

Vergaderjaar 2001–2002

28 313

Voorjaarsbrief Zorg 2002

Nr. 2

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 18 april 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de regering over de Voorjaarsbrief 2002 (28 313, nr. 1).

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 18 april 2002. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier voor deze lijst,
Post

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Rijpstra (VVD), Pitstra (GroenLinks) en Cörüz (CDA).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Weekers (VVD), Van Gent (GroenLinks) en Visser-van Doorn (CDA).

1

Hoe verhoudt het bedrag van € 256,3 miljoen dat in de Voorjaarsbrief Zorg extra wordt ingezet onder de noemer «wachlijsten» zich tot het bedrag van € 362 miljoen dat in de Voorjaarsnota (bladzijde 4) wordt genoemd bij wachtlijstaanpak? Kan een nadere toelichting worden gegeven hoe de verdeling van de € 256,3 miljoen extra wachtlijstmiddelen over de sectoren Verpleging en Verzorging, Gehandicapten en GGZ tot stand is gekomen?

Op pagina 18 van de Voorjaarsnota 2002 staat een onderverdeling aangegeven van het bedrag van € 362 miljoen. Onder deze noemer zijn, naast de uitgaven die direct met extra zorgverlening gepaard gaan, ook wachtlijstgerelateerde en capaciteitsgebonden investeringen meegenomen zoals opleidingen, extra IC-capaciteit, dure geneesmiddelen en de toename van het aantal PGB's. De verdeling van extra wachtlijstmiddelen betreft een realistische inschatting van de extra productie die zorginstellingen de komende periode kunnen realiseren. Deze inschatting is gebaseerd op de meest recente gegevens over de ontwikkeling van de productie en wachttijden (van CTG, CVZ, Vektis, Prismant en Zorgverzekeraars Nederland), die ons ter beschikking staan.

2

Mag uit het feit dat geen wachtlijstmiddelen beschikbaar zijn gesteld voor de sectoren thuiszorg en jeugdzorg worden afgeleid dat deze sectoren voldoende middelen hebben in 2002 om de wachtlijsten adequaat weg te werken?

Het is niet juist dat er geen wachtlijstmiddelen beschikbaar zijn gesteld voor de sector thuiszorg. De sector thuiszorg is onderdeel van de sector Verpleging en Verzorging waarvoor een bedrag van € 60 miljoen beschikbaar is gesteld (zie ook het antwoord op vraag 5). Aan de jeugdzorg heeft de regering in 2001 eenmalig € 9,5 miljoen ter beschikking gesteld voor het aanpakken van de wachtlijsten in de jeugdhulpverlening in 2001 en 2002. Dit komt bovenop de meerjarenmiddelen die de regering bij de start van deze regeerperiode heeft ingezet voor de jeugdzorg, ondermeer voor de wachtlijstproblematiek. De wachtlijstproblematiek in de jeugdzorg doet zich voor een belangrijk deel voor in de jeugd-GGZ. Een verhoudingsgewijs belangrijk deel van de middelen voor de wachtlijstaanpak in de GGZ-sector komen dan ook ten goede aan de knelpunten in de jeugd-GGZ. De samenhang van de aanpak van de wachtlijsten in de verschillende sectoren in de jeugdzorg wordt gecoördineerd door de Taskforce Aanpak Wachlijsten Jeugdzorg waarvan VWS, IPO en ZN deel uitmaken.

3

Klopt het dat de zorgverzekeraars bij het vaststellen van hun premies ruimte hebben gemaakt voor een intensivering van € 50 miljoen om de werkdruk van fysiotherapeuten te verlichten? Waarom voorziet de Voorjaarsnota niet ook in een stijging van gelijk bedrag voor de fysiotherapie? Is het nu niet zo dat de verzekerden betalen voor iets waar ze niets voor terug krijgen?

Nee, de zorgverzekeraars hebben bij het vaststellen van hun premies geen ruimte gemaakt voor een intensivering van € 50 miljoen om de werkdruk van fysiotherapeuten te verlichten. De zorgverzekeraars geven aan in hun voorjaarsbrief zorg dat minimaal € 50 miljoen hiervoor nodig is, maar deze middelen zijn niet gereserveerd. Overigens zij hierbij opgemerkt dat het BKZ een uitgavenkader is en geen financieringskader.

4

Waarom is bij de intensiveringen geen rekening gehouden met de uitvoering van de door de Tweede Kamer aangenomen moties inzake de huisartsengeneeskunde (lokale kostencomponent, secundaire arbeidsvoorwaarden HAIO's en compensatie arbeidsongeschiktheidsverzekering 2001)?

Een aantal moties heeft gevolgen voor de zorguitgaven. In de afgelopen 4 jaar is fors geïnvesteerd in de huisartsenzorg (€ 334 miljoen). Voor betrokken moties heeft de regering echter geen additioneel geld beschikbaar. Overigens, omdat in alle gevallen dekking ontbreekt zou uitvoering van de moties leiden tot hogere zorguitgaven. De moties met een financieel beslag kan de regering derhalve niet uitvoeren. Met betrekking tot de lokale component heb ik in het Algemeen Overleg van 27 maart 2002 al aangegeven, dat ik naar aanleiding van de kanttekeningen van het CTG bij de gefragmenteerde financiering van de huisartsenzorg wat meer tijd wil nemen om dit voorstel te overdenken. In dit verband wil ik tot een meer globale kostencomponent komen. Dit doet ook meer recht aan de flexibiliteitsgedachte als neergelegd in het Kabinetsstandpunt Modernisering huisartsenzorg op basis van het advies van de Commissie Tabaksblatt (brief aan de Kamer van 30 november 2001). Het CTG heeft mij meegedeeld, dat zij naar verwachting de maanden april en mei nog nodig heeft voor technisch overleg over de beleidsregel inkomensherijking. Nadat de beleidsregels in het bestuur aan de orde geweest zijn zal ik overgaan tot het opstellen van een plan van aanpak. Voor wat de secundaire arbeidsvoorwaarden huisartsen in opleiding betreft verwijs ik u naar de brief die ik op 8 april 2002 hierover aan de voorzitter van de vaste commissie heb doen toekomen. Voor een uitgebreidere toelichting met betrekking tot de aangenomen moties zal ik de Kamer separaat berichten.

5, 6 en 7

Kan een onderverdeling worden gegeven van de verhoging van € 60 miljoen over de sectoren verpleeghuiszorg, thuiszorg en verzorgingshuizen? Zo ja, hoe luidt deze? Zo neen, waarom niet?

