

Vergaderjaar 1999–2000

27 113

Voorjaarsbrief Zorg 2000

Nr. 3

## VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 14 juni 2000

Onderstaande in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> vertegenwoordigde fracties hebben er behoefte aan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister en staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de Voorjaarsbrief Zorg 2000 (27 113, nr. 1).

Deze vragen zijn met de door de bewindsvrouwen verstrekte antwoorden hieronder afgedrukt.

### Vragen PvdA-fractie

1

*De minister schrijft dat de cijfers over financiering van Ziekenfondswet en AWBZ niet aangepast hoeven te worden ten opzichte van de Najaarsbrief Zorg 1999. Betekent dit dat het ministerie een half jaar geleden in staat is geweest precies te ramen hoe de f 70 mld die besteed wordt aan de zorg zich het afgelopen jaar heeft ontwikkeld, en daarmee dus een half jaar geleden een feilloos inzicht had in de invloed van externe factoren (voorschrijfgedrag, nieuwe middelen, doorverwijsgedrag) die deze uitgaven beïnvloeden? (blz. 2)*

De term «het budgettaire beeld», die in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 gebruikt wordt, verwijst naar de uitgaven die onder het netto Budgettair Kader Zorg vallen. Het financieringsbeeld (paragraaf 6 van de brief) is wel degelijk aangepast voor de CvZ-cijfers.

Het merendeel van de f 65 mld uitgaven die onder het netto BKZ vallen, betreft uitgaven van gebudgetteerde sectoren. Bij de bepaling van de hoogte van deze uitgaven in 1999 is dan ook voornamelijk informatie over de gerealiseerde budgetten van belang, afkomstig van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). Deze informatie is begin juni beschikbaar gekomen en zal in de zomermaanden geanalyseerd worden. De Zorgnota 2001 zal de uitkomsten van deze «afrekening» weergeven. De uitgaven van de niet-gebudgetteerde sectoren in 1999 worden eveneens in de zomermaanden afgerekend. Ten tijde van het schrijven van de Voorjaarsbrief Zorg 2000 waren slechts voorlopige cijfers van één van de bronnen, het College voor Zorgverzekeringen (CvZ), beschikbaar. Uit deze cijfers bleek niet, gegeven het voorlopige karakter en de afwezigheid van

<sup>1</sup> Samenstelling:

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

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

cijfers van andere bronnen, dat een bijstelling van de in de Najaarsbrief Zorg 1999 gepresenteerde ramingen noodzakelijk was.

De afrekening in de zomer van de uitgaven 1999 zal laten zien in hoeverre de raming perfect is geweest. In de raming is impliciet het effect van externe factoren opgenomen. Zelfs een perfecte uitkomst impliceert niet een feilloos inzicht in de invloed van deze factoren.

2

*Waarom is, zoals in de Voorjaarsbrief Zorg wordt gemeld, slechts f 8 mln van de f 50 mln die beschikbaar was voor de bestrijding van wachtlijsten in de cure niet besteed? Waarom staat in de rapportage Meerjarenafspraken dat ook die f 8 mln niet geheel is besteed? Waarom staan in de Voorjaarsbrief Zorg en Rapportage Meerjarenafspraken verschillende uitspraken ten aanzien van de bestede middelen voor de bestrijding van de wachtlijsten in de cure? (blz. 5)*

De extra f 50 mln voor wachtlijsten cure 1999 kon, gezien het late tijdstip, slechts voor f 8 mln in 1999 worden besteed. Deze f 8 mln heeft betrekking op het honoreren van de in het voorjaar 1999 in het kader van de wachtlijsten gemaakte productieafspraken voor het deel dat deze zorgvraag de voor 1999 beschikbare reguliere wachtlijstmiddelen te boven ging. De resterende f 42 mln is via een overheveling in het jaar 2000 beschikbaar gesteld.

Aangezien er vanuit werd gegaan dat de voor 1999 gemaakte productieafspraken inzake het wegwerken van wachtlijsten ook daadwerkelijk volledig gerealiseerd zouden worden, zou de f 8 mln ook daadwerkelijk besteed, dat wil zeggen in de ziekenhuisbudgetten verwerkt, zijn.

In de rapportage Meerjarenafspraken is op basis van een eerste analyse door het CTG van de in 1999 gemaakte productieafspraken en de realisatie daarvan, geconcludeerd dat het zich laat aanzien dat de voor de f 8 mln gemaakte productieafspraken mogelijk niet volledig in 1999 zijn gerealiseerd en het bedrag daarmee niet volledig tot besteding is gekomen. Bij het trekken van deze conclusie was en is voorzichtigheid geboden omdat de gegevens over de nacalculatie van de wachtlijstmiddelen voor de medisch specialisten pas in september 2000 worden verwacht.

3

*Waarom heeft de minister besloten om het uitgavenkader te verhogen in verband met de extra uitgaven voor de honorering van medisch specialisten in academische ziekenhuizen? (blz. 9)*

De extra uitgaven vloeien voort uit het akkoord over de honoreringsregeling voor medisch specialisten in de academische ziekenhuizen, tussen vertegenwoordigers van de instellingen en de specialisten. Het akkoord is een goede opmaat voor het verder ontwikkelen van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf in de algemene ziekenhuizen. De ministerraad heeft eind 1999 besloten de instellingen via hun budgetten te compenseren voor deze hogere uitgaven.

De betreffende maatregel werkt technisch zodanig door dat zowel de uitgaven als de (fiscale) inkomsten voor het Rijk hoger uitvallen. Hiervoor is in een technische operatie statistisch gecorrigeerd om onnodige belasting van het kader te voorkomen.

4

*Hoeveel bedragen de reserves in de sector verpleging en verzorging? Hoeveel van deze reserves zal in 2000 worden ingezet ten behoeve van de aanpak van de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging (blz. 6)*

Zijn er voor de AWBZ-instellingen inmiddels bindende afspraken gemaakt met betrekking tot de normering van de instellingsreserves? Zo nee, waarom niet? Zo ja, welke afspraken zijn er gemaakt?

Het eigen vermogen van de verpleeghuizen in enge zin bedroeg in 1997 (zie Zorgnota 2000, bijlage A5) bijna f 350 mln. Onder het eigen vermogen in enge zin verstaat men kapitaal, reserve aanvaardbare kosten en overige reserves. Cijfers over 1998 tonen een dalende tendens. Voor de verzorgingshuizen zijn geen gegevens bekend met betrekking tot reserves. Met de sector verpleging en verzorging is afgesproken om voor de aanvullende productie die niet gepaard gaat met bouw de reserves in te zetten. Bij het maken van de productieafspraken wordt door het zorgkantoor de positie van de reserve aanvaardbare kosten en het overige niet vreemde vermogen betrokken.

Voor de sector thuiszorg is met Zorgverzekeraars Nederland afgesproken dat er allereerst aanvullende productieafspraken gemaakt worden ten laste van de RAK, indien deze RAK boven de 5% van de aanvaardbare kosten ligt.

Over bindende afspraken met betrekking tot normering van reserves vindt overleg plaats met betrokken partijen.

5

*Welke consequenties heeft de behoedzame raming voor 2000 voor de trekkingsrechten voor de meldingsbouw voor de komende jaren?*

*Kan een meerjarig overzicht worden gegeven van de vrijval in de bouw over de afgelopen jaren en de budgettaire consequenties die dit heeft voor de komende jaren?*

*Waarom heeft de minister de aanbevelingen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen ten behoeve van het oplossen van achterblijvende bouw in de zorgsector niet overgenomen? (blz. 7)*

De behoedzame raming heeft voor trekkingsrechten voor de meldingsbouw in komende jaren geen enkele consequentie. De trekkingsrechten worden aan instellingen toegekend op basis van de bouwkundige staat van de gebouwen (met uitzondering van instellingen voor gehandicaptenbeleid, waar gekozen is voor een ongedifferentieerd ingroei-traject). De behoedzame raming is een inschatting, op basis van NZi onderzoek, van de mate waarin instellingen over de jaren gebruik zullen maken van de hun toegekende trekkingsrechten.

Voor een overzicht van de vrijval in de vergunnings- en meldingsbouw wordt hier verwezen naar de Zorgnota 2001.

De vrijval van middelen die in 2000 beschikbaar zijn voor meldingsbouw hebben geen relatie met de aanbevelingen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ). De aanbevelingen die het CBZ in enkele signaleringstoetsen heeft geformuleerd beogen de realisatie van bouwprojecten die via de vergunningprocedure van de Wet ziekenhuisvoorzieningen lopen te versnellen. De aanbevelingen zijn vooral gericht op een soepeler toepassing van de bouwprioritering, het afwegingssysteem waarmee vergunningplichtige bouw wordt gerealiseerd. De meldingsmiddelen staan ter beschikking van de instellingen om daarmee hun instandhoudingsinvesteringen te bekostigen. In 1996 is de meldingsregeling in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen aanpast. De instellingsbesturen hebben de bevoegdheid gekregen zelf te bepalen op welk moment, op welke wijze en in welke omvang ze hun instandhoudingsinvesteringen doen. Dit is wel afhankelijk van de hoogte van de opgebouwde trekkingsrechten. Vrijval in deze middelen ontstaat doordat de instellingen ervoor kiezen hun instandhoudingsinvesteringen later te realiseren dan ze op basis van de Zorgnota en op basis van de WTG-beleidsregel instandhoudingsinvesteringen beschikbaar gestelde middelen zouden kunnen. Uitstel past binnen hun bevoegdheden. Voor-

alsnog levert dit uitstel ook voor mij geen beleidsmatige problemen op. De middelen blijven voor de instellingen beschikbaar voor investeringen in latere jaren. Het is de verantwoordelijkheid van het instellingsbestuur om te zorgen voor een kwalitatief goed in stand gehouden infrastructuur. Hierop kan ik hen ook aanspreken.

6

*Waarom worden de ICT-investeringen precies uitgegeven? Wat wordt bedoeld met de zin «een extra investering in de voorwaarden voor het gemeenschappelijk gebruik van kennis»?*

*Kunt u een beschrijving geven van de knelpunten op het terrein van ICT waarmee zorgaanbieders kampen? Hoeveel extra middelen zijn hiervoor per sector nodig? Zijn deze bedragen beschikbaar gesteld? (blz. 7)*

De extra f 110 mln voor ICT in de zorg is bestemd voor het hele zorgterrein. Over de exacte invulling van de extra middelen vindt momenteel overleg plaats. Op dit moment is nog geen exact inzicht te geven in welke sector de middelen ingezet zullen worden, welke prestaties daartegenover dienen te staan en wat de bijdragen van zorgaanbieders en verzekeraars zijn. Hierover zal de Tweede Kamer nog nader worden geïnformeerd in de Zorgnota 2001. Daarbij zal dan tevens een zo volledig mogelijk overzicht worden gegeven van de reeds lopende ICT-projecten/trajecten.

De extra middelen zullen op hoofdlijnen worden besteed aan standaardisatie, investeren in infrastructuur, wachtlijstregistratie in de AWBZ-sectoren en het elektronisch voorschrijven van geneesmiddelen ingebed in de informatiesystemen voor beroepsbeoefenaren. De extra middelen kunnen ook een bijdrage leveren aan de versnelling van de gegevensaanlevering ten behoeve van de jaarverslaglegging.

Gebleken is overigens dat verzekeraars bereid zijn tot cofinanciering hetgeen ook de inzet van VWS is en zal blijven. Uit de voorgenomen bestedingsrichting valt op te maken dat dit gericht zal zijn op het creëren van de voorwaarden voor het gemeenschappelijk gebruik van informatie in de zorgsector.

