prijsontwikkelingen. Nederland dankt de gematigde ontwikkeling in de zorgkosten sinds de jaren tachtig aan relatief lage prijsstijgingen en een gemiddelde volume-ontwikkeling. De VS daarentegen laat gepaard aan de hoge zorguitgaven een relatief grote toename zien in zowel de prijs- als de volumecomponent.

Tabel 9.1 laat zien dat internationale verschillen in financieringswijze aansluiten bij de institutionele karakteristieken van de zorgstelsels. De voor het gemengde Nederlandse zorgstelsel typerende 'financieringsmix' betekent dat er publieke en private elementen in de financiering en productie zijn terug te vinden. Het aandeel eigen bijdragen in de financiering beslaat ten opzichte van andere landen relatief een klein deel, terwijl de private verzekeringen naar Europese maatstaven omvangrijk zijn. De karakterisering van zorgstelsels is gebeurd aan de hand van de overwegende verzekeringsvorm en de mate van regulering. Ook een land als Duitsland valt in deze opvatting in de categorie gemengd.

Tabel 9.1 Financieringskenmerken zorgstelsels¹

	Gemengd zorgstelsel (Ned)	Publiek stelsel (GB)
Aandeel coll. Financiering	+	+
Incentive structuur		
- aandeel eigen bijdragen		-
- aanbodregulering	+	+
- afwentelingsgedrag		
Kostenbeheersing	+	+
Keuzemogelijkheid	+/-	-

1) Een '+' impliceert dat een kenmerk in hoge mate aanwezig is. Een '-' is alleen opgenomen bij een duidelijk lage aanwezigheid van een stelselkenmerk. Middenposities zijn bij het criterium incentive structuur lastig te interpreteren en daarom weggelaten.

Bovenstaande tabel wijst op de samenhang tussen vraagstukken rond de financieringswijze, de institutionele vormgeving en de kostenbeheersing in de zorg. Bij de toekomstige vragen rond de financieringswijze dan wel de stelselinrichting van de zorg is dan ook een gewogen mix aan de orde van (zelf)regulering en marktconformiteit, van publiek en privaat, en van macro-restricties en keuzemogelijkheden.

Gezondheid, gezondheidszorg en economie

Inleiding

De gezondheidszorg levert in twee opzichten een bijdrage aan de economische ontwikkeling. Direct als onderdeel van het BBP en indirect waar de gezondheidszorg economische baten voortbrengt die de groei van het inkomen ondersteunen. Deze informatiebox gaat in op de relaties tussen inkomen, gezondheidszorg en gezondheid (zie ook figuur 9.2).

Inkomen en gezondheid

Inkomen en gezondheid beïnvloeden elkaar positief. De Wereldgezondheidsorganisatie en Joe Stiglitz, econoom en vice-president van de Wereldbank,

constateren dat dit geldt op micro- en macroniveau [WHO (1999), Stiglitz (1999)]. Gezonde individuen zijn beter in staat te werken en dus productiever dan ongezonde individuen. Met meer inkomen is het vervolgens eenvoudiger gezond te leven. Die relatie gaat ook op voor landen. Zo ging in begin jaren negentig de economische neergang in Oost-Europa gepaard met een achteruitgang in gezondheid. Volgens het World Health Report 1999 is ook het omgekeerde waar: een betere gezondheidstoestand leidt tot een structureel hoger groeipad van de economie. Investerings in gezondheid hebben aldus een macro-economische betekenis. Volgens Stiglitz is overheidsingrijpen nodig om te ontkomen aan de 'gezondheidsval': door een laag inkomensniveau lukt het niet om gezond te leven en door de slechte gezondheid die daarvan het resultaat is, lukt het niet een grotere verdiencapaciteit te verwerven. Het gaat daarbij om schoon drinkwater, het aanleggen van riolering et cetera. De analyse van Stiglitz gaat vooral op voor ontwikkelingslanden. Rijke (en dus gezondere) landen richten zich meer op de kwaliteit van het leven en welbevinden. Overigens neemt de incidentie van een aantal ziekten en aandoeningen toe met de welvaart. Denk aan hart- en vaatziekten, kanker, vetzucht, psychische klachten en stress.

Gezondheidszorg en gezondheid

Leefstijl, hygiëne, goede voeding, onderdak en kleding zijn minstens even bepalend voor gezondheidsuitkomsten als uitgaven aan gezondheidszorg. De bestedingen aan gezondheidszorg hebben afnemende meeropbrengsten. Met de bestrijding van infectieziekten als cholera zijn in het verleden tegen lage kosten veel levensjaren gewonnen. De te boeken 'gezondheidswinst per gulden' is gedaald nu mensen pas in gemiddeld een latere levensfase door ziekten worden getroffen. Daarom neemt ook het belang van de vervangende doodsoorzaak toe. Kortom de uitgaven per 'eenheid' gezondheidsverbetering nemen toe.

De grootste stijging in levensverwachting in Nederland had vooral te maken met een daling van de kindersterfte door preventie en gezondheidsbescherming. Tegenwoordig maakt preventie een klein deel uit van de uitgaven. De aandacht is nu vooral gericht op curatieve zorg en verzorging, dus behalve op levensverwachting ook op kwaliteit van leven.

Inkomen en gezondheidszorg

In Nederland vinden we het niet alleen belangrijk dat er goede gezondheidszorg is, maar ook dat deze zorg breed toegankelijk is. De solidariteit tussen rijk en arm en tussen gezond en ongezond vraagt om overheidsingrijpen. De zorguitgaven worden daarom voor een groot deel collectief gefinancierd, via belasting- en premieopbrengsten.

Zorguitgaven leiden tot collectieve lasten. Daardoor stijgen de loonkosten. Dat werkt weer negatief uit op de arbeidsmarkt. De overheid wil daarom de uitgaven beheersen, ook om het verdringen van andere collectieve uitgaven te voorkomen. Een ander punt is het specifieke economische karakter van zorg (oneindige vraag, informatie-asymmetrie, aanbodgestuurde vraag etcetera). Hierdoor vertonen uitgaven sterk de neiging om te groeien. Die groei is ongewenst voorzover die het gevolg is van een aanbodgestuurde

vraag of een tekortschietende incentive structuur. Over de groei van zorguitgaven zegt de Amerikaan Iglehart: one of the key characteristics of all modern economies is that as they prosper, they spend more money for health care' [Iglehart (1999)]. Het terugdringen van ziektes en functiestoornissen vergroot de bewegingsvrijheid van mensen. Economisch gezegd: de welvaart neemt toe omdat actoren meer mogelijkheden krijgen hun nut te maximaliseren. Ze kiezen voor de meest 'lonende' activiteiten. Daarbij kan het ook om onbetaalde activiteiten gaan. Daarnaast genereert de gezondheidszorg een grote vraag naar medische producten. Innovaties die leiden tot kwaliteitsverbetering en doelmatigheidswinst kunnen doorgaans rekenen op een grote (wereld-)markt. Dit impliceert een sterke stimulans voor technologische ontwikkeling. Kennis en/of (bij)producten van dit proces vinden mogelijk hun weg naar andere sectoren, zodat deze er ook van profiteren.

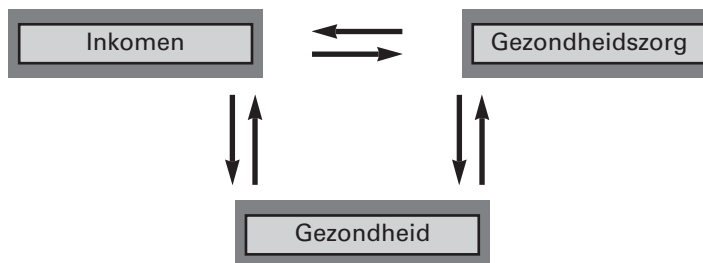
Referenties

Iglehart, J.K (1999), The American Health Care System: Expenditures, The New England Journal of Medicine, vol. 340, no. 1, jan 1999, p 70–75.

Stiglitz, J.E. (1999), 'Public and private financing of health care', introduction held at the iHEA conference, Private and Public Choices in Health and Health Care, held 6–9 June 1999, Rotterdam.