Hoeveel van dit bedrag wordt uitgekeerd middels een PGB?

Hoeveel extra productie wordt met de € 60 miljoen gerealiseerd in resp. thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg?

De definitieve verdeling van de € 60 miljoen voor de wachtlijsten voor de gehele sector Verpleging en Verzorging over de sectoren verpleeghuiszorg, thuiszorg en verzorgingshuizen kan pas worden gegeven als de realisaties van de aanvullende productieafspraken 2002 bekend zijn. Thans kan derhalve ook nog niets gezegd worden over de stijging van uitkeringen inzake PGB en de extra productie in uren of dagen zorg. Zie het antwoord op vraag 5.

Zie het antwoord op vraag 5.

8

Is de € 60 miljoen ook een bepaald percentage van de financiële gevolgen van de aanvullende productieafspraken, overeenkomstig de systematiek zoals deze bij GGZ-sector is toegepast? Zo neen, waarom niet? Zo ja, waarop zijn de percentages gebaseerd?

De raming van de € 60 miljoen voor het jaar 2002 is inderdaad – overeenkomstig de systematiek die bij de GGZ is toegepast – gebaseerd op een bepaald realisatie percentage van de aanvullende productieafspraken. Voor het jaar 2002 wordt verwacht dat 75% van de gemaakte productieafspraken daadwerkelijk gerealiseerd zal worden. Dit percentage is o.a. gebaseerd op de meest recente gegevens over de ontwikkeling van de

productie en de wachttijden (van het CTG en Zorgverzekeraars Nederland), die ons ter beschikking staan.

9

Neemt de regering bij het in een zo hoog mogelijk tempo wegwerken van onredelijke wachttijden de zogenaamde Treeknormen als uitgangspunt? Wat zijn op dit moment de afwijkingen van de wachttijden in de sectoren verpleging en Verzorging, gehandicaptenzorg, GGZ en ziekenhuizen ten opzichte van de aanvaardbare wachttijden en ten opzichte van de Treeknormen?

Bij het wegwerken van de wachttijden worden door de regering geen normen gehanteerd, ter explicitering van het begrip «onredelijk». De Treeknormen fungeren als referentiekader voor acceptabele wachttijden en wachtlijsten. Bij de sectoren is sprake van een registratie van de wachttijden. Dit opdat daarmee ontwikkelingen kunnen worden gevolgd en (beleids)conclusies getrokken kunnen worden. Als voorbeeld verwijs ik graag naar de zogenoemde «wachtlijstbrief Gehandicaptenzorg» die de Kamer op 28 maart jl. (DGB/FiG-2269531) heeft ontvangen. Voor de sector verpleging en verzorging vindt u gegevens over de wachttijden in de brief die we op 28 maart jl. (DVVO-U-2007681) naar de Kamer hebben gestuurd. Voor de sector GGZ verschijnt binnenkort een rapportage over de besteding van de wachtlijstgelden in 2001 en voor de ziekenhuizen kan verwezen worden naar het rapport wachttijden en wachtlijsten van Prisma van 8 maart jl.

10

Waarop is de verwachting gebaseerd dat de verhoging van de raming met € 60 miljoen voor de sector verpleging en verzorging toereikend moet zijn voor het vergoeden van de daadwerkelijk gerealiseerde aanvullende productieafspraken? Welke invloed heeft het «boter-bij-de-vis-principe» gehad op de vermogenspositie van instellingen sinds het inzetten van dit principe voor het wegwerken van de wachtlijsten?

Het bedrag van € 60 miljoen is o.a. gebaseerd op een inschatting van de realisatie van de gemaakte productieafspraken (zie ook het antwoord op vraag 8). De zorgkantoren dienen alvorens aanvullende productieafspraken te maken eerst te kijken naar de eigen mogelijkheden van de instellingen om binnen het bestaande budget tot productieafspraken te komen. De recent door het CTG verstrekte exploitatieresultaten 2000 zijn de laatst bekende gegevens over de vermogenspositie van de instellingen. Op grond daarvan kan geen uitspraak gedaan worden over het effect van het «boter bij de vis principe» op de vermogenspositie van de instellingen.

11

Kan de € 60 miljoen extra voor de sector verpleging en verzorging ook ingezet worden voor werving en opleiding indien dit nodig is om te komen tot hogere productie, zoals is toegezegd tijdens de laatste begrotingsbehandeling?

In de Kamer is tijdens de begrotingsbehandeling gesproken over de inzet van «onbestede» wachtlijstmiddelen voor werving en opleiding. Van het bedrag van € 60 miljoen wordt verwacht dat dit geheel nodig zal zijn voor de bestrijding van de wachtlijsten. Deze middelen mogen derhalve niet ingezet worden voor de kosten van werving en opleiding.

12

Is de € 186,8 miljoen ook een bepaald percentage van de financiële gevolgen van de aanvullende productieafspraken, overeenkomstig de

systematiek zoals deze bij GGZ-sector is toegepast? Zo neen, waarom niet? Zo ja, waarop zijn de percentages gebaseerd?

Bij het bedrag voor de gehandicaptensector is geen percentage van de financiële gevolgen van de aanvullende productieafspraken toegepast. Het bedrag is opgebouwd uit twee delen. Het ene deel betreft de financiële gevolgen van de meerproductie (boven het aanvankelijk beschikbare kader) uit 2001. Het andere deel betreft de financiële gevolgen van voortzetting van de wachtlijstaanpak in 2002, in het tempo dat tot nu toe is gerealiseerd. Het betreft hier dus een extrapolatie en geen percentage van de productieafspraken.

13

Wat is de oorzaak van het feit dat de cijfers van de ziekenhuizen nog niet geheel bekend zijn en in de andere sectoren wel?

Ook voor andere gebudgetteerde sectoren is het zo dat het CTG voornog gegevens verstrek over de productieafspraken; de gegevens over de gerealiseerde productie volgt deze zomer. Voor de ziekenhuizen is dit met name van belang omdat ZN heeft aangegeven dat de gemaakte aanvullende productieafspraken in hoge mate niet gerealiseerd zouden zijn. Daarnaast kent de budgetsystematiek ziekenhuizen meerdere posten die op basis van nacalculatie aan de budgetten worden toegevoegd. Ook voor deze posten zijn de realisatiegegevens van belang.