#### **Vragen VVD-fractie**

7

*In de Najaarsbrief 1999 staat aangegeven dat er op de geneesmiddelenpost f 332 mln aan overschrijdingen heeft plaatsgevonden (f 230 mln hogere groei, f 102 mln besparingsverliezen). In het jaar 2000 is er sprake van f 400 mln extra kosten voor de hogere groei en f 185 mln voor besparingsverliezen (f 120 mln vertraging maatregelen en f 65 mln buiten WTG-middelen). Kan eenvoudigweg worden geconcludeerd dat in mei 2000 het bedrag dat aan geneesmiddelen wordt toegevoegd al bijna is verdubbeld ten opzichte van 1999? Zo ja, kan de minister dit toelichten? (blz. 3)*

De f 400 mln die in 2000 aan het kader geneesmiddelen wordt toegevoegd komt voort uit een aanpassing van de basisgroei van 8,5% naar 11%. Deze aanpassing is gebaseerd op inzichten in de realisatie van 1998 en 1999. De overschrijding in 1999 is voor een belangrijk deel toe te schrijven aan de onderschatting van de basisgroei.

De structurele doorwerking van deze overschrijding (zijnde f 230 mln) is derhalve ook onderdeel van de f 400 mln die in 2000 is toegevoegd. De besparingsverliezen (f 120 mln vertraging maatregelen Koopmans en f 65 mln buiten-WTG-middelen) worden met name veroorzaakt door de beperkte mogelijkheden van de overheid het gedrag van voorschrijvers direct te beïnvloeden. Bovendien kost de gedragsverandering tijd. Door de commissie de Vries is er op gewezen dat met beide aspecten bij de uitwerking van het plan Koopmans onvoldoende rekening is gehouden. Er kan

dus niet worden geconcludeerd dat het bedrag dat wordt toegevoegd bijna is verdubbeld ten opzichte van 1999.

8

*De raming van de kostenontwikkeling van geneesmiddelen zoals weergegeven in de Zorgnota 2000 moet worden bijgesteld van 8,5% naar 11%. Dit betekent dat de kostenbeheersing op het geneesmiddelendossier niet is gehaald. Kan de minister per ramingsveronderstelling van het WKG-rapport aangeven welk besparingsbedrag men verwachtte en wat deze uiteindelijk heeft opgebracht? Kan de minister in een schematisch overzicht weergeven welke nieuwe medicijnen verantwoordelijk zijn voor de hogere uitgavengroei, en welke middelen vaker zijn voorgeschreven? Kan tevens gespecificeerd worden aangeven welke budgettaire consequentie dit heeft gehad? Wat is het effect geweest van het EVS op het aantal voorgeschreven geneesmiddelen? Hebben de extra uitgaven voor geneesmiddelen beleidsmatige consequenties voor het EVS? (blz. 4)*

In het WKG rapport zijn voor de kostenontwikkeling tot en met 2002 een drietal ramingsveronderstellingen opgenomen:

- korting apotheekhoudenden (f 150 mln)
- effecten verzekeraarsbudgettering (f 120 mln)
- niet toelaten nieuwe geneesmiddelen (f 700 mln)

De eerste ramingsveronderstelling is ingevuld met een concrete maatregel (clawback kortingen en bonussen apotheekhoudenden). De opbrengst van deze maatregel komt overeen met de ramingsveronderstelling.

De verzekeraarsbudgettering is in 1998 en 1999 verder aangescherpt. Vanaf 1 januari 1999 zijn de verzekeraars volledig risicodragend voor de overige verstrekkingen (waar de geneesmiddelen onderdeel van uit maken).

De effecten daarvan op de uitgaven zijn moeilijk afzonderlijk te kwantificeren. Vaak overlappen de kostenbeheersingsmaatregelen van de verzekeraars met die van de overheid. De opbrengsten staan dan reeds geboekt bij de overheidsmaatregelen. Tevens is duidelijk geworden dat het kostenbeheersingsbeleid van de verzekeraars zich nog volop in ontwikkeling bevindt. Een netto effect van f 120 mln lijkt dan ook optimistisch.

De derde ramingsveronderstelling was gebaseerd op een blijvende sluiting van bijlage 1B. Zoals bekend is bijlage 1B per 1 februari 1999 heropend. Tot dat moment was er sprake van een geclausuleerde toelating op bijlage 1B voor aandoeningen waar nog geen middel voor beschikbaar was.

Het niet bewaarheid worden van de tweede en de derde ramingsveronderstelling verklaart voor het grootste deel de bijstelling van 8,5% naar 11%.

Gevraagd wordt naar een schematisch overzicht van stijgingen door nieuwe geneesmiddelen en stijging van het aantal voorschriften en welke budgettaire consequenties dit heeft gehad.

Meer dan de helft van de stijging van de uitgaven in 1999 is veroorzaakt door 7 geneesmiddelengroepen. Zie tabel in bijlage 2:<sup>1</sup> Toename geneesmiddelen uitgaven: belangrijkste stijgers.

Binnen deze groepen wordt de grootste stijging veroorzaakt door een beperkt aantal geneesmiddelen die met elkaar gemeen hebben dat ze beduidend duurder zijn dan gemiddeld en over het algemeen relatief kort op de markt (eveneens in tabel). In absolute zin levert de maagzuurremmer omeprazol (Losec®) de grootste bijdrage aan de kostenstijging. Losec is tevens het geneesmiddel waarmee in Nederland de grootste omzet gemoeid is. De stijging is vooral toe te schrijven aan het nog steeds toenemend gebruik van dit middel. Het aantal voorschriften voor Losec steeg met 16%. Atorvastatine (Lipitor®), een cholesterolverlager die sinds

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

1997 in ons land verkrijgbaar is, volgt omeprazol met een omzettoename van f 49 mln. De uitgaven voor dit middel stegen in één jaar met 73%. Het toenemend gebruik van het antidepressivum paroxetine (Seroxat®) is evenzeer opvallend. Doordat niet alleen het aantal voorschriften voor Seroxat is toegenomen (27%), maar er per voorschrift eveneens grotere hoeveelheden worden verstrekt stegen de kosten bij dit middel met 36%, ofwel f 32 mln.

Een ander onderdeel van de stijging in 1999 vormen de middelen die nieuw zijn op bijlage 1B. De in 1999 nieuw toegelaten geneesmiddelen op bijlage 1B en de budgettaire consequenties zijn weergegeven in het schematisch overzicht in bijlage 2:<sup>1</sup> Toegelaten (wachtkamer)geneesmiddelen op bijlage 1B, het gaat hier om een totaal van f 40 mln.

De totale kosten aan middelen op de 1B-lijst zijn met 36 procent gestegen tot meer dan f 700 mln in 1999 ten opzichte van 1998.

Met betrekking tot de vraag over het EVS verwijs ik u naar het antwoord op vraag 11.

9

*De minister denkt dat over een jaar de maatregelen die tot doel hebben gedragsveranderingen bij voorschrijvers te bewerkstellingen wel kostenbesparende effecten zullen hebben. Kunt u aangeven welk bedrag dit in ieder geval gaat opleveren? Hoe verhoudt zich de overtuiging dat met de hulp van verzekeraars het u wel zal lukken besparingen te bewerkstellingen, gelet op het feit dat de verzekeringsbudgettering afgelopen periode minder heeft opgeleverd dan geraamd? Welke instrumenten stelt u dan ter beschikking aan de verzekeraars? (blz. 4)*

Uitgangspunt is dat meer doelmatig («evidence based») voorschrijven op grond van door de beroepsbeoefenaren onderschreven (behandel-) protocollen en richtlijnen en breed gedragen formularia, naast een verhoging van de kwaliteit van de farmacotherapie, kostenbesparende effecten zal hebben.

Een kwantificering van die kostenbesparende effecten voor volgend jaar is vooraf niet te geven.

Een en ander is mede afhankelijk van de mate waarin behandel-protocollen, richtlijnen en formularia tot stand komen en de snelheid waarmee zij geïmplementeerd worden.

Zorgverzekeraars zullen met gebruikmaking van hun contracteerbeleid het gedrag van de voorschrijvers (en ook van de afleveraars) in toenemende mate beïnvloeden mede gezien hun toegenomen financiële belang.

De zorgverzekeraars hebben zich achter de Kabinetsvoorstellen geschaard om hen als «regisseur» in de geneesmiddelenvoorziening te laten optreden en inmiddels voeren zij een project om die nieuwe rol te operationaliseren.

Verdere instrumentering van zorgverzekeraars vindt plaats door aanpassing van de WTG-tariefstructuur via het introduceren van «deeltarieven» en «bonus-malus regelingen». Daarmee zal de gewenste gedragsverandering bij voorschrijvers mede door financiële «sticks and carrots» kunnen worden bewerkstelligd.

10

*Kan de minister een schematisch overzicht geven van alle besparingsverliezen op het geneesmiddelendossier van de afgelopen 6 jaren? Welke beleidsmaatregelen heeft u tot nu toe genomen om het verlies terug te dringen, en wat hebben deze opgeleverd? Welke maatregelen gaat u nog nemen om het verlies te beperken, en wat is de verwachte opbrengst? (blz. 4)*

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

De gevraagde schematische weergave van zowel de genomen maatregelen, de hierbij geboekte besparingsverliezen en de uiteindelijke opbrengsten van de maatregelen vindt u in bijlage 3.<sup>1</sup>

De bedragen die in het schema zijn genoemd zijn bedragen zoals die in de opeenvolgende Financieel Overzicht Zorg -(FOZ 1994 en FOZ 1995), Jaaroverzicht Zorg- (JOZ 1996, JOZ 1997, JOZ 1998 en JOZ 1999) – en Zorgnota (ZN 2000) -stukken zijn opgenomen. De bedragen voor 1999 betreffen de laatst bekende stand volgens de Voorjaarsbrief Zorg 2000, de definitieve afrekening over 1999 vindt plaats bij Zorgnota 2001. De reeds geboekte besparingsverliezen over de afgelopen 6 jaar waarnaar in de vraag wordt verwezen kunnen niet meer beperkt worden. In de toekomst ligt de nadruk vooral op maatregelen die gedrag moeten beïnvloeden. Dit betreft maatregelen als poliklinisch voorschrijven en invoering van FTTO's en het EVS. Zorgverzekeraars zullen met gebruikmaking van hun contracteerbeleid het gedrag van de voorschrijvers (en ook van de afleveraars) in toenemende mate beïnvloeden, mede gezien hun toegenomen financiële belang.

11

*Kan de minister aangeven welk effect het EVS tot nu toe heeft gehad op het voorschrijven van niet-receptplichtige geneesmiddelen voor chronisch gebruik? Is chronisch gebruik van dergelijke middelen toegenomen, afgenomen of stabiel gebleven? (blz. 4)*

De effecten van het EVS worden geëvalueerd door het NIVEL. De resultaten van de evaluatie komen medio juli beschikbaar.

12

*Er komt voorwaardelijk f 20 mln extra voor de praktijkondersteuning beschikbaar als gedeeltelijke herinvestering van de opbrengsten van EVS. Kan de minister aangeven wat wordt bedoeld met «gedeeltelijke herinvestering»? Wat is de totaalopbrengst van EVS bij huisartsen? Hoeveel procent van de huisartsen in Nederland maakt gebruik van EVS? (blz. 4)*

In het convenant in zake de verstrekking van huisartsenzorg, dat 30 juni 1999 tussen de LHV, ZN en VWS is afgesloten, heeft de LHV zich verbonden dat de opbrengst van de geneesmiddelenbesparing ten gevolge van het gebruik van het Electronisch Voorschrijfsysteem (EVS) in het jaar 2002 in totaal f 300 mln netto zal bedragen. Een deel van de (feitelijke) opbrengst van EVS mogen de huisartsen inzetten ter financiering van praktijkondersteuning (met andere woorden: een gedeeltelijke herinvestering). Op dit moment doet het NIVEL onderzoek naar de resultaten van het EVS over het jaar 1999. In dit monitoringsonderzoek wordt gekeken naar het feitelijk gebruik van het EVS door huisartsen en naar de besparing die dat oplevert op de kosten van de geneesmiddelen. De uitkomst van het onderzoek over 1999 wordt rond de zomer verwacht. Op dit moment hebben ongeveer 2000 huisartsen de beschikking over een EVS, hetgeen neerkomt op een potentiële deelname aan het EVS van 30 % van de huisartsen.