WHO (1999), The World Health Report 1999, 'Making a Difference', Geneva.

Figuur 9.2: De relaties tussen inkomen, gezondheidszorg en gezondheid



9.2 Terreinbeschrijving

Financieringsbronnen

De uitgaven in de zorgsector worden gefinancierd uit de volgende bronnen:

- de AWBZ;
- de ZFW;
- de particuliere ziektekostenverzekeringen, inclusief de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor het personeel van de provincies, de gemeenten en de politie;
- de overheid;
- de eigen betalingen;
- de overige betalingen.

Tabel 9.2 Financiering totaal¹

	1995	1996	1997	1998	1999	2000
AWBZ	25.315,7	18.994,7	23.600,4	24.845,3	26.495,3	28.426,3
ZFW	16.300,7	21.799,8	22.994,9	24.331,6	26.448,8	27.632,0
Particuliere verzekering	7.163,8	9.455,0	9.461,6	9.492,1	10.211,5	10.634,5
Overheid	5.969,0	5.915,7	2.806,7	3.329,3	3.799,5	3.303,7
Eigen betaling AWBZ	1.537,9	1.639,0	3.220,6	3.531,5	3.365,4	3.427,4
Eigen betaling ZFW			500,0	530,0		
Eigen betaling particulier	963,0	1.104,4	1.439,3	1.316,7	1.169,3	1.176,1
Eigen betalingen ongesplitst	2.022,8	2.027,2	53,8	51,6	49,2	49,1
Overige ontvangsten	168,7	191,4	264,4	416,1	393,8	302,6
Totaal Zorgnota 2000	59.441,6	61.127,2	64.341,7	67.844,2	71.932,8	74.951,7
Relatieve aandelen (%)						
AWBZ	42,6	31,1	36,7	36,6	36,8	37,9
ZFW	27,4	35,7	35,7	35,9	36,8	36,9
Particuliere verzekering	12,1	15,5	14,7	14,0	14,2	14,2
Overheid	10,0	9,7	4,4	4,9	5,3	4,4
Eigen betaling AWBZ	2,6	2,7	5,0	5,2	4,7	4,6
Eigen betaling ZFW			0,8	0,8		
Eigen betaling particulier	1,6	1,8	2,2	1,9	1,6	1,6
Eigen betalingen ongesplitst	3,4	3,3	0,1	0,1	0,1	0,1
Overige ontvangsten	0,3	0,3	0,4	0,6	0,5	0,4
Totaal Zorgnota 2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

1) Inclusief maatschappelijke opvang vanaf 1999 en exclusief I/D-banen vanaf 2000

De farmaceutische hulp, de hulpmiddelen, de audiologische hulp, de revalidatiezorg en het erfelijkheidsonderzoek zijn in 1996 vanuit de AWBZ overgeheveld naar de ZFW en de particuliere sector. De totale omvang van de pakketoverheveling in 1996 bedroeg ruim f 7 mld. Deze pakketmaatregelen in 1996 en de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ in 1997 leidden tot duidelijk zichtbare wijzigingen in de relatieve aandelen van de verschillende financieringsbronnen.

De post eigen betalingen is nader onderverdeeld in de eigen betalingen AWBZ, ZFW, particulier en 'eigen betalingen ongesplitst'. De post 'eigen betalingen ongesplitst' bestaat vooral uit eigen betalingen van bewoners van verzorgingshuizen. In 1997 zijn de uitgaven van verzorgingshuizen van de begroting (WBO) naar de AWBZ overgeheveld. Daarom maken de eigen betalingen verzorgingshuizen vanaf 1997 deel uit van de eigen betalingen AWBZ. De post 'overige betalingen' betreft de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS behorende tot zorg.

Tabel 9.3 Indeling naar zorgcompartimenten (%)

		2000
Eerste compartiment		44
waarvan: eigen betalingen	4	
Tweede compartiment		53
waarvan: eigen betalingen	2	
Derde compartiment		3
Totale zorg		100

De uitgaven voor chronisch zorgbehoevenden in het eerste compartiment bedragen 44% van de totale zorguitgaven. De relatieve omvang van de uitgaven van het basispakket geneeskundige zorg, het tweede compartiment, is 53%. Het derde compartiment omvat de zorg waarvoor de burgers zelf wordt geacht (financiële) verantwoordelijkheid voor te dragen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om niet-wettelijke uitgaven voor fysiotherapie en tandheelkunde, niet-noodzakelijke cosmetische chirurgie en klassenverpleging. Van de totale zorguitgaven behoort 3% tot het derde compartiment zorg.

9.3 AWBZ

Raming 1999 en 2000

In de onderstaande tabel staan de realisatie 1998 en de ramingen 1999 en 2000 van de via de AWBZ gefinancierde uitgaven. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven gedekt uit eigen betalingen zijn in het bovenste deel van de tabel niet meegenomen. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven die gefinancierd worden via de AWBZ.

Tabel 9.4 Uitgaven gefinancierd via AWBZ

	1998	1999	2000	Mutatie (%) 1999-2000
Gezondheidsbevordering	579,5	631,6	658,7	4,3
Curatieve somatische zorg	615,7	441,6	441,8	0,0
ziekenhuizen	555,5	378,8	382,1	0,9
extramuraal	60,2	62,8	59,7	-4,9
Genees- en hulpmiddelen	52,6	24,1	24,1	0,0
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	4.683,1	5.085,8	5.278,7	3,8
Gehandicapten	5.722,3	6.106,5	6.144,5	0,6
Verpleging en verzorging	12.879,0	13.857,6	14.227,4	2,7
ouderenzorg	9.920,8	10.436,2	10.791,9	3,4
thuiszorg	2.958,2	3.421,4	3.435,5	0,4
Beheer en diversen	313,1	348,1	1.651,1	-
Totaal (exclusief eigen betalingen)	24.845,3	26.495,3	28.426,3	7,3
Eigen betalingen	3.531,5	3.365,4	3.427,4	1,8
Totaal (inclusief eigen betalingen)	28.376,8	29.860,7	31.853,7	6,7

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1998 op 1999. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. In 1999 is het resultaat van de meerjarenafspraken volledig verwerkt. De daling bij curatief somatische zorg komt voort uit de overheveling van APZ'en naar de geestelijke gezondheidszorg.

De loon- en prijsstijging van 1999 op 2000 is nog niet toegevoegd aan de sectoren, maar geparkeerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën. Verder geldt dat een deel van de aanvullende intensiveringen voor 2000 ook nog op de aanvullende post staat. Met name bij de Verpleging en verzorging zal de groei daarom uiteindelijk hoger uitvallen dan in tabel 9.4 gepresenteerd.

Tabel 9.5 Premiestelling AWBZ

	1998	1999	2000
Uitgaven	28.376,8	29.860,7	31.853,7
Inkomsten	27.811,3	31.555,8	31.928,3
waarvan premieopbrengsten	24.032,4	27.739,4	28.500,2
waarvan eigen betalingen	3.531,5	3.365,4	3.427,4
waarvan rijksbijdrage	264,1	469,2	12,5
Exploitatiesaldo	-565,5	1.695,2	74,6
Vermogen Algemeen Fonds	-639,9	1.055,3	1.129,8
Vermogensnorm	963,0	1.224,0	1.256,0
Vermogenssaldo	-1.602,9	-168,7	-126,2
Premieplichtig inkomen (mld)	256,5	268,1	278,6
Procentuele premie	9,60%	10,25%	10,25%

In het JOZ 1999 werd bij de premiestelling het doel nagestreefd om de helft van het per ultimo 1998 bestaande vermogenstekort in 1999 weg te werken. Naar huidige inzichten lijkt het vermogenstekort in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) per ultimo 1999 reeds grotendeels weggewerkt te zijn.

Dit lagere vermogenstekort is de resultante van een hoger feitelijk vermogen ultimo 1997 en meevallende exploitatiesaldi in 1998 en 1999. Het feitelijk vermogen van het AFBZ komt hierdoor ultimo 1999 f 1,0 mld hoger uit dan in het JOZ 1999. Vanwege veranderingen in het betalingspatroon is het noodzakelijk gebleken om het normvermogen fors opwaarts bij te stellen. Per saldo komt het vermogenstekort per ultimo 1999 hierdoor uit op f 0,2 mld., f 0,5 mld lager uit dan de f 0,7 mld uit het JOZ 1999.