14

Wordt extra geld uitgetrokken voor budget PGB/GGZ, dat nu reeds is uitgeput?

Het PGB-GGZ is, net zoals de sector GGZ als geheel, gebudgetteerd. Dit betekent dat de bestedingsruimte van de GGZ-sector aan grenzen gebonden is en er op voorhand geen extra middelen beschikbaar zijn. Het budget voor PGB-GGZ in 2002 is gebaseerd op het budget van 2001. Eind 2001 was er sprake van een aanzienlijke onderuitputting van het PGB-GGZ. Ruim de helft van het beschikbare budget bleek niet besteed. Op basis van deze resultaten konden geen extra middelen beschikbaar worden gesteld voor verruiming van het PGB. Vrijwel geen enkel zorgkantoor heeft mij gemeld dat zij bij gelijkblijvende middelen in 2002 in de problemen zouden komen. Zorgkantoren die dit wel hadden gemeld, hebben voor 2002 extra middelen gekregen. Nu, enkele maanden later, wordt het PGB-GGZ volop benut en zijn er in meerdere regio's wachtenden.

15

In de toelichting op de extra middelen voor wachtlijsten GGZ wordt gesproken over nieuwe plaatsen en extra PGB's. Kan de regering ook concreet toelichten hoeveel nieuwe plaatsen en hoeveel PGB's gerealiseerd kunnen worden met € 9,5 miljoen uit de Voorjaarsbrief Zorg en welke bijdrage dat concreet levert aan de beleidsdoelstelling van reductie van de wachtlijstproblematiek?

In totaal mag de GGZ in 2002 voor een bedrag van € 117 miljoen aan productieafspraken maken, conform de door mij goedgekeurde CTG-beleidsregel. De € 9,5 miljoen is een deel van de dekking van deze beleidsregel. De uitvoering van de beleidsregel als geheel levert een bijdrage aan de reductie van de wachtlijstproblematiek. De PGB's betreft een aparte regeling met een afzonderlijke financiering. Zie daarvoor het antwoord op vraag 14.

16

Hoe geeft de regering uitvoering aan de doelstelling en de wens van de Tweede Kamer om extra geld uit te trekken voor het tegengaan van zorgverschraling GGZ?

De regering kan daaraan in 2002 geen uitvoering geven. Op dit onderwerp heeft het amendement Arib/Oudkerk (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 85) betrekking.

17

Kan ten aanzien van de uitvoeringskosten AWBZ nader worden uiteengezet waarvoor deze kosten precies worden gemaakt en door wie de kosten worden gemaakt. Zijn dit eenmalige opstartkosten of structurele meerkosten? Wat zijn de gemiddelde uitvoeringskosten per PGB?

In 2002 is € 8,9 miljoen extra beschikbaar voor de hogere uitvoeringskosten van de PGB's. Deze extra middelen zijn bedoeld voor de extra variabele kosten (zijnde 70% van de totale kosten) die voortvloeien uit de uitbreiding van het aantal PGB's. Voor de groei van ongeveer 15 000 PGB houders (in totaal zijn er dan 49 000 budgethouders) bedragen de variabele kosten voor de uitvoering van deze PGB's ongeveer € 600 per PGB. Voor 2002 is € 4,1 miljoen beschikbaar gesteld voor de wachtlijstaanpak. Hiervan heeft € 1,1 miljoen betrekking op de zorgtoewijzing en wachtlijstbeheer in de GGZ. Deze activiteit gebeurde tot op heden niet en vanaf 2002 wordt daarmee het traject gevolgd dat voor de sectoren Verzorging en Verpleging en Gehandicaptenzorg al is ingezet. Om functioneel en beter te kunnen contracteren is extra capaciteit nodig bij de zorgkantoren. Het sluiten van overeenkomsten met AWBZ-instellingen behoort al tot de reguliere taken van de zorgkantoren. De modernisering van de AWBZ leidt tot verzwaring en uitbreiding van deze taak. Dit leidt tot een structurele verhoging van de uitvoeringskosten, maar zal een veel efficiëntere zorgcontractering tot gevolg hebben.

18

Waarom wordt in de raming van de structurele verhoging van uitgaven voor het financieren van aanvullende productieafspraken in de GGZ rekening gehouden met een realisatie van de gemaakte aanvullende productieafspraken van 75%? Waarop is dit percentage gebaseerd? Hoe wordt budgettair omgegaan met een overschrijding van dit percentage?

De raming van 75% is gebaseerd op een inventariserend onderzoek naar de realisatie van de productie in 2001. Er mag in 2002 in de GGZ evenwel voor 100% aan productieafspraken gemaakt worden. Indien het percentage wordt overschreden, is dit een tegenvaller die wordt meegenomen bij het volgende budgettaire besluitvormingsmoment.

19

Wanneer worden eventuele extra wachtlijstmiddelen voor ziekenhuizen toegevoegd aan de begroting 2002? In welke orde van grootte liggen deze bedragen naar verwachting, uitgaande van de thans beschikbare informatie over de afrekening 2001 en de gemaakte productieafspraken voor 2002?

Het CTG zal in de periode mei/juni nieuwe informatie aanleveren over de gerealiseerde productie in 2001 en de productieafspraken voor 2002. Op dat moment zal een nieuw beeld ontstaan voor 2002. Indien extra middelen voor de ziekenhuizen beschikbaar zullen worden gesteld, zullen deze in de Miljoenennota en de Zorgnota 2003 worden verwerkt. De orde van grootte hiervan is, zoals ook is vermeld in de Voorjaarsbrief Zorg 2002, thans nog niet bekend.

20

Kan de regering, conform de eisen die vanuit VBTB (Van beleidsbegroting tot beleidsverantwoording) worden gesteld aan begrotingen, alsnog van de belangrijkste beleidsmatige mutaties aangeven welke prestaties worden geleverd en welke doelen worden nagestreefd? Zo neen, waarom niet?

Zoals uit de indeling van de Voorjaarsbrief Zorg naar voren komt, zijn de intensiveringen zoveel mogelijk thematisch rond doelstellingen gegroepeerd. Zo zijn onder de noemer «terugbrengen van wachttijden tot redelijke termijnen» de intensiveringen die verband houden met de doelstelling «wegwerken onredelijke wachttijden» samengebracht. Het gaat hierbij om intensiveringen gericht op extra productie en op intensiveringen gericht op het wegwerken van capaciteitstekorten. Daarbij is een zo goed mogelijke inschatting gemaakt van de door zorgverzekeraars en aanbieders te maken productieafspraken en is een inschatting gemaakt van de te realiseren productie. De raming is gebaseerd op een sectorale macro-benadering waarbij is afgezien van een gedetailleerde invulling naar de onderscheiden deelsectoren en producten.

