

Vergaderjaar 1997–1998

25 604

Jaaroverzicht Zorg 1998

Nr. 2

OVERZICHT

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING	9
1.1 Algemeen	9
1.2 Financieel beleid op hoofdlijnen	15
1.3 Het beleid op deelterreinen	20
1.3.1 Gezondheidsbeleid/Public Health	20
1.3.2 Curatieve somatische zorg	20
1.3.3 Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	20
1.3.4 Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg	21
1.3.5 Gehandicaptenzorg	22
1.3.6 Ouderenzorg en thuiszorg	23
1.3.7 Beheer en diversen	24
1.3.8 Financiering	24
1.4 Arbeidsmarkt en arbeidskosten	24
1.4.1 Arbeidskosten	24
1.4.2 Arbeidsmarkt	25
1.5 Kerncijfers JOZ 1998	26
HOOFDSTUK 2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID	28
2.1 Terreinbeschrijving	28
2.2 Beleidsontwikkeling en beoogd beleid 1998	29
2.2.1 Collectieve en programmatische preventie	29
2.2.1.1 Collectieve preventie	29
2.2.1.2 Programmatische preventie	29
2.2.2 Doelgroepgerichte preventie	30
2.2.2.1 Jeugd	30
2.2.2.2 Gehandicapten	30
2.2.2.3 Ouderen	31
2.2.3 Ziektespecifieke preventie	31
2.2.3.1 Psychische problematiek	31
2.2.3.2 Chronische Ziekten	32
2.2.3.3 Kankerbestrijding	32
2.2.3.4 Infectieziekten	33
2.2.4 Determinantenbeleid	34
2.2.4.1 Facetbeleid en gezondheidseffectscreening	34
2.2.4.2 Preventie van verslaving (tabak, alcohol, drugs en gokken)	34
2.2.4.3 Voeding en veterinaire beleid	35
2.2.4.4 Consumentenveiligheid en omgevingsrisico's	36
2.2.4.5 Overige determinanten	37
2.2.5 Patiëntenbeleid	38
2.2.6 Inspectie Gezondheidsbescherming	38
2.2.7 Projecten, experimenten en onderzoek (PEO)	39
2.3 Toekomstige ontwikkelingen na 1998	40

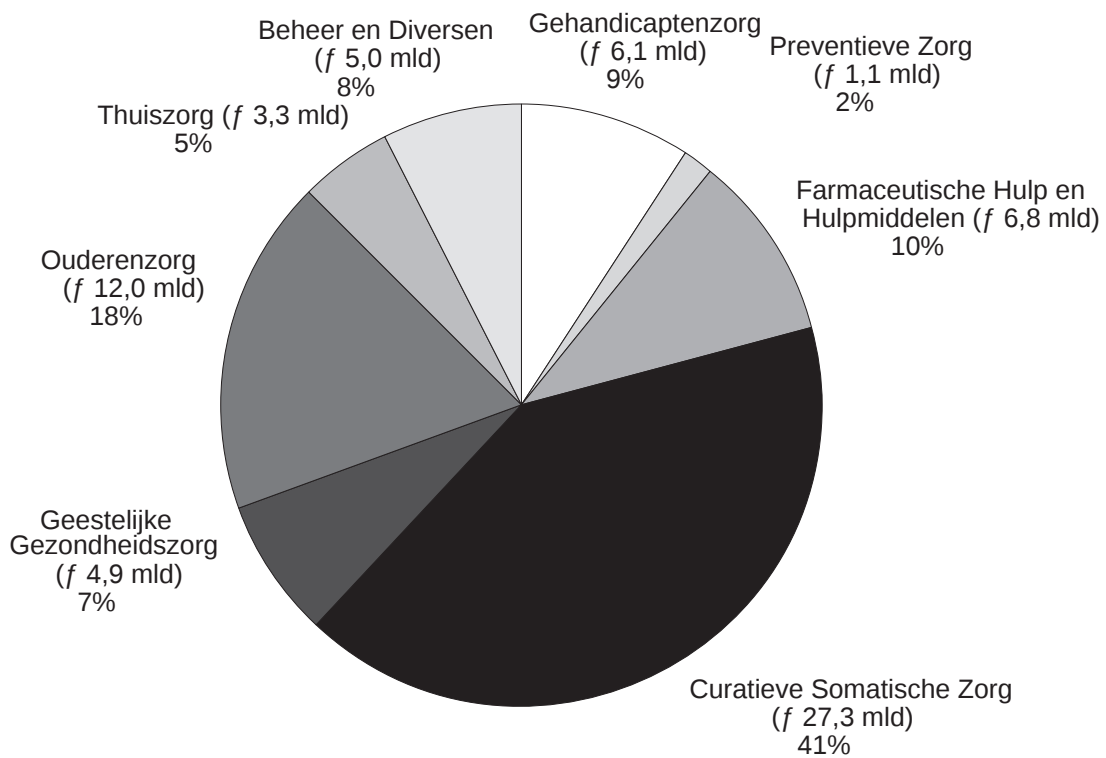
HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	42
3.1	Terreinbeschrijving 42
3.2	Terugblik 42
3.3	Financiën 43
3.4	Beleid 1998 44
3.4.1	Organisatie en besturing 44
3.4.1.1	Inleiding 44
3.4.1.2	Samenhang tussen aanbieders 44
3.4.1.3	De geïntegreerde ziekenhuisorganisatie 46
3.4.1.4	Rapporten MDW II en III en RvZ 47
3.4.2	Toegang tot de zorg 48
3.4.2.1	Inleiding 48
3.4.2.2	Privéklinieken 48
3.4.2.3	Wachttijden 49
3.4.2.4	Intensivering interventies aan het hart 49
3.4.2.5	Fysio- en oefentherapie 49
3.4.3	Kwaliteit en doelmatigheid 50
3.4.3.1	Inleiding 50
3.4.3.2	Informatievoorziening/benchmarking en MTA 51
3.4.3.3	Stralingsbescherming 51
3.4.3.4	Intramurale genees- en hulpmiddelen 52
3.4.3.5	CVA 52
3.4.3.6	Oogzorg 52
3.4.3.7	Fysio- en oefentherapie 53
3.5	Vooruitblik 53
HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN	55
4.1	Terreinbeschrijving 55
4.2	Terugblik 55
4.2.1	Terugblik farmaceutische hulp 55
4.2.1.1	De markt voor geneesmiddelen 56
4.2.1.2	Meten is weten 57
4.2.1.3	Wet geneesmiddelenprijzen 57
4.2.1.4	IWG-maatregelen 57
4.2.1.5	Doelmatig geneesmiddelengebruik 58
4.2.1.6	Overheveling geneesmiddelen 58
4.2.1.7	Beheerste introductie van nieuwe geneesmiddelen 58
4.2.2	Terugblik medische hulpmiddelen 59
4.2.3	Terugblik bloedvoorziening 59
4.3	Vooruitblik 60
4.3.1	Vooruitblik farmaceutische hulp 60
4.3.1.1	Wet geneesmiddelenprijzen 60
4.3.1.2	Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) 60
4.3.1.3	Kortingen en bonussen 60
4.3.1.4	Tripartite Overleg Farmacie (TOF) 61
4.3.1.5	Beheerste introductie nieuwe geneesmiddelen en verruiming criteria GVS 61
4.3.1.6	Voorschrijven en afleveren 62
4.3.1.7	Budget geneesmiddelen 62
4.3.2	Vooruitblik hulpmiddelen 62
4.3.3	Vooruitblik bloedvoorziening 62
HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG	64
5.1	Inleiding 64
5.2	Terugblik 64
5.2.1	Toegenomen zorgvraag 65
5.2.2	Het Zorgvernieuwingsfonds 66
5.2.3	Intramurale GGZ 66
5.2.3.1	Algemeen psychiatrische ziekenhuizen 66
5.2.3.2	Psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen (PAAZ-en) 67
5.2.3.3	Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP) 67
5.2.3.4	Verslavingszorg 67
5.2.3.5	Forensische psychiatrie 67
5.2.4	Semimurale GGZ 67
5.2.4.1	Deeltijdbehandeling 67
5.2.4.2	Beschermd wonen 68
5.2.5	Extramurale GGZ 68
5.2.5.1	Wachttijsten 68
5.2.5.2	De RIAGG-en 68
5.2.5.3	Vrijgevestigde psychiaters 68
5.3	Vooruitblik 69
5.3.1	Zorgvernieuwing 69
5.3.1.1	Flexibilisering AWBZ 69

5.3.1.2	Maatschappelijke opvang	69
5.3.1.3	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	70
5.3.1.4	Persoonsgebonden budget	70
5.3.2	Toegang tot de GGZ	70
5.3.2.1	Poortwachtersfunctie huisarts	70
5.3.2.2	Indicatiestelling	71
5.3.3	Psychische arbeidsongeschiktheid	71
5.3.4	Wet Bopz	71
5.3.5	Patiëntenvertrouwenspersoon	71
5.3.6	Eigen bijdrage	72
5.3.7	Intramurale sector	72
5.3.7.1	Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	72
5.3.7.2	Psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen (PAAZ)	72
5.3.7.3	Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP)	72
5.3.7.4	Verslavingsklinieken	73
5.3.7.5	Forensische psychiatrie	73
5.3.8	Semimurale sector	74
5.3.8.1	Deeltijdbehandeling	74
5.3.8.2	Beschermd wonen	74
5.3.9	Extramurale sector	74
5.3.9.1	Wachlijsten	74
5.3.9.2	RIAGG-en	74
5.3.9.3	Vrijgevestigde psychiaters	75
5.3.9.4	Vrijgevestigde psychotherapeuten	75
5.3.9.5	Overige verslavingszorg	75
5.3.10	Kengetallen GGZ	76
HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG		77
6.1	Terreinbeschrijving	77
6.2	Kerngegevens gehandicaptenzorg	77
6.3	Evaluatie intensiveringen 1995–1996	78
6.4	Perspectief gehandicaptenzorg 1998–2002 en beleidsontwikkeling 1997 en 1998	80
6.4.1	Perspectief 1998–2002	80
6.4.2	Beleidsmaatregelen 1997 en 1998	81
6.4.2.1	Zorg voor lichamelijk gehandicapten	81
6.4.2.2	Zorg voor verstandelijk gehandicapten	81
6.4.2.3	Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	86
HOOFDSTUK 7 OUDERENZORG EN THUISZORG		88
7.1	Inleiding	88
7.1.1	Ouderenzorg	88
7.1.2	Thuiszorg	88
7.2	Beleidsontwikkelingen	88
7.2.1	Intramurale ouderenzorg	88
7.2.2	Thuiszorg	90
7.3	Beoogd beleid	91
7.3.1	Intramurale ouderenzorg	91
7.3.2	Thuiszorg	95
HOOFDSTUK 8 BEHEER EN DIVERSEN		97
8.1	Inleiding	97
8.2	Terugblik over de afgelopen jaren	98
8.3	Vooruitblik komende jaren	98
HOOFDSTUK 9 EIGEN BETALINGEN		100
9.1	Inleiding	100
9.2	Het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering	100
9.2.1	De eigen bijdragen	100
9.3	Maatregelen betreffende het standaardpakket	100
9.4	Eigen bijdragen thuiszorg	101
9.5	Omvang eigenbetalingen	101
HOOFDSTUK 10 FINANCIERING		103
10.1	Terreinbeschrijving	103
10.2	Algemeen overzicht	103
10.3	De ziekenfondsbudgettering	107
10.4	AWBZ	109
10.5	Ziekenfondsverzekering	111
10.6	Particuliere ziektekostenverzekeringen	112

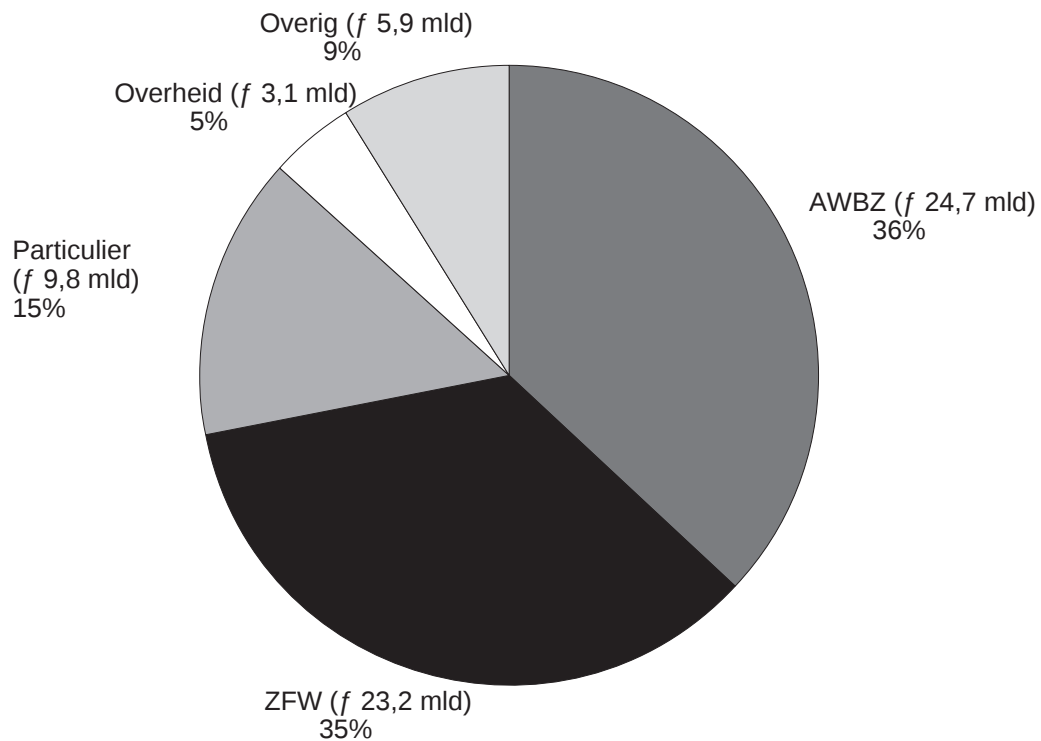
10.7	Overheid	113
10.8	Overige financiering	113
BIJLAGE A1 ARBEIDSMARKT, WERKGELEGENHEID, ARBEIDSKOSTEN EN BEROEPSKRACHTEN		115
A1.1	Arbeidskosten	115
A1.1.1	Inleiding	115
A1.1.2	Arbeidskostenontwikkeling	115
A1.1.3	Academische ziekenhuizen	115
A1.1.4	Samenwerkingsrelaties en CAO's	116
A1.1.5	Algemeen verbindend verklaring CAO-Thuiszorg	116
A1.1.6	Arbeidstijdenwet	116
A1.2	Arbeidsmarkt/werkgelegenheid	117
A1.2.1	Arbeidsmarktontwikkelingen in de zorgsector en de Nederlandse economie	117
A1.2.2	Ontwikkelingen arbeidsmarkt zorgsector	119
A1.2.3	Arbeidsmarktbeleid	119
A1.2.4	Sectorfondsen	120
A1.2.5	Allochtonen in de zorgsector	121
A1.2.6	Relatie nieuw opleidingsstelsel 'verpleging en verzorging' en arbeidsmarkt	122
A1.2.7	Extra zorgbanen (40 000-banenplan)	122
A1.3	Opleidingen en beroepskrachten	124
A1.4	Arbeidsmarktonderzoek, monitoring en informatievoorziening	128
BIJLAGE A2 BOUWBELEID EN BOUWKADERS		130
A2.1	Planning- en bouwbeleid	130
A2.1.1	Uitgangspunten en instrumenten van het planning- en bouwbeleid	130
A2.1.2	Ontwikkeling in het planning- en bouwbeleid	130
A2.1.3	Ontwikkelingen rondom de herziening van de WZV en op het terrein van de huidige WZV	131
A2.1.4	Waarborgfondsen	133
A2.2	Bouwkaders	133
A2.2.1	De exploitatiemiddelen van het planning- en bouwbeleid	133
A2.2.2	De investeringskosten van het planning en bouwbeleid	137
A2.2.3	Investeringskosten in academische ziekenhuizen	138
BIJLAGE A3 FINANCIËLE INFORMATIEVOORZIENING		139
A3.1	Inleiding	139
A3.2	Realisatiecijfers	139
A3.3	Ramingsmodel zorgsector	141
BIJLAGE A4 INTERNATIONALE VERGELIJKING		143
A4.1	Inleiding en voortgang project	143
A4.2	Ziekenvervoer	143
A4.2.1	Inleiding	143
A4.2.2	Beschrijving per land	144
A4.2.3	Vergelijking van landen	146
BIJLAGE A5 LONEN EN PRIJZEN		148
A5.1	Inleiding	148
A5.2	Nominale problematiek in de zorg	148
A5.2.1	De ijklijnsystematiek	148
A5.2.2	Nominale problematiek	148
A5.2.3	Omvang nominale problematiek	149
A5.2.4	Oplossing van de nominale problematiek	150
A5.3	De verwerking van nominale ontwikkelingen in het JOZ	150
A5.3.1	Verwerking in het JOZ 1998	150
A5.3.2	Verandering ten opzichte van JOZ 1997	151
BIJLAGE A6 RESERVES INSTELLINGEN		153
BIJLAGE A7 AANWIJZINGEN AAN HET COTG		157
A7.1	Inleiding	157
A7.2	AWBZ-sectoren	157
A7.3	Thuiszorg	157
A7.4	Algemene ziekenhuizen	158
A7.5	Fysiotherapeuten	158
A7.6	Tandartsen	158
A7.7	Nominaal beleid	158

A7.8	Appendix fysiotherapie	158
7.9	Appendix tandartsen	159
BIJLAGE A8 CAPACITEITEN INSTELLINGEN		160
BIJLAGE A9 GEBRUIKTE TERMEN EN HUN BETEKENIS		178
BIJLAGE A10 STAND OMBUIGINGEN JOZ 1997		188
BIJLAGE A11 MEEWERKENDE ORGANISATIES		190
BIJLAGE B1 FINANCIËLE TOELICHTING		191
B1.1	Mee- en tegenvallers en besparingsverliezen	191
B1.2	De maatregelen	194
B1.3	Volumegroei 1998	196
B1.4	Aansluiting financiële cijfers	198
BIJLAGE B2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID		202
B2.1	Bevolkingsonderzoeken	202
B2.1.1	Baarmoederhalskanker	202
B2.1.2	Borstkanker	204
BIJLAGE B3 CURATIEF SOMATISCHE ZORG		206
BIJLAGE B4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN		207
B4.1	Capaciteit	207
B4.2	Voorschriften per verzekerde	207
B4.3	Kosten per verzekerde	207
B4.4	Kosten per voorschrift	208
B4.5	Voorschriften en basisvergoeding WTG-artikelen per verzekerde, uitgesplitst naar inkoopkanaal	208
B4.6	Voorschriften per verzekerde naar leeftijd en geslacht	208
B4.7	Ontwikkeling geneesmiddelenomzet naar hoofdgroepen	209
B4.8	Receptregelvergoeding, opbouw en ontwikkeling 1993–1997	210
B4.9	Geneesmiddelenkosten: Nederland en Europa	210
B4.10	Realisatie en raming uitgaven farmaceutische hulp	211
BIJLAGE B5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG		212
BIJLAGE B6 GEHANDICAPTENZORG		216
B6.1	Intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten	216
B6.2	Semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten	216
B6.3	Extramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten	217
B6.4	Instellingen voor auditief en visueel gehandicapten	217
B6.5	Lichamelijke gehandicaptenzorg	218
B6.6	Personeelsbezetting in de gehandicaptenzorg	218
BIJLAGE B7 OUDERENZORG EN THUISZORG		220
B7.1	Capaciteit en gebruik intramurale ouderenzorg	220
B7.2	Arbeidsplaatsen intramurale ouderenzorg	221
B7.3	Financiering verzorgingshuizen	222
B7.4	Thuiszorg	222
BIJLAGE B8 BEHEER EN DIVERSEN		223
BIJLAGE B9 FINANCIERING		224
B9.1	Inleiding	224
B9.2	Het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering	224
B9.2.1	Hoofregel	224
B9.2.2	Uitzonderingen op de hoofregel	224
B9.2.3	Compenserende maatregelen	226
B9.2.4	Inning, restitutie en financieel risico	226
B9.2.5	Informatievoorziening aan verzekerden	226
B9.2.6	Eigenbijdragesysteem: geen 'piep-systeem' als algemene regel	226
B9.2.7	Peildatum	227
B9.3	Derde compartiment	227
B9.4	Financiering	228
BIJLAGE B10 AANSLUITING JOZ 1998 MET JOZ 1997		230

Uitgaven Zorgsector (f 66,4 mld)



Financiering Zorgsector (f 66,7 mld)



HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Algemeen

In formele zin is de tijdhorizon van een kabinet beperkt tot de vier jaren van de regeerperiode, maar de onderwerpen van beleid houden zich niet zo nauw aan een dergelijke tijdslimiet. Regeren is niet alleen vooruitzien en veranderen, maar ook bewaken van voortgang en continuïteit, en dat zijn alle zaken met gevolgen voor de langere termijn. Het Jaaroverzicht Zorg 1998 gaat in eerste instantie over het jaar 1998, maar het aanbieden van dit jaaroverzicht aan de Tweede Kamer der Staten Generaal biedt ons eveneens goede gelegenheid voor terugblikken en vooruitzien.

In september 1994 besloot het nieuwe kabinet tot een aantal ingrijpende aanpassingen op de beleidsterreinen van het ministerie van VWS. Voor een deel kwamen deze voort uit het macro-economische beleid. Het belangrijkste thema van het nieuwe regeerakkoord was en is het terugdringen van de hardnekkige en zorgwekkend hoge werkloosheid met als motto: werk, werk, en nog eens werk. Dat thema komt op verschillende manieren terug in het beleid van VWS. In de eerste plaats omdat de beleidsterreinen van volksgezondheid, welzijn en sport aanzienlijk beslag leggen op collectieve middelen. Het regeerakkoord van 1994 legt expliciet een bovengrens aan deze uitgaven, en hanteert als richtsnoer voor de uitgaven voor de volksgezondheid een jaarlijkse volumegroei van maximaal 1,3% per jaar. In 1995 presenteerden wij een plan van aanpak voor het beheersen van de uitgaven op ons beleidsterrein. Dat plan omvat tal van maatregelen gericht op het tegengaan van overbodige behandeling, het afremmen van te snelle groei van consumptie, het vergroten van doelmatigheid en kwaliteit, het verlagen van de prijzen van geneesmiddelen op Europees niveau, beheersen van de inkomens en winsten in de zorgsector, en op het vergroten van de individuele verantwoordelijkheid van burgers, aanbieders van zorg en verzekeraars. In totaal is met deze stappen f 4 miljard gulden gemoeid. Wij hebben dit pakket wel eens aangeduid met de slagzin 'Zuinig met zorg'. Het zijn maatregelen die niet alleen de direct belanghebbenden, maar alle burgers aangaan. Dat beleid werkt door naar twee kanten. Aan de ene kant levert VWS zo zijn bijdrage aan het algemene kabinetsbeleid, aan de andere kant vertaalt de zuinigheid in de zorgsector zich rechtstreeks in het afremmen van de groei van verzekeringspremies. Bovendien werken in zorg en welzijn meer dan 780 000 mensen, en de jaarlijkse volumegroei betekent ook een jaarlijkse groei van werkgelegenheid.

Tegenover alle inspanningen tot het beheersen van uitgaven en ombuigingen heeft het kabinet in de afgelopen jaren een aantal malen besloten om extra geld in te zetten voor het oplossen van specifieke knelpunten zoals onaanvaardbaar lange wachtlijsten in ziekenhuizen en instellingen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap. In 1996 bestemde het kabinet f 40 mln extra voor de gehandicaptenzorg, waarvan f 17,5 mln voor uitbreiding van capaciteit en doorstroming in de intramurale zorg voor mensen met een verstandelijke handicap, en een bedrag van f 7,5 mln voor uitbreiding van de subsidieregeling voor het persoonsgebonden budget. In 1997 kwam daar f 50 mln bij om de wachtlijsten bij de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg te verlichten. Ook hebben wij vanaf 1997 f 75 mln extra middelen ingezet voor de thuiszorg om knelpunten op te lossen en tegemoet te komen aan de groeiende zorgvraag. Verder zijn de zorgvernieuwingfondsen voor de care-sectoren uitgebreid. Daarnaast heeft het kabinet extra geld ingezet voor het opnemen van enkele nieuwe dure geneesmiddelen in de ziekenfondsverzekering. Als gevolg van deze extra middelen is de totale

groei van de uitgaven voor de gezondheidszorg jaarlijks hoger uitgevallen dan 1,3 procent.

Een tweede verandering in beleid is de verschuiving van een brede structurele stelselwijziging in de ziektekostenverzekeringen naar de koers van incrementele aanpassingen. Op grond van de afspraken in het Regeerakkoord 1994 nemen wij het bestaande systeem als uitgangspunt, met een driedeling in de financiering van de zorgsector. Het eerste onderdeel (het eerste 'compartiment') beslaat de langdurige en onverzekerbare zorg die voor het grootste deel valt onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). In dit compartiment staat de sturende rol van de overheid centraal. Het gaat om zorgvoorzieningen en dienstverlening aan mensen die meestal lange tijd, soms jarenlang, afhankelijk zijn. Bij deze vormen van hulpverlening staat een redelijke spreiding van voorzieningen, algemene toegankelijkheid en goede kwaliteit voorop. Wij menen dat daarbij een duidelijk sturende rol van de overheid niet kan worden gemist. Ook op dit terrein gaat het om zuinig en zinnig gebruik van collectieve middelen.

Het tweede compartiment omvat de reguliere zorg door huisartsen en andere beroepsgroepen, geneesmiddelen en hulpmiddelen, en opname in het ziekenhuis. Meestal is deze reguliere zorg van kortere duur, en het kabinet ziet in dit tweede financieringssegment een grotere rol weggelegd voor de verzekeraars en aanbieders. Eén van de instrumenten om de onderhandelingsvrijheid en de daarbij behorende financiële verantwoordelijkheid van de verzekeraars te vergroten, is de geleidelijke verdere invoering van de budgettering van ziekenfondsen. Daarmee krijgen de fondsen meer armslag bij de onderhandeling over contracten met de hulpverlenende instellingen. Zij kunnen in de onderhandelingen met de hulpverlenende instellingen overleggen over een doelmatiger organisatie en een betere afstemming van het aanbod op de vraag van de patiënt. Dat versterkt ook de regionale samenwerking.

Het derde compartiment bestaat uit de vormen van zorgverlening die niet onder de sociale en particuliere verzekeringen vallen. In dit gedeelte is de rol van de overheid zeer beperkt. Het staat de consument vrij om zich al dan niet te verzekeren voor dergelijke dienstverlening. Het 'driecompartimentenmodel' sluit dus aan op het huidige situatie, en bewaakt de continuïteit en voortgang in het bestaande verzekeringsstelsel.

Dat betekent niet dat er niets verandert. De afgelopen jaren zijn op verscheidene deelterreinen ingrijpende veranderingsprocessen op gang gekomen, dikwijls aangemoedigd door het ministerie van VWS. Sommige van deze ontwikkelingen duiden wij aan met de term modernisering, een proces dat zich niet alleen richt op het verbeteren van de positie van de gebruiker van de zorg, maar ook op het vergroten van doelmatigheid en verbeteren van de samenwerking tussen verschillende vormen van dienstverlening. Steeds meer beroepsbeoefenaren en instellingen hebben elkaar gevonden in het verlenen van zorg-op-maat. Het rapport van de commissie-Biesheuvel uit 1994 wijst op de noodzaak tot integreren van medisch-specialistische zorg in het ziekenhuis. Op grond van dat rapport hebben wij besloten om financiële steun te verlenen aan een reeks van experimenten (ook wel aangeduid als 'lokale initiatieven') die op dit ogenblik in uitvoering zijn in vrijwel alle grote ziekenhuizen in ons land. Daarbij zijn meer dan honderd ziekenhuizen en vele duizenden medisch specialisten betrokken. De lokale initiatieven richten zich niet alleen op het integreren van specialisten in de bedrijfsvoering van het ziekenhuis, maar eveneens op betere samenwerking tussen ziekenhuizen en ambulante hulpverlening binnen de regio. De organisatie van de ziekenhuiszorg laat de afgelopen jaren zeer snelle veranderingen zien. Dat is niet alleen het gevolg van nieuwe managementinzichten, en van financiële prikkels tot

doelmatiger beheer, maar ook van technologische ontwikkelingen. Nieuwe technologieën maken een snelle verschuiving van ziekenhuisopname naar dagbehandeling en poliklinische hulp mogelijk. In steeds meer gevallen kunnen patiënten specialistische hulp thuis ontvangen. De veranderingen en vernieuwingen beperken zich niet tot medische diensten. Al jarenlang is aangedrongen op betere samenwerking tussen de bloedbanken van het Rode Kruis en het Centraal Laboratorium voor de bloedvoorziening. Het ministerie van VWS stuurt nu, samen met de andere betrokken organisaties, aan op één landelijke organisatie voor de bloedvoorziening.

Binnen de geestelijke gezondheidszorg werken instellingen en beroepsgroepen steeds meer samen aan het ontwikkelen van nieuwe vormen van dienstverlening, waarbij niet langer de bestaande capaciteit en organisatie uitgangspunt is, maar de wensen en behoeften van de gebruiker. De ouderenzorg biedt steeds meer keuze in vormen van wonen en zorg. Steeds meer ouderen geven er de voorkeur aan om zo lang mogelijk thuis te blijven wonen, en steeds meer instellingen en organisaties breiden hun dienstverlening buiten de muren uit. In 1995 presenteerden wij de nota Modernisering Ouderenzorg met voorstellen voor het herstructureren en samenvoegen van de betalingen binnen één verzekeringsvorm. De eerste stap was het overhevelen van de Wet op de bejaardenoorden (WBO) naar de AWBZ. Verder gaat het om het verbeteren van de kwaliteit en doelmatigheid van verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en andere ouderenvoorzieningen. Wij hebben reeds verschillende stappen gezet voor het harmoniseren van de financiële regelingen en voorwaarden voor de verschillende vormen van ouderenzorg. De afgelopen jaren hebben vrijwel alle instellingen de hulpverlening verbeterd door investeringen in gebouwen en in personeel. Dergelijke verbeteringen hebben een lange tijdshorizon, want zij bereiden zich voor op de moderne hulpverlening in de 21^e eeuw. Op dit ogenblik bereiden wij een wijziging voor van de Algemene wet bijzondere ziektekosten om de hulpverlening beter te kunnen aanpassen aan de wensen van de gebruikers. Na een aantal jaren experimenteren, is thans de regeling voor het persoonsgebonden budget algemeen ingeburgerd. Er zijn inmiddels meer dan 7 000 budgethouders. Onderzoek onder de budgethouders heeft uitgewezen dat het overgrote deel van hen tevreden is over de regeling. Zij hebben hierdoor een grote mate van zeggenschap over de besteding van de middelen naar eigen inzicht. Bovendien is gebleken dat de regeling de zorgaanbieders aanspoort tot meer klantvriendelijke en klantgerichte dienstverlening. In de aanlooperperiode hebben zich administratieve problemen voorgedaan, maar wij hebben het afgelopen jaar stappen ondernomen om deze op te lossen. Zo zal de Sociale Verzekeringsbank per 1 januari 1998 de uitvoering van de regeling op zich nemen. Vanaf 1998 is jaarlijks ruim f 200 mln beschikbaar voor persoonsgebonden budgetten. De Kwaliteitswet zorginstellingen trad in 1996 in werking. Deze wet neemt de verantwoordelijkheid van de hulpverlenende instellingen voor de kwaliteit van hun dienstverlening als uitgangspunt.

Daarnaast is een belangrijke doelstelling van beleid het versterken van de positie van de patiënten en cliënten in de zorgsector. Uiteindelijk zijn zij niet alleen de eindgebruikers van alle dienstverlening, maar ook de betalers van de verzekeringspremies. Het ministerie van VWS verleent financiële steun aan organisaties van consumenten en patiënten, en werkt samen met deze organisaties bij het ontwikkelen van beleid. De structurele financiering geschiedt via het Patiëntenfonds. Voor dit fonds is in 1997 f 12 mln beschikbaar, en in 1998 f 22 mln. Wanneer een deel van de beslissingsbevoegdheden verschuift van overheid naar de verzekeraars en de aanbieders van zorg, kan naar onze mening een goed georganiseerde consument als countervailing power niet worden gemist. De positie van zorggebruikers en patiënten is verder versterkt door de recente wetgeving

voor medezeggenschap van de bewoners van zorginstellingen, het klachtrecht en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst, de WGBO.

Tenslotte staat een aantal onderwerpen van immateriële aard op de agenda van het kabinet. Na jarenlange voorbereiding is in 1995 de eerste fase van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg in werking getreden. Deze regelt de registratie en titelbescherming van verpleegkundigen. De tweede fase van de wet, ingaand per 1 december 1997, regelt registratie en titelbescherming van artsen, tandartsen, verloskundigen, fysiotherapeuten, psychotherapeuten, klinisch psychologen/gezondheidszorgpsychologen. Bovendien stelt de wet nieuwe regels voor voorbehouden handelingen van de beroepsbeoefenaren, en regels voor tuchtrecht en strafmaatregelen. Een andere wet die het parlement in 1995 aannam, betreft de wettelijke regeling van orgaandonatie. Verder vond in opdracht van de ministers van VWS en Justitie het afgelopen jaar een evaluatie plaats van de bestaande praktijk van euthanasie in ons land. Op grond van de aanbevelingen van de begeleidingscommissie bereiden wij nu een aanpassing van de meldingsprocedure voor. De Nederlandse praktijk heeft ook in andere landen aandacht getrokken. In veel landen speelt de discussie of artsen een helpende hand mogen bieden bij een vrijwillig levenseinde van terminaal zieke mensen voor wie behandeling geen perspectief meer lijkt te bieden. Uit berichten in internationale media blijkt dat er veel misverstand bestaat over de praktijk in ons land, en het ministerie van VWS tracht in de contacten met andere landen de informatie over de Nederlandse wetgeving en praktijk te verbeteren. Verder is onlangs het wetsvoorstel voor een regeling voor medisch wetenschappelijk onderzoek bij mensen door de Tweede Kamer aanvaard. Bij dergelijke immateriële wetgeving gaat het veelal om moeilijke en gevoelige vraagstukken rondom het begin en het eind van het leven. Daarbij past geen overhaaste besluitvorming. Het voorbereiden van dergelijke wetgeving duurt vele jaren, en strekt zich vaak uit over meerdere kabinetsperiodes. Dat heeft als voordeel dat zo een zorgvuldige en weloverwogen proces van wetgeving mogelijk is, en dat de resultaten brede maatschappelijke steun genieten.

Het onderstaande schema bevat een beknopt overzicht van de belangrijkste maatregelen en wet- en regelgeving die de afgelopen jaren tot stand zijn gekomen.

Overzicht 1.1 Vernieuwing en aanpassing in wet- en regelgeving, 1994–1997

Patiënten/verzekerden

- Invoeren PGB, 1995
- Wet klachtrecht, 1995
- Wet geneeskundige behandelingsovereenkomst, 1995
- Wet medezeggenschap zorginstellingen, 1996
- Wet medische keuringen, 1997
- Oprichten Patiëntenfonds, 1997

Ziekenfondsverzekering

- Inperken aanspraken: tandheelkunde (1995), zelfzorg-geneesmiddelen (1995), beperken vergoeding fysiotherapie en oefentherapie (1996)
 - Overhevelen geneesmiddelen en hulpmiddelen van AWBZ naar ZFW en particuliere verzekering, 1995
 - Verdere stappen budgetteren ziekenfondsen:
 - invoeren splitsingsmodel, 1996
 - verlagen verevening en nacalculatie budgetten, 1995–1998
 - invoeren hoge-kosten verevening, 1997
 - Flexizorg: flexibiliseren zorgaanspraken ZFW, 1997
 - Systeem van eigen bijdragen in ZFW, 1997
 - Uitbreiden aanspraken gebitsprothese, 1997
-

AWBZ

- Afschaffen nominale premie AWBZ, 1995
- Overhevelen Wet op de bejaardenoorden naar de AWBZ, 1996
- Harmonisatie eigen bijdragen thuiszorg en ouderenzorg 1997
- Afschaffen vermogenstoets in verzorgingstehuizen, 1997
- Invoeren integrale verstrekking thuiszorg, 1997
- Onafhankelijke indicatiestelling, 1997
- Zorg-op-maat binnen AWBZ, 1998

Toezicht

- Nota Toezicht VWS, 1997
- Uitwerken toezichtvisie ziektekostenverzekeringen, 1997
- Oprichten CTU als onafhankelijk toezichtorgaan voor de ZFW en AWBZ, 1997

Prijsbeleid en financieel beleid

- Nota De prijs die zorg verdient, 1994
- Wet geneesmiddelenprijzen, 1996
- Uitvoeren aanbevelingen van de interdepartementale werkgroep geneesmiddelen distributie

Kwaliteit en doelmatigheid

- Kwaliteitswet zorginstellingen, 1996
- Beleidsbrief Medical technology Assessment en doelmatigheid van zorg, 1997
- Stroomlijnen onderzoeksbeleid; oprichten Stichting Zorgonderzoek Nederland, 1998
- Versterken rol huisarts als poortwachter; extra middelen voor huisartsen in achterstandswijken
- Programma Kwaliteit paramedische hulpverlening
- Nieuw opleidingsstelsel verplegende en verzorgende beroepen, 1997
- Registratie van beroepen onder de Wet beroepen in de individuele gezondheidszorg 1995, 1997
- Uitbreiden eenpersoons en tweepersoons kamers in verpleeghuizen vanwege privacy

Moderniseren

- Kabinetstandpunt kleine ziekenhuizen, 1996
- Lokale initiatieven voor de integratie van medisch specialistische hulp in het ziekenhuisbedrijf, 1996, 1997
- Project Modernisering Ouderenzorg
- Voorbereiden wetsvoorstel voor het beperken van privé-klinieken, 1997
- Interdepartementale MDW-projecten (onder meer ziekenhuiszorg 1996, fysiotherapie en tandartshulp 1997)

Medische ethiek

- Wet op de orgaandonatie, 1995
- Wetsvoorstel bijzondere medische verrichtingen, 1997
- Wetsvoorstel medisch wetenschappelijk onderzoek bij mensen, 1996
- Nieuwe Wet op de dierproeven, 1996
- Wetsvoorstel nader gebruik lichaamsmateriaal, 1998
- Evaluatie praktijk euthanasie; aanpassing meldingsregeling; instellen regionale meldingscommissies, 1996, 1997
- Onderzoek regionale inspectie naar de praktijk van zwangerschapsafbreking, 1997
- Advisering Inspectie voor de volksgezondheid over IVF-technieken, 1997

Preventie

- Wet op het bevolkingsonderzoek, 1996
- Tabaksnota, 1996
- Verbeteren samenwerking gemeenten bij de uitvoering Wet op de collectieve preventie, 1997
- Uitbreiden programmatische, risico-groep gerichte preventie, 1994-1998
- Voortzetten infectieziektenbestrijding; terugdringen epidemie, tegengaan stigmatisering, 1997
- Opzetten gezondheidseffect-screening, 1996, 1997-1998
- Wijziging destructiewet, 1994-1997
- Herijking levensmiddelencontrole, 1994

Wachtlijsten

- Verbeteren registratie van wachtlijsten
- Uitbreiding capaciteit geriatrie zorg in ziekenhuizen
- Extra middelen voor instellingen voor mensen met een lichamelijke of verstandelijke handicap
- Extra middelen voor de thuiszorg
- Meer toegestane hartoperaties; uitbreiden opleiding orthopeden, meer oogoperaties, en ingrepen aan knie- en heupgewrichten

De grote uitdaging voor de komende jaren blijft een doelmatige besteding en effectieve beheersing van de collectieve uitgaven voor de gezondheidszorg. De bevolking vergrijst; en de verwachtingen van de resultaten van medische behandeling zijn hoog gespannen. Dat leidt tot een steeds groeiende vraag naar gezondheidszorg. Nieuwe medische technieken en

nieuwe geneesmiddelen brengen niet alleen meer behandelingsmogelijkheden, maar ook snel stijgende kosten. Zowel het aanbod als de vraag leggen zo druk op de beperkte financiële middelen. Het inbeperken van de financiële ruimte voor de zorg berust niet alleen op het macro-economisch beleid en op de wens tot verlagen van de groei van collectieve uitgaven (en dus ook van de premies van de ziektekostenverzekeringen). Ook andere overwegingen leiden tot beheersen van de groei. In de eerste plaats bestaan er nog steeds mogelijkheden tot het verbeteren van de doelmatigheid in de dienstverlening. Het ministerie van VWS subsidieert studies naar mogelijkheden tot verbeteren van organisatie, beheer en financiële administratie, en verbeteren van samenwerking tussen de verschillende vormen van dienstverlening. Het gaat nu om het toepassen van de resultaten van dergelijke studies. Dat is in eerste instantie een uitdaging voor verzekeraars, instellingen en zelfstandige beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Verder neemt het besef toe dat het verbeteren van gezondheid niet alleen een zaak is van verhogen van uitgaven voor de zorg. De kwaliteit van de Nederlandse gezondheidszorg staat, internationaal gezien, op hoog peil. De gezondheid van de Nederlandse bevolking is in vergelijking met andere landen goed te noemen. Ons land staat op de zesde plaats in de Human Development Index van de Verenigde Naties. Er is nog steeds sprake van een stijgende levensverwachting, en van een daling van de sterfte aan coronaire hartziekten, aan beroertes en aan sommige vormen van kanker. Toch betekent dat niet dat er zich geen problemen voordoen. De gemiddelde gezondheid van de bevolking is goed, maar wanneer wij kijken naar specifieke groepen ontstaat een ander beeld. Mensen met een lage sociaal-economische status, alleenstaanden, ouderen en allochtonen hebben vaker te kampen met problemen in hun gezondheid dan andere Nederlanders. Het bereiken van die specifieke groepen vergt specifiek beleid dat zich niet beperkt tot het aanbieden van medische zorg, maar rekening houdt met een breder scala aan factoren die van invloed zijn op de gezondheid zoals de woonomstandigheden, de werkgelegenheid of het leefmilieu. Bij een dergelijke integrale benadering van welzijns- en gezondheidsproblemen zijn niet alleen de centrale overheid en partijen in de gezondheidszorg en welzijn betrokken, maar ook de gemeenten en de provincies.

Dit jaar boden wij het nieuwste rapport van het RIVM – Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV)– aan het parlement aan. Dat rapport laat zien dat er nog veel 'gezondheidswinst' te behalen valt door het veranderen van leefgewoonten. Minder vet, meer bewegen, en vooral minder roken zijn langzamerhand bekende aanbevelingen voor het verbeteren van de gezondheid. Roken is nog steeds veruit de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak in ons land. Dat rechtvaardigt een actieve houding van de overheid bij het afremmen van roken, zeker het roken door jongeren. Het VTV-rapport laat duidelijk zien hoe het ziektepatroon in de komende decennia zal veranderen, onder andere onder invloed van de vergrijzing. Aard en omvang van het zorgaanbod zullen deze ontwikkeling moeten volgen. Binnen een beperkte groeiruimte vraagt dit om herschikken van prioriteiten. Voor het jaar 1998 is hier al een begin mee gemaakt.

Het goed laten functioneren van het stelsel van financiering en verzekering van de zorg vergt de komende jaren nader onderhoud en uitbouw. Nog steeds bestaan er onnodige drempels en belemmeringen tot betere samenwerking tussen instellingen en organisaties. Nog steeds bestaan er onredelijke verschillen in toegang tot bepaalde verzekeringen voor mensen die in een vergelijkbare financiële positie verkeren. Bovendien liggen er nog ordeningsvraagstukken voor de langere termijn. De veranderingen in AWBZ en ZFW betekenen een verschuiving van bevoegdheden van de centrale overheid naar de zorgverzekeraars en de aanbieders van zorg. Bij de nadere uitwerking van de nieuwe rollen en

bevoegdheden spelen noties van maatschappelijk verantwoord opereren en ondernemen een cruciale rol. Enerzijds beoogt het beleid een versterking van het marktgericht denken van de organisaties en instellingen betaald uit de collectieve middelen, anderzijds gaat het om betere afstemming en samenwerking tussen onafhankelijke partners, elk met eigen doelstellingen en verantwoordelijkheden.

In deze kabinetsperiode is opnieuw de discussie op gang gekomen over de 'grenzen van de zorg', een thema dat nog moet leiden tot een duidelijker afbakening van de verschillende financieringssegmenten van het eerste en tweede compartiment. Die discussie strekt zich eveneens uit tot het vraagstuk van de financiële ordening van wonen en zorg. Naarmate de grenzen tussen verschillende vormen van intramurale en extramurale dienstverlening vervagen, wordt het belangrijker om deze discussie te hervatten. Wanneer instellingen en deskundigen hun diensten zowel thuis als aan bewoners van bepaalde instellingen verlenen, moeten er geen financiële belemmeringen in de weg staan voor nieuwe vormen van samenwerken en verbeteren van de organisatie. Uiteindelijk gaat het om zorg en welzijn betaald uit collectieve middelen, en bestemd voor iedereen die dergelijke zorg nodig heeft.

1.2 Financieel beleid op hoofdlijnen

Bij aantreden is het kabinet nieuwe regels voor budgetdiscipline overeengekomen. Voor de zorgsector heeft daarmee een nieuw begrip zijn intrede gedaan: het Budgettair Kader Zorg (BKZ). Dit omvat uitgaven waarvoor de minister van VWS budgettair verantwoordelijk is. Uitgangspunt voor het BKZ is het verzekerde pakket waarvan het kabinet vindt dat het voor iedereen toegankelijk moet zijn, ongeacht de financieringswijze (collectief/privaat). Het gaat bij het BKZ dus om het eerste en tweede compartiment. Het BKZ luidt in netto termen, dat wil zeggen de uitgaven minus de ontvangsten.

In het JOZ 1997 gaven de uitgaven voor de jaren tot en met 1998 overschrijdingen te zien ten opzichte van het BKZ. Deze overschrijdingen zijn grotendeels het gevolg van hogere 'nominale' uitgaven. Inmiddels hebben zich diverse ontwikkelingen voorgedaan, die leiden tot mutaties in de uitgaven. Tabel 1.1 brengt deze mutaties in beeld.

Tabel 1.1 Uitgavenmutaties¹⁾

	1996	1997	1998
Overschrijding BKZ in JOZ 1997	490,4	374,9	312,5
Wachtlijsten		40,0	235,0
Meer handen aan het bed			190,0
Nieuwe medicijnen			50,0
Inzet gedeelte 1,3%-groei			-108,0
Subtotaal		40,0	367,0
Gebitsprothesen		170,0	145,0
Koopkrachtreparatie eigenbetalingen ZFW			135,0
Subtotaal		170,0	280,0
Maatregelen apothekers			-100,0
Diverse maatregelen			-138,0
Subtotaal			-238,0
Mee- en tegenvallers	-195,2	-304,1	-210,4
Besparingsverliezen		210,2	231,1
Subtotaal	-195,2	-93,9	20,7
Nominaal	43,7	42,5	-56,3
Overschrijding BKZ in JOZ 1998	338,9	533,5	685,9

¹⁾ Alle bedragen in het JOZ zijn, tenzij anders aangegeven, in miljoenen guldens.

Uit de bovenstaande tabel blijkt dat de uitgavenramingen in de jaren 1996–1998 hoger uitvallen dan het BKZ. Het kabinet heeft besloten om deze overschrijdingen toe te staan. Bij de overwegingen die daartoe geleid hebben is het goed om onderscheid te maken tussen nominale ontwikkelingen en volume.

Nominaal

De nominale ontwikkelingen zoals weergegeven in de Macro Economische Verkenning 1998 (MEV) van het Centraal Planbureau (CPB) leiden in 1998 tot een neerwaartse bijstelling van de nominale ramingen voor de uitgaven in de zorg met f 56 mln. Op grond van het Centraal Economisch Plan (CEP) 1997 leek de nominale ontwikkeling in 1998 aanvankelijk juist te leiden tot een additionele overschrijding van f 354 mln. Deze ontwikkeling is omgekeerd aan die bij de opstelling van het JOZ 1997. Toen bleek op basis van het MEV-beeld juist een forse tegenvaller op te treden. Dergelijke forse bijstellingen zijn een probleem bij het komen tot een goed onderbouwd financieel beleid in de zorgsector. Een systematiek waarbij de uitgaven op basis van (genormeerde) nominale bijstellingen evenveel muteren als het BKZ, zoals gevraagd in de motie Van Boxtel/Vliegendhart, zou deze problemen kunnen verhelpen. In dit kader heeft ook de Studiegroep Begrotingsruimte in haar rapport van 19 juni 1997 aanbevelingen gedaan. Bijlage A5 gaat hier nader op in.

Volume

De staatssecretaris en ik hebben voor het jaar 1998 f 425 mln vrijgemaakt om knelpunten in met name de care sector op te lossen. Het gaat daarbij om extra middelen voor het wegwerken van wachtlijsten (f 100 mln voor gehandicaptenzorg en f 103 mln voor thuiszorg), het oplossen van knelpunten in de geestelijke gezondheidszorg (f 25 mln met name voor de wachtlijsten in de ambulante GGZ) en het creëren van extra arbeidsplaatsen voor verzorgenden ten behoeve van 'meer handen aan het bed' (f 80 mln verpleeghuizen, f 65 mln verzorgingshuizen en f 45 mln in de gehandicaptenzorg).

Verder hebben wij middelen vrijgemaakt voor nieuwe geneesmiddelen. Met de brief van 25 juni 1997 heb ik de Tweede Kamer geïnformeerd over mijn beleid ten aanzien van opening van bijlage 1B en in verband daarmee de te ontwikkelen objectieve en transparante systematiek voor opname van geneesmiddelen in het verstrekkingenpakket. Van jaar op jaar zal ik bezien welke budgettaire ruimte hiervoor beschikbaar is. Voor het jaar 1998 is een structureel bedrag van f 50 mln vrijgemaakt.

Over de opname van gebitsprothesen als aanspraak in het kader van de Ziekenfondswet (ZFW) heb ik in het voorjaar met de Tweede Kamer van gedachten gewisseld. Dit heeft geleid tot het opnieuw opnemen van de gebitsprothesen in het pakket. Mede in het licht van de armoedebestrijding heeft het kabinet besloten hiervoor extra middelen vrij te maken.

Net zoals voor het jaar 1997 heeft het kabinet besloten ook voor 1998 de ongewenste koopkrachtgevolgen van de invoering van een systeem van eigen bijdragen in de ZFW voor bepaalde groepen ZFW-verzekerden te compenseren.

De middelen voor de hiervoor genoemde intensiveringen heb ik mede gevonden door herschikkingen binnen het JOZ-kader. Bijlage B1 van dit JOZ 1998 bevat een toelichting op deze oplossingen en maatregelen.

Bij het vinden van deze bedragen hebben de staatssecretaris en ik in eerste instantie gezocht naar maatregelen die niet ingrijpen in de volumesfeer. Zo hebben wij alle hoofdstukken van het JOZ doorgelicht op mogelijke vrijval van middelen. Niettemin ontkomen wij niet aan enkele volume- maatregelen. Het gaat daarbij ondermeer om de aanpak van kortingen en bonussen bij apothekers (f 100 mln in 1998 en structureel f 150 mln).

Verder gaat het in 1998 ondermeer om de volgende ombuigingsmaatregelen:

- tandheelkundige zorg in verband met een overschrijding in 1996 (f 23 mln);
- zittend ziekenvervoer in verband met de scherpere indicatiestelling (f 10 mln);
- een beperkende pakketmaatregel logopedie (f 10 mln);
- harmonisatie eigen bijdragen bij APZ-en PAAZ-en in het eerste jaar verblijf met de overige (AWBZ-)instellingen (f 20 mln in 1998 en f 40 mln structureel);
- verlagen beheerskosten in 1998 met f 25 mln.

In het licht van de ontwikkelingen in de zorg, vinden de staatssecretaris en ik het niet verantwoord meer maatregelen te nemen. De uitgavenmutatie voor het jaar 1998 leidt per saldo tot een overschrijding (met f 686 mln) van het BKZ.

Naast de in tabel 1.1 beschreven uitgavenmutaties zetten wij ook in 1998 1,3% volumegroei in om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag. Tabel 1.2 bevat een overzicht van de aanwending van deze groeiruimte.

Tabel 1.2 Aanwending groeiruinste 1998

	Onontkoom- bare groei	Specifieke knel- punten	Capaciteitsuit- breiding WZV	Totaal
Preventieve zorg	6,0	12,0		18,0
Curatieve somatische zorg	164,0	39,2	35,0	238,2
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	74,0			74,0
Geestelijke gezondheidszorg			70,0	70,0
Gehandicaptenzorg		5,0	93,0	98,0
Ouderenzorg		3,0	147,0	150,0
Beheer en diversen	8,0			8,0
Subtotaal	252,0	59,2	345,0	656,2
Aanwendingen voor intensiveringen wachtlijsten en meer handen aan het bed ¹⁾				108
Totaal	252,0	59,2	345,0	764,2

¹⁾ Zie ook tabel 1.1.

Deze extra middelen zijn vooral bestemd voor het ondervangen van de groeiende zorgvraag. In de curatieve sector komt dit tot uitdrukking in de toegestane autonome groei en in de care-sectoren in de exploitatiegevolgen van toegestane capaciteitsgroei via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen. In het vorenstaande hebben de staatssecretaris en ik een toelichting gegeven op de uitgavenramingen in het jaar 1998. In totaal komen deze uit op f 66 409 mln. Ten opzichte van 1997 betekent dit een stijging van f 2 482 mln. Tabel 1.3 geeft een onderverdeling in volume, nominaal en overig.

Tabel 1.3 Uitgavenontwikkeling Zorg 1997-1998

		Mutatie 1997-1998	Mutatie 1997-1998 (%)
UITGAVEN ZORG 1997	63 927		
VOLUME GROEI			
- Preventieve zorg		18	1,8
- Curatieve somatische zorg		238	0,9
- Farmaceutische hulp en hulpmiddelen		124	1,8
- Geestelijke gezondheidszorg		95	2,0
- Gehandicaptenzorg		243	4,2
- Ouderenbeleid		295	2,5
- Thuiszorg		103	3,2
- Beheer en diversen		15	0,5
Subtotaal	1 131		1,8
MAATREGELEN			
- Preventieve zorg			
- Curatieve somatische zorg		-58	-0,2
- Farmaceutische hulp en hulpmiddelen		-100	-1,5
- Geestelijke gezondheidszorg		-15	-0,3
- Gehandicaptenzorg			
- Ouderenzorg			
- Thuiszorg			
- Beheer en diversen		-65	-1,2
Subtotaal	-238		-0,3
NOMINAAL ¹⁾	1 754		2,6
OVERIG	-165		
UITGAVEN ZORG 1998	66 409		

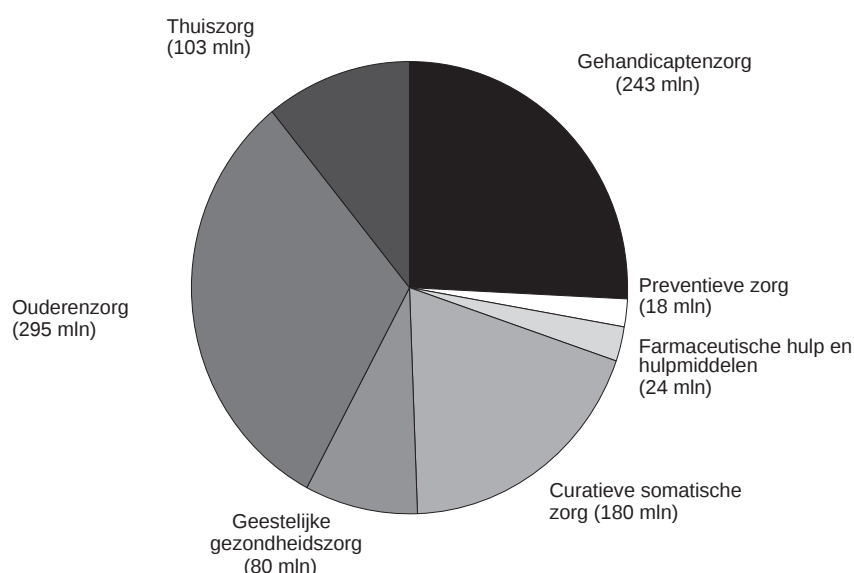
¹⁾ Inclusief nominaal bouw.

Het totale bedrag voor volumegroei van f 1 131 mln is opgebouwd uit de 1,3% volumegroei (f 764 mln) plus 0,5% extra intensiveringen

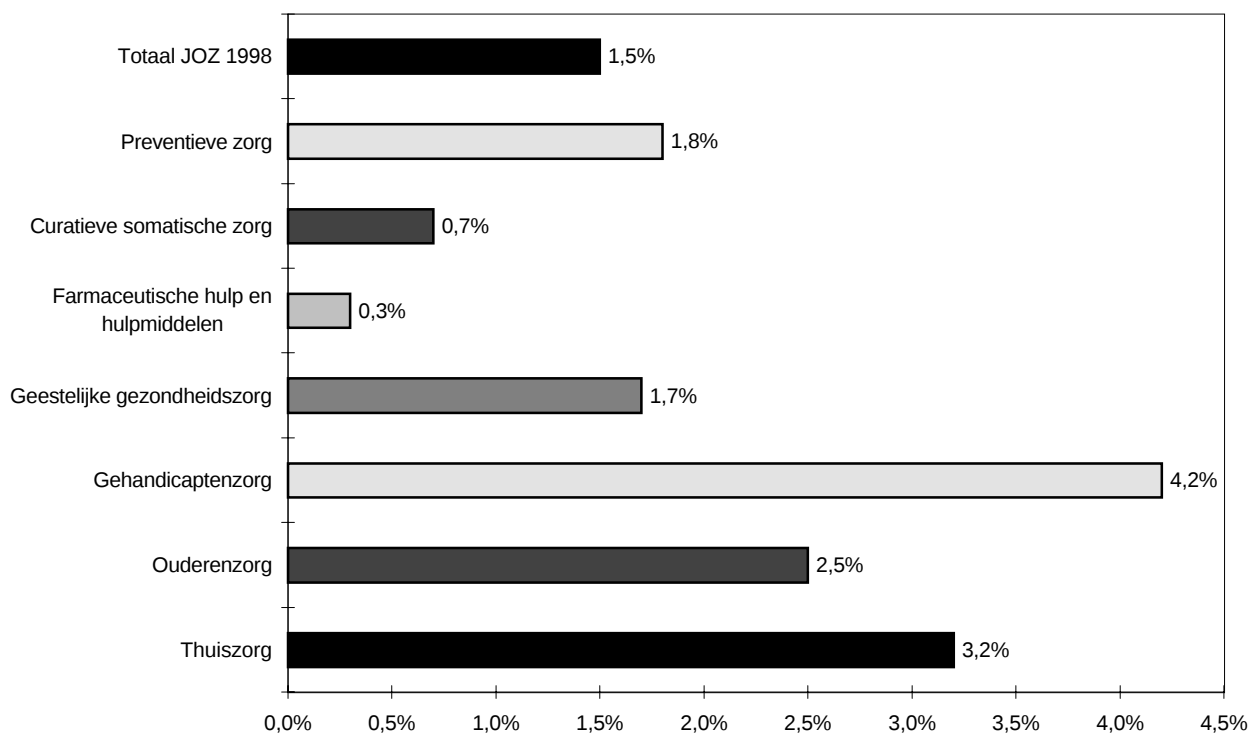
(f 367 mln). Een gedeelte van deze groei is gevonden door ombuigingsmaatregelen (-/- 0,3%). Per saldo zal de volumegroei in 1998 uitkomen op 1,5%.

In de onderstaande figuren 1.1 en 1.2 wordt weergegeven hoe de netto volumegroei (dit is het saldo van de intensiveringen ad f 1 131 mln minus de maatregelen ad f 238 mln) per sector (exclusief beheer en diversen) uitkomt, en wat de procentuele volumegroei in 1998 (exclusief beheer en diversen) per sector bedraagt.

Figuur 1.1 Verdeling volumegroei, inclusief maatregelen 1998



Figuur 1.2 Netto volumegroeipercentage per sector in 1998



1.3 Het beleid op deelterreinen

1.3.1 Gezondheidsbeleid/Public Health

Nederland kent een gunstige uitgangspositie voor gezondheidsbevordering. In juli 1997 is de samenvattende rapportage van de tweede editie van de VTV 1997 gepubliceerd (de uitgebreide versie zal eind 1997 beschikbaar komen). Daarin is aangetoond dat gemiddeld genomen de gezondheid van de inwoners van Nederland niet alleen uitstekend is (in vergelijking met andere landen met een vergelijkbaar ontwikkelingsniveau), maar ook steeds beter wordt. De levensverwachting neemt nog toe, vooral bij mannen. Ook het aantal jaren dat mensen in gezondheid of in 'lichte ongezondheid' doorbrengen (de gezonde levensverwachting), neemt voor mannen en vrouwen toe, voor mannen meer dan voor vrouwen. Niettegenstaande deze gunstige ontwikkeling, is er nog steeds ruimte voor verdere verbetering. Zo valt in de VTV te lezen dat de verschillen in gezondheid naar sociaal-economische status niet zijn afgenomen. Sommige van de groeperingen met gezondheidsachterstand (ouderen, chronisch zieken, alleenstaanden, allochtonen) zullen sterker groeien dan gemiddeld. Verder blijkt dat het roken en het misbruik van alcohol weer toeneemt, vooral onder jongeren. De beleidsreactie op de VTV 1997 krijgt de vorm van een meerjarenbeleidskader.

1.3.2 Curatieve somatische zorg

Het beleid voor de curatieve somatische zorg is er op gericht om de noodzakelijke zorg op een goede wijze aan te bieden. Een goede onderlinge samenhang binnen het aanbod van de curatieve somatische zorg is daarbij van essentieel belang. Alleen als de aanbieders van curatieve zorg op regionaal niveau goed met elkaar samenwerken, kan er zorg-op-maat voor de patiënt worden gerealiseerd. De rol van de huisarts als poortwachter is van groot belang en daartoe wordt een goede samenwerking tussen huisarts en medisch specialist (en ziekenhuis) bevorderd. Maar ook samenwerking met de thuiszorg, paramedici en apothekers wordt gestimuleerd. In 1998 zal daarom een eerste beperkte aanvang worden gemaakt met lokale initiatieven voor huisartsen en fysiotherapeuten. De lokale initiatieven medisch specialisten hebben naast betere afstemmingsmogelijkheden binnen het ziekenhuis ook geleid tot meer regionale samenwerking tussen zorgaanbieders binnen en buiten de muren van de instellingen en met de verzekeraars. Voorts wordt op tal van terreinen, dwars door de verschillende vormen van zorgaanbod heen, getracht samenhang te bereiken. Voorbeelden zijn de oogzorg, mondzorg, zorg voor CVA-patiënten, verloskundige zorg en de spoedeisende medische hulpverlening. Transmuraal denken in plaats van domein denken en het denken in zorgketens in plaats van zorghokjes zal tot meer samenhang leiden en de zorg-op-maat voor patiënten bereikbaar maken.

1.3.3 Farmaceutische hulp en hulpmiddelen

Het samenhangende pakket beleidsinstrumenten voor de geneesmiddelen richt zich onder meer op:

- bevorderen van doelmatigheid, leidend tot bewuster voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen;
- direct ingrijpen in het prijsniveau via de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) die in 1996 in werking is getreden. De eerste resultaten wijzen op een grote effectiviteit van de WGP;
- bevorderen van een goede balans tussen marktwerking en overheidssturing.

In 1996 zijn enkele nieuwe geneesmiddelen toegelaten tot het pakket, waaronder een aantal HIV-remmers en interferon beta. Per 1 augustus 1997 zijn opnieuw enkele geneesmiddelen tot het pakket toegelaten. In

verband met deze nieuwe geneesmiddelen is het kader structureel met f 180 mln (1997) en f 50 mln (1998) verhoogd. In overleg met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie (KNMP) is overeenstemming bereikt over een ombuiging van f 100 mln in 1998 en structureel f 150 mln vanaf 1999 in verband met de kortingen en bonussen.

Uit vergelijking met de kostenontwikkeling in de andere landen van de Europese Unie blijkt dat het kostenbeheersingsbeleid zijn vruchten afwerpt: de groei van de kosten van geneesmiddelen in Nederland is vanaf 1994 duidelijk onder het niveau gebracht van de gemiddelde groei in de overige EU-landen.

Ondanks de duidelijke matiging van de kostenontwikkeling als gevolg van het ingezette beleid, blijkt het gebruik van geneesmiddelen te blijven stijgen. Dit is deels te verklaren uit niet beïnvloedbare ontwikkelingen als de veranderende bevolkingsomvang en -samenstelling en uit beleidsmatig gestimuleerde ontwikkelingen als de extramuralisering. In niet onbelangrijke mate is de stijging echter ook terug te voeren op het voorschrijf- en aflevergedrag, hoewel ook hier verbeteringen te signaleren zijn. Daarom behoudt het beleid gericht op het voorschrijven en afleveren de aandacht. Andere belangrijke aandachtspunten zullen zijn de verdere aanpak van kortingen en bonussen voor apothekers, de modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening en het ontwikkelen van een objectieve en transparante systematiek voor opname in het pakket van nieuwe geneesmiddelen in samenhang met veruiming van de criteria voor het Geneesmiddelenvergoedingssysteem.

Ten aanzien van de medische hulpmiddelen geldt dat in 1997 een programmatische projectaanpak is gestart, gericht op het ontwikkelen van een samenhangend kostenbeheersingsbeleid voor de extramuraal toegepaste hulpmiddelen.

De herstructurering van de bloedvoorziening is in volle gang. De herstructurering is gericht op de totstandkoming van één landelijke organisatie voor de bloedvoorziening en zal wettelijk worden verankerd.

1.3.4 Geestelijke gezondheidszorg en verslavingszorg

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ), inclusief de verslavingszorg, kent een drietal belangrijke uitdagingen:

- de vernieuwing van de zorg, teneinde mensen met psychische- en verslavingsproblemen zoveel mogelijk in staat te stellen onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken;
- de vergroting van de samenhang in het zorgaanbod, met als doel een doelmatiger organisatie van het zorgaanbod en een betere afstemming op de behoeften van de hulpvrager;
- de opvang van de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

In de afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om deze uitdagingen te beantwoorden: de deconcentratie van de psychiatrische ziekenhuizen, de toenemende samenwerking tussen de aanbieders (zowel GGZ als verslavingszorg), de extramuralisering van de zorg, de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen, de aanpak van de wachtlijsten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg, de lokale initiatieven bij de vrijgevestigde psychiaters en het versterken van de positie van cliënten. Specifiek voor de verslavingszorg zijn verder het overlastbeleid, het heroïne-experiment en de drugnota. Voor het oplossen van knelpunten in de GGZ, waarbij met name wordt gedacht aan de ambulante GGZ, is vanaf 1 januari 1998 een bedrag van structureel f 25 mln beschikbaar gesteld.

Bovenstaande thema's, naast vele anderen, blijven ook de komende jaren actueel en zullen nog veel inspanningen van alle betrokken partijen vergen.

Het jaar 1998 zal met name in het teken staan van:

- de verdere uitvoering van het wachtlijstbeleid bij de Regionale Instellingen voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (RIAGG-en) en de verbreding daarvan tot de vrijgevestigde psychiaters en psychotherapeuten (binnen de vanwege de RIAGG-constructie).
- uniformeren van de wachtlijstregistratie in de ambulante geestelijke gezondheidszorg (AGGZ) en de doelmatigheid van de zorgverlening bij de RIAGG-en;
- de invoering van de flexibilisering van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) voor de GGZ (inclusief verslavingszorg), waarmee de burgers aanspraak krijgen op zorg-op-maat. Instellingen worden verplicht om minimaal 5% van hun budget te besteden aan zorg-op-maat;
- de verdere uitwerking van de beleidsvoornemens over de richting waarin de GGZ zich de komende jaren zal ontwikkelen, zoals die recent zijn neergelegd in een brief aan de Tweede Kamer;
- de invoering van een eigen bijdrage per 1 juli 1998 vanaf de eerste dag van verblijf in algemene psychiatrische ziekenhuizen (APZ) en psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen (PAAZ). Hiermee worden verschillen tussen de verschillende AWBZ-sectoren gelijkgetrokken;
- de implementatie van het beleid voor de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), zoals dat recent in een brief aan de Kamer is neergelegd. Centraal in dat beleid staat dat voor een goede OGGZ een politiek en organisatorisch kader nodig is op lokaal niveau;
- de evaluatie van het overlastbeleid in de verslavingszorg, waarvan de looptijd met nog één jaar is verlengd;
- de uitvoering van de drugnota, waarover de Kamer periodiek wordt geïnformeerd middels een voortgangsrapportage.

1.3.5 Gehandicaptenzorg

De inzet van f 100 mln voor het verkorten van wachtlijsten en f 45 mln voor 'meer handen aan het bed' in 1998 betekent een belangrijke impuls aan het verminderen van kwantitatieve en kwalitatieve tekorten in de gehandicaptenzorg. Van de f 100 mln voor de wachtlijsten is f 22 mln bestemd voor continuering van de in 1997 ingezette maatregelen. Voor nieuw beleid is derhalve f 78 mln beschikbaar. Deze middelen worden besteed aan capaciteitsuitbreiding van de zorg voor lichamelijk gehandicapten en aan capaciteitsuitbreiding van de zorg aan verstandelijk gehandicapten.

Daarnaast is f 45 mln structureel vanaf 1998 bestemd voor het versterken van de kwaliteit en de intensivering van de zorg. Deze gelden voor 'meer handen aan het bed' zullen in belangrijke mate worden ingezet voor uitbreiding van dagbesteding voor zeer ernstig gehandicapten, en voor het faciliteren van transitieprocessen bij intramurale instellingen, gericht op genormaliseerd wonen. Voorts zal extra aandacht besteed worden aan categorieën gehandicapten met een bijzondere zorgvraag, zoals mensen met niet-aangeboren hersenletsen en mensen met probleemgedrag.

Tenslotte zij onderstreept dat de gehandicaptenzorg in de komende periode de omslag van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde zorg doormaakt. Daarbij gaat het om maatregelen als de herinrichting van de indicatiestelling, het verhogen van de kostprijstransparantie in de gehandicaptenzorg en het traject van flexibilisering van de AWBZ. Een goede bestuurlijke informatievoorziening tenslotte is een belangrijke

voorwaarde voor het kunnen realiseren van een vraaggestuurde zorg, gebaseerd op een betrouwbaar inzicht in de zorgvraag en de geleverde zorgproducten. Deze maatregelen staan uitgebreider beschreven in de brief van 29 mei 1997 (TK 1996–1997, 24 170, nr. 26).

1.3.6 Ouderenzorg en thuiszorg

In de ouderenzorg zijn diverse ontwikkelingen tegelijk zichtbaar. Enerzijds is er op grond van de bouwprioriteitenlijst 1997–2000 een duidelijke verruiming van de intramurale verpleeghuiscapaciteit. Tegelijk is in die periode sprake van een aanzienlijke daling van de capaciteit in verzorgingshuizen. Daarnaast doet zich een zeer sterke stijging voor van de extramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg, in de vorm van reikwijdteprojecten, flankerend beleid, zorgpakketten en verpleeghuiszorg buiten de muren. In diverse gevallen vind bij renovaties ook scheiding plaats van wonen en zorg.

Gegeven het stijgende aantal ouderen in ons land, met een toenemende vraag naar verzorging en verpleging, brengt deze ontwikkeling een geleidelijke maar onmiskenbare verzwaring van de zorgbehoefte in de intramurale sector met zich mee. Om hieraan tegemoet te komen heeft het kabinet met ingang van 1 januari 1998 in totaal f 145 mln structureel beschikbaar gesteld, onder de nadrukkelijke voorwaarde dat deze uitsluitend zullen dienen ter versterking van de zorg, dat wil zeggen door extra 'handen aan het bed'.

Wij zijn in overleg met de Woon Zorg Federatie (WZF) en Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg (NVVz) over een aanpak voor de intramurale ouderenzorg. Dat betreft zaken als versterking van het management en vergroting van de doelmatigheid. Door verbetering van de bedrijfsvoering kunnen ook de instellingen zelf aan versterking van de zorgverlening bijdragen.

Voorts krijgt de bevordering van de privacy in verpleeghuizen door het scheppen van de één- en tweebedskamers een flinke impuls. De geschetste lijnen benadrukken het belang van de scheiding van wonen en zorg. De inventarisatie en rapportage over dit thema wordt volgens schema voortgezet.

In 1997 is de thuiszorg in één integrale AWBZ-verstrekking ondergebracht. Deze verstrekking kwam in de plaats van de aanspraak kruiswerk (deel wijkverpleging, wijkziekenverzorging en hulpmiddelenuitleen) en de subsidieregeling gezinsverzorging. Voor het resterende deel van de aanspraak kruiswerk zijn twee separate aanspraken ingevoerd, te weten de moeder- en kindzorg en de dieetadvisering. Wat betreft de marktwerking in de thuiszorg is besloten voorlopig een pas op de plaats te maken. Dit betekent dat thuiszorginstellingen vanaf 1998 weer individueel zullen worden toegelaten in combinatie met een individuele budgetgarantie en contracteerplicht. De knip in de thuiszorg, ingevoerd per 1 januari 1997, vervalt per 1 januari 1998. De thuiszorg in het tweede compartiment is dan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg. Er zal nader worden bezien op welke wijze de zogeheten intensieve thuiszorg wordt vormgegeven, zodat deze aansluit op de situatie zoals die vóór 1997 bestond. Het budget voor de thuiszorg is in 1997 structureel verhoogd met f 75 mln. Daar komt in 1998 een structureel bedrag van f 103 mln bij. Conform de wens van de Tweede Kamer is hiervan structureel f 10 mln bestemd voor het PGB-thuiszorg.

Om te komen tot meer doelmatigheid in de thuiszorg is, in samenwerking met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg een traject van 'benchmarking' ingezet. Met de resultaten van dit onderzoek zullen partijen in COTG-verband afspraken maken over een richtlijn doelmatigheid. Vanaf 1997 is de eigen bijdrage in de thuiszorg geharmoniseerd. Dit houdt in dat iedereen die thuiszorg nodig heeft, een toegangsbijdrage moet

betalen van f 55 per jaar en daarnaast een inkomensafhankelijke eigen bijdrage. De administratieve wijzigingen bij de inkomensafhankelijke eigen bijdrage (centrale inning door CAK, het belastbare inkomen van de leefeenheid en de invoering van deze eigen bijdrage voor het voormalige kruiswerk) zijn niet eenvoudig. Gelet op de ervaringen bij de inning van de eigen bijdragen gezinsverzorging, is de verwachting dat ook de inning van de eigen bijdragen kruiswerk, die kwantitatief omvangrijker is dan de gezinsverzorging, niet geheel probleemloos zal verlopen. De herstructurering van de thuiszorg en de invoering van de nieuwe eigenbijdrageregeling zijn ingewikkelde processen, die goede begeleiding vergen.

1.3.7 Beheer en diversen

Net als in voorgaande jaren vind in 1998 budgettering van de beheerskosten plaats. Met ingang van dat jaar zullen de individuele beheersbudgetten van de ziekenfondsen, voor zover het ziekenfondsgedeelte betreft, volledig op normatieve wijze worden vastgesteld. De integratie van het macrobeheerskostenbudget met het macroverstrekkingenbudget zal nog niet in 1998 plaatsvinden. In het kader van de besluitvorming rond de Eerste Voortgangsrapportage Zorg 1997 is besloten een korting door te voeren van f 25 mln. Dat bedrag komt in mindering op het ziekenfondsdeel van het budget.

1.3.8 Financiering

Voor 1998 zijn er geen majeure wijzigingen in de financiering voorzien. Wel is in 1997 tweemaal de inkomensgrens in de Wet Van Otterloo verhoogd. Dit heeft geleid tot een instroom van naar verwachting 100 000 bejaarden in de ZFW. Daar tegenover staat een uitstroom van 75 000 WSF-gerechtigden (studenten) per 1 september 1997. Over vier jaar zal dit aantal tot 185 000 zijn opgelopen.

Het wetsvoorstel Herstructurering ZFW zal per 1 januari 1998 leiden tot een uitstroom van naar verwachting 60 000 bejaarden uit de ZFW. Het betreft hier met name gepensioneerde interim-ambtenaren die na uittreding uit de ZFW een beroep kunnen doen op de ZVO-tegemoetkoming. De financiële effecten van de maatregelen zijn verwerkt in dit Jaaroverzicht Zorg.

1.4 Arbeidsmarkt en arbeidskosten

In de zorgsector zijn in 1996 ongeveer 780 000 personen werkzaam. Het is een zeer arbeidsintensieve sector. De arbeidskosten vormen het leeuwendeel van de totale kosten van de zorg. Een goed afgewogen en integraal beleid op het terrein van de arbeidskosten, arbeidsmarkt en opleidingen is daarom van groot belang.

1.4.1 Arbeidskosten

Sinds 1996 komt de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA) geheel tot stand volgens het zogenaamde post-WAGGS-model. Was in 1996 inschakeling van de in het post-WAGGS-model genoemde adviescommissie (de commissie-Van Voorden) noodzakelijk, in 1997 hebben VWS en werkgevers, weliswaar na moeizame onderhandelingen, overeenstemming kunnen bereiken zonder een beroep te doen op de commissie. Van belang voor het bereiken van deze overeenstemming was dat als onderdeel van en in samenhang met de overheidsbijdrage voor 1997 een aantal afspraken voor 1998 is gemaakt. Door deze afspraken ontstaat in verregaande mate helderheid voor 1998, zodat de uitgebreide discussies zoals gevoerd in 1996 en 1997 grotendeels kunnen worden voorkomen. Bij de overheidsbijdrage voor 1997 is, zoals in het post-WAGGS-model is vastgelegd, ook rekening gehouden met een bijdrage uit de instellingsbudgetten uit hoofde van productiviteitsontwikkelingen.

VWS en de werkgeversorganisaties in het VWS-veld zijn van mening dat het post-WAGGS-model niet geheel voldoet aan de verwachtingen die partijen hadden bij de totstandkoming van het model in 1994. Op korte termijn zal dan ook overleg met werkgevers plaats hebben over de hantering van het post-WAGGS-model voor een volgende regeerakkoord-periode. De analyse van de interdepartementale werkgroep die de vraag moet beantwoorden of het mogelijk is om voor de gehele collectieve sector tot één referentiekader te komen, zal betrokken worden bij deze discussie. Het streven is de discussie voor eind 1997 af te ronden.

1.4.2 Arbeidsmarkt

De arbeidsmarkt in de zorgsector kan in 1996 nog als vrij ruim worden gekarakteriseerd, al tekent zich enige verkrapping af. De verwachtingen voor de (nabije) toekomst blijven onzeker. Zo bergen algemene ontwikkelingen zoals ontgroening en vergrijzing gevaren in zich voor de arbeidsmarkt, evenals meer specifieke ontwikkelingen, bijvoorbeeld het teruglopen van de aantallen leerlingen in het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs.

De afgelopen tijd is de verantwoordelijkheid van het veld voor arbeidsmarkt en arbeidsvoorwaarden gestaag sterker geworden. Convenanten, sectorfondsen, overlegstructuren en stimuleringsregelingen vormen samen de instituties die vorm geven aan het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector.

Een belangrijke ontwikkeling in dit kader is de regionale inbedding van het arbeidsmarktbeleid. Immers, iedere regio heeft voor wat de arbeidsmarkt en de zorgvraag betreft eigen kenmerken. Bovendien kan op dat niveau effectief en doelmatig overleg plaatsvinden tussen de zorgsector, de arbeidsvoorziening en de onderwijsstructuur. In de intramurale sector en in de sector verzorgingshuizen werkt men al jaren met een regionale structuur: Tripartiete Sectorale Overleg (TSO) respectievelijk Regionale Aanpak Personeelsvoorziening Verzorgingshuizen (RAPV). Met ingang van 1996 is het sectorfonds voor de intramurale sector er toe overgegaan om per regio beleidsgeld af te zonderen voor het voeren van een op de regio toegespitst arbeidsmarktbeleid. Als belangrijk hulpmiddel is het RegioMarge-model ontwikkeld. Met het inmiddels in verband met het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleegkundigen en verzorgenden aangepaste model, kan op regionaal niveau de personeelsbehoefte op korte en middellange termijn in de zorgsector worden bepaald. Het model vervult een rol in het regionale overleg tussen zorginstellingen, onderwijsinstellingen en arbeidsvoorziening.

Richt RegioMarge zich vooral op het doorrekenen van feiten en veronderstellingen voor de toekomstige regionale arbeidsmarkt, het onlangs in opdracht van het sectorfonds voor de intramurale sector ontwikkelde ZorgFormat is een hulpmiddel om op instellingsniveau de personeelsbehoefte bepalen. Het instrument wordt op dit moment aangepast, zodat het ook bruikbaar is voor de sector verzorgingshuizen en de sector thuiszorg. De gegevens die ZorgFormat oplevert, kunnen weer worden gebruikt als input voor RegioMarge. En omgekeerd.

Wij achten de verdere ontwikkeling en sectorbrede toepassing van RegioMarge en ZorgFormat van groot belang voor de hele zorgsector.

Tot en met 1997 zijn aan de zorgsector 12 830 structurele extra zorgbanen van omgerekend 32 uur per week toegewezen. Hiervan is ongeveer 30% in de vier grote steden gerealiseerd. Inmiddels zijn ruim 7 500 van deze banen feitelijk bezet (stand tweede kwartaal 1997). Vanaf 1997 vervallen arbeidsplaatsen die langer dan 12 maanden niet bezet zijn geweest. In de loop van 1997 worden deze arbeidsplaatsen opnieuw toegewezen.

De beschikbare arbeidsplaatsen zijn uitgezet bij de intramurale gezondheidszorg, thuiszorg, verzorgingshuizen, dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen, maatschappelijke opvang, jeugdhulpverlening, medische kinderdagverblijven en schippersinternaten. Er zal nog worden gezien of in 1998 ook andere zorgsectoren in aanmerking kunnen komen voor deelname. In overleg met de werkgevers zal tot een nadere invulling worden gekomen. In 1997 zijn 2 170 banen die eigenlijk bedoeld waren voor de zorgsector overgeheveld voor extra arbeidsplaatsen via de gemeenten. Het streven is dat structureel in totaal 17 830 extra arbeidsplaatsen in de zorgsector worden gecreëerd. Het kabinet besluit later dit najaar over de definitieve verdeling over zorgsector en gemeenten van de tranche 1998 (10 000 banen).

Eerder is toegezegd dat de Tweede Kamer in het najaar wordt geïnformeerd over het arbeidsmarktbeleid met betrekking tot de VWS-sectoren. Er is op dit moment voor VWS echter geen materiaal beschikbaar dat aanleiding is tot het opstellen van een beleidsbrief in aanvulling op de passages over dit onderwerp in de Memorie van Toelichting en dit JOZ. Binnenkort zal de Tweede Kamer in ieder geval aanvullend geïnformeerd worden over het jaarlijkse integrerend rapport van de OSA en over de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997 (RAZ). Recentelijk is de Arbeidsmarkt Effect Rapportage 1995, waarin de werkgelegenheidseffecten van diverse werkgelegenheid gerelateerde extra geldstromen in kaart worden gebracht, aangeboden aan de Tweede Kamer (TK, 1996–1997, 24 171).

1.5 Kerncijfers JOZ 1998

Tabel 1.4 geeft de uitgaven 1993–1998 weer met een specificatie naar deelterreinen. De cijfers over 1993–1996 zijn realisaties, de cijfers over 1997 en 1998 zijn ramingen inclusief intensiveringen en ombuigingen. De ramingen zijn in lopende prijzen. In bijlage A5 is vermeld welke veronderstellingen voor de lonen en prijzen zijn gehanteerd.

Tabel 1.4 Financiering Zorgsector

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
AWBZ	23 271,7	23 935,1	25 362,2	19 055,6	23 844,5	24 726,9
ZFW	15 793,0	16 492,9	16 273,6	21 734,1	22 830,2	23 209,7
Particuliere verzekering	8 078,6	7 943,9	7 165,9	9 520,2	9 097,4	9 776,6
Overheid	5 703,0	5 630,4	5 968,9	5 893,1	2 780,3	3 091,0
Overige betalingen	5 463	5 517	4 733	4 871	5 692	5 881
Totaal JOZ 1998	58 309,0	59 518,8	59 504,1	61 073,8	64 244,5	66 685,6

Tabel 1.5 geeft aan hoe uit de totale uitgaven JOZ het budgettair kader zorg is afgeleid.

Tabel 1.5 Aansluiting JOZ-uitgaven zorgsector met BKZ

	1997	1998
Bruto-uitgaven JOZ 1998	63 927,1	66 409,3
-/- Opschoning niet relevante posten	-1 783,4	-1 861,3
-/- Ontvangsten	-5 676,6	-5 875,7
Netto-uitgaven JOZ 1998	56 467,1	58 672,3

Tabel 1.6 geeft aan hoe de uitgaven worden gefinancierd.

Tabel 1.6 Uitgaven Zorgsector

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Preventieve Zorg	796,9	817,7	898,8	1 045,5	1 053,2	1 079,7
Curatieve Somatische Zorg	25 742,1	26 424,8	25 571,9	25 888,8	26 925,6	27 277,0
Farmaceutische Hulp en Hulpmiddelen	6 017,4	6 092,1	6 537,6	6 743,2	6 793,7	6 757,9
Geestelijke Gezondheidszorg	4 092,6	4 208,3	4 319,0	4 489,7	4 780,6	4 932,0
Gehandicaptenzorg	4 839,0	5 120,9	5 336,0	5 579,0	5 857,1	6 085,3
Ouderenzorg	10 445,2	10 696,7	10 990,1	11 295,7	11 715,6	11 977,9
Thuiszorg	2 780,5	2 913,7	2 967,5	3 106,5	3 256,3	3 287,8
Beheer en Diversen	2 765,9	2 816,9	3 072,5	3 165,4	3 545,0	5 011,6
Totaal JOZ 1998	57 479,6	59 091,1	59 693,4	61 313,8	63 927,1	66 409,3
Procentuele mutatie		2,8	1,0	2,7	4,3	3,9

Tabel 1.7 schetst het premieverloop 1995–1998.

Tabel 1.7 Premieverloop

	1995	1996	1997	1998
ZFW				
– procentuele premie (%)	8,35 ¹⁾	7,0	6,9	6,8
– nominale premie (gld)	198	342	216	216
AWBZ				
– procentuele premie (%)	8,85	7,35	8,85	9,60
– nominale premie (gld)	110	0	0	0

¹⁾ Marginale premie die geldt boven de franchise van f 14 094 voor het werkgeversdeel van de premie.

Op basis van een technische extrapolatie is een uitgavenraming opgesteld voor de periode 1999 tot en met 2002. Ten aanzien van de volumegroei is uitgegaan van een voortzetting van de 1,3% conform het regeerakkoord.

Tabel 1.8 Uitgaven Zorgsector

	1999	2000	2001	2002
Totaal JOZ 1998	69 665,0	72 838,1	76 129,8	79 426,1

HOOFDSTUK 2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID

2.1 Terreinbeschrijving

Dit hoofdstuk heeft als invalshoek de bevordering van de gezondheid van de inwoners van Nederland. Het verschilt daarmee van de andere hoofdstukken, die elk een deel van de 'productie' van zorg als invalshoek hebben, inclusief de daarbij horende gezondheidsbescherming en -bevordering. Deze indeling geeft een realistischer benadering van de beleidsinspanning tot gezondheidsbevordering en ziektepreventie, en van de financiële inspanning die hiermee gepaard gaat. Het geeft tevens aan dat de beleidsinspanning en zorginspanning gericht op preventie en gezondheidsbevordering aanzienlijk groter is dan in tabel 2.1 is weergegeven.

Tabel 2.1 Uitgaven Preventieve Zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Preventieve zorg (premie)	148,1	160,5	180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
2 Preventieve zorg (begroting)	65,8	72,3	114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
3 Inspectie gezondheidsbescherming	93,0	94,9	94,5	102,3	106,1	110,0	103,8	103,4	103,4	103,4
4 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheidsdiensten (GGD)	490,0	490,0	509,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0
Totaal JOZ 1998	796,9	817,7	898,8	1 045,5	1 053,2	1 079,7	1 069,4	1 067,0	1 066,5	1 066,3
Procentuele mutatie		2,6	9,9	16,3	0,7	2,5	-1,0	-0,2	0,0	0,0

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

Ter toelichting op deze tabel kan worden opgemerkt dat het onderdeel 'preventieve zorg (premie)' bestaat uit een aantal activiteiten die worden gefinancierd uit middelen ex AWBZ.

Tabel 2.2 Preventieve zorg ex AWBZ

	1996	1997	1998
Rijksvaccinatieprogramma	74,5	74,5	74,5
Bevolkingsonderzoek naar borstkanker	57,7	58,0	63,0
Bevolkingsonderzoek naar cervixkanker	49,2	44,0	38,0
Griepvaccinatieprogramma	62,0	46,0	40,0
Praeventiefonds	48,0	48,8	
Overig w.o. SOA-klinieken	9,0	12,9	19,9
Totaal	300,4	284,2	235,4

De verklaring van de trendbreuk in de kostenontwikkeling is ondermeer te verklaren door deerschikking van de middelen voor de griepvaccinatie naar deze sector en de kostenontwikkeling bij de bevolkingsonderzoeken. Tevens heeft de financiering van het Praeventiefonds (f 48,8 mln) met ingang van 1998 een wijziging ondergaan. Deze zal niet meer verlopen via de premiemiddelen, maar via de Rijksbegroting. Dit laatste gegeven verklaart daarmee tevens voor een belangrijk deel de stijging bij het onderdeel 'Preventieve zorg (begroting)'. Voor een nadere toelichting op de verschillende mutaties wordt korthedshalve verwezen naar bijlage B10.

Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (VTV 1997) blijkt dat gemiddeld genomen de gezondheid van de inwoners van Nederland niet alleen uitstekend is (in vergelijking met andere landen met een vergelijkbaar ontwikkelingsniveau), maar ook steeds beter wordt. De bevindingen uit VTV 1997 tonen aan dat de gezondheidstoestand zich ontwikkelt conform de beleidsdoelen uit de nota 'Gezond en wel' (TK, 1994-1995,

24 126, nr.2): verlengen van de gezonde levensverwachting, voorkómen van vermijdbare sterfte en verbeteren van de kwaliteit van leven bij ziekte en handicap. Voor een verdere verbetering van de gezondheidstoestand is het noodzakelijk dat in de praktijk van de zorgverlening steeds sterker gewerkt wordt vanuit het besef dat facetbeleid, gezondheidsbescherming, preventieve zorg, medische behandeling en verzorging alle hun steentje bijdragen aan de verbetering van de gezondheidstoestand. Dat houdt tevens in dat de grenzen tussen deze terreinen niet scherp te trekken zijn. Een groot deel van de preventie-activiteiten speelt zich immers af in de curatieve zorg en verzorging.

2.2 Beleidsontwikkeling en beoogd beleid 1998

2.2.1 Collectieve en programmatische preventie

2.2.1.1 Collectieve preventie

Sinds de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid in 1989 zijn in fasen de middelen voor de collectieve preventie (waaronder onder meer epidemiologie, beleidsadvisering, jeugdgezondheidszorg, infectieziektenbestrijding, gezondheidsbevordering, bevordering hygiëne en psycho-hygiëne) overgedragen aan het Gemeentefonds. De gemeenten houden, alleen of in een samenwerkingsverband, een Gemeentelijke Gezondheidsdienst (GGD) in stand. Overigens hebben GGD-en behalve voor collectieve preventie, over het algemeen nog andere inkomstenbronnen, bijvoorbeeld voor ambulancehulpverlening, reizigersvaccinaties en borstkankerscreening. In mei 1997 heb ik mijn standpunt aan de Tweede Kamer aangeboden op het rapport 'Gemeentelijk Gezondheidsbeleid Beter op zijn Plaats' van de Commissie Versterking Collectieve Preventie Volksgezondheid. Hierin kondig ik een actieprogramma aan ter versterking van het gemeentelijk gezondheidsbeleid en het functioneren van de GGD-en. Een belangrijk onderwerp is mijn inziens het verbeteren van de informatie over GGD-en op landelijk niveau, waarbij zowel inhoudelijke als financiële gegevens op hoger peil gebracht moeten worden. Daarnaast zal gewerkt worden aan de vaststelling van minimum standaardpakketten voor GGD-en, in eerste instantie voor de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektenbestrijding. Het stimuleren van het opstellen van gemeentelijke gezondheidsnota's krijgt eveneens aandacht.

2.2.1.2 Programmatische preventie

De griepvaccinatie voor risicogroepen en 65-plussers wordt in 1998 uitgevoerd in het kader van het nationale griepvaccinatieprogramma, met een beschikbaar budget van f 40 mln. Ook de screening op baarmoederhalskanker kan in 1998 geheel programmatisch uitgevoerd worden. Daarvoor is een budget van f 38 mln beschikbaar. Deze beide programma's zijn daarmee structureel geworden. In 1998 zal op experimentele basis gestart worden met een programmatische aanpak van de preventie van hart- en vaatziekten bij risicogroepen (mensen die roken, hoge bloeddruk hebben en/of een hoog cholesterolgehalte hebben). Naar verwachting kan op basis van de resultaten van deze experimentele aanpak, besloten worden of deze voldoende kosteneffectief is om structureel in te voeren. De mogelijkheden worden verkend om in 1998 ook de intramurale sector een rol te geven in de implementatie van programmatische preventie. Zeker op het terrein van hart- en vaatziekten zou dit nieuwe invalshoeken bieden. In totaal is voor de experimentele implementatie van programmatische preventie in 1998 f 7 mln op de Rijksbegroting beschikbaar.

2.2.2 Doelgroepgerichte preventie

Het feit dat bepaalde groeperingen in de Nederlandse samenleving systematisch een achterstand houden in hun gezondheidstoestand, vergt een doelgroepgericht gezondheidsbeleid. Dit houdt onder meer in dat op een systematische manier een extra en gerichte inspanning verricht wordt om deze groeperingen maximaal te laten profiteren van effectieve preventieve zorg. Het beleidsstreven is erop gericht een dergelijke inspanning in te bedden in de dagelijkse praktijk in de jeugdgezondheidszorg, in de preventieve zorg voor gehandicapten en ouderen, en in de gezondheidsvoorlichting. Het gaat er om dat er extra op gelet wordt dat de preventieve zorg inderdaad de mensen bereikt met een zeer laag opleidingsniveau, een zeer laag inkomen of uit sommige moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen van allochtone afkomst. Naast bovengenoemde preventieve zorgterreinen zijn ook de collectieve preventie en de programmatische preventie belangrijk om doelgroep-gerichte gezondheidsbevordering tot stand te brengen. In dit licht blijft ook het tweede programma Sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV II) belangrijke resultaten opleveren. Dit programma is met een jaar verlengd en loopt nu tot 31 december 2000. Doel van het programma is om in deze periode de effectiviteit van interventies gericht op het terugdringen van SEGV op systematische wijze te evalueren, om de ontwikkelingen in het voorkomen van SEGV te monitoren en de achtergronden ervan nader te analyseren via een longitudinaal onderzoek. Het budget van de programmacommissie is f 1 mln per jaar.

2.2.2.1 Jeugd

Uit de evaluatie van de kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0- tot 19-jarigen (mei 1997) blijkt dat de kosten van de jeugdgezondheidszorg per kind verschillen tussen de diverse regio's. In de 0- tot 4-jarigenzorg, uitgevoerd door thuiszorgorganisaties en gefinancierd uit de AWBZ, ging in 1995 circa f 220 mln om. In de 4 tot 19-jarigenzorg, uitgevoerd door GGD-en en gefinancierd uit het gemeentefonds, ging in 1995 circa f 203 mln om. Deze bedragen zullen voor 1998 ongeveer hetzelfde zijn. Uit de evaluatie bleek tevens dat de jeugdgezondheidszorg 95% van de zuigelingen, 90% van de peuters en tussen de 90% en 95% van de schoolgaande jeugd bereikt. Nader onderzoek is gestart naar de redenen van het niet adequaat bereiken van 5% à 10% van de zeer jeugdige kinderen door JGZ-voorzieningen, en de vraag of er een samenhang is met de sociaal-economische status. Mijn standpunt op de resultaten van de evaluatie zal ik in het najaar 1997 aan de Tweede Kamer aanbieden.

2.2.2.2 Gehandicapten

De afgelopen jaren zijn veel maatregelen getroffen ter verbetering van de woon- en leefomstandigheden van mensen met een verstandelijke handicap en ernstige gedragsproblematiek. Deze zijn in hoofdstuk 6 (gehandicaptenzorg) nader uitgewerkt. In het kader van de beleidsnotitie 'Ernstig probleemgedrag bij verstandelijk gehandicapten' van 5 juni 1992 (TK, 1991-1992, 20 931, nr. 22) werd f 1 mln per jaar structureel beschikbaar gesteld voor preventie-activiteiten. Deze middelen worden uitgezet via de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD-en). De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat op de toepassing van zogenaamde 'middelen en maatregelen' (M&M) intensiever controleren. Onder invloed hiervan, zo is de verwachting, zullen instellingen zich bezinnen op de bestaande praktijk en alternatieven overwegen voor vrijheidsbeperkende M&M, zoals vastbinden en isoleren.

Een ander aspect van preventie is verbetering van het erfelijkheidsonderzoek en de voorlichting. De Vereniging van Samenwerkende Ouder- en Patiëntenorganisatie (VSOP) wordt financieel in staat gesteld een telefonische informatielijn voor erfelijkheidsvraagstukken operationeel te houden. Daarnaast kan in dit verband ook de voorlichtingsfunctie van de klinische genetische centra genoemd worden. Voor het erfelijkheidsonderzoek is van essentieel belang dat een goede registratie van aangeboren afwijkingen plaatsvindt en uitwisseling van deze gegevens op nationaal en internationaal niveau. De registratie geschiedt in twee regio's in Nederland (de drie noordelijke provincies en Zuid-West Nederland) die participeren in EUROCAT, een Europees samenwerkingsverband. De Rijksuniversiteit Groningen en de GGD Rotterdam ontvangen hiertoe structureel subsidie van f 0,8 mln. Voor incidentele additionele activiteiten wordt in 1998 nog eens f 0,3 mln beschikbaar gesteld.

Om te voorkomen dat bij mensen ernstiger beperkingen ontstaan dan op grond van de stoornis noodzakelijk is, loopt sedert 1994 het project 'Integrale vroeghulp aan 0 tot 4-jarigen met een motorische stoornis en hun ouders'. Dit project beoogt in een zo vroeg mogelijk stadium handicaps bij kinderen op te sporen en ouders te begeleiden bij de opvoeding van hun gehandicapte kinderen. Het project sluit af per september 1997. In 1998 zal de ontwikkelde kennis worden geïmplementeerd en zal worden bekeken in hoeverre onder andere de kinderdagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (KDC-en) hierbij een rol kunnen gaan spelen. Dit past in de herpositionering van de KDC-en ten opzichte van het speciaal onderwijs, waarover een interdepartementale werkgroep (OCenW, Financiën en VWS) een advies voorbereidt.

2.2.2.3 Ouderen

Met het toenemen van de levensverwachting neemt het aantal ouderen toe. Een flink deel van die ouderen leeft in uitstekende gezondheid. VTV 1997 toont aan dat de leeftijd waarop men zonder gebreken leeft, ook nog steeds toeneemt. De oudere van nu wil graag zo lang mogelijk een actief en zelfstandig leven leiden. Preventie gericht op ouderen kan dit verder stimuleren. Op 28 maart 1997 is, als reactie op een advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ), de beleidsbrief Preventie en Ouderen uitgebracht. Een vijfjarig projecten- en onderzoekprogramma, als onderdeel van het brede Preventieprogramma van Zorgonderzoek Nederland i.o. (ZON), is de kern van het preventiebeleid voor de komende jaren. Prioritaire thema's zijn bewegen, depressie, veiligheid en het stimuleren van een samenhangend lokaal preventief ouderenbeleid. Naast middelen uit het brede Preventieprogramma van ZON is hiervoor jaarlijks f 1,5 mln extra ter beschikking gesteld.

2.2.3 Ziektespecifieke preventie

2.2.3.1 Psychische problematiek

Zeker op het terrein van psychische problematiek is de grens tussen preventie en behandeling vaag. In termen van functies van de gezondheidszorg omvat de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) de opvang- en de preventiefunctie. Zowel de RIAGG als de GGD hebben een wettelijke opdracht tot het uitvoeren van preventie-activiteiten. De RIAGG maakt hierover ook productieafspraken. Naar schatting zo'n 5,7% van de RIAGG-zorg kan als preventieve zorg worden betiteld (bron: jaarverslag Nederlandse Vereniging voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg (NVAGG) over 1995).

In 1997 zijn de modelpreventieprojecten GGZ overgedragen aan ZON met het verzoek deze in te passen in het preventieprogramma. Voor 1998 is hiermee een bedrag van f 0,35 mln gemoeid. Het project loopt door tot in

het jaar 1999. Deze modelpreventieprojecten zijn gericht op drie doelgroepen: ouderen, jeugd en chronisch zieken. De uitvoering wordt verzorgd door het Trimbos-instituut, het landelijke sectorinstituut voor de geestelijke gezondheidszorg. Daarnaast is ZON verzocht de onderwerpen 'vroegtijdige onderkenning van schizofrenie' en 'het voorkomen van psychische arbeidsongeschiktheid' in te passen in het preventieprogramma.

Dit jaar wordt bekeken hoe een goede afstemming tussen de verschillende partners die betrokken zijn bij preventieve GGZ, als het Landelijk Platform Preventie Geestelijke Volksgezondheid, ZON en de Netherland School of Public Health (NSPH), kan leiden tot een betere regiefunctie. In 1997 is een brief over de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) naar de Tweede Kamer gestuurd. Belangrijk hierin is dat in het kader van de zorg-op-maat regeling voor 1997 f 11,6 mln voor OGGZ-projecten beschikbaar is. In opdracht van de Ziekenfondsraad wordt een onderzoek uitgevoerd naar de inhoudelijke en organisatorische nader te stellen eisen voor OGGZ-activiteiten.

2.2.3.2 Chronische Ziekten

De verwachting is dat als gevolg van medische technologie, vergrijzing en verlenging van de levensverwachting de komende decennia het aantal chronisch zieken relatief en absoluut zal toenemen. De bestrijding van chronische ziekten en de gevolgen daarvan door preventie en behandeling blijft daarom een belangrijke beleidsdoelstelling. In dat verband lopen er enkele belangrijke integrale onderzoeksprogramma's op het gebied van chronische ziekten, onder meer bij NWO, TNO/NIPG en het RIVM. Daarnaast is het beleid gericht op het verbeteren van de kwaliteit van leven van chronische patiënten. In 1997 is een project gestart om gegevens op dit terrein te verzamelen. Het betreft het Patiëntenpanel Chronisch Ziekten dat als doelstelling heeft bij te dragen aan de verbetering van de zorg voor en de maatschappelijke positie van chronisch zieken. Hiervoor is in 1998 een bedrag van f 0,3 mln geraamd.

Een belangrijke impuls aan het chronisch ziekenbeleid wordt gegeven door de Nationale Commissie Chronisch Ziekten (NCCZ). Naast vraagstukken die de zorg aan chronisch zieken betreffen, richt de NCCZ zich ook op de versterking van de maatschappelijke positie van mensen met gezondheidsproblemen. Belangrijk doel van de commissie is de structurele inbedding van het chronisch ziekenbeleid in het beleid van relevante partijen en actoren in het veld. De commissie zal medio 1999 haar taken beëindigen. Een overdrachtsadvies van de NCCZ is in voorbereiding. Voor het jaar 1998 is voor het ontwikkelingsbudget chronische ziekten een bedrag van f 5,1 mln beschikbaar.

2.2.3.3 Kankerbestrijding

Op voorstel van de Ziekenfondsraad is besloten om in het bevolkingsonderzoek naar borstkanker ook oudere vrouwen, in de leeftijdsgroep van 70 tot en met 75 jaar, op te nemen. Het gaat hier om circa 350 000 vrouwen. Bij een verwachte opkomst van 30% en een screeningsinterval van twee jaar, betekent dit een uitbreiding met 52000 vrouwen per jaar. Hiervoor is vanaf 1998 een additioneel budget van f 5 mln beschikbaar gesteld, waarmee het totale bedrag voor borstsonderzoek voor 1998 op f 63 mln komt. Een meer uitgebreide beschrijving van de bevolkingsonderzoeken naar borstkanker en naar cervixkanker staat in bijlage B2 van dit JOZ.

Op het gebied van de kankerbestrijding worden organisaties van diverse aard structureel ondersteund uit de Rijksbegroting, zoals de Stichting Opsporing Erfelijke Tumoren, de tumorwerkgroepen van de Vereniging van Integrale Kankercentra, het landelijk netwerk van oncologisch

datamanagement, het DES actie- en informatiecentrum en het Helen Dowling Instituut voor biopsychosociale geneeskunde. In internationaal verband levert Nederland een niet onaanzienlijke bijdrage aan het kankeronderzoek, door een jaarlijkse contributie van ongeveer f 1,75 mln aan de International Agency for Research on Cancer (IARC) te Lyon. Ons land neemt hiermee 5% van de totale kosten van het IARC voor zijn rekening. Het functioneren van dit instituut, in termen van efficiëntie en wetenschappelijke output, wordt door alle deelnemende landen zeer positief gewaardeerd.

2.2.3.4 *Infectieziekten*

Infectieziekten staan de laatste jaren weer opnieuw in de belangstelling; zij brengen in Nederland een aanzienlijke ziektelast en ziekteverzuim met zich mee. In april 1997 is de beleidsnota Infectieziektenbestrijding uitgebracht. Hierin is aangegeven welke kosten die samenhangen met infectieziekten binnen de gezondheidszorg worden gemaakt. Voor de programmatische preventie van infectieziekten die herleidbaar is tot individuen, wordt circa f 114,5 mln uitgegeven via de AWBZ. Dit betreft het vaccinatieprogramma voor zuigelingen en jonge kinderen, griepvaccinatie en vaccinatie tegen hepatitis B van pasgeborenen van (HBsAg) positieve moeders. Hiernaast worden vanuit de begroting diverse instellingen en activiteiten ondersteund.

De doelgroep voor griepvaccinatie is vanaf het seizoen 1996–1997 uitgebreid met alle personen van 65 jaar en ouder. De vaccinatiegraad onder de ook in voorgaande jaren opgeroepen risicogroepen is gestegen tot 67%. Met ingang van het seizoen 1997–1998 zal de griepvaccinatie worden uitgevoerd door huisartsen als nationaal programma. Hiervoor is in 1997 f 46 mln en in 1998 f 40 mln beschikbaar. Binnen het uit de AWBZ gefinancierde vaccinatieprogramma voor zuigelingen en jonge kinderen vindt vaccinatie plaats tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio (DKTP), bof, mazelen, rode hond (BMR) en haemophilus influenzae type b (Hib). De vaccinatiegraad ligt tussen de 93% en 97%. Eind 1997 zal gestart worden met een onderzoek naar de mogelijkheden om de vaccinatiegraad voor DTP en BMR onder onvolledig geïmmuniseerde 16-jarigen te verhogen. In 1996 heeft een sterke stijging van het aantal gevallen van kinkhoest plaatsgevonden. Op basis van door het RIVM uitgevoerd onderzoek naar de oorzaken van de epidemie, zal bepaald worden welke maatregelen genomen kunnen worden. Daartoe is voor 1998 een intensivering van f 2 mln op de begroting gereserveerd. Ook vindt onderzoek plaats naar de vervanging van de huidige kinkhoestcomponent in het DKTP vaccin door een acellulair vaccin. In 1998 zijn op grond hiervan nog geen maatregelen te verwachten.

Het kernsysteem voor de surveillance van infectieziekten en monitoring van chronische ziekten zal in stand gehouden worden. Hiervoor is in 1998 een bedrag van f 3,1 mln beschikbaar. In 1998 zal hieraan de surveillance van de ziekte van Creutzfeld-Jacob worden toegevoegd.

Binnen het HIV/Aids-beleid vormen het stimuleren van preventie, het optimaliseren van zorg, de ondersteuningsstructuur en het waken voor een gelijkwaardige maatschappelijke positie van mensen met HIV/Aids de belangrijkste doelstellingen. Aids wordt hoe langer hoe meer beschouwd als een chronische ziekte, waarvoor steeds meer naar reguliere kanalen wordt verwezen. Toch blijven actuele epidemiologische, medisch-technologische en maatschappelijke ontwikkelingen om een alerte overheid vragen. Met name de ontwikkelingen rond combinatietherapieën, vroege behandeling en de (nog grotendeels onbekende) gevolgen hiervan voor de behoefte aan en het aanbod van zorg, vragen om

aandacht. Ook is het van belang dat de maatschappelijke gevolgen van het hebben van HIV/Aids, bijvoorbeeld voor de toegang tot werk en verzekeringen, worden onderkend.

Bij de voorbereiding en uitvoering van het Aids-beleid zijn veel instellingen en organisaties betrokken. Naast het Nationaal AidsTherapie EvaluatieCentrum (NATEC/VEE) en het Aids Fonds ontvangen ook organisaties als de SAD-Schorerstichting en de Stichting SOA-bestrijding elk een rijksbijdrage voor de coördinatie en uitvoering van activiteiten gericht op de bestrijding van (de gevolgen van) HIV/Aids en SOA. Tot slot mogen hier de rijksuitgaven van f 9,05 mln voor de laagdrempelige curatieve SOA-bestrijding, en de SOA-poliklinieken die gefinancierd worden via een AWBZ-subsidieregeling (f 8,9 mln), niet onvermeld blijven.

2.2.4 Determinantenbeleid

2.2.4.1 Facetbeleid en gezondheidseffectscreening

In 1995 publiceerde VWS het rapport 'Gezondheidseffectscreening' (GES). Hierin komt nadrukkelijk aan de orde dat de gezondheidstoestand van de bevolking grotendeels afhankelijk is van factoren buiten het domein van de volksgezondheid. In 1996 is een tweede rapport over dit onderwerp door VWS gepubliceerd dat ik met een beleidsbrief aan de Tweede Kamer heb aangeboden. Dit gaat vooral over de vraag hoe men te werk kan gaan om het gezondheidseffect van beleidsvoornemens van de Rijksoverheid vroegtijdig in te schatten. ZON zal worden verzocht in ieder geval binnen haar preventieprogramma ruimte te creëren voor facetbeleid en gezondheidseffectscreening. Inmiddels zijn al de volgende gezondheidseffectscreeningen uitgevoerd: herziening Drank en Horecawet, aanscherping Tabakswet, pakketverkleining tandzorg, maximering vergoeding fysiotherapie en ijzerslijpsels Hoge SnelheidsLijn. Daarnaast wordt de gehele Rijksbegroting geanalyseerd ten einde interdepartementale beleidsvoornemens met mogelijke aanmerkelijke gezondheidseffecten tijdig te signaleren. In overleg met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid (SZW) zal de opportuniteit van een GES over de Sociale Nota en de wijziging van het sociale zekerheidsstelsel worden gezien. Op lokaal niveau zijn de GGD-en het instrument van gezondheidseffectscreening aan het ontwikkelen.

2.2.4.2 Preventie van verslaving (tabak, alcohol, drugs en gokken)

De VTV 1997 bevestigt opnieuw dat roken van alle bekende determinanten de ernstigste aanslag op de volksgezondheid doet. Per jaar komen ruim 30 000 mensen door roken te overlijden. De regering voert daarom een intensief tabaksontmoedigingsbeleid, dat vooral bestaat uit preventieve maatregelen en waarmee in 1998 een bedrag van f 3,85 mln is gemoeid. In de kabinetsnota 'Tabaksontmoedigingsbeleid' van 28 mei 1996 zijn velerlei beleidsvoorstellen gedaan, zoals het stellen van een leeftijdsgrens van 18 jaar voor de verkoop van tabaksproducten en meer voorlichting en preventie richting jeugdigen. Momenteel worden de beleidsvoornemens geïmplementeerd, deels via een bij de Tweede Kamer in te dienen Wetsvoorstel tot wijziging van de Tabakswet. Met de tabaksindustrie is afgesproken dat zij in haar reclame en promotie uiterste terughoudendheid richting jongeren zal betrachten. De aangescherpte Reclamecode voor tabaksproducten is per 1 april 1997 in werking getreden. Zoals gebruikelijk blijft de Stichting Volksgezondheid en Roken (STIVORO) namens VWS belast met de coördinatie van de uitvoering van de niet roken-voorlichting, in het bijzonder het voeren van (jeugd)campagnes.

Veel aandacht is in het afgelopen decennium besteed aan publieksvoorlichting ter preventie van alcoholproblemen. Omdat alcoholmisbruik door

jongeren voortdurende aandacht vraagt, zal in 1998 opnieuw worden bijdragen aan de alcoholmatigingscampagne 'Drank maakt meer kapot dan je lief is' van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ). ZON zal een subsidie verstrekken voor de massamediale campagne. Vanuit de begroting zullen middelen voor aanvullende regionale voorlichtingsactiviteiten beschikbaar zijn. Naar verwachting zal het Voorstel van wet tot wijziging van de Drank- en Horecawet in 1997 aan de Tweede Kamer kunnen worden aangeboden. Door het stellen van enkele nieuwe normen en het aanscherpen van sommige bestaande regels zal een bijdrage worden geleverd aan de preventie van individuele en maatschappelijke risico's door drinken. De maatregelen in het wetsvoorstel zullen vooral gericht zijn op het voorkomen van misbruik in specifieke risicosituaties (verkeer, werk) en door bepaalde kwetsbare groepen, zoals jongeren.