13

*Wat gebeurt er met de meeropbrengst van f 50 mln in het jaar 2000? (blz. 5)*

De meeropbrengst komt voort uit de ontwikkeling van de netto inkomens door de verhoging van fiscale ouderenaftrekken in 1998. Na betaling van de eigen bijdrage resteert voor de bewoners van de AWBZ-instellingen het zak- en kleedgeld. Het ligt dan ook voor de hand deze meeropbrengst aan te wenden ter dekking van een deel van de kosten die ontstaan door de reparatie van het zak- en kleedgeld van de 65-plussers.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Parlementaire Documentatie.

14

*In totaal wordt er f 302 mln uitgetrokken voor de (cure en care) wachtlijsten, tegenover f 67 mln voor de arbeidsmarktproblematiek en opleidingsplaatsen huisartsen. Kan de minister aangeven hoe deze bedragen zich tot elkaar verhouden aangezien een belangrijk onderdeel van de wachtlijstproblematiek gelegen is in het te kort aan personeel? Kan de minister toelichten waarom zij niet meer geld investeert in het arbeidsmarktbeleid, waaronder het creëren van meer opleidingsplaatsen voor artsen/specialisten? (blz. 5)*

Het is inderdaad zo dat de noodzakelijke verhoging van de productie ter bestrijding van de wachtlijsten care en cure niet kan worden gerealiseerd zonder kwantitatief en kwalitatief voldoende personeel. Mede om die reden zijn bij het regeerakkoord reeds extra middelen uitgetrokken voor het verminderen van de werkdruk. Om het personeelsbestand zowel kwantitatief als kwalitatief op een acceptabel niveau te houden dan wel te brengen hebben de verschillende partijen in de zorg een convenant getekend; het convenant arbeidsmarkt zorgsector (CAZ). Ook voor de welzijnssector is een convenant getekend. De in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 opgenomen intensivering in het arbeidsmarktbeleid betreft de financiële dekking van die voornemens.

Voor de opleiding medisch specialisten zijn in de meerjarenafspraken cure vanaf 2000 middelen gereserveerd voor extra opleidingsplaatsen medisch specialisten (f 5 mln in 2000 oplopend tot f 20 mln in 2002). Het Capaciteitsorgaan zal in februari 2001 met een eerste capaciteitsplan komen. Een beschrijving van de bestaande situatie zal door haar in september van dit jaar worden gepubliceerd.

Daarnaast wordt de opleidingscapaciteit voor huisartsen geïntensiveerd. Hiervoor kan ik verwijzen naar de door mij toegezegde middelen voor uitbreiding van de capaciteit van de huisartsenopleiding naar 456 plaatsen. Ik heb het Capaciteitsorgaan gevraagd om nog eens goed naar de capaciteit te kijken de Raad voor de Huisartsenopleiding (RHO) daarbij te betrekken. Zodra de uitkomsten van dit nader onderzoek bekend zijn, zal ik de Kamer hierover berichten.

Voorts wordt het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen uitgebreid van 120 naar 160 in september 2000.

15

*Kan de minister aangeven in hoeverre er bij het beschikbaar stellen van geld voor de wachtlijsten cure sector er rekening is gehouden met de «verkeerde beddenproblematiek», waardoor ouderen na een operatie vaak langer in het ziekenhuis liggen, terwijl ze eigenlijk al lang opgenomen hadden moeten worden in een verpleeg- of verzorgingshuis? Komt de hierboven bedoelde «verkeerde beddenproblematiek» voldoende tot uiting in het bedrag dat voor de aanpak van de wachtlijsten aan de cure sector is toebedeeld, of dient dat gefinancierd te worden met het geld dat is toebedeeld aan de versnelling aanpak wachtlijsten V&V? (blz. 5)*

Op het moment dat de aanpak van de te lange wachtlijsten binnen de V&V sector tot resultaten leidt zal dit een effect hebben op de verkeerde beddenproblematiek. Hoewel de verkeerde beddenproblematiek niet specifiek als beleidsprioriteit wordt genoemd bij het versnellen van de aanpak wachtlijsten V&V zal dit wel direct profiteren van de extra middelen voor de V&V sector.

16

*Kan de minister aangeven waarom van de f 50 mln beschikbaar in 1999 voor de wachtlijsten in de cure sector f 42 mln niet is uitgegeven? Welke gevolgen heeft dit voor het huidig beleid inzake de wachtlijst-*



*problematiek? De overige f 8 mln zal maar gedeeltelijk worden besteed, zo blijkt uit de rapportage over de Meerjarenaafspraken (27 113, nr. 2). Kan de minister toelichten waarom dit bedrag ad f 8 mln maar gedeeltelijk wordt besteed?*

Zie het antwoord op vraag 2.

17

*Kan de minister aangeven welke concrete resultaten zij heeft gekoppeld aan het bedrag van f 130 mln dat beschikbaar wordt gesteld voor de aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging? Waar komt het bedrag van f 130 mln vandaan? (blz. 6)*

Met betrokken partijen is afgesproken dat er voor de gelden voor de aanvullende productieafspraken daadwerkelijke productie geleverd moet worden en dat alle reeds beschikbare middelen zijn uitgeput. Deze aanvullende productieafspraken mogen alleen worden gemaakt indien er daadwerkelijk sprake is van een wachtlijst voor het desbetreffend zorgaanbod in de regio. Voorts dient er bij het maken van de afspraken rekening te worden gehouden met de mogelijkheid om benodigd personeel aan te trekken.

Het bedrag van f 130 mln is gebaseerd op een globale raming van de productie waarvan verwacht wordt dat deze nog in het jaar 2000 gerealiseerd kan worden.

18

*Kan de minister aangeven welke structurele gelden uit de MJA zij naar voren haalt? Welke concrete doelstellingen zouden daarmee gehaald moeten worden en komen deze in gevaar nu de middelen naar voren worden gehaald? Kan zij vervolgens aangeven welke concrete resultaten zij heeft gekoppeld aan de f 50 mln naar voren gehaalde structurele middelen? (blz. 6)*

Voor het jaar 2000 gaat het om de volgende bedragen

Sector	Onderwerp	Bedragen (in f mln)
Verpleging & verzorging	wachtlijsten	130
Gehandicaptenzorg	wachtlijsten	50
Curatieve somatische zorg	cochleaire implantaten	10

Wat concrete doelstellingen betreft kan het volgende worden gesteld. Voor de wachtlijsten voor verpleging en verzorging en voor de gehandicaptenzorg ontbreekt een betrouwbare nulmeting. Zodoende is het niet mogelijk – voordat de wachtlijsten zijn geschoond – afspraken op basis van deze lijsten te maken. Afgesproken is dat zorgkantoren aanvullende productieafspraken mogen maken mits de bestaande middelen zijn uitgeput. Afgerekend wordt op daadwerkelijk geleverde extra productie. Dit maakt versnelde aanpak mogelijk. De genoemde bedragen zijn een raming van wat daadwerkelijk gerealiseerd kan worden. Wat de cochleaire implantaten betreft is vanaf 1 januari 2000 het inbrengen van cochleaire implantaten bij kinderen aangemerkt als verstrekking. Op dit moment vinden ci-implantaties in het AZN en UMCU plaats. Ook het AZG heeft serieuze belangstelling om deze functie te starten. Voordien vond er op beperkte schaal bekostiging plaats via het College voor Zorgverzekeringen als uitvloeisel van een ontwikkelings-geneeskundig project. Inmiddels blijkt er sprake te zijn van een fikse behandel-achterstand en derhalve een lange wachttijd voor deze ingreep. De besturen van genoemde academische ziekenhuizen hebben een plan

van aanpak gemaakt om die wachttijden fors in te korten. Voor dit plan heeft het kabinet inmiddels in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 f 10 mln voor 2000 extra uitgetrokken. Van deze 10 mln zal overigens f 0,5 mln worden besteed aan de bekostiging van een vroegtijdige systematische gehoorscreening bij veel te vroeg geboren kinderen.

Het naar voren halen van structurele MJA-middelen brengt de concrete doelstellingen niet in gevaar. Integendeel: met het naar voren halen van deze middelen kunnen de doelstellingen juist eerder bereikt worden. Voor alle duidelijkheid: het naar voren halen van deze middelen betekent dus geenszins dat deze middelen voor 2001 en verder niet meer structureel beschikbaar zijn.

Bovenstaande heeft betrekking op het jaar 2000. Over het jaar 2001 wordt u nader bericht bij gelegenheid van de Zorgnota 2001.

19

*Kan de minister in een schematisch overzicht aangeven aan welke projecten c.q. doelen de beschikbare f 110 mln wordt besteed? Kan de minister een overzicht geven aan welke ICT- projecten c.q. doelen – zoals het EPD, ZorgPas – het ministerie van VWS op dit moment al bijdraagt of zal gaan bijdragen en daarbij tevens de stand van zaken weergeven? Dragen andere betrokken actoren (bijv. verzekeraars) ook bij aan ICT-investeringen zoals automatisering in de zorg? (blz. 7)*

Zie het antwoord op vraag 6.

20

*Volgens de toelichting is de reden voor de vrijval het feit dat men in de Zorgnota 2000 is uitgegaan van een te behoedzaam scenario. Kan de minister aangeven ten aanzien van welke punten het scenario te behoedzaam is geweest? Kan de minister toelichten hoe het hoge bedrag ad f 285 mln van de vrijval is te rijmen met de overduidelijke behoefte aan capaciteitsuitbreiding van vrijwel alle zorginstellingen in de zorgsector? Kan een meerjarig overzicht gegeven worden van de vrijval in de bouw die de afgelopen jaren heeft plaatsgevonden en de budgettaire consequenties die dit heeft voor de komende jaren? Heeft de bijstelling van de behoedzame raming voor 2000 ook consequenties voor de komende jaren? (blz. 7)*

In de Zorgnota 2000 is ten opzichte van de ramingen uit het NZi onderzoek nog een veiligheidsmarge gehanteerd. Tot op heden zijn er geen signalen ontvangen dat deze marge nodig is. Vandaar dat ze nu vrijvalt. Dit betekent dat de instellingen naar verwachting in 2000 voor f 285 mln minder trekkingsrechten zullen verzilveren dan waar in de zorgnota 2000 nog van uit werd gegaan.

De f 285 mln heeft betrekking op middelen die instellingen via de meldingsbouw kunnen aanwenden voor de instandhouding van hun bestaande capaciteit. Ze staat daarmee volledig los van de kaders voor capaciteitsuitbreiding.

Voor een overzicht van de vrijval in de vergunningen meldingsbouw wordt hier verwezen naar de Zorgnota 2001. Hierbij zullen ook de consequenties van de bijstelling van de behoedzame raming van de meldingsbouw voor de komende jaren aan de orde komen.

21

*Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen heeft in een brief van april 2000 gesteld dat het probleem van het achterblijven van de bouw in de zorgsector voor een groot deel komt vanwege de problemen met de bouwprioriteitenlijst. Erkent de minister de problemen die de bouw-prioriteitenlijst in de hand werkt met betrekking tot de doorstroming van aangemelde bouwprojecten? Zo ja, welke maatregelen zal zij nemen om*

*te bevorderen dat uitvoering van inmiddels goedgekeurde bouwprojecten sneller doorgang vindt? (blz. 7)*

De problemen die het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) in zijn brief van april 2000 aangeeft hebben betrekking op de besluitvorming over bouwprioriteiten en op de uitvoering van het daarin vastgelegde bouwprogramma voor de intramurale zorgsector. Het hanteren van bouw-prioriteiten wordt niet ter discussie gesteld.

Het CBZ signaleert problemen bij de regelmaat en de frequentie van de besluitvorming, de bij de besluitvorming betrokken partijen en de invloed van nieuw beleid. Daarnaast signaleert het CBZ problemen bij de doorstroming van in het programma opgenomen projecten. De adviezen over de besluitvorming betrek ik bij de vormgeving van de bouwprioritering voor de periode 2001 t/m 2004. Voor wat betreft de problemen bij de doorstroming bereid ik een aantal maatregelen voor die de instellingen, het CBZ en mijzelf helpen om de bouw conform de planning te realiseren. Het wetsvoorstel ter vervanging van de WZV dat ik op dit moment voorbereid, bevat mogelijkheden om de gesignaleerde problemen meer fundamenteel aan te pakken. Daarin wordt de toestemming een voorziening te mogen bouwen, gekoppeld aan een termijn waarbinnen deze bouw gerealiseerd dient te zijn. De brief van het CBZ heeft overigens geen relatie met de vrijval bij de meldingsbouw.