De uiteindelijke invulling van de benodigde extra productie vindt immers conform Actieplan Zorg Verzekerd plaats in het kader van de tussen verzekeraars en zorgaanbieders te maken afspraken, waarvoor het «boter bij de vis» principe geldt. Hieruit vloeit ook voort dat eerst na afloop meer gedetailleerde informatie beschikbaar is over de gemaakte afspraken en de gerealiseerde prestaties. Over de gerealiseerde prestaties over het afgelopen jaar bent u deels door middel van afzonderlijke rapportages reeds geïnformeerd en wordt integraal gerapporteerd in het kader van het Jaarbeeld Zorg 2001.

21

Kan de regering ook concreet aangeven hoeveel nieuwe plaatsen en hoeveel PGB's gerealiseerd kunnen worden in de GGZ met de € 9,5 miljoen uit de Voorjaarsbrief Zorg en welke bijdrage dat concreet levert aan de doelstelling van reductie van de wachtlijstproblematiek?

Zie het antwoord op vraag 15.

22

Waarom is het niet duidelijk in hoeverre de forse overschrijding van de extra middelen voor wachtlijsten in ziekenhuizen is toe te schrijven aan gerealiseerde extra productie? Welke andere factoren zijn in de ogen van de regering een mogelijke oorzaak voor deze forse overschrijding?

De gegevens van het CTG waarmee een voorlopige afrekening is gemaakt van de sector ziekenhuizen betreffen de productieafspraken; de realisatiegegevens volgen deze zomer, evenals informatie over de productieafspraken voor 2002. Volgens gegevens van ZN zijn gemaakte afspraken voor extra productie 2001 niet volledig gerealiseerd, en daarmee is de aanpak van de wachtlijsten niet volledig van de grond gekomen in 2001. ZN geeft als zwaarwegende verklaring het personeelstekort. Voor een volledige verklaring van deze overschrijding zal het CTG mij van gegevens voorzien ten behoeve van de definitieve afrekening van de sector.

23

Kan de regering toelichten hoe de € 25 miljoen vanwege de bijdrage van de agio's aan het wegwerken van wachtlijsten zich verhoudt tot de overige uitgaven ten behoeve van het wegwerken van de wachtlijsten (wachtlijsten Verpleging en Verzorging, wachtlijsten in ziekenhuizen) en het «boter-bij-de-vis-principe»?

De extra productie die door extra agio's wordt geleverd – en die dus een bijdrage betekent aan het wegwerken van wachtlijsten bij de ziekenhuizen – heeft een verhoging van het ziekenhuisbudget en van de lumpsum medisch specialisten tot gevolg. De kostengevolgen hiervan zijn geraamd op € 25 miljoen. Deze middelen staan los van de wachtlijstaanpak bij de AWBZ sectoren.

24

Waarom bestaan er voor specifieke activiteiten die door academische ziekenhuizen worden gedaan geen parameterwaarden?

Met «specifieke activiteiten die door de academische ziekenhuizen worden gedaan» wordt bedoeld op de topreferente zorg die de academische ziekenhuizen vanuit hun specifieke academische functie leveren. Deze zorg is niet zonder meer te onderscheiden van de reguliere patiëntenzorg. Het vorig jaar is voor de academische ziekenhuizen een FB-systematiek vastgesteld in lijn met die van de algemene ziekenhuizen. Het FB-budget dient ter dekking van de kosten van reguliere patiëntenzorg inclusief de topklinische zorg. Het historisch aan de academische ziekenhuizen toegekende zorgbudget, verminderd met het FB-budget, vormt de academische component. Gezien het feit dat de academische ziekenhuizen in lokaal overleg verantwoording afleggen over de besteding van de academische component kan ik ermee instemmen dat dit bedrag niet nader wordt benoemd.

25

Wat is de stand van zaken betreffende de problemen over de in te zetten extra middelen voor de realisering van meer kinder ic-bedden?

In de Voorjaarsbrief Zorg staan de middelen genoemd die generaal beschikbaar zijn gesteld om de capaciteit op kinder-IC uit te breiden. Binnenkort zal duidelijk zijn op welke wijze deze middelen voor de capaciteitsuitbreiding worden aangewend.

26

Welk deel van de groei van € 18,2 miljoen voor academische ziekenhuizen wordt aangewend voor de toename van de capaciteit van kinder-IC-bedden? Vindt er controle op de besteding in academische ziekenhuizen plaats? Zo ja, hoe?

De academische ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij van de € 18,2 miljoen ongeveer € 3,0 miljoen voor de toename van de capaciteit van kinder-IC-bedden hebben besteed. In mijn antwoord op vraag 24 heb ik reeds aangegeven dat het lokaal overleg toeziet op de besteding van de middelen voor de academische component. Dat geldt à fortiori voor de besteding van additioneel beschikbaar gestelde middelen.

27

De uitgaven voor het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ-sector worden structureel verhoogd met € 9,5 miljoen. Kan worden toegelicht of hieruit ook knelpunten genoemd in het rapport «Een keten van lege zondagen» mee moeten of kunnen worden opgelost. Zo neen, op welke wijze worden deze knelpunten gefinancierd?

De middelen voor het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ-sector, zijn niet gericht op de knelpunten genoemd in het rapport «Een keten van lege zondagen». Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 16, geeft de regering dus geen uitvoering aan de wens van de Kamer om extra geld uit te trekken voor zorgvershraling. Op dit onderwerp had betrekking het amendement Arib/Oudkerk (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002,

28 000 XVI, nr. 85). Zoals in de Voorjaarsbrief Zorg 2002 aangegeven, kan aan deze amendementen geen uitvoering worden gegeven.

28

In 2002 wordt voor ondermeer verpleegkundigen € 15 miljoen extra uitgetrokken. Op welke cijfers van benodigde aantal opleidingsplaatsen is dit gebaseerd? Wanneer verschijnt het eerste capaciteitsplan verplegenden en verzorgenden?

