

Vergaderjaar 1998–1999

26 204

Jaaroverzicht Zorg 1999

Nr. 2

OVERZICHT

INHOUDSOPGAVE¹

HOOFDSTUK 1 INLEIDING	9
1.1 Algemeen	9
1.2 Financieel beleid op hoofdlijnen	14
HOOFDSTUK 2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID	25
2.1 Terreinbeschrijving	25
2.2 Lopend beleid	27
2.2.1 Collectieve en programmatische preventie	27
2.2.1.1 Collectieve preventie	27
2.2.1.2 Programmatische preventie	27
2.2.2 Doelgroepgerichte preventie	28
2.2.2.1 Jeugd	28
2.2.2.2 Gehandicapten	28
2.2.2.3 Ouderen	29
2.2.3 Ziektespecifieke preventie	29
2.2.3.1 Psychische problematiek	29
2.2.3.2 Chronische ziekten	30
2.2.3.3 Kankerbestrijding	30
2.2.3.4 Infectieziekten	31
2.2.4 Determinantenbeleid	32
2.2.4.1 Facetbeleid en gezondheidseffectscreening	32
2.2.4.2 Preventie van verslaving	33
2.2.4.3 Voeding en veterinaire beleid	35
2.2.4.4 Consumentenveiligheid en omgevingsrisico's	35
2.2.4.5 Overige determinanten	36
2.2.5 Patiëntenbeleid	37
2.2.6 Inspectie Gezondheidsbescherming, Waren en Veterinaire Zaken	37
2.2.7 Projecten, experimenten en onderzoek (PEO)	38
2.3 Vooruitblik	39
HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	41
3.1 Inleiding	41
3.2 Lopend beleid	43
3.2.1 Organisatie en besturing	43
3.2.1.1 Inleiding	43
3.2.1.2 Regionale insteek	43
3.2.1.3 De geïntegreerde ziekenhuisorganisatie	44
3.2.1.4 Positionering academische ziekenhuizen	44
3.2.1.5 Meerjarenafspraken, aanneemsommen en zorgvernieuwing	45
3.2.1.6 Hoofdlijnenakkoorden ziekenhuizen	45
3.2.1.7 Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)	46

¹ De bijlagen van het JOZ 1999 zijn als kamerstuk (26 204, nr. 3) uitgebracht.

3.2.1.8	Planning en bouw ziekenhuizen	47
3.2.1.9	Financieel belang ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg	47
3.2.1.10	Transmurale zorg	50
3.2.1.11	Geïntegreerde Eerstelijnszorg	51
3.2.1.12	Huisartsenzorg	51
3.2.1.13	Verloskunde	52
3.2.1.14	Revalidatie	52
3.2.2	Toegang tot de zorg	52
3.2.2.1	Inleiding	52
3.2.2.2	Wachttijden	52
3.2.2.3	Orgaandonatie en orgaantransplantatie	53
3.2.2.4	Zelfstandige behandelcentra	54
3.2.2.5	Ziekenhuis van de toekomst	54
3.2.3	Kwaliteit en doelmatigheid	55
3.2.3.1	Inleiding	55
3.2.3.2	Leidschendam 2000	55
3.2.3.3	Doelmatigheid en kwaliteit van de organisatie	55
3.2.3.4	Doelmatigheid en kwaliteit van (para)medisch handelen	56
3.2.3.5	Informatie- en communicatietechnologie	56
3.2.3.6	Financiering kwaliteitsbeleid	57
3.2.4	Paramedische zorg	57
3.2.4.1	Inleiding	57
3.2.4.2	Fysiotherapie en oefentherapie	57
3.2.4.3	Ergotherapie	58
3.2.4.4	Logopedie	58
3.2.4.5	Tarieven	58
3.2.5	Spoeisende medische hulpverlening	59
3.3	Vooruitblik	59
HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN		61
4.1	Inleiding	61
4.2	Farmaceutische hulp	62
4.2.1	Terreinbeschrijving farmaceutische hulp	62
4.2.2	Terugblik farmaceutische hulp	63
4.2.2.1	Prijsbeheersing	63
4.2.2.2	Verstrekkingenpakket	64
4.2.2.3	Beperking vergoedingen	64
4.2.2.4	Maatregelen gericht op doelmatig voorschrijf- en aflevergedrag	64
4.2.2.5	Vergoeding apotheekhoudenden	65
4.2.2.6	IWG-maatregelen	65
4.2.2.7	Resultaat gevoerde beleid	65
4.2.3	Vooruitblik farmaceutische hulp	66
4.2.3.1	Voortzetten vigerend beleid	66
4.2.3.2	Lange termijn	66
4.2.3.3	Korte termijn	67
4.2.3.4	Financieel beeld voor de periode 1998-2002	68
4.2.3.5	Financieel beeld 1999	68
4.3	Medische hulpmiddelen	68
4.3.1	Terreinbeschrijving medische hulpmiddelen	68
4.3.2	Terugblik medische hulpmiddelen	70
4.3.3	Vooruitblik medische hulpmiddelen	70
4.4	Bloedvoorziening	71
4.4.1	Terreinbeschrijving bloedvoorziening	71
4.4.2	Terugblik bloedvoorziening	71
4.4.3	Vooruitblik bloedvoorziening	71
HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG		73
5.1	Terreinbeschrijving	73
5.2	Lopend beleid	74
5.2.1	Zorgvernieuwing	74
5.2.1.1	Flexibilisering AWBZ	74
5.2.1.2	Maatschappelijke opvang	75
5.2.1.3	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg	75
5.2.1.4	Persoonsgebonden budget	76
5.2.2	Toegang tot de GGZ	76
5.2.2.1	Poortwachtersfunctie huisarts	76
5.2.2.2	Indicatiestelling	76
5.2.3	Psychische arbeidsongeschiktheid	76
5.2.4	Wet Bopz	77
5.2.5	Intramurale sector	77
5.2.5.1	Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen	77
5.2.5.2	Ziekenhuispsychiatrie	77
5.2.5.3	Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP)	77

5.2.5.4	Verslavingsklinieken	78
5.2.5.5	Forensische psychiatrie	78
5.2.6	Semimurale sector	79
5.2.6.1	Beschermd wonen	79
5.2.6.2	Deeltijdbehandeling	79
5.2.7	Extramurale sector	79
5.2.7.1	Wachttijsten	79
5.2.7.2	RIAGG-en	80
5.2.7.3	Vrijgevestigde psychiaters	80
5.2.7.4	Overige verslavingszorg	81
5.3	Vooruitblik	81
HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG		85
6.1	Inleiding	85
6.1.1	Terreinbeschrijving	85
6.1.2	Kerngegevens gehandicaptenzorg	86
6.2	Lopend beleid	87
6.2.1	Zorg voor verstandelijk gehandicapten	87
6.2.2	Zorg voor lichamelijk gehandicapten	91
6.2.3	Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	91
6.3	Vooruitblik	92
6.3.1	Zorg voor verstandelijk gehandicapten	93
6.3.2	Zorg voor lichamelijk gehandicapten	95
6.3.3	Zorg voor zintuiglijk gehandicapten	95
HOOFDSTUK 7 OUDERENZORG EN THUISZORG		97
7.1	Inleiding	97
7.1.1	Ouderenzorg	98
7.1.2	Thuiszorg	99
7.2	Lopend beleid	99
7.2.1	Intramurale ouderenzorg	99
7.2.2	Thuiszorg	101
7.3	Vooruitblik	103
7.3.1	Intramurale ouderenzorg	103
7.3.2	Thuiszorg	104
HOOFDSTUK 8 BEHEER EN DIVERSEN		105
8.1	Inleiding	105
8.1.1	Beheer, administratie en beleid: diverse onderwerpen	105
8.1.2	Diversen	106
8.2	Terugblik over de afgelopen jaren	108
8.3	Vooruitblik komende jaren	108
HOOFDSTUK 9 EIGEN BETALINGEN		109
9.1	Inleiding	109
9.2	Eigen bijdragen AWBZ	109
9.3	Eigen bijdragen ZFW	110
9.4	Omvang eigen betalingen	112
HOOFDSTUK 10 FINANCIERING		115
10.1	Inleiding	115
10.2	Algemeen overzicht	116
10.2.1	Terreinbeschrijving	116
10.2.2	Belastingplan en zorgsector	118
10.2.2.1	Inleiding	118
10.2.2.2	Verbreiding van de grondslag	118
10.2.2.3	Verschuiving van directe naar indirecte belasting	119
10.2.2.4	Vergroening	119
10.3	De ziekenfondsbudgettering	120
10.4	AWBZ	122
10.5	Ziekenfondsverzekering	124
10.6	Particuliere ziektekostenverzekeringen	127
10.7	Overheid	130
10.8	Overige financiering	131
BIJLAGE A1 ARBEIDSMARKT, WERKGELEGENHEID, ARBEIDSKOSTEN EN BEROEPSKOSTEN		B5
A1.1	Inleiding	B5
A1.2	Arbeidskosten	B5