In Nederland zijn de afgelopen jaren tientallen programma's ter preventie van drugsverslaving opgezet. In de primaire preventie-programma's ligt de nadruk op voorlichting over legale middelen (alcohol, tabak), illegale middelen (drugs) en over risico-situaties die kunnen leiden tot middelen-gebruik. Ook wordt aandacht besteed aan het thema gokken. Primaire preventie wordt hoofdzakelijk via intermediaire organisaties (onderwijs, jeugdhulpverlening etcetera) uitgevoerd. Voor het jaar 1998 is hiervoor een bedrag van f 4,5 mln op de begroting gereserveerd. Ouders en andere opvoeders worden steeds nadrukkelijker betrokken bij de voorlichting over drugs, onder andere door massamediale campagnes en grootschalige verspreiding van informatiemateriaal. Ingespeeld wordt op de mogelijkheden die de opvoeding kan bieden voor de preventie van verslaving en verslavingsproblemen. Andere belangrijke punten zijn het vergroten van de sociale weerbaarheid van jongeren en het creëren van de mogelijkheid voor onderwijspersoneel om druggebruik en eventuele verslavingsproblematiek vroegtijdig te signaleren. Op allochtone groepen gerichte preventie wordt in toenemende mate ontwikkeld en uitgevoerd. Bij voortdurende wordt gepoogd maatschappelijk kansarme groepen een beter perspectief te bieden (rol gemeenten), zodat de kans op marginalisering vermindert en het risico op problematisch middelengebruik wordt verkleind.

Secundaire preventie wordt voornamelijk uitgevoerd door de ambulante instellingen voor verslavingszorg, GGD-en en jeugdhulpverleningsinstellingen. Hiervoor is f 109 mln beschikbaar. De activiteiten zijn gericht op een vermindering van de risico's en problemen die zich rond druggebruik kunnen voordoen. De laatste jaren speelt men in de verslavingspreventie steeds meer in op groepen jongeren die disco's, koffieshops en houseparties bezoeken en daar drugs gebruiken. Ook wordt gepoogd een groter bereik onder zwerfjongeren te bewerkstelligen.

Verder blijft de preventie van gokverslaving, vooral door gokkasten, de aandacht van VWS vragen. In dit kader is onder meer een bijdrage geleverd aan het Voorstel tot wijziging van de Wet op de kansspelen dat door de staatssecretaris van Justitie aan de Tweede Kamer zal worden aangeboden.

2.2.4.3 Voeding en veterinair beleid

Ook in 1998 blijft de veiligheid van voedingsmiddelen een belangrijk aandachtspunt. Dit geldt met name producten van dierlijke oorsprong. Nadat zich in 1997 in Nederland twee gevallen van BSE bij runderen hebben voorgedaan, zijn de maatregelen met betrekking tot BSE, vooruitlopend op communautaire regelgeving, verder aangescherpt. Risico-organen van runderen, schapen en geiten moeten voortaan worden verbrand en mogen niet meer in het gebruikelijke destructiekanaal worden verwerkt. De extra kosten –die voor 1997 zijn geraamd op circa

f 10 mln– komen ten laste van de begroting van VWS, maar zullen vanaf 1998 worden verhaald op het bedrijfsleven. Het terugdringen van microbiologische besmetting van levensmiddelen blijft ook prioriteit houden. Voor de pluimveesector bereidt het bedrijfsleven een ingrijpend plan van aanpak voor. Inmiddels zijn door twintig levensmiddelenbranches hygiënecodes gepubliceerd, zoals voorzien in de Warenwetregeling Hygiëne van levensmiddelen.

Het huidige voedingsbeleid is met name gericht op het behalen van gezondheidswinst door preventieve maatregelen, zoals verbetering van voedingsgewoonten. Deze spelen een rol bij het ontstaan van chronische ziekten en bij sterfte. Ruim 12 000 sterfgevallen worden toegeschreven aan een hoog cholesterolgehalte en 5 000 aan sterk overgewicht. Daarnaast spelen voedingsgewoonten een rol bij de 17 000 sterfgevallen door hoge bloeddruk en 7 000 door glucose-intolerantie.

Het is verontrustend dat 60–75% van de bevolking te weinig groente en fruit eet. Voedingsvoorlichting en -informatie zijn de belangrijkste instrumenten om goede voedingsgewoonten te bevorderen. In 1997 is daarom de campagne 'Goede voeding, wat let je?' gevoerd, als opvolger van de 'Let op vet'-campagne.

Om een adequaat voedingsbeleid te kunnen voeren, worden de trends in voedingsgewoonten in Nederland in kaart gebracht door middel van de derde Voedselconsumptiepeiling in 1997 en 1998. Deze wordt gefinancierd met f 1 mln per jaar. Tevens vindt een aanvullend onderzoek naar de consumptie onder allochtonen plaats (f 0,75 mln). Ook de wetenschappelijke informatie van de Gezondheidsraad, met name van de Beraadsgroep Voeding, is onontbeerlijk. Naar verwachting zal in 1997 door hen advies worden uitgebracht over het gebruik van keukenzout, mede vanwege een stagnerende daling in de sterfte als gevolg van cerebrovasculaire aandoeningen. Medio 1997 is advies gevraagd over cholesterol. Door de toegenomen mogelijkheden van een medicamenteuze aanpak van hypercholesterolemie dreigt namelijk de preventie door een gezonde leefstijl, waaronder een gezond voedingspatroon, op de achtergrond te geraken.

In het kader van de voorlichting speelt ook het in 1996 opgerichte Voedingscentrum een belangrijke rol. Voor exploitatiekosten en andere activiteiten is jaarlijks f 2 mln ter beschikking. In het Voedingscentrum zal een aantal organisaties op het terrein van voeding en voorlichting opgaan.

De Warenwetregeling Toelating nieuwe voedingsmiddelen is in 1997 ingetrokken en vervangen door het Warenwetbesluit nieuwe voedingsmiddelen, waarin de betreffende Verordening van de Europese Unie is opgenomen. Hierin is onder andere bepaald dat producten van genetisch gemodificeerde organismen –binnen de mogelijkheden van een controlebaar systeem– op het etiket vermeld moeten worden.

2.2.4.4 Consumentenveiligheid en omgevingsrisico's

Hoewel de belangrijkste oorzaken van dodelijke ongevalsletsels, de accidentele val en het verkeersongeval, sterk gedaald zijn ten opzichte van zo'n 15 jaar geleden, laat de VTV 1997 zien dat diverse ongevals categorieën nog steeds behoren tot de aandoeningen die het meest voorkomen. Van de 2,7 mln ongevalsletsels die jaarlijks medisch behandeld moeten worden, betreft bijna 80% een privé-ongeval of een sportblessure. Doelgroepen voor het preventiebeleid vormen jonge kinderen, senioren (zie ook 2.2.2.3) en sporters. Met name aan het bereiken van ouders van allochtone kinderen zal specifiek aandacht worden geschonken. Gezien de grote omvang en de recent gesignaleerde toename van het aantal letsels

als gevolg van ongevallen bij het doe-het-zelfen, worden gerichte interventies op dit terrein ontwikkeld en uitgevoerd. De Stichting Consument en Veiligheid ontvangt jaarlijks een structurele subsidie voor het uitvoeren van taken in het verlengde van het overheidsbeleid. Een deel van de subsidie wordt besteed aan het beheer van het Letsel Informatie Systeem, waarmee de totale omvang van in ziekenhuizen behandelde letsels als gevolg van ongevallen en geweld in kaart wordt gebracht. De kennis die hiermee beschikbaar komt, wordt gebruikt bij het facetbeleid voor letselpreventie. Eveneens van belang voor het facetbeleid zijn de verdere ontwikkeling van een model voor de berekening van kosten van ongevalsletsels en het besluit om de vraagstelling naar ongevallen mee te laten lopen met de doorlopende leefsituatieonderzoeken van het Centraal Bureau voor de Statistiek. De kosten van bovengenoemde activiteiten, inclusief de structurele subsidie voor Consument en Veiligheid, bedragen voor 1998 f 5,7 mln. Voor de lopende meerjarige voorlichtingscampagne van de koepelorganisatie NOC*NSF en Consument en Veiligheid over de preventie van sportblessures heeft ZON een subsidie van f 0,95 mln verstrekt.

Naast de acute lichamelijke letsels als gevolg van ongevallen kunnen bepaalde chemische factoren en fysische omstandigheden acute en chronische risico's voor de gezondheid opleveren. In aansluiting op onderhoud van bestaand beleid voor onder andere bestrijdingsmiddelen, cosmetica, gastoestellen en elektrische apparaten, is er specifieke aandacht (in de vorm van overleg en onderzoeksopdrachten) voor de problematiek van de formaldehyde in textiel, voor elektromagnetische straling en voor gehoorschade bij jongeren als gevolg van popmuziek. Aan TNO-PG is gevraagd een overzicht op te stellen van de risico's voor de gezondheid ten gevolge van milieufactoren en het daarop gerichte beleid. Dit om tegemoet te kunnen komen aan de WHO-verplichting om voor 1998 een National Environmental Health Plan op te stellen.

2.2.4.5 Overige determinanten

Algemeen wordt erkend dat werken positieve effecten heeft op de gezondheid en het welzijn van mensen. Het is dan ook belangrijk om enerzijds te voorkomen dat mensen ziek worden en daardoor kort of langdurig moeten verzuimen en anderzijds te bevorderen dat mensen met een ziekte of handicap aan het arbeidsproces kunnen (blijven) deelnemen. Zowel voor de arbo-zorg als voor de curatieve sector ligt hier een taak. Vooral op het terrein van samenwerking valt nog veel te verbeteren. Het onderzoeksprogramma sociaal-medische begeleiding, dat in uitvoering is bij ZON, heeft dan ook als doel de samenwerking tussen genoemde sectoren te bevorderen. Zowel voor 1997 als voor 1998 heb ik hiervoor f 0,5 mln uitgetrokken.

Meer dan vier miljoen Nederlanders zijn lid van een sportvereniging. Daarnaast sporten circa drie miljoen mensen min of meer regelmatig buiten officieel verband. De zorg voor deze heterogene groep vindt grotendeels plaats in de reguliere zorgsector. Het preventieve beleid ten behoeve van de sportsector richt zich enerzijds op de preventie van blessures en het terugdringen van dopinggebruik bij sporters en anderzijds op het stimuleren van inactieven tot regelmatige, verantwoorde, lichaamsbeweging. Dat laatste is belangrijk: volgens de VTV 1997 hingen in 1994 zo'n 8 000 sterfgevallen (op een totaal van 133 500 sterfgevallen in Nederland) direct samen met een leefstijl zonder lichaamsbeweging. Ter preventie van sportletsel wordt het medisch- en veiligheidsbeleid binnen de georganiseerde sport gestimuleerd vanuit de begrotingsmiddelen voor sport. Verder worden voorbeeldprojecten gesubsidieerd die

gericht zijn op de bevordering van regelmatige en verantwoorde lichaamsbeweging bij bevolkingsgroepen die zich in een achterstandssituatie bevinden. Het betreft dan vooral projecten van de gemeentelijke overheid en de Landelijke Organisatie voor Sport en Bewegingsstimulering (LOSB). Daarnaast worden de landelijke acties 'Nederland in Beweging!' en 'Jeugd in Beweging' ondersteund met co-financiering door respectievelijk ZON en het ministerie van OCenW. ZON is gevraagd voor de doelgroep 'ouderen' de bestaande activiteiten te bundelen en een coördinerende rol te vervullen.

2.2.5 Patiëntenbeleid

De afgelopen jaren is een omvangrijk wetgevingsprogramma ingevoerd, dat de voorwaarden schept voor een versterkte positie van de patiënt in de zorg. Teneinde na te gaan hoe de verschillende wetten in de praktijk werken is aan ZON opdracht gegeven voor het opstellen van een evaluatieprogramma. Daarnaast is aan het NIVEL opdracht gegeven voor het opstellen van een brancherapport waarin een beschrijving gegeven wordt van een aantal relevante onderwerpen voor het patiënten/consumentenbeleid (positie individuele patiënt, klachten, patiëntenorganisaties, invloed van patiënten).

In 1997 is de subsidiëring van patiëntenorganisaties, waarvoor ongeveer f 12 mln beschikbaar is, overgedragen aan de Stichting Patiëntenfonds. Het is de bedoeling het budget van het fonds in 1998 en 1999 gaandeweg te verhogen, zodat uiteindelijk een budget van meer dan f 30 mln beschikbaar komt. Voor 1998 betekent dit een verhoging met f 10 mln. Genoemde bedragen zijn bedoeld voor het financieren van landelijke patiëntenorganisaties, voor zover deze zorggerelateerd zijn en/of bijdragen aan de versterking van de positie en/of de invloed van patiënten in de zorgsector en het financieren van landelijke organisaties die ondersteuning bieden bij de uitvoering van de bedoelde functies en/of daarbij samenwerking, innovatie en werkontwikkeling bevorderen.

2.2.6 Inspectie Gezondheidsbescherming

Gezondheidsbescherming richt zich op maatregelen die zonder rechtstreekse betrokkenheid van de burger worden genomen om schade aan de volksgezondheid te voorkomen. De regelgeving heeft tot doel te voorkomen dat er gezondheidsbedreigende of onveilige situaties ontstaan door ziekteverwekkers of schadelijke bestanddelen die in producten aanwezig kunnen zijn, door onveilige producten in het algemeen of door dieren. De Inspectie Gezondheidsbescherming (IGB) en de Veterinaire Inspectie zijn met de handhaving van deze regelgeving belast. Zij zullen eind 1997 hierover voor het eerst rapporteren in de vorm van de 'Staat van de Gezondheidsbescherming'.

Als gevolg van de per medio december 1995 van kracht geworden Warenwetregeling Hygiëne van levensmiddelen, zijn levensmiddelenbedrijven verplicht gesteld om met behulp van het Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)-systeem gezondheidsrisico's bij de bedrijfsvoering in kaart te brengen en aan te pakken. In 1996 en 1997 heeft de Inspectie veel tijd en aandacht besteed aan de ondersteuning van branche-organisaties bij het opstellen van hygiënecodes die op het HACCP-systeem zijn gebaseerd. Handhaving van de beginselen van HACCP wordt van groot belang geacht nu de door de IGB formeel gehanteerde, maar niet wettelijk vastgelegde microbiologische criteria voor eindproducten (kiemgetallen) niet langer door Justitie worden geaccepteerd. Voor de IGB is een budget van f 110 mln beschikbaar.

2.2.7 Projecten, experimenten en onderzoek (PEO)

In 1997 is een substantieel gedeelte van de werkzaamheden op het gebied van projecten, experimenten en onderzoek aan ZON overgedragen. Dat betekent dat de programmering, het uitzetten en subsidiëren van projecten, experimenten en onderzoek niet langer primair de taak is van het ministerie van VWS. Behoudens in spoedeisende zaken beperkt de rol van het ministerie zich tot het noemen van aandachtsgebieden en het aangeven van de grote lijnen waarbinnen de PEO-programma's gestalte moeten krijgen.

Het PEO-programma Volksgezondheid en Zorg heeft in 1998 een budget van f 129,2 mln voor de volgende aandachtsgebieden:

Tabel 2.3 Budgetten PEO-programma Volksgezondheid en Zorg

	1998
Staat van de volksgezondheid, de zorg en het zorgstelsel	3,9
Financiering en structuur van het zorgsysteem	5,5
Kwaliteit en doelmatigheid	29,9
Preventie, bescherming en ziektebestrijding	78,4
Patiënten- en consumentenbeleid	8,5
Gezondheidsethiek	1,5
Internationaal	1,5

Deze aandachtsgebieden vinden hun uitwerking in opdrachten aan de Nederlandse organisatie voor Wetenschappelijk Onderzoek, de Nationale Commissie Chronisch Zieken, het Aidsfonds, het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging en ZON.

Het Wetsvoorstel dat aan ZON zijn wettelijke basis moet geven, werd 2 juli 1997 bij de Tweede Kamer ingediend. Intussen is de nieuwe intermediaire organisatie in een oprichtingsconstructie op haar volledige werkterrein actief. Tussen ZON en het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van NWO werden samenwerkingsafspraken geformuleerd. Binnenkort zullen ook tussen Ziekenfondsraad en ZON afspraken op schrift worden gesteld. De organisatie is ook zeer actief bij het vormgeven van haar taken gericht op de implementatie van onderzoeksresultaten.

In de jaarlijkse brief aangaande het PEO-programma Volksgezondheid en Zorg wordt de Kamer meer in detail geïnformeerd over de voornemens en ontwikkelingen in het PEO-beleid voor 1998 en volgende jaren.

TNO

TNO krijgt voor het uitvoeren van beleidsonderbouwend onderzoek ten behoeve van de sectoren Voeding, Preventie en Gezondheid subsidie via het Doelfinancieringsprogramma VWS. Dit programma loopt via de begroting van het ministerie van OCenW. In 1998 bedraagt dit f 12 mln. Hiermee wordt onderzoek uitgevoerd binnen de thema's chronisch(e) ziek(t)en, preventie, veilig en sportief bewegen, kwaliteit en doelmatigheid van zorg, straling en gezondheid en voeding.

RIVM

Het RIVM verricht onderzoek gericht op ondersteuning van de beleidsontwikkeling en de uitoefening van toezicht op het terrein van de volksgezondheid. Het RIVM heeft een belangrijk aandeel in het onderzoek ten behoeve van preventiebeleid en gezondheidsbescherming.

Tot slot merk ik op dat vanaf 1998 de taakstellende korting van f 3 mln heeft plaatsgevonden op de totaal voor PEO-beschikbare middelen. Tevens zal vanaf 1999 f 10 mln minder voor dit beleidsterrein beschikbaar gesteld worden door de beperking van de aanwijzing van de

minister ex artikel 39 WFV, vijfde lid. In 1998 wordt deze korting gevonden binnen de overige curatieve zorg (sector 3.18).

2.3 Toekomstige ontwikkelingen na 1998

Bij het bevorderen van gezondheid spelen sectoren buiten de volksgezondheid een belangrijke rol. Daarom zullen afwegingen met het oog op te behalen gezondheidswinst niet alleen gemaakt moeten worden binnen de gezondheidszorg, maar ook binnen andere sectoren. Het ingezette beleid om te komen tot facetbeleid en het toepassen van gezondheidseffectscreening zal daarom worden voortgezet en versterkt. Om zo doelmatig mogelijk te kunnen werken zal bij beleidsbeslissingen op het terrein van de gezondheidszorg het uitgangspunt van 'evidence-based health policy', in navolging van 'evidence-based medicine', een centrale rol spelen. Met andere woorden, alleen de beleidsvormen die bewezen effectief zijn worden toegepast. Een verdere ontwikkeling van het programmatisch onderzoek ter ondersteuning van dergelijke besluitvorming is dan ook wenselijk. Een samenhangend beleid omtrent experimenten en onderzoek zal hiertoe dienstig zijn.

In het algemene preventiebeleid zal extra aandacht nodig blijven om die mensen te bereiken, die in de Nederlandse samenleving systematisch een achterstand hebben in hun gezondheidstoestand. Hiervoor is continuering van een doelgroepgerichte benadering nodig, gericht op het beïnvloeden van de determinanten van gezondheid. Via een programmatische, integrale aanpak zal er naar gestreefd worden om de doeltreffendheid van potentieel werkzame interventies te vergroten.

Ook na 1998 zal het versterken van het gemeentelijk gezondheidsbeleid en het functioneren van de GDD-en de aandacht hebben. De resultaten van het in 1998 uit te voeren actieprogramma zullen worden geïmplementeerd waarbij het werken volgens een gemeentelijke nota gezondheidsbeleid en het realiseren van tenminste een basispakket aan collectief-preventieve zorg uitgangspunt vormen.

Om de toename van privé-ongevallen een halt toe te kunnen roepen zal de komende jaren een intensivering van preventie-inspanningen nodig zijn. In het voedingsbeleid zullen voedselveiligheid en gezonde voeding de centrale thema's zijn.

Naast algemene preventie zal ziektespecifieke preventie de komende periode relevant blijven. Gezien de toenemende dreiging van infectieziekten is hiervoor blijvende aandacht noodzakelijk. Belangrijke thema's zijn de ontwikkeling van resistentie bij micro-organismen tegen antibiotica en de ontwikkeling van nieuwe, dure vaccins waardoor de kosten van preventie en bestrijding zullen toenemen. Tevens zal de aandacht gericht blijven op verbetering van de bestrijdingsstructuur, waarvan het outbreakmanagement een belangrijk onderdeel vormt. Daarbij is een goed systeem voor surveillance en early warning essentieel om tijdig op de hoogte te zijn van nieuwe ontwikkelingen en hierop te kunnen reageren. Op het gebied van screening zullen naar verwachting de komende jaren nieuwe mogelijkheden beschikbaar komen, zoals genetische screening. Op basis van een zorgvuldige afweging van kosten, effectiviteit en ethische aspecten zullen hierover beslissingen genomen worden.

Het aandeel van de bevolking dat lijdt aan een chronische ziekte zal de komende jaren sterk groeien. Het chronisch ziekenbeleid vergt daarom de komende periode een geïntegreerde aanpak van werkgelegenheid, zorg, sociale zekerheid en fiscale wetgeving.

Ter versterking van de positie van de patiënt en zijn (lotgenoten)organisaties zal ondermeer het budget in 1998 en 1999 van het Patiëntenfonds

gaandeweg worden verhoogd, zodat uiteindelijk een budget van meer dan f 30 mln. beschikbaar komt voor het financieren van landelijke patiëntenorganisaties.

HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

3.1 Terreinbeschrijving

De curatieve zorg omvat een breed scala aan instellingen en vrije beroepsbeoefenaren. Ze wordt traditioneel onderverdeeld in extramurale en intramurale zorg. Het extramurale aanbod van zorg bestaat uit: vrije beroepsbeoefenaren als huisartsen, verloskundigen, tandartsen en paramedici en ziekenvervoer bestaande uit de ambulancehulpverlening en het zittend ziekenvervoer. De intramurale curatieve zorg omvat de ziekenhuiszorg en de medisch-specialistische zorg. Daarbij zij opgemerkt dat medisch-specialistische zorg ook op beperkte schaal extramuraal aangeboden wordt. De traditionele onderverdeling van de curatieve zorg in extramurale en intramurale zorg is steeds minder bruikbaar door de toenemende aandacht voor transmurale zorg. In essentie duidt het begrip transmurale zorg op een samenhangend zorgaanbod, waarbij de locatie waar die zorg wordt geleverd in hoge mate wordt bepaald door de patiënt.

3.2 Terugblik

In de afgelopen jaren is er op verschillende manieren gewerkt aan de ontwikkeling van een werkbaar evenwicht tussen centrale en gedecentraliseerde sturing, en, in het verlengde daarvan, tussen algemene kaders en maatregelen en het creëren van ruimte voor maatwerk.

De deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en de afronding van de uitvoering van de ziekenhuisplannen ex WZV vormen daarvan een belangrijk onderdeel. Met de deregulering zijn ten behoeve van instandhoudingsinvesteringen middelen overgeheveld naar de instellingsbudgetten c.q. gereserveerd voor trekkingsrechten. In de afronding van het capaciteitsbeleid conform de eerder genoemde ziekenhuisplannen is in de afgelopen jaren f 70 mln extra geïnvesteerd. In de speurtocht naar maatwerk binnen algemene kaders moet ook de totstandkoming van de lokale initiatieven genoemd worden. In vrijwel het hele land zijn lokaal afspraken gemaakt tussen ziekenhuizen, specialisten en verzekeraars over de honorering van medisch specialisten en over kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten. Dit onderstreept het succes van de lokale insteek. Om deze initiatieven te stimuleren is structureel f 216 mln aan vrijwaring van tariefkortingen ingezet. Tevens is de productiviteitskorting van f 24 mln beschikbaar gesteld voor herinvestering in de medisch specialistische zorg.

Binnen de lokale initiatieven –maar ook daarbuiten– is een tendens ontstaan van het naar elkaar toe groeien van aandacht voor kwaliteit en doelmatigheid. Een tekenend voorbeeld hiervan is de aanpak van de wachtlijstproblematiek, waarop in de volgende paragraaf nader wordt ingegaan. Voor 1997 is f 50 mln extra ingezet, waarvan f 45 mln bestemd voor de curatieve somatische zorg.

Om zoveel mogelijk tot maatwerk te kunnen (blijven) komen is in de afgelopen jaren extra aandacht besteed aan de schaalgrootte binnen de ziekenhuissector. Verdergaande schaalvergroting wordt in de sector niet echt nodig geacht. Aan de andere kant van het schaalcontinuum is gekeken naar de toekomstmogelijkheden van de kleinere ziekenhuizen. Met een gerichte aanpak 'op maat' zijn die mogelijkheden –zeker in de meer landelijke gebieden– uitdrukkelijk aanwezig. Ook in de dialoog met de academische ziekenhuizen was de balans in de wijze van sturing een belangrijk punt. Uit die dialoog is het hoofdlijnenaccord voortgekomen. Dit accord houdt in dat de academische ziekenhuizen in overleg met de verzekeraars binnen het aangegeven kader zelf tot een prioritering in de verdeling van de middelen komen.

Voorts is een betere samenwerking op regionaal niveau tussen intra- en extramurale aanbieders ontstaan. Daarbij is de rol van de huisarts van

groot belang. De rol van huisarts als poortwachter is en zal in de toekomst verder worden uitgebouwd. Daartoe is in de afgelopen jaren geïnvesteerd in de versterking van de positie van de huisarts in de curatieve somatische zorg. Er is structureel f 82 mln geïnvesteerd voor het oplossen van enkele specifieke knelpunten, namelijk het afschaffen van de kostenknik in het ZFW abonnementstarief, een hoger tarief voor patiënten ouder dan 65 jaar en een hoger tarief voor de meer tijd en aandacht vergende patiënten in achterstandswijken. Betrokken partijen werken verder aan verbeteringen in de praktijkorganisatie, transmurale activiteiten, het voorschrijven op stofnaam en het verwijzen naar de paramedische hulp. Huisartsen werken met de paramedische beroepsgroepen aan een betere onderlinge afstemming. Het werken aan deze verbeteringen gaat het komend jaar door.

3.3 Financiën

In tabel 3.1 wordt een overzicht gegeven van de uitgaven voor curatieve en somatische zorg voor de jaren 1993 tot en met 2002. De cijfers tot en met 1996 betreffen realisatiecijfers, de cijfers vanaf 1997 (bijgestelde) ramingscijfers.

Tabel 3.1 Uitgaven Curatieve Somatische Zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Huisartsenzorg	1 885,0	1 911,0	1 964,6	2 009,2	2 146,5	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9
2 Gezondheidscentra	32,9	37,6	28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
3 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	2 338,5	2 407,0	1 030,7	991,8	1 042,2	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8
4 Fysiotherapie	1 235,4	1 250,9	1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7
5 Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)	74,9	76,0	78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6
6 Logopedie	73,8	70,9	76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6
7 Ergotherapie				5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
8 Verloskundige zorg	108,6	116,0	126,6	134,0	140,1	139,4	139,4	139,4	139,4	139,4
11 Kraamzorg	371,0	380,5	370,7	375,6	390,2	388,2	388,2	388,2	388,2	388,2
13 Moeder- en kindzorg/dieetadvisering	290,0	290,0	290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
15 Algemeen maatschappelijk werk	214,0	219,0	219,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0
16 Algemene en categorale ziekenhuizen	12 122,0	12 365,0	12 679,0	13 008,6	13 434,6	13 592,2	13 675,2	13 782,2	13 899,1	14 040,5
17 Academische ziekenhuizen	3 386,0	3 639,0	3 835,1	4 017,3	4 231,6	4 384,1	4 468,6	4 511,4	4 556,9	4 558,5
18 Overig curatieve zorg	525,6	509,9	519,0	542,8	548,6	565,5	523,2	523,8	523,2	523,2
19 Medisch specialistische zorg	2 178,4	2 221,0	2 264,2	2 358,2	2 425,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7
20 Tandheelkundig specialistische zorg	346,0	346,0	214,5	114,5	122,7	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
21 Ambulancevervoer	311,0	328,0	323,0	333,4	346,3	351,9	351,9	351,9	351,9	351,9
22 Overige ziekenvervoer	249,0	257,0	292,0	299,2	310,1	297,4	292,4	292,4	292,4	292,4
Totaal JOZ 1998	25 742,1	26 424,8	25 571,9	25 888,8	26 925,6	27 277,0	27 397,2	27 547,6	27 709,4	27 852,4
Procentuele mutatie		2,7	-3,2	1,2	4,0	1,3	0,4	0,5	0,6	0,5

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

Het financiële beeld voor de curatieve somatische zorg in het JOZ 1998 sluit aan bij de vorige jaargangen. Er is weliswaar sprake van volumegroei, maar wel van beperkte en beheerste. Wederom is in de curatieve zorg gestreefd naar een evenwicht tussen doelmatigheid en kwaliteit en naar een kwalitatief en kwantitatief toereikende en voor een ieder toegankelijk aanbod van zorg.

Om deze doelstellingen te kunnen realiseren is er enerzijds voor gekozen om in financiële zin in te grijpen in die sectoren waar de werkelijke uitgaven de ramingen overschrijden. De tandheelkunde kent nu al een aantal jaren een volumeoverschrijding. Het overschrijden begint derhalve een structureel karakter te vertonen. In verband met de geconstateerde volumeoverschrijding in 1996 zal ter redressering per 1 januari 1998 een compenserende tariefmaatregel worden getroffen van f 23 mln. Voorts wordt –analoog aan de pakketbeperkende maatregel bij de fysiotherapie– een pakketbeperkende maatregel bij de verstrekking

logopedie voorbereid. Voorshands is hier taakstellend vanaf 1998 een opbrengst van f 10 mln ingeboekt.

De afrekening over 1996 leidt derhalve tot een tweetal corrigerende maatregelen. De afrekening bij de paramedische zorg (fysiotherapie) geeft geen ruimte om de structurele tariefkorting ongedaan te maken. Tevens zal de incidentele korting wederom moeten worden verlengd om het uitgavenniveau binnen de beschikbare kaders te houden. De beperkende maatregel heeft in grote lijnen het taakstellende bedrag opgeleverd. Geconstateerd is dat het door de fysiotherapeuten in het tweede compartiment verloren bedrag nagenoeg in het derde compartiment is terugverdiend.

Verder heb ik besloten om, als onderdeel van het gehele pakket aan maatregelen 1998, de indicatie voor het zittend ziekenvervoer aan te scherpen. De geraamde opbrengst bedraagt f 10 mln.

Anderzijds is het gelukt om binnen de krappe uitgavenkaders voor de curatieve zorg enige ruimte voor uitbreidingsbouw beschikbaar te stellen, een beperkte autonome groeiruimte te hebben voor het opvangen van de demografische ontwikkelingen en de autonome druk op voorzieningen als nierdialyses, neonatologie, transplantaties en focale neurochirurgie. Daarnaast is er ruimte vrijgemaakt om een aantal knelpunten op te lossen. Op basis van het advies van de 'commissie lijst fysiotherapie' wordt de lijst chronische aandoeningen met ingang van 1 januari 1998 uitgebreid. Hiermee is naar verwachting ongeveer f 18 mln op jaarbasis gemoeid. Verder is er f 7 mln beschikbaar voor initiatieven op het gebied van de palliatieve zorg. Voor de ingrepen aan het hart is f 10 mln extra beschikbaar. Ook is er dekking gevonden voor de f 22 mln meerkosten die het gevolg zijn van de werktijdenbesluiten voor geneeskundigen en verloskundigen (WBGV). Voor de verdere ontwikkeling van de zorg op het gebied van pijnbestrijding is f 3,5 mln beschikbaar. Voor de revalidatiecentra is f 0,5 mln vrijgemaakt ten behoeve van de functie chronische ademhalingsondersteuning. Tot slot is er f 3 mln beschikbaar voor de facilitering van een aantal beleidswijzigingen op het gebied van ambulanciezorg en is f 10 mln voor de traumacentra gereserveerd.

3.4 Beleid 1998

3.4.1 Organisatie en besturing

3.4.1.1 Inleiding

Zorg verlenen doe je samen. Werken aan samenhang in de zorg is op alle niveaus van enorm belang. Dat is zo langzamerhand gelukkig gemeengoed aan het worden. Het gaat om samenhang tussen verschillende organisaties, maar ook om samenhang binnen organisaties. De relaties die daartoe noodzakelijk zijn kun je niet van bovenaf opleggen. Die moeten vooral groeien in de feitelijke werksituatie.

De sturing van die zorgverlening moet, alleen al hierom, zoveel mogelijk ter plekke kunnen plaats vinden. In dat 'zoveel mogelijk' liggen de nuanceringen besloten. Voor de uitvoering van hart-longtransplantaties is een meer directe sturing gewenst en mogelijk dan voor de zorgverlening aan patiënten die hun been gebroken hebben.

3.4.1.2 Samenhang tussen aanbieders

De ontwikkeling van die samenhang is niet altijd makkelijk, maar wel van groot belang voor de patiënt. Als een patiënt achtereenvolgens de zorg van de huisarts, de medisch specialist en de thuiszorg nodig heeft, moet deze geen losse brokjes, maar een op elkaar afgestemde pakketten aangeboden krijgen. De ontwikkeling van de ketenkwaliteit staat daarmee centraal.

Samenhang ziekenhuis-thuiszorg

Patiënten willen na een operatie in het algemeen zo snel mogelijk naar huis om daar verder te herstellen. In 1997 zijn de contacten tussen ziekenhuizen en thuiszorg gestimuleerd door de 'knip in de thuiszorg': de overheveling van de kortdurende ziekenhuisgerelateerde thuiszorg naar het tweede compartiment. Omdat in de praktijk bleek dat deze 'knip' knelpunten opleverde, met name in de relatie verzekeraar-thuiszorgorganisatie, wordt de 'knip' per 1 januari 1998 teruggedraaid. De thuiszorg in het tweede compartiment is dan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg. Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om een deel van hun budget te besteden aan verpleging en verzorging buiten de muren. Bij het organiseren van ziekenhuisverplaatste zorg zal het ziekenhuis contact zoeken met thuiszorgorganisaties. Het ziekenhuis kan met thuiszorgorganisaties samenwerkingsafspraken maken of bij deze organisaties zorg inkopen. Een goede samenwerking tussen thuiszorgorganisaties en ziekenhuizen kan er in de toekomst toe leiden dat in bepaalde situaties verblijf in het ziekenhuis na diagnostiek of behandeling in het geheel niet meer aan de orde is. De verzekeraar speelt een belangrijke rol in het stimuleren van dit proces.

Samenhang huisarts-ziekenhuis

In het verder gestalte geven aan samenwerking wordt tevens de aandacht gevestigd op de versteviging van de banden tussen de huisartsen en het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf. Vanuit de ziekenhuizen wordt meer en meer menskracht ook buiten de muren ingezet. Andersom beginnen huisartsen op verschillende plekken (ook) een rol binnen het ziekenhuis te krijgen. Een uitgesproken voorbeeld hiervan is het huisartsenexperiment in Velsen, waarover de Tweede Kamer in mei jongstleden schriftelijk geïnformeerd is. In Velsen wordt de EHBO-post in een voormalig ziekenhuisgebouw door huisartsen bemenst, met verpleegkundige en technische ondersteuning van de ziekenhuisorganisatie en een achterwacht door de medisch specialisten. Ter plekke zijn tevens zogeheten huisartsenbedden beschikbaar. Deze wijze van functie-invulling is nieuw en zal nadrukkelijk geëvalueerd worden. Uiteraard zijn tal van andere manieren denkbaar voor een stevige samenwerking tussen huisarts en ziekenhuis. Te denken valt bijvoorbeeld aan gezamenlijke consulten, al dan niet met gebruik van moderne informatietechnologie. Daar waar ziekenhuizen en specialisten binnen een lokaal initiatief in hun verhoudingen een goede balans gevonden hebben, is er nu de gelegenheid om de modernisering te verbreden, en de blik sterker te richten op zaken als de relatie met de huisartsen.

Samenwerking huisarts-andere zorgaanbieders

Als vervolg op de afspraken over het rapport 'Poortwachter in de praktijk' van de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg (PWH) hebben eerstverantwoordelijke partijen belangrijke stappen gezet ter versterking van de huisartsenzorg en de samenwerking met andere zorgaanbieders. Naast hierboven genoemde ontwikkelingen kan verder gewezen worden op maatregelen die zijn getroffen voor het verminderen van de werklast en het ondersteunen van de huisartsen in achterstandswijken, bevorderen van duopraktijken, groepspraktijken en HAGRO's respectievelijk de samenwerking met gezondheidscentra, het voorschrijven op stofnaam waarbij de afstemming met specialisten en apotheekhoudenden wordt verbeterd, en het verwijzen naar paramedische hulp, waarbij huisartsen met fysio- en oefentherapeuten werken aan een betere afstemming. Ook is de samenwerking tussen huisartsen en thuiszorg van belang. Dit kan vorm worden gegeven in bijvoorbeeld zorgcentra. Het beleid zal er in de toekomst op zijn gericht om deze zorgcentra in de wijk samenhangende zorg-op-maat te laten leveren waarbij kan worden samengewerkt

tussen huisartsen, praktijkverpleegkundigen, en paramedici. Hierbij zal uiteraard ook de rol van de gezondheidcentra worden betrokken. Tenslotte is ook de samenwerking in de verloskundige zorg een punt van aandacht. Om de thuisbevalling te bevorderen zal met de organisaties van huisartsen en verloskundigen verder worden overlegd om te komen tot meer en verbeterde samenwerking en overeenstemming over te stellen eisen aan de (keten)kwaliteit van de verloskundige zorg.

Samenhang huisartsenzorg-ambulancezorg-ziekenhuiszorg

Met name bij de spoedeisende medische hulpverlening is het van groot belang dat huisartsenzorg, ambulancezorg en ziekenhuiszorg inhoudelijk naadloos op elkaar aansluiten. De totstandkoming van regionale ambulancevoorzieningen en de ontwikkeling van regionale protocollen en standaarden voor hulpverleners (huisartsen, ziekenhuizen, CPA-en en ambulancediensten) zijn belangrijke voorwaarden om de zorg voor met name acute patiënten optimaal te laten zijn. De beleidsvoornemens ten aanzien van de ambulancezorg, de zorg voor ernstige ongevalspatiënten en de geneeskundige hulpverlening bij rampen staan verder uitgewerkt in de nota van de ministers van BiZa en VWS ('Met zorg verbonden') die onlangs aan de Tweede Kamer is aangeboden.

3.4.1.3 De geïntegreerde ziekenhuisorganisatie

Stap voor stap wordt het geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf meer werkelijkheid. De lokale initiatieven zijn –voor zover ze niet al een langere looptijd hadden– voor 1997 overal verlengd. Een goede voortgang daarvan is essentieel. Zij leveren in belangrijke mate een bijdrage aan de samenhang binnen organisaties. Binnen de lokale initiatieven kan verder vorm gegeven worden aan –onder meer– nieuwe onderlinge verhoudingen en kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten.

Optimale kaders voor doelmatige organisaties kunnen voorts worden gecreëerd door de ziekenhuizen in de gelegenheid te stellen met aanneemsommen te gaan werken. In het JOZ 1997 heb ik het voornemen daartoe aangekondigd. In het begin van dit jaar is met de ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant als eerste in het land overeenstemming bereikt over een experiment, waarbij overgestapt wordt van een stelsel van functiegerichte budgettering naar een aanneemsom. Dit houdt in dat aan deze ziekenhuizen voor de jaren 1997, 1998 en 1999 een aanneemsom wordt toegekend waarmee zij de zorg zullen leveren. Binnen het lokaal initiatief wordt de gelijkgerichtheid van het financiële systeem voor ziekenhuizen en specialisten daarmee verder doorgezet. De aanneemsom geeft de initiatiefnemers maximale vrijheid om de patiëntenzorg optimaal in te richten. Zij hoeven niet langer afspraken te maken aan de hand van de gebruikelijke parameters. Ook zullen de betreffende ziekenhuizen gevrijwaard worden van budgetkortingen ten gevolge van macro-overschrijdingen. Door te werken met een aanneemsom draagt men immers ook niet langer bij aan het ontstaan van overschrijdingen. Ik heb dit initiatief aangemerkt als een experiment.

Tevens heb ik andere ziekenhuizen in de gelegenheid gesteld voorstellen in te dienen om met aanneemsommen te gaan werken. Inmiddels ligt er een aantal voorstellen voor initiatieven.

Een derde ontwikkeling die van belang is voor het geïntegreerde medisch specialistisch bedrijf is die van de producttypering. De Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Orde van Medisch Specialisten (OMS) hebben enkele jaren geleden met subsidie van dit departement het project producttypering ziekenhuiszorg ingesteld. Voor de transparantie binnen de organisatie is het belangrijk om te beschikken over een systeem van producttyperingen

waarin zowel de bijdrage van het ziekenhuis als die van de specialist verwerkt zijn. Aan het project producttypering wordt hard gewerkt. Naar verwachting zal de uitwerking in het komend jaar zo ver gevorderd zijn dat met de hantering van producttyperingen op beperkte schaal gestart kan worden.

Het systeem van lumpsums voor specialistenhonoraria, vastgesteld in het kader van de lokale initiatieven, zal in de komende jaren speciale aandacht vragen. De lumpsum afspraken zijn vastgelegd op historische basis. Vervolgens is een aantal jaren achtereenvolgende een landelijk, ongedifferentieerd percentage vastgesteld, ten behoeve van de maximaal toegestane mutatie voor volumegroei.

Bij deze handelwijze wordt geen rekening gehouden met regionale en lokale verschillen in de dynamiek van de sector en bevolkingsgroei. Daar waar men extra instroom van specialisten noodzakelijk acht, moet de ruimte eveneens binnen de afgesproken lumpsum gevonden worden. Voor de langere termijn is dit niet houdbaar. Daarom zal naar een methode van mutatie gezocht moeten worden die meer recht kan doen aan de genoemde verschillen. De mate waarin de verzekeraarsbudgettering voortschrijdt zal daarbij zeker betrokken worden.

3.4.1.4 Rapporten MDW II en III en RvZ

Medio 1996 verschenen twee gedegen rapporten op het terrein van de ziekenhuiszorg: het ene in het kader van de operatie Marktwerving, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) van dit kabinet ('Het ziekenhuis ontketend') en het andere naar aanleiding van een adviesaanvraag aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ, 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming'). Beide rapporten pleiten voor meer ruimte voor marktwerving en ondernemerschap in de ziekenhuissector en bevatten aanbevelingen op het gebied van afspraken, capaciteit en infrastructuur, bekostiging, tarieven en prijzen.

De aanbevelingen liggen in grote lijnen in het verlengde van het beleid dat deze kabinetsperiode reeds ten aanzien van de ziekenhuizen is ingezet en dat wordt gekenmerkt door deregulering en een verschuiving van sturingsverantwoordelijkheden naar het veld. Ik denk hierbij bijvoorbeeld aan de mate van budgettering van verzekeraars en de overheveling van de verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de ziekenhuisgebouwen naar de ziekenhuisorganisaties. Met dit beleid wordt een doelmatiger, flexibeler en meer op de patiënt afgestemd zorgaanbod beoogd. Gezien de complexiteit en het samenhangende karakter van de aanbevelingen, heb ik ter ondersteuning van de uitwerking hiervan een MDW-projectgroep ziekenhuiszorg in het leven geroepen. Hierin hebben naast functionarissen uit het veld ook medewerkers van diverse betrokken departementen zitting. De projectgroep zal de aanbevelingen uitwerken in een implementatieplan. Dit plan wordt begin 1998 verwacht.

MDW III

In opdracht van het kabinet zijn ook alle formele en informele ordeningsafspraken en regelgeving tussen en ten aanzien van fysiotherapeuten en tandartsen onderzocht, alsmede de prijsvorming in de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). Vervolgens zijn voorstellen gedaan die gericht zijn op een doelmatiger zorg binnen de randvoorwaarden van kwaliteit, toegankelijkheid en kostenontwikkeling.

Het MDW rapport geeft aan dat de zorgsector gebaat is bij een mix van overheidssturing en marktelementen. De concrete voorstellen richten zich op het meer risicodragend maken van verzekeraars, het wegnemen van (publiek- en privaatrechtelijke) belemmeringen voor doelmatig werken aan de aanbodzijde (waaronder revitalisering overeenkomstenstelsel, differentiële tarieven, opheffen verbod eigen instellingen, aanpassing en

vereenvoudiging tarieven mondzorg) en op het bevorderen van transparantie van de zorgverlening (waaronder onafhankelijke vaststelling en toetsing van protocollen, herzien pakketafbakening fysiotherapie, uitbreiding van de taak van de mondhygiënist). Het kabinetsstandpunt op het rapport is onlangs aan de Tweede Kamer aangeboden.

WBMV

Met het Wetsvoorstel de bijzondere medische verrichtingen (WBMV) is een gemoderniseerd instrumentarium ontwikkeld om te kunnen sturen op specifieke onderdelen. Het betreft hier in feite de 'uitzonderingen', waarop een meer directe sturing gewenst is van de overheid dan op de reguliere, in elk ziekenhuis voorkomende zorg. Die sturing kan stimulering inhouden, maar ook een verbod op bepaalde verrichtingen. Het voorstel is thans bij de Eerste Kamer in behandeling. Ondertussen worden de bijzondere functies bekeken die in aanmerking blijven of zullen gaan komen voor concentratie dan wel voor een gerichte financiering. In principe zal een groei van functies die onder de WBMV gaan vallen, bekostigd worden uit de autonome groei. Daarbovenop kan ervoor gekozen worden voor enkele functies afzonderlijke middelen vrij te maken binnen het JOZ. Binnen de kaders van hoofdlijnenakkoorden voor de academische en algemene ziekenhuizen zullen over deze groeimogelijkheden concrete afspraken worden gemaakt.

3.4.2 Toegang tot de zorg

3.4.2.1 Inleiding

De gelijke toegang van iedereen tot de zorg is een kostbaar goed. Medische criteria zijn het uitgangspunt van behandeling van patiënten en de volgorde van behandeling. Voorrangsbehandelingen op basis van andere dan medische criteria zijn ongewenst.

Om die gelijke toegankelijkheid ook in de praktijk vol te kunnen houden, is het van belang te (blijven) werken aan het oplossen van te lange wachtlijsten en het bepalen van aanvaardbare wachttijden over de hele linie van de zorg. Daartoe is –wederom– een solide samenhang en afstemming in het zorgaanbod onontbeerlijk.

3.4.2.2 Privéklinieken

Op dit moment wordt gewerkt aan regelgeving die het mogelijk maakt het oprichten van priveklinieken tijdelijk te verbieden. Dit in afwachting van een definitieve regeling voor priveklinieken. Verdere uitbreiding zou immers ten koste gaan van de kwaliteit en de doelmatigheid van de zorg. De bezwaren richten zich voornamelijk op het feit dat privéklinieken niet bijdragen aan een betere integratie en samenhang van de verschillende zorgaanbieders. Ook missen zij de multidisciplinaire omgeving die integrale zorgverlening mogelijk maakt en is de voor- en nazorg en opvang bij complicaties een kwetsbaar punt. Een goede medisch specialistische zorg is gebaat bij binding met een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. Ook voor bestaande privéklinieken gaat in dit verband de voorkeur uit naar aansluiting bij de ziekenhuisbranche. Te denken valt aan de privékliniek als onderaannemer van het ziekenhuis. Méér privéklinieken betekent bovendien extra infrastructuur en daarvan is in Nederland (meer dan) voldoende voor handen. De totale kosten van de ziekenhuiszorg dreigen hierdoor op te lopen. De voordelen die privéklinieken bieden, zoals snelle service en korte wachttijden, kunnen ook in de reguliere zorg worden behaald, bijvoorbeeld door het stroomlijnen van bepaalde zorgprocessen. Het wetsvoorstel Tijdelijke wet privé-klinieken is in juni jongstleden aan de Raad van State voorgelegd voor advies. Indiening van het wetsvoorstel bij de Tweede Kamer zal zo spoedig mogelijk gebeuren.

3.4.2.3 *Wachttijden*

In december 1996 is de notitie 'Wachttijden in de curatieve zorg' naar de Tweede Kamer gestuurd. In die notitie is aangegeven dat een structurele aanpak van wachttijden noodzakelijk is. Er is f 50 mln beschikbaar gesteld voor een eenmalige inhaalslag bij de wachtlijsten met de grootste knelpunten. Daarvan was f 45 mln gereserveerd voor knelpunten in de curatieve somatische zorg. In juni 1997 is dit geld verdeeld onder circa 80 ziekenhuizen die daartoe een aanvraag hadden ingediend. Hierbij is gekozen voor knelpunten op het gebied van totale knie- en heupoperaties, cataract-operaties, open-hart-operaties en PCTA-en. In 1998 zal het gebruik van deze gelden geëvalueerd worden. Hierbij zal gekeken worden naar de besteding van de toegekende middelen, de effecten op de wachttijden en naar het wachttijdenmanagement. Structurele maatregelen zijn hiernaast nodig om het bereikte resultaat in de toekomst te kunnen handhaven. Uniforme registratie, eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling zijn hierbij essentiële elementen. Bij incidentele problemen op instellingsniveau bestaat de mogelijkheid de wachtlijstbrigade in te zetten met het doel snel inzicht te krijgen in de mogelijke oorzaken van te lange wachttijden. Het NZi zal, mede op verzoek van VWS, onderzoek doen naar de maatschappelijke effecten van de wachtlijstverminderende projecten.

3.4.2.4 *Intensivering interventies aan het hart*

Gezien de snelle groei van het aantal interventies aan het hart, zal de 'inhaalslag wachtlijsten' de wachttijdenproblematiek voor deze ingreep op de langere termijn niet kunnen oplossen. Ik heb derhalve besloten om structureel extra financiële ruimte voor deze verrichtingen te reserveren. Verder zal het aantal hartcentra worden uitgebreid. Een plan van aanpak hiertoe heb ik in juni 1997 aan de Tweede Kamer aangeboden. In dit plan van aanpak is onder meer aangegeven dat het Medisch Spectrum Twente in Enschede en het Ziekenhuis Leyenburg in Den Haag een vergunning voor het starten van een hartcentrum zullen ontvangen. Daarnaast zal in het Medisch Centrum Alkmaar in samenwerking met de Amsterdamse hartcentra een experiment worden gestart, gericht op de uitoefening van PTCA. Het Medisch Centrum Leeuwarden is verzocht om bij de uitwerking van concentratie- en vernieuwbouwplannen voor een zodanig flexibele opzet te kiezen, dat de mogelijke start van een hartcentrum zonder al te grote (bouw)investeringen in de toekomst kan plaatsvinden. Alle ziekenhuizen die zich toeleggen op de bijzondere interventies aan het hart, zullen de komende jaren moeten komen tot een verdergaande onderlinge samenwerking. Met name gaat het hierbij om het totstandbrengen van verzorgingsgebieden waarin enkele hartcentra verantwoordelijk zijn voor een adequaat zorgaanbod van goede kwaliteit en het ondersteunen van de oprichting van nieuwe hartcentra. Speciale aandacht is nodig voor de registratie en doorverwijzing van patiënten. Op het eerste onderdeel is al flink wat bereikt. Men name op het gebied van doorverwijzing zijn verbeteringen mogelijk. Het is primair de verantwoordelijkheid van de centra zelf om aan deze samenwerking vorm te geven.

3.4.2.5 *Fysio- en oefentherapie*

Per 1 januari 1996 is de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering van kracht geworden, waarin is gekozen voor een beperking van de aanspraak op fysio- en oefentherapie, met bijzondere aandacht voor het in stand houden van de vergoeding van de zorg voor verzekerden die aangewezen zijn op langdurige fysiotherapie en oefentherapie Cesar of Mensendieck.

De Ziekenfondsraad is verzocht zorg te dragen voor de evaluatie van de beperkende maatregel. Deze evaluatie zal medio 1998 zijn afgerond.

Desgevraagd heeft de Ziekenfondsraad een commissie ingesteld die de minister van VWS adviseert over eventuele noodzakelijke tussentijdse bijstellingen van de lijst chronische aandoeningen. Op grond van de adviezen van deze Commissie 'Lijst' heeft de minister van VWS besloten de Regeling paramedische hulp ziekenfondsverzekering dienovereenkomstig bij te stellen. Deze bijstelling van de regeling zal van kracht worden op 1 januari 1998. De Kamer is hierover reeds geïnformeerd. De lijst chronische aandoeningen wordt gewijzigd (veelal een versoepeling van de beperkende voorwaarden), conform het advies van de commissie van de Ziekenfondsraad, ten aanzien van aandoeningen zoals Osteoporose, botmetastasen en M. Kahler, CVA, Whiplash, Claudicatieklachten en nog enkele andere.

3.4.3 Kwaliteit en doelmatigheid

3.4.3.1 Inleiding

Het kwaliteitsbeleid in de zorg krijgt meer en meer aandacht vanuit de gedachte dat er voor gezorgd moet worden dat de per definitie beperkte personele en financiële middelen ook zo goed mogelijk worden ingezet, zuinig en zinnig. In de voortgangsnotitie 'MTA en doelmatigheid' is al aangegeven dat kwaliteit en doelmatigheid niet van elkaar gescheiden kunnen worden gezien.

Het kwaliteitsbeleid van de afgelopen jaren heeft geleid tot een wettelijk kader dat de verschillende partijen in het veld voor een deel de vrijheid laat om zelf invulling te geven aan hun kwaliteitsbeleid. Het meest duidelijk komt dit naar voren in de Kwaliteitswet zorginstellingen. Deze vrijheid heeft geresulteerd in een groot aantal projecten, onderzoeken en experimenten in zorginstellingen en bij beroepsgroepen, gericht op het invoeren of vervolmaken van een kwaliteitssysteem.

Met betrekking tot een grotere transparantie over het gevoerde kwaliteitsbeleid is op instellingsniveau een begin gemaakt met het schrijven van een kwaliteitsjaarverslag waarin verantwoording wordt afgelegd van het gevoerde kwaliteitsbeleid, conform de eisen uit de Kwaliteitswet. Een eerste analyse van de jaarverslagen geeft aan dat nog lang niet alle instellingen aan deze eis voldoen en in de loop van het jaar zal in samenspraak met de IGZ bezien worden op welke wijze hiermee omgegaan kan worden. Daarnaast ontstaat in de zorg steeds meer vraag naar certificering, de externe toetsing. Ter voorkoming van wildgroei op het gebied van certificering in de zorg is in de MTA-brief een bedrag van f 0,5 mln op jaarbasis voor de periode 1997–2001 uitgetrokken om de harmonisatie hiervan te stimuleren.

Goede voorbeelden van kwaliteitszorg gekoppeld aan een doelmatige werkwijze kunnen beter worden gepresenteerd met het oog op een bredere navolging dan tot op heden het geval is. De in gang gezette stimulering van het ontwikkelen van spiegelinformatie kan hierbij van belang zijn.

Ook de herinrichting van het zorgproces, meer gericht op de vraagzijde van de patiënt, kan consequenties hebben voor de wijze waarop de afgelopen jaren het kwaliteitsbeleid vorm heeft gekregen.

De wijze waarop het begrip ketenkwaliteit vorm krijgt verdient aandacht: aanpalende terreinen binnen de zorg dienen zoveel mogelijk hun zorgverlening op elkaar aan te laten sluiten. Dit is van belang op instellingsniveau, maar ook op het niveau van de koepels en de verschillende beroepsbeoefenaren onderling. Bezien zal worden op welke wijze de transmuralisering van de zorg verder kan worden gestimuleerd. Hierbij is het van groot belang dat de informatievoorziening zowel voor als over de patiënt/consument eenvoudig overdraagbaar is tussen de sectoren.

Het komend jaar zal een herbezinning plaatsvinden om te bezien op welke wijze en op welke onderdelen de sturing om tot een meer geïntegreerde benadering van het kwaliteitsbeleid te komen kan worden vormgegeven.

3.4.3.2 Informatievoorziening/benchmarking en MTA

In de voortgangsnotitie 'MTA en doelmatigheid van zorg¹' van 2 april jongstleden zijn enkele aanvullende maatregelen opgenomen met als doel in de komende periode een groot aantal verrichtingen en zorgprocessen via richtlijnen te standaardiseren en de toepassing ervan te bevorderen. Ter ondersteuning daarvan heb ik tevens extra aandacht aangekondigd voor benchmarking. De daartoe uitgenodigde betrokkenen zijn inmiddels aan de slag gegaan. Voor de uitvoering van activiteiten is ruim f 6 mln op jaarbasis uitgetrokken. Het instituut voor Medical Technology Assessment (iMTA) start in 1997 een 'aanjaag-programma' van vier jaar, waarbij het doel is bestaande protocollen en standaarden om te bouwen tot kosten-effectieve richtlijnen. Dit programma sluit nauw aan bij het te starten programma van ZON/NWO dat speciaal gericht is op de implementatie van richtlijnen.

Doelmatigheidsbevordering door beroepsbeoefenaren en instellingen is te stimuleren door op (micro-niveau) te sturen op gestandaardiseerde en vergelijkbare betrouwbare informatie. Daarvoor is een permanent bestand met gevalideerde kengetallen noodzakelijk die gebruikt kunnen worden voor benchmarking: het geven van spiegelinformatie aan beroepsbeoefenaren en instellingen over zowel het primaire zorgproces als de facilitaire dienstverlening (waaronder de inkoopfunctie). Aan SIG, NIVEL, NZi en VEKTIS tezamen is gevraagd om in overleg met betrokken partijen een systeem van spiegelinformatie te ontwikkelen.

Begonnen wordt met in kaart te brengen welke vormen van benchmarking en spiegelinformatie reeds beschikbaar gesteld worden door de verschillende gegevensleveranciers. Tevens is opdracht gegeven om onderzoek te doen naar het gebruik van dergelijk materiaal en naar de mogelijkheden om daarin verbetering aan te brengen.

Daarnaast krijgen NIVEL en NZi opdracht om samen met de eigenaars van informatie een clearinghouse op te richten waar informatie over succesvolle initiatieven wordt verzameld en verspreid naar beroepsbeoefenaren, instellingen en andere belanghebbenden.

In het verlengde van het vorig jaar uitgebrachte 'Brancherapport Curatief Somatische Zorg' is het afgelopen jaar langs een aantal lijnen verder gewerkt aan de verbetering van de beleidsinformatievoorziening. Begonnen is met het onderscheiden en invullen van kengetallen waarmee de ontwikkelingen in de curatieve zorg gemonitord kunnen worden. Ten aanzien van CVA, oogzorg en thuiszorg is de behoefte aan beleidsinformatie nader uitgediept. Duidelijk is nu welke informatie op deze drie terreinen nog ontbreekt en dus ook wat er verbeterd moet worden om in de komende jaren kwantitatief onderbouwde uitspraken te doen over het gevoerde beleid. In overleg met de betrokken veldpartijen worden verbeterprojecten ingezet. Deze aanpak is zo goed bevallen dat in 1998 opnieuw verdiepingsslagen zullen worden uitgevoerd.

3.4.3.3 Stralingsbescherming

Het aantal medische handelingen waarbij van ioniserende straling gebruik wordt gemaakt, is de afgelopen jaren sterk toegenomen. Tegen deze achtergrond is het essentieel dat passende maatregelen worden vastgelegd om de stralingsbescherming van patiënten te verbeteren, zonder dat de voordelen van de bestraling –vroegtijdige opsporing, diagnose of therapie– daardoor in gevaarkomen. Relevant in dat verband is dat binnenkort de EG-Richtlijn 84/466/Euratom wordt vervangen. Deze richtlijn

betreft de bescherming van personen tegen de gevaren van ioniserende straling in verband met medische blootstelling. In vergelijking met de oude richtlijn bevat de herziene richtlijn een belangrijke verscherping van eisen. Zo worden de bestaande eisen ten aanzien van de kwaliteitscontrole van radiologische installaties uitgebreid en wordt de houder van een radiologische installatie verplicht passende programma's voor kwaliteitsborging op te stellen. Uiterlijk in 2000 dient Nederland aan de herziene EU-richtlijn te voldoen. Bij de implementatie in nationale wet- en regelgeving zal het veld worden betrokken.

3.4.3.4 Intramurale genees- en hulpmiddelen

Zowel op het terrein van de geneesmiddelen als op dat van de hulpmiddelen is voor zover deze ten laste komen van het intramurale budget mijn beleid er op gericht om gepast gebruik te bevorderen en de kosten te beheersen. Dit beleid is gebaseerd op selectieve toepassing van het ontwikkelingsgeneeskundige traject. De ZFR en de RVZ hebben daar beide in het afgelopen voorjaar over geadviseerd. De ontwikkelingsgeneeskundige aanpak is nu concreet toegepast op taxol, voor patiënten met borstkanker. Voor de hulpmiddelen die een groot beslag leggen op het intramurale budget, wil ik eenzelfde beleid in gang zetten. Het komende RVZ-advies in deze zie ik dan ook met veel belangstelling tegemoet.

3.4.3.5 CVA

De zorgverlening aan CVA patiënten staat momenteel sterk in de belangstelling. Ofschoon bij het CVA, de 'hartaanval' in de hersenen, rechtstreekse genezing helaas niet mogelijk is, kan een optimale, snelle zorgverlening wel bijdragen aan het beperken van de schade en het zorgen voor een zo sterk mogelijk functieherstel. Op tal van plaatsen in het land wordt thans aan verbetering van de zorg voor CVA patiënten gewerkt. Veelal gaat het daarbij om versterking van de keten van zorg. Samenwerking en afstemming tussen de huisartsen, ziekenhuizen, revalidatieinstellingen, verpleeghuizen en thuiszorg is voor deze patiëntencategorie van grote waarde. Voor een patiënt die met een CVA in het ziekenhuis of –daarna– verpleeghuis terecht komt, is teamwork in de behandeling en verzorging nodig. Onlangs is in een brief aan de Tweede Kamer nader ingegaan op de CVA zorg, en de betrokkenheid van de overheid daarbij.

3.4.3.6 Oogzorg

De oogzorg bestrijkt een gebied waarop meerdere typen beroepsbeoefenaren werkzaam zijn. Het gaat om huisartsen, oogartsen, optometristen, orthoptisten, technisch oogheeskundig assistenten en opticiens. Een heldere, doelmatige taakdifferentiatie en samenwerking tussen de genoemde beroepsgroepen zal verder van de grond moeten komen. De Tweede Kamer is daarover in maart jongstleden bij brief uitgebreid geïnformeerd. In het Ambtelijk Overleg over de oogzorg van 27 mei jongstleden bleek brede instemming te bestaan met een stevige aanpak van de afstemming tussen de diverse oogberoepen. De Kamer ondersteunde de maatregelen die op het terrein van de beroepsstructuur in de brief staan vermeld. Voor de verdere voortgang wordt ondersteuning gegeven aan een Landelijk Platform Oogzorg, waarin alle betrokken beroepsgroepen participeren. Een goede afstemming kost tijd en inspanning, maar is nodig om een optimale zorgverlening te realiseren. Als het platform erin slaagt tot een goed referentiekader te komen over gewenste verwijzingspatronen, de verschillende deskundigheidsgebieden, de aanpassing en ontwikkeling van standaarden en protocollen, de wijze van betrokkenheid van de patiënt/consument en dergelijke zal het daarmee zeker tot voorbeeld kunnen dienen voor andere terreinen.

3.4.3.7 Fysio- en oefentherapie

Eind december 1996 heeft de Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie (WFO) zijn rapport aan de minister van VWS aangeboden. De WFO heeft de volgende onderwerpen belicht: de positie van de fysiotherapeutische en oefentherapeutische zorg, de opleiding en beroepskrachtenvoorziening, kwaliteit, wetenschappelijk onderzoek, relatie met verwijzers, preventie, registratie, verstrekkingspakket en de honoreringsstructuur. In het bestuurlijk overleg hierover zijn ondermeer afspraken gemaakt over een verbetering van de relatie met de verwijzer over een plan van aanpak voor de verbetering van kwaliteit en doelmatigheid van de hulpverlening (incl. de benodigde infrastructuur) en over de opzet van enkele experimenten rond de introductie van een regionaal of lumpsumbudget, waarin de ontwikkeling van standaardbehandelplannen resp. de introductie van een Consultatief Fysiotherapeutisch en Oefentherapeutisch Onderzoek (CFO) –in beginsel macro-neutraal– ter hand kan worden genomen. Aanvullend op de middelen reeds aanwezig in het JOZ 1997, stel ik hiervoor nog f 3 mln ter beschikking.

Uit het op 1 januari 1997 afgeronde programma Ondersteuning Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg is gebleken dat het de paramedische beroepsgroepen aan voldoende middelen ontbreekt voor de verdere ontwikkeling en implementatie van instrumenten voor kwaliteitsbeleid. De Ziekenfondsraad is daarom verzocht om met gebruikmaking van de in het JOZ 1996 en JOZ 1997 beschikbaar gestelde middelen zorg te dragen voor uitvoering van een programma Bevordering Kwaliteitsontwikkeling Paramedische Zorg met een looptijd van drie jaar (waarvan de helft van de middelen voor fysio- en oefentherapie is).

3.5 Vooruitblik

De curatieve zorg zal in de komende jaren met aanzienlijke veranderingen te maken krijgen. In de eerste plaats zal ingespeeld moeten worden op de uiteenlopende zogenoemde autonome ontwikkelingen. Daaronder kunnen verstaan worden demografische, macro-economische, sociaal-culturele en ook medisch technologische ontwikkelingen. In het VTV 1997 (De som der delen, 1997) wordt aangegeven dat een kwantitatieve inschatting van de gevolgen hiervan, met uitzondering van de demografie, slechts in beperkte mate mogelijk is. In de periode 1994–2015 voorziet VTV 1997 een jaarlijkse kostenstijging vanwege veranderde bevolkingsopbouw en -samenstelling van 0,9–1,0%. De stijging verschilt tussen de sectoren; zo wordt voor de verschillende onderdelen van de ziekenhuissector een groei tussen de 0,5% en de 1,1% voorzien, voor de huisartsenzorg een groei van 0,8% en voor de verloskunde en kraamzorg een krimp van 1%.

Naast 'autonome' ontwikkelingen zijn beleidsmatige ontwikkelingen te voorzien op uiteenlopende terreinen. De wijze van zorgverlening, de organisatie, de infrastructuur en de informatietechnologie zullen alle flinke wijzigingen ondergaan.

Bij het eerste item is de herinrichting van het zorgproces van belang. Op enkele plaatsen in het land wordt hier een aanvang mee gemaakt. In het kort komt het er op neer dat niet langer het specialisme (aanbod) centraal staat bij de te verlenen zorg, maar de vraag van de patiënt. Het aanbod zal daardoor meer ziektebeeld-georiënteerd raken. Dit betekent een flinke ommezwaai in de manier waarop de zorg geboden wordt.

Op het gebied van de veranderende organisatie zijn de gezondheidscentra het noemen waard. De eerste gezondheidscentra zijn in de zeventiger jaren ontstaan. Toen al werd de meerwaarde gezien van het onder één dak samenwerken van verschillende disciplines in de eerste lijn. Erg veel gezondheidscentra zijn er echter in de afgelopen decennia niet tot stand gekomen. Hierin lijkt nu verandering te komen. Met de toenemende

aandacht voor geïntegreerde en samenhangende zorg zijn de gezondheidscentra terecht opnieuw in de belangstelling gekomen. Gezondheidscentra sluiten uitstekend aan bij de modernisering van de curatieve zorg die inmiddels in volle gang is. Steeds minder zal gewerkt worden in solopraktijken, en steeds meer gezamenlijk. Dit heeft allerlei nieuwe infrastructurele verschijningsvormen tot gevolg waarin samenwerking tussen generalistische en specialistische zorgaanbieders en klantgerichtheid voorop staan. De experimentele huisartsenkliniek in Velsen is hiervan een goed voorbeeld. In deze lijn zijn in de toekomst naast de meer 'klassieke' gezondheidscentra ook meer aan ziekenhuizen gelieerde gezondheidscentra denkbaar.

Voor een infrastructuur die in de 21^e eeuw in gebruik genomen wordt, moet met de effecten van huidige en aankomende ontwikkelingen in en om de sector zo goed mogelijk rekening worden gehouden. Met het oog hierop zal getracht worden de huidige en mogelijke toekomstige ontwikkelingen in het veld van de somatische curatieve zorg in beeld te brengen, alsmede de effecten daarvan op voorgenomen grootschalige bouwprojecten. Doel daarbij is de voor de bouw van ziekenhuizen beschikbaar te stellen financiële middelen op een zodanige manier in te zetten, dat aan een optimale zorg voor de patiënt, ook in de volgende eeuw, goed kan worden bijgedragen. Het gaat dus om doelmatigheid en doeltreffendheid van de inzet van het geld. Geld dat 'in stenen zit' kan immers niet meer besteed worden aan directe patiëntenzorg. Aan het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is in juni jongstleden gevraagd mee te denken over een toetsingskader voor het beoordelen van bouwprojecten voor ziekenhuizen van de toekomst.

Aanpalend hieraan zal het gebruik van informatietechnologie de komende jaren prominent op de agenda staan. Op dit moment wordt de informatietechnologie nog vooral bepaald door de toevallige belangstelling van werknemers in ziekenhuizen. Daardoor zijn grote verschillen ontstaan; sommige instellingen lopen voorop, andere lopen helemaal niet. Voor een doelmatige en doeltreffende infrastructuur zullen goed gelegde en benutte kabels van minstens evengroot belang zijn als goed gestapelde stenen. De aandacht in de curatieve sector voor een goed gebruik van informatietechnologie is tot op heden te weinig structureel ingebed. Daarin zal vanuit de overheid in de komende jaren zeker verandering komen.

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN

4.1 Terreinbeschrijving

De farmaceutische sector verschilt wezenlijk van de andere sectoren in de gezondheidszorg. In het algemeen worden er in de gezondheidszorg diensten geleverd. Bij het verlenen van farmaceutische hulp gaat het om een combinatie van het leveren van producten en het verlenen van diensten in de vorm van farmaceutische zorg.

Geneesmiddelen worden veelal door internationaal opererende ondernemingen ontwikkeld, geproduceerd en met tussenkomst van de groothandel en de apotheekhoudende afgeleverd aan de consument. De extramurale geneesmiddelen, waarop dit hoofdstuk betrekking heeft, zijn in 1996 uit de AWBZ gelicht en teruggeheveld in de ziekenfonds- en particuliere verzekering. De kosten van de geneesmiddelen en dienstverlening door apotheekhoudenden bedroegen in 1996 f 5 604,6 mln.

Ook voor medische hulpmiddelen geldt dat sprake is van een combinatie van goederen en diensten. Naast overeenkomsten met de geneesmiddelensector heeft de hulpmiddelenmarkt specifieke eigen kenmerken. De diversiteit van de producten springt in het oog: van incontinentiemateriaal tot geavanceerde elektronische communicatiehulpmiddelen. De kosten van hulpmiddelen bedroegen in 1996 f 1 126,7 mln.

Onderstaande tabel geeft een overzicht van de kosten van farmaceutische hulp en hulpmiddelen.

Tabel 4.1 Uitgaven Farmaceutische Hulp en Hulpmiddelen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Farmaceutische hulp	5 153,5	5 245,8	5 460,9	5 604,6	5 430,0	5 506,4	5 543,2	5 634,8	5 733,8	5 835,8
2 Hulpmiddelen	848,5	833,3	1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4
3 Subsidies	15,4	13,0	12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0
Totaal JOZ 1998	6 017,4	6 092,1	6 537,6	6 743,2	6 793,7	6 757,9	6 828,7	6 989,7	7 163,0	7 347,2
Procentuele mutatie		1,2	7,3	3,1	0,7	-0,5	1,0	2,4	2,5	2,6

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

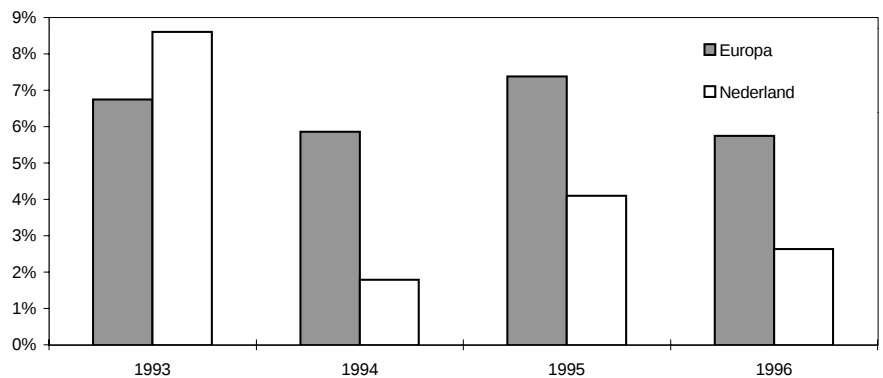
De bloedvoorziening vormt een belangrijk facet van de farmaceutische hulp. De aard van de grondstof –namelijk (om niet gegeven) donorbloed– geeft de bloedvoorziening een aparte positie binnen de farmaceutische sector.

4.2 Terugblik

4.2.1 Terugblik farmaceutische hulp

De doelstellingen van het beleid hebben betrekking op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische hulp. Het samenhangende pakket beleidsinstrumenten richt zich onder meer op het bevorderen van doelmatigheid, leidend tot een bewuster voorschrijf- en aflevergedrag, het direct ingrijpen in het prijsniveau via de Wet geneesmiddelenprijzen en het bevorderen van een goede balans tussen marktwerking en overheidssturing.

Figuur 4.1 De groei van de geneesmiddelenkosten: Nederland vergeleken met Europa¹⁾



¹⁾ In bijlage B4 zijn de onderliggende gegevens opgenomen.
Bron: OESO/WVS

Figuur 4.1 geeft een vergelijking van de groei van de kosten van geneesmiddelen in Nederland en de overige Europese OESO-landen gedurende de jaren 1993–1996. Hieruit blijkt duidelijk dat het samenhangende pakket aan beleidsmaatregelen gericht op matiging van de groei van de kosten van geneesmiddelen zijn vruchten afwerpt. Het kabinet is er in geslaagd de ontwikkeling van de kosten op een significant lager niveau te brengen dan in de overige Europese landen. Instrumenten als pakketbeperking, het geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS), de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) en het beleid gericht op doelmatig voorschrijven en afleveren hebben daaraan in belangrijke mate bijgedragen. In de jaren 1994–1996 komt het aanmerkelijke verschil tussen Nederland en de overige Europese landen duidelijk naar voren. In de overige Europese landen nemen in 1994 de kosten voor geneesmiddelen met gemiddeld 5,9% toe tegenover 1,8% groei in Nederland. In 1995 bedraagt de groei in de overige Europese landen gemiddeld 7,4% en in Nederland 4,1%. En in 1996 groeien de geneesmiddelenkosten in de overige Europese landen met gemiddeld 5,8% terwijl de groei in Nederland 2,6% bedraagt. Ondanks het in internationaal opzicht gunstige resultaat, komt de collectieve financiering voor de farmaceutische hulp in 1996 f 150 mln hoger uit dan geraamd.

4.2.1.1 De markt voor geneesmiddelen

De geneesmiddelenmarkt mist een aantal kenmerken van andere markten voor gebruiksartikelen. Vrijwel altijd liggen de beslissingen over keuze en voor te schrijven hoeveelheid van het geneesmiddel, vergoeding en gebruik in verschillende handen. Bovendien geldt net als in de rest van de gezondheidszorg dat de eindgebruiker, mede doordat de verzekering de kosten grotendeels vergoedt, een beperkte perceptie heeft van de kosten. De farmaceutische groothandel is voorts sterk geconcentreerd, terwijl een belangrijk deel van de binnenlandse producenten van generieke geneesmiddelen in concernverband verbonden is met de groothandel. De leveranciers van specialité's zijn veelal dochterondernemingen van of gelieerd aan internationaal opererende buitenlandse fabrikanten. Tussen groothandel, apotheken en apotheekhoudende huisartsen is bovendien sprake van (financiële) belangenverstrengeling.

Op een goed functionerende markt worden vraag en aanbod van goederen en diensten via het prijsmechanisme gereguleerd. Alhoewel in de geneesmiddelenmarkt wel degelijk sprake is van concurrentie, mondt

deze concurrentie vaak niet uit in lagere consumentenprijzen, maar in hoge prijzen die bijvoorbeeld aangewend worden om te kunnen wedijveren met kortingen en bonussen aan apothekhoudenden (margeconcurrentie). Ook blijken marktpartijen niet zelden nieuwe toetreders van de markt te kunnen weren.

Het overheidsbeleid is ondermeer gericht op het corrigeren van de ongewenste effecten van een gebrekkige marktwerking. Daardoor nemen ook de middelen af voor toeleveranciers en afnemers om elkaar wederzijds te binden via op geld waardeerbare voordelen.

4.2.1.2 Meten is weten

Goede informatie is een voorwaarde om effectief beleid te kunnen voeren en de effecten van dit beleid te kunnen meten. De informatievoorziening over de genees- en hulpmiddelen is daarom een belangrijk punt van aandacht. Met het geïntegreerde informatiesysteem GENMAR kan de omzetontwikkeling op de geneesmiddelenmarkt goed worden gevolgd. Daarnaast levert het Geneesmiddeleninformatieproject (GIP) van de Ziekenfondsraad gedetailleerde gegevens over gebruik van geneesmiddelen. Voor de uitvoering van de Wet geneesmiddelenprijzen is een systeem (GENEUR) ontwikkeld dat de maximumprijzen op basis van gemiddelden van de prijzen in de ons omringende landen berekent. Tot slot functioneert voor de uitvoering van het GVS het informatiesysteem GENMID dat inzicht geeft in de hoogte van de vergoedingen. De aandacht is nu gericht op optimale benutting van de omvangrijke gegevensstromen.

4.2.1.3 Wet geneesmiddelenprijzen

Sinds 23 februari 1996 is de Wet op de geneesmiddelenprijzen (WGP) van kracht. Deze heeft geleid tot de vaststelling van maximumprijzen voor een groot aantal geneesmiddelen. Maximumprijzen zijn vastgesteld voor geneesmiddelen die oraal worden toegediend per 1 juli 1996, voor zetpillen en insulines per 1 september 1996, voor inhalatiepreparaten, dermatologica en neus-, oog- en oorprenparaten per 1 februari 1997 en per 1 september 1997 voor producten in de farmaceutische vormen oplossingen en suspensies, poeders en granulaten, en klysma's. De WGP heeft geleid tot een gemiddelde prijsverlaging van circa 20% voor die middelen waarvoor maximumprijzen zijn vastgesteld. Hoewel de WGP pas gedeeltelijk in 1996 toegepast is, bedraagt de opbrengst in dat jaar reeds circa f 325 mln. In 1997 is inmiddels het overgrote deel van de geneesmiddelen die worden vergoed op grond van de sociale ziektekostenverzekeringen onder de werking van de WGP gebracht.

4.2.1.4 IWG-maatregelen

De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie heeft in 1994 een reeks van aanbevelingen gedaan gericht op verbetering van de structuur van de markt voor geneesmiddelen. Een groot aantal aanbevelingen is inmiddels uitgevoerd. Deze hadden ondermeer betrekking op de eisen die voor apothekhoudenden respectievelijk drogisten werden gesteld, het van kracht worden van een verbod op verticale prijsbindingen en het opheffen van de categorie uitsluitend apothek (ua) geneesmiddelen. Met deze maatregelen zijn ondermeer toetredingsdrempels voor andere distributievormen verlaagd. De resterende IWG-aanbevelingen worden meegenomen in de thans in voorbereiding zijnde modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) die wordt toegelicht in paragraaf 4.3.1.2.

4.2.1.5 Doelmatig geneesmiddelengebruik

De bevordering van doelmatig gebruik is een belangrijke pijler van het beleid. Hiervoor zijn de volgende maatregelen getroffen.

Uitdunning van het pakket

Het beleid is er mede naar aanleiding van de daartoe strekkende motie Laning-Boersema (van 7 november 1992) op gericht het wettelijk verzekerde pakket te beperken tot verstrekkingen die noodzakelijk, werkzaam en doelmatig zijn en die niet voor eigen rekening en verantwoording van de patiënt kunnen komen. Daarom zijn in 1993 de homeopathische en antroposofische middelen uit het pakket verwijderd, in 1994 gevolgd door een groot deel van de zelfzorggeneesmiddelen. Mede naar aanleiding van het advies van de Ziekenfondsraad heeft per 1 april 1996 een aanvullende pakketbeperking plaatsgevonden.

Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS)

Het doel van het GVS, dat in 1991 is ingevoerd, is beheersing van de kosten van de geneesmiddelen waarop verzekerden krachtens de wettelijke verzekering aanspraak hebben. Daarnaast beoogt het GVS meer kostenbewust voorschrijfgedrag van de arts, zonder de keuzevrijheid te beperken. Doorgaans valt een eigen bijdrage te vermijden doordat in een groep onderling vervangbare geneesmiddelen goedkopere alternatieven beschikbaar zijn waarvoor geen eigen bijdrage is verschuldigd. De in 1996 verrichte evaluatie heeft aangetoond dat het GVS effectief is. Op basis van GIP-cijfers kan worden geconstateerd dat de GVS-bijbetalingen jaarlijks afnemen. Ook prijsaanpassingen van fabrikanten hebben geleid tot minder bijbetalingen. Bijbetalingen zijn inmiddels gezakt naar gemiddeld f 0,23 per voorschrift.

Maatregelen gericht op doelmatig voorschrijf- en aflevergedrag

Het beleid is erop gericht te bevorderen dat huisartsen en specialisten doelmatig vóórschrijven en apothekhoudenden doelmatig áfleveren. De ondersteuning van het landelijk netwerk van lokale farmacotherapie-overleggroepen (FTO), waaraan het overgrote deel van de huisartsen en apothekers deelneemt, is voortgezet. Het FTO is belangrijk, zeker in combinatie met de geneesmiddelenvoorlichting aan artsen die onafhankelijk van de industrie geschiedt via ondermeer het Farmacotherapeutisch Kompas, het Geneesmiddelenbulletin en de formularia van het Nederlands Huisartsen Genootschap. Het FTO is ook effectief gebleken bij de implementatie van lokale, regionale en landelijke standaarden. De LHV en de KNMP hebben met steun van VWS in 1994 de Stichting Doelmatige Geneesmiddelenvoorziening opgericht, die ondersteuning biedt aan de meer dan 600 lokale FTO-groepen.

4.2.1.6 Overheveling geneesmiddelen

Per 1 januari 1996 zijn de aanspraken voor farmaceutische hulp terugovergeheveld van de AWBZ naar de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering. Met Zorgverzekeraars Nederland zijn indertijd afspraken gemaakt over een parallele vertaling van het ziekenfondspakket in de particuliere polissen. Met de overheveling is tegelijkertijd de (ingewikkelde) bijlagesystematiek van de regeling farmaceutische hulp vereenvoudigd. Slechts geneesmiddelen die op bijlage 1 van het GVS staan vermeld komen nog voor vergoeding in aanmerking.

4.2.1.7 Beheerste introductie van nieuwe geneesmiddelen

In 1996 zijn enkele nieuwe geneesmiddelen tot het pakket (bijlage 1B) toegelaten, waaronder een aantal HIV-remmers en interferon beta.

Rekening is gehouden met een structureel kostenbeslag van f 180 mln per jaar voor nieuwe geneesmiddelen.

In het Ziekenfondsraadrapport van 24 april 1997 over nieuwe geneesmiddelen zijn voorts vier geneesmiddelen beoordeeld: iamotrigine, felbamaat, mycofenolaat-mofetil en tacrolimus. Deze zijn per 1 augustus 1997 opgenomen in het pakket. De opname van deze middelen leidt tot een structureel kostenbeslag van circa f 50 mln per jaar. Bij de introductie van nieuwe geneesmiddelen wordt beheerste toepassing nagestreefd via protocollering van de farmacotherapie.

4.2.2 Terugblik medische hulpmiddelen

Per 1 januari 1996 zijn ook de aanspraken voor medische hulpmiddelen terugovergeheveld van de AWBZ naar de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekering. De sector van de medische hulpmiddelen wordt structureel gekenmerkt door een onevenwichtige kostenstijging. Hiervoor zijn verschillende oorzaken te noemen. In de eerste plaats de demografische ontwikkeling. Veel hulpmiddelen hebben een verzorgend karakter en worden door een groeiende groep mensen op hogere leeftijd gebruikt. Ook het feit dat steeds meer zorg thuis wordt verleend bevordert de vraag naar hulpmiddelen. Verder geldt dat de toename van het gebruik van bepaalde hulpmiddelen wordt gestimuleerd door het verdwijnen van het taboe op aandoeningen zoals incontinentie. Voorts functioneert ook deze markt niet zodanig dat concurrentie altijd uitmondt in lagere prijzen. De kosten zijn ook in 1996 hoger uitgevallen dan geraamd in het JOZ 1997 (f 101,6 mln). De omvang, maar ook het structurele karakter van de overschrijdingen nopen tot maatregelen.

4.2.3 Terugblik bloedvoorziening

Het is van groot belang de veiligheid van de voorziening met bloed te verzekeren. In het kader van de Wet inzake bloedtransfusie kent de Nederlandse bloedvoorziening de volgende taakverdeling: kort houdbare bloedproducten (bloedplasma en bloedcellen) worden verzorgd door de regionale stichtingen 'Rode Kruis Bloedbank' en lang houdbare bloedproducten (plasmaderivaten) door het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis (CLB). Lang houdbare bloedproducten worden ook door andere producenten op de markt gebracht.

Al vele jaren is in verschillende rapporten aangedrongen op een betere samenwerking tussen de Rode Kruis Bloedbanken en het Centraal Laboratorium voor de bloedvoorziening (CLB), teneinde de onvolkomen afstemming op te heffen rond de activiteiten op het terrein van de bloeddonoratie (plasmawinning). Nog deze kabinetsperiode zal daadwerkelijk één centraal aangestuurde organisatie voor de bloedvoorziening tot stand komen, waarbij de overheidsverantwoordelijkheid voor de kwaliteit, veiligheid en beschikbaarheid van bloed en bloedproducten beter tot zijn recht komt.

De nationale organisaties die betrokken waren bij de bloedvoorziening onder de Wet inzake bloedtransfusie, zijn bereid gebleken invulling te geven aan een uitvoering die past bij een door de minister van VWS beleidsmatig gestuurde bloedvoorziening in Nederland. Na fusie van de huidige NRK-bloedbanken en het CLB van het NRK zal er sprake zijn van één organisatie.

4.3 Vooruitblik

4.3.1 Vooruitblik farmaceutische hulp

Ondanks de duidelijke matiging van de kostenontwikkeling als gevolg van het ingezette beleid, blijkt het gebruik van geneesmiddelen te blijven stijgen. Dit is deels te verklaren uit niet-beïnvloedbare ontwikkelingen als de veranderende bevolkingsomvang- en samenstelling, maar ook uit beleidsmatig gestimuleerde ontwikkelingen als de extramuralisering. In niet onbelangrijke mate is de stijging echter terug te voeren op het voorschrijf- en aflevergedrag, hoewel ook hier zeker gunstige ontwikkelingen zijn aan te wijzen zoals toename van voorschrijven op stofnaam.

4.3.1.1 Wet geneesmiddelenprijzen

Uit een extrapolatie aan de hand van gegevens over de eerste drie maanden van 1997 blijkt dat de aanvankelijk verwachte opbrengst van de WGP gehaald wordt, ondanks het feit dat voor circa 5% van de middelen nog wordt onderzocht of hiervoor maximumprijzen dienen te worden vastgesteld. Voorts wordt ieder halfjaar bezien of een actualisering van de prijzen moet plaatsvinden.

VWS zet het geregelde overleg met vertegenwoordigers van fabrikanten en groothandel verenigd in de farmaconvenantscommissie voort. Aanvankelijk was dit overleg gericht op een alternatief voor de WGP, maar dit ontwikkelde alternatief bleek op bezwaren te stuiten. Na invoering van de eerste tranche WGP bleek in de sector onvoldoende animo te bestaan voor het ontwikkelen van een nieuw alternatief, met name omdat er te weinig draagvlak was voor verdere prijsverlagingen. Partijen hebben daarop een nieuwe doelstelling geformuleerd, namelijk het ontwikkelen van maatregelen gericht op een betere marktstructuur.

4.3.1.2 Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG)

Een groot aantal IWG-aanbevelingen is reeds uitgevoerd. Inmiddels is mede in het licht hiervan ook de modernisering van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) verder ter hand genomen. Streven is een goed evenwicht te brengen tussen partijen in de markt, inclusief nieuwe toetreders ('countervailing powers'). Wijzigingen zullen betrekking hebben op ondermeer modernisering van het vergunningstelsel, opheffing van het verbod op loondienst voor apothekers en beperking van het verbod op extramurale levering door ziekenhuisapotheken. Het initiatief van verzekeraars om postorderfarmacie te starten en de vestiging in Nederland van een grote detailhandelsketen uit het Verenigd Koninkrijk (Boots) zijn indicaties dat het beleid slaagt. Deze ontwikkelingen worden nauwlettend gevolgd.

4.3.1.3 Kortingen en bonussen

Kortingen en bonussen dienen zoveel mogelijk ten goede te komen van de verzekerde. Inzicht krijgen in de omvang van de kortingen en bonussen voor apotheehoudenden na de inwerkingtreding van de WGP is geen eenvoudige zaak. Jaarrekeningen en andere administratieve bescheiden van de apotheehoudende zijn hiervoor wellicht de beste ingang. 1997 is het eerste gehele jaar waarin de WGP in werking is. Jaarrekeningen en dergelijke over 1997 komen pas in de loop van 1998 beschikbaar. Toch is snel inzicht gewenst in de ontwikkeling van kortingen en bonussen. Daarom is gekozen voor een getrapte onderzoeks aanpak. Als eerste stap is reeds een onderzoek verricht naar de kortingen op factuur over het laatste kwartaal van 1996 ten opzichte van het laatste kwartaal van 1995 door middel van een steekproef bij 16 apotheehoudenden (zogenaamde 'quick scan'). Uitkomst van dit indicatieve onderzoek is dat op basis van

de genomen steekproef geen statistisch significante daling van het percentage kortingen en bonussen op factuur kan worden aangetoond.

In het overleg dat hierover is gevoerd met de KNMP is gebleken dat de KNMP ruimte ziet voor een ombuiging van f 100 mln per 1998 en structureel f 150 mln per 1999. Het COTG is verzocht de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen zodanig te verlagen dat deze ombuiging gerealiseerd wordt. Tevens is het COTG verzocht de tariefsvoorstellen van de KNMP in beschouwing te nemen. Mede in verband met de motie Oudkerk-Van Vliet die is gericht op verdere afroaming van de kortingen en bonussen, is het noodzakelijk om als vervolg op de nu afgeronde eerste 'quick scan' op basis van facturen, een uitgebreider onderzoek te verrichten naar de omvang en ontwikkeling van kortingen en bonussen, bij voorkeur op basis van de jaarrekeningen van apothekers.

4.3.1.4 Tripartiete Overleg Farmacie (TOF)

In 1996 is het TOF gestart, dat zich richt op de plaats en de functie van de apotheker in de gezondheidszorg. In het verlengde hiervan wordt ook de honoreringsstructuur van de apotheker bezien. Voor december 1997 zal het rapport van de TOF gereed komen.

4.3.1.5 Beheerste introductie nieuwe geneesmiddelen en verruiming criteria GVS

Bij brief van 25 juni 1997 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de opening van bijlage 1B en de te ontwikkelen objectieve en transparante systematiek voor opname van geneesmiddelen in het verstrekkingenpakket. Dit mede naar aanleiding van de adviezen van de ZFR en de RVZ. Een randvoorwaarde is dat de kostenbeheersing is gegarandeerd. De beoogde systematiek stelt de waarde van een geneesmiddel voor de kwaliteit van de volksgezondheid centraal. In principe kunnen alleen middelen in aanmerking komen voor opname in het verstrekkingenpakket, waarvan duidelijk is dat ze iets toevoegen aan het bestaande pakket.

Geneesmiddelen die onderling vervangbaar zijn met geneesmiddelen die al in het pakket zitten, zullen net als nu geplaatst worden op bijlage 1A van het GVS. Door verruiming van de GVS-criteria zullen er meer geneesmiddelen kunnen instromen op deze bijlage. Voor geneesmiddelen die niet op bijlage 1A geplaatst kunnen worden, gaat een nieuwe procedure gelden. Voordat een middel kan worden opgenomen in het pakket dient de fabrikant door middel van farmacotherapeutisch onderzoek aan te tonen dat het middel kosteneffectief is. De Ziekenfondsraad zal worden gevraagd zorg te dragen voor de totstandkoming van een richtlijn voor dergelijk onderzoek bij geneesmiddelen. Voor ontwikkelingsgeneeskundig onderzoek bij nieuwe geneesmiddelen is jaarlijks f 20 mln ter beschikking gesteld. Om de financiële beheersbaarheid van de toelating te vergroten zal eenmaal per jaar in het kader van het JOZ besloten worden over de budgettaire ruimte voor het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot bijlage 1B. De systematiek zal pas over enige jaren volledig functioneel kunnen zijn. Partijen hebben immers tijd nodig om in te kunnen spelen op de toekomstige voorwaarden voor eventuele opname in het pakket.

De WGP heeft als consequentie dat voor een aantal geneesmiddelen de maximprijs onder de vergoedingslimiet ligt. Dit vormt mede aanleiding tot de ontwikkeling van voorstellen voor modernisering van het GVS. De modernisering omvat ten eerste verruiming van de criteria voor opname van geneesmiddelen in bijlage 1A, waar vergoedingslimieten van kracht zijn. Ten tweede zal aanpassing van de limieten aan de ontwikkelingen plaatsvinden.

Afronding van de modernisering zal in 1998 geschieden en omvat mede een wijziging van het Verstrekkingsbesluit Ziekenfondsverzekering. Vooralsnog zal de Ziekenfondsraad de momenteel niet toegelaten geneesmiddelen, die ook niet zijn onder te brengen in bijlage 1A, beoordelen op hun therapeutische waarde. Aan de hand van een kostenconsequentieanalyse en afhankelijk van de beschikbare budgettaire ruimte kan worden besloten dat de middelen met meerwaarde worden opgenomen op bijlage 1B, zonedig onder nadere voorwaarden. Bezien zal worden of een verdere opschoning van het pakket is aangewezen.

4.3.1.6 Voorschrijven en afleveren

Het beleid gericht op het bevorderen van doelmatig voorschrijven en het voorschrijven op stofnaam door artsen wordt voortgezet. Daarbij verdient met name de afstemming tussen de extra- en intramurale geneesmiddelenvoorziening aandacht. Ook zullen lokale initiatieven en andere pilotprojecten bij ziekenhuizen, die gericht zijn op het beheersen van de kosten van geneesmiddelen (bijvoorbeeld tweedelijns FTO), worden gevolgd en zonedig geïnitieerd.

4.3.1.7 Budget geneesmiddelen

Ook wanneer de bovenbeschreven toelatingsprocedure in werking is, zal het beschikbaar komen van nieuwe geneesmiddelen betekenen dat er opwaartse druk zal blijven bestaan op het budget voor geneesmiddelen. Deze dient op verschillende manieren te worden opgevangen. Zo kunnen bijvoorbeeld besparingen optreden als gevolg van de introductie van nieuwe geneesmiddelen. De ontwikkelingsgeneeskundige projecten zullen meer inzicht geven in het effect van een nieuw geneesmiddel ten opzichte van een bestaande behandelmethode. De resultaten hiervan kunnen inzicht geven hoe ruimte kan worden vrijgemaakt ter financiering van de nieuwe prioriteiten. Ook kan er doelmatigheidswinst geboekst worden door het intensiever hanteren van protocollen, richtlijnen en formularia.

4.3.2 Vooruitblik hulpmiddelen

In 1997 is een programmatische projectaanpak gestart, gericht op het ontwikkelen van een samenhangend kostenbeheersingsbeleid voor de extramuraal toegepaste hulpmiddelen op basis van een brede marktverkenning. Een belangrijke randvoorwaarde is dat de kwaliteit van de voorziening hulpmiddelen gehandhaafd blijft. Verder moet het project zorgverzekeraars ondersteunen bij het realiseren van de taakstelling hulpmiddelen (f 50 mln in 1997 en structureel f 200 mln vanaf 1998). Zoveel mogelijk wordt consensus nagestreefd tussen de verschillende betrokken partijen. In eerste instantie wordt gesproken met aanbieders en leveranciers en vindt een brede marktverkenning plaats. Het veld dient kwantitatieve gegevens aan te leveren. Een onderzoeksinstituut is ingeschakeld om de formele en informele relaties binnen en tussen vraagzijde en aanbodzijde van een aantal deelmarkten in kaart te brengen. Met de invoering van het uitgewerkte beleid zal in 1997 worden aangevangen.

4.3.3 Vooruitblik bloedvoorziening

In het voorstel van Wet inzake de bloedvoorziening, dat er met name toe strekt de resultaten van de herstructurering wettelijk te verankeren, wordt uitgegaan van de volgende uitgangspunten:

- landelijke zelfvoorziening met vrijwillig en om niet-gegeven bloed dat zonder winstoogmerk bewerkt en geleverd wordt, onder hoge eisen aan veiligheid, doelmatigheid en kwaliteit;

- ministeriële verantwoordelijkheid via handhaving, bestuurlijk toezicht en de mogelijkheid in te grijpen wanneer de organisatie in gebreke blijft;
- één landelijke organisatie die onder centraal gezag, in een goede relatie met haar maatschappelijke context en met een goede interne organisatie, voldoet aan haar opdracht.

Na de fusie van alle bloedbanken en het CLB zal er sprake zijn van één landelijke organisatie voor de bloedvoorziening. Jaarlijks zal in het JOZ worden aangegeven binnen welke zorginhoudelijke kaders de bloedvoorziening dient te werken en zal een kostenoverzicht van de bloedvoorziening worden gegeven. De nieuwe landelijke voorziening zal buiten de werkingssfeer van WTG en WZV vallen. Met de betrokken uitvoeringsorganen vindt overleg plaats over de overgang.

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

5.1 Inleiding

Jaarlijks doen ruim een half miljoen Nederlanders een beroep op de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze zorg wordt verleend door een breed scala van intra-, semi- en extramuraal werkende instellingen: algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ), RIAGG-en, psychiatrische poliklinieken, voorzieningen voor psychiatrische deeltijdbehandeling, instellingen voor beschermd en begeleid wonen (RIBW en PWV), instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingsklinieken, TBS-klinieken en de consultatiebureaus voor alcohol en drugs. Voorts wordt geestelijke gezondheidszorg verleend door eerstelijnspsychologen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten.

5.2 Terugblik

De GGZ, waaronder eveneens de verslavingszorg wordt begrepen, kent een drietal belangrijke uitdagingen:

- de vernieuwing c.q. vermaatschappelijking van de zorg, teneinde mensen met psychische en verslavingsproblemen zoveel mogelijk in staat te stellen onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken;
- de vergroting van de samenhang in het zorgaanbod, met als doel een doelmatiger organisatie van het zorgaanbod en een betere afstemming van dat zorgaanbod op de behoeften van de hulpvrager;
- de opvang van de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg.

In de afgelopen jaren zijn belangrijke stappen gezet om deze uitdagingen te beantwoorden: de deconcentratie van de psychiatrische ziekenhuizen, de toenemende samenwerking tussen de GGZ-aanbieders (waardoor in steeds meer regio's regionale GGZ-instellingen ontstaan die het totale GGZ-aanbod leveren), de totstandbrenging van multifunctionele eenheden voor ambulante hulp en kortdurende opvang, de extramuralisering van de zorg, de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen, de aanpak van de wachtlijsten in de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het versterken van de positie van cliënten. De geestelijke gezondheidszorg wordt in toenemend mate aangeboden in circuits voor de verschillende categorieën van cliënten, zoals volwassenen, ouderen, jeugdigen en verslaafden. In deze circuits stemmen de verschillende GGZ-instellingen hun zorgaanbod op elkaar af om een integraal en op de behoeften van deze cliëntcategorieën afgestemd zorgaanbod te kunnen leveren. Via het zorgvernieuwingsfonds en de mogelijkheden voor substitutie, is de ontwikkeling van nieuwe zorgvormen gestimuleerd; casemanagement, psychiatrische thuiszorg, begeleid zelfstandig wonen, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie vormen steeds meer een vast onderdeel van het regionale GGZ-aanbod. Met deze nieuwe zorgvormen kunnen opnames worden voorkomen, dan wel worden bekort.

Tabel 5.1 Uitgaven Geestelijke Gezondheidszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	2 517,0	2 619,2	2 642,2	2 702,9	2 828,5	2 903,2	2 978,5	3 081,8	3 135,7	3 209,4
2 Herstellingsoorden	18,2	18,5	19,9	10,1						
3 Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	114,4	122,6	150,7	168,0	183,0	190,1	209,3	215,5	223,9	224,0
5 Zelfstandige verslavingsklinieken	93,7	110,9	116,9	122,7	142,0	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
6 TBS-instellingen	126,0	135,0	145,6	161,8	226,3	246,8	265,5	259,8	259,8	259,8
7 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	184,4	204,4	221,8	240,1	255,5	298,1	315,9	322,6	321,5	328,1
8 Psychiatrische woonvoorzieningen	22,0	23,9	25,2	24,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9 RIAGG-en	618,2	652,8	680,4	700,4	728,6	741,7	743,6	743,8	743,8	743,8
10 Vrijgevestigde psychiaters	148,5	129,4	93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	25,9	23,9	23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
12 Consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD)	106,0	113,0	120,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
13 Overige verslavingszorg	118,3	25,4	33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9
14 Zorgvernieuwingsfonds GGZ		29,3	46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
Totaal JOZ 1998	4 092,6	4 208,3	4 319,0	4 489,7	4 780,6	4 932,0	5 075,0	5 191,3	5 268,0	5 348,4
Procentuele mutatie		2,8	2,6	4,0	6,5	3,2	2,9	2,3	1,5	1,5

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

5.2.1 Toegenomen zorgvraag

Vooraf in de semimurale en de extramurale sector was er de afgelopen jaren sprake van een sterk toegenomen vraag naar GGZ-hulp. Het cliëntenbestand in de semimurale sector (beschermd wonen en psychiatrische deeltijdbehandeling) nam tussen 1990 en 1995 toe met 49% (van 8 490 naar 12 640 hulpontvangers). In de extramurale sector (RIAGG-en, CAD-en, poliklinieken en vrijgevestigde psychiaters/psychotherapeuten) nam het cliëntenbestand toe met bijna 20% (van 303 380 naar 362 310 hulpontvangers). Gecorrigeerd voor de bevolkingsgroei zijn deze percentages respectievelijk 43% en 16%. Voor de volledigheid zij er op gewezen dat er naast deze gegevens rekening moet worden gehouden met het bestaan van wachtlijsten.

Het aantal patiënten op 100 000 inwoners dat op enig moment in een psychiatrisch ziekenhuis verblijft, is de afgelopen jaren evenwel nauwelijks veranderd. Wel is het aantal patiënten dat jaarlijks in een psychiatrisch ziekenhuis wordt ingeschreven in deze periode 1990–1995 sterk gestegen (van 32 350 tot 38 560 inschrijvingen, een toename van 19%). Psychiatrische ziekenhuizen nemen in toenemende mate hun patiënten voor een kortere duur op. Onderstaande tabel geeft de ontwikkeling van het zorggebruik over de periode 1990–1995, uitgesplitst naar zorgvorm.

Tabel 5.2 Het zorggebruik in de jaren 1990 en 1995

	aantal inschrijvingen in 1990	gebruikers per 31 decem- ber 1990	gebruikers per 100 000 inwoners in 1990	aantal inschrijvingen in 1995	gebruikers op 31 decem- ber 1995	gebruikers per 100 000 inwoners in 1995
Intramuraal						
– Algemeen psychiatrische ziekenhuizen ¹⁾	32 350	22 040	147	38 560	22 380	145
– Kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken	410	550	14 ²⁾	950	720	19 ²⁾
– Verslavingsklinieken	6 100	650	4	7 660	870	6
– Justitiële TBS-klinieken	200	370	3	230	500	3
– Psychiatrische afd. algemeen ziekenhuis	16 050	1 720	12	17 010	2000	13
Subtotaal	55 110	25 330	169	64 410	26 470	172
Semimuraal						
– Beschermende woonvormen	800	3 610	24	1 320	5 110	33
– Psychiatrische deeltijdbehandeling	8 130	4 880	33	12 530	7 530	49
Subtotaal semimuraal	8 930	8 490	57	13 850	12 640	82
Extramuraal						
– RIAGG	233 900	228 900	1 532	244 470	277 370	1 798
– CAD	19 700	30 700	205	25 830	30 960	201
– Polikliniek psychiatrische en algemene ziekenhuizen	86 000	pm	pm	97 300 ³⁾	pm	pm
– Zelfstandig gevestigde psychiaters	23 800 ⁴⁾	25 780 ⁴⁾	172	29 100	31 600	205
– Zelfstandig gevestigde psychotherapeuten	10 000 ⁵⁾	18 000 ⁵⁾	120	12 610	22 380	145
Subtotaal	373 400	303 380	2 030	409 010	362 310	2 349
Totaal	437 440	337 200	2 255	487 270	401 420	2 601

¹⁾ Inclusief herstellingsoorden.

²⁾ Per 100 000 inwoners jonger dan 20 jaar.

³⁾ Betreft het jaar 1994.

⁴⁾ Betreft het jaar 1991.

⁵⁾ Schatting.

Bron: MGv, februari 1997.

5.2.2 Het Zorgvernieuwingsfonds

Zoals gesteld is het zorgvernieuwingsfonds, opgericht in 1994, een uitstekend middel gebleken om de instellingen te stimuleren nieuwe zorgvormen te ontwikkelen en om de maatschappelijke opvang te stimuleren. Het zorgvernieuwingsfonds omvatte in 1997 geoormerkte gelden voor dagbesteding (f 16,8 mln), OGGZ (f 11,6 mln), sociaal psychiatrische begeleiding in sociale pensions en de maatschappelijke opvang (f 12,1 mln), het experiment persoonsgebonden budget (f 2,0 mln) en ongeoormerkte gelden (f 39,1 mln). Uit de registratie van de ZFR blijkt dat de niet-geoormerkte gelden voor de zorgvernieuwing vooral werden ingezet voor psychiatrische thuiszorg, begeleid zelfstandig wonen, dagbesteding en arbeidsrehabilitatie, uitgevoerd door de kernpartners APZ, RIAGG en RIBW. Met de voorgenomen flexibilisering van de AWBZ voor de GGZ per 1 januari 1998, zal een deel van de gelden uit het fonds weer terugvloeien naar de instellingsbudgetten.

5.2.3 Intramurale GGZ

5.2.3.1 Algemeen psychiatrische ziekenhuizen

Veel van het beleid zoals het hiervoor is beschreven, heeft invloed gehad op de ontwikkeling in de APZ-en. Zo is, onder meer als gevolg van de vermaatschappelijking, de klinische capaciteit van de APZ-en over de periode 1994–1997 slechts toegenomen met 0,6%. Rekening houdend met de bevolkingstoename is sprake van een daling met 0,9%. Daarnaast wordt een in omvang toenemend deel van de klinische APZ-capaciteit (1 184 bedden) gesubstitueerd in extramurale vormen van zorg.

5.2.3.2 Psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen (PAAZ-en)

Het beleid voor de PAAZ-en heeft zich de afgelopen jaren gericht op een betere integratie van de ziekenhuispsychiatrie, zowel in de ziekenhuisorganisatie als in het GGZ-veld, door middel van MFE-vorming op het terrein van algemene ziekenhuizen. Binnen een MFE werken zowel de PAAZ, het APZ en de RIAGG nauw samen op het gebied van de kortdurende klinische en ambulante psychiatrische zorg. Hiermee wordt een afgestemd en integraal zorgaanbod beoogd. Daarnaast kan door de ligging nabij het algemene ziekenhuis optimaal tegemoet worden gekomen aan de toenemende comorbiditeitsproblematiek. Nieuwbouwaanvragen voor PAAZ-capaciteit in het kader van de WZV worden alleen nog in het licht van de MFE-vorming beschouwd. Uit het toenemende aantal aanvragen blijkt overigens dat de MFE-vorming goed van de grond is gekomen.

5.2.3.3 Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP)

De klinische capaciteit van de zelfstandige kinder- en jeugdvoorzieningen en de als zodanig toegelaten afdelingen van APZ-en is in de periode 1994–1997 toegenomen met ruim 18% van 931 bedden per 1 januari 1994 tot 1 101 per 1 januari 1997.

5.2.3.4 Verslavingszorg

De verandering in de verslavingsproblematiek en de toenemende variëteit van doelgroepen nopen tot verbetering van de effectiviteit, de kwaliteit en de organisatie van de verslavingszorg. Door onder andere een betere samenwerking tussen Justitie, gemeenten en zorg, is een samenhangend scala van voorzieningen tot stand gebracht dat cliënten zorg-op-maat kan leveren. Een eerste overzicht van onderzoeken naar de effectiviteit van de verslavingszorg is inmiddels opgeleverd. Projecten ter verbetering van de kwaliteit van zorg en preventie worden in nauwe samenwerking met het veld ontwikkeld.

De klinische capaciteit van verslavingsklinieken en de als zodanig toegelaten afdelingen van APZ-en is over de periode 1994–1997 toegenomen met 15% van 1 117 bedden per 1 januari 1994 tot 1 285 bedden per 1 januari 1997.

5.2.3.5 Forensische psychiatrie

De forensische psychiatrie is in beweging. Door middel van het uitbreiden van capaciteit worden de grote tekorten en wachttijden voor deze voorzieningen verminderd. Echter, het uitbreiden van capaciteit alleen is niet toereikend; veel energie wordt derhalve gestoken in het creëren van netwerken, het verbeteren van de registratie en het bevorderen van doorstroming vanuit de forensisch psychiatrische voorzieningen naar de reguliere geestelijke gezondheidszorg.

5.2.4 Semimurale GGZ

5.2.4.1 Deeltijdbehandeling

Deeltijdbehandeling wordt geleverd door APZ-en, Verslavingsklinieken, KJP-voorzieningen, PAAZ-en en PUK-en. De deeltijdcapaciteit is over de jaren 1994–1997 sterk toegenomen: bij APZ-en 11% (van 2 336 naar 2 596 plaatsen), bij KJP-voorzieningen 63,3% (van 180 naar 294 plaatsen), bij verslavingsklinieken 57,1% (van 98 naar 154 plaatsen) en bij PAAZ-en/PUK-en 9,6% (van 561 naar 615 plaatsen).

De capaciteit voor de opname vervangende deeltijdbehandeling is in deze cijfers niet begrepen, maar in de klinische capaciteit van de voorzieningen. Het aantal plaatsen eind 1996 bedroeg 845. Een toename met 156 plaatsen ten opzichte van eind 1995.

5.2.4.2 Beschermde wonen

Het aantal RIBW/PWV-plaatsen is over de periode 1994–1997 toegenomen met 20,2% van 4 741 plaatsen per 1 januari 1994 tot 5 698 plaatsen per 1 januari 1997.

Met ingang van 1997 zijn de COTG-richtlijnen herzien. Mede daardoor is de negatieve incentive weggenomen die uitging van de oude richtlijnen bij substitutie van APZ-capaciteit naar RIBW-capaciteit.

5.2.5 Extramurale GGZ

5.2.5.1 Wachtlijsten

Het toenemende beroep dat op de GGZ wordt gedaan, is met name voelbaar in de ambulante GGZ (AGGZ). De AGGZ wordt niet alleen geconfronteerd met een toenemend aantal nieuwe GGZ-cliënten, maar ook met de gevolgen van de extramuralisering van de GGZ. Juist in de AGGZ is er dan ook sprake van stijgende wachttijden.

In het kader van de uitwerking van de notitie 'Wachtlijsten in de curatieve zorg' die op 17 december 1996 aan de Tweede Kamer is aangeboden, is f 5 mln beschikbaar gesteld voor de aanpak van knelpunten in de wachtlijsten van RIAGG-en. Om in aanmerking te komen moesten de RIAGG-en voldoen aan een aantal criteria terzake van productie, lengte van de wachtlijsten, samenwerking in de regio en wachtlijstregistratie en -beleid. Van de 37 ingediende voorstellen zijn er 21 gehonoreerd. De duur van de projecten is van 1 juni 1997 tot 1 juni 1998 waarna de betreffende RIAGG-en zullen rapporteren over feitelijke vermindering van de wachtlijsten.

5.2.5.2 De RIAGG-en

De hulpverlening die door de RIAGG wordt geboden omvat:

- hulp die direct, in de vorm van contacten, aan cliënten wordt verleend;
- hulp die indirect aan cliënten wordt verleend, bijvoorbeeld in de vorm van contact met de omgeving of in de vorm van opnamebemiddeling;
- preventieprojecten;
- dienstverlening aan andere hulpverlenende personen of instanties.