De AWBZ-premie komt in 2000 uit op 10,25%. Dit komt overeen met de AWBZ-premie in 1999. De gelijkblijvende premie is het resultaat van tegengestelde ontwikkelingen.

De door premies te dekken AWBZ-uitgaven groeien in 2000 sterker dan het premieplichtige inkomen. Om de uitgavenontwikkeling op te vangen is een premiestijging (van ongeveer 0,45%) nodig. Verder is in het kader van lastenbeeld 2000 besloten de rijksbijdrage AWBZ geheel terug te trekken en gelijktijdig de AWBZ-premie met 0,15% te verhogen.

De AWBZ-premie kan op het niveau van 10,25% gehandhaafd blijven. De premies in 2000 worden namelijk veel minder boven lastendekkend niveau (0,03%) dan in 1999 (0,63%). Dit leidt tot een daling van de premie met 0,6%.

Regresrecht AWBZ

Op 1 juli 1999 is de Wet invoering en versterking regresrecht in AWBZ en ZFW in werking getreden. Hiermee is voldaan aan de wens een effectief verhaalsrecht in de sociale ziektekostenverzekeringen te realiseren. Met uitzondering van de Algemene Ouderdomswet (AOW) en de Algemene Kinderbijslagwet (AKW) is hiermee het verhaalsrecht in alle sociale verzekeringswetten verankerd. Het regresrecht geeft de uitvoeringsorganen van de sociale verzekeringen het recht om de kosten van een door hen verstrekte uitkering, verleende zorg of verstrekking, te verhalen op degene die door zijn onrechtmatig handelen er de oorzaak van is dat een verzekerde een beroep moet doen op een bepaalde sociale verzekering.

De Wet invoering en versterking regresrecht in AWBZ en ZFW legt het regresrecht primair neer bij de uitvoeringsorganen AWBZ. Daarnaast maakt deze wet collectivering van regres in de AWBZ mogelijk door het College voor zorgverzekeringen (CVZ). Het CVZ kan collectief regres nemen door namens de uitvoeringsorganen AWBZ de schade voor een toekomstige periode te laten afkopen door de gezamenlijke schadeverzekeraars. Het CVZ voert hiertoe onderhandelingen met het Verbond van Verzekeraars. Deze onderhandelingen kunnen uitmonden in een overeenkomst over een door de schadeverzekeraars, via het Verbond van Verzekeraars, aan het CVZ te betalen afkoopsom. Individueel regres in de AWBZ blijft echter ook mogelijk¹. Een uitvoeringsorgaan AWBZ moet dan – voor het begin van de onderhandelingen tussen het CVZ en het Verbond van Verzekeraars – aan het CVZ te kennen geven dat het zelf het regresrecht wil blijven uitvoeren. Het laat zich aanzien dat het merendeel van de uitvoeringsorganen AWBZ niet voor individueel regres zal opteren.

Op basis van mededelingen van de zijde van het CVZ wordt voor 1999 en 2000 een regresopbrengst verwacht van respectievelijk f 15 mln en f 30 mln. Voor de daaropvolgende jaren zullen het CVZ en het Verbond van Verzekeraars op basis van reële schadegegevens, volgens een nog te ontwikkelen model, tot een overeenkomst komen. Voor 2001 en 2002 is een oplopende regresopbrengst voorzien van respectievelijk f 45 mln en f 60 mln. De opbrengsten uit regres zijn verwerkt in de tabellen 9.4 en 9.5 onder de regel eigen betalingen.

9.3.1 De AWBZ op lange termijn

De betaalbaarheid van de AWBZ op lange termijn vormt een thema waar van diverse zijden, waaronder de Tweede Kamer², aandacht voor wordt gevraagd. Deze aandacht vloeit voort uit de opwaartse druk van de demografische ontwikkeling op de zorguitgaven.

9.3.1.1 Uitkomsten onderzoeken

Diverse instellingen hebben de houdbaarheid van de AWBZ onderzocht. De resultaten van deze onderzoeken zijn niet volledig eensluidend, maar ze signaleren kostenstijgingen op de langere termijn als gevolg van de vergrijzing. In het FOZ 1996 is reeds aandacht besteed aan deze problematiek. Afzonderlijke scenario's zijn opgesteld met betrekking tot de omvang van de groei van de zorgconsumptie tot 2 020. Bij een combinatie van pessimistische prognoses voor de economische ontwikkeling en een hoge groei van de zorgconsumptie stijgen de AWBZ-premielasten op lange termijn behoorlijk. Onder meer de huidige steun voor een gematigde

¹ Amendement Weekers, Tweede Kamer 1998–1999, 26 238, nr. 10.

² Concreet betreft dit de Toezegging aan het Parlement gedaan op 19-11-1997 (Tweede Kamer 26 – p. 1996).

loonontwikkeling maakt de gehanteerde pessimistische prognose van de economische ontwikkeling minder waarschijnlijk. Verder voorziet het op termijn beoogde vraaggerichte sturingsmodel voor de AWBZ geen ongebreidelde stijging van de zorgconsumptie. Bij het lange termijn beeld van de premie-lasten bij ongewijzigd beleid, is de stijging ten opzichte van het premie-niveau van de jaren negentig voorlopig zeer gematigd, te weten een stijging van 0,5%-punt van 1995 tot 2020. Hierbij is verondersteld dat gebruik en productiviteit zich ontwikkelen zoals in het verleden en dat de lonen in de AW Z-sector zich conform de marktsector ontwikkelen.

Het CPB laat in haar zogeheten Intergeneratie Rekeningen zien dat regelingen als de AWBZ niet permanent ongewijzigd kunnen worden voortgezet. Het CPB heeft berekend dat het collectief gefinancierde deel van de zorguitgaven onder bepaalde aannames stijgt van 8,7% BBP in 1995 via 9,8% in 2 020 naar 13,2% in 2 040 (een stijging met 4,5%-punt). Deze toename slaat vanaf 2 015 voor het grootste deel neer in de AWBZ. De houdbaarheid van de regelingen kan zeker worden gesteld door aanpassingen van regelingen zelf, maar ook door een potentiële oplossingsrichting als de verhoging van de arbeidsparticipatie.

In het tiende rapport van de Studiegroep Begrotingsruimte (1997) zijn onder meer de financiële gevolgen van de vergrijzing in kaart gebracht. De totale vergrijzings-problematiek komt voor de zorg uit op ongeveer 2% BBP in 2 040 indien met de huidige stand van de zorgconsumptie wordt gerekend. Het scenario dat rekening houdt met de toekomstige welvaarts-ontwikkeling schat de extra kosten voor de zorg op 4,5% BBP in 2040.

De SER (1999) geeft in een onlangs verschenen rapport de gevolgen van de vergrijzing voor de kosten van de gezondheidszorg weer. Ook dit rapport meent dat de zorgquote oploopt tot boven de 13% BBP in 2040. De demografische component leidt tot een geleidelijke jaarlijkse groei van zorguitgaven van ongeveer 1%-punt. Nuancering van de lange termijn houdbaarheid van de uitgaven gebeurt door de toekomstige AWBZ-uitgaven te relateren aan de koopkrachtontwikkeling. Het ligt in de rede dat bij een verbeterde koopkrachtpositie van ouderen het maatschappelijk draagvlak voor een groter aandeel eigen betalingen toeneemt (SER 1999, p. 140). De wijze waarop maatschappelijke preferenties en koopkracht zich ontwikkelen, en hoe dit in de financieringssysteem tot uiting komt, zijn dan ook bepalend voor de houdbaarheid van de (premielasten) AWBZ.