A1.2.1	Arbeidskostenontwikkeling	B5
A1.2.2	Academische ziekenhuizen	B6
A1.2.3	Algemeen verbindend verklaring CAO-Thuiszorg	B6
A1.3	Arbeidsmarkt/werkgelegenheid	B6
A1.3.1	Arbeidsmarktontwikkelingen in de Nederlandse economie	B6
A1.3.2	Arbeidsmarktontwikkelingen in de zorgsector	B8
A1.3.3	Doelstellingen arbeidsmarktbeleid	B10
A1.3.4	Brede aanpak arbeidsmarktnelpunten	B11
A1.3.5	Sectorfondsen	B12
A1.3.6	Allochtonen in de zorgsector	B13
A1.3.7	Extra zorgbanen (ofwel Instroom/Doorstroom-banen)	B13
A1.4	Opleidingen en beroepskrachten	B15
A1.4.1	Afstemming vraag en aanbod	B15
A1.4.2	Artsen	B15
A1.4.3	Tandartsen	B16
A1.4.4	Paramedici	B16
A1.4.5	Verpleegkundigen	B16
A1.4.6	Psychiaters	B16
A1.4.7	Overige beroepen	B17
A1.5	Arbeidsmarktonderzoek, monitoring en informatievoorziening	B18
A1.5.1	Meerjarig onderzoekprogramma	B18
A1.5.2	Incidenteel onderzoek	B19
BIJLAGE A2 BOUWBELEID EN BOUWKADERS		B20
A2.1	Planning- en bouwbeleid	B20
A2.1.1	Uitgangspunten en instrumenten van het planning- en bouwbeleid	B20
A2.1.2	Ontwikkeling in het planning- en bouwbeleid	B21
A2.1.3	Ontwikkelingen rondom de herziening van de WZV en op het terrein van de huidige WZV	B21
A2.1.4	Waarborgfondsen	B23
A2.2	Bouwkaders	B24
A2.2.1	De exploitatiemiddelen van het planning- en bouwbeleid	B25
A2.2.2	De uitvoering van de meldingsregeling	B27
A2.2.3	De investeringskosten van het planning en bouwbeleid	B27
A2.2.4	Investeringskosten in academische ziekenhuizen	B29
BIJLAGE A3 FINANCIËLE INFORMATIEVOORZIENING		B30
A3.1	Inleiding	B30
A3.2	Realisatiecijfers	B30
A3.3	Ramingsmodel zorgsector	B31
A3.4	Inkomens- en schadeverdeling bij ziektekostenverzekeringen	B33
BIJLAGE A4 INTERNATIONALE VERGELIJKING ZORGOUITGAVEN		B35
A4.1	Inleiding	B35
A4.2	Omvang zorguitgaven	B35
A4.3	Ontwikkeling zorguitgaven 1990-1996	B37
A4.4	Tot slot	B38
BIJLAGE A5 NOMINALE SYSTEMATIEK		B39
BIJLAGE A6 RESERVES EN VOORZIENINGEN INSTELLINGEN		B41
BIJLAGE A7 WTG-AANGELEGENHEDEN		B45
A7.1	Inleiding	B45
A7.2	Voorgenomen aanwijzingen aan het COTG	B45
A7.3	COTG-beleidsregels waaraan goedkeuring is onthouden (september 1997 tot medio september 1998)	B45
A7.4	Aanpassingen regelgeving	B47
A7.5	Rapportages ECD	B48
BIJLAGE A8 CAPACITEITEN INSTELLINGEN		B50
BIJLAGE A9 GEBRUIKTE TERMEN EN HUN BETEKENIS		B67
BIJLAGE A10 STAND OMBUIGINGEN JOZ 1998		B77
BIJLAGE A11 MEEWERKENDE ORGANISATIES		B79
BIJLAGE B1 FINANCIËLE TOELICHTING		B80
B1.1	Mee- en tegenvallers en besparingsverliezen	B80

B1.2	Maatregelen 1998 en 1999 na JOZ 1998	B83
B1.3	Aanwending groeirimte 1999	B84
B1.4	Aansluiting financiële cijfers	B86
BIJLAGE B2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID		B87
B2.1	Infectieziektebestrijding	B87
B2.1.1	Inleiding	B87
B2.1.2	Rijksvaccinatieprogramma (RVP) voor zuigelingen en jonge kinderen	B87
B2.1.3	Nationaal Programma Griepvaccinatie	B88
B2.1.4	Overige vaccinaties	B88
B2.1.5	Ziekenhuisinfecties en antibiotica-resistentie	B89
B2.1.6	Tuberculosebestrijding	B89
B2.1.7	Epidemiebestrijding	B89
B2.1.8	Monitoring, surveillance en onderzoek	B90
B2.1.9	Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding	B90
B2.1.10	Lokale infectieziektebestrijding	B90
B2.1.11	Conclusie	B90
BIJLAGE B3 CURATIEF SOMATISCHE ZORG		B93
BIJLAGE B4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN		B95
B4.1	Capaciteit	B95
B4.2	Voorschriften per verzekerde	B95
B4.3	Kosten per verzekerde	B95
B4.4	Kosten per voorschrift	B96
B4.5	Voorschriften en basisvergoeding WTG-artikelen per verzekerde, uitgesplitst naar inkoopkanaal	B96
B4.6	Voorschriften per verzekerde naar leeftijd en geslacht	B96
B4.7	Ontwikkeling geneesmiddelenomzet naar hoofdgroepen	B97
B4.8	Receptregelvergoeding, opbouw en ontwikkeling 1994–1998	B98
B4.9	Realisatie en raming uitgaven farmaceutische hulp	B98
B4.10	Deelmarkten medische hulpmiddelen	B100
BIJLAGE B5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG		B101
BIJLAGE B6 GEHANDICAPTENZORG		B104
B6.1	Aantal plaatsen	B104
B6.2	Verpleeg- of verzorgingsdagen	B104
BIJLAGE B7 OUDERENZORG EN THUISZORG		B107
B7.1	Capaciteit en gebruik intramurale ouderenzorg	B107
B7.2	Thuiszorg	B108
B7.2.1	Gebruik	B108
B7.2.2	Ontwikkeling productieafspraken en tarieven	B111
B7.2.3	Aantal uitvoerenden	B111
B7.2.4	Eigen bijdrage 1997	B112
BIJLAGE B8 BEHEER EN DIVERSEN		B114
BIJLAGE B9 FINANCIERING		B115
BIJLAGE B10 AANSLUITING JOZ 1999 MET JOZ 1998		B117

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1.1 Algemeen

Terugblik

Het hoofdthema uit het Regeerakkoord 1994 luidde: werk, werk, werk. Het akkoord legde de nadruk op het verlagen van collectieve uitgaven als belangrijk middel voor het stimuleren van de werkgelegenheid. En daarmee eveneens op het beheersen van uitgaven voor de zorgsector. Het motto voor de zorgsector was: 'zuinig en zinnig met zorg'.