5.2.5.3 Vrijgevestigde psychiaters

Rondom de vrijgevestigde psychiaters vragen diverse zaken al langer de aandacht: de kostenbeheersing, de kwaliteitsontwikkeling en de positie van de beroepsgroep in het veld van de AGGZ. Om terzake verbetering aan te brengen, is gekozen voor de ontwikkeling van een systeem van lokale initiatieven. In 1996 werd in aanvulling daarop een voornemen tot pakketbeperking en pakketoverheveling aangekondigd. Daarbij zou de hulpverlening door vrijgevestigde psychiaters (en vrijgevestigde psychotherapeuten) vanuit de AWBZ worden overgeheveld naar het tweede compartiment onder gelijktijdige beperking van de aanspraak op ambulante psychotherapie tot 15 contacten. Met deze maatregel werd ook een verantwoord gebruik van collectief gefinancierde ambulante psychotherapie beoogd.

In oktober 1996 is –mede naar aanleiding van de Algemene Politieke Beschouwingen en de toen aangenomen motie Wolffensperger c.s.– dit voornemen tot pakketbeperking en pakketoverheveling zorgvuldig heroverwogen; vervolgens is besloten om daaraan geen uitvoering te geven. Belangrijke overweging daarbij was dat –blijkens de reacties uit politiek, veld en wetenschap– uitvoering van de voornemens onvoldoende zou bijdragen aan het bereiken van genoemde doelstellingen en gegeven de toenemende vraag naar AGGZ-hulp zou kunnen leiden tot vergroting van de wachtlijsten bij RIAGG en polikliniek. Daarnaast bleken deze voornemens de totstandkoming van lokale initiatieven te belemmeren. Als

alternatief is gekozen voor een versterkte inzet van het instrument van de lokale initiatieven van vrijgevestigde psychiaters.

Aan de pakketbeperking en pakketoverheveling was een taakstelling verbonden van f 10 mln in 1997 en f 40 mln in 1998 en volgende jaren. Teneinde het besparingsverlies vanaf 1998 te beperken tot f 39 mln is besloten om het bedrag ad f 1 mln dat beschikbaar was voor autonome groei niet aan de sector uit te keren.

5.3 Vooruitblik

Zoals reeds aangegeven in de brief van 24 juni jongstleden (TK, 1996–1997, 25 424, nr. 1) zullen de onder 5.2. genoemde uitdagingen ook de komende jaren de leidraad vormen voor het GGZ-beleid. De samenwerking tussen GGZ-instellingen zal met kracht worden bevorderd en de vernieuwing c.q. vermaatschappelijking van de zorg zal nadrukkelijker worden aangestuurd dan tot dusverre het geval is geweest. Voor het terugdringen van de wachttijden in de ambulante GGZ is in genoemde brief een actieplan opgenomen.

5.3.1 Zorgvernieuwing

5.3.1.1 Flexibilisering AWBZ

In overleg met de Tweede Kamer is besloten om nieuwe zorgvormen niet langer via het zorgvernieuwingsfonds en de substitutieregeling te financieren, maar via de systematiek van de AWBZ, de WZV en de WTG. De ZFR, het COTG en het CvZ hebben medio dit jaar daarover een uitvoeringstoets uitgebracht. Met bedoeld besluit krijgen instellingen een structurele basis om intramurale zorg te substitueren in nieuwe (extramurale) zorgvormen. Ook ontstaat daarmee via de WTG-systematiek een transparant zorgaanbod, waarin duidelijk is welke zorgvormen door welke instellingen worden geleverd. De burgers krijgen met de flexibilisering van de AWBZ aanspraak op zorg-op-maat: de GGZ-instellingen dienen immers ook onderdelen van hun thans in de aanspraken geregelde zorgaanbod te leveren. Instellingen worden verplicht om minimaal 5% van hun budget te besteden aan zorg-op-maat, waarbij tevens de samenwerking tussen de kernpartners zoveel mogelijk wordt bevorderd. De kostenbeheersing is gegarandeerd, omdat het niet gaat om uitbreiding van de huidige aanspraken – GGZ-instellingen kunnen alleen die zorgonderdelen aanbieden die nu reeds in de aanspraak zijn omschreven – en er bovendien sprake is van budgetmaximering. De implementatie van de flexibilisering van de AWBZ wordt begeleid door een commissie met vertegenwoordigers van de aanbieders, verzekeraars, cliëntenorganisaties, het COTG en de Ziekenfondsraad. Ook zal een evaluatie worden uitgevoerd.

In verband met de flexibilisering van de AWBZ is besloten om een aanzienlijk deel van de gelden uit het zorgvernieuwingsfonds terug te laten vloeien naar de instellingsbudgetten. Wat blijft is een fonds voor maatschappelijke opvang, de OGGZ, cliëntgestuurde initiatieven en experimenten met het persoonsgebonden budget.

5.3.1.2 Maatschappelijke opvang

Voor de sociaal-psychiatrische begeleiding van geïndiceerde cliënten in instellingen voor de maatschappelijke opvang en sociale pensions is voor 1998 een totaalbedrag beschikbaar van f 12,1 mln. Met de extra intensivering van f 2 mln uit 1997 groeit het aantal beschikbare plaatsen voor GGZ-geïndiceerden tot circa 1 230 plaatsen. Hiervan zijn circa 800 plaatsen bestemd voor sociale pensions.

5.3.1.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

In juni 1997 is het beleid voor de OGGZ kenbaar gemaakt (TK. 1996–1997, 25 424, nr. 2). Centraal staat dat voor een goede OGGZ een politiek en organisatorisch kader nodig is op lokaal niveau. De gemeente wordt volledig verantwoordelijk voor het organiseren hiervan door middel van het afsluiten van convenanten met partijen die betrokken zijn bij de OGGZ. In het convenant wordt het waarborgen van een omschreven basisaanbod OGGZ geregeld. Onderkend wordt dat een organisatorisch kader niet optimaal kan functioneren zonder een gestructureerd overleg tussen gemeenten en zorgverzekeraars in hun hoedanigheid van financiers. Zo'n overleg vormt een schakelfunctie tussen gemeente- en AWBZ-financiering en is een bruikbaar instrument voor aansturing door de lokale overheid. Voor de openbare geestelijke gezondheidszorg is in het zorgvernieuwingsfonds f 11,6 mln beschikbaar. Verbindingskantoren in bepaalde regio's kunnen OGGZ-initiatieven goedkeuren en indienen bij de Ziekenfondsraad. In opdracht van de Ziekenfondsraad wordt momenteel een onderzoek uitgevoerd naar de inhoudelijk en organisatorisch te stellen eisen voor OGGZ-activiteiten. De projecten die door de Ziekenfondsraad in het kader van het zorgvernieuwingsfonds zijn gehonoreerd, zijn voor het merendeel projecten die:

- gericht zijn op het voorkomen van ernstige psycho-sociale problemen (agressief gedrag) bij kinderen;
- gericht zijn op het toegankelijk maken van de zorg;
- actieve outreachende hulpverlening bevorderen door een geïntegreerd aanbod voor complexe problematiek te bieden.

Mede op basis van het onderzoek van de Ziekenfondsraad zal worden bezien of de door de ZFR gehanteerde criteria aanpassing behoeven.

5.3.1.4 Persoonsgebonden budget

Vanaf 1 januari 1997 wordt er in drie regio's in ons land geëxperimenteerd met persoonsgebonden budget (PGB) in de GGZ. De Ziekenfondsraad heeft desgevraagd een regeling voor PGB opgesteld. Vanaf 1997 is een bedrag van f 2 mln per jaar beschikbaar gesteld. Dit bedrag is geoormerkt toegevoegd aan het zorgvernieuwingsfonds. De experimentele fase duurt twee jaar en zal gedurende deze twee jaar geëvalueerd worden. Na afloop zal worden bezien of, en zo ja voor wie, PGB ingevoerd zal worden.

5.3.2 Toegang tot de GGZ

Zowel uit oogpunt van kwaliteit als van doelmatigheid wordt de toegang tot de geestelijke gezondheidszorg verbeterd. De huisarts speelt hierin een belangrijke rol, samen met andere eerstelijnsdisciplines als het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijnspsychologen. Daarnaast moet ook de samenwerking tussen de geestelijke gezondheidszorg en de huisarts op het gebied van consultatie en verwijzing worden verbeterd. Daarbij aansluitend is de ontwikkeling van een objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling in de geestelijke gezondheidszorg van belang.

5.3.2.1 Poortwachtersfunctie huisarts

Met de poortwachtersfunctie van de huisarts voor de GGZ wordt beoogd om via samenwerking tussen huisarts, het Algemeen Maatschappelijk Werk (AMW) en de eerstelijnspsychologen een betere zorg-op-maat in de GGZ te realiseren. Daarvoor is het ook nodig dat de samenwerking tussen huisarts en de gespecialiseerde GGZ op het punt van consultatie en verwijzingen verbetert.

In 1997 is een tweetal onderzoeken gestart, respectievelijk naar de samenwerking tussen huisarts en het AMW en de eerstelijnspsychologen en naar de samenwerking tussen de RIAGG/MFE en de huisarts. Doel van het eerste onderzoek is te bezien of de samenwerking leidt tot: betere

informatieuitwisseling over verwezen patiënten, substitutie van GGZ naar eerstelijnszorg, afname van het gebruik van de somatische zorg, afname van psychische problematiek na verwijzing en een betere indicatiestelling door huisartsen. Doel van het tweede onderzoek is na te gaan op welke wijze de procedures rond verwijzingen van cliënten en de advisering en consultatie van de RIAGG aan de huisarts het beste kunnen worden vormgegeven.

5.3.2.2 *Indicatiestelling*

In het kader van de ontwikkeling van objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling voor de AWBZ-sectoren is door het Indicatie Overleg Geestelijke gezondheidszorg (IOG) een modelprocedure gemaakt. In aansluiting op deze modelprocedure worden protocollen ontwikkeld. In 1997 en 1998 zal met deze modelprocedure worden geëxperimenteerd. Invoering van de wettelijk geregelde indicatiestelling is voor de GGZ voorzien voor 1999. Op basis van de ervaringen met de wettelijk geregelde indicatiestelling voor de sector verpleging en verzorging en de gehandicaptenzorg, en op basis van de ervaringen met de modelprocedure van het IOG, zal in 1998 verdere besluitvorming plaatsvinden over de implementatie van de indicatiestelling in de GGZ.

5.3.3 *Psychische arbeidsongeschiktheid.*

Tenminste een derde van alle arbeidsongeschikten zijn mensen met een psychische problematiek. Terugdringing van deze arbeidsongeschiktheid vraagt om een betere afstemming met en samenwerking tussen de bedrijfsgezondheidszorg en de (ambulante) GGZ dan thans het geval is. In 1993 is de NVAGG verzocht om een meerjarig traject 'GGZ en Arbeid' te ontwikkelen, gericht op verbetering van de samenwerking tussen de RIAGG-en en de arbodiensten. In lijn met de aanbevelingen van 'GGZ en Arbeid' zal een landelijk debat worden geïnitieerd over preventie van en hulpverlening bij verzuim om psychische redenen. Daarin zal de rolverdeling en samenwerking tussen alle bij de begeleiding van verzuim om psychische redenen betrokken instanties centraal staan, alsmede de bevordering van de deskundigheid van deze instanties. Op basis van de uitkomsten van dit debat zal worden bezien op welke wijze de hulp bij verzuim om psychische redenen doelmatiger en doeltreffender kan worden verleend.

Door het Trimbos Instituut wordt onderzoek gedaan naar patiëntenstromen bij psychische arbeidsongeschiktheid. De eindresultaten van dit meerjarige onderzoek worden in 1999 verwacht.

5.3.4 *Wet Bopz*

Eind 1996 is het evaluatierapport over de Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz) uitgebracht. Daarin concludeert de evaluatiecommissie dat de eerste jaren na de inwerkingtreding van de Wet Bopz (begin 1994) kunnen worden aangemerkt als een uitvoeringspraktijk in wording. Deze eerste evaluatie biedt naar het oordeel van de evaluatiecommissie onvoldoende grondslag voor fundamentele wijzigingen in (de systematiek van) de Wet Bopz. Op bepaalde onderdelen is nader procesmatig (en prospectief) onderzoek noodzakelijk. Ter voorbereiding van het kabinetsstandpunt is advies gevraagd aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. Het kabinetsstandpunt zal in 1997 aan de beide Kamers der Staten Generaal worden aangeboden.

5.3.5 *Patiëntenvertrouwenspersoon*

Op dit moment bestaat alleen voor algemene en categoriale psychiatrische ziekenhuizen de verplichting om patiëntenvertrouwenspersonen (PVP) te hebben. De toenmalige staatssecretaris van WVC heeft in 1990

reeds ingestemd met een uitbreiding van de PVP-hulpverlening tot PAAZ-en en PUK-en. Een wijziging van het Besluit patiëntenvertrouwenspersoon Bopz, waarbij deze uitbreiding voor de PAAZ-en en PUK-en is opgenomen, is thans in voorbereiding. Voor de met deze uitbreiding gepaard gaande kosten –geraamd op f 240 000,- zijn geen extra middelen beschikbaar. Deze middelen moeten uit de bestaande kaders (algemene en categorale ziekenhuizen/academische ziekenhuizen) worden gefinancierd.

5.3.6 Eigen bijdrage

Voor alle AWBZ-sectoren geldt een eigen bijdrage vanaf de eerste dag van opname. De GGZ vormt daarop –historisch verklaarbaar– een uitzondering. Mensen die zijn opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis of een PAAZ hoeven het eerste jaar geen eigen bijdrage te betalen. Voor herstellingsoorden die deel uitmaken van een psychiatrisch ziekenhuis geldt echter wel weer de lage of hoge eigen bijdrage vanaf de eerste opnamedag. Het voornemen is deze verschillen tussen de AWBZ-sectoren per 1 juli 1998 gelijk te trekken, in die zin dat er in de bovengenoemde instellingen voor geestelijke gezondheidszorg ook een bijdrage zal worden geheven vanaf de dag van opname. Binnen dit geharmoniseerde systeem van bijdragen past voor deze instellingen de invoering van de inkomensafhankelijke lage bijdrage van maximaal f 1 085,- per maand. Ook voor het verblijf in het herstellingsoord zal vanaf die datum deze lage bijdrage gelden.

5.3.7 Intramurale sector

5.3.7.1 Algemene psychiatrische ziekenhuizen

De belangrijkste uitdaging voor de APZ-en in de komende jaren is het via zorgvernieuwing vormgeven aan de verdere vermaatschappelijking van de GGZ en het vergroten van de samenhang in het GGZ-aanbod. Door de voorgenomen flexibilisering van de AWBZ-verstreking per 1 januari 1998 worden de APZ-en verplicht om minimaal 5% van hun budget te besteden aan zorg-op-maat. Door deze aanpassing van de AWBZ en de in 1997 gewijzigde COTG-richtlijnen wordt voor het eerst zichtbaar in welke omvang de APZ-en zorgvernieuwing leveren. Aan onontkoombare groei is een bedrag van f 7 mln beschikbaar.

5.3.7.2 Psychiatrische afdelingen algemene ziekenhuizen (PAAZ)

Het beleid gericht op MFE-vorming wordt onverkort voortgezet. Om MFE-vorming financieel te vergemakkelijken, is aan het COTG een uitvoeringstoets gevraagd over de loskoppeling van het PAAZ-budget van het budget van het algemene ziekenhuis. In dat kader voert het NZi onderzoek uit naar de kosten van de PAAZ. De eerste resultaten van dit onderzoek worden dit najaar gepresenteerd. Het is de bedoeling dat de PAAZ met ingang van het JOZ 1999 in het hoofdstuk GGZ zal zijn geïntegreerd. Daarnaast wordt op basis van de gegevens uit het NZi-onderzoek een harmonisatie van de WTG-richtlijn voor de PAAZ voorzien.

5.3.7.3 Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP)

Voor de komende jaren wordt een verdere capaciteitsgroei van 203 bedden voorzien. De hiervoor benodigde middelen zijn binnen het bouwkader voor de GGZ gereserveerd. Deze uitbreiding komt mede door het toestaan van 112 extra bedden ten behoeve van de uitvoering van de Wet Bopz.

Daarnaast is een bedrag van f 0,5 mln voor onontkoombare groei beschikbaar.

Het NZi verricht thans onderzoek naar de kosten van de KJP waarbij gebruik wordt gemaakt van de behandelmodulesystematiek waarop de modernisering van de WTG-richtlijnen voor APZ en RIBW is gebaseerd. Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt een harmonisatie van de WTG-richtlijn per 1 januari 1999 voorzien.

In het kader van 'Regie in de Jeugdzorg' wordt gestimuleerd dat instellingen voor KJP, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming afspraken maken over de toegang tot de jeugdzorg en het opstellen van zorgprogramma's; een en ander is een aanzet voor een integrale jeugdzorg. In 1997 is samen met Justitie een start gemaakt om gezamenlijk het zorgaanbod voor jongeren in de forensische jeugdpsychiatrie nader vorm te geven.

5.3.7.4 Verslavingsklinieken

In de verslavingszorg is het beleid gericht op het tot stand brengen van regionale circuits. De regio waarbinnen zo'n circuit functioneert, moet voldoende groot zijn om een gedifferentieerd aanbod van zorg te kunnen bieden. In sommige regio's werken verslavingsafdelingen van psychiatrische ziekenhuizen nog geïsoleerd. Zij dienen derhalve te verzelfstandigen c.q. te fuseren tot regionaal werkende verslavingsklinieken. Vanuit deze verslavingsklinieken kunnen dan samenwerkingsverbanden worden aangegaan met de ambulante verslavingszorg, de GGZ en de gemeenten. Inmiddels is het overgrote deel van de consultatiebureaus voor alcohol en drugs gefuseerd met zelfstandige intramurale instellingen voor verslavingszorg.

De komende jaren zal de klinische capaciteit toenemen met 427 bedden. De hiervoor benodigde middelen zijn gereserveerd binnen het bouwkader voor de GGZ. Deze toename is mede een gevolg van het gevoerde overlastbeleid. De in dit kader geplande Intramurale Motivatiecentra, met een capaciteit van ruim 100 plaatsen, zullen alle in de loop van 1997 operationeel zijn. De voorziene Forensische Verslavingskliniek (45 plaatsen) heeft vertraging opgelopen en zal, naar verwachting, in januari 1998 gaan functioneren. Aan onontkoombare groei is voor de verslavingsklinieken een bedrag van f 0,4 mln beschikbaar.

5.3.7.5 Forensische psychiatrie

Naast de substantiële capaciteitsuitbreidingen in de afgelopen en komende jaren blijft het beleid in de forensische psychiatrie er op gericht om de doorstroming van forensische psychiatrische patiënten naar het reguliere GGZ circuit te bevorderen.

De capaciteit Forensisch Psychiatrische Afdelingen (FPA) zal nog in 1997 worden uitgebreid met 76 plaatsen. Naast uitbreiding van het aantal plaatsen bij de bestaande FPA-en worden er bij een tweetal APZ-en nieuwe FPA-en gestart. Het totale aantal FPA-plaatsen komt hiermee op 116. De uitbreiding van FPA plaatsen wordt budgettair neutraal gerealiseerd door omzetting van (over)capaciteit van reguliere APZ bedden. In het JOZ 1997 werd al een uitbreiding aan TBS-plaatsen aangekondigd door middel van de bouw van een achtste TBS-kliniek en uitbreiding van 72 plaatsen (42 bij gezondheidszorgvoorzieningen en 30 bij bestaande TBS-klinieken) in de periode 1997 tot 2000. Gezien het tekort aan TBS-plaatsen is daarnaast voorzien in een (tijdelijke) extra uitbreiding. Het betreft hier een noodcapaciteit van in totaal 144 plaatsen voor de periode 1997 tot 2000. Vanaf 2000 worden 84 van deze plaatsen overbodig door het gereed komen van ondermeer de achtste TBS-kliniek en de derde FPK. De resterende 60 plaatsen bij bestaande TBS klinieken hebben een structureel karakter.

5.3.8 Semimurale sector

5.3.8.1 Deeltijdbehandeling

Zoals aangegeven in paragraaf 5.2 is de afgelopen jaren de deeltijdcapaciteit sterk gestegen. Ook in de komende jaren zal in het kader van de verdere vermaatschappelijking van de GGZ de deeltijdcapaciteit toenemen. Voor deze uitbreiding zijn middelen gereserveerd in het GGZ-bouwkader.

5.3.8.2 Beschermd wonen

De komende jaren zal de RIBW-sector met 1 214 plaatsen toenemen. De hiervoor benodigde middelen zijn in het bouwkader voor de GGZ gereserveerd. Daarnaast is een bedrag van f 0,6 mln voor onontkoombare groei beschikbaar.

Met ingang van 1 januari 1998 zullen de negen Psychiatrische Woonvoorzieningen (PWV-en met 433 plaatsen) onder de verstrekking 'Hulp door of vanwege een Regionale Instelling voor Beschermd Wonen' worden gebracht. Thans heeft een aantal PWV-en al organisatorisch aansluiting gevonden bij de RIBW in hun regio.

5.3.9 Extramurale sector

5.3.9.1 Wachtlijsten

Naast de in paragraaf 5.2.5.1 genoemde incidentele extra middelen ter bestrijding van de wachtlijsten bij de RIAGG-en, is in 1997 een traject gestart voor een structurele aanpak van de wachtlijsten in de gehele AGGZ. Onderdelen daarvan zijn onderzoek naar de doelmatigheid van de organisatie van de zorgverlening bij de RIAGG-en, onderzoek naar het wachtlijstenbeleid van AGGZ-aanbieders, onderzoek naar wachtlijsten bij andere AGGZ-aanbieders dan RIAGG-en en het opzetten c.q. uniformeren van een regionale wachtlijstregistratie voor de gehele AGGZ. Voorts wordt onderzoek verricht naar de gezondheidseffecten van wachttijden.

In 1998 zullen naast de RIAGG-en ook de vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten (binnen de vanwege de RIAGG-constructie) in aanmerking komen voor de middelen die beschikbaar zijn voor het aanpakken van acute knelpunten in de wachtlijsten. Waar nodig zullen ook de in 1997 gestarte projecten worden voortgezet tot januari 1999. In totaal is in 1998 een bedrag van f 9,5 mln beschikbaar. Het traject rond wachtlijstonderzoek kent een meerjarenplan waar het gaat om het uniformeren van de wachtlijstregistratie. Hiervoor is in 1998 f 0,5 mln en in 1999 f 0,25 mln beschikbaar.

5.3.9.2 RIAGG-en

De sterke stijging van de wachtlijsten bij de RIAGG-en wordt mede veroorzaakt door de onontkoombare groei van de vraag. Wil het eerder omschreven wachtlijstbeleid effectief zijn, dan is een structurele inzet van middelen voor de RIAGG-en noodzakelijk. Hiervoor is een bedrag van f 6,5 mln beschikbaar.

Tussen Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland (GGZ-N) zijn afspraken gemaakt over bovenregionale taken. Voor een aantal van deze taken vindt een oormerking van middelen binnen het RIAGG-kader plaats: de hulpverlening aan doven en slechthorenden met ernstige psychische problemen. Vanaf 1998 wordt daar de hulpverlening aan autisten aan toegevoegd; dit om dreigend verlies van deskundigheid in enkele regio's te voorkomen. Voor

de hulpverlening aan deze categorieën zal in 1998 een nader vast te stellen bedrag, dat tenminste overeen dient te komen met het niveau 1997, geormerkt worden binnen het totale RIAGG-kader. Het voornemen om (een deel van) het zorgaanbod van de Rutgerstichting via een 'vanwege de RIAGG-constructie' onder het RIAGG-kader te brengen, is –zo bleek na overleg met partijen en deskundigen– niet uitvoerbaar. Daarom zal de financiering via de begroting worden gecontinueerd.

Vanaf 1997 is f 2 mln aan het RIAGG-kader toegevoegd voor de hulpverlening aan slachtoffers van seksueel geweld. Aan de hand van een door de GGZ-N en Zorgverzekeraars Nederland opgesteld protocol wordt inmiddels invulling gegeven aan de besteding van deze middelen. RIAGG-en kunnen hun deel van deze middelen (stimuleringsbijdrage) krijgen als zij in de vorm van een plan van aanpak aan het verbindingskantoor kunnen aantonen op welke wijze zij in kwalitatief en kwantitatief opzicht hun aanbod intensiveren.

5.3.9.3 Vrijgevestigde psychiaters

In het kader van de in paragraaf 5.2.5.3 genoemde versterkte inzet voor de lokale initiatieven, is de participatiegrens voor goedkeuring verhoogd van 80% tot 90%. Ook moet worden voldaan aan eisen omtrent objectivering van de indicatiestelling, protocolontwikkeling en -implementatie en kwaliteitsontwikkeling.

In het bijzonder de participatiegrens en de technische vormgeving bleken in de praktijk problemen op te leveren. Door een maximale inzet van partijen op regionaal niveau zijn die problemen inmiddels grotendeels opgelost. In de loop van 1997 kon voorlopige goedkeuring gegeven worden aan 21 van de 22 ingediende initiatieven. Deze initiatieven hebben een looptijd van drie jaar (1996–1998). De definitieve goedkeuring wordt gegeven zodra het COTG de lumpsum heeft vastgesteld.

In de periode 1996–1998 is er ook financiële ruimte voor de oplossing van knelpunten in de lokale initiatieven en voor regionale verspreiding van vrijgevestigde psychiaters (deze zijn nu onevenredig verdeeld over Nederland). De toedeling van deze gelden vindt plaats overeenkomstig het advies van de Landelijke Begeleidingscommissie. Daarnaast is voor de oplossing van de wachtlijstproblematiek in de AGGZ extra geld beschikbaar gesteld (zie paragraaf 5.3.9.1). Deze middelen zijn in beginsel ook beschikbaar voor de oplossing van mogelijke wachtlijstproblematiek bij vrijgevestigden die deelnemen aan lokale initiatieven. Verdere uitwerking daarvan vindt plaats in overleg met alle relevante partijen in de AGGZ.

5.3.9.4 Vrijgevestigde psychotherapeuten

Voor vrijgevestigde psychotherapeuten bestaat vanaf 1994 de mogelijkheid om deel te nemen aan de 'vanwege de RIAGG-regeling'. Deze regeling is in de plaats gekomen van de 'verlengde armconstructie' bij vrijgevestigde psychiaters. Voor de uitvoering van deze regeling is inmiddels binnen het totale RIAGG-kader een bedrag van f 42,1 mln (niveau 1997 en inclusief f 0,8 mln aan beheerskosten) beschikbaar. Onder nog nader uit te werken voorwaarden kan aan deze groep gelden ter beschikking gesteld worden voor de oplossing van wachtlijstproblematiek in de AGGZ.

5.3.9.5 Overige verslavingszorg

Het overlastbeleid heeft de laatste jaren gefungeerd als een katalysator voor de zorgvernieuwing in de verslavingszorg. In het kader van dat overlastbeleid zijn veel nieuwe initiatieven en voorzieningen totstandge-

komen. Daarbij staat de traject- en ketenbenadering centraal. Dit houdt in dat, onder andere via een betere samenwerking tussen Justitie, gemeenten en zorg, een scala van voorzieningen tot stand gebracht wordt, die nauw op elkaar aansluiten en de cliënten zorg-op-maat kunnen leveren. De vernieuwing binnen de verslavingszorg wordt op intensieve wijze door de rijksoverheid gestimuleerd. Daarbij spelen de instellingen voor verslavingszorg een centrale rol: zij worden gestimuleerd zelf met nieuwe initiatieven te komen. Voor het overige wordt verwezen naar de Memorie van Toelichting bij de begroting en de Voortgangsrapportage Drugsbeleid 1997 die inmiddels aan de Tweede Kamer is aangeboden.

5.3.10 Kengetallen GGZ

In 1997 is aan het Trimbosinstituut opdracht gegeven voor een project Kengetallen GGZ. Dit project moet leiden tot verdere verbetering van de beschikbare sturingsinformatie in de vorm van kengetallen. Het ligt in de bedoeling via deze kengetallen te komen tot vormen van benchmarking voor de sector.

HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG

6.1 Terreinbeschrijving

Categoriale voorzieningen voor mensen met een handicap zijn globaal op te delen in intramurale en semimurale voorzieningen.

De intramurale voorzieningen

Tot de intramurale voorzieningen behoren de inrichtingen voor mensen met een verstandelijke handicap, de inrichtingen voor mensen met een zintuiglijke handicap (auditief en/of visueel) en de vier grote woonvormen voor mensen met een lichamelijke handicap.

Ze zijn bedoeld voor mensen die intensieve verzorging, begeleiding of verpleging nodig hebben. Naast het wonen is er dus sprake van dagopvang en behandeling. Hoewel intramurale voorzieningen primair 24-uurs zorg verlenen, zijn ze de afgelopen jaren ook andere zorgvormen gaan bieden zoals tijdelijke opvang, weekendopvang, logeeropvang.

De semimurale voorzieningen

De semimurale voorzieningen zijn bedoeld voor mensen met een verstandelijke, lichamelijke en/of zintuiglijke handicap die geen intensieve verzorging of verpleging behoeven. Hierbij moet een onderscheid worden gemaakt tussen wonen en dagopvang. Voor wonen in combinatie met verzorging en agogische begeleiding zijn er de gezinsvervangende tehuizen. Voor dagopvang zijn er de dagverblijven (kinderdagverblijven, dagverblijven voor ouderen) en activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten.

De overige categoriale voorzieningen

Het betreft hier voorzieningen die niet tot het reguliere verstrekkingenpakket van de AWBZ behoren. Voorbeelden zijn de kortverblijftehuizen en de gezinsvervangende tehuizen voor kinderen gefinancierd uit subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad en de hulp verleend door Sociaal Pedagogische Diensten, die werkzaam zijn op het terrein van informatie, advies, begeleiding en ondersteuning van mensen met een verstandelijke handicap en hun ouders/verzorgers.

6.2 Kerngegevens gehandicaptenzorg

In tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de uitgaven in de gehandicaptenzorg. Tabel 6.2 geeft een overzicht van de toegelaten capaciteit in de gehandicaptenzorg.

Tabel 6.1 Uitgaven Gehandicaptenzorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	3 009,7	3 152,5	3 262,5	3 301,0	3 418,0	3 538,0	3 613,1	3 683,4	3 761,7	3 811,0
2 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	122,7	130,8	134,2	141,2	143,5	144,0	144,9	145,8	147,3	148,0
3 Grote woonvormen	87,5	92,5	94,1	95,0	93,6	92,5	91,9	91,3	90,7	90,2
4 Kortverblijftehuizen	17,8	17,9	17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
5 Dagverblijven gehandicapten (DV)	629,5	650,1	681,9	703,7	754,8	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
6 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	814,7	851,6	893,6	916,8	938,6	998,7	1 005,8	1 012,4	1 021,4	1 032,5
7 Gezinsvervangende tehuizen voor kinderen	63,2	62,2	65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
8 Overige subsidies art. 39 WfV gehandicapten	20,0	77,8	101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
9 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	73,9	80,0	82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
11 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten		5,5	2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
12 Zorgvernieuwingfonds gehandicapten				134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
Totaal JOZ 1998	4 839,0	5 120,9	5 336,0	5 579,0	5 857,1	6 085,3	6 175,1	6 258,9	6 356,2	6 428,0
Procentuele mutatie		5,8	4,2	4,6	5,0	3,9	1,5	1,4	1,6	1,1

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

Tabel 6.2 Toegelaten plaatsen

	1993	1994	1995	1996
Inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten (1)	32 527	33 282	33 702	34 053
Gezinsvervangende tehuizen (2)	16 419	17 033	17 524	17 723
Dagverblijven voor gehandicapten (3)	16 924	17 096	17 419	17 489
Inrichtingen voor auditief gehandicapten (4)	874	874	874	874
Inrichtingen voor visueel gehandicapten (5)	554	560	560	560
De vier grote woonvormen (6)	804	804	804	804
Kortverblijf tehuizen (7)	206	206	206	206
Kindergezinsvervangende tehuizen gehandicapten (8)	920	920	926	932
Logeerhuizen (9)	132	132	132	132
Totaal	69 360	70 907	72 147	72 773

Bron: NZi (1,4,5), CAK (6), VGN (7), COTG (2,3,8), ZFR (9).

Aan het NZi is opdracht gegeven een Brancherapport Gehandicaptenzorg op te stellen. In dit rapport, dat najaar 1997 aan de Tweede Kamer zal worden toegezonden, wordt een uitvoerig overzicht gegeven van het beschikbare cijfermateriaal over de gehandicaptenzorg. Vooruitlopend op het verschijnen van het brancherapport zijn in bijlage B6 nieuwe tabellen opgenomen over de productie van de sector. Uiteindelijk is het streven er op gericht kengetallen te ontwikkelen voor zorgvraag, zorgaanbod en ontwikkelingen in de gehandicaptenzorg.

6.3 Evaluatie intensiveringen 1995–1996

Chronische ademhalingsondersteuning lichamelijk gehandicapten
 Voor de extra kosten van de zorg voor chronische ademhalingsondersteuning in de woonvormen voor lichamelijk gehandicapten is in 1996 f 1 mln structureel beschikbaar gesteld. Deze middelen zijn op basis van een specifieke COTG-richtlijn verdeeld. Bij het realiseren van faciliteiten op het gebied van chronische ademhalingsondersteuning in de woonvormen wordt primair uitgegaan van het principe van vraaggestuurde zorg. De kosten van de chronische beademing per cliënt kunnen echter dalen naarmate er meerdere cliënten in één woonvorm van deze functie gebruik kunnen maken. Uitgaande van zowel de belangen en wensen van cliënten als een zorgvuldige aanwending van de beschikbare middelen is gekozen

voor een 'gebundelde deconcentratie' van de functie chronische ademhalingsondersteuning.

Probleemgedrag verstandelijk gehandicapten

In 1990 zijn in Nederland vijf regionale consulenteams begonnen met ondersteuning bij de behandeling, begeleiding en verzorging van naar schatting 1 600 verstandelijk gehandicapte instellingbewoners met zeer ernstig probleemgedrag. Met ingang van 1 januari 1993 is de doelgroep van de consulenteams uitgebreid tot alle verstandelijk gehandicapten met ernstig probleemgedrag. In 1996 was een totaal bedrag van f 56,9 mln voor deze problematiek beschikbaar. Door de vijf consulenteams (budget f 31,6 mln) zijn, naast interventies, consultaties en kortdurende adviezen, in 1996 voor 649 cliënten bijzondere zorgplannen ontwikkeld. Uit het onderzoek 'Consulenteams voor mensen met een verstandelijke handicap en ernstig probleemgedrag' (NZi, mei 1997) komt naar voren dat het functioneren van de teams een merkbaar positief effect heeft gehad. Het onderzoek was erop gericht het effect van de langdurige en intensieve bemoeienis van de teams in beeld te brengen. Het korte termijn effect betreft een sterk verbeterde levenssituatie van alle verstandelijk gehandicapten waarvoor het consulenteam is ingeschakeld. Het langere termijn effect betreft de gevolgen voor hun omgeving: de hulpverleners, begeleiders en ouders. Maatregelen als deskundigheidsbevordering, invoeren van methodieken en protocollen, systematisch werken en de ontwikkeling van nieuwe vormen van dagbesteding worden overgenomen binnen instellingen.

Jeugdige licht verstandelijk gehandicapten

In 1995 is f 5,5 mln beschikbaar gesteld voor uitbreiding met 31 plaatsen van de twee landelijke achtervanginstellingen (Groot Emaus en De Beele) voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met gedragsproblematiek. Deze plaatsen waren aanvankelijk voor twee jaar toegevoegd, maar zijn in 1996 structureel gemaakt.

Arbeidsintegratie

Niet alle mensen met een (lichte) verstandelijke handicap lukt het om zelf werk te vinden. Alle Sociaal Pedagogische Diensten (SPD-en) beschikken sinds een aantal jaren over een arbeidsconsulent. Deze consulenten helpen en begeleiden mensen met een verstandelijke handicap bij het zoeken naar een passende baan. Een andere taak van de consulent arbeid is het coördineren van een regionaal netwerk voor arbeidsintegratie. Met ingang van 1 januari 1997 zijn de betreffende middelen overgeheveld van de VWS-begroting naar de subsidieregeling SPD-en van de Ziekenfondsraad.

Persoonsgebonden budget

Per 1 januari 1996 is de ZFR-regeling Persoonsgebonden budget (PGB) voor mensen met een verstandelijke handicap in werking getreden. In 1996 is voor de uitvoering van de regeling f 42 mln uitgetrokken. Eind 1996 werd een bedrag van f 15 mln onderbesteding geconstateerd, dat is overgeboekt naar 1997. De onderbesteding is ontstaan omdat in deze nieuwe regeling de feitelijke budgettoekenningen pas in de loop van het jaar plaatsvonden.

Uit tussentijdse resultaten van het evaluatieonderzoek van het ITS komt onder andere naar voren dat er grote belangstelling bestaat om in aanmerking te komen voor een PGB, en dat in een aantal regio's wachtlijsten ontstaan. In de regeling PGB verstandelijk gehandicapten wordt een systeem van budgetcategorieën gehanteerd. Uit het evaluatieonderzoek blijkt dat bijna de helft van de toegekende budgetten (46,4%) behoort tot de laagste drie categorieën. Dit wijst erop dat het PGB met name aangewend wordt voor ondersteuning in de dagelijkse levensbehoeften.

6.4 Perspectief gehandicaptenzorg 1998–2002 en beleidsontwikkeling 1997 en 1998

In deze paragraaf wordt, mede op basis van het cijfermateriaal van de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (in paragraaf 6.4.1), een perspectief gegeven van de te verwachten ontwikkelingen in de komende vier jaar.

Voor het jaar 1998 zijn met prioriteit extra middelen uitgetrokken voor de structurele aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg (f 100 mln) en voor 'meer handen aan het bed' (f 45 mln), gericht op versterking van de kwaliteit van de zorgverlening en intensivering van de zorg. In paragraaf 6.4.2 worden per onderscheiden sector (lichamelijk, verstandelijk respectievelijk zintuiglijk gehandicapten) de maatregelen van de intensiveringen 1997 (voortgang) en 1998, vooral de wachtlijstaanpak en de inzet voor 'meer handen aan het bed', besproken.

6.4.1 Perspectief 1998–2002

Prognose zorgontwikkeling

Het aantal verstandelijk gehandicapten wordt in de VTV 1997 geschat op 99 300 (49 600 licht en 49 700 matig tot zeer ernstig gehandicapt). In de periode 1994–2015 wordt een lichte afname c.q. stabilisatie van het aantal verstandelijk gehandicapten verwacht. Het is daarnaast de verwachting dat de levensverwachting van de verstandelijk gehandicapten verder zal toenemen. Dat is de afgelopen periode al gebeurd, met name van ernstig verstandelijk gehandicapten. De toegenomen levensverwachting leidt tot een vergrijzing van de populatie van verstandelijk gehandicapten. De vergrijzing is van invloed op het voorzieningengebruik, want voor de meeste voorzieningen is het beslag door ouderen groter dan door jongeren. Ook de gemiddelde verblijfsduur van verstandelijk gehandicapten in voorzieningen zal hierdoor de komende jaren verder toenemen.

Vraaggestuurde zorg

In de brief van 29 mei 1997 over de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg is geschetst hoe in de komende periode de omslag gemaakt zal worden van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde zorg. Ten eerste gaat het om de herinrichting van de indicatiestelling zodat deze voldoet aan objectiviteit, onafhankelijkheid en integraliteit. Ook het verhogen van de kostprijstransparantie in de gehandicaptenzorg is van belang. Voor de daadwerkelijke implementatie van vraaggestuurde zorg is het immers vereist dat kosten per zorgprodukt kunnen worden vastgesteld. Met name de mogelijkheid om de tarieven binnen de vigerende budgetopbouw van de instellingen naar zorgzwaarte te differentiëren zal worden onderzocht. En ten slotte kan in dit kader het traject van de flexibilisering van de AWBZ genoemd worden.

Een goede bestuurlijke informatievoorziening is een belangrijke voorwaarde om een vraaggestuurde zorg te kunnen realiseren. Vraaggestuurde zorg vergt immers een betrouwbaar inzicht in de zorgvraag, alsmede de geleverde zorgproducten gerelateerd aan de kosten. De operationalisering van vraaggestuurde zorg en dienstverlening zal in nauwe samenwerking met de veldpartijen ter hand worden genomen.

Zorgvernieuwing(sfonds) en ontwikkelingen in de AWBZ

Op 11 juli 1997 is aan de Tweede Kamer de voortgang geschetst van de invoering van zorg-op-maat in de AWBZ. De daarbij weergegeven voornemens hebben grotendeels, waar het het jaar 1998 betreft, betrekking op de geestelijke gezondheidszorg daar in dat jaar daadwerkelijk een start gemaakt wordt met het vastleggen van zorg-op-maat in de aanspraken.

Voor de gehandicaptenzorg zal dat in een later stadium het geval zijn, maar dan kan van de ervaringen in de GGZ gebruik gemaakt worden. In de tussentijd zal worden voortgegaan met het ontwikkelen van productomschrijvingen en een daarop toegesneden landelijk registratiesysteem. Dat betekent dat in 1998 de subsidiëring door de Ziekenfondsraad van zorg-op-maat in de gehandicaptenzorg gecontinueerd zal worden. Verder is het streven erop gericht een beperkte aanspraak ambulante zorg voor verstandelijk gehandicapten, te leveren door Sociaal Pedagogische Diensten, per 1 januari 1999 van kracht te laten worden. Voor gezinsvervangende tehuizen en kortverblijftehuizen zijn trajecten in gang gezet om deze voorzieningen per 1 januari 1998 in het reguliere AWBZ-verstrekkingsstelsel onder te brengen. Dat gebeurt in het kader van een verdere vereenvoudiging van de regelgeving en de harmonisatie van het voorzieningenaanbod.

Indicatiestelling

De verantwoordelijkheid voor een objectieve, integrale en onafhankelijke indicatiestelling komt te liggen bij een door de gemeenten in te stellen indicatieorgaan. In het orgaan participeren patiëntenorganisaties, de verzekeraars en de zorgaanbieders. Het voornemen is de indicatiestelling in de gehandicaptenzorg per 1 januari 1999 in te voeren. Het jaar 1998 zal worden benut als voorbereidingsjaar. Invoering per 1 januari 1998 is niet haalbaar gebleken, omdat nog een aantal zaken, zoals de regioproblematiek en het protocol, nader moet worden uitgewerkt. Door het NIZW is de protocolontwikkeling reeds ter hand genomen, waarbij het streven is nog dit jaar tot een modelprotocol te komen. De AMvB indicatiestelling zal in de loop van 1998 voor de gehandicaptenzorg worden aangepast.

Informatievoorziening

In opdracht van het ministerie is onderzoek gedaan naar de wachtlijstregistratie voor verstandelijke gehandicapten, het zorgregistratiesysteem (ZRS). Uit dit onderzoek blijkt dat het ZRS nog niet geheel betrouwbare landelijke gegevens levert. Dit komt vooral doordat in de regio's verschillend wordt gewerkt en niet dezelfde gegevensdefinities worden gebruikt. Door de landelijke houder van het ZRS is een aantal maatregelen voorbereid, gericht op het vergroten van de betrouwbaarheid van de registratie. Daarnaast wordt door het departement gewerkt aan de introductie van een landelijk nummer, onder andere met het doel dubbelstellingen te voorkomen.

Om het inzicht in de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg te vergroten is gestart met de ontwikkeling van een stroommodel. Dit model zal meer inzicht moeten geven in de ontwikkeling van de wachtlijsten op langere termijn om het beoordelen van verschillende beleidsopties te ondersteunen. Thans wordt onderzocht of de beschikbare gegevensverzamelingen van voldoende kwaliteit zijn om een stroommodel te kunnen opstellen.

6.4.2 Beleidsmaatregelen 1997 en 1998

Voor de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg is in 1997 een bedrag van f 65 mln ingezet. Hierover is aan de Kamer gerapporteerd bij brief d.d. 29 mei 1997 (TK, 1996-1997, 24 170 nr. 26). Daarin is tevens aangekondigd, dat voor 1998 in de aanpak enkele nieuwe accenten worden gelegd. Deze richten zich op :

- capaciteitsuitbreiding van de zorg voor lichamelijk gehandicapten;
- capaciteitsuitbreiding van de semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten;
- uitbreiding van de zorg in de thuissituatie aan verstandelijk gehandicapten.

Voor een voortzetting van de aanpak van de wachtlijsten is voor 1998 een extra bedrag van f 100 mln uitgetrokken. Hiervan is f 22 mln bestemd voor structurele doorwerking van de maatregelen 1997, zodat voor 1998 een extra bedrag van f 78 mln beschikbaar is. Dit bedrag is onderverdeeld in f 21 mln voor de zorg aan lichamelijk gehandicapten en f 57 mln voor zorg aan verstandelijk gehandicapten. De nadere verdeling van de intensiveringen is:

- Capaciteitsuitbreiding zorg voor lichamelijk gehandicapten, nader verdeeld in:
 - f 11,5 mln voor wachtlijstinitiatieven ten behoeve van NAH-cliënten, in het kader van grote en kleine woonvormen, activiteitencentra en ADL-clusterwonen;
 - f 6 mln voor uitbreiding van KGVT-plaatsen bij Werkenrode en Heliomare;
 - f 2,5 mln voor uitbreiding van logeerbedden en ambulante zorg, waaronder vroeghulp;
 - f 1 mln voor chronische ademhalingsondersteuning.
- Capaciteitsuitbreiding zorg voor verstandelijk gehandicapten, nader verdeeld in:
 - f 25 mln wachtlijstvermindering semimurale zorg/woontype 3-4;
 - f 5 mln wachtlijsten orthopedagogische centra (nota 'Vorm en Kleur');
 - f 20 mln voor regeling PGB-VG;
 - f 7 mln uitbreiding ambulante zorg en dienstverlening door SPD-en.

Ter versterking van de kwaliteit van de zorgverlening en ten behoeve van intensivering van de zorg wordt met ingang van 1998 een extra bedrag van f 45 mln structureel en f 8 mln incidenteel aan de gehandicaptenzorg beschikbaar gesteld. Dit bedrag is verdeeld in:

- f 5,5 mln laatste tranche Systematisch werken/consulententeams;
- f 4 mln verblijfplaatsen sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten;
- f 36 mln personeelskosten uitbreiding dagbesteding 24-uurszorg en faciliteren van transitieprocessen bij intramurale instellingen, gericht op genormaliseerd wonen;
- f 5 mln personeelskosten gedragsproblematiek in GVT-en en dagverblijven;
- f 2,5 mln personeelskosten opvang thuiszitters in GVT-en.

In verband met bovenstaande verdeling wordt voor de in 1997 ontwikkelde regeling ter stimulering van kleinschaligheid bij intramurale instellingen voor 1998 alleen een incidenteel bedrag van f 8 mln beschikbaar gesteld.

Onderstaand wordt de beleidsontwikkeling in 1997 en de extra inzet voor 1998 nader beschreven.

6.4.2.1 Zorg voor lichamelijk gehandicapten

Niet-aangeboren hersenletsel

Van niet-aangeboren hersenletsel (NAH) is sprake indien hersenbeschadiging het gevolg is van ziekte of ongeval, met name verkeersongevallen. De hulpvraag van deze personen is zeer divers. Sinds 1991 wordt subsidie toegekend aan het Landelijk Coördinatiepunt (LC) niet-aangeboren hersenletsel. Het LC heeft vorig jaar een 'tussenbalans' uitgebracht over de ontwikkelingen op dit terrein van zorg. Deze tussenbalans bevat naast een opsomming van knelpunten tevens een overzicht van activiteiten die op landelijk, regionaal en individueel niveau worden ondernomen ter verbetering van de bestaande situatie. In 1997 is aanvullend f 0,8 mln beschikbaar gesteld ten behoeve van 20 regionale hersenletselteams. Deze teams hebben tot taak te bevorderen dat de zorg voor de

individuele NAH-getroffenen zo goed mogelijk is en wordt afgestemd op de specifieke individuele kenmerken van de betrokkenen. De werkzaamheden van de teams dienen te worden gekoppeld aan een regionaal zorgnetwerk c.q. samenwerkingsverband waarin de diverse betrokken zorgsectoren en een representant van de doelgroep zelf zijn vertegenwoordigd. Uit het in 1997 verschenen rapport van de IGZ 'Eén deur verder' komt nog eens naar voren, dat er op dit terrein van zorg behoefte is aan zorgcoördinatie. Met de financiële facilitering van de hersenletselteams wordt beoogd in deze behoefte te voorzien.

Uit het onlangs gepubliceerde NZi-onderzoek 'NAH in de verblijfszorg I en II' blijkt dat 50% tot 70% van de populatie van woonvormen en bezoekers van activiteitencentra bestaat uit personen met een niet-aangeboren hersenletsel. De resultaten tonen een stabiel patroon. De meeste getroffen personen die in de verblijfszorg belanden gaan vanuit het ziekenhuis naar een verpleeghuis. Een positieve ontwikkeling is dat steeds minder getroffen personen in psychiatrische ziekenhuizen belanden. Een beperkt aantal personen vindt een plaats binnen instellingen voor verstandelijk gehandicapten.

Programmering categoriale LG-voorzieningen.

In de brief d.d. 8 november 1996 (TK, 1996–1997, 24 170, nr. 17) over de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg is een bedrag van in totaal f 25 mln, verdeeld in drie tranches (1998, 1999 en 2000), beschikbaar gesteld voor capaciteitsuitbreiding van categoriale voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten. Uitgaande van de extra volumemiddelen voor 1998 (f 11,5 mln en f 2,5 mln) genoemd in paragraaf 6.4.2. plus de eerste tranche van de middelen uit 1997 (f 6 mln voor 1998) betekent dit dat er voor capaciteitsuitbreiding in 1998 in totaal f 20 mln beschikbaar is. Op basis van daartoe door de sector ingediende plannen zal de toedeling van de middelen worden vastgesteld.

Kindergezinsvervangende tehuizen (KGVt-en)

In de afgelopen periode is er sprake van een groeiende behoefte aan KGVt-plaatsen voor jongeren met ernstige lichamelijke handicaps en daarmee samenhangende psychosociale problemen, die HAVO/VWO willen volgen. Zij zoeken gezamenlijke huisvesting bij onderwijsinstellingen danwel instituten zoals Werkenrode en Heliomare, waar voortgezet onderwijs voor jongeren met een handicap als landelijke functie wordt geboden.

Heliomare en Werkenrode werken vanaf 1993 aan de voorbereiding van deze verblijfsvoorzieningen voor deze specifieke doelgroep. In het kader van het FOZ 1996 is –in afwachting van structurele oplossingen– reeds incidenteel ruimte gecreëerd voor een noodoplossing (f 1,2 mln). Dit bedrag kreeg in het JOZ 1997 een structureel karakter. In 1998 zullen de plannen in definitieve vorm worden gerealiseerd, in casu 35 plaatsen KGVt Werkenrode en 30 plaatsen KGVt Heliomare. Hiermee zal een bedrag gemoeid zijn van f 6 mln. Voor de KGVt-en voor lichamelijk gehandicapten geldt momenteel de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad als financieringskader. Zowel de toelating tot de onderwijsvoorziening (HAVO/VWO) als de AWBZ-bekostigde verblijfsvoorziening (i.c. KGVt), zal worden voorafgegaan door een indicatieprocedure. In verband hiermee heeft nadere afstemming van het indicatiebeleid van OCenW en VWS op dit punt plaatsgehad.

6.4.2.2 Zorg voor verstandelijk gehandicapten

Voortgangsrapportage wachtlijsten ultimo augustus 1997

Onderstaande stand van zaken over de resultaten van de wachtlijstaanpak is onder andere gebaseerd op de eerste voortgangsrapportage van de Ziekenfondsraad over het eerste kwartaal van 1997. Deze rapportage is op

29 mei 1997 aan de Tweede Kamer aangeboden (TK 1996–1997, 24 170, nr. 26). De tweede voortgangsrapportage met de stand van zaken over het eerste halfjaar zal eind september 1997 aan de Tweede Kamer worden verzonden.

Capaciteit intramurale zorg

In 1997 zijn extra middelen (f 10,5 mln) ingezet voor de aanpak van wachtlijsten in de gehandicaptenzorg in de vorm van capaciteitsuitbreiding zonder bouw, vooruitlopend op definitief te realiseren plaatsen in de loop van 1998–2000. In 1997 zijn 160 plaatsen extra erkend bij negen instellingen in regio's waar de wachtlijstnood substantieel is. Deze 160 plaatsen zijn onderdeel van het vastgestelde bouwprogramma 1997–2000, waarmee in totaal 458 plaatsen uitbreiding is gehonoreerd. Een aantal van deze intramurale plaatsen zal worden gesubstitueerd naar niet 24-uurs zorg c.q. naar zorg-op-maat in samenwerking met collega-instellingen in de regio. De substitutieregeling die vanaf 12 juni 1991 van kracht is heeft er toe geleid dat veel uitbreidingsplaatsen omgezet worden naar andere behandel- en zorgvormen.

Capaciteit semimurale zorg

Het uit de planperiode 1991–1995 nog openstaande bedrag aan exploitatieruimte voor projecten voor semimurale voorzieningen is in de eerste helft van 1997 verminderd van f 16 mln naar f 4,6 mln. Hiermee zijn circa 400 plaatsen in exploitatie genomen, waarvan ongeveer de helft al was gerealiseerd maar waarvan de invulling nog niet was gemeld.

Ambulante zorg en dienstverlening door SPD-en

Voor de regeling Begeleid Zelfstandig Wonen is f 7 mln extra ter beschikking gesteld; naar schatting kunnen met dit bedrag 950 personen geholpen worden.

Voor uitbreiding van gezinsbegeleiding en vroeghulp is een bedrag van f 4,5 mln ingezet. Ongeveer 800–1 000 gezinnen/personen zullen hiermee gebaat zijn.

Tot 1997 ontvingen SPD-en een subsidie van het ministerie van VWS voor consultants ter ondersteuning bij vrijetijdsbesteding en vorming. De hiermee gemoeide financiële middelen zijn met ingang van 1997 ondergebracht in de ZFR-regeling ter subsidiëring van SPD-en.

Voor 1998 wordt ten behoeve van de zorg in de thuissituatie in het kader van de wachtlijstaanpak een bedrag van f 7 mln beschikbaar gesteld voor uitbreiding van de ambulante zorg en dienstverlening door SPD-en.

Persoonsgebonden budget

Voor de uitvoering van de regeling PGB verstandelijk gehandicapten is in 1997 totaal een bedrag van f 65 mln beschikbaar, waarvan f 22,5 mln in het kader van de aanpak wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Daarvan was f 15 mln (onderbesteding 1996) in eerste instantie op incidentele basis beschikbaar. Voor 1998 is dit bedrag in het kader van de maatregelen ter vermindering van de wachtlijsten inmiddels structureel gemaakt. De resultaten van de eerste tussenrapportage van het evaluatieonderzoek van het ITS zijn aanleiding geweest om de uitvoeringsorganisatie van de regelingen PGB aan te passen. Met ingang van 1 januari 1998 zal de Sociale Verzekeringsbank de financieel-administratieve uitvoering van deze regelingen overnemen. Dit betekent onder andere dat het verplichte lidmaatschap van de verenigingen van budgethouders zal komen te vervallen. Daarnaast waren deze resultaten aanleiding om enige inhoudelijke aanpassingen in de regeling PGB verstandelijk gehandicapten aan te brengen, onder andere in de indicatiesystematiek. Medio 1997 is een tweede tussenrapportage van het evaluatieonderzoek beschikbaar gekomen.

Bij de invoering van het PGB moet rekening worden gehouden met een aantal financiële onzekerheden. Er kan zich een aantal effecten voordoen, waarvan de financiële consequenties op voorhand moeilijk zijn in te schatten. Daarom wordt er voorlopig de voorkeur aan gegeven het PGB op subsidiebasis te financieren en niet als verzekerd recht op basis van de AWBZ. Het PGB wordt zo langs geleidelijke weg ingevoerd en zal ook stapsgewijs worden opgehoogd. Voor 1998 wordt in het kader van de aanpak van de wachtlijsten het beschikbare bedrag met f 20 mln opgehoogd tot f 85 mln.

Gedragsproblematiek

De grote verscheidenheid in probleemsituaties brengt de noodzaak van een gedifferentieerde aanpak met zich mee. Uitgangspunt hierbij is, dat een zo gewoon mogelijk leefklimaat geschapen dient te worden rond de betrokken verstandelijk gehandicapten. Dit impliceert, dat de faciliteiten voor behandeling in de directe woonomgeving van verstandelijk gehandicapten met ernstig probleemgedrag beschikbaar dienen te zijn (consulententeams). Als speciale opvang niettemin nodig is, dient deze zoveel mogelijk in het perspectief te worden geplaatst van (terugkeer naar) zo normaal mogelijke levensomstandigheden.

In 1997 wordt in totaal f 63,5 mln uitgegeven ten behoeve van verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek, waarvan onder andere f 38,1 mln voor bijzondere zorgplannen, f 12,7 mln voor 5 behandelinstellingen, f 8,5 mln voor crisisinterventie en f 1 mln voor preventie. Als afronding van de aanpak van het rapport 'Systematisch werken' wordt voor 1998 nog een bedrag van f 5,5 mln beschikbaar gesteld.

In 1995 is bij twee instellingen een experiment van start gegaan met in totaal 19 verblijfplaatsen voor Sterk Gedragsgestoorde Licht Verstandelijk Gehandicapten (SGLVG). Onder een verblijfplaats wordt verstaan een woonomgeving met gestructureerde begeleiding. Gedurende de experimentele periode wordt onder meer onderzocht onder welke voorwaarden in personele, begeleidingstechnische en materiële zin vorm kan worden gegeven aan het begrip verblijfplaats. Op basis van de resultaten van het experiment zullen de komende jaren geleidelijk verblijfplaatsen SGLVG worden geïntroduceerd. Voor 1998 is voor dit doel f 4 mln uitgetrokken.

In 1997 is f 2,5 mln beschikbaar gesteld voor intensivering en uitbreiding van de zorg, verleend door orthopedagogische centra, aan licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met gedragsproblemen. Dit bedrag maakt deel uit van een meerjarenplan, dat op basis van het regeringsstandpunt op de nota 'Vorm en Kleur' door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) is opgesteld. Dit plan is gericht op uitbreiding en intensivering van de zorg met in totaal f 25 mln over een periode van 10 jaar. Omdat het voorgestane tempo van uitbreiding niet toereikend is om de toegenomen wachtlijstproblematiek op te vangen, wordt een hoger bedrag ingezet. Voor 1998 wordt f 5 mln beschikbaar gesteld aan orthopedagogische centra ten behoeve van capaciteitsuitbreiding, decentrale achtervang en alternatieve zorgvormen.

Semimurale zorg

Ook binnen GVT-en en dagverblijven leidt de gedragsproblematiek tot een groeiende druk op het personeel. Voor 1998 is een bedrag van f 5 mln voor personele inzet ter begeleiding van cliënten met gedragsproblematiek beschikbaar.

Voor bewoners van GVT-en, die om uiteenlopende redenen (nog) geen gestructureerde dagbesteding ontvangen, wordt in 1998 een bedrag van f 2,5 mln voor extra personele inzet uitgetrokken.

Pleegzorg

In het kader van de landelijke voorzieningen pleegzorg worden op dit moment 14 instellingen rechtstreeks door VWS (in het kader van de Wet op de Jeugdhulpverlening) gesubsidieerd voor pleegzorg ten behoeve van verstandelijk gehandicapte kinderen. Het betreft hier 13 Sociaal Pedagogische Diensten voor tezamen 111 plaatsen en de William Schrikkerstichting voor 55 plaatsen. Met de budgetuitbreiding van f 0,5 mln –die in 1997 in het kader van de wachtlijstvermindering beschikbaar is gesteld– zijn deze aantallen verhoogd met respectievelijk 25 en 12 plaatsen.

Dagbesteding

Een zinvolle en gestructureerde dagbesteding voor bewoners van intramurale instelling is voor het welzijn van deze mensen van het grootste belang. Desondanks ligt hier een groot knelpunt. Met name de zeer ernstig gehandicapte personen moeten het vaak doen met slechts enkele uren dagbesteding per week (Van Wettum en anderen, 1992). Het is duidelijk, dat de problematiek niet uitsluitend een budgettair probleem is, maar ook deels kan worden bestreden door een ander personeelsbeleid, deskundigheidsbevordering, samenwerking met semimurale dagverblijven voor ouderen en het toepassen van bestaande c.q. het ontwikkelen van nieuwe methodieken. Ter ondersteuning van het management en het personeel is daarom eind 1995 het project 'Genoeg te doen' gestart, waarin het NIZW, het NZi en het Trimbosinstituut samenwerken. De resultaten in de vorm van brochures voor ondersteuning en deskundigheidsbevordering binnen de instellingen, worden dit najaar verwacht. Het is van groot belang dat deze nieuwe benadering binnen de instellingen doorzet.

Voor de budgettaire kant van de problematiek wordt in 1998 structureel f 36 mln beschikbaar gesteld om de dagbesteding in de intramurale sector op een voldoende niveau te brengen. Deze gelden dienen met name gebruikt te worden voor personele uitbreiding ten behoeve van dagbesteding voor de zeer ernstig gehandicapten. Tevens worden deze middelen beschikbaar gesteld als financiële bijdrage in personeelskosten ter facilitering van transitieprocessen bij intramurale instellingen, gericht op genormaliseerd wonen.

Kleinschaligheid

In het JOZ 1997 is f 8 mln ter beschikking gesteld voor het stimuleren van kleinschaligheid bij intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Instellingen, die bezig zijn met deconcentratieprocessen en die in 1996 respectievelijk 1997 kleinschalige bouw buiten de hoofdlocatie in gebruik namen, hebben van het COTG voor 1997 een incidentele budgettoekenning ontvangen. Voor 1998 is opnieuw een incidenteel bedrag van f 8 mln beschikbaar.

6.4.2.3 Zorg voor zintuiglijk gehandicapten

De Ziekenfondsraad is op 8 maart 1996 verzocht een regeling te ontwerpen voor een samenhangende zorg ten behoeve van mensen met een auditieve en/of communicatieve handicap. In haar advies stelde de Ziekenfondsraad voor twee commissies in te stellen, één voor het ontwikkelen van voorstellen op het terrein van het zorgpakket en één voor een evenwichtige spreiding van de zorg over het land. De Ziekenfondsraad gaf tevens aan 5 jaar nodig te hebben om een gewijzigde opzet van de zorg te kunnen effectueren. Ter versnelling van dit proces en voor de

oplossing van een aantal knelpunten in de spreiding van de zorg, is door het ministerie op 16 januari 1997 aan een extern deskundige verzocht binnen een half jaar advies uit te brengen over een meer evenwichtige verdeling van de intramurale capaciteit.

Ter afronding van de opbouw van het budget voor de landelijke functies voor blinden en slechthzienden, uitgevoerd door de instellingen het Loo Erf te Apeldoorn wordt voor 1998 een bedrag van f 0,3 mln beschikbaar gesteld.

HOOFDSTUK 7 OUDERENZORG EN THUISZORG

7.1 Inleiding

Dit hoofdstuk bevat de beschrijving van het zorgaanbod, dat wordt geleverd in, vanuit en onder verantwoordelijkheid van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en door instellingen voor thuiszorg. Daarbij zij aangetekend dat in verpleeghuizen niet alleen ouderen (65⁺) verblijven. Ook voor de thuiszorg geldt dat de doelgroep breder is dan alleen ouderen. Dit JOZ is het eerste dat de voorzieningen voor ouderen en thuiszorg in hetzelfde hoofdstuk beschrijft.

Ouderen maken niet alleen relatief veel gebruik van de voorzieningen die in dit hoofdstuk worden behandeld, maar ook van algemene voorzieningen als ziekenhuizen en zij hebben een hoog gebruik van geneesmiddelen. Andere hoofdstukken van het JOZ zijn dus ook relevant voor de zorg voor ouderen.

7.1.1 Ouderenzorg

Het terrein van de ouderenzorg is volop in beweging. De intramurale capaciteit bij de verpleeghuizen kent een sterke groei; bij de verzorgingshuizen daarentegen daalt deze sterk. Hier tegenover staat wel een groei van de zorg buiten de muren door verzorgingshuizen. De intramurale zorg per bed wordt zwaarder. Naar aanleiding van deze ontwikkeling is er f 145 mln beschikbaar gesteld voor meer handen aan het bed. Hiervan is f 65 mln beschikbaar voor de verpleeghuiszorg, f 65 mln voor de verzorgingshuiszorg en f 15 mln voor het zorgvernieuwingsfonds verpleging en verzorging.

In de regelgeving is het volgende veranderd in 1997:

- de verzorgingshuizen functioneren vanaf 1997 onder de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad in de AWBZ;
- de vermogenstoets is afgeschaft bij de bepaling van de eigen bijdrage voor verzorgingshuizen;
- het kijk- en luistergeld komt niet meer ten laste van de bewoners van verzorgingshuizen.

7.1.2 Thuiszorg

Thuiszorg bestaat uit hulp die thuis wordt gegeven. Deze kan bestaan uit verplegende activiteiten en/of verzorgende activiteiten en/of huishoudelijke hulp op indicatie. Er zijn 142 instellingen: 49 geïntegreerde instellingen voor thuiszorg, 51 instellingen voor gezinsverzorging en 42 kruiswerkinstellingen. Jaarlijks zijn circa 550 000 cliënten in zorg. In 1995 waren er in totaal 154 332 werknemers, dit komt neer op circa 57 000 fte's. In 1995 is in totaal bijna 55 mln uren aan directe zorg geleverd. Voor verdere gegevens over de thuiszorg wordt verwezen naar de branchestudie Curatieve Zorg die door het NIVEL en het NZi is opgesteld. Deze verschijnt gelijktijdig met het JOZ.

7.2 Beleidsontwikkelingen

7.2.1 Intramurale ouderenzorg

Verpleeghuizen

De capaciteit van verpleeghuizen is van 1 januari 1993 tot 1 januari 1997 gestegen met 2 555 bedden en 689 dagbehandelingsplaatsen. Er zijn thans 325 verpleeghuizen. Bij de verpleeghuizen vindt ook in de komende jaren een aanzienlijke uitbreiding van de zorg plaats. Niet alleen door het uitbreiden van de intramurale capaciteit, maar ook door

verpleeghuiszorg buiten de muren en verpleegunits. Bij nieuwbouw en renovatie van verpleeghuizen wordt rekening gehouden met de verbetering van de privacy. De verpleegunits zijn volop in ontwikkeling, waarbij sprake is van toenemende samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Verzorgingshuizen

Het provinciale beleid op basis van de provinciale plannen 1993–1996 heeft geresulteerd in een daling van de netto intramurale capaciteit met 13 177 verzorgingsplaatsen. Het aantal bewoners is gedaald met ruim 15 000. Het feit dat het aantal bewoners meer daalt dan de capaciteit duidt erop dat veel capaciteit in een proces van renovatie of sluiting zit. De extramurale zorg –kortdurende opname, dagverzorging en dagopvang– is gestegen met ruim 7 000 gebruikers tot 36 750. Er zijn ruim 1 400 verzorgingshuizen.

De verzorgingshuizen worden vanaf 1997 gesubsidieerd op basis van een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. De planning, tot uiting komend in de WBO-plannen 1997–2000 van de provincies en de vier grote steden, is de leidraad voor de subsidiëring door de Ziekenfondsraad. Bij de financiering van verzorgingshuizen werd tot en met 1996 uitgegaan van het principe van zelfbekostiging door de bewoners. Vanaf 1997 betalen de bewoners een inkomenshankelijke bijdrage op grond van de eigenbijdrageregeling van de AWBZ evenals de bewoners van verpleeghuizen. De vermogenstoets is daarmee afgeschaft. De maximum eigen bijdrage kan in verzorgingshuizen f 300,– hoger zijn dan in verpleeghuizen. Hiermee komt de maximale eigen bijdrage voor een bewoner van een verzorgingshuis op f 3 450,– en van een verpleeghuis op f 3 150,–.

De verzorgingshuizen vervullen in sterk toenemende mate een functie in de extramurale zorg. Deze flexibilisering van zorg is mogelijk door reikwijdteverbreding en flankerend beleid conform het provinciale plan.

Op een aantal lokaties, meestal als gevolg van een noodzakelijke bouwkundige renovatie van een verzorgingshuis, heeft een scheiding van wonen en zorg plaatsgevonden. Dat houdt in dat (een deel van) de bewoners zelfstandig huur betalen en eventueel huursubsidie volgens de VROM-regeling ontvangen. Alleen de (extramurale) zorg die wordt verleend, wordt uit de AWBZ bekostigd. Hierdoor zijn er meer intensieve samenwerkingsrelaties tussen de thuiszorg en de verzorgingshuizen ontstaan.

In onderstaande tabel worden de uitgaven aan de ouderenzorg weergegeven.

Tabel 7.1 Uitgaven Ouderenzorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Verpleeghuizen	5 068,1	5 292,3	5 477,1	5 578,4	5 890,7	6 078,2	6 299,1	6 535,9	6 665,4	6 749,8
2 Verzorgingshuizen	5 156,9	5 192,1	5 236,3	5 297,8	5 411,4	5 484,4	5 482,5	5 480,7	5 478,8	5 478,8
3 1-Oktober-regeling	19,4	16,9	6,5	9,0	5,6	3,7		0,0	0,0	0,0
4 Zorgvernieuwingsfonds ouderen	103,1	95,7	168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
5 Overige ouderenwerk	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Totaal JOZ 1998	10 445,2	10 696,7	10 990,1	11 295,7	11 715,6	11 977,9	12 192,3	12 427,3	12 554,9	12 639,3
Procentuele mutatie		2,4	2,7	2,8	3,7	2,2	1,8	1,9	1,0	0,7

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

7.2.2 Thuiszorg

Na uitvoerig overleg met de Tweede Kamer zijn, met ingang van 1997, de volgende nieuwe maatregelen ingevoerd:

- één aanspraak thuiszorg;
- een geharmoniseerde eigenbijdrageregeling;
- knip in de thuiszorg;
- bevrozing marktwerking;
- invoering onafhankelijke, integrale en objectieve indicatiestelling.

Eén aanspraak

Tot en met 1996 was het kruiswerk als aanspraak geregeld in de AWBZ. Voor de gezinsverzorging bestond een subsidieregeling vanwege de Ziekenfondsraad. Vanaf 1 januari 1997 zijn gezinsverzorging en kruiswerk (inclusief de uitleen van hulpmiddelen) geïntegreerd. Er is sprake van één AWBZ-aanspraak algemene thuiszorg. Voor de onderdelen ouder- en kindzorg 0 tot 4 jaar en dieetadvisering zijn aparte aanspraken gecreëerd.

Geharmoniseerde eigenbijdrageregeling

Als cliënten in 1996 gebruik maakten van kruiswerk dienden zij hiervoor een contributie te betalen. Voor gezinsverzorging gold een inkomensafhankelijk eigen bijdrage per uur, die door de thuiszorginstellingen zelf werd geïnd. Basis voor de vaststelling van de eigen bijdrage was het netto-inkomen.

Ingaande 1997 is er sprake van een nieuwe geharmoniseerde eigenbijdrageregeling. Deze bestaat voor alle vormen van thuiszorg uit een toegangsbijsdrage en een inkomensafhankelijke eigen bijsdrage. Om in aanmerking te komen voor thuiszorg is een toegangsbijsdrage vereist. De inkomensafhankelijke eigen bijsdrage werd in 1997 voor het eerst centraal geïnd door het Centraal Administratie Kantoor (CAK). Basis voor de inkomensafhankelijke eigen bijsdrage is het belastbaar inkomen. Hiermee wordt een uniforme en eenduidige uitvoering bereikt. Tevens wordt de informatievoorziening verbeterd.

Knip in de thuiszorg

Met het oog op substitutie van ziekenhuiszorg naar thuiszorg is in 1997 de ziekenhuisgerelateerde thuiszorg ingevoerd. Onder ziekenhuisgerelateerde thuiszorg wordt verstaan thuisverpleging en -verzorging na, ter vervanging of ter bekorting van een ziekenhuisopname.

Bevrozing marktwerking

Met ingang van 1996 is 5% van het budget voor kruiswerk (f 37,5 mln) afgezonderd voor zogenoemde nieuwe aanbieders. Het doel was om de marktwerking in de thuiszorg te bevorderen. Vorig jaar is na overleg met de Tweede Kamer besloten om het voorgestelde traject van afbouw van de garantie van het budget met een jaar op te schorten. Dit betekent dat in 1997 ook f 37,5 mln beschikbaar is voor de sinds 1994 nieuw toegelaten instellingen.

Invoering onafhankelijke indicatiestelling

Tot en met 1996 werd de indicatie gesteld door de thuiszorginstelling. Vorig jaar is besloten de indicatiestelling voor de thuiszorg met ingang van 1997 bij gemeentelijke indicatieorganen onder te brengen als onderdeel van de indicatiestelling verpleging en verzorging. Aangezien het niet realistisch was om dat bij alle gemeenten per 1 januari 1997 geregeld te hebben is voor een overgangsjaar gekozen.

Naast deze beleidsinhoudelijke maatregelen zijn de afgelopen jaren ook extra financiële middelen aan de thuiszorg ter beschikking gesteld. In 1996

is een bedrag van f 30 mln beschikbaar gesteld. Vanaf 1997 is er structureel voor volumemaatregelen f 75 mln beschikbaar.

In tabel 7.2 wordt de uitgaven thuiszorg weergegeven.

Tabel 7.2 Uitgaven Thuiszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
6 Gezinsverzorging	2 008,7	2 112,6	2 103,2	2 174,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
7 Kruiswerk	713,1	749,0	767,2	779,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
8 Intensieve thuiszorg	58,7	47,0	57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
9 Thuiszorg					3 132,0	3 153,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5
10 Persoonsgebonden budgetten		5,1	39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
Totaal JOZ 1998	2 780,5	2 913,7	2 967,5	3 106,5	3 256,3	3 287,8	3 271,8	3 271,8	3 271,8	3 271,8
Procentuele mutatie		4,8	1,8	4,7	4,8	1,0	-0,5	0,0	0,0	0,0

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

Vanaf 1998 zijn extra middelen (f 103 mln) ter beschikking gesteld voor de thuiszorg. Hiervan is f 10 mln bestemd voor het persoonsgebonden budget. Vanaf 1998 wordt het budget voor thuiszorg met f 62,5 mln verlaagd in verband met de decentralisatie van de indicatiestelling naar gemeenten. Voor een nadere toelichting op deze tabel verwijs ik u naar bijlage B10, tabellen 7.06, 7.07, 7.08 en 7.09.

7.3 Beoogd beleid

7.3.1 Intramurale ouderenzorg

Aanbod en vraag

In de jaren negentig stijgt het aantal personen van 75 jaar en ouder volgens de middenvariant van het CBS met ruim 150 000 van 815 000 in 1990 tot 972 000 in 2000. Het aantal personen van 80 jaar en ouder stijgt in deze periode met 79 000 van 432 000 in 1990 tot 511 000 in 2000.

Het in 1997 vastgestelde bouwkader 1997–2000 voor de verpleeghuizen omvat f 297 mln uitbreidingsbouw. Dit maakt het mogelijk, dat er in de periode 1997–2000 ruim 2000 bedden en 2 250 bedden in verpleegunits bijkomen, waarvan 1 000 als vervanging en 1 250 uitbreiding van verpleeghuisbedden worden gerealiseerd.

De reductie van intramurale capaciteit van verzorgingshuizen is gemiddeld ruim 3 000 per jaar. De intramurale capaciteit van verpleeghuizen stijgt met ruim 700 plaatsen per jaar. Als gevolg van toenemende extramuralisering stijgt de capaciteit van verpleeghuiscapaciteit en verzorgingshuiscapaciteit buiten de muren van de instellingen aanzienlijk.

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft advies uitgebracht over een integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg. In het jaar 2005 zou er op basis van de minimumnormen een verpleeghuiscapaciteit van 54 400 en een verzorgingshuiscapaciteit van 110 000 moeten zijn. Over dit advies is nog geen standpunt ingenomen. Beslissingen terzake zullen mede worden gezien in het kader van het eventuele scheiden van wonen en zorg.

De intramurale capaciteit van verzorgingshuizen zal blijken opgaaf van het IPO op basis van de (concept) provinciale plannen met 12 213 bedden dalen van 113 457 in 1997 tot 101 244 in 2000. Dit is ruim 3 000 meer dan is afgesproken met het IPO ten tijde van de overgangswet (oktober 1996).

Het aantal verzorgingsplaatsequivalenten reikwijdteverbreding –extramurale zorg en dienstverlening vanuit het verzorgingshuis in woonzorgcentra of in de eigenstandige woningen– zal gaan stijgen van ruim 7 800 in 1997 tot ruim 15 000 in 2000. Het totaal aantal intra- en extramurale verzorgingsplaatsen zal volgens het IPO met 4 774 verzorgingsplaatsen gaan dalen in de planperiode 1997–2000. Er is opnieuw sprake van verdergaande extramuralisering van zorg bij de verzorgingshuizen. Bij de verzorgingshuizen met een bijzondere functie daalt de capaciteit met 356 bedden van 5 913 begin 1997 naar 5 557 in 2000.

Het financiële kader voor de planning van de verzorgingshuishoudzorg blijft in de periode 1997–2000 gelijk. Het als gevolg van de dalende capaciteit 'vrijkomende geld' zal besteed worden aan met name groei van de extramurale capaciteit, extra handen aan het bed en aan de verbetering van de bouwkundige kwaliteit van verzorgingsplaatsen. Er zullen in de periode 1997–2000 10 000 à 15 000 verzorgingsplaatsen worden gerenoveerd. Daarbij wordt enerzijds uitgegaan van de intensiever wordende zorgfunctie van verzorgingshuizen en anderzijds van aanpassing van de kwaliteit van de verzorgingshuisplaatsen aan de wensen van de ouderen. Verzorgingshuizen gebouwd in de jaren zestig krijgen regelmatig met leegstand te maken en voldoen ook vanuit de zorg dikwijls niet meer aan de eisen.

Zorgzwaarte

De toenemende extramuralisering, de per saldo dalende intramurale capaciteit en het toenemend aantal ouderen leidt er toe, dat men eerst bij een zware zorgvraag voor intramurale zorg in aanmerking komt. De zorgzwaarte in de intramurale sfeer neemt dan ook toe. Daarom wordt structureel f 145 mln beschikbaar gesteld voor meer handen aan het bed in de intramurale zorg. Deze zullen als volgt worden verdeeld:

- f 65 mln via de budgetten van de verpleeghuizen;
- f 65 mln ten behoeve van zorgverzwaring in verzorgingshuizen;
- f 15 mln via het zorgvernieuwingfonds verpleging en verzorging welke in overgrote mate binnen verzorgingshuizen zal worden aangewend.

De toenemende zorgzwaarte stelt de verpleeg- en verzorgingshuizen voor een grote opgave. Met de landelijke koepels de Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuizen en de WoonZorg Federatie is afgesproken dat gezamenlijk een meerjarig traject wordt ingezet om de sector daartoe beter te equiperen. Daarvan maken naast de ontwikkeling van registraties voor zorgzwaarte, wachtlijsten en wachttijden, verhoging van doelmatigheid in de zorg en kwaliteit van het management deel uit. Ook zullen met de sector de mogelijkheden van benchmarking worden verkend en zo mogelijk geïmplementeerd.

De geplande groei van de extramurale zorg vanuit verzorgingshuizen en verpleeghuizen vergroot de alternatieven voor opname. Dat komt overeen met de wensen van de ouderen om zo lang mogelijk in de eigen omgeving te blijven wonen. Er kan niet gesproken worden van een forse daling van het totale zorgaanbod door de verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Door dagverzorging, dagopvang, dagbehandeling en de realisatie van woonzorgcentra wordt thans de zorg in de thuissituatie geboden, die in jaren tachtig nog in het verzorgingshuis geleverd werd. De toename van de zorgbehoefte door de groei van het aantal personen van 75 jaar en ouder komt in sterke mate mede ten laste van de thuiszorg. De verantwoordelijkheid voor de aanwending van de diverse geldstromen voor 'zorg aan huis' ligt overwegend bij de zorgaanbieders (verpleeg- en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen). Op regionaal niveau zullen praktische afspraken mede op basis van geïntegreerde indicatiestellingen, moeten leiden tot een doelmatig en effectief 'zorgaanbod aan huis'. In

overleg met de sector zal het ministerie van VWS deze ontwikkeling volgen.

Scheiden wonen en zorg

In het Jaaroverzicht zorg 1997 is globaal het traject geschetst van de wijze waarop de verzorgingshuizen in het jaar 2001 onder de AWBZ zullen worden gebracht. Uiterlijk in 1999 zal een beslissing genomen moeten worden over de vraag of de verzorgingshuizen integraal onder de AWBZ worden gebracht of dat dit alleen zal gelden voor de zorg en niet voor het verblijf in verzorgingshuizen. Deze lijn staat nog steeds overeind. Een en ander is neergelegd in het stappenplan dat op 20 december 1996 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Dit plan voorziet in de volgende fasen.

Fase 0: de opzet van een projectstructuur binnen het departement. Deze fase is in februari 1997 afgerond.

Fase 1: de analysefase. Deze fase moet antwoord geven op de vraag welke vraagstukken van belang zijn voor het scheiden van wonen en zorg. Aan de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en aan de VROM-raad is advies gevraagd over dit vraagstuk. Het eerste gedeelte van beide adviezen is inmiddels ontvangen.

Fase 2: is gericht op het geven van een antwoord op de vraag op welke wijze het scheiden van wonen en zorg vorm kan worden gegeven: bijvoorbeeld welke functies kunnen worden onderkend en hoe vertaalt zich dit in producten en (te scheiden) kosten. Het ligt overigens niet in de bedoeling te komen tot een soort mal op basis waarvan initiatiefnemers komen tot een opzet van bijvoorbeeld een woonzorgcomplex. Deze fase dient volgens de planning eind januari 1998 te zijn afgerond.

Fase 3: discussie met het parlement (en andere betrokkenen) over de resultaten van voorgaande fasen. Tevens zal bezien moeten worden welke gevolgen een en ander kan hebben voor wet- en regelgeving.

Fase 4: de implementatiefase: aanpassing van wet- en regelgeving.

Dit najaar zullen de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg en de VROM-raad een eindadvies uitbrengen. Daarom zal een standpunt van het kabinet op deze adviezen ook pas aan het einde van de tweede fase –volgens planning eind januari 1998– worden gegeven.

Persoonlijke levenssfeer in verpleeghuizen

Op 25 november 1996 is de beleidsbrief Privacy in verpleeghuizen uitgegaan. In deze brief wordt gesteld dat op termijn alle verpleeghuizen met drie-, vier-, vijf- en zesbedskamers worden getransformeerd tot verpleeghuizen met één- en tweepersoonskamers. Voor vijf- en zesbedkamers zal de ombouw uiterlijk in 2000 aangevangen moeten zijn. Vervolgens zal worden bezien hoe ook de drie- en vierbedskamers getransformeerd kunnen worden in een- of tweepersoonskamers. Op de bouwprioriteitenlijst zijn dan ook vele renovatie-initiatieven opgenomen. In de toekomst zullen de meeste initiatiefnemers een renovatie geheel of gedeeltelijk uit de nieuwe instandhoudingsbudgetten moeten betalen. Op dit moment wordt er door alle betrokken partijen een actief beleid gevoerd om initiatiefnemers daar waar mogelijk te ondersteunen om de bedoelde transformatie ook inderdaad binnen de gestelde periode te kunnen realiseren.

In de beleidsbrief is tevens toegezegd dat er aandacht worden geschonken aan de bejegening van en attitude jegens bewoners. Om dit te bewerkstelligen wordt er thans een stimuleringsprogramma ontwikkeld. Ook zijn de eerste activiteiten ten behoeve van de toegezegde oprichting van patiënten- en consumentenpanels ter hand genomen.

Ziekenhuisgerelateerde verpleeghuiszorg

Naast de positie van het verpleeghuis in de ouderenzorg komt steeds meer aandacht voor de noodzakelijke samenwerking en afstemming tussen de verpleeghuizen en ziekenhuizen. Op tal van plaatsen in het land zijn daartoe projecten gestart of in voorbereiding. Aangezien de patiënt bij deze betere 'zorg-op-maat' gebaat is, zullen wij naar vermogen deze ontwikkeling in overleg met de sectoren stimuleren.

Verpleegunits

De verpleegunit is blijkens de reacties uit het veld een potentieel succes. Door de provincies en grote steden zijn verpleegunits in grote getale in de WBO-plannen opgenomen. Veel initiatieven zijn ook al geplaatst op de bouwprioriteitenlijst. Na een periode van planontwikkeling is thans een periode van planuitvoering aangebroken. Dit blijkt in de praktijk wel eens wat trager te verlopen dan op papier was voorzien. Door middel van informatie, voorlichting en ondersteuning van initiatiefnemers wordt getracht ook dit proces in gang te zetten en de initiatieven zo veel mogelijk binnen de gestelde periode te realiseren.

Zorgvernieuwing

De subsidieregeling van de Ziekenfondsraad 'Zorg op maat verpleging en verzorging' ten behoeve van zorgvernieuwing is ook voor 1997 gecontinueerd. Gelijktijdig zijn de werkzaamheden aangevangen om te bezien welke zorgvernieuwingactiviteiten geïntegreerd kunnen worden opgenomen in de reguliere aanspraak van de AWBZ. Voor de ouderenzorg blijkt het nog niet haalbaar om per 1 januari 1998 de zorgvernieuwingactiviteiten als aanspraak in de AWBZ op te nemen. Wel blijft het beleid erop gericht de onder zorgvernieuwing begrepen zorgactiviteiten op enig moment als aanspraak in de AWBZ onder te brengen. De voorbereidende werkzaamheden daartoe worden voortgezet. Voor 1998 wordt ook een continuering van de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad voorzien, echter structureel verhoogd met f 15 mln ten behoeve van 'verpleeghuiszorg buiten de muren'.

Kijk- en luistergeld

De bewoners van verzorgingshuizen betalen vanaf 1 juli 1997 niet langer individueel het kijk- en luistergeld. Hiertoe is vorig jaar besloten. Aanleiding voor deze maatregel is de Nota Armoedebestrijding, die er onder meer op gericht is om ouderen met een laag inkomen meer te laten delen in de welvaartsstijging. In dit kader heeft het kabinet besloten ouderen een extra fiscale aftrek toe te kennen. Hierdoor stijgt het netto inkomen. Voor de bewoners van verzorgingshuizen heeft een hoger inkomen echter een hogere eigen bijdrage tot gevolg, waardoor zij niet profiteren van de extra fiscale aftrek. Om nu ook de inkomenspositie van ouderen in verzorgingshuizen te versterken hoeven de bewoners niet langer zelf het kijk- en luistergeld te betalen. Voor de technische realisering heeft de Dienst Omroepbijdragen alle bewoners van verzorgingshuizen uit zijn systeem verwijderd met behulp van een bestand van de Ziekenfondsraad. De bewoners zijn hierover ingelicht door de Dienst Omroepbijdragen. Voor de nieuwe bewoners is een speciaal formulier ontwikkeld waarmee ook de registraties van deze bewoners kunnen worden beëindigd.

Medicijnen en hulpmiddelen

In het JOZ 1997 stond vermeld dat per 1998 de huisartsenzorg en genees- en hulpmiddelen in het budget van de verzorgingshuizen zouden worden opgenomen. Intussen zijn in het veld ontwikkelingen gaande om tussen de LHV, de NVVA, het LOBB en de WZF tot afspraken te komen over medische zorg in verzorgingshuizen. Gegeven de huidige stand zal de overheveling niet per 1 januari 1998 plaatsvinden.

7.3.2 Thuiszorg

In mei 1997 is de nota 'Thuiszorg en zorg thuis, kansen voor de toekomst' aan de Tweede Kamer aangeboden. In deze nota wordt een visie op de thuiszorg op hoofdlijnen gepresenteerd. Tevens zijn beleidsmaatregelen voor de korte en lange termijn beschreven.

Ziekenhuisverplaatste zorg

De 'knip' in de vergoeding van de thuiszorg tussen AWBZ en verzekeraars uit het tweede compartiment leverde in de praktijk knelpunten op. Zo ontstond er vaak discussie tussen thuiszorginstelling en zorgverzekeraar over de vraag wie de thuiszorg na ontslag uit het ziekenhuis moest betalen. Daarnaast kostte het de thuiszorginstellingen veel tijd en menskracht om met de verschillende zorgverzekeraars te onderhandelen over de zorgtoewijzing. Met ingang van 1 januari 1998 wordt de 'knip' dan ook teruggedraaid. De thuiszorg in het tweede compartiment is dan beperkt tot ziekenhuisverplaatste zorg. Ziekenhuizen hebben de mogelijkheid om een deel van hun budget te besteden aan verpleging en verzorging buiten de muren.

Marktwerking AWBZ opgeschort

De thuiszorg heeft in korte tijd verschillende ingrijpende wijzigingen ondergaan. Door deze wijzigingen was er onder de thuiszorginstellingen behoorlijk wat onrust ontstaan. Daarom is besloten de marktwerking op te schorten. Na een fundamentele discussie over marktwerking in de AWBZ en na besluitvorming over het scheiden van wonen en zorg in het kader van de Modernisering Ouderenzorg, zal er meer duidelijkheid zijn over de relatie marktwerking en thuiszorg. Tot dat moment zullen er in principe geen nieuwe thuiszorginstellingen worden toegelaten. Het sedert 1 januari 1997 geldende categoriaal toelatingsregime zal worden veranderd in een systeem waarbij thuiszorginstellingen weer afzonderlijk per ministeriële beschikking worden toegelaten. Voor die toegelaten thuiszorginstellingen zal dan weer contracteerplicht gelden.

Doelmatigheid

Om te komen tot meer doelmatigheid in de thuiszorg is, samen met de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, een traject van benchmarking ingezet. Bakkenist Management Consultants heeft een onderzoek uitgevoerd om inzicht te krijgen in de doelmatigheid van werken in de thuiszorg en in de factoren die de doelmatigheid van werken van individuele instellingen verklaren. Met de resultaten van dit onderzoek zullen partijen in COTG-verband afspraken maken over een richtlijn doelmatigheid.

Indicatiestelling

Per 1 januari 1998 wordt de indicatiestelling van de thuiszorg overgeheveld naar de indicatieorganen. Ter financiering van de indicatiestelling voor de thuiszorg wordt f 62,5 mln overgeheveld van de AWBZ naar het Gemeentefonds. De indicatieorganen kunnen zelf bepalen of ze voor het indicatiewerk voor de thuiszorg medewerkers in dienst nemen, de werkzaamheden uitbesteden, de besluitvorming over de eenvoudige hulpvraag mandateren of detachering van medewerkers van instellingen bij het indicatieorgaan overeenkomen. Wanneer indicatieorganen ervoor kiezen medewerkers in dienst te nemen dan is het uitgangspunt 'mens-volgt-werk', zodat thuiszorgmedewerkers hun werk bij indicatieorganen kunnen voortzetten.

Om hinder voor de cliënten te voorkomen zal het overhevelingsproces extra worden ondersteund door een task-force.

Vraagontwikkeling

De vraag naar thuiszorg wordt de komende jaren groter. Belangrijk voor de toename van de zorgvraag is de demografie. Het aantal ouderen neemt toe en bovendien leven mensen steeds langer.

Ook relevant is de verschuiving in de vraag. In plaats van opname in een verzorgingshuis verkiest men veelal langer thuis te blijven, waarbij dan een beroep op de thuiszorg wordt gedaan. Voorts zijn de medisch-technische ontwikkelingen van invloed op de vraag. Door deze ontwikkelingen leven mensen wellicht langer maar de gewonnen tijd wordt voor een groot deel afhankelijk van zorg doorgebracht.

Op basis van demografische ontwikkeling, substitutie van intramuraal naar thuiszorg en toename zorgzwaarte, wordt voor de toename van de vraag naar thuiszorg een jaarlijkse groei van 2,2% gehanteerd.

Volume

In 1997 is f 75 mln extra structureel beschikbaar gesteld ten behoeve van de directe zorg. Dit komt overeen met een groei van 2,2% van het AWBZ-budget aanspraak thuiszorg. Voor 1998 is nog eens f 103 mln extra, ook structureel, beschikbaar. Deze extra middelen betekenen een groei van ongeveer 3% ten opzichte van voor thuiszorg beschikbare middelen in 1997.

HOOFDSTUK 8 BEHEER EN DIVERSEN

8.1 Inleiding

Het toezicht op de besteding van gelden in de zorg krijgt steeds meer aandacht. Dit vertaalt zich in toenemende belangstelling voor beheer, administratie en beleid. De kosten hiervan, voor zover ze worden gemaakt door zorgverzekeraars en adviesorganen ten behoeve van de zorgsector, worden in dit hoofdstuk verantwoord. Daarnaast wordt hier opgenomen het onderdeel diversen, dat naast enkele generieke subsidieposten ook de uitgaven van het ministerie van VWS omvat die onder het BKZ vallen, en die niet onder een ander hoofdstuk zijn opgenomen. In de aanvullende post staan de bedragen die (nog) niet zijn toebedeeld aan de afzonderlijke JOZ-hoofdstukken en de jaarlijkse 1,3% volumegroei. Het betreft hier onder andere de onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen. Voor zover mogelijk wordt de aanvullende post in het uitvoeringsjaar leeggeboekt. Op deze wijze worden de uitgaven zoveel mogelijk verantwoord in het hoofdstuk waar deze uitgaven neerslaan.

Momenteel bedraagt het aantal ziekenfondsen 30, het aantal in het kader van de AWBZ toegelaten particuliere verzekeraars 45 en het aantal publiekrechtelijke regelingen drie. De beheerskosten, welke worden gemaakt door deze instellingen, alsmede de beheerskosten van de uitvoeringsorganen en de aan de zorg toe te rekenen beheerskosten van het ministerie van VWS (voor zover relevant voor het BKZ) zijn opgenomen in het onderdeel beheer.

Bij de ziekenfondsen, de publiekrechtelijke regelingen en de in het kader van de AWBZ toegelaten particuliere ziektekostenverzekeraars zijn bijna 19 000 personen betrokken bij het beheer. Daarbij moet worden aangetekend dat het met name voor particuliere verzekeraars moeilijk is aan te geven wie zich met het onderdeel ziektekosten bezig houdt en wie met een ander type verzekeringen. Het personeel van deze verzekeraars verzorgt ook de inning van de premies. De procentuele ziekenfondspremie wordt voor het overgrote deel geïnd door de uitvoeringsinstellingen, de Sociale verzekeringsbank en de pensioenfondsen; de nominale ziekenfondspremie, alsmede de eigen bijdragen, door de ziekenfondsen zelf. De Belastingdienst verricht de inning van de AWBZ-premie. De procentuele premie voor de publiekrechtelijke regelingen worden geïnd door de werkgever, de nominale premie door respectievelijk het IZA, het IZR, en de DGVP. De procentuele premies ZFW worden afgedragen aan de Algemene Kas van de Ziekenfondsverzekering, de premies AWBZ aan het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Beide worden beheerd door de Ziekenfondsradaad (ZFR). De ZFR houdt voorts toezicht op de uitvoering van de ZFW en de AWBZ en voert uitvoeringstoetsen uit ten aanzien van deze verzekeringen. De ZFR tezamen met de twee overige uitvoeringsorganen – te weten het College voor Ziekenhuisvoorzieningen en het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg – beschikken over bijna 500 formatieplaatsen. Het aantal VWS-ambtenaren dat zich bezig houdt met beleidsontwikkeling ten behoeve van de gezondheidszorg wordt geschat op 400. Bovenstaande betekent dat globaal 20 000 personen betrokken zijn bij het beheer, het toezicht, de administratie en het beleid van de zorg.

Het onderdeel diversen bestaat uit de posten die nog niet elders zijn verantwoord. Genoemd kunnen worden subsidies van de Ziekenfondsradaad voor diverse onderzoeksprojecten, de beroepsopleiding voor huisartsen en de kosten van de Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen. Ook de Melkertgelden worden hier verantwoord. Voorts bevat dit onderdeel dat deel van de VWS-begroting dat onder het Budgettair Kader Zorg valt en nog niet elders in een van de andere hoofdstukken is opgenomen.

Wat betreft de Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen kan het volgende worden opgemerkt. In overleg met de Tweede Kamer (juni 1996) is afgesproken dat er gewerkt wordt aan een verbetering van de rechtmatigheid van de uitkeringen die door de Commissie Sanering in het kader van artikel 18b WZV worden gedaan. Daartoe zal een aanpassing van het Besluit financiering sanering ziekenhuisvoorzieningen doorgevoerd worden. Tevens zorgt de inwerkingtreding van de derde tranche van de Algemene Wet Bestuursrecht op 1 januari 1998, waarbij een uitkering van deze Commissie wordt aangemerkt als subsidie voor een verdere verbetering van de rechtmatigheid van het handelen van de Commissie. Gezien de grootschalige herstructureringsprocessen die met name in de care-sector plaats zullen vinden, valt vanuit deze sector een toename te verwachten van het beroep op de Commissie Sanering. Het gaat hier met name om de overgang van grootschaligheid naar kleinschaligheid, met alle gevolgen voor infrastructuur en personeel. In afwachting van de inwerkingtreding van het waarborgfonds en de steunfunctie is de positie van de Commissie Sanering bij instellingen in financiële problemen schriftelijk vastgelegd.

Tabel 8.1 Uitgaven Beheer en Diversen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1 Budgetten beheerskosten	1 056,6	1 077,5	1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1
2 Overige beheerskosten	1 144,6	1 182,3	1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3	1 173,0	1 173,1	1 173,1	1 173,1
3 Diversen (premie)	184,9	186,7	204,6	270,0	289,6	275,2	265,2	265,2	265,2	265,2
4 Diversen (begroting)	379,8	370,4	554,3	640,9	834,2	947,4	1 027,2	1 033,3	1 042,1	1 033,6
5 Aanvullende post	0,0	0,0	61,1	0,0	114,8	1 639,6	4 219,9	6 642,7	9 289,4	12 030,6
Totaal JOZ 1998	2 765,9	2 816,9	3 072,5	3 165,4	3 545,0	5 011,6	7 655,4	10 084,4	12 739,9	15 472,6
Procentuele mutatie		1,8	9,1	3,0	12,0	41,4	52,8	31,7	26,3	21,5

Noot: Voor de jaren tot en met 1997 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1998 en verder.

8.2 Terugblik over de afgelopen jaren

Sedert 1984 wordt een macrobeheerskostenbudget vastgesteld voor de uitvoering van de ZFW door de ziekenfondsen en de uitvoering van de AWBZ door de ziekenfondsen, de ziektekostenverzekeraars, de uitvoerende organen, de regionale contactkantoren en het Centraal Administratiekantoor. Door wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen, alsmede door veranderingen in het ziekenfondspakket en het AWBZ-pakket is het macrobudget veelvuldig gemuteerd. Voorbeelden van deze wijzigingen zijn de terugheveling van farmaceutische hulp uit de AWBZ, de beperking van de verstrekking tandheelkundige hulp ZFW en de invoering van een eigenbijdragesysteem in de ZFW. In verband met dit laatste is het macrobudget aangepast en wel met f 40,4 mln incidenteel in 1996 en f 62,5 mln vanaf 1997. Een integrale opsomming van de mutaties wordt gegeven in de jaarlijkse vaststelling van het macrobudget en de nadere aanwijzing terzake.

In 1995 heeft de ZFR het macrobeheerskostenbudget, voor zover dat betrekking had op het ziekenfondsdeel en dat tot dan toe was gebaseerd op historische kosten, op normatieve wijze herberekend. Conclusie daarvan was dat het budget zou kunnen worden verlaagd met f 89 mln. Deze korting is in twee tranches verwerkt in de macrobudgetten van 1996 en 1997 en is structureel van aard.

8.3 Vooruitblik komende jaren

De budgettering van de beheerskosten wordt in 1998 gecontinueerd. Het op volledig normatieve wijze vaststellen van de beheerskostenbudgetten zal, na een uitstel van een jaar, met ingang van het jaar 1998 worden

gerealiseerd. Dat betekent dat de individuele budgetten zullen worden vastgesteld op basis van dezelfde factoren die worden gebruikt bij de verstrekkingenbudgettering, namelijk de factoren leeftijd en geslacht, een regiofactor en een arbeidsongeschiktheidsfactor. De intentie om het macrobeheerskostenbudget en het macroverstrekkingenbudget te integreren zal nog niet voor het jaar 1998 worden geconcretiseerd. In het kader van de besluitvorming rond het JOZ 1998 is besloten een korting door te voeren van f 25 mln op het macrobeheerskostenbudget 1998. Het bedrag zal in mindering worden gebracht op het ziekenfondsdeel van dit budget.

De vergoeding die de Belastingdienst ontvangt voor de inning van de premies volksverzekeringen (perceptiekosten), zal per 1 januari 1998 vervallen. Deze operatie wordt technisch vormgegeven door de premies volksverzekeringen te laten dalen en de belasting met een gelijk percentage te laten stijgen. Dit alles voltrekt zich binnen de eerste belastingschijf. Deze operatie heeft een daling van de ijklijn voor de zorg tot gevolg. Deze daling is gelijk aan de daling van de uitgaven in de AWBZ.

Het beleid om uitgaven die onder de rubriek 'diversen' zijn opgenomen zoveel mogelijk onder te brengen in de sector waar de uitgaven plaatsvinden, is voortgezet. De dan nog resterende posten hebben overwegend een incidenteel karakter met uitzondering van de post RIVM.

HOOFDSTUK 9 EIGEN BETALINGEN

9.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat over de eigen betalingen in de zorg. Paragraaf 9.2 gaat in op de hoofdlijnen van het eigenbijdragesysteem in de Ziekenfondswet (ZFW) zoals dat in 1997 is geïntroduceerd. Meer in detail wordt hierop ingegaan in bijlage B9. Paragraaf 9.3 gaat in op andere beleidsmatige aspecten rond de eigen betalingen. Paragraaf 9.4 tenslotte verschaft informatie over de omvang van de eigen betalingen.

9.2 Het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfonds-verzekering

9.2.1 De eigen bijdragen

Met ingang van 1 januari 1997 is een systeem van eigen bijdragen in de ZFW en een algemeen eigen risico in de standaardpakketpolis ingevoerd.

Het eigenbijdragesysteem betekent in hoofdlijnen de invoering van een eigen bijdrage van 20% van de kosten van verstrekkingen –uitsluitend voorzover het wettelijke aanspraken ingevolge de ZFW betreft– met een maximum van f 200,- per hoofdverzekerde per kalenderjaar. Vanaf 1 januari 1998 wordt het maximum jaarlijks geïndexeerd. Aanpassing van het maximum vindt plaats met stappen van f 5,-. Op deze hoofdregel gelden de volgende uitzonderingen.

Voor enkele verstrekkingen geldt geen eigen bijdrage. Dit betreft huisartshulp, tandheelkundige hulp en ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling. Voor ziekenhuisverpleging en dagverpleging geldt geen procentuele eigen bijdrage maar een nominaal bedrag van f 8,- per ligdag.

Voor enkele bestaande eigen bijdragen in de ZFW wordt het huidige regime gecontinueerd. Voor deze verstrekkingen geldt geen procentuele eigen bijdrage en de betaalde eigen bijdragen tellen niet mee voor het maximum. Dit betreft zittend ziekenvervoer, kraamzorg en hulpmiddelen.

De verzekerde, wiens inkomen geheel of gedeeltelijk bestaat uit een bij ministeriële regeling nader te benoemen pensioen, uitkering of vergoeding is, in afwijking van de hoofdregel een maximum eigen bijdrage van f 100,- verschuldigd voor zichzelf en zijn medeverzekerden tezamen. Voor bepaalde categorieën verzekerden is de eigenbijdrageregeling niet van toepassing. Vanaf 1 januari 1998 wordt het maximum jaarlijks geïndexeerd. Aanpassing van het maximum vindt plaats met stappen van f 5,-.

De evaluatie van de eigenbijdrageregeling in de ZFW wordt door de Ziekenfondsraad (ZFR) geëvalueerd. De eindrapportage zal in de tweede helft van 1998 beschikbaar komen.

9.3 Maatregelen betreffende het standaardpakket

Voor het standaardpakket geldt met ingang van 1 januari 1997 een algemeen eigen risico aan de voet van f 200,- per polis indien het gaat om twee of meer verzekerden op één polis, dan wel f 100,- indien het gaat om een polis voor een alleenstaande. Met de invoering van dit algemene eigen risico komt het specifieke eigen risico voor specialistische hulp van f 300,- per polis, of f 150,- voor een alleenstaande, te vervallen.

Met uitzondering van het specifieke eigen risico voor specialistische hulp blijven bestaande eigen bijdragen in het standaardpakket gehandhaafd. Deze eigen bijdragen tellen niet mee voor het algemene eigen risico.

9.4 Eigen bijdragen thuiszorg

Met ingang van 1997 zijn de gescheiden eigenbijdrageregelingen binnen de thuiszorg (gezinsverzorging en kruiswerk) geharmoniseerd. De geharmoniseerde eigenbijdrageregeling voor de gehele thuiszorg bestaat uit een toegangsbijdrage van f 55,- per jaar en een inkomensafhankelijke eigenbijdrageregeling. Met deze eigenbijdrageregeling voor de thuiszorg is een taakstellend bedrag aan ontvangsten gemoeid van ongeveer f 364 mln in 1997 en f 395 mln structureel.

9.5 Omvang eigenbetalingen

Hieronder wordt de omvang van de verschillende soorten eigenbetalingen weergegeven.

Tabel 9.1 Eigen betalingen AWBZ

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	7,7	6,7	6,9	6,9	6,9	12,4
5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	140,3	139,3	136,2	132,1	150,6	168,8
5.02 Herstellingsoorden	0,9	0,9	0,9	0,5	0,0	0,0
5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	32,6	36,2	38,8	40,1	44,6	50,8
5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	0,0
5.09 RIAGG-en	2,9	6,5	10,2	11,4	10,7	10,5
6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	293,1	306,3	313,2	318,5	329,5	344,7
6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	1,3	1,3	1,2	1,4	1,5	1,6
6.03 Grote woonvormen	6,8	6,9	7,2	7,3	7,2	7,2
6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	168,2	177,9	185,8	188,6	195,8	197,2
7.01 Verpleeghuizen	535,0	553,9	573,1	587,3	647,4	673,5
7.02 Verzorgingshuizen	0,0	0,0	0,0	0,0	1 658,1	1 676,4
7.03 1-Oktober-regeling	4,6	3,7	1,4	1,0	0,1	0,1
7.06 Gezinsverzorging	248,5	209,6	96,0	183,3	0,0	0,0
7.07 Kruiswerk	123,0	175,2	156,3	122,4	0,0	0,0
7.09 Thuiszorg	0,0	0,0	0,0	0,0	364,0	395,1
Totaal JOZ 1998	1 569,1	1 628,6	1 531,5	1 605,0	3 420,6	3 538,1

Per 1 juni 1996 zijn de herstellingsoorden geïntegreerd in de aanspraken AWBZ. Met ingang van 1 januari 1998 worden de psychiatrische woonvoorzieningen geïntegreerd in de RIBW aanspraak.

Tabel 9.2 Eigen betaling ZFW

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
8.05 Aanvullende post	0,0	0,0	0,0	0,0	650,0	680,0
Totaal JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	0,0	650,0	680,0

Tabel 9.3 Eigen betaling particulier

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3.01 Huisartsenzorg	187,9	164,0	164,2	154,5	164,0	163,7
3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	1 032,0	1 110,7	362,4	367,0	379,0	382,6
3.08 Verloskundige zorg	3,8	5,8	8,2	5,7	5,8	5,7
3.11 Kraamzorg	15,9	17,1	26,0	20,6	20,7	20,7
3.19 Medisch specialistische zorg	89,9	167,8	-32,0	80,1	85,4	85,0
3.22 Overige ziekenvervoer	25,4	-0,9	20,4	15,9	14,9	14,7
4.01 Farmaceutische hulp	0,0	0,0	0,0	175,2	187,0	188,0
8.03 Diversen (premie)	11,3	8,5	19,8	16,2	9,2	9,3
8.05 Aanvullende post	0,0	0,0	0,0	0,0	140,0	140,0
Totaal JOZ 1998	1 366,2	1 473,0	569,0	835,3	1 006,0	1 009,6

Tabel 9.4 Eigen betalingen ongesplitst

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3.11 Kraamzorg	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	243,7	124,3	250,3	108,9	280,4	248,4
3.17 Academische ziekenhuizen	56,9	71,3	110,6	22,3	38,6	39,3
3.20 Tandheelkundig specialistische zorg	23,3	7,4	11,9	10,6	9,8	9,7
7.02 Verzorgingshuizen	1 971,3	1 942,3	1 989,7	1 993,6	0,0	0,0
7.05 Overige ouderenwerk	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8
Totaal JOZ 1998	2 392,9	2 245,0	2 464,2	2 239,0	434,6	403,2

HOOFDSTUK 10 FINANCIERING

10.1 Terreinbeschrijving

Centraal in dit hoofdstuk staat de financiering van de zorgsector in de periode 1993–1998. De financiering van de zorgsector speelt zowel een voorname rol bij het algemene financiële beleid als bij de besluitvorming over de inrichting van de zorgsector. De vormgeving van de financiering in de zorgsector heeft in de beschouwde periode enkele majeure veranderingen ondergaan. In onderliggend hoofdstuk wordt onder meer stilgestaan bij substantiële wijzigingen die samenhangen met de overheveling van de financiering van de verzorgingshuizen naar de AWBZ, de pakketmaatregelen en de effecten van verzekerdenvverkeer tussen de financieringsbronnen.

Paragraaf 10.2 geeft een totaaloverzicht van de bestaande financieringsbronnen. De eigen betalingen zijn in hoofdstuk 9 reeds uitgebreid toegelicht. Paragraaf 10.3 en 10.5 gaan in op de ontwikkelingen in de Ziekenfondswet. Hierbij wordt in paragraaf 10.3 extra aandacht geschonken aan de ontwikkelingen op het terrein van de verzekeraarsbudgettering. In paragraaf 10.4 komt de financiering van de AWBZ naar voren. Paragraaf 10.6 gaat in op de ontwikkelingen in de particuliere markt, terwijl paragraaf 10.7 de overheidsfinanciering behandelt. Tot slot wordt in paragraaf 10.8 aangegeven wat moet worden verstaan onder 'overige financiering'.

10.2 Algemeen overzicht

Financieringsbronnen

De financiering van de uitgaven in de zorgsector gebeurt vanuit een aantal bronnen:

- de Algemene Wet Bijzonder Ziektekosten (AWBZ);
- de Ziekenfondswet (ZFW);
- de particuliere ziektekostenverzekeringen, inclusief de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor het personeel van de provincies, de gemeenten en de politie;
- subsidies van de overheid;
- de overige financiering, bestaande uit 'eigen betalingen' en 'overige betalingen'.

Tabel 10.1 geeft een overzicht van de financiering in de zorgsector. Voor de subsidies van de overheid is gerekend in lopende prijzen. De post eigen betalingen ongesplitst bestaat voornamelijk uit eigen betalingen in het kader van de WBO. Vanaf 1997 maken deze betalingen deel uit van de eigen betalingen AWBZ.

Tabel 10.1 Financiering Zorgsector

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
AWBZ	23 271,7	23 935,1	25 362,2	19 055,6	23 844,5	24 726,9
ZFW	15 793,0	16 492,9	16 273,6	21 734,1	22 830,2	23 209,7
Particuliere verzekering	8 078,6	7 943,9	7 165,9	9 520,2	9 097,4	9 776,6
Overheid	5 703,0	5 630,4	5 968,9	5 893,1	2 780,3	3 091,0
Eigen betaling AWBZ	1 569,1	1 628,6	1 531,5	1 605,0	3 420,6	3 538,2
Eigen betaling ZFW	0,0	0,0	0,0	0,0	650,0	680,0
Eigen betaling particulier	1 366,2	1 473,0	569,0	835,3	1 006,0	1 009,6
Eigen betalingen ongesplitst	2 392,9	2 245,0	2 464,2	2 239,0	434,6	403,2
Overige betalingen	134,5	170,0	168,7	191,4	181,0	250,5
Totaal JOZ 1998 (mln)	58 309,0	59 518,8	59 504,1	61 073,8	64 244,5	66 685,6
AWBZ	39,9	40,2	42,6	31,2	37,1	37,1
ZFW	27,1	27,7	27,3	35,6	35,5	34,8
Particuliere verzekering	13,9	13,3	12,0	15,6	14,2	14,7
Overheid	9,8	9,5	10,0	9,6	4,3	4,6
Eigen betaling AWBZ	2,7	2,7	2,6	2,6	5,3	5,3
Eigen betaling ZFW	0,0	0,0	0,0	0,0	1,0	1,0
Eigen betaling particulier	2,3	2,5	1,0	1,4	1,6	1,5
Eigen betalingen ongesplitst	4,1	3,8	4,1	3,7	0,7	0,6
Overige betalingen	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4
Totaal JOZ 1998 (%)	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Bij de financieringsopstelling in de tabel 10.1 valt op dat de relatieve omvang van de verschillende financieringsbronnen in de periode 1993–1998 nogal schommelt. Deze schommelingen hangen vooral samen met enerzijds pakketoverhevelingen en anderzijds de wisselingen van de verzekerdenpopulatie. In 1996 zijn de farmaceutische hulp, de hulpmiddelen, de audiologische hulp, de revalidatiezorg en het erfelijkheidsonderzoek vanuit de AWBZ overgeheveld naar de ZFW en de particuliere sector. De totale omvang van de pakketoverheveling in 1996 bedroeg ruim f 7 mld.