9.3.1.2 Conclusie

Bij ongewijzigd beleid stijgen de toekomstige AWBZ-uitgaven. In relatie tot andere sociale zekerheidslasten zoals de WW, de wens tot het stimuleren van de arbeidsparticipatie, en de toekomstige koopkrachtpositie van ouderen, is de houdbaarheid van de AWBZ-premielasten over de hier beschouwde perioden lastig te interpreteren. Voorts spelen er op dit moment vele ontwikkelingen op het terrein van de AWBZ. Zo beogen de Modernisering van de AWBZ en de toepassing van benchmarking de doelmatigheid en doeltreffendheid van de AWBZ-zorg te vergroten. Dit kan leiden tot een betere betaalbaarheid. Ook de nog te entameren stelseldiscussie kan mutaties teweeg brengen. In dit licht zal de betaalbaarheid van de premielasten van de AWBZ met gepaste zorg worden benaderd.

Bronnen: CPB (1997), Centraal Economisch Plan 1997, ministerie van VWS (1995), Financieel Overzicht Zorg 1996; SER (1999), gezondheidszorg in het licht van de toekomstige vergrijzing; Studiegroep Begrotingsruimte (1997), Op weg naar Begrotingsevenwicht, 10e Rapport SGB.

9.4 Ziekenfondswet

9.4.1 Ziekenfondsbudgettering

De verstrekkingenbudgettering binnen de Ziekenfondswet (ZFW) heeft tot doel ziekenfondsen te stimuleren tot een doelmatige en flexibele uitvoering van de Ziekenfondswet. De laatste jaren is de inzet van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport erop gericht om op verantwoorde wijze de financiële verantwoordelijkheid van ziekenfondsen te vergroten. Dit is gekoppeld aan de gedachte dat de 'sturende rol van de verzekeraars' moet worden vergroot.

Uitgangspunt daarbij is dat verzekeraars een grotere rol gaan spelen bij het maken van afspraken met zorgaanbieders over omvang, kwaliteit en prijs van zorg. Het streven is gericht op een betere aansluiting van deze afspraken met de zorgvraag; doelstelling is het bereiken van doelmatige zorg.

De versterking van de sturende rol van verzekeraars heeft betrekking op een toename van zowel bestuurlijke als financiële verantwoordelijkheden, en is een onderdeel van het sturingsconcept dat uitgaat van financieel risicodragende verzekeraars, waardoor deze een rol krijgen toebedacht bij het bereiken van kostenbeheersing in de gezondheidszorg. Dit wordt bereikt binnen een systeem van risicodragende verstrekkingenbudgettering. Hiervan uitgaande is het verantwoord om de rol van verzekeraars te versterken bij het maken van afspraken met zorgaanbieders over omvang, kwaliteit en prijs van zorg. Tegenover deze grotere vrijheden op het terrein van afspraken met zorgaanbieders staan grotere financiële risico's (verantwoordelijkheden).

Het systeem van verstrekkingenbudgettering is reeds een aantal jaren in ontwikkeling. Jaarlijks vinden aanpassingen plaats ter verbetering van de kwaliteit van dit systeem. Deze aanpassingen worden voorbereid door middel van het uitvoeren van onderzoeken, gebaseerd op gegevensmateriaal van de ziekenfondsen zelf. Ook in 1998 hebben (vrijwel alle) ziekenfondsen gegevensbestanden aangeleverd voor dergelijke onderzoeken. Net als in voorgaande jaren zijn deze onderzoeken begeleid door de Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM). Bij deze onderzoeken is met name veel aandacht uitgegaan naar de toepasbaarheid van een verzekeringsgrondcriterium, en het verfijnen en verbeteren van het regiocriterium. Daarnaast is onderzoek verricht naar de budgettering van het onderdeel specialistische hulp, en is een evaluatie uitgevoerd van de in 1997 ingevoerde hoge kostenverevening (HKV).

Op grond van de uitkomsten van deze onderzoeken heeft de WOVM advies uitgebracht aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de aanpassing van het verdeelmodel voor het jaar 1999. Het advies van de WOVM heeft er mede toe geleid dat het verdeelmodel in 1999 onder andere op de volgende punten is aangepast ten opzichte van het model 1998:

- De nacalculatie op het deelbudget overige verstrekkingen is verlaagd van 15% naar 0%.
- De overschadegrens van de hoge-kosten verevening (HKV) is verhoogd van f 4 500,- tot f 7 500,-.
- Het arbeidsongeschiktheids criterium is vervangen door een verzekerings-grondcriterium.
- Bij de toepassing van het regiocriterium wordt de indeling van de omgevingsadressendichtheid (de OAD-indeling) gehanteerd op postcodeniveau (en niet meer op gemeenteniveau).
- Specialistische hulp wordt als zelfstandig deelbudget afgerekend. Kosten van specialisten in loondienst worden berekend met een instellings specifieke (fictieve) looncomponent van het verpleegtarifief.

Vooralsnog is gekozen voor een nacalculatiepercentage van 95%. Ook in 1999 wordt een ambitieus onderzoeksprogramma uitgevoerd dat een aantal nieuwe thema's bevat.

Het eerste belangrijke onderwerp betreft de wijze van vaststellen van het deelbudget ziekenhuisverpleging en specialistische hulp. Het NZi voert onderzoek uit naar de vormgeving van een nieuwe budgetteringssystematiek voor deze onderdelen, gericht op het zelfstandig kunnen vaststellen van het deelbudget vaste kosten ziekenhuisverpleging. Deze stap is noodzakelijk om de incentivestructuur bij de budgettering van kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp te verbeteren. Naar verwachting zal dit tot aanpassingen van het budgetmodel leiden met ingang van het jaar 2001.

In de tweede plaats wordt onderzoek gedaan naar de vraag of het geneesmiddelengebruik van verzekerden een voorspellende waarde heeft voor toekomstige ontwikkelingen. De gedachte is dat verzekerden met een bepaalde aandoening herkenbaar zijn aan de hand van declaraties van voorschriften van middelen waarvan bekend is dat die voor de betreffende aandoening worden voorgeschreven. De eerste fase van het onderzoek kan waarschijnlijk in 1999 worden afgerond. De vraag of het aanbeveling zou verdienen om een gezondheidsvariabele, gebaseerd op geneesmiddelengebruik, in het verdeelmodel op te nemen, kan pas worden beantwoord na de tweede fase van het onderzoek, die in 2000 zal worden afgerond.

Een derde hoofdpunt betreft de gezamenlijke wens van overheid en ziekenfondsen om het belang van herberekeningen op de individuele ziekenfondsbudgetten, die achteraf plaatsvinden, te beperken en daarmee de budgetzekerheid vooraf te versterken. Onderzocht wordt daartoe of de verevening in zijn geheel kan vervallen in ruil voor een nieuw verdeelcriterium gebaseerd op historische kosten. Dit criterium zou naast de reeds bestaande normatieve verdeelcriteria voor de variabele budgetonderdelen een rol kunnen spelen in het verdeelmodel. Sommige door ziekenfondsen nauwelijks te beïnvloeden factoren, zoals de omvang van het zorgaanbod, de consumptiegeneigdheid, of gezondheidsverschillen die niet met behulp van de bestaande verdeelkenmerken kunnen worden gekwantificeerd, kunnen samenhangen met feitelijke kostenpatronen uit het verleden.

Een aantal resterende vraagstukken omtrent de verfijningmogelijkheden van de regiofactor komt eveneens aan bod.

Ten slotte hebben de leden van de WOVM aandacht gevraagd voor de technische vormgeving van het model. Het betreft de huidige wijze waarop gewichten berekend worden voor de verdeelcriteria 'leeftijd', 'geslacht', 'verzekeringsgrond', en 'regio'. Vraag is of het overweging verdient te werken met een additief in plaats van met een multiplicatief model. Er wordt nagegaan in hoeverre bij het toepassen van het huidige model sprake is van systematische onder- en overcompensatie van bepaalde verzekerdersgroepen door de toepassing van verzekeringsgrond- en regiogewichten, en HKV.

Verzekeraars zijn op lokaal en regionaal niveau verantwoordelijk voor het stimuleren van doelmatigheid in onder meer de genees- en hulpmiddelenvoorziening. De doelmatigheid van de genees- en hulpmiddelenvoorziening kan door verzekeraars worden beïnvloed via de regie over de inkoop, de budgettering van polklinisch voorgeschreven geneesmiddelen en via het bevorderen van doelmatig gedrag van voorschrijvers en afleveraars, onder meer via lokaal en regionaal overleg in FTTO-verband.

