

Vergaderjaar 2002–2003

28 605

Zorgnota 2003

Nr. 10

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 19 mei 2003

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bleek er bij enkele fracties behoefte te bestaan een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over zijn brief van 11 maart 2003 inzake het Programma Intensive Care (28 605, nr. 6).

De op 7 april 2003 toegezonden vragen zijn met de door de bewindsman bij brief van 19 mei 2003 toegezonden antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Terpstra

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), voorzitter, van der Vlies (SGP), Kalsbeek (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Buijs (CDA), Atsma (CDA), ondervoorzitter, Arib (PvdA), Vendrik (GL), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Mosterd (CDA), Smits (PvdA), Örgü (VVD), Verbeet (PvdA), van Oerle-van der Horst (CDA), Vergeer-Mudde (SP), Vietsch (CDA), Tonkens (GL), Joldersma (CDA), van Heteren (PvdA), Nawijn (LPF), Van Dijken (PvdA), Timmer (PvdA), Van Miltenburg (VVD) en Hermans (LPF).

Plv. leden: Griffith, MPA (VVD), Rouvoet (CU), Verdaas (PvdA), van Beek (VVD), van der Ham (D66), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Blom (PvdA), Halsema (GL), Gerkens (SP), Jager (CDA), de Grave (VVD), Ross-van Dorp (CDA), Dijsselbloem (PvdA), Blok (VVD), Tjon-A-Ten (PvdA), Vacature (CDA), de Ruiter (SP), Ormel (CDA), van Gent (GL), Verburg (CDA), Waalkens (PvdA), Varela (LPF), Bussemaker (PvdA), Heemskerk (PvdA), Hirsi Ali (VVD) en Kraneveldt (LPF).

Vragen PvdA-fractie

1

Wat is de stand van zaken met betrekking tot het aantal IC-bedden voor kinderen en neonatologie? Kunt u een overzicht geven van de huidige en de benodigde capaciteit?

In juli 2001 is de groei van het aantal plaatsen neonatale intensive care vrijgegeven, gezien de verwachte groei in de vraag. Toen bedroeg de capaciteit 135 bedden. Inmiddels bedraagt de capaciteit 157 bedden. Zoals vorig jaar in de voortgangsrapportage intensive care aan de Tweede Kamer aangegeven (CZ/IZ/2283710) groeit de beoogde capaciteit voor neonatale intensive care bedden naar 177 in 2006 volgens een opgave van de betrokken centra.

De PICU-capaciteit wordt uitgebreid van 91 bedden naar 107 (bouwkundig aanwezige) plaatsen. Momenteel zijn 81 plaatsen in gebruik. Er is nog steeds sprake van een personeelstekort waardoor niet alle thans beschikbare plaatsen in gebruik zijn. In 2002 zijn 34 extra verpleegkundigen de opleiding intensive care voor kinderen gestart. De duur van de opleiding is 1,5 jaar. De instroom van het personeel moet daarom in de komende periode plaatsvinden, waardoor de beschikbare capaciteit wordt verhoogd. De raming en de concrete uitwerking van de groei worden gestuurd en gevolgd door de werkgroep NICU/PICU, van de Vereniging Academische Ziekenhuizen en Zorg Verzekeraars Nederland.

2

Is er een behoefteberaming gemaakt met betrekking tot de intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen? Zo ja, kunt u de Kamer op de hoogte stellen van de resultaten van deze beraming? Zo nee, waarom niet?

Zie antwoord vraag 1.

3

Kunt u aangeven wat de stand van zaken is aangaande het aanpassen van het planningsbesluit intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen aan een dergelijke beraming?

Er is geen planningsbesluit intensieve zorg voor ernstig zieke kinderen. Een planningsbesluit betreft artikel 2 van de Wet op de bijzondere medische verrichtingen. Voor ernstig zieke kinderen is een beleidsvisie opgesteld ex artikel 8 van de wet op de bijzondere medische verrichtingen. De Tweede Kamer is hierover op 2 december 2002 geïnformeerd. De thans beschikbare en de beoogde capaciteit (raming behoefte) zijn hiervan onderdeel. De uitwerking van dit beleid is door de betrokken academische pediatrie intensive care units opgepakt, onder leiding van een werkgroep NICU/PICU (zie antwoord vraag 1).