In 1997 zijn de uitgaven van verzorgingshuizen naar de AWBZ overgeheveld. Hiermee is circa f 5,3 mld gemoeid. Van deze uitgaven wordt circa f 3,8 mld via de procentuele AWBZ premie gefinancierd. Deze premie maakt deel uit van het tarief in de eerste belastingschijf. De financiering van het resterende deel vindt plaats via eigen betalingen.

De extra verhoging van de inkomensgrens in de Wet Van Otterloo met ingang van 1 januari 1997 naar f 35 300,- heeft –volgens de laatste inzichten van de ZFR– geleid tot een extra instroom in de ZFW van 50 000 bejaarden. Over de effecten van de extra verhoging van de inkomensgrens per 1 juli naar f 38 300,- zijn nog geen exacte gegevens bekend. Tevens is per 1 augustus 1997 de toegang tot de medeverzekering in de ZFW van nieuwe WSF-gerechtigden (studenten) afgesloten. Deze maatregel leidt in vier jaar tot een daling van 185 000 ZFW-verzekerden. Het wetsvoorstel Herstructurering ZFW zal leiden tot een uitstroom van bejaarden uit de ZFW per 1 januari 1998. Dit zijn voor een belangrijk deel gepensioneerde interim-ambtenaren die na uittreden uit de ZFW recht kunnen doen gelden op een ZVO-tegemoetkoming. De verplichte ziekenfondsverzekering van asielzoekers en houders van een voorwaardelijke vergunning tot verblijf (VVTV) is met ingang van 1 juli 1997 beëindigd. Vanaf die datum voorziet het ministerie van Justitie, op basis van een administratiecontract met een particuliere verzekeraar, in de kosten van gezondheidszorg voor asielzoekers. Gemeenten zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van de gezondheidszorg voor VVTV-ers.

- Bij de berekeningen zijn de maatregelen op de volgende wijze verwerkt:
- een instroom in de ZFW van 50 000 bejaarden per 1 januari 1997 en 50 000 per 1 juli van hetzelfde jaar;
 - een uitstroom uit de ZFW van 75 000 WSF-gerechtigden per 1 september 1997 en 45 000 WSF-gerechtigden per 1 september 1998;
 - een uitstroom van 60 000 bejaarden per 1 januari 1998 uit de ZFW als gevolg van het wetsvoorstel Herstructurering ZFW;
 - uitstroom uit de ZFW per 1 juli 1997 van 57 000 asielzoekers.

In het Premie-advies ZFW 1998 presenteert de ZFR zijn inschattingen van de meerkosten van de verhoging van de inkomensgrens voor bejaarden en de uitstroom van studenten door de beëindiging van de medeverzekering. De extra kosten voor de ZFW tengevolge van de instroom van bejaarden in 1997 worden geraamd op f 426 mln en de lagere lasten door de uitstroom van WSF-gerechtigden op f 18 mln. Per saldo bedragen de extra lasten voor de ZFW –als gevolg van deze twee maatregelen– over 1997 dan circa f 408 mln.

In 1998 stijgen de lasten voor de ZFW tengevolge van de doorwerking van de verhoging van de inkomensgrenzen in de Wet Van Otterloo in 1997 met nog eens f 142 mln. Het totale effect van het ophogen van de inkomensgrens is derhalve f 568 mln. Daar staan lagere lasten van f 341 mln tegenover als gevolg de uitstroom uit de ZFW van 60 000 bejaarden (brede opting out) en f 64 mln als gevolg van de doorwerking van de beëindiging van de medeverzekering van WSF-gerechtigden.

Tabel 10.2 Financiële effecten aanpassing ZFW

	1997	1998
Instroom bejaarden	426	568
Uitstroom WSF-gerechtigden	-18	-64
Herstructurering ZFW		-341
Uitstroom asielzoekers	-60	-120
Totaal	348	43

Lastenverlichting

In de huidige kabinetsperiode groeien de grondslagen voor de belasting- en premieheffing sterker dan geraamd bij de behoedzame uitgangspunten van het regeerakkoord, zodat extra ruimte ontstaat voor tariefsverlaging en tekortverlichting. Per saldo is de lastenverlichting in deze kabinetsperiode ruim f 7½ mld groter dan bij het regeerakkoord in het vooruitzicht werd gesteld. Het geraamde beleidsrelevante tekort, dat in 1998 2,3% BBP bedraagt, komt 0,5% BBP lager uit dan het plafond (2,8% BBP). De extra lastenverlichting komt vooral ten goede aan de gezinnen.

Het kabinet heeft bij de vormgeving van het financiële beleid besloten om een lastenverlichting van f 3¾ mld in te zetten in 1998. Zowel burgers als bedrijven profiteren van de lagere lasten. De microlasten van burgers dalen in 1998 met f 2½ mld, voor bedrijven is sprake van een lastendaling van f 2 mld. De collectieve sector ondervindt een lastenstijging van f ½ mld. De omvangrijke lastenverlichting bij burgers laat zich als volgt weerspiegelen in de stand van de koopkracht.

Tabel 10.3 Koopkrachtontwikkeling 1998 (%)

	1998	
Modaal (met kinderen)	1¼	
Modaal (alleenstaand)	½	
Minimum plus	2¼	
Minimumuitkeringsgerechtigde met kinderen	1	
Minimumuitkeringsgerechtigde zonder kinderen	1	
ouderen (65 ⁺)	gehuwd	alleenstaand
aow	2¾	4
aow plus f 10 000,- aanvullend pensioen	1¼	2
aow plus f 30 000,- aanvullend pensioen ¹⁾	¾	0
aow plus f 50 000,- aanvullend pensioen ¹⁾	½	0

1) Particulier verzekerd.

Bij de verwezenlijking van dit koopkrachtbeeld is ondermeer gebruik gemaakt van het premie-instrumentarium van de volksgezondheid. Het verlagen van premies was vooral noodzakelijk bij ouderen met een aanvullend pensioen, die als gevolg van het in 1998 ingevoerde systeem van premiedifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheid (PEMBA) zonder aanvullende maatregelen zouden worden geconfronteerd met een aanzienlijk koopkrachtverlies. Voor particulier verzekerde 65-plussers is daarom besloten om de WTZ-omslagbijdrage te schrappen. Daarenboven wordt de aanpassing van de WTZ-maximumpremie als gevolg van afspraken bij de Wet van Otterloo een jaar uitgesteld. AOW-ers met een aanvullend pensioen die ziekenfondsverzekerd zijn, worden in hun inkomen gecompenseerd door een verlaging van de procentuele ziekenfondspremie die wordt geheven over het aanvullende pensioen. De partiële koopkrachtverbetering van het volksgezondheidsinstrumentarium varieert bij 65-plussers behoorlijk en neemt –grosso modo– af naarmate het aanvullend pensioen toeneemt. De koopkrachteffecten voor de middengroepen wordt gepresenteerd in tabel 10.4.

Tabel 10.4 Partiële effecten volksgezondheidspremie voor 65-plussers (%)

	gehuwd	alleenstaand
aow plus f 10 000,- aanvullend pensioen	¾	¾
aow plus f 30 000,- aanvullend pensioen ¹⁾	1½	¾
aow plus f 50 000,- aanvullend pensioen ¹⁾	1¼	¾

1) Particulier verzekerd.

Zorgcompartimenten

Naast een indeling naar financieringsbron is het mogelijk de uitgaven in te delen naar de drie door het kabinet onderscheiden zorgcompartimenten. Tabel 10.5 geeft de resultaten hiervan weer voor 1998.

Tabel 10.5 Indeling naar zorgcompartimenten (%)

	1998
Eerste compartiment	43
waarvan: Eigen betalingen	5
Tweede compartiment	54
waarvan: Eigen betalingen	4
Derde compartiment	3
Totale zorg	100

Het eerste compartiment omvat de langdurige zorg (care) en neemt ruim 40% van de totale zorguitgaven voor zijn rekening. De uitgaven in het tweede compartiment, de noodzakelijke kortdurende zorg, zijn het grootst en bedragen ruim de helft van de totale zorguitgaven. Het eerste en het

tweede compartiment worden respectievelijk met 5% en 4% gefinancierd via eigen betalingen.

Het derde compartiment omvat de zorg waarbij de burger zelf in staat wordt geacht verantwoordelijkheid te dragen, ook in financiële zin. Het gaat hierbij om niet-wettelijke uitgaven voor tandheelkunde en fysiotherapie. Daarnaast vallen niet alle in het JOZ vermelde cure-uitgaven onder het pakket van het tweede compartiment. Het gaat om niet noodzakelijke cosmetische chirurgie, klasseverpleging en keuringen (bijvoorbeeld sportkeuringen). Drie procent van de totale zorguitgaven behoort tot het derde compartiment zorg (zie ook bijlage B9).

10.3 De ziekenfondsbudgettering

Sinds 1991 lopen ziekenfondsen een (gering) financieel risico bij de uitvoering van de Ziekenfondswet: vanaf dat jaar worden zij immers gebudgetteerd voor de kosten die zij maken ten behoeve van de verstrekkingen/vergoedingen op grond van de Ziekenfondswet. Aanvankelijk werden de budgetten grotendeels op basis van historische kosten bepaald. In 1993 deden de normatieve criteria leeftijd en geslacht hun intrede; in 1995 zijn de criteria regio en arbeidsongeschiktheid toegevoegd.

Een tweetal correctiemechanismen zorgt er echter voor dat het feitelijke financiële risico dat de ziekenfondsen lopen, beperkt is gebleven. In de eerste plaats worden na afloop van het budgetteringsjaar de financiële resultaten tussen de ziekenfondsen onderling verevend. Dit correctiemechanisme is in 1992 ingevoerd omdat de verdelende werking van het budgetmodel –met name in de beginfase– nog als onvolkomen werd ingeschat. In de tweede plaats worden na afloop van het budgetteringsjaar de verschillen tussen de werkelijke kosten en de budgetten afgerekend tussen de ziekenfondsen en de Algemene Kas, de zogenaamde nacalculatie. Deze nacalculatie is in 1991 ingevoerd vanuit de gedachte dat ziekenfondsen nog (te) weinig invloed kunnen uitoefenen op de hoogte van de feitelijke kosten.

In de startfase van de budgettering waren de percentages verevening en nacalculatie hoog: 95% respectievelijk 90%. Met de introductie van het splitsingsmodel in 1996 wordt bij de budgettering een onderscheid aangebracht tussen de voor ziekenfondsen wel en niet beïnvloedbare kosten ziekenhuisverpleging. Een belangrijk verschil in kosten ziekenhuisverpleging tussen ziekenfondsen is immers gelegen in de nauwelijks door ziekenfondsen te beïnvloeden verpleegdagtarieven, waarin onder andere de per ziekenhuis sterk variërende kapitaallasten worden doorberekend. Door bij de ziekenfondsbudgettering rekening te houden met het bekostigingsstelsel van ziekenhuizen is het verantwoord het financieel risico op de verstrekkingenbudgettering toe te laten nemen. In de afgelopen jaren zijn hiertoe in het variabele budgetdeel de percentages verevening en nacalculatie in gelijke stappen afgebouwd tot 30% (verevening) en 25% (nacalculatie) per 1 januari 1997. Het nacalculatiepercentage op het deelbudget vaste kosten ziekenhuisverpleging is in 1997 gehandhaafd op 95%. Voor dit deelbudget geldt geen verevening. Het kabinetsbeleid is erop gericht de volledige afbouw van verevening en nacalculatie –van de variabele kosten– in 1998 te bewerkstelligen.

Per 1 januari 1997 zijn voorts de volgende maatregelen binnen de ZFW-verstrekkingenbudgettering doorgevoerd:

- De binnen het verdeelmodel gehanteerde verdeelcriteria 'regiofactor' en 'arbeidsongeschiktheidsfactor' zijn getoetst op stabiliteit en verfijnd. Zo is de arbeidsongeschiktheidsfactor opgesplitst in vijf leeftijdsspecifieke arbeidsongeschiktheidsfactoren.

- Vanaf 1 januari 1997 is een specifieke vorm van verevening voor hoge kosten ingevoerd. Hiermee wordt beoogd recht te doen aan de ongelijke verdeling van extreem hoge schadegevallen over de ziekenfondsen. Deze hoge-kostenverevening (HKV) houdt in dat ziekenfondsen 90% van de schade van individuele verzekerden, voorzover deze schade de grens van f 4 500,- overschrijdt, ten laste van een pool kunnen brengen. Hierbij is uitsluitend de schade die wordt geboekt ten laste van de deelbudgetten variabele kosten ziekenhuisverpleging en overige verstrekkingen relevant. De hiervoor benodigde pool wordt gefinancierd via een procentuele korting op de verstrekkingenbudgetten van alle ziekenfondsen.

In 1997 gaat de meeste aandacht uit naar een grondige evaluatie van het budgetteringsmodel, die wordt uitgevoerd door de Werkgroep Ontwikkeling Splitsingsmodel (WOS).

Ook de activiteiten van de door Zorgverzekeraars Nederland ingestelde Toetsingscommissie Budgettering mogen in dit verband niet onvermeld blijven. In haar op 11 augustus 1997 aan het bestuur van Zorgverzekeraars Nederland uitgebrachte rapport concludeert deze commissie dat met de ziekenfondsbudgettering op zichzelf een goede lijn is ingezet. Ook bevat het huidige verdeelmodel de fundamentele voor een in de toekomst werkbaar budgetsysteem. De commissie adviseert echter de afschaffing van verevening en nacalculatie op dit moment op te schorten aangezien zij nog een aantal aanpassingen in het systeem noodzakelijk acht. De commissie acht verder consensus over de toekomstige regulering en de verantwoordelijkheden, bevoegdheden en beheersingsinstrumenten van essentieel belang. Over de voorstellen van de toetsingscommissie en de resultaten van de overige uitgevoerde evaluatie-activiteiten vindt nader overleg plaats met Zorgverzekeraars Nederland.

Mede op basis van de uitkomsten van dit overleg wordt bepaald op welke wijze en volgens welk tijdschema de knelpunten worden opgelost.

Einddoel blijft uitdrukkelijk het overgaan op volledige risicodragendheid voor de ziekenfondsen over de variabele onderdelen van hun budget.

Maximering reserves wettelijke verzekering

In de door het kabinet beoogde eindsituatie, waarin sprake is van maximale risicodragendheid voor de ziekenfondsen, moeten de ziekenfondsen eventueel optredende financiële fluctuaties in de bedrijfsvoering over meerdere jaren zelf kunnen opvangen: zij moeten aan hun verplichtingen in het kader van de uitvoering van de ZFW kunnen blijven voldoen. Vandaar dat ziekenfondsen verplicht zijn reserves aan te houden overeenkomstig de Regeling solvabiliteitsmarge Ziekenfondswet. Deze verplichte solvabiliteitsmarge dient te allen tijde aanwezig te zijn. Daarnaast heeft een ziekenfonds een buffer nodig boven op de minimaal vereiste solvabiliteitsmarge om grote fluctuaties in de nominale premie op te vangen. De minimaal vereiste solvabiliteitsmarge mag hiervoor immers niet worden ingezet.

Ziekenfondsen verkrijgen hun inkomsten voornamelijk uit het budget verstrekkingen/vergoedingen, het budget beheerskosten en de nominale premieheffing. De uitgaven bestaan uit de kosten van verstrekkingen/vergoedingen en de beheerskosten. De financiering van de ZFW is een 'gesloten systeem'. Dit betekent dat, indien voor een ziekenfonds in enig jaar het totaal aan inkomsten meer bedraagt dan het totaal aan uitgaven, het overschot dient te worden gereserveerd. De inkomstenstroom, en daarmee indirect dus de hoogte van de reserves, kunnen ziekenfondsen zelf beïnvloeden door middel van de hoogte van de door hen zelf vastgestelde nominale premie.

Omdat de ziekenfondsen sinds de invoering van de risicodragende budgettering reeds aanzienlijke reserves hebben opgebouwd, kan de verdere toevoeging aan de reserves in verband met het toenemen van het financiële risico voor de ziekenfondsen in de komende jaren bescheiden zijn. Dit geldt in het bijzonder voor die ziekenfondsen die qua feitelijke reserves thans reeds ruim meer dan voldoen aan de solvabiliteits-eis, zoals die zal gelden bij de realisatie van maximale risicodragendheid in de verstrekkingenbudgettering.

De budgettering van de verstrekkingen bevindt zich momenteel nog in een ontwikkelingsproces. Bovendien is de gereguleerde concurrentie tussen ziekenfondsen nog niet zodanig dat zij het vormen van onnodig hoge reserves voorkomt. Gegeven deze situatie bestaat het voornemen een maximum te stellen aan de omvang van de reserves bij de ziekenfondsen. De Ziekenfondsraad is in het voorjaar van 1997 gevraagd hierover een uitvoeringstoets uit te brengen.

Mede op basis van deze uitvoeringstoets wordt in het najaar van 1997 een wetsvoorstel voorbereid, dat nog vóór 1998 aan de Raad van State zal worden voorgelegd. In dat wetsvoorstel zal de maximering van reserves bij individuele ziekenfondsen worden geregeld.

Met de aankondiging van het wetsvoorstel wordt beoogd een signaal af te geven aan de ziekenfondsen die reeds een voldoende financiële buffer bovenop de verplichte solvabiliteitsmarge hebben gevormd om af te zien van verdere toevoegingen aan de reserves en om hun nominale premiestelling in verband hiermee te matigen. Daarmee kunnen zij voorkomen dat overreserves (reserves die uitgaan boven het in het wetsvoorstel vast te leggen maximum) in de toekomst dienen te worden afgedragen aan de Algemene Kas. Het wetsvoorstel is vooral bedoeld om overmatige reservevorming tegen te gaan gedurende de periode waarin de budgettering van en de onderlinge concurrentie tussen de ziekenfondsen nog niet volledig tot ontplooiing is gekomen en kan daarna de functie vervullen van het bieden van een ultimatum-remediuminstrument.

10.4 AWBZ

Raming 1997 en 1998

In de onderstaande tabel wordt een raming gegeven van de uitgaven AWBZ voor de jaren 1997 en 1998.

Tabel 10.6 Uitgaven AWBZ

	1996	1997	1998	Mutatie (%) 1997-1998
Preventieve zorg	300,4	284,2	235,4	-17,2
Curatieve somatische zorg	909,6	953,1	974,3	2,2
– ziekenhuizen	566,6	601,1	618,9	3,0
– extramuraal	343,0	352,1	355,4	0,9
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	2,5	22,5	32,5	44,4
Geestelijke gezondheidszorg	4 090,6	4 358,3	4 459,1	2,3
Gehandicapten	5 135,5	5 393,1	5 534,7	2,6
Ouderenzorg en thuiszorg	8 101,8	12 124,4	12 368,9	2,0
– ouderenzorg	5 357,0	9 368,2	9 522,2	1,6
– thuiszorg	2 744,8	2 756,3	2 846,6	3,3
Beheer en diversen	515,1	708,9	1 122,0	58,3
Totaal (exclusief eigen betalingen)	19 055,6	23 844,5	24 726,9	3,7
Eigen betalingen	1 605,0	3 420,6	3 538,2	3,4
Totaal (inclusief eigen betalingen)	20 660,7	27 265,1	28 265,0	3,7

In bovenstaande tabel zijn de effecten van de overheveling van de financiering verzorgingshuizen van de begroting naar de AWBZ in 1997

verwerkt. Van 1996 op 1997 stijgen de uitgaven als gevolg hiervan, na aftrek van de eigen betalingen, met circa f 3,8 mld. De forse uitgavenstijging in 1998 bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat vanaf 1998 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post diversen wordt gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage A5 en B10.

AWBZ

De uitgaven in de AWBZ worden gefinancierd door eigen betalingen, rijksbijdragen en premies. Bij de vaststelling van de premiehoogte wordt –volgens de gebruikelijke systematiek– rekening gehouden met het vermogenstekort van het voorafgaande jaar. In het kabinet is als algemeen uitgangspunt gekozen om de in 1997 optredende vermogenstekorten van de centrale fondsen (AOW, ANW, AWBZ, ZFW, AAW/WAO en AWF) in drie jaar weg te werken. Het vermogenstekort van het Algemeen Fonds (AWBZ) wordt per ultimo 1997 geraamd op f 0,6 mld. Dit impliceert dat de premies in 1998 op een zodanig niveau moeten worden vastgesteld dat ze meer dan lastendekkend zijn.

Tabel 10.7 Premiestelling AWBZ

	1996	1997	1998
ALGEMEEN FONDS			
Uitgaven	20 676	27 250	28 265
Inkomsten	19 834 ¹⁾	27 537 ²⁾	28 480 ²⁾
– waarvan premieopbrengsten	18 992	23 809	24 639
Exploitatiesaldo	-842	287	215
Vermogen Algemeen Fonds (ultimo)	-714	-427	-213
Vermogensnorm	2 088	582	605
Vermogenssaldo	-2 802	-1 009	-818
Premieplichtig inkomen (mld)	258,4	268,0	256,7
Procentuele premie (%)	7,35	8,85	9,60

¹⁾ Rekening houdend met nabetaling en premie-ontvangsten oude jaren.

²⁾ Inclusief afdrachtskorting.

Onder normale omstandigheden zou een gematigde uitgavenstijging –zoals die voor 1998 wordt verwacht in de AWBZ– hebben geleid tot een (kleine) premiedaling in 1998. Echter, de daling van het premieplichtige inkomen in 1998 maakt een premieverlaging niet mogelijk. Deze grondslagversmalling hangt grotendeels samen met de doorwerking van de beleidsmaatregelen (PEMBA, verhoging heffingsvrije voet en dergelijke) op het premieplichtige inkomen voor de AWBZ. Bovendien leidt de vereiste vermogensinhaal tot een verhoging van de AWBZ-premie van +0,10%-punt in 1998. De feitelijke AWBZ-premie stijgt met 0,75%-punt en komt in 1998 uit op 9,60%.

Tabel 10.8 Onderbouwing AWBZ-premie (%)

	Opbouw
AWBZ-premie 1997	8,85
mutaties:	
– endogeen uitgaven/grondslageffect	-0,10
– exogeen grondslageffect	0,75
– vermogensinhaal	0,10
AWBZ-premie 1998	9,60

10.5 Ziekenfondsverzekering

Raming 1997 en 1998

In de volgende tabel wordt een raming gegeven van de uitgaven voor de Ziekenfondsverzekering voor de jaren 1997 en 1998.

Tabel 10.9 Uitgaven ZFW

	1996	1997	1998	Mutatie (%) 1997-1998
Curatieve somatische zorg	15 844,4	17 355,3	17 439,5	0,5
- ziekenhuizen	11 175,4	12 223,6	12 272,7	0,4
- specialisten	1 265,1	1 475,6	1 544,4	4,7
- vervoer	450,8	481,4	474,8	-1,4
- extramuraal	2 953,2	3 174,7	3 147,5	-0,9
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	4 850,8	5 027,0	4 938,5	-1,8
Ouderenzorg en thuiszorg	56,0	136,0	46,1	-66,1
- thuiszorg	56,0	136,0	46,1	-66,1
Beheer en diversen	982,8	312,0	785,6	151,8
Totaal (exclusief eigen betalingen)	21 734,1	22 830,2	23 209,7	1,7
Eigen betalingen	0,0	650,0	680,0	4,6
Totaal (inclusief eigen betalingen)	21 734,0	23 480,2	23 889,7	1,7

De belangrijkste ontwikkeling bij de uitgaven voor de Ziekenfondswet betreft het effect van de herstructurering. In verband hiermee stijgen de lasten ZFW structureel met f 568 mln. In 1998 daalt het aantal ZFW-verzekerden door het wetsvoorstel Herstructurering ZFW naar verwachting met 60 000 ouderen. Tevens vindt een uitstroom van 45 000 WSF-gerechtigden plaats op 1 september. Hierdoor dalen de lasten structureel met f 405 mln. De voor 1998 voorgenomen decentralisatie van het ziekenvervoer is met één jaar uitgesteld, zodat deze sector ook in 1998 nog ten laste van de ZFW wordt gefinancierd. In verband hiermee wordt de rijksbijdrage ZFW tijdelijk met f 0,5 mld verhoogd. De forse uitgavenstijging in 1998 bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat vanaf 1998 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post diversen wordt gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage A5 en B10.

De geschetste ontwikkeling leidt tot het volgende premiebeeld voor 1997 en 1998. Ter vergelijking zijn de cijfers voor 1996 opgenomen. Een meer gedetailleerd overzicht van de premiestelling is opgenomen in bijlage B9.

Tabel 10.10 Premiestelling Ziekenfondswet

	1996	1997	1998
ALGEMENE KAS			
Uitgaven	19 435,8	21 806,6	22 397,4
Inkomsten	19 643,3	21 631,6	22 565,2
Exploitatie	207,5	-175,0	167,8
Vermogen Algemene Kas	-2 713,1	-2 888,1	-2 720,3
Vermogensnorm	-473,0	-698,6	-604,2
Tekort	-2 240,0	-2 189,5	-2 116,1
INDIVIDUELE FONDSEN			
Uitgaven	21 480,9	23 138,5	23 633,3
Inkomsten	21 875,2	23 232,0	24 096,2
Technisch resultaat	394,3	93,5	462,9
Procentuele premie werkgevers (%)	5,35	5,55	5,60
Procentuele premie werknemers (%)	1,65	1,35	1,20
Nominale premie (gld)	342	216	216
– waarvan rekenpremie	267	157	157

Met betrekking tot de nominale ZFW-premie kan worden opgemerkt dat de rekenpremie van 1996 op 1997 met f 110,- per verzekerde daalt door de invoering van het systeem van eigen bijdragen. Voorts is voor het jaar 1998 verondersteld dat de 'opslagpremie' –het verschil tussen de rekenpremie en de feitelijk door de individuele ziekenfondsen vast te stellen premie– ten opzichte van 1997 gelijk blijft.

10.6 Particuliere ziektekostenverzekeringen

De realisatiecijfers in deze paragraaf zijn grotendeels ontleend aan gegevens van VEKTIS, het in 1993 opgerichte gemeenschappelijke informatiecentrum van alle zorgverzekeraars. In de cijfers zijn de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen voor ambtenaren en de private aanvullende verzekeringen meegenomen.

Raming 1997 en 1998

In de volgende tabel wordt per voorziening een raming van de schadeontwikkeling van de particuliere ziektekosten gegeven.

Tabel 10.11 Uitgaven particuliere ziektekostenverzekeringen

	1996	1997	1998	Mutatie (%) 1997–1998
Curatieve somatische zorg	6 849,7	6 645,4	6 943,1	4,5
– ziekenhuizen	4 591,5	4 367,3	4 581,7	4,9
– specialisten	948,4	935,5	985,3	5,3
– vervoer	162,0	155,9	155,3	-0,4
– extramuraal	1 147,9	1 186,6	1 220,7	2,9
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	1 705,4	1 539,6	1 583,8	2,9
Beheer en diversen	965,2	912,4	1 249,7	37,0
Totaal (exclusief eigen betalingen)	9 520,2	9 097,4	9 776,6	7,5
Eigen betalingen	835,3	1 006,0	1 009,6	0,4
Totaal (inclusief eigen betalingen)	10 355,5	10 103,4	10 786,2	6,8

De hierboven weergegeven schadegegevens kunnen worden afgezet tegen de inkomsten. De raming van de premieontvangsten in tabel 10.8 is mede gebaseerd op de veronderstelling van het CPB dat voor de maatschappijpolissen (exclusief WIZ en MOOZ) een gemiddelde premiemutatie per verzekerde zal optreden van 1% in 1997 en 3% in 1998. Het verwachte technisch resultaat verbetert met ruim f 250 mln in 1997.

In 1998 wordt een technisch resultaat verwacht van ongeveer f 20 mln. Daarnaast ontvangen de particuliere verzekeraars rentebaten. De ramingen van deze rentebaten zijn gebaseerd op een opgave van VEKTIS en bedragen in beide jaren circa f 250 mln. Daarmee bedraagt het uiteindelijke positieve resultaat ruim f 200 mln in 1997 en ruim f 250 mln in 1998. De forse uitgavenstijging in 1998 bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat vanaf 1998 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post diversen wordt gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage A5 en B10.

Tabel 10.12 Uitgaven en inkomsten particuliere ziektekostenverzekeringen¹⁾

	1996	1997	1998
Uitgaven	9 520	9 097	9 777
Inkomsten	10 179	9 959	10 231
Resultaat na rente	659	861	454

¹⁾ Exclusief AWBZ-aanspraken en aanspraken derde compartiment, inclusief WTZ en KPZ.

10.7 Overheid

De uitgaven van de overheid aan de zorgsector betreffen betalingen van rijk, provincies en gemeenten. Niet meegenomen in deze paragraaf zijn de indirecte betalingen zoals de rijksbijdrage ZFW.

Tabel 10.13 Uitgaven overheid

	1996	1997	1998	Mutatie (%) 1997-1998
Preventieve zorg	743,3	768,3	842,8	9,7
Curatieve somatische zorg	1 113,4	1 123,5	1 214,5	8,1
– ziekenhuizen	886,5	896,2	973,8	8,7
– vervoer	4,0	4,3	17,7	312,6
– extramuraal	223,0	223,0	223,0	0,0
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	9,4	17,6	15,0	-14,8
Geestelijke gezondheidszorg	226,8	238,6	242,9	1,8
Ouderenzorg en thuiszorg	3 303,8	0,0	0,0	0,0
– ouderenzorg	3 303,8	0,0	0,0	0,0
Beheer en diversen	496,4	632,3	775,9	22,7
Totaal (exclusief eigen betalingen)	5 893,1	2 780,3	3 091,0	11,2
Eigen betalingen	191,4	181,0	250,5	38,4
Totaal (inclusief eigen betalingen)	6 084,5	2 961,3	3 341,5	12,8

De meest opvallende ontwikkeling in de tabel is het vrijwel verdwijnen van uitgaven aan de ouderenzorg. Dit is het resultaat van de reeds besproken overheveling van de financiering van de verzorgingshuizen naar de AWBZ. De forse uitgavenstijging in 1998 bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat vanaf 1998 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post diversen wordt gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage A5 en B10.

10.8 Overige financiering

De overige financiering betreft voornamelijk de eigen betalingen en het verschil tussen de waarneming van de productiecijfers per sector van de gezondheidszorg enerzijds en het gefinancierde deel dat via de verzekeraars wordt waargenomen anderzijds.

De eigen betalingen bestaan uit de volgende categorieën:

- de eigen bijdragen AWBZ die voor het merendeel inkomensafhankelijk zijn;
- de eigen bijdragen ZFW;
- het algemeen eigen risico aan de voet bij een deel van de privaatrechtelijk particulier verzekerden;
- eigenbijdrageregelingen voor de extramurale verstrekkingen bij de publiekrechtelijke verzekeringen voor ambtenaren.

Tabel 10.14 Overige financiering

	1996	1997	1998	Mutatie (%) 1997–1998
AWBZ	1 605,0	3 420,6	3 538,2	3,4
– Curatieve somatische zorg	6,9	6,9	12,4	81,0
– Geestelijke gezondheidszorg	188,3	210,2	230,0	9,5
– Gehandicapten	515,8	534,0	550,6	3,1
– Ouderenzorg	588,3	2 305,6	2 349,9	1,9
– Thuiszorg	305,7	364,0	395,1	8,5
ZFW	0,0	650,0	680,0	4,6
Particulier	835,3	1 006,0	1 009,6	0,4
– Curatieve somatische zorg	643,8	669,8	672,4	0,4
– Farmaceutische hulp en hulpmid- delen	175,2	187,0	188,0	0,5
– Beheer en diversen	16,3	149,2	149,3	0,1
Overig	2 430,4	615,5	653,7	6,2
– Preventie	1,7	0,7	1,5	114,3
– Curatieve somatische zorg	141,8	328,8	297,4	-9,5
– Ouderenzorg en thuiszorg	2 097,3	105,8	105,8	0,0
– Beheer en diversen	189,7	180,3	249,0	38,1
Totaal	4 870,7	5 692,1	5 881,5	3,3

De meest in het oog springende ontwikkeling is de introductie van het systeem van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet met ingang van 1997. Hierdoor stijgen de eigen bijdragen met f 650 mln in 1997 en f 680 mln in 1998. Een tweede opvallende wijziging betreft de overheveling van de eigen betalingen voor verzorgingshuizen van de post overig naar de AWBZ. Deze overheveling hangt samen met de overheveling van de verzorgingshuizen van de overheid naar de AWBZ.

Verder gelden vanaf 1 juli 1998 in APZ-en (geestelijke gezondheidszorg) en PAAZ-en (curatieve somatische zorg) eigen bijdragen vanaf de eerste dag van opname. Hiermee vervalt de wachttijd van één jaar en vindt een harmonisatie plaats met de overige AWBZ-sectoren. Door de maatregel nemen de eigen bijdragen structureel met f 40 mln toe. De forse uitgavenstijging in 1998 bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt doordat vanaf 1998 de volledige loon- en prijsbijstelling in de post diversen wordt gereserveerd. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Voor een uitgebreide toelichting wordt verwezen naar bijlage A5 en B10.

BIJLAGE A1 ARBEIDSMARKT, WERKGELEGENHEID, ARBEIDSKOSTEN EN BEROEPSKRACHTEN

A1.1 Arbeidskosten

A1.1.1 Inleiding

In hoofdstuk 1, paragraaf 1.4 wordt in algemene zin ingegaan op de arbeidskosten en met name op het overleg van VWS met de werkgevers op de VWS-terreinen in het kader van het post-WAGGS-model. Onderstaand worden enkele specifieke punten op het terrein van de arbeidskosten belicht. Het gaat daarbij om de CAO-ontwikkelingen in de VWS-sectoren, om de privatisering van de academische ziekenhuizen, om het effect van veranderingen in de organisatie van de zorgverlening op de afbakening van de werkingssfeer van de diverse CAO's, om de naleving van de algemeen verbindend verklaarde CAO-thuiszorg en om de Arbeidstijdenwet.

A1.1.2 Arbeidskostenontwikkeling

In de CAO-afspraken in 1996 met een looptijd van twee jaren was een belangrijke rol weggelegd voor verdergaande arbeidsduurverkortung naar gemiddelde werkweken van 36 of 37 uur met ingang van 1997. Hoewel de individuele inkomens van de werknemers daardoor gematigd stegen, is er op uurbasis gemeten wel degelijk sprake van een substantiële arbeidskostenstijging. Daarom is er binnen het post-WAGGS-model ook in 1997 grosso modo sprake van een marktconforme arbeidsvoorwaardenontwikkeling. Die is bekostigd met behulp van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (OVA), de opbrengst in het eigen instellingsbudget van de trendmatige productiviteitsontwikkeling en verdere mogelijkheden op instellingsniveau. Voor 1997 zijn nagenoeg geen nieuwe afspraken over arbeidsvoorwaarden gemaakt in het VWS-veld omdat vrijwel overal een tweejarige CAO gold die in 1996 tot stand is gekomen. Het overleg in het kader van het post-WAGGS-model over de OVA 97 was daarom voor werkgevers in die zin van belang dat moest blijken of zij bij de CAO-onderhandelingen in 1996 een juiste inschatting hadden gemaakt van hun budgettaire mogelijkheden in 1997. Omdat de afronding van het overleg over de OVA 97 zonder inschakeling van de Commissie Van Voorden kon geschieden, is er kennelijk sprake van een voor de werkgevers bevredigende situatie. Mocht bij de concretisering van de door sociale partners overeengekomen CAO-wijzigingen, bijvoorbeeld de afspraken omtrent arbeidsduurverkortung, blijken dat men zelf arbeidsvoorwaardelijke en/of financiële pijnpunten heeft veroorzaakt, dan zal men die ongetwijfeld bij de CAO-onderhandelingen in 1998 zelf gaan oplossen. Voor de OVA 98 zijn in ieder geval dermate verregaande afspraken gemaakt dat werkgevers een helder inzicht kunnen hebben in hun financiële mogelijkheden voor nieuwe CAO-afspraken.

A1.1.3 Academische ziekenhuizen

In het JOZ 1997 was de informatie opgenomen dat er een onderzoek gaande is naar de mogelijkheden en consequenties van privatisering van academische ziekenhuizen. Omdat het streven is om de uitkomsten van dat onderzoek uiterlijk 1 januari 1998 beschikbaar te hebben, zijn er nog geen nadere beleidsmatige standpunten ingenomen. Wel is inmiddels duidelijk dat een dergelijke operatie niet alleen uit bestuurlijk oogpunt een ingewikkelde operatie is maar dat er ook aanzienlijke financiële effecten mee zijn gemoeid. De door het ministerie van Binnenlandse Zaken in gang gezette operatie om het overheidspersoneel uiterlijk 1 januari 1999 onder de werknemersverzekeringen te brengen (de OOW-operatie) heeft een grote mate van invloed op de uitkomsten van het onderzoek. Daardoor

wordt namelijk al voor een groot deel gelijkheid geschapen tussen de arbeidskostenontwikkeling in de overheidssectoren en die in de private sectoren. Op voorhand is derhalve niet aan te geven welke richting de besluitvorming uit zal gaan die op het aangekondigde onderzoek moet worden gebaseerd.

A1.1.4 Samenwerkingsrelaties en CAO's

Als gevolg van zorginhoudelijke ontwikkelingen en bestuurlijke samenwerking tussen zorgaanbieders en hun organisaties zijn de scheidslijnen tussen sectoren en instellingen aan het vervagen. Het is een gewenste ontwikkeling het zorgaanbod flexibel en zorgvraaggericht te organiseren. Samenwerking en samengaan van verschillende aanbieders heeft ook gevolgen voor de organisatie van het werk en voor het personeel. Transmuralisering, samenwerking en fusie kan personeel bijeenbrengen dat onder verschillende CAO's zou vallen. Op verzoek van de werkgeversorganisaties is een werkgroep ingesteld van personen uit die kring, waaraan ook VWS deelnam, om de gevolgen voor de CAO's in beeld te brengen. De werkgroep heeft een tussenrapportage uitgebracht die in het zogeheten Voorjaarsoverleg over de OVA 98 is besproken. Afsproken is dat de werkgroep verder zal werken aan het zoveel mogelijk kwantificeren van de kosten en de baten van samenwerking en harmonisatie van CAO's. Tevens zal gekeken worden naar de mogelijkheden om kosten te beperken alsmede naar de dekkingsmogelijkheden.

A1.1.5 Algemeen verbindend verklaring CAO-Thuiszorg

Het actievere beleid van sociale partners om het niet naleven van de CAO aan de kaak te stellen, heeft in 1997 niet geleid tot noemenswaardige incidenten. Wel bleek bij de aanvraag voor algemeen verbindend verklaring van de recente CAO-Thuiszorg dat er een conflict aan werkgeverszijde bestond over de mate van invloed op de CAO-onderhandelingen. Enkele commerciële werkgevers vonden dat zij onvoldoende invloed uit hadden kunnen oefenen en hadden daarom bezwaar tegen de aangevraagde algemeen verbindend verklaring. Uiteindelijk is de CAO toch algemeen verbindend verklaard. Aan werkgeverszijde wordt nu, met het oog op de volgende CAO-onderhandelingen, gewerkt aan een representatieve werkgeversdelegatie waar alle betrokkenen zich in kunnen vinden.

Parallel aan de naleving van de CAO-Thuiszorg via het instrument van algemeen verbindend verklaring zijn sociale partners thans bezig om ook voor de pensioenvoorziening bij alle werkgevers in de sector tot een voor de sector gebruikelijk niveau te komen. Sommige commerciële werkgevers bieden namelijk geen c.q. een vergeleken bij het PGM magere voorziening voor de post-actieve periode.

A1.1.6 Arbeidstijdenwet

Op 1 juli 1997 is de Arbeidstijdenwet (ATW) voor de zorgsector in werking getreden. Aan de invoering daarvan is uitvoerig overleg met werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorgsector voorafgegaan. In overleg met deze organisaties is tot een aantal, voor de zorgsector specifieke bepalingen gekomen, welke zijn opgenomen in het Arbeidstijdenbesluit (ATB). Met de inwerkingtreding van ATW en ATB zijn het Werktijdenbesluit voor verplegings- en verzorgingsinrichtingen en de jeugdhulpverlening (WBVV) en het Werktijdenbesluit voor geneeskundigen en verloskundigen (WBGV) komen te vervallen.

Gezien het feit dat aanpassing van de organisatie van de arbeid en de roosters aan de nieuwe wetgeving tijd vergt, zal de Arbeidsinspectie in 1997 ten aanzien van de zorgsector een aangepast handhavingsbeleid voeren. In concreto betekent dit dat, wanneer een overschrijding van de

overlegnormen wordt geconstateerd, vooralsnog niet handhavend wordt opgetreden, wanneer het een overschrijding betreft die onder de oude wetgeving (WBGV, WBVV) niet strafbaar was.

Medio vorig jaar heeft het IVA te Tilburg gerapporteerd over de uitkomsten van een evaluatieonderzoek WBVV en WBGV. Een deel van dat onderzoek had betrekking op de bedrijfseconomische gevolgen van de invoering van het WBGV. Het IVA kwam tot de conclusie dat destijds circa f 22 mln te weinig compensatie beschikbaar was voor de extra kosten die het gevolg waren van de invoering van het WBGV. Besloten is om met ingang van 1998 alsnog deze middelen beschikbaar te stellen. Met de betrokken organisaties zal worden overlegd over de wijze van toedeling van de middelen.

A1.2 Arbeidsmarkt/werkgelegenheid

A1.2.1 Arbeidsmarktontwikkelingen in de zorgsector en de Nederlandse economie

De Nederlandse economie vertoont al een aantal jaren een gezonde groei, hetgeen zich weerspiegelt in de arbeidsmarkt. Voor 1997 en 1998 verwacht het CPB een groei van het aantal werkzame personen met ongeveer 2%, ofwel 120 000 per jaar. Daarbij neemt de werkloze beroepsbevolking af met 40 000 per jaar. De overige 80 000 komen hoofdzakelijk voort uit de toename van het arbeidsaanbod. Het niveau van de werkloze beroepsbevolking is hiermee evenwel nog niet terug op dat van het begin van de jaren negentig.

Het aantal banen groeit in de zorg- en welzijnssector veel sterker dan het arbeidsvolume. Vanwege de afgelopen jaren verder toegenomen betekenis van deeltijdarbeid bedroeg het verschil in groeitempo bijna een procentpunt per jaar. Voor de Nederlandse economie als geheel was dat maar de helft. In de zorg- en welzijnssector was in 1996 het aandeel van normale voltijdsbanen in het totaal aantal banen gedaald tot ruim een kwart. In 1987 was dat nog 43%. Dit effect is gelegen in het feit dat deeltijdarbeid vooral onder vrouwen wijd verbreid is en in de zorg- en welzijnssector relatief veel vrouwen werkzaam zijn. Zo bestaat in 1996 de werkzame beroepsbevolking in totaal voor 37% uit vrouwen, in de zorgsector is dat 77%.

De omvang van de werkloze beroepsbevolking bedroeg in 1996 494 000 personen. Uit gegevens van het onderzoek 'Hoe zoeken werkzoekenden' uit 1995 van Arbeidsvoorziening en van de WW-uitkeringen kan worden afgeleid dat daarvan ruim 30 000 mensen een baan in de zorg- en welzijnssector zochten. Deze aantallen werkzoekenden zijn aanmerkelijk hoger dan de aantallen gemelde vacatures in Nederland onderscheidenlijk in de zorg- en welzijnssector.

Tabel A1.1 (Openstaande) vacatures verplegende en verzorgende beroepen vanaf 1992, ultimo derde kwartaal

	1992	1993	1994 ¹⁾	1995	1996
Verplegende en verzorgende beroepen					
Aantal vacatures	3 900	2 200	2 100	2 400	2 300
waarvan:					
Vacature ≥ 20 uur	3 000	1 400	1 400	1 400	1 700
Moeilijk vervulbaar	1 500	300	300	500	500
Nederland					
Aantal vacatures	58 200	33 500	39 400	55 300	61 100
waarvan:					
Vacature ≥ 20 uur	45 300	2 500	30 600	41 200	48 500
Moeilijk vervulbaar	20 500	6 100	7 900	14 700	17 100

¹⁾ Vanaf 1994 nieuwe beroepenclassificatie CBS.

Bron: CBS, vacature-enquête, RAZ 1997.

Het aantal (openstaande) vacatures is uitsluitend de stand aan het eind van het derde kwartaal. Over de gehele periode zijn er uiteraard veel meer vacatures ontstaan, maar ook vervuld.

In tabel A.1.2 zijn de aantallen werkzame personen naar onderscheiden zorgsectoren weergegeven. De schatting voor 1996 bedraagt 778 000. Ten opzichte van het jaar daarvoor betekent dat een stijging met circa 20 000 personen.

Tabel A1.2 Gemiddeld aantal werkzame personen naar zorgsector per jaar

	1992	1993	1994	1995	1996
Ziekenhuizen					
– algemeen (1)	138 378	141 006	141 162	142 263	146 687 ³⁾
– categoriaal ¹⁾ (2)	11 784	11 940	11 570	12 598	12 697 ³⁾
– academisch (3)	35 715	36 319	37 192	38 507	39 342 ³⁾
Subtotaal ziekenhuizen	185 877	189 265	189 924	193 368	198 726 ³⁾
Specialisten (vrijgevestigd) (4)	7 971	7 948	7 924	7 921	7 920 ³⁾
Geestelijke gezondheidszorg					
– psychiatrische ziekenhuizen (5)	38 916	39 958	40 150	41 361	42 667 ³⁾
– instellingen amb. geest. ⁴⁾ (6)	8 306	8 472	8 700	8 879	9 146 ³⁾
– RIBW/herstellingssoorten ⁴⁾ (7)	2 581	2 867	3 119	3 414	3 713 ³⁾
Subtotaal geestelijke gezondheidszorg	49 803	51 297	51 969	53 654	55 526 ³⁾
Gehandicaptenzorg					
– instellingen verstandelijk gehandicapten (8)	45 866	48 865	51 010	53 756	56 229 ³⁾
– instellingen zintuiglijk gehandicapten (9)	1 484	1 653	1 738	1 783	1 848 ³⁾
– MKD/MKT (10)	3 530	3 658	3 654	3 789	3 926 ³⁾
– SPD ⁴⁾ (11)	1 545	1 636	1 750	1 807	1 828 ³⁾
– semimuraal ⁴⁾ (12)	26 752	27 741	30 376	33 189	35 278 ³⁾
Subtotaal gehandicaptenzorg	79 177	83 553	88 528	94 324	99 109 ³⁾
Ouderenzorg					
– bejaardenoorden ⁴⁾ (13)	84 654	83 020	82 884	83 258	83 979 ³⁾
– verpleeghuizen (14)	91 037	94 308	96 180	99 877	102 700 ³⁾
Subtotaal ouderenzorg	175 691	177 328	179 064	183 135	186 679 ³⁾
Thuiszorg					
– kruisorganisaties	22 150	24 530			
– gezinsverzorging	113 330	111 502			
– kraamcentra	8 835	9 112			
Subtotaal thuiszorg (15)	144 315	145 144	149 228	154 332	158 646 ³⁾
Extramuraal					
– huisartsen ²⁾ (16)	6 969	7 013	7 125	7 170	7 345
– tandartsen (17)	7 205	7 234	7 293	7 293	7 289
– verloskundigen (18)	1 073	1 033	1 065	1 118	1 155
– paramedici (19)	16 110	16 618	16 845	16 970	17 030
– assistenten (20)	19 228	19 783	20 339	20 900	21 423
– ambulance hulpverlening (21)	3 304	3 480	3 665	3 860	4 045 ³⁾
Subtotaal extramuraal	53 889	55 161	56 332	57 311	58 287 ³⁾
Farmaceutische hulp					
– apothekers (22)	1 790	1 879	1 924	1 956	
– apothekersassistenten (23)	9 462	10 043	10 489	10 709	
Subtotaal farmaceutische hulp	11 252	11 922	12 413	12 665	13 000 ³⁾
Totaal	707 975	721 618	735 382	756 710	777 893³⁾

¹⁾ Exclusief poliklinische revalidatiecentra.

²⁾ Inclusief assistent-huisartsen.

³⁾ Cijfers betreffen schattingen.

⁴⁾ Jaargemiddelde is berekend door het basisjaar per 31 december en voorgaand jaar per 31 december gedeeld door twee te delen.

Bron: NZi (1,2,3,4,5,7,8,9,10,14,15), CBS (6,13), NVBW (7), SOMMA (11), VGN (12), LVT (15), NIVEL (16,18,19), NMT (17), Tabellenboek RAZ 1997 (19,20,21), KNMP (22,23).

Tussen 1993 en 1994 is het ziekteverzuim fors gedaald. Deze daling hangt waarschijnlijk samen met de invoering van de wet TZ/Arbo. Het effect lijkt voor de zorgsector enigszins van tijdelijke aard te zijn. Voor 1996 treedt opnieuw een daling op, echter nog niet tot het niveau van 1994.

Tabel A1.3 Ziekteverzuim exclusief bevallingsverlof (%) (kalenderdagmethode)

	1993	1994	1995	1996
Landelijk	6,2	4,9	4,9	4,6
Zorgsector	6,4	5,6	6,4	5,9
Intramurale zorg	6,5	5,9	6,6	6,2

Bron: CBS, BVG, RAZ 1997.

Uit de cijfers kan geconcludeerd worden dat sinds het begin van de jaren negentig het ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschaps- en bevallingsverlof) in de zorgsector wel is afgenomen, maar minder dan landelijk het geval is.

A1.2.2 Ontwikkelingen arbeidsmarkt zorgsector

Met betrekking tot de situatie op de arbeidsmarkt in de zorgsector zijn er in het algemeen gesproken op dit moment geen problemen. De arbeidsmarkt in de zorgsector kan in 1996 nog als vrij ruim worden gekarakteriseerd, al tekent zich enige verkrapping af. De verwachtingen voor de (nabije) toekomst blijven onzeker. Het feit dat er op dit moment *grosso modo* sprake is van een –zij het precair– evenwicht, neemt niet weg dat er in de (nabije) toekomst fricties kunnen ontstaan tussen vraag en aanbod van arbeidskrachten. Zo bergen algemene ontwikkelingen zoals ontgroening en vergrijzing gevaren in zich voor de arbeidsmarkt, evenals meer specifieke ontwikkelingen als het teruglopen van de aantallen leerlingen in het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs (zie tabel A1.8). Gegeven deze onzekerheden en het belang van informatie over en inzicht in het functioneren van de arbeidsmarkt in de zorgsector, met name de situatie met betrekking tot vraag en aanbod van arbeid, is een onderzoek gestart naar mogelijke knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorgsector in de –nabije– toekomst.

In paragraaf A1.1.2 is aangegeven dat in de CAO-afspraken in 1996 met een looptijd van twee jaren een belangrijke rol was weggelegd voor verdergaande arbeidsduurverkorting naar gemiddelde werkweken van 36 of 37 uur met ingang van 1997. De invoering van de gemiddeld 36- of 37-urige werkweek in 1997 kan een druk op de arbeidsmarktverhoudingen leggen. Daarbij past echter de relativering dat gezien de grote mate van deeltijdwerk daar niet a priori ongerustheid over hoeft te ontstaan. In 1995 werkte al ruim 60% van de verplegenden en verzorgenden in deeltijd. Bij handhaving van het aantal gewerkte uren door de deeltijders is er immers geen sprake van verlies van arbeidsinzet maar alleen van een verhoging van de deeltijdfactor.

A1.2.3 Arbeidsmarktbeleid

Een actief arbeidsmarktbeleid is voor de VWS-sectoren van groot belang. Daarbij gaat het niet alleen om het uitvoeren van algemeen kabinetsbeleid, maar ook om het verzekeren van voldoende instroom –zowel kwalitatief als kwantitatief– om een goede zorg blijvend te verzekeren.

De rol van VWS daarbij is voornamelijk voorwaardenscheppend en stimulerend op landelijk niveau; het beleid krijgt in de praktijk met name gestalte door sociale partners, instellingen en sectorfondsen.

A1.2.4 Sectorfondsen

Op het VWS-beleidsterrein zijn zes sectorfondsen actief. Deze fondsen moeten het vernieuwend arbeidsmarktbeleid in de sector concreet gestalte geven. VWS bekostigt de activiteiten van de fondsen grotendeels en stuurt de fondsen op hoofdlijnen aan. Dit laatste gebeurt met name door vooraf criteria aan te geven, aan de hand waarvan de bestedingsplannen worden getoetst.

Inmiddels zijn de zogenaamde VISIE-criteria voor het jaar 1998 vastgesteld en aan de fondsen kenbaar gemaakt. VISIE staat voor Vernieuwing, Integraal, Samenwerking Informatie en Efficiënt. Elk jaar past VWS de nadere invulling van deze criteria aan de actuele situatie.

In tabel A1.4 is een indicatief overzicht gegeven van de plannen voor 1997 van de sectorfondsen op verschillende arbeidsmarktterreinen. Aangezien in de bedragen ook bijdragen van derden zijn opgenomen alsmede overgehevelde middelen uit 1996 (met name middelen in verband met de overhevelingsmarge), wijken de totaalbedragen af van het bedrag op de begroting 1997.

Tabel A1.4 Activiteiten sectorfondsen 1997

	Gezamenlijk	Ziekenhuis- wezen	Verzorgings- huizen	Welzijn en zorg	Zieken- fondsen	Ambulance hulpverle- ning	Apotheken	Totaal
Regulier								
– instroom doelgroepen		6,6	5,5	1,0	0,1	1)	2)	13,2
– scholing zittend personeel		15,7	3,6	3,8	0,2	0,2	0,5	24,0
– behoud van personeel		1,6	3)	3)		3)	3)	1,6
– kinderopvang		1,1	2,0	1,4				4,5
– reductie ziekteverzuim								
verbetering arbeidsomstandigheden		0,4	4,7	4,8			0,2	10,1
– overig; w.o. projecten, experimenten, onderzoek		8,4	6,2	2,6	0,4	0,3	0,3	18,2
– sectorfondsoverstijgende activiteiten samenwerking zorgsector	1,0	4)	4)	0,6	0,1	0,1	0,1	1,9
Arbeidsmarkimpuls en overig	5)	6)	10,2	24,1	5)	0,5	0,6	35,4
Totaal	1,0	33,8	32,2	38,3	0,8	1,1	1,7	108,9

1) Zie onder arbeidsmarkimpulsmiddelen.

2) Gezien arbeidsmarktsituatie thans niet aan de orde.

3) Activiteiten zijn opgenomen in de overige bestedingscategoriën.

4) Bedrag opgenomen in genoemde bestedingscategoriën en opgenomen in het bestedingsplan van de gezamenlijke sectorfondsen.

5) Krijgt voor dit doel geen middelen.

6) Krijgt voor dit doel geen middelen; middelen zijn via de reguliere budgetten in het ziekenhuiswezen beschikbaar gesteld.

In het JOZ 1997 is aangekondigd, dat een breed opgezet evaluatieonderzoek naar de sectorfondsen in gang was gezet. Inmiddels is dit onderzoek afgerond. Uit dit onderzoek komen een aantal zwakke punten naar voren. De belangrijkste daarvan liggen op het terrein van de samenwerking (veel meer is mogelijk), de regionale infrastructuur (bij de NZf-sector en de sector verzorgingshuizen is sprake van dubbeling), de sturing (te weinig op inhoudelijke resultaten) en de informatie over de arbeidsmarktsituatie (onvoldoende). Met het veld is inmiddels overleg gaande om te komen tot verbeteringen. Het rapport (inclusief aanbevelingen) wordt in september aan de Tweede Kamer aangeboden. Daarbij wordt aangegeven welke beleidsconclusies VWS op basis van de uitkomsten trekt en zal worden vermeld wat de stand van zaken is betreffende het overleg dat daarover met het veld wordt gevoerd.

Inmiddels is besloten om, mede tegen de achtergrond van de uitkomsten van voornoemde evaluatie, de VWS-bijdrage aan de sectorfondsen met ingang van 1 januari 1998 structureel met f 12,6 mln te verlagen.

A1.2.5 Allochtonen in de zorgsector

Als het gaat om het voeren van een gericht allochtonenbeleid mag de zorgsector een actieve sector genoemd worden. Dat geldt voor de individuele zorginstellingen, maar ook voor sociale partners en regionale samenwerkingsverbanden, die de individuele zorginstellingen daarbij ondersteunen. Sociale partners in de intramurale zorg en de verzorgingshuizen hebben in 1993 kwantitatieve taakstellingen afgesproken voor de instroom van allochtonen: 3 800 in vier jaar (STAR-akkoord). Deze taakstelling wordt ruimschoots gehaald.

In 1994 is voor een periode van vier jaar het Tijdelijk OndersteuningsPunt Allochtonen in de Zorgsector (TOPAZ) opgericht door VWS, het CBA en de sectorfondsen van werkgevers en werknemers. De taak van TOPAZ is het ontwikkelen van instrumenten en methodieken, het ondersteunen en coördineren van de verschillende initiatieven en allochtonenprojecten in het veld, het geven van advies en informatie en het opzetten en onderhouden van netwerken. Doel is het bieden van een kader voor een multicultureel personeelsbeleid om op deze wijze de deskundigheid bij zorginstellingen zelf op het gebied van werving, selectie, scholing en begeleiding van allochtoon personeel en intercultureel management te vergroten. De motivering van dit doel ligt in de maatschappelijke verantwoordelijkheid van instellingen (integratie), de arbeidsdeelname (participatie), als in de kwaliteit van de zorg (diversiteit). Het succes van de 'TOPAZ-aanpak' heeft ook de aandacht getrokken (en tot navolging geleid) in andere sectoren. Tijdens het najaarsoverleg van het kabinet met de Stichting van de Arbeid (december 1996) is de aanpak ten voorbeeld gesteld aan alle bedrijfstakken.

Het beleid van instellingen heeft zich de afgelopen jaren vooral gericht op de instroom. Pas recentelijk begint er meer aandacht te komen voor behoud en doorstroom van allochtone medewerkers. Met betrekking tot dit laatste is in het kader van het OAZ in maart 1997 een verkennend onderzoek gedaan naar mogelijkheden en knelpunten van allochtonen ten aanzien van doorstroming. De opvallendste conclusie is dat alle geïnterviewden (uitvoerenden zowel als leidinggevenden) van mening zijn dat zowel autochtonen als allochtonen na het afsluiten van de opleiding gelijke kansen bezitten op doorstroming. Er blijkt dan ook weinig steun voor een specifiek doorstroombeleid voor allochtonen. Uit het onderzoek blijkt echter tevens dat de kansen in de praktijk toch niet zo gelijk blijken te zijn. Zo blijkt dat de geïnterviewde allochtonen vaak een functie vervullen onder hun opleidingsniveau. Allochtonen hebben te maken met extra belemmeringen, zo concluderen de onderzoekers. Op individueel niveau zijn dat onder meer taalvaardigheid en de afstemming tussen werk en privé-leven.

Voor behoud en doorstroom van allochtonen is dus een systematisch mobiliteitsbeleid en een beleid in de zorginstellingen met betrekking tot 'intercultureel management' nodig. Dit zorgt voor gevoeligheid voor culturele aspecten met betrekking tot de taakuitoefening in relatie tot de kwaliteit van de zorg. De toenemende verscheidenheid in etnische en culturele achtergronden van patiënten, cliënten en bewoners vraagt om kwaliteitsbeleid waarin diversiteit in zorgverlening en bejegening een centraal onderdeel uitmaakt. Veel instellingen staan nog aan het begin van dergelijk beleid. Het op 1 januari 1998 aflopende succesvolle TOPAZ-project speelt een belangrijke stimulerende rol in deze. TOPAZ is momenteel ter afronding van de landelijke activiteiten bezig de continuïteit van de door haar gepropageerde aanpak te waarborgen. In overleg met het VWS-veld wordt geïnvesteerd in doorlopende projecten op regionaal niveau in 1998 en verder.

A1.2.6 Relatie nieuw opleidingsstelsel 'verpleging en verzorging' en arbeidsmarkt

In augustus 1997 is een nieuw, samenhangend opleidingsstelsel voor verpleging en verzorging ingevoerd. Dit stelsel van opleidingen bestaat uit een kwalificatiestructuur met de niveaus twee tot en met vijf. Tot nu toe ontbreekt het laagste niveau van de kwalificatiestructuur, niveau één. Zowel door het kabinet als de Tweede Kamer is herhaalde malen aangegeven, dat het ontbreken van dit niveau ongewenst is.

Vier argumenten worden aangevoerd om beleidsontwikkeling ter zake de invoering van niveau één per augustus 1998 te stimuleren:

- zorginhoudelijk;
- onderwijsinhoudelijk;
- doelgroepenbeleid;
- doelmatig en efficiënt personeelsbeleid.

In het najaar van 1997 zal, met medewerking van het ministerie van Onderwijs Cultuur en Wetenschappen, worden gestart met een pilotstudie naar een mogelijke invoering van niveau één, assisterende. Naar verwachting komen de resultaten van deze pilotstudie medio 1998 beschikbaar, op grond waarvan landelijke besluitvorming kan plaatsvinden. De pilotstudie heeft tot doel om inzicht te krijgen in de inhoud, structuur, financiën en organisatie van een opleiding op dit niveau, alsmede het creëren van een draagvlak ervoor. De pilots worden gehouden in drie regio's.

Allerlei ontwikkelingen in de zorg hebben gevolgen (gehad) voor de inhoud van de beroepen in de zorg. Na lange tijd van voorbereiding is in 1996 een nieuwe beroepenstructuur vastgesteld voor de verpleging en verzorging. Er wordt voortaan gesproken over verpleegkundigen (die op twee niveaus werkzaam kunnen zijn), verzorgenden en helpenden. Daarbij aansluitend is een nieuwe kwalificatiestructuur voor het onderwijs ontwikkeld. In 1997 beginnen de opleidingen daarvoor. Inhoudelijk, organisatorisch en qua regie is er een betere afstemming tussen de opleidingen en de arbeidsmarkt tot stand gebracht. De instabiliteit in de instroom –varkenscyclus– onder het oude stelsel van het in-service-onderwijs is vervangen door meer planning en overleg tussen de zorgsector als vrager en de onderwijssector als aanbieder van gediplomeerden. In 1996 en 1997 is een model ontwikkeld in met name de intramurale instellingen waarmee instellingen vanuit hun zorgvraag de kwantitatieve en kwalitatieve behoefte in termen van het nieuwe opleidingsstelsel kunnen bepalen. Door aggregatie op regionaal niveau vormen deze gegevens ook input voor het Regiomargemodel. Dat model is een hulpmiddel om vraag- en aanbodontwikkelingen in de regio te simuleren. Door verschillende trends, feiten en veronderstellingen door te rekenen en meest passende varianten te kiezen kan op regionaal niveau beleid worden gevoerd. Van daaruit kan ook aan de opleidingsinstelling in de regio (ROC) de gewenste aantallen gediplomeerden (op termijn) worden aangegeven en dus de capaciteit worden bepaald. De regionale beleidsvorming in de intramurale sector vindt plaats, veelal per RBA-gebied, in gestructureerd overleg van de zorgsector (werkgevers en werknemers), arbeidsvoorziening en meer en meer ook onderwijsinstellingen en de bedrijfsvereniging. De sector verzorgingshuizen kent een vergelijkbare opzet. Het beleid van VWS is erop gericht in de arbeidsmarktinstrumenten sectoren tot samenwerking te brengen opdat er integraal en doelmatig beleid wordt gevoerd.

A1.2.7 Extra zorgbanen (40 000-banenplan)

Vanaf 1995 is de mogelijkheid geopend om in de zorgsector extra zorgbanen –in de volksmond Melkert-banen genoemd– te creëren, aanvullend op de reeds bestaande werkgelegenheid. De banen zijn gericht

op laaggeschoolde langdurig werklozen en hebben een beloningsniveau van maximaal 120% van het wettelijk minimumloon, exclusief de toeslagen wegens arbeid opinconveniënte uren. Voor elke baan van gemiddelde 32 uur is gemiddeld f 35 000,- beschikbaar vanwege de financiering van de arbeidskosten, waarvan f 4 000,- bestemd is voor met name scholing en begeleiding. Daarnaast komt de werkgever in aanmerking voor de afdrachtskorting in het kader van de WVA. Verder kunnen ook andere scholingssubsidies worden aangewend.

De beschikbare arbeidsplaatsen zijn uitgezet bij de intramurale gezondheidszorg, thuiszorg, verzorgingshuizen, dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen, maatschappelijke opvang, jeugdhulpverlening en medische kinderdagverblijven en schippersinternaten. Er zal nog worden gezien of in 1998 ook andere zorgsectoren in aanmerking kunnen komen. In overleg met de werkgevers zal tot een nadere invulling worden gekomen.

De uitvoering van de regeling geschiedt door het COTG en de Ziekenfondsraad (intramuraal en thuiszorg) en de Sectorfondsen AWOB (bejaardenoorden) en AWO (alle overige sectoren). Zowel de sectorfondsen als de Ziekenfondsraad worden vanuit de VWS-begroting gefinancierd. De controle, het toezicht en de afrekening van de aan de instellingen beschikbaar gestelde middelen zijn opgenomen in de door de sectorfondsen en door de Ziekenfondsraad opgestelde subsidieregelingen en de door het COTG vastgestelde richtlijnen.

Tabel A1.5 Meerjarenverdeling middelen extra zorgbanen

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Middelen ¹⁾	283	418	554	638	647	657

¹⁾ Exclusief correctie wegens afdrachtskorting 1997 en loonbijstelling 1997.

In de beschikbare middelen zit een oploep. De middelen worden in tranches aan de begroting toegevoegd. Het streven is dat structureel in totaal 17 830 extra arbeidsplaatsen in de zorgsector gecreëerd worden. Het kabinet besluit later dit najaar over de definitieve verdeling over de zorgsector en de gemeenten van de tranche 1998 (10 000 banen). In 1997 zijn 2 170 banen van het quotum voor de zorgsector overgeheveld naar Binnenlands Zaken ten behoeve van arbeidsplaatsen via de gemeenten. Tot en met 1997 zijn aan de zorgsector 12 830 structurele extra zorgbanen van omgerekend 32 uur per week toegewezen. Vanaf 1997 is in de Regeling extra arbeidsplaatsen zorgsector opgenomen dat arbeidsplaatsen die langer dan 12 maanden niet bezet zijn geweest terugvloeien naar de uitvoeringsorganisatie. De vervallen en teruggegeven arbeidsplaatsen worden in de loop van 1997 opnieuw toegewezen. Tot en met het tweede kwartaal 1997 zijn 7 564 arbeidsplaatsen feitelijk bezet. De sectorfondsen en het COTG verzorgen kwartaalrapportages met betrekking tot de realisatie.

Tabel A1.6 Toewijzing en realisatie van het aantal banen van gemiddeld 32 uur tot en met tweede kwartaal 1997

	Toegewezen	Realisatie medio 1997
Intramuraal (Nzf)	6 821	4 531
Thuiszorg	2 608	950
Verzorgingstehuizen	1 566	860
Dagverblijven en gezinsvervangende tehuizen	1 214	948
Jeugdhulpverlening	331	78
Maatschappelijke Opvang	200	125
MKT-en/MKD-en	91	57
Internaten voor schipperskinderen	pm	15
Totaal	12 831	7 564

De extra zorgmedewerkers zijn werkzaam in assisterende, ondersteunende functies die voor het arbeids- en leefklimaat in een instelling van belang zijn. Voorbeelden zijn gastvrouwen/heren, begeleiding bij uitstapjes, portiers, bodes, onderhoud, groenvoorziening, eten bezorgen etcetera. De inhoud van functies is vastgelegd in de verschillende CAO's en/of functiesystemen. In oktober wordt door Bureau Bartels in opdracht van de OSA een onderzoek afgerond naar het effect van de extra banen op de zorgverlening.

De instellingen in de vier grote steden worden –in het kader van het grote stedenbeleid– bij elke toewijzingsronde in de gelegenheid gesteld als eerste voor toewijzing van extra zorgbanen in aanmerking te komen. Ten behoeve van de coördinatie van de aanvragen en de bezetting van deze banen functioneren sinds 1996 vier Regiepunten. Deze zijn gebaseerd op de één-loketgedachte. In de Regiepunten wordt samengewerkt tussen werkgevers van instellingen, vakorganisaties, arbeidsvoorziening, gemeenten en daaraan verbonden uitvoeringsorganisaties. Het doel is de aanmelding van plaatsen en de vervulling daarvan qua aantal en tempo te optimaliseren. Een en ander met behoud van de taken van de landelijke uitvoeringsorganisaties en de verantwoordelijkheden van sociale partners. In het kader van een impuls om de bezetting van de banen te versnellen is besloten deze formule ook in de andere regio's van het land te gebruiken.

A1.3 Opleidingen en beroepskrachten

Ten behoeve van de advisering aan de minister van OCenW over de toekomstige vraag naar nieuw afgestudeerde artsen, tandartsen en paramedici is een inventarisatie gemaakt van de werkgelegenheid voor deze beroepsbeoefenaren in de komende jaren. De minister van OCenW neemt mede op grond van deze advisering een besluit over de toelatingscapaciteit van de betreffende opleidingen in de studie jaren 1998–1999 en 1999–2000. Zijn besluit wordt vermeld in het Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP) 1998. Een korte samenvatting van de uitgebrachte adviezen luidt als volgt.

Het aantal artsen dat begin 1996 in Nederland als arts werkte of in opleiding was in een medische vervolgopleiding, bedroeg naar schatting ongeveer 35 375. Van deze artsen was 80% werkzaam in de curatieve sector. Het aantal artsen in opleiding tot huisarts, verpleeghuisarts, medisch specialist of sociaal-geneeskundige bedroeg 4 900. In 2015 zullen er volgens de raming 7 850 artsen meer nodig zijn. Het totale aantal artsen bedraagt dan 43 225, waaronder 5 725 in opleiding. Het percentage artsen in de curatieve sector blijft uitkomen op 80%.

Het advies over de vraag naar nieuwe artsen is gebaseerd op een raming van de gewenste instroom in de medische vervolgopleidingen en op de

vraag naar nieuwe artsen in artsenberoepen, waarvoor geen vervolgopleiding bestaat. De raming geeft aan dat voor de medische vervolgopleidingen 1 370 basisartsen per jaar nodig zijn en voor de artsenberoepen zonder vervolgopleiding 130 artsen. De verdeling van de jaarlijkse instroom van de 1 370 basisartsen over de vervolgopleidingen is als volgt: huisartsen 325, verpleeghuisartsen 75, medisch specialisten 700 en sociaal-geneeskundigen 270. Aangenomen is dat van de genoemde 1 370 artsen 130 artsen de opleiding niet voltooien of niet gaan werken in het betrokken beroep. Met een instroom van 1 875 eerstejaars geneeskunde vanaf het studiejaar 1998 en 1999 kan in de geraamde vraag naar nieuwe artsen worden voorzien.

Wat betreft de mondzorg is vastgesteld dat op 1 januari 1997 het aantal beschikbare tandartsen 7 099 bedroeg en het aantal werkzame mondhygiënist 1 450. De tandartsen bezetten 6 675 volledige arbeidsplaatsen (fte's) en de mondhygiënist 1 015, waaronder 675 in de algemene praktijk.

Voor de raming van de toekomstige vraag is voor alle tandartsen en voor de mondhygiënist in de algemene praktijk uitgegaan van de toename van het aantal dentaten (personen met één of meer eigen tanden en kiezen) in de bevolking. Het aantal mondhygiënist werkzaam buiten een algemene praktijk is constant gehouden op 440 fte's. Volgens het middenalternatief van de CBS-bevolkingsprognose 1996 zal de bevolking in de jaren 1997 tot 2 015 toenemen met 7,3% en het aantal dentaten met 16,2% van f 13,2 mln tot f 15,3 mln. Op grond van het regeringsstandpunt op het advies van de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) is er voor gekozen meer tandartsen op te leiden. Rekening houdende met onder meer tandartsen en mondhygiënist werkzaam in andere functies, het studierendement, het werken in deeltijd en voortijdig vertrek zullen jaarlijks 260 –thans 210– eerstejaars tandheelkunde en 175 –thans eveneens 175– eerstejaars mondhygiëne nodig zijn.

De capaciteit voor de opleiding van ergotherapeuten is ruimschoots voldoende om in de vraag inclusief een inhaalvraag op korte termijn te kunnen voorzien. De toelatingscapaciteit is uitgebreid van 140 eerstejaars in 1992 tot 390 in 1995 en 1996. Voor de jaren 1997 en 1998 is de capaciteit op 360 plaatsen gesteld. Het is te voorzien dat na de vervulling van de inhaalvraag de uitbreidings- en vervangingsvraag gering zal zijn. Een capaciteit van 200 eerstejaars vanaf 1999 is hiervoor voldoende.

De beperking van de aanspraken op fysiotherapie blijkt gevolgen te hebben voor de werkgelegenheid van fysiotherapeuten. Het aantal werkzame fysiotherapeuten in de eerste lijn was volgens het NIVEL begin 1997 met 11 666 iets minder dan begin 1995 toen het aantal 11 701 was. In totaal zijn er naar schatting ongeveer 17 500 fysiotherapeuten als fysiotherapeut werkzaam. Volgens gegevens van de HBO-Monitors 1995 en 1996 van de HBO-Raad was de werkloosheid onder fysiotherapeuten anderhalf jaar na afstuderen zeven respectievelijk 10%. Een reductie van de toelatingscapaciteit, die thans ongeveer 1 050 bekostigde plus honderd niet bekostigde plaatsen bedraagt, is daarom wenselijk. Een aantal van 800 bekostigde plaatsen zou meer in overeenstemming zijn met de te verwachten vraag. Ook de Werkgroep Fysiotherapie en Oefentherapie, samengesteld uit vertegenwoordigers van verzekeraars, betrokken beroepsgroepen en VWS, pleit in haar rapport van december 1996 voor een reductie.

Het aantal werkzame logopedisten ligt de laatste jaren omstreeks de 3 400. Van de afgestudeerde logopedisten in 1994 en 1995 vertrok volgens de HBO-Monitors 1995 en 1996 van de HBO-Raad ongeveer een zesde

naar het buitenland. De werkloosheid onder afstuderenden is gering, namelijk respectievelijk nul procent in 1995 en zes procent in 1996. De toelatingscapaciteit bedraagt 293 plaatsen. De visitatiecommissie logopedie voorziet in haar interimrapport van februari 1997 een verbreding van het arbeidsterrein van de logopedist op niet paramedisch gebied. Een instroom van ongeveer 220 logopedisten is voldoende om in de paramedische vraag te kunnen voorzien.

Wat betreft de werkgelegenheid voor oefentherapeuten Cesar en - Mensendieck moet evenals bij fysiotherapeuten rekening worden gehouden met een beperking van de aanspraken op de desbetreffende zorg. Het aantal werkzame oefentherapeuten bedroeg begin 1997 naar schatting ongeveer 850 bij Cesar en 875 bij Mensendieck. Voorshands is voor de komende jaren uitgegaan van een richtgetal (in fte's) van één oefentherapeut Cesar en één oefentherapeut Mensendieck per 20 000 inwoners in de eerste lijn en van 150 oefentherapeuten Cesar respectievelijk - Mensendieck in een andere functie. Met een toelatingscapaciteit van 75 eerstejaars bij elke opleiding zal hiermede in de toekomstige vraag kunnen worden voorzien. In 2015 zullen dan ongeveer 1 500 oefentherapeuten Cesar en 1 400 - Mensendieck beschikbaar zijn.

Het aantal werkzame orthoptisten bedraagt ongeveer 275. De totale vraag naar orthoptisten wordt door de beroepsgroep gesteld op ongeveer 500. De huidige toelatingscapaciteit bedraagt 25 plaatsen. De op 1 december 1997 van kracht wordende AMvB ex artikel 34 Wet BIG met betrekking tot onder andere het beroep van orthoptist brengt de orthoptist door de rechtstreekse verwijzing van de huisarts naar de orthoptist in een meer zelfstandige positie ten opzichte van de oogarts. De omweg via de oogarts is dan niet meer nodig.

De vaststelling van de capaciteit voor de opleiding orthoptie hangt samen met de ontwikkelingen op het terrein van de oogzorg. De vraag naar werkers in de oogzorg zal met de uitkomsten van het in te stellen Landelijk Platform Oogzorg samenhangen. Hetzelfde geldt voor de capaciteit van de opleiding tot optometrist. De regeling van het beroep van optometrist krachtens artikel 34 van de Wet BIG heeft als consequentie dat de huidige optometrist die niet de HBO-opleiding optometrie heeft gevolgd, niet de opleidingstitel optometrist meer mag voeren. Hij zal dit alleen mogen doen, wanneer hij een overgangsopleiding heeft gevolgd. Hoeveel personen daarvan gebruik zullen maken, is nog niet bekend. Het verdient daarom aanbeveling om de capaciteit van de opleiding orthoptie en optometrie op het huidige niveau te handhaven.

Tabel A1.7 geeft inzicht in het aantal beroepsbeoefenaren in de verschillende beroepen. Tabel A1.8 geeft de instroom in het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs weer. Tot slot geeft tabel A1.10 het aantal personen in opleiding weer. Overigens moet opgemerkt worden dat de Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector 1997 niet alle informatie voor 1996 bevat.

Tabel A1.7 Aantal werkzame beroepsbeoefenaren vanaf 1993 per ultimo jaar

	1993	1994	1995	1996
Medische beroepen				
– huisartsen ¹⁾	6 649	6 753	6 814	6 921
– specialisten ²⁾ (2)				13 000 ⁴⁾
– sociaal-geneeskundigen ³⁾	3 720	3 875	4 056	4 219
– verpleeghuisartsen ³⁾ (4)	798	821	789	814
– tandartsen (5)	7 258	7 328	7 258	7 537
– tandartspecialisten (6)		430	447	458
– apothekers (7)	2 222	2 248	2 313	2 363
– verloskundigen (8)	1 234	1 276	1 331	1 357
Paramedische beroepsgroepen				
– fysiotherapeuten (extramuraal) (9)		11 701		11 669
– fysiotherapeuten (intramuraal) (10)				4 500 ⁴⁾
– ergotherapeuten (11)	1 509	1 576	1 621	1 700 ⁴⁾
– logopedisten (12)	3 471	3 226	3 393	3 359
– diëtisten (13)	2 306	2 201	2 121	2 242
– mondhygiënist (14)	1 278	1 278	1 353	1 375
– oefentherapeuten-César (15)	795	793	823	813
– oefentherapeuten-Mensendieck (16)	860	851	832	850
– orthoptisten (17)	269	268	277	274
– podotherapeuten (18)	200	228	259	291
– radiologisch laboranten ⁵⁾ (19)			4 181	
Verplegende en verzorgende beroepen				
– verpleegkundige/verzorgende (intramuraal) (20)	204 585	209 582	214 909	
– verpleegkundige (extramuraal) (21)	10 611	11 288	11 228	
– ziekenverzorgende (extramuraal) (22)	3 346	3 550	4 093	
– kraamverzorgenden (23)	5 771	5 971	5 814	
– gezinsverzorgenden/gezinshelpenden (24)	106 174	107 846	108 073	
Assisterende beroepen				
– apothekersassistenten (25)	12 259	12 661	13 250 ⁴⁾	13 800 ⁴⁾
– praktijkassistenten (26)	8 579	8 595	8 609	8 568
– tandartsassistenten (27)			12 600	
– operatie assistenten (28)	6 885		7 066	7 118
– medisch analisten (HBO-niveau) (29)		6 567	6 749	6 334
– medisch analisten (MBO-niveau) (30)		2 538	2 608	2 953

¹⁾ Exclusief assistent-huisartsen.

²⁾ Schatting. Waarvan intramuraal 7 700 vrijgevestigd, 2 300 in dienstverband en 3 000 extramuraal werkzaam.

³⁾ Totaal aantal ingeschrevenen.

⁴⁾ Schatting.

⁵⁾ Totaal aantal gekwalificeerden.

Bron: NIVEL (1, 8, 9, 26), HVRC (4), NZi (2, 10, 19, 20, 28, 29, 30), CBS (21, 22, 23, 24), SGRC (3), NMT (5, 6), KNMP (7, 25), NVE (11), NVLF (12), NVD (13), NVM (14), VBC (15), NVOM (16), NVvO (17), NVvP (18), RAZ 1997.

Tabel A1.7 Instroom in verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs

	1993	1994	1995	1996
Verpleegkundig	8 910	7 094	6 615	6 745
Inservice onderwijs ¹⁾	5 408	3 922	3 447	3 048
– A-verpleegkundige	2 784	2 005	1 861	1 737
– B-verpleegkundige	1 063	798	655	610
– Z-verpleegkundige	1 561	1 119	931	701
HBO-V (voltijd)	2 616	2 624	2 519	2 910
MBO-V (deeltijd)	886	548	649	787
(Zieken)Verzorgend	12 594	10 634	9 839	
Inservice onderwijs	4 471	3 392	2 752	2 754
MDGO-VP	1 709	1 574	1 672	1 800 ¹⁾
MDGO-VZ lang	3 974	3 998	3 795	
Leerlingenstelsel	2 440	1 670	1 620	1 540
Totaal	21 504	17 728	16 454	12 839

¹⁾ 1995 en 1996 inservice-onderwijs raming Nzi.

Bron: VWS/OCenW/NZi, RAZ 1997.

Tabel A1.8 Totaal aantal personen in opleiding per ultimo jaar

	1993	1994	1995	1996
Medische opleidingen				
– geneeskunde (1)	10 983	11 311	11 571	11 820
– tandheelkunde (2)	915	981	1 077	1 125
– farmacie (apotheker) (3)	1 385	1 564	1 690	
– verloskunde (4)	255	285	342	428
Paramedische opleidingen				
– fysiotherapie (5)	4 765	4 714	4 608	4 619
– ergotherapie (6)	623	801	1 049	1 321
– logopedie (7)	1 297	1 267	1 190	1 186
– diëtetiek (8)	1 085	1 186	1 264	1 324
– mondhygiëne (9)	266	374	429	400
– oefentherapie César (10)	211	211	209	240
– oefentherapie Mensendieck (11)	209	215	224	237
– orthoptiek (12)	65	72	73	83
– podotherapie (13)	104	97	97	87
– radiologische laborant (14)				
Verplegende beroepen (totaal)	37 293	36 252	32 922	
Inservicé (totaal)	25 167	23 819	20 531	
– verpleegkundige-A (15)	10 731	9 782	8 411	
– verpleegkundige-B (16)	2 546	2 437	2 098	
– verpleegkundige-Z (17)	4 214	3 988	3 628	
– ziekenverzorgenden (18)	7 676	7 612	6 394	
Dagonderwijs (totaal)	12 126	12 433	12 391	
– HBO-V (voltijd) (19)	8 024	8 265	8 057	
– MDGO-VP (20)	4 102	4 168	4 334	4 521
Verzorgende beroepen (totaal)	21 501	19 830	18 690	18 423
Leerlingstelsel (totaal)	6 385	4 614	3 656	3 414
– bejaardenverzorgenden (21)	2 493	2 150	2 039	2 102
– bejaardenhelpenden (22)	572	600	534	416
– gezinsverzorgenden (23)	1 830	1 216	662	498
– gezinshelpenden (24)	330	254	114	34
– kraamverzorgenden (25)	168	132	123	139
– verzorgingsassistenten (26)	992	262	184	225
Dagonderwijs (totaal)	15 116	15 216	15 034	15 034
– MDGO-Vz lang (27)	11 115	10 814	10 524	10 436
– MDGO-Vz kort (28)	4 001	4 402	4 510	4 537

Bron: CBS (1, 2, 4, 5, 6, 7), KNMP (3), VWS (9), Opleidingsinstituten (10, 11, 12, 13), NZi/VWS/OCenW (15, 16, 17, 18, 19, 20), OVDB/CBS (21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28), RAZ 1997.

A1.4 Arbeidsmarktonderzoek, monitoring en informatievoorziening

In de laatste jaren is de arbeidsmarkt in de zorgsector op gestructureerde wijze transparanter gemaakt. Zo is gestart met de jaarlijkse Rapportage Arbeidsmarkt Zorgsector (RAZ) en wordt eveneens jaarlijks een integrerend rapport verzorgd door de Stichting Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) waarin verslag wordt gedaan van de onderzoeken in het kader van het VWS-Onderzoekprogramma Arbeidsmarkt Zorgsector (OAZ) 1994–1997. Deze rapporten waarin respectievelijk een kwalitatieve en een kwantitatieve beschrijving van de arbeidsmarkt wordt gegeven zullen separaat aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Begin 1997 is de Arbeidsmarkt Effect Rapportage 1995, waarin de werkgelegenheidseffecten van diverse werkgelegenheid gerelateerde extra geldstromen in kaart worden gebracht, aangeboden aan de Tweede Kamer (TK, 1996–1997, 24 171).

In het kader van het OAZ 1994–1997 is in 1997 een aantal belangrijke onderzoeken afgerond. Zo is een tweetal Trendrapporten uitgekomen, te weten 'Vraag naar Arbeid' en 'Aanbod van Arbeid'. Ook is de urenbeslissing van verplegenden en verzorgenden onderzocht. In dit onderzoek

wordt een verklaring gegeven van wensen en feiten ten aanzien van de werkweekomvang.

Verder is een verkennend onderzoek uitgevoerd naar de gevolgen van wet- en regelgeving van VWS voor de werking van de arbeidsmarkt in de zorgsector. Het blijkt dat het denken over de arbeidsmarkt vanuit een gezichtspunt van de zorgregelgeving nog maar weinig ontwikkeld is. Nader onderzoek is gewenst. Er zijn echter indicaties dat waar belemmeringen in de wet- en regelgeving voor de arbeidsmarkt bestonden, deze voor een deel worden opgeheven of niet meer worden toegepast.

In de paragraaf 'allochtonen' wordt aandacht besteed aan de uitkomsten van een onderzoek naar de knelpunten die allochtonen ondervinden om door te stromen naar een andere functie in de zorgsector.

In het kader van het onderzoekprogramma wordt door het IVA en het ROA gewerkt aan de ontwikkeling van een stroommodel voor het aanbod van verplegenden en verzorgenden in de zorgsector, het Arbeidsmarkt Zorgsector Model (AZOMO). Dit model is gebaseerd op administratieve gegevens van Cadans (voorheen BVG en Detam). Het stroommodel zal naar verwachting eind 1997 gereed zijn. Vanaf 1998 kunnen dan prognoses met het model worden gemaakt. Hieraan voorafgaand zal het stroommodel op bruikbaarheid getoetst worden, zowel voor het opstellen van prognoses en scenario's als voor de doorrekening van beleidsvarianten. De komende jaren is het streven het op landelijk niveau gerichte stroommodel en het in opdracht van het sectorfonds AWOZ door het NZi ontwikkelde RegioMarge-model, waarmee op regionaal niveau de personeelsbehoefte op korte en middellange termijn in de zorgsector kan worden bepaald, op elkaar af te stemmen.

Samen met de ministers van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Binnenlandse Zaken, Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en Economische Zaken heb ik tot nu toe een subsidie verstrekt aan de OSA. In tegenstelling tot het gestelde in het JOZ 1997 heb ik besloten de structurele subsidie voorlopig toch te continueren. Op dit moment zijn er onderhandelingen gaande over een verankering bij de Katholieke Universiteit Brabant (KUB). In de nieuwe constellatie ben ik voornemens mijn subsidie op te delen in een structureel en een variabel deel. Effectieve (financiële) betrokkenheid zal afhangen van de waarde van de Jaarplannen voor het VWS-terrein en de uitslag van een evaluatie na twee jaar.

Het vierjarig OAZ loopt dit jaar af. In 1997 is het programma geëvalueerd. De discussie over wat er daarna moet gebeuren wordt gekoppeld aan de discussie met het veld over welke gevolgen de uitkomsten van het evaluatieonderzoek sectorfondsen moeten hebben. Het is de bedoeling dat de sectorfondsen een grotere rol –zowel financieel als inhoudelijk– bij de totstandkoming van het OAZ krijgen.

BIJLAGE A2 BOUWBELEID EN BOUWKADERS

A2.1 Planning- en bouwbeleid

A2.1.1 *Uitgangspunten en instrumenten van het planning- en bouwbeleid*

Het planning- en bouwbeleid is gericht op de infrastructuur van de gezondheidszorg. Beoogd wordt de bestaande voorzieningen op een kwalitatief adequaat niveau te handhaven, danwel daar waar de behoefte afneemt in te krimpen, danwel voorzieningen uit te breiden of nieuwe voorzieningen te realiseren indien dat noodzakelijk is. Doelstellingen bij dit beleid zijn kwaliteit, beschikbaarheid, bereikbaarheid en doelmatigheid van de voorzieningen en een beheerste kostenontwikkeling.

De instrumenten die bij dit beleid worden gehanteerd zijn ontleend aan de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV). Daarna volgen bij exploitatie de Wet tarieven gezondheidszorg, de AWBZ en de Ziekenfondswet. Voor beheersing van de kostenontwikkeling wordt een financieel kader gehanteerd. Dit kader geeft aan in welke omvang de kosten van de gezondheidszorg jaarlijks mogen toenemen op basis van wijzigingen in de capaciteit en infrastructuur. Het financieel kader voor het bouwbeleid is onderverdeeld in een groeiruumte beschikbaar voor uitbreiding van capaciteit (het volumedeel) en een ruimte voor de kostentoeename ten gevolge van instandhoudingsinvesteringen (het nominale deel). Hierbij kan instandhouding van een voorziening ook plaatsvinden op een andere lokatie (deconcentratie, spreiding en substitutie). De verdeling van het financieel kader voor het planning- en bouwbeleid vindt voor het grootste deel plaats via de jaarlijks geactualiseerde besluitvorming over de bouwprioriteiten. Het belangrijkste uitvoeringsorgaan van het planning- en bouwbeleid is het College voor ziekenhuisvoorzieningen.

A2.1.2 *Ontwikkeling in het planning- en bouwbeleid*

Om een versnelling aan te brengen in de zorgvernieuwing in vooral de sectoren verpleeghuiszorg, gehandicaptenzorg en delen van de geestelijke gezondheidszorg, is in 1995 besloten bestaande (bouw)initiatieven te heroverwegen. Inmiddels is deze heroverweging voor alle bouwinitiatieven afgerond. Geconstateerd kan worden dat deze maatregel succesvol is geweest. Een groot aantal traditioneel vormgegeven initiatieven is omgezet in initiatieven die gericht zijn op meer regionale samenwerking, een kleinere schaal, lichtere vormen van zorg en initiatieven die gebruik maken van bestaande, vrijkomende infrastructuur. Teneinde deze heroverweging mogelijk te maken zijn er begin 1996 beleidstoetsingskaders uitgebracht voor de drie genoemde sectoren. Om ook tot een formele afronding van de heroverweging te komen, worden de beleidstoetsingskaders vertaald in gewijzigde planningsrichtlijnen voor de WZV. Alleen voor de geestelijke gezondheidszorg is wijziging van de richtlijnen niet noodzakelijk; voor de andere twee sectoren is richtlijnwijziging in voorbereiding. Naar verwachting zullen de planningsrichtlijnen voor de verpleeghuizen zeer binnenkort gewijzigd worden. De planningsrichtlijnen op grond van de WZV spelen een rol bij de beoordeling van aanvragen om een verklaring van behoefte. Op grond van de WZV geeft de minister van VWS verklaringen af waaruit blijkt dat behoefte bestaat aan realisering van ingediende bouwprojecten. Na afgifte van een dergelijke verklaring volgt, zonodig na een aantal tussenfasen, de afgifte van een vergunning. Hierna kan worden gestart met de bouw. Na de oplevering van de bouw start de exploitatie.

Naast dit planningsinstrument op grond van de WZV wordt, met het oog op de beheersing van de kostenontwikkeling, een financieel kader gehanteerd: het exploitatieplafond voor planning- en bouwbeslissingen.

Dit plafond vormt het uitgangspunt voor de vaststelling van de zogenaamde bouwprioriteiten. Bouwprioriteiten zijn die initiatieven waarvoor middelen worden gereserveerd.

A2.1.3 *Ontwikkelingen rondom de herziening van de WZV en op het terrein van de huidige WZV*

In het regeerakkoord is gesteld dat ten behoeve van een adequate aanbodbeheersing een gedereguleerde WZV van kracht blijft. Hierdoor blijft de planning van intramurale voorzieningen in een herziene vorm tot taak van de overheid behoren. De Raad van State heeft eind november 1996 advies uitgebracht over een voorstel voor nieuwe infrastructuurwetgeving, de Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ). Met dit voorstel beoogt de overheid de beschikking te krijgen over een meer slagvaardig instrumentarium en wordt een solide wettelijke basis gelegd onder het huidige beheersinstrument van de bouwprioriteiten. Het nader rapport naar aanleiding van het advies van de Raad van State over dit wetsvoorstel bevindt zich in de afrondende fase.

Tijdens de begrotingsbehandeling in de Eerste Kamer begin dit jaar, is de wenselijkheid het verschijnsel privéklinieken beperkt te houden, aan de orde geweest. Begin juni 1997 is een wetsvoorstel over deze materie aan de Raad van State ter advisering toegezonden. Vanwege de discussie die is ontstaan over de mogelijkheden om privéklinieken te reguleren en de mogelijke gevolgen die dit kan hebben voor het in de WBZ voorgestelde instrumentarium met betrekking tot de infrastructuur van zorgvoorzieningen, heeft doorgeleiding van de WBZ naar de Tweede Kamer nog niet plaatsgevonden.

In overeenstemming met de uitgangspunten van het wetsontwerp WBZ is met ingang van 1 januari 1996 een omvangrijke deregulering binnen de huidige WZV doorgevoerd. Door aanpassing van de meldingsregeling zijn instandhoudingsinvesteringen tot het niveau van (vervangende) nieuwbouw of bestemmingswijziging niet langer vergunningplichtig, mits de instelling voldoende budgetmiddelen heeft opgebouwd om de rente en afschrijvingen van de investering(en) te financieren. Begin 1997 is de COTG-richtlijn vastgesteld op basis waarvan de budgetopbouw plaatsvindt. De richtlijn leidt enerzijds tot een toevoeging aan het budget van genormeerde afschrijvingskosten voor de financiering van 'kleine aanpassingen' en anderzijds tot een opbouw van trekkingsrechten voor de financiering van 'grote renovaties'. Via de melding worden de trekkingsrechten omgezet in budgetmiddelen. In afwachting van de vaststelling van deze richtlijn is door de instellingen een terughoudend gebruik gemaakt van de meldingsprocedure. Deze terughoudendheid heeft vooral te maken met de onzekerheid die nog bestond over de individuele budgetopbouw. De opbouw van trekkingsrechten is –behoudens in de sector gehandicaptenzorg– gedurende het ingroeitraject afhankelijk van de bouwkundige en functionele staat van de gebouwen. Voor de gehandicaptensector geldt een ongedifferentieerd ingroeitraject. Onafhankelijk van de bouwkundige en functionele staat van de gebouwen vindt in deze sector opbouw van trekkingsrechten plaats in 12½ jaar. Bij de overige sectoren ligt het ingroeitraject tussen de 2½ en 22½ jaar (1996 tot en met 2018). Naast onduidelijkheid over de budgetopbouw, is het ontbreken van lange-termijn-huisvestingsplannen in een aantal gevallen reden geweest voor een terughoudend gebruik van de meldingsprocedure in 1996. Het beschikken over zo'n plan is een van de vereisten om met een melding van de investering te kunnen volstaan. Vanaf begin 1997 is echter een toename van het gebruik van deze regeling geconstateerd, waarmee de deregulering een definitieve uitvoeringsstart heeft gemaakt.

Eveneens in overeenstemming met de uitgangspunten van het wetsontwerp WBZ worden voor elke sector zogenaamde sectorale zorgvisies uitgewerkt. Voor de gehandicaptenzorg, de ouderenzorg en de geestelijke gezondheidszorg gaat het hierbij om verder uitwerking en verbreding van de in het kader van de heroverweging opgestelde beleidstoetsingskaders. Mogelijk kunnen nog dit jaar de eerste proeven aan de Tweede Kamer worden overlegd.

Uitvoeringsregelgeving

Op het terrein van de (huidige) WZV zijn de volgende circulaire's uitgebracht:

- Informatievoorziening betreffende het plaatsen van opdrachten voor de uitvoering van werken (23 december 1996, FBZ/PBIZ 96 621).

Van deze circulaire is ook reeds in bijlage A2.1.3 van het JOZ 1997 melding gemaakt. Medio 1996 expireerde de, met circulaire ZZT/AFEJZ 923 078 van 29 juli 1992 verlengde werking van circulaire DGVgz/PB/BF 305 446 van 8 augustus 1988 inzake het door mij gevoerde beleid ten aanzien van aanbestedingen tot het uitvoeren van werken. Inmiddels was tevens een aantal EG-richtlijnen, waaronder die voor de uitvoering van werken, van toepassing. In deze richtlijnen zijn procedures voor het plaatsen van overheidsopdrachten opgenomen. Op grond hiervan heb ik gemeend mijn beleid terzake kenbaar te moeten maken. Met de circulaire van 23 december 1996 heb ik bekend gemaakt dat ik, voor zover sprake zal zijn van het verlenen van een vergunning ex WZV aan een toegelaten instelling, mijn beleid continueer ten aanzien van aanbestedingen tot het uitvoeren van werken, als weergegeven in de circulaire van 1988. De werkingsduur van laatstgenoemde circulaire is nogmaals verlengd met vier jaar. Tevens is daarin vermeld dat instellingen daarnaast zelf moet bepalen of zij voldoen aan de drie in de EG-richtlijn voor de uitvoering van werken vermelde hoofdcriteria voor het zijn van een publiekrechtelijke dienst.

In het bevestigende geval zijn zij aan te merken als aanbestedende diensten. Zij moeten dan, ten aanzien van aanbestedingen voor de uitvoering van werken boven het in de EG-richtlijn voor werken vermelde drempelbedrag, aanbesteden conform één van de in deze richtlijn vermelde aanbestedingsprocedures.

Met het oog op het toezicht op de naleving van het door mij terzake gevoerde beleid fungeert het College voor Ziekenhuisvoorzieningen als meldpunt, waar instellingen voor gezondheidszorg hun aan te besteden werken moeten melden.

- Eigendomsverhoudingen binnen de gezondheidszorg in Nederland (4 april 1997, FBZ/PBIZ 96 700).

Ter waarborging van een duurzame exploitatie en aanwending als ziekenhuisvoorziening, alsmede ter voorkoming dat collectieve middelen buiten de gezondheidszorg terecht komen dienen tot de verzekering toegelaten instellingen voor gezondheidszorg in Nederland (met uitzondering van bejaardenoorden) in beginsel te beschikken over het volle eigendom van hun activa.

Het is echter mogelijk dat in zich daarvoor lenende situaties of voor bepaalde soorten van voorzieningen uitzonderingen op dit beginsel worden toegestaan. In de circulaire wordt een eerste aanzet gegeven voor een beoordelingskader, waaraan aanvragen voor uitzonderingen op de volle eigendomsnorm kunnen worden getoetst. Ten aanzien van uitzonderingen geldt dat niet alleen moet worden aangetoond dat er voordelen worden behaald ten opzichte van de volle eigendom. Ook moet worden voorkomen dat onevenredig risico ontstaat voor de continuïteit van de zorgverlenende instelling, collectieve middelen privaat worden aangewend, hogere tarieven ontstaan dan in het algemeen belang verantwoord is te achten en de vermogenspositie en

de zeggenschap van de desbetreffende instelling ten aanzien van de ziekenhuisvoorziening worden aangetast. Tevens wordt in de circulaire aangegeven op welke wijze de eigendomsverhoudingen van een instelling in de vergunning wordt vastgelegd. Aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen, het COTG en de Ziekenfondsraad is onder meer gevraagd de verdere uitwerking van (onderdelen van) het beoordelingskader ter hand te nemen. Het is de bedoeling om –als het toetsingskader is gecompleteerd– ook bestaande constructies, die afwijken van vol eigendom, aan een toets te onderwerpen.

A2.1.4 Waarborgfonds

In het vorige JOZ heb ik u bericht dat overleg met de NZf gaande was over de oprichting van een waarborgfonds door de sector zelf. Dit overleg is inmiddels in positieve zin afgerond. Het daaruit voortvloeiende voornemen om medewerking te verlenen aan de oprichting van het waarborgfonds wordt op grond van artikel 29 van de Comptabiliteitswet separaat bij de Tweede Kamer voorgehangen.

A2.2 Bouwkaders

In deze paragraaf worden kwantitatieve gegevens omtrent investeringskostenplafond en investeringen, exploitatiekostenplafond en exploitatiegevolgen van planning en bouwbeleid in de intramurale gezondheidszorg gepresenteerd.

Vanaf 1991 is de omvang van het exploitatiekostenplafond bepalend voor de omvang en de aard (uitbreiding of instandhouding) van te realiseren investeringen. Tot en met 1996 is uit dit exploitatiekostenplafond een investeringskostenplafond afgeleid. Dit plafond werd verdeeld over de provincies en een aantal landelijke reserveringen en vervolgens toegeleend aan projecten. Vanaf 1997 wordt er alleen nog maar een exploitatiekostenplafond gehanteerd. Dit plafond wordt verdeeld over de vier verschillende intramurale sectoren en de semimurale sector voorzover het gehandicaptenzorg betreft. Binnen de sectoren wordt het plafond toegedeeld aan projecten.

Bij de bepaling van de hoogte van het exploitatiekostenplafond voor de jaren 1997–2004 is zoveel mogelijk rekening gehouden met de ‘nieuwe meldingsregeling’, die op 1 januari 1996 in werking is getreden. Vanaf deze datum hoeft een instelling, wanneer deze een instandhoudingsinvestering wil doen, geen vergunning meer aan te vragen, maar kan het volstaan met een melding. De voorwaarde is dat er voldoende rente- en afschrijvingsmiddelen in het budget van de instelling zijn opgebouwd voor de financiering van de investering. De financiële middelen die benodigd zijn voor de financiering van de instandhoudingsinvesteringen worden via een richtlijn op basis van de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG) aan de instellingen toegedeeld in de vorm van budget ophoging danwel in de vorm van trekkingsrechten. De middelen, die met de toepassing van deze regeling gepaard gaan, bedragen inclusief rente f 172 mln per jaar. Daarnaast wordt f 8 mln per jaar gereserveerd voor kleinschalige instandhouding waarvoor nog wel een vergunningplicht geldt. Deze laatste initiatieven worden niet betrokken bij de afweging van bouwprioriteiten. In de hieronder weergegeven exploitatiecijfers komen deze bedragen niet voor.

A2.2.1 De exploitatiemiddelen van het planning- en bouwbeleid

De exploitatiemiddelen die voor het planning- en bouwbeleid beschikbaar zijn gesteld staan vermeld in tabel A2.1 en A2.2. Deze middelen hebben betrekking op de periode tot en met 2004. De volumemiddelen komen

hierbij ten laste van de intensiveringsruimte, die op 1,3% per jaar is gesteld, de nominale middelen komen uit de ruimte voor loon- en prijsbijstellingen op het totale kostenkader. De verdeling van deze middelen gebeurt –in hoofdzaak– via de bouwprioritering.

Het systeem van bouwprioriteiten is een onderdeel van het kostenbeheersingsinstrumentarium dat gekoppeld is aan de uitvoering van de WZV. Eenmaal in de vier jaar wordt bepaald hoeveel de exploitatiekosten ten gevolge van planning- en bouwbeslissingen mogen stijgen. Het daaruit afgeleide jaarlijkse exploitatiekader vormt een ex-ante toetsingskader. Dit kader geeft de beschikbare financiële ruimte weer. Deze ruimte wordt over initiatieven verdeeld bij de bestuurlijke besluitvorming over de bouwprioriteiten. Mede met het oog op het inwerkingtreden van de WBZ in 1998 zijn voor het bouwprogramma 1997–2000 sectorale exploitatiekaders vastgesteld. Deze kaders zijn vastgesteld tot en met het jaar 2004. In de tabellen A2.1 en A2.2 zijn, rekening houdend met de exploitatiegevolgen van het bouwprogramma 1995–1996, de volume en de nominale ruimte voor de komende jaren opgenomen.

Tabel A2.1 Beschikbare volume ruimte voor exploitatie van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997–2000 en 1995–1996

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	3,1	27,8	39,1	-9,3	5,1	5,1	5,1	5,1
Verpleeghuizen	114,3	152,3	115,3	119,4	104,0	99,8	99,8	99,8
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	69,0	69,0	75,1	50,4	63,8	49,4	50,4	50,4
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	29,9	73,5	24,1	29,3	33,1	39,1	39,1	39,1
Subtotaal	216,3	322,6	189,8	189,8	206	193,4	194,4	194,4
GVT-en en DV-en	29,5	25,7	7,9	12,6	13,1	13,3	12,9	12,9
Totaal	245,8	348,3	261,5	202,4	219,1	206,7	207,3	207,3

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

Tabel A2.2 Beschikbare nominale ruimte voor exploitatie van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997–2000 en 1995–1996

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	51,5	35,0	77,2	94,7	8,2	52,5	49,4	9,3
Verpleeghuizen	51,5	45,3	77,2	43,2	32,9	25,7	25,7	25,7
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	27,8	19,6	45,3	42,2	19,6	7,2	8,2	8,2
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	34,0	43,5	36,8	11,3	24,7	22,6	22,6	22,6
Subtotaal	164,8	143,4	236,5	191,4	85,4	108,0	105,9	65,8
GVT-en en DV-en	7,9	6,9	6,9		3,1	5,4	5,4	5,4
Totaal	172,7	150,3	243,4	191,4	88,5	113,4	111,3	71,2

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

Bij de bedragen in tabel A2.1 dient rekening te worden gehouden met de overheveling van een reservering van f 56 mln die in het vorige JOZ nog deel uitmaakte van de Ruimte voor het bouwprogramma 1997–2000. Dit betreft de in de brief van 8 november 1996 (TK 1996–1997, 24 170, nr. 17) opgenomen toedeling van f 25 mln van capaciteitsuitbreiding en voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten f 5 mln voor bijzondere zorgfuncties en f 26 mln uitbreiding PGB.

Bij de besluitvorming over de bouwprioriteiten wordt gebruik gemaakt van initiatieven waarvan de noodzaak uit hoofde van behoefte en spreiding is aangetoond. Er wordt hierbij rekening gehouden met knelpunten in de infrastructuur. Daarnaast worden er criteria gehanteerd voor de urgentiebepaling. Hierbij laat het departement zich adviseren

door provinciale besturen en regionale zorgverzekeraars. De criteria hebben zowel betrekking op de haalbaarheid van de initiatieven, als op de bijdrage aan het gewenste beleid als de aard van de knelpunten. De bouwprioriteiten vormen op deze wijze een financieel getoetst programma voor het beleid dat de komende jaren via infrastructuur moet worden gerealiseerd. De uitvoering van het programma verloopt grotendeels via de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Het bouwprogramma 1997–2000 is in november 1996 vastgesteld. Bij de invulling van de kaders tot en met 2004 zijn de volgende spelregels gehanteerd:

- voor 1997 en 1998 is de invulling definitief, voor 1999 en 2000 indicatief;
- voor 1999 en later wordt er per jaar een voorziening getroffen van 10% om tegenvallers in de uitvoering op te vangen;
- de invulling van de exploitatieruimte 2001–2004 blijft door de bouwprioriteiten 1997–2000 (behalve bij de ziekenhuizen) beperkt tot grosso modo 80% in 2001, 60% in 2002, 40% in 2003 en 20% in 2004.

Het vastgestelde bouwprogramma wordt elke twee jaar bestuurlijk geactualiseerd en met twee jaar aangevuld. Dat betekent dat in 1998 de provincies en zorgverzekeraars in de gelegenheid worden gesteld middels bestuurlijk overleg, over het bouwprogramma 1999–2002 voorstellen te doen.

Naast dit bestuurlijke traject vindt doorgaans eenmaal per jaar een technische actualisatie van de vastgestelde bouwprioriteiten plaats. Bij deze technische actualisatie wordt nagegaan hoe initiatieven in voorbereiding ervoor staan. Er wordt gekeken naar vertragingen c.q. versnellingen in de bouwvoorbereiding. Daarnaast wordt gepoogd na te gaan waar over- c.q. overschrijdingen zijn opgetreden op de gereserveerde middelen. Door de technische actualisatie 1997, die in de zomer van dit jaar is gehouden, is niet alleen het bouwprogramma 1997–2000 geactualiseerd, maar ook het oude bouwprogramma 1995–1996 voorzover dat financiële effecten heeft voor het JOZ in de periode 1996–2000. Het jaar 1996 is daarbij afgesloten.

In de tabellen A2.3 en A2.4 wordt het beeld dat uit de actualisatie 1997 naar voren gekomen weergegeven.

Tabel A2.3 Exploitatievolgen volume van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997–2000 en 1995–1996

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	8,0	6,7	19,5	10,9	-19,4	-1,4	-1,4	32,1	-0,6
Verpleeghuizen	77,6	113,5	106,5	162,5	127,6	43,1	4,2		
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	37,5	52,4	95,3	80,4	37,7	25,5	35,1	1,0	1,0
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	20,1	29,7	73,4	23,8	29,1	24,3	0,6	0,6	0,6
Subtotaal	143,2	202,3	294,7	277,6	175,0	91,5	38,5	33,7	1,0
GVT-en en DV-en	10,6	29,5	25,7	7,9	12,6	13,1	13,3	12,9	12,9
Totaal	153,8	231,8	320,4	285,5	187,6	104,6	51,8	46,6	13,9

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

Tabel A2.4 Exploitatiegevolgen nominaal van planning- en bouwbeslissingen van het bouwprogramma 1997–2000 en 1995–1996

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	106,0	23,3	28,5	30,4	87,9	76,2	91,9	95,4	49,2
Verpleeghuizen	43,3	30,4	33,7	46,0	87,8	69,1	56,8		
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	27,1	19,3	15,7	30,2	68,5	34,2	19,5	20,0	16,4
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	34,0	22,1	34,9	29,0	23,7	34,5	31,2	10,7	12,3
Subtotaal	210,4	95,1	112,8	135,6	267,9	214,0	199,4	126,1	77,9
GVT-en en DV-en	5,6	7,9	6,9	6,9		3,1	5,4	5,4	5,4
Totaal	216,0	103,0	119,7	142,5	267,9	217,1	204,8	131,5	83,3

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

Voor de interpretatie van de cijfers in de tabellen geldt het volgende:

Algemeen en categorale ziekenhuizen

De negatieve exploitatiegevolgen ten aanzien van volume in de jaren 2000, 2001, 2002 en 2004 ontstaan door de effectuering van beddenreductie die in deze jaren per saldo tot een kostendaling zal leiden.

Verpleeghuizen

Voor het realiseren van verpleeghuiszorg in de vorm van verpleegunits in verzorgingshuizen is f 152,5 mln gereserveerd. Van dit bedrag is f 136,8 mln bestemd voor de uitbreiding van verpleeghuiszorgplaatsen (volume) en f 15,7 mln voor de vervanging van de huidige verpleeghuis-capaciteit (nominaal).

Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg

In het JOZ 1997 is voor het uitvoeren van het zogenaamde 'dwang- en drangbeleid' en forensische psychiatrie een bedrag gereserveerd van respectievelijk f 20,9 mln en f 5,8 mln. Het volledige bedrag voor dwang- en drangbeleid is reeds toebedeeld aan projecten. Voor de forensische psychiatrie is f 2,5 mln toebedeeld. Het resterende bedrag wordt nog 'bestemd'.

In de loop van dit jaar heb ik besloten de openstaande reserveringen voor de bouwprioriteiten 1997–2000 aan te wenden voor de invoering van de Wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Bopz). Hiervoor is een bedrag van f 18,6 mln gereserveerd.

Voorzieningen voor gehandicaptenzorg

In 1998 zijn f 18 mln extra middelen beschikbaar gesteld voor lijfgebonden zorg, verpleegkundige zorg aan kinderen in het speciaal onderwijs en voor deconcentratie/kleinschaligheid. Deze middelen worden voor dat jaar ten laste van het sectorale bouw kader gehandicaptenzorg gebracht.

Gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven

De onbestede volumeruimte 1996 van f 36,5 mln is verdeeld over de jaren 1997 en 1998.

Als gevolg van planning- en bouwbeslissingen is/wordt het volgende aantal plaatsen (inclusief deeltijd) gerealiseerd.

Tabel A2.5 Raming uitbreiding aantal plaatsen

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Verpleeghuizen							
– intramuraal	1 022	807	495	957	876	213	224
– verpleeghuiszorg buiten de muren	122	183	508	334	347	40	
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg							
– kinder- en jeugdpsychiatrie	17	42	25	73	56	110	29
– verslaafdenzorg	64	132	132	103	12	96	
– RIBW-en	392	167	426	324	174	0	123
– overige	228	109	561	30	277	-9	200
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg							
– intramuraal	241	231	727	212	274	24	165
– zwakzinnigenzorg buiten de muren							
– semimuraal	pm	pm	pm	pm	pm	pm	pm
Totaal	2 078	1 671	2 874	2 033	2 016	474	741

De raming van het aantal plaatsen is inclusief de plaatsen die gerealiseerd zijn/worden via de reservering voor planningsbeslissingen niet gepaard gaande met bouw. In het kader van de Wet Bopz zullen in de periode 1997–2002 112 plaatsen worden gerealiseerd. Deze plaatsen zijn begrepen in de uitbreiding voor geestelijke gezondheidszorg.

De cijfers voor verpleeghuiszorg buiten de muren geven structurele extramurale zorg weer. Tijdelijke verpleeghuiszorg buiten de muren is geboekt onder intramuraal.

A2.2.2 De investeringskosten van het planning en bouwbeleid

In tabel A2.6 zijn de totaal gerealiseerde investeringskosten van de afgelopen jaren aangegeven per sector.