Drie maatregelen zijn genomen om de verzekeraars meer armslag te geven ten aanzien van de beoogde regierol bij de inkoop van geneesmiddelen: de generieke ontheffing van het verbod op eigen apotheken, de opheffing van het verbod op loondienst van de apotheker en de opheffing van het verbod op extramuraal afleveren door ziekenhuisapotheken (Initiatiefwet-Oudkerk, die momenteel aanhangig is in de Eerste Kamer). In het kader van het project MDW-geneesmiddelen wordt nagegaan welke belemmeringen er verder nog zijn voor het streven naar meer marktwerking bij de inkoop van geneesmiddelen en hoe deze kunnen worden weggenomen.

Voorts is met verzekeraars onderzocht welke andere (juridische) belemmeringen zij tegen kunnen komen op deze weg. Gebleken is dat het aantal knelpunten dat landelijk aangepakt dient te worden beperkt is, en bovendien oplosbaar. Hierbij gaat het om:

- het scheppen van ruimte voor verzekeraars om een bonus/malusregeling of een andere incentive toe te passen bij het stimuleren van doelmatiger voorschrijven en afleveren;
- het verbeteren van de informatievoorziening over voorschrijver, geneesmiddel en diagnose in verband met de wenselijkheid van goede terugkoppeling over het voorschrijfgedrag;
- het transparant maken van de 'derde geldstroom' vanuit de industrie naar zorgaanbieders, en
- een verplichting tot voorschrijven op stofnaam en afleveren van het goedkoopste product.

Hierbij moet echter worden aangetekend, dat bij het grootste deel van de aangedragen problemen niet zozeer sprake is van juridische belemmeringen, maar veeleer van praktische belemmeringen die in de uitvoeringspraktijk moeten worden opgelost.

9.4.2 Ziekenfondsverzekering

Raming 1999 en 2000

Onderstaande tabel geeft de realisatie 1998 en de raming 1999 en 2000 van de via de ZFW gefinancierde uitgaven weer. Het betreft hier netto-uitgaven. De uitgaven gedekt uit eigen betalingen staan niet in het bovenste deel van de tabel. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven die gefinancierd worden via de ZFW.

Tabel 9.6 Uitgaven gefinancierd via ZFW

	1998	1999	2000	Mutatie (%) 1999-2000
Gezondheidsbevordering	0,0	0,7	0,7	0,0
Curatieve somatische zorg	17.952,5	19.297,3	19.524,8	1,2
ziekenhuizen	12.379,4	13.550,9	13.730,6	1,3
specialisten	1.761,4	1.738,1	1.751,2	0,8
vervoer	524,6	478,5	483,9	1,1
extramuraal	3.287,1	3.529,8	3.559,1	0,8
Genees- en hulpmiddelen	5.832,8	6.022,0	6.052,7	0,5
Verpleging en verzorging	35,0	0,0	0,0	-
thuiszorg	35,0	0,0	0,0	-
Beheer en diversen	511,3	1.128,8	2.053,9	-
Totaal (exclusief eigen betalingen)	24.331,6	26.448,8	27.632,0	4,5
Eigen betalingen	530,0	0,0	0,0	
Totaal (inclusief eigen betalingen)	24.861,6	26.448,8	27.632,0	4,5

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1998 op 1999. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. In 1999 is het resultaat van de meerjarenafspraken volledig verwerkt. De loon- en prijsstijging van 1999 op 2000 is nog niet toegevoegd aan de sectoren, maar geparkeerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën.

Bij de uitgaven voor de ZFW speelden in de afgelopen jaren veranderingen in de kring van verzekerden een belangrijke rol. Ook in de komende jaren zal dit het geval zijn. Naar aanleiding van het Regeerakkoord 1998 is afgesproken dat de zelfstandigen met winstinkomen verplicht worden verzekerd via de ZFW voorzover hun belastbaar inkomen minder bedraagt dan f 41 200,-. De premiegrens is gelijk aan de toelatingsgrens. Zelfstandigen zijn, naast de nominale premie, een procentuele premie verschuldigd gelijk aan het werkgevers- plus het werknemersdeel van de ZFW-premie. Het belastbaar inkomen is leidend. Dit houdt in dat als het belastbaar inkomen meer bedraagt dan f 41 200,- maar het looninkomen minder dan f 64 300,- (loongrens ZFW) de zelfstandige het ziekenfonds verlaat. De belastingdienst is verantwoordelijk voor de toelating en de inning van de procentuele premie.

Ten opzichte van de huidige ZFW zijn de volgende zaken nieuw:

- het belastbaar inkomen is grondslag voor toelating en heffing;
- de belastingdienst is verantwoordelijk voor de toets tot toelating en heffing;
- de toelatings- en premiegrens zijn gelijk.

De instroom van nieuwe ziekenfondsverzekerden als gevolg van het wetsvoorstel bedraagt ongeveer 400 000 personen terwijl ongeveer 120 000 personen uitstromen. Om de in het Regeerakkoord afgesproken stabiliteit ten aanzien van de omvang van het aantal ziekenfondsverzekerden te handhaven wordt de loongrens gedurende een aantal jaren met de prijsindex geïndexeerd zodat de uitstroom uit hoofde hiervan uiteindelijk gelijk is aan de instroom van zelfstandigen. Hierdoor zullen ongeveer 280 000 personen uit de ZFW stromen.

Ongeveer $\frac{3}{4}$ van de zelfstandigen die met de maatregel te maken krijgt, zal een positief koopkracht-effect ondervinden. Per saldo zou als gevolg van de in- en uitgaande stromen verzekerden (zelfstandigen en maatregelen loongrens) een beperkte partiële premieverhoging met 0,2%-punt nodig zijn geweest. Ter voorkoming van deze premiestijging heeft het kabinet besloten de rijksbijdrage ZFW met f 0,4 mld te verhogen. Deze verhoging is verwerkt in de premiestelling voor 2000.

Tabel 9.7 Premiestelling Ziekenfondswet

	1998	1999	2000
Algemene kas			
Uitgaven	23.034,3	23.345,1	25.099,0
Inkomsten	22.103,1	24.178,9	27.148,5
waarvan premieopbrengsten	14.887,9	17.623,6	19.878,4
waarvan rijksbijdrage	6.287,0	6.133,8	6.771,8
Exploitatiesaldo	-931,2	833,8	2.049,6
Vermogen Algemene Kas	-3.863,5	-3.029,7	-980,1
Vermogensnorm	-616,0	-945,1	-1.097,5
Vermogenssaldo	-3.247,5	-2.084,6	117,4
Individuele fondsen			
Uitgaven	24.619,4	26.247,8	27.431,0
Inkomsten	24.565,6	26.414,6	28.262,6
Exploitatiesaldo	-53,8	166,8	831,6
Premieplichtig inkomen (mld)	226,7	239,5	246,7
Procentuele premie werkgevers	5,60%	5,85%	6,35%
Procentuele premie werknemers	1,20%	1,55%	1,75%
Nominale premie (gld)	216	396	410
waarvan rekenpremie	157	296	310

In het JOZ 1999 werd bij de premiestelling het doel nagestreefd om de helft van het per ultimo 1998 bestaande vermogenstekort in 1999 weg te werken. Naar huidige inzichten lijkt het vermogenstekort in de Algemene Kas van de Ziekenfondsverzekering per ultimo 1999 hoger uit te vallen dan in JOZ 1999 was beoogd.

Dit hogere vermogenstekort hangt samen met een lager feitelijk vermogen ultimo 1997 alsmede hogere uitgaven en lagere inkomsten in 1998 en 1999. Het feitelijk vermogen van de Algemene Kas ZFW komt hierdoor ultimo 1999 f 1,4 mld lager uit dan in het JOZ 1999. Vanwege veranderingen in het betalingspatroon is het noodzakelijk gebleken om het normvermogen fors neerwaarts bij te stellen. Per saldo komt het vermogenstekort per ultimo 1999 hierdoor uit op ruim f 2,1 mld, f 1,2 mld slechter dan de f 0,9 mld uit het JOZ 1999.