4

In hoeverre is de motie Arib c.s. aangaande het onderbrengen van het transport en intensieve zorg voor kinderen in een aparte regeling uitgevoerd? Bestaat er al een dergelijke regeling? Zo ja, hoe ziet deze eruit? Zo nee, waarom niet?

De regeling voor het transport van ernstig zieke kinderen die momenteel wordt uitgewerkt door de werkgroep NICU/PICU is als volgt. Eerst moet de infrastructuur worden gecreëerd die de knelpunten in de intensive care voor kinderen oplost (door de Inspectie onderzocht en beschreven in 2001–2002). Daarvoor zijn in dit verband nodig (1) een verantwoordelijkheidsverdeling tussen de PICU's, (2) samenwerking tussen PICU's en

met algemene ziekenhuizen, (3) een direct inzicht van beschikbare plaatsen op een website en (4) een regio-indeling. Ook moet de formatie aanwezig zijn om een kinderintensivist mee te sturen op transport. Deze zaken worden uitgewerkt door de onder vraag 1 genoemde werkgroep. De stand is volgt:

- Over de indeling van deze regio's is overeenstemming bereikt.
- Het ambulancevervoer naar een PICU wordt vanuit een universitair centrum georganiseerd. De verantwoordelijkheid hiervoor rust bij de PICU in de regio waartoe het verwijzend ziekenhuis behoort.
- Elke PICU is 24 uur per dag telefonisch bereikbaar en beschikt over afspraken met de betreffende ambulancedienst.
- Er is thans een website in werking met beschikbare PICU-capaciteit. De informatie wordt tenminste éénmaal per dag vernieuwd.

5

Kunt u aangeven welke concrete doelstellingen er gesteld worden aangaande de aantallen in gebruik te nemen bouwkundig aanwezige maar nog niet in gebruik zijnde IC-capaciteit, het vergroten van de toegankelijkheid van de beschikbare capaciteit en het instellen van veilig transport van IC-patiënten?

In de doelstellingen zijn geen aantallen opgenomen.

6

De ingevoerde IC-parameter hanteert een ondergrens van 1000 beademingsdagen. Kunt u aangeven wat de gevolgen van deze regel zijn voor de kleinere IC-units?

Met brief van 9 september 2002 heeft de toenmalige minister van VWS aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) onder meer verzocht om een gerichte bekostiging van de IC voor volwassenen. Het CTG heeft daarop een technisch overleg ingesteld, waar de meeste organisaties uit de Stuurgroep IC aan deelnamen. Ook bij de daarop volgende opstelling in Kamer I van een advies aan het CTG waren deze organisaties betrokken. De conclusie uit deze technische en adviesronde was de volgende.

Uit een onderzoek van het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) is gebleken dat er een beperkt aantal ziekenhuizen is dat zeer complexe IC-patiënten behandelt. Ook behandeling van patiënten met meervoudig orgaanfalen geschiedt slechts in een klein aantal ziekenhuizen. In beide gevallen is er sprake van meer dan 1000 beademingsdagen per afdeling. Een derde categorie van IC-patiënten, waar sprake is van enkelvoudig orgaanfalen en een korte beademingsduur, wordt in circa 70 ziekenhuizen aangetroffen. Blijkens genoemd onderzoek van het CBZ doen de knelpunten zich met name voor bij de eerste twee categorieën van IC-patiënten. Er bestaat geen formele aanwijzing van ziekenhuizen die deze patiënten mogen behandelen. Om nu tot een heldere afbakening te komen van instellingen die voor extra budgetcompensatie in aanmerking komen heeft het CTG op basis van het advies besloten deze compensatie toe te kennen aan die ziekenhuizen die meer dan 1000 beademingsdagen hebben.

De financiële gevolgen van de beleidsregel die de uitwerking was van dit besluit, zijn gedekt uit een herallocatie van het macrobudget voor de ziekenhuizen. Bij die herallocatie zijn ook andere elementen uit de brief van 9 september 2002 betrokken, waaronder een extra tegemoetkoming aan de kleine ziekenhuizen. Aangezien, zoals gesteld, het CBZ al had vastgesteld dat de echte knelpunten met betrekking tot de IC's zich voordoen

bij de eerste twee categorieën van IC-patiënten, en aangezien de kleinere ziekenhuizen deze patiënten niet of nauwelijks behandelen, zijn er geen nadelige gevolgen voor de kleinere IC-units.