Tabel A2.6 Totaal gerealiseerde investeringskosten per sector

	1993	1994	1995	1996
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	565	530	625	399
Verpleeghuizen	320	474	550	558
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	209	280	261	269
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	269	389	359	352
Totaal	1 363	1 673	1 795	1 578

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

Tabel A2.6 toont aan dat er ten opzichte van de ramingen in de investeringskosten uit het JOZ 1997 in 1996 in alle sectoren enige vertraging in de uitvoering van de bouw is. In 1993 waren de totale investeringskosten voor de verkorte procedure f 355 mln. In de jaren 1994, 1995 en 1996 waren deze kosten respectievelijk f 463 mln, f 528 mln en f 487 mln. Per 1 januari 1996 is de verkorte procedure beëindigd. De investering die via de verkorte procedure worden gerealiseerd zullen vanaf 1997 hoofdzakelijk lopen via de meldingsprocedure of via de procedure voor kleinschalige vervangende nieuwbouw.

In bovenstaande cijfers is geen rekening gehouden met de bouw mogelijkheden voor gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven en met de extra bouw mogelijkheden voor exploitatieverlagende bouwinitiatieven. Op basis van de technische actualisatie van het bouwprogramma 1997–2000 en het bouwprogramma 1995–1996 is in tabel A2.7 de raming van de investeringskosten per sector voor de komende jaren opgenomen.

Tabel A2.7 Investeringskosten per sector

	1997	1998	1999	2000	Totaal
Algemeen en categorale ziekenhuizen ¹⁾	273,1	528,1	1 054,6	996,6	2 852,4
Verpleeghuizen	434,8	663,1	941,9	705,6	2 745,4
Voorzieningen voor geestelijke gezondheidszorg inclusief RIBW-en	194,2	414,2	733,2	361,4	1 703,0
Voorzieningen voor gehandicaptenzorg	306,0	327,2	452,9	350,0	1 436,1
Totaal	1 208,1	1 932,6	3 182,6	2 413,6	8 736,9

¹⁾ Exclusief academische ziekenhuizen, inclusief revalidatie.

De daling in de investeringskosten in 1997, zowel in absolute zin als ten opzichte van de raming in het vorige JOZ, wordt veroorzaakt door vertraging die bij de bouwvoorbereiding hebben plaatsgevonden. Ook het teruglopen van de pipeline van het bouwprogramma 1995–1996 vormt hiervoor een verklarende factor. Door het late opstarten van het bouwprogramma 1997–2000 wordt hiervoor onvoldoende compensatie geboden om het investeringsniveau stabiel te houden. Verwacht wordt dat met name in 1999 en 2000 inhaal plaatsvindt. De bedragen in 1998 geven ongeveer het niveau van een stabiele jaartranche weer.

De tabellen A2.3 en A2.4. waarin de exploitatiegevolgen van het bouwprogramma worden weergegeven, geven de richting aan waarin de investeringsmiddelen worden aangewend. In de sector ziekenhuizen is dat vrijwel volledig aan instandhouding van noodzakelijke infrastructuur. Dit gebeurt via nieuwbouw of ingrijpende renovatie. Bij dit laatste vindt vaak ook uitbreiding van gebouwen plaats, waardoor de functionaliteit van de infrastructuur verbetert. Ook in de drie andere sectoren worden de meeste investeringsmiddelen gebruikt voor de instandhouding van de infrastructuur. Uitbreiding van capaciteit gebeurt in deze sectoren veelal zonder dat daarvoor gebouwd wordt.

A2.2.3 Investeringsplanning in academische ziekenhuizen

Het investeringsprogramma voor academische ziekenhuizen is vastgelegd in de Planning Bouwvolume Academische Ziekenhuizen (PBA, voorheen IPAZ). De hieruit voortvloeiende exploitatiegevolgen alsook de exploitatiegevolgen van de richtlijn medische en overige inventaris komen voor 75% ten laste van het COTG-budget en voor 25% ten laste van een (OCenW) rijksbijdrage voor de academische ziekenhuizen. De oploop in de exploitatiegevolgen ten laste van het budget wordt in tabel A2.9 weergegeven.

Tabel A2.8 Berekening rente- en afschrijving academische ziekenhuizen

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
PBA 1997–2002	202,7	218,5	284	348,2	397,4	419,9	445,1	463,1
Medische/overige inventaris	136	156,9	177,4	203,2	213,4	213,4	219,1	221,5
Rentecorrectie	1,2	2,7	0,9					
Beleidsmatige verlaging (TVK)			-15	-30	-30	-30	-30	-30
Totaal	339,9	378,1	447,3	521,4	580,8	603,3	634,2	654,6
Mutatie	78,6	38,2	69,2	74,1	59,4	22,5	30,9	20,4

Tabel A2.9 Investeringsplanning academische ziekenhuizen 1996–2002

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Investeringsplanning	287,7	255,1	218,2	225,4	229,9	229,9	229,9

BIJLAGE A3 FINANCIËLE INFORMATIEVOORZIENING

A3.1 Inleiding

In deze bijlage wordt de laatste stand van zaken aangaande de financiële informatievoorziening gepresenteerd. Onderstaand wordt ingegaan op enerzijds realisatiecijfers en monitoring (A3.2) en anderzijds op verbetering van de ramingen (A3.3).

In de Nota Financiële informatievoorziening zorgsector (TK, 1996–1997, 25 348, nr. 1–2) die 15 mei jongstleden aan de Tweede Kamer is verstuurd, is een integraal plan van aanpak gepresenteerd, waarmee wordt beoogd de financiële informatievoorziening in de zorgsector te optimaliseren. Deze nota bevat een uitgebreid overzicht van de stand van de financiële informatievoorziening. Deze bijlage behandelt de ontwikkelingen die nadien hebben plaatsgevonden c.q. binnenkort worden opgestart.

A3.2 Realisatiecijfers

Ten opzichte van de Nota Financiële informatievoorziening zorgsector zijn de afgelopen maanden de navolgende resultaten geboekt.

Budgetten COTG

Voortvloeiend uit de enquête productieafspraken van het COTG heeft VWS dit jaar voor het eerst voor alle gebudgetteerde sectoren gebruik kunnen maken van (voorlopige) budgetten van het lopende jaar. Omdat de definitieve budgetten macro¹ slechts beperkt afwijken van de budgetten die voortvloeien uit de productiecijfers, is de verwachting dat de kwaliteit van de 'vermoedelijke uitkomst 1997' zal toenemen.

Versnelling informatievoorziening zorgsector

Begin juli is het concept-eindrapport van de werkgroep Veinzo (VErsneling INformatievoorziening ZOrgsector) verschenen. Deze werkgroep heeft nagegaan op welke wijze de financiële informatievoorziening rond het hoofd-besluitvormingsmoment en ten tijde van het JOZ versneld en verbeterd kan worden. Tevens is nagegaan op welke wijze de monitoring van de uitgavenontwikkeling kan worden verbeterd.

In het concept-eindrapport beveelt de werkgroep ondermeer aan de financiële informatievoorziening ten tijde van het hoofd-besluitvormingsmoment te verbeteren door:

- het moment waarop de Ziekenfondsraad in het voorjaar de financiële rapportage over ZFW en AWBZ opstelt beter af te stemmen op de begrotingscyclus;
- te onderzoeken of en op welke wijze financieringscijfers van particuliere verzekeraars kunnen worden verkregen.

Met betrekking tot de financiële informatievoorziening ten tijde van het JOZ en ten behoeve van de monitoring beveelt de werkgroep aan:

- de frequentie van de financiële rapportages van de ZFR te verhogen naar minimaal eens per drie maanden, alsmede een Pilot te starten die ten doel heeft na te gaan of en onder welke voorwaarden maandcijfers ZFW kunnen worden verkregen;
- te onderzoeken op welke wijze VWS, ZN en VEKTIS de participatie van particuliere verzekeraars binnen VEKTIS kunnen vergroten, alsmede na te gaan of, in hoeverre en onder welke voorwaarden het mogelijk is maandcijfers van particuliere verzekeraars te verkrijgen;
- ervaring op te doen met het instrument enquêtering ten behoeve van de monitoring van de uitgavenontwikkeling door één of meerdere pilots te starten waarin de effecten van een concrete beleidsmaatregel worden gevolgd.

Tot slot constateert de werkgroep dat tijdige aanlevering van gegevens door de ziekenfondsen aan de ZFR van groot belang is. In dat kader wordt

¹ Afgezien van effecten als nominaal en bouw. De financiële gevolgen daarvan worden in het JOZ overigens apart geraamd.

aanbevolen te onderzoeken welke (financiële) sancties jegens individuele fondsen mogelijk zijn c.q. moeten worden.

Definitieve vaststelling van het concept-eindrapport zal medio oktober plaatsvinden door de TIFOZ-stuurgroep. Vanuit deze stuurgroep zullen tevens vervolgvactiteiten worden gecoördineerd.

Pilot maandcijfers ZFW

Deels vooruitlopend op de aanbevelingen van de werkgroep Veinzo is door de Ziekenfondsraad eind 1996 een Pilot gestart die ten doel heeft na te gaan of en onder welke voorwaarden maandcijfers ZFW kunnen worden verkregen. Het uiteindelijke doel daarvan is na te gaan of de structurele monitoring van de uitgavenontwikkeling op maandbasis een zinvolle en haalbare zaak is. Gegeven het karakter van de Pilot is ervoor gekozen het aantal deelnemende ziekenfondsen te beperken tot zeven. De overige fondsen zijn via expert-interviews betrokken. Eind juli heeft het EIM de concept-eindrapportage van de Pilot opgeleverd.

De Pilot heeft een aantal belangrijke resultaten opgeleverd. Ten eerste is duidelijk geworden dat alle fondsen –dus ook de fondsen die niet in het onderzoek zijn betrokken– in staat zijn maandelijks op kasbasis financieringscijfers aan te leveren. De gemiddeld levertijd van deze cijfers ligt rond een maand. De mate waarin de administratieve infrastructuur daarvoor dient te worden aangepast, wisselt overigens per fonds. Historische –teruglopend tot 1 januari 1996– reeksen maandcijfers zijn daarentegen slechts beperkt en tegen hoge kosten leverbaar. Verder komt uit de Pilot naar voren dat financieringscijfers voor slecht $\pm 10\%$ voortvloeien uit zorgconsumptie in de betreffende maand. Ruim 65% heeft betrekking op zorgconsumptie die het kwartaal daarvoor heeft plaatsgevonden. Tot slot blijken incidentele effecten –denk bijvoorbeeld aan het niet meenemen van een betaaltape van een grote instelling– het beeld dat uit de maandcijfers voortvloeit, sterk te kunnen beïnvloeden.

Definitieve vaststelling van de resultaten van de Pilot zal medio oktober plaatsvinden door de TIFOZ-stuurgroep. Vooruitlopend daarop wordt momenteel binnen VWS geïnventariseerd op welke wijze de Pilot vervolgd kan worden gegeven. Daarbij gaat het ondermeer om antwoord op de vraag hoe, gegeven het feit dat maandcijfers een 'schokkerig' beeld presenteren en de feitelijke zorgconsumptie behoorlijk naijlt, in analytisch opzicht verantwoorde conclusies uit maandcijfers kunnen worden getrokken. Eén en ander veronderstelt een continue stroom van maandcijfers van constante kwaliteit. Verheugend is overigens dat de aan de Pilot deelnemende fondsen van oordeel zijn dat de voorgestane wijze van monitoring een begaanbare weg is. In dat verband kan ook gewezen worden op de toenemende behoefte aan spiegelinformatie in het kader van de verzekeraarsbudgettering.

Dat neemt niet weg dat een operationeel systeem dat voldoende betrouwbare monitoringinformatie genereert, nog wel enige tijd op zich zal laten wachten.

Activiteiten komend jaar

Het komende jaar zal de aandacht vooral gericht worden op de verbetering van de cijfers van VEKTIS, het opzetten van de Standaard bedrijfsindeling zorgsector en de inventarisatie van instrumenten ten behoeve van ad-hoc monitoring van financiële gevolgen van beleidsmaatregelen kunnen worden ingezet.

In overleg met VEKTIS en ZN wordt momenteel gewerkt aan een concreet en haalbaar plan om de betrouwbaarheid, frequentie en tijdigheid van particuliere financieringscijfers te verbeteren. Daarnaast wordt binnenkort een start gemaakt met het opzetten en invoeren van de Standaard

bedrijfsindeling zorgsector. De belangrijkste doelstelling daarbij is het tot stand brengen van uniformiteit in registratie bij gegevensleveranciers. De bedoeling is kortom de toedeling van zorgaanbieders aan JOZ-sectoren overal gelijk te trekken. Tot slot wordt door de Dienst informatie en analyse gewerkt aan de samenstelling van een set instrumenten (met bijbehorende handleiding) die ad-hoc ingezet kunnen worden om de kosteneffecten van financiële beleidsmaatregelen te monitoren. Instrumentarium en handleiding zullen tegen het einde van dit jaar gereed zijn.

A3.3 Ramingsmodel zorgsector

In opdracht van het ministerie van VWS ontwikkelen het Centraal Planbureau en het Sociaal en Cultureel Planbureau een model voor de zorgsector. De resultaten van de werkzaamheden aan het model tijdens de eerste fase van het project zijn samengevat in 'Ramingsmodel Zorgsector: afronding eerste fase; een tussenrapportage' welk als Werkdocument no. 93 door het Centraal Planbureau is gepubliceerd. In deze bijlage worden enkele karakteristieken van het model besproken en wordt geschetst welke delen van het model zijn ingevuld en welke werkzaamheden het komende jaar zullen worden verricht.

Karakter model

Het ramingsmodel zorgsector dient om prognoses te maken van de volume- en kostenontwikkelingen in de gezondheidszorg waarbij de nadruk ligt op de middellange termijn (4 à 5 jaar). Daarnaast moet het model in staat zijn de effecten van ingezet danwel voorgenomen beleid te evalueren. Hierbij kan men denken aan de introductie van eigen bijdragen voor ziekenfondsverzekerden, het overstappen op een ander financieringssysteem voor huisartsen of specialisten, het wijzigen van de budgetteringssystematiek van ziekenhuizen etcetera. Prognoses en simulaties kunnen VWS van dienst zijn bij het opstellen van het JOZ.

In het ramingsmodel worden alle in het JOZ onderscheiden voorzieningen opgenomen. De keuze voor een breed model impliceert een hoog aggregatieniveau. Aan de vraagzijde wordt zonnodig rekening gehouden met de verzekeringsvorm van de gebruikers van zorgdiensten en ook het belang van leeftijd en geslacht komt zoveel mogelijk in de modellering terug. Aan de aanbodzijde blijft een nadere detaillering achterwege, hetgeen bijvoorbeeld betekent dat alle huisartsen bij elkaar worden genomen en dat hun gedrag door één set vergelijkingen wordt gerepresenteerd.

Het model is gebaseerd op micro-economische theorie. Dit wil zeggen dat het gedrag van de actoren in het model (patiënten, huisartsen, ziekenhuismanagers, etcetera.) wordt afgeleid uit de optimalisatie van een doelstellingsfunctie onder bepaalde randvoorwaarden. Bij de empirische invulling van het model heeft een schatting op basis van tijdreeksgegevens de voorkeur. Waar dit niet mogelijk is, wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van schattingen op andersoortig datamateriaal (bijvoorbeeld schattingen op basis van cross-sectiegegevens) en van schattingen zoals die in de (internationale) literatuur zijn te vinden.

Stand van zaken

Medio 1997 is voor de belangrijkste onderdelen van het model een theorie geformuleerd. Het gaat daarbij met name om de vraag naar medische voorzieningen, alsmede om de dienstverlening door vrije beroepsbeoefenaren en intramurale instellingen. Een algemene karakteristiek van alle onderdelen van het model is dat aan zowel financiële als medische factoren een rol wordt toegekend. Hieraan is voor de onderscheiden actoren op de volgende wijze vormgegeven.

Patiënten: het gedrag van de gebruikers van zorgdiensten wordt beschreven in termen van de leeftijds- en geslachtsstructuur van de bevolking, de zorgbehoefte, het inkomen van consumenten, hun verzekeringsvorm en de prijs van zorgdiensten.

Vrije beroepsbeoefenaren (huisartsen, specialisten, tandartsen, fysiotherapeuten): het gedrag van deze aanbieders van zorgdiensten wordt geformuleerd in termen van verrichtingen- en andersoortige tarieven (bijvoorbeeld abonnementstarief voor huisartsenhulp bij ziekenfondsverzekerden), praktijkkosten en de zorgvraag. Daarnaast speelt het bezoekgedrag van patiënten (aantal eerste bezoeken) een rol.

Intramurale instellingen (algemene ziekenhuizen, verpleeghuizen, verzorgingshuizen): het gedrag wordt beschreven aan de hand van de hoogte en de samenstelling van hun budget en de zorgvraag. Bij ziekenhuizen spelen daarnaast de intensiteit van de dienstverlening door specialisten en de klinische en poliklinische productietechnologieën een rol.

Toekomst

Het komende jaar worden gewerkt aan de verdere empirische invulling van het model van patiënten en de modellen voor huisartsen, specialisten, tandartsen en fysiotherapeuten. Ook is er aandacht voor de empirische invulling van de modellen voor ziekenhuizen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Nieuwe modellen worden geconstrueerd voor onder andere de geneesmiddelenmarkt en de verzekeringsmarkt. Daarnaast wordt aandacht geschonken aan het incorporeren van ontwikkelingen in de sfeer van epidemiologie en technologie in de ramingen welke met het model worden gemaakt.

BIJLAGE A4 INTERNATIONALE VERGELIJKING

A4.1 Inleiding en voortgang project

Op verzoek van het ministerie van VWS voert het Centraal Bureau voor de Statistiek het project 'International Comparison of Health Care Data' uit. Dit project beoogt de internationale vergelijkbaarheid van statistische gegevens op het terrein van de gezondheidszorg te verbeteren. Het vergroten van het inzicht in de institutionele vormgeving van de gezondheidszorg in de verschillende landen speelt hierbij een centrale rol. De deelnemende landen zijn Nederland, België, Denemarken, Frankrijk, Duitsland en Zwitserland.

Het project richtte zich in 1994 en 1995 vooral op methodiekontwikkeling, toegepast op de intramurale gezondheidszorg. Deze methodiekontwikkeling resulteerde in de constructie van 'Bilateral Comparable Packages' (BCP's) en een 'Common Comparable Package' (CCP). Het CBS heeft de resultaten gepubliceerd in het rapport 'International Comparison of Health Care Data; Phase 1: Intramural Health Care', Voorburg, 1996.

Centraal in de tweede fase van het project staat de toepassing van de ontwikkelde methodieken op:

- het terrein van de extramurale gezondheidszorg, preventie en andere diensten;
- de consumptie van medische goederen, te weten geneesmiddelen en medische hulpmiddelen.

De deelnemende landen constateerden op 18 en 19 november 1996 in Voorburg dat deze terreinen op een aantal punten belangrijk verschillen met de intramurale zorg. Zo worden ze gekenmerkt door een grote diversiteit van activiteiten en voorzieningen en een heterogeniteit van functies, die de verschillende landen al dan niet tot de gezondheidszorg rekenen. Daarnaast blijkt dat er in vergelijking met de intramurale sector relatief weinig informatie beschikbaar is.

Het CBS besteedt in de tweede fase van het project dan ook veel aandacht aan de verzameling van gegevens. Dit brengt voor de deelnemende landen grote inspanningen met zich mee. Desondanks is het de vraag, of dezelfde mate van volledigheid kan worden bereikt als voor de intramurale sector. Daarnaast moet omwille van de vergelijkbaarheid nadrukkelijk naar de betekenis van het verzamelde materiaal worden gekeken tegen de achtergrond van organisatie en functioneren van de niet-intramurale zorg. De betekenis van de verzamelde informatie is daarom onderwerp van discussie tijdens de vierde internationale consultatie van deskundigen uit de deelnemende landen, de EU, de OESO en de WHO-Europa. Deze consultatie vindt het komend najaar plaats op het CBS te Voorburg. Daarna wordt de rapportage over dit onderdeel van het project ter hand genomen en worden de resultaten zo spoedig mogelijk gepubliceerd. Daarnaast wordt een update verzorgd van het materiaal over de intramurale gezondheidszorg uit de eerste fase van het project.

A4.2 Ziekenvervoer

A4.2.1 Inleiding

De resultaten van de tweede fase van het CBS-project zijn op dit moment nog niet beschikbaar. De rapportage hierover maakt onderdeel uit van het JOZ 1999. Het CBS heeft echter op verzoek van het ministerie van VWS separaat informatie verzameld over het ziekenvervoer in de verschillende landen. Deze paragraaf is gebaseerd op een voorlopige CBS-rapportage over dit onderwerp. Naast de verzameling van kwantitatieve gegevens over het ziekenvervoer is er ook informatie verzameld over de organisatie van het ziekenvervoer in de deelnemende landen. Het ziekenvervoer blijkt in een aantal landen te behoren tot de minst beschreven sectoren van de

gezondheidszorg. Kwantitatieve gegevens ontbreken over Frankrijk en Zwitserland geheel en vertonen soms grote leemten bij de andere landen, Nederland niet uitgezonderd. Het fragmentarisch karakter van de informatie bemoeilijkt een internationale vergelijking. Eventuele conclusies worden daarom met de nodige voorzichtigheid gepresenteerd.

A4.2.2 Beschrijving per land

België

In België bestaan er 16 noodcentrales, die met financiële steun van de ministeries van Binnenlandse Zaken en Volksgezondheid in stand worden gehouden. Meldingen worden doorgegeven aan de brandweer, die de ambulance oproept. De patiënt wordt vervolgens overgebracht naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis. Van de ongeveer 250 ziekenhuizen in België beschikken er 180 over een spoedgevallendienst, aangesloten op het oproepnet. Ambulancevervoer wordt verzorgd door particuliere ondernemingen, kruisverenigingen (bijvoorbeeld het Rode kruis), de brandweer of een ziekenhuis. De ambulance is normaal bemand met twee ambulanciers en een verpleegkundige.

Vergoeding van de spoedgevallendiensten gebeurt gedeeltelijk via de ligdagprijs van het ziekenhuis. Bij het gepland ziekenvervoer betaalt de patiënt een kilometervergoeding. De verplichte verzekering vergoedt slechts in enkele gevallen de kosten, bijvoorbeeld bij ernstige ziekten zoals bij dialyse en bij bestraling van kankerpatiënten. Naast de verplichte verzekering bieden de meeste verzekeraars een aanvullende verzekering aan, die onder meer het ziekenvervoer dekt. De mate van dekking verschilt van verzekering tot verzekering. Gegevens over eigen bijdragen van cliënten ontbreken.

Bij het ziekenvervoer in België moet ook nog worden gewezen op het bestaan van de 'Minder Mobielen Centrales' (een honderdtal in Vlaanderen), die werken met vrijwilligers en worden meegefinancierd door de gemeentes. De patiënten betalen een kilometervergoeding. Er wordt van deze dienst gebruik gemaakt om bijvoorbeeld van en naar het ziekenhuis of revalidatiecentrum te gaan. Cijfers hierover zijn niet voorhanden.

Denemarken

De gemeente is verantwoordelijk voor het ambulancevervoer. De taken zijn verdeeld tussen de plaatselijke brandweer en de particuliere organisatie 'Falck', die het overgrote deel (ongeveer 90%) van het ziekenvervoer verzorgt. Alle diensten worden uit de algemene middelen betaald en aan de patiënt worden geen eigen bijdragen in rekening gebracht.

Het zogenoemde zittend vervoer kent de volgende regelingen. Voor rolstoelpatiënten wordt het gebruik van rolstoelbusjes vergoed. Afhankelijk van het inkomen (bijvoorbeeld in het geval van gepensioneerden) komt taxivervoer voor vergoeding in aanmerking. Vergoedingen voor het gebruik van de eigen auto ontbreken.

Duitsland

In Duitsland zijn de 'Länder' verantwoordelijk voor de infrastructuur voor het ziekenvervoer. Alarmposten zijn regionaal opgezet. De feitelijke dienstverlening wordt voor het grootste deel uitgevoerd door particuliere (non-profit) organisaties zoals het Rode Kruis en de Malteser Hilfsdienst. Daarnaast speelt de brandweer een belangrijke rol, vooral op het terrein van het spoedvervoer.

Tussen ambulancevervoer (zowel spoedvervoer als besteld vervoer) aan de ene kant en andere vormen van ziekenvervoer bestaat een strikte scheiding. Ambulancevervoer wordt verricht met speciaal opgeleid personeel en met speciale transportmiddelen: helikopters en vliegtuigen, ambulances, spoedambulances en medische spoedambulances. Daarnaast verzorgen ziekenhuizen het transport tussen de intramurale

instellingen onderling. Ziekenhuizen kunnen hiervoor eigen ambulances gebruiken, of ambulances van andere organisaties inschakelen. De kosten van dit type vervoer zijn verdisconteerd in de ligprijs.

Andere vormen van ziekenvervoer hebben betrekking op algemene transportmiddelen zonder speciaal opgeleid personeel zoals taxi's. Om voor vergoeding in aanmerking te komen is een bewijs van de dokter nodig. Soms wordt een vergoeding ook gegeven, indien de betrokken persoon over onvoldoende financiële middelen beschikt.

Frankrijk

Voor het vervoer over land onderscheidt Frankrijk vier categorieën van voertuigen:

- ambulances, ingericht voor het verlenen van eerste hulp en bijzondere zorg in noodsituaties (categorie A);
- ambulances, ingericht voor eerste hulp verlening en het vervoer van gewonden en personen in ademnood (VSAB) (categorie B);
- gewone ambulance (categorie C);
- wagen voor licht patiëntenvervoer (categorie D).

De vervoerders hebben de goedkeuring nodig van de prefect van het betreffende departement. Het ministerie van Volksgezondheid is verantwoordelijk voor de vaststelling van de normen voor de categorieën A, C en D. Het ministerie van Binnenlandse Zaken heeft die bevoegdheid voor categorie B, de VSAB's, die immers onder de brandweer vallen.

De (vrijwillige) brandweer komt niet alleen in actie bij brand, maar ook bij ongevallen op de openbare weg. De brandweer verleent eerste hulp bij ongelukken en zorgt voor vervoer van gewonden. De bemanning van ambulances, zowel de chauffeurs, als de ambulanciers, hebben speciale trainingen en opleidingen gevolgd.

Het medisch ambulancevervoer (met arts aan boord) wordt uitgevoerd door de 'Services mobiles d'urgence et de réanimation' (SMUR) of door sommige ambulances van de brandweer. Een team van de SMUR bestaat minimaal uit een chauffeur-ambulancier, een verpleegkundige en een arts, die een opleiding in de ongevalsgeneeskunde en reanimatie heeft gevolgd. Een SMUR-ambulance heeft speciale apparatuur en geneesmiddelen aan boord voor reanimatie en voor patiëntenbewaking (monitoring).

De SMUR moet beschikken over een vergunning van het ministerie van Volksgezondheid, dat toezicht houdt op naleving van de voorschriften. In ziekenhuizen met een regionale functie voor de opvang van ongevalsslachtoffers zijn landingsplaatsen voor helikopters ingericht in de nabijheid van de eerste hulp afdeling.

De ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars nemen de kosten van het ziekenvervoer voor hun rekening. Dit geldt ook als gebruik is gemaakt van de particuliere auto, taxi of trein.

Nederland

De provincies bepalen de werkingsgebieden van de Centrale Posten Ambulancevervoer (CPA-en) en maken een plan voor de aantallen ambulances en de spreiding daarvan. Gemeenten zijn verplicht samen te werken bij de organisatie van de CPA-en. Bij deze posten komen niet alleen alarmmeldingen binnen, maar ook verzoeken voor besteld vervoer. Vanuit de CPA-en worden ritten aan vervoerders toegewezen. Deze vervoerders kunnen particuliere ondernemingen zijn, maar ook ambulancediensten van GGD-en en ziekenhuizen.

Ambulances worden uitsluitend ingezet voor liggend vervoer. Daarnaast bestaat ook het zogenoemde zittend vervoer, waarvoor taxi's en rolstoelbusjes worden ingezet. Ziekenfondsen vergoeden de kosten hiervan, indien het gebruik medisch noodzakelijk is en de maximale eigen bijdrage van f 139,50 (1995) per jaar is volgemaakt. In een aantal gevallen wordt ook het gebruik van een particuliere auto vergoed. Voor particulier

verzekerden geldt vaak een eigen risico aan de voet voor alle verstrekkingen, inclusief ziekenvervoer.

Zwitserland

Het ziekenvervoer wordt in Zwitserland uitgevoerd door aan ziekenhuizen gekoppelde diensten (51%), particuliere organisaties met en zonder winstoogmerk (27%) en gemeentelijke diensten, gewoonlijk ondergebracht bij de politie (22%). Deze diensten beschikken over verschillende soorten ambulances en ook over helikopters. In het algemeen maken de kosten van ziekenvervoer onderdeel uit van de kosten van de gezondheidszorg. Zo valt spoedvervoer veelal onder de post administratie/beheer. Er zijn echter ook uitzonderingen, bijvoorbeeld als het spoedvervoer door de politie wordt verzorgd. De financiering van het besteld 'liggend' ambulancevervoer geschiedt door de ziekenfondsen, de particuliere verzekeringen en vanuit eigen bijdragen. De bedragen, die hiermee zijn gemoeid, zijn niet bekend. Betalingen geschieden rechtstreeks, dan wel indirect via de ziekenfondsen. Bij andere vormen van ziekenvervoer (taxi's, rolstoelbusjes, eigen auto) vindt er geen vergoeding plaats.

A4.2.3 Vergelijking van landen

Gebruik

Tabel A4.1 geeft informatie over het gebruik van het liggend ziekenvervoer in de verschillende landen. De tabel laat zien dat het gebruik in Nederland, zowel in termen van ritten als kilometers, achterblijft bij het gebruik in de andere landen. Verder valt het grote aantal ritten in Denemarken op.

Tabel A4.1 Gebruik van liggend ziekenvervoer 1995

	België (1996)	Denemarken	Duitsland	Nederland
Ritten (per 1 000 inwoners)	98	307	105	42
– spoedvervoer	22	65	42	
– besteld vervoer	75	242	63	
Kilometers (per inwoner)	3,4	4,3		1,5
– spoedvervoer	0,7	1,4		
– besteld vervoer	2,7	2,9		

Aanbod

Tabel A4.2 bevat informatie over de omvang en de organisatie van het ambulancevervoer in de vijf onderzochte landen. Het aantal ambulances blijkt in Nederland aanzienlijk lager te zijn dan in de andere landen. Dit heeft waarschijnlijk –deels– te maken met de hoge bevolkingsdichtheid waardoor voor de paraatheidsfunctie relatief weinig capaciteit nodig is. Opvallend is verder dat het aantal ambulances in Denemarken vergelijkbaar is met de aantallen in de meeste andere landen terwijl tabel A4.1 laat zien dat het aantal ritten veel groter is. Een plausibele verklaring hiervoor ontbreekt vooralsnog.

Particuliere ondernemingen nemen in het ambulancevervoer een belangrijke plaats in. In België, Nederland en Zwitserland gaat het hierbij zowel om particuliere ondernemingen met als zonder winstoogmerk. In Denemarken is het overgrote deel van het ambulancevervoer in handen van één particuliere onderneming met winstoogmerk (Falck). In Duitsland gaat het uitsluitend om ondernemingen zonder winstoogmerk.

Tabel A4.2 Ambulancevervoer naar type aanbieder (%), 1995

	België (1991)	Dene- marken	Duitsland	Neder- land	Zwitser- land
Particulier				48	27
– met winst oogmerk	6	¹⁾		¹⁾	¹⁾
– zonder winst oogmerk	38		84	¹⁾	¹⁾
Overheid					
– gemeente	45	¹⁾	16	7	22
Gezondheidszorgvoorzieningen					
– ziekenhuizen	3			4	51
– gemeentelijke gezondheidsdien- sten	7			41	
Aantal ambulances per mln inwoners	69	86	101	41	¹⁾

¹⁾ Het type ziekenvervoer komt in een land voor, maar de omvang is onbekend.

Uitgaven

In tabel A4.3 is informatie bijeengebracht over de uitgaven ziekenvervoer in de verschillende landen, opgesplitst naar type ziekenvervoer. De uitgaven per inwoner zijn in Nederland en België vrijwel gelijk. In Duitsland liggen deze echter fors hoger. Verder zijn in Nederland de uitgaven aan het liggend vervoer veel lager dan in België. Hier staat tegenover dat het zittend vervoer in Nederland veel omvangrijker is dan in België.

Tabel A4.3 Uitgaven per inwoner naar type ziekenvervoer (guldens), 1995

	België (1993)	Dene- marken	Duitsland	Neder- land	Zwitser- land
Liggend vervoer				23	
– ambulance, spoed	25	¹⁾	37	¹⁾	¹⁾
– ambulance, besteld	14	¹⁾	13	¹⁾	¹⁾
– vliegtuig/helikopter	¹⁾		3	¹⁾	¹⁾
Zittend vervoer	1			19	
– taxi	¹⁾	¹⁾	19	¹⁾	
– eigen auto	¹⁾			¹⁾	
– rolstoelbus/wagen	¹⁾	¹⁾	4	¹⁾	
Totaal	40	54	76	41	

¹⁾ Het type ziekenvervoer komt in een land voor, maar de bijbehorende uitgaven zijn onbekend.

Financiering

Tabel A4.4 laat zien op welke wijze het ziekenvervoer in de landen wordt gefinancierd. In Denemarken wordt het ziekenvervoer volledig uit overheidsgelden betaald. De andere landen kennen een gemengd financieringssysteem. Hierin is een geringe rol weggelegd voor de overheid. Ziekenfondsen en particuliere verzekeraars nemen het merendeel van de financiering voor hun rekening, zoals blijkt uit de cijfers voor Duitsland en Nederland.

Tabel A4.4 Financiering ziekenvervoer naar bron (%), 1995

	België (1994)	Dene- marken	Duitsland	Neder- land	Zwitser- land
Collectieve financiering					
– belasting, overheidssubsidies		100	11	1	¹⁾
– ziekenfondsen	¹⁾		78	68	¹⁾
Private financiering				31	
– particuliere ziektekostenverzeke- raars	¹⁾		2	¹⁾	¹⁾
– eigen bijdrage	¹⁾		10	¹⁾	¹⁾

¹⁾ Financiering vindt via de genoemde bron plaats, maar de omvang is onbekend.

BIJLAGE A5 LONEN EN PRIJZEN

A5.1 Inleiding

Een van de vernieuwingen op het gebied van de collectieve financiën tijdens deze kabinetsperiode is het werken met ijklijnen. Eén van de aspecten van deze systematiek is de werkwijze rond nominale ontwikkelingen. In deze bijlage wordt toegelicht hoe deze nieuwe systematiek werkt. Daarbij wordt ook ingegaan op de gevolgen in de zin van budgettaire problematiek voor de zorgsector. Tot slot wordt in deze bijlage ingegaan op de andere wijze van verwerken van nominale ontwikkelingen in het JOZ 1998.

A5.2 Nominale problematiek in de zorg

A5.2.1 De ijklijnsystematiek

In de tijdens deze kabinetsperiode geïntroduceerde ijklijnsystematiek zijn bij het begin van de kabinetsperiode ramingen van de uitgaven opgesteld voor de drie budgetdisciplinesectoren.

De volumeontwikkeling in deze ramingen is gebaseerd op de afspraken gemaakt in het regeerakkoord (voor de zorg in deze kabinetsperiode een groei van 1,3%). Die volumeontwikkeling is hiermee voor de volledige kabinetsperiode vastgelegd, afgezien van verschuivingen tussen ijklijnen. Voor de nominale ontwikkeling is aangesloten bij de (behoedzame) CPB-doorrekening van dat regeerakkoord. Dat wil zeggen, dat de loongevoelige uitgaven worden opgehoogd met de bijbehorende –door het CPB bepaalde– loonontwikkeling en dat de materiële componenten worden opgehoogd met de relevante prijsmutatie. Er is dus bij de bepaling van de raming van de zorguitgaven rekening gehouden met de kostenstructuur van de zorg (relatief veel loonkosten).

Deze aldus opgestelde uitgavenramingen zijn daarna tot norm verheven; dit zijn de ijklijnen (en in het geval van de zorg het BKZ).

In de aldus vastgestelde ijklijnen is rekening gehouden met de nominale ontwikkeling zoals geraamd door het CPB ten tijde van de doorrekening van het regeerakkoord. Het is duidelijk niet de bedoeling dat indien de nominale ontwikkeling gedurende de kabinetsperiode lager uitkomt dan bij de start van die periode geraamd, er ruimte ontstaat voor extra uitgaven terwijl ook een hogere nominale ontwikkeling niet dient te leiden tot de noodzaak van ombuigingen. Een hogere nominale ontwikkeling dient dus te leiden tot meer ruimte voor uitgaven. Voorkomen dient echter ook te worden dat de nominale ontwikkeling in een budgetdiscipline sector ongehinderd zeer sterk groeit. Daarom is besloten om de ijklijnen alleen bij te stellen voor wijzigingen in de CPB-raming van de prijsontwikkeling van het bruto binnenlands product (pBBP) ten opzichte van de raming uit de regeerakkoord-berekening.

A5.2.2 Nominale problematiek

De gekozen systematiek kan leiden tot een nominaal probleem (dat zich in de zorg ook feitelijk heeft voorgedaan). De uitgaven in de zorg zijn immers niet afhankelijk van de prijs van het BBP, maar van de loon- en prijsontwikkeling. Indien de bijstelling van de gewogen loon- en prijsontwikkeling hoger is dan de bijstelling van de prijs BBP, dan ontstaat er een budgettair probleem, dat via ombuigingen dient te worden opgevangen. Dit is gedeeltelijk beoogd. Het is immers de bedoeling van de ijklijnsystematiek om te voorkomen dat een hoge nominale ontwikkeling in een sector ongecompenseerd blijft. Het is dus expliciet de bedoeling van de ijklijnsystematiek dat het afsluiten van bijvoorbeeld een zeer dure CAO in

een sector wordt opgevangen via uitgavenbeperkingen in die zelfde sector.

In de zorg doet zich echter iets bijzonders voor. Een groot deel van de zorguitgaven betreft loonkosten van verplegend en verzorgend personeel. De uitgavenontwikkeling daarvan wordt bepaald via de zogenaamde post-WAGGS-systematiek. In die systematiek volgt de loonkostenvergoeding aan zorginstellingen grosso modo de loonkostenontwikkeling van de marktsector via een tussen de werkgevers en het kabinet afgesproken referentiesystematiek. Ook de prijsontwikkeling van materiële uitgaven volgt op hoofdlijnen de prijsontwikkeling van de particuliere consumptie. VWS kan de nominale ontwikkeling dan ook maar in zeer beperkte mate beïnvloeden. Zeker de loonkosten zijn door de met de zorgwerkgevers overeengekomen en door het kabinet geaccordeerde post-WAGGS-systematiek grotendeels een gegeven. Hogere nominale ontwikkelingen in de zorgsector dan van de prijs BBP worden derhalve niet veroorzaakt door sectorspecifieke ontwikkelingen, maar door zaken als de relatief grote loongevoeligheid van de zorg.

A5.2.3 Omvang nominale problematiek

In deze kabinetsperiode is de zorg geconfronteerd met een nominale problematiek van f 0,6 mld gulden. Deze problematiek wordt opgebouwd in tabel A5.1.

Tabel A5.1 Opbouw nominale problematiek (in mld)

	1998
A Bijstelling kader o.b.v. pBBP (prijs BBP is meer gestegen dan verwacht)	0,1
B Bijstelling uitgaven	
– Materiële uitgaven (prijs minder gestegen)	-0,2
– Loongevoelige uitgaven (lonen meer gestegen)	0,9
– Totaal uitgavebijstelling	0,7
C Nominale problematiek (C = B – A)	0,6

Een aantal specifieke ontwikkelingen heeft er toe bijgedragen dat de problematiek de omvang heeft zoals gepresenteerd in tabel A5.1.

- Het CPB heeft 'onjuiste' veronderstellingen verwerkt in de regeerakkoord-doorrekening. Het CPB rekende daarin met een zelf geraamde ontwikkeling van de PGGM-premies, terwijl volgens het post-WAGGS-model de pensioenpremieontwikkeling van de markt vergoed dient te worden aan de zorginstellingen, ook als deze ontwikkeling hoger of lager is dan de PGGM-premie-ontwikkeling. Dit leidt tot een budgettair probleem van f 0,4 mld.
Ter beperking van deze problematiek is de opbrengst van een productiviteitskorting ingezet. Deze korting levert f 0,3 mld op. Dit bedrag zou anders voor de sector beschikbaar zijn geweest.
- De optredende arbeidsduurverkorting in de marktsector, dient volgens het post-WAGGS-model te worden vergoed, terwijl hiervoor ten tijde van het regeerakkoord niets was geraamd. De hieruit resulterende problematiek is f 0,2 mld.
- Het CBS heeft in de Nationale Rekeningen 1995 (verschenen augustus 1996) de prijs BBP 1995 achteraf neerwaarts bijgesteld. Deze bijstelling van de prijsontwikkeling 1995 werkt door in de deflator BBP 1998 en leidt daarmee tot verlaging van het BKZ. De loonkosten, de belangrijkste kostenpost in de zorg, worden door de neerwaartse bijstelling achteraf van de nominale ontwikkeling niet beïnvloed. De overheidsbijdrage in de arbeidskosten voor 1996 is namelijk gebaseerd op het CEP 1996. Ook dit leidt tot een probleem van f 0,3 mld.

A5.2.4 Oplossing van de nominale problematiek

Het kabinet heeft zowel bij de vaststelling van het JOZ 1997 als het JOZ 1998 geoordeeld dat het niet redelijk zou zijn dat volledige compensatie wordt gezocht in de volumesfeer van de zorg voor de in de vorige paragraaf beschreven nominale problematiek. Daarom is in het JOZ 1997 een overschrijding van f 0,3 mld geaccepteerd (in verband met de pBBP-bijstelling uit de Nationale Rekeningen). Deze geaccepteerde nominale overschrijding verklaart circa de helft van de overschrijding van f 0,6 mld die in het huidige JOZ is verwerkt.

Richting het volgende regeerakkoord heeft de Studiegroep Begrotingsruimte geadviseerd om bijstellingen van de Nationale rekeningen niet langer door te vertalen in de deflator BBP. Als deze lijn al zou zijn toegepast in de huidige kabinetsperiode, dan zou de nominale problematiek f 0,3 mld lager zijn geweest (punt 3 uit A5.2.3 zou niet zijn opgetreden). Er zou dan nog wel een nominale problematiek van f 0,3 mld resten. Indien daarnaast de loonkosten bij de berekeningen ten behoeve van het regeerakkoord worden verwerkt conform het post-WAGGS-model, dan verminderd de eventuele problematiek nog meer.

Nominale problematiek zou alleen kunnen worden voorkomen als voor de zorg de afspraak in het regeerakkoord zou worden gemaakt, dat indien de sector de loonkosten en de prijsontwikkeling van de marktsector volgt, er geen volumebeperkingen zullen worden toegepast om eventuele nominale problematiek op te vangen.

A5.3 De verwerking van nominale ontwikkelingen in het JOZ

A5.3.1 Verwerking in het JOZ 1998

In de cijfers van het JOZ 1998 wordt rekening gehouden met nominale ontwikkelingen; het feit dat een gelijkblijvend zorgvolume van jaar op jaar meer kost.

In het huidige JOZ zijn alle cijfers voor realisatiejaren en het ramingsjaar 1997 in lopende prijzen. De kostenstijging bij een bepaalde vorm van zorg tussen 1995 en 1996, zoals gepresenteerd in de tabellen van dit JOZ, wordt dus zowel veroorzaakt door gestegen prijzen en lonen, als door een veranderd zorgvolume.

Voor de ramingsjaren 1998 en later is in de cijfers die betrekking hebben op een bepaald onderdeel van zorg (de sectoren) geen rekening gehouden met de stijging van lonen en prijzen. De ontwikkelingen in de sector-cijfers na 1997 geven dus louter volume-ontwikkelingen weer. De stijging van lonen en prijzen is echter wel geraamd in het JOZ, maar 'geparkeerd' in de zogenaamde aanvullende post (sector 8.05 van het JOZ). In dit onderdeel van het JOZ staan bedragen die nog niet verdeeld zijn over de overige sectoren. Dit kan zijn omdat nog niet bekend is hoe de verdeling zal worden (een voorbeeld hiervan is de nog niet verdeelde groeiruimte die ook op de aanvullende post geparkeerd staat), of omdat nog niet definitief bekend is hoe groot de uiteindelijke groei zal zijn (bijvoorbeeld loonruimte).

Overigens sluit de werkwijze met een aanvullende post aan op de werkwijze bij de Rijksbegroting. De begrotingen van de departementen die gelijk met dit JOZ zijn aangeboden aan de Tweede Kamer bevatten cijfers die tot en met 1997 rekening houden met de loon- en prijsstijging. Die stijging voor de jaren daarna staat geraamd op een aanvullende post, waarvan de omvang gemeld wordt in de Miljoenennota.

A5.3.2 Verandering ten opzichte van JOZ 1997

De in het JOZ 1998 verwerkte systematiek wijkt af van de werkwijze in vorige jaren. De cijfers voor realisatiejaren luiden in het JOZ 1997 ook in lopende prijzen, de sectorcijfers voor ramingsjaren waren echter anders opgebouwd. In die cijfers was van jaar tot jaar een voorcalculatorische nominale groei verwerkt van 1%. De ontwikkeling van de uitgavenraming van 1996 op 1997 in het JOZ 1997 werd dus deels bepaald door volumeontwikkelingen en deels door de verwerkte 1% nominale ontwikkeling. De geraamde nominale ontwikkeling in de ramingsjaren was in het JOZ 1997 echter hoger dan 1%. Daarom werd dit meerdere in het JOZ 1997 geparkeerd in de aanvullende post.

Het verschil tussen het JOZ 1997 en het JOZ 1998 is dus dat de gepresenteerde sectorcijfers voor de jaren 1996 en 1997 thans in lopende prijzen zijn en in het JOZ 1997 slechts 1% nominale ontwikkeling bevatten, terwijl de sectorcijfers voor 1998 en later in het huidige JOZ geheel geen nominale ontwikkeling bevatten en in het JOZ 1997 1% nominale groei per jaar. Voor het JOZ als totaal maakt de benadering niets uit, maar de nu gevolgde systematiek vergroot de inzichtelijkheid in de ontwikkeling per sector.

Voor nominale ontwikkeling in de jaren 1996 en 1997 stond in het JOZ 1997 in de aanvullende post f 0,4 mld geraamd voor 1996 en f 1,2 mld voor 1997. In het JOZ 1998 staan er in 1996 en 1997 geen bedragen meer voor nominaal geraamd op de aanvullende post, terwijl de sectorcijfers met f 0,4 mld respectievelijk f 1,2 mld zijn verhoogd. Voor de nominale ontwikkeling in 1998 en latere jaren stonden in het JOZ 1997 op zowel aanvullende post als de overige sectoren geld gereserveerd, terwijl in het JOZ 1998 alles is herschikt naar de aanvullende post. In onderstaande tabel staat aangegeven welke bedragen er in totaal verschoven zijn.

Tabel A5.2 Verschuivingen in de nominale ramingen

	1996	1997	1998	1999	2000
1% nominaal van sectoren naar aanvullende Post	-576	-1 141	-1 769	-2 368	-2 970
Nominaal 1996 van aanvullende post naar sectoren	943	943	943	943	943
Nominaal 1997 van aanvullende post naar sectoren		1 370	1 373	1 373	1 373
Per saldo verschuiving van aanvullende post naar sectoren	367	1 172	547	-52	-654

In onderstaande tabel staat weergegeven welke bedragen er per saldo in verband met nominale ontwikkelingen zijn gemuteerd op de sectoren. De regels in deze tabel sluiten aan op de regel loon en prijsbijstelling in het blok raming van de sector-tabel in bijlage B10.

Uit de tabel blijkt dat begrotingsgefinancierde sectoren een van de andere sectoren afwijkend patroon vertonen. In de ontwerpbegroting 1997 (en daarmee ook in het JOZ 1997) is de nominale ontwikkeling 1996 reeds volledig verwerkt. Op begrotingsgefinancierde sectoren (zie bijvoorbeeld sector 2.03: IGB) staat er dan ook een nul in 1996.

Tabel A5.3 Bijstellingen per sector

	1996	1997	1998	1999	2000
2.01 Preventieve zorg (premie)	1,7	4,8	2,8	0,8	-1,2
2.02 Preventieve zorg (begroting)	0,0	1,4	0,7	-0,1	-0,9
2.03 Inspectie gezondheidsbescherming	0,0	0,8	1,4	1,1	0,8
2.04 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheids- diensten (GGD)	10,0	5,2	0,2	-4,8	-9,8
3.01 Huisartsenzorg	16,3	41,8	18,3	-5,4	-29,4
3.02 Gezondheidscentra	0,3	0,9	0,5	0,1	-0,3
3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	7,4	20,3	10,4	0,4	-9,7
3.04 Fysiotherapie	6,3	17,7	7,0	-3,8	-14,7
3.05 Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)	0,6	1,6	0,8	0,0	-0,8
3.06 Logopedie	0,6	1,6	0,8	0,0	-0,8
3.07 Ergotherapie		0,1	0,0	-0,1	-0,2
3.08 Verloskundige zorg	1,0	2,7	1,4	0,1	-1,2
3.11 Kraamzorg	3,6	10,2	6,2	2,2	-1,8
3.13 Moeder- en kindzorg/dieetadvisering		7,2	7,2	7,2	7,2
3.15 Algemeen maatschappelijk werk	2,7	0,5	-1,7	-3,9	-6,2
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	67,0	214,8	104,0	-7,7	-120,5
3.17 Academische ziekenhuizen	15,5	57,4	28,2	-2,0	-33,1
3.18 Overig curatieve zorg	2,5	10,0	6,1	2,1	-1,9
3.19 Medisch specialistische zorg	18,4	49,4	26,6	3,6	-19,6
3.20 Tandheelkundig specialistische zorg	1,0	2,6	0,7	-1,2	-3,1
3.21 Ambulancevervoer	2,1	7,2	3,6	0,0	-3,7
3.22 Overige ziekenvervoer	2,0	7,4	4,7	2,0	-0,8
4.01 Farmaceutische hulp	44,9	87,4	-46,5	-168,9	-296,0
4.02 Hulpmiddelen	2,9	11,7	-7,5	-4,2	4,6
4.03 Subsidies		0,4	0,4	0,4	0,4
5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	13,7	51,8	26,6	1,2	-24,6
5.02 Herstellingsoorden	0,1				
5.03 Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	0,8	3,2	1,6	0,0	-1,6
5.05 Zelfstandige verslavingsklinieken	0,7	2,2	0,8	-0,6	-2,0
5.06 TBS-instellingen	0,9	3,0	1,1	-0,9	-2,9
5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	2,0	5,7	3,5	0,6	-2,3
5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen	0,2	0,6	0,0	0,0	0,0
5.09 RIAGG's	3,2	12,9	5,8	-1,4	-8,6
5.10 Vrijgevestigde psychiaters	0,9	2,0	1,0	0,0	-1,0
5.11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	0,0	0,1	-0,2	-0,5	-0,8
5.12 Consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD)	1,4	0,2	-1,0	-2,2	-3,4
5.13 Overige verslavingszorg	0,0	1,6	1,6	1,6	1,6
5.14 Zorgvernieuwingsfonds GGZ	1,2	2,4	1,7	1,0	0,3
6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	26,4	75,2	45,0	14,5	-16,3
6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	1,2	3,4	2,3	1,2	0,1
6.03 Grote woonvormen	0,6	1,9	1,0	0,1	-0,9
6.04 Kortverblijftehuizen	0,2	0,5	0,3	0,1	-0,1
6.05 Dagverblijven gehandicapten (DV)	5,8	16,9	10,7	4,4	-1,9
6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	7,7	21,7	13,7	5,7	-2,5
6.07 Gezinsvervangend tehuizen voor kinderen	0,7	2,0	1,3	0,6	-0,1
6.08 Overige subsidies art. 39 WfV gehandicapten	0,4	2,0	0,9	-0,2	-1,3
6.09 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	0,8	2,3	1,4	0,5	-0,4
6.11 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten	0,3	1,1	0,7	0,3	-0,1
6.12 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten	2,7	5,7	4,8	3,9	3,0
7.01 Verpleeghuizen	41,1	132,1	79,7	26,5	-27,2
7.02 Verzorgingshuizen	0,0	114,4	81,4	48,0	14,3
7.03 1-Oktober-regeling			-0,1	-0,2	-0,3
7.04 Zorgvernieuwingsfonds ouderen	4,3	12,5	12,6	12,6	12,5
7.06 Gezinsverzorging	20,4	-0,9	-22,4	-44,1	-66,0
7.07 Kruiswerk	9,6	0,0	-9,7	-19,5	-29,4
7.08 Intensieve thuiszorg	0,4	-0,3	-1,1	-1,9	-2,7
7.09 Thuiszorg		78,1	78,1	78,1	78,1
7.10 Persoonsgebonden budgetten	1,3	3,7	2,9	2,1	1,3
8.01 Budgetten beheerskosten	5,5	18,7	8,5	-1,7	-12,1
8.02 Overige beheerskosten	7,7	24,7	12,1	-0,9	-14,1
8.03 Diversen (premie)	1,7	5,1	3,3	1,4	-0,5
8.04 Diversen (begroting)	0,0	4,5	4,9	3,5	2,8
8.05 Aanvullende post	-370,7	-1 176,1	-551,1	48,3	651,8
Saldo	0	0	0	0	0

BIJLAGE A6 RESERVES INSTELLINGEN

Deze bijlage gaat in op de ontwikkeling van het niet vreemd vermogen van de zorginstellingen. De gepresenteerde gegevens zijn gebaseerd op de jaarlijkse enquête van het COTG naar de exploitatieresultaten van de individuele instellingen. Gelet op de hoogte van de respons –zo’n 85-90% van de toegelaten instellingen neemt aan de enquête deel– acht het COTG de uitkomsten betrouwbaar.

Vooraf voor diegenen die elk jaar kennisnemen van het FOZ/JOZ is het volgende van belang.

De jaarlijkse enquêtes die het COTG tot begin jaren negentig hield, spitsten zich toe op het verloop van de zogenaamde reserve aanvaardbare kosten. Toevoegingen dan wel onttrekkingen aan deze reserve doen zich voor al naar gelang de jaarlijkse exploitatiekosten afwijken van het jaarlijkse budget. Op grond van de onderkenning dat in de praktijk nogal wat speelruimte bestaat ten aanzien van de verwerking van reserves en voorzieningen in de jaarstukken, besloot het COTG vervolgens tot een wijziging in de presentatie van de uitkomsten van de enquêtes, en wel zodanig dat de nadruk kwam te liggen op het totaal van de mutaties in kapitaal, reserves, voorzieningen etcetera. Met ingang van dit jaar heeft het COTG de presentatie van de uitkomsten van de enquête opnieuw aangepast. Op verzoek van het veld besloot het COTG namelijk om ook de opbouw van het vermogen conform de door de instellingen ingediende opgaven te presenteren. In lijn hiermee is de weergave in het JOZ aangepast, en wel zodanig dat naast het verloop van de totale mutatie in het niet vreemd vermogen tevens de ontwikkeling van de bestanddelen van het niet vreemd vermogen wordt weergegeven. Bij de interpretatie van deze laatste gegevens past de nodige voorzichtigheid, dit in relatie met de hiervoor al gesignaleerde speelruimte die kennelijk bij het opstellen van de jaarstukken bestaat. Overigens wordt dit ook wel door de instellingen zelf ingezien. Zo blijkt een rapportage die de Vereniging van Academische Ziekenhuizen (VAZ) liet opstellen over de gewenste omvang van reserves en voorzieningen bij academische ziekenhuizen, dat van de feitelijk in de jaarstukken aangegeven voorzieningen zo’n 25% als zacht moet worden gekenmerkt en derhalve eigenlijk thuishoort onder de reserves.

Ten aanzien van de bestanddelen van het niet vreemd vermogen wordt in tabel A6.1 het volgende onderscheid gehanteerd:

- eigen vermogen in enge zin (kapitaal, reserve aanvaardbare kosten (RAK) en overige reserves);
- reserves instandhouding en inventaris;
- voorzieningen.

Tot slot wordt erop gewezen dat de gegevens omtrent de omvang van het niet vreemd vermogen, de uitkomsten zijn van de enquête en dus geen extrapolaties betreffen.

Tabel A6.1 Niet vreemd vermogen zorginstellingen

	1993	1994	1995
Ziekenhuizen			
– niet vreemd vermogen mln)	989,7	1 196,3	1 345,6
in % aanvaardbare kosten	8,9	10,6	11,6
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	4,7	5,3	5,8
– reserves instandhouding en inventaris	1,1	1,6	2,1
– voorzieningen	3,1	3,7	3,7
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	6	4	2
in % totaal	5,2	3,5	1,7

	1993	1994	1995
Radiotherapeutische centra			
– niet vreemd vermogen (mln)	8,8	10,3	10,4
in % aanvaardbare kosten	16,3	18,2	17,6
waarvan:			
– eigen vermogen enge zin	9,9	10,6	10,2
– reserves instandhouding en inventaris	0,1	0,2	0,4
– voorzieningen	6,3	7,4	7,0
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	0	0	0
in % totaal	0	0	0
Revalidatiecentra			
– niet vreemd vermogen (mln)	31,7	45,3	52,3
in % aanvaardbare kosten	9,1	13,0	14,8
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	6,0	7,1	8,5
– reserves instandhouding en inventaris	0,3	0,6	0,9
– voorzieningen	2,8	5,3	5,4
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	2	2	0
in % totaal	9,1	9,1	0
Bloedbanken			
– niet vreemd vermogen (mln)	39,5	43,4	44,0
in % aanvaardbare kosten	22,2	23,5	23,6
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	17,0	18,0	17,7
– reserves instandhouding en inventaris	0,1	0,0	0,1
– voorzieningen	5,1	5,5	5,8
– instellingen met een negatief niet vermogen	0	0	0
in % totaal	0	0	0
Academische ziekenhuizen			
– niet vreemd vermogen (mln)	289,7	344,9	400,4
in % aanvaardbare kosten	18,0	20,0	21,7
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	7,1	5,9	5,7
– reserves instandhouding en inventaris	5,0	6,8	7,2
– voorzieningen	5,9	7,3	8,7
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	0	0	0
in % totaal	0	0	0
Psychiatrische ziekenhuizen			
– niet vreemd vermogen (mln)	353,4	454,1	473,2
in % aanvaardbare kosten	13,2	16,3	16,7
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	7,4	8,6	8,4
– reserves instandhouding en inventaris	0,7	1,2	1,7
– voorzieningen	5,1	6,5	6,6
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	2	1	0
in % totaal	2,7	1,4	0
RIBW			
– niet vreemd vermogen (mln)	38,5	48,4	56,0
in % aanvaardbare kosten	22,4	25,9	27,6
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	15,9	19,4	19,7
– reserves instandhouding en inventaris	0,6	0,5	1,0
– voorzieningen	5,9	6,0	6,9
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	1	1	1
in % totaal	2,9	2,9	2,9
RIAGG			
– niet vreemd vermogen (mln)	57,5	64,5	71,3
in % aanvaardbare kosten	9,5	10,3	11,1
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	8,2	9,0	9,4
– reserves instandhouding en inventaris			

	1993	1994	1995
– voorzieningen	1,3	1,3	1,7
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	3	2	0
in % totaal	5,1	3,4	0
Verpleeghuizen			
– niet vreemd vermogen (mln)	581,4	715,0	803,8
in % aanvaardbare kosten	11,9	14,1	15,5
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	6,9	7,9	8,3
– reserves instandhouding en inventaris	1,2	1,8	2,3
– voorzieningen	3,8	4,4	4,9
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	16	12	11
in % totaal	5,2	3,9	3,6
Zwakzinnigeninrichtingen			
– niet vreemd vermogen (mln)	324,0	381,5	401,0
in % aanvaardbare kosten	11,9	13,5	13,8
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	6,3	6,9	6,6
– reserves instandhouding en inventaris	1,0	1,5	1,9
– voorzieningen	4,6	5,1	5,3
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	2	1	3
in % totaal	1,7	0,9	2,6
Instituten voor zintuiglijk gehandicapten			
– niet vreemd vermogen (mln)	23,9	27,2	30,1
in % aanvaardbare kosten	20,2	21,3	23,2
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	13,5	12,6	12,4
– reserves instandhouding en inventaris	0,8	1,6	2,3
– voorzieningen	5,9	7,1	8,5
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	0	0	0
in % totaal	0	0	0
Dagverblijven			
– niet vreemd vermogen (mln)	83,8	89,1	94,9
in % aanvaardbare kosten	18,0	18,5	18,8
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	13,3	13,7	13,9
– reserves instandhouding en inventaris	0,2	0,2	0,2
– voorzieningen	4,5	4,6	4,7
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	7	6	7
in % totaal	2,6	2,2	2,6
Gezinsvervangende tehuizen			
– niet vreemd vermogen (mln)	102,3	120,4	146,7
in % aanvaardbare kosten	14,7	16,5	19,2
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	10,7	12,2	14,6
– reserves instandhouding en inventaris	0,4	0,6	0,7
– voorzieningen	3,6	3,7	3,9
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	7	6	13
in % totaal	1,3	1,1	2,4

	1993	1994	1995
Kruiswerk			
– niet vreemd vermogen (mln)	149,1	179,8	188,0
in % aanvaardbare kosten	17,4	20,4	20,6
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	14,7	17,8	18,1
– reserves instandhouding en inventaris			
– voorzieningen	2,7	2,6	2,5
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	3	4	5
in % totaal	5,6	7,4	9,3
Kraamcentra			
– niet vreemd vermogen (mln)	22,9	24,3	20,3
in % aanvaardbare kosten	8,9	9,3	8,1
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	8,5	8,5	6,9
– reserves instandhouding en inventaris			
– voorzieningen	0,4	0,8	1,2
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	6	3	6
in % totaal	15,0	7,5	15,9
Gezinsverzorging			
– niet vreemd vermogen (mln)	108,7	115,2	104,4
in % aanvaardbare kosten	6,7	6,7	6,1
waarvan:			
– eigen vermogen in enge zin	5,2	6,1	5,3
– reserves instandhouding en inventaris			
– voorzieningen	1,5	0,6	0,8
– instellingen met een negatief niet vreemd vermogen	10	7	9
in % totaal	11,9	8,3	10,7

Bron: COTG. Voor de instituten voor doven en blinden verstrekt het COTG uit privacyoverwegingen sinds 1992 geen gegevens meer. Uit de laatst verstrekte gegevens uit (1990 en 1991) blijkt dat er substantiële reserves zijn.

BIJLAGE A7 AANWIJZINGEN AAN HET COTG

A7.1 Inleiding

Deze bijlage geeft een overzicht van de maatregelen 1998 die via een aanwijzing aan het COTG worden gerealiseerd. Deze maatregelen hebben betrekking op:

- AWBZ-sectoren (exclusief thuiszorg);
- Thuiszorg;
- Algemene ziekenhuizen;
- Fysiotherapeuten;
- Tandartsen;
- Nominaal beleid.

A7.2 AWBZ-sectoren

Voor de AWBZ-sectoren worden voorafgaand aan het boekjaar macrokaders vastgesteld. Dit voorkomt (of beperkt) de mogelijkheid van overschrijdingen. Indien dat nodig blijkt wordt tussentijds bijgestuurd.

Tabel A7.1 AWBZ-sectoren in 1998 (exclusief thuiszorg)

	AWBZ-kader ¹⁾	Toegestane groei productie- afspraken
Psychiatrische ziekenhuizen		
– algemene psychiatrische ziekenhuizen	2 903,2	7,0
– instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	190,1	0,5
– zelfstandige verslavingsklinieken	158,7	0,4
Regionale instellingen voor beschermd wonen	298,1	0,6
Regionale instellingen voor ambulante geestelijke gezondheidszorg	741,7	6,5
Zwakzinnigeninrichtingen	3 538,0	
Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	144,0	
Dagverblijven voor gehandicapten	770,1	
Gezinsvervangende tehuizen (incl. KGVT-en)	1 083,3	
Grote woonvormen (inclusief Het Dorp)	92,5	
Verpleeghuizen	6 078,2	

¹⁾ Inclusief toegestane groei productie-afspraken.

A7.3 Thuiszorg

Het makroader voor de thuiszorg wordt eveneens middels een aanwijzing aan het COTG vastgelegd.

Het makroader 1998 bedraagt in totaal f 3 450,7 mln. Dit bedrag omvat de aanspraak thuiszorg, de intensieve thuiszorg inclusief coördinatie thuiszorg (f 14 mln), en de moeder- en kindzorg en dieetadvisering (tezamen f 297,2 mln); een en ander inclusief de f 93 mln toegestane groei productieafspraken thuiszorg en f 10 mln voor lijfgebonden zorg (zie bijlage B10, tabellen 7.06, 7.07, 7.08, 7.09 en 3.13).

Voorts richt de aanwijzing thuiszorg zich ondermeer op:

- Een verlaging met f 62,5 mln in verband met de overheveling van de indicatiestelling thuiszorg naar de gemeenten;
- Het ongedaan maken van de in 1997 getroffen kortingsmaatregelen in verband met de overheveling van ziekenhuisgerelateerde thuiszorg naar het tweede compartiment;
- Het afzonderen van een bedrag van f 297,2 mln inclusief overhead ten behoeve van de AWBZ-aanspraken jeugdgezondheidszorg en dieetadvisering;
- De verdeling van de intensivering van f 93 mln;

- De uitgangspunten voor de budgetten van de sedert 1994 nieuw toegelaten thuiszorginstellingen niet zijnde een rechtsopvolger van een reeds eerder toegelaten thuiszorginstelling, alsmede de thuiszorginstellingen die per 1 januari 1998 worden toegelaten;

A7.4 Algemene ziekenhuizen

De incidentele korting ad f 100 mln die in 1997 is aangebracht wordt per 1 januari 1998 omgezet in een structurele korting.

A7.5 Fysiotherapeuten

De incidentele korting ad f 32 mln die afgelopen jaren (op de particuliere tarieven) is toegepast behoeft per 1 januari 1998 verlenging. Gezien de tariefharmonisatie van 1 januari 1997 is aangewezen om de onderhavige korting per 1 januari 1998 uit te smeren over het particuliere deel en het ziekenfondsdeel.

Tabel A7.2 Overschrijding macrobudget 1996 vrijgevestigde fysiotherapeuten

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Structurele uitgaven 1996	663,8	368,6	1 032,4
– AF: macrobudget 1996	650,9	342,7	993,6
Overschrijding 1996	12,9	25,9	38,8
(Verlengen) maatregel	pm	pm	32,0

A7.6 Tandartsen

Wat betreft het wettelijke deel van de tandheelkundige zorg nopen de uitkomsten 1996 tot een beperking met f 23 mln ingaande 1 januari 1998, te realiseren middels een korting op het clustertarief voor volwassen ziekenfondsverzekerden.

Tabel A7.3 Overschrijding macrobudget 1996 tandartsen (wettelijk deel)

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Structurele uitgaven 1996	505,1	472,0	977,1
– AF: macrobudget 1996	481,7	461,3	943,0
Overschrijding 1996	23,4	10,7	34,1
Maatregel	23,0		23,0

A7.7 Nominaal beleid

De aanwijzing richt zich op de te hanteren methode voor de jaarlijkse aanpassing van de materiële component in budgetten en tarieven in verband met de prijsontwikkeling.

A7.8 Appendix fysiotherapie

Tabel A7.4 Uitgaven vrijgevestigde fysiotherapeuten 1996

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Uitgavenniveau 1996	663,8	336,6	1 000,4
– BIJ: incidentele korting 1996		32,0	32,0
Structureel uitgavenniveau	663,8	368,6	1 032,4

Tabel A7.5 Vrijgevestigde fysiotherapeuten 1996

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Kader 1994	869,0	381,0	1 250,0
Mutaties 1995			
– toegestane volumegroei	7,6	3,4	11,0
– trend	-5,9	2,3	-3,6
– Van Otterloo	11,6	-11,6	
Macrobudget 1995	882,3	375,1	1 257,4
Mutaties 1996			
– toegestane volumegroei	8,2	4,3	12,5
– trend	2,6	1,4	4,0
– pakketbeperking	-242,2	-38,1	-280,3
Macrobudget 1996	650,9	342,7	993,6

A7.9 Appendix tandartsen**Tabel A7.6 Uitgaven tandartsen 1996**

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Uitgavenniveau 1996	505,1	472,0	977,1
– BIJ: incidentele korting 1996			
Structureel uitgavenniveau 1996	505,1	472,0	977,1

Tabel A7.7 Tandartsen 1996

	Ziekenfonds	Particulier	Totaal
Kader/budget 1995	486,9	466,4	953,3
Mutaties 1996			
– toegestane volumegroei	4,4	4,5	8,9
– trend	0,0	0,0	0,0
– intensivering	0,4	0,4	0,8
– pakketbeperking JTZ	-10,0	-10,0	-20,0
Macrobudget 1996	481,7	461,3	943,0

BIJLAGE A8 CAPACITEITEN INSTELLINGEN

In deze bijlage wordt de (toegelaten) capaciteit per instelling en per sector weergegeven. In de eerste tabel zijn totaalcijfers per (sub-)sector van de stand per 1 januari 1997 weergegeven, alsmede de mutaties in 1996. De opbouw van de totaalcijfers is in de daarop volgende tabellen op instellingsniveau terug te vinden.

Voor wat betreft de tabellen A8.1, A8.2 A8.3 en A8.4 wordt opgemerkt dat per 1 januari 1996 de vermelding van het aantal bedden in de erkenningsbeschikkingen van de ziekenhuizen (algemene, academische en categorale) is komen te vervallen. Tevens is de nadere detaillering van de erkenningsbeschikking, waarin de aantallen medisch specialisten per ziekenhuis werden vastgelegd, per genoemde datum ingetrokken. In bijgaande tabellen zijn deze aantallen, zoals die per 31 december 1995 waren vastgelegd, nog eenmaal vermeld.

Tabel A8.1 Samenvatting (toegelaten) capaciteiten per 1 januari 1997

	Bedden/plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijdplaats, dagbehandeling of specialistenplaats	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Ziekenhuizen				
1. Algemene ziekenhuizen	44 672		4 790,6	
2. Academische ziekenhuizen	7 121		935,7	
3. Categorale ziekenhuizen	4 248		278,1	
Intramuraal gehandicaptenzorg				
4. Algemene inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten	31 050	536		
5. Instellingen voor licht verstandelijk gehandicapten	2 079	1		
6. Instellingen voor meervoudig gehandicapten	1 197			
7. Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	1 434	8		
Intramuraal geestelijke gezondheidszorg				
8. Psychiatrische ziekenhuizen ¹⁾	22 742	446	2 596	4
9. Kinder en jeugdpsychiatrie	1 101	92	294	18
10. Verslaafdenzorg	1 285	30	154	8
11. TBSklinieken	642	133	24	
12. Psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen	1 617	-6	468	2
13. Psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen	476		147	
Semimuraal geestelijke gezondheidszorg				
14. Regionale instellingen voor beschermd wonen	5 265	336		
15. Gesubsidieerde psychiatrische woonvoorzieningen	433			
Verpleeghuizen				
16. Somatische verpleeghuizen	5 400	-873	239	0
17. Psychogeriatrische verpleeghuizen	9 552	467	744	-48
18. Gecombineerde verpleeghuizen				18
– somatisch	21 047	917	1 749	121
– psychogeriatrisch	20 127	1 341	1 434	128

¹⁾ Inclusief 348 bedden in herstellingssoorten.

Tabel A8.2 Capaciteit algemene ziekenhuizen per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Delfzicht Ziekenhuis	Delfzijl	176		23,00	
Martiniziekenhuis	Groningen	893		89,15	
Refaja	Stadskanaal	192		24,05	
St. Lucas Ziekenhuis	Winschoten	228		23,30	
Ziekenhuis Sionsberg	Dokkum	132		11,70	
Nij Smellinghe	Drachten	305		33,75	
Oranjeoord	Harlingen	114		9,40	
De Tjongerschans	Heerenveen	350		34,30	
Medisch Centrum Leeuwarden	Leeuwarden	759		76,60	

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
St. Antonius Ziekenhuis	Sneek	270		32,95	
Wilhelmina Ziekenhuis	Assen	314		30,50	
Scheper Ziekenhuis	Emmen	330		41,80	
Bethesda Ziekenhuis	Hoogeveen	246		25,55	
Diakonessenhuis	Meppel	299		29,50	
Streekziekenhuis Coevoorden/Hardenberg	Hardenberg	168		24,30	
Ziekenhuis St. Jansdal	Harderwijk	331		35,80	
Ziekenhuis De Weezenlanden	Zwolle	489		66,20	
Sophia Ziekenhuis	Zwolle	559		67,00	
Twenteborg	Almelo	593		58,10	
Medisch Spectrum Twente	Enschede	1 005		108,20	
Streekziekenhuis Midden-Twente	Hengelo	358		43,50	
Ziekenhuis Apeldoorn	Apeldoorn	600		68,60	
Deventerziekenhuizen	Deventer	490		62,20	
Het Nieuwe Spitaal	Warnsveld	294		30,60	
Rijnstate	Arnhem	682		85,80	
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Bennekom	657		66,10	
Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem	405		47,60	
Het Ziekenhuis Velp	Velp	233		18,65	
Kon. Beatrix Ziekenhuis	Winterswijk	300		32,10	
Streekziekenhuis	Zevenaar	193		21,35	
Canisius/Wilhelmina Ziekenhuis	Nijmegen	614		71,30	
Rivierenland	Tiel	342		37,00	
Ziekenhuis Eemland	Amersfoort	750		86,00	
Medisch Centrum Molendael	Soest	155		16,50	
St. Antonius Ziekenhuis	Nieuwegein	572		73,80	
Diakonessenhuis	Utrecht	365		42,30	
Ziekenhuis Oudenrijn	Utrecht	264		26,50	
Ziekenhuis Overvecht	Utrecht	205		27,30	
Hofpoort Ziekenhuis	Woerden	226		28,30	
Lorentz Ziekenhuis	Zeist	243		24,30	
IJsselmeerziekenhuis	Lelystad	360		45,90	
Flevoziekenhuis	Almere	213		31,50	
Streekziekenhuis Gooi-Noord	Blaricum	420		48,50	
Streekziekenhuis	Hilversum	450		52,58	
Medisch Centrum Alkmaar	Alkmaar	869		89,30	
Gemini Ziekenhuis	Den Helder	302		34,10	
Westfries Gasthuis	Hoorn	480		60,00	
Rode Kruis Ziekenhuis	Beverwijk	375		41,50	
Het Spaarne Ziekenhuis	Heemstede	590		58,60	
Kennemer Gasthuis	Haarlem	790		86,50	
Ziekenhuis Amstelveen	Amstelveen	245		28,60	
Andreas Ziekenhuis	Amsterdam	308		28,60	
Bovenij Ziekenhuis	Amsterdam	301		31,70	
Onze Lieve Vrouwe Gasthuis	Amsterdam	728		52,20	
St. Lucas Ziekenhuis	Amsterdam	616		72,10	
Slotervaart Ziekenhuis	Amsterdam	398		48,50	
Ver. Ziekenhuisverpleging	Amsterdam	75		8,40	
Streekziekenhuis Waterland	Purmerend	293		32,95	
De Heel	Zaanstad	410		46,30	
Diakonessenhuis	Leiden	309		30,50	
Rijnland/Elisabeth Ziekenhuis	Leiderdorp	450		53,20	
Leyenburg Ziekenhuis	Den Haag	660		62,65	
Rode Kruis/Juliana Ziekenhuis	Den Haag	405		45,70	
Westeinde Ziekenhuis	Den Haag	609		46,80	
Ziekenhuis Bronovo	Den Haag	400		32,90	
St. Antoniushove	Leidschendam	336		29,40	
Diakonessenhuis	Voorburg	225		19,70	
Lange Land Ziekenhuis	Zoetermeer	210		25,50	
Reinier de Graaf Stichting	Delft	669		71,40	
Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda	598		62,20	
Van Weel-Bethesda	Dirksland	135		15,10	
IJsselland Ziekenhuis	Capelle	380		39,00	
Havenziekenhuis	Rotterdam	242		21,50	
Ikazia Ziekenhuis	Rotterdam	343		33,50	
St. Clara Ziekenhuis	Rotterdam	517		44,90	
St. Franciscus Gasthuis	Rotterdam	580		53,75	
Zuiderziekenhuis	Rotterdam	424		38,50	
Ruwaard van Putten Ziekenhuis	Spijkenisse	275		28,80	
Schieland Ziekenhuis	Schiedam	289		34,85	

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Holy Ziekenhuis	Vlaardingen	294		26,55	
Merwede Ziekenhuis	Dordrecht	490		47,60	
Drechtsteden Ziekenhuis	Dordrecht	505		56,90	
Pr. Beatrix Ziekenhuis	Gorinchem	316		33,00	
Oosterscheldeziekenhuis	Goes/Zierikzee	390		34,40	
Streekziekenhuis Walcheren	Vlissingen/				
	Middelburg	334		43,30	
Ziekenhuisgroep Zeeuws Vlaanderen	Terneuzen	374		39,10	
Lievensberg	Bergen op Zoom	329		35,50	
De Baronie	Breda	462		51,50	
St. Ignatiusziekenhuis	Breda	501		55,10	
Pasteurziekenhuis	Oosterhout	243		27,55	
St. Franciscus Ziekenhuis	Roosendaal	460		39,30	
Maria Ziekenhuis	Tilburg	369		47,70	
St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	639		65,70	
St. Nicolaas Ziekenhuis	Waalwijk	157		16,30	
Bosch Mediecentrum	Den Bosch	762		78,10	
St. Carolus/Liduina Ziekenhuis	Den Bosch	332		37,35	
Maas Ziekenhuis	Boxmeer	185		22,30	
St. Anna Ziekenhuis	Oss	255		27,20	
St. Joseph Ziekenhuis	Veghel	282		26,30	
Catharina Ziekenhuis	Eindhoven	644		64,90	
Diakonessenhuis	Eindhoven	325		41,35	
St. Joseph Ziekenhuis	Veldhoven	429		51,20	
St. Anna Ziekenhuis	Geldrop	380		35,70	
Elkerliek Ziekenhuis	Helmond	461		47,00	
St. Laurentius Ziekenhuis	Roermond	367		43,30	
Ziekenhuizen Venlo/Venray	Venlo	698		75,85	
St. Jans Gasthuis	Weert	265		29,30	
Maaslandziekenhuis	Sittard/Geleen	649		71,10	
Stichting Gezondheidszorg	Heerlen	902		83,90	
St. Jozef Ziekenhuis	Kerkrade	201		21,90	
Totaal (110 instellingen)		44 672		4 790,55	

Tabel A8.3 Capaciteit academische ziekenhuizen per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Academisch Ziekenhuis	Groningen	945		125,40	
St. Radboud Ziekenhuis	Nijmegen	886		121,10	
Wilhelmina Kinderziekenhuis	Utrecht	174		26,60	
Academisch Ziekenhuis	Utrecht	774		112,50	
Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit	Amsterdam	767		97,70	
Academisch Medisch Centrum	Amsterdam	898		128,30	
Academisch Ziekenhuis	Leiden	840		100,00	
Academisch Ziekenhuis	Rotterdam	1 172		140,40	
Academisch Ziekenhuis	Maastricht	665		83,70	
Totaal (9 instellingen)		7 121		935,70	

Tabel A8.4 Capaciteit categoriale ziekenhuizen per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Beatrixoord	Haren	225		10,66	
Stichting Revalidatievoorzieningen	Beetsterzwaag	90		6,00	
Revalidatie Centrum Roessingh	Enschede	148		8,70	
De Kastanjehof	Apeldoorn	36		4,00	
Bio Revalidatiecentrum	Arnhem	63		3,00	
Johanna Stichting	Arnhem	163		5,70	
Klimmendaal	Arnhem	24		5,40	
Medisch Centrum Dekkerswald	Groesbeek	78		4,80	
St. Maartenskliniek	Nijmegen	333		17,70	
Militair Revalidatiecentrum	Doorn	120		1,70	
Revalidatie Centrum De Hoogstraat	Utrecht	149		6,00	
Revalidatie Centrum De Trappenberg	Huizen	74		5,50	

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Specialisten- plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Astmacentrum Heideheuvel	Hilversum	92		6,22	
Meer en Bos-Cruquiushoeve	Heemstede	680		19,20	
Revalidatie Centrum Heliomare	Wijk aan Zee	150		7,20	
Antoni van Leeuwenhoekziekenhuis	Amsterdam	180		29,85	
Revalidatie Instituut Muiderpoort	Amsterdam	37		7,60	
J. van Bremen ¹⁾	Amsterdam			7,30	
Revalidatie Kliniek Overtoom	Amsterdam	136		6,50	
Revalidatie Centrum Rijnlands Zeehospitum	Katwijk aan Zee	40		2,70	
Nederlands Zeehospitum	Den Haag	100		6,70	
Dr. Daniel den Hoed	Rotterdam	203		20,70	
Oogziekenhuis	Rotterdam	100		23,60	
Adriaan Stichting	Rotterdam	29		5,50	
Zeehospitum Zonneveld	Oostkapelle	81		2,80	
Medisch Centrum De Klokkenberg	Breda	252		21,80	
Revalidatie Centrum Charlotte-oord	Tilburg	74		2,80	
Epilepsiecentrum Kempenhaege	Heeze	150		9,20	
Regionaal Revalidatie Centrum	Den Bosch	25		3,00	
Stichting Hornerheide	Horn	60		3,00	
St. Elisabeth Kliniek	Heerlen	41		2,40	
Revalidatie Centrum Hoensbroek	Hoensbroek	160		7,80	
Franciscusoord	Valkenburg	70		3,00	
Nederlands Astmacentrum	Davos	85			
Totaal (34 instellingen)		4 248		278,05	

¹⁾ Betreft alleen poliklinische behandelingen.

Tabel A8.5 Capaciteit algemene inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Nieuw Woelwijck	Hoogezand Sappemeer	398	
Sintmaheerdt	Tolbert	298	
Olmenes	Appelscha	18	
't Heechhout	Beetsterzwaag	361	14
Maartenswouden	Drachten	540	
It Fugellan	Sneek	82	
Maeykehiem	Sint Nicolaasga	70	
Hendrik van Boeyenoord	Assen	748	
Opmaat	Assen	54	20
Huizen Mariëncamp	Rolde	374	
Hoeve Boschoord	Vledder	68	
Het Bouwhuis	Enschede	391	20
Borgstede	Hardenberg	50	
De Baalderborg	Hardenberg	72	8
Losserhof	Losser	436	20
Overkempe	Olst	113	36
De IJsselbolder	Zwolle	180	
Groot Schuylenburg	Apeldoorn	725	
De Schreuder Huizen	Arnhem	112	
Het Rietveld	Beekbergen	130	
De IJsseloever	Brummen	244	
Michaelshoeve	Brummen	86	
Boldershof	Druten	601	
Ederhorst	Ede		-46
Eefdesse Tehuizen	Eefde	150	
Huize Woldijne	Epe	40	
's-Heerenloo-Lozenoord	Ermelo	990	
Groesbeekse Tehuizen	Groesbeek	265	
De Schutse	Kesteren	31	5
Huize Fatima	Nieuw Wehl	273	
De Winkelsteegh	Nijmegen	162	
's-Kooningsjaght	Schaarsbergen	455	
Veluwehorst	Vierhouten	197	
De Hartenberg	Wekerom	438	
De Lathmer	Wilp	545	
Sinaicentrum	Amersfoort	66	
Eemeroord	Baarn	509	
Nieuwenoord	Baarn	465	

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Christophorus	Bosch en Duin	90	
De Schakel	Bosch en Duin	36	
Dennendal	Den Dolder	347	
Salvia	Driebergen	21	
Sterrenberg	Huis ter Berg	499	
Heimerstein	Rhenen	214	
De Heygraeff	Woudenberg	228	8
Veldheim/Stenia	Zeist	181	
Amstelmeer	Aalsmeer	79	
De Werf	Amsterdam	298	38
De Kleine Johannes	Amsterdam	94	4
De Hartekamp	Heemstede	603	
Reigersdaal	Heerhugowaard	486	
De Ringvaart	Hoofddorp	81	14
Breidablick	Middenbeemster	72	
Noorderhaven	Den Helder	630	
Kadijkerkoog	Purmerend	479	
Scorlewald	Schoorl	130	
Midgard	Tuitjenhorn	88	
Leekerweide	Wognum	276	
Wooncentrum Humanitas	Barendrecht	40	14
Van der Woudenstichting	Delft	120	
Sandhaghe	Den Haag	250	
Nieuw Buitenzorg	Leiderdorp	45	
Hernesseroord	Middelharnis	437	3
Westerhonk	Monster	542	
Huize Ursula	Nieuwveen	482	-12
W. v.d. Berghstichting	Noordwijk	953	-15
De Hafakker	Noordwijkerhout	113	
Crayenburch	Nootdorp	454	
De Wielewaal	Rotterdam	352	
Orion Camphillgemeenschap	Rotterdam	26	4
Schievaart	Schiedam	128	32
De Merwebolder	Sliedrecht	564	38
Midden-Holland	Stolwijk	146	74
Swetterhage	Zoeterwoude	317	-8
Hooge Burch	Zwammerdam	658	
De Sterre	Clinghe	257	
Den Berg	Goes	109	
Vijvervreugd	Middelburg	360	
Lambertijnenhof	Bergen op Zoom	140	
Huize het Rijtven	Deurne	246	35
De Donksbergen	Duizel	354	
Eckartdal	Eindhoven	370	24
De Binckhof	Graven	290	
Haarendael	Haaren	238	
De Hondsborg	Oisterwijk	120	
Bronlaak	Oploo	122	
De Leijakker	Rijsbergen	204	
Sterrebois	Roosendaal	150	
De Binckhorst	Rosmalen	349	
Het Gruytveld	Terheijden	351	31
Het Hooge Veer	Tilburg	256	
Huize Piusoord	Tilburg	382	-2
Huize Assisië	Udenhout	556	
Huize Vincentius	Udenhout	247	
Severinusstichting	Veldhoven	395	
Groote Cingels	Vught	200	
Pepijnklinieken	Echt	416	
Sint-Augustinusstichting	Gennep	509	
Sint Anna	Heel	392	-60
Sint Joseph	Heel	309	-28
Huize Savelberg	Helden	227	78
Huize Maasveld	Maastricht	324	
Nieuw Spraeland	Oostrum Venray	205	
Maria Roepaan	Ottersum	678	
Huize op de Bies	Schimmert	294	60
Huize Watersley	Sittard	346	
De Oester	Emmeloord	131	
Flevobolder	Almere	100	

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Zorgvoorziening Hellevoetsluis	Hellevoetsluis	72	72
Gereformeerde gemeenten	Bodegraven	55	55
Totaal (109 instellingen)		31 050	536

Tabel A8.6 Capaciteit algemene inrichtingen voor licht verstandelijk gehandicapten per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Driever's Dale	Winschoten	41	
Tjallinga Hiem	Leeuwarden	50	
De Reeve	Kampen	91	
De Eik	Oldenzaal	70	
Groot Emaus	Ermelo	265	
Meilust	Nijkerk	56	
J.P.Heye	Oosterbeek	207	
De Beele	Voorst	94	
Orthopedagogisch Instituut Amstelwoude	Uithoorn	55	
Van Arkel Instituut	Soest	126	
OPL	Maartensdijk	101	
Middelveld	Amsterdam	47	
Orthopedagogisch Instituut Velsen	Velsen	96	
Huize Angela	Den Haag	68	
Lidwinahuis	Leiden	60	
Orthopedagogisch Centrum	Rotterdam	50	
De Veerse Singel	Middelburg	60	
Huize de La Salle	Boxtel	175	
Huize de Schorsmolen	Breda	71	1
Het Hooghout	Best	108	
Gastenhof	Simpelveld	188	
Totaal (21 instellingen)		2 079	1

Tabel A8.7 Capaciteit algemene inrichtingen voor meervoudig gehandicapten per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Heukelomstichting	Haren	55	
Huis te Echten	Echten	68	
De Brink	Vries	150	
Bartimeushage	Doorn	365	
De Weerklank	Amsterdam	66	
Elisabeth Kalishuis	Huizen	110	
De Blauwe Kamer	Breda	125	
Zonhove	Son	176	
De Wingerd	Vught	82	
Totaal (9 instellingen)		1 197	

Tabel A8.8 Capaciteit algemene inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
H.D. Guyot	Haren	75	10
Regionaal Centrum Visio	Haren	24	
Het Loo Erf	Apeldoorn	45	
De Wylerberg	Nijmegen	40	
Martinus van Beek	Nijmegen	24	
Effatha	Voorburg	180	-2
Visio	Huizen	100	
Bartimeus	Zeist	181	
Regionaal Centrum Zuid-West Nederland	Rotterdam	24	
Sint Marie	Eindhoven	155	
Theofaan	Grave	186	
Instituut voor Doven	St.Michielsgestel	400	
Totaal (12 instellingen)		1 434	8

Tabel A8.9 Capaciteit psychiatrische ziekenhuizen per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Groot Bronswijk	Wagenborgen	383		78	
Franeker	Franeker	654	70	63	39
APZ Zuid-Oost Friesland	Heerenveen				-36
Licht en Kracht (APZ Drenthe)	Assen	591		42	
Beileroord (APZ Drenthe)	Beilen	362		16	
Dennenoord	Zuidlaren	640 ¹⁾	31	56	
Brinkgreven	Deventer	356		38	
Twents Psychiatrisch Ziekenhuis	Enschede	317	29	64	
St. Franciscushof	Raalte	412		56	
De Wellen	Apeldoorn	425		45	
Veldwijk	Ermelo	756		52	
Huize Overwaal	Lent	30			
Groot Batelaar	Lunteren	32			
Veluweland (de Gelderse Roos)	Lunteren	32		24	
PCN	Nijmegen	291	73	49	13
Medisch Spectrum Gelderland Oost	Warnsveld	547		75	
Wolfheze (de Gelderse Roos)	Wolfheze	856 ²⁾	52	94	
Sinai Centrum	Amersfoort	128		20	
Zon en Schild	Amersfoort	893 ³⁾	100	116	
Gereformeerd Psychiatrisch Ziekenhuis	Bosch en Duin	28		12	
H.C. Rümke groep	Den Dolder	1 127 ⁴⁾	591	94	74
Bernard Lievegoed Kliniek	Bilthoven	40		8	
De Gesloten Steen	Utrecht				-32
Willem Arntsz Huis	Utrecht		-306		-22
Chr. Sanatorium	Zeist		-220		-20
PCA	Amsterdam	307		90	
Frederik van Eeden	Amsterdam	393		5	
Psychiatrisch Ziekenhuis Amsterdam	Amsterdam	564		59	
Vogelenzang	Bennebroek	677 ⁵⁾	25	40	
Duin en Bosch	Castricum	746		66	
St. Willibrord	Heiloo	492		60	
Juliana Oord	Laren		-65		
Bloemendaal	Den Haag	499	-16	60	
Schroeder v.d. Kolk	Den Haag	26		45	
Rosenburg	Den Haag	463	-22	45	
P.C. Joris	Delft	561		69	
De Grote Rivieren	Dordrecht	266		66	
Robert Fleury Stichting	Leidschendam	624		82	
Psychiatrisch Centrum Langeveld	Noordwijk	713		44	
Centrum '45	Oegstgeest	48		40	
Endegeest	Oegstgeest	452		36	
Deltaziekenhuis	Poortugaal	802 ⁶⁾	36	92	12
Bavo	Rotterdam	448	10	72	
Stg. Emergis	Kloetinge	300		42	
Reinier van Arkel	Vught	671		48	
Stichting GGzE	Eindhoven	699	8	78	
Het Hooghuys	Etten-Leur	403	10	62	
De Viersprong	Halsteren	60			

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Vrederust	Halsteren	442	-6	46	
IPZ Oost-Brabant	Rosmalen	977 ⁷⁾	27	96	
Stichting GGZ Midden-Brabant	Tilburg	388	24	72	-24
Welterhof	Heerlen	313		55	
Psycho-Medisch Streekcentrum Vijverdal	Maastricht	374 ⁸⁾	24	64	
Vincent van Gogh	Venray	1 134 ⁹⁾	-9	60	
Totaal (54 instellingen)		22 742	446	2 596	4

¹⁾ Inclusief 31 bedden in herstellingsoord De Berkenhof te Zuidlaren.

²⁾ Inclusief 52 bedden in herstellingsoord Mens en Samenleving te Lunteren.

³⁾ Inclusief 35 bedden in herstellingsoord Prins Hendriksoord te Den Dolder.

⁴⁾ Inclusief 70 bedden in herstellingsoord H.C. Rumke Groep te Zeist en 24 bedden op de afdeling voor de behandeling van SGLGG.

⁵⁾ Inclusief 25 bedden in herstellingsoord Zonneduin te Bloemendaal.

⁶⁾ Inclusief 36 bedden in herstellingsoord Het Duinhuis te Oostvoorne.

⁷⁾ Inclusief 36 bedden in herstellingsoord Het Derde Orde Huis te Wijchen.

⁸⁾ Inclusief 24 bedden in herstellingsoord Dr. Poelsoord te Maastricht.

⁹⁾ Inclusief 39 bedden in herstellingsoord Mutsaertoord te Venlo.

Tabel A8.10 Capaciteit kinder- en jeugdpsychiatrie (inclusief de als zodanig toegelaten afdelingen van APZ-en) per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Stichting Universitair Centrum voor Kinder- en Jeugdpsychiatrie Groningen	Groningen	24		4	
Het Groene Hart	Leeuwarden	36		6	
't Ruige Veld	Rolde	48			
De Ruyterstee	Smilde	80			
K- en J-psychiatrie Oost-Nederland	Ede	111		44	
Leo Kannerhuis	Oosterbeek	62			
Zon en Schild	Amersfoort	45			
Veldheim	Zeist	56		8	
Paedologisch Instituut	Duivendrecht	92 ¹⁾	40	20	
Stichting Amstelland-Tulpenburg	Santpoort-Zuid	96		22	
Bloemendaal	Den Haag		-16		
Stichting De Jutter	Den Haag	67	67	12	12
De Grote Rivieren	Dordrecht	12		6	
Robert Fleury	Leidschendam		-27		
Curium	Oegstgeest	73	9	24	
RMPI	Rotterdam	92 ²⁾	14	60	
Stg. Emergis	Kloetinge	16		6	
Reinier van Arkel	Vught	55		12	
De Mark	Breda	36	5	24	6
De Viersprong	Halsteren	40			
Welterhof	Heerlen	30		30	
De Drie Vennen	Venlo	30		16	
Totaal (22 instellingen)		1 101	92	294	18

¹⁾ Inclusief 40 bedden op de afdeling voor klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling.

²⁾ Inclusief 14 bedden op de afdeling voor klinisch-psychiatrische gezinsbehandeling.

Tabel A8.11 Capaciteit verslaafdenzorg (inclusief de als zodanig toegelaten afdelingen van APZ-en) per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Hoog Hullen	Eelde	134	6	8	8
St. Franciscushof	Raalte	16		8	
Veldwijk	Ermelo	28		4	
Inst. Versl. Zorg Oost Nederland	Rekken	84		18	
Wolfheze (de Gelderse Roos)	Wolfheze	32			
LOCM	Leusden		-12		
Verslavingskliniek	Utrecht	51		20	
Arta Projecten in de Verslavingszorg	Zeist	38		12	
Brijderstichting	Alkmaar	53		16	
Jellineckcentrum	Amsterdam	211			
De Hoop	Dordrecht	70			
Bloemendaal	Den Haag	55			

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Zeestraat	Den Haag	78	36	26	
Delta Ziekenhuis	Poortugaal	26			
Boumanhuis	Schiedam	169		18	
Stg. Emergis	Kloetinge	20		8	
Centrum Verslavingszorg West- en Midden-Brabant	Breda	32			
Stichting Verslavingszorg Brabant	St. Oedenrode	104		8	
Welterhof	Heerlen	40		8	
VGI	Venray	44			
Totaal (20 instellingen)		1 285	30	154	8

Tabel A8.12 Capaciteit TBS klinieken per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
S. van Mesdagkliniek	Groningen	94			
Veldzicht	Balkbrug	110	2		
Pompekliniek	Nijmegen	90	9		
Oldenkotte	Eibergen	103	14		
Meijersinstituut	Utrecht	60	10		
v.d. Hoevenkliniek	Utrecht	100	13	24	
De Kijvelanden	Poortugaal	85	85		
Totaal (7 instellingen)		642	133	24	0

Tabel A8.13 Toegelaten capaciteit psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en de daaraan verbonden eenheden voor psychiatrische deeltijdbehandeling per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Ny Smellinghe	Drachten	24			
De Tjongerschans	Heerenveen	24			
M.C.L.	Leeuwarden	48		36	
St. Antonius	Sneek	24		24	
Wilhelmina Ziekenhuis	Assen	16			
Scheperziekenhuis	Emmen	26			
Ziekenhuis Bethesda	Hoogeveen	16		8	
Diaconesseninrichting	Meppel	19			
Twenteborg Ziekenhuis	Almelo	36		24	
Deventer Ziekenhuizen	Deventer	24			
Medisch Spectrum Twente	Enschede	36			
Streekziekenhuis Coevorden	Hardenberg	16		8	
Streekziekenhuis Midden-Twente	Hengelo	24		8	
Sophia Ziekenhuis	Zwolle	27		8	
De Weezenlanden	Zwolle	24			
IJsselmeerziekenhuizen	Lelystad	24		20	
Ziekenhuis Centrum Apeldoorn	Apeldoorn	36			
Rijnstate	Arnhem	36		12	
Ziekenhuis Gelderse Vallei	Bennekom	45			
Slingeland Ziekenhuis	Doetinchem	28			
Canisius/Wilhelmina	Nijmegen	24		16	
Rivierenland	Tiel	21			
Het Nieuwe Spitaal	Warnsveld	24			
Kon. Beatrix	Winterswijk	24		8	
Ziekenhuis Eemland	Amersfoort	46		16	
Overvecht	Utrecht	48		24	
Hofpoort ziekenhuis	Woerden	24		10	
MCA	Alkmaar	24		12	
St. Lucas-Andreas	Amsterdam	30		16	
Streekziekenhuis Gooi-Noord	Blaricum	24		12	
Gemini Ziekenhuis	Den Helder	24		8	
Kennemer Gasthuis	Haarlem	42		14	
Streekziekenhuis Hilversum	Hilversum	24			
West Fries Gasthuis	Hoorn	24		8	
Streekziekenhuis Waterland	Purmerend	24		8	
De Heel	Zaandam	24		24	
Ziekenhuizen RKZ/JKZ	Den Haag		-8		-6

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Reinier de Graaf	Delft	24			
Drechtsteden Ziekenhuis	Dordrecht	42			
Het Groene Hart Ziekenhuis	Gouda	24	-22		
Ziekenhuisgroep Zeeuws Vlaanderen	Terneuzen	24			
Ziekenhuis Walcheren	Vlissingen	24		16	
Lievensberg	Bergen op Zoom	24		8	
Maasziekenhuis	Boxmeer	24			
De Baronie	Breda	24		8	
St. Ignatius	Breda	24		8	
Catharina ziekenhuis	Eindhoven	25			
Diaconessenhuis	Eindhoven	24			
St. Anna	Geldrop	20			
Elkerliek Ziekenhuis	Helmond	30		6	
Carolus-Liduin Ziekenhuis	's-Hertogenbosch	24		8	
Maria Ziekenhuis	Tilburg	24		24	
St. Elisabeth Ziekenhuis	Tilburg	24	24		
St. Joseph Ziekenhuis	Veldhoven	24			
Stichting Gezondheidszorg	Heerlen	48	24	16	8
Maasland Ziekenhuis	Sittard	42		16	
St. Jozefziekenhuis	Kerkrade		-24		
St. Laurentius Ziekenhuis	Roermond	45		18	
Ziekenhuizen Noord-Limburg	Venlo	24		8	
St. Jans Gasthuis	Weert	25		8	
Totaal (60 instellingen)		1 617	-6	468	2

Tabel A8.14 Toegelaten capaciteit psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen en de daaraan verbonden eenheden voor psychiatrische deeltijdbehandeling per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Deeltijd plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Academisch Ziekenhuis Groningen	Groningen ²⁾	90		21	
Academisch Ziekenhuis Nijmegen	Nijmegen	36		16	
Academisch Ziekenhuis Utrecht ¹⁾	Utrecht ²⁾	110		48	
Academisch Ziekenhuis Amsterdam ¹⁾	Amsterdam ²⁾	100		49	
Academisch Ziekenhuis Leiden	Leiden	9		0	
Academisch Ziekenhuis Rotterdam ¹⁾	Rotterdam ²⁾	111		6	
Academisch Ziekenhuis Maastricht	Maastricht	20		7	
Totaal (7 instellingen)		476	0	147	0

¹⁾ Bij de aantallen van het Academisch Ziekenhuis Utrecht zijn er 38 bedden en 24 plaatsen voor de behandeling van kinderen en jeugdigen. Met betrekking tot Amsterdam zijn er 30 bedden en 25 plaatsen voor de behandeling van kinderen en jeugdigen. Voor Rotterdam is er sprake van 21 bedden en 6 plaatsen voor de behandeling van kinderen en jeugdigen in het totaalcijfer.

²⁾ Een gedeelte van deze PAAZ-en is sinds 1989 om administratieve redenen toegelaten als APZ.

Tabel A8.15 Toegelaten capaciteit regionale instellingen voor beschermd wonen per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
RIBW Groningen	Zuidlaren	196	
RIBW Friesland	Heerenveen	241	
RIBW Drenthe	Assen	190	24
RIBW Midden-IJssel	Deventer	86	
RIBW Twente	Hengelo	138	9
RIBW Oost-Veluwe	Apeldoorn	96	
RIBW Arnhem en Veluwe Vallei	Arnhem	168	4
RIBW Noord-West Veluwe	Barneveld	99	
RIBW Oost-Gelderland	Doetinchem	133	7
RIBW Nijmegen en Rivierenland	Druten	119	9
RIBW Zwolle	Zwolle	105	24
RIBW Amersfoort en omstreken	Zeist	135	
RIBW Stichting Beschermende Woonvormen	Utrecht	159	
RIBW Midden-West Utrecht	Zeist	142	
RIBW Midden-Holland	Zeist	47	12
RIBW Flevoland	Lelystad	46	46
RIBW Noord-Holland	Alkmaar	108	
RIBW Queridostichting	Amsterdam	179	2

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
RIBW PC Hooft	Amsterdam	113	
RIBW Gooi en Vechtstreek	Hilversum	104	
RIBW Zaanstreek/Waterland	Purmerend	90	18
RIBW Kennemerland	Haarlem	259	
RIBW Delft, Westland, Oostland	Rijswijk	99	
RIAGG/RIBW Combinatie	Dordrecht	137	17
RIBW 's-Gravenhage	's-Gravenhage	230	
RIBW Zuid-Holland-Noord	Leiden	80	24
RIBW Groot-R'dam Linker Maasoever	Rotterdam	183	24
RIBW Groot-R'dam Rechter Maasoever	Rotterdam	280	43
RIBW Fonteynenburg	Voorburg	65	12
Stichting Emergis	Goes	140	
RIBW Eindhoven en De Kempen	Eindhoven	145	
RIBW Oost-Brabant	Uden	100	
RIBW 's-Hertogenbosch	's-Hertogenbosch	95	
RIBW Stadsgewest Breda	Breda	115	
RIBW Westelijk Noord-Brabant	Breda	83	
RIBW Midden-Brabant	Tilburg	142	
RIBW Oostelijk Zuid-Limburg	Heerlen	177	24
RIBW Heuvelland en Maasvallei	Maastricht	82	27
RIBW Noord- en Midden-Limburg	Venray	58	10
Gereformeerde Land.Instellingen voor BW-en	Barneveld	101	
Totaal (40 instellingen)		5 265	336

Tabel A8.16 Capaciteiten van gesubsidieerde psychiatrische woonvoorzieningen per 1 januari 1997

	Plaats	Plaatsen	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Stichting Waringin	Zuidwolde	60	
Stichting Tamarinde	Leersum	84	
Nieuwe Laan	Amsterdam	50	
Judith van Swethuis	Amsterdam	55	
Stichting De Boshoeck	Bloemendaal	52	
Stichting De Rozenhof	Bussum	27	
Huize Flora	Heemstede	20	
Huize De Gentiaan	's-Gravenhage	40	
De Rustenburg	Rotterdam	45	
Totaal (9 instellingen)		433	0

Tabel A8.17 Algemene gegevens RIAGG-en, 1995

	Vestigingsplaats	Gewogen inwoners	Vestigingen	Werknemers per 31 december (in fte)
Groningen	Groningen	692 989	4	143,1
Friesland	Leeuwarden	688 713	4	142,4
Drenthe	Assen	562 447	4	123,0
Zwolle	Zwolle	479 895	4	109,0
Almelo	Almelo	226 568	1	60,6
Midden-Twente	Hengelo	179 386	1	48,4
Enschede	Enschede	319 932	1	73,3
Ijsselland	Deventer	293 051	2	64,3
Oost-Veluwe	Apeldoorn	293 025	1	67,4
Veluwe Vallei	Ede	280 572	3	70,1
Arnhem	Arnhem	384 425	5	101,4
Oost-Gelderland	Doetinchem	362 384	3	80,0
Nijmegen	Nijmegen	380 944	6	91,9
Rivierenland	Tiel	25 121	4	64,3
Noord-Veluwe	Harderwijk	232 526	3	51,3
Oostelijk Utrecht	Utrecht	346 572	1	81,3
Westelijk Utrecht	Utrecht	697 783	1	143,9
Stad Utrecht	Utrecht	641 273	2	150,3
Flevoland	Lelystad	335 636	4	77,5
Voor de kop van Noord-Holland	Den-Helder	194 117	2	49,3
West-Friesland	Hoorn	214 028	2	53,4
Noord-Kennemerland	Alkmaar	301 883	1	64,5

	Vestigingsplaats	Gewogen inwoners	Vestigingen	Werknemers per 31 december (in fte)
Midden-Kennemerland	Beverwijk	231 334	1	51,9
Zuid-Kennemerland	Haarlem	317 042	1	83,0
Zaanstreek/Waterland	Zaandam	390 319	2	90,6
Gooi en Vechtstreek	Hilversum	360 310	3	73,2
Amstelland en de Meerlanden	Hoofddorp	321 786	2	70,6
Amsterdam Noord	Amsterdam	224 814	2	53,0
Amsterdam Zuidoost	Amsterdam	278 280	2	74,6
Amsterdam Oost	Amsterdam	239 713	1	76,0
Amsterdam Centrum/Oud-West	Amsterdam	567 090	2	147,3
Amsterdam Zuid/Nieuw-West	Amsterdam	681 259	6	195,4
Zuid-Holland Noord	Leiden	614 149	5	128,3
Midden-Holland	Gouda	311 160	2	69,9
Delft/Westland	Delft	318 199	1	67,1
Dordrecht e.o.	Dordrecht	488 442	2	120,7
Zuidhollandse Eilanden	Hellevoetsluis	373 182	4	84,6
Haagrand	Voorburg	357 622	2	73,1
Westhage	Den Haag	425 089	2	94,1
Zuidhage	Den Haag	395 994	2	88,4
Noordhage	Den Haag	410 370	2	88,4
RNO	Rotterdam	624 615	0	154,0
Rijnmond Noord-West	Rotterdam	707 505	3	157,9
Rotterdam-Zuid	Rotterdam	785 316	1	166,8
Zeeland	Goes	432 611	5	113,0
Westelijk Noord-Brabant	Roosendaal	284 639	2	68,2
Breda	Breda	470 809	3	106,5
Midden-Brabant	Tilburg	479 997	2	112,2
's-Hertogenbosch	's-Hertogenbosch	333 002	1	82,0
Noordoost Noord-Brabant	Eindhoven	352 856	3	83,0
Eindhoven en de Kempen	Eindhoven	634 729	3	145,8
Helmond e.o.	Helmond	232 403	1	58,5
Noord-Limburg	Venlo	268 570	2	57,1
Midden-Limburg	Roermond	249 285	3	72,6
Westelijke Mijnstreek	Sittard	208 358	1	49,9
Oostelijk Zuid-Limburg	Heerlen	348 099	1	80,2
Maastricht	Maastricht	260 044	1	83,6
Psychoanalytisch Instituut Amsterdam ¹⁾	Amsterdam		1	48,6
Psychoanalytisch Instituut Utrecht	Utrecht		1	11,6
JAGGZ	Amsterdam	113 907	1	24,8
GLIAGG	Dordrecht	100 000	5	45,8
Totaal		2 255 5 169 ²⁾	148	5 353

¹⁾ Per 1 januari 1998 is dit het Nederlands Psychoanalytisch Instituut (NPI); een fusie van het PIA en het PIU.

²⁾ Het AGGZ-budget wordt bepaald op grond van gewogen inwoners. Gewogen inwoners worden bepaald door het inwonertal van een gemeente te vermenigvuldigen met een factor op basis van de mate van verstedelijking van die gemeente.

Tabel A8.18 Capaciteit somatische verpleeghuizen (inclusief dagbehandeling) per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Plaatsendagbe- handeling	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Coendershof	Groningen	120			
Maartenshof	Groningen	102		10	
Heymanscentrum	Groningen	118			
De Flecke ²⁾	Joure		-124		
M.C.L. Verpleeghuis Bornia Herne ²⁾	Leeuwarden		-192		-17
Stellinghaven	Oosterwolde	80			
Anholt	Assen	180	30	11	
De Horst	Emmen	210		14	
Weidesteijn	Hoogeveen	120		16	
Reggersoord	Meppel	160		10	
Huize Angeli Custodes	Raalte	30			
Polderburen ²⁾	Almere		-30		
De Braamberg	Arnhem	115		7	
Martinushof	Arnhem	140		21	
De Halderhof	Bennekom	150		16	
Waelwick ²⁾	Ewijk		-104		-7
Berchmanianum	Nijmegen	13			
De Hemelse Berg	Oosterbeek	60			
Bommelsch Gasthuis	Zaltbommel	51			

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Plaatsendagbe- handeling	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Dr. J.N. Voorhoeve Huis ²⁾	Utrecht		-97		
Amstelrade ¹⁾	Amstelveen	103			
L. Polakhuis	Amsterdam	100			
Christelijk Verpleeghuis ²⁾	Hilversum		-140		-15
Theodotion	Laren	102		3	3
Crabbefhof	Dordrecht	174		17	
Duinsteede	Den Haag	70			
Mechropa	Den Haag	110			
Nieuw Berkeldael	Den Haag	160		13	
Prevastichting	Den Haag	193			
Uitzicht	Den Haag	57			
Vrederust-west	Den Haag	145			
Huize Siloam	Hoogvliet	60			
St. Elisabeth Gasthuishof	Leiden	73			
Van Wijckerslooth	Oegstgeest	108		7	
Huize Zuidhoorn	Rijswijk	43			
Steenvoorde	Rijswijk	54			
De Elf Ranken	Rotterdam	150			
De Twee Bruggen	Rotterdam	120		18	
Meerweide ²⁾	Rotterdam		-142		
Pniel	Rotterdam	70			
Rheuma verpleeghuis	Rotterdam	130		8	
Rustenburg	Rotterdam	126		15	
Sonneburgh	Rotterdam	129		8	
St. Bernardus	Sassenheim	135		10	
Swinhove ²⁾	Zwijndrecht		-120		-12
St. Jozefsheil	Bakel	133	3		
Huize Molenweide	Boxtel	13			
Elisabeth	Breda	137		15	
De Leystroom	Breda	19	19		
San Francesco	Etten-Leur	23	3		
Kempinhaeghe	Heeze	375			
Gervenhof	Den Bosch	120			
St. Josefoord	Nuland	40			
St. Elisabeth	Roosendaal	27			
Maria-oord	Rosmalen	151		5	
Paters Kapucijnen	Tilburg	5			
Joannes Zwijsen	Tilburg	25			
Mater Misericordia	Tilburg	31			
Notre Dame	Tilburg	11			
Huize Blankenberg	Cadier en Keer(Margraten)	23			
St. Josefklooster	Eysden	15			
St. Odilia	Geleen	148		15	
Huize de Berg	Heerlen	43			
Totaal (55 instellingen)		5 400	-873	239	-48

¹⁾ De Amstelrade is in deze bijlage opgenomen als een somatisch verpleeghuis.

²⁾ Dit is een gecombineerd verpleeghuis geworden.