De ZFW-premie komt in 2000 uit op 8,1%. Hiervan komt 6,35% ten laste van werkgevers en 1,75% van werknemers. De totale ZFW-premie stijgt hiermee 0,7% ten opzichte van de 7,4% in 1999. De premiestijging van 0,7% is het resultaat van meerdere ontwikkelingen. De door premies te dekken ZFW-uitgaven groeien in 2000 sterker dan het premieplichtige inkomen. Om de uitgavenontwikkeling op te vangen is daarom een premiestijging (van 0,2%) nodig.

De hiervoor gemelde wijzigingen in de kring van verzekerden leiden tot een tekort in de ZFW van 0,4 mld. Om dit op te vangen is besloten de rijksbijdrage ZFW met dit bedrag te verhogen. Hierdoor gaat er van de genoemde veranderingen geen effect op de premiestelling meer uit. Het kabinet streeft er naar het vermogenstekort dat naar huidige verwachting f 2,2 mld per ultimo 1999 bedraagt per ultimo 2000 weg te werken.

Om dit te bereiken is een premie nodig die 0,83% boven lastendekkend niveau ligt. De premie 1999 is 0,35% boven lastendekkend niveau. De ZFW-premie dient om het vermogenstekort per ultimo 2000 weg te werken derhalve 0,48% te stijgen.

In 1999 is de nominale ziekenfondspremie met f 128,- verhoogd in samenhang met het afschaffen van de algemene eigenbijdrageregeling in de ZFW en het afschaffen van de toegangsbijdrage thuiszorg. Bij de premiestelling 2000 beweegt de nominale rekenpremie – grosso modo – in dezelfde verhouding mee met de uitgavenontwikkeling. De nominale rekenpremie neemt vanwege dit endogene effect toe met f 14,- in 2000 tot f 310,-.

Spreiding nominale premies

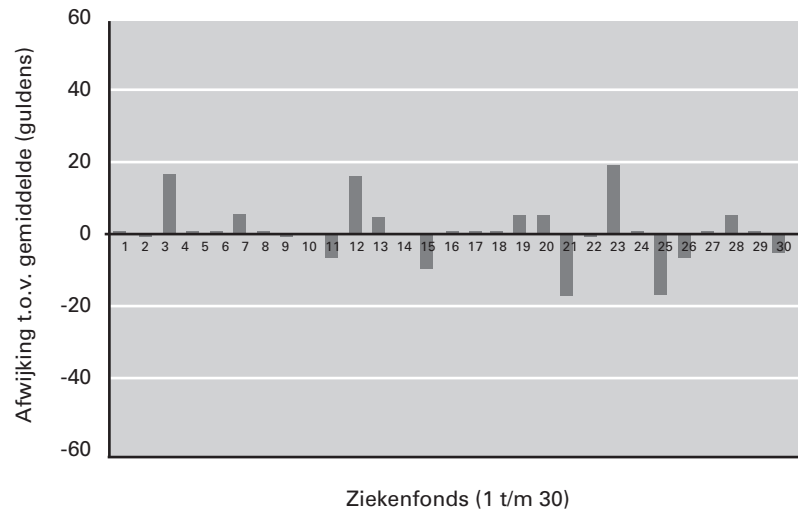
De hoogte van de gemiddelde nominale premie varieerde de afgelopen jaren door verschillende ontwikkelingen. De meest in het oog springende oorzaak is het invoeren en afschaffen van de Algemene Eigen Bijdrage in de Ziekenfondswet. Het invoeren ging gepaard met een verlaging van de nominale premie van f 110,-. Per 1 januari 1999 is de Algemene Eigen Bijdrage na een tweejarig bestaan weer afgeschaft. Dit verhoogde de premie.

Uit tabel 9.8 blijkt dat vanaf 1996 de bandbreedte tussen de hoogste en laagste nominale premie is toegenomen. Figuur 9.3 en figuur 9.4 laten achtereenvolgens de spreiding van de hoogte van de nominale premies van alle 30 ziekenfondsen (ten opzichte van het gewogen gemiddelde) zien voor de jaren 1996 en 1999. Door afnemende percentages nacalculatie en verevening nam de risicodragendheid van de ziekenfondsen toe, hetgeen in de spreiding tot uitdrukking komt. Daarmee is de prikkel tot doelmatigheid vergroot. Een ondoelmatig ziekenfonds moet een hogere nominale premie heffen waardoor het een deel van zijn verzekerden kan kwijtraken.

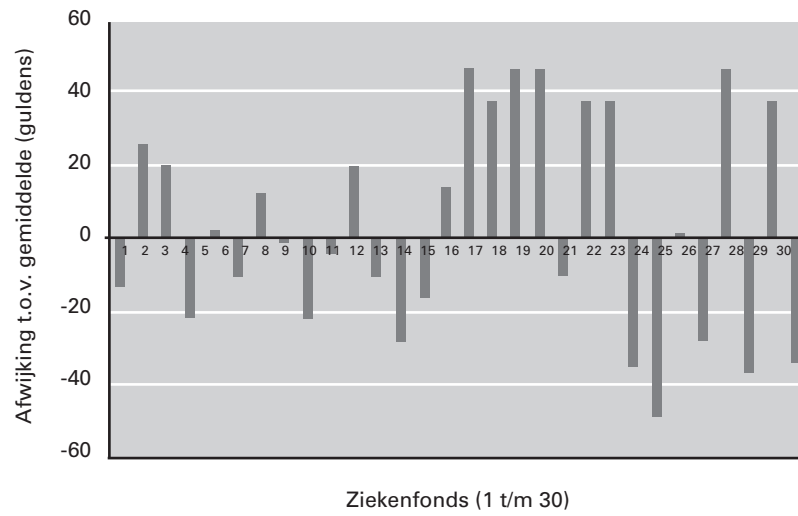
Tabel 9.8 Hoogte van de gemiddelde nominale premie

	1996	1997	1998	1999
Gemiddelde nominale premie	343	216	216	394
Bandbreedte tussen hoogste en laagste nominale premie	36	95	95	96

Figuur 9.3 Spreiding van de nominale premies in 1996



Figuur 9.4 Spreiding van de nominale premies in 1999



9.5 Particuliere ziektekostenverzekering

De onderstaande tabel geeft de realisatie 1998 en de raming 1999 en 2000 weer van de via de particuliere ziektekostenverzekeringen gefinancierde uitgaven. Het gaat daarbij om de uitgaven van publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren, om privaatrechtelijke maatschappijpolissen en om privaatrechtelijke omslagregelingen. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven gedekt uit eigen risico zijn niet meegenomen in het bovenste deel van de tabel. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen. In deze tabel is rekening gehouden met de in- en uitstroom van verzekerden als gevolg van het indexeren van de loongrens gedurende een aantal jaren met de prijsindex en het wetsvoorstel om zelfstandigen onder de ziekenfondswet te brengen (zie ook paragraaf 9.4.2).

Tabel 9.9 Uitgaven gefinancierd via particuliere ziektekostenverzekeringen

	1998	1999	2000	Mutatie (%) 1999-2000
Curatieve somatische zorg	6.597,9	7.192,7	7.196,3	0,0
ziekenhuizen	4.317,4	4.761,4	4.765,8	0,1
specialisten	876,3	903,9	905,4	0,2
vervoer	160,1	152,4	151,9	-0,3
extramuraal	1.244,1	1.375,0	1.373,2	-0,1
Genees- en hulpmiddelen	1.887,5	1.947,5	1.939,8	-0,4
Beheer zorgverzekeringen	1.006,7	1.071,3	1.498,3	-
Totaal (exclusief eigen betalingen)	9.492,1	10.211,5	10.634,5	4,1
Eigen betalingen	1.316,7	1.169,3	1.176,1	0,6
Totaal (inclusief eigen betalingen)	10.808,8	11.380,8	11.810,6	3,8

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1998 op 1999. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. In 1999 is het resultaat van de meerjarenafspraken volledig verwerkt. De loon- en prijsstijging van 1999 op 2000 is nog niet toegevoegd aan de sectoren, maar geparkeerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën.