De beleidsregel is per 1 januari 2003 van kracht geworden. Vanaf dat moment kunnen instellingen een extra budgetcompensatie krijgen indien en voor zover er sprake is van meer dan 1000 beademingsdagen. Dit aantal dagen wordt jaarlijks vastgesteld. Er is dus geen behoefte aan een peiljaar.

7

Waarom is dit zogenaamde «1000 dagenprincipe» pas later ingebracht, zonder dat daarover is overlegd met de deelnemende organisaties van de stuurgroep?

Zie antwoord vraag 6.

8

Kunt u aangeven hoe de financiering van de opleiding van zowel IC-verpleegkundigen als intensivisten is ingevuld?

De opleiding van IC-verpleegkundigen kan betaald worden uit de instellingsbudgetten. Algemene ziekenhuizen kunnen voor het realiseren van extra opleidingsplaatsen bovendien een beroep doen op de CTG-beleidsregel vervolgopleidingen verpleegkundigen voor 5 wachtlijst-gerelateerde opleidingen. Academische ziekenhuizen kunnen tevens een vergoeding krijgen voor extra opleidingsplaatsen via het Schaarste-offensief.

De financiering van de opleiding van intensivisten vindt plaats vanuit het instellingsbudget.

9

Deelt u de mening dat het wenselijk is dat er een structurele oplossing komt voor de financiering van IC-verpleegkundigen in de vorm van een opleidingsfonds?

Er wordt momenteel gewerkt aan een structurele financieringssysteem voor alle zorgopleidingen. De financiering voor IC-opleidingen wordt in de nieuwe systematiek meegenomen.

10

Deelt u de mening dat intensivisten op termijn hun specialisatie in de reguliere specialistenopleiding zouden moeten volbrengen?

Thans is de opleiding tot intensivist een 2-jarige specialisatie (zogenoemde «on top»-opleiding) na de opleidingen tot anesthesioloog, heilkundige, internist of kinderarts. Bij de implementatie van het Medisch Opleiding Continuüm-traject zal de vraag hoe de opleiding tot intensivist verder gestalte kan krijgen worden uitgewerkt.

In het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) wordt een projectvoorstel voorbereid om basisartsen intensivist te laten worden, waarbij gebruik gemaakt zou kunnen worden van het schakeljaar. In het LUMC heeft men eerder in kaart gebracht wat voor medische handelingen plaatsvinden op de IC om te onderzoeken of met behulp van functie-differentiatie nurse practitioners kunnen worden ingezet. Van deze ervaring wordt gebruik gemaakt bij het onderzoeken van de mogelijkheden tot het inzetten van basisarts-intensivisten. Dat kan betekenen dat maar een beperkt aantal specialisten/intensivisten op de IC aanwezig zou moeten zijn.

11

In het Programma IC wordt voorgesteld om zes of zeven IC-verantwoordelijkheidsgebieden te vormen. Deelt u de mening van de NVZ dat het omwille van de functionaliteit verstandiger zou zijn om voor de WZV-regio's te kiezen?

Dit is één van de punten waarover partijen hebben aangegeven dat op bestuurlijk niveau afspraken moeten worden gemaakt, zoals ik schreef in mijn brief van 11 maart jl., en waartoe Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ) en de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ) het initiatief nemen. De indeling in verantwoordelijkheidsgebieden moet zodanig zijn dat het gedragen wordt door de mensen die ermee zullen gaan werken. De Stuurgroep heeft dan ook aanbevolen dat deze regionalisering in de verdere uitwerking met veldpartijen tot stand dient te komen, waarbij de meningen van alle betrokken veldpartijen overwogen worden. Ik volg de aanbeveling van de Stuurgroep.

Vragen VVD-fractie

12

Waarom is afgezien van de aanbeveling van het CBZ om de beschikbaarheidsfunctie van IC's ook in de bekostiging tot uitdrukking te brengen?

De reden dat de beschikbaarheidsfunctie niet is betrokken bij de bekostiging van de IC's is gelegen in de ervaringen met bekostiging op basis van een beschikbaarheidsfunctie. Zo'n bekostigingswijze houdt geen stimulans in om de aanwezige voorzieningen ook daadwerkelijk aan te wenden voor de noodzakelijke patiëntenzorg. In theorie zou een ziekenhuis, omdat de middelen van een budget vrij substitueerbaar zijn, de IC-middelen ten volle kunnen aanwenden voor andere vormen van zorg. Indien toekenning plaatsvindt op basis van afgesproken of gerealiseerde productie is er zekerheid dat de op dat onderdeel gewenste zorg ook daadwerkelijk wordt geleverd.