Tabel A8.19 Capaciteit psychogeriatrische verpleeghuizen (inclusief dagbehandeling) per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Plaatsendagbe- handeling	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
't Blauwborgje	Groningen	168		24	
Prof. Tuntlerhuis	ter Apel	143		6	
Stellinghaven	Appelscha	103			
Medisch Centrum Leeuwarden	Noord Bergum	237			
Talmahuis	Veenwouden	174		19	
De Vierackers	Assen	140		10	
Nieuw Graswijk	Assen	116	8	10	
Altingerhof	Beilen	111		6	
Aleida Kramer	Coevorden	60		10	
De Bleerinck	Emmen	216	30	20	
De Schiphorst	Meppel	156		10	2
De Enk	Zuidlaren	144	18	10	
Bruggerbosch	Enschede	209		40	
Kronnenzommer ¹⁾	Hellendoorn		-230		-7

	Plaats	Bedden	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996	Plaatsendagbe- handeling	Mutatie t.o.v. 1 januari 1996
Elderhoeve	Arnhem	200		11	
Het Immendaal	Beekbergen	175			
De Breukelderhof	Bennekom	162		7	
Oranje Nassau's Oord	Renkum	120	-40	12	6
Den Es	Varsseveld	90		7	
De Pauwenhof	Wageningen	97			
De Biltse Hof ¹⁾	Bilthoven		-70		
Beukenburg	Groenekan		-55		-8
Heremaler Hof	Harmelen	150		16	
Isselwaerde	Ijsselstein	60		10	
Lisidunahof	Leusden	168		20	
Huize St. Hieronymus	Utrecht	70			
De Meent	Veenendaal	120		8	
E.D. Dekkershuis	Amsterdam	120		20	
Tabitha	Amsterdam	240			
Overspaarne	Haarlem	106		12	
Zuyderwaart	Heerhugowaard	163		15	
Huize Wulverhost ²⁾	Hilversum		-64		
De Stichtse Hof	Laren	240	8	15	-10
Zonnehoeve	Hilversum	150		15	15
Hogewey	Weesp	156		15	
De Rustenburg	Bergschenhoek	178		7	
Het Parkhuis	Dordrecht	233		21	
't Seameer	Den Haag	90			
Dorestad/Bloemendaal	Den Haag	126		15	5
Huize Helena	Den Haag/ Scheveningen	42			
Lozerhof	Den Haag	300		24	
Sammersbrug	Den Haag	368		19	
Doorniksestraat	Den Haag	53			
Den Weeligenberg	Hillegom	180		15	15
Brede Vliet	Hoogvliet	160		46	
Overduin	Katwijk	226		40	5
De Hofstee	Rotterdam	170		15	
De Smeetsland	Rotterdam	300	60	15	
Stadzicht	Rotterdam	261		15	
Hannie Dekhuijzen	Rotterdam	150		7	
Slingedael	Rotterdam	150		15	
Marienhaven	Warmond	208		15	
De Strijp	Wateringen	150			
De Werfkampen	Reimerswaal	110			
Jan de Witkliniek	Bakel	157	3	12	-3
Verpleeghuis Lucia	Breda	258		29	
De Landrijt	Eindhoven	194		27	5
De Herven	Den Bosch	160		15	
Nieuwe Hoeven	Schayk	132		30	
St. Jansgeleen	Geleen	209		9	
Bergweide Verpleeghuis Religieuzen	Heerlen	90			
Hornerheide ¹⁾	Horn		-135		-12
Luckerheidekliniek Kerkrade	Horn	178		5	
Vijverdal	Maastricht	65			
St. Vincentiushuis	Venray	90			
Totaal (61 instellingen)		9 552	-467	744	18

¹⁾ Dit is een gecombineerd verpleeghuis geworden.

²⁾ Wulverhost valt onder Christelijk Verpleeghuis Hilversum.

Tabel A8.20 Capaciteit gecombineerde verpleeghuizen (inclusief dagbehandeling) somatisch en psychogeriatrisch per 1 januari 1997

	Plaats	Bedden Somatisch	Mutatie t.o.v. Psychogeriatrisch 1 jan 1996	Bedden Psychogeriatrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehandelings- plaatsen Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehandelings- plaatsen Psychogeriatrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996
Solwerd	Appingedam	106		30		7			
Vliethoven	Delfzijl	35		125				5	
Innersdijk	Groningen	90		120		20		6	
Dilgtoord	Haren	90	30	90	30	12	12	12	4
Meander	Veendam	150		30		10		16	
Old Wolde	Winschoten	90		120		8		12	
De Twaalf Hoven	Winsum	30		155		6		10	
Het Zonnehuis	Zuidhorn	132		138		5		5	
Hillema State	Bergum	64		36		8			
Bloemkamp	Bolsward	144		70		10			
De Sionsberg	Dokkum	75		8		9			
Bertilla	Drachten	116		87		9		8	
De Dukdalf	Harlingen	84		34		7		10	9
Anna Schotanus	Heerenveen	90		60		12		5	
Verpleeg- en revalidatiecentrum ¹⁾	Joure	91	91	33	33				
Parkhove	Leeuwarden	60		90				10	
Bornia Herne ¹⁾	Leeuwarden	192	192	120	120	17			
De Ielannen	Sneek	80		140		5		13	
Nieuw Lindenoord	Wolvega	90		82				9	
Het Meulenbelt	Almelo	143		102	30				
Eugeria	Almelo	120	-40	130		20		20	
St. Elisabeth	Delden	116		113		7		7	
St. Jozef	Deventer	102		60					
P.W. Jansen verpleeghuis	Deventer	90		157		11			
't Kleijne Vaert	Enschede	106		74					
De Cromhoff	Enschede	138		9		16			
Het Wiedenbroek	Haaksbergen			99		15		6	
Clara Feyoena Heem	Hardenberg	99		107		9		8	
Kronnenzommer ¹⁾	Hellendoorn	60	60	170	170			7	7
P.C. Borsthuis	Hengelo	128		169		15		15	
Huize Myosotis	Kampen	107		60		6		6	
Twente Oost	Losser	123		195		7		7	
De Hartkamp	Raalte	90		60				5	
De Weezenlanden	Zwolle	93		90		18			
Het Zonnehuis	Zwolle	90		111				19	
Zandhove	Zwolle	92		86		5			
Polderburen ¹⁾	Almere	95	95	95	95	15	15	15	15
Talma Hof	Emmeloord	60		60		15		15	
't Laar	Lelystad	60		60		15		15	
Het Zonnelied	Ammerzoden	75		60		6			
Casa Bonita	Apeldoorn	120		120				23	7
Randerode	Apeldoorn	114		232		19			
Regina Pacis	Arnhem	140		152				22	
Kalorama	Beek	183	7	60		25	5		
Hullenoord	Beekbergen	30		145					
Het Zonnehuis	Beekbergen	90		30		11	4		
Huize St. Elisabeth	BenedenL- eeuwen	60		60				7	
Beatrix	Culemborg	90		60		6		5	
Gelders Hof	Dieren	100		60		6		6	
Den Ooiman	Doetinchem	135		132		15	4	15	6
De Voord	Elburg	30	30	60	60	5	5	5	5
Waelwick ¹⁾	Ewijk	60	60	60	60	7	7		
De Molenberg	Groenlo	50		100		6		5	
Irene	Goesbeek	90		150	30			16	
Sonnevanck	Harderwijk	120		90		10		8	
De Wendhorst	Heerde	104		90		7		6	
De Hoge Weide	Lochem	54		60					
Zilver schoon	Nijkerk	120		60		6	6	5	5
Margriet	Nijmegen	75		75		7			
Huize St. Joachim en Anna	Nijmegen	60		190				7	

	Plaats	Bedden Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Bedden Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996
St. Antonia	Terborg	129		30		7			
Nieuw Vrijthof	Tiel	120		120		9		7	
Pronswede	Winterswijk	90		112		7		6	
Verpleeghuis Zevenaar	Zevenaar	102		108		8		8	
Verpleeghuis Zutphen	Zutphen	130		180		11		10	
De Lichtenberg	Amersfoort	96		89				8	
St. Elisabeth	Amersfoort	60		60				8	
Birkhoven	Amersfoort	110		110		22		8	
De Blinkert	Baarn	28		15					
De Biltse Hof ¹⁾	Bilthoven	30	30	90	90				
De Wijngaard	Bosch en Duin	108		120					
Het Zonnehuis	Doorn	90	-13	88	30	8		8	
Nassau Odijkhof	Driebergen- Rijsenburg	62		62		15			
Sint Elisabeth	Lage Vuursche	40		23					
De Beukenhof	NieuwLoos- drecht	90		60		6		9	
Snavelenburg	Maarssen	60	60	60	60			8	8
De Geinsche Hof	Nieuwegein	85		115		5		13	
A. van Kooningsbruggen	Utrecht	120		180		15		15	
Dr. J.N. Voorhoeve Huis ¹⁾	Utrecht	60	60	60	60				
Rosendaal	Utrecht	204		80		18		20	
Tamarinde	Utrecht	92		110					
Maria-oord	Waverveen	101		90				8	
Weddesteyn	Woerden	60		60	-5	10	-2		
Bovenwegen	Zeist	100		80				16	
De Hout	Alkmaar	90		90		5			
Groenelaan	Amstelveen	100		60				20	
Het Zonnehuis	Amstelveen	207		84		20			
Amstelhof	Amsterdam	210		136		15			
Bernardus	Amsterdam	60		68					
Beth Shalom	Amsterdam	64		66					
De Buitenhof	Amsterdam	56	-22	100	22			15	
De Die	Amsterdam	60		120		15			
De Drie Hoven	Amsterdam	150		100		20			
De Poort	Amsterdam	80		140				20	5
Dr. Sarphatihuis	Amsterdam	140		172					
Flevohuis	Amsterdam	53	-5	85	13	10	10	10	-10
Gaasperdam	Amsterdam	60		120		10		10	
Slotervaart	Amsterdam	100		176				20	
St. Jacob	Amsterdam	90		90					
Vreugdehof	Amsterdam	240		48		20			
Wittenberg	Amsterdam	102		64					
Oudtburgh	Bergen	90		60		5		10	5
Verpleeghuis Texel	Den Burg	25		23		4		3	
Den Koogh	Den Helder	100		92		7		12	
Velserduin	Driehuis	70		130		7		14	
Boerhaave	Haarlem	100		200				20	
Janskliniek	Haarlem	155		45		32			
Zuiderhout	Haarlem	160		40		20			
Heemswijk	Heemskerk	101		127		9		11	
Huize Bosbeek	Heemstede	42		20					
Christelijk Verpleeghuis ¹⁾	Hilversum	140	140	64	64	15	15		
Bornholm	Hoofddorp	120	-2	120	29	8		15	
Lindendael	Hoorn	130		95		11		16	
St. Nicolaas	Lutjebroek	90		100		7		12	
Naarderheem	Naarden	120		60		15			
Lauwershof	Oudorp	160		32		18			
Overwhere	Purmerend	130		90	-40	13		8	
Magnushof	Schagen	60		120		15		15	
De Noordse Balk	Wormer- veer	120		60		20		4	
Oostergouw	Zaandam	124		231					-11
Oudshoorn	Alphen aan de Rijn	62		134		10		8	

	Plaats	Bedden Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Bedden Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996
De Plantage	Brielle	150		60		7			
De Capelse Verpleeghuizen	Capelle aan de IJssel	120		180		10		10	
De Bieslandhof	Delft	181		174		15		11	
Bosch en Duin	Den Haag	120		60		16			
De Eshoeve	Den Haag	30		120				15	
Gulden Huis	Den Haag	220		60		30			
Houtwijk	Den Haag	60		120				15	15
Mariahoeve	Den Haag	10		302	70			32	
R. Steinerkliniek	Den Haag	50		25					
Schildershoek	Den Haag	60		120		15			
Verpleeghuis Nebo	Den Haag	88		47					
Zorghuis dr. W. Drees	Den Haag	15		15					
De Sterrenlanden	Dordrecht	47		94		8	2		
't Nieuwe Gasthuis	Gorinchem	94		92		12		10	
Bloemendaal	Gouda	154	30	142	30	22			
De Riethoek	Gouda	130	30	130	30			21	
De Kreek	's-Gravenzande	90		60		10			
Grootenhoek	Hellevoet- sluis	60		90				7	
De Wilbert	Katwijk	110		120		8			
Lingesteyn	Leerdam	58		60					
Zuydtwijck	Leiden	106		50		20			
Leythenrode	Leiderdorp	120	-8	60	28	7	7	10	10
Prinsenhof	Leid- schendam	160		100		20	3		
Driemaashave	Maassluis	30		150	60	5		7	
De Naaldhorst	Naaldwijk	61		79				10	
De Egmondshof	Oud- Beijerland	93		93		5		5	
Huis Westhoff	Rijswijk	150		90		15			
Salem	Ridderkerk	60		90					
Antonius IJsselmonde	Rotterdam	166		64		18			
Humanitas	Rotterdam	168		147		28		12	
Meerweide ¹⁾	Rotterdam	69	69	51	51				
De Vijf Havens	Rotterdam	90		60					
Schiehoven	Rotterdam	176		74		12			
Antonius-Binnenweg	Rotterdam	120		180		17		15	
Driemaasstede	Schiedam	62		210				20	
Borchleen	Schoon- hoven	30		30					
Waerthove	Slidrecht	70		170		8		10	5
De Samaritaan	Sommelsdijk/ Middel- harnis	66		93		10		5	
Het Zonnehuis	Vlaardingen	170		90		19			
Zoetermeer	Zoetermeer	150		150		8	3	12	4
Swinhove ¹⁾	Zwijndrecht	120	120			8	8	5	5
Ter Valcke	Goes	100		115		6		6	
De Blaauwe Hoeve	Hulst	60		60		4		4	
Der Boede	Koudekerke	200		230	35	13		11	
J. Roggeveenhuys	Middelburg	10		10					
De Stelle	Oostburg	66		67		4		4	
TerWeel	Rilland (Goes)	64		110		5		6	
Ter Schorre	Terneuzen	100		125		6		8	
Ten Anker	Tholen	30		30		3		2	
Cornelia	Zierikzee	60		90		4		5	1
Altenahove	Almkerk	60		30		7		7	
Alg. Burger Gasthuis	Bergen op Zoom	158		150		12		14	
R.K. Kempisch Verpleeghuis	Bladel	105		99		4		5	
Madeleine	Boxmeer	120		90		9		11	
Lindenlust-Luduina	Boxtel	84		135		5		5	
Aeneas	Breda	137		30		10			
Boswijk/Oosterhof	Den Bosch	152	144	16					
De Nieuwenhof	Deurne	31	1	31	1			7	7

	Plaats	Bedden Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Bedden Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Somatisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996	Dagbehan- delings- plaatsen Psychogeri- atrisch	Mutatie t.o.v. 1 jan 1996
De Volkaert	Dongen	90		90		5			
De Weerde	Eindhoven	181		143		5		5	
Strijp/Dommelhoef	Eindhoven	190		87		20		5	
Peppelrode	Eindhoven	99		60		5			
St. Elisabethshuis	Etten-Leur	102		60		5			
De Riethorst	Geertrui- denberg	105		60		10		10	
St. Elisabeth Cunera	Goirle	85		65		10		10	
	Heeswijk- Dinther	40		34					
Keyzerinnedaal	Helmond	60		63	3	24		8	-4
Vita Nova	Oss	90		60		15		15	
Huize Charitas	Roosendaal	116		123	3	15		15	
St. Barbara	Schijndel	35	-25	45	25				
De Lindenburgh	Steen- bergen	30		60		4		4	
De Hazelaar	Tilburg	153		240		15		20	
St. Jozef	Tilburg	90		30		7		5	
Kempenhof	Valkens- waard	56		60		5		5	
De Watersteeg	Veghel	93		123		16		11	6
Eikendonk	Waalwijk	75		111		6		10	
Sancta Maria	Zeven- bergen	102		90		8		10	
Schuttershof	Brunssum	132	33	136	-23	12		17	
Verpleegklinieken	Heerlen	266		256		20		18	
Hornerheide	Horn	30	30	120	120	6	6	12	12
Hamboskliniek	Kerkrade	138		30		15			
De Dormig	Landgraaf	30		60		3		7	
Klevarie	Maastricht	231		163		21			
De Zeven Bronnen	Maastricht	90		90				22	
St. Camillus stichting	Roermond	180		87	-12	24		12	
Invia/Lemborgh	Sittard	150	2	150	3	15		15	
Prof. Dubois stichting	Venlo	314	14	197	-14	24		18	
Beukenrode Elzenhorst	Venray	123		178	7	28	11	48	12
St. Martinus	Weert	99		123	3	18		7	
Totaal (210 instellingen)		21 047	917	20 127	1 341	1 749	121	1 434	128

¹⁾ Dit is een gecombineerd verpleeghuis geworden.

BIJLAGE A9 GEBRUIKTE TERMEN EN HUN BETEKENIS

Aanvaardbare kosten

- Voor instellingen die via WTG-richtlijnen zijn gebudgetteerd: de raming van het (macro-) totaal aan instellingsbudgetten inclusief de raming van de kapitaallasten.
- Voor vrije beroepsbeoefenaren en niet-gebudgetteerde instellingen: de ramingen van de omzet, respectievelijk de raming van de feitelijke kosten.

Aanwijzing WTG

Opdracht van de minister van VWS aan het COTG tot het vaststellen of wijzigen van de WTG-richtlijnen.

Autonome groei

Toegestane volumegroei die niet is gekoppeld aan bouwbeslissingen of intensiveringen.

Deze groei wordt 'autonome groei' genoemd, omdat VWS geen directe instrumenten heeft om deze groei te sturen (zie 'volumegroei'). Autonome groei wordt geraamd bij gebudgetteerde sectoren en bij de sectoren met financieringsramingen (vrije beroepsbeoefenaren).

Beheerskosten

Uitvoeringskosten die zorgverzekeraars, de ZFR (en anderen) maken.

Besparingsverliezen

Niet gerealiseerd compensatiebedrag of ombuiging (besparingen).

Bouw

Het treffen van bouwkundige voorzieningen ten behoeve van uitbreiding danwel instandhouding van capaciteiten inclusief koop, huur, leasing en bestemmingswijzigingen.

Wanneer het gaat om uitbreiden van capaciteit danwel verbeteren van de kwaliteit of de efficiëntie van de zorgverlening spreken we van 'volume-bouw'. Bij vervangingsinvesteringen spreken we van 'nominaal bouw'.

Bouwkaders

Financiële (taakstellende) grenzen die aan de bouw gesteld worden.

Deze hebben betrekking op het bedrag aan exploitatiegevolgen van de investeringen in de sectoren die vallen onder de WZV en (bovendien) de dagverblijven voor gehandicapten en de gezinsvervangende tehuizen.

Budget, FB

Dat gedeelte van het COTG-budget, dat bepaald wordt door de richtlijnen functiegerichte budgettering.

Deze richtlijnen gelden uitsluitend voor de algemene ziekenhuizen. Het FB-budget wordt aangevuld met de locatiegebonden kosten: de in grote lijnen op nacalculatiebasis vastgestelde, kosten van rente en afschrijvingen.

Budget, verzekeraars

Een toegekende som geld voor een individuele verzekeraar voor gebudgetteerde verstrekkingen op basis.

Voor een individuele verzekeraar is dit de som van de normbedragen per verzekerde volgens zijn verzekerdenbestand onder aftrek van de geraamde te innen nominale rekenpremies.

Budget COTG

Het, op basis WTG-richtlijnen, erkenningsgetallen en in het lokaal overleg overeengekomen productie-afspraken, door het COTG geaccordeerde, budget van een instelling voor gezondheidszorg.

Budget, beheerskosten

Een toegekende som geld aan een individuele verzekeraar in verband met diens beheerskosten voor de uitvoering van de ziekenfondswet respectievelijk de AWBZ. Het macro beheerskostenbudget wordt na advisering door de ZFR vastgesteld door VWS. De individuele beheerskostenbudgetten worden vastgesteld door de Ziekenfondsraad. Ook: Macro beheerskostenbudget.

Budget, macro verstrekkingen

Het bedrag dat in november van jaar t –na advies van de Ziekenfondsraad– wordt vastgesteld voor t+1 ter dekking van de uitgaven van de verzekeraars voor de gebudgetteerde verstrekkingen uit de ziekenfondsverzekering en de AWBZ.

Het macro verstrekkingenbudget is gelijk aan de geraamde uitgaven (JOZ) van de verstrekkingen onder aftrek van de geraamde macro te innen nominale rekenpremie. De som van de verzekeraarsbudgetten is gelijk aan het macro verstrekkingenbudget. Het macro verstrekkingenbudget wordt vastgesteld op transactiebasis.

Budget, macro-

Een aanvaardbaar (taakstellend) kostenbedrag voor alle vrije beroepsbeoefenaren.

Overschrijden zij de macrokosten in jaar t dan worden in t + 2 (voorcalulatorisch) tariefmaatregelen getroffen. De effecten van deze maatregelen worden in t + 4 nagecalculeerd.

Budgetdiscipline

Regels voor het omgaan met mutaties bij de uitgaven en niet-belastingontvangsten, gericht op het handhaven van een eerder vastgelegd uitgavenkader.

Er zijn regels geformuleerd voor drie budgetdisciplinesectoren: de Rijksbegroting (in enge zin), de sociale zekerheid en de zorgsector.

Budgetkorting

Het verlagen van de aanvaardbare kosten voor een sector met instellingsbudgetten.

Budgettair kader zorg

Gedeelte van het JOZ-kader waarover de minister van VWS budgetverantwoordelijkheid draagt.

Het budgettair kader zorg heeft betrekking op de zorg in het eerste en het tweede compartiment. De inhoud van het budgettair kader zorg kan van jaar tot jaar wisselen door wijzigingen in het pakket (eerste en tweede compartiment).

Budgettering, dubbele-

De combinatie van verzekeraarsbudgettering en instellingsbudgettering.

Er is sprake van enerzijds budgettering van te vergoeden kosten van verstrekkingen (verzekeraarsbudgettering) en anderzijds liggen die kosten voor verzekeraars, op grond van de WTG, voor een groot gedeelte vast als resultaat van de instellingsbudgettering. Volgens de ziekenhuisbudgettering heeft het ziekenhuis recht op de financiering van het instellingsbudget (door de verzekeraar). Door de combinatie van verzekeraars- en instellingsbudgettering, loopt de verzekeraar risico over kosten (de instellingsbudgetten) die hij slechts beperkt kan beïnvloeden.

Collectieve uitgaven

Via belastingen of wettelijke premies gefinancierde uitgaven (miljoenennota:) het totaal van de relevante uitgaven van het Rijk (inclusief debudgettering) en de uitgaven van agentschappen), de overige publiekrechtelijke lichamen en de sociale fondsen. Onderlinge betalingen worden geconsolideerd.

Collectieve lastenquote

Gedeelte van het BBP dat tot de collectieve uitgaven behoort (in procenten).

Compartiment

Gedeelte van de zorg.

In het JOZ wordt de zorg in 3 delen ingedeeld, afhankelijk van de mate van sturing door de overheid. Deze sturing is in compartiment 1 vergaand. In compartiment 3 is de sturing minimaal.

Compartiment, eerste

Zorg aan chronisch zorgbehoevenden.

De sturing is in het eerste compartiment het grootst. Het gaat hier om zorg aan (chronisch) zieken, ouderen of gehandicapten die chronisch van aard is. De sturing vindt in het eerste compartiment plaats via de AWBZ (aanbod), WZV (aanbod) en WTG (productie en kosten). Qua verzekeringsvorm betreft het een wettelijke volksverzekering.

Compartiment, tweede-

Basispakket geneeskundige zorg.

In het tweede compartiment vindt de sturing slechts voor een deel door de overheid plaats (WZV: aanbod, WTG: kosten). Voor het overige komt de sturing via de markt (aanbieders/verzekeraars/consumenten) tot stand. Inhoudelijk gaat het in dit compartiment om noodzakelijk geachte zorg in de 'cure'-sector (het basispakket). Voor ziekenfondsverzekerden komt dit neer op het ZFW-pakket. Voor de particuliere sector is een overeenkomstig pakket gedefinieerd. Verzekeren voor het basispakket is verplicht (onder de ZFW-grens bij een ziekenfonds, daarboven bij een particuliere verzekeraar).

Compartiment, derde-

Aanvullende zorg.

In dit compartiment vindt geen aansturing door de overheid plaats op aanbod, productie of kosten. In specifieke gevallen is de overheid wel nog op de kwaliteit van de geleverde zorg aanspreekbaar. In dit compartiment komen zowel 'care' als 'cure' voor. De geleverde zorg kan hierbij variëren van (aanvullende) hulp in de huishouding tot tandheelkundige zorg voor volwassenen. Iedereen is vrij om zich al dan niet voor aanvullende zorg te verzekeren. Verzekeraars zijn vrij om (vormen van) aanvullende zorg in de polissen aan te bieden.

Compenseren

Redresseren van een overschrijding in het JOZ.

Blijkt een overschrijding structureel te zijn, dan worden er maatregelen genomen om te voorkomen dat negatieve effecten ook in de toekomst optreden.

Compenseren, intertemporeel

Met terugwerkende kracht compenseren.

Bij intertemporeel compenseren worden de te veel uitgegeven bedragen uit het voorgaande jaar (of voorgaande jaren) 'teruggehaald': ze worden alsnog gecompenseerd. Dit brengt met zich mee dat bij intertemporeel

compenseren ook incidentele overschrijdingen uit het verleden worden gecompenseerd.

Eigen betalingen

Alle betalingen door de consument die niet door de reguliere verzekeringen worden gedekt.

Onder de eigen betalingen vallen de volgende posten:

- Eigen bijdragen in de ZFW-sfeer;
- het effect van een eigen risico bij particulier verzekerden (inclusief KPZ en WTZ);
- contributies en retributies voor thuiswerk;
- de inkomensafhankelijke eigen bijdragen voor bejaardenoorden;
- aanvullende verzekering;
- inkomensafhankelijke bijdragen AWBZ.

Eigen bijdrage

Wettelijk bepaald dan wel overeengekomen vast bedrag of in een percentage uitgedrukt deel van de betaling van een verzekerde prestatie-eenheid, welke ten laste van de verzekerde blijft

Eigen bijdrage (inkomensafhankelijke)

Eigen bijdrage waarbij de som van de bedragen die gedurende een bepaalde periode ten laste van de verzekerde blijven is gemaximeerd op een voor iedere verzekerde gelijk bedrag.

Eigen bijdrage (inkomensafhankelijke)

Eigen bijdrage waarvan de hoogte van het wettelijk bepaalde bedrag afhankelijk is van het inkomen.

Eigen bijdrage (inkomensafhankelijke, met inkomensafhankelijk maximum)

Eigen bijdrage waarbij de som van de bedragen die gedurende een bepaalde periode ten laste van de verzekerde blijven is gemaximeerd met een maximum afhankelijk van het inkomen van de verzekerde.

Eigen risico, aan de voet

Wettelijk bepaald of tussen verzekerde en verzekeraar overeengekomen bedrag van de financiering van alle of nagenoeg alle verzekerde prestaties welke de verzekerde in een gegeven periode voor eigen rekening dient te nemen, alvorens de aanspraak op enige verstrekking of vergoeding intreedt.

Exploitatiegevolgen, bouw

Kostenmutaties (van de aanvaardbare kosten) in een zorgsector die het gevolg zijn van het in gebruik nemen van investeringen in bouwactiviteiten (zie ook exploitatieruimte).

Exploitatieraming, bouw

Raming van de exploitatiegevolgen.

De raming (per sector) wordt jaarlijks bijgesteld in verband met wijzigingen (over het algemeen veranderingen) bij de uitvoering van het bouwprogramma. Niet bestede ruimte wordt hierbij doorgeschoven naar latere jaren.

Exploitatieruimte, bouw

De ruimte voor exploitatiegevolgen van investeringen.

De exploitatieruimte vormt het kader voor de opstelling van het bouwprogramma via de ramingen van de exploitatiegevolgen.

Financiering

Zie gefinancierde kosten.

Financieringsquote

Verdeelsleutel voor toedeling van de aanvaardbare kosten aan de financieringsbronnen.

Financieringsachterstand, cumulatief

Gecumuleerd verschil tussen budget en financiering in voorgaande jaren en het huidige jaar.

Financieringsachterstand, enkelvoudig

Verschil tussen budget en financiering in enig jaar.

Financieringsverschuiving

Wisseling van de financieringsbron voor een bepaalde zorgvorm.
Voorbeeld: de overheveling van geneesmiddelen van de AWBZ naar de ZFW en particuliere verzekering.

JOZ-kader

Het bedrag aan zorguitgaven (totaal generaal) uit het JOZ.
In het JOZ bevat alle door de overheid onderscheiden sectoren van zorg de realisaties (voor oude jaren) en de ramingen gepresenteerd. Het totale bedrag aan ramingen over alle sectoren, over alle compartimenten is het JOZ-kader.

Gefinancierde kosten

Dit zijn de betalingen van zorgverzekeraars, de overheid en de patiënten aan zorgaanbieders voor verleende zorg.

Groeiruimte

Toegepaste volumegroei, zoals vastgelegd in het JOZ.

Incidenteel

Doorwerkend gedurende een beperkte tijdsperiode.

Instellingen, gebudgetteerde

Instellingen waarop een budgetteringsregime volgens WTG richtlijnen van toepassing is.

Instellingsbudget

Zie COTG-budget.

Intensivering

Het bedrag aan volumegroei in enig jaar, exclusief het volumedeel voor de bouw en voor de autonome groei en de effecten van maatregelen.

Investeringskosten

Uitgaven voor de verwerving van activa (aanschafbedrag).
Onder activa worden zowel de materiële als de immateriële activa, waarop wordt afgeschreven verstaan. Activa worden binnen de COTG-budgetsystematiek afgeschreven op basis van historische kosten.

Investeringsruimte

Het totaal aan financiën dat in het kader van de WZV danwel op grond van WTG-richtlijnen beschikbaar is gesteld aan een instelling.
De investeringsruimte vormt dus op microniveau de pendant van de exploitatieruimte.

Kapitaallasten

Rente en afschrijvingen.

Kasbasis

Wijze van administreren met een rubricering van uitgaven en ontvangsten naar het jaar waarin het geld is ontvangen danwel uitgegeven.

Kosten, feitelijke

Dit zijn de loonkosten, kapitaallasten en materiële kosten die de zorgaanbieder maakt. Indien het feitelijke- instellingen of andere jaarrekening-plichtigen betreft: conform jaarrekening.

Maatregel

Actie om een ombuiging of compensatie voor een eerdere overschrijding te implementeren.

Nabetalingen

Betalingen waarmee financieringsachterstand wordt ingelopen.

Nacalculatie

Vaststellen van instellingsbudget met terugwerkende kracht.

Na-ijlingen

Doorwerken van mutaties op oude jaren.

Nacalculatie, verzekeraars

Het (gedeeltelijk) vergoeden van een verzekeraar uit de Algemene Kas of het Algemeen Fonds voor het verschil tussen enerzijds werkelijke en naar het oordeel van de ZFR verantwoorde kosten minus de te innen rekenpremie en anderzijds het verzekeraarsbudget na herrekening voor de werkelijk gemiddelde verzekerdenstand en na toepassing van verevening.

Neventarief

Een door het COTG vastgesteld landelijk uniform tarief voor een bepaalde prestatie.

Nominale groei

Kostenontwikkeling door mutatie van lonen en prijzen alsmede de extra kapitaallasten van vervangingsinvesteringen plus eventuele maatregelen.

Normatief criterium

Achtergrond kenmerk van verzekerde dat bij het bepalen van de het normbedrag wordt gebruikt, bijvoorbeeld leeftijd en geslacht.

Normbedrag

Het bedrag dat een verzekeraar ontvangt in het verzekeraarsbudget voor een bij hem aangesloten verzekerde. Dit bedrag per verzekerde hangt af van de risicoklasse (gebaseerd op objectieve achtergrond kenmerken van de verzekerdenpopulaties) waaronder de verzekerde valt. Op dit bedrag is de te innen nominale premie nog niet in mindering gebracht.

Normuitkering

Het bedrag, dat een verzekeraar ontvangt in het verzekeraarsbudget voor een aangesloten verzekerde. Dit is de som van alle normbedragen voor één verzekeraar minus de som van de rekenpremies.

Onderschrijding

Lager realisatiecijfer (uitgavencijfer) dan de JOZ-raming, voorzover veroorzaakt door het volume. Afwijkingen veroorzaakt door een andere nominale ontwikkeling dan geraamd zijn géén onderschrijdingen.

Overige betalingen

Het gedeelte van de totaal gefinancierde kosten, dat niet valt onder ZFW, AWBZ, particuliere verzekering of overheid. Hieronder vallen eigen betalingen alsmede definitieverschillen ten gevolge van verschillende informatiebronnen. Deze definitieverschillen bestaan uit het verschil tussen de waarneming van de productiecijfers per sector van de gezondheidszorg enerzijds en het gefinancierde deel dat via de verzekeraars wordt waargenomen anderzijds.

Deze verschillen kunnen verschillende oorzaken hebben. Behalve statistische verschillen tussen de diverse bronnen betreft het voor een belangrijk deel eigen betalingen van ziekenfondsverzekerden en particulier verzekerden als gevolg van eigen risico of andere beperkingen in het verstrekkingenpakket.

Overschrijding

Hoger realisatiecijfer (uitgavencijfer) dan het Budgettair Kader Zorg.

Parameterwaarde

Het bedrag (het scala van bedragen) dat behoort bij een door het COTG vastgestelde richtlijn. Er bestaan parameterwaarden voor (bijvoorbeeld) adherentie, capaciteiten en productie-indicatoren.

Particuliere uitgaven

Uitgaven in het kader van de particuliere verzekering alsmede de overige betalingen.

pBBP

Prijsdeflator van het Bruto Binnenlands Product.

Planning- en bouwbeleid

Het door VWS, op basis van de WZV gevoerde beleid, gepaard gaande met instandhouding danwel uitbreiding van capaciteit al dan niet gepaard gaande met investeringen.

Productie-indicator

Type productie waarover in het kader van het instellingsbudget productieafspraken worden gemaakt tussen het ziekenhuis en de verzekeraars. De productie-indicatoren zijn verpleegdag, opname, eerste polikliniekbezoek, dagverpleging, en topklinische zorg. De productie-indicatoren bepalen het productiegebonden deel van het FB-budget van algemene ziekenhuizen.

Productie-afpraak

Een overeenkomst tussen een gebudgetteerde instelling en de ziektekostenverzekeraars over de productie waarmee rekening wordt gehouden bij het voor een bepaald jaar overeen te komen budget.

Verschillen tussen deze productie-afspraken en de feitelijke productie leiden achteraf niet tot een bijstelling van de omvang van de variabele productieparameters.

Rekenpremie

De gemiddelde nominale premie per volwassene (ZFW dan wel AWBZ), die verzekeraars zouden moeten heffen ter volledige dekking van het verschil tussen de geraamde uitgaven (ten tijde van vaststelling van het macro verstrekkingen budget) en het macro verstrekkingenbudget zelf.

Rente(kosten) aanbieders

Hieronder vallen alle rentekosten. Dus zowel de kosten van financiering van de korte termijn liquiditeitsbehoefte als de financiering van investeringen. Tenzij anders vermeld bedoelen we met rentekosten altijd de netto

rentekosten. Dat wil zeggen de betaalde rente onder aftrek van de ontvangen rente.

Rente(kosten) verzekeraars

Alle rentekosten en baten die het exploitatieresultaat van een verzekeraar bepalen.

Rente(kosten) Algemene Kas en Algemeen Fonds

Rentekosten samenhangend met leningen die afgesloten worden om een tekort in de kassen op te vangen.

Reserve aanvaardbare kosten

Het totaal (cumulatief) van de jaarlijkse verschillen tussen budget en feitelijke kosten.

Richtlijnen, COTG

Zie WTG richtlijnen.

Risico-klasse verzekeraarsbudget

In het normuitkeringstelsel is dit een groep verzekerden met gelijke objectieve achtergrond kenmerken met betrekking tot gezondheidsrisico's. Bijvoorbeeld: 20 tot 24 jarige mannen.

Specifiek eigen risico

Wettelijk bepaald of tussen verzekerde en verzekeraar overeengekomen vast bedrag of percentage van de kosten van één of meer verzekerde prestaties welke de verzekerde in een gegeven verzekeringsperiode voor eigen rekening dient te nemen, alvorens aanspraak op enige verstrekking of vergoeding intreedt.

Splitisingsmodel

Een model om in de ZFW-budgettering rekening te houden met de voor ziekenfondsen optredende knelpunten als gevolg van de dubbele budgettering.

Structureel

Permanent doorwerkend.

Taakstelling

Negatieve maatregel om aan het financiële kader te voldoen.

Tarief, neven-

Zie Neventarief.

Tarief

Een aan een verzekeraar of patiënt in rekening te brengen bedrag voor een bepaalde prestatie.

Tarief verpleegdag

Het door het COTG goedgekeurd tarief voor een verpleegdag in een bepaalde verpleegklasse in een bepaalde instelling. Het verpleegdagtarief, of verpleegtartief (een bedrag per klinische verpleegdag) fungeert als sluittarief in die zin dat het verschil tussen vastgesteld budget en (geraamde) opbrengst uit neventarieven gedeeld wordt door het geraamde aantal verpleegdagen. De uitkomst is het verpleegtartief, dat derhalve per instelling verschillend is.

Transactiebasis

Wijze van administreren met een rubricering van ontvangsten en uitgaven naar het jaar waarop ze betrekking hebben, het jaar van levering.

Qua oorzaak zijn er twee varianten te onderscheiden:

- Betalingen in t+1 van declaraties van behandelingen die plaatsvonden in t (of eerdere jaren). Transactie betekent dan dat deze betaling wordt meegenomen bij de betalingen voor jaar t (of eerdere jaren).
- Het uitzuiveren van betalingen in t die betrekking hebben op oude jaren.

Twee voorbeelden:

Voor de vrije beroepen is in de ZFW-sector altijd de mogelijkheid geweest om tarieven af te geven met terugwerkende kracht. Zo konden de ziekenfondsen in jaar t geconfronteerd worden met tariefbeschikkingen over t-1, t-2, enzovoort waardoor in jaar t extra betalingen ontstonden over oude jaren;

Daarnaast kunnen in de ziekenhuistarieven componenten opgenomen zijn voor financieringstekorten in oude jaren.

Uitgaven

- voor instellingen die via WTG-richtlijnen zijn gebudgetteerd: het totaal aan vastgestelde instellingsbudgetten ex WTG.
- voor vrije beroepsbeoefenaren en niet-gebudgetteerde instellingen: de omzet, respectievelijk feitelijke kosten.

Verevenen (tussen verzekeraars)

Het aanpassen van de individuele verzekeraarsbudgetten voor het verschil tussen het tekort/overschot per premie-equivalent van de individuele verzekeraar en het gemiddelde tekort/overschot van alle verzekeraars samen per premie-equivalent exclusief rekenpremie. Bij 100% verevenen is voor alle verzekeraars het tekort/overschot per premie-equivalent het zelfde. Het macro verstrekkingen budget blijft gelijk.

Vermoedelijk beloop

Raming van de uitgaven van jaar t op basis van realisatiecijfers van een gedeelte van jaar t.

Gedurende het jaar komt er op tal van plaatsen steeds meer informatie beschikbaar over de uitgaven. Gebruik makend van deze informatie kan tussentijds zicht worden gekregen op de aansluiting tussen raming en realisatie.

Verzekering, particuliere

Verzamelnaam voor de maatschappij-polissen, standaardpolissen en standaardpakketpolissen van de particuliere verzekeringsmaatschappijen alsmede aanvullende ZFW verzekeringen en de KPZ verzekeringen.

Volumebouw

Bouwprojecten die leiden tot een groei van het zorgvolume.

Volumegroei

Toegestane uitbreiding van zorgvolume.

De gewenste hoogte van de macrogroei is een beleidskeuze die is vastgelegd in het regeerakkoord. Per sector van de zorg kan een ander percentage gelden. Bij de realisatiecijfers kan blijken dat de gerealiseerde volumegroei meer is geweest dan de gewenste: een overschrijding.

Werkelijke kosten

De kosten van vergoedingen en verstrekkingen van een verzekeraar.

WTG-richtlijnen

Regels die ex-WTG worden gehanteerd voor de beoordeling en berekening van budgetten en tarieven.

Ijkljn zorg

Aanduiding voor het gedeelte van de zorg dat collectief gefinancierd wordt.

De ijkljn bevat uitgaven die worden gefinancierd via de AWBZ, de ZFW, de begroting en de WTZ-omslagbijdrage. De ijkljn kan veranderen als gevolg van wijzigingen in (onder andere) het pakket, eigen bijdragen, eigen risico's en de ZFW-inkomensgrens.

BIJLAGE A10 STAND OMBUIGINGEN JOZ 1997

Tabel A10.1 Samenvattend overzicht maatregelen JOZ 1997

	1997	1998
Budgetkorting algemene ziekenhuizen	100,0	100,0
Budgetkorting academische ziekenhuizen	35,0	35,0
Beperken vermogensgroei kruiswerk	20,0	20,0
Eigen bijdrage AWBZ (sofinummer)		50,0
Organisatie griepvaccinatie	15,0	15,0
Voorschrijven op stofnaam	50,0	50,0
Pakketverkleining psychotherapie	10,0	40,0
Hulp-, geneesmiddelen en huisartsenhulp in budget verzorgingshuizen		25,0
Inzetten intensiveringsruimte 1997	140,0	140,0
Nog op te lossen problematiek voor ouderen		135,0
Eenmalige bijdrage vanuit de begroting	55,0	
Overige maatregelen		
– herstructurering kleine ziekenhuizen	10,0	
– decentralisatie ziekenvervoer		5,0
– rentenormering	10,0	10,0
– ontwikkeling protocollering/kengetallen	-10,0	-10,0
– diversen	7,0	7,0
Subtotaal		
Totaal	442,0	632,0

Budgetkorting algemene ziekenhuizen

De budgetkorting van f 100 mln is in 1997 gerealiseerd via een incidentele korting. De afrekening over 1996 levert geen redressering van de overschrijding op. Daarom zal conform vigerend beleid aan het COTG een aanwijzing worden gegeven de incidentele korting over 1996, vanaf 1997 om te zetten in een structurele korting.

Budgetkorting academische ziekenhuizen

Deze maatregel is structureel gerealiseerd.

Beperken vermogensgroei kruiswerk

Deze maatregel is structureel gerealiseerd.

Organisatie griepvaccinatie

Met betrokken partijen zijn afspraken gemaakt over 1997, 1998 en latere jaren. Met deze afspraken is de taakstelling in principe gerealiseerd. Of de uitvoering 1997 de afgesproken taakstelling ook werkelijk genereert zal uit de realisatie moeten blijken.

Voorschrijven op stofnaam

Het bedrag van f 50 mln heeft betrekking op het voorschrijven op stofnaam in de eerste en tweede lijn. Voor de eerste lijn is sinds 1995 beleid in gang gezet. Voor de tweede lijn lopen zaken tot op heden moeizaam. Met de invoering van de Wet Geneesmiddelenprijzen kan worden verwacht dat de prijsverschillen tussen specialité's en generieke en parallel-geïmporteerde producten kleiner wordt. Dit kan gevolgen hebben voor de opbrengsten

Pakketverkleining psychotherapie

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen zijn de beleidsvoornemens hieromtrent aan de orde geweest. In reactie op de motie Wolffensperger c.s. (TK, 1996–1997, 25 000, nr.17) is besloten geen uitvoering te geven aan de voorgenomen pakketoverheveling en pakketbeperking. Dit mede in relatie tot de toenemende vraag naar (ambulante) GGZ-hulp en de wachtlijsten bij RIAGG en poliklinieken. Vervolgens is gekozen voor het instrument van de lokale initiatieven om te komen tot kostenbeheersing en kwaliteitsverbetering. De verwachting is dat deze maatregelen eerst op

lange termijn effect zullen scoren. Onder andere om deze taakstelling te compenseren is besloten om aan de psychiaters in 1997 geen autonome groei van f 1 mln toe te kennen en om eigen bijdragen te gaan heffen in het eerste jaar van opname in APZ-en en bij de PAAZ.

Inzetten intensiveringsruimte 1997

Deze maatregel is gerealiseerd.

Eenmalige bijdrage uit de begroting

Deze maatregel is gerealiseerd.

Overige maatregelen

Herstructurering kleine ziekenhuizen

De maatregel is getroffen vanuit de gedachte, dat een kostenbeperking mogelijk is door een betere samenwerking tussen de kleine en de grote(re) ziekenhuizen. Dit uit zich met name in lagere budgetten vanwege lagere productie-afspraken. Daarom is de taakstelling die aan de maatregel is gekoppeld structureel ten laste gebracht van de ruimte voor volume-ontwikkeling in de algemene ziekenhuizen.

Rentenormering

Aan het COTG is verzocht om per 1 januari 1997 richtlijnen te ontwikkelen voor de normering van kort krediet bij sectoren waarvoor thans renteprotocollering geldt (verpleeghuizen, gehandicapten). Invoering van een dergelijke richtlijn vergde volgens het COTG omvangrijk onderzoek. De richtlijn kon derhalve niet per 1 januari 1997 worden ingevoerd. De opbrengst van f 10 mln in 1997 is derhalve niet gehaald.

Ontwikkeling protocollering/kengetallen

De in de voortgangsnotitie Medical Technology Assessment en doelmatigheid van zorg van 2 april jongstleden aangekondigde projecten ter ontwikkeling van verdere protocollering en verbetering van kengetallen gaan dit najaar van start. Doel is het standaardiseren van een groot aantal verrichtingen en zorgprocessen en de toepassing daarvan te bevorderen. Aandacht wordt daarbij gegeven aan het verkrijgen van spiegelinformatie en benchmarking.

BIJLAGE A11 MEEWERKENDE ORGANISATIES

Bij de totstandkoming van het JOZ werken een groot aantal organisaties mee. Daarvoor is veel dank aan de diverse organisaties verschuldigd. Als zodanig zijn te noemen:

- Centraal Administratie Kantoor;
- Centraal Bureau voor de Statistiek;
- Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg;
- Centraal Planbureau;
- College voor Ziekenhuisvoorzieningen;
- Federatie Landelijke Stichting Bejaardenoorden;
- FIAD Vereniging dag- en woonvoorzieningen voor geestelijk gehandicapten;
- Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg;
- Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie;
- Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering van de Pharmacie;
- Kontaktorgaan Publiekrechtelijke Ziektekostenverzekeraars;
- Landelijk Evaluatie Team voor het Bevolkingsonderzoek naar Borstkanker;
- Landelijke Vereniging van Sociaal Geneeskundigen;
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg;
- Landelijke Vereniging voor GGD-en;
- Landelijke Huisartsen Vereniging;
- ministerie van Binnenlandse Zaken;
- ministerie van Financiën;
- ministerie van Justitie;
- ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen;
- ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;
- Nationaal Ziekenhuisinstituut;
- Nederlandse Associatie van de Farmaceutische Industrie;
- Nationale Raad voor de Volksgezondheid;
- Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde;
- Nederlandse Organisatie van Verloskundigen;
- Nederlandse Vereniging van Oefentherapeuten- Mensendieck;
- Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen;
- Nederlandse Vereniging voor Verpleeghuiszorg;
- Nederlandse Vereniging voor Consultatiebureaus voor Alcohol en Drugs;
- Nederlandse Vereniging voor Logopedie en Foniatrie;
- Nederlandse Zorgfederatie;
- Orde van Medisch Specialisten;
- Somma, Landelijke Vereniging van instellingen voor maatschappelijke dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap;
- Vektis BV, informatiebureau van alle zorgverzekeraars;
- Vereniging Bewegingsleer Cesar;
- Vereniging Geestelijke Gezondheidszorg Nederland;
- Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland;
- Vereniging van Integratie Kankercentra;
- Vereniging van Nederlandse Verzorgingshuizen;
- Woonzorg Federatie;
- Ziekenfondsraad;
- Zorgverzekeraars Nederland.

BIJLAGE B1 FINANCIËLE TOELICHTING

In deze bijlage wordt gedetailleerd ingegaan op de volgende zaken: de ten opzichte van het vorige JOZ waargenomen mee- en tegenvallers, de besparingsverliezen, de compensatiemaatregelen (paragraaf B1.1 en B1.2), de aanwending van de voor 1998 beschikbare groei ruimte en de verdeling per sector (paragraaf B1.3), en overige mutaties (paragraaf B1.4).

B1.1 Mee- en tegenvallers en besparingsverliezen

In tabel B1.1 is voor de sectoren van het JOZ nagegaan wat de geraamde uitgavenontwikkeling is ten opzichte van de raming in het JOZ 1997. Onderscheid is gemaakt naar volume, mee- en tegenvallers, besparingsverliezen en technisch/statistische mutaties.

In tabel B1.1 zijn de mutaties ten opzichte van het JOZ weergegeven.

Tabel B1.1 Mutaties uitgavenraming ten opzichte van JOZ 1997

	1996	1997	1998
Mee- en tegenvallers en besparingsverliezen			
Nominaal			
- vrijval tranche 1996	-91,8	-81,9	-86,5
Volume			
- tandheelkundige zorg	34,7	34,7	34,7
- academische ziekenhuizen	13,8	13,8	13,8
- geneesmiddelen	150,0	150,0	150,0
- taxol		20,0	30,0
- hulpmiddelen	101,6	106,0	
- TBS-klinieken		13,1	15,6
- pgb gehandicapten	-15,0	15,0	
- verzorgingshuizen	55,7		
- diverse knelpunten thuiszorg		25,0	
- thuiszorg indicatiestelling		16,0	16,0
- SBOH	6,0	19,0	14,0
- cervixscreening	22,2	17,1	11,1
- wachtlijsten cure		50,0	
- fysiotherapie c.a.	20,5	20,5	20,5
- tandheelkundige specialistische zorg	-39,0	-39,0	-39,0
- vrijgevestigde psychiaters		9,0	39,0
- top- en topreferentiezorg			30,0
- traumacentra			10,0
- eigen bijdrage AWBZ (sofinummer)			50,0
- onderuitputting Melkertbanen			-50,0
- actualisatie netto-effect inningskosten eigen bijdragen			-20,0
- TVK-reserve			-52,0
- diversen	-19,7	12,8	42,0
Bouw			
- actualisatie bouwprogramma's	-70,8	-264,1	-122,0
- kapitaallasten	-92,5	27,3	27,3
Technisch/statistisch	-270,9	-258,2	-113,8
Totaal	195,2	-93,9	20,7

Ter toelichting op de tabel B1.1 dient het volgende.

Nominaal

Na toedeling van de nominale bijstelling 1996 resteert dit bedrag op het in hoofdstuk 8, onderdeel 5 aanvullende post, geraamde bedrag. Deze middelen vallen structureel vrij.

Volume

Tandheelkundige zorg

Op het ZFW-deel wordt voor het derde achtereenvolgende jaar een volumeoverschrijding geconstateerd op het VWZ-cluster (f 43,4 mln). De overschrijding van f 43,4 mln in het VWZ-cluster wordt nog voor een deel gemitigeerd door een hoger dan verwachte opbrengst van de maatregel bij de Tandheelkundige Jeugdzorg (-/- f 20 mln). In het particuliere deel is de overschrijding op het wettelijk deel, gecorrigeerd voor een hogere opbrengst van de TJZ-maatregel, f 10,7 mln. Op het AWBZ-deel wordt een overschrijding geconstateerd van f 0,7 mln in 1996. Totale structurele overschrijding is derhalve f 34,7 mln.

Academische ziekenhuizen

De overschrijding van f 13,8 mln wordt voor f 9,0 mln verklaard door een bijstelling van het budget over 1995. De resterende f 4,8 overschrijding is een saldo van meerkosten (f 5,8 mln) op de post honoraria medisch specialisten, een f 3 mln hogere opbrengst (meevaller) van de tweejarige nullijn en een overschrijding van f 2 mln op overige kleinere posten.

Geneesmiddelen

De genoemde f 150 mln betreft het BKZ-relevante deel van de overschrijding van de raming met f 230 mln. De overschrijding is het gevolg van onder meer een beperkt besparingsverlies op de WGP, de toelating van enkele nieuwe geneesmiddelen en volume - respectievelijk substitutie-effecten.

Taxol

Ten behoeve van de verstrekking van taxoïden kunnen ziekenhuizen, onder voorwaarden, de kosten grotendeels declareren. De hiertoe opgestelde subsidieregeling loopt tot en met 1998. Te zijner tijd zal de effectiviteit en doelmatigheid van de taxoïden opnieuw worden gezien aan de hand van de alsdan voorhanden zijnde gegevens.

Hulpmiddelen

De tegenvaller bij de hulpmiddelen is met name het gevolg van volume- en prijseffecten. De ten behoeve van kosten beheersing in het leven geroepen projectgroep (zie ook hoofdstuk 4) zal nog dit kalenderjaar een aantal voorstellen doen.

TBS-klinieken

Ten behoeve van verdere uitbreiding van de TBS-klinieken zijn er vanaf 1997 gelden beschikbaar. De hierboven weergegeven reeks geeft van de AWBZ financiering de uitbreiding weer (80%). Het restant van de financiering (20%) neemt Justitie voor haar rekening.

Verzorgingshuizen

De incidentele overschrijding betreft onder meer de nominale bijstelling die slechts deels in de raming was verwerkt.

Thuiszorg

In 1997 wordt f 25 mln extra ter beschikking gesteld voor verschillende knelpunten in de thuiszorg. Dit betreft onder andere de budgetgarantie van instellingen die tussen 1994 en 1996 zijn toegetreden en de incidentele kosten bij de indicatiestelling.

SBOH

Op de beroepsopleiding voor de huisartsen doet zich een overschrijding voor van f 6 mln in 1996, f 19 mln in 1997 en vervolgens f 14 mln vanaf 1998. De overschrijding heeft deels te maken met het feit dat de informa-

tievoorziening met betrekking tot de beschikbaar gestelde subsidiebedragen achterliep en deels doordat de beroepsopleiding recentelijk is uitgebreid en daarvoor in het JOZ verzuimd was middelen beschikbaar te stellen.

Cervixscreening

Met ingang van 1996 heeft het bevolkingsonderzoek voor cervixscreening een andere opzet gekregen. Tevens is er sprake van een inhaalslag van een deel van de doelgroep die nog niet eerder is opgeroepen. Structureel zal er f 35 mln per jaar beschikbaar zijn voor het bevolkingsonderzoek.

Wachttijsten cure

In 1997 is eenmalig f 50 mln beschikbaar gesteld voor het wegwerken van de wachttijsten. Hiervan is f 29 mln beschikbaar gekomen voor de ziekenhuizen, f 16 mln voor de academische ziekenhuizen en f 5 mln voor de RIAGG-en.

Fysiotherapie

Bij de fysiotherapie doet zich per saldo een tegenvaller voor als gevolg van een iets geringere opbrengst van de pakketmaatregel dan geraamd in dit kader in combinatie met een volumetoename in het tweede compartiment. Hierbij zij opgemerkt dat de geraamde opbrengst van de pakketmaatregel wel wordt gerealiseerd als de opbrengst bij de oefentherapeuten Cesar en -Mensendieck in het beeld worden betrokken.

Tandheelkundige specialistische zorg

In 1995 is een pakketbeperkende maatregel getroffen binnen de tandheelkunde, waarbij een aantal verrichtingen zijn overgeheveld naar het derde compartiment. Het effect van deze maatregel voor de tandheelkundige specialistische zorg was destijds moeilijk in te schatten en is daarom laag ingezet. Naar nu blijkt levert deze maatregel een extra besparing op in het wettelijk verzekerde deel van f 39 mln.

Vrijgevestigde psychiaters

In reactie op de motie Wolfensperger (TK, 1996–1997, 25 000, nr. 17) is besloten geen uitvoering te geven aan het voornemen om de aanspraak op psychotherapie door vrijgevestigde psychiaters over te hevelen naar het derde compartiment, onder gelijktijdige beperking van de aanspraak met f 10 mln in 1997, respectievelijk f 40 mln in 1998. Vervolgens is gekozen voor het instrument van lokale initiatieven. De verwachting is dat deze maatregelen pas op termijn effect zullen sorteren. De oorspronkelijke taakstelling is volledig als besparingsverlies opgenomen.

Top- en topreferentiezorg

In het FOZ 1996 is een korting voorgenomen op de topklinische zorg van f 10 mln vanaf 1998 bij de algemene ziekenhuizen en f 20 mln bij de academische ziekenhuizen. Deze korting wordt echter niet gerealiseerd, zodat een besparingsverlies optreedt van f 10 mln bij de algemene ziekenhuizen en van f 20 mln bij de academische ziekenhuizen.

Traumacentra

Vanaf 1998 is er f 10 mln beschikbaar voor de traumacentra. In de notitie 'Met Zorg Verbonden' van juni 1997 wordt de aanpak beschreven om tot een geleidelijke herverdeling te komen van het bestaande aanbod van traumapatiënten, zodat fasegewijs een concentratie kan plaatsvinden van traumacentra.

Eigen bijdrage AWBZ (sofinummer)

In het JOZ 1997 is het beleidsvoornemen opgenomen van het Centraal Administratiekantoor te belasten met de centrale inning van eigen

bijdragen. De beoogde efficiencywinst was geschat op f 50 mln. Dit voornemen bleek in de praktijk tot zeer grote complicaties te leiden. In dat verband is besloten de inning bij de uitvoeringsorganen te laten en te onderzoeken op welke wijze dit beleidsvoornemen kan worden uitgevoerd.

Onderuitputting Melkertbanen

Dit betreft de onderuitputting –op grond van gerealiseerde en ingevulde Melkert-banen in 1996– die bij de afrekening in 1998 vrij zal komen.

Actualisatie netto-effect inningskosten eigen bijdragen

Het betreft hier een actualisatie van het financiële beeld van de inningskosten eigen betalingen van de verzorgingshuizen die in BKZ-termen f 20 mln gunstiger uitvalt.

TVK-reserve

Bij de invulling van de maatregelen, zoals door de Taskforce Volumebeheersing en kostenbeperking in het rapport 'Zuinig met Zorg' van 23 februari 1995 is weergegeven, is rekening gehouden met een reserve van f 52 mln in 1998 en structureel f 112 mln vanaf 1999. Deze reserve was beoogd om eventuele besparingsverliezen op te vangen. Deze reserve is in dit JOZ 1998 ingezet.

Bouw

Actualisatie bouwprogramma's

Afgelopen jaar zijn de bouwprogramma's 1995–1996 en 1997 tot en met 2000 geactualiseerd. De in bovenstaande tabel weergegeven cijfers geven de mutaties in de exploitatiegevolgen weer voortvloeiende uit over- en onderschrijdingen op de investeringskosten, versnellingen/vertragingen op de bouw tijden en wijzigingen op de inhoud van projecten die in de bouwprogramma's zijn opgenomen.

Kapitaallasten

In deze reeks worden de mutaties weergegeven die opgetreden zijn in de kapitaallasten. De kapitaallasten bestaan uit vrijvallende kapitaallasten WZV, vrijvallende kapitaallasten melding, afschrijvingskosten inventaris en afschrijvings- en rentekosten melding. In deze reeks is de aanvullende post verwerkt waar het verschil tussen de JOZ-boekhouding en de cijfers van het COTG met betrekking tot de afschrijvings- en rentekosten van de melding voor de 'incidentele instandhouding' is geboekt. Dit verschil is ontstaan doordat in de JOZ-boekhouding de rente- en afschrijvingsgevolgen van de melding zijn verwerkt, ervan uitgaande dat de trekkingsrechten voor de 'incidentele instandhouding' volledig verzilverd worden in het jaar dat ze worden opgebouwd. De cijfers van het COTG –op basis waarvan de sectoren worden afgerekend– geven de werkelijk in de budgetten opgenomen bedragen voor de meldingsregeling weer.

Volgend jaar zullen de cijfers JOZ en COTG op elkaar worden afgestemd en zullen de cijfers 1996 voor dit onderdeel in de sectoren worden gecorrigeerd.

B1.2 De maatregelen

Zoals uit tabel 1.3 van hoofdstuk 1 en de toelichting daarop blijkt heeft VWS een maximale inspanning geleverd om binnen het JOZ-kader zoveel mogelijk middelen vrij te maken voor opwaartse volumemutaties. Deze bestaan zowel uit beleidsmatige kennis om te intensiveren (met name gericht op de aanpak van wachtlijsten en meer handen aan een bed in de

caresector), als uit het saldo van diverse mee- en tegenvallers en besparingsverliezen, zoals in de voorgaande paragraaf is beschreven.

In de onderstaande tabel B1.2 is een overzicht gegeven van maatregelen en overige middelen die zijn vrijgemaakt.

Tabel B1.2 Maatregelen en overige neerwaartse volumemutaties

	1998
Aanpak bonussen en kortingen apothekers	100
Diverse maatregelen	
– correctie niet noodzakelijke griep prik naar derde compartiment	10
– redresseren overschrijding tandheelkunde (ZFW-deel) met tariefsmaatregel	23
– aanscherpen indicatiestelling zittend ziekenvervoer	10
– invoeren beperkende maatregel logopedie (voortbouwen op RA)	10
– invoering eigen bijdragen (lang tarief) in het eerste jaar verblijf APZ en PAAZ	20
– vermindering subsidies PEO beleid	3
– verlaging subsidie art. 39 WfV, vijfde lid (aanwijzingsbevoegdheid minister)	10
– korting beheerskosten verzekeraars i.v.m. fusies en automatisering (ZFW/AWBZ)	25
– terugvordering teveel verstrekte subsidie	27
Totaal	238

Onderstaand volgt een toelichting op deze tabel.

Aanpak bonussen en kortingen apothekers

De ombuiging is in overleg met de KNMP tot stand gekomen. Voor de nadere operationalisering is het COTG verzocht om de inkoopvergoeding voor de geneesmiddelen zodanig te verlagen dat deze ombuiging gerealiseerd wordt.

Diverse maatregelen

Correctie niet noodzakelijke griep prik naar derde compartiment

In de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg is afgesproken het huisartsenkader zoveel mogelijk te schonen voor uitgaven die niet tot het WTG-pakket aan noodzakelijke huisartsenzorg behoren (het tweede compartiment). In verband hiermee wordt het huisartsenkader technisch gecorrigeerd voor de kosten van de buiten de programmatische preventiecampagne vallende griep prikken (naar het derde compartiment).

Redresseren overschrijding tandheelkunde

Uit de evaluatie blijkt dat de tandheelkunde het kader in 1996 met f 23 mln (ZFW-deel) heeft overschreden. Aangezien dit het derde achtereenvolgende jaar is dat de tandheelkunde het kader overschrijdt, kan niet langer volgehouden worden dat dit incidentele effecten zijn als gevolg van de pakketoverheveling uit 1995. Voorgesteld wordt een tariefskorting op het ZFW-deel (aanwijzing COTG) door te voeren voor hetzelfde bedrag.

Aanscherpen indicatiestelling zittend ziekenvervoer

Het betreft hier –door middel van een scherpere indicatieomschrijving van het zittend ziekenvervoer– het tegengaan van een onnodig gebruik van het sterk stijgend zittend ziekenvervoer. Opbrengst van deze maatregel wordt ingeschat op f 10 mln.

Invoering beperkende maatregel logopedie

In het Regeerakkoord is aangekondigd aan de hand van de trechter van Dunning te zullen komen met pakketbeperkende maatregelen op het

terrein van de paramedische zorg. Voor fysio- en oefentherapie is zo'n beperkende maatregel met succes vanaf 1996 ingevoerd. Voorgesteld wordt nu ook een vergelijkbare maatregel te treffen bij de logopedie.

Invoering eigen bijdragen APZ en PAAZ

Deze maatregel beoogt de bestaande verschillen in eigenbijdrageregime tussen de AWBZ-sectoren per 1 juli 1998 op te heffen. Dit betekent dat voor patiënten in Algemene Psychiatrische Ziekenhuizen (APZ-en) en Psychiatrische afdelingen in Algemene Ziekenhuizen (PAAZ-en) per die datum in het eerste jaar de lage eigen bijdrage van maximaal f 1 085,- per maand zal gelden, evenals voor bewoners van een herstellingsoord.

Vermindering subsidie PEO-beleid

Het betreft hier een taakstellende korting op de middelen bestemd voor projecten, experimenten en onderzoek (PEO) voor een bedrag van f 3 mln. Invulling geschiedt bij de opstelling van de jaarlijkse PEO-brief.

Verlaging subsidie art. 39 WFV

Voorgesteld wordt de middelen (f 25 mln) betrekking hebbend op de aanwijzingsbevoegdheid van de minister voor subsidieprojecten via de Ziekenfondsraad (art. 39 WFV, vijfde lid) met f 10 mln te korten vanaf 1999. In 1998 wordt de korting gevonden binnen de overige curatieve zorg.

Korting beheerskosten verzekeraars

In verband met doorgevoerde fusies en de hogere automatiseringsgraad bij uitvoeringsorganen voor de ZFW en de AWBZ zal het beheerskosten-budget met f 25 mln worden gekort.

Terugvordering teveel verstrekte subsidie

In het verleden is teveel subsidie bevoorschot aan verzorgingshuizen. Thans lopen procedures om de f 27 mln terug te vorderen.

B1.3 Volumegroei 1998

Ter informatie wordt in tabel B.1.3 de aanwending van de groeiruimte voor 1997 weergegeven.

Tabel B1.3 Aanwending groeiruimte 1997

	Onontkoombare groei	Vroegtijdige intensivering	Specifiek volume	Capaciteitsuit- breiding WZV	Totaal
Preventieve zorg			1,0		1,0
Curatieve somatische zorg	221,0	107,8	29,5	1,0	359,3
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	105,0				105,0
Geestelijke gezondheidszorg	10,0		10,2	30,0	50,2
Gehandicaptenzorg	10,0	10,4	0,3	26,4	47,1
Ouderenzorg			27,0	122,0	149,0
Beheer en diversen		22,0	1,0		23,0
Totaal	346,0	140,2	69,0	179,4	734,6

Tijdens de besprekingen in het kabinet rond de vaststelling van de kaders voor 1998 bleek dat de sector Volksgezondheid niet uit kwam met de 1,3% groei uit het Regeerakkoord. Door het kabinet is derhalve f 475 mln extra volumegroei voor de zorgsector in 1998 beschikbaar gesteld. De verdeling van deze middelen staan weergegeven in tabel B1.4. Voor een bedrag van f 108 mln financiert VWS dit zelf uit de beschikbare 1,3% volumemiddelen. Zie verder de toelichting bij tabel B1.5.

Tabel B1.4 Aanwending extra volume kabinet 1998

	Nieuwe genees- middelen	Meer handen aan het bed (zorgzwaarte)	Wachlijsten	Totaal 1998
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen (totaal)	50,0			50,0
Geestelijke gezondheidszorg (totaal)			25,0	25,0
Gehandicaptenzorg (totaal)		45,0	100,0	145,0
Ouderenzorg (totaal)		145,0	110,0	255,0
– verpleeghuizen		80,0		80,0
– verzorgingshuizen		65,0		65,0
– thuiszorg			110,0 ¹⁾	110,0
Totaal	50,0	190,0	235,0	475,0

¹⁾ Waarvan f 7,0 mln voor de indicatiestelling thuiszorg. Tezamen met de f 3,0 mln uit de specifieke groei is hiervoor vanaf 1998 f 10 mln beschikbaar.

De totale 1,3% groeiruumte voor 1998 is f 764,0 mln. In verband met de inzet van f 108 mln hieruit ter dekking van de bij het kabinet verkregen extra middelen voor extra volumegroei vanaf 1998 blijft hiervan f 656 mln over ter nadere verdeling over de JOZ-sectoren. In de onderstaande tabel B1.5 wordt de aanwending van de overgebleven groeiruumte ad f 656 mln weergegeven.

Tabel B1.5 Aanwending groeiruumte 1998

	Onontkoom- bare groei	Specifieke knelpunten	Capaciteits- uitbreiding WZV	Totaal
Preventieve zorg	6,0	12,0		18,0
Curatieve somatische zorg	164,0	29,2	35,0	228,2
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	74,0			74,0
Geestelijke gezondheidszorg			70,0	70,0
Gehandicaptenzorg		15,0	93,0	108,0
Ouderenzorg		3,0	147,0	150,0
Beheer en diversen	8,0			8,0
Totaal	252,0	59,2	345,0	656,2

Tabel B1.6 Specificatie onontkoombare groei

	1998	b/p ¹⁾
Preventieve zorg (totaal)	6,0	
– Preventieve zorg (premie)	6,0	p
Curatieve somatische zorg (totaal)	164,0	
– Algemene en categorale ziekenhuizen	84,8	p
– Academische ziekenhuizen	30,6	p
– Medisch specialisten	17,0	p
– Overig curatieve zorg	4,4	p
– Tandheelkundige specialisten	1,1	p
– Ambulancevervoer	2,6	p
– Overig ziekenvervoer	2,3	p
– Huisartsen	12,4	p
– Verloskundigen	-0,7	p
– Kraamzorg	-2,0	p
– Fysiotherapeuten	6,0	p
– Oefentherapeuten Cesar/Mensendieck	0,5	p
– Logopedisten	0,5	p
– Tandartsen	4,4	p
– Ergotherapeuten	0,1	p
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen (totaal)	74,0	
– Geneesmiddelen	47,9	p
– Apothekers	12,2	p
– Hulpmiddelen	13,9	p
Beheer en Diversen (totaal)	8,0	
– Diversen premie	8,0	p
Totaal	252,0	

¹⁾ b=begroting en p=premie.

Tabel B1.7 Specificatie volume

	1998	b/p ¹⁾
Preventieve zorg (totaal)	12,0	
– Patiëntenfonds	10,0	b
– Kinkhoestvaccin	2,0	b
Curatieve somatische zorg (totaal)	29,2	
– Kostenherijking bijzondere tandheelkunde	4,2	p
– Aanpassing chronische lijst fysiotherapie	18,0	p
– Palliatieve zorg	7,0	p
Gehandicaptenzorg (totaal)	15,0	
– Arbeidsintegratie en begeleid zelfstandig wonen verstandelijk gehandicapten	9,0	p
– Thuiszorg en pleegzorg	5,0	p
– Capaciteitsuitbreiding en zorgvernieuwingsfonds lichamelijk gehandicapten	1,0	p
Ouderenzorg (totaal)	3,0	
– Indicatiestelling thuiszorg ²⁾	3,0	p
Totaal	59,2	

¹⁾ b=begroting en p=premie.

²⁾ Hiervoor is uit de extra van het kabinet verkregen middelen reeds f 7,0 mln beschikbaar gesteld. In totaal is vanaf 1998 hiervoor dus f 10,0 mln beschikbaar (zie tekst tabel B1.3).

B1.4 Aansluiting financiële cijfers

In de onderstaande tabellen wordt een aantal financiële kerncijfers uit het JOZ 1998 op elkaar aangesloten. Hiermee wordt beoogd de samenhang tussen de bijstellingen in uitgaven, ontvangsten en overschrijding te tonen.

Tabel B1.8 Aansluiting financiële kerncijfers

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
1. Uitgaven JOZ 1998	59 693,4	61 313,7	63 927,1	66 409,2	69 664,9	72 838,0	76 129,7	79 426,0
2. Ontvangsten JOZ 1998	-4 728,3	-4 864,3	-5 676,6	-5 875,5	-5 840,1	-5 897,2	-5 952,1	-5 952,0
3. Opschoning JOZ 1998	-1 586,9	-1 744,1	-1 783,4	-1 861,3	-2 155,2	-2 166,0	-2 180,6	-2 182,2
4. Uitgaven cf BKZ JOZ 1998 (1+2+3)	53 378,2	54 705,3	56 467,1	58 672,4	61 669,6	64 774,8	67 997,0	71 291,8
5. BKZ cf JOZ 1998	52 547,0	54 366,4	55 933,6	57 986,5	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
6. Overschrijding	831,2	338,9	533,5	686,0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

In tabel B1.8 worden allereerst de uitgaven conform BKZ (de zorguitgaven waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is) opgebouwd door van de totale zorguitgaven de ontvangsten (de eigen betalingen) en de opschoning af te trekken. Onder opschoning worden daarbij de zorguitgaven geboekt waarvoor de minister van VWS niet budgettair verantwoordelijk is. Dit betreft met name de GGD-en, het deel van de kosten van Academische Ziekenhuizen dat wordt betaald door het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en vanaf 1999 de kosten door de gemeenten gefinancierde kosten van overig ziekenvervoer. Tevens wordt in tabel B1.8 de confrontatie getoond tussen de BKZ-relevante uitgaven en het BKZ. Hieruit resulteert voor de jaren 1995 tot en met 1998 een overschrijding. Voor de jaren na 1998 is geen BKZ vastgesteld waardoor de confrontatie voor deze jaren niet te maken valt.

Tabel B1.9 Mutatie zorguitgaven tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgaven JOZ 1997	60 005,3	61 634,2	63 351,1	65 865,3	69 042,6	72 112,7	72 342,6	
Mutatie								
– Beleidsintensiveringen			40,0	367,0	367,0	367,0	367,0	
– Maatregelen				-191,0	-241,0	-241,0	-241,0	
– Gebitsprothesen/koopkrachtrep.ZFW			170,0	280,0	264,0	264,0	264,0	
– Mee/tegenvaller en besparingsverliezen	-311,7	-250,9	50,7	217,5	360,8	464,3	154,9	
– Nominiaal		43,7	187,4	110,5	110,5	110,5	2 118,6	
– Technisch/statistisch		-113,4	127,8	-240,2	-239,2	-239,5	1 123,7	79 426,1
Totale mutatie	-311,7	-320,6	575,9	543,8	622,2	725,4	3 787,1	79 426,1
Uitgaven JOZ 1998	59 693,4	61 328,7	63 927,1	66 409,2	69 664,9	72 838,0	76 129,7	79 426,0

Tabel B1.10 Mutatie eigen betalingen tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Ontvangsten cf JOZ 1997	4 729,6	4 982,9	5 563,5	5 668,6	5 756,9	5 853,6	5 904,4	
Mutatie								
– Maatregelen				47,0	40,0	40,0	40,0	
– Mee/tegenvaller en besparingsverliezen	-1,3	-118,6	113,1	159,9	43,2	3,6	7,7	
– Technisch/statistisch								5 952,0
Totale mutatie	-1,3	-118,6	113,1	206,9	83,2	43,6	47,7	5 952,0
Ontvangsten JOZ 1998	4 728,3	4 864,3	5 676,6	5 875,5	5 840,1	5 897,2	5 952,1	5 952,0

Tabel B1.11 Mutatie opschoning tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Opschoning cf JOZ 1997	1 646,0	1 681,2	1 751,9	1 824,4	1 910,6	1 991,6	2 008,0	
Mutatie								
– Mee/tegenvaller en besparingsverliezen	-59,1	62,9	31,5	36,9	-33,7	-103,8	-105,6	
– Technisch/statistisch					278,3	278,2	278,2	2 182,2
Totale mutatie	-59,1	62,9	31,5	36,9	244,6	174,4	172,6	2 182,2
Opschoning JOZ 1998	1 586,9	1 744,1	1 783,4	1 861,3	2 155,2	2 166,0	2 180,6	2 182,2

Tabel B1.12 Mutatie netto-uitgaven cf BKZ tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgaven cf BKZ JOZ 1997	53 629,7	54 970,1	56 035,7	58 372,3	61 375,1	64 267,5	64 430,2	
Mutatie								
– Beleidsintensivering			40,0	367,0	367,0	367,0	367,0	
– Maatregelen				-238,0	-281,0	-281,0	-281,0	
– Gebitsprothesen/koopkrachtrep.ZFW			170,0	280,0	264,0	264,0	264,0	
– Mee/tegenvaller en besparingsverliezen	-251,3	-195,2	-93,9	20,7	351,3	564,5	252,8	
– Nominaal		43,7	187,4	110,5	110,5	110,5	2 118,6	
– Technisch/statistisch		-113,4	127,8	-240,2	-517,5	-517,7	845,5	71 291,9
Totale mutatie	-251,3	-264,9	431,3	300,0	294,4	507,4	3 566,8	71 291,9
Uitgaven cf JOZ 1998	53 378,2	54 720,3	56 467,1	58 672,4	61 669,6	64 774,8	67 997,0	71 291,8

In tabel B1.12 wordt aangegeven welke wijzigingen zich hebben voorgedaan in de BKZ-relevante uitgaven tussen de raming ten tijde van het JOZ 1997 en de huidige raming. In de tabellen B1.9, B1.10 en B1.11 wordt aangegeven of deze wijzigingen oortkomen uit wijzigingen in de zorguitgaven, de ontvangsten of de opschoning.

Qua clustering sluiten deze tabellen aan op de indeling in tabel 1.1 in hoofdstuk 1 van dit JOZ en de overige tabellen in deze bijlage.

In tabel B1.1 een uitsplitsing gegeven van de regel mee- en tegenvallers en besparingsverliezen uit tabel B1.12. Een deel van de in die tabel genoemde mutaties heeft betrekking op de eigen betalingen en de opschoning.

Tabel B1.2 biedt een uitsplitsing van de regel maatregelen uit tabel B1.12. De invoering van eigen bijdragen bij APZ en PAAZ en de terugvordering van teveel verstrekte voorschotten betreffen daarbij ontvangsten. De overige maatregelen zijn uitgaven-bijstellingen.

De regel technisch/statistisch bevat bijstellingen in uitgaven of opschoning (de decentralisatie van het ziekenvervoer) die samenhangen met een bijstelling van het BKZ.

Tabel B1.13 Mutatie BKZ tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
BKZ JOZ 1997	52 547,0	54 479,8	55 660,9	58 059,8	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Mutatie								
– pBBP			83,5	74,2	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
– Technisch/statistisch		-113,4	189,2	-147,6	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totale mutatie	0,0	-113,4	272,7	-73,4	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Uitgaven cf JOZ 1998	52 547,0	54 366,4	55 933,6	57 986,5	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

In tabel B1.13 is de bijstelling van het BKZ tussen de stand JOZ 1997 en de huidige stand weergegeven. Dit betreft enerzijds bijstellingen van de prijs van het BBP en anderzijds technische bijstellingen (met name verschuivingen van uitgaven van de zorg naar de rijksbegroting of omgekeerd).

Tabel B1.14 Mutatie overschrijding BKZ tussen JOZ 1997 en JOZ 1998

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Overschrijding BKZ JOZ 1997	1 082,7	490,4	374,9	312,5	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Mutatie								
– Beleidsintensivering			40,0	367,0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
– Maatregelen				-238,0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
– Gebitsprothesen/koopkrachtrep.ZFW			170,0	280,0	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
– Mee/tegenvaller en besparingsverliezen	-251,3	-195,2	-93,9	20,7	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
– Nominaal		43,7	42,5	-56,3	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Totale mutatie	-251,3	-151,5	158,6	373,4	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.
Uitgaven cf JOZ 1998	831,4	338,9	533,5	685,9	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.	n.v.t.

In tabel B1.14 tenslotte bevat de bijstellingen van de BKZ-overschrijding.
De regel nominaal in deze tabel bevat het saldo van de nominale mutaties
bij de uitgaven en het BKZ.

BIJLAGE B2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID

B2.1 Bevolkingsonderzoeken

In Nederland worden momenteel twee bevolkingsonderzoeken uitgevoerd voor de vroege opsporing van kanker. Dit betreft de screening op borstkanker en op baarmoederhalskanker. Hierbij wordt aan een groep vrouwen die geen klachten hebben onderzoek aangeboden om de ziekte in een vroeg stadium op te sporen en aansluitend te kunnen laten behandelen. Een dergelijk collectief screeningsaanbod schept bijzondere verplichtingen. De deelnemende vrouwen moeten er van uit kunnen gaan dat de verhouding tussen nut en risico's van het onderzoek zorgvuldig is afgewogen en dat de organisatie en het vervolg van het onderzoek en alles wat daarbij komt kijken aan de strengste kwaliteitsmaatstaven voldoet. Door middel van continue evaluatie moet de aanbieder weten dat, en in welke mate, de voordelen van de screening opwegen tegen de nadelen. Voor kwaliteitsbewaking en evaluatie worden daarom jaarlijks aanzienlijke bedragen boven de eigenlijke uitvoeringskosten van de beide bevolkingsonderzoeken opgenomen. De macrokaders voor deze bevolkingsonderzoeken voorzien ook in kosten, te maken voor de kwaliteitsbewaking en de effect-evaluatie.

In deze bijlage wordt de achtergrond van beide onderzoeken geschetst en worden de kosten en de verwachte opbrengsten in kaart gebracht. Reden voor deze bijlage zijn de intensiveringen die op de bevolkingsonderzoeken hebben plaatsgevonden in 1997 en 1998. De gegevens zijn afkomstig van het Landelijk Evaluatie Team voor het bevolkingsonderzoek naar Borstkanker, het Instituut voor Maatschappelijke Gezondheidszorg (EUR/IMGZ), de Vereniging van Integrale Kankercentra en de Ziekenfondsraad.

B2.1.1 Baarmoederhalskanker

Volgens de meest recente cijfers (1993) krijgen in Nederland jaarlijks circa 700 vrouwen baarmoederhalskanker. De totale sterfte in alle leeftijdsgroepen tezamen bedraagt ongeveer 250, waarvan ongeveer 100 in de categorie 35- tot 64-jarigen. Daarmee is het niet een van de belangrijkste doodsoorzaken. Het is wel een ziekte waarvoor bij vroege opsporing goede behandelingsmogelijkheden aanwezig zijn.

De voorstadia van baarmoederhalskanker duren meestal lang en zijn met een eenvoudige methode, het uitstrijkje, op te sporen. In principe kunnen zo de sterfte en het aantal verloren levensjaren ten gevolge van deze ziekte worden teruggedrongen. Bedacht moet echter worden dat niet elke gevonden afwijking zal doorgroeien tot invasieve baarmoederhalskanker; er treedt ook spontane regressie op. Onoordeelkundige toepassing van het uitstrijkje kan leiden tot onder- en overdiagnostiek en inadequate behandeling.

Het bevolkingsonderzoek kent al een lange voorgeschiedenis, waarbij een aantal fasen te onderscheiden is. In de jaren zeventig bedroeg het aantal nieuwe gevallen nog circa 1 500 en de sterfte ongeveer 440 per jaar. Daarbij was er vanaf het begin van deze eeuw al sprake van een autonome dalende tendens. In deze periode bestond geen systematisch bevolkingsonderzoek maar werden naar schatting 900 000 preventieve uitstrijkjes per jaar gemaakt. Deze screening, waarvan de kosten geschat werden op circa f 40 mln, was weinig effectief. Door het ontbreken van enige planmatige aanpak werden teveel vrouwen te vaak onderzocht –bijvoorbeeld die van beneden de 30 jaar, bij wie het onderzoek minder nut heeft– en werden voornamelijk vrouwen onderzocht in laag-risico populaties: die met een hoge sociaal-economische status. Vraagtekens konden worden gezet bij de kwaliteit van de uitvoering en van de follow-up.

Daarom werd besloten om vanaf 1976 in drie proefregio's een georganiseerd bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op te zetten, gericht op vrouwen tussen de 35 tot 55 jaar, met een oproepschema van drie jaar en uitgevoerd op aparte locaties door speciaal opgeleid personeel. Deze proefonderzoeken hadden tot doel te bepalen hoe een bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker het beste zou kunnen worden georganiseerd. Voordat hierover duidelijkheid bestond werd –op aandrang van het parlement– besloten om de uitvoering bij de huisarts te leggen. Deze kon ondersteuning krijgen van de GGD-en die met gebruikmaking van de bevolkingsregisters de vrouwen in de leeftijd van 35 tot 55 jaar om de drie jaar een oproep konden sturen. Met deze opzet raakte echter het zicht verloren op de landelijke uitvoering.

In 1988 wees een kosten-effectiviteitsanalyse van de Erasmus Universiteit uit dat met een goed functionerend bevolkingsonderzoek de sterfte met ongeveer 100 personen extra per jaar zou kunnen afnemen, tegen aanvaardbare geachte en beheersbare kosten. Het heeft tot 1993 geduurd voordat, op grond van een doelmatigheidsonderzoek, de basis kon worden gelegd voor een gestructureerd landelijk uitgevoerd bevolkingsonderzoek, onder centrale regie van de Ziekenfondsraad. Hiertoe werd een coördinatiecommissie in het leven geroepen, waarin alle betrokken beroepsgroepen zijn vertegenwoordigd. Er zijn onder meer criteria opgesteld voor het handelen van huisartsen, gynaecologen en laboratoria en er is een extern kwaliteitsbewakings- en informatiesysteem opgezet. De uitvoering vindt plaats via 22 regionale coördinerende organisaties die binnen 9 supraregionale verbanden samenwerken. Deze verbanden vallen samen met de regio's van de Integrale Kankercentra. Er werd besloten tot verlenging van het screeningsinterval van 3 naar 5 jaar en een verruiming van de leeftijdsgrenzen van 30 tot 60 jaar.

Deze nieuwe fase is in 1996 ingegaan.

Doel van het onderzoek is om ziekte en sterfte met de helft te verminderen. Dit kan worden bereikt met het vastgestelde screeningsprogramma. Het is niet nodig dat vrouwen tussendoor nog een uitstrijkje laten maken. De centrale regie vanuit de Ziekenfondsraad voorziet ook in een streven om deze uitstrijkjes tussendoor of buiten de leeftijdsgrenzen, als er geen klachten zijn –ook aangeduid als opportunistisch onderzoek– effectief tegen te gaan. De effect-evaluatie van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker door de Erasmus Universiteit zal uitwijzen of de beroepsbeoefenaren hieraan meewerken. De evaluatie is er ook op gericht om te bepalen hoe het gesteld is met 'vals-positieve' of 'vals-negatieve' uitslagen, dit om tijdig de kwaliteitseisen te kunnen aanscherpen. Op termijn zal worden vastgesteld in welke mate het screeningsprogramma daadwerkelijk tot vermindering van ziekte en sterfte heeft geleid.

Wanneer in 2000 de herstructureringsfase van het bevolkingsonderzoek zal zijn afgesloten, zullen jaarlijks 760 000 vrouwen voor een kosteloos onderzoek worden opgeroepen en bij een verwachte opkomst van 60% zullen daar 455 000 van worden gescreend. De totale kosten, inclusief organisatie, bedragen dan f 35 mln. Deze kunnen voor een belangrijk deel worden terugverdiend door de afname van opportunistische uitstrijkjes. Dankzij een voortdurende evaluatie kunnen vroegtijdig de positieve en negatieve effecten en de kosten van het bevolkingsonderzoek worden geschat en het beleid daarop aangepast. Momenteel zijn nog slechts korte termijn indicatoren van welslagen beschikbaar zoals bereik, kwaliteit en follow-up. Tabel B2.1 laat enkele van deze indicatoren zien.

Tabel B2.1 Kerngegevens Baarmoederhalskankerscreening¹⁾

	1995 (aanloopjaar)	1996	1997	1998
Uitgaven (mln f)	3	49	44	38
Gemiddelde kosten per onderzoek (f)	69	78	82	82
Aantal uitgenodigde vrouwen (x 1 000)	79	1 064	948	828
Aantal onderzochte vrouwen (x 1 000)	36	638	569	497
Opkomstpercentage	46	60	60	60

¹⁾ 1997 en 1998 zijn ramingen.

Bron: ZFK, Vereniging van Integrale Kankercentra, EUR/IMGZ.

Binnen enkele jaren worden gegevens verwacht over onder andere het aantal opportunistische uitstrijkjes, het terugdringen van het aantal vals-positieve en vals-negatieve uitstrijkjes en de daadwerkelijke vermindering van ziekte en sterfte.

Gezien de snelle ontwikkeling in de medische wetenschap kan het bevolkingsonderzoek nooit als 'uitontwikkeld' beschouwd worden. Zo is vastgesteld dat bepaalde typen van het Humaan Papilloma Virus (HPV) oncogeen zijn en baarmoederhalskanker veroorzaken.

Momenteel vinden er studies plaats naar de mogelijkheid om via opsporing van deze typen van HPV het bevolkingsonderzoek nader te begrenzen. Een andere ontwikkeling is de geautomatiseerde cytologische beoordeling, waarmee mogelijk een verdere verhoging van de effectiviteit te bereiken is.

B2.1.2 Borstkanker

De kans voor vrouwen om gedurende hun leven borstkanker te krijgen ligt op 8% tot 10% en daarmee is deze ziekte de meest voorkomende vorm van kanker bij vrouwen. Het aantal nieuwe gevallen van borstkanker bedroeg in 1993 in Nederland 9 646 (7 881 in 1989) en is stijgende.

Vermoedelijk speelt de toename van vroegdiagnostiek hierbij een rol, waardoor tegenwoordig meer langzaam groeiende, relatief goedaardige tumoren en tumoren in een vroeg stadium worden gevonden. De borstkankerincidentie in Nederland is een van de hoogste in Europa, maar ligt onder die in de Verenigde Staten. De sterfte ten gevolge van borstkanker ligt in Nederland iets boven de 40 per 100 000 (3 532 vrouwen in 1993) en is in verband met de vergrijzing licht stijgende.

In een in de jaren tachtig uitgevoerde kosteneffectiviteitsanalyse werd becijferd dat een doelmatig, eenmaal per twee jaar uitgevoerd bevolkingsonderzoek bij vrouwen van 50 tot 70 jaar de sterfte met circa 16% (ongeveer 600 tot 700 vrouwen) zou kunnen terugbrengen. Deze vrouwen winnen daarmee gemiddeld 15 levensjaren.

Op grond van de gunstige resultaten van twee regionale proefprojecten die in het midden van de jaren zeventig in Utrecht en Nijmegen waren gestart, is in Nederland besloten tot een gefaseerde invoering van het borstkankeronderzoek met ingang van 1990. Ook bij dit bevolkingsonderzoek werd groot belang gehecht aan het totstandkomen van een landelijk uniform kader met centrale aansturing vanuit de Ziekenfondsraad. De dagelijkse uitvoering is in handen gelegd van negen stichtingen, die een regionaal werkverband vormen waarin Integrale Kankercentra en GGD-en samenwerken. Het onderzoek wordt uitgevoerd in 48 screeningseenheden, waarin in 1997 640 000 vrouwen worden onderzocht. De kosten van het programma bedragen in 1997 (inclusief organisatie) f 58 mln. Er is sprake van een hoge deelname aan de screening, deze bedraagt inmiddels bijna 80%.

Tabel B2.2 Kerngegevens Borstkankerscreening¹⁾

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Uitgaven (mln f)	12	23	35	45	46	52	58	58	63
Gemiddelde kosten per onderzoek (f)	198	153	121	110	95	92	91		
Aantal vrouwen in de doelgroep (x 1 000)	724	734	738	745	755	763	789	810	810
Aantal uitgenodigde vrouwen (x 1 000)	85	201	375	523	591	675	760	800	800
Aantal onderzochte vrouwen (x 1 000)	63	148	290	402	467	530	610	640	640
Opkomstpercentage	73	74	77	77	79	79	80	80	80
Gemiddeld aantal onderzoeken per screeningseenheid	7 000	7 800	9 400	10 500	11 700	12 300	13 100	13 250	13 250
Aantal screeningseenheden	13	25	37	40	40	46	47	48	48

¹⁾ 1996, 1997 en 1998 zijn ramingen; de raming 1998 is inclusief f 5 mln intensivering voor de uitbreiding van het onderzoek van vrouwen van 70 tot en met 75 jaar).

Bron: ZFK, Vereniging van Integrale Kankercentra, EUR/IMGZ.

In de loop van 1997 is de invoering van het onderzoek in heel Nederland voltooid, iets later dan gepland. Ondanks aandrang vanuit het parlement en de vrouwenorganisaties om de voltooiing van de invoering van de borstkankerscreening te versnellen, heeft de minister van VWS juist met het oog op de kwaliteit een geforceerde inhaalactie afgewezen.

Ook bij oudere vrouwen is de belangstelling voor het bevolkingsonderzoek groot. Effectiviteitsonderzoek in de Nijmeegse regio toonde aan dat uitbreiding van de doelgroep met vrouwen in de leeftijdscategorie 70 tot en met 75 jaar gezondheidswinst kan opleveren. Nadat hierover positief advies van de Ziekenfondsraad was ontvangen, heeft de minister op 3 juli 1997 besloten deze uitbreiding goed te keuren en is hiervoor het macrokader 1998 met f 5 mln verhoogd tot f 63 mln. Er bestaat momenteel nog onvoldoende wetenschappelijk bewijs voor het nut van borstkankerscreening boven de leeftijd van 75 jaar.

De eerste vijfjaars-periode van het borstkankeronderzoek is onlangs grondig geëvalueerd. Vrijwel alle aanwijzingen zijn positief en maken het aannemelijk dat er gezondheidswinst zal worden behaald. Ook de financiële analyse vertoont een gunstig beeld: de kosten van het onderzoek zijn gedaald en de productiviteit per onderzoekseenheid nam toe.

BIJLAGE B3 CURATIEF SOMATISCHE ZORG

Tabel B3.1 Ontwikkelingen van de kosten bij de (kandidaat) artikel 18-functies

	1992	1993	1994	1995	Prijzen ¹⁾ (x f 1 000)	Kosten 1995
Artikel 18-functies						
Dialyse	2 380	2 465	2 540	2 686	90 ⁴⁾	241,7
Niertransplantatie	491	436	387	493	53 ⁵⁾	26,1
– nazorg ³⁾	1 306	1 396	1 440	1 314	4,0 ⁴⁾	5,3
Radiotherapie	513 500	540 000	565 000	567 000	0,282 ⁶⁾	159,9
Neurochirurgie	8 320	8 450	8 600	8 700	20,5 ⁷⁾	178,4
Hartchirurgie	12 910	13 060	13 900	14 148	32,5 ⁷⁾	459,8
PICA	10 520	11 380	12 160	13 311	13 ⁸⁾	173,0
Catheterablatie	510	815	960	1 000	14,6 ⁸⁾	14,6
ICD	64	87	110	130	73 ⁹⁾	9,5
Neontale IC	148	150	153	158	626 ⁸⁾	98,9
Klinisch genetisch onderzoek ²⁾	136	144	154	174	diversen	77,2
IVF	8 638	9 400	10 000	10 600	2,0 ⁸⁾	21,2
Harttransplantatie	44	45	47	48	187 ⁵⁾	9,0
– nazorg ³⁾	125	126	132		50 ¹¹⁾	6,8
Longtransplantatie	18	14	20	20	300 ⁵⁾	6,0
– nazorg ³⁾	15	33	41		50 ¹¹⁾	2,6
Levertransplantatie	64	66	75	92	201 ⁵⁾	18,5
– nazorg ³⁾	127	145	172		50 ¹¹⁾	10,3
Kandidaat artikel 18-functies						
Allogene beenmergtransplantatie	125	146	150	175	162 ⁵⁾	28,4
– nazorg ³⁾	298	332	381	421	39 ¹²⁾	16,4
Autologe beenmergtransplantatie	218	276	280	394	91 ⁵⁾	35,9
– nazorg ³⁾	412	515	672	774	25 ³⁾	19,4
Pancreastransplantatie	13	19	17	12	100 ⁵⁾	1,2
– nazorg ³⁾	36	30	42	49	40 ¹¹⁾	2,0
Totaal						1 622,1

¹⁾ De 'prijzen' (1995) betreffen de integrale kosten inclusief honoraria specialisten en kapitaallasten. Voor zover de 'prijzen' gebaseerd op WTG-parameterwaarden/COTG-rekenregels van 1995.

²⁾ Het betreft hier diverse soorten onderzoeken. De volumeontwikkeling is weergegeven in een indexcijfer (1990 = 100).

³⁾ Aantal nazorgpatiënten is berekend als het aantal transplantaties in de afgelopen drie jaar.

⁴⁾ Prijs per patiënt per jaar.

⁵⁾ Prijs per transplantatie.

⁶⁾ Per zitting.

⁷⁾ Per operatie.

⁸⁾ Per behandeling.

⁹⁾ Per ICD.

¹⁰⁾ Per plaats.

¹¹⁾ Per patiënt.

¹²⁾ Per BMT per jaar.

Bron: Samengesteld door VWS mede op basis van enquête artikel 18 WZV (Jaargegevens Renine, Eurotransplant en de betrokken ziekenhuisvoorzieningen).

BIJLAGE B4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN

B4.1 Capaciteit

Het aantal openbare apotheken stijgt in 1996, net als in de voorgaande jaren. Ook de aantallen tweede apothekers en apothekers-assistenten vertonen wederom een stijging.

Tabel B4.1 Het aantal werkzame personen in de officine-apotheek en de praktijk van apotheekhoudende huisartsen per 31 december

	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Officine apotheek en gevestigde apothekers (1)	1 480	1 496	1 504	1 513	1 518	1 530
Tweede apothekers (2)	547	591	667	675	701	789
Apothekersassistenten (3)	9 186	9 737	10 349	10 631	10 789	11 239
Apotheekpraktijken van apotheekhoudende huisartsen (4)	710	667	669	665	±700	
– Waarvan huisarts-associés (5)	168	167	159	158	160	

Bron: 1991–1995: KNMP (1 en 3), VWS (2), NIVEL (4 en 5); 1996: KNMP (1,2 en 3).

B4.2 Voorschriften per verzekerde

Het aantal gedeclareerde voorschriften per verzekerde stijgt in 1996 licht, evenals in 1995. Opvallend is vooral de verschuiving die heeft plaatsgevonden van WTG-geneesmiddelen naar buiten-WTG-middelen. Deze verschuiving wordt verklaard uit het opheffen van de categorie UA-middelen per 1 januari 1996, waardoor een aantal middelen die voorheen onder de WTG vielen, nu tot de categorie buiten-WTG-middelen behoort.

Tabel B4.2 Percentage voorschriften per verzekerde

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
WTG-artikelen	67,6	67,8	68,4	69,7	78,9	78,8	76,4
Buiten-WTG-artikelen	20,1	20,9	21,6	20,9	14,9	15,4	18,0
Magistrale bereidingen	10,0	9,0	8,7	8,5	5,5	5,2	5,1
Overige artikelen	2,4	2,2	1,3	0,8	0,7	0,6	0,6
Totaal aantal voorschriften	7,6	8,5	9,0	9,1	8,1	8,3	8,4

Bron: GIP/ZFR.

B4.3 Kosten per verzekerde

In onderstaande tabel is het effect van de Wet geneesmiddelenprijzen op de ontwikkeling van de kosten van de WTG-geneesmiddelen duidelijk zichtbaar. Het aandeel in de kosten van deze groep is onder invloed van de Wet geneesmiddelenprijzen gedaald. Het aandeel van de buiten-WTG-middelen is hierdoor alsmede door het opheffen van de UA-categorie hoger komen te liggen.

Tabel B4.3 Percentage kosten per verzekerde

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
WTG-artikelen	83,4	83,8	83,5	84,7	88,9	89,3	87,4
Buiten-WTG-artikelen	9,8	10,5	11,8	11,2	8,0	7,7	9,7
Magistrale bereidingen	4,3	3,7	3,4	3,1	2,0	2,0	2,0
Overige artikelen	2,3	2,0	1,4	0,9	1,1	1,0	0,9
Abonnement AHA ¹⁾	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Totale kosten per verzekerde (guldens)	311,2	334,9	375,0	398,6	395,8	412,8	415,5

¹⁾ Resterend deel (alleen voor 1990) van het abonnementshonorarium apotheekhoudende huisartsen, toe te schrijven aan 'buiten-WTG-artikelen', 'magistrale bereidingen' en 'overige artikelen'.

Bron: GIP/ZFR.

B4.4 Kosten per voorschrift

Onder invloed van de Wet geneesmiddelenpijzen (ingevoerd per 1 juni 1996) zijn de kosten per voorschrift in de categorie WTG-middelen vrijwel niet gestegen. De totale kosten per voorschrift zijn gedaald. De laatste keer dat zich een daling voordeed in dit cijfer was in 1991, toen als resultaat van de invoering van het Geneesmiddelen vergoedingssysteem (GVS).

Tabel B4.4 Kosten per voorschrift (guldens)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
WTG-artikelen	50,33	48,90	50,96	53,03	55,12	56,41	56,70
Buiten-WTG-artikelen	19,89	19,93	22,71	23,49	26,18	24,99	26,73
Magistrale bereidingen	17,57	16,07	16,17	15,80	18,01	18,71	19,02
Overige artikelen	41,03	36,36	44,83	49,69	77,51	81,26	77,61
Totale kosten per voorschrift	40,79	39,63	41,74	43,65	48,90	49,75	49,51

Bron: GIP/ZFR.

B4.5 Voorschriften en basisvergoeding WTG-artikelen per verzekerde, uitgesplitst naar inkoopkanaal

Onderstaande tabellen geven inzicht in de ontwikkeling van de aandelen van de verschillende inkoopkanalen in het aantal voorschriften betreffende respectievelijk de kosten van WTG-geneesmiddelen.

Tabel B4.5 Percentage voorschriften per verzekerde uitgesplitst naar inkoopkanaal, WTG-artikelen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Specialités	69,9	63,4	59,8	58,5	56,4	53,5	50,3
Generieke preparaten	24,6	28,1	30,1	30,7	30,5	31,3	34,9
Parallel geïmporteerde specialités	5,5	8,4	10,1	10,7	13,1	15,2	14,8
Overig	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Totaal aantal voorschriften	5,2	5,7	6,1	6,4	6,4	6,5	6,4

Bron: GIP/ZFR.

Tabel B4.6 Percentage basisvergoeding per verzekerde uitgesplitst naar inkoopkanaal, WTG-artikelen

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Specialités	85,4	80,1	77,1	75,5	72,0	67,7	68,8
Generieke preparaten	8,0	9,2	9,8	9,9	10,2	10,4	10,5
Parallel geïmporteerde specialités	6,5	10,7	13,1	14,5	17,8	21,9	20,7
Overig	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0
Totale basisvergoeding (guldens)	191,59	203,90	224,16	249,66	263,98	277,45	274,38

Bron: GIP/ZFR.

B4.6 Voorschriften per verzekerde naar leeftijd en geslacht

Het gegeven dat het geneesmiddelengebruik toeneemt naar mate de leeftijd vordert, komt in de volgende tabellen duidelijk naar voren. Ook wordt zichtbaar dat vrouwen meer geneesmiddelen gebruiken dan mannen.

Tabel B4.7 Aantal voorschriften in 1996 per verzekerde man per leeftijdscategorie

	0-4	5-14	14-24	25-44	45-64	65-74	>75
WTG-artikelen	2,2	1,3	1,4	3,0	7,6	13,7	18,7
Buiten-WTG-artikelen	1,5	0,6	0,5	0,7	1,5	2,9	5,0
Magistrale bereidingen	1,0	0,3	0,2	0,3	0,4	0,6	0,8
Overige artikelen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1
Totaal aantal voorschriften	4,8	2,2	2,2	4,0	9,5	17,2	24,6

Bron: GIP/ZFR.

Tabel B4.8 Aantal voorschriften in 1996 per verzekerde vrouw per leeftijdscategorie

	0-4	5-14	14-24	25-44	45-64	65-74	>75
WTG-artikelen	1,7	1,3	4,3	5,8	9,9	15,5	21,6
Buiten-WTG-artikelen	1,4	0,6	0,9	1,2	1,8	3,2	6,2
Magistrale bereidingen	0,9	0,3	0,3	0,4	0,5	0,6	0,9
Overige artikelen	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1	0,1	0,2
Totaal aantal voorschriften	4,0	2,2	5,5	7,3	12,2	19,4	28,9

Bron: GIP/ZFR.

B4.7 Ontwikkeling geneesmiddelenomzet naar hoofdgroepen

In de navolgende tabel worden de groeicijfers van de verkopen van geneesmiddelen door de farmaceutische industrie in Nederland weergegeven. Opgemerkt dient te worden dat deze cijfers behalve de verkopen bestemd voor aflevering op voorschrift door apothekhoudenden, ook de verkopen bestemd voor instellingen en zelfmedicatie omvatten. Bovendien is de groothandelsmarge niet vervat in deze omzetcijfers. Hierdoor kunnen er verschillen optreden tussen de gepresenteerde groeicijfers van de omzetten van de farmaceutische industrie enerzijds en de groei van de uitgaven voor geneesmiddelen die ten laste komen van de ZFW en particuliere verzekeringen anderzijds.

Tabel B4.9 Ontwikkeling geneesmiddelenomzet (af-fabrieksprijzen) naar hoofdgroepen (intra- en extramurale omzet en zelfmedicatie)

	1994	1995	1996	Mutatie (%) 1995-1996
Spijsverteringskanaal	763	805	797	-1,0
Bloed en bloedbereidende organen	181	218	263	20,6
Hart en bloedsomloop	614	633	589	-7,0
Huidpreparaten	153	155	155	0,0
Urogenitaal (incl. geslachtshormoon)	193	202	200	-1,0
Syst. hormoon (excl. geslachtshormoon)	55	58	63	8,6
Systemische anti-infectiepreparaten	306	319	328	2,8
Cytostatica	165	183	208	13,7
Spier en skelet	152	152	139	-8,6
Centraal zenuwstelsel	454	483	512	6,0
Parasitologie	11	12	11	-8,3
Ademhalingsorganen	457	487	504	3,5
Zintuigen	70	72	75	4,2
Overige preparaten	41	46	49	6,5
Totaal	3 615	3 825	3 893	1,8

Bron: Nefarma, IMS.

De gegevens laten zien dat in Nederland relatief de meeste geneesmiddelen worden verkocht voor, in volgorde van marktomvang in geld, aandoeningen van het spijsverteringskanaal, aandoeningen van het hart en de bloedsomloop, ziekten van het centraal zenuwstelsel en ziekten van de ademhalingsorganen.

B4.8 Receptregelvergoeding, opbouw en ontwikkeling 1993–1997

De tariefontwikkeling voor de receptregelvergoeding is de laatste jaren regelmatig gewijzigd. In de volgende tabel wordt de tariefopbouw voor de jaren 1993–1997 weergegeven.

Tabel B4.10 Receptregelvergoeding, opbouw en ontwikkeling (guldens)

	1993	1994	1995	1996	1997
1 Inkomen full-time apotheekhoudenden	160 516	163 109	163 109	164 676	168 079
2 Kosten	530 816	533 615	533 615	544 087	554 671
3 Subtotaal (1+2)	691 332	696 724	696 724	708 763	722 751
4 Forfaitaire verrekening	32 395	32 395	32 395	32 395	32 395
5 Totaal (3-4)	658 937	664 329	664 329	676 368	690 356
6 Rekennorm (aantal receptregels)	66 200	66 200	66 200	66 200	66 200
7 Tarief per receptregel (5 gedeeld door 6)	9,95	10,05	10,05	10,20	10,45
8 Nacalculatie	0,35	-0,05	-0,05	0,00	0,15
9 Feitelijk tarief (7+8)	10,30	10,00	10,00	10,20	10,60
10 BTW (6% van 9)	0,60	0,60	0,60	0,60	0,65
11 Feitelijk tarief inclusief BTW (9+10)	10,90	10,60	10,60	10,80	11,25

Bron: COTG.

Tabel B4.11 Tarief (exclusief BTW) apotheekhoudende huisartsen (guldens)

	1993	1994	1995	1996	1997
Abonnement ziekenfondsverzekerden ¹⁾	42,89	44,00	44,27	43,81	47,63
Tarief particulier verzekerden	10,30	10,00	10,00	10,20	10,60

¹⁾ Wijziging systematiek: automatiseringsvergoeding en abonnement per 1 januari 1993.
Bron: COTG.

B4.9 Geneesmiddelenkosten: Nederland en Europa

De gegevens in onderstaande tabel liggen ten grondslag aan figuur 4.1 in hoofdstuk 4 van het JOZ. Voor de jaren 1993–1996 is het groeipercentage van de totale geneesmiddelenkosten bepaald voor elk OESO-land in Europa waarvan deze gegevens beschikbaar waren (de cijfers 1996 zijn gebaseerd op ramingen). Hiervan is voor elk jaar het gemiddelde berekend. Dit wordt vergeleken met het groeipercentage geneesmiddelenkosten van Nederland.

Tabel B4.12 Procentuele groei van de geneesmiddelenkosten: Nederland vergeleken met Europa

	1993	1994	1995	1996 (raming)
België	12,13	3,78	8,00	5,89
Denemarken	9,84	5,40		
Duitsland	-6,54			
Finland	5,30	6,89		
Frankrijk	7,20	1,80	6,04	3,92
Ierland	4,53	5,33		
IJsland	0,04	9,24	9,81	9,53
Italië	4,11	-0,89	4,00	1,56
Oostenrijk	8,95	6,22		
Portugal	13,46	7,17		
Verenigd Koninkrijk	10,61	6,68	9,05	7,87
Zweden	11,21	12,83		
Europa gemiddeld	6,74	5,86	7,38	5,75
Nederland	8,61	1,79	4,10	2,63

Bron: OESO/VWS.

B4.10 Realisatie en raming uitgaven farmaceutische hulp

Tabel B4.13 Uitgaven farmaceutische hulp, uitgesplitst naar materiële kosten, vergoeding/marge apotheehoudenden en BTW

	1995	1996	Procentuele mutatie
Materiële kosten	4 128	4 229	2,4
– waarvan stimulansinkomsten apotheehoudenden ¹⁾	80	70	-12,7
Vergoeding/marge apotheehoudenden	1 024	1 059	3,5
BTW	309	317	2,6
Totaal	5 461	5 605	2,6

¹⁾ De stimulanskosten worden hier gepresenteerd als onderdeel van de materiële kosten. In feite betreft het hier inkomsten van apotheehoudenden. De materiële kosten zijn inclusief de door de apotheehoudenden genoten bonussen en kortingen.

Bron: Ziekenfondsraad, DKF-rekenmodel.

Tabel B4.14 Raming Farmaceutische hulp (1997 en 1998)

	Materiële kosten	Marge/vergoeding apotheehoudende	BTW	Ontwikkelings-geneeskunde	Totaal
Startniveau 1997 cf. JOZ 1997	3 775,3	1 056,7	289,9	20,0	5 141,9
– volumemutatie	195,3	21,7	13,0		230,0
– herschikking griep prik	-11,4	-16,3	-1,7		-29,3
– loon- en prijsbijstelling	74,2	8,2	4,9		87,4
Uitgavenniveau 1997 cf. JOZ 1998	4 033,4	1 070,3	306,1	20,0	5 430,0
Mutaties 1998					
– mutaties conform FOZ 1996	170,0	18,9	11,4		200,2
– loon- en prijsbijstelling	-113,7	-12,6	-7,6		-133,9
– toegestane groei	51,0	5,7	3,4		60,1
– nieuwe geneesmiddelen	47,2		2,8		50,0
– tariefkorting	-94,3		-5,7		-100,0
Uitgavenniveau 1998 cf. JOZ 1998	4 093,6	1 082,3	310,4	20,0	5 506,4

BIJLAGE B5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

In deze bijlage worden slechts een aantal gegevens over capaciteit en gebruik van de geestelijke gezondheidszorg vermeld. Uitgebreide informatie is te vinden in de publicaties van het NZi en het NcGv (Jaarboek geestelijke gezondheidszorg 1996–1997) en het IVV (Ladis-publicaties).

Tabel B5.1 Kerngegevens capaciteit en gebruik GGZ 1996

	Instellingen	Budget/ uitgaven (mln) ¹⁾	Erkende bedden/ plaatsen	Verpleeg- dagen/ contacten (x 1 000) ²⁾	Gemiddeld aantal aanwezige patiënten ³⁾	Bezette arbeids- plaatsen ⁴⁾
Intramuraal						
– algemene psychiatrische ziekenhuizen	52	2 624	22 811	7 451	21 354	27 316
– zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd	13	139	809	281	578	1 636
– zelfstandige verslavingsklinieken	12	112	1 012	339	818	1 206
– TBS-klinieken	6	145	548	201	493	1 440
– psychiatrische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen	59	282	2 114	648	1 972	
Semimuraal						
– beschermende woonvormen						
– inclusief psychiatrische woonvoorzieningen	48	241	5 362	1 755	4 720	2 114
– exclusief psychiatrische woonvoorzieningen	39		4 929			196
– herstellingsoorden	9	20	348	124	340	
– psychiatrische deeltijdbehandeling	109	181	3 569	841	7 320	
Extramuraal						
– RIAGG-en	60	652		2 360	266 070	5 490
– CAD-en	16	113		542 ⁷⁾	30 344	1 166
– polikliniek						
– psychiatrische ziekenhuizen	51	97		843 ⁸⁾	75 000	
– psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen en	61	34		296 ⁹⁾		
– psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen	7					
– vrijgevestigde psychiater ^{5), 6)}		73		560	30 100	
– vrijgevestigde psychotherapeut ⁶⁾		72		630	20 960	

¹⁾ Gegevens uit 1994, behalve TBS-instelling (1995). Meer recente gegevens zijn nog niet beschikbaar.

²⁾ PAAZ/PAAcZ, RIBW, herstellingsoorden, poliklinieken en vrijgevestigde gegevens uit 1994, RIAGG uit 1995. Meer recente gegevens zijn nog niet beschikbaar.

³⁾ Gegevens uit 1994. Meer recente gegevens zijn nog niet beschikbaar.

⁴⁾ RIBW en herstellingsoord uit 1994, APZ, CPZ-jeugd, verslavingsklinieken schatting voor 1995. TBS-instellingen, RIAGG en CAD-gegevens uit 1995. Meer recente gegevens zijn nog niet beschikbaar.

⁵⁾ Betreft diegenen met een praktijk aan huis, die patiënten behandelen in een setting die noch ruimtelijk noch organisatorisch verbonden is met een geestelijke gezondheidszorgvoorziening.

⁶⁾ Betreft alle door vrijgevestigde psychiaters ingediende declaraties (dus ook van vrijgevestigden met een praktijk in een ziekenhuis en declaraties van vrijgevestigde psychotherapeuten via 'verlengde-armconstructie').

⁷⁾ Exclusief methadoncontacten.

⁸⁾ Totaal aantal contacten (x 1 000) ongeacht aard en duur van het contact.

⁹⁾ PAAZ en PAAcZ. Totaal aantal contacten ongeacht aard en duur van het contact.

Bron: NcGv, NZi, Justitie.