22

*Kan de minister aangeven waarom het BKZ wordt verhoogd in verband met de extra uitgaven voor honorering medisch specialisten in academische ziekenhuizen, in plaats van het aan te merken als een overschrijding van het uitgavenkader met een identiek bedrag? (blz. 9)*

Zie het antwoord op vraag 3.

### **Vragen CDA-fractie**

23

*Kan een verklaring worden gegeven voor het feit dat de cijfers over de financiering van de AWBZ en de ZFW t.o.v. de najaarsbrief zorg 1999 geen bijstelling behoeven? Moet vastgesteld worden dat de raming nagenoeg overeenkomt met de (voorlopige) realisatie of is het meer waarschijnlijk dat in de loop van dit jaar met nog forse aanpassingen rekening gehouden moet worden? (blz. 2)*

Zie het antwoord op vraag 1.

24

*Moet vastgesteld worden dat het Budgettair Kader Zorg opwaarts is bijgesteld en zo ja, hoe verhoudt dit zich tot de afspraak dat de uitgaven binnen het BKZ zullen blijven? Wat is de diepere zin van zo'n afspraak indien telkenmale het BKZ fors wordt opgehoogd en derhalve altijd binnen de kaders van het BKZ gebleven zal worden? (blz. 3)*

Volgens de regels budgetdiscipline, die zowel voor het BKZ als voor de ijklijn Rijksbegroting en de ijklijn sociale zekerheid en arbeidsmarkt gelden, kan het uitgavenkader in een aantal gevallen worden aangepast. In de Voorjaarsbrief Zorg 2000 (blz. 8–9) is de aanpassing ten gevolge van de nominale ontwikkeling (op basis van de BBP-deflator) de omvangrijkste. De andere mutaties in het uitgavenkader kunnen als statistisch worden gekwalificeerd. Er is echter geen sprake van een forse ophoging van het BKZ.

Bij het Kabinetsbesluit om extra uitgavenverhogingen, zoals die in de zorg, toe te staan, zijn de uitgaven van de drie budgetdisciplinesectoren in samenhang beschouwd voor de toetsing aan de ijklijnen.

25

*Welk oordeel moet gegeven worden over het effect van het kostenbeheersingsbeleid zoals het kabinet dit voorstaat, mede in het licht van de telkenmale opwaartse bijstelling van het BKZ? Hoe legt u het kabinet de bestuurlijke kwaliteit van het BKZ uit? (blz. 3)*

Het Budgettair Kader Zorg is een kader dat afgesproken is aan het begin van de kabinetsperiode en dat in principe alleen wordt bijgesteld voor nominale ontwikkelingen (op basis van de BBP-deflator) en eventuele statistische correcties (zie ook het antwoord op vraag 24). Het gaat dus om een bestuurlijke principe-afspraken aan het begin van de kabinetsperiode. Dit betekent dat het kostenbeheersingsbeleid er in eerste instantie op gericht is om de uitgaven binnen het Budgettair Kader Zorg in te passen. Mocht in de loop van de kabinetsperiode blijken dat dit niet mogelijk is dan kan binnen het kabinet besloten worden de zorguitgaven te laten stijgen boven het Budgettair Kader Zorg. Hier staat dan wel een onderschrijving van een andere budgetdisciplinesector tegenover. Ook deze laatste mogelijkheid maakt deel uit van de afspraken die we in het begin van de kabinetsperiode met elkaar hebben gemaakt. Door het samenstellen van afspraken die we aan het begin van de kabinetsperiode hebben gemaakt, staat de kwaliteit van het Budgettair Kader Zorg wat mij betreft niet ter discussie.

26

*Hoe heeft de over het eerste half jaar van 1999 geconstateerde financieringsachterstand bij ziekenhuizen zich over heel 1999 verder ontwikkeld? Wat heeft de analyse daarvan voor uitkomsten gegeven en waartoe heeft dat beleidsmatig en financieel geleid in de voorliggende Voorjaarsbrief Zorg? (blz. 3)*

In de Najaarsbrief Zorg 1999 is gemeld dat zich in het eerste halfjaar van 1999 een achterblijvende financiering van ziekenhuizen voordeed. In die Najaarsbrief is daar in cijfermatige zin niets mee gebeurd, omdat de cijfers op dat moment onvoldoende zeker waren.

In het voorjaar van 2000 heeft VWS voorlopige cijfers ontvangen van CvZ en VEKTIS. Deze cijfers duiden erop dat de achterstand die zich in het eerste halfjaar voordeed in het tweede halfjaar in versterkte mate heeft voortgezet. Vooruitlopend op de definitieve cijfers is in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 ervan uitgegaan dat de financiering van ziekenfondsen aan de ziekenhuizen f 0,7 mld achterblijft bij de eerdere ramingen.

In samenhang daarmee is onderzocht of op grond van de beschikbare cijfers kon worden aangenomen dat er bijstellingen noodzakelijk zijn bij de ramingen van de budgetten van ziekenhuizen. Daarvoor bleken geen indicaties. Pas op grond van de CTG-informatie, die begin juni door VWS is ontvangen en die momenteel wordt geanalyseerd, zal mogelijk blijken dat bijstellingen noodzakelijk zijn. De Zorgnota 2001 zal de uitkomsten van deze «afrekening» weergeven. Op grond van de CTG-cijfers valt misschien ook meer te zeggen over de achtergronden van de achterblijvende financiering.

Omdat bij de budgetdiscipline ten aanzien van de ziekenhuizen de budgetten relevant zijn (en niet de financiering), leiden de cijfermatige bijstellingen in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 (neerwaarts bij financiering, ongewijzigd bij budgetten) niet tot de budgettaire eis om beleidsmatig in te grijpen.

In financiële zin zijn de ramingen van de in 2000 en 2001 te financieren bedragen opwaarts aangepast. Er wordt kortom van uit gegaan dat de ziekenfondsen en particuliere verzekeraars in 2000 en 2001 meer gaan betalen wat ze in 1999 minder hebben betaald aan ziekenhuizen. De budgetten voor 2000 en 2001 zijn in samenhang hiermee niet gewijzigd.

27

*Kan de stelling, betrokken in de beantwoording van de vragen over de Najaarsbrief Zorg 1999 dat inzake de besparingsverliezen op de geneesmiddelen «we er echter nog steeds van uitgaan dat de maatregelen structureel tot de geraamde opbrengsten zullen leiden», nog staande gehouden worden in het licht van de voorliggende cijfers en de realisatiecijfers van de afgelopen zes jaren? (blz. 3)*

De besparingsverliezen in 1999 bestonden uit vertragingen bij het invoeren van enkele maatregelen:

- de korting stimulansregeling (f 12 mln)
- de verhoging van het claw-back percentage kortingen en bonussen (f 55 mln)
- het beleid aangaande hardlopers (f 35 mln).

De korting stimulansregeling en de verhoging van het claw-backpercentage zijn per 1 januari 2000 geëffectueerd. De structureel geraamde besparingen zullen worden gehaald.

De implementatie van de protocollen maagzuurremmers is inmiddels door het CvZ en de beroepsgroepen ter hand genomen. Het beleid aangaande de cholesterolverlagers wordt aangescherpt. Om de voorschrijvers (en gebruikers) de tijd te gunnen de veranderingen in het voorschrijfgedrag door te voeren zijn de aan de maatregel gekoppelde besparingen met een jaar gefaseerd. Ook van deze maatregel wordt verondersteld dat de geraamde opbrengsten worden gehaald (vanaf 2001).

28

*Kan vanaf 1994 gespecificeerd per jaar worden aangegeven welke besparingsverliezen en overschrijdingen zich hebben voorgedaan op het dossier geneesmiddelen en tot welke opwaartse bijstellingen dit voor elk jaar afzonderlijk heeft geleid? (blz. 3)*

Zie het antwoord op vraag 10.

29

*Welke (beleids)conclusies worden verbonden aan het feit dat ook dit jaar de «ramingsveronderstellingen niet bewaarheid zijn geworden»? Welke waarde moet in dit verband aan de nu voorgestelde bijgestelde ramingen worden gehecht, gelet op de ervaringen van de afgelopen zes jaren? (blz. 4)*

De bijgestelde ramingen zijn gebaseerd op de meest actuele inzichten ten aanzien van de daadwerkelijke uitgaven in 1998 en 1999. Ramingen zijn altijd met onzekerheden omgeven. De raming van de basisgroei is de best mogelijke op basis van de huidige kennis.

30

*Hoe beziet u de overschrijding van f 585 mln in het licht van de adviezen die gebruikt zijn voor het opstellen van het regeerakkoord in 1998? (blz. 4)*

Zie het antwoord op vraag 7.

*Kan inzicht worden gegeven in de afzonderlijke bijdrage die de genoemde factoren hebben gehad in de overschrijdingen bij de geneesmiddelen en tot welke (beleids)conclusies c.q. -bijstellingen heeft dat geleid? (blz. 4)*

In het WKG-rapport is een aantal factoren benoemd die ten grondslag liggen aan de structurele groei van de geneesmiddelenkosten (is geschat op 10,4%). Onder meer zijn dit de demografie, de introductie van nieuwe geneesmiddelen, de substitutie naar duurder middelen en de extramuralisatie. In deze structurele groei is een onderscheid gemaakt naar het nominale-aandeel (4,6%) en het volume-aandeel (5,6%). De afzonderlijke bijdragen van de verschillende factoren aan de structurele kostengroei zijn echter niet bepaald. Wel kan de groei in 1999 worden uitgesplitst naar prijs- en volume-effecten.

*Uitsplitsing van de kostenstijging in 1999 in de openbare apotheek*

Ondanks de prijs- en volumebeperkende maatregelen was er in 1999 sprake van een sterke toename van de uitgaven aan geneesmiddelen. De groei kan uitgesplitst worden naar een volume- en een prijseffect. Het volume-effect kan zowel gemeten worden in het aantal voorschriften als in het aantal theoretische dagdoseringen (DDD's). In 1999 is het aantal voorschriften met 6 procent gestegen ten opzichte van 1998. Gemeten in het aantal DDD's is het volume met 8 procent toegenomen. Een stijging van het aantal DDD's betekent dat er meer geneesmiddelen per recept worden voorgeschreven. Per voorschrift is er een toename van het aantal DDD's van 2 procent waarneembaar. Een gedeeltelijke verklaring is dat geneesmiddelen voor een langere duur worden voorgeschreven. Dit kan duiden op een toename van het chronisch gebruik van geneesmiddelen. Gemiddeld krijgt een patiënt voor 43 dagen medicijnen mee naar huis. Tevens komt het voor dat de dosering die wordt voorgeschreven, afwijkt van de standaarddagdosering zoals door de WHO gehanteerd. Zo is bijvoorbeeld de dosering van insuline in tien jaar tijd met 25% verhoogd.

Naast een volume-effect laten de cijfers zien dat er sprake is van een samengesteld prijseffect van 3 procent. Aan de ene kant zijn de prijzen met ruim 2 procent verlaagd, met name als gevolg van de aanscherping van het GVS in februari 1999. Aan de andere kant treden er substitutie-effecten op, waarbij het gebruik van duurder geneesmiddelen in de plaats komt van goedkope middelen. Per saldo stijgt de gemiddelde prijs van gebruikte geneesmiddelen. Het gecombineerde effect zorgt voor een positief prijseffect. Geschat kan worden dat met een verschuiving van goedkope naar nieuwe, duurder middelen een kostenopdrijvend effect is gemoeid van 6%.

Voor een overzicht van de stijgingen in 1999 veroorzaakt door nieuwe middelen en aantal voorschriften verwijs ik naar het antwoord op vraag 8.