NVZ heeft een inventarisatie gehouden onder haar leden waaruit blijkt dat de algemene ziekenhuizen in 2002 tussen de 600 en 700 extra opleidingsplaatsen (ten opzichte van 2001) willen vervullen voor 5 opleidingen te weten IC-verpleegkundige, dialyse-verpleegkundige, operatieassistent, anesthesieassistent en radiodiagnostisch laborant. Wanneer het eerste capaciteitsplan verplegenden en verzorgenden verschijnt, is nog niet te voorzien.

29

Op welke wijze gaat de regering ervoor zorg dragen dat de € 18 miljoen door de gemeenten ook besteed wordt aan de genoemde bijzondere groepen?

De genoemde groepen behoren tot de reguliere doelgroep van respectievelijk de specifieke uitkering maatschappelijke opvang & verslavingsbeleid en vrouwenopvang. In de rapportage van de Monitor Maatschappelijke Opvang wordt aandacht besteed aan de vraag hoe de gemeenten de extra middelen voor deze doelgroep hebben ingezet.

30

Op welke begeleiding voor bijzondere groepen wordt gedoeld?

Begeleiding behoort tot de reguliere taken van de maatschappelijke opvang. Er wordt hier niet op een bijzondere activiteit geduid.

31

Hoe geeft de regering uitvoering aan de doelstelling en de wens van de Tweede Kamer om extra geld uit te trekken voor maatschappelijke opvang (Begrotingsbehandeling december)?

Het extra geld is toegevoegd aan respectievelijk de specifieke uitkeringen maatschappelijke opvang & verslavingsbeleid en vrouwenopvang en wordt met ingang van dit jaar verdeeld over de centrumgemeenten conform de daarvoor geldende systematiek.

32

Zijn bij de allocatie van begrotingsmiddelen de interne regels budgetdiscipline van de regering of het budgetrecht van de Tweede Kamer leidend? Hoe verhoudt de argumentatie ten aanzien van het terugdraaien van de amendementen Arib/Oudkerk zich tot hetgeen de regering op dit punt uiteen heeft gezet in bijlage 3 van de Voorjaarsnota? Hoe verhoudt de argumentatie ten aanzien van het terugdraaien van de amendementen Arib/Oudkerk zich tot de overeenstemming die de regering had bereikt op 5 december 2001? Waarom heeft hierover niet eerder overleg plaatsgevonden met de Tweede Kamer?

Met de verwijzing in de Voorjaarsbrief Zorg en de Suppletore begroting naar de regels budgetdiscipline is niet bedoeld aan te geven dat de regels budgetdiscipline van een hogere orde zouden zijn dan het budgetrecht van de Kamer. In de bedoelde bijlage bij de Voorjaarsnota wordt een technische beschouwing gegeven over de wijze waarop de regering

omgaat met door de Tweede Kamer aangenomen amendementen op een begrotingswet. De inhoudelijke argumentatie voor het al dan niet uitvoeren van amendementen is bij deze beschouwingen niet aan de orde. Met name wordt aangegeven hoe de Kamer wordt geïnformeerd over amendementen die een betrokken minister niet kan of niet wil uitvoeren. De melding van het terugdraaien van het amendement in de suppletore begroting en Voorjaarsbrief Zorg past in die zin in de in bijlage bij de Voorjaarsnota opgenomen beschouwingen. De overeenstemming met de Minister van Financiën waarop de vraag doelt had betrekking op de verwerking van de structurele verhoging van het budget voor maatschappelijke opvang bij Nota van wijziging (Tweede Kamer, vergaderjaar 2001–2002, 28 000 XVI, nr. 40). Met de Kamer is nog niet eerder overleg gevoerd over het niet uitvoeren van het amendement omdat de volledige omvang van de tegenvaller pas na de behandeling van de begroting bekend is geworden. Door deze tegenvaller was de bij het amendement aangegeven dekking feitelijk niet meer aanwezig. Gelet op de verschillende prioriteiten op het terrein van de zorg, waaronder ook de prioriteiten waar het amendement het oog op heeft, heeft de regering vervolgens besloten aan de prioriteiten vermeld in de Voorjaarsbrief Zorg, waaronder met name de aanpak van de wachtlijsten, voorrang te geven.

33

Is het bedrag van € 47,7 miljoen dat beschikbaar wordt gesteld ten behoeve van opname van meningokokken C in het Rijksvaccinatieprogramma inclusief of exclusief eigen bijdrage?

In dit bedrag was rekening gehouden met een eigen bijdrage van € 10 per persoon bij de inhaalcampagne.

34

In 2002 wordt € 47,7 miljoen ter beschikking gesteld voor inenting tegen mengingokokken. Klopt het dat € 90 miljoen nodig zou zijn geweest om deze inenting voor ouders/opvoeders kosteloos te laten verlopen? Wat is de reden dat de regering niet heeft besloten het totale bedrag ter beschikking te stellen en de inenting een onderdeel te maken van het Rijksvaccinatieprogramma?

De regering heeft op vrijdag 5 april jl. op mijn voorstel besloten om bij de inhaalcampagne af te zien van een eigen bijdrage. Hiermee zullen de totale kosten van de inhaalcampagne aanzienlijk hoger uitkomen dan het daarvoor beschikbaar gestelde budget bij Voorjaarsnota, waar nog wel werd uitgegaan van een eigen bijdrage. Op dit moment vindt over de uitvoering van deze inhaalcampagne nog overleg plaats met GGD Nederland en het RIVM. De exacte totale kosten zijn derhalve nog niet aan te geven. Vanaf september 2002 zal de meningokokken C vaccinatie onderdeel uit gaan maken van het Rijksvaccinatieprogramma.

35

Krijgen ouders/opvoeders die hun kinderen reeds eerder dan de genoemde datum van het ministerie hebben laten inenten, de gemaakte kosten alsnog vergoed? Wat vindt de regering van de suggestie gedaan in enkele media dat de reden dat pas in juni 2002 gestart wordt met een nationale inentingscampagne is dat dan al een heleboel ouders/opvoeders het zelf betaald hebben wat begrotingsfinanciën scheelt?

Neen, deze ouders krijgen niet de reeds gemaakte kosten vergoed. Er is geen directe medische noodzaak voor deze individuele vaccinatie. In bepaalde regio's waar hiertoe wel aanleiding bestond, heeft kostenloze vaccinatie (via campagne) plaatsgevonden. De reden dat in juni gestart wordt is dat dan voldoende vaccin beschikbaar is voor de grootschalige

landelijke campagne. Daarnaast vergt ook een zorgvuldige organisatie de nodige voorbereidingstijd.