Tabel B5.2 Gemiddeld aantal erkende bedden in psychiatrische ziekenhuizen, plaatsen deeltijdbehandeling en plaatsen RIBW-en en herstellingsoorden

	1992	1993	1994	1995	1996	Gemiddelde groei (%)
Intramuraal (totaal)	26 672	26 705	27 078	27 239	27 294	0,6
– algemeen psychiatrische ziekenhuizen ¹⁾	22 798	22 749	22 909	22 877	22 811	0,0
– psychiatrische afdeling van algemene ziekenhuizen	1 614	1 600	1 624	1 636	1 638	0,4
– psychiatrische afdeling van academische ziekenhuizen	470	470	470	476	476	0,3
– zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd	583	600	636	739	809	9,7
– zelfstandige verslavingsklinieken	762	828	941	976	1 012	8,2
– TBS-instellingen	445	458	488	511	548	5,8
Semimuraal						
– psychiatrische ziekenhuizen	2 501	2 583	2 768	2 914	3 046	5,4
– psychiatrische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen	510	547	547	591	613	5,0
– RIBW-en						
– inclusief psychiatrische woonvoorzieningen	4 336	4 646	5 080	5 080	5 362	5,9
– exclusief psychiatrische woonvoorzieningen	3 903	4 213	4 647	4 647	4 929	6,5
– herstellingsoorden	348	348	348	348	348	0,0

¹⁾ Exclusief de capaciteit van een tweetal door de ZFR gesubsidieerde instellingen voor residentiële gezinsbehandeling.

Bron: NZI (psychiatrische ziekenhuizen, zelfstandige kinder- en jeugdpsychiatrische klinieken, zelfstandige verslavingsklinieken, deeltijdbehandeling), Justitie (TBS-instellingen), VWS (RIBW-en en herstellingsoorden).

Het afgelopen jaar is het aantal bedden in de geestelijke gezondheidszorg iets toegenomen. Deze groei wordt met name veroorzaakt door de toename van het aantal bedden in zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd en zelfstandige verslavingsklinieken. Ook het aantal plaatsen in de semimurale voorzieningen is het afgelopen jaar gegroeid. Het aantal plaatsen in algemeen psychiatrische ziekenhuizen is het afgelopen jaar licht afgenomen. Dit is te zien als een gevolg van de substitutie van bedden in algemeen psychiatrische ziekenhuizen.

Tabel B5.3 Ontwikkeling aantal bezette arbeidsplaatsen

	1992	1993	1994	1995 ¹⁾	1996 ²⁾	Gemiddelde groei (%)
Intramuraal (totaal)	29 845	29 917	30 047	30 624	31 598	1,5
– algemene psychiatrische ziekenhuizen	26 754	26 615	26 426	26 643	27 316	0,5
– zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd	1 155	1 231	1 391	1 564	1 636	10,4
– zelfstandige verslavingsklinieken	735	836	981	1 059	1 206	16,0
– TBS-instellingen	1 137	1 225	1 267	1 358	1 440	6,6
Semimuraal (totaal)	1 940	2 135	2 310			9,5
– RIBW-en						
– inclusief psychiatrische woonvoorzieningen	1 746	1 940	2 114			10,5
– exclusief psychiatrische woonvoorzieningen	1 536	1 729	1 893			11,6
– herstellingsoorden	194	195	196			0,5
Extramuraal (totaal)	7 080	7 238	7 258			1,3
– RIAGG-en	5 158	5 339	5 335	5 490		2,1
– overige ambulante voorzieningen	198	189	180	180		-3,0
– CAD-en	1 054	1 050	1 163	1 166		3,5
– overige verslaafdenzorg	670	660	580			-6,7
Totaal	38 865	39 290	39 214			

¹⁾ Enkele gegevens uit 1995 zijn nog niet beschikbaar.

²⁾ Gegevens uit 1996 zijn nog niet beschikbaar.

Bron: NZI (psychiatrische ziekenhuizen), ministerie van Justitie (TBS-instellingen), NcGv (RIBW, herstellingsoorden), CBS (RIAGG-en en overige ambulante voorzieningen, CAD-en), VWS (overige verslaafdenzorg).

Bij de intramurale voorzieningen is een stijging te constateren in het aantal bezette arbeidsplaatsen. Met name het aantal arbeidsplaatsen bij zelfstandige verslavingsklinieken, zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd en TBS-instellingen is relatief sterk toegenomen. Ook bij de extramurale voorzieningen is het aantal arbeidsplaatsen licht gestegen. Deze stijging komt met name voor rekening van de RIAGG.

Tabel B5.4 Gemiddeld aantal aanwezige patiënten/cliënten in de geestelijke gezondheidszorg

	1992	1993	1994	1995	Gemiddelde groei (%)
Intramuraal (totaal)	24 875	24 987	24 973	25 201	0,4
– per 1 000 inwoners	1,63				
– algemene psychiatrische ziekenhuizen	21 368	21 513	21 414	21 354	0,0
– zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd	564	567	573	578	0,8
– zelfstandige verslavingsklinieken	704	760	808	818	5,4
– TBS-klinieken	426	457	466	499	5,7
– psychiatrische afdelingen van academische en algemene ziekenhuizen ¹⁾	1 813	1 690	1 712	1 972	2,9
Semimuraal (totaal)	9 934	10 955	11 470	12 380	8,2
– per 1 000 inwoners	0,65				
– beschermende woonvormen					
– inclusief psychiatrische woonvoorzieningen	3 878	4 235	4 370	4 720	7,6
– exclusief psychiatrische woonvoorzieningen	3 460				
– herstellingsoorden ²⁾	335	340	340	340	0,5
– psychiatrische deeltijdbehandeling	5 721	6 380	6 760	7 320	9,3
Extramuraal (totaal)					
– RIAGG-en	246 750	251 650	256 700	266 070	2,6
– inschrijvingen	238 500	240 300	247 850	244 470	0,8
– per 1 000 inwoners	16,3	16,5	16,7	17,3	
– CAD-en	33 021	29 496	29 653	30 344	-2,7
– per 1 000 inwoners	1,6				
– polikliniek					
– psychiatrische ziekenhuizen ³⁾	57 877	62 000	65 000	75 000	9,9
– psychiatrische afdelingen van algemene ziekenhuizen	23 475 ⁴⁾				
– psychiatrische afdelingen van academische ziekenhuizen	6 874				
– vrijgevestigde psychiater ⁵⁾	27 400	28 050	28 700	30 100	3,3
– vrijgevestigde psychotherapeut	19 000	18 800	19 500	20 960	3,4

¹⁾ Op basis van bezettingspercentage.

²⁾ Op basis van bezettingspercentage.

³⁾ Betreft schatting op basis van het percentage van de instellingen die polikliniekgegevens aanleverden in de enquête jaarcijfers psychiatrie.

⁴⁾ Wijziging COTG-definitie.

⁵⁾ Vanaf 1992 bestaan de gegevens uit schattingen.

Bron: NcGv, NZi.

Bij een groot deel van de instellingen is in 1995 een stijging van het aantal patiënten te zien. Dit aantal vertoont voor de algemeen psychiatrische ziekenhuizen echter een lichte daling. Bij de polikliniek en de psychiatrische deeltijdbehandeling is deze toename fors.

Tabel B5.5 Aantal verpleegdagen en deeltijdbehandeldagen (x 1 000) in psychiatrische ziekenhuizen, en het aantal zittingen en contacten

	1992	1993	1994	1995 ¹⁾	1996 ²⁾	Gemiddelde groei (%)
Intramuraal						
Totaal inclusief afwezigheidsdagen	9 225	9 205	9 202	9 030	8 920	0,8
Totaal exclusief afwezigheidsdagen	8 526	8 572	8 564			0,1
– algemene psychiatrische ziekenhuizen						
– verpleegdagen inclusief afwezigheidsdagen	7 912	7 857	7 812	7 590	7 451	-14,6
– verpleegdagen exclusief afwezigheidsdagen	7 285	7 300	7 255	7 258	7 086	-0,7
– bezettingsgraad inclusief afwezigheidsdagen (%)	95,1	94,6	93,4	93	90,9	
– bezettingsgraad exclusief afwezigheidsdagen (%)	88,3	87,9	87,8	84,7	83,9	
– PAAZ/PAAcZ						
– verpleegdagen	672	668	664	659	648	-0,9
– bezettingsgraad (%)	88,5	88,4	87,5			
– zelfstandige psychiatrische ziekenhuizen voor jeugd						
– verpleegdagen inclusief afwezigheidsdagen	213	213	225	261	281	8,0
– verpleegdagen exclusief afwezigheidsdagen	177	175	185	188	193	2,3
– bezettingsgraad inclusief afwezigheidsdagen (%)	99,6	97,1	96,7	97,1	97,0	
– bezettingsgraad exclusief afwezigheidsdagen (%)	83,0	80,0	79,8	80,3	79,9	
– zelfstandige verslavingsklinieken						
– verpleegdagen inclusief afwezigheidsdagen	269	297	321	332	339	6,5
– verpleegdagen exclusief afwezigheidsdagen	243	270	290	292	299	5,8
– bezettingsgraad inclusief afwezigheidsdagen (%)	96,7	98,4	93,5	85,7	92,5	
– bezettingsgraad exclusief afwezigheidsdagen (%)	87,3	89,4	84,5	76,3	84,5	
– TBS-instellingen						
– verpleegdagen inclusief afwezigheidsdagen	159	170	180	188	201	5,1
– verpleegdagen exclusief afwezigheidsdagen	149	159	170	182	182	5,5
Semimuraal						
– deeltijdbehandeldagen psychiatrische ziekenhuizen ³⁾	632	705	742	770	841	8,3
– RIBW-en						
– inclusief psychiatrische woonvoorzieningen	1 445	1 598	1 755			8,6
– exclusief psychiatrische woonvoorzieningen	1 288	1 442				9,1
– bezettingsgraad (%)	91,3					
– herstellingsoorden	125	125	124			1,1
– bezettingsgraad (%)	98,4					
Extramuraal						
– RIAGG	2 140	2 173	2 227	2 360		3,4
– CAD						
– cliëntencontacten	464	475	509	517	542	4,2
– methadoncontacten	757	956	811	634	682	-2,5

¹⁾ Enkele gegevens uit 1995 nog niet beschikbaar.

²⁾ Enkele gegevens uit 1996 nog niet beschikbaar.

³⁾ Wel deeltijdbehandeling bij PAAZ-en en PAACZ-en.

Bron: NZi (alg. ziekenhuizen, zelfst. kinder- en jeugd psychiatrische kliniek, zelfst. verslavingskliniek), Justitie (TBS), NcGv (RIBW, herstellingsoorden), NVAGG (RIAGG), IVV (CAD).

Opnieuw is het aantal verpleegdagen in de algemene psychiatrische ziekenhuizen afgenomen. Ook het aantal verpleegdagen in de PAAZ/PAACZ is licht afgenomen. Ook het aantal methadoncontacten bij CAD-en is gedaald. Voor de voorzieningen is het aantal verpleegdagen, deeltijdbehandeldagen of zittingen in 1996 toegenomen.

Tabel B5.6 Eigen bijdrage in de GGZ

	1992	1993	1994	1995	1996
Psychiatrische ziekenhuizen (1)	139,8	140,3	139,3	136,2	132
Psychotherapie (2)	2,5	2,9	6,5	10,2	11,4
RIBW (1)	29,9	32,6	36,2	38,8	40,1
Psychiatrische woonvoorzieningen (3)	4,0	4,2	4,2	4,2	4,3
Herstellingsoorden (3)	0,9	0,9	0,9	0,9	0,5

Bron: CAK (1), COTG (2); betreft alleen RIAGG, bij de vrijevestigden (psychiaters en psychotherapeuten) en poliklinieken onbekend, ZFR (3), conform begroting.

BIJLAGE B6 GEHANDICAPTENZORG

In deze bijlage zijn per voorziening in de gehandicaptenzorg de productiegegevens opgenomen. Onder productiegegevens wordt verstaan het aantal instellingen, het aantal toegelaten plaatsen (de oude term is erkende bedden) en de bezettingsgraad. In het hoofdstuk gehandicaptenzorg is in tabel 6.2 een totaal overzicht van de toegelaten plaatsen opgenomen. Meer uitgebreide informatie over de gehandicaptenzorg zal te vinden zijn in het brancherapport gehandicaptenzorg dat in het najaar door het NZi zal worden uitgebracht.

B6.1 Intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten

Het aantal toegelaten plaatsen evenals het aantal verpleegdagen is in de intramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten de afgelopen jaren gestaag toegenomen. Bij de algemene instellingen bedroeg de uitbreiding van het aantal toegelaten plaatsen gemiddeld 465 plaatsen per jaar. Een verklaring voor de hoge in- en uitstroomgegevens (opgenomen en ontslagen cliënten) wordt gevormd door de toename van het aantal tijdelijke opnamen. Tijdelijke opnamen ontlasten de reguliere verzorgers in het geval van een crisissituatie of een vakantie. De vermelde dagbehandelingsdagen hebben betrekking op de deelnemers aan dagbehandeling, afkomstig van buiten de instellingen.

Tabel B6.1 Productiegegevens algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten (incl. instellingen voor meervoudig gehandicapten)

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	108	115	115	115
Toegelaten plaatsen	30 411	31 105	31 482	31 808
Verpleegdagen (x 1 000)	11 202	11 459	11 608	11 735
Dagbehandelingsdagen (x 1 000)			159,8	182,7
Opgenomen cliënten	17 806	21 715	22 044	26 916
Ontslagen cliënten	16 681	20 577	23 180	26 182
Bezettingsgraad (%)	100,9	100,9	101,0	101,1

Bron: NZi.

Tabel B6.2 Productiegegevens instellingen voor jeugdig licht verstandelijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	21	21	22	22
Toegelaten plaatsen	1 936	1 950	2 025	2 125
Verpleegdagen (x 1 000)	712,3	751,1	774,0	783,1
Dagbehandelingsdagen (x 1 000)			28,0	29,8
Bezettingsgraad (%)	100,1	101,6	101,3	101,0

Bron: NZi.

B6.2 Semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten

In de periode 1993–1996 zijn 15 nieuwe instellingen voor gezinsvervangende tehuizen ontstaan. De productie in de semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten is in de periode 1993–1996 met gemiddeld 2% per jaar toegenomen.

Tabel B6.3 Productiegegevens Gezinsvervangende tehuizen verstandelijk gehandicapten (incl. meervoudig gehandicapten)

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	558	563	568	573
Toegelaten plaatsen	15 095	15 571	16 015	16 145
Verzorgingsdagen (x 1 000)	5 491	5 674	5 842	5 892
Substitutiedagen (x 1 000)	104,5	144,7	193,9	218,0
Bezettingsgraad (%)	99,7	99,8	99,9	100,0

Bron: COTG.

Tabel B6.4 Productiegegevens Dagverblijven voor verstandelijk gehandicapte ouderen (incl. voor meervoudig gehandicapten)

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	225	226	228	228
Toegelaten plaatsen	11 578	11 666	11 855	11 877
Aanwezigheidsdagen (x 1 000)	2 781,8	2 922,7	3 001,2	3 017,4
Substitutiedagen (x 1 000)	77,5	114,2	124,8	105,6

Bron: COTG.

Tabel B6.5 Productiegegevens Kinderdagverblijven voor verstandelijk gehandicapten (incl. meervoudig gehandicapten)

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	105	105	105	105
Toegelaten instellingen	4 052	4 080	4 135	4 141
Aanwezigheidsdagen (x1 000)	943,8	991,1	1 022,3	1 039,9
Substitutiedagen (x1 000)	52,1	86,2	79,3	81,9

Bron: COTG.

B6.3 Extramurale zorg voor verstandelijk gehandicapten

Het aantal SPD-en is in 1996 door fusies teruggebracht van 38 naar 34. Het aantal geplaatste cliënten in het kader van de arbeidsintegratie is in 1996 wederom toegenomen met 8% tot 650 cliënten. Het aantal begeleide cliënten maatschappelijk werk/zorgconsulentschap vertoont in 1996 weliswaar een lichte daling ten opzichte van 1995, maar dit is voornamelijk een gevolg van een administratieve opschoning van de cliëntenregistratie en een door de SPD-en stringenter in- en uitschrijfbeleid.

Tabel B6.6 Productiegegevens Sociaal Pedagogische Diensten

	1993	1994	1995	1996
Aantal SPD-en	39	39	38	34
Aantal begeleide cliënten				
– maatschappelijk werk en zorgconsulentschap	39 010	39 842	39 118	38 800
– praktisch pedagogische gezinsbegeleiding en vroeghulp	3 090	3 549	3 935	4 102
– begeleid zelfstandig wonen	2 390	2 704	2 810	2 718
– arbeidsintegratie		2 202	2 727	3 208
Aantal geplaatste deelnemers arbeidsintegratie		487	601	650

Bron: Somma.

B6.4 Instellingen voor auditief en visueel gehandicapten

Het aantal verpleegdagen bij de instellingen voor auditief gehandicapten vertoont sinds een aantal jaren een dalende tendens als gevolg van de toename van de substitutie binnen deze sector. Uit gegevens van het COTG blijkt, dat in 1996 de bezettingsgraad in deze sector circa 86% bedraagt als rekening wordt gehouden met substitutie. Ook bij de instellingen voor visueel gehandicapten daalt het aantal verpleegdagen. In de visuele gehandicaptenzorg wordt in het kader van de regionalisering van het zorgaanbod in toenemende mate ambulante zorg en dagopvang aangeboden. In 1996 registreerde het COTG 134 500 cliëntcontacten in deze zorg.

Tabel B6.7 Productiegegevens Instellingen voor auditief gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	6	6	6	6
Toegelaten plaatsen	856	874	874	874
Verpleegdagen	245 754	243 969	231 393	227 570
Bezettingsgraad (%)	77,0	76,5	72,5	71,3

Bron: NZi.

Tabel B6.8 Productiegegevens Instellingen voor visueel gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	6	6	6	6
Toegelaten plaatsen	544	560	560	560
Verpleegdagen	100 379	98 636	98 916	90 301
Bezettingsgraad (%)	50,6	48,3	48,4	44,2

Bron: NZi.

B6.5 Lichamelijke gehandicaptenzorg

In de periode 1993–1996 is het aantal toegelaten plaatsen bij de kleine woonvormen met gemiddeld 83 per jaar en bij de activiteitencentra met gemiddeld 59 per jaar toegenomen. In de productiegegevens van de grote woonvormen hebben zich de afgelopen periode geen grote verschuivingen voorgedaan.

Tabel B6.9 Productiegegevens Kleine woonvormen voor lichamelijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	43	48	49	50
Toegelaten plaatsen	1 115	1 250	1 296	1 365
Aanwezigheidsdagen	394 016	440 827	459 025	481 188
Substitutiedagen	1 122	3 948	7 423	12 798
Bezettingsgraad (%)	100,0	99,8	100,0	100,0

Bron: COTG.

Tabel B6.10 Productiegegevens Activiteitencentra voor lichamelijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	34	34	36	37
Aantal erkende bedden	1 294	1 350	1 429	1 471
Aanwezigheidsdagen	301 546	328 259	356 418	368 920
Substitutiedagen	456	4 072	7 887	8 766

Bron: COTG.

Tabel B6.11 Productiegegevens Grote woonvormen

	1993	1994	1995	1996
Aantal instellingen	4	4	4	4
Toegelaten plaatsen	804	804	804	804
Verpleegdagen	254 350	244 901	252 332	253 117
Bezettingsgraad (%)	87,0	83,0	86,0	86,0

Bron: CAK.

B6.6 Personeelsbezetting in de gehandicaptenzorg

De groei van de sector gehandicaptenzorg van de afgelopen jaren is ook zichtbaar in de toename van het aantal bezette arbeidsplaatsen in de sector. Bij de instellingen voor verstandelijk gehandicapten is het aantal bewonersgebonden personeelsleden toegenomen. Deze intensivering van de zorg vindt onder meer zijn verklaring in de vergrijzing van de bewonerspopulatie van de instellingen.

De personeelsgegevens 1996 van de semimurale voorzieningen waren bij het verschijnen van dit JOZ nog niet beschikbaar.

Tabel B6.12 Aantal bezette arbeidsplaatsen op full-time basis

	1993	1994	1995	1996
Inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten (1)	34 816	35 280	36 799	37 826
Gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapten ¹⁾ (2)	8 303	8 580	8 996	
Dagverblijven voor gehandicapten (3)	6 270	6 423	6 661	
Inrichtingen voor zintuiglijk gehandicapten (4)	1 221	1 269	1 310	1 350
Sociaal pedagogische diensten (5)	1 045	1 106	1 120	1 129
Totaal	51 655	52 685	54 886	
Procentuele mutatie (%)		1,9	4,3	

¹⁾ Exclusief kinder GVT-en.

Bron: NZi (1,4), CBS (2,3), Somma (5).

Tabel B6.13 Aantal bezette arbeidsplaatsen inrichtingen voor verstandelijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996
Algemeen en administratief personeel	2 063	2 132	2 204	2 249
Hotel personeel	3 579	3 634	3 774	3 907
Bewonersgebonden personeel	23 188	23 904	25 515	26 464
Leerling-verpleegkundig personeel	4 423	4 225	3 604	3 428
Terrein-gebouwgebonden personeel	877	851	865	870
Stagiaires/personeel niet in loondienst	686	534	837	908
Totaal	34 816	35 280	36 799	37 826

Bron: NZi.

BIJLAGE B7 OUDERENZORG EN THUISZORG

B7.1 Capaciteit en gebruik intramurale ouderenzorg

De toegelaten capaciteit bij de verpleeghuizen stijgt met 605 bedden in 1996. In 1996 stijgt de zorgvernieuwing door de toevoeging van de vrije-marge-middelen.

Tabel B7.1 Capaciteit verpleeghuizen

	1992	1993	1994	1995	1996
Capaciteit (totaal)	52 196	53 130	53 818	55 093	55 598
Bezettingsgraad (%)	98,0	98,2	98,3	98,4	98,0
– somatisch	26 588	26 440	26 187	26 096	26 184
– psychogeriatrisch	25 608	26 690	27 631	28 997	29 514
Dagbehandelingsplaatsen (totaal)	3 534	3 749	3 941	4 087	4 191
– somatisch	1 788	1 845	1 921	1 960	1 995
– psychogeriatrisch	1 746	1 904	2 020	2 127	2 196
Overig ¹⁾					
– vrije marge bedden	875	1 837	1 845	1 845	¹⁾
– zorgvernieuwing	317	951	1 960	2 225	4 040

¹⁾ Valt onder zorgvernieuwing.

Bron: NZi, VWS.

Het aantal verzorgingsplaatsen in de verzorgingshuizen daalt met ruim 6 000 in 1996. Dit is ongeveer de helft van de daling in de gehele planperiode 1993–1996. De realisatie van ingrijpende beslissingen als renovatie en sluiting vindt dikwijls pas aan het eind van deze plannen plaats.

Tabel B7.2 Beschikbare bedden capaciteit in de verzorgingshuizen

	1992	1993	1994	1995	1996 ¹⁾
Bruto capaciteit	136 472	134 489	131 464	128 040	121 267
Ziekenkamers	3 765	3 329	2 978	2 347	1 919
Verpleegafdelingen	433	358	331	202	431
Netto capaciteit	132 274	130 802	128 154	125 491	119 097
Bezettingsgraad (%)	96,0	94,9	94,5	93,6	93,9

¹⁾ Voorlopige cijfers.

Bron: CBS, bewerking VWS.

Het aantal bewoners van verzorgingshuizen vermindert met ongeveer 5 660. Hierdoor stijgt de bezettingsgraad licht.

Tabel B7.3 Gebruik verzorgingshuizen

	1992	1993	1994	1995	1996
Bewoners	126 929	124 087	121 064	117 491	111 830
Kortdurende opname	16 874	18 020	18 667	20 869	22 023
Dagverzorging	12 721	13 549	13 522	10 401	9 379

Bron: CBS.

De zorgzwaarte in verpleeghuizen wordt uitgedrukt in de mate van hulpbehoefendheid.

Tabel B7.4 Mate van hulpbehoevendheid in verpleeghuizen

	1992	1993	1994	1995
Klinisch				
– somatische patiënten	8,46	8,54	8,2	8,3
– psychogeriatrische patiënten	8,43	8,46	8,2	8,2
Dagbehandeling				
– somatische patiënten	5,67	5,50	5,4	5,5
– psychogeriatrische patiënten	3,96	3,80	4,0	4,0

Bron: SIG Zorginformatie, SIVIS-registratie.

De zorgwaarde in verzorgingshuizen –uitgedrukt in klasse van gemiddelde zorgtijd per dag– neemt jaarlijks enigszins toe. Met name de categorie incidenteel aanvullende zorg daalt fors. De verzorgingshuizen hebben dus minder bewoners, maar deze bewoners hebben gemiddeld een grotere zorgbehoefte.

Tabel B7.5 Zorgwaarde bewoners in verzorgingshuizen (%)

	Zorg minuten per dag	1992	1993	1994	1995	1996
Incidenteel aanvullende zorg	35	49,0	47,1	46,1	44,9	41,4
Regelmatig aanvullende zorg	75	18,0	18,9	19,3	19,6	20,3
Aanvullende en overnemende zorg	120	11,2	11,7	11,7	12,4	13,4
Veel overnemende zorg	165	10,7	10,9	11,4	11,9	12,9
Totaal overnemende zorg	260	11,1	11,4	11,5	11,2	12,0
Totaal		100	100	100	100	100

Bron: WZF.

B7.2 Arbeidsplaatsen intramurale ouderenzorg

Tabel B7.6 Arbeidsplaatsen verzorgingshuizen en verpleeghuizen

	1992	1993	1994	1995	1996
Verzorgingshuizen ¹⁾	54 980	54 343	53 233	54 616	52 727 ³⁾
waarvan					
– verzorgend	31 301	31 163	30 537	31 393	30 619
Verpleeghuizen ²⁾	60 831	61 876	62 145	63 926	65 820
waarvan					
– patiëntgebonden	35 410	37 102	38 094	40 045	41 628
– leerling verplegenden	8 307	7 839	7 773	6 468	6 236
Totaal	115 811	116 219	115 327	118 542	118 547

¹⁾ Het CBS hanteerde tot het jaar 1992 een andere systematiek om oproepkrachten te meten, die naar verwachting van het CBS tot een onderschatting van het totale aantal arbeidsplaatsen leidde.

²⁾ Exclusief grote woonvormen.

³⁾ Exclusief Melkertbanen.

Bron: CBS, NZi.

Bij de verpleeghuizen stijgt het aantal arbeidsplaatsen met bijna 2 000, waarvan bijna 1 600 patiëntgebonden personeel is. Bij de verzorgingshuizen neemt het totaal aantal arbeidsplaatsen met bijna 1 900 af, waarbij slechts een afname van nog geen 800 verzorgend personeel te zien is. De verpleeg- en verzorgingshuizen voeren duidelijk een beleid gericht op meer handen aan het bed om aan de toegenomen zorgwaarde enigszins tegemoet te komen.

B7.3 Financiering verzorgingshuizen

In het JOZ 1997 is in hoofdstuk 7 een weergave gegeven van de financiering van verzorgingshuizen. Thans is deze in de bijlage opgenomen.

Tabel B7.7 Financiering verzorgingshuizen

	1993	1994	1995	1996 ¹⁾
Eigen bijdragen	1985,0	1990,0	1998,0	2 058
Subsidies ex WBO	2 923,0	2 957,0	2 939,0	2 928
Subsidies flankerend beleid en reikwijdte ex WBO	31,0	37,0	49,0	63
Eigen bijdragen flankerend beleid en reikwijdte ex WBO	13,0	16,0	21,0	17
Subsidies Welzijnswet	4,0	7,0	8,0	4
Eigen bijdrage in het kader van de Welzijnswet	12,0	16,0	19,0	29
Overig	282,6	268,8	304,0	302,5
Totaal	5 254,6	5 291,8	5 338,0	5 401,5

¹⁾ 1996 betreft voorlopige cijfers.

Bron: CBS (exclusief AWBZ), ZFR (AWBZ).

B7.4 Thuiszorg

Thuiszorg bestaat uit hulp die thuis wordt gegeven. Deze kan bestaan uit verplegende activiteiten en/of verzorgende activiteiten en/of huishoudelijke hulp op indicatie. Er zijn 142 instellingen: 49 geïntegreerde instellingen voor thuiszorg, 51 instellingen voor gezinsverzorging en 42 kruiswerkinstellingen. Jaarlijks zijn circa 550 000 cliënten in zorg. In 1995 waren er in totaal 154 332 werknemers, dit komt neer op circa 57 000 fte's. In 1995 is in totaal bijna 55 mln uren aan directe zorg geleverd. Voor verdere gegevens over de thuiszorg wordt verwezen naar de branchestudie Curatieve Zorg die door het Nivel en het NZi is opgesteld. Deze verschijnt gelijktijdig met het JOZ.

BIJLAGE B8 BEHEER EN DIVERSEN

Tabel B8.1 Specificatie uitgaven beheer en diversen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
1 Beheerskosten uitvoeringsorganen (totaal)	1 056,6	1 077,5	1 059,7	976,6	9 951,1	970,1
– Beheerskosten ziekenfondsen ZFW	739,1	806,2	786,8	887,2	907,2	884,3
– Beheerskosten uitvoeringsorganen AWBZ	317,5	271,3	272,9	89,4	87,9	85,8
2 Overige beheerskosten (totaal)	1 144,6	1 182,2	1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3
– Kosten procentuele premie-inning AWBZ en ZFW	173,1	190,5	190,7	193,7	196,4	60,0
– Kosten Ziekenfondsraad en secretariaat	40,2	44,4	47,5	50,0	50,0	51,0
– College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ)	10,5	10,4	11,0	11,9	12,7	12,7
– Centraal Organen Tarieven Gezondheidszorg (COTG)	11,4	11,6	11,8	11,9	15,1	15,1
– Beheerskosten overheid ¹⁾	31,9	31,8	39,6	45,1	49,2	51,2
– Beheerskosten particulier	877,5	893,5	891,8	965,1	987,9	988,3
Totaal	2 201,2	2 259,7	2 252,5	2 254,5	2 306,4	2 149,4

¹⁾ Deze post bevat de beheerskosten van het ministerie van VWS, voorzover BKZ-relevant. Om uitvoeringstechnische redenen bevat dit alleen de uitgaven van de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Bron: ZFR, CBS, VWS.

Tabel B8.2 Kosten diversen en aanvullende post

	1993	1994	1995	1996	1997	1998
3 Premie/particulier (totaal)	184,6	186,7	204,7	269,7	289,6	275,2
– Artikel 73 ZFW	1,9	4,7	2,0	9,1	9,2	9,4
– Artikel 39 WFV						
– SBOH's	47,5	49,6	55,4	57,5	73,5	65,5
– Deskundigheidsbevordering huisartsen ¹⁾	12,6	12,6	13,8	14,5	14,8 ¹⁾	14,8
– Academisch werkveld huisartsgeneeskunde			2,4	2,4	2,4	2,4
– Medisch/tandheelkundig specialistisch onderzoek			13,9	13,9	13,9	13,9
– lid 3g, ontwikkeling geneeskunde, onderzoeksbeleid	15,1	42,9	30,9	37,0	57,0	57,0
– lid 3h, subsidies	13,0	18,9	16,9	71,8	55,0	53,6
– lid 5, door de minister aangewezen onderzoek	24,9	22,0	23,4	23,5	23,5	
– Sanering ziekenhuisvoorzieningen	58,6	27,5	28,2	30,8	31,5	32,0
– Particulier	11,0	8,5	19,8	9,2	9,2	9,3
– Overig						17,3
4a Begroting (arbeidsmarktgeld)	59,4	70,4	232,6	337,3	483,4	616,9
– Bijdrage sectorfondsen	59,4	70,4	162,6	63,0	65,1	62,9
– Bijdrage Melkertbanen			70,0	274,3	418,3	554,0
4b Begroting (overig)	320,4	300,0	307,5	303,6	350,8	330,5
– RIVM ²⁾	247,4	242,7	255,1	249,9	273,2	261,8
– Overig	73,0	57,3	52,5	53,7	77,6	68,7
Totaal	564,4	556,7	744,8	910,6	1 123,8	1 222,6

¹⁾ Vanaf 1998 wordt dit bedrag in het huisartsenkader verwerkt. In het JOZ 1999 zal dit bedrag worden overgeheveld naar sector 3.01.

²⁾ Het betreft hier de integrale uitgaven van het RIVM, inclusief de uitgaven die toegerekend kunnen worden aan preventie (circa f 35 mln). Voor de BKZ-relevante uitgaven van het RIVM volksgezondheid dient dit totaal gecorrigeerd te worden voor de niet-belastingontvangsten. Hiermee wordt tevens automatisch gecorrigeerd voor het milieudeel.

Bron: VWS, ZFR.

BIJLAGE B9 FINANCIERING

B9.1 Inleiding

In deze bijlage wordt allereerst meer in detail ingegaan op het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering. Daarna volgt een nadere toelichting op de financiering van de zorg.

B9.2 Het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering

B9.2.1 Hoofregel

Het eigen bijdragesysteem betekent in hoofdlijnen de invoering van een eigen bijdrage van 20% van de kosten van verstrekkingen –uitsluitend voorzover het wettelijke aanspraken ingevolge de ZFW betreft– met een maximum van f 200,– per hoofdverzekerde per kalenderjaar. Op deze hoofregel gelden de volgende uitzonderingen.

B9.2.2 Uitzonderingen op de hoofregel

Huisarts

Voor de hulpverlening door de huisarts geldt geen eigen bijdrage.

Tandarts

Voor de niet-specialistische tandheeskundige hulp geldt geen eigen bijdrage.

Verloskundige hulp

Gelet op internationale wetgeving geldt voor verloskundige hulp geen eigen bijdrage.

Ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling

Gelet op internationale wetgeving geldt voor ziekenhuisverpleging op medische indicatie in verband met zwangerschap en bevalling geen eigen bijdrage.

Ziekenhuisverpleging en dagverpleging

Voor ziekenhuisverpleging en dagverpleging geldt geen procentuele eigen bijdrage maar een nominaal bedrag van f 8,– per ligdag.

Bestaande eigen bijdragen in de ZFW voor zittend ziekenvervoer

Voor de bestaande eigen bijdragen in de ZFW met betrekking tot zittend ziekenvervoer wordt het huidige regime gecontinueerd. Dit is een eigen bijdrage aan de voet van f 144,– per 12 maanden (1997). Voor deze verstrekkingen geldt geen procentuele eigen bijdrage en de betaalde eigen bijdragen tellen niet mee voor het maximum.

Bestaande eigen bijdragen in de ZFW voor kraamzorg

Voor de bestaande eigen bijdragen in de ZFW met betrekking tot kraamzorg wordt het huidige regime gecontinueerd. Deze bedraagt ten huize van de verzekerde f 6,13 per uur (1997). Voor deze verstrekkingen geldt geen procentuele eigen bijdrage en de betaalde eigen bijdragen tellen niet mee voor het maximum.

Bestaande eigen bijdragen in de ZFW voor hulpmiddelen

De bestaande eigen bijdragen voor hulpmiddelen (eigen bijdragen op grond van het besparingsmotief) en eigen betalingen boven de maximum vergoedingen worden gehandhaafd. Deze eigen bijdragen en eigen betalingen tellen niet mee voor het maximum.

Daarnaast geldt voor alle hulpmiddelen die op grond van de Regeling hulpmiddelen 1996 in eigendom kunnen worden verstrekt de procentuele eigenbijdrageregeling.

Categorieën verzekerden waarvoor een maximum eigen bijdrage van f 100,- van toepassing is:

De verzekerde, wiens inkomen geheel of gedeeltelijk bestaat uit een bij ministeriële regeling nader te benoemen pensioen, uitkering of vergoeding is, in afwijking van de hoofdregel een maximum eigen bijdrage van f 100,- verschuldigd voor zichzelf en zijn medeverzekerden tezamen. Het betreft de volgende categorieën verzekerden:

- verzekerden met een pensioen in het kader van de Algemene Ouderdomswet (AOW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van de Algemene Arbeidsongeschiktheidswet (AAW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van de Algemene Nabestaandenwet (ANW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van de Algemene Bijstandswet (ABW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte werkloze werknemers (IOAW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van de Wet inkomensvoorziening oudere en gedeeltelijk arbeidsongeschikte gewezen zelfstandigen (IOAZ);
- verzekerden met een uitkering op grond van de Toeslagenwet (TW);
- verzekerden met een uitkering in het kader van een regeling voor bedrijfsbeëindigingshulp door of vanwege het ministerie van Economische Zaken;
- verzekerden met een vergoeding in het kader van een voorbereidingsovereenkomst ingevolge hoofdstuk Va van de Jeugdwetgarantiewet;
- personen die als ziekenfondsverzekerde ingeschreven staan ten laste van het buitenland en die een buitenlands pensioen of een buitenlandse uitkering ontvangen, welk pensioen of welke uitkering vergelijkbaar is met het AOW-pensioen of een van de bovengenoemde uitkeringen.

Bijstandsgerechtigden met zak- en kleedgeld, betalen geen nominale premie indien betrokkenen jonger zijn dan 65 jaar. De consequentie hiervan is dat compensatie via de nominale premie voor deze verzekerden niet mogelijk is. Omdat de ziekenfondsverzekerden waarvoor een maximum eigen bijdrage van f 100,- geldt via de nominale premie volledig worden gecompenseerd is besloten de bijstandsgerechtigden met zak- en kleedgeld uit te sluiten van de in te voeren eigenbijdrageregeling.

Verzekerden die voor rekening van de AWBZ in een instelling verblijven zijn op grond van de Bijdrageregeling intramurale zorg AWBZ in voorkomende gevallen een inkomensafhankelijke eigen bijdrage verschuldigd.

Voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage geldt de nominale premie als aftrekpost.

De aftrek van de nominale premie betekent een overeenkomstige verlaging van de eigen bijdrage op grond van de genoemde regeling. Door compensatie via de nominale premie verdwijnt voor deze verzekerden een aftrekpost van f 110,- met als gevolg een overeenkomstige verhoging van de eigen bijdrage AWBZ. Compensatie via de nominale premie is in het kader van de vigerende regelgeving voor deze verzekerden derhalve feitelijk onmogelijk. In verband hiermee is besloten ook deze categorie verzekerden uit te sluiten van de in te voeren eigenbijdrageregeling.

Voor de categorieën verzekerden die zijn uitgesloten van de in te voeren eigenbijdrageregeling geldt dat de huidige eigen bijdragen die op grond van de Ziekenfondswet verschuldigd zijn, blijven gehandhaafd.

B9.2.3 Compenserende maatregelen

Het kabinet heeft, naast invoering van het eigenbijdragesysteem, tevens besloten tot compensatie van koopkrachteffecten. Naast de hiervoor aangeduide groepen, waarvoor een lagere maximum eigen bijdrage van toepassing is of waarvoor de per 1 januari 1997 in te voeren eigenbijdrageregeling in het geheel niet van toepassing is, gaat het daarbij concreet om de volgende maatregelen:

- de voorgenomen verlaging van de nominale rekenpremie van f 110,- is door de ziekenfondsen in zijn geheel aan de ziekenfondsverzekerden doorgegeven;
- compensatie met f 90,- voor die verzekerden die gedurende drie jaar achtereenvolgende de maximale eigen bijdrage hebben betaald en die niet reeds op grond van een ander criterium werden gecompenseerd (bijvoorbeeld ouderen, meeverzekerde partner). Voor de jaren 1997 en 1998 is een overgangsmaatregel getroffen.

B9.2.4 Inning, restitutie en financieel risico

Inning van de eigen bijdragen en restitutie aan daarvoor in aanmerking komende verzekerden dient door de ziekenfondsen te worden uitgevoerd. Het kabinet heeft het niet verstandig geoordeeld om de ziekenfondsen, gelet op het huidige stadium waarin de ontwikkeling van de risicodragende budgettering van de ZFW-verstrekingen verkeert, thans te belasten met het financiële risico dat is verbonden aan de inning van eigen bijdragen. Het kabinet is voornemens in een later stadium hiertoe alsnog over te gaan. Het financiële risico berust derhalve vooralsnog bij de Algemene Kas ZFW. Indien de feitelijke inning van eigen bijdragen achterblijft bij de verwachtingen zal een versnelde overheveling van het risico naar verzekeraars worden overwogen. De uitvoeringspraktijk betreffende de inning van reeds bestaande eigen bijdragen blijft gehandhaafd.

B9.2.5 Informatievoorziening aan verzekerden

Om een beoogd effect van de eigenbijdrageregeling –het functioneren van de eigen bijdragen als 'remgeld' en daarmee het bevorderen van zuinig gebruik– te optimaliseren, is bij toepassing van de eigenbijdrageregeling goede en tijdige informatieverstrekking aan verzekerden van groot belang. De ziekenfondsen dienen de verzekerden in verband hiermee per maand of per kwartaal een overzicht van de stand van betaalde eigen bijdragen te verstrekken.

B9.2.6 Eigenbijdragesysteem: geen 'piep-systeem' als algemene regel

Bij de keuze voor het onderhavige eigenbijdragesysteem is een klantvriendelijke benadering één van de uitgangspunten geweest. In verband hiermee ligt het initiatief voor de uitvoering van alle facetten van de eigenbijdrageregeling in beginsel bij verzekeraars. In het licht hiervan dient het ziekenfonds de verzekerde ten minste te informeren:

- over de voor de verzekerde van toepassing zijnde maximum eigen bijdrage;
- over de stand van betaalde eigen bijdragen;
- over de omstandigheid dat de verzekerde in het lopende kalenderjaar geen verdere eigen bijdragen op grond van het per 1 januari 1997 in te voeren systeem in rekening zullen worden gebracht indien de maximum eigen bijdrage is bereikt;

- over de compensatie met f 90,- en de restitutie die in verband daarmee dient plaats te vinden indien de verzekerde voor die compensatie in aanmerking komt.

Een uitzondering op het beginsel dat ter uitvoering van het eigenbijdrage-systeem geen 'piep-systeem' dient te worden gehanteerd betreft de categorie verzekerden met een uitkering op grond van de Toeslagenwet. Omdat de Toeslagenwet geen afzonderlijke verzekeringsgrond is, zullen de verzekerden met een uitkering op grond van de Toeslagenwet daarom zelf het initiatief moeten nemen om zich bij hun ziekenfonds te melden, om in aanmerking te komen voor de verlaagde maximum eigen bijdrage van f 100,-.

B9.2.7 Peildatum

Door zich wijzigende omstandigheden kan zich gedurende het kalenderjaar de situatie voordoen dat voor de verzekerde een andere maximum eigen bijdrage van toepassing zou zijn. Toepassing van de eigenbijdrage-regeling naar evenredigheid van de periode gedurende welke zich een bepaalde verzekeringssituatie heeft voorgedaan, is uitvoeringstechnisch zeer bewerkelijk. In het licht hiervan is besloten om een peildatum toe te passen. Als peildatum geldt 1 januari. De situatie van de verzekerde op die datum is dan bepalend voor de hoogte van de verschuldigde maximum eigen bijdrage.

B9.3 Derde compartiment

Tijdens het recente nota-overleg over het JOZ 1997 heeft de Tweede Kamer in de motie Van Boxtel cum suis (TK, 1996–1997, 25 004, nr. 17) gevraagd om vanaf het JOZ 1998 ook een beeld te geven van het niet-wettelijk vergoede deel van de kosten van zorg. Deze zorgvoorzieningen worden ook wel aangeduid als het 'derde compartiment zorg'. In de nota 'Plan van aanpak Financieel Informatiebeleid Zorgsector' (TK, 1996–1997, 25 348, nr. 1 en 2) is de keus gemaakt de financiële informatie over het derde compartiment in het JOZ te bepalen tot die zorguitgaven die niet tot het eerste of tweede compartiment behoren maar die wel duidelijk zijn gekoppeld aan voorzieningen uit die compartimenten. Er is nog een tweede categorie zorguitgaven die behoort tot het derde compartiment. Bij deze categorie spelen zorginhoudelijke argumenten geen directe maar een indirecte rol. Niet alle in het huidige JOZ vermelde cure-uitgaven vallen onder het pakket van het tweede compartiment. Om de kosten van het tweede compartiment correct weer te geven moet dus een deel van de cure-uitgaven worden afgesplitst en worden ondergebracht in het derde compartiment. Derhalve moeten onder andere de realisatiecijfers particulier van VEKTIS worden gesplitst in een deel tweede - en een deel derde compartiment. Het gaat om niet noodzakelijke cosmetische chirurgie, klassevenpleging, keuringen (bijvoorbeeld sportkeuringen) en vergoedingen op basis van een aanvullende verzekeringen voor hulpmiddelen en/of geneesmiddelen.

Onderstaande cijfers zijn gebaseerd op gegevens van de ZFR, VEKTIS, CBS en onderzoeken (onderzoek Deloitte & Touche bij huisartsen). De cijfers zijn gebaseerd op schattingen en moeten met enige voorzichtigheid gebruikt worden.

Tabel B9.1 Derde compartiment 1998

	1998
Niet wettelijk deel tandheelkunde	1 290
Niet wettelijk deel fysiotherapie	245
Niet noodzakelijke cosmetische chirurgie	40
Klasseverpleging	150
Keuringen	25
Hulpmiddelen	55
Geneesmiddelen	50
Totaal	1 855

Om deze schattingen te verbeteren moeten nieuwe wegen worden ingeslagen. Zo is onderzocht of aan de Gezondheidsenquête (GE) van het CBS, die vanaf dit jaar onderdeel is van het Permanent Onderzoek Leefsituatie (POLS), vragen kunnen worden toegevoegd over de omvang van de niet-wettelijke kosten en het deel dat door de verzekering wordt gedekt. Vanaf 1996 zijn in de GE al meer gedetailleerde vragen opgenomen. Op basis van de resultaten van 1996 is de conclusie van het CBS dat een dergelijke verfijnde vraagstelling niet geschikt is, omdat 30 tot 50% van de respondenten het antwoord 'niet weten' blijkt te geven. Het CBS overweegt dan ook de vraagstelling in 1998 in te korten. Alleen het onderscheid particulier, ziekenfonds en KPZ-verzekering (Kontaktcommissie Publiekrechtelijke Ziektekostenregelingen voor Ambtenaren) en de vraag in hoeverre personen zich aanvullend hebben verzekerd voor de tandarts zou het CBS willen handhaven. Een meer algemeen punt is dat waar GE een adressensteekproef was, POLS een personensteekproef is. Dit heeft tot gevolg dat bij het onderwerp ziektekostenverzekeringen de resultaten van de nieuwe enquête minder goed kunnen worden gebruikt voor het analyseren van factoren relevant voor het gedrag van huishoudens. Een en ander is reden om in de loop van 1998, onder andere in overleg met VWS, te bezien hoe GE weer kan worden uitgebreid met zinvolle aanvullende vragen. Hiermee is één van de mogelijkheden tot extra informatievoorziening genoemd in het 'Plan van aanpak Financiële Informatievoorziening' in kaart gebracht. De komende tijd zullen ook andere alternatieven worden onderzocht op hun mogelijkheden.

B9.4 Financiering

Tabel B9.2 Premiestelling AWBZ

	1996	1997	1998
ALGEMEEN FONDS			
Uitgaven	20 676	27 250	28 265
– beheerskosten	270	273	137
– verstrekkingen	20 330	26 899	28 098
– overig	76	78	30
Inkomsten	19 834	27 537	28 480
– procentuele premie	18 992	23 809	24 639
– eigen bijdragen	1 621	3 405	3 521
– rijksbijdrage	-84	216	213
– overige baten	-695	107	107
Exploitatie	-842	287	215
Vermogen Algemeen Fonds (ultimo)	-714	-427	-213
Vermogensnorm	2 088	582	605
Vermogenssaldo	-2 802	-1 009	-818
Premieplichtig inkomen	258 390	268 030	256 660
Procentuele premie (%)	7,35	8,85	9,60

Tabel B9.3 Premiestelling ZFW

	1996	1997	1998
ALGEMENE KAS			
Uitgaven (totaal)	19 435,8	21 806,6	22 397,4
– macro budget verstrekkingen	18 167,0	20 699,0	21 496,2
– macro budget beheer	894,0	901,6	905,2
– nacalculatie verstrekkingen	74,4	150,3	
– nacalculatie verzekerden	97,3	-230,0	
– overig	203,1	285,7	-4,0
Inkomsten (totaal)	19 643,3	21 631,6	22 565,2
– procentuele premie	13 628,3	14 337,4	15 053,1
– rijksbijdrage	5 598,0	6 114,2	6 261,1
– MOOZ	560,0	676,0	711,0
– eigen bijdragen		650,0	680,0
– overige baten	-143,0	-146,0	-140,0
Exploitatie	207,5	-175,0	167,8
Vermogen Algemene Kas	-2 713,1	-2 888,1	-2 720,3
Vermogensnorm	-473,0	-698,6	-604,2
Tekort	-2 240,1	-2 189,5	-2 116,1
INDIVIDUELE FONDSEN			
Uitgaven (totaal)	21 480,9	23 138,5	23 633,3
– verstrekkingen	20 593,7	22 231,3	22 728,0
– beheerskosten	887,2	907,2	905,2
Inkomsten (totaal)	21 875,2	23 232,0	24 096,2
– nominale premie	2 642,5	1 711,1	1 694,8
– van Algemene Kas	19 232,7	21 520,9	22 401,4
Technisch resultaat	394,3	93,5	462,9
Premieplichtig inkomen (werkgevers)	191 960	206 890	220 840
Procentuele premie (%)	5,35	5,55	5,60
Premieplichtig inkomen (werknemers)	199 360	211 580	220 840
Procentuele premie (%)	1,65	1,35	1,20
Nominale premie (gld)	342	216	216
– waarvan rekenpremie	267	157	157
Volwassen Equivalenten (x 1 000)	7 727	7 922	7 846

Tabel B9.4 Uitgaven en ontvangsten particuliere ziektekostenverzekering

	1996	1997	1998
Omzet (totaal)	9 128	9 018	9 795
– verdiende premie	7 889		
– overige ontvangsten ¹⁾	1 239		
Bijdragen (totaal)	647	713	711
– MOOZ-bijdrage	560	676	711
– rijksbijdrage KPZ	87	37	0
Baten (totaal)	9 775	9 731	10 506
Lasten (totaal) ²⁾	10 080	9 773	10 488
– Totaal verstrekkingen	8 555	8 110	8 788
– Kosten & provisie	965	988	988
– MOOZ-afdracht	560	676	711
Technisch resultaat	-305	-43	19
Rentebaten	254	254	254
Resultaat na rente	-51	211	273
Totale baten per verzekerde	1 758		
Gemiddelde lasten per verzekerde	1 813		

¹⁾ Uitkering overschade WTZ en administratiekostenvergoeding WTZ.²⁾ Exclusief AWBZ-aanspraken en aanspraken derde compartiment.

BIJLAGE B10 AANSLUITING JOZ 1998 MET JOZ 1997

Bijlage B10 geeft per sector een overzicht van de (mutaties in de) uitgaven en financiering. In essentie zijn er per tabel vier 'blokken': de evaluatie, de raming, de financiering en de aansluiting tussen JOZ en BKZ.

Blok 1, de evaluatie, start met de raming uit het JOZ t-1, in dit geval het JOZ 1997. Aansluitend volgen de resultaten van de evaluatie over het jaar 1997. De mutaties ten opzichte van de oorspronkelijke raming worden per sector apart toegelicht.

Blok 2, de raming, geeft een overzicht van de nieuwe beleidsontwikkelingen zoals intensiveringen, extensiveringen, herschikkingen, en dergelijke. De sluitregel van dit blok bevat de nieuwe uitgavenraming van het JOZ.

Blok 3 bevat de financiering van deze uitgaven, zoals AWBZ, ZFW, particulier en eigen betalingen.

Tot slot geeft blok 4 de aansluiting tussen de uitgaven en het BKZ. Daartoe wordt het uitgavenniveau gecorrigeerd voor de opschoning (zoals zorguitgaven die via de begroting lopen (van VWS of andere departementen c.q. lagere overheden) en voor de BKZ-relevante ontvangsten (eigen betalingen). De slotregel geeft daarmee het BKZ-kader aan.

Tabel B10: 2.01 Preventieve zorg (premie)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	148,1	160,5	178,6	192,5	194,5	196,5	198,5	200,5	200,5	200,5
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			2,1	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6	4,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– cervix-screening				41,0	35,8	29,8	26,8	26,8	26,8	26,8
Herschikkingen										
– herschikking griep prik				60,6	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0
Subtotaal	148,1	160,5	180,7	298,7	280,9	276,9	275,9	277,9	277,9	277,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,7	4,8	2,8	0,8	-1,2	-1,2	-1,2
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
– borstkankeronderzoek						5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Technisch/Statistisch										
– technische correctie: overheveling premie naar begroting					-1,5	-50,3	-50,3	-50,3	-50,3	-50,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	148,1	160,5	180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
Financiering										
– AWBZ	148,1	160,5	180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
– Totaal JOZ 1998	148,1	160,5	180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			180,7	300,4	284,2	235,4	232,4	232,4	232,4	232,4

Evaluatie

Volume

Voor 1995 werd rekening gehouden met een onderbesteding van f 2,3 mln op het bevolkingsonderzoek borstkanker. Uit de definitieve afrekening blijkt dat deze verwachting ten onrechte was en wordt het kader hiervoor gecorrigeerd. Op de overige uitgaven is een kleine meevaller van f 0,2 mln geconstateerd. Per saldo betekent dit een bijstelling van f 2,1 mln in 1995.

Vanaf 1996 is er sprake van een structurele overschrijding van f 4,6 mln, die voor f 3,5 mln verklaard wordt door een overschrijding op het kader voor het vaccinatieprogramma en voor f 1,1 mln door een ramingsfout bij de SOA-klinieken.

Beleidsmaatregel: cervix-screening

Vanaf 1996 is gestart met de verbetering van de organisatie van het bevolkingsonderzoek voor cervix-screening. Het beschikbare kader was hiervoor ten onrechte niet aangepast. Dit wordt in dit JOZ gecorrigeerd. Voor een belangrijk deel vindt dit plaats door herschikking vanuit het JOZ-kader voor huisartsen en ziekenhuizen.

Herschikking: griep prik

Vanaf oktober 1996 is er sprake van een programmatische griepvaccinatie voor geïndiceerden en mensen die ouder zijn dan 65 jaar. Dit betreft de herschikking vanuit het huisartsenkader en het kader voor farmacie, waarbij vanaf 1997 de afgesproken besparing van f 15 mln wordt gerealiseerd.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregel: toegestane volumegroei

Vanaf 1998 is er f 1 mln beschikbaar voor volumegroei in deze sector.

Beleidsmaatregel: borstkankeronderzoek

Vanaf volgend jaar wordt het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uitgebreid met de groep van 70 tot en met 75 jaar. Hiervoor is f 5 mln beschikbaar.

Technisch: overheveling naar de begroting

In het kader van de oprichting van ZON is afgesproken dat alle relevante uitgaven verantwoord zullen worden op de begroting. Dit betekent dat met ingang van 1998 het budget voor het Praeventiefonds niet meer binnen de sector premie zichtbaar wordt maar op artikel 25.02.13. Tevens wordt het budget voor consumenten/patiëntenbeleid vanaf 1997 verantwoord op artikel 25.02.09 van de begroting van VWS.

Tabel B10: 2.02 Preventieve zorg (begroting)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	65,8	72,3	114,6	98,3	83,1	82,3	82,9	80,7	80,3	80,3
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				0,5						
Subtotaal	65,8	72,3	114,6	98,8	83,1	82,3	82,9	80,7	80,3	80,3
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,0	1,4	0,7	-0,1	-0,9	-0,9	-0,9
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- consumenten/patiëntenfonds						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
- kinkhoest vaccinatie						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
- platform pijnbestrijding						0,5	0,5			
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
- PEO-beleid						-3,0	-3,0	-3,0	-3,0	-3,0
Technisch/Statistisch										
- technische correctie: overheveling premie naar begroting					4,5	67,7	64,7	64,7	64,7	64,7
- correctie i.v.m. begroting					29,9	30,1	32,2	33,7	33,6	33,4
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	65,8	72,3	114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
Financiering										
- Overheid	65,8	72,3	114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
- Totaal JOZ 1998	65,8	72,3	114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			114,6	98,8	118,9	190,3	189,2	187,2	186,7	186,5

Evaluatie

Volume

De definitieve cijfers voor 1996 laten een verhoging van de begroting zien van f 0,5 mln. Deze bijstelling bestaat uit diverse kleine minnen en plussen op diverse begrotingsartikelen waaronder ziektebestrijding, basisgezondheidszorg, Aids en overige SOA, patiënten- en consumentenbeleid en -voeding, veterinaire beleid en productveiligheid.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: consumenten/patiëntenfonds

Ter versterking van de organisaties voor consumenten en patiënten wordt het fonds vanaf 1998 met f 10 mln verhoogd.

Beleidsmaatregelen: kinkhoest vaccinatie

Het RIVM doet onderzoek naar de oorzaken van de sterke stijging van de aantallen van kinkhoest in 1996. Ter financiering van mogelijke maatregelen wordt f 2 mln gereserveerd.

Beleidsmaatregelen: platform pijnbestrijding

Voor het platform pijnbestrijding is voor 1998 en 1999 f 0,5 mln beschikbaar.

Beleidsmaatregelen: PEO-beleid

Als onderdeel van het gehele pakket aan maatregelen 1998 wordt het budget voor PEO-beleid vanaf 1998 met f 3 mln gekort.

Technisch/statistisch overheveling premie naar begroting.

Vanaf 1997 wordt f 1,5 mln voor consumenten- en patiëntenbeleid overgeheveld van de premie naar de begroting. Verder worden vanaf 1998 alle budgetten voor PEO-beleid samengevoegd op de begroting, namelijk op artikel 25.02.13. Daarom worden ook die budgetten, die tot 1998 via de premies liepen, nu overgeheveld. Het betreft het Praeventiefonds en de aanwijzingsbevoegdheid van de minister.

Technisch/statistische correctie in verband met de begroting

Dit betreft voor het grootste deel (f 28,5 mln) de samenvoeging van de budgetten voor het PEO-beleid van de diverse begrotingsartikelen naar artikel 25.02.13. Voor het overige betreft het kleine plussen en minnen op de verschillende begrotingsonderdelen.

Tabel B10: 2.03 Inspectie gezondheidsbescherming

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	93,0	94,9	94,5	105,7	101,3	98,5	98,8	98,8	98,8	98,8
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				-3,4						
Subtotaal	93,0	94,9	94,5	102,3	101,3	98,5	98,8	98,8	98,8	98,8
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,0	0,8	1,4	1,1	0,8	0,8	0,8
Technisch/Statistisch										
- correctie i.v.m. begroting					4,0	10,1	3,9	3,8	3,8	3,8
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	93,0	94,9	94,5	102,3	106,1	110,0	103,8	103,4	103,4	103,4
Financiering										
- Overheid	92,3	93,8	93,1	100,5	105,4	108,5	102,3	101,9	101,9	101,9
- Overige betalingen	0,7	1,1	1,4	1,7	0,7	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
Totaal JOZ 1998	93,0	94,9	94,5	102,3	106,1	110,0	103,8	103,4	103,4	103,4
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			94,5	102,3	106,1	110,0	103,8	103,4	103,4	103,4
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			94,5	102,3	106,1	110,0	103,8	103,4	103,4	103,4
- BKZ relevante ontvangsten			1,4	1,7	0,7	1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
- Uitgavenniveau onder BKZ			93,1	100,6	105,4	108,5	102,3	101,9	101,9	101,9

Evaluatie

Volume

De definitieve cijfers voor 1996 laten een verlaging van de begroting zien van -/f 3,4 mln. Deze bijstelling bestaat uit diverse kleine minnen en plussen.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Technisch/statistisch: correctie in verband met de begroting

De toename wordt onder andere verklaard door een desaldering op de overige personele uitgaven en de materiële uitgaven. Zie hiervoor tevens artikel 26 op de begroting van VWS.

Tabel B10: 2.04 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheidsdiensten (GGD)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	490,0	490,0	495,0	487,6	492,4	497,4	502,4	507,4	507,4	507,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			14,0	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4	46,4
Subtotaal	490,0	490,0	509,0	534,0	538,8	543,8	548,8	553,8	553,8	553,8
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				10,0	5,2	0,2	-4,8	-9,8	-9,8	-9,8
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	490,0	490,0	509,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0
Financiering										
- Overheid	490,0	490,0	509,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0
- Totaal JOZ 1998	490,0	490,0	509,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			509,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0	544,0
- +/- opschoning			-509,0	-544,0	-544,0	-544,0	-544,0	-544,0	-544,0	-544,0
- BKZ relevante uitgaven			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Volume

De definitieve cijfers voor 1995 laten een verhoging van het kader zien van f 14 mln en voor 1996 van f 46,4 mln. Een belangrijke verklaring voor deze groei ligt in de stijging van activiteiten van GGD-en voor derden.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 3.01 Huisartsenzorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	1 895,0	1 921,0	1 975,9	2 051,7	2 138,6	2 158,7	2 179,0	2 199,5	2 199,5	2 199,5
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-22,6						
Volume										
– volume-mutatie			-1,3	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
Technisch/Statistisch										
– correctie kader ivm griep derde compartiment	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0					
Herschikkingen										
– herschikking cervix				-7,1	-7,1	-7,1	-7,1	-7,1	-7,1	-7,1
– herschikking griep prik				-22,0	-16,7	-16,7	-16,7	-16,7	-16,7	-16,7
Subtotaal	1 885,0	1 911,0	1 964,6	1 992,9	2 107,7	2 137,8	2 158,1	2 178,6	2 178,6	2 178,6
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				16,3	41,8	21,7	1,4	-19,1	-19,1	-19,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
Technisch/Statistisch										
– correctie kader ivm griep derde compartiment						-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Herschikkingen										
– herschikking i.v.m. garantiestelling SBOH					-3,0					
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	1 885,0	1 911,0	1 964,6	2 009,2	2 146,5	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9
Financiering										
– ZFW	1 155,0	1 204,0	1 256,7	1 311,3	1 423,4	1 416,5	1 414,5	1 413,5	1 412,9	1 412,9
– Particuliere verzekering	542,1	543,0	543,7	543,4	559,1	581,7	584,0	585,3	585,9	585,9
– Eigen betaling particulier	187,9	164,0	164,2	154,5	164,0	163,7	163,4	163,2	163,2	163,2
– Totaal JOZ 1998	1 885,0	1 911,0	1 964,6	2 009,2	2 146,5	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			1 964,6	2 009,2	2 146,5	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			1 964,6	2 009,2	2 146,5	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9	2 161,9
– BKZ relevante ontvangsten			164,2	154,5	164,0	163,7	163,4	163,2	163,2	163,2
– Uitgavenniveau onder BKZ			1 800,4	1 854,7	1 982,5	1 998,2	1 998,5	1 998,7	1 998,7	1 998,7

Evaluatie

Loon- en prijsbeleid

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 22,6 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

In volumetermen wordt over 1996 een overschrijding geconstateerd van f 4,7 mln. Rekening houdend met een bijstelling over 1995 van -/-f 1,3 mln resulteert ten opzichte van de raming in het JOZ 1997 een structurele tegenvaller van f 3,4 mln vanaf 1996 (-/-f 1,0 mln ZFW, 4,4 mln particulier).

De in de voorgaande 3 jaren geconstateerde overschrijding van rond de f 10 mln in de ZFW-sfeer lijkt, na het niet meer in rekening brengen van een toeslag voor verre verzekerden in de ZFW en het per 1 juli 1996 afschaffen van de kostenknik in de ZFW, tot het verleden te behoren.

Herschikkingen

Met ingang van 1996 zijn zowel de griep prik als de cervix-screening ondergebracht in een programmatische preventiecampagne. Het kader voor de huisartsenzorg is hiervoor gecorrigeerd. Voor de griep prik betreft dit louter het particuliere kader. Voor de cervix-screening zowel het ZFW- als het particuliere kader.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 12,4 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op de huisarts als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

Technisch/statistisch

In de Paritaire Werkgroep Huisartsenzorg is afgesproken zoveel mogelijk het huisartsenkader te schonen voor uitgaven die niet tot het WTG-pakket aan noodzakelijke huisartsenzorg behoren; het zogenaamde tweede compartiment. In verband hiermee wordt het huisartsenkader gecorrigeerd voor de kosten van de buiten de programmatische preventiecampagne vallende griep prikken (het zogenaamde derde compartiment).

Tabel B10: 3.02 Gezondheidscentra

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	32,9	37,6	36,9	37,3	37,7	38,1	38,5	38,9	38,9	38,9
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			-8,5	0,7	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Subtotaal	32,9	37,6	28,4	38,0	38,7	39,1	39,5	39,9	39,9	39,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,3	0,9	0,5	0,1	-0,3	-0,3	-0,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	32,9	37,6	28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
Financiering										
– AWBZ	32,9	37,6	28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
– Totaal JOZ 1998	32,9	37,6	28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			28,4	38,3	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6	39,6

Evaluatie

Uit de evaluatie blijkt een tegenvaller van f 1 mln structureel. Voor 1995 is ex-post een incidentele correctie opgenomen.

Raming

Loon- en prijsbeleid

De loon- en prijsbijstelling zijn tot en met 1997 volledig verwerkt. De in het FOZ 1996 en JOZ 1997 verwerkte voorcalculatorische 1% per jaar is voor de periode 1998 en verder overgeheveld naar de aanvullende post.

Tabel B10: 3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	2 338,5	2 407,0	1 030,8	966,7	987,2	997,1	1 007,1	1 017,2	1 017,2	1 017,2
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-17,0						
Volume										
– volume-mutatie			-0,1	34,7	34,7	34,7	34,7	34,7	34,7	34,7
Subtotaal	2 338,5	2 407,0	1 030,7	984,4	1 021,9	1 031,8	1 041,8	1 051,9	1 051,9	1 051,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				7,4	20,3	10,4	0,4	-9,7	-9,7	-9,7
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
– specifieke intensivering						4,2	4,2	4,2	4,2	4,2
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– budgetkorting						-23,0	-23,0	-23,0	-23,0	-23,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	2 338,5	2 407,0	1 030,7	991,8	1 042,2	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8
Financiering										
– AWBZ	12,3	13,0	14,0	14,7	15,3	18,6	18,6	18,6	18,6	18,6
– ZFW	921,2	1 029,0	550,3	505,1	530,8	508,0	506,9	505,9	504,9	504,9
– Particuliere verzekering	373,0	254,3	104,0	105,0	117,1	118,6	118,8	119,0	120,0	120,0
– Eigen betaling particulier	1 032,0	1 110,7	362,4	367,0	379,0	382,6	383,4	384,2	384,2	384,2
– Totaal JOZ 1998	2 338,5	2 407,0	1 030,7	991,8	1 042,2	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			1 030,7	991,8	1 042,2	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			1 030,7	991,8	1 042,2	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8	1 027,8
– BKZ relevante ontvangsten			362,4	367,0	379,0	382,6	383,4	384,2	384,2	384,2
– Uitgavenniveau onder BKZ			668,3	624,8	663,2	645,2	644,4	643,6	643,6	643,6

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 17,0 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

Voor het derde achtereenvolgende jaar wordt een volumeoverschrijding geconstateerd in het ZFW-deel op het VWZ-cluster (f 43,4 mln). Derhalve kan niet langer worden volgehouden dat deze overschrijding incidenteel of beperkt meerjarig van aard is. De overschrijding van f 43,4 mln in het VWZ-cluster wordt nog voor een deel gemitigeerd door een hoger dan verwachte opbrengst van de maatregel bij de Tandheelkundige Jeugdzorg (-/- f 20 mln). In het particuliere deel is de overschrijding op het wettelijk deel, gecorrigeerd voor een hogere opbrengst van de TJZ-maatregel, f 10,7 mln. Op het AWBZ-deel wordt een overschrijding geconstateerd van f 0,7 mln in 1996. Totale structurele overschrijding is derhalve f 34,7 mln.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 4,4 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op de tandheelkundige hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen. Met ingang van 1 januari 1998 worden de tarieven voor de bijzondere tandheelkundige hulp in de AWBZ en de ZFW aangepast in verband met een herijking van het kostenbestanddeel. Hiermee is een bedrag van structureel f 4,2 mln gemoeid.

Extensiveringen

De per saldo resulterende volumeoverschrijding in het ZFW-deel zal middels een tariefbeschikking van f 23,0 mln aan het COTG worden gecompenseerd.

Tabel B10: 3.04 Fysiotherapie

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	1 235,4	1 250,9	1 261,4	986,4	1 020,2	1 030,9	1 041,7	1 052,6	1 052,6	1 052,6
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-12,8						
Volume										
– volume-mutatie			-1,0	15,2	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4	20,4
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– RA-maatregel: pakketverkleining				11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8	11,8
– RA-maatregel: volume-effect pakketverkleining				-6,4	-6,4	-6,4	-6,4	-6,4	-6,4	-6,4
Subtotaal	1 235,4	1 250,9	1 260,4	994,2	1 046,0	1 056,7	1 067,5	1 078,4	1 078,4	1 078,4
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				6,3	17,7	7,0	-3,8	-14,7	-14,7	-14,7
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
– specifieke intensivering						16,0	16,0	16,0	16,0	16,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	1 235,4	1 250,9	1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7
Financiering										
– ZFW	838,0	862,5	882,7	663,8	724,7	734,7	733,7	731,7	731,7	731,7
– Particuliere verzekering	397,4	388,4	377,7	336,7	339,0	351,0	352,1	354,0	354,0	354,0
– Totaal JOZ 1998	1 235,4	1 250,9	1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			1 260,4	1 000,5	1 063,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7	1 085,7

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 12,8 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

De per ingang van 1 januari 1996 ingevoerde beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie Cesar en - Mensendieck heeft volgens de voorlopige evaluatie over 1996 f 296,3 mln opgeleverd, waarvan het leeuwendeel in dit kader voor de fysiotherapie (f 285,6 mln) neerslaat. In het JOZ 1997 was voor 1996 een opbrengst van de maatregel ingeboekt van f 291 mln. Ten opzichte van de raming in het kader fysiotherapie betekent dit een besparingsverlies van f 5,4 mln die in het kader voor de oefentherapie Cesar en - Mensendieck wordt goedge maakt.

Meer specifiek blijkt uit de evaluatie dat van de voorziene overheveling van f 200 mln uit het ZFW-deel naar het derde compartiment er een bedrag terugkomt van ongeveer f 180 mln in dit derde compartiment aan aanvullende verzekeringen. Voorzover er nog eigen betalingen voor fysiotherapie zijn gedaan door ZFW-verzekerden komt dit niet in dit cijfer tot uitdrukking. Vooralsnog wordt verondersteld dat dit niet (of in geringe mate) het geval was in 1996.

Vorenstaande houdt in dat het volume-effect in de ZFW-sfeer van de maatregel (f 50 mln ingeboekt) zich in iets sterkere mate voordoet dan was voorzien. Uit de evaluatie blijkt een bedrag van f 56,4 mln niet terug te komen in het derde compartiment. Voorzover er zich toch aanzienlijke eigen betalingen hebben voorgedaan (door ZFW-verzekerden) neemt dit bedrag hiermee af.

De scheiding tussen tweede en derde compartiment voor het particuliere deel is minder evident, vanwege het feit dat het merendeel van de verzekeraars hun polissen (nog) niet hebben aangepast –de zogenaamde vrijwillige convergentie– aan het wettelijk verzekerde pakket (ZFW/WTZ). Teneinde hier tot een onderscheid naar tweede en derde compartiment te komen zijn de totaalcijfers particulier gesplitst aan de hand van het gemiddeld aantal behandelingen en de ontwikkeling bij de ZFW. Uit de hoogte van de particuliere cijfers kan vooralsnog worden geconcludeerd dat zich hier geen volume-uitval heeft voorgedaan.

Ten opzichte van de raming (f 41 mln) is het effect van de pakketbeperkende maatregel in de particuliere sfeer f 50 mln. Een hogere dan verwachte opbrengst die in het derde compartiment wordt terugverdiend.

In de volumesfeer in het tweede compartiment doet zich in 1996 een incidentele overschrijding in de ZFW-sfeer voor van f 4,1 mln, die voor f 9 mln structureel doorwerkt vanaf 1997. Dit bedrag is een saldo van de door het COTG in de tarieven gebrachte herinvesteringsproductiviteitskorting ad f 9 mln (die door VWS reeds in de afrekening over 1995 was meegenomen) en een incidentele onderuitputting op de intensiveringsmiddelen bestemd voor de facilitering van de pakketmaatregel.

In de particuliere sfeer al met al sprake van een overschrijding van f 11,9 mln. Hierbij moet bedacht worden dat deze overschrijding met f 32 mln beperkt wordt door een incidentele korting 1996 op de particuliere tarieven. Met het oog op de doorwerking is uitgegaan van verlenging van genoemde incidentele korting, welke in de effectuering uitgesmeerd zal moeten worden over het ZFW- en het particuliere deel; zulks in het licht van de per 1 januari 1997 doorgevoerde tariefharmonisatie.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensivering

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 6 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op fysiotherapeutische hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

De Commissie 'Lijst' van de ZFR heeft op verzoek van de minister van VWS de zogenaamde chronische lijst doorgelicht. De door deze commissie aan mij gegeven adviezen zijn integraal overgenomen. Met deze aanpassingen is een bedrag van f 18 mln gemoeid, waarvan naar verwachting f 16 mln neerslaat in het kader van de fysiotherapie.

Tabel B10: 3.05 Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	74,9	76,0	78,6	81,4	82,3	83,1	83,9	84,7	84,7	84,7
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-0,7						
Volume										
– volume-mutatie				-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– RA-maatregel: pakketverkleining				-10,8	-10,8	-10,8	-10,8	-10,8	-10,8	-10,8
Subtotaal	74,9	76,0	78,6	68,9	70,5	71,3	72,1	72,9	72,9	72,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,6	1,6	0,8	0,0	-0,8	-0,8	-0,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
– specifieke intensivering						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	74,9	76,0	78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6
Financiering										
– ZFW	51,0	52,4	55,1	49,7	51,4	53,8	53,8	53,8	53,8	53,8
– Particuliere verzekering	23,9	23,6	23,5	19,8	20,7	20,8	20,8	20,8	20,8	20,8
– Totaal JOZ 1998	74,9	76,0	78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			78,6	69,5	72,1	74,6	74,6	74,6	74,6	74,6

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 0,7 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

De per ingang van 1 januari 1996 ingevoerde beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie Cesar en - Mensendieck heeft volgens de voorlopige evaluatie over 1996 f 296,3 mln opgeleverd, waarvan het leeuwendeel in het kader voor de fysiotherapie (f 285,6 mln) neerslaat. In het JOZ 1997 was voor 1996 een opbrengst van de maatregel ingeboekt (volledig in het kader van de fysiotherapie) van f 291 mln. Ten opzichte van de raming in het kader oefentherapie Cesar en - Mensendieck betekent dit een onderschrijding van f 10,7 mln, die het besparingsverlies in het kader voor de fysiotherapie goedmaakt.

De f 10,7 mln is opgebouwd uit een onderschrijding van f 7,8 mln in de ZFW-sfeer en een onderschrijding van f 2,9 mln in de particuliere sfeer. In hoeverre de f 7,8 mln wordt terugverdiend in het derde compartiment is de vraag. Het bedrag van f 180 mln aan aanvullende verzekeringen voor ZFW-verzekerden is niet gesplitst naar fysiotherapie en oefentherapie Cesar en - Mensendieck. De verwachting is in ieder geval dat dit in

mindere mate dan in het geval van fysiotherapie het geval zal zijn in verband met de mogelijke extra negen behandelingen. In de particuliere sfeer komt het bedrag wel terug in het derde compartiment.

Met betrekking tot de geconstateerde effecten als gevolg van de pakketbeperkende maatregel in de oefentherapie is het nog de vraag in hoeverre het volumebeeld is uitgekristalliseerd. Het blijft mogelijk dat het volumebeeld zich in 1997 in het tweede compartiment weer enigszins herstelt. In de financiering is hiermee (nog) geen rekening gehouden.

In de volumesfeer (in het tweede compartiment) doet zich in 1996 een meevaller voor van f 1,1 mln in de particuliere sfeer.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 0,5 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op oefentherapeutische hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

De commissie 'Lijst' van de ZFR heeft op verzoek van de minister van VWS de zogenaamde chronische lijst doorgelicht. De door deze commissie aan mij gegeven adviezen zijn integraal overgenomen. Met deze aanpassingen is een bedrag van f 18 mln gemoeid, waarvan naar verwachting f 2,0 mln neerslaat in het kader van de oefentherapie Cesar en - Mensendieck.

Tabel B10: 3.06 Logopedie

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	73,8	70,9	76,1	78,7	78,8	79,6	80,4	81,2	81,2	81,2
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-0,7						
Volume										
– volume-mutatie				-0,7	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3	-1,3
Subtotaal	73,8	70,9	76,1	77,3	77,5	78,3	79,1	79,9	79,9	79,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,6	1,6	0,8	0,0	-0,8	-0,8	-0,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– beperkende pakketmaatregel						-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	73,8	70,9	76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6
Financiering										
– ZFW	48,3	48,9	53,3	54,3	54,9	47,2	47,2	47,2	47,2	47,2
– Particuliere verzekering	25,5	22,0	22,8	23,6	24,2	22,4	22,4	22,4	22,4	22,4
– Totaal JOZ 1998	73,8	70,9	76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			76,1	77,9	79,1	69,6	69,6	69,6	69,6	69,6

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 0,7 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

De evaluatie laat een onderschrijding van f 0,7 mln oplopend tot f 1,3 mln vanaf 1997 zien. De onderschrijding wordt in 1996 incidenteel nog beperkt doordat een groot deel van de incidentele herinvesteringsproductiviteitskorting uit 1995 (f 0,6 mln) in 1996 neerslaat. De herinvestering (totaal f 0,8 mln over 1995 en 1996) is gebruikt voor extra zittingen logopedie over deze jaren. De structurele component van de overschrijding laat zich vooral zien in het ZFW-deel (f 1,1 mln van de totale f 1,3 mln).

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een

overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorsche nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 0,5 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op logopedische hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

Extensiveringen

In het Regeerakkoord is aangekondigd aan de hand van de trechter van Dunning te zullen komen met pakketbeperkende maatregelen op het terrein van de paramedische zorg. Voor fysio- en oefentherapie is zo'n beperkende maatregel met succes vanaf 1996 ingevoerd. Voorgesteld wordt nu ook een vergelijkbare maatregel te treffen bij de logopedie.

Tabel B10: 3.07 Ergotherapie

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997				5,1	12,2	12,3	12,4	12,5	12,5	12,5
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				-0,1						
Subtotaal	0,0	0,0	0,0	5,0	12,2	12,3	12,4	12,5	12,5	12,5
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling					0,1	0,0	-0,1	-0,2	-0,2	-0,2
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- toegestane volumegroei						0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
Financiering										
- ZFW	0,0	0,0	0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	8,9	8,9	8,9
- Particuliere verzekering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	3,5	3,5
- Totaal JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	5,0	12,3	12,4	12,4	12,4	12,4	12,4

Evaluatie

Volume

Op grond van het vanaf 1996 geldend subsidiebesluit 'enkelvoudige ergotherapie' (ZFR-subsidie) is in 1996 f 0,1 mln minder uitgegeven dan geraamd. In tegenstelling tot eerdere berichten zal de aanspraak op enkelvoudige ergotherapie pas vanaf 2000 gaan gelden. De financiering is hiervoor aangepast. Tot en met 1999 is verstrekking van deze hulp alleen voorbehouden aan de ZFW-verzekerden.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 0,1 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op extramurale ergotherapeutische hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

Tabel B10: 3.08 Verloskundige zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	108,8	116,0	127,0	131,5	135,5	136,8	138,1	139,4	139,4	139,4
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-1,3						
Volume										
– volume-mutatie	-0,2		-0,4	2,8	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9	1,9
Subtotaal	108,6	116,0	126,6	133,0	137,4	138,7	140,0	141,3	141,3	141,3
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,0	2,7	1,4	0,1	-1,2	-1,2	-1,2
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	108,6	116,0	126,6	134,0	140,1	139,4	139,4	139,4	139,4	139,4
Financiering										
– ZFW	83,6	90,0	98,6	104,0	107,7	107,2	106,2	106,2	105,2	105,2
– Particuliere verzekering	21,2	20,2	19,8	24,3	26,6	26,5	27,5	27,6	28,6	28,6
– Eigen betaling particulier	3,8	5,8	8,2	5,7	5,8	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6
– Totaal JOZ 1998	108,6	116,0	126,6	134,0	140,1	139,4	139,4	139,4	139,4	139,4
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			126,6	134,0	140,1	139,4	139,4	139,4	139,4	139,4
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			126,6	134,0	140,1	139,4	139,4	139,4	139,4	139,4
– BKZ relevante ontvangsten			8,2	5,7	5,8	5,7	5,7	5,6	5,6	5,6
– Uitgavenniveau onder BKZ			118,4	128,3	134,3	133,7	133,7	133,8	133,8	133,8

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 1,3 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

De evaluatie laat een overschrijding zien van f 2,7 mln in 1996, die voor een bedrag van f 1,9 mln (f 1,0 mln ZFW, f 0,9 mln particulier) doorwerkt naar 1997 en verdere jaren. De f 0,8 mln hogere overschrijding in 1996 wordt veroorzaakt door het dubbel in de tarieven (incidenteel en structureel) van de kosten in verband met de Landelijke Verloskunde Registratie (LVR).

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd.

Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorsche nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

In verband met een verwachte volumedaling voor de verloskundige hulp op grond van demografische ontwikkelingen wordt de raming voor 1998 verlaagd met f 0,7 mln.

Tabel B10: 3.11 Kraamzorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	371,0	380,5	373,0	383,9	391,8	395,8	399,8	403,8	403,8	403,8
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Volume										
– volume-mutatie			-2,3	-11,8	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7	-11,7
Subtotaal	371,0	380,5	370,7	372,0	380,0	384,0	388,0	392,0	392,0	392,0
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				3,6	10,2	6,2	2,2	-1,8	-1,8	-1,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	371,0	380,5	370,7	375,6	390,2	388,2	388,2	388,2	388,2	388,2
Financiering										
– ZFW	262,0	267,8	256,7	260,0	269,4	267,8	267,8	267,8	267,8	267,8
– Particuliere verzekering	93,1	95,6	88,0	95,0	100,1	99,7	99,8	99,8	99,8	99,8
– Eigen betaling particulier	15,9	17,1	26,0	20,6	20,7	20,7	20,7	20,6	20,6	20,6
– Eigen betalingen ongesplitst	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	371,0	380,5	370,7	375,6	390,2	388,2	388,2	388,2	388,2	388,2
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			370,7	375,6	390,2	388,2	388,2	388,2	388,2	388,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			370,7	375,6	390,2	388,2	388,2	388,2	388,2	388,2
– BKZ relevante ontvangsten			26,0	20,5	20,7	20,7	20,7	20,6	20,6	20,6
– Uitgavenniveau onder BKZ			344,7	355,1	369,5	367,5	367,5	367,6	367,6	367,6

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een meevaller in de nominale sfeer zien van f 0,1 mln.

Volume

De evaluatie laat een onderschrijding zien van f 11,4 mln (f 8,9 ZFW, f 2,5 particulier) in 1996. Voor een bedrag van f 2,3 mln betreft dit de doorwerking van de definitieve evaluatie over 1995. Voor een bedrag van f 3,0 mln door het vorig jaar incidenteel bestempelen van een toen geconstateerde onderschrijding. f 6,1 mln is derhalve het geschoonde effect uit 1996.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de

sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

In verband met een (verdere) verwachte volumedaling voor de kraamzorg op grond van demografische ontwikkelingen wordt de raming voor 1998 verlaagd met f 2,0 mln.

Tabel B10: 3.13 Moeder- en kindzorg/dieetadviesering

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997										
Evaluatie 1993-1996										
Herschikkingen										
– herschikking	290,0	290,0	290,0	290,0						
Subtotaal	290,0	290,0	290,0	290,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling					7,2	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2
Herschikkingen										
– herschikking					290,0	290,0	290,0	290,0	290,0	290,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	290,0	290,0	290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
Financiering										
– AWBZ	290,0	290,0	290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
– Totaal JOZ 1998	290,0	290,0	290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			290,0	290,0	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2	297,2

Algemeen

Vanaf 1997 is moeder- en kindzorg/dieetadviesering een aparte aanspraak in de AWBZ. Vóór 1997 vormde het een onderdeel van het kruiswerk. Om meerjarige vergelijkbaarheid te vergroten wordt in deze tabel de reeks gepresenteerd alsof ook vóór 1997 er reeds sprake was van een aparte aanspraak. In hoofdstuk 7 wordt het kruiswerk vóór 1997 gepresenteerd exclusief dit onderdeel.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 3.15 Algemeen maatschappelijk werk

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	214,0	219,0	229,0	231,2	233,4	235,6	237,8	240,1	240,1	240,1
Evaluatie 1993–1996										
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie			-10,0	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9	-10,9
Subtotaal	214,0	219,0	219,0	220,3	222,5	224,7	226,9	229,2	229,2	229,2
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				2,7	0,5	-1,7	-3,9	-6,2	-6,2	-6,2
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	214,0	219,0	219,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0
Financiering										
– Overheid	214,0	219,0	219,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0
– Totaal JOZ 1998	214,0	219,0	219,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			219,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0	223,0
– -/- opschoning			-219,0	-223,0	-223,0	-223,0	-223,0	-223,0	-223,0	-223,0
– BKZ relevante uitgaven			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	12 122,0	12 364,0	12 677,0	13 012,4	13 196,9	13 368,6	13 650,5	13 909,7	13 985,9	13 985,9
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling			-4,0	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
Volume										
– volume-mutatie		1,0		8,7	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9	8,9
– Tuba: tranche 1992				-17,5						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– vervallen ruimte tweejarige nullijn (NZf-schuif)				-6,2						
– BOPZ-bedden				0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
– cervix-screening				-8,0	-8,0	-8,0	-8,0	-8,0	-8,0	-8,0
Beleid WZV/HTVWMD										
– instandhoudingsbouw				10,0						
– uitbreidingsbouw				-0,9						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			6,0	-62,1	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0	9,0
– rentenormering					3,1					
Herschikkingen										
– herschikking				-5,2	-5,2	-5,2	-5,2	-5,2	-5,2	-5,2
– herschikking tussen alg. zkn en medisch specialisten				7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
Subtotaal	12 122,0	12 365,0	12 679,0	12 941,6	13 215,1	13 383,7	13 665,6	13 924,8	14 001,0	14 001,0
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				67,0	214,8	104,0	-7,7	-120,5	-120,5	-120,5
– Arbeidstijdenwet						20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						84,8	84,8	84,8	84,8	84,8
– wachtlijsten					29,0					
– traumacentra						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
– pijnbestrijding						3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
– chronische ademhalingsrevalidatie						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
– kinderartsen in loondienst						3,6	3,6	3,6	3,6	3,6
– hartcentra						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Besparingsverliezen										
– top klinische zorg						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					-18,9	-28,1	-78,7	-97,2	-32,7	59,3
– uitbreidingsbouw					6,4	-2,6	-33,5	-43,1	-50,6	-52,4
– vrijvallende kapitaallasten WZV						0,0	0,3	0,9	1,8	-26,1
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding					0,0		0,2	0,3	0,7	-11,2
– afschrijvingskosten inventaris					4,3	3,8	-1,7	-12,0	-27,3	-13,4
– afschrijvingskosten melding					-8,9	0,4		-0,9	-2,2	40,6
– rentegevolgen melding					-7,2	0,3		-0,8	-1,8	32,5
Herschikkingen										
– herschikking						-11,2	-11,2	-11,2	-11,2	-11,2
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	12 122,0	12 365,0	12 679,0	13 008,6	13 434,6	13 592,2	13 675,2	13 782,2	13 899,1	14 040,5
Financiering										
– AWBZ	1 081,1	969,9	950,4	541,1	572,2	590,9	589,1	593,8	596,8	603,0
– ZFW	8 033,2	8 275,4	8 315,7	8 605,5	9 439,8	9 449,0	9 386,6	9 446,3	9 510,8	9 614,1
– Particuliere verzekering	3 532,3	3 576,9	2 998,7	3 501,6	3 344,9	3 497,0	3 485,5	3 525,2	3 568,7	3 600,7
– Eigen betaling AWBZ	7,7	6,7	6,9	6,9	6,9	12,4	18,0	18,1	18,1	18,1
– Eigen betalingen ongesplitst	243,7	124,3	250,3	108,9	280,4	248,4	196,1	198,9	204,6	204,6
– Totaal JOZ 1998	12 898,0	12 953,1	12 522,0	12 764,0	13 644,1	13 797,7	13 675,2	13 782,2	13 899,1	14 040,5
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-776,0	-588,1	157,0	244,6	-209,5	-205,5	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	458,0	-130,1	26,9	271,5	62,0	-143,5	-143,5	-143,5	-143,5	-143,5
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			12 679,0	13 008,6	13 434,6	13 592,2	13 675,2	13 782,2	13 899,1	14 040,5
– -/- opschoning				-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0	-50,0
– BKZ relevante uitgaven			12 679,0	12 958,6	13 384,6	13 542,2	13 625,2	13 732,2	13 849,1	13 990,5
– BKZ relevante ontvangsten			260,4	118,0	282,8	256,9	214,1	217,0	222,7	222,7
– Uitgavenniveau onder BKZ			12 418,6	12 840,6	13 101,8	13 285,3	13 411,1	13 515,2	13 626,4	13 767,8

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

In het JOZ 1996 is structureel 1% loon- en prijsbijstelling verwerkt in het beschikbare budget voor de ziekenhuizen. Dit betrof voor 1996 f 107,8 mln. De OVA is uiteindelijk vastgesteld op 2,3% met een correctie voor de productiviteit van 0,7%. De totale bijstelling voor 1996 komt hiermee uit op f 174,8 mln. Het verschil van f 67 mln vindt u terug onder de raming, loon- en prijsbijstelling.

De realisatie voor 1996 is f 182 mln. Dit leidt tot een bijstelling van (182 minus 174,8 =) f 7,2 mln.

De definitieve cijfers voor 1995 lieten echter ook nog een correctie zien op de loon- en prijsbijstelling, namelijk -/f 4 mln.

Beide correcties werken structureel door.

Volume

Het volume laat voor 1996 een beperkte bijstelling zien van f 8,9 mln.

Verder is de ingeboekte correctie op de Tuba-korting niet volledig gerealiseerd.

Beleidsmaatregelen en intensiveringen

De korting in het kader van de twee-jarige nullijn is ruim gerealiseerd.

Verder heeft er een herschikking plaatsgevonden ten behoeve van het bevolkingsonderzoek baarmoederhalskanker vanaf 1996.

Er is f 0,2 mln gerealiseerd op de BOPZ-toeslag. Dit komt ten laste van het budget op sector 5.03, instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie.

Beleidsmaatregelen: extensiveringen

De incidentele korting van f 100 mln die in 1997 is aangebracht wordt met ingang van 1 januari 1998 omgezet in een structurele korting.

Bouw

De actualisatie van de bouw voor de ziekenhuizen laat een verhoging van het budget zien van f 10 mln voor instandhouding en een verlaging van f 0,9 mln voor uitbreiding.

Overige kapitaallasten

De overige kapitaallasten laten voor 1995 een verhoging zien van f 9 mln. Voor 1996 is er sprake van een forse bijstelling. In deze bijstelling is de afrekening van de afschrijving- en rentekosten melding verwerkt.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de Algemene en categorale ziekenhuizen bedragen deze f 26,6 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst voor de rentenormering is voor 1997 met f 10 mln (incidenteel) verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek te zijn. Een bedrag van f 3,1 mln slaat hiervan in deze sector neer.

Herschikking

Conform de informatie van het COTG vindt er een herschikking plaats van -/f 4 mln naar de Academische Ziekenhuizen (de Sole Mio te Noordwijk is per januari 1996 onderdeel van het Academisch Ziekenhuizen Leiden).

Er heeft een verschuiving plaatsgevonden van f 1,2 mln naar de sector APZ (van het Reinier de Graaf ziekenhuis naar het P.C. Joris in Delft).

Als gevolg van de overgang van medisch specialisten in loondienst vindt er een herschikking plaats van f 7 mln met de medisch specialisten.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Loon- en prijsbeleid: Arbeidstijdenwet

Voor de meerkosten als gevolg van de ATW inzake agio's en agnios's is vanaf 1998 f 20 mln beschikbaar.

Beleidsmaatregelen

Vanaf 1998 is er voor het totaal van de algemene en categorale ziekenhuizen f 84,8 mln beschikbaar (dus inclusief de topzorg). Hiervan is f 5 mln beschikbaar voor de kapitaallasten van artikel 18 investeringen. In 1997 is eenmalig f 50 mln beschikbaar gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten. Hiervan is f 29 mln beschikbaar gekomen voor de ziekenhuizen, f 16 mln voor de academische ziekenhuizen en f 5 mln voor de RIAGG-en.

Vanaf 1998 is er f 10 mln gereserveerd voor de traumacentra. In de notitie 'Met Zorg Verbonden' van juni 1997 wordt beschreven hoe tot een geleidelijke herverdeling te komen van het bestaande aanbod van traumapatiënten, zodat fasegewijs een concentratie kan plaatsvinden van traumacentra.

Verder is er f 3 mln beschikbaar voor pijnbestrijding, f 3,6 mln voor kinderartsen in loondienst en f 10 mln voor interventies aan het hart.

Besparingsverlies: top klinische zorg

In het JOZ 1996 is een korting voorgenomen op de topklinische zorg van f 10 mln vanaf 1998 bij de algemene ziekenhuizen en f 20 mln bij de academische ziekenhuizen. Deze korting wordt echter niet gerealiseerd, zodat een besparingsverlies optreedt van f 10 mln bij de algemene ziekenhuizen en van f 20 mln bij de academische ziekenhuizen.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en de uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over/onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen/vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

De mutatie in 1997 bij de afschrijvings- en rentegevolgen van de melding is het gevolg van het feit dat in dat jaar *f* 40 mln uit de meldingsregeling incidenteel beschikbaar is gesteld voor het reduceren van wachtlijsten in de sector gehandicaptenbeleid (zie B10 tabellen hoofdstuk 6).

Herschikking

De herschikking is een correctie op de in het JOZ 1997 verwerkte verdeling van de overheveling van de in-service-opleidingen naar OCenW tussen de academische en de algemene ziekenhuizen.

Tabel B10: 3.17 Academische ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	3 386,0	3 639,0	3 829,1	3 968,3	4 129,6	4 237,0	4 355,0	4 433,1	4 480,4	4 480,4
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling			-5,0	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Volume										
– volume-mutatie			9,0	13,4	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8	13,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– BOPZ-bedden				0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			2,0	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
– rentenormering					1,0					
Technisch/Statistisch										
– mutatie rijksbijdrage OCenW				6,7		25,3	22,0	17,8	16,0	17,6
Herschikkingen										
– herschikking				4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0	4,0
Subtotaal	3 386,0	3 639,0	3 835,1	4 001,8	4 157,9	4 289,6	4 404,3	4 478,2	4 523,7	4 525,3
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				15,5	57,4	28,2	-2,0	-33,1	-33,1	-33,1
– Arbeidstijdenwet						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						30,6	30,6	30,6	30,6	30,6
– BOPZ-bedden					0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
– wachtlijsten					16,0					
– kinderartsen in loondienst						2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Besparingsverliezen										
– top klinische zorg						20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
Herschikkingen										
– herschikking						11,2	11,2	11,2	11,2	11,2
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	3 386,0	3 639,0	3 835,1	4 017,3	4 231,6	4 384,1	4 468,6	4 511,4	4 556,9	4 558,5
Financiering										
– ZFW	1 792,3	1 855,4	1 932,9	2 293,4	2 495,2	2 532,4	2 573,8	2 596,0	2 617,8	2 617,8
– Particuliere verzekering	754,8	754,3	736,5	971,3	896,1	960,0	977,2	986,1	994,9	994,9
– Overheid	903,0	940,0	962,1	764,3	791,5	852,4	877,5	888,8	903,4	905,0
– Eigen betalingen ongesplitst	56,9	71,3	110,6	22,3	38,6	39,3	40,1	40,5	40,9	40,9
– Totaal JOZ 1998	3 507,0	3 621,0	3 742,1	4 051,3	4 221,3	4 384,1	4 468,6	4 511,4	4 556,9	4 558,5
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-121,0	18,0	93,0	-34,0	10,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	5,0	23,0	116,0	82,0	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3	92,3
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			3 835,1	4 017,3	4 231,6	4 384,1	4 468,6	4 511,4	4 556,9	4 558,5
– -/- opschoning			-962,1	-764,3	-791,5	-852,4	-877,5	-888,8	-903,4	-905,0
– BKZ relevante uitgaven			2 873,0	3 253,0	3 440,1	3 531,7	3 591,1	3 622,6	3 653,5	3 653,5
– BKZ relevante ontvangsten			114,3	22,1	38,7	39,3	40,1	40,5	40,9	40,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			2 758,7	3 231,0	3 401,4	3 492,4	3 551,0	3 582,1	3 612,6	3 612,6

Evaluatie

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1997 is in de raming voor 1996 een voorcalculatorisch loon- en prijsbijstellingspercentage verwerkt van 1,0%. Dit kwam overeen met een bedrag van f 27,2 mln voor 1996. Op basis van de eindcalculatie wordt deze raming opgehoogd met f 15,5 mln voor 1996 (zie raming, jaar 1996). Ten opzichte van deze gecorrigeerde raming valt in de nominale sfeer een overschrijding te constateren van f 1,3 mln in 1996. Dit bedrag is het saldo van een uiteindelijk lager vastgesteld nominaal cijfer over 1995 (-/- f 5,0 mln), het niet in de raming meenemen van de trend over het overgehevelde deel patiëntgebonden zorg (f 3,0 mln) en een hogere (dan geraamde) nominale bijstelling over 1996 (f 3,3 mln).

Volume

In de volumesfeer resteert een overschrijding van f 13,8 mln. Deze is opgebouwd uit de volgende onderdelen:

- f 9,0 mln bijstelling over 1995, waarvan f 11 volume en
- /- f 2 mln honoraria medisch specialisten;

- f 4,8 overschrijding over 1996, waarvan f 5,8 op de post honoraria medisch specialisten, een f 3 mln hogere opbrengst (dan geraamd) van de tweejarige nullijn en f 2 mln overschrijding op overige posten.

Overige kapitaallasten

Op de post overige kapitaallasten doet zich een overschrijding voor van f 7,7 mln. In het licht van onderschrijdingen in andere sectoren op de kapitaallasten kan voor deze tegenvaller geen verklaring gevonden worden. f 2,0 mln hiervan wordt veroorzaakt door een bijstelling over 1995.

Herschikkingen

In verband met de sluiting van het Sole Mio ziekenhuis te Noordwijk, waarvan de capaciteit is overgenomen door het Academisch Ziekenhuis Leiden, vindt een herschikking plaats voor f 4,0 mln met sector 3.16.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 30,6 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op academische ziekenhuiszorg als gevolg van demografische ontwikkelingen en technologische vernieuwingen op te vangen. Over de aanwending van dit bedrag zal nog overleg plaatsvinden met de VAZ.

Besparingsverliezen

De TVK-taakstelling topklinische zorg bestaat uit drie tranches van f 20 mln. In verband met het Hoofdlijnenakkoord is realisatie van deze taakstelling niet opportuun. De eerste twee tranches (1996 en 1997) zijn de afgelopen twee jaren steeds gedekt uit de beschikbaar gestelde onontkoombare groeiruimte. Dit jaar wordt hier exogeen compensatie voor verleend.

Herschikkingen

Bij de overheveling van het inservice-onderwijs is in het JOZ 1997 een foutieve verdeling over de sectoren 3.16 en 3.17 gehanteerd. Dit wordt nu vanaf 1998 gecorrigeerd.

Tabel B10: 3.18 Overig curatieve zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	525,6	509,9	522,8	552,2	553,5	538,0	512,1	516,5	516,5	516,5
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			-3,8	-8,2	-9,3	-9,3	-9,3	-9,3	-9,3	-9,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– cervix-screening				-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7	-3,7
Subtotaal	525,6	509,9	519,0	540,3	540,5	525,0	499,1	503,5	503,5	503,5
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				2,5	10,0	6,1	2,1	-1,9	-1,9	-1,9
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						4,4	4,4	4,4	4,4	4,4
– Rutgerstichting					2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
– hulpverlening driehoek					0,5					
– Nederlands Meetinstituut						0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
– geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen						2,1	1,2			
– toetsingscommissie euthanasie						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– budgetkorting						-10,0				
– TVK-maatregel: structuurverbeterende maatregelen					7,4	9,4	9,4	9,4	9,4	9,4
Technisch/Statistisch										
– correctie i.v.m. begroting					-11,8	20,4	-1,1	0,3	-0,3	-0,3
– overheveling in-service-opleiding naar begroting OCenW						5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	525,6	509,9	519,0	542,8	548,6	565,5	523,2	523,8	523,2	523,2
Financiering										
– AWBZ	89,1	84,9	106,1	25,5	28,9	28,0	26,6	26,6	26,6	26,6
– ZFW	160,8	165,8	154,5	276,5	288,6	291,4	282,3	282,3	282,3	282,3
– Particuliere verzekering	108,4	110,6	133,0	118,6	126,3	124,8	119,0	119,0	119,0	119,0
– Overheid	167,3	148,6	125,3	122,2	104,8	121,4	95,3	95,9	95,3	95,3
– Totaal JOZ 1998	525,6	509,9	519,0	542,8	548,6	565,5	523,3	523,9	523,3	523,3
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			519,0	542,8	548,6	565,5	523,2	523,8	523,2	523,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			519,0	542,8	548,6	565,5	523,2	523,8	523,2	523,2
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			519,0	542,8	548,6	565,5	523,2	523,8	523,2	523,2

Evaluatie

Volume

De sector 3.18 bestaat uit een hoeveelheid van curatieve voorzieningen, waardoor er ieder jaar nogal wat verschuivingen kunnen optreden in de kosten. Voor het jaar 1996 betreft dit een neerwaartse bijstelling van f 8,2 mln en vanaf 1997 van f 9,3 mln.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds

omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 4,4 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op curatieve voorzieningen als gevolg van demografische ontwikkelingen en technologische vernieuwingen op te vangen. De nog overgebleven restant-korting van f 2,0 mln op de Rutgersstichting wordt ongedaan gemaakt. In verband hiermee wordt het kader met dit bedrag verhoogd. Verder wordt f 0,6 mln beschikbaar gesteld voor de financiering van het Nederlands Meetinstituut. Voor het project 'Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen' wordt naast de bijdrage van het ministerie van Binnenlandse Zaken voor 1998 f 2,1 mln en voor 1999 f 1,2 mln beschikbaar gesteld.

De toetsingscommissie voor Euthanasie beschikt ten slotte vanaf 1998 over f 0,5 mln.

Beleidsmaatregelen extensiveringen

In het kader van het totale pakket aan maatregelen voor 1998 (zie bijlage B.1) wordt in 1998 een budgetkorting van f 10 mln ingevoerd. Vanaf 1999 wordt deze korting op sector 8.03 gevonden (zie aldaar).

Voor diverse activiteiten in het kader van het WTA-beleid is in 1997 f 7,4 mln beschikbaar en vanaf 1998 f 9,4 mln.

Tabel B10: 3.19 Medisch specialistische zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	2 178,4	2 221,0	2 264,2	2 355,8	2 375,6	2 398,4	2 421,4	2 444,6	2 444,6	2 444,6
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-16,7						
Volume										
– volume-mutatie				7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7	7,7
Herschikkingen										
– herschikking tussen alg. zkn en medisch specialisten				-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0	-7,0
Subtotaal	2 178,4	2 221,0	2 264,2	2 339,8	2 376,3	2 399,1	2 422,1	2 445,3	2 445,3	2 445,3
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				18,4	49,4	26,6	3,6	-19,6	-19,6	-19,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						17,0	17,0	17,0	17,0	17,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	2 178,4	2 221,0	2 264,2	2 358,2	2 425,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7
Financiering										
– ZFW	1 054,4	1 118,0	1 212,8	1 205,7	1 410,9	1 478,2	1 476,1	1 474,2	1 488,1	1 488,1
– Particuliere verzekering	1 034,1	935,2	1 034,0	903,9	887,3	937,5	939,9	942,2	950,2	950,2
– Eigen betaling particulier	89,9	167,8	-32,0	80,1	85,4	85,0	84,7	84,4	85,7	85,7
– Totaal JOZ 1998	2 178,4	2 221,0	2 214,8	2 189,7	2 383,6	2 500,6	2 500,6	2 500,7	2 524,0	2 524,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	49,4	168,5	42,1	-57,9	-57,9	-58,0	-81,3	-81,3
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	49,4	217,9	260,0	202,1	144,2	86,2	4,9	-76,4
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			2 264,2	2 358,2	2 425,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			2 264,2	2 358,2	2 425,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7	2 442,7
– BKZ relevante ontvangsten			-32,7	86,3	86,9	83,0	82,7	82,4	82,9	82,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			2 296,9	2 271,9	2 338,8	2 359,7	2 360,0	2 360,3	2 359,8	2 359,8

Algemeen

Het kader voor de medisch specialistische zorg is in dit JOZ (voor het jaar 1996) voor het eerst afgerekend op basis van (voorlopige) lumpsumgegevens van het COTG. Dit heeft niet geleid tot (ongewone) aanpassingen van het kader.

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een nominale meevaller over 1996 zien van f 16,7 mln ten opzichte van het voor de eindcalculatie 1996 aangepaste raming. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat door het COTG de lumpsumbedragen voor 1996 nog niet zijn aangepast met het percentage van de eindcalculatie. Het COTG is derhalve nog uitgegaan van het voorcalculatorische percentage uit het JOZ 1997 van 1,0%. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard.

Volume

De evaluatie laat in de volumesfeer een overschrijding zien f 7,7 mln. Dit bedrag is het saldo van een hogere gerealiseerde dan toegestane groei (f 3,1 mln), een meevaller op het NDE-beleid (f 5,0 mln) en een hogere realisatie (f 9,6 mln) op het door VWS ingezette beleid. In verband met de nieuwe wijze van afrekenen in dit JOZ is de laatste post als saldopost te beschouwen voor de aansluiting met de raming zoals blijkend uit het FOZ 1996 en het JOZ 1997.

Herschikkingen

In verband met de overgang van medisch specialisten naar loondienst vindt een herschikking plaats met het kader van algemene en categorale ziekenhuizen.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 17,0 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op medisch specialistische zorg als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

Tabel B10: 3.20 Tandheelkundig specialistische zorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	346,0	346,0	214,3	155,0	158,9	160,8	162,7	164,6	164,6	164,6
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-2,8						
Volume										
– volume-mutatie			0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– pakketbeperking tandheelkunde				-39,0	-39,0	-39,0	-39,0	-39,0	-39,0	-39,0
Subtotaal	346,0	346,0	214,5	113,5	120,1	122,0	123,9	125,8	125,8	125,8
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,0	2,6	0,7	-1,2	-3,1	-3,1	-3,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	346,0	346,0	214,5	114,5	122,7	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
Financiering										
– ZFW	156,2	174,9	154,1	59,4	64,7	66,3	66,2	66,3	66,3	66,3
– Particuliere verzekering	166,5	163,7	48,4	44,5	48,2	47,8	47,9	47,9	47,9	47,9
– Eigen betalingen ongesplitst	23,3	7,4	11,9	10,6	9,8	9,7	9,7	9,6	9,6	9,6
– Totaal JOZ 1998	346,0	346,0	214,5	114,5	122,7	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			214,5	114,5	122,7	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			214,5	114,5	122,7	123,8	123,8	123,8	123,8	123,8
– BKZ relevante ontvangsten			11,9	10,6	9,8	9,7	9,7	9,6	9,6	9,6
– Uitgavenniveau onder BKZ			202,6	103,9	112,9	114,1	114,1	114,2	114,2	114,2

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De evaluatie over 1996 laat een incidentele meevaller over 1996 zien van f 2,8 mln. Deze meevaller is het gevolg van het feit dat de inkomensbestanddelen in de tarieven voor 1996 door het COTG –hangende de discussie over de globalisering van de mutatiesystematiek– niet zijn aangepast. In 1997 zijn de tarieven hiervoor inmiddels wel aangepast. De onderschrijding is hierdoor incidenteel van aard. In de hier genoemde onderschrijding is rekening gehouden met de in het ramingsblok voor 1996 uitgedeelde eindcalculatie. In de raming van het JOZ 1997 zat voor 1996 voorcalculatorisch nog maar 1,0% aan loon- en prijsbijstelling verwerkt.

Volume

In de volumesfeer is een geringe volumeoverschrijding te zien van f 0,2 mln in de ZFW in verband met een bijstelling van het cijfer over 1995.

Beleidsmaatregel: pakketbeperking tandheelkunde

In 1995 is een pakketbeperkende maatregel getroffen binnen de tandheelkunde, waarbij een aantal verrichtingen zijn overgeheveld naar het derde compartiment. Het effect van deze maatregel voor de tandheelkundig specialistische zorg was destijds moeilijk in te schatten en is daarom laag ingezet. Naar nu blijkt levert deze maatregel een extra besparing op in het wettelijk verzekerde deel van f 39 mln. Het leeuwedeel hiervan slaat neer in het ZFW-deel (f 32,8 mln).

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensiveringen

Aan onontkoombare volumegroei is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 1,1 mln. Dit bedrag dient ervoor een hoger beroep op tandheelkundig specialistische hulp als gevolg van demografische ontwikkelingen op te vangen.

Tabel B10: 3.21 Ambulancevervoer

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	311,0	328,0	326,0	332,9	337,7	341,3	344,9	348,6	348,6	348,6
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			-3,0	-1,6	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Subtotaal	311,0	328,0	323,0	331,3	339,1	342,7	346,3	350,0	350,0	350,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				2,1	7,2	3,6	0,0	-3,7	-3,7	-3,7
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- toegestane volumegroei						2,6	2,6	2,6	2,6	2,6
- spoedeisende hulp						3,0	3,0	3,0	3,0	3,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	311,0	328,0	323,0	333,4	346,3	351,9	351,9	351,9	351,9	351,9
Financiering										
- ZFW	207,4	230,8	224,6	240,4	254,5	258,7	257,9	257,9	256,9	256,9
- Particuliere verzekering	77,5	85,2	79,2	89,0	87,5	88,7	89,7	89,5	90,5	90,5
- Overheid	26,1	12,0	6,0	4,0	4,3	17,7	4,4	4,4	4,4	4,4
- Totaal JOZ 1998	311,0	328,0	309,8	333,4	346,3	365,1	351,9	351,9	351,9	351,9
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	13,2	0,0	0,0	-13,2	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	13,2	13,2	13,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			323,0	333,4	346,3	351,9	351,9	351,9	351,9	351,9
- -/- opschoning			-6,0	-4,0	-4,3	-17,7	-4,4	-4,4	-4,4	-4,4
- BKZ relevante uitgaven			317,0	329,4	342,0	334,2	347,5	347,5	347,5	347,5
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			317,0	329,4	342,0	334,2	347,5	347,5	347,5	347,5

Evaluatie

Volume

De afrekening is gebaseerd op de cijfers van het CBS. Indien deze gecorrigeerd worden voor het interklinisch vervoer, resteert een meevaller van f 3 mln in 1995, -/f 1,6 mln in 1996 en een tegenvaller van f 1,4 mln vanaf 1997.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluiert dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: toegestane volumegroei

Vanaf 1998 wordt er f 2,6 mln beschikbaar gesteld voor de autonome ontwikkelingen in deze sector.

Beleidsmaatregel: spoedeisende hulp

In het kader van de versterking van de gehele keten voor spoedeisende hulp is f 3 mln beschikbaar.

Tabel B10: 3.22 Overige ziekenvervoer

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	249,0	257,0	285,0	290,3	295,8	293,5	291,2	294,0	294,0	294,0
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			7,0	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9
Subtotaal	249,0	257,0	292,0	297,2	302,7	300,4	298,1	300,9	300,9	300,9
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				2,0	7,4	4,7	2,0	-0,8	-0,8	-0,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- toegestane volumegroei						2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
- verbetering indicatiestelling						-10,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	249,0	257,0	292,0	299,2	310,1	297,4	292,4	292,4	292,4	292,4
Financiering										
- ZFW	172,3	180,5	206,8	210,4	226,9	216,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Particuliere verzekering	51,3	77,4	64,8	72,9	68,4	66,6	0,0	0,0	0,0	0,0
- Overheid	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	278,3	278,4	278,4	278,4
- Eigen betaling particulier	25,4	-0,9	20,4	15,9	14,9	14,7	0,0	0,0	0,0	0,0
- Eigen betalingen ongesplitst	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,1	14,1	14,1	14,1
- Totaal JOZ 1998	249,0	257,0	292,0	299,2	310,1	297,4	292,4	292,4	292,4	292,4
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			292,0	299,2	310,1	297,4	292,4	292,4	292,4	292,4
- -/- opschoning							-278,3	-278,3	-278,3	-278,3
- BKZ relevante uitgaven			292,0	299,2	310,1	297,4	14,1	14,1	14,1	14,1
- BKZ relevante ontvangsten			20,4	15,8	14,8	14,7	14,1	14,1	14,1	14,1
- Uitgavenniveau onder BKZ			271,6	283,4	295,3	282,7	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Volume

De afrekening is gebaseerd op de cijfers van het CBS.

Indien het cijfer voor 1995 en voor 1996 van het CBS wordt vergeleken met het JOZ 1997 dan blijkt er sprake te zijn van een tegenvaller van 7 mln in 1995 en van 6,9 mln in 1996. Deze tegenvaller werkt structureel door.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 wordt er f 2,3 mln beschikbaar gesteld voor de autonome ontwikkelingen in deze sector.