Meer inzicht in welke determinant ten grondslag ligt aan welk deel van de groei (in hoeverre is dit een gewenste ontwikkeling en in hoeverre is deze ontwikkeling beïnvloedbaar) biedt echter wel meer mogelijkheden om een beter onderbouwd (kostenbeheersings)beleid te ontwikkelen dat aangrijpt op de *ongewenste* oorzaken van de groei. Daarom is het RIVM gevraagd van start te gaan met een dergelijk onderzoek naar de determinanten van de groei. De onderzoeksresultaten zijn op 1 december 1999 aan de Tweede Kamer toegestuurd.

Het RIVM heeft allereerst bestaand onderzoek naar determinanten van de groei samengebracht en de gevonden determinanten in hun onderlinge samenhang in een conceptueel model weergegeven. Vervolgens zijn voor een aantal specifieke geneesmiddelgroepen de prijs- en volume-ontwikkelingen nagegaan. In algemene zin concludeert het RIVM uit het onderzoek dat determinanten wel zijn te identificeren, maar niet eenvoudig zijn te definiëren en te meten. Vanwege de dynamiek achter de verschillende factoren die het geneesmiddelengebruik beïnvloeden moet voor het nauwkeurig meten van determinanten niet op zoek worden gegaan naar macro-determinanten, maar naar ziekte- of geneesmiddel-groepspecifieke determinanten. Hiermee kunnen aanknopingspunten gevonden worden voor een naar aandoening of geneesmiddelgroep gedifferentieerd beleid. Deze zoektocht zou moeten plaatsvinden aan de hand van een continue monitor van prijs- en volume-ontwikkelingen, waaruit verdiepingsvragen over de oorzaken van de ontwikkelingen resulteren. Ook moet gekeken worden hoe bestaande registraties kunnen worden ingezet (of aangepast) om de achtergronden achter de geconstateerde ontwikkelingen te vinden. Eén van de conclusies is tevens dat de determinanten van het geneesmiddelengebruik slechts *adequaat* in beeld kunnen worden gebracht indien op persoon koppelbare longitudinale gegevens beschikbaar zijn.

### *Monitoring*

Naar aanleiding van het bovenstaande en de conclusie uit het rapport De Vries dat de financiële informatievoorziening verbeterd moet worden, is door VWS de afgelopen maanden gewerkt aan een rapportagesysteem dat de uitgaven aan geneesmiddelen kan volgen. Dit gebeurt gezamenlijk met deskundigen uit het veld (experts van het College voor Zorgverzekeringen, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, PHARMO-instituut/Universiteit van Utrecht en de Stichting Farmaceutische Kengellen), waarbij fasegewijs een oplossing wordt gezocht voor de gesignaleerde knelpunten in beschikbaarheid van de gegevens en de uiteenrafeling van de determinanten. Globaal is er eind 2000 een systeem operationeel dat:

- 1) standaardvragen kan beantwoorden (bedoeld zijn onder meer: prijs, volume, aantal recepten);
- 2) de effecten van beleidsingrepen kan ramen en evalueren in termen van gebruik, volume en prijs;
- 3) voor verdiepingsvragen (geneesmiddel- of ziektespecifiek) een kennisnetwerk heeft ingericht. Aan bod komt de vraag naar substitutie-effecten tussen zorgvormen. Het PHARMO-instituut heeft al aangegeven nader onderzoek te willen verrichten naar een precieze relatie tussen farmacotherapie en ziekenhuisopnames. Eerder onderzoek van het PHARMO-instituut (rapportage «farmacotherapie in beweging») heeft een rechtstreeks verband tussen ziekenhuisopnames en extramuraal geneesmiddelengebruik weliswaar aannemelijk gemaakt, maar (nog) niet kunnen aantonen omdat in de observatieperiode van de studie veel is gebeurd in de Nederlandse ziekenhuizen. Ook het toekomstig farmaco-economisch onderzoek dat in het kader van de nieuwe toelatingssystematiek zal worden verricht, moet (op geneesmiddelniveau) inzicht leveren in besparingen tussen zorgvormen die het gevolg zijn van nieuwe geneesmiddelen.

### *Volume-ontwikkelingen*

Het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu concludeert op basis van de analyses van de geneesmiddelgroepen (cholesterolverlagers,

antidepressiva en astma/COPD-middelen) dat de stijging van de geneesmiddelenkosten vooral wordt bepaald door volumeontwikkelingen. Dat betekent dat – naast handhaving van het prijsbeleid – meer aangrijpingspunten moeten worden gezocht voor een volumebeleid dat gericht is op groepen van geneesmiddelen. Deze conclusie is uitermate van belang voor het geneesmiddelenbeleid dat gericht is op de bevordering van een gepast gebruik van geneesmiddelen. Uit het onderzoek van het RIVM blijkt echter dat de volume-ontwikkeling in hoge mate is geassocieerd met gewijzigde wetenschappelijke inzichten die zijn vertaald in adviezen en richtlijnen, en met doelstellingen van het volksgezondheidsbeleid (bijvoorbeeld de toegenomen aandacht voor de preventie van hart- en vaatziekten en depressieve stoornissen). Ook het onderzoek van het Pharmo-instituut wijst in deze richting. De toename van het aantal voorschriften door een dergelijke toegenomen «evidence» over de waarde van de desbetreffende therapie betekent in feite een gewenste ontwikkeling waarmee de kwaliteit van de zorg verbetert. Een ontwikkeling waarop dan ook niet direct zou hoeven te worden ingegrepen. Omdat echter de noodzakelijke persoonsgebonden gebruiksgegevens ontbreken kan de volumestijging nog niet worden uitgesplitst in een kwaliteitsverbetering en overige volumegroei en is dus nog niet gezegd dat de huidige gebruikers van de veel voorgeschreven geneesmiddelen in de praktijk ook voldoen aan de criteria uit de adviezen (dus of het juiste middel bij de juiste patiënt terecht is gekomen).

### *Hardlopers*

Derhalve is het College voor Zorgverzekeringen (CvZ) gevraagd de vigerende nadere voorwaarden (zie bijlage 2 van de regeling farmaceutische hulp) voor de aanspraak op cholesterolverlagende middelen te herzien. De bedoeling is om, indien wat uitvoering betreft mogelijk en zinnig, de vergoeding voor deze middelen te beperken tot gepast gebruik. Het CvZ zal de mogelijkheden bekijken om middelen van vergoeding uit te sluiten, die puur om redenen van primaire preventie worden voorgeschreven en waarbij onvoldoende duidelijk is dat er een reëel risico voor de patiënt bestaat, of waarbij het risico grotendeels door de patiënt wordt veroorzaakt (life-style: geen dieet, roken). De invoering van deze maatregel dient zorgvuldig plaats te vinden. Daarom wordt invoering pas voorzien per 1 januari 2002. Nader onderzoek naar het gebruik in de praktijk neem ik mee in het onderzoeksprogramma Beleidsonderzoek geneesmiddelen (BOG) van het CvZ. Onder meer worden binnen dit programma ook de toepassing en het gebruik van de veel voorgeschreven antidepressiva en benzodiazepinen onderzocht. Met deze inzichten kunnen zonodig gerichte instrumenten worden ingezet om de middelen doelmatiger toe te passen. Overigens heeft VWS, teneinde gepast gebruik van de benzodiazepinen te bevorderen, de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening gevraagd om in december van het lopende jaar een «invitational conference» te organiseren met voorschrijvers, wetenschappers communicatiedeskundigen en andere deskundigen met ervaring op het gebied van bevorderen van gepast voorschrijven van deze middelen. Het zwaartepunt van de conferentie ligt bij de bespreking van de resultaten van interventiestudies- en projecten op het gebied van het voorkómen of terugdringen van chronisch gebruik van deze middelen. Over de beleidsvoornemens gericht op de bevordering van gepast benzodiazepinen-gebruik is de Tweede Kamer bij brief bericht op 27 april jl. Ook heeft het CvZ voor de veel voorgeschreven maagzuurremmers een behandelprotocol ontwikkeld in samenwerking met vertegenwoordigers van de meest betrokken beroepsgroepen uit de eerste- en tweede lijn, dat nu ter beoordeling bij de diverse beroepsgroepen ligt. Het implementatieplan wordt in samenwerking met de SDGV opgesteld en aan de verschillende beroepsgroepen voorgelegd. De NHG zal de vigerende



NHG-standaard vervroegd aanpassen en de implementatie bij de huisartsen voor haar rekening nemen.

32

*Hoe kunnen de uitgaven voor geneesmiddelen effectief beheerst worden in het licht van het feit dat het vrije verstrekkingen zijn? (blz. 4)*

De uitgaven voor geneesmiddelen kunnen beter worden beheerst door met name meer doelmatig voorschrijven van artsen. Dat wil zeggen op basis van (behandel-)protocollen, richtlijnen en formularia voorschrijven met gebruikmaking van een EVS. Voorts door de inkoop van geneesmiddelen te rationaliseren (schaalvergroting) en de financiële verantwoordelijkheid daarvan bij de zorgverzekeraars te leggen.

33

*Kan een verklaring worden gegeven voor het verschil in «de actuele raming van de kostenontwikkeling die uitgaat van 11%» en de cijfers van het CBS die op grond van haar berekeningen is gekomen tot een groei in de medicijnkosten over 1999 van 8% (Trouw, 31 mei 2000)? (blz. 4)*

Het CBS cijfer (8%) heeft betrekking op de reële groei van de uitgaven voor geneesmiddelen in 1999. Daarin zijn de effecten van beleid (diverse kostenbesparende maatregelen) verdisconteerd. De 11% heeft betrekking op de raming van de basisgroei (dus zonder de effecten van beleid).

34

*Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het feit dat de intreding van praktijkondersteuners nog niet van de grond is gekomen? In hoeverre worden de voorgenomen maatregelen bij de huisartsen door deze beroepsgroep gedragen, gelet ook op de bestuurlijke perikelen binnen de LHV? (blz. 4)*

Het belangrijkste knelpunt is dat de LHV en ZN nog geen overeenstemming hebben bereikt over een tariefvoorstel voor praktijkondersteuning dat aan het CTG moet worden voorgelegd. Ik heb een dringend beroep gedaan op LHV en ZN om op korte termijn met werkbare tariefvoorstellen praktijkondersteuning te komen voor zowel de ziekenfondsverzekerden als de particulier verzekerden.

De onderhandelingen voor een tariefverzoek in de ziekenfondssector zijn in een afrondend stadium. Een tariefverzoek in de particuliere sector is nog een probleem. Dit tarief zou, volgens de afspraken in het convenant, worden gekoppeld aan een clearinghouse voor inning en betaling van de declaraties voor praktijkondersteuning. Dit clearinghouse is nog in ontwikkeling en zal naar verwachting nog niet op korte termijn operationeel zijn voor alle huisartsen en alle particuliere verzekeraars.

Een groot deel van de huisartsen is sterk voorstander van invoering van praktijkondersteuning. Daarnaast is er een toenemende groep huisartsen binnen de LHV die tevens een oplossing wil voor de toegenomen werklast door de diensten. Beide onderwerpen leven volop binnen de beroepsgroep. Het is zeker niet zo dat de praktijkondersteuning niet door de LHV of de huisartsen zou worden gedragen.

35

*Blijft het oorspronkelijke bedrag voor de praktijkondersteuning van huisartsen op enige wijze beschikbaar voor dit doel of is hierin op andere wijze voorzien? Heeft in dat verband de meevaller van f 35 mln een andere aanwending gekregen en zo ja, welke? (blz. 4)*

De systematiek van de Zorgnota is dat per kalenderjaar wordt vastgesteld of de beschikbare financiële ruimte benut is dan wel dat er sprake is van onder- en overschrijdingen. De algemene lijn daarbij is dat mee- en tegenvallers in een kalenderjaar zoveel mogelijk binnen dat jaar worden verrekend. Het schuiven van financiële middelen c.q. kaders tussen kalenderjaren past niet binnen deze systematiek. De voor 1999 beschikbare kaders van f 15 mln intensivering en f 20 mln EVS-besparing kunnen daarom niet door te schuiven beschikbaar worden gesteld voor het jaar 2000. De meevaller van f 35 mln bij huisartsen is meegelopen in het totaal van mee- en tegenvallers bij de uitgaven en ontvangsten voor het jaar 1999. Er kan derhalve niet exact worden aangegeven waaraan deze specifieke meevaller is besteed.