36

Hoeveel miljoen euro van de € 18 miljoen extra beschikbaar voor maatschappelijke opvang wordt ingezet voor zwerfjongeren? Op welke wijze wordt voldaan aan het verzoek van de Tweede Kamer om € 15 miljoen extra ter beschikking te stellen voor de bouw van opvangtehuizen voor dakloze jongeren?

Van de € 18 miljoen wordt € 3 miljoen specifiek ingezet voor zwerfjongeren. Ik ben met de VNG en de centrumgemeenten in overleg over een doelmatige inzet van deze middelen om versnippering tegen te gaan. Het verzoek van de Kamer om € 15 miljoen extra ter beschikking te stellen voor de bouw van opvangtehuizen voor dak- en thuisloze jongeren is mij niet bekend.

37

Zijn de kostbare geneesmiddelen ook een onderdeel van de nog in te vullen taakstelling?

Nee, de dure geneesmiddelen in ziekenhuizen hebben betrekking op het ziekenhuisbudget. Dit betreffen intramurale geneesmiddelen, terwijl de taakstelling betrekking heeft op extramurale geneesmiddelen. De € 17 miljoen zijn inderdaad bedoeld voor de dure geneesmiddelen intramuraal (zie ook het antwoord op vraag 40).

38

Wordt hiermee tegemoet gekomen aan het verzoek van ondermeer de NVZ om hiervoor structureel extra middelen in te gaan zetten of is de € 17 miljoen hiervoor beschikbaar geen onderdeel van de invulling van deze taakstelling?

Zie het antwoord op vraag 37.

39

Geven de besparingsverliezen op geneesmiddelen voorzover die veroorzaakt worden door onvoldoende marktwerking van de sector (ziekenhuizen, huisartsen) de regering aanleiding tot nadere maatregelen? Zo ja, welke? Zo nee, waarom niet?

De besparingsverliezen op geneesmiddelen zijn niet veroorzaakt door onvoldoende marktwerking. Marktwerking moet in beginsel komen vanuit het gedrag van de betrokken (markt)partijen. De overheid kan voorwaarden scheppen (de markt ordenen) via het dereguleren en faciliteren van marktpartijen. Aparte «marktwerkingsmaatregelen» zijn dan ook niet aan de orde. Overigens is de volle omvang van de mogelijkheden van marktwerking nog niet aan de orde omdat het programma van deregulering (overeenkomstig het tijdspad van het dereguleringsprogramma (het «spoorboekje») nog niet is afgerond.

40

Hoe verhoudt de nacalculatie van maximaal 75% zich tot de «macro-kostengevolgen» van € 34 miljoen en het beschikbaar gestelde bedrag van € 17 miljoen voor het lopende jaar? Wat wordt exact bedoeld met nacalculatie en «macro-kostengevolgen»?

Voor de beleidsregel dure geneesmiddelen is € 34 miljoen structureel beschikbaar gesteld vanaf 2003, en in dit jaar € 17 miljoen. Deze beleidsregel biedt ziekenhuizen en zorgverzekeraars de mogelijkheid om in het

lokaal overleg te beoordelen of compensatie van de hoge uitgaven voor de middelen aangewezen is. Indien dat, na afweging van de totale financiële situatie van het betreffende ziekenhuis, noodzakelijk wordt geacht, bepalen ziekenhuis en verzekeraar gezamenlijk de omvang van de compensatie via een nader overeen te komen nacalculatiepercentage tot een maximum van 75. Het gaat daarbij om dure geneesmiddelen waarvan de stofnamen voorkomen op de bijlage bij de beleidsregel. De macro-kostengevolgen zijn de maximale kosten van de beleidsregel indien alle instellingen de dure geneesmiddelen voor het maximale percentage van 75 nagecalculeerd zouden krijgen. Voor deze beleidsregel dure geneesmiddelen is € 34 miljoen structureel beschikbaar gesteld vanaf 2003. De kosten voor dit jaar zijn geraamd op € 17 miljoen omdat de afspraken in lokaal overleg nagenoeg zijn afgerond waardoor de verwachting is dat de mogelijkheden die deze nieuwe beleidsregel biedt pas in 2003 ten volle zullen worden benut.

41

Hoe verhoudt de intensivering «IC-capaciteit» zich tot de intensivering «Academische ziekenhuizen» op het punt van de uitbreiding van de IC-capaciteit?

Voor de academische ziekenhuizen is een ophoging van de academische component beschikbaar ter hoogte van € 18,2 miljoen. Hierin is een bedrag van ongeveer € 3,0 miljoen begrepen voor de uitbreiding van de IC-capaciteit. In samenhang met het beleid ter intensivering van de IC-capaciteit wordt gezien of deze toevoeging in eerste instantie toereikend is.

42

Hoe is de opgetreden onderuitputting op het BKZ-deel van de VWS-begroting samengesteld? Wat zijn de afwegingen die ten grondslag liggen aan de toewijzing van de onderuitputting aan ICT, transparantie in de zorg en de AWBZ-brede zorgregistratie, zowel in kwalitatieve zin als in kwantitatieve zin?

Voor een onderverdeling van de totale onderuitputting op de VWS-begroting verwijs ik naar de 2e Suppletore wet 2001 en de Slotwet 2001 van het ministerie van VWS. Het deel van de onderuitputting op het BKZ-deel van de VWS-begroting, dat via het instrument van de eindejaarsmarge van 2001 is overgeheveld naar 2002, wordt als volgt ingezet:

Overzicht invulling eindejaarsmarge BKZ-deel begroting

<i>(Bedragen x € 1 000)</i>	Uitgaven	Artikelnr.
DBC's en ICT in de zorg	6221	02
Passendheid en keuzevrijheid	1117	05
Tilmiddelen algemene ziekenhuizen	2541	06
AWBZ-brede zorgregistratie	6221	14
Totale BKZ-inzet via eindejaarsmarge	16 100	

Bij de inzet van deze middelen golden de algemene uitgangspunten die normaliter ten grondslag liggen aan de inzet van het instrument eindejaarsmarge: verplichtingen die reeds zijn aangegaan in 2001 die in 2002 tot onvermijdbare meeruitgaven leiden.