Een korte terugblik op de eerste paarse kabinetsperiode leert dat er de afgelopen jaren veel tot stand is gekomen op het terrein van zorg en welzijn. Er is sprake van toenemende erkenning van het maatschappelijke belang van de zorgsector. Niet alleen als bron van werkgelegenheid en bouwinvesteringen, maar ook vanwege de bijdrage die deze sector levert aan het maatschappelijk welzijn en gezondheid van de Nederlandse bevolking. Zo bezien is de zorg niet alleen een kostenfactor, maar ook een investering in de toekomst.

De zorg heeft economische betekenis, maar vormt daarnaast ook een sociale factor, als 'bindmiddel' van de samenleving. Het kabinet signaleert een toenemend besef van het belang van 'maatschappelijk ondernemen' van aanbieders en verzekeraars in de zorg. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg heeft op ons verzoek advies uitgebracht over dit nieuwe ondernemersbegrip. De koepelorganisatie van sociale en particuliere verzekeraars Zorgverzekeraars Nederland bracht het afgelopen jaar een brochure uit met een gedragscode voor 'goed verzekeraarschap'. De interdepartementale werkgroep ziekenhuiszorg heeft zich gebogen over de positie van het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. Uit die verschillende studies en rapporten komt naar voren dat het beheer en bestuur van de gezondheidszorg geen zaak is van de overheid alleen, maar dat de verschillende maatschappelijke organisaties daarvoor mede verantwoordelijkheid dragen. De gezondheidszorg is immers van ons allen: we hebben allemaal verantwoordelijkheden.

Als uitwerking van het Regeerakkoord 1994 kreeg het beleid in de afgelopen jaren ook nieuwe accenten. Bekende voorbeelden zijn het invoeren van het persoonsgebonden budget; de nieuwe instrumenten voor het aanmoedigen van zorgvernieuwing en zorg-op-maat; een grotere nadruk op de relatie tussen doelmatigheid en kwaliteit van dienstverlening; en versterkte aandacht voor het vraagstuk van de kostenbeheersing. Vrijwel alle ziekenhuizen en het overgrote deel van de medisch specialisten hebben in de afgelopen jaren actief meegewerkt aan de integratie van de specialisten in de ziekenhuisorganisatie. Op verschillende terreinen zijn subsidies verleend voor het uitvoeren van onderzoek en experimenten gericht op het verbeteren van de zorg, het kritisch doorlichten van de verzekeringsaanspraken, en het oplossen van specifieke knelpunten zoals wachtlijsten en werkdruk. Het gaat er nu om de resultaten van dat onderzoek en die experimenten om te zetten in concrete verbeteringen. Niet alle maatregelen zijn vlekkeloos verlopen. Zo kampte de regeling voor het persoonsgebonden budget met nogal wat invoeringsperikelen. De overheveling van de kortdurende ziekenhuisgerelateerde thuiszorg (de 'knip in de thuiszorg') en de vergroting van de ruimte voor marktwerving in de thuiszorg leidden tot veel administratieve problemen en onrust. Aan de invoering van de eigenbijdrageregeling in de ziekenfondsverzekering bleken zoveel bezwaren te kleven dat in het Regeerakkoord 1998 is afgesproken deze weer in te trekken per 1 januari 1999. Dat zijn voorbeelden van beleidstappen die uiteindelijk noopten tot bijstelling. Bovendien is duidelijk geworden dat de afgesproken groeiruimte voor de zorgsector van jaarlijks 1,3% te krap was bemeeten. Bij alle inspanningen om de kosten te beheersen, bleek uiteindelijk een jaarlijks percentage

volume groei van gemiddeld niet 1,3% maar 1,9% noodzakelijk. Diverse onderzoeken geven ook aan, dat de jaarlijkse volume groei tenminste 2% dient te bedragen om hoge werkdruk en lange wachtlijsten afdoende te kunnen bestrijden. Voor deze kabinetsperiode is de volume groei dan ook in die zin verhoogd. Daarvoor bestaat gelukkig brede politieke steun.

Voortbouwen op bereikte resultaten

Het is nu zaak, voort te bouwen op de bereikte resultaten. Dat houdt onder meer in het systematisch toepassen van de kennis en ervaring opgedaan in experimenten voor het vergroten van doelmatigheid in de zorg; naast patiëntgerichte zorg ook meer aandacht voor toepassing van de richtlijnen en protocollen voor medische behandeling gericht op het verminderen van de interdoktervariatie; het toepassen van de nieuw ontwikkelde methoden voor benchmarking als spiegelinformatie voor beleid en beheer; en het aanwenden van methoden voor het meten van kosten-effectiviteit van nieuwe en van bestaande behandelmethoden, geneesmiddelen en medische hulpmiddelen. Daarbij behoort eveneens het doorgaan met de kritische doorlichting van verzekeringsaanspraken; voortgaan met, en uitbreiden van de regelingen voor het persoonsgebonden budget, en andere vormen van zorgvernieuwing. Er is sprake van toenemende aandacht voor de samenhang in de zorg en voor samenwerken op regionaal niveau. Het opzetten van onafhankelijke regionale indicatieorganen, waaraan gelukkig veel van de regionale partijen samenwerken, is een eind gevorderd. Omdat deze organen goed bekend zijn met lokale omstandigheden, verwacht het kabinet dat zij ook een bijdrage kunnen leveren aan een betere aansluiting van het aanbod op de vraag op lokaal niveau en aan meer inzicht in de wachttijden in de zorg.

Hoofdthema's Regeerakkoord 1998: investeren in zorg en sociale infrastructuur

Terwijl de gezondmaking van de overheidsfinanciën wordt voortgezet, laat het uitgavenbeleid in deze kabinetsperiode een duidelijke accentverschuiving zien. Zo is er meer ruimte ontstaan voor het versterken van de sociale infrastructuur. Het Regeerakkoord 1998 legt veel nadruk op het investeren in de kwaliteit van de samenleving, en het versterken van de sociale cohesie, maatschappelijke solidariteit en rechtvaardigheid. Het Regeerakkoord ziet werk als belangrijk middel tot maatschappelijke integratie en participatie. Dat sluit goed aan bij de eerdergenoemde discussies over de maatschappelijke betekenis van de zorgsector. De zorgsector kan een bijdrage leveren aan de versterking van de sociale infrastructuur. De goede ervaringen met praktijkondersteuning van huisartsen in achterstandswijken illustreren de directe relatie tussen zorgbeleid en grotestedenbeleid. De maatschappelijke dienstverlening en de gezondheidszorg dragen bij aan de kwaliteit van het bestaan en bieden steun bij de maatschappelijke integratie van langdurig zieken en mensen met psychische en lichamelijke beperkingen. De gezondheidszorg beperkt zich tegenwoordig niet tot het bieden van goede en doelmatige medische behandeling en zorg aan hen die dat nodig hebben -niet te weinig maar ook niet te veel, maar oriënteert zich in toenemende mate ook op het voorkómen van onnodig ziekteverzuim en invaliditeit, voorkómen van lichamelijke en psychische overbelasting in het werk, en op mogelijkheden voor goede en snelle revalidatie, herstel en terugkeer in het arbeidsproces. Bovendien is de zorgsector een belangrijke bron van werkgelegenheid voor circa 800 000 personen. Het merendeel daarvan is vrouw, en de meesten van hen werken in deeltijd.

Uitgangspunten van het beleid voor de zorgsector

De belangrijkste uitgangspunten voor het beleid voor de zorgsector zijn: algemene toegankelijkheid en goede kwaliteit van de zorg, gelijke

behandeling en solidariteit. De toegankelijkheid betekent dat zorg betaalbaar moet zijn. Dat betekent ook dat wij nu voldoende aandacht moeten schenken aan het beheersen van de kosten om de zorg ook in de toekomst betaalbaar, beschikbaar en toegankelijk te kunnen houden. Die uitgangspunten vertalen zich in concrete beleidsmaatregelen en in een verdeling van financiële middelen op grond van overeengekomen prioriteiten. Het kabinet heeft de financiële ruimte voor de zorgsector in de komende kabinetsperiode verruimd, en heeft afgesproken dat het volume van de zorg per jaar met gemiddeld 2,3% kan toenemen. (Binnen de sectorale verdeling is dit percentage niet voor alle onderdelen van de zorg hetzelfde.) In totaal is voor volumegroei in 2002 f 5,66 mld beschikbaar. Een niet gering bedrag, dat overeenkomt met bijna 10% toename van het volume in vier jaar. Die ruimte is niet -en nooit- voldoende om én de demografische ontwikkeling op te vangen én aan alle wensen en verlangens van iedereen volledig te kunnen voldoen. Er zal altijd een zekere spanning blijven bestaan tussen enerzijds de financiële mogelijkheden en anderzijds de toenemende vraag als gevolg van vergrijzing, stijgende inkomens en hogere verwachtingen van consumenten en de toegenomen technische mogelijkheden voor medische behandeling en ondersteuning bij het dagelijks bestaan. Parallel aan de forse investering in de zorg in deze kabinetsperiode blijft dus de noodzaak bestaan van impulsen voor een doelmatiger uitvoering van de zorg. Voor een goed evenwicht tussen investeren en bevorderen van doelmatigheid is het stellen van duidelijke prioriteiten essentieel.