Voor het jaar 2000 is f 25 mln intensivering en f 20 mln herinvestering EVS in beginsel beschikbaar. Afhankelijk van de uitkomst van de evaluatie van het EVS over 1999 zal worden bekeken of de besparing op de geneesmiddelenkosten over 1999 zodanig is dat tot een aanpassing van de f 20 mln herinvestering voor 2000 moet worden besloten.

36

*Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het feit dat van de beschikbaar gestelde f 50 mln voor het bestrijden van de wachtlijsten cure slechts f 8 mln tot besteding is gekomen? Moet bovendien vastgesteld worden dat de informatie over de besteding van de f 8 mln in de rapportage over de MJA niet één op één overeenkomt met hetgeen hierover in de voorliggende Voorjaarsbrief Zorg worden meegedeeld, in die zin dat de bedoelde f 8 mln maar voor een deel in 1999 is besteed? (blz. 5)*

Zie het antwoord op vraag 2.

37

*In hoeverre staat u nog steeds achter uw uitspraak dat «de ziekenhuizen «hun eigen graf graven» als zij de wachtlijsten kunstmatig lang houden. Ze moeten niet denken dat het kabinet daar intrapt. Ook nu de begroting wordt bijgesteld, komt er geen cent extra. De ziekenhuizen moeten het redden met de f 100 mln die in het regeerakkoord is uitgetrokken»? (Volkskrant, 11 april 2000) (blz. 5)*

Ik ben nog steeds van mening dat het kunstmatig lang houden van wachtlijsten niet beloond mag worden.

38

*Hoeveel extra ernstig verstandelijk gehandicapten hebben als direct gevolg van de inzet van de bedoelde f 30 mln dagbesteding kunnen ontvangen c.q. hoeveel plaatsen extra zijn daardoor beschikbaar gekomen? (blz. 5)*

In de rapportage Meerjarenaafspraken heb ik ten aanzien van de f 30 mln dagbesteding, de volgende tabel opgenomen. Hierin staat aangegeven welk effect deze intensivering heeft gehad. Deze gegevens zijn gebaseerd op informatie van het CTG. Dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten, mutatie 1999–2000.

	Toename 1999– 2000 (absoluut)	Toename 1999– 2000 (in procenten)
Aantal cliënten in zorg	1 612	8%
Waarvan ernstig verstandelijk gehandicapt	1 251	13%
Aantal uren dagbesteding	4 421 143	31%
Waarvan tbv ernstig verstandelijk gehandicapten	2 324 207	45%
Aantal fte	183	18%
Waarvan tbv ernstig verstandelijk gehandicapten	96	26%

39

*Welke concrete doelstelling moet worden gerealiseerd met de voor 2000 beschikbaar gestelde f 130 mln en f 50 mln voor de aanpak van respectievelijk de wachtlijsten verpleging en verzorging en gehandicapten? Met hoeveel personen zullen de bedoelde wachtlijsten als gevolg van de inzet van deze middelen moeten worden gereduceerd in 2000? (blz. 6)*

Zie het antwoord op vraag 18.

40

*Wat betekent de versnelde inzet van de gelden voor de gehandicaptensector voor de gelden die beschikbaar waren voor de kwaliteit van de zorg? Wat betekent het naar voren halen van structurele gelden uit de MJA voor latere jaren? (blz. 6)*

Het kabinet heeft besloten om voor het jaar 2000 f 50 mln beschikbaar te stellen. Hiermee wordt eerder het financiële niveau van tranche 2001 bereikt. Met andere woorden: de f 50 mln wordt niet in mindering gebracht op tranche 2001, maar komt structureel een jaar eerder beschikbaar.

De intensivering van f 50 mln geeft de gehandicaptensector de ruimte om reeds in dit jaar de wachtlijsten versneld aan te pakken. Dit bedrag is het geraamde kader voor de te maken extra productieafspraken tussen zorgaanbieders en zorgkantoren. De afspraken die de MJA-partijen maken over de kwaliteit van zorg blijven gehandhaafd (incl. de daarvoor beschikbare middelen).

41

*Is de claim van f 500 mln voor de gehandicaptensector (Markant d.d. april 2000) gehonoreerd? Zo neen, waarom is het kabinet niet overtuigd geraakt van de noden in deze sector en tot welk bedrag is de claim dan wel gehonoreerd? Waar is dit bedrag te vinden in deze Voorjaarsnota? (blz. 6)*

De wachtlijsten binnen de gehandicaptensector zijn nadrukkelijk door het kabinet onderkend. Gelet op de mogelijkheden om de wachtlijsten aan te pakken is fasering daarvan en daarmee een oploop in middelen noodzakelijk. Gezien de noodzakelijke zorgvuldigheid in de procedure om tot extra levering van zorg te komen en de gewenste zekerheid dat de extra middelen ook daadwerkelijk worden benut om tot extra productie te komen, is het jaar 2000 primair de eerste fase. Ten behoeve van deze eerste fase in het jaar 2000 is f 50 mln beschikbaar gesteld. Het gaat hierbij om premiegelden. De Voorjaarsnota heeft betrekking op de begroting; de intensivering van premiegelden is opgenomen in de Voorjaarsbrief Zorg 2000. Ten aanzien van de jaren na 2000 worden eventuele extra intensiveringen in de Zorgnota 2001 aan de Kamer gepresenteerd (derde dinsdag in september); de Voorjaarsbrief Zorg 2000 gaan immers over het uitvoeringsjaar 2000.

42

*Om welke concrete maatregelen gaat het op het terrein van arbo/ziekteverzuim en op het terrein van instroom en behoud van personeel? Welke concrete doelstellingen dienen met de middelen in 2000 te worden behaald? (blz. 7)*

In het CAZ-jaarplan 2000 is op het punt van arbo/ziekteverzuim, instroom en behoud een groot aantal kwantitatieve doelstellingen neergelegd. De belangrijkste daarvan zijn:

- vermindering van het in 1999 bestaande verschil tussen het ziekteverzuim in de zorgsector en het gemiddelde niveau daarvan in het bedrijfsleven met een achtste;
- vermindering van het in 1999 bestaande verschil tussen de WAO-instroom landelijk en die in de zorgsector met een achtste;
- reïntegratie vanuit de WAO in de zorgsector van 750 personen extra (t.o.v. realisatiecijfers 1999);
- 30% van de instellingen voert in 2000 een actief mobiliteitsbeleid;
- toename instroom in opleidingen met 5%;
- verbetering rendement opleidingen met 5%;
- verhoging instroom herintreders via contractonderwijs met 12,5%;
- extra instroom van 625 werkloze personen en 1000 allochtonen;
- daling van het netto verloop met tenminste 5% t.o.v. eind 1999

Deze doelstellingen gelden ten algemene. Ook de maatregelen, die gefinancierd worden met de ca. f 58 mln aan extra arbeidsmarktmiddelen voor de zorg in 2000, dienen om deze doelstellingen te halen. Voor wat betreft de f 58 mln gelden er dus geen aparte, aanvullende doelstellingen. In het CAZ-overleg van 31 mei jl. is het aanvullende pakket aan maatregelen voor 2000 vastgesteld: f 45,5 mln voor arbo, verzuim en reïntegratie (waarvan f 44,5 mln voor een kaderregeling ter stimulering van arbo- en verzuimbeleid), f 10 mln voor instroom (f 5 mln instroom doelgroepen en f 5 mln instroom opleidingen) en f 2,3 mln voor behoud (stage/opleidingsplaatsen en kinderopvang). De kaderregeling arbo-en verzuimbeleid gaat eind juni naar de instellingen. Over de uitwerking van de andere maatregelen wordt eind juni in het CAZ-overleg beslist.

43

*Hoe moet de ICT-investering gezien worden in het licht van de eerdere uitgaven in de sector voor het millenniumproof maken van de ICT? Aan wie worden de voorgestelde middelen beschikbaar gesteld en welke prestaties moeten daarvoor concreet worden geleverd? Welke inspanningen, materieel en financieel, worden door de zorgaanbieders en verzekeraars in dat verband geleverd? (blz. 7)*

Er is geen verband tussen de eerdere uitgaven in de zorg voor het millenniumproof maken van ICT in de zorg en de extra investering in ICT van f 110 mln. Bij de aanpak van de ontwikkeling van de ICT in de zorg is echter wel geleerd van de aanpak van het millenniumprobleem. Het verband tussen beide is derhalve gelegen in de aanpak en werkwijze en niet in de financiën. Zie verder het antwoord op vraag 6.

44

*Kan worden bevestigd dat het CBS heeft berekend dat de kosten fysiotherapie met 9,4% zijn gestegen (Trouw, 31 mei 2000)? Welke oorzaken liggen daaraan ten grondslag en geeft deze stijging aanleiding tot beleidswijzigingen? (blz. 7)*

CBS-informatie met betrekking tot de sector fysiotherapie is niet geheel bruikbaar ten behoeve van het opstellen van uitgaven die relevant zijn voor het Budgettair Kader Zorg. De reden hiervoor is dat in de CBS omzet-enquetes ook delen van het 3e compartiment worden gemeten waarvoor de minister van VWS niet verantwoordelijk is. Ook bij de sector fysiotherapie bestaat na invoering van de beperkende maatregel (9 behandelingen) dit 3e compartiment.

Ten behoeve van de Zorgnota wordt voor de sector fysiotherapie dan ook het cijfermateriaal van het College voor Zorgverzekeringen en Vektis B.V. gehanteerd. Dit materiaal wordt op dit moment geanalyseerd. Indien deze analyse aanleiding geeft tot maatregelen zal dit in de Zorgnota 2001 worden gepubliceerd.

45

*Welke kosten zullen naar verwachting gemoed zijn met de invoering van de euro in de sector en op welke wijze zal in de financiering daarvan worden voorzien? Gaat dit ten koste van het extra bedrag van f 5,6 mld, zoals in het RA voorzien? (blz. 7)*

Zoals bij alle sectoren worden ook bij de zorgsector de kosten die gepaard gaan met de implementatie van de euro niet vergoed. Vanuit de gedachte dat het hier om een bedrijfsvoeringsvraagstuk gaat is besloten geen vergoeding te geven. Naast de reserveringen die voor dit soort projecten over het algemeen gebruikelijk zijn, moeten de kosten worden gedekt uit de budgetten voor de bedrijfsvoering van de organisaties zelf. De verwachting is dat in de reguliere budgetten en de reserves voldoende ruimte bestaat. Anders ligt dit bij de ziekenfondsen en uitvoeringsorganen AWBZ, daarvan is geconstateerd dat een bijdrage voor de invoering van de euro noodzakelijk was omdat deze instellingen geen reserves voor dergelijke projecten kunnen opbouwen. Bij de Najaarsbrief Zorg is een bedrag van f 43,5 mln beschikbaar gesteld. Zoals voor elke sector het geval is, ondersteunt het Nationaal Forum voor de implementatie van de Euro (NFE) de sector op verzoek en waarnodig met daarop toegesneden ondersteunend materiaal in de vorm van handleidingen e.d. Gelet op het feit dat de overheid niet (mee) betaalt aan de kosten van het bedrijfsleven is de omvang van de kosten niet bekend.

46

*Kan een overzicht worden gegeven over de afgelopen zes jaren van de vrijval van gelden in de bouw en van de budgettaire consequenties die dat heeft voor de komende twee jaren? (blz. 7)*

Voor een overzicht van de vrijval in de vergunningsbouw door een afwijkende realisatie van eerder geraamde projecten wordt hierbij verwezen naar bijlage 1 bij deze antwoorden. Dit overzicht kan, vanwege een systeemovergang niet verder teruggaan dan 1996. Omdat er vanuit gegaan wordt dat bij vergunningsbouw projecten zich in latere jaren alsnog realiseren heeft de vrijval bij de vergunningsbouw geen budgettaire consequenties voor de komende jaren. Voor een overzicht van de vrijval in de meldingsbouw en de budgettaire consequenties daarvan voor de komende jaren wordt hier verwezen naar de Zorgnota 2001.