13

Welke voor- en nadelen heeft opname van de beschikbaarheidsfunctie van IC's in de bekostiging?

Zie antwoord vraag 12.

14

Welke financiële gevolgen heeft opname van de beschikbaarheidsfunctie van IC's in de bekostiging?

Zie antwoord vraag 12.

15

Hoeveel IC-verpleegkundigen zouden in het kader van het schaarsteoffensief via het sectorfonds Sofokles ten opzichte van de peildatum aanvankelijk worden opgeleid?

Het schaarsteoffensief heeft tot doel 1000 extra verpleegkundigen op te leiden in 4 jaar tijd voor spilfuncties. Het betreft onder andere het opleiden van IC-verpleegkundigen. Er is geen aparte doelstelling geformuleerd voor het aantal op te leiden IC-verpleegkundigen.

16

Is met de nu opgeleide 54 IC-verpleegkundigen de doelstelling gehaald? Zo niet, wat is hiervan de reden?

Zie antwoord op vraag 15.

17

Hoe heeft zich de vraag naar IC-hulp de afgelopen vijf jaar ontwikkeld? Hoe het aanbod? Welke garanties biedt het nu voorliggende Programma IC om de toekomstige vraag naar IC-hulp op te vangen?

In het Programma IC staat op bladzijde 7 een korte historische schets van de ontwikkelingen binnen de IC. Er wordt de verwachting uitgesproken dat er een stijging zal plaatsvinden in de vraag naar IC-capaciteit. De feitelijke afstemming van het aanbod op de vraag dient lokaal plaats te vinden tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Het Programma IC biedt oplossingsmaatregelen voor de knelpunten zoals die tot op heden zijn geïnventariseerd, maar biedt geen garanties voor de toekomst. De goede ervaringen met de huidige gecoördineerde aanpak en de inzichten die daarmee zijn verkregen zullen er wel toe bijdragen dat in de toekomst eerder een balans in vraag en aanbod zal worden gevonden en leveren daarmee een impuls in het zelfoplossend vermogen van partijen.

18

Welke maatregelen die al dan niet zijn voorgesteld door de stuurgroep gaat u op korte termijn nemen om de IC-capaciteit te vergroten? Wanneer zal de IC-capaciteit voldoende zijn? (blz. 5 bijlage 1)

Zoals aangegeven in het antwoord op vraag 17 dient de daadwerkelijke afstemming van aanbod op de vraag lokaal plaats te vinden tussen zorgaanbieders en verzekeraars. Niet alleen voor de IC maar voor de zorgsector in den brede geldt ook in de nabije toekomst een schaarstemodel, waarin het streven is naar een balans tussen vraag en aanbod. Hierbij dient zich het complete spectrum aan van aan de ene kant behoefte-ramingen tot aan de andere kant zorginkoop door verzekeraars, met daar tussenin wachtlijstproblematiek en signaleringen door het CBZ en in ernstige gevallen de Inspectie. De complexiteit van de IC-problematiek laat zien dat zelfs wanneer bouwkundig wordt voldaan aan de behoefte-ramingen, capaciteitsknelpunten kunnen voorkomen door achterblijvende exploitatie, personeelsgebrek of gebrek aan doelmatigheid bij indicatie-stelling of doorverwijzing. Het is dan ook niet mogelijk om in cijfers vast te stellen wanneer de IC-capaciteit voldoende is.

De maatregelen die op overheidsniveau als gewenst werden beschouwd door de Stuurgroep ter vergroting van de IC-capaciteit heb ik reeds genomen. Het gaat hier om de invoering van de IC-parameter en het faciliteren van extra opleidingen. Ik heb u hierover bij brief van 11 maart 2003 geïnformeerd.

19

De Stuurgroep ziet eenduidig geregelde verantwoordelijkheid als een van de middelen om de doelstellingen te verwezenlijken. Wordt hiermee bedoeld bestuurlijke verantwoordelijkheid of verantwoordelijkheid op de werkvloer? (zie tevens blz. 17 en 21) Is bijv. de IC-functionaris degene met de verantwoordelijkheid? Is hij ook verantwoordelijk voor de step down voorzieningen? Zo nee, waarom niet? (blz. 6 bijlage 1)

Het gaat hier om het vaststellen van verantwoordelijkheden op de werkvloer waar dat nu niet altijd duidelijk is: wie houdt bijvoorbeeld in de gaten of de richtlijnen voor opname en ontslag consequent worden gehanteerd. De wijze van vraagstelling suggereert een speciaal aan te stellen IC-functionaris. De Stuurgroep heeft echter geconstateerd dat verantwoordelijkheden niet altijd duidelijk zijn en beperkt zich in de aanbeveling tot het expliciet toewijzen van verantwoordelijkheden aan

iemand, zonder daarbij een nieuwe functie van IC-functionaris in het leven te willen roepen.