Het Regeerakkoord 1998 noemt een aantal van die prioriteiten. Het inzetten van de extra financiële ruimte is in eerste instantie gericht op het oplossen van specifieke problemen: het terugdringen van wachtlijsten, het verminderen van werkdruk, het aanpakken van dreigende knelpunten op de arbeidsmarkt, extra aandacht voor chronisch zieken, ouderen en gehandicapten, het verbeteren van de kwaliteit en het voorkomen van verschraving van de zorg. Problemen manifesteren zich vooral in de care-sectoren (gehandicaptenzorg, ouderenzorg, thuiszorg); de aanpak ervan dient zich dan ook primair op deze sectoren te richten. Dat leidt tot een aantal prioriteiten in het besteden van de extra ruimte:

- het verminderen van de werkdruk en verbetering van kwaliteit van de zorg in de care-sector;
- het verminderen van wachttijden in cure en care (er bestaat natuurlijk ook een relatie tussen de werkdruk, de kwaliteit van zorg en de omvang van wachtlijsten);
- een aantal specifieke zaken: het versterken van de huisartsenzorg door uitbreiden van de praktijkondersteuning; het voltooiën van de integratie van medisch specialisten in de ziekenhuisorganisatie, het versterken van preventie (jeugdgezondheidszorg; drugs, alcohol & tabak) en het uitbreiden van het persoonsgebonden budget;
- het toelaten van nieuwe medische behandelingen en nieuwe genees- en hulpmiddelen op grond van strikte eisen van kosten-effectiviteit en therapeutische meerwaarde.

Nieuwe bestuurlijke aanpak

Bij het inzetten van de extra middelen hechten wij groot belang aan een goed evenwicht tussen inhoudelijke doelstellingen en de beschikbare financiële ruimte, met duidelijke verantwoordelijkheden van alle betrokkenen. De Nederlandse gezondheidszorg kenmerkt zich door een grotendeels collectieve financiering met een overwegend private uitvoering. Het besturen van de sector en het financiële beheer is dus geen zaak van de overheid alleen. In ons land zijn vele honderden instellingen en duizenden zelfstandige beroepsbeoefenaren werkzaam. Het realiseren van

inhoudelijke doelstellingen en het waken over financiële kaders kan niet slagen vanuit een centraal besturingsmodel, maar vergt de inzet van alle betrokkenen. Het versterken van sociale cohesie vergt een bredere invalshoek dan alleen het traditionele denken in termen van voorzieningen. En bovendien een denken dat de burger niet alleen ziet als object van beleid, maar -net als andere betrokkenen- aanspreekt als actieve medeverantwoordelijke. Het uitvoeren van dergelijk beleid zoekt een verankering op het regionale en lokale niveau. Uitdrukkelijk heeft het kabinet in de afgelopen jaren de betrokkenheid van provincies en gemeenten versterkt bij het opzetten van regionale indicatieorganen, regionale platforms voor de organisaties van patiënten en consumenten, bij het ontwikkelen van regiovisies over de gewenste toekomstige zorg op regionaal niveau en bij het uitvoeren van collectieve preventie en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG). Gemeenten en provincies zijn bovendien betrokken bij een aantal beleidsterreinen met rechtstreekse invloed op het welbevinden en de gezondheid van de bevolking: de arbeidsmarkt, huisvesting, leefomgeving en speciale voorzieningen voor ouderen.

Het Regeerakkoord 1998 schetst een nieuwe bestuurlijke aanpak, die grensverleggend en ambitieus is. Die aanpak gaat uit van de bereidheid van alle betrokkenen om breder te denken dan alleen het eigen terrein, en om gezamenlijk verantwoordelijkheid te dragen voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen meerjarige financiële kaders. De inhoudelijke doelstellingen behelzen onder meer het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid van de zorg en van de organisatie van de hulpverlening, met bijzondere aandacht voor de positie van ouderen, chronisch zieken en andere mensen met ernstige gezondheidsproblemen die vaak langdurig afhankelijk zijn van zorg.

Op basis van bovengenoemde prioriteiten vermeldt het Regeerakkoord een globale toedeling van de extra beschikbare middelen over verschillende deelsectoren. Maar het bewaken van die financiële kaders veronderstelt wel dat er overeenstemming bestaat over de te volgen koers en over de maatregelen die nodig zijn om de uitgaven te kunnen beheersen. Het definitief toekennen van extra geld aan bepaalde sectoren kan dan ook alleen plaatsvinden op basis van duidelijke inhoudelijke en financiële afspraken over de zorgverlening. De nieuwe bestuurlijke aanpak gaat uit van de veronderstelling dat alle betrokken partijen in de zorgsector bereid zijn om mee te werken aan het ontwikkelen van meerjarige afspraken. Wij hebben reeds overlegd met enkele deelsectoren over de opzet van dergelijke meerjarenafspraken. Op korte termijn zullen wij ook met andere sectoren binnen de zorg in overleg treden hierover. Over de uitkomsten van dit overleg zal het kabinet de Tweede Kamer nog vóór de behandeling van het JOZ informeren.

Het doel van dit overleg is om te komen tot een gezamenlijk gedragen visie op de wenselijke ontwikkelingen binnen de sector voor de komende jaren. Elementen die daarbij aan de orde komen, zijn de aanpak van specifieke knelpunten zoals wachtlijsten, werkdruk, personeelsbeleid (terugdringen ziekteverzuim en verloop) en het verbeteren van doelmatigheid. Voorts is er aandacht voor de inzet van de stijgende arbeidsproductiviteit, die in deze kabinetsperiode niet meer betrokken wordt bij het arbeidsvoorwaardenbeleid.

Daarbij hecht het kabinet zeer aan het afleggen van verantwoording over het besteden van collectieve middelen. Het verbeteren van de informatievoorziening ziet het kabinet dan ook als cruciaal element van de nieuwe bestuurlijke aanpak. Op die manier wordt de relatie verhelderd tussen inhoudelijke en financiële doelstellingen. De informatievoorziening speelt een doorslaggevende rol in de beoordeling van de realisatie van de

gemaakte afspraken en is ook een voorwaarde voor meer beleidsvrijheid van veldpartijen. De afgelopen jaren is een begin gemaakt met het ontwikkelen van kengetallen en benchmarkgegevens als spiegelinformatie voor beleid, management en bestuur voor een aantal deelsectoren. Ook op het terrein van richtlijnen en protocollen is veel gebeurd. Het gaat er nu om deze te gaan toepassen binnen het kader van de meerjarenafspraken. Dat laat ruimte voor invulling van afspraken tussen individuele verzekeraars en aanbieders over het volume en de organisatie van de zorg en de inzet van beschikbare middelen en menskracht.

De nieuwe bestuurlijke aanpak is erop gericht bestuurlijke rust te creëren en de verantwoordelijkheid van de professionele zorgsector meer kans te geven. Zorginstellingen en zorgverzekeraars hebben in dit bestuursmodel de rol van maatschappelijke ondernemingen: private organisaties die op maatschappelijke verantwoorde wijze publieke taken uitvoeren.