47

*Kan beargumenteerd worden aangegeven waarom de aanbevelingen, zoals door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen een jaar geleden gedaan, niet zijn opgevolgd (Het Financieel Dagblad, 11 mei 2000)? (blz. 7)*

In het artikel in het Financieel Dagblad wordt een aantal verkeerde relaties gelegd. De vrijval in 2000 van met meldingsbouw samenhangende middelen van f 285 mln wordt niet door mij veroorzaakt maar door de instellingen, doordat ze hun instandhoudingsinvesteringen uitstellen. De instellingen zijn hiertoe bevoegd (zie het antwoord op vraag 5).

De bijstelling van de ramingsrente is een technische bijstelling. De rente die bij de ramingen wordt gehanteerd volgt de macro-economische renteontwikkeling.

De in het artikel aangehaalde, door het CBZ gesignaleerde, dreigende «meevallers» die voortkomen uit vertragingen bij de uitvoering van het bouwprogramma voor de intramurale zorgsector baren mij zorgen. Dit betekent namelijk dat het beleid wat met dit bouwprogramma gerealiseerd wordt vertraging ondervindt. Deze vertraging is verre van beoogd en zeker niet te kwalificeren als een meevaller.

Een aantal van de aanbevelingen van het CBZ is al verwerkt in (de besluitvorming over) de bouwprioriteiten voor de periode 1999 t/m 2002 voor de

sectoren ziekenhuizen en geestelijke gezondheidszorg die op 17 december 1999 zijn vastgesteld. De overige aanbevelingen betrek ik bij de besluitvorming over de periode 2001 t/m 2004. Voor wat betreft de sectoren verpleeghuizen en gehandicaptenzorg heb ik geoordeeld dat zorgvernieuwing (scheiden wonen/zorg) en een andere bestuurlijke aanpak moest prevaleren boven de snelheid van besluitvorming.

48

*Heeft het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen «onlangs een brandbrief» over deze problematiek gestuurd, waarin nog eens is gewezen op de eerdere signaleringstoets? Kan de Kamer een afschrift van deze «brandbrief» worden overlegd? (blz. 7)*

Het CBZ heeft over de besluitvorming over de bouwprioriteiten en over de uitvoering daarvan een brief gezonden. Deze brief treft u aan in bijlage 4.<sup>1</sup>

49

*Wat is het oordeel over de uitkomsten van onderzoek door het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen waaruit zou blijken «dat van de 135 projecten die in 1997 in uitvoering hadden moeten zijn, er slechts 32 begonnen waren. Voor de projecten was een bedrag van ruim f 1,9 mld gereserveerd, maar daarvan werd maar f 415 mln werd benut» (Het Financieel Dagblad, 11 mei 2000)? Tot welke beleidsbijstellingen geven de uitkomsten van dit onderzoek aanleiding? (blz. 7)*

Dit zegt alleen iets over het jaar 1997. De oorzaken van deze vertraging, met name de late besluitvorming over de bouwprioriteiten 1997 t/m 2000 ten gevolge van heroverweging, staan al vermeld in het JOZ 1997. Het onderzoek van het CBZ geeft mij zowel aanleiding om de wijze van besluitvorming te herzien en ook de uitvoering van de bouwprioriteiten beter (te laten) aansturen. Zie overigens ook het antwoord op vraag 5.

50

*Kan worden bevestigd dat als gevolg van het feit dat de aanbevelingen van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen niet zijn overgenomen en bovendien ook de zorgkantoren in de regio advies moeten geven over de besteding van bouwgeld «de totale doorlooptijd van de procedure aanzienlijk is verlengd hetgeen van invloed is op de huidige mogelijkheden tot verkorting van de wachtlijsten»? Zo neen, hoe kan «de verlenging van de totale doorlooptijd van de procedure» dan verklaard worden? (blz. 7)*

Voor de sectoren verpleeghuiszorg en gehandicaptenzorg gaat dat inderdaad op. In deze sectoren is beleidsmatig het primaat gelegd bij zorgvernieuwing (scheiden wonen/zorg) en andere bestuurlijke verhoudingen. Het tempoverlies dat hierdoor optreedt is hierbij geaccepteerd. Dat tempoverlies wordt waarschijnlijk meer dan goed gemaakt door snellere realisatiemogelijkheden bij zorgvernieuwing (scheiden wonen/zorg).

51

*Waarom is besloten het uitgavenkader te verhogen in verband met de extra uitgaven voor de honorering van medisch specialisten in academische ziekenhuizen? (blz. 9)*

Zie het antwoord op vraag 3.

---

<sup>1</sup> Ter inzage gelegd op de afdeling Parlementaire Documentatie.

52

*Welke effecten hebben de bijstellingen halverwege de uitvoering van het regeerakkoord 1998 tot en met deze voorjaarsnota op de volumegroei 1999–2002 ten bedrage van in totaal f 5,6 mld? (blz. 9)*

De in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 opgenomen bijstellingen kunnen worden onderverdeeld in twee categorieën. Allereerst betreffen de bijstellingen het «naar voren halen van structurele middelen». Deze formulering wil niets anders zeggen dat reeds eerder afgesproken intensivering voor de periode 1998–2002 nu een versnelde oploop kennen en eerder het structurele (eind)niveau bereiken. Voor het uiteindelijke niveau heeft dit geen gevolgen.

In de tweede plaats betreft het door het kabinet toegestane extra uitgaven, die moeten worden opgeteld bij de in het regeerakkoord afgesproken volumegroei van f 5,6 mld.

53

*Kunt u een geactualiseerde verdeling van het BKZ volgens het regeerakkoord (TK 1997- 1998, 26 024 nr. 10, blz. 41) verstrekken? (blz. 9)*

De onderstaande tabel geeft de verdeling van de uitgaven onder het (bruto) Budgettair Kader Zorg over de sectoren voor het jaar 2000 op een vergelijkbare wijze als in het Regeerakkoord voor de uitgaven 1998 is gedaan. Bij vergelijking dient wel rekening gehouden te worden met technische verschillen. Zo worden de uitgaven ouder- en kindzorg (ruim f 0,3 mld) nu tot de preventieve zorg gerekend en ten tijde van het Regeerakkoord tot de curatieve zorg. De uitgaven voor de PAAZ-en (ongeveer f 0,25 mld) vallen inmiddels ook niet meer onder curatieve zorg maar onder geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast zijn de «diverse uitgaven en beheersuitgaven» in de onderstaande tabel niet zoals in het Regeerakkoord aan de sectoren toegerekend, maar apart weergegeven.

Sector	bedragen (in f mld)
curatieve somatische zorg	28,2
preventieve zorg	1,0
geestelijke gezondheidszorg	6,0
Gehandicaptenzorg	6,8
ouderen- en thuiszorg	17,3
genees- en hulpmiddelen	8,8
beheer en diversen	5,9
<b>Totaal</b>	<b>74,0</b>

54

*Hoe verhouden de loon- en prijsbijstellingen in 1999 en 2000 zich tot de aannames in het regeerakkoord 1998? (blz. 9)*

Voor de lonen in de zorgsector geldt de OVA-systematiek (de overheid geeft de zorgwerkgevers een bijdrage die daarmee een CAO afsluiten). In het kader daarvan is afgesproken dat VWS enigszins versluiert omgaat met de loonramingen voor de zorgsector. De reden is dat voorkomen moet worden dat het onderhandelingsproces tussen werkgevers en werknemers hierdoor wordt beïnvloed. Daarom komen in het navolgende geen exacte cijfers voor.

De OVA sluit in belangrijke mate aan bij de loonraming van het CPB. Dit cijfer voor 1999 is op dit moment iets lager dan in de regeerakkoord-berekeningen. Voor 2000 is de huidige CPB-raming van de lonen daarentegen fors hoger dan in de regeerakkoordberekening was aangenomen.

Ook ten aanzien van de prijsontwikkeling geldt dat de huidige cijfers voor 1999 lager zijn dan verwerkt in de regeerakkoordberekeningen, terwijl het cijfer 2000 hoger is dan bij regeerakkoord.

55

*Wat is in de geactualiseerde verdeling van het regeerakkoord nog aan extra uitgaven voor 2001 en 2002 voorzien? (blz. 9)*

De voor de jaren 2001 en 2002 voorziene extra uitgaven zullen u worden gepresenteerd in de Zorgnota 2001, die u op de derde dinsdag van september wordt aangeboden.

56

*Wanneer heeft u besloten dit jaar f 1,25 mrd extra te besteden aan zorg (bron: persbericht ministerie VWS d.d. 09-05-2000) als de helft uit tegenvallers bestaat en de andere helft uit naar voren gehaalde beleidsmaatregelen waarin het regeerakkoord voorzag? Welk deel van de f 1,25 mrd is structureel? Welk deel wordt van de in het regeerakkoord voorziene extra uitgaven in 2001 en 2002 afgetrokken? (blz. 9)*

Het kabinet heeft in het afgelopen voorjaar besloten f 1,25 mld extra uitgaven voor de zorg toe te staan. In de Zorgnota 2001 zal de (structurele) doorloop van deze toegestane extra uitgaven worden gepresenteerd. Deze extra uitgaven gaan niet ten koste van de in het regeerakkoord afgesproken volumegroei en maken daar ook geen deel van uit. Zie ook het antwoord op vraag 52.

57

*Hoe oordeelt u over de negatieve beeldvorming door de mislukte overheidsramingen, onbeheerste uitgaven beleidskaders en een doorlopend reorganiserend ministerie van VWS? (blz. 9)*

In tegenstelling tot hetgeen de vraag suggereert is er geen sprake van een doorlopend reorganiserend ministerie. Wel is een ministerie als VWS welke met zijn beleid midden in de samenleving staat, voortdurend in beweging. De financiële mutaties zoals gemeld in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 zijn beleidsmatig van aard (bijv. gewenste intensiveringen) en ook toegelicht. Dat heeft niets te maken met onbeheerste uitgaven beleidskaders. Wel is het op onderdelen lastig om tot goede ramingen te komen, gezien de externe factoren die van invloed zijn.

### **Vragen GroenLinksfractie**

58

*Kan een uitsplitsing gegeven worden van de stijging van de meerkosten van de medicijnen naar kosten die voortvloeien uit demografische oorzaken, autonome groei, de verschuiving naar transmurale of extramurale zorg en groei als gevolg van duurdere medicijnen? (blz. 4)*

Zie het antwoord op vraag 31.

59

*Wat is de oorzaak van het niet uitkomen van de ramingsvoorstellen (het gesloten houden van bijlage b, de verzekeraarsbudgettering en de korting apotheekhoudenden)? (blz. 4)*

Zie het antwoord op vraag 8.



60

*Wat is het wachtlijstoplossend effect geweest op de wachtlijsten cure van de extra intensivering van f 50 mln als gevolg van de motie Melkert c.s.? (blz. 5)*

Zie het antwoord op vraag 2.

61

*Wat is het effect geweest van de extra intensivering van f 40 mln structureel op het terrein van de GGZ als gevolg van de motie Melkert c.s.? (blz. 5)*

Met de aanvaarding van de motie Melkert c.s. is in 2000 structureel f 40 mln beschikbaar gesteld voor de versterking van de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Hiervan komt f 25 mln ten goede aan de stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk. Met dit bedrag – en de daarbij behorende inzet van middelen door de gemeenten zelf kunnen 370 algemeen maatschappelijk werkers (fte's) aan het werk. Van de resterende f 15 mln wordt f 6 mln via de VWS-begroting besteed aan deskundigheidsbevordering van huisartsen en de verbetering van de samenwerking in de eerstelijns geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast wordt f 9 mln aangewend voor onder meer het bieden van ondersteuning van de eerste lijn door de gespecialiseerde geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg middels versterking van de consultatiefunctie.