Ook regionaal gezien zullen de verantwoordelijkheden moeten worden vastgelegd, zodat de ziekenhuizen met een IC gezamenlijk het regionale aanbod van acute IC-patiënten kunnen verdelen.

Over de verantwoordelijkheid van het creëren van stepdown-voorzieningen verwijs ik u naar desbetreffend onderdeel van het Programma IC op blz. 20.

20

Het aanbod van hoogcomplexe specialistische zorg werkt volgens het schaarstemodel. Wordt dit model verlaten als alle maatregelen in werking zijn gesteld of blijft het schaarstemodel altijd bestaan? Wat zijn hiervan de redenen? (blz. 7 bijlage 1)

De door de Stuurgroep voorgestelde maatregelen dienen ter oplossing van de knelpunten die zijn ontstaan in IC-capaciteit, niet ter oplossing van het schaarstemodel. Van een schaarstemodel is pas dan geen sprake meer wanneer er een zodanig zorgaanbod is dat onmiddellijk aan iedere zorgvraag kan worden voldaan. Zeker bij de niet-electieve zorg zal er een enorme overcapaciteit moeten zijn wil men alle pieken in de zorgvraag kunnen opvangen. Vanuit het oogpunt van betaalbaarheid van zorg is dat een ongewenste situatie. Zie ook antwoord op vraag 18.

21

De minister ziet de Stuurgroep als katalysator. Wanneer de veranderingen in gang zijn gezet, verdwijnt dan de raison d'être van de Stuurgroep uiteindelijk? Wie zorgt voor de onderlinge samenwerking en gesprekken?

De Stuurgroep ziet erop toe dat de voorgestelde maatregelen worden uitgevoerd en zal nadien de ontwikkelingen monitoren. Wanneer geconstateerd kan worden dat de balans is hervonden in vraag en aanbod is het aan de Stuurgroep om zichzelf op te heffen. In die situatie zullen binnen het reguliere kader zorgaanbieders en verzekeraars vraag en aanbod op elkaar afstemmen en zijn zorgaanbieders en de beroepsgroepen verantwoordelijk voor de kwaliteit van de geleverde zorg.

22

In hoeverre zijn de partijen uit de Stuurgroep verantwoordelijk voor de ingezette veranderingen?

Zoals aangegeven staat in het Programma kent iedere partij zijn autonome verantwoordelijkheid in het zorgveld. Daarenboven hebben partijen door hun deelname aan de Stuurgroep commitment uitgesproken voor de uitwerking van de voorgestelde coherente aanpak. In die zin geldt een toegevoegde waarde aan hun reguliere verantwoordelijkheden voor de ingezette veranderingen.

23

Is de aanbeveling vorm zes of zeven IC-verantwoordelijkheidsgebieden een voldoende garantie voor een goede spreiding van IC's? Kunnen de redenen terzake worden meegedeeld?

Zie antwoord vraag 11.

24

De feitelijke kwantitatieve en kwalitatieve uitbouw van IC-capaciteit in de regio is niet de verantwoordelijkheid van de Stuurgroep, maar van lokale partijen. Wie is precies waarvoor verantwoordelijk? Wie is eindverantwoordelijk? Wie ziet toe? Vindt dit «toezien» pas achteraf plaats?

De Minister van VWS draagt een systeemverantwoordelijkheid voor het functioneren van de zorg, voor de toegankelijkheid, kwaliteit en betaalbaarheid. De verantwoordelijkheid voor de feitelijke zorgverlening en de organisatie van de zorg ligt bij veldpartijen. Zorgaanbieders leveren zorg van goede kwaliteit die zoveel mogelijk beantwoordt aan de behoefte van de patiënt. Beroepsgroepen zijn verantwoordelijk voor het bewaken van de kwaliteit van de zorg. Verzekeraars en zorgaanbieders zijn verantwoordelijk voor het afstemmen van vraag en aanbod. De Inspectie voor de Gezondheidszorg ziet toe op de kwaliteit van zorg en signaleert aan de Minister van VWS. Per definitie kan toezien pas plaatsvinden op moment dat feitelijk zorg wordt geleverd of nadien, maar niet vooraf. Wanneer de kwaliteit van zorg in gevaar komt en zorgaanbieders er niet in slagen hun verantwoordelijkheid na te komen heeft de Minister van VWS als instrument de Kwaliteitswet Zorginstellingen om maatregelen te treffen.