Arbeidsmarkt

Gezondheidszorg is mensenwerk. De kwaliteit van de zorg hangt uiteindelijk af van de kwaliteit en de motivatie van de mensen die de hulp verlenen: familie en vrijwilligers, verplegenden en verzorgenden, artsen, paramedici en vele anderen. Het is dus zaak om voldoende goed gemotiveerde mensen te werven en te behouden in de zorgsector. Een goed functionerende arbeidsmarkt is voorts een belangrijke randvoorwaarde voor een succesvolle realisatie van de afgesproken intensivering in de zorg in de komende jaren. Arbeidsmarktprognoses signaleren dat hiervoor forse inspanningen nodig zijn.

Opleidingen, maatschappelijke waardering, scholings- en carrièremogelijkheden, verzuimbeleid, kinderopvang, flexibele werktijden, de beloning en andere arbeidsvoorwaarden zijn alle factoren van belang om de zorg aantrekkelijk te maken voor de huidige en toekomstige generaties werknemers.

Het vergroten van de aantrekkelijkheid van de 'zorgberoepen' kan alleen totstandkomen door gezamenlijke inspanningen van overheid en sociale partners, vanuit de eigen verantwoordelijkheid van partijen. De rol van de overheid daarbij is een stimulerende en faciliterende. Het kabinet kiest voor een brede aanpak van knelpunten op de arbeidsmarkt.

Het verlichten van werkdruk, de inzet van meer handen aan het bed, het bevorderen van de instroom in de zorgopleidingen, het creëren van extra werkgelegenheid in de zorg ter ondersteuning van de beroepsbeoefenaren via I/D-banen, het zoeken naar mogelijkheden om een deel van het werk van verpleegkundigen en artsen met een hoge werkdruk te delegeren aan mensen met een minder hoge opleiding zijn voorbeelden van maatregelen gericht op de mensen die werken in de zorg.

Ziektekostenverzekeringen

Het kabinet heeft besloten om de huidige indeling in drie financieringscompartimenten te handhaven, en binnen dat bestaande stelsel door te gaan met verbeteren en moderniseren. Het kabinet bouwt daarmee voort op ontwikkelingen die de vorige kabinetsperiode op gang zijn gebracht: het flexibiliseren van verzekeringsaanspraken om ruimte te bieden voor zorgvernieuwing en zorg op maat; de regionale zorgvernieuwing binnen de geestelijke gezondheidszorg; het vergroten van de bedrijfsrisico's van de ziekenfondsen door een verdergaande invoering van de budgettering, en het verruimen van onderhandelingsvrijheid van zorgverzekeraars met aanbieders van zorg. In het streven naar meer doelmatigheid van de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen zijn talloze instrumenten dienstig, waaronder naast budgettering in bepaalde gevallen ook marktwerking. De verdere ontwikkeling van die instrumenten stoelt mede op de resultaten van experimenten en projecten gericht op vergroten van de flexibiliteit zowel binnen als tussen eerste en tweede compartiment.

Ook zet het Regeerakkoord 1998 stappen gericht op vergroten van de toegankelijkheid tot verzekeringen en zorg. Het kabinet is van plan om het komend jaar een voorstel van wet aan de Kamer voor te leggen voor het toelaten van zelfstandigen met een laag inkomen tot de ziekenfondsverzekering. Het kabinet heeft besloten om per 1 januari 1999 de toegangsbijdrage voor de thuiszorg en de preventieve zorg voor 0 tot 4-jarigen af te schaffen teneinde de brede toegankelijkheid van deze belangrijke zorg niet in gevaar te brengen. Ook is besloten om per 1 januari 1999 de eigen bijdragen voor verstrekkingen van de Ziekenfondswet af te schaffen in ruil voor een verhoging van de nominale premies. Bij het verbeteren van de solidariteit en doelmatigheid gaat het niet alleen om de sociale verzekeringen AWBZ en Ziekenfondswet, maar ook om de particuliere verzekering. Bij dat laatste gaat het om de voorgenomen wijzigingen in de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen, de WTZ. Tenslotte zal het kabinet studie verrichten naar de wenselijkheid van verdergaande aanpassingen in het verzekeringsstelsel op de langere termijn in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen.

1.2 Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf geeft een overzicht van de ontwikkeling van de uitgaven voor zorg en van de financiering van deze uitgaven. Toegelicht wordt hoe de budgettaire afspraken over de zorg van het Regeerakkoord 1998 zijn verwerkt in dit JOZ.

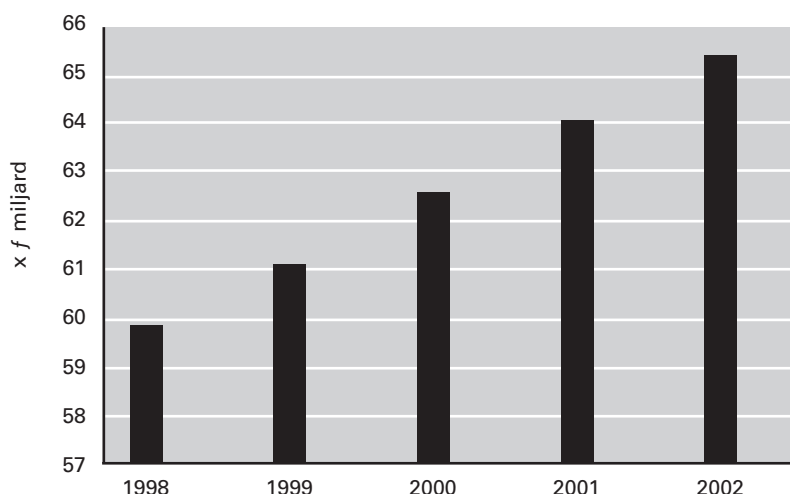
In het Regeerakkoord 1998 is vastgelegd, dat in de periode van 1999 tot en met 2002 f 5,66 mld beschikbaar komt voor volumegroei van het zorgbudget. Het budget groeit jaarlijks met een kwart van deze groei-ruimte. De volumegroei leidt tot de volgende ontwikkeling van het zorgbudget (het netto-BKZ) in de periode 1998–2002.

Tabel 1.1 Ontwikkeling zorgbudget 1998-2002¹⁾

	1998	1999	2000	2001	2002
Zorgbudget (=netto budgettair kader zorg)	59,7	61,1	62,5	63,9	65,4
Volumegroei (%)	-	2,37	2,32	2,26	2,21

1) Vanaf 1999 zijn de bedragen exclusief nominale bijstelling en is voorts geabstraheerd van variaties in volumegroei als gevolg van technische mutaties.

Figuur 1: Ontwikkeling zorgbudget 1998-2002



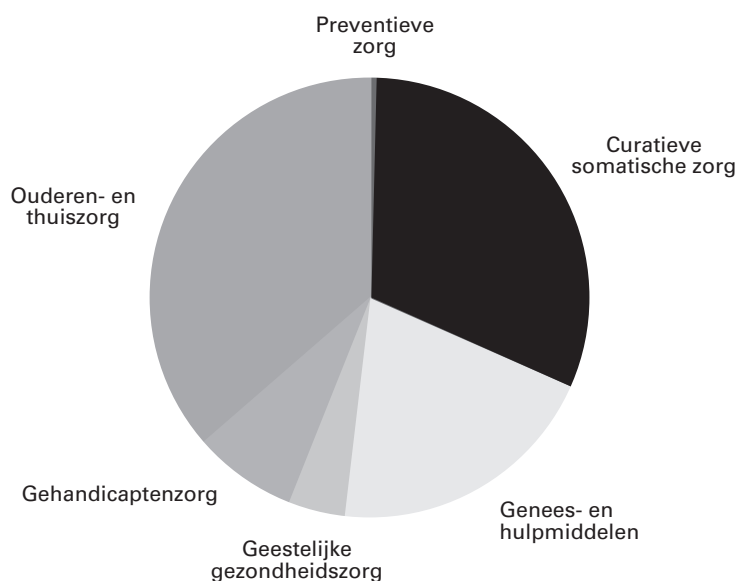
In het Regeerakkoord 1998 zijn tevens afspraken gemaakt over de verdeling van de groeiruinimte van f 5,66 mld in 2002, het laatste jaar van deze kabinetsperiode. Op basis van politieke prioriteitsstelling is de groei globaal als volgt verdeeld over de zorgsectoren.