62

*Hoeveel extra uren dagbesteding voor de gehandicaptenzorg is er gerealiseerd als gevolg van de extra intensivering van f 30 mln van de motie Melkert c.s.? (blz. 5)*

Zie het antwoord op vraag 38.

63

*Met hoeveel plaatsen is de wachtlijst verpleging en verzorging afgenomen als gevolg van de extra intensivering van f 130 mln? (blz. 6)*

Op dit moment is nog niet bekend hoeveel extra productie er voor het bedrag van f 130 mln gerealiseerd zal worden. Alleen voor de sector thuiszorg zijn er al productieafspraken gemaakt. Er wordt nagecalculeerd op basis van daadwerkelijk gerealiseerde extra productie.

64

*Hoe groot zal naar verwachting de extra intensivering zijn waarmee de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg moeten worden weggewerkt? (blz. 6)*

Deze intensivering bedraagt in het jaar 2000 f 50 mln. Hiervoor is een plan van aanpak opgesteld samen met de MJA-partijen, zodat de wachtlijsten aanzienlijk kunnen worden teruggedrongen. Op regioniveau werken zorgaanbieders en zorgkantoren momenteel aan extra productieafspraken zodat de wachtlijsten toetsbaar zullen verminderen. In de komende jaren zal de aanpak van de wachtlijsten voortvarend worden voortgezet.

65

*Kan een specificatie worden gegeven van de te behalen streefcijfers van de intensivering ten behoeve van het terugdringen van het ziekteverzuim en instroom/behoud personeel? (blz. 7)*

Zie het antwoord op vraag 42.

66

*Kan een uitsplitsing worden gegeven van de bedragen die zijn gereserveerd voor het bestrijden van ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en voor de instroom en het behoud van personeel in de zorgsector? (blz. 7)*

Zie het antwoord op vraag 42.

67

*Waardoor wordt de vrijval bij de instandhoudingsbouw veroorzaakt? (blz. 7)*

In de zorgnota 2000 is ten opzichte van de ramingen uit het NZi onderzoek nog een veiligheidsmarge gehanteerd. Tot op heden zijn er geen signalen ontvangen dat deze marge nodig is. Vandaar dat ze nu vrijvalt. Dit betekent dat de instellingen naar verwachting in 2000 voor f 285 mln minder trekkingsrechten zullen verzilveren dan waar in de Zorgnota 2000 nog van uit werd gegaan.

### **Vragen SP-fractie**

68

*Klopt het dat er ruim f 1,2 mrd extra volumegroei wordt uitgetrokken voor de zorg waarvan bijna de helft vanwege tegenvallers in de uitgaven voor geneesmiddelen? Waarom is er niet meer geld uitgetrokken om de noden inzake wachtlijsten en werkdruk te ledigen? (blz. 4)*

Dat is juist. Wel kunnen meerkosten bij geneesmiddelen een brede spin-off hebben en bijvoorbeeld leiden tot minder polikliniekbezoek en minder arbeidsverzuim.

Wat betreft de middelen die zijn uitgetrokken voor wachtlijsten en werkdruk gaat het hier om de extra middelen voor 2000. Over de extra middelen voor de jaren 2001 en volgende jaren wordt u geïnformeerd bij Zorgnota 2001.

Zie verder het antwoord op vraag 56.

69

*De groei van de uitgaven voor geneesmiddelen wordt momenteel geraamd op 11% per jaar. Er worden verschillende factoren genoemd, wat is de bijdrage van de afzonderlijke factoren? Welke beleidsconclusies kunnen hieruit getrokken worden? Kan een overzicht gegeven worden van besparingsverliezen over de afgelopen 6 jaar? (blz. 4)*

Zie het antwoord op de vragen 10 en 31.

70

*Hoeveel is het zak- en kleedgeld voor 65-plussers en 65-minners in AWBZ-instellingen nu gemiddeld per maand verhoogd? Indien het zak- en kleedgeld voor alle bewoners opgetrokken zou worden van circa 33% van de ABW tot circa 42% van de ABW, wat zou dat in totaal kosten? (blz. 5)*

Het vrij besteedbare inkomen van bijdrageplichtige 65-plussers en 65-minners is voor alleenstaanden met circa f 50,- verhoogd en voor mensen met een partner met ruim f 30,-.

De ABW valt onder het ministerie van SZW. Daarmee vindt op dit moment overleg plaats.

71

*In het regeerakkoord is f 2 mrd extra uitgetrokken voor de verpleging en verzorging, hoeveel is hiervan nog beschikbaar? Is dit in- of exclusief de f 130 mln die nu beschikbaar gesteld wordt voor de versnelling van de*

*aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging? In het rapport Gezondheidszorg in Tel 7 is berekend dat in totaal ruim f 1,5 mrd nodig is om de wachtlijsten in de verpleging en verzorging op te lossen. Hoeveel middelen denkt het kabinet in totaal nodig te hebben om alle wachttijden in de verpleging en verzorging terug te brengen tot aanvaardbare wachttijden? Is het kabinet ook bereid deze ter beschikking te stellen indien er voldoende goede plannen voor worden ingediend? (blz. 6)*

De f 2 mld extra die is uitgetrokken voor de sector verpleging en verzorging is inclusief de f 130 mln. Zoals in de Voorjaarsbrief Zorg 2000 is aangegeven gaat het bij de f 130 mln om het naar voren halen van structurele MJA-middelen.

In hoofdstuk 7 in de Zorgnota 2000 is de globale verdeling van de intensiveringsmiddelen over de jaren weergegeven. In de jaren 1999 en 2000 zijn structureel respectievelijk f 368,2 mln en f 651,5 mln aan de sector toebedeeld. Het restant van de f 2 mld zal in de komende jaren worden weggezet. Met partijen zijn reeds afspraken gemaakt over de inzet van deze middelen.

Momenteel wordt flink geïnvesteerd in de wachtlijstregistratie. Met de informatie die hieruit zal blijken, kan waarschijnlijk beter dan nu het geval is een inschatting gemaakt worden of en zo ja in welke mate nog aanvullende middelen nodig zijn om een eventueel resterend probleem op te lossen.

72

*Hoeveel geld is er nog beschikbaar voor gehandicaptenzorg van de totale gelden uit het regeerakkoord? Volgens het rapport Gezondheidszorg in Tel 7 is ruim f 700 mln nodig om de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg op te lossen? Hoeveel denkt het kabinet met f 50 mln te komen? Indien er goede plannen worden opgesteld is het kabinet dan bereid deze te honoreren, ook indien deze de f 50 mln ver te boven gaan? (blz. 6)*

In de gehandicaptensector gaat ruim f 6,5 mrd aan premiegelden en bijna f 40 mln begrotingsmiddelen om. In het regeerakkoord 1998 is reeds f 430 mln extra beschikbaar gesteld. Aanvullend daarop zijn inmiddels extra middelen beschikbaar gesteld voor dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten (f 30 mln), doorstroming (f 8 mln) en f 50 mln voor de aanpak van wachtlijsten).

De f 50 mln in dit jaar bovenop de reeds beschikbare MJA-middelen voor 2000 betekent een intensivering van de aanpak van wachtlijsten. Voor de wijze waarop deze middelen worden ingezet bestaat een Plan van Aanpak dat recent aan de Kamer is gezonden. Uiteraard moet de daadwerkelijke zorgverlening uiteindelijk door het veld gebeuren. Instellingen kunnen plannen indienen bij de zorgkantoren voor de levering van extra productie. Indien deze plannen voldoen aan de set van gemeenschappelijke uitgangspunten zoals in meerjarenafspraken-verband is bepaald, dan zullen de zorgkantoren deze extra productie toestaan en zal het CTG het hiermee samenhangende bedrag toevoegen aan het instellingsbudget. Hiervoor is een bedrag van f 50 mln beschikbaar gesteld. In de Zorgnota 2001 zullen de bedragen voor 2001 en volgende jaren zijn opgenomen.

73

*De GGZ heeft niets aan het naar voren schuiven van gelden omdat zij voor de totale kabinetsperiode schamel is bedeed. Maar is er niet afgesproken dat zodra er weer geld te verdelen is de GGZ als eerste in aanmerking zou komen? Hoe zit het met de uitvoering van deze belofte mede gezien het aantal knelpunten dat door GGZ Nederland naar voren is gebracht? (blz. 6)*

In de motie Van Vliet cs. (dd. 23 november 1998) wordt de regering verzocht eventuele structurele onderuitputting 1999 te bestemmen voor

de ophoging van het GGZ-budget. Gezien de vele knelpunten binnen het BKZ is van een structurele onderuitputting geen sprake. Toch is er onder andere bij de APB 2000 extra geld beschikbaar gesteld (structureel f 40 mln), samenhangende met de motie Melkert. Over de (financiële) gevolgen van de kaderbriefbesluitvorming 2001 voor de GGZ wordt u op de derde dinsdag van september 2000 geïnformeerd.

74

*Indien de normpraktijk voor verloskundigen verlaagd zou worden van 150 naar 90 bevallingen, hoeveel zou dat kosten? (blz. 6)*

De macro-meerkosten bij verlaging van de normpraktijk verloskundigen van f 150 naar 90 bevallingen bedragen ruim f 98 mln.

75

*Waarom is voor ambulances geen extra geld voor het oplossen van de huidige knelpunten gereserveerd? (blz. 7)*

Het kabinet heeft het kader structureel verhoogd met f 14 mln. Hiermee is de invoering van het budgetmodel voor de ambulance diensten budgettair neutraal gerealiseerd. In BKZ-termen zou hier namelijk sprake zijn van een tekort van f 14 mln, aangezien dit het verschil is tussen de tot vorig jaar gehanteerde cijfers van het CPB en de nieuwe cijfers van het CTG. Daarnaast is in het kader van de meerjarenafspraken extra geld beschikbaar gesteld voor de diverse knelpunten ad f 5,8 mln (waaronder de wadden en Zeeland). Zie tevens mijn brief van 30 mei 2000 met het kenmerk CSZ/EZ-2076801.

76

*Op dit moment zijn er circa 18 000 mensen in opleiding voor verpleging en verzorging, volgens het rapport regiomarge zou dat 26 000 moeten zijn. Dat betekent een uitbreiding van het aantal mensen in opleiding met ruim 40%. Wat zou dat kosten? (blz. 7)*

Zie het antwoord op vraag 77.

77

*De instellingen zijn verantwoordelijk voor het praktijkdeel van de opleiding zowel voor de BOL als de BBL, kan een schatting worden gegeven hoeveel mensen in totaal worden opgeleid en wat dat de instellingen in totaal kost? Wie betaalt de specialisatie bijvoorbeeld tot IC-verpleegkundige en wat kost zo'n laatste opleiding gemiddeld? (blz. 7)*

De kosten voor het theoriedeel van de opleidingen worden gedragen door het Ministerie van OCenW. Meerkosten treden daarin niet op omdat rekening wordt gehouden met het totaal aantal studerende, ongeacht de sector.

De zorginstellingen dragen de kosten voor het praktijkdeel (stages, begeleiding), daarin deels (voor BBL-leerlingen in het MBO) tegemoetgekomen door een fiscale stimulans. Dat geldt ook voor de kosten van verpleegkundige specialisaties. Over de kosten die zorginstellingen maken voor opleiding en scholing is helaas slechts partiële en dus gebrekkige informatie bekend. In het kader van producttypering en productprijzen wordt daar door het CTG wel onderzoek naar gedaan. Duidelijk is dat een uitbreiding van leerlingen de instellingen meer geld zal kosten, maar hoeveel is op korte termijn niet aan te geven.

78

*Gaat het bij de f 285 mln alleen om instandhouding van gebouwen? Zijn alle plannen betreffende bouw vanwege capaciteitsuitbreiding wel uitgevoerd? (blz. 7)*

Het gaat bij de f 285 mln uitsluitend om instandhouding van de bestaande capaciteit. Tot op heden wordt ervan uitgegaan dat de in de Zorgnota 2000 voor het jaar 2000 voorziene uitbreidingsbouw ook zal worden gerealiseerd.

De voorzitter van de commissie,  
Essers

De griffier van de commissie,  
Teunissen