Beleidsmaatregelen: extensiveringen

Deze voorgenomen korting is onderdeel van het gehele pakket aan maatregelen 1998 en betreft de aanscherping van de indicatie voor het overig ziekenvervoer.

Tabel B10: 4.01 Farmaceutische hulp

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	5 153,5	5 245,8	5 431,3	5 262,0	5 141,9	5 342,1	5 551,3	5 770,0	5 770,0	5 770,0
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
– volume-mutatie			29,6	230,0	230,0	230,0	230,0	230,0	230,0	230,0
Beleidsmaatregelen: intensivering										
– opening bijlage 1B				70,0						
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie				36,3						
Herschikkingen										
– herschikking griep prik				-38,6	-29,3	-29,3	-29,3	-29,3	-29,3	-29,3
Subtotaal	5 153,5	5 245,8	5 460,9	5 559,7	5 342,6	5 542,8	5 752,0	5 970,7	5 970,7	5 970,7
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				44,9	87,4	-46,5	-168,9	-296,0	-197,0	-95,0
Beleidsmaatregelen: intensivering										
– toegestane groei: apotheekhoudenden						6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
– toegestane groei: materieel						54,1	54,1	54,1	54,1	54,1
– opening bijlage 1B						50,0	50,0	50,0	50,0	50,0
Beleidsmaatregelen: extensivering										
– inkoopvergoeding						-100,0	-150,0	-150,0	-150,0	-150,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	5 153,5	5 245,8	5 460,9	5 604,6	5 430,0	5 506,4	5 543,2	5 634,8	5 733,8	5 835,8
Financiering										
– AWBZ	5 153,5	5 245,8	5 460,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– ZFW	0,0	0,0	0,0	4 028,3	4 006,8	4 022,3	4 046,4	4 111,7	4 183,0	4 259,5
– Particuliere verzekering	0,0	0,0	0,0	1 401,2	1 236,2	1 296,0	1 307,8	1 333,0	1 360,7	1 386,2
– Eigen betaling particulier	0,0	0,0	0,0	175,2	187,0	188,0	189,0	190,1	190,1	190,1
– Totaal JOZ 1998	5 153,5	5 245,8	5 460,9	5 604,6	5 430,0	5 506,4	5 543,2	5 634,8	5 733,8	5 835,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			5 460,9	5 604,6	5 430,0	5 506,4	5 543,2	5 634,8	5 733,8	5 835,8
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			5 460,9	5 604,6	5 430,0	5 506,4	5 543,2	5 634,8	5 733,8	5 835,8
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	175,2	187,0	188,0	189,0	190,1	190,1	190,1
– Uitgavenniveau onder BKZ			5 460,9	5 429,4	5 243,0	5 318,4	5 354,2	5 444,7	5 543,7	5 645,7

Evaluatie

Volume

Uit de definitieve cijfers AWBZ 1995 van de ZFR blijkt dat 1995 nog bijgesteld moet worden met f 29,6 mln structureel.

Exclusief het effect 1995 wordt in 1996 het beschikbare kader overschreden met circa f 198 mln structureel. De oorzaken van deze overschrijding liggen ondermeer in:

- een beperkt –deels incidenteel– besparingsverlies in verband met de raming WGP;
- de toelating van enkele nieuwe geneesmiddelen en de volledige vergoeding van immigran;
- substitutie-effecten van goedkopere naar duurdere geneesmiddelen en volumegroei bij met name de ouderen.

Beleidsmaatregelen: intensivering

In het JOZ 1997 is ten behoeve van de opening bijlage 1B f 180 mln vanaf 1997 opgenomen. Abusievelijk is de f 90 mln voor 1996 niet verwerkt. Van de f 90 mln zijn de uitgaven ten behoeve van de subsidieregeling 'HIV-remmers' in hoofdstuk 8 geboekt (f 20 mln in 1996). Er resteert derhalve nog f 70 mln om toe te voegen.

HIV-remmers

De subsidieregeling voor HIV-remmers is opgenomen in hoofdstuk 8. De uitgaven bedroegen in 1996 f 20 mln. In 1997 is deze subsidieregeling

nagenoeg leeg; de betreffende middelen zijn dan in de reguliere aanspraak opgenomen en de kosten komen in tabel B10: 4.01 tot uitdrukking.

Herschikkingen

De herschikking heeft betrekking op de kosten van de griep prik die niet meer in tabel B10: 4.01 tot uitdrukking komen maar in tabel B10: 2.01.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De (extra) ruimte voor volumegroei bedraagt voor de materiële kosten f 54,1 mln structureel en voor de apotheekhoudende f 6,0 mln. In verband met de beheerste opening van bijlage 1B is met ingang van 1998 f 50 mln –structureel ter beschikking gesteld (met name ten behoeve van mycofenolaat– metofil, tacrolimus, lamotrigine en felbamaat).

Beleidsmaatregelen: extensiveringen

De ombuiging van f 100 mln in 1998 en f 150 mln structureel vanaf 1999 houdt verband met de geconstateerde omvang van kortingen en bonussen bij apothekers. Met de KNMP is overeengekomen dat een korting kan worden gerealiseerd via verlaging van de richtlijn inkoopvergoeding apothekers. Tevens is het COTG verzocht de overige richtlijnvoorstellen van de KNMP in ogenschouw nemen. Eventuele richtlijnaanpassingen dienen te geschieden binnen het gegeven resterende kader.

Financiering

De ZFW financiering 1996 is conform de opgave van de ZFR. Voor de cijfers 1996 particulier (eigen betalingen en verzekering) zijn de cijfers van VEKTIS de basis. De VEKTIS opgave is gecorrigeerd voor het derde compartiment (f 50 mln).

Tabel B10: 4.02 Hulpmiddelen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	848,5	833,3	1 041,1	1 022,2	1 035,9	1 046,6	1 107,3	1 168,0	1 168,0	1 168,0
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			23,2	101,6	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Besparingsverliezen										
- besparingsverlies (nominaal)					100,0					
Subtotaal	848,5	833,3	1 064,3	1 123,8	1 141,9	1 052,6	1 113,3	1 174,0	1 174,0	1 174,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				2,9	11,7	-7,5	-4,2	4,6	80,3	162,5
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- toegestane volumegroei						13,9	13,9	13,9	13,9	13,9
- gebitsprothesen					170,0	145,0	145,0	145,0	145,0	145,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	848,5	833,3	1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4
Financiering										
- AWBZ	848,5	833,3	1 064,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- ZFW	0,0	0,0	0,0	822,6	1 020,1	916,2	964,2	1 015,6	1 072,4	1 134,0
- Particuliere verzekering	0,0	0,0	0,0	304,2	303,5	287,8	303,8	321,9	340,8	361,4
- Totaal JOZ 1998	848,5	833,3	1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			1 064,3	1 126,7	1 323,6	1 204,0	1 268,0	1 337,5	1 413,2	1 495,4

Evaluatie

Volume

Uit de definitieve cijfers AWBZ 1995 van de ZFR blijkt dat 1995 nog bijgesteld moet worden met f 23,2 mln.

De totale overschrijding 1996 ten opzichte van de raming bedraagt f 101,6 mln. Naar de huidige inzichten is de overschrijding met name het gevolg van volume- en substitutie-effecten. De in hoofdstuk 4 gememo-reerde projectgroep heeft zich ondermeer ten doel gesteld kwantitatief inzicht te krijgen in volume, substitutie en prijseffecten in de extramurale hulpmiddelenmarkt.

Besparingsverlies

De f 100 mln incidenteel besparingsverlies 1997 heeft betrekking op de taakstelling uit het FOZ 1996 (TVK). In de hoofdtekst (hoofdstuk 4) worden de activiteiten van de projectgroep die een samenhangend kostenbeheersingsbeleid ontwikkeld, uiteengezet.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De ruimte voor volumegroei bedraagt in 1998 f 13,9 mln structureel.

Gebitsprothesen

Met ingang van 1998 zijn de uitgaven ten behoeve van gebitsprothesen bij de hulpmiddelen ondergebracht.

In een eerder stadium zijn de gebitsprothesen uit het wettelijk verzekerde pakket gehaald. Mede onder druk van de Tweede Kamer is besloten deze aanspraak weer –via de hulpmiddelen– op te nemen in het wettelijk verzekerde pakket.

Financiering

Voor de financiering ZFW 1996 is de ZFR opgave overgenomen. Voor de particuliere verzekering 1996 is de opgave van VEKTIS door VWS gecorrigeerd voor het derde compartiment (1996: f 55 mln).

Tabel B10: 4.03 Subsidies

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	15,4	13,0	12,4	38,7	35,2	32,7	31,6	31,6	31,6	31,6
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie				-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0	-1,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– taxoïden					20,0	30,0				
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie				-14,9	-16,1	-15,3	-14,2	-14,2	-14,2	-14,2
– correctie i.v.m. begroting				-10,9	1,6	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8
Subtotaal	15,4	13,0	12,4	11,9	39,7	45,6	15,6	15,6	15,6	15,6
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling					0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Technisch/Statistisch										
– correctie i.v.m. begroting						1,5	1,5	1,4		
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	15,4	13,0	12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0
Financiering										
– AWBZ	0,0	0,0	0,0	2,5	22,5	32,5	2,5	2,5	2,5	2,5
– Overheid	15,4	13,0	12,4	9,4	17,6	15,0	15,0	14,9	13,5	13,5
– Totaal JOZ 1998	15,4	13,0	12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			12,4	11,9	40,1	47,5	17,5	17,4	16,0	16,0

Evaluatie

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Ten behoeve van de tijdelijke subsidieregeling 'Taxoïden' is f 20 mln (1997) en f 30 mln (1998) opgenomen.

Technisch/Statistisch

In het JOZ 1997 is abusievelijk dubbel voor de 'correctie begroting' ingeboekt. Deze onvolkomenheid wordt in het JOZ 1998 onder 'technisch/statistisch' gecorrigeerd.

Voor een verdere toelichting op deze tabel wordt verwezen naar de hoofdtekst van het JOZ en naar de VWS-begroting 1998 (artikel 25.02.11).

Tabel B10: 5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	2 517,0	2 619,2	2 636,1	2 686,9	2 783,0	2 863,3	2 990,6	3 098,6	3 182,6	3 182,6
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
– privatisering gemeentelijke ziekenhuizen					1,4	1,1	1,0	0,9	0,6	0,6
Volume										
– volume-mutatie				-1,3						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– 7e TBS-kliniek				7,0						
– BOPZ-bedden				1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				6,0						
– uitbreidingsbouw				5,1						
Overige kapitaallasten										
– afschrijvingskosten inventaris				6,9						
– afschrijvingskosten melding				2,5						
– vrijvallende kapitaallasten			0,5	-33,3	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
– rentenormering					1,5					
– rentegevolgen melding				-13,0						
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie			5,6	17,4						
Herschikkingen										
– herschikking				1,7	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Subtotaal	2 517,0	2 619,2	2 642,2	2 689,2	2 791,8	2 870,3	2 997,5	3 105,4	3 189,1	3 189,1
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				13,7	51,8	26,6	1,2	-24,6	-24,6	-24,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
– BOPZ-bedden					0,5	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					-5,4	-10,0	-29,2	-6,5	-8,4	11,1
– uitbreidingsbouw					-5,5	6,6	-3,7	-7,4	-33,3	3,8
– vrijvallende kapitaallasten WZV							0,1	0,3	0,6	-9,5
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding					0,0	0,0		0,1	0,3	-4,0
– afschrijvingskosten inventaris					0,5	0,4	-0,1	-1,2	-2,8	-1,3
– afschrijvingskosten melding					-3,4	0,2	0,0	-0,4	-0,9	15,8
– rentegevolgen melding					-2,8	0,1		-0,3	-0,7	12,6
Herschikkingen										
– herschikking					1,0	1,5	5,2	8,9	8,9	8,9
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	2 517,0	2 619,2	2 642,2	2 702,9	2 828,5	2 903,2	2 978,5	3 081,8	3 135,7	3 209,4
Financiering										
– AWBZ	2 430,7	2 430,1	2 589,1	2 621,3	2 642,5	2 734,4	2 789,6	2 888,5	2 937,8	3 011,5
– Eigen betaling AWBZ	140,3	139,3	136,2	132,1	150,6	168,8	188,9	193,3	197,9	197,9
– Totaal JOZ 1998	2 571,0	2 569,4	2 725,3	2 753,5	2 793,1	2 903,2	2 978,5	3 081,8	3 135,7	3 209,4
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-54,0	49,8	-83,1	-50,6	35,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	48,5	98,3	15,2	-35,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			2 642,2	2 702,9	2 828,5	2 903,2	2 978,5	3 081,8	3 135,7	3 209,4
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			2 642,2	2 702,9	2 828,5	2 903,2	2 978,5	3 081,8	3 135,7	3 209,4
– BKZ relevante ontvangsten			132,0	129,7	152,5	168,8	188,9	193,3	197,9	197,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			2 510,2	2 573,2	2 676,0	2 734,4	2 789,6	2 888,5	2 937,8	3 011,5

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

Bij de loon- en prijsbijstelling is er sprake van een tegenvaller.

Volume

Na jaren van tegenvallers bij volume was er vorig jaar sprake van een meevaller.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Van de incidentele onderschrijving (ad f 11 mln) die optreedt bij de TBS-klinieken vanwege de vertraging in de bouw van de zevende TBS kliniek wordt voor 1996 een bedrag van f 7,0 mln toegevoegd aan het budget van het Delta ziekenhuis te Poortugaal voor de privatiseringskosten.

Voor de Bopz-toeslag is er in het JOZ 1996 een bedrag van f 3,3 mln geboekt bij de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Een gedeelte van dit bedrag van f 1,1 mln slaat neer bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de algemene psychiatrische ziekenhuizen.

Beleid WZV/TWMD

Zowel de instandhoudings- als de uitbreidingsbouw laten incidentele tegenvallers zien. Bij deze tegenvallers is rekening gehouden met de incidentele tegenvallers uit 1995 van respectievelijk f 4,3 mln en f 6,6 mln.

Overige kapitaallasten

De overige kapitaallasten laten tegenvallers zien bij de afschrijvingskosten inventaris en de afschrijvingskosten melding. Er treden meevallers op bij overige kapitaallasten en de rentegevolgen melding.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de APZ-en bedragen deze f 10,0 mln.

De meevaller bij de rentekosten melding ontstaat doordat de trekkingsrechten nog niet zijn besteed.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit juist is.

De opbrengst voor de rentenormering is voor 1997 met f 10 mln (incidenteel) verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek te zijn. Een bedrag van f 1,5 mln slaat hiervan in deze sector neer.

Herschikkingen

Vanaf 1996 wordt er een bedrag van f 1,2 mln van de algemene- en categorale ziekenhuizen overgeheveld naar de APZ-en (van Reinier de Graaf Gasthuis naar PC Joris te Delft). Vanwege het onjuist vaststellen van het uitgavenniveau voor de herstellingsoorden in 1995 (f 19,0 mln in plaats van f 19,9 mln) wordt er in 1996 (toen de helft van het uitgavenniveau reeds is overgeheveld) f 0,5 mln overgeheveld en vanaf 1997 f 0,9 mln.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling

van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1998 is voor de GGZ een bedrag van structureel f 25 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van knelpunten in de GGZ. In de APZ-en slaat hiervan f 7 mln neer.

In het JOZ 1997 is voor de Bopz-toeslag een bedrag van f 1,8 mln geboekt bij de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie. Vanaf 1997 zal hiervan f 0,5 mln neerslaan in de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bij de APZ-en.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en de uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen, vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

De mutatie in 1997 bij de afschrijvings- en rentegevolgen van de melding is het gevolg van het feit dat in dat jaar f 40 mln uit de meldingsregeling incidenteel beschikbaar is gesteld voor het reduceren van wachtlijsten in de sector gehandicaptenbeleid (zie B10-tabellen hoofdstuk 6).

Herschikkingen

Vanuit de sector 5.06 (TBS-instellingen) zijn middelen overgeheveld naar het APZ-kader; het gaat hier om middelen voor uitbreiding van capaciteit in de forensische psychiatrie.

Tabel B10: 5.02 Herstellingsoorden

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	18,2	18,5	19,0	9,6						
Evaluatie 1993–1996										
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie			0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Herschikkingen										
– herschikking				-0,5	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9	-0,9
Subtotaal	18,2	18,5	19,9	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,1						
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	18,2	18,5	19,9	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
– AWBZ	17,3	17,6	19,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling AWBZ	0,9	0,9	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	18,2	18,5	19,9	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			19,9	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			19,9	10,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,9	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			19,0	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Technisch/Statistisch

Uit gegevens van het COTG en de ZFR is gebleken dat het vorig jaar voor de herstellingsoorden vastgestelde uitgavenniveau exclusief eigen bijdragen was. Hierdoor moet het vastgestelde niveau worden gecorrigeerd met f 0,9 mln.

Herschikkingen

Aangezien per 1 juli 1996 de herstellingsoorden zijn geïntegreerd in de aanspraken AWBZ moet er van deze f 0,9 mln in 1996 een bedrag van f 0,5 mln worden overgeheveld naar de APZ-en. Met ingang van 1 januari 1997 wordt het gehele bedrag overgeheveld naar de APZ-en.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 5.03 Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	114,4	122,6	150,1	163,8	182,6	194,3	201,7	212,1	218,5	218,5
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Volume										
– volume-mutatie				-0,3						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– BOPZ-bedden				-1,7	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7	-1,7
Beleid WZV/TVWMD										
– uitbreidingsbouw				-3,7						
Overige kapitaallasten										
– afschrijvingskosten inventaris				0,2						
– afschrijvingskosten melding				0,3						
– vrijvallende kapitaallasten			0,6	8,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
– rentenormering					0,1					
– rentegevolgen melding				-0,2						
Subtotaal	114,4	122,6	150,7	167,2	181,7	193,2	200,7	211,1	217,5	217,5
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,8	3,2	1,6	0,0	-1,6	-1,6	-1,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						0,5	0,5	0,5	0,5	0,5
– BOPZ-bedden					-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8	-0,8
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					-0,4	-0,9	-1,7	-5,3	-0,3	-0,3
– uitbreidingsbouw					-0,6	-3,6	10,6	11,7	8,6	8,6
– vrijvallende kapitaallasten WZV					0,0		0,0		0,0	-0,3
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding								0,0		-0,1
– afschrijvingskosten inventaris								-0,1		
– afschrijvingskosten melding					-0,1					0,3
– rentegevolgen melding										0,2
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	114,4	122,6	150,7	168,0	183,0	190,1	209,3	215,5	223,9	224,0
Financiering										
– AWBZ	116,9	120,6	128,6	131,7	239,5	190,1	209,2	215,5	223,9	224,0
– Totaal JOZ 1998	116,9	120,6	128,6	131,7	239,5	190,1	209,2	215,5	223,9	224,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-2,5	2,0	22,1	36,2	-56,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	-3,8	-1,8	20,3	56,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			150,7	168,0	183,0	190,1	209,3	215,5	223,9	224,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			150,7	168,0	183,0	190,1	209,3	215,5	223,9	224,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			150,7	168,0	183,0	190,1	209,3	215,5	223,9	224,0

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De loon- en prijsbijstelling laat een zeer geringe tegenvaller zien.

Volume

Bij volume is er sprake van een meevaller. Deze meevaller is incidenteel van aard, aangezien het hier om de middelen voor BOPZ en voor de poliklinieken gaat die in 1996 niet geheel zijn uitgegeven. In 1997 zullen deze middelen echter wel worden besteed.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In het JOZ 1996 is er vanaf 1996 een bedrag van f 3,3 mln voor de Bopz-toeslag bij de sector voor kinder- en jeugdpsychiatrie geboekt. Van deze f 3,3 mln is er echter voor f 1,1 mln aan Bopz-bedden gerealiseerd bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de APZ-en, voor f 0,4 mln bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de academische ziekenhuizen en voor f 0,2 mln bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie in de algemene ziekenhuizen. Er is derhalve een

bedrag van f 1,7 mln van deze sector overgeboekt naar de drie hierboven-genoemde sectoren.

Beleid WZV/TVWMD

De uitbreidingsbouw toont een incidentele meevaller. Bij de berekening van deze meevaller is rekening gehouden met de in 1995 opgetreden incidentele meevaller van f 1,2 mln.

Overige kapitaallasten

De overige kapitaallasten laten in deze sector per saldo een forse tegenvaller zien. Zowel bij de afschrijvingskosten inventaris, de afschrijvingskosten melding en de vrijvallende kapitaallasten treden tegenvallers op. Bij de rentekosten melding treedt een meevaller op.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bedragen deze f 0,2 mln.

De meevaller bij de rentekosten melding ontstaat doordat de trekkingsrechten nog niet zijn besteed.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties worden aangebracht.

De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst voor de rentenormering is voor 1997 met f 10 mln (incidenteel) verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek te zijn. Een bedrag van f 0,1 mln slaat hiervan in deze sector neer.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1998 is voor de GGZ een bedrag van structureel f 25 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van knelpunten in de GGZ. In de sector kinder- en jeugdpsychiatrie slaat hiervan f 0,5 mln neer.

In het JOZ 1997 is er een bedrag van f 1,8 mln voor de Bopz-toeslag bij de sector kinder- en jeugdpsychiatrie geboekt. Van deze f 1,8 mln zal er echter f 0,5 mln aan Bopz-bedden gerealiseerd worden bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bij de APZ-en en voor f 0,3 mln bij de afdelingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie bij de academische ziekenhui-

zen. Er is derhalve een bedrag van f 0,8 mln van deze sector overgeboekt naar de twee hierbovengenoemde sectoren

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en de uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen, vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

De mutatie in 1997 bij de afschrijvingsgevolgen van de melding is het gevolg van het feit dat in dat jaar f 40 mln uit de meldingsregeling incidenteel beschikbaar is gesteld voor het reduceren van wachtlijsten in de sector gehandicaptenbeleid (zie B10 tabellen hoofdstuk 6).

Tabel B10: 5.05 Zelfstandige verslavingsklinieken

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	93,7	110,9	117,0	121,9	147,4	158,6	178,8	191,5	201,0	201,0
Evaluatie 1993–1996										
Beleid WZV/TVWMD										
– uitbreidingsbouw				0,3						
Overige kapitaallasten										
– afschrijvingskosten inventaris				0,3						
– afschrijvingskosten melding				0,4						
– vrijvallende kapitaallasten			-0,1	-0,7	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
– rentenormering					0,1					
– rentegevolgen melding				-0,2						
Subtotaal	93,7	110,9	116,9	122,0	147,4	158,5	178,7	191,4	200,9	200,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,7	2,2	0,8	-0,6	-2,0	-2,0	-2,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					-0,8	-1,4	1,3	4,8	10,8	10,8
– uitbreidingsbouw					-6,7	0,4	-9,2	-18,2	-18,8	-18,8
– vrijvallende kapitaallasten WZV								0,0	0,0	-0,3
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding										-0,2
– afschrijvingskosten inventaris								-0,1		
– afschrijvingskosten melding					-0,1					0,3
– rentegevolgen melding										0,2
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	93,7	110,9	116,9	122,7	142,0	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
Financiering										
– AWBZ	95,7	108,8	120,7	122,3	138,3	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
– Totaal JOZ 1998	95,7	108,8	120,7	122,3	138,3	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-2,0	2,1	-3,8	0,4	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	-2,4	-0,3	-4,1	-3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			116,9	122,7	142,0	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			116,9	122,7	142,0	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			116,9	122,7	142,0	158,7	170,6	176,3	191,3	191,3

Evaluatie

De loon- en prijsbijstelling en het volume ondergaan geen wijzigingen.

Beleid WZV/TVWMD

De uitbreidingsbouw laat een geringe incidentele tegenvaller zien. Bij de berekening van de tegenvaller is rekening gehouden met de in 1995 opgetreden incidentele meevaller van f 4,0 mln.

Overige kapitaallasten

De overige kapitaallasten laten per saldo een meevaller zien. Dit saldo is opgebouwd uit tegenvallers op de afschrijvingskosten inventaris en de afschrijvingskosten melding en meevallers op de overige kapitaallasten en de rentegevolgen melding. Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de zelfstandige verslavingsklinieken bedragen deze f 0,4 mln. De meevaller bij de rentekosten melding ontstaat doordat de trekkingsrechten nog niet zijn besteed.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal gezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst voor de rentenormering is voor 1997 met f 10 mln (incidenteel) verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek te zijn. Een bedrag van f 0,1 mln slaat hiervan in deze sector neer.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1998 is voor de GGZ een bedrag van structureel f 25 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van knelpunten in de GGZ. In deze sector slaat hiervan f 0,4 mln neer.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en de uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen, vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

De mutatie in 1997 bij de afschrijvingsgevolgen van de melding is het gevolg van het feit dat in dat jaar f 40 mln uit de meldingsregeling incidenteel beschikbaar is gesteld voor het reduceren van wachtlijsten in de sector gehandicaptenbeleid (zie B10 tabellen hoofdstuk 6).

Tabel B10: 5.06 TBS-instellingen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	126,0	135,0	144,6	179,5	203,0	219,9	240,8	243,2	243,2	243,2
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			1,0	-8,4						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– 7e TBS-kliniek				-11,0						
Technisch/Statistisch										
– correctie				0,8	4,9	7,7	11,5	11,6	11,6	11,6
Subtotaal	126,0	135,0	145,6	160,9	207,9	227,6	252,3	254,8	254,8	254,8
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,9	3,0	1,1	-0,9	-2,9	-2,9	-2,9
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– uitbreiding TBS-capaciteit					13,1	15,6	15,4	13,4	13,4	13,4
Technisch/Statistisch										
– Justitie-financiering van de uitbreiding TBS					3,3	4,0	3,9	3,4	3,4	3,4
Herschikkingen										
– herschikking					-1,0	-1,5	-5,2	-8,9	-8,9	-8,9
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	126,0	135,0	145,6	161,8	226,3	246,8	265,5	259,8	259,8	259,8
Financiering										
– AWBZ	98,1	129,8	119,8	129,0	181,7	198,6	213,5	208,3	208,3	208,3
– Overheid	27,9	5,2	25,8	32,8	44,6	48,2	52,0	51,5	51,5	51,5
– Totaal JOZ 1998	126,0	135,0	145,6	161,8	226,3	246,8	265,5	259,8	259,8	259,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			145,6	161,8	226,3	246,8	265,5	259,8	259,8	259,8
– -/- opschoning			-25,8	-32,8	-44,6	-48,2	-52,0	-51,5	-51,5	-51,5
– BKZ relevante uitgaven			119,8	129,0	181,7	198,6	213,5	208,3	208,3	208,3
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			119,8	129,0	181,7	198,6	213,5	208,3	208,3	208,3

Evaluatie

Volume

Het volume vertoont in 1995 een overschrijding en in 1996 een onderschrijding. De volumemutatie is samengesteld uit de uitbreiding TBS-capaciteit, de toegestane volumegroei, de uitbreidingsbouw en een correctie. De onderschrijding is incidenteel van aard.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De bouw van de zevende TBS kliniek is vertraagd, hetgeen in 1996 tot uiting komt in de cijfers.

Technisch/statistisch

Deze correctie is noodzakelijk omdat gedurende de afgelopen twee jaar het bedrag dat door de AWBZ gefinancierd wordt voor de uitbreiding van TBS-capaciteit abusievelijk beschouwd is als 100% van de kosten; dat was echter slechts 80%.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd.

Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorsche nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregel: intensiveringen

Voor de uitbreiding van de TBS-capaciteit zijn gelden beschikbaar gesteld. Het gedeelte van de TBS-capaciteit dat door justitie zal worden gefinancierd is afzonderlijk weergegeven.

Herschikkingen

De middelen die bestemd zijn voor forensische psychiatrie zijn overgeheveld naar het APZ-kader.

Tabel B10: 5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	184,4	204,4	222,5	242,6	250,4	287,7	304,0	320,8	333,2	333,2
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Volume										
– volume-mutatie				-2,4						
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				-1,4		1,5	1,5	1,5	1,5	1,5
– uitbreidingsbouw				0,6						
Overige kapitaallasten										
– afschrijvingskosten melding				0,7						
– vrijvallende kapitaallasten			-0,7	-1,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7	-0,7
Subtotaal	184,4	204,4	221,8	238,1	249,4	288,2	304,5	321,3	333,7	333,7
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				2,0	5,7	3,5	0,6	-2,3	-2,3	-2,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						0,6	0,6	0,6	0,6	0,6
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					0,7	0,7	0,9	-1,6	-1,6	-1,6
– uitbreidingsbouw					-0,3	5,1	9,3	4,6	-8,9	-1,3
– vrijvallende kapitaallasten WZV							0,0		0,0	-0,7
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding					0,0		0,0	0,0		-0,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	184,4	204,4	221,8	240,1	255,5	298,1	315,9	322,6	321,5	328,1
Financiering										
– AWBZ	152,7	168,7	179,8	203,5	212,1	247,3	262,6	266,7	263,4	270,0
– Eigen betaling AWBZ	32,6	36,2	38,8	40,1	44,6	50,8	53,3	55,9	58,1	58,1
– Totaal JOZ 1998	185,3	204,9	218,6	243,6	256,7	298,1	315,9	322,6	321,5	328,1
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-0,9	-0,5	3,2	-3,5	-1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	2,0	1,5	4,7	1,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			221,8	240,1	255,5	298,1	315,9	322,6	321,5	328,1
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			221,8	240,1	255,5	298,1	315,9	322,6	321,5	328,1
– BKZ relevante ontvangsten			39,4	39,5	44,4	50,8	53,3	55,9	58,1	58,1
– Uitgavenniveau onder BKZ			182,4	200,6	211,1	247,3	262,6	266,7	263,4	270,0

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De loon- en prijsbijstelling vertoont een onderschrijding.

Volume

Het volume vertoont een onderschrijding; deze is incidenteel van aard.

Beleid WZV/TVWMD

De instandhoudingsbouw vertoont een meevaller, de uitbreidingsbouw een tegenvaller. Deze mutaties zijn incidenteel van aard.

Bij de berekening van de mutaties is rekening gehouden met de incidentele meevallers op de instandhoudings- en uitbreidingsbouw in 1995 van respectievelijk f 2,5 mln en f 6,2 mln.

De f 1,5 mln vanaf 1998 is afkomstig van de psychiatrische woonvoorzieningen. In 1996 heeft zich hier een tegenvaller op de instandhoudingsbouw voorgedaan. De middelen van deze voorzieningen worden per januari 1998 overgeheveld naar de RIBW-en.

Overige kapitaallasten

De overige kapitaallasten laten per saldo een meevaller zien. Dit saldo is opgebouwd uit een tegenvaller op de afschrijvingskosten melding en een meevaller op de vrijvallende kapitaallasten.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de RIBW-en bedragen deze f 0,3 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan met worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal gezien worden of dit karakter juist is.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1998 is voor de GGZ een bedrag van f 25 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van knelpunten in de GGZ. In de sector RIBW-en slaat hiervan f 0,6 mln neer.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en de uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen, vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Tabel B10: 5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	22,0	23,9	23,7	23,9	24,1					
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				-0,7						
Beleid WZV/TVWMD										
- instandhoudingsbouw			1,5	1,5	1,5					
Subtotaal	22,0	23,9	25,2	24,7	25,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,2	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	22,0	23,9	25,2	24,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
- AWBZ	17,8	19,7	20,9	20,6	21,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Eigen betaling AWBZ	4,2	4,2	4,3	4,3	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Totaal JOZ 1998	22,0	23,9	25,2	24,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			25,2	24,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			25,2	24,9	26,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- BKZ relevante ontvangsten			4,3	4,3	4,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			20,9	20,6	21,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Volume

Bij volume treedt er een meevaller op. Daar het hier om een subsidie gaat is deze meevaller incidenteel van aard.

Beleid WZV/TVWMD

Bij de instandhoudingsbouw treedt er een structurele overschrijding op van f 1,5 mln.

Met ingang van 1 januari 1998 worden de psychiatrische woonvoorzieningen geïntegreerd in de RIBW-aanspraak. Het subsidiebedrag dat voor deze instellingen beschikbaar is, wordt met ingang van deze datum overgeheveld naar de RIBW budgetten (tabel B10 5.07).

Tabel B10: 5.09 RIAGG-en

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	618,2	652,8	680,4	696,2	711,6	720,3	729,1	736,3	736,3	736,3
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Beleid WZV/TVWMD										
– deregulering RIAGG/VKP ongewijzigd beleid				-0,6						
Subtotaal	618,2	652,8	680,4	697,2	713,2	721,9	730,7	737,9	737,9	737,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				3,2	12,9	5,8	-1,4	-8,6	-8,6	-8,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						16,0	16,3	16,5	16,5	16,5
– Rutgerstichting					-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0	-2,0
– hulpverlening driehoek					-0,5					
– wachtlijsten					5,0					
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	618,2	652,8	680,4	700,4	728,6	741,7	743,6	743,8	743,8	743,8
Financiering										
– AWBZ	624,8	642,2	657,1	687,6	725,7	731,2	733,2	733,5	733,6	733,5
– Eigen betaling AWBZ	2,9	6,5	10,2	11,4	10,7	10,5	10,4	10,3	10,3	10,3
– Totaal JOZ 1998	627,7	648,7	667,3	699,0	736,4	741,7	743,6	743,8	743,8	743,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-9,5	4,1	13,1	1,4	-7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	-10,8	-6,7	6,4	7,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			680,4	700,4	728,6	741,7	743,6	743,8	743,8	743,8
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			680,4	700,4	728,6	741,7	743,6	743,8	743,8	743,8
– BKZ relevante ontvangsten			10,4	11,4	10,5	10,5	10,4	10,3	10,3	10,3
– Uitgavenniveau onder BKZ			670,0	689,0	718,1	731,2	733,2	733,5	733,5	733,5

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De loon- en prijsbijstelling laat een tegenvaller zien.

Beleid WZV/TVWMD

Bij de bouw (deregulering RIAGG) treedt een incidentele meevaller op.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensivering

In 1998 is voor de GGZ een bedrag van structureel f 25 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van knelpunten in de GGZ. In de sector RIAGG slaat hiervan in 1998 f 16,0 mln neer, in 1999 f 16,25 mln en vanaf 2000 f 16,50 mln structureel. In 1998 en 1999 zullen bedragen van respectievelijk f 0,50 mln en f 0,25 mln besteed worden voor onderzoek. Deze bedragen zijn geboekt in tabel B10 5.11 overige geestelijke gezondheidszorg. In de begroting zijn de bedragen geboekt op artikel U 25. 02. 06. Van de f 16,0 mln is een bedrag van f 6,5 mln bestemd voor onontkoombare groei en f 9,5 mln (respectievelijk f 9,75 mln in 1999 en f 10 mln vanaf 2000) voor de aanpak van knelpunten/wachtlijsten voor psychiaters (die deelnemen aan lokale initiatieven), psychotherapeuten (binnen een 'vanwege RIAGG' constructie) en de RIAGG-en.

Het voornemen om (een deel van) het zorgaanbod van de Rutgerstichting via een 'vanwege RIAGG' constructie onder het RIAGG-kader te brengen blijkt niet uitvoerbaar te zijn. De financiering zal in de toekomst wederom via de begroting lopen. De vorig jaar in het JOZ opgenomen structurele reeks wordt hierbij tegengeboekt.

Voor 1997 bleek het niet mogelijk te zijn om de hulpverlening van de Stichting De Driehoek onder het RIAGG-kader te brengen via een 'vanwege de RIAGG' constructie. Voor 1997 is er derhalve incidenteel een bedrag van f 0,5 mln teruggeboekt naar de begroting.

In 1997 is er incidenteel een bedrag van f 50 mln voor wachtlijsten beschikbaar gesteld. Een bedrag van f 5 mln slaat neer bij de RIAGG-en.

Tabel B10: 5.10 Vrijgevestigde psychiaters

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	148,5	129,4	91,9	108,6	94,6	65,8	66,8	67,8	67,8	67,8
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			1,4	-5,1						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- herinvestering produktiviteitskorting psychiaters				-2,8						
- oploop vrijwaring (vroegtijdige intensivering)				-18,3						
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
- verlenging/verhoging macrobudgetkorting per 1-6-1996				0,8	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Besparingsverliezen										
- besparingsverlies (volume)					9,0	39,0	39,0	39,0	39,0	39,0
Subtotaal	148,5	129,4	93,3	83,2	105,6	106,8	107,8	108,8	108,8	108,8
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,9	2,0	1,0	0,0	-1,0	-1,0	-1,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- knelpunten lokale initiatieven						2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	148,5	129,4	93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
Financiering										
- AWBZ	148,5	129,4	93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
- Totaal JOZ 1998	148,5	129,4	93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			93,3	84,1	107,6	109,8	109,8	109,8	109,8	109,8

Evaluatie

Volume

De afrekening laat voor 1995 een volumetegenvaller zien van f 1,4 mln en voor 1996 een volumemeevaller van f 5,1 mln. Deze meevaller zal structureel worden ingezet voor knelpunten bij de lokale initiatieven.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De herinvestering van de produktiviteitskorting is voorbehouden aan psychiaters die participeren in lokale initiatieven. In 1996 zijn er geen lokale initiatieven goedgekeurd. De herinvestering is derhalve niet uitgegeven. In 1995 bedroeg de produktiviteitskorting f 1,1 mln. In 1996 was dit ruim f 1,6 mln. Opgeteld is dit f 2,8 mln. Evenals de herinvestering zal de vrijwaring pas worden uitbetaald als de lokale initiatieven zijn goedgekeurd. In 1997 worden de lokale initiatieven goedgekeurd met terugwerkende kracht tot 1996. In de raming 1996 uit het JOZ 1997 zit voor f 11,5 mln vrijwaring en voor f 6,8 mln inhaal vrijwaring.

Beleidsmaatregelen: extensiveringen

Voor een periode van 5 maanden bedraagt de macrobudgetkorting f 0,8 mln. Voor een periode van 12 maanden komt dit neer op f 2,0 mln.

Besparingsverliezen

Aan de pakketbeperking en de pakketoverheveling was een taakstelling verbonden van f 10 mln in 1997 en f 40 mln structureel vanaf 1998. Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen is besloten geen uitvoering hieraan te geven; dit mede gezien de toenemende vraag naar (ambulante) GGZ-hulp en de wachtlijsten bij RIAGG en poliklinieken.

Tevens is besloten om het bedrag ad f 1 mln dat voor 1997 beschikbaar was voor autonome groei niet aan de sector toe te kennen.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 is er voor knelpunten bij de lokale initiatieven een bedrag van structureel f 2 mln beschikbaar gesteld.

Tabel B10: 5.11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	25,9	23,9	23,5	20,1	15,3	12,2	13,0	13,5	13,9	13,9
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie				0,3						
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– Pharos						2,0	2,0	1,5	1,5	1,5
Subtotaal	25,9	23,9	23,5	20,4	15,3	14,2	15,0	15,0	15,4	15,4
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,0	0,1	-0,2	-0,5	-0,8	-0,8	-0,8
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen						0,5	0,3			
Technisch/Statistisch										
– correctie i.v.m. begroting					-0,6	-1,1	-0,9	-0,4	-0,3	-0,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	25,9	23,9	23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
Financiering										
– AWBZ	8,5	8,2	8,4	4,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Overheid	17,4	15,7	15,1	15,8	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
– Totaal JOZ 1998	25,9	23,9	23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			23,5	20,4	14,8	13,4	13,8	13,8	14,3	14,3

Evaluatie

Volume

Bij volume is er sprake van een tegenvaller. Daar het hier begrotingsmiddelen betreft wordt deze tegenvaller incidenteel verwerkt.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De subsidiekorting ad f 2,8 mln die vanaf 1998 opgelegd was aan de Stichting Pharos, is gedeeltelijk teruggedraaid.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1998 en 1999 worden respectievelijk *f* 0,5 mln en *f* 0,25 mln uit de intensiveringsmiddelen beschikbaar gesteld worden voor onderzoek. Evenals alle andere begrotingsmiddelen die in deze tabel zijn weergegeven worden deze middelen geboekt op begrotingsartikel U 25. 02. 06.

Technisch/statistisch

Deze bijstelling betreft diverse kleine plussen en minnen op het relevante begrotingsartikel U25.02.06.

Tabel B10: 5.12 Consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	106,0	113,0	115,0	116,1	117,3	118,5	119,7	120,9	120,9	120,9
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			5,0	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5	8,5
Subtotaal	106,0	113,0	120,0	124,6	125,8	127,0	128,2	129,4	129,4	129,4
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,4	0,2	-1,0	-2,2	-3,4	-3,4	-3,4
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	106,0	113,0	120,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
Financiering										
– Overheid	106,0	113,0	120,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
– Totaal JOZ 1998	106,0	113,0	120,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			120,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0	126,0
– -/- opschoning			-120,0	-126,0	-126,0	-126,0	-126,0	-126,0	-126,0	-126,0
– BKZ relevante uitgaven			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Volume

Bij volume is er sprake van een tegenvaller van f 5,0 mln in 1996 en van f 8,5 mln in 1997. Deze tegenvallers worden structureel doorgetrokken.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 5.13 Overige verslavingszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	118,3	25,4	33,2	46,6	71,5	71,6	71,7	71,7	71,7	71,7
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie				5,6						
Technisch/Statistisch										
– overheveling van begroting naar premie					-10,1	-10,1	-10,1	-10,1	-10,1	-10,1
Subtotaal	118,3	25,4	33,2	52,2	61,4	61,5	61,6	61,6	61,6	61,6
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,0	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– voorlichtingscampagne drugs						2,0				
Technisch/Statistisch										
– correctie i.v.m. begroting					-4,8	-4,8	-5,1	-5,3	-5,3	-5,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	118,3	25,4	33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9
Financiering										
– AWBZ	0,0	0,0	0,0	0,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
– Overheid	118,3	25,4	33,2	52,2	53,2	55,3	53,1	52,9	52,9	52,9
– Totaal JOZ 1998	118,3	25,4	33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			33,2	52,2	58,2	60,3	58,1	57,9	57,9	57,9

Evaluatie

Volume

Bij volume is er sprake van een tegenvaller. Aangezien het hier om begrotingsmiddelen gaat is de tegenvaller incidenteel van aard. De tegenvaller is grotendeels toe te schrijven aan het kwijtschelden van een terugvordering van het NIAD.

Technisch/statistisch

De f 10,1 mln voor overlastbestrijding is uit deze sector gehaald. Deze gelden worden uitgegeven aan bouw (f 3,4 mln bij afdelingen voor verslaafdenzorg APZ-en en f 6,7 mln bij verslaafdenklinieken).

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de

sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Voor 1998 is er voor voorlichtingcampagnes voor drugs een bedrag van f 2,0 mln beschikbaar gesteld.

De begrotingsmiddelen die in deze tabel worden weergegeven zijn geboekt op begrotingsartikel U 25. 02. 07.

Technisch/statistisch

Deze bijstelling betreft diverse plussen en minnen op het relevante begrotingsartikel U 25. 02. 07.

Tabel B10: 5.14 Zorgvernieuwingsfonds GGZ

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997		29,3	51,2	74,9	81,6	82,3	83,0	83,7	84,4	84,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			-4,9							
Subtotaal	0,0	29,3	46,3	74,9	81,6	82,3	83,0	83,7	84,4	84,4
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				1,2	2,4	1,7	1,0	0,3	-0,4	-0,4
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	29,3	46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
Financiering										
- AWBZ	0,0	29,3	46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
- Totaal JOZ 1998	0,0	29,3	46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			46,3	76,1	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0	84,0

Evaluatie

Volume

Volgens opgave van de Ziekenfondsraad bedraagt de onderschrijding voor 1995 f 4,9 mln. In het JOZ 1997 is voor 1995 al een onderschrijding gesignaleerd van f 4,0 mln. De onderschrijdingen zijn incidenteel van karakter.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Met de flexibilisering van de AWBZ voor de GGZ per 1 januari 1998 zal een aanzienlijk deel van de gelden uit het fonds weer terugvloeien naar de instellingsbudgetten. Op dit moment is de omvang van dit deel nog niet exact bekend. De overheveling zal derhalve pas in het volgend JOZ zichtbaar worden gemaakt.

Tabel B10: 6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	3 009,7	3 152,5	3 252,5	3 243,4	3 329,4	3 495,9	3 612,8	3 728,1	3 823,4	3 823,4
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0	2,0
Volume										
– volume-mutatie				1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				8,7						
– uitbreidingsbouw				4,7						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			10,0	15,5	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
– rentenormering					1,8					
Herschikkingen										
– herschikking t.b.v. zorgvernieuwingfonds				-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6	-1,6
Subtotaal	3 009,7	3 152,5	3 262,5	3 274,6	3 343,4	3 508,1	3 625,0	3 740,3	3 835,6	3 835,6
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				26,4	75,2	45,0	14,5	-16,3	-16,3	-16,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– meer handen aan het bed						40,0	32,0	32,0	32,0	32,0
– wachtlijsten						5,0	5,0	5,0	5,0	5,0
– capaciteit zonder bouw					10,5					
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					-5,4	-26,0	-26,0	-15,5	-13,6	17,7
– uitbreidingsbouw					0,7	-16,8	-37,4	-60,6	-77,2	-76,6
– vrijvallende kapitaallasten WZV							0,1	0,4	0,7	-11,3
– bouwvertraging/beperking reserves						-18,0				
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding							0,1	0,1	0,3	-4,8
– afschrijvingskosten inventaris					0,5	0,4	-0,2	-1,3	-3,1	-1,6
– afschrijvingskosten melding					-3,8	0,2		-0,4	-0,9	17,4
– rentegevolgen melding					-3,1	0,1		-0,3	-0,8	13,9
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	3 009,7	3 152,5	3 262,5	3 301,0	3 418,0	3 538,0	3 613,1	3 683,4	3 761,7	3 811,0
Financiering										
– AWBZ	2 668,4	2 820,9	3 002,9	3 057,3	3 076,1	3 193,3	3 260,0	3 321,9	3 390,8	3 440,1
– Eigen betaling AWBZ	293,1	306,3	313,2	318,5	329,5	344,7	353,1	361,5	370,9	370,9
– Totaal JOZ 1998	2 961,5	3 127,2	3 316,1	3 375,8	3 405,6	3 538,0	3 613,1	3 683,4	3 761,7	3 811,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	48,2	25,3	-53,6	-74,8	12,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	90,7	116,0	62,4	-12,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			3 262,5	3 301,0	3 418,0	3 538,0	3 613,1	3 683,4	3 761,7	3 811,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			3 262,5	3 301,0	3 418,0	3 538,0	3 613,1	3 683,4	3 761,7	3 811,0
– BKZ relevante ontvangsten			308,1	311,4	330,7	344,7	353,1	361,5	370,9	370,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			2 954,4	2 989,6	3 087,3	3 193,3	3 260,0	3 321,9	3 390,8	3 440,1

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

Uit de realisatiecijfers blijkt een tegenvaller van f 2 mln.

Beleid WZV/TVWMD

Zowel de instandhoudingsbouw als de uitbreidingsbouw laten incidentele tegenvallers zien.

Overige kapitaallasten

De vrijvallende kapitaallasten laten tegenvallers van respectievelijk f 10 mln en f 15,5 mln zien in 1995 en 1996.

In de tegenvaller 1996 is de afrekening van de afschrijvings- en rentekosten melding verwerkt.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten bedragen deze f 16,0 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst van de rentenormering is in 1997 met f 10 mln verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek. Hiervan had f 2 mln betrekking op het hoofdstuk gehandicaptenzorg. Van dit bedrag slaat f 1,8 mln neer in deze sector.

Herschikkingen

De vermelde f 1,6 mln betreft het verschil tussen de raming en de realisatie van de omvang van de overheveling van de vrije marge en de dagverpleging naar sector 6.12.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 is f 40 mln beschikbaar gekomen in het kader van de 'meer handen aan het bed'-doelstelling. Hiervan wordt f 4 mln ingezet ten behoeve van verblijfplaatsen sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten en f 36 mln voor personeelskosten in verband met de uitbreiding dagbesteding 24-uurszorg en facilitering van transitieprocessen van intramurale instellingen, gericht op genormaliseerd wonen. In 1997 is f 10,5 mln besteed aan de verruiming van de capaciteit. Dit was op zo kort mogelijke termijn gewenst en is derhalve tijdelijk ingevuld zonder nieuwbouw of renovatie. Op langere termijn worden ruim 480 extra plaatsen gerealiseerd. Deze maatregel wordt overigens na 1997 structureel gefinancierd uit het WZV-kader; hetgeen niet in bovenstaande tabel tot uiting komt.

Nadat in 1997, naar aanleiding van het kabinetsstandpunt op de nota 'Vorm en Kleur' reeds f 2,5 mln beschikbaar is gekomen ten behoeve van de zorg verleend door orthopedagogische centra, wordt vanaf 1998 f 5 mln extra beschikbaar gesteld.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen of vertragingen op de bouw tijden

van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Bij de omvang van de onderschrijdingen die hier (vanaf 1998) wordt vermeld dient rekening te worden gehouden met een reservering, oplopend tot in totaal f 56 mln voor de periode 1998 t/m 2000. Dit betreft de in de brief d.d. 8 november 1996 (TK, 1996–1997, 24 170, nr. 17) opgenomen toedeling van f 25 mln capaciteitsuitbreiding van voorzieningen voor lichamelijk gehandicapten, f 5 mln bijzondere zorgfuncties en f 26 mln persoonsgebonden budget verstandelijk gehandicapten. Deze reservering is nog niet volledig benut. Voor 1998 wordt voorts rekening gehouden met een incidentele onderschrijding van f 18 mln ten gevolge van vertragingen in de bouw van voorzieningen.

Overige kapitaallasten

In 1997 is f 40 mln extra aan wachtlijstmiddelen ingezet. De dekking van dit bedrag is incidenteel gevonden in de onderuitputting (over alle hoofdstukken) van de meldingsregeling.

Tabel B10: 6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	122,7	130,8	134,1	135,5	137,4	138,5	142,1	144,0	145,0	145,0
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Volume										
– volume-mutatie				2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4	2,4
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				0,2						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			0,1	1,7	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
– rentenormering					0,1					
Subtotaal	122,7	130,8	134,2	140,0	140,2	141,2	144,8	146,7	147,7	147,7
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,2	3,4	2,3	1,2	0,1	0,1	0,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– landelijke functies blinden/ Het Loo Erf						0,3	0,3	0,3	0,3	0,3
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					0,2	0,2	-1,4	-1,4	-0,7	-0,7
– vrijvallende kapitaallasten WZV						0,0		0,1	0,1	-0,6
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding					0,0				0,0	-0,3
– afschrijvingskosten inventaris					0,0	0,0			-0,1	-0,1
– afschrijvingskosten melding					-0,2				-0,1	0,9
– rentegevolgen melding					-0,1				0,0	0,7
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	122,7	130,8	134,2	141,2	143,5	144,0	144,9	145,8	147,3	148,0
Financiering										
– AWBZ	108,0	125,8	135,7	140,3	157,6	142,4	143,1	144,0	145,4	146,1
– Eigen betaling AWBZ	1,3	1,3	1,2	1,4	1,5	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9
– Totaal JOZ 1998	109,3	127,1	136,9	141,7	159,1	144,0	144,9	145,8	147,3	148,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	13,4	3,7	-2,7	-0,5	-15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	15,1	18,8	16,1	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			134,2	141,2	143,5	144,0	144,9	145,8	147,3	148,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			134,2	141,2	143,5	144,0	144,9	145,8	147,3	148,0
– BKZ relevante ontvangsten			1,2	1,4	1,3	1,6	1,8	1,8	1,9	1,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			133,0	139,8	142,2	142,4	143,1	144,0	145,4	146,1

Evaluatie

Volume

De f 2,4 mln betreft de sommering van een aantal effecten.

Overige kapitaallasten

De vrijvallende kapitaallasten laten tegenvallers van respectievelijk f 0,1 mln en f 1,7 mln zien in 1995 en 1996.

In de tegenvaller 1996 is de afrekening van de afschrijvings- en rentekosten melding verwerkt.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de instellingen voor zintuiglijk gehandicapten bedragen deze f 0,8 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst van de rentenormering is in 1997 met f 10 mln verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek. Hiervan had

f 2 mln betrekking op het hoofdstuk gehandicaptenzorg. Van dit bedrag slaat f 0,1 mln neer in deze sector.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De vermelde f 0,3 mln betreft de laatste tranche in de opbouw van het budget van Het Loo Erf, een instelling met een landelijke functie voor blinden en slechthorenden.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen of vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

In 1997 is f 40 mln extra aan wachtlijstmiddelen ingezet. De dekking van dit bedrag is incidenteel gevonden in de onderuitputting (over alle hoofdstukken) van de meldingsregeling.

Tabel B10: 6.03 Grote woonvormen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	87,5	92,5	94,5	92,1	91,8	91,7	92,0	92,4	91,8	91,8
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Volume										
– volume-mutatie				-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6	-0,6
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				1,4						
– uitbreidingsbouw				1,7						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			-0,4	-0,1	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
– rentenormering					0,1					
Subtotaal	87,5	92,5	94,1	94,4	90,8	90,6	90,9	91,3	90,7	90,7
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,6	1,9	1,0	0,1	-0,9	-0,9	-0,9
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
– vrijvallende kapitaallasten WZV									0,0	-0,4
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten melding						0,0		0,0	0,0	-0,1
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	87,5	92,5	94,1	95,0	93,6	92,5	91,9	91,3	90,7	90,2
Financiering										
– AWBZ	83,6	81,9	92,5	91,5	74,1	85,3	84,8	84,1	83,6	83,1
– Eigen betaling AWBZ	6,8	6,9	7,2	7,3	7,2	7,2	7,1	7,2	7,1	7,1
– Totaal JOZ 1998	90,4	88,8	99,7	98,8	81,3	92,5	91,9	91,3	90,7	90,2
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	-2,9	3,7	-5,6	-3,8	12,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	-6,6	-2,9	-8,5	-12,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			94,1	95,0	93,6	92,5	91,9	91,3	90,7	90,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			94,1	95,0	93,6	92,5	91,9	91,3	90,7	90,2
– BKZ relevante ontvangsten			6,8	7,0	8,3	7,2	7,1	7,2	7,1	7,1
– Uitgavenniveau onder BKZ			87,3	88,0	85,3	85,3	84,8	84,1	83,6	83,1

Evaluatie

Volume

De f 0,6 mln onderschrijding is de sommering van een aantal structurele effecten.

Beleid WZV/TVWMD

Zowel de instandhoudings- als de uitbreidingsbouw laten kleine incidentele tegenvallers zien.

Overige kapitaallasten

De vrijvallende kapitaallasten laten meevallers van respectievelijk f 0,4 mln en f 0,1 mln zien in 1995 en 1996.

In de tegenvaller 1996 is de afrekening van de afschrijvings- en rentekosten melding verwerkt.

Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de grote woonvormen bedragen deze f 0,2 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

De opbrengst van de rentenormering is in 1997 met f 10 mln verlaagd, omdat invoering per 1 januari 1997 niet mogelijk bleek. Hiervan had

f 2 mln betrekking op het hoofdstuk gehandicaptenzorg. Van dit bedrag slaat f 0,1 mln neer in deze sector.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen of vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Overige kapitaallasten

In 1997 is f 40 mln extra aan wachtlijstmiddelen ingezet. De dekking van dit bedrag is incidenteel gevonden in de onderuitputting (over alle hoofdstukken) van de meldingsregeling.

Tabel B10: 6.04 Kortverblijftehuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	17,8	17,9	17,9	18,3	18,5	18,7	18,9	19,1	19,1	19,1
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			-0,1	-0,5						
Subtotaal	17,8	17,9	17,8	17,8	18,5	18,7	18,9	19,1	19,1	19,1
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,2	0,5	0,3	0,1	-0,1	-0,1	-0,1
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	17,8	17,9	17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Financiering										
– AWBZ	17,8	17,9	17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
– Totaal JOZ 1998	17,8	17,9	17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			17,8	18,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0	19,0

Evaluatie

Volume

De realisatie laat voor 1995 en 1996 kleine meevallers zien die incidenteel zijn verwerkt.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Tabel B10: 6.05 Dagverblijven gehandicapten (DV)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	629,5	650,1	677,9	713,1	725,8	739,0	753,1	766,4	775,9	775,9
Evaluatie 1993-1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Volume										
– volume-mutatie			1,8	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2	9,2
Beleid WZV/TVWMD										
– uitbreidingsbouw				-26,8						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			2,2	1,4	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2
Subtotaal	629,5	650,1	681,9	697,9	738,2	751,4	765,5	778,8	788,3	788,3
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				5,8	16,9	10,7	4,4	-1,9	-1,9	-1,9
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– wachtlijsten						7,0	7,0	7,0	7,0	7,0
– doorstroming					7,0					
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					0,5	0,3	0,1	0,1	-0,4	2,3
– uitbreidingsbouw					-7,8	0,7	0,4	0,0	0,1	8,6
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	629,5	650,1	681,9	703,7	754,8	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
Financiering										
– AWBZ	618,0	648,3	666,6	703,4	786,2	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
– Totaal JOZ 1998	618,0	648,3	666,6	703,4	786,2	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	11,5	1,8	15,3	0,3	-31,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	14,0	15,8	31,1	31,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			681,9	703,7	754,8	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			681,9	703,7	754,8	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			681,9	703,7	754,8	770,1	777,4	784,0	793,1	804,3

Evaluatie

Volume

De realisatiecijfers van de Ziekenfondsraad laten over 1995 en 1996 tegenvallers zien.

Beleid WZV/TVWMD

Uit de realisatiecijfers 1996 blijkt bij de TVWMD een aanzienlijke onderschrijding bij de uitbreidingsbouw. Bij deze meevaller is rekening gehouden met de incidentele meevaller uit 1995 van f 20,2 mln (zie JOZ 1997).

Overige kapitaallasten

Uit de realisatie blijkt een tegenvaller van f 2,2 mln in 1995.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in

de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1997 is f 40 mln beschikbaar gekomen ten behoeve van de wachtlijsten. Hiervan is f 7 mln ingezet ten behoeve van de regeling Doorstroming en intensief begeleid zelfstandig wonen, waarvoor in 1997 al f 10 mln beschikbaar was gesteld (in B10: 6.08 Overige subsidies). Deze maatregel kon uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen, die vanaf 1998 beschikbaar zijn, structureel worden ingezet. In tabel B10, 6.06 staat een intensivering in het kader van de doelstelling 'meer handen aan het bed' vermeld, waarvan een nog nader te specificeren deel mede is bestemd voor dagverblijven.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen of vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Tabel B10: 6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	814,7	851,6	888,3	911,2	919,5	934,3	949,9	965,1	974,5	974,5
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Volume										
– volume-mutatie			3,7	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw				0,2						
– uitbreidingsbouw				-12,3						
Overige kapitaallasten										
– vrijvallende kapitaallasten			1,6	8,0	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Herschikkingen										
– herschikking t.b.v. zorgvernieuwingsfonds				-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2	-0,2
Subtotaal	814,7	851,6	893,6	909,1	923,1	937,9	953,5	968,7	978,1	978,1
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				7,7	21,7	13,7	5,7	-2,5	-2,5	-2,5
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– meer handen aan het bed						7,5	7,5	7,5	7,5	7,5
– wachtlijsten					1,0	38,5	38,5	38,5	38,5	38,5
Beleid WZV/TVWMD										
– instandhoudingsbouw					0,5	0,3	0,1	0,1	-0,4	2,3
– uitbreidingsbouw					-7,7	0,8	0,5	0,1	0,2	8,6
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	814,7	851,6	893,6	916,8	938,6	998,7	1 005,8	1 012,4	1 021,4	1 032,5
Financiering										
– AWBZ	623,1	667,4	704,3	721,7	790,5	801,5	807,0	812,0	819,0	830,1
– Eigen betaling AWBZ	168,2	177,9	185,8	188,6	195,8	197,2	198,8	200,4	202,4	202,4
– Totaal JOZ 1998	791,3	845,3	890,1	910,3	986,3	998,7	1 005,8	1 012,4	1 021,4	1 032,5
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	23,4	6,3	3,5	6,5	-47,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	31,4	37,7	41,2	47,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			893,6	916,8	938,6	998,7	1 005,8	1 012,4	1 021,4	1 032,5
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			893,6	916,8	938,6	998,7	1 005,8	1 012,4	1 021,4	1 032,5
– BKZ relevante ontvangsten			186,6	190,0	186,3	197,2	198,8	200,4	202,4	202,4
– Uitgavenniveau onder BKZ			707,0	726,8	752,3	801,5	807,0	812,0	819,0	830,1

Evaluatie

Volume

Bij volume is sprake van een tegenvaller van f 3,7 mln in 1995 en een meevaller van f 2,6 mln in 1996. Beide effecten zijn structureel van aard.

Beleid WZV/TVWMD

Bij de uitbreidingsbouw is een meevaller van f 12,3 mln gebleken, terwijl de instandhoudingsbouw een zeer kleine tegenvaller laat zien.

Overige kapitaallasten

Bij de vrijvallende kapitaallasten blijkt in 1996 een overschrijding van f 8 mln.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd.

Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatori-sche nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In het kader van de doelstelling 'meer handen aan het bed' wordt f 5 mln uitgetrokken voor personele inzet voor gehandicapten met gedragsproblematiek in GVT-en en dagverblijven, en f 2,5 mln voor begeleiding van cliënten zonder dagbesteding in GVT-en.

In 1997 is uit de f 40 mln wachtlijstmiddelen f 1 mln beschikbaar gekomen ten behoeve van de capaciteitsuitbreiding en zorgvernieuwing voor lichamelijk gehandicapten. In 1998 wordt uit de f 100 mln wachtlijst-middelen f 25 mln ingezet ten behoeve van de vermindering van de wachtlijsten voor semimurale voorzieningen, f 11,5 mln voor grote en kleine woonvormen, patiënten met een niet-aangeboren hersenletsel, activiteitencentra en ADL-clusterwoningen. Tenslotte is f 1 mln beschikbaar voor patiënten die chronische ademhalingsondersteuning behoeven.

Beleid WZV/TVWMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidings-bouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over- en onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen of vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Tabel B10: 6.07 Gezinsvervangende tehuizen voor kinderen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	63,2	62,2	69,2	70,1	73,7	74,4	75,1	75,8	75,8	75,8
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			-3,5	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9	2,9
Subtotaal	63,2	62,2	65,7	73,0	76,6	77,3	78,0	78,7	78,7	78,7
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,7	2,0	1,3	0,6	-0,1	-0,1	-0,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- wachtlijsten						6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	63,2	62,2	65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
Financiering										
- AWBZ	63,2	62,2	65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
- Totaal JOZ 1998	63,2	62,2	65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			65,7	73,7	78,6	84,6	84,6	84,6	84,6	84,6

Evaluatie

Volume

In 1995 is een meevaller van f 3,5 mln gebleken, terwijl in 1996 een tegenvaller van f 6,4 mln moest worden geboekt. Beide hebben een structurele doorwerking.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen die vanaf 1998 beschikbaar zijn wordt f 6 mln ingezet voor capaciteitsuitbreiding bij de instellingen Heliomare en Werkenrode ten behoeve van lichamelijk gehandicapte kinderen, die voortgezet onderwijs willen volgen.

Tabel B10: 6.08 Overige subsidies art. 39 WfV gehandicapten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	20,0	77,8	94,4	78,0	95,6	96,7	97,8	98,9	98,9	98,9
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
– volume-mutatie			7,0	5,1						
Herschikkingen										
– herschikking t.b.v. zorgvernieuwingfonds				2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Subtotaal	20,0	77,8	101,4	85,2	97,7	98,8	99,9	101,0	101,0	101,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,4	2,0	0,9	-0,2	-1,3	-1,3	-1,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– meer handen aan het bed						5,5	5,5	5,5	5,5	5,5
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	20,0	77,8	101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
Financiering										
– AWBZ	20,0	77,8	101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
– Totaal JOZ 1998	20,0	77,8	101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			101,4	85,6	99,7	105,2	105,2	105,2	105,2	105,2

Evaluatie

Volume

In 1995 en 1996 zijn tegenvallers gebleken die beide incidenteel zijn verwerkt.

Herschikkingen

Uit de realisatie blijkt dat er, wat betreft de subsidieregels logeerhuizen, begeleid zelfstandig wonen en dagopvang/dagbesteding, minder middelen naar sector 6.12 zijn overgeheveld dan eerder was geraamd.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 wordt f 5,5 mln beschikbaar gesteld uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen voor de zogeheten consultantenteams. Dit is de laatste

tranche van de middelen die in het kader van de nota 'Systematisch Werken' wordt ingezet ten behoeve van verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek.

Tabel B10: 6.09 Sociaal pedagogische diensten (SPD)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	73,9	80,0	81,4	84,9	85,8	86,7	87,6	88,5	88,5	88,5
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			1,3	-0,4						
Subtotaal	73,9	80,0	82,7	84,5	85,8	86,7	87,6	88,5	88,5	88,5
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,8	2,3	1,4	0,5	-0,4	-0,4	-0,4
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- wachtlijsten						21,0	21,0	21,0	21,0	21,0
- thuiszorg, ambulante zorg					14,0					
Technisch/Statistisch										
- correctie				-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5	-3,5
- overheveling van begroting naar premie					6,1	6,0	6,0	6,0	6,0	6,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	73,9	80,0	82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
Financiering										
- AWBZ	73,9	80,0	82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
- Totaal JOZ 1998	73,9	80,0	82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			82,7	81,8	104,7	111,6	111,6	111,6	111,6	111,6

Evaluatie

Volume

In 1995 is een tegenvaller van f 1,3 mln gebleken.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

In 1997 is f 14 mln beschikbaar gekomen ter bestrijding van de wachtlijsten. Dit bestaat uit f 2 mln voor consulenten jeugd- en vormingswerk en arbeidsintegratie, f 7 mln begeleid zelfstandig wonen en f 5 mln thuiszorg en pleegzorg. In 1998 zal nog eens f 7 mln extra beschikbaar komen voor uitbreiding van de ambulante zorg en dienstverlening die de SPD-en leveren.

Technisch/statistisch

De correctieboeking heeft betrekking op een in 1995 ten onrechte in het FOZ 1996 opgenomen boeking. Arbeidsintegratie werd niet via de premie maar via de begroting gefinancierd, en was derhalve reeds in sector 8.04 opgenomen. Pas vanaf 1997 zullen de middelen voor arbeidsintegratie daadwerkelijk vanuit de premies gefinancierd worden, waarvoor alsnog f 3,5 mln wordt overgeboekt. Samen met de middelen voor het consulent-schap jeugd- en volwassenwerk (f 2,6 mln) is dit verwerkt in de regel technische correctie (zie ook sector 8.04).

Tabel B10: 6.11 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997		5,5	5,0	42,5	42,9	43,3	43,7	44,1	44,1	44,1
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
– volume-mutatie			-2,9	0,4						
Subtotaal	0,0	5,5	2,1	42,9	42,9	43,3	43,7	44,1	44,1	44,1
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,3	1,1	0,7	0,3	-0,1	-0,1	-0,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen					7,5					
– wachtlijsten						20,0	20,0	20,0	20,0	20,0
– wachtlijstmiddelen				-15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	5,5	2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
Financiering										
– AWBZ	0,0	5,5	2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
– Totaal JOZ 1998	0,0	5,5	2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			2,1	28,2	66,5	79,0	79,0	79,0	79,0	79,0

Evaluatie

Volume

In 1995 is uit de realisatie een onderschrijding van f 2,9 mln gebleken.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Met de ZFR is afgesproken dat de verwachte onderuitputting 1996 (f 15 mln) zal worden doorgeschoven naar 1997. In bovenstaande tabel is dit cijfermatig verwerkt. Vanaf 1998 is dit bedrag uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen structureel beschikbaar. Daarnaast is in 1997 f 7,5 mln ingezet uit de f 40 mln wachtlijstmiddelen. Dit bedrag van f 7,5 mln staat voor de jaren vanaf 1998 niet vermeld in bovenstaande tabel, maar blijft volgens afspraak (zie brief van 8 november 1996 aan de Tweede Kamer; TK, 1996-1997, 24 170, nr. 17) in afwachting van de aanstaande

evaluatie gereserveerd staan in het sectorale bouwprogramma. Tenslotte is vanaf 1998 f 20 mln beschikbaar gekomen uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen.

Tabel B10: 6.12 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997				133,8	134,7	135,6	136,5	137,4	137,4	137,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				-2,2						
Herschikkingen										
- herschikking t.b.v. zorgvernieuwingsfonds				-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3	-0,3
Subtotaal	0,0	0,0	0,0	131,3	134,4	135,3	136,2	137,1	137,1	137,1
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				2,7	5,7	4,8	3,9	3,0	3,0	3,0
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- wachtlijsten						2,5	2,5	2,5	2,5	2,5
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
Financiering										
- AWBZ	0,0	0,0	0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
- Totaal JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
- +/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	134,0	140,1	142,6	142,6	142,6	142,6	142,6

Evaluatie

Volume

In 1996 is een kleine onderuitputting gebleken.

Herschikkingen

Uit de realisatie blijkt dat bij de herschikking van middelen (uit 6.01, 6.06 en 6.08 naar het zorgvernieuwingsfonds) f 0,3 mln minder dan geraamd beschikbaar is gekomen voor het fonds.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 zal uit de f 100 mln wachtlijstmiddelen f 2,5 mln beschikbaar komen voor de uitbreiding van logeerbedden en vroeghulp. Deze middelen zijn bestemd voor zorg aan lichamelijk gehandicapten.

Tabel B10: 7.01 Verpleeghuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	5 068,1	5 292,3	5 477,1	5 592,8	5 770,1	6 011,8	6 286,6	6 542,0	6 716,4	6 716,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				-6,9	9,0					
Beleid WZV/TVWMD										
- instandhoudingsbouw				9,0						
- uitbreidingsbouw				-69,1						
Overige kapitaallasten										
- vrijvallende kapitaallasten				10,5						
- rentenormering					2,2					
Subtotaal	5 068,1	5 292,3	5 477,1	5 536,3	5 781,3	6 011,8	6 286,6	6 542,0	6 716,4	6 716,4
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				41,1	132,1	79,7	26,5	-27,2	-27,2	-27,2
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- meer handen aan het bed						65,0	65,0	65,0	65,0	65,0
Beleid WZV/TVWMD										
- instandhoudingsbouw					-12,3	-27,1	-62,6	-25,4	0,9	57,8
- uitbreidingsbouw					-3,4	-53,2	-17,4	-17,5	-86,0	-80,7
- vrijvallende kapitaallasten WZV							0,1	0,5	0,9	-14,0
Overige kapitaallasten										
- vrijvallende kapitaallasten melding						0,0	0,1	0,2	0,4	-6,0
- afschrijvingskosten inventaris				1,0	1,6	1,6	0,8	-0,8	-2,9	-0,9
- afschrijvingskosten melding					-4,8	0,2		-0,5	-1,2	21,9
- rentegevolgen melding					-3,8	0,2		-0,4	-0,9	17,5
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	5 068,1	5 292,3	5 477,1	5 578,4	5 890,7	6 078,2	6 299,1	6 535,9	6 665,4	6 749,8
Financiering										
- AWBZ	4 490,2	4 694,3	4 935,9	5 041,8	5 307,2	5 404,7	5 597,4	5 809,6	5 918,1	6 002,5
- Eigen betaling AWBZ	535,0	553,9	573,1	587,3	647,4	673,5	701,7	726,3	747,3	747,3
- Totaal JOZ 1998	5 025,2	5 248,2	5 509,0	5 629,1	5 954,6	6 078,2	6 299,1	6 535,9	6 665,4	6 749,8
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	42,9	44,1	-31,9	-50,7	-63,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	102,4	146,5	114,6	63,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			5 477,1	5 578,4	5 890,7	6 078,2	6 299,1	6 535,9	6 665,4	6 749,8
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			5 477,1	5 578,4	5 890,7	6 078,2	6 299,1	6 535,9	6 665,4	6 749,8
- BKZ relevante ontvangsten			569,8	582,0	640,4	673,5	701,7	726,3	747,3	747,3
- Uitgavenniveau onder BKZ			4 907,3	4 996,4	5 250,3	5 404,7	5 597,4	5 809,6	5 918,1	6 002,5

Evaluatie

Volume-mutatie

Uit de afrekening 1996 blijkt een volumemeevaller van f 6,9 mln. Gezien de ontwikkelingen in de sector wordt er vooralsnog van uitgegaan dat de meevaller incidenteel is.

In 1997 is in de evaluatie incidenteel f 9 mln geraamd voor de onontkoombare kosten die voortvloeien uit de aanvullende productieafspraken 1994 inzake de vrijemargeregeling. Dit betreft incidentele nabetalingen aan de instellingen.

Beleid WZV

Ten aanzien van de bouw (WZV) blijken de uitgaven met betrekking tot de instandhoudingsbouw met f 9 mln te zijn overschreden. De uitbreidingsbouw daarentegen laat een onderschrijding van f 69,1 mln zien. De verklaring voor de incidentele netto meevaller is de vertraging van de geplande bouwprojecten.

Overige kapitaallasten

De vrijvallende kapitaallasten laten per saldo een tegenvaller zien. In dit saldo zijn de afschrijvings- en rentekosten melding verwerkt. Bij de afrekening van de afschrijvingskosten melding is rekening gehouden met de volgens opgave van het COTG opgebouwde –maar nog

niet bestede– trekkingsrechten instandhouding. Voor de verpleeghuizen bedragen deze f 18,8 mln.

In de komende maanden zullen met het COTG afspraken worden gemaakt hoe er omgegaan moet worden met de opgebouwde –maar nog niet bestede– trekkingsrechten. Indien nodig zullen hier in het JOZ 1999 correcties voor worden aangebracht. De vrijvallende kapitaallasten 1996 worden vooralsnog geboekt als incidenteel van karakter. In het JOZ 1999 zal bezien worden of dit karakter juist is.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Ten behoeve van 'meer handen aan het bed' in de verpleeghuisachtige zorg heeft het kabinet f 80 mln structureel ter beschikking gesteld. Hiervan is f 65 mln bij de verpleeghuizen uitgezet en f 15 mln bij het zorgvernieuwingfonds verzorging en verpleging.

Beleid WZV/TVVMD

De reeksen exploitatiegevolgen voor de instandhoudings- en uitbreidingsbouw zijn gewijzigd door het actualiseren van het bouwprogramma. Via de actualisatie worden de opgetreden over/onderschrijdingen op de investeringskosten en de versnellingen/vertragingen op de bouw tijden van de in het bouwprogramma opgenomen projecten in de exploitatiegevolgen verwerkt.

Financiering

In de financiering is een groei van de eigen betalingen AWBZ voorzien. Deze stijging is gebaseerd op de wijziging van de AWBZ-regeling voor de eigen betalingen.

Tabel B10: 7.02 Verzorgingshuizen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	5 254,6	5 291,8	5 309,6	5 365,8	5 403,5	5 402,3	5 399,8	5 420,7	5 398,8	5 398,8
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			28,4	55,7						
Technisch/Statistisch										
– herschikking decentrale financiering	-97,7	-99,7	-101,7	-103,7	-105,8	-105,8	-105,8	-105,8	-105,8	-105,8
Herschikkingen										
– herschikking				-20,0	-10,0	-10,0	-10,0	-10,0		
Subtotaal	5 156,9	5 192,1	5 236,3	5 297,8	5 287,7	5 286,5	5 284,0	5 304,9	5 293,0	5 293,0
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,0	114,4	81,4	48,0	14,3	14,3	14,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– meer handen aan het bed						65,0	65,0	65,0	65,0	65,0
– kijk- en luistergeld					9,3	18,5	18,5	18,5	18,5	18,5
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– substitutie-winst financieringsverschuiving						33,0	67,0	78,0	88,0	88,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	5 156,9	5 192,1	5 236,3	5 297,8	5 411,4	5 484,4	5 482,5	5 480,7	5 478,8	5 478,8
Financiering										
– AWBZ	4,0	0,8	0,8	0,4	3 753,4	3 808,0	3 785,7	3 772,4	3 760,6	3 760,6
– Overheid	3 181,6	3 249,0	3 245,8	3 303,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling AWBZ	0,0	0,0	0,0	0,0	1 658,1	1 676,4	1 696,7	1 708,3	1 718,2	1 718,2
– Eigen betalingen ongesplitst	1 971,3	1 942,3	1 989,7	1 993,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	5 156,9	5 192,1	5 236,3	5 297,8	5 411,4	5 484,4	5 482,5	5 480,7	5 478,8	5 478,8
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			5 236,3	5 297,8	5 411,4	5 484,4	5 482,5	5 480,7	5 478,8	5 478,8
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			5 236,3	5 297,8	5 411,4	5 484,4	5 482,5	5 480,7	5 478,8	5 478,8
– BKZ relevante ontvangsten			1 989,7	1 993,6	1 658,0	1 676,4	1 696,7	1 708,4	1 718,2	1 718,2
– Uitgavenniveau onder BKZ			3 246,6	3 304,3	3 753,4	3 808,0	3 785,8	3 772,3	3 760,6	3 760,6

Evaluatie

Volume

De afrekening 1996 laat een overschrijding zien van f 55,7 mln. De overschrijding heeft betrekking op het decentrale beleid en wordt eveneens decentraal gefinancierd. Dit betreft uitgaven bijvoorbeeld in het kader van gemeentelijk welzijnsbeleid, onderlinge dienstverlening tussen instellingen of overige uitgaven/inkomsten.

De afrekening 1995 is op basis van de definitieve cijfers (CBS) bijgesteld.

Technisch-statistisch

Onder technisch/statistisch is met ingang van 1997 structureel een correctie van f 105,8 mln verwerkt.

Deze technische correctie is in verband met de noodzakelijke meerjarige vergelijkbaarheid van de cijfers ook voor de periode 1993–1996 verwerkt. De correctie heeft de volgende achtergrond. Zoals in het JOZ 1997 is vermeld bevat het cijfer in deze tabel tot op heden een totaal bruto uitgavencijfer van de verzorgingshuizen. Dit cijfer bevat tot en met 1996 (dat wil zeggen onder de WBO) naast de doeluitkering en de eigen betalingen van de bewoners ook andere inkomsten/uitgaven van de verzorgingshuizen. De financiering van de verzorgingshuizen door de decentrale overheden en de historisch gegroeide informatievoorziening maakten het onmogelijk om technisch een correcte opschoning voor de overige inkomsten/uitgaven te berekenen. Met ingang van de recentralisatie van de verzorgingshuizen per 1 januari 1997 is echter helder welk netto uitgavenkader direct onder verantwoordelijkheid van VWS sorteert. Deze netto uitgaven zijn in tabel 7.02 opgenomen. Om het inzicht in de genoemde overige inkomsten/uitgaven te behouden zijn deze opgenomen

in tabel 7.05. Met behulp van tabel 7.05 is derhalve het oude brutokader vast te stellen.

Herschikking

De onder 'herschikking' geboekte post betreft de 'inningskosten eigen betalingen'. In het JOZ 1997 zijn deze in tabel 7.02 (verzorgingshuizen) opgenomen. In verband met de wenselijkheid om dit type kosten (beheerskosten) in hoofdstuk 8 te boeken heeft een herschikking plaatsgevonden.

Raming

De basis voor de raming van het totale uitgavenniveau is de overeenkomst die tussen VWS en het IPO is gesloten voor de periode 1997–2000. De overeenkomst bevatte in de kern de hoogte van het planningskader per 1 januari 1997 voor de provincies en de afspraak dat dit kader vier jaar lang gelijk zou blijven. Beleidsmaatregelen en aanpassingen uit hoofde van nominaal vormen uiteraard mutaties op het planningskader.

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig verwerkt. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor 1998 en verder is géén voorcalculatorisch bedrag voor nominaal meer opgenomen.

Meer handen aan het bed

Ten behoeve van het bewerkstelligen van meer handen aan het bed is structureel voor f 65 mln aan middelen opgenomen.

Kijk- en luistergeld

Met ingang van 1 juli 1997 betalen de bewoners van de verzorgingshuizen niet zelf het kijk- en luistergeld meer (zie ook de tekst in hoofdstuk 7).

Substitutie-winst (verder uitschrijven)

Tengevolge van de meerjarige afspraak met het IPO over een planningskader 1997–2000 (zie ook hiervoor) is het resterende deel van de substitutiewinst (zie JOZ 1997) in het JOZ 1998 weer aan de sector toegevoegd.

Tabel B10: 7.03 1-Oktober-regeling

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	19,4	16,9	7,5	5,6	4,2	2,4				
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			-1,0	3,4	1,4	1,4				
Subtotaal	19,4	16,9	6,5	9,0	5,6	3,8	0,0	0,0	0,0	0,0
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling						-0,1		0,0	0,0	0,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	19,4	16,9	6,5	9,0	5,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
– AWBZ	14,8	13,2	5,1	8,0	5,5	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling AWBZ	4,6	3,7	1,4	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	19,4	16,9	6,5	9,0	5,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			6,5	9,0	5,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			6,5	9,0	5,6	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			1,4	1,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			5,1	8,0	5,5	3,6	0,0	0,0	0,0	0,0

Raming

De raming is geheel opgesteld volgens de beoogde geleidelijke afbouw van de regeling.

Tabel B10: 7.04 Zorgvernieuwingsfonds ouderen

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	103,1	95,7	168,3	301,1	288,2	276,8	275,9	276,0	276,0	276,0
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			0,2	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Subtotaal	103,1	95,7	168,5	302,5	289,6	278,2	277,3	277,4	277,4	277,4
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				4,3	12,5	12,6	12,6	12,5	12,5	12,5
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- meer handen aan het bed						15,0	15,0	15,0	15,0	15,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	103,1	95,7	168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
Financiering										
- AWBZ	103,1	95,7	168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
- Totaal JOZ 1998	103,1	95,7	168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			168,5	306,8	302,1	305,8	304,9	304,9	304,9	304,9

*Evaluatie***Volume**

De volumemutaties over 1995 en 1996 worden verklaard door een wijziging in het ritme van bedden die zijn omgezet in 'vast' of 'zwevend' ten opzichte van de raming.

*Raming***Volume**

In de tabel is geen raming opgenomen voor bedden die omgezet worden in zwevend of vice-versa. Ex-post worden de realisatiecijfers verwerkt.

Tabel B10: 7.05 Overige ouderenwerk

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997										
Evaluatie 1993-1996										
Technisch/Statistisch										
- herschikking decentrale financiering	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Subtotaal	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Raming 1997-2002										
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Financiering										
- Eigen betalingen ongesplitst	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
- Totaal JOZ 1998	97,7	99,7	101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
- BKZ relevante ontvangsten			101,7	103,7	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8	105,8
- Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

De tabel bevat de uitgaven van de verzorgingshuizen voorzover deze niet vallen onder de specifieke uitkering en eigen betalingen WBO (voor de periode tot 1997) en onder uitgaven AWBZ en eigen betalingen AWBZ (voor de periode 1997 en verder). Het betreft bijvoorbeeld uitgaven in het kader van gemeentelijk welzijnsbeleid en onderlinge dienstverlening tussen instellingen. Zie ook toelichting op tabel B10: 7.02.

Tabel B10: 7.06 Gezinsverzorging

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	2 008,7	2 112,6	2 117,3	2 152,4	2 191,5	2 213,0	2 234,7	2 256,6	2 256,6	2 256,6
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-1,5						
Volume										
– volume-mutatie			-14,1	3,0						
Besparingsverliezen										
– besparingsverlies (volume)					16,0	16,0				
Subtotaal	2 008,7	2 112,6	2 103,2	2 153,9	2 207,5	2 229,0	2 234,7	2 256,6	2 256,6	2 256,6
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				20,4	-0,9	-22,4	-44,1	-66,0	-66,0	-66,0
Herschikkingen										
– herschikking					-2 206,6	-2 206,6	-2 190,6	-2 190,6	-2 190,6	-2 190,6
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	2 008,7	2 112,6	2 103,2	2 174,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
– AWBZ	1 760,2	1 903,0	2 007,2	1 991,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling AWBZ	248,5	209,6	96,0	183,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	2 008,7	2 112,6	2 103,2	2 174,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			2 103,2	2 174,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			2 103,2	2 174,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			96,0	183,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			2 007,2	1 991,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

De realisatiecijfers voor 1996 laten een kleine meevaller zien van f 1,5 mln op de loon- en prijsbijstelling. Deze is structureel van aard en kan vanaf 1997 worden teruggevonden als bijstelling op het kader voor de thuiszorg in tabel B10: 7.09.

Volume

De realisatie van 1995 laat een meevaller zien van f 14 mln. De AAW-uitgaven bleken in de definitieve cijfers f 15 mln lager dan was geraamd, namelijk f 89 mln. Verder was er een kleine overschrijding van f 0,9 mln op de gezinsverzorging.

Voor 1996 is er sprake van een kleine tegenvaller van f 3 mln, waarvan naar verwachting f 1,8 mln structureel is. De meerjarige doorwerking wordt zichtbaar in sector 7.09.

Besparingsverlies

De raming voor de uitgaven AAW voor 1997 en 1998 liggen fors hoger dan geraamd in het JOZ 1997. De verwachte afbouw van deze regeling wordt minder snel verwacht dan dat nu in de raming is verwerkt. In de huidige raming is sprake van een bedrag van f 84 mln in 1997 en 1998 en f 64 mln structureel vanaf 1999.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een

overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorsche nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Herschikking

Vanaf 1997 is er sprake van een geïntegreerde aanspraak thuiszorg. Er is voor gekozen om deze aanspraak in één tabel te presenteren. Om dit ook in het JOZ zichtbaar te maken worden alle middelen van de gezinsverzorging en het kruiswerk (met uitzondering van moeder en kind/dieet/preventie) in één tabel gepresenteerd binnen de sector ouderenzorg. Zie hiervoor tabel B10: 7.09.

Tabel B10: 7.07 Kruiswerk

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	1 003,1	1 039,0	1 058,4	1 058,7	1 044,5	1 054,2	1 064,0	1 073,9	1 073,9	1 073,9
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,3						
Volume										
– volume-mutatie			-1,2	1,3						
Herschikkingen										
– herschikking	-290,0	-290,0	-290,0	-290,0						
Subtotaal	713,1	749,0	767,2	770,3	1 044,5	1 054,2	1 064,0	1 073,9	1 073,9	1 073,9
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				9,6	0,0	-9,7	-19,5	-29,4	-29,4	-29,4
Herschikkingen										
– herschikking					-1 044,5	-1 044,5	-1 044,5	-1 044,5	-1 044,5	-1 044,5
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	713,1	749,0	767,2	779,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
– AWBZ	590,1	573,8	610,9	657,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling AWBZ	123,0	175,2	156,3	122,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	713,1	749,0	767,2	779,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			767,2	779,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			767,2	779,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			156,3	122,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			610,9	657,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Algemeen

Ten behoeve van de meerjarige vergelijkbaarheid wordt hier de sector kruiswerk gepresenteerd exclusief de uitgaven voor moeder- en kindzorg/dieetadvisering. Deze worden zichtbaar in tabel B10: 3.13.

Evaluatie**Loon- en prijsbijstelling**

De realisatiecijfers voor 1996 laten een kleine tegenvaller zien van f 0,3 mln op de loon- en prijsbijstelling. Deze is structureel van aard en kan vanaf 1997 worden teruggevonden als bijstelling op het kader voor de thuiszorg in tabel B10: 7.09.

Volume

De realisatie van 1996 laat voor het kruiswerk een tegenvaller zien van f 1,3 mln, die voor f 1,6 mln structureel van aard is. Deze wordt zichtbaar in het kader voor thuiszorg in tabel B10: 7.09.

Raming**Loon- en prijsbeleid**

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling

van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Herschikking

Vanaf 1997 is er sprake van een geïntegreerde aanspraak thuiszorg. Er is voor gekozen om deze aanspraak in één tabel te presenteren. Om dit ook in het JOZ zichtbaar te maken worden alle middelen van de gezinsverzorging en het kruiswerk (met uitzondering van moeder en kind/dieet/preventie) in één tabel gepresenteerd binnen de sector ouderenzorg. Zie hiervoor tabel B10: 7.09.

Tabel B10: 7.08 Intensieve thuiszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	58,7	47,0	63,7	65,3	69,0	69,8	70,6	71,4	71,4	71,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
– volume-mutatie			-6,3	1,2	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6	1,6
Subtotaal	58,7	47,0	57,4	66,5	70,6	71,4	72,2	73,0	73,0	73,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				0,4	-0,3	-1,1	-1,9	-2,7	-2,7	-2,7
Herschikkingen										
– herschikking					-70,3	-70,3	-70,3	-70,3	-70,3	-70,3
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	58,7	47,0	57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Financiering										
– AWBZ	8,3	1,9	7,7	10,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– ZFW	50,4	45,1	49,7	56,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Overheid	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Totaal JOZ 1998	58,7	47,0	57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			57,4	66,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Evaluatie

Volume

In 1995 is in de raming rekening gehouden met een uitgave van f 10 mln voor de coördinatie vrijwillige thuiszorg. Hiervan is f 7,7 mln gerealiseerd. De overige f 4 mln betreft een meevaller op de intensieve thuiszorg. Beide mutaties zijn incidenteel van aard. In 1996 is op de intensieve thuiszorg sprake van een kleine tegenvaller van f 1,2 mln. Structureel is er sprake van een bijstelling van f 1,6 mln.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Herschikking

Vanaf 1997 is er sprake van een geïntegreerde aanspraak thuiszorg. Er is voor gekozen om deze aanspraak in één tabel te presenteren. Om dit ook in het JOZ zichtbaar te maken worden alle middelen van de gezinsverzor-

ging en het kruiswerk (met uitzondering van moeder en kind/dieet/preventie) in één tabel gepresenteerd binnen de sector ouderenzorg. Zie hiervoor tabel B10: 7.09.

Tabel B10: 7.09 Thuiszorg

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997										
Evaluatie 1993–1996										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling					-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2	-1,2
Volume										
– volume-mutatie					4,7	4,7	4,7	4,7	4,7	4,7
Subtotaal	0,0	0,0	0,0	0,0	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5	3,5
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling					78,1	78,1	78,1	78,1	78,1	78,1
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– intensiveringen					25,0	93,0	93,0	93,0	93,0	93,0
– indicatie-stelling					-6,0	-62,5	-62,5	-62,5	-62,5	-62,5
– lijfgebonden zorg						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Herschikkingen										
– herschikking					3 031,4	3 031,4	3 015,4	3 015,4	3 015,4	3 015,4
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	0,0	3 132,0	3 153,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5
Financiering										
– AWBZ	0,0	0,0	0,0	0,0	2 632,0	2 712,4	2 696,5	2 696,5	2 696,5	2 696,5
– ZFW	0,0	0,0	0,0	0,0	136,0	46,0	46,0	46,0	46,0	46,0
– Eigen betaling AWBZ	0,0	0,0	0,0	0,0	364,0	395,1	395,0	395,0	395,0	395,0
– Totaal JOZ 1998	0,0	0,0	0,0	0,0	3 132,0	3 153,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			0,0	0,0	3 132,0	3 153,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			0,0	0,0	3 132,0	3 153,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5	3 137,5
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	364,0	395,1	395,0	395,0	395,0	395,0
– Uitgavenniveau onder BKZ			0,0	0,0	2 768,0	2 758,4	2 742,5	2 742,5	2 742,5	2 742,5

Algemeen

Vanaf 1997 is er sprake van één aanspraak thuiszorg. Hiermee vervalt de aparte aanspraak gezinsverzorging en kruiswerk. Verder is de subsidieregeling intensieve thuiszorg hierin opgenomen en de regeling voor coördinatie vrijwillige thuiszorg.

Evaluatie

Loon- en prijsbijstelling

Hier wordt de meerjarige doorwerking van de evaluatie zichtbaar op de loon- en prijsbijstellingen van de sectoren 7.06, 7.07 en 7.08.

Volume

Hier wordt de meerjarige doorwerking van de evaluatie zichtbaar op het volume van de sectoren 7.06, 7.07 en 7.08.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in

de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Intensivering

In 1997 wordt eenmalig f 25 mln beschikbaar gesteld voor diverse knelpunten in de thuiszorg. Belangrijkste aanwending betreft de budgetgarantie voor instellingen die tussen 1994 en 1996 zijn opgericht en de incidentele kosten voor de indicatiestelling.

Intensiveringen

Voor de gehele sector thuiszorg is vanaf 1998 f 103 mln extra beschikbaar. Hiervan wordt f 10 mln ingezet voor PGB (zie hiervoor tabel B10: 7.10). De overige f 93 mln is voor de thuiszorg (gezinsverzorging en kruiswerk).

Lijfgebonden zorg

In 1996 is met het ministerie van OCenW een afspraak gemaakt om met behulp van de inzet van thuiszorg het mogelijk te maken dat ook zwaar gehandicapte kinderen in het speciaal onderwijs hun opleiding kunnen volgen. Hiervoor wordt vanaf 1998 f 10 mln beschikbaar gesteld.

Indicatiestelling

Met ingang van 1998 wordt de indicatiestelling overgeheveld naar het gemeentefonds en komt de uitvoering onder de verantwoordelijkheid van de gemeentes. Hiervoor wordt structureel f 62,5 mln overgeheveld van de thuiszorg naar het gemeentefonds vanaf 1998. In 1997 wordt er f 6 mln beschikbaar gesteld voor incidentele kosten.

Tabel B10: 7.10 Persoonsgebonden budgetten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997		5,1	28,0	88,8	120,6	121,4	122,2	123,0	123,0	123,0
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			11,7	-4,7						
Subtotaal	0,0	5,1	39,7	84,1	120,6	121,4	122,2	123,0	123,0	123,0
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				1,3	3,7	2,9	2,1	1,3	1,3	1,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- intensiveringen						10,0	10,0	10,0	10,0	10,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	5,1	39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
Financiering										
- AWBZ	0,0	5,1	39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
- Totaal JOZ 1998	0,0	5,1	39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			39,7	85,4	124,3	134,3	134,3	134,3	134,3	134,3

Evaluatie

Volume

In 1996 is sprake van een kleine meevaller van f 4,7 mln. Deze is incidenteel van aard.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen

Intensivering: vanaf 1998 wordt het budget voor PGB verruimd met f 10 mln.

Tabel B10: 8.01 Budgetten beheerskosten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	1 056,6	1 077,5	1 061,9	985,3	990,6	1 000,8	1 011,0	1 021,4	1 021,4	1 021,4
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			-2,2	-14,2	-14,2	-14,2	-14,2	-14,2	-14,2	-14,2
Subtotaal	1 056,6	1 077,5	1 059,7	971,1	976,4	986,6	996,8	1 007,2	1 007,2	1 007,2
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				5,5	18,7	8,5	-1,7	-12,1	-12,1	-12,1
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
- budgetkorting						-25,0	-25,0	-25,0	-25,0	-25,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	1 056,6	1 077,5	1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1
Financiering										
- AWBZ	317,5	271,3	272,9	89,4	87,9	85,8	85,9	85,9	85,9	85,9
- ZFW	739,1	806,2	786,8	887,2	907,2	884,3	884,2	884,2	884,2	884,2
- Totaal JOZ 1998	1 056,6	1 077,5	1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1
- BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Uitgavenniveau onder BKZ			1 059,7	976,6	995,1	970,1	970,1	970,1	970,1	970,1

Evaluatie

Volume

De voor de jaren 1995 en 1996 opgegeven onderschrijding is het gevolg van een verlaging van de aanwijzing na de afronding van het JOZ 1997.

Raming

Loon- en prijsbijstelling

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: extensivering

Vanaf 1998 wordt een korting van f 25 mln doorgevoerd in verband met fusie- en automatiseringsprocessen.

Tabel B10: 8.02 Overige beheerskosten

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	1 144,6	1 182,3	1 241,8	1 273,5	1 285,8	1 299,5	1 305,3	1 318,2	1 318,2	1 318,2
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie			-49,0	-3,3	-3,3	-3,3	-3,3	-3,3	-3,3	-3,3
Subtotaal	1 144,6	1 182,3	1 192,8	1 270,2	1 282,5	1 296,2	1 302,0	1 314,9	1 314,9	1 314,9
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				7,7	24,7	12,1	-0,9	-14,1	-14,1	-14,1
Technisch/Statistisch										
- correctie i.v.m. begroting					4,1	5,0	5,9	6,3	6,3	6,3
- afschaffen inningskosten premies						-134,0	-134,0	-134,0	-134,0	-134,0
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	1 144,6	1 182,3	1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3	1 173,0	1 173,1	1 173,1	1 173,1
Financiering										
- AWBZ	169,3	175,4	181,0	181,0	185,3	51,1	51,0	50,8	50,8	50,8
- ZFW	65,9	81,5	80,4	86,5	88,9	88,7	88,8	88,6	88,6	88,6
- Particuliere verzekering	877,5	893,5	891,8	965,2	987,9	988,3	985,3	984,9	984,9	984,9
- Overheid	31,3	30,9	38,6	33,3	39,7	36,2	46,0	47,0	47,0	47,0
- Overige betalingen	0,6	1,0	1,0	11,8	9,5	15,0	1,9	1,9	1,9	1,9
- Totaal JOZ 1998	1 144,6	1 182,3	1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3	1 173,0	1 173,1	1 173,1	1 173,1
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3	1 173,0	1 173,1	1 173,1	1 173,1
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			1 192,8	1 277,9	1 311,3	1 179,3	1 173,0	1 173,1	1 173,1	1 173,1
- BKZ relevante ontvangsten			1,0	11,8	9,5	15,0	1,9	1,9	1,9	1,9
- Uitgavenniveau onder BKZ			1 191,8	1 266,1	1 301,8	1 164,3	1 171,1	1 171,2	1 171,2	1 171,2

Evaluatie

Volume

In 1995 is een onderschrijding gerealiseerd van f 49 mln. Deze onderschrijding is het gevolg van het feit dat deze kosten eerder onterecht zijn toegekend aan het tweede compartiment.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Technisch/statistisch

De vergoeding die de belastingdienst ontvangt voor de inning van de premies volksverzekeringen komt te vervallen. Dit heeft tot gevolg dat de

premies voor de volksverzekering dalen en de belastingen met een gelijk percentage stijgen.

De correctieregel heeft betrekking op bijstellingen die zijn aangebracht op artikel 23.01 van de begroting voorzover die niet in andere mutaties in deze sector zijn verwerkt.

Tabel B10: 8.03 Diversen (premie)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	184,6	187,2	187,9	212,6	215,1	216,9	218,8	220,7	220,7	220,7
Evaluatie 1993–1996										
Volume										
– volume-mutatie			10,7	29,6	37,4	37,4	37,4	37,4	47,4	47,4
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– SBOH			6,0	6,0	12,5	14,0	14,0	14,0	14,0	14,0
Technisch/Statistisch										
– statistische correctie	0,3	-0,5								
Herschikkingen										
– herschikking				20,0	10,0	10,0	10,0	10,0		
Subtotaal	184,9	186,7	204,6	268,3	275,0	278,3	280,2	282,1	282,1	282,1
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				1,7	5,1	3,3	1,4	-0,5	-0,5	-0,5
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
– toegestane volumegroei						8,0	8,0	8,0	8,0	8,0
– SBOH					6,5					
Beleidsmaatregelen: extensiveringen										
– PEO-beleid							-10,0	-10,0	-10,0	-10,0
Technisch/Statistisch										
– technische correctie: overheveling premie naar begroting						-14,4	-14,4	-14,4	-14,4	-14,4
Herschikkingen										
– herschikking i.v.m. garantiestelling SBOH					3,0					
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	184,9	186,7	204,6	270,0	289,6	275,2	265,2	265,2	265,2	265,2
Financiering										
– AWBZ	171,7	173,5	182,8	244,7	271,1	256,5	246,4	246,5	246,5	246,5
– ZFW	1,9	4,7	2,0	9,1	9,2	9,4	9,5	9,4	9,4	9,4
– Particuliere verzekering	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Eigen betaling particulier	11,3	8,5	19,8	16,2	9,2	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3
– Totaal JOZ 1998	184,9	186,7	204,6	270,0	289,6	275,2	265,2	265,2	265,2	265,2
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			204,6	270,0	289,6	275,2	265,2	265,2	265,2	265,2
– -/- opschoning										
– BKZ relevante uitgaven			204,6	270,0	289,6	275,2	265,2	265,2	265,2	265,2
– BKZ relevante ontvangsten			19,8	16,2	9,2	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3
– Uitgavenniveau onder BKZ			184,8	253,7	280,4	265,9	255,9	255,9	255,9	255,9

Evaluatie

Volume

Volgens de realisatie is er in 1995 een overschrijding van bijna f 11 mln. De overschrijding in 1996 bedraagt bijna f 30 mln. Deze post is het saldo van de afrekening van diverse regelingen. Onder deze regelingen valt onder meer de subsidieregeling 'HIV-remmers', waarvoor in 1996 f 20 mln was gereserveerd.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Bij de SBOH doen zich overschrijdingen voor. Deze overschrijdingen hebben deels te maken met het feit dat de informatievoorziening met betrekking tot de beschikbaar gestelde subsidiebedragen achterliep. Een ander deel ontstaat doordat de beroepsopleiding recentelijk is uitgebreid en daarvoor in het JOZ verzuimd was middelen beschikbaar te stellen. In dit kader is voor 1997 f 6,5 mln gereserveerd (zie bovenstaande tabel raming 1997–2002, beleidsmaatregelen).

Herschikkingen

De onder herschikking geboekte post betreft de inningskosten van de eigenbetalingen voor verzorgingshuizen. In het JOZ 1997 zijn deze bedragen in tabel B10: 7.02 opgenomen. In verband met de wenselijkheid

om dit type kosten in dit hoofdstuk te boeken heeft een herschikking plaatsgevonden.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaardenruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

Vanaf 1998 is f 8 mln volumegroei beschikbaar.

Beleidsmaatregelen: extensiveringen

De middelen, die betrekking hebben op de aanwijzingsbevoegdheid van de minister voor subsidieprojecten die via de Ziekenfondsraad verlopen (artikel 39, WFV, lid 5), worden met f 10 mln gekort in het kader van het totale pakket aan maatregelen voor 1998 (zie bijlage B1). In 1998 wordt deze korting gevonden binnen de overige curatieve zorg (sector 3.18). In het kader van de samenvoeging van alle PEO-middelen op één begrotingsartikel (artikel 25.02.13) worden de aanwijzingsmiddelen vanaf 1998 overgeheveld naar de begroting van VWS (zie toelichting technisch/statistisch bij tabel B10: 8.04).

Tabel B10: 8.04 Diversen (begroting)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	320,4	300,0	307,6	294,7	310,8	307,5	304,7	304,4	303,9	303,9
Evaluatie 1993-1996										
Volume										
- volume-mutatie				8,9	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3	9,3
Technisch/Statistisch										
- correctie i.v.m. begroting			14,1							
Herschikkingen										
- herschikking Melkert banen			70,0	274,3	459,4	588,7	730,9	748,3	755,8	755,8
- herschikking sectorfondsen	59,4	70,4	162,6	63,0	63,4	63,3	63,3	63,3	63,3	63,3
Subtotaal	379,8	370,4	554,3	640,9	842,9	968,8	1 108,2	1 125,3	1 132,3	1 132,3
Raming 1997-2002										
Loon- en prijsbeleid										
- loon- en prijsbijstelling				0,0	4,5	4,9	3,5	2,8	1,3	1,3
Beleidsmaatregelen: intensiveringen										
- Aletta/Transact						3,3	3,3	3,3	3,3	3,3
- motie Giskes					4,7					
Technisch/Statistisch										
- correctie i.v.m. begroting					26,0	53,2	-4,5	-14,0	-7,9	-14,4
- overheveling van begroting naar premie					-6,1	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0	-6,0
Herschikkingen										
- herschikking Melkert banen					-37,8	-76,8	-77,3	-78,1	-80,9	-82,9
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	379,8	370,4	554,3	640,9	834,2	947,4	1 027,2	1 033,3	1 042,1	1 033,6
Financiering										
- Overheid	246,6	202,5	388,0	463,1	663,4	713,4	870,9	878,0	887,4	879,0
- Overige betalingen	133,2	167,9	166,3	177,9	170,8	234,0	156,3	155,3	154,7	154,6
- Totaal JOZ 1998	379,8	370,4	554,3	640,9	834,2	947,4	1 027,2	1 033,3	1 042,1	1 033,6
Aansluiting budgetten en financiering										
- Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
- Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
- Uitgavenniveau			554,3	640,9	834,2	947,4	1 027,2	1 033,3	1 042,1	1 033,6
- -/- opschoning										
- BKZ relevante uitgaven			554,3	640,9	834,2	947,4	1 027,2	1 033,3	1 042,1	1 033,6
- BKZ relevante ontvangsten			166,3	177,9	170,8	234,0	156,3	155,3	154,7	154,6
- Uitgavenniveau onder BKZ			388,0	463,0	663,4	713,4	870,9	878,0	887,4	879,0

Evaluatie

Volume

De overschrijdingen vanaf 1996 zijn het gevolg van diverse mutaties in begrotingsartikelen. De voornaamste mutaties hiervan hebben betrekking op het RIVM (f 14,6 mln, artikel 27.01) en algemeen ouderenbeleid (-/- f 5,6 mln, artikel 24.02.04).

Herschikkingen

De Melkertbanen en de sectorfondsen betreffen arbeidsmarktgeldten die uit sector 8.05 zijn overgeheveld naar deze sector.

Raming

Loon- en prijsbeleid

In het JOZ 1998 wordt anders omgegaan met de toedeling van de nominale bijstelling in de sectoren dan in het JOZ 1997. Waar in het JOZ 1997 in de sectoren nog rekening werd gehouden met een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1%, is in het JOZ 1998 voor de jaren 1996 en 1997 de nominale bijstelling volledig toegedeeld. Dit leidt tot een overheveling van geld uit de aanvullende post, waar het restant van de nominale bijstelling 1996 en 1997 in het JOZ 1997 was gereserveerd. Voor de jaren 1998, 1999 en 2000 was in het JOZ 1997 een voorcalculatorische nominale bijstelling van 1% geraamd op sector-niveau. De bedragen die daarmee gemoeid waren, worden in dit JOZ voorlopig gereserveerd in de aanvullende post. Dit leidt tot een in de tijd toenemende overheveling van geld van de sectoren naar de aanvullende post. Dit gebeurt enerzijds

omdat in het kader van het post-WAGGS-model de arbeidsvoorwaarden-ruimte versluierd dient te worden opgenomen, en anderzijds om naar de toekomst toe helder aan te geven welke volume-ontwikkeling in de sectoren is verwerkt. Voor een uitgebreidere toelichting op deze mutaties zie bijlage A5.

Beleidsmaatregelen: intensiveringen

De f 3,3 mln intensivering betreft de subsidieverlening aan Aletta en Transact (instellingen voor vrouwenhulpverlening en bestrijding van seksueel geweld) die alsnog wordt gehandhaafd.

De incidentele uitgaven onder de titel 'motie Giskes' hebben betrekking op de kosten van de indicatiestelling bij de uitvoering van de regeling 'Tegemoetkoming onderhoudskosten thuiswonenden meervoudig of ernstig lichamelijk gehandicapte kinderen' (de motie Giskes).

Technisch/statistisch

De regel 'overheveling van begroting naar premie' heeft betrekking op middelen voor het consulentschap jeugd- en volwassenwerk en het consulentschap arbeidsintegratie. Beiden zijn per 1 januari 1997 overgeheveld uit begrotingsartikel 24.03, naar de AWBZ sector 6.09.

De 'correctie in verband met begroting' betreft bijstellingen die zijn aangebracht op uitgavenartikel 24.02.04 van de begroting, voorzover die nog niet in andere mutaties in deze sector zijn verwerkt.

Herschikkingen

In verband met de overheveling in 1997 van 2 170 extra zorgbanen van de tranche 1997 van de zorgsector naar de gemeenten wordt dit onderdeel verlaagd met ruim f 37 mln in 1997, oplopend tot ruim f 80 mln in 2002. De begroting van het ministerie van Binnenlandse Zaken wordt overeenkomstig verhoogd.

Tabel B10: 8.05 Aanvullende post

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Uitgavenniveau cf. JOZ 1997	469,1	433,1	678,2	1 396,3	2 069,8	3 438,0	5 211,0	6 926,5	6 653,3	6 653,3
Evaluatie 1993–1996										
– waarborgfonds				-120,0	120,0					
– TVK-reserve						-52,0	-112,0	-112,0	-112,0	-112,0
–erschikking Melkert banen			-70,0	-274,3	-459,4	-588,7	-730,9	-748,3	-755,8	-755,8
–erschikking sectorfondsen			-162,6	-48,3	-63,4	-63,3	-63,3	-63,3	-63,3	-63,3
– overig	-59,4	-70,4	-547,1	-724,5	-653,7	-186,2	-216,3	-139,4	-106,2	-1 293,2
Subtotaal	0,0	0,0	61,1	277,5	1 076,7	2 611,1	4 151,8	5 926,8	5 679,3	4 492,3
Raming 1997–2002										
Loon- en prijsbeleid										
– loon- en prijsbijstelling				-370,7	-1 176,1	-551,1	48,3	651,8	479,3	295,1
– 1,3% groei ruimte						-419,2	-419,2	-419,2	-419,2	-419,2
– overig	0,0	0,0	0,0	93,2	214,2	-1,2	439,0	483,3	3 550,0	7 662,4
Uitgavenniveau cf. JOZ 1998	0,0	0,0	61,1	0,0	114,8	1 639,6	4 219,9	6 642,7	9 289,4	12 030,6
Financiering										
– AWBZ	0,0	0,0	0,0	0,0	164,6	728,7	1 871,7	2 943,4	4 116,8	5 332,6
– ZFW	0,0	0,0	0,0	0,0	-693,4	-196,9	736,5	1 629,6	2 607,4	3 620,6
– Particuliere verzekering	0,0	0,0	0,0	0,0	-75,5	261,4	707,3	1 125,7	1 582,2	2 055,0
– Overheid	0,0	0,0	61,1	0,0	-70,9	26,4	68,4	108,0	147,0	186,5
– Eigen betaling ZFW	0,0	0,0	0,0	0,0	650,0	680,0	696,0	696,0	696,0	696,0
– Eigen betaling particulier	0,0	0,0	0,0	0,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0
– Totaal JOZ 1998	0,0	0,0	61,1	0,0	114,8	1 639,6	4 219,9	6 642,7	9 289,4	12 030,7
Aansluiting budgetten en financiering										
– Financieringsachterstand (enkelvoudig)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– Financieringsachterstand (cumulatief)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aansluiting JOZ - Budgettair Kader Zorg										
– Uitgavenniveau			61,1	0,0	114,8	1 639,6	4 219,9	6 642,7	9 289,4	12 030,6
– -/- opschoning			255,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
– BKZ relevante uitgaven			316,1	0,0	114,8	1 639,6	4 219,9	6 642,7	9 289,4	12 030,6
– BKZ relevante ontvangsten			0,0	0,0	789,9	820,0	835,8	836,0	835,9	835,9
– Uitgavenniveau onder BKZ			316,1	0,0	-675,1	819,6	3 384,1	5 806,7	8 453,5	11 194,7

Algemeen

In de aanvullende post zijn bedragen opgenomen die (nog) niet aan de afzonderlijke hoofdstukken kunnen worden toegedeeld. De belangrijkste onderdelen zijn de nog te verdelen ruimte voor volumegroei vanaf 1999 en de nog onverdeelde ruimte voor nominale bijstelling vanaf 1998. Onderdeel van dit laatste is de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling zoals die voortvloeit uit het post-WAGGS-model.

Evaluatie

Waarborgfonds

In het JOZ werd uitgegaan van de implementatie van het waarborgfonds eind 1996. De feitelijke implementatie vindt echter in 1997 plaats. Het betreft hier dus een intertemporale verschuiving.

TVK-reserve

Bij de invulling van de maatregelen, zoals door de Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking (TVK) in het rapport 'Zuinig met Zorg' van februari 1995 is weergegeven, is rekening gehouden met een reserve, die was beoogd om eventuele besparingsverliezen op te vangen. Deze reserve is in dit JOZ ingezet.

Herschikking Melkertbanen

In het JOZ 1997 werden de Melkert-banen en de sectorfondsen geboekt op de aanvullende post. In dit JOZ worden deze onderdelen herschikt naar sector diversen begroting (8.04).

Raming

Loon- en prijsbeleid

De loon- en prijsbijstelling wordt in het JOZ 1998 anders verwerkt dan in het JOZ 1997. In het JOZ 1997 werd voor alle sectoren voor de jaren 1996 tot en met 2000 gerekend met een voorcalculatorische bijstelling van 1%. In aanvulling waren bedragen opgenomen op de aanvullende post om te komen tot een volledige raming van de loon- en prijsbijstelling. In het JOZ 1998 is de volledige loon- en prijsbijstelling voor de jaren 1996 en 1997 verwerkt op de sectoren en de volledige loon- en prijsbijstelling voor de jaren daarna op de aanvullende post. Deze bijstelling vergt een voor het totale JOZ neutrale herschikking tussen de aanvullende post en de overige sectoren. Zie ook bijlage A5.

Volumegroei

In dit JOZ wordt het resterende deel van de beschikbare volumegroei van 1,3% in 1998 ingezet om tegemoet te komen aan de toenemende zorgvraag. Dit leidt tot een neerwaartse bijstelling van de aanvullende post en tot opwaartse bijstellingen op de overige sectoren. Een uitsplitsing van de aanwending wordt gegeven in tabel 1.2 van hoofdstuk 1 van dit JOZ. De bijstelling op de aanvullende post bedraagt 419 miljoen en geen 764 miljoen omdat de inzet van 345 miljoen voor capaciteitsuitbreiding WZV al in eerdere JOZ'en was verwerkt.