Tabel 1.2 Globale verdeling volumegroei zorgbudget in 2002 conform Regeerakkoord 1998¹⁾ (in f mln)

Sector	2002
Preventieve zorg	35
Curatieve somatische zorg	1750
Genees- en hulpmiddelen	1155
- waarvan voor nieuwe geneesmiddelen	175
Geestelijke gezondheidszorg	230
Gehandicaptenzorg (inclusief PGB)	430
Ouderen- en thuiszorg (inclusief PGB)	2060
Totaal zorg	5660

1) In de bedragen is de taakstelling van f 300 mln (doelmatiger inkoop zorginstellingen) nog niet versleuteld over de sectoren.

Figuur 2: Verdeling groei zorgbudget in 2002 conform Regeerakkoord 1998



Deze verdeling sluit aan bij de prioriteiten voor de zorg uit het Regeerakkoord 1998. Het hoofdaccent ligt op versterking van de ouderenzorg en de thuiszorg: de ruim f 2 mld aan volumegroei voor deze sectoren in deze kabinetsperiode betekent een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van ruim 3%.

Om het beslag van de uitgaven voor geneesmiddelen op de groeiruinimte in 2002 te verminderen treft het kabinet een drietal maatregelen. In de eerste plaats wordt voor de sector geneesmiddelen zelf een pakket maatregelen ingevoerd met een opbrengst van circa f 700 mln in 2002. De

commissie-Koopmans heeft medio 1998 aanbevelingen gedaan voor een betere beheersing van deze uitgaven. De kern van deze aanbevelingen is dat ook de uitgaven voor extramurale geneesmiddelen worden gebudgetteerd door de introductie van extra prikkels voor kwaliteits- en kostenbeheersing, met de gebudgetteerde verzekeraars als regisseur. In deze kabinetsperiode zal een beheersingssysteem worden ingevoerd in lijn met de aanbevelingen van de commissie-Koopmans. Aanvullende maatregelen op korte termijn richten zich op pakketverkleining door overheveling van een aantal geneesmiddelen naar het derde compartiment en op doelmatiger voorschrijven van een aantal veelgebruikte geneesmiddelen. In de tweede plaats wordt de geraamde opbrengst van een doelmatiger inkoop door zorginstellingen ingezet: f 300 mln in 2002. Het gaat hierbij met name om de facilitaire inkoop door zorginstellingen van drukwerk, kantoorartikelen, onderhoud, schoonmaak en dergelijke. Ten slotte wordt het budget voor de administratiekosten van verzekeraars gekort in verband met het afschaffen van de eigen bijdragen voor verstrekkingen van de Ziekenfondswet en leidt de invoering van een centrale inning van de eigen bijdragen voor intramurale verstrekkingen van de Algemene wet bijzondere ziektekosten tot een hogere opbrengst. Ook de opbrengst van deze maatregelen wordt ingezet om het beslag van de geneesmiddelen uitgaven op de groei ruimte te beperken.

De Regeerakkoordafspraken over intensiveringen en de opbrengst van genoemde maatregelen dienen in hun onderlinge samenhang te worden gezien. In de komende periode worden afspraken met het veld gemaakt over de inzet van de intensiveringsmiddelen en de beoogde resultaten. Op dat moment dient er ook helderheid te zijn over de aanpak van de maatregelen. De realisatie van de maatregelen zal strikt worden bewaakt, mede in het kader van de toetsing van de meerjarenaafspraken met de sectoren. Om te waarborgen dat uitgaven aan geneesmiddelen de middelen voor vermindering van werkdruk en wachtlijsten niet verdringen, zullen de verschillende uitgavencategorieën (preventie, care, cure en geneesmiddelen) afzonderlijk worden gebudgetteerd. Halverwege deze kabinetsperiode zal het kabinet de stand van de realisatie van de maatregelen opmaken en aan de hand daarvan de noodzaak bepalen van aanvullende maatregelen gericht op beperking van het beslag van de uitgavengroei bij de geneesmiddelen op de intensiveringsruimte. Eventuele ruimte als gevolg van een hogere dan afgesproken opbrengst van de maatregelen zal worden benut voor extra intensiveringen in de care.

Overige maatregelen op het terrein van de zorgsector in het Regeerakkoord 1998: verhoging van de opbrengst van het verhaalsrecht in de Algemene wet bijzondere ziektekosten; aanpassing van de indexering van eigen bijdragen voor psychotherapie; en budgettering van de incidentele loonstijging in de zorgsector.

Definitie Budgettair Kader Zorg

De budgetdisciplinesector zorg heeft betrekking op alle uitgaven en ontvangsten die in het Budgettair Kader Zorg (BKZ) worden meegenomen. Het BKZ omvat de aanvaardbare kosten die worden gefinancierd door de AWBZ, de ZFW en de particuliere verzekeraars (deze laatste voorzover betrekking hebbend op die voorzieningen die ook in het ZFW-verzekerd pakket zijn opgenomen), alsmede de rechtstreeks uit de rijksbegroting gefinancierde zorguitgaven waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. De uitgaven-ijklijn Zorg, die tesamen met de ijklijnen voor rijksbegroting en sociale zekerheid in de Miljoenennota wordt gepresenteerd, omvat het collectief gefinancierde deel van het BKZ (AWBZ, ZFW, begrotingsgefinan-

cierde zorg en de omslagbijdrage WTZ). De particulier gefinancierde ziektekosten behoren dus niet tot de ijklijn Zorg.

Uitgaven gefinancierd uit eigen betalingen uit hoofde van eigen bijdragen en eigen risico's vallen buiten het bereik van de regels budgetdiscipline. Om die reden wordt voor de budgetdiscipline gewerkt met het netto BKZ. Dit zijn de BKZ-relevante uitgaven verminderd met de eigen betalingen. Maatregelen ter verkleining of vergroting van het AWBZ-pakket en van het ZFW-verzekerde pakket en het daarmee corresponderende particulier verzekerde pakket, zijn relevante mutaties voor de budgetdiscipline omdat daarmee het BKZ en de uitgavenijklijn worden ontlast.

Tot de zorg op de rijksbegroting worden gerekend de VWS-uitgaven op gebied van de volksgezondheid, de gezondheidszorg-inspecties, de ouderen- en gehandicaptenzorg, de arbeidsmarkt, de extra banen zorgsector en het RIVM. De desbetreffende uitgaven worden gesaldeerd met de ontvangsten die bij de bovengenoemde uitgaven horen. De uitgaven op gebied van maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en de verslavingszorg zullen in het komende jaar onder de BKZ-definitie worden gebracht. Budgettaire verwerking vindt plaats bij Voorjaarsnota 1999.

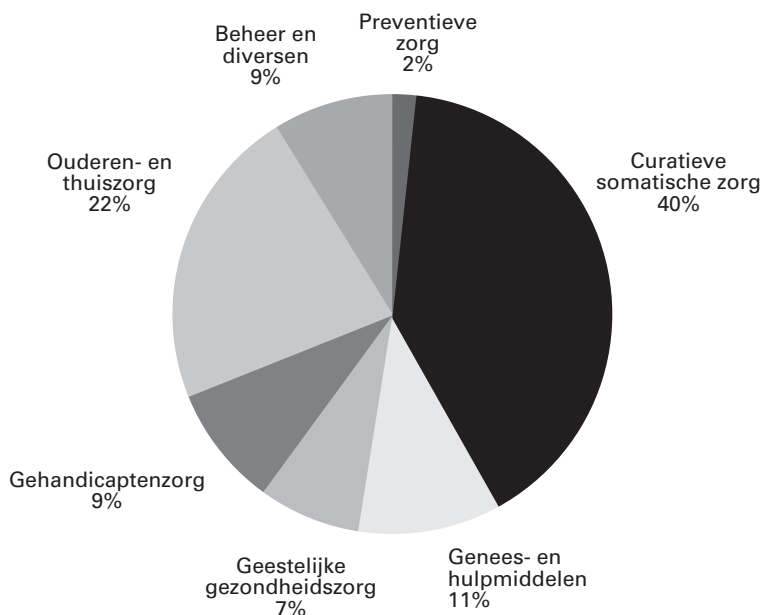
Tabel 1.3 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per sector, zoals vastgelegd in dit JOZ. De tabel richt zich op de hoofdsectoren van de zorg conform de indeling naar hoofdstukken van het JOZ.