25

Wordt de deelname aan NICE en website capaciteit IC verplicht gesteld?

Deelname aan registratieactiviteiten zoals de website en NICE is onderdeel van de nieuwe CBO-richtlijn voor de organisatie van de IC. Als zodanig geldt dat als een (veld)norm waar de IGZ binnen het reguliere kader van kwaliteit van zorg toezicht op zal houden.

26

Pas boven de drempelwaarde van 1000 beademingsdagen geldt de budgetparameter. Hoe strak is deze drempelwaarde? Welk jaar is peiljaar? De drempelwaarde komt voort uit de praktijk. Worden de kleinere IC-afdelingen hiermee benadeeld? Zo ja, hoe verhoudt zich dit dan tot de voorliggende doelstellingen?

Zie antwoord vraag 6.

27

Wordt de IC-functionaris ook betrokken bij andere activiteiten die in het Programma IC worden genoemd (bijvoorbeeld monitoring en website)?

Zie antwoord vraag 19.

28

De stepdown-voorzieningen zijn niet uniform vorm gegeven. Wat zijn hiervan de redenen? Hoe wordt er voor gezorgd dat overal deze stepdown-voorzieningen goed geregeld zijn? Waarom heeft dit geen hogere prioriteit gekregen in het Programma IC? Op welke termijn denkt de Stuurgroep de regionalisatie van IC verwezenlijkt te hebben? Is er een stappenplan? Zo ja, hoe ziet dit er uit?

De creëren van stepdown-voorzieningen maakt onderdeel uit van de doelstelling 2: het vergroten van de toegankelijkheid van beschikbare capaciteit. Gebleken is dat soms beademingscapaciteit wordt gebruikt voor patiënten die daarvoor niet (meer) zijn geïndiceerd bij gebreke aan stepdown-voorzieningen. Zoals vermeld staat is de feitelijke totstandkoming van voldoende capaciteit van stepdown-voorzieningen primair de verantwoordelijkheid van het veld. Gezien het in gebreke blijven van individuele zorgaanbieders hierin nemen de NVZ, VAZ, Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) het initiatief om de best practices op dit terrein beschikbaar te stellen aan het veld, waarmee tegelijkertijd uniformiteit gestimuleerd wordt. Hiermee heeft het creëren van stepdown-voorzieningen geen lagere prioriteit gekregen, maar vloeit de concrete oplossingsrichting voort uit de feitelijke verantwoordelijkheden en kan dit minder snel vorm geven

worden dan bijvoorbeeld een andere bekostigingssystematiek zoals die geëffectueerd is met de IC-parameter.

29

Wordt het aantal Mobiele Intensive Care Units uitgebreid? Is de beschikbaarheid, die nu alleen overdag is, voldoende, of is uitbreiding hiervan nodig?

De Stuurgroep heeft aanbevolen het MICU-vervoer uit te breiden. Er spelen echter veel kwesties rondom de uitbreiding van dit vervoer, waaronder de kostenaspecten, welke van de twee betrokken instellingen (de ontvangende of de insturende) verantwoordelijk is voor het vervoer en de personele bezetting bij een toch al krappe arbeidsmarkt van IC-personeel. In de Stuurgroep is afgesproken dat dit jaar in twee pilot-regio's modellen worden ontwikkeld voor de organisatie en de financiering van MICU-transport. Op basis hiervan zullen verdere besluiten worden genomen. Deze projecten worden getrokken door Ambulancezorg Nederland, en de NVIC voor wat betreft de personele bezetting. Overigens zal er sprake zijn van een afname in de noodzaak tot vervoer naarmate het aantal feitelijk beschikbare IC-plaatsen groeit als gevolg van de inmiddels getroffen maatregelen hiertoe.

30

Er wordt gesproken over lokale, regionale en landelijke actoren. Hoe zijn de verantwoordelijkheden verdeeld? Waarvoor is de minister van VWS verantwoordelijk?

Zie antwoord vraag 24.

31

Welke verantwoordelijkheden liggen bij de zorgaanbieders en -verzekeraars als het gaat om IC-hulp?

Zie antwoord vraag 24.

Vragen SP-fractie

32

Wat zijn de redenen om het voorzitterschap van de Stuurgroep IC op dit moment – nu het bestuurlijk overleg om de puntjes op de i te zetten eraan zit te komen – over te dragen aan de NVZ en VAZ? Hoe wordt invulling gegeven aan het waarnemerschap van VWS, en wat zijn de taken van de waarnemer?

De overdracht van het voorzitterschap van de Stuurgroep juist op het moment dat er afspraken dienen te worden gemaakt over de uitwerking van de voorgestelde maatregelen weerspiegelt de verantwoordelijkheden zoals die in het zorgveld verdeeld zijn en doet recht aan de betrokkenheid van degenen die daadwerkelijk met het oplossen van de knelpunten aan de slag moeten. VWS zal als waarnemer deelnemen aan de verdere uitwerking van het Programma en de Stuurgroep, waarbij deze rol kan veranderen wanneer de ontwikkelingen daartoe aanleiding geven.

33

Voor 15 juni a.s. moeten de NVZ en VAZ rapporteren over de uitkomst van het bestuurlijke overleg. Wat is de reden dat het nog zo lang moet duren daar het programma al in oktober aan de betrokkenen is overhandigd?

De afspraken over de uitwerking van het Programma is aan veldpartijen zelf, waartoe zoals gezegd de NVZ en de VAZ een bestuurlijk overleg orga-

niseren. Naar ik heb begrepen is het partijen niet gelukt om vóór 15 juni een afspraak te maken voor dit overleg. Ik zal de NVZ en de VAZ hierop per brief aanspreken.

34

Komt 15 juni overeen met de wens van de NVZ om op korte termijn in gesprek te gaan omdat het alweer enige tijd geleden is dat de Stuurgroep haar rapport heeft aangeboden?

Zie antwoord vraag 33.

35

Wilt u gehoor geven aan het verzoek om snel concrete afspraken te maken en vast te stellen wie waarvoor verantwoordelijk is? Zo ja, op welke termijn zou dit kunnen? (bijlage 2 blz. 2)

Zie antwoord vraag 33.

36

Wat is de reden geweest om het «1000 dagen principe» als voorwaarde aan te brengen in de IC-parameter in de bekostigingssystematiek voor ziekenhuiszorg 2003? (blz. 1–2)

Zie antwoord vraag 6.

37

Wat is de reden geweest om deze caesuur later in te brengen en is het niet besproken binnen de deelnemende organisaties in de stuurgroep? (bijlage 3 blz. 1)

Zie antwoord vraag 6.

38

Deelt u de zorg van de Orde van Medisch Specialisten dat dit – het 1000 dagen principe – met name voor de kleinere IC-units omdat de eerste drie bedden hierdoor toch weer ten laste van de algemene middelen van het ziekenhuis komen, die nu juist onvoldoende bleken te zijn? Zo nee, waarom niet? Zo ja, wat gaat u ondernemen om de druk van de algemene middelen af te halen? (bijlage 3 blz. 1)

Zie antwoord vraag 6.

39

Betekent het woord «vooralsnog» – dat in het programma vooralsnog wordt uitgegaan van een budgettaire neutraliteit – dat wanneer door de partijen aangegeven wordt het IC-programma niet budgettair neutraal te kunnen implementeren er middelen vrij worden gemaakt? Zo nee, waarom niet? (bijlage 3 blz. 1)

Inderdaad is de intentie de bekostiging van de IC's macro-budgettair neutraal te doen plaatsvinden. Dat is gerealiseerd bij de introductie per 1 januari 2003 van wijzigingen in het budgetsysteem van de ziekenhuizen. In de vraag wordt gerefereerd aan een brief van de Orde van Medisch Specialisten. Ik zie op dit moment geen aanleiding extra middelen vrij te geven ten behoeve van de IC-functie.

40

Volgens de NVZ is er nog steeds geen structurele regeling voor handen als het gaat om de financiering van de opleiding van niet-medische beroepen, waaronder IC-verpleegkundigen. Wat zijn de mogelijkheden om

te zorgen dat deze structurele regeling er komt? (bijlage 2 blz. 2)

Zie antwoord op vraag 9.