43

Waarom zijn ziekenhuizen tot op heden niet akkoord gegaan met het onder het ziekenhuisbudget brengen van poliklinisch voorschrijven? Waarom is de uitvoeringstoets naar de verantwoorde therapeutische

breedte van het geneesmiddelenpakket nog niet afgerond? Wanneer kan de Tweede Kamer deze toets tegemoet zien?

De specialisten stellen zich doorgaans terughoudend op waar het transparantie van hun poliklinisch voorschrijfgedrag betreft. Vanuit een aantal vooral grote ziekenfondsen wordt in toenemende mate overleg hierover gestart. Daarom komen in een aantal ziekenhuizen, mede in het licht van de invoering van DBC's, gesprekken over voorschrijfgedrag en bijbehorende kosten wel op gang, zij het met moeite.

In mijn brief van 1 september 2000 heb ik het College voor zorgverzekeringen (CVZ) ondermeer gevraagd een toets uit te voeren naar de therapeutische breedte van het geneesmiddelenpakket. Het CVZ is gevraagd voor april 2001 in een tussenrapportage een voorstel te doen voor de theoretische uitwerking van de criteria «noodzakelijkheid», «eigen rekening en verantwoording» en het zogenaamde «life-style gebruik», eventueel in relatie tot de aard of de ernst van de aandoening. Voor de uitwerking hiervan heeft het CVZ beroep gedaan op de expertise bij het institute for Medical Technology Assessment (iMTA). Het iMTA stelt in zijn rapportage een ziektelastmodel voor. In mijn brief van 1 september 2000 heb ik het CVZ ook verzocht om uiterlijk 1 december 2001 een eindrapportage uit te brengen over de toetsing van het pakket aan de uitgewerkte criteria. Om de (uit)werking van het (theoretische) iMTA-model in de huidige praktijk te onderzoeken heeft het CVZ met mijn instemming besloten eerst nog nader onderzoek door het iMTA te laten verrichten aan de hand van tien casussen. Op basis van deze rapportage stelt het CVZ een eindrapportage op over een verkleining van de therapeutische breedte van het pakket. Het proces moet zorgvuldig geschieden en betrokken veldpartijen moeten achter de gehanteerde methodiek kunnen staan. Om deze reden is de termijn voor de eindrapportage reeds na het uitbrengen van de tussenrapportage verschoven van 1 december 2001 naar maart 2002. Recentelijk heeft het CVZ de concept-eindrapportage voorgelegd aan de veldpartijen. Daarbij is gebleken dat de vraag naar de praktische uitvoerbaarheid van de plannen nog veel aandacht vraagt. Tevens is er op aangedrongen om de analyse van vergelijkbare situaties in het buitenland beter uit te werken. Om deze redenen heeft het CVZ bij brief van 15 maart 2002 om uitstel tot 1 mei 2002 gevraagd. Gezien het belang dat ik hecht aan deze twee punten, heb ik ingestemd met deze vertraging. De uitvoeringstoets breedte van het geneesmiddelenpakket wordt dus 1 mei aanstaande door het CVZ aan mij uitgebracht. Zodra ik het rapport heb ontvangen zend ik het u ter informatie toe. Zo spoedig mogelijk ontvangt u vervolgens mijn standpunt op de uitvoeringstoets.

44

Kan de regering toelichten welke maatregelen zij op korte termijn overweegt om het besparingsverlies dat optreedt bij de taakstelling Elektronisch Voorschrijfsysteem terug te dringen?

De implementatie van het EVS is nog in volle gang. Gezien de oploop van de verwachte besparingen, werden de grootste besparingen verwacht in de jaren 2002 en 2003. Vertraging van de implementatie laat zich in financiële termen dus vooral nu zien. De huisartsen hebben zich in de meerjarenafspraken van 1998 en het convenant van 30 juni 1999 garant gesteld voor het behalen van een netto besparing van € 136,1 miljoen (f 300 miljoen). Ik ben dan ook in continu overleg met de huisartsen hoe zij deze taakstelling willen behalen. Immers, zij zijn de primaire probleemeigenaar van het niet behalen van deze taakstelling. Voor dit jaar ontvangt de LHV voor het laatste jaar subsidie voor de invoering en optimalisatie van het EVS-gebruik. Ik houd hen dan ook aan de ambitie EVS bij zoveel mogelijk huisartsen te krijgen en het EVS door deze artsen zoveel mogelijk te laten

gebruiken. Want belangrijk is het feit dat met EVS kwalitatief beter wordt voorgeschreven. Momenteel is de beleidsregel voor de doelmatigheidsmodule huisartsen in voorbereiding bij het CTG. Met deze doelmatigheidsmodule kunnen verzekeraars huisartsen ook financieel stimuleren om doelmatig voor te schrijven waardoor het besparingsverlies met betrekking tot het EVS mogelijk kan worden teruggebracht.

45

Is nu al bekend of bestaan er ramingen bij welke posten in de Zorgnota in 2001 onderuitputting is opgetreden?

Op dit moment wordt hard gewerkt aan het Jaarbeeld Zorg 2001. Daarin zal aandacht worden besteed aan de (voorlopige) afrekening van de uitgaven in 2001. Het Jaarbeeld Zorg 2001 zult u, samen met de departementale jaarverslagen van VWS en de andere departementen, ontvangen op de verantwoordingsdag. Dit jaar is dat de eerste woensdag na het verkiezingsreces van de Tweede Kamer (woensdag 5 juni).

46

Wanneer wordt de beleidsregel «lokale component» vastgesteld?

De beleidsregel lokale component is door het CTG bestuur in haar vergadering van 18 maart 2002 vastgesteld. Met de brief van 19 maart 2002 is de beleidsregel aan mij ter goedkeuring voorgelegd. Door mij moet derhalve ingevolge artikel 12, tweede lid, van de Wet tarieven gezondheidszorg uiterlijk op 11 juni een beslissing omtrent het al dan niet goedkeuren van deze beleidsregel zijn genomen.

47

Welke sancties zijn er te nemen tegen artsen die het EVS niet of niet volledig gebruiken of zelfs nog niet ingevoerd hebben?

Er zijn thans geen instrumenten, vanuit de centrale overheid, voor die huisartsen sancties op te leggen. Dit acht ik ook niet wenselijk. In het licht van de deregulering en lokale vrijheidsgraden acht ik deze rol weggelegd voor de zorgverzekeraar. Deze kan – en ik heb meerdere malen aangegeven dat heel verstandig te vinden – hier in de contractsfeer afspraken over maken. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld voor huisartsen, die niet met het EVS (willen) werken, een lager tarief afspreken voor zijn particulier verzekerden. Ook in de discussie over de doelmatigheidsmodule, is het EVS-gebruik natuurlijk een heel wenselijk object van afspraken tussen huisarts en verzekeraar.