Tabel 9.10 Uitgaven en inkomsten particuliere ziektekostenverzekeringen

	1998	1999	2000
Uitgaven	9.492,1	10.211,5	10.634,5
Inkomsten	9.255,0	10.101,7	10.730,2
Exploitatiesaldo	-237,1	-109,8	95,7

De hierboven weergegeven uitgaven kunnen worden afgezet tegen de inkomsten. De raming van de premieontvangsten in tabel 9.10 is mede gebaseerd op de veronderstelling dat er voor de maatschappijpolissen (exclusief WTZ en MOOZ) een gemiddelde premie mutatie per verzekerde zal optreden van 10,7% in 1999 en 7,5% in 2000. De gemiddelde premie mutatie in 2000 is het resultaat van een verwachte kostenstijging van circa 5% per verzekerde en de verwachting dat verzekeraars nog een inhaalslag zullen plegen voor voorgaande jaren. De uiteindelijke particuliere premie stellen de afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen zelf vast. Deze premie is dus onder andere afhankelijk van de mate waarin verzekeringsmaatschappijen een inhaalslag zullen plegen.

De opbouw van de omslagbijdrage 1999

Op basis van de CPB-raming in de MEV gaat de WTZ-omslagbijdrage in 2000 omlaag van f 408 naar f 398 per jaar per volwassen particulier verzekerde van 20 tot 65 jaar. Een opbouw staat in tabel 9.11.

Tabel 9.11 Opbouw WTZ-omslagbijdrage 2000

	WTZ-bijdrage (mln per jaar)		WTZ-omslagbijdrage (gld per jaar)	
	1999	2000	1999	2000
a. Uitgaven	2.620,0	2.724,0		
b. Premie-inkomsten	1.382,0	1.474,0		
c. Tekort	1.238,0	1.250,0	347	350
d. Wegwerken resterend tekort 1998/opbouw voorziening ex Art 16	218,0	171,0	61	48
e. Totaal	1.456,0	1.421,0	408	398
f. Volwassenequivalenten (mln)			3,567	3,567

Tekort

Het WTZ-omslagtekort loopt ten opzichte van 1999 in geringe mate op (raming f 12 mln) als gevolg van een grotere stijging van de uitgaven dan van de premie-inkomsten. In de premie-inkomsten is voor 2000 de laatste stap verwerkt van het gelijktrekken van de WTZ-maximumpremie voor personen van 65 jaar en ouder met die voor personen jonger dan 65 jaar (doorvoeren restant laatste 'Van Otterloo-tientje').

Voorziening

Door de inwerkingtreding van de WTZ 1998 worden met ingang van het jaar 1999 de tekorten in de WTZ in hetzelfde jaar omgeslagen. Het omslagtekort 1998 is uit de destijds gevormde voorziening betaald, maar deze was onvoldoende hoog om het gehele tekort 1998 te dekken. In de WTZ 1998 is vastgelegd dat het resterende tekort in drie jaar (1999, 2000, 2001) zal worden ingelopen. Het resterende tekort per ultimo 1998 bedroeg f 353 mln. Hiervan wordt in 1999 f 128 mln ingelopen. Het daarna resterende tekort van f 225 mln moet worden verwerkt in de omslagbijdragen voor de jaren 2000 en 2001.

De WTZ 1998 verplicht daarnaast (artikel 16) tot het vormen van een voorziening ter dekking van nauwelijks schadebedragen indien de omslagregeling op enig moment zou worden beëindigd. Voor de hoogte van de voorziening wordt uitgegaan van een bedrag ter grootte van 2-maanden schade. In de toelichting bij de WTZ 1998 is opgenomen dat de opbouw van de voorziening geleidelijk kan plaatsvinden en zal beginnen nadat het resterende tekort over 1998 is weggewerkt. Door een meevallende financiële ontwikkeling in de omslagregeling over 1999 wordt in dat jaar feitelijk meer dan $\frac{1}{3}$ deel van het tekort 1998 ingelopen en bestaat daarnaast ruimte voor het reeds gedeeltelijk opbouwen van de voorziening ex artikel 16 (f 90 mln). Voor 2000 wordt een ontwikkeling in dezelfde richting verwacht. In de raming van de omslagbijdrage voor 2000 is een bedrag van f 48,- verwerkt voor het inlopen van het resterende tekort 1998, respectievelijk het opbouwen van de voorziening ex artikel 16. Voor 1999 was dit bedrag f 61,-.

9.6 Overheid

De uitgaven van de overheid betreffen een optelsom van de uitgaven van Rijk, provincies en gemeenten. Het zijn hier netto-uitgaven. De uitgaven van het Rijk die gedekt worden uit niet-belastingontvangsten zijn niet meegenomen in het bovenste deel van de tabel. Deze uitgaven worden geboekt onder overige betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven gefinancierd door de overheid.

Tabel 9.12 Uitgaven gefinancierd via overheid

	1998	1999	2000	Mutatie (%) 1999-2000
Gezondheidsbevordering	954,8	959,8	942,5	-1,8
Curatieve somatische zorg	1.289,4	1.380,4	1.357,9	-1,6
ziekenhuizen	1.051,4	1.142,4	1.119,9	-2,0
vervoer	0,0	0,0	0,0	
extramuraal	238,0	238,0	238,0	0,0
Genees- en hulpmiddelen	19,2	15,8	15,5	-1,9
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	490,3	540,2	556,5	3,0
Beheer en diversen	575,6	844,0	372,0	-
Totaal (exclusief eigen betalingen)	3.329,3	3.799,5	3.303,7	-13,0
Eigen betalingen	416,1	393,8	302,6	-23,2
Totaal (inclusief eigen betalingen)	3.745,4	4.193,3	3.606,3	-14,0

De uitgavendaling bij 'beheer en diversen' is het saldo van twee tegengestelde ontwikkelingen. Met ingang van 2000 worden de ID-banen overgeheveld naar gemeenten. Als gevolg hiervan dalen de uitgaven met 0,5 mld. Daarnaast wordt vanaf 2000 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post 'beheer en diversen' gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld.

9.7 Eigen betalingen en overige financiering

Deze paragraaf geeft een overzicht van de eigen betalingen en de overige financiering. De eigen betalingen bestaan uit de volgende categorieën:

- de eigen bijdragen AWBZ;
- de eigen bijdragen ZFW (in 1999 afgeschaft);
- het algemeen eigen risico aan de voet bij privaatrechtelijke particulier verzekerden;
- eigenbijdrageregelingen bij de publiekrechtelijke verzekeringen voor ambtenaren.

De laatste twee posten staan in de tabel onder de post particulier.

Daarnaast is in de tabel een post overige financiering opgenomen. Deze post bestaat voor een deel uit de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS en uit de eigen betalingen ongesplitst. De post eigen betalingen ongesplitst betreft eigen betalingen die betaald zijn door ZFW-verzekerden of particulier verzekerden.

Tabel 9.13 Eigen betaling en overige financiering

	1998	1999	2000	Mutatie (%) 1999-2000
AWBZ	3.531,5	3.365,4	3.427,4	1,8
- Curatieve somatische zorg	7,2	0,0	0,0	
- Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	215,2	224,8	220,5	-1,9
- Gehandicapten	544,0	557,2	557,3	0,0
- Ouderenzorg	2.332,5	2.368,4	2.377,8	0,4
- Thuiszorg	432,6	200,0	204,0	2,0
ZFW	530,0	0,0	0,0	
Particulier	1.316,7	1.169,3	1.176,1	0,6
- Curatieve somatische zorg	1.103,2	734,8	740,1	0,7
- Genees- en hulpmiddelen	205,5	206,5	207,5	0,5
- Beheer en diversen	8,0	8,0	8,0	0,0
Overig	467,7	443,0	351,7	-20,6
- Gezondheidsbevordering	2,1	2,8	1,5	-46,4
- Curatieve somatische zorg	51,6	49,2	49,1	-0,2
- Beheer en diversen	414,0	391,0	301,1	-23,0
Totaal	5.845,9	4.977,7	4.955,2	-0,5

De belangrijkste wijzigingen ten aanzien van de post eigen betalingen betreffen het afschaffen van de algemene eigen bijdragen ZFW en het afschaffen van de toegangsbijdrage thuiszorg in de AWBZ per 1 januari 1999, waartoe is besloten in het Regeerakkoord 1998 en het aanpassen van de lage eigenbijdrageregeling AWBZ per 1 juli 1999.