Tabel 1.3 Bruto uitgaven zorgsector 1999 conform JOZ 1999 (in f mld)

sector	1999
Preventieve zorg	1,2
Curatieve somatische zorg	28,4
Genees- en hulpmiddelen	7,7
Geestelijke gezondheidszorg	5,2
Gehandicaptenzorg	6,3
Ouderen- en thuiszorg	15,7
Beheer en diversen	6,6
- waarvan aanvullende post	3,3
Totaal zorg¹⁾	71,1

1) Het totaalbedrag van f 71,1 mld is hoger dan het totale budget voor 1999 ad f 61,1 mld zoals in tabel 1.1 staat vermeld. Het verschil van f 10 mld wordt bepaald door het verschil tussen het netto budgettair kader zorg (tabel 1.1) en bruto zorguitgaven (tabel 1.3), alsmede door de nominale groei in 1999, die niet in tabel 1.1 en wel in tabel 1.3 is meegenomen.

Figuur 3: Verdeling uitgaven zorgsector 1999



In dit JOZ zijn uitsluitend extra middelen aan sectoren toebedeeld voor zogenaamde demogroei en voor een aantal overige intensiveringen. De demogroei is primair bestemd voor het ondervangen van de groeiende zorgvraag als gevolg van de demografische ontwikkeling. De extra middelen voor demogroei zijn samengesteld uit enerzijds de exploitatiegevolgen van intramurale capaciteitsuitbreiding via de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV) en anderzijds toegestane autonome groei op basis van de demografische ontwikkeling.

De budgettaire afspraken in het Regeerakkoord 1998 bieden ruimte voor aanvullende intensiveringen in diverse sectoren in relatie tot de afgesproken maatregelen in deze sectoren. In het kader van de nieuwe bestuurlijke aanpak is deze budgettaire ruimte in dit JOZ vooralsnog niet toegevoegd aan de geraamde budgetten van de betreffende sectoren. Definitieve verdeling van de resterende intensiveringsruimte vindt plaats op basis van de te maken meerjarenafspraken.

In plaats van toedeling naar sectoren is deze aanvullende intensiveringsruimte op de zogenaamde aanvullende post 'geparkeerd'. Deze post maakt onderdeel uit van hoofdstuk 8 'Beheer en diversen'. De middelen op de aanvullende post zijn -voor zover mogelijk- wel geoormerkt naar de bestemde sector conform de afspraken in het Regeerakkoord.

De geraamde volumegroei van de zorguitgaven in 1999 bedraagt f 1 415 mln, een kwart van de afgesproken totale volumegroei van f 5,66 mld in deze kabinetsperiode. Tabel 1.4 specificeert de verdeling van deze ruimte voor volumegroei naar hoofdsector.

Tabel 1.4 Verdeling groeiruumte zorgvolume 1999 (in f mln)

sector	demogroei	overige intensiveringen	maatregelen	totaal
Preventieve zorg	2	14		16
Curatieve somatische zorg	233	89		321
Genees- en hulpmiddelen	96	258	-140	214
Geestelijke gezondheidszorg	51	21		73
Gehandicaptenzorg	32			32
Ouderen- en thuiszorg	120			120
Beheer en diversen excl. aanvullende post	2		-50	-49
Aanvullende post		681		681
OVA-sectoren buiten BKZ		7		7
Totaal	535	1070	-190	1415

In de hoofdstukken zelf wordt inzicht gegeven in de wijzigingen van de budgetten van de deelsectoren. Een gedetailleerd overzicht van alle budgetaanpassingen is terug te vinden in de tabellen van bijlage B10 van dit JOZ. Hieronder worden per hoofdsector de belangrijkste wijzigingen van de budgetten in 1999 kort toegelicht.

Preventieve zorg (hoofdstuk 2)

De geraamde groei van de uitgaven voor preventieve zorg wordt bepaald door (autonome) demogroei van de premiegefinancierde preventieve zorg ad f 1,7 mln en door een tweetal specifieke intensiveringen: ophoging van het budget van het Patiëntenfonds met f 10 mln tot in totaal f 32 mln en het opvangen van de gestegen kosten van de vaccinproductie ad f 4 mln.

Curatieve somatische zorg (hoofdstuk 3)

De geraamde demogroei van de uitgaven voor curatieve somatische zorg wordt gerealiseerd via toegestane autonome groei van de budgetten ad f 237 mln vanaf 1999. De geraamde exploitatiegevolgen van de intramurale capaciteitsuitbreiding WZV in deze sector nemen in 1999 licht af met f 4,4 mln.

Overige intensiveringen betreffen: het opvangen van extra zorg als gevolg van het afschaffen van de eigen bijdragen Ziekenfondswet ad f 47 mln, uitbreiding van de zogenaamde 'chronische lijst' fysiotherapie en oefentherapie ad f 10 mln en het opvangen van besparingsverliezen door af te zien van invoering van een lage eigen bijdrage in het eerste jaar van opname in een psychiatrische afdeling van een algemene ziekenhuis (PAAZ) ad f 4,8 mln en door de korting fysiotherapie ad f 27 mln structureel ongedaan te maken.

Genees- en hulpmiddelen (hoofdstuk 4)

De geraamde demogroei voor de sector genees- en hulpmiddelen bedraagt f 96,2 mln. In verband met de verwachte stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen, deels als gevolg van het afschaffen van de eigen bijdragen Ziekenfondswet, wordt het budget aanvullend met f 255 mln verhoogd. Hier staat een aantal maatregelen tegenover:

conform de afspraken van het Regeerakkoord 1998 wordt een aantal geneesmiddelen overgeheveld naar het derde compartiment. De geraamde opbrengst van deze overheveling is f 130 mln. Voorts dient met het doelmatiger voorschrijven van een aantal veelgebruikte geneesmiddelen f 10 mln te worden bespaard. Een specifieke intensivering ad f 3 mln betreft de toelating van botgroeistimulator tot het verzekerde pakket.

Geestelijke gezondheidszorg (hoofdstuk 5)

De geraamde uitgaven voor geestelijke gezondheidszorg stijgen als gevolg van demogroei met f 51,3 mln, waarvan f 3,3 mln voor toegestane autonome groei en f 48 mln voor capaciteitsuitbreiding WZV. De overige intensiveringen betreffen onderzoek naar detoxificatie (afkicken) onder narcose ad f 1,2 mln en het afzien van de invoering van een eigen bijdrage in het eerste jaar van opname in een psychiatrisch ziekenhuis ad f 20,2 mln.

Gehandicaptenzorg (hoofdstuk 6)

De geraamde demogroei van de uitgaven voor gehandicaptenzorg met f 32,3 mln wordt volledig gerealiseerd via capaciteitsuitbreiding WZV.

Ouderenzorg en thuiszorg (hoofdstuk 7)

De geraamde demogroei van de uitgaven voor ouderenzorg en thuiszorg wordt bepaald door een toegestane autonome groei van de thuiszorg ad f 26,2 mln en door de uitgaven voor capaciteitsuitbreiding WZV bij de verpleeghuizen met f 93,4 mln in 1999.

Beheer en diversen exclusief aanvullende post (hoofdstuk 8)

De demogroei van de geraamde uitgaven voor beheer en diversen bedraagt f 1,5 mln. Het budget van de administratiekosten van verzekeraars wordt gekort met f 50 mln in verband met het afschaffen van de eigen bijdragen Ziekenfondswet.