48

Hoe verhoudt de taakstelling «doelmatigheid genees- en hulpmiddelen» ad € 15 miljoen zich tot de Besparingsverliezen geneesmiddelen? Is bij deze taakstelling rekening gehouden met het eventueel optreden van besparingsverliezen?

Er is geen inhoudelijke relatie tussen de besparingsverliezen geneesmiddelen zoals uw vraag suggereert. Bij deze taakstelling is geen rekening gehouden met eventuele besparingsverliezen.

49

Van welke weesgeneesmiddelen verwacht u dat ze pas later in 2002 voor vergoeding in aanmerking komen? Waarop is deze verwachting gebaseerd?

Meerdere farmaceutische bedrijven hebben nadat zij voor een bepaald product de status weesgeneesmiddel hebben verkregen een aanvraag tot

registratie ingediend. De centrale procedure via de Europese registratie-
autoriteit in Londen duurt formeel 180 dagen, waarbij echter opgemerkt
moet worden dat pauzes ingelast kunnen worden («clock-stops») om een
bedrijf gelegenheid te geven vragen te beantwoorden die gerezen zijn
tijdens behandeling van de aanvraag tot registratie. Daarnaast bestaat de
mogelijkheid om producten die niet via biotechnologische technieken
geproduceerd worden te registreren via een wederzijdse erkennings-
procedure binnen de EU-lidstaten. Ook hiervan is de tijdsduur wisselend.
De uitkomst van een aanvraag tot registratie is onzeker. Ten gevolge van
al deze factoren is het niet mogelijk aan te geven of en zo ja wanneer een
bepaald weesgeneesmiddel geregistreerd zal worden en dus toegelaten
tot de Europese markt. Een derde factor die beantwoording van uw vraag
niet mogelijk maakt is dat informatie over een aanvraag tot registratie van
een (wees)geneesmiddel vertrouwelijk is. Anderzijds moet ik wel rekening
houden met de mogelijkheid dat dit lopende jaar nog weesgeneesmid-
delen worden toegelaten tot de Europese markt. Ten aanzien van de
vergoeding merk ik het volgende op. Ik heb in september 2000 het CVZ
om een uitvoeringstoets gevraagd met de vraag hoe om te gaan met deze
middelen voor het geval er weinig gegevens voorhanden zijn – hetgeen
bij de zeer zeldzame ziekten vrijwel zeker het geval zijn. Het CVZ stelt in
zijn (nog onvolledige) rapportage het volgende voor. Indien er wel
voldoende gegevens zijn kunnen de weesgeneesmiddelen de normale
procedures doorlopen om toegelaten te worden tot het sociale verzeke-
ringspakket. Bij onvoldoende gegevens denkt het CVZ aan het stellen van
aanvullende eisen waarbij het betreffende weesgeneesmiddel via een
subsidieregeling een beperkte tijd vergoed zou kunnen worden. Het CVZ
zal later dit jaar met een aanvulling komen als afsluiting van deze rappor-
tage. Een definitief oordeel wil ik dan ook aan mijn ambtsopvolger over-
laten. Desalniettemin is voor het lopende jaar € 5 miljoen gereserveerd,
voor 2003 € 30 miljoen en voor 2004 tot en met 2006 € 35 miljoen.

50

*Hoe werkt invoering van het belastbaar inkomen als grondslag voor de
berekening van de «eigen bijdrage intramuraal» vanaf 2003 nu reeds door
in ontvangstmutaties? Waaraan is de extra meeropbrengst van € 4,3
miljoen in 2002 precies te danken?*

Bij de berekening van de budgettaire gevolgen van de invoering van het
belastbaar inkomen als grondslag voor de eigen bijdrage in de AWBZ, zijn
ook de opbrengstramingen van de huidige regeling nader bekeken. Uit dit
onderzoek bleek dat verwacht mag worden dat het totale bijdrageplichtige
inkomen zich in 2002 zodanig zal ontwikkelen, dat op een meeropbrengst
van € 4,3 miljoen gerekend kan worden ten opzichte van de stand Zorg-
nota 2002.

51

*Klopt het dat in 2002 op initiatief van het ministerie van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport gewerkt gaat worden aan de ontwikkeling van een
onderzoeksvoorstel met als doel de effectiviteit en doelmatigheid van de
homeopathie en andere niet-conventionele geneeswijzen te onderzoeken?
Zo ja, uit welke post op de begroting wordt dit onderzoek gefinancierd en
voor hoeveel jaar?*

Momenteel worden gesprekken gevoerd over een nieuwe aanpak van
onderzoek op het gebied van alternatieve behandelwijzen. Dit project
heeft een tweeledig doel:

- het ontwikkelen van adequate onderzoeksmethoden en het scholen
van onderzoekers;
- en het genereren van onderzoeksvragen die in aanmerking kunnen
komen voor reguliere financiering.

Er ligt hiertoe nog geen definitief projectvoorstel. Ook de kosten die met de aanpak zijn gemoeid, zijn nog niet bekend. Het ligt voor de hand om met deze aanpak een aantal jaren ervaring op te doen. Vanuit die gedachte is er vanuit mijn departement ondersteuning toegezegd. Afhankelijk van het uiteindelijke projectvoorstel en de kosten die daarmee zijn gemoeid, wil ik de mogelijkheid tot financiering onderzoeken.

52

Wat is de oorzaak van het wellicht toekennen van te hoge voorschotten in 2001 in de AWBZ?

Omdat de bevoorschotting plaatsvindt op basis van gemaakte productieafspraken, ontstaan er financieringsvoorsprongen wanneer achteraf blijkt dat de werkelijk gerealiseerde productie achterblijft bij de afspraken. Bij de sector verpleging en verzorging is dit in 2001 het geval geweest, waardoor er te hoge voorschotten zijn verstrekt. De afbouw van de financieringsvoorsprong vermindert dan het exploitatiesaldo van het AFBZ in 2002.

53

Wijkt het saldo van Uitgaven Zorgnota 2002 en Nieuwe mutatie af van de Uitgaven Voorjaarsbrief Zorg 2002 als gevolg van afrondingen of als gevolg van een schrijffout?

Het betreft een afrondingsverschil.