Aanpassing lage intramurale eigenbijdrageregeling

Sinds 1997 bestaat een inkomensafhankelijke regeling voor de lage intramurale bijdragen AWBZ. Deze regeling geldt bij kortdurend verblijf én bij langdurige opname als de partner niet is opgenomen. De maximaal verschuldigde bijdragen liggen vast in een tabel met vijf inkomensklassen. De praktijk leerde dat de lage eigen bijdragen een behoorlijke financiële last vormen, met name voor mensen met een thuiswonende partner en/of kinderen. Daarom is in het Regeerakkoord 1998 vastgelegd dat dit probleem verzacht moet worden.

De problemen met de lage inkomensafhankelijke eigen bijdrage bleken divers en niet terug te voeren op specifieke situaties of bijzondere kostenposten in de thuissituatie. Daarom is bij het zoeken van een oplossing niet uitgegaan van de introductie van vrijlatingen (aftrekposten) voor specifieke groepen, maar is gekozen voor een wijziging voor de hele groep waarop de lage bijdrage van toepassing is. Een uitgangspunt is bovendien geweest dat de (geïndexeerde) minimumbijdrage van f 215,- gehandhaafd blijft. Dit bedrag spaart de opgenomen verzekerde uit aan eten en drinken en bestond al vóór 1 januari 1997.

Met ingang van 1 juli 1999 is een belangrijke verandering van de inkomenstabel ingevoerd. In de nieuwe inkomenstabel blijven de bijdragen per maand, afgezien van indexatie, gehandhaafd. Deze bijdragen worden echter betaald door zorgvragers met een hoger bijdrageplichtig inkomen (een soort netto-inkomen). In de oude tabel kon de te betalen bijdrage oplopen tot bijna 30% van het bijdrageplichtig inkomen. In de nieuwe tabel zijn de inkomensklassen verbreed zodat in

alle gevallen een redelijker percentage wordt bereikt. Daardoor wordt nu, met een minimum van f 215,- per maand, maximaal 15% van het bijdrageplichtig inkomen betaald.

Inkomensreparatie 65-plussers voor intramurale hoge bijdrage
De intramurale eigen bijdrage AWBZ wordt jaarlijks per 1 juli aangepast op basis van meer recente inkomensgegevens. Vanaf 1 juli 1999 is het jaarinkomen van 1998 bepalend voor de te betalen hoge eigen bijdrage. Per 1 juli 1999 zijn de eigen bijdragen van 65-plussers behoorlijk verhoogd. Dit hangt vooral samen met het netto-inkomensvoordeel van de verhogingen van de specifieke fiscale ouderenaftrekken in 1998. Vanaf 1 juli 1999 wordt dit netto-voordeel deels afgeroomd via hogere bijdragen. Dit leidde er vooral bij alleenstaande 65-plussers toe dat het vrij besteedbaar inkomen na het betalen van de bijdrage in juli 1999 lager is dan in januari 1999. Het kabinet heeft besloten deze inkomensachteruitgang te repareren.

Belastbaar inkomen en eigen bijdrage AWBZ

In het rapport 'Armoede en armoedeval' heeft de commissie Derksen aanbevolen om door het harmoniseren van inkomensafhankelijke regelingen de controleerbaarheid en overzichtelijkheid daarvan te vergroten, de administratieve belasting van burgers en overheid te verkleinen en de cumulatie van eigen bijdragen af te vlakken. De commissie stelt daartoe voor om in alle inkomensafhankelijke regelingen het belastbaar inkomen als inkomensbegrip te nemen. Het vorige kabinet heeft deze aanbeveling overgenomen (TK, 1997-1998, 24 515, nr. 39).

In de AWBZ bestaan er drie inkomensafhankelijke eigenbijdrageregelingen: de eigen bijdragen thuiszorg, de lage intramurale eigen bijdragen en de hoge intramurale eigen bijdragen. In de thuiszorg wordt vanaf 1 januari 1997 gewerkt met het belastbaar inkomen als draagkrachtcriterium. De intramurale eigen bijdragen zijn gebaseerd op een inkomen dat enigszins overeenkomt met het netto-inkomen zoals dat op loonstrookjes voorkomt. Voor de eigenbijdrageregeling voor intramurale AWBZ-zorg moet worden onderzocht wat precies het effect zal zijn van de overgang op het belastbaar inkomen. Deze zomer heeft het EIM het onderzoek 'De invoering van het belastbaar inkomen in het Bijdragebesluit zorg' afgerond. Een van de conclusies van het rapport is dat op dit moment controle van inkomensgegevens niet mogelijk is als gevolg van het ontbreken van de benodigde gegevens. Het gaat hierbij vooral om het niet beschikbaar zijn van meer gedetailleerde informatie over het huishoudinkomen en persoonsgegevens van de thuiswonende partner. De onderzoekers raden aan alle relevante (inkomens)gegevens geautomatiseerd op te slaan bij de zorgkantoren. Vervolgens kunnen deze gegevens centraal worden samengevoegd en worden gebruikt voor enerzijds het controleren van de gegevens bij de belastingdienst en anderzijds het doen van beleidsmatig onderzoek.

De problemen bij de beschikbare gegevens vormen ook een belemmering bij het onderzoeken van de inkomensgevolgen en budgettaire gevolgen van het invoeren van het belastbaar inkomen als grondslag in de intramurale eigenbijdrageregelingen. In de bestaande systematiek is de verschuldigde lage eigen bijdrage gebaseerd op het netto besteedbaar inkomen. De verschuldigde hoge eigen bijdrage is globaal gesteld gelijk aan het netto besteedbaar inkomen minus het zak- en kleedgeld. In variant 1 in het EIM-rapport is het netto besteedbaar inkomen gesubstitueerd door het

belastbaar inkomen. Hierdoor neemt de opbrengst van de intramurale eigen bijdragen toe met bijna f 300 mln. Er resulteren echter zeer uiteenlopende positieve en negatieve inkomenseffecten die zeer fors kunnen zijn (tientallen procenten). Een alternatieve benadering is om het belastbaar inkomen weer terug te rekenen naar het huidige inkomensbegrip. In variant 2 in het EIM-rapport is gekozen voor deze benadering; de onderzoekers hebben echter geen rekening kunnen houden met specifieke fiscale aftrekposten. Ook hier zijn dus gedetailleerde inkomensgegevens noodzakelijk. De tweede variant leidt eveneens tot omvangrijke positieve en negatieve inkomenseffecten en de opbrengst van de intramurale eigen bijdragen neemt af met ruim f 395 mln. Om het belastbaar inkomen op zorgvuldige wijze in de intramurale eigenbijdrageregelingen op te nemen, moet de opslag van de gegevens worden verbeterd. Waarschijnlijk zal bovendien enige tijd een schaduwstelsel nodig zijn om alle inkomenseffecten te onderkennen en zo mogelijk tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Het EIM-onderzoek is aangeboden aan de Tweede Kamer (30 juni 1999, nr. MEVA-99 447). In het najaar van 1999 wordt de Kamer geïnformeerd over de te nemen vervolgstappen. Bij het eventueel invoeren van het belastbaar inkomen als grondslag moet overigens ook rekening worden gehouden met de gevolgen van het belastingstelsel 21ste eeuw.

Voorts is van belang dat het CVZ EIM heeft gevraagd onderzoek te doen naar de beheerskosten bij mogelijke varianten voor de al dan niet centrale inning van de intramurale eigen bijdragen. Dit onderzoek wordt een vervolg op een eerder onderzoek naar beheerskosten voor de AWBZ ('Toekomstige beheerskosten AWBZ-zorgkantoren', EIM; maart 1999). Ondertussen is het CVZ verzocht bij de verdere rapportages over de zorgkantoren in het perspectief van de modernisering van de AWBZ ook aandacht te besteden aan de noodzaak dat de geautomatiseerde administratie van de zorgkantoren wordt aangepast in verband met de hiervoor genoemde problemen.