Aanvullende post (hoofdstuk 8)

Na aftrek van de aan de hoofdsectoren reeds toebedeelde groei resteert f 681 mln intensiveringsruimte in 1999. Deze ruimte wordt ingezet in lijn met de prioriteiten van het Regeerakkoord 1998: vermindering werkdruk care, terugdringen wachtlijsten care én cure, alsmede voor extra uitgaven ad f 175 mln in verband met reeds gemaakte afspraken over scholing en werkdruk bij het overleg over de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling.

De definitieve verdeling van deze middelen geschiedt op basis van de te maken meerjarenafspraken. Voorlopig zijn deze middelen toegevoegd aan de aanvullende post.

OVA-gevoelige sectoren buiten BKZ

In het Regeerakkoord 1998 is vastgelegd, dat de productiviteitsstijging bij de overheid met jaarlijks 0,55% wordt afgeroomd. De zorgsectoren zijn van deze taakstelling uitgezonderd. Voor een aantal OVA-gevoelige VWS-sectoren die buiten het budgettair kader zorg (BKZ) vallen, wordt naar analogie eveneens een uitzondering gemaakt. De taakstelling voor deze sectoren wordt opgevangen door een bijdrage uit de intensiveringsruimte voor de zorg ad f 6,7 mln. Het gaat om de VWS-sectoren jeugdhulpverlening, verslavingszorg, vrouwenopvang en maatschappelijke opvang.

Naast de intensiveringsruimte conform het Regeerakkoord 1998 is ook de evaluatie van de voorlopige realisatiecijfers 1997 verwerkt in het totale beeld van de zorguitgaven. De belangrijkste constatering van deze evaluatie zijn structurele volume-overschrijdingen bij de algemene en

categorale ziekenhuizen van circa f 50 mln en van circa f 18 mln bij het zittend ziekenvervoer.

Het kabinet heeft besloten om de structurele overschrijding bij de ziekenhuizen niet te vertalen in een budgetkorting, doch het bedrag van de overschrijding ten laste te brengen van deels de toegestane autonome groei 1999 (f 27 mln) en deels de budgettaire ruimte die voor meerjarenafspraken met deze sector is gereserveerd (f 23 mln).

De volume-overschrijding bij het zittend ziekenvervoer zal worden tegengegaan door een verscherpte uitvoering van de indicatiestelling en het toevoegen van (een deel van) het budget aan dat van de ziekenhuizen.

Inclusief de nominale groei bedraagt de totale groei van de zorguitgaven in 1999 f 3,8 mld. De nominale groei van de zorguitgaven wordt vooral bepaald door de loon- en prijsontwikkeling en door de nominale component van de bouw. De middelen voor loon- en prijsontwikkeling zijn vooralsnog op de aanvullende post 'geparkeerd'. Deze middelen worden in de loop van 1999 aan de budgetten van de sectoren toegevoegd in het verlengde van het overleg over de post-WAGGS en het CAO-overleg.

Nominale systematiek

Het vorige kabinet heeft de systematiek ingevoerd waarbij aan het begin van de kabinetsperiode de uitgavenontwikkelingen voor de verschillende budgetdisciplinesectoren overeenkomstig de afspraken in het Regeerakkoord worden geraamd en vervolgens als norm vastgesteld. In de ramingen wordt rekening gehouden met sectorspecifieke nominale ontwikkelingen bij de zorg. Deze normen worden de ijklijnen genoemd. De ijklijnen worden aangepast in verband met de bijstellingen in de raming van de nominale ontwikkeling van het Bruto Binnenlands Product (de prijs BBP).

In de zorgsector heeft deze systematiek enkele malen tot problemen geleid. Gebleken is dat fluctuaties in de raming van de prijs BBP sterk af kunnen wijken van de werkelijke loon- en prijsontwikkeling in de zorgsector en daardoor voor budgettaire problemen kunnen zorgen.

In de nieuwe regels budgetdiscipline voor de komende kabinetsperiode (bijlage 14 van de Miljoenennota) is vastgelegd dat een overschrijding die het gevolg is van een ruilvoetverlies in verband met de macro-economische contractloonontwikkeling niet specifiek binnen één sector behoeft te worden gecompenseerd. Onder ruilvoetverliezen worden verstaan afwijkingen tussen de geraamde loon- en prijsontwikkeling binnen de sector en de geraamde prijs BBP, leidend tot een belasting van het budgettaire kader. Nominale tegenvallers in de zorgsector, die niet door meevallers kunnen worden gecompenseerd, worden daardoor binnen het geheel van uitgaven van de collectieve sector (de drie budgetdisciplinesectoren) gecompenseerd. De ministerraad kan volgens de regels budgetdiscipline bij het ontstaan van een ruilvoetverlies besluiten om allereerst de uitgavenreserve, die mede is gevormd voor dit soort ruilvoetverliezen, in te zetten om die hogere reële uitgaven geheel of gedeeltelijk te compenseren. Mocht deze reserve onvoldoende ruimte bieden, dan ligt onderlinge compensatie tussen de drie sectoren in de rede. Indien er sprake is van per saldo ruilvoetwinst in de verhouding tussen loon- en prijsontwikkeling in de zorgsector en de prijs BBP ligt het in de rede deze binnen het BKZ te reserveren voor eventuele ruilvoetverliezen in latere jaren.

Een tweede verandering in de regels budgetdiscipline die van belang is voor de zorgsector betreft het achterwege laten van de nacalculatie van de algemene nominale ontwikkeling voor het achterliggende jaar. Deze nacalculatie zorgde de afgelopen jaren voor veel onrust in het budgettaire beeld,

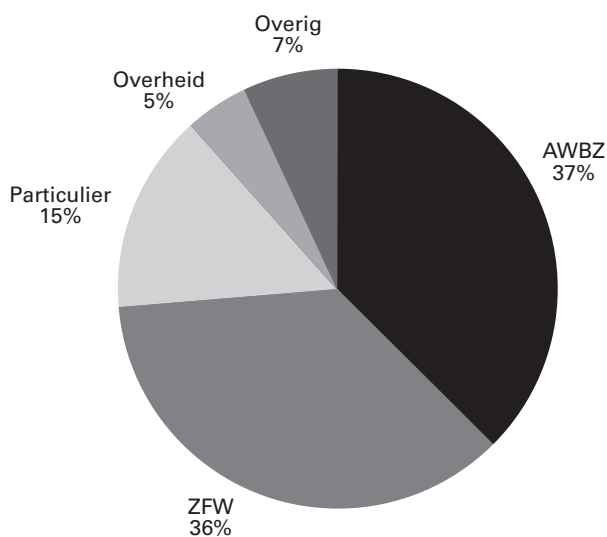
omdat het kader waaraan de uitgaven worden getoetst sterk kon fluctueren. Bij de besluitvorming over het budget voor het nieuwe jaar worden alleen nieuwe inzichten over de nominale ontwikkeling voor het lopende enkomende jaar betrokken, niet over het achterliggende jaar. Tijdens de uitvoering wordt alleen nog een bijstelling van het kader op basis van het Centraal Economisch Plan verwerkt. Nadien vindt geen aanpassing meer plaats, ook niet voor definitieve realisatiegegevens over het achterliggende jaar.

Tabel 1.5 toont de verdeling van de financiering van de totale zorguitgaven in 1999.

Tabel 1.5 Financiering zorguitgaven (in f mld)

Financieringsbron	1999
AWBZ-premies	26,6
ZFW-premies	25,9
Particuliere premies	10,5
Overheid	3,4
Eigen betalingen en overig	4,8
Totaal	71,1

Figuur 4: Verdeling financiering zorguitgaven 1999



Tabel 1.6 schetst de ontwikkeling van de premies voor ZFW en AWBZ in de periode van 1996 tot en met 1999

Tabel 1.6 Premieverloop 1996-1999

Premie	1996	1997	1998	1999
AWBZ				
- procentuele premie (%)	7,35	8,85	9,60	10,25
ZFW				
- procentuele premie (%)	7,00	6,90	6,80	7,45
- nominale premie (f gld)	342	216	216	356

HOOFDSTUK 2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID

2.1 Terreinbeschrijving

In dit hoofdstuk staat het begrip 'public health', ook wel aangeduid als gezondheidsbeleid, centraal. Public health omvat de bevordering en bescherming van de gezondheid van