

Vergaderjaar 2000–2001

24 333

Modernisering ouderenzorg

Nr. 49

VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG

Vastgesteld 20 september 2000

In de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ bestaat er bij onderstaande fracties behoefte een aantal vragen ter beantwoording voor te leggen aan de staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de voortgangsrapportage Modernisering Ouderenzorg (24 333, nr. 47).

Deze vragen zijn met de door de staatssecretaris bij brief van 19 september 2000 verstrekte antwoorden hieronder afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (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).

1

Betekent de keuze om het aantal huisartsen dat werkzaam is in een verzorgingshuis te beperken, dat mensen verplicht zijn een huisarts te kiezen uit de huisartsengroep(en) en/of het verpleeghuis waarmee het verzorgingshuis een contract heeft afgesloten? Zo ja, welke mogelijkheden ziet u om voor mensen die persé hun eigen huisarts willen houden een uitzondering te maken? Behouden mensen die extramurale verzorgingshuiszorg ontvangen hun eigen huisarts (blz. 2)?

Wanneer de aanspraak op genees- en hulpmiddelen, farmaceutische en medische zorg voor bewoners van verzorgingshuizen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) wordt gebracht, zullen de kosten daarvoor worden toegevoegd aan het budget van verzorgingshuizen. De verantwoordelijkheid voor de aanwezigheid van medische zorg berust daarmee bij het verzorgingshuis. Dit houdt in beginsel geen beperking in van het aantal huisartsen dat in een verzorgingshuis werkzaam kan zijn. Wel moeten verzorgingshuizen contracten gaan sluiten met apothekers en huisartsen, dan wel verpleeghuisartsen, voor het daadwerkelijk leveren van de zorg.

De reden om de verantwoordelijkheid voor de coördinatie van de medische zorg op deze wijze te regelen is dat het in de huidige situatie, met soms grote aantallen huisartsen in een verzorgingshuis, buitengewoon lastig is om vanuit het verzorgingshuis overzicht te houden, bij voorbeeld over zaken als voorschriften van medicijnen. Daar waar de categorie bewoners steeds intensievere zorg behoeft en vaak zelf niet meer in staat is het overzicht goed te bewaren is een dergelijke regeling noodzakelijk in verband met de kwaliteit van de zorg.

Door de medische zorg onder het budget van de verzorgingshuizen te brengen, wordt tevens de mogelijkheid geboden afspraken te maken over de samenwerking tussen verzorgingshuis en huisarts en het te voeren beleid. Dit laat de professionele autonomie onverlet, waarmee wordt bedoeld dat de behandelende huisarts verantwoordelijk is en blijft voor de optimale en op de individuele patiënt gerichte en afgestemde behandeling. Individuele bewoners van verzorgingshuizen kunnen niet afdwingen dat de door hen gewenste huisarts verbonden is aan het verzorgingshuis waarin zij verblijven. Dit is echter ook in de huidige situatie niet altijd het geval. Men zal dan in eerste instantie aangewezen zijn op één van de aan het verzorgingshuis verbonden artsen.

Verwacht wordt dat uit kwalitatieve en organisatorische overwegingen verzorgingshuizen zullen kiezen voor een beperkt aantal huisartsen. In de meerjarenafspraken sector verpleging en verzorging (MJA V&V) is afgesproken dat men zich in principe zal beperken tot één of twee huisartsengroepen. Verzorgingshuizen zullen echter niet wettelijk worden beperkt in de mogelijkheid om daarnaast ook een contract met een andere huisarts te sluiten. Arcare heeft toegezegd de verzorgingshuizen te zullen wijzen op deze mogelijkheid. Verzorgingshuizen zijn hier echter ook niet toe verplicht.

De situatie dat men is aangewezen op een aan de instelling verbonden arts bestaat reeds jaar en dag bij verpleeghuizen. Tevens zal tussen Arcare en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gesproken worden over de situatie dat een bewoner een specifieke (bij voorbeeld een antroposofische) huisarts zou willen consulteren.

Mensen die in de thuissituatie extramurale verzorgingshuiszorg ontvangen, behouden hun eigen huisarts. Medische zorg zal slechts dan onderdeel van de aanspraak uitmaken indien ook sprake is van verblijf in een verzorgingshuis.

2

Worden er op dit moment in de intramurale instellingen activiteiten vergoed die niet tot de AWBZ-aanspraken kunnen worden gerekend? Zo ja, welke activiteiten zijn dit?

Kunt u in het kader van reikwijdteverbreding en flankerend beleid voorbeelden geven van activiteiten die niet passen binnen de aanspraken in het kader van de AWBZ?

Wanneer brengen de zorgkantoren deze activiteiten in kaart?

Bent u bereid het overzicht dat de zorgkantoren maken over deze activiteiten naar de Tweede Kamer te sturen (blz. 2 en 3)?

Er worden op dit moment activiteiten gesubsidieerd op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen die feitelijk niet goed passen binnen de aanspraken zoals die per 1 januari 2001 zullen gaan gelden. Daarbij kan worden gedacht aan activiteiten van intramurale instellingen maar ook van stichtingen welzijn ouderen. Bij de hier bedoelde activiteiten kan bij voorbeeld worden gedacht aan zaken als zorgbemiddeling, zorgcoördinatie voorzover die niet rechtstreeks het zorgproces betreft (afstemming met bij voorbeeld de mantelzorg, etc.), visiteclubs, huiskamerprojecten, badprojecten, oppascentrale voor dementerenden, etc. Het ligt in de bedoeling dat de zorgkantoren bij het maken van productieafspraken met de instellingen een en ander in kaart gaan brengen. Ik ga ervan uit, dat eind dit jaar of begin volgend jaar op basis van deze productieafspraken een inventarisatie kan worden opgesteld. Ik ben bereid u deze inventarisatie te doen toekomen.

3

Bent u voornemens ook voor de verpleeghuizen beleidsregels voor genees- en hulpmiddelen te ontwikkelen? Zo ja, wanneer worden deze operationeel?

Zo nee, wat zijn uw beweegredenen om dit niet te doen (blz. 4)?

Voor de verpleeghuizen bestaan beleidsregels waarvan geneesmiddelenkosten een onderdeel zijn. Dit heeft geleid tot het toekennen van een zogenaamd lumpsum budget, waarbij substitutievrijheid tussen verschillende kosten bestaat. Bij het overleg om tot de MJA V&V te komen is door Arcares aangegeven dat de kosten van geneesmiddelen meer dan evenredig stijgen, en er daardoor een extra druk komt op de middelen die zijn bestemd voor «handen aan het bed». Echter niet in alle verpleeghuizen manifesteert zich dit probleem in gelijke mate. De vraag is nu of er in de opbouw van kosten van geneesmiddelen verschillen zijn tussen verpleeghuizen en in welke mate deze terug te voeren zijn op verschillen in de werkwijze en in welke mate op autonome groei van deze kosten. Afgesproken is hier onderzoek naar te doen en op basis van de uitkomsten beleid te ontwikkelen. Afhankelijk van de resultaten kan dit tot nieuw beleid of nieuwe beleidsregels voor het gebruik van genees- en hulpmiddelen in verpleeghuizen leiden. Het haalbaarheidsonderzoek is inmiddels afgerond. Het onderzoek om antwoord te vinden op de bovenvermelde vraag start in oktober en is afgerond in april 2001.

4

Welke criteria worden gehanteerd bij de vaststelling of zorgverlening al dan niet strikt «intramuraal» is (blz. 6)?

Van intramurale zorg is sprake in die gevallen waarin verblijf onderdeel is van de zorg. Het verblijf is in die situatie onontbeerlijk voor het ontvangen van de zorg.

Waar de geïndiceerde zorg wordt aangeboden als zorg in de thuissituatie, bij voorbeeld in woonzorgcomplexen, valt de huisvesting buiten de werkingsfeer van de AWBZ, en wordt de zorg als extramuraal aangemerkt.

De verantwoordelijkheden voor wonen en zorg zijn bij extramurale zorg gescheiden. Op grond van het Zorgindicatiebesluit beoordeelt het regionaal indicatieorgaan de noodzaak van verblijf en het intra- of extramuraal ontvangen van zorg. Hierdoor is de geïndiceerde zorg toegesneden op het individu, hetgeen mogelijk wordt gemaakt door de flexibilisering van de zorgaanspraken.

5

Bent u bereid de handleiding voor de regio's m.b.t. «onorthodoxe oplossingen» voor wachtlijsten aan de Tweede Kamer te doen toekomen (blz. 6)?

Er bestaat geen handleiding voor de regio's met betrekking tot «onorthodoxe oplossingen voor wachtlijsten». Wel bestaat er een brief d.d. 25 mei 2000 van de voorzitter van de Task force aanpak wachtlijsten aan de zorgkantoren, met als bijlage een lijst met suggesties en handreikingen voor onorthodoxe oplossingen van de wachtlijsten (bijlage 1).¹ Tevens wordt in mijn brief van 25 mei 2000 aan de zorgkantoren aandacht besteed aan dit onderwerp (bijlage 2)¹

Vragen VVD-fractie

6

Kan worden aangegeven welke van de vele Meerjarenafspraken bedoeld wordt (blz. 2)?

Hier wordt gerefereerd aan het voorjaarsakkoord MJA V&V van 6 juli 1999. Dit is op 17 juli 1999 aan uw Kamer toegezonden (26 200 XVI, nr. 80) en met u besproken tijdens de behandeling van de Zorgnota 2000 op 27 oktober 1999.

7

Kan worden aangegeven welke betrokken MJA-partijen het er mee eens waren om het aantal huisartsen in verzorgingshuizen te beperken? Waren deze partijen overtuigd van het besluit of hadden zij toch wel hun bedenkingen, zoals over het inperken van de vrijheid ten aanzien van de eigen huisartsen keuze? Kan dit worden beargumenteerd (blz. 2)?

De partijen die betrokken waren bij het overleg over het in de aanspraak op verzorgingshuiszorg opnemen van medische zorg, zijn de LHV, Arcades, ZN en de Landelijke Organisatie Cliëntenraden (LOC). Hiervan behoort alleen de LHV niet tot de MJA V&V partijen die de afspraken moeten realiseren. Het definitieve voorstel is tot stand gekomen in uitvoerig en goed overleg met alle betrokken partijen. De organisaties die aan het overleg hebben deelgenomen en die alle met het voorstel hebben ingestemd zijn, met mij, van mening dat hierdoor tot een wenselijke beperking van het aantal in een verzorgingshuis werkende artsen zal worden gekomen. Dat zal een verbetering van de kwaliteit en de doelmatigheid van de medische zorg in een verzorgingshuis met zich meebrengen. Daarbij heeft de LOC met name ook aandacht gevraagd voor de situatie dat een bewoner een specifieke – bij voorbeeld een antroposofische – huisarts zou willen blijven raadplegen. Met betrekking tot deze vraag wil ik u verder graag verwijzen naar mijn antwoord op vraag 1.

8

Hoe vergaart het zorgkantoor de «spiegelinformatie» ten aanzien van het EVS dat de huisartsen gebruiken (blz. 2)?

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

Spiegelinformatie is informatie uit het schadebestand van verzekeraars. Hiermee wordt huisartsen informatie geboden over hun voorschrijfgedrag

in vergelijking met gemiddelden. Het doel hiervan is feedback te geven en huisartsen, indien nodig, de gelegenheid te geven hun wijze van voorschrijven van medicatie te veranderen en bij te sturen.

Het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) is een systeem dat een gestelde diagnose aan een behandeling koppelt. Het systeem komt met een voorstel, bij voorbeeld antibiotica x als eerste keuze bij een longontsteking, en houdt bij de voorgestelde dosering bij voorbeeld rekening met leeftijd. In dit EVS zit de kennis uit het formularium gekoppeld aan behandelkennis. Het moet een neerslag gaan vormen van het beleid dat is ontwikkeld in FT(T)O's (Farmaco Therapeutisch (Transmuraal) Overleg) met betrekking tot de beste (farmaceutische) behandeling.

9

Waarom rapporteert de werkgroep, die de technische aspecten gaat onderzoeken inzake het gericht en doelmatig voorschrijfgedrag van geneesmiddelen in verzorgingshuizen door huisartsen, via het platform MJA en niet rechtstreeks aan de staatssecretaris, aangezien de relevante betrokken partijen deelnemen aan de werkgroep (blz. 2)?

De werkgroep die bedoeld wordt op blz. 2 rapporteert aan het platform MJA V&V en niet rechtstreeks aan mij, omdat het een werkgroep is die het platform MJA V&V heeft ingesteld. Het platform zelf rapporteert aan mij. Dit is een uitvloeisel van de gekozen structuur.

10

Kan worden aangegeven welke activiteiten nu precies vallen onder de noemer «flankerend beleid en reikwijdteverbreding» (blz. 3)?

Onder flankerend beleid en reikwijdteverbreding worden van oorsprong die activiteiten begrepen die werden gefinancierd op grond van de artikelen 2b en 2c van de Wet op de bejaardenoorden. In feite bestaan deze categorieën niet meer onder de Overgangswet verzorgingshuizen. In artikel 2, lid 1, onder b, van deze wet wordt gesproken van zorg die er op gericht is personen in staat te stellen zelfstandig te blijven wonen en die zonder die zorg aangewezen zouden zijn op duurzaam verblijf en verzorging.

Er bestaat geen limitatieve opsomming van deze activiteiten, maar in praktische zin kan gedacht worden aan activiteiten als dagopvang, nacht-opvang, tijdelijke opname en extramurale zorgverlening die al dan niet als aanvulling op de thuiszorg worden geboden.

11

«Uitgangspunt is echter dat de individuele instellingen per 1 januari 2001 qua budget voor deze extramurale activiteiten er niet op achteruitgaat» (blz. 3). Hoe wordt dit gewaarborgd, aangezien het voornemen is om de aanspraken binnen de AWBZ uit te breiden met extramurale activiteiten? Gaan er wellicht bestaande aanspraken vervallen? Wordt het huidige extramurale budget verhoogd? Zo ja, op welke wijze wordt dit bedrag dan vastgesteld, en waar komen de financiële middelen voor de bedoelde verhoging dan vandaan?

Op dit moment is bekend welk budget de instellingen ter beschikking staat ten behoeve van activiteiten op het vlak van flankerend beleid en reikwijdteverbreding. Individuele instellingen zullen dit budget ook in 2001 kunnen ontvangen. De verwachting is dat de meeste van deze activiteiten zullen vallen onder de reguliere AWBZ aanspraak op verzorgingshuiszorg. De activiteiten die niet passen binnen de geformuleerde aanspraken verzorging, verblijf, niet-complexe verpleging en begeleiding zullen in 2001 uit het budget gefinancierd kunnen worden. Over de aanwending van dit budget worden productieafspraken gemaakt tussen het zorg-

kantoor en de instelling. In het gesprek met de instelling moet het zorgkantoor vaststellen welk deel van dit budget voor deze activiteiten mag worden aangewend. Momenteel wordt de toekomstige financiering van deze activiteiten nader uitgewerkt.

12

Welke consequenties hebben de extramuralisatie-effecten van genees- en hulpmiddelen bij het vaststellen van de hoogte van de instellingenbudgetten van verpleeg- en verzorgingshuizen (blz. 3/4)?

De budgetten van verpleeg- en verzorgingshuizen voor genees- en hulpmiddelen zijn en zullen worden vastgesteld op grond van onderzoek door het College voor Zorgverzekeringen. De omvang van de budgetten zal zodanig zijn dat daaruit de kosten voor het verstrekken van geneeskundige en farmaceutische zorg en bepaalde hulpmiddelen voor de bewoners die intramuraal zijn opgenomen betaald kunnen worden. Indien een verzorgingshuis een deel van zijn capaciteit zou extramuraliseren, zal het budget voor het verzorgingshuis kleiner worden omdat geneeskundige en farmaceutische zorg geen onderdeel uitmaken van de aanspraak op extramurale zorg. Betrokkene is in een degelijk geval voor deze kosten immers verzekerd op grond van de Ziekenfondswet of een particuliere ziektekostenverzekering.

13

Wie gaat, aan de hand van welke criteria, de lijst van activiteiten opstellen die passen binnen de aanspraken in het kader van de AWBZ (blz. 3, laatste alinea)?

De inhoud van de aanspraken wordt vastgelegd in het Besluit zorgaanspraken AWBZ. De formulering van de aanspraken is toetssteen voor het bepalen of activiteiten al dan niet daaronder vallen. Ik heb mij bij de totstandkoming van dit besluit laten adviseren door het College voor Zorgverzekeringen.

14

Waarom zijn het de zorgkantoren die bepalen welk deel van de aanspraken – die feitelijk niet onder de AWBZ vallen – in ieder geval nog in 2001 door middel van een lumpsum worden vergoed? Is dat niet een politieke keuze (blz. 4)? Aan de hand van welke criteria zouden zij dat moeten bepalen?

Zoals reeds aangegeven in het antwoord op vraag 13, is het een politieke keuze wat vanaf 2001 onder de aanspraak zal vallen. Alle activiteiten die daartoe behoren, worden structureel gefinancierd. Het zorgkantoor zal in overleg met het verzorgingshuis in praktische zin mede bepalen welke activiteiten van het verzorgingshuis, welke thans op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen worden gefinancierd, in de toekomst niet tot de aanspraak behoren. Daarover bestaat thans nog onduidelijkheid, maar verwacht wordt dat veel van de activiteiten die thans gefinancierd worden in het kader van flankerend beleid, tot de reguliere aanspraken zullen blijken te behoren. In het kader van behoorlijk bestuur zullen de activiteiten die niet onder de reguliere aanspraak blijken te vallen, in ieder geval nog in 2001 worden vergoed. Voor het overige verwijs ik u tevens naar het antwoord op vraag 11.

15

Met welke partijen is afgesproken dat per 1 januari 2001 het budget van de verzorgingshuizen zodanig zal worden verhoogd dat zij daaruit de kosten van geneeskundige en farmaceutische zorg kunnen betalen? Kan de argumentatie van de partijen worden weergegeven? Waren alle

partijen overtuigd van deze beslissing? Zo nee, wat waren dan hun bedenkingen in eerste aanleg (blz. 4)?

De partijen die hierover met mij overleggen en die afspraken hebben gemaakt over de geneesmiddelen, de farmaceutische en medische zorg in verzorgingshuizen zijn Arcares, de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuisartsen, het LOC, het College voor Zorgverzekeringen, de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie, Zorgverzekeraars Nederland, de LHV en het CTG. Voor de argumentatie en bedenkingen verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 1 en 7. In eerste instantie ging het enkel om het budget voor genees- en hulpmiddelen. Mede op voorstel van Arcares is daar de medische zorg aan toegevoegd. Anders zouden immers de verzorgingshuizen ineens worden geconfronteerd met de verantwoordelijkheid voor de kosten van farmaceutische hulp zonder enige invloed te kunnen uitoefenen op het gedrag van de voorschrijver. De LHV was het hiermee eens en heeft de autonomie en de verantwoordelijkheid van de arts voor het medisch beleid ten aanzien van de individuele patiënt duidelijk onder de aandacht gebracht. Over de onafhankelijkheid van de arts ten aanzien van het medisch handelen en zijn professionele autonomie bestaat tussen de betrokken partijen geen enkel verschil van mening. Medische zorg houdt een individuele, patiënt-gerichte behandeling in, die past in het beleid met betrekking tot de flexibilisering van een kwalitatief goede, op het individu afgestemde zorg.

16

Met ingang van 1 januari 2001 zullen de kosten van hulp- en geneesmiddelen in verzorgingshuizen uit het budgetteringssysteem van de ziekenfondsen gaan, en worden toegevoegd aan het kader van de AWBZ. Op welke wijze wordt bij de overheveling rekening gehouden met de effecten van extramuralisatie van de genees- en hulpmiddelen (blz. 4)?

In het rapport van het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) 00/28 van 22 juni jl. over het omschrijven van de aanspraak verzorgingshuiszorg onder de AWBZ wordt gesteld dat «... het verblijf in het verzorgingshuis voorts nog bepalend is voor het activeren van het onderdeel behandeling». Dat wil zeggen dat de door de medische behandelaar (huisarts) voorgescreven medicatie voor personen die in het verzorgingshuis hun verblijf hebben voor rekening van het verzorgingshuis komt. Dit betekent dat bij personen die een indicatie voor een verzorgingshuis hebben, maar deze zorg extramuraal krijgen en dus (nog) niet in een verzorgingshuis verblijven, de kosten voor medische en farmaceutische zorg niet ten laste komen van het budget van het verzorgingshuis maar ten laste blijven komen van het tweede compartiment. Dit levert een bijdrage aan de flexibilisering van de aanspraken, waarin zorgonderdelen losgekoppeld worden van de aanspraak op verblijf.

17

Hoe worden verzorgingshuizen geprikkeld om de geneesmiddelenkosten te beheersen, aangezien ze nog twee jaar mogen nacalculeren (blz. 4)?

De prikkel zit in de afspraak dat wanneer in deze twee jaren de kosten lager zullen zijn dan het budget, deze onderuitputting binnen het verzorgingshuis vrij besteed mag worden.

Naar verwachting kan een besparing bereikt worden door het voeren van een kwalitatief beter, doelmatiger en efficiënter farmaceutisch beleid. Dit kan bereikt worden door het gebruik van formularia van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), door het doelmatiger verstrekken van medicijnen en door verspilling daarvan tegen te gaan.

18

Het is nog onduidelijk, zo staat in de brief, welke kosten voor geneesmiddelen de verzorgingshuizen gaan maken. Kan een schatting worden gegeven om welk bedrag het vermoedelijk zal gaan? Is er een grens gesteld tot welk bedrag mag worden nagecalculeerd door de verzorgingshuizen (blz. 4)?

Op basis van een onderzoek van het CVZ naar de kosten van geneesmiddelen voor bewoners van verzorgingshuizen in 1998 is berekend dat bij ongewijzigd beleid deze kosten in 2001 f 251,9 mln zouden bedragen. Het budget van geneesmiddelen voor verpleeghuizen bedraagt in 2001 f 159,2 mln.

Wanneer de aanspraak op farmaceutische zorg voor bewoners van verzorgingshuizen onder de AWBZ wordt gebracht, zal daarvoor een budget worden toegekend dat vergelijkbaar is met het budget voor de verpleeghuizen. De eerste twee jaar zal kunnen worden nagecalculeerd indien de werkelijke kosten hoger zijn dan het toegekende budget. Op basis van de kosten in deze twee jaar worden de definitieve budgetten voor de verzorgingshuizen in de periode daarna vastgesteld. Gelet op de verschillen in de behoefte aan farmaceutische zorg van bewoners van verpleeghuizen en van verzorgingshuizen mag redelijkerwijs verwacht worden dat de kosten daarvoor in verzorgingshuizen lager zullen blijken te zijn.

Ook hier geldt dat doelmatige zorg moet worden verleend met vermindering van onnodige kosten en met optimale aanwending van de beschikbare middelen.

19

Op welke wijze wordt het budget vastgesteld voor de hulpmiddelen dat onder het instellingsbudget van de verzorgingshuizen gaat vallen, daar er in de brief immers wordt aangegeven dat de relevante informatie om het overhevelingsproces goed te laten verlopen nog ontbreekt? Als de relevante en betrouwbare informatie t.a.v. de kosten van het hulpmiddelen gebruik niet op tijd (d.w.z. ruim vóór 1 januari 2000) opdat op een adequate wijze dit ingevoerd kan worden) vergaard kan worden, acht de staatssecretaris het dan verantwoord om toch per 1 januari 2000 het budget voor de hulpmiddelen over te hevelen van naar de verzorgingshuisinstellingen (blz. 4/5)?

Op korte termijn kan duidelijkheid worden gegeven ten aanzien van het bedrag dat aan de budgetten van de verzorgingshuizen zal worden toegevoegd. Dit budget wordt geraamd door het College voor Zorgverzekeringen op basis van gegevensbestanden bij de ziekenfondsen. Daarbij wordt onder meer gebruik gemaakt van gegevens van cliënten die in een verzorgingshuis woonachtig zijn en de schadebestanden van verzekeraars die daaraan gekoppeld kunnen worden.

20

Een «aantal verzorgingshuizen» vindt het positief te waarderen dat onderbrenging van de hulpmiddelen in hun budget wordt ondergebracht (blz. 5). Kan aangegeven worden hoe groot dat «aantal» is? Hoe beoordeelden de overige deelnemers uit de onderzoeksgroep het onderbrengen van hulpmiddelen onder het instellingsbudget? Wat waren hun argumenten c.q. bezwaren?

Bij twintig verzorgingshuizen is door IPSO/FACTO onderzoek verricht naar het gebruik van hulpmiddelen. In het kader van de voorgenomen plannen om de aanspraak op verzorgingshuiszorg over te hevelen naar de AWBZ, is in de vraaggesprekken met zorgmanagers van verzorgingshuizen gevraagd naar hun mening om het budget voor de aanschaf van bepaalde

medische hulpmiddelen voor bewoners onder te brengen bij de instellingen. Twaalf van de twintig huizen reageerden hier positief op. Als belangrijke reden hiervoor werd de vrijheid van onderhandelen met leveranciers genoemd. Een gevolg hiervan zou kunnen zijn dat hulpmiddelen voordeliger ingekocht kunnen worden. Een andere reden die werd genoemd is besparing van tijd. Door het rechtstreekse contact met leveranciers kan de tijd tussen de aanvraag van hulpmiddelen en de levering zeker verkort worden. Wel geven de meeste verzorgingshuizen aan dat het beschikbare budget voldoende moet zijn om de benodigde hulpmiddelen aan te schaffen. Ook de mogelijkheid voor een individuele keuze voor een bepaald hulpmiddel moet blijven bestaan. De acht andere verzorgingshuizen waren niet per sé overtuigd dat deze punten haalbaar zouden blijken te zijn en een vooruitgang zouden betekenen. Daarom waren zij terughoudend met het innemen van een positief standpunt ten opzichte van het toekennen van een budget voor bepaalde hulpmiddelen aan de instellingen.

Zoals in de brief aan Uw Kamer, Kostenbeheersing in de zorgsector, 24 124, nr. 100, is aangegeven wordt er naar gestreefd de doelmatigheid van het gebruik van hulpmiddelen te optimaliseren. Daartoe wordt een aantal hulpmiddelen onder de budgetten van de verzorgingshuizen gebracht om een integrale afweging – en een doelmatiger inkoop – te bevorderen.

21

Is de constatering dat een aantal verzorgingshuizen positief staat tegenover onderbrenging van de hulpmiddelen in het budget en het feit dat er ongeveer 75% van de bewoners een of meer hulpmiddelen gebruiken, niet een erg magere basis om een fundamentele ingreep in de financiering van de hulpmiddelen op te baseren (blz. 4–5)?

De beslissing om een deel van de hulpmiddelen onder het budget van de verzorgingshuizen te brengen is niet genomen op basis van het feit, dat een aantal verzorgingshuizen positief ten opzichte van een dergelijke maatregel staat. De beweegredenen voor deze stap zijn neergelegd in de brief Kostenbeheersing in de zorgsector (24 124, nr. 100), het actieplan hulpmiddelen, dat Uw Kamer heeft ontvangen. Het gaat hierbij om hulpmiddelen die niet individueel aangepast zijn, maar die door beschikbaar te zijn in de voorziening, de zorgverlening kunnen ondersteunen; waarmee een doelmatige uitvoering is gediend. Wel kan in de opstelling van de verzorgingshuizen een stimulans worden gezien om op de ingeslagen weg door te gaan.

22

Waarom worden de noodzakelijke financiële middelen voor het kunnen aanbieden van voldoende zorgpakketten (in het kader van scheiden wonen en zorg) op geleide van de bestedingsvoorstellen van de zorgkantoren beschikbaar gesteld, die dan vervolgens weer naar alle waarschijnlijkheid aan het College voor Zorgverzekeringen ter goedkeuring moeten worden voorgelegd? Waarom kan het college niet rechtstreeks worden benaderd, maar moet eerst het zorgkantoor geconsulteerd worden (blz. 6)?

In het kader van de MJA V&V zijn afspraken gemaakt over de regiefunctie van het zorgkantoor bij het adviseren over bestedingsvoorstellen op regionaal niveau. Het gaat daarbij om advisering zowel over volume-uitbreiding als over nominale bouw.

Voor het realiseren van renovatie en vervangende nieuwbouw van verzorgingshuizen is jaarlijks een begrepsd bedrag beschikbaar. In het kader van de Wet op de bejaardenoorden en de Overgangswet verzorgingshuizen was het de provincie die besliste over de prioriteit-

stelling. Met het onder de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) brengen van de verzorgingshuizen per 1 januari 2001 vervalt deze provinciale bevoegdheid. De beslissing over de prioriteitstelling, en daarmee over de omvang van het volume, komt daarmee bij de rijksoverheid te liggen, net zo als de prioriteitstelling voor alle overige AWBZ-instellingen. Er is voor gekozen om ten behoeve van deze prioriteitstelling aan te sluiten bij in het kader van de MJA V&V afgesproken procedures. Dat betekent dat het zorgkantoor, op basis van een vooraf kenbaar gemaakt regionaal planningskader, adviseert over de prioriteitstelling voor renovatie en nieuwbouw van verzorgingshuizen binnen de regio. De reden hiervoor is dat de zorgplicht berust bij de uitvoeringsorganen AWBZ en dat het bepalen van de behoefte en de prioriteitstelling voort dient te vloeien uit de (ontwikkeling van de) zorgvraag in de regio. Voor een effectieve aanpak van de wachtlijsten dient ook de samenhang tussen eventuele bouw, realisatie van initiatieven op basis van scheiden van wonen en zorg en thuiszorg goed te worden afgewogen. Op basis van deze advisering neemt de Minister een beslissing. Daarna kunnen de individuele initiatieven in behandeling worden genomen in het kader van de WZV. Deze procedure is noodzakelijk omdat bewaakt moet worden dat het totaal aan goedgekeurde initiatieven het afgesproken kader niet overtreft. Waar het in de passage waarnaar wordt verwezen om gaat, is dan ook niet de financiering van zorgpakketten maar de wijze waarop de beslissing totstandkomt over de omvang van de intramurale capaciteit na renovatie of vervangende nieuwbouw. Het College voor Zorgverzekeringen heeft in deze alleen de functie om, nadat de beslissing genomen is, zonodig de bij de toelating in het kader van de AWBZ vastgestelde capaciteit aan te passen.

23

Hoe wordt de «strikte intramurale zorgverlening» gedefinieerd (blz. 5)?

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 4.

24

Wat moet worden verstaan onder «om de inbedding (van de bouw van verzorgingshuizen) in de WZV zo gedereguleerd mogelijk gestalte geven» (blz. 5)? Kan aangegeven worden wat dan gedereguleerd zal worden ten opzichte van de huidige situatie (blz. 5)?

Per 1 januari 2001 zal de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) het wettelijk kader vormen voor de planning en bouw van verzorgingshuizen. Deze overgang van de Overgangswet verzorgingshuizen naar de WZV is met vertegenwoordigers uit het veld voorbereid om één en ander zo voor spoedig mogelijk te doen verlopen en te voorkomen dat stagnaties zullen optreden. Hierbij is tevens gekeken naar mogelijkheden om onder het – voor verzorgingshuizen – nieuwe regime van de WZV, nieuwbouw- en verbouwinitiatieven zo snel mogelijk te kunnen realiseren en de procedures te bespoedigen. Initiatieven die reeds onder de Overgangswet verzorgingshuizen zijn gestart, maar op 1 januari 2001 nog niet zijn gerealiseerd, behoeven op grond van artikel 56 Overgangswet verzorgingshuizen geen vergunning als bedoeld in artikel 6 WZV. In het kader van de WZV zal verdere deregulering plaatsvinden. Onder andere door het budgettair bouwen op grotere schaal dan tot nu toe mogelijk te maken kan het aantal fasen in de beoordelingsprocedure WZV worden vermindert tot drie: verklaring, vergunning, eindafrekening. Hiermee kan enkele maanden tijdswinst worden behaald.

Op grond van de voorgenomen Wet exploitatie zorginstellingen zal verdergaande deregulering mogelijk worden.

Op dit moment zijn alle partijen druk doende om bestedingsvoorstellen – in het kader van het uitbreiden van het zorgvolume in de V&V sector – voor de periode 2001 tot en met 2006 op te stellen (blz. 6). Hierbij krijgt het zorgkantoor bij de verdeling van de financiële middelen een centrale positie. Hoe verhoudt zich het jaartal 2006 tot de motie Van Vliet (26 631, nr. 5) die stelt dat ten aanzien van positionering van de zorgkantoren een pas op de plaats moet worden gemaakt?

In de MJA V&V zijn de betrokken partijen overeengekomen dat concrete invulling van volumemiddelen zou geschieden middels bestedingsvoorstellen, welke door het zorgkantoor in overleg met betrokken regionale partijen zouden worden opgesteld. In dit akkoord is overeengekomen deze procedure ook voor de komende jaren te hanteren. De zorgkantoren is dan ook gevraagd een totaal bestedingsplan op te stellen voor het jaar 2001 en een bestedingsplan, alleen voor bouwinitiatieven, tot en met 2006. Bij de behandeling in Uw Kamer van de Zornota 2000, 26 801, nrs. 1–2, is niet gebleken dat hiertegen bezwaren bestonden. Voor de bouwinitiatieven is een langere periode gekozen omdat het daadwerkelijk realiseren van een bouwinitiatief veel tijd vergt. Een lange termijn planning voor dit soort initiatieven is noodzakelijk. Alleen op deze wijze kunnen bouwinitiatieven ook tijdig worden gerealiseerd. Deze periode is dus nadrukkelijk niet gekozen om de rol van het zorgkantoor voor de komende jaren te verstevigen, maar wel om de realisatie van de noodzakelijke intramurale capaciteit te garanderen. Daarnaast wil ik nog opmerken dat het zorgkantoor wel een regierol heeft bij het opstellen van de bestedingsvoorstellen, maar dat alle betrokken regionale partijen nadrukkelijk bij dit proces zijn betrokken. Een bestedingsvoorstel is tevens een advies aan ons betreffende welke capaciteit op welk moment in een regio gerealiseerd moet worden. De uiteindelijke besluitvorming ligt bij ons. Met deze toevoeging wordt de rol van het zorgkantoor in een juist perspectief geplaatst.

Kan de staatssecretaris uitleggen wat bedoeld wordt met de gehele tweede alinea van de paragraaf over capaciteit en bouw: wat betekent dit concreet voor verzorgingshuis «X» te «Y», dat wil uitbreiden om de wachtlijst te verminderen? Betekent de zin «de noodzakelijke financiële middelen ... worden gesteld», dat voortaan voldoende middelen beschikbaar worden gesteld om aan de zorgvraag te voldoen? Wat betekent concreet de zin «ik zal alles ... gestalte te geven»? Met hoeveel maanden zal de behandeling van aanvragen verkort worden (blz. 6)?

Instellingen die hun capaciteit willen uitbreiden ten behoeve van het oplossen van de wachtlijstproblematiek dienen, conform de afspraken uit het MJA V&V-overleg, die wens in eerste instantie kenbaar te maken aan het zorgkantoor in hun regio. Het zorgkantoor verzamelt al deze wensen en bespreekt die met de regionale partijen. Op grond van deze besprekingen brengt het zorgkantoor een zogenaamd bestedingsvoorstel aan mij uit. Daarin is opgenomen aan welke initiatieven in de regio er het komende jaar, dan wel de komende jaren, gegeven de financiële begrenzing, prioriteit wordt gegeven. Ik beoordeel het bestedingsvoorstel en neem daarover een beslissing. Op grond van die beslissing kunnen individuele initiatieven verder worden gerealiseerd dan wel worden afgewezen. De noodzakelijke financiële middelen worden voor de goedgekeurde initiatieven ter beschikking gesteld. Met betrekking tot het laatste gedeelte van deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 24.

27

Gesteld wordt dat: «in het kader van de versnelde aanpak van wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging geldt overigens dat ook onorthodoxe oplossingen voor zowel intramurale als extramurale capaciteitsuitbreiding zoveel mogelijk worden gehonoreerd». Kan met behulp van voorbeelden aangegeven worden wat moet worden verstaan onder «onorthodoxe oplossingen» (blz. 7)?

Bij onorthodoxe oplossingen moet aan twee soorten oplossingen worden gedacht. Ten eerste gaat het om onorthodoxe initiatieven. Hierbij kan worden gedacht aan bij voorbeeld het inzetten van gebouwen met een niet gezondheidszorg bestemming voor het leveren van verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Deze gebouwen zullen daartoe natuurlijk moeten worden aangepast. Ook bij onorthodoxe oplossingen staat voorop dat de kwaliteit van de geleverde zorg verantwoord wordt gegeven en dat de exploitatie binnen de vigerende kaders passen.

Ten tweede gaat het om procedures. Met name met het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen zijn wij de doorloopsnelheid van de procedures aan het vergroten. Hierdoor is het mogelijk de WZV-procedure op een zorgvuldige wijze zo snel mogelijk te doorlopen. Ik verwijs u verder naar het antwoord op vraag 5.

28

Ten aanzien van het instandhouden van de bestaande capaciteit wordt voorgesteld «om geen systeem van trekkingsrechten in te voeren zoals bij verpleeghuizen het geval is. De zorgkantoren krijgen een bedrag per regio voor renovatie of vervangende nieuwbouw van verzorgingshuizen». Betekent dit dat een zorgkantoor voortaan kan bepalen of een verzorgingshuis mag renoveren of niet? Welke rol vervult het College voor Bouwvoorzieningen dan nog (blz. 7)?

Zoals aangegeven in de antwoorden op de vragen 22 en 26 vervult het zorgkantoor een adviserende rol. Wij beslissen over de prioriteitstelling. Het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen vervult daarna zijn wettelijke taak bij het beoordelen van de individuele initiatieven.

29

Wat zijn precies de gevolgen van bovengenoemde paragraaf voor de bureaucratie waarmee instellingen te maken hebben? Leiden de voorstellen nu werkelijk tot een versnelling van behandelingstermijnen voor allerlei bouwinitiatieven van verzorgingshuizen (blz. 7)?

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 24.

30

De overgang van de vaststelling en inning van de eigen bijdragen voor de ca. 100 000 bewoners, die van de gemeenten naar de zorgkantoren/CAK AWBZ is gegaan, heeft nog de meeste voeten in aarde gehad. Kan worden aangegeven wat de aard van de problemen is geweest ten aanzien van de vaststelling en inning van de eigen bijdragen? Hoe zijn deze dan opgelost (blz. 8)? Wat is het voordeel dat nu zorgkantoren deze functie gaan uitvoeren?

In antwoord op deze vraag verwijs ik u allereerst naar bladzijde 17 van bijlage 6 bij de brief van de onderhavige voortgangsrapportage. Ik wil daaraan toevoegen dat het via het zorgkantoor lopen van de eigen bijdragen het voordeel heeft dat daarmee thans reeds de situatie is ontstaan die in ieder geval zou gaan gelden vanaf 1 januari 2001. De zorgkantoren zijn immers verantwoordelijk voor de vaststelling en inning van

de eigen bijdragen bij alle intramurale AWBZ-instellingen. Door de zorgkantoren per 1 januari 1997 in te schakelen is dat deel van het veranderingstraject reeds achter de rug.

31

Kan aangegeven worden welke rol de beleidsregels spelen ten aanzien van de verdeling van de extra middelen van de werkdruk, aangezien uit de rapportage MJA V&V is gebleken dat werkdruk in verzorgingshuizen niet te meten is (blz. 8)?

De beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) voor de personele en materiële kosten bij de verzorgingshuizen vertalen de historische budgetten 1999 in een normatief budget plus een bijtelling wanneer het historisch budget hoger is, of een aftrek wanneer het historisch budget lager is. In deze zin hebben de beleidsregels van het CTG in eerste instantie een neutrale uitwerking op de hoogte van het budget voor alle verzorgingshuizen. Vanaf 2001 zal een herverdelingsproces plaatsvinden. De extra werkdrukmiddelen zijn bij gebrek aan een objectieve parameter voor werkdruk aangewend om het budget van de verzorgingshuizen te verhogen bij die instellingen die een feitelijk budget hebben dat lager is dan het normatieve budget.

Hierdoor komen de extra werkdrukmiddelen terecht bij die verzorgingshuizen, die relatief minder middelen hadden voor personele kosten.

32

Op grond van welke informatie adviseren de zorgkantoren inzake het vaststellen van het budget voor verzorgingshuizen voor 2000 (blz. 8)? Is het niet mogelijk dat een al bestaande instelling zoals het CVZ of het CTG dit doet?

De budgetten voor de instellingen voor het jaar 2000 worden vastgesteld door het College voor Zorgverzekering (CVZ). De zorgkantoren spelen hierbij een adviserende rol. Zij maken daarbij gebruik van de kennis die zij in de loop van de tijd over deze sector hebben opgebouwd. Deze handelwijze is in lijn met de functie die zorgkantoren reeds hebben ten aanzien van de budgetten bij verpleeghuizen. De subsidieregelingen van het CVZ voorzagen er vanaf de aanvang in 1997 reeds in dat afschriften van begrotingen en jaarrekeningen naar het zorgkantoor werden gezonden. Op deze wijze kan een soepele en verantwoorde overgang plaatsvinden.

Vragen CDA-fractie

33

Waarom is gekozen voor een apart budget zorg op maat voor instellingen (te besteden in overleg met het zorgkantoor), gekoppeld aan de flexibilisering van de aanspraken, en niet om zorg op maat uitgangspunt te maken voor het gehele budget van instellingen (blz. 1/beantwoording vragen KB 17/05 d.d. 22-06)?

Flexibilisering van de aanspraken brengt met zich mee dat in principe het gehele budget van de instelling ingezet kan worden in de sfeer van zorg op maat, zorg die is toegesneden op en aangepast aan het individu. Immers, het wordt mogelijk om delen van aanspraken te leveren aan mensen die niet de gehele aanspraak nodig hebben. In de praktijk zal dit niet direct overal zo werken. Instellingen, wiens activiteiten zich met name richten op intramurale zorgverlening zullen veelal zijn ingesteld op het aanbieden van «ongedeelde» aanspraken. Ook deze instellingen kunnen een afspraak met het zorgkantoor maken voor het leveren van extramurale zorg. Ik wijs er daarbij op dat met deze flexibilisering van de aanspraak het verschil tussen «reguliere zorg» op grond van de aanspraak

en «zorg op maat» op grond van een subsidieregeling vervalt. Ook op basis van de aanspraak op grond van de AWBZ zal vanaf 2001 zorg op maat worden geleverd.

34

Betekent het gestelde in het in vraag 33 gememoreerde beantwoording van vragen dat verzorgingshuizen uitsluitend complexe verpleging aan mogen bieden aan een bewoner als een officiële samenwerking met een verpleeghuis bestaat (blz. 1/beantwoording vragen KB 17/05 d.d. 22-06)?

Aangezien de aanspraak op verzorgingshuiszorg slechts niet-complexe verpleging omvat, kunnen verzorgingshuizen in beginsel ook geen complexe verpleging ten laste van de AWBZ leveren. Dat is ook niet noodzakelijk omdat verzorgingshuisgeïndiceerden geen complexe verpleging nodig hebben.

In de praktijk doet zich de situatie voor dat bewoners van verzorgingshuizen in gezondheid achteruitgaan en een verpleeghuisindicatie krijgen. In die situatie ontstaat er voor die bewoners aanspraak op complexe verpleging. Door het flexibel omschrijven van de aanspraak op verpleeghuiszorg wordt het mogelijk deze aanspraak binnen een verzorgingshuis geldend te maken. Voor het ten laste van de AWBZ mogen geven van deze zorg dient het verzorgingshuis in dergelijke gevallen inderdaad een overeenkomst af te sluiten met een verpleeghuis.

35

Indien het antwoord op de vraag 34 bevestigend luidt, welke consequenties voorziet u dan voor de diversiteit in het zorgaanbod, mede gelet op het gestelde in uw notitie over de WTG over de «monopolie- of oligopolie-achtige posities van instellingen en personen in een regio» (blz. 1/blz. 11 Tweede Kamer, vergaderjaar 1999–2000, 27 156, nr. 2)?

Zoals aangegeven in mijn brief Modernisering Ouderenzorg, 24 333, nr. 47 aan Uw Kamer, is de flexibele omschrijving van de aanspraken op verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg een stap in het beleid, dat is gericht op het opheffen van de schotten tussen de verschillende zorgvormen. De thans voorgestelde stap is dan ook geen einddoel. Toegevoegd wordt naar een integrale aanspraak op verpleging en verzorging, waarbij de zorgverlening wordt losgekoppeld van een specifieke categorie aanbieders (bij voorbeeld niet langer thuiszorg alleen door instellingen voor thuiszorg en verpleeghuiszorg exclusief voorbehouden aan verpleeghuizen). Aan een dergelijke stap zijn echter nogal wat juridische, financiële en organisatorische problemen verbonden. Daarom is ervoor gekozen bij het als aanspraak in de AWBZ opnemen van verzorgingshuiszorg eerst te beginnen met het flexibel, maar nog wel instellingsgericht omschrijven van de aanspraak. Daarna kan de volgende stap naar de integrale aanspraak worden voorbereid.

36

Welke prikkel bestaat er voor bij voorbeeld een verzorgingshuis om de zorg bij de cliënt thuis te leveren en hoe wordt de verantwoordelijkheid van het verzorgingshuis in een dergelijke situatie vormgegeven (blz. 1/antwoorden 15 en 16 beantwoording vragen KB 17/05 d.d. 22-06)?

De prikkel tot het leveren van extramurale zorg bestaat daaruit, dat cliënten aangeven het liefst zolang mogelijk in de thuissituatie te willen blijven en daar de zorg te ontvangen. Dit heeft in de afgelopen jaren al geleid tot een aanzienlijke uitbreiding van het budget voor extramurale verzorgingshuiszorg.

Per verzorgingshuis wordt daarvoor op basis van de provinciale plannen, de zogenoemde Wallage-middelen of de volumemiddelen uit de MJA V&V

een budget voor extramurale verzorgingshuiszorg toegekend. Het verzorgingshuis is daardoor verantwoordelijk voor het daadwerkelijk extramuraal aanwenden van deze middelen en moet zich daarvoor ten behoeve van de definitieve subsidievestigstelling verantwoorden.

37

Wat wordt bedoeld met de zin «Die onderdelen zijn op te vatten als universele begrippen, die afhankelijk van het type aanspraak een andere verschijningsvorm kunnen aannemen» (blz. 2)?

Verzorging, begeleiding en verpleging zijn voor iedereen bekende en kenbare begrippen. Bij de indicatiestelling, waarbij de aanspraak op zorg wordt vastgesteld, kan echter onderscheid worden gemaakt en differentiatie aangebracht, bij voorbeeld in het aantal uren dat iemand verzorging behoeft dan wel of die verzorging in een intramurale of een extramurale setting gegeven kan worden. Om op het individu toegesneden zorg te kunnen bieden, is de aanspraak immers gerelateerd aan de behoefte aan zorg van de betrokkene.

38

Gesteld wordt dat de professionele autonomie van de huisartsen ten opzichte van de bewoners van verzorgingshuizen op geen enkele manier door afspraken in het geding komt, terwijl u tegelijkertijd voorstelt om het aantal huisartsen dat werkzaam is in een verzorgingshuis te beperken. Hoe valt dit te verenigen en wat betekent dit voor de vrije keuze van (huis)-arts voor mensen in een verzorgingshuis? Betekent dit dat de vrije keuze feitelijk beperkt wordt tot de vrije keuze uit een beperkt aanbod aan (huis)-artsen (blz. 2)?

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 1.

39

Op 1 januari 2001 expireert de Overgangswet verzorgingshuizen en treedt er een systeem in werking waarbij de beleidsregels van het College Tarieven Gezondheidszorg en de af te sluiten productieafspraken met het verbindingskantoor een centrale plaats innemen. Tegelijkertijd stelt u dat «niet alle bekostigingsdoelstellingen op hetzelfde moment behoeven te worden gerealiseerd». Hoe vallen deze beide uitspraken met elkaar te verenigen en hoe zal hiermee in de praktijk worden omgegaan (blz. 3)?

De zinsnede dat niet alle bekostigingsdoelstellingen op hetzelfde moment behoeven te worden gerealiseerd, heeft betrekking op een mogelijk verdergaande verandering van het bekostigingssysteem. In de betreffende alinea van de brief wordt in dat verband bij voorbeeld verwezen naar de mogelijkheid om de bekostiging af te stemmen op de zorgzwaarte.

40

Wat wordt concreet bedoeld met «activiteiten waarvan in alle redelijkheid niet gesteld kan worden dat ze passen binnen de aanspraken in het kader van de AWBZ (blz. 3/4)?

Voor het antwoord op deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 2.

41

Waar bent u voornemens de «knip» te leggen voor de verzorgingshuizen en op welke wijze wordt daarbij rekening gehouden met ervaringen uit het verleden (thuiszorg) (blz. 3)?

Er kan in feite niet gesproken worden van een «knip» in de verzorgingshuiszorg. In de AMvB tot wijziging van het Besluit Zorgaanspraken, die eveneens op 26 mei 2000 aan u is voorgelegd, is aangegeven wat de aanspraak op verzorgingshuiszorg omvat.

Het betreft de gehele intramurale verzorgingshuiszorg alsmede de mogelijkheid om verzorging, in samenhang met niet-complexe verpleging of begeleiding in de thuissituatie te ontvangen.

Waar het in de betreffende passage om gaat is dat de mogelijkheid bestaat dat onder de huidige regelgeving activiteiten, welke niet vallen onder de aanspraak op verzorgingshuiszorg, worden bekostigd. Te denken valt bij voorbeeld aan zorgtoewijzing, die onder de AWBZ tot de taak van het zorgkantoor behoort. Aangezien het zorgkantoor eerst vanaf 1 januari 2001 verantwoordelijk wordt voor de toewijzing van verzorgingshuiszorg, kan het zijn dat geregeld moet worden dat de financiering van de betreffende activiteit in ieder geval voor 2001 moet worden veiliggesteld, ook al is het niet mogelijk de instelling daarvoor op basis van de aanspraak te financieren.

42

Verschillende verpleeghuizen hebben de afgelopen tijd aangegeven financiële problemen te krijgen als gevolg van bewoners met dure medicijnen. Hoe wordt voorkomen dat dit in de toekomst bij verzorgingshuizen het geval zou kunnen zijn nadat de nacalculatie in 2001 en 2002 is uitgevoerd (blz. 4/o.a. bericht in Trouw, 02-05-2000)?

Bij het overleg om tot de MJA V&V te komen is door Arcares aangegeven dat de kosten van geneesmiddelen meer dan evenredig stijgen en er daardoor een extra druk komt op de middelen die zijn bestemd voor «handen aan het bed». Echter, niet in alle verpleeghuizen manifesteert zich dit probleem in gelijke mate. De vraag is nu of er in de opbouw van de kosten van geneesmiddelen verschillen zijn tussen verpleeghuizen en in welke mate deze terug te voeren zijn op verschillen in werkwijze en in welke mate op autonome groei van deze kosten.

Afgesproken is hier onderzoek naar te doen en op basis van de uitkosten beleid te ontwikkelen.

Afhankelijk van het beleid dat dan voor verpleeghuizen ontwikkeld wordt, kan dan ook voor dit terrein adequaat beleid voor verzorgingshuizen worden ontwikkeld.

43

Wat is de reden dat een aantal verzorgingshuizen niet positief is dat de hulpmiddelen in hun budget opgenomen worden (blz. 5)?

De beleving van verzorgingshuizen over de voorgenomen overheveling van een deel van de hulpmiddelen maakte geen deel uit van het onderzoek van IPSO/FACTO. Met de kanttekening dat 12 van de 20 onderzochte verzorgingshuizen positief tegenover deze maatregel stonden werd slechts bedoeld een sfeerschets te geven. Daarmee is dan ook niet gezegd dat de andere instellingen zich tegen overheveling uitspraken.

44

Waarom bepleit u een nog grotere overheveling van aanspraken vanuit het tweede naar het eerste compartiment (hulpmiddelen) dan door onderzoeksbureau IPSO/FACTO wordt voorgesteld (blz. 5)?

Mede op grond van het onderzoek van IPSO/FACTO is door een breed samengestelde werkgroep gezien of het betreffende hulpmiddel past binnen de aanspraken, of overheveling bijdraagt aan de doelmatigheid door bij voorbeeld hergebruik en goede inkoop en of sprake was van een hulpmiddel dat door een specialist specifiek op het individu is toege-

meten. Hieruit resulteerde een lijst met hulpmiddelen die wat groter is dan die van IPSO/FACTO.

45

Betekent het gestelde dat het wonen in zorgvoorzieningen waar de verblijfsfunctie centraal staat zich afspeelt buiten het verband van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de verlening van te indiceren zorg binnen dat kader dat bij voorbeeld ook de bewoners van NeVeP-voorzieningen in de toekomst in aanmerking kunnen komen voor persoonsgebonden budgetten (mits uiteraard daarvoor geïndiceerd)? Zo neen, waarom niet (blz. 5)?

Het is op termijn de bedoeling dat in woonzorgcentra, waar het wonen niet op grond van de AWBZ gefinancierd wordt, de cliënt voor de geïndiceerde AWBZ-zorg een persoonsgebonden budget (PGB) kan krijgen, zoals ook uit het regeringsstandpunt, 24 036, nr. 166 blijkt. Daarvoor zal echter wel een aantal voorwaarden moeten worden vervuld, dat in dit regeringsstandpunt is omschreven of in het interpellatiedebat over private verpleeghuizen op 14 juni jl. is genoemd. Voor de thans geldende regeling verwijs ik u naar mijn antwoord op de vragen die op 19 februari jl. zijn gesteld door het lid van Uw Kamer Kant (SP) over de regeling PGB voor de thuiszorg (2990007210).

46

Hoe gaat u bevorderen dat de onderuitputting van de bouwbudgetten in de toekomst voorkomen wordt (blz. 6)?

In de MJA V&V is met de zorgkantoren de volgende afspraak gemaakt. De zorgkantoren dienen uiterlijk 1 september 2000 bestedingsplannen in voor de periode 2001 – 2006. Daarna wordt jaarlijks voor 1 juni een bestedingsvoorstel ingediend waarin, mede op grond van een voortgangsrapportage over de ontwikkelingen tot dat tijdstip, definitieve voorstellen voor het jaar daarna worden gedaan. Tevens kan dan worden aangegeven of het wenselijk wordt geacht veranderingen aan te brengen in de voorstellen voor latere jaren.

Op deze wijze wordt jaarlijks de vinger aan de pols gehouden en kunnen onderbestedingen zo veel mogelijk voorkomen worden.

47

Betekent het niet-invoeren van trekkingsrechten voor verzorgingshuizen niet een omslachtiger procedure voor renovatie? Met andere woorden: wordt om te bevorderen dat goed wordt nagedacht over de meest wenselijke vorm van voortzetting van een bestaand verzorgingshuis niet een middel c.q. procedure gekozen dat averechts werkt, namelijk vertragend (blz. 7)?

Allereerst wil ik er op wijzen dat de thans voor verzorgingshuizen gekozen procedure een tijdelijke is. In de situatie van verzorgingshuizen zal in de komende periode naar verwachting verandering optreden als gevolg van zowel de voorgenomen wijziging van de Wet ziekenhuisvoorzieningen als ten gevolge van de voorgenomen invoering van een integrale aanspraak op verpleging en verzorging. Bij de realisatie van die voornemens zal opnieuw moeten worden bezien wat de meest geschikte vormgeving is voor het renovatieproces bij verzorgingshuizen.

Ten tweede dient te worden beseft dat in de praktijk het invoeren van trekkingsrechten voor verzorgingshuizen slechts in beperkte mate tot een andere procedure zou leiden. Immers, in de opbouwfase zijn de trekkingsrechten van verzorgingshuizen nog zeer beperkt. Voor dat gedeelte van de renovatiekosten, waarvoor de trekkingsrechten niet voldoende zouden

zijn, zou dezelfde procedure als thans wordt voorgesteld moeten worden gevolgd.

Ik geef op dit moment de voorkeur aan de thans gekozen vorm, waarbij het nadenken over extramuralisering en het scheiden van wonen en zorg wordt bevorderd.

Vragen D66-fractie

48

Het is opvallend dat de laatste tijd meer initiatieven worden ontplooid tot het bouwen van meer luxe woningen voor ouderen, waarbij de zorg wordt afgenomen van een verzorgingshuis. Deze fractie juicht dit proces toe, omdat deze ontwikkeling aansluit bij de vraag van cliënten. Tegelijkertijd mag dit er nooit toe leiden dat er verschillen in kwaliteit en kwantiteit van zorg ontstaat. Om nu enerzijds het proces van vraaggericht bouwen te stimuleren en anderzijds het behoud van een gelijke toegang en een gelijke kwaliteit van zorg te behouden, vindt de D66-fractie het noodzakelijk dat scheiden van wonen en zorg voortvarender dient te verlopen. Deelt de regering deze mening en zo ja, waarom wordt hierover dan zo terughoudend gesproken in de voorliggende voortgangsrapportage? Is de regering bereid dit onderwerp opnieuw hoog op de agenda te zetten? Zo ja, welke initiatieven denkt de regering hiertoe te ontplooien?

Voor het kabinet bestaan geen redenen af te wijken van het in 1998 geïmplementeerde standpunt inzake het scheiden van wonen en zorg. Voor een snelle uitbreiding van de capaciteit in het kader van de aanpak van wachtlijsten zijn woon-zorg initiatieven zeer noodzakelijk. We verwachten ook een versnelling in het kader van de wachtlijstaanpak. Daarnaast zal veel aandacht moeten worden geschonken aan de uitwerking van hetgeen wordt gesteld in de nota die mijn collega de Staatssecretaris van VROM zal uitbrengen over het wonen in de 21e eeuw. Op die wijze zal het scheiden van wonen en zorg vanuit de vraag tot stand komen.

49

In de bestaande verzorgingshuizen dienen naar de opvatting van deze fractie onderscheiden tussen soorten woningen te komen, om ervoor te zorgen dat de verzorgingshuizen voor zoveel mogelijk mensen aan de wensen kunnen voldoen. Uiteraard kan het niet zo zijn dat de meerkosten van luxere woningen betaald worden uit de AWBZ. Mensen dienen dit zelf te betalen, eventueel door zich hiervoor bij te verzekeren. Behalve dat ook dit weer een reden is in de ogen van de leden om zo snel mogelijk tot daadwerkelijk scheiden van wonen en zorg over te gaan, toont dit volgens hen ook aan dat nagedacht moet worden over de inrichting van de AWBZ. Tevens lijkt het deze fractie dat er ook de ziektekostenverzekering en de AWBZ in een andere verhouding tot elkaar komen te staan voor wat betreft dit onderwerp.

Kan de staatssecretaris aangeven of zij deze mening deelt en of zij bereid is over dit onderdeel eerder uitsluitsel te geven dan het regeerakkoord van 2002 en dit onderdeel te betrekken bij een mogelijk nieuwe discussie over scheiden van wonen en zorg?

De mogelijkheid voor personen om voor eigen rekening over een luxere woonruimte te beschikken kan inderdaad het makkelijkst worden vormgegeven in een situatie van het scheiden van wonen en zorg. Daarvoor is het echter niet strikt noodzakelijk dat deze scheiding in alle verzorgingshuizen wordt doorgevoerd. Dat is ook niet verantwoord omdat in een aantal gevallen verblijf een integraal onderdeel dient te zijn van de zorgverlening. Zoals aangegeven in de voortgangsrapportage stimuleer ik het inzetten van capaciteitsuitbreiding onder de vigeur van scheiden van wonen en zorg. De thans geformuleerde flexibele aanspraak geeft ook alle

mogelijkheid om een dergelijke scheiding te realiseren. Daar waar effectief de vraag naar luxere woningen bestaat, hebben initiatiefnemers dan ook de mogelijkheid om die wensen te realiseren. Zoals aangegeven in de rapportage is ook het beleid voor de instandhouding van verzorgingshuizen zo vormgegeven, dat de beslissing over het al dan niet scheiden van wonen en zorg optimaal gestimuleerd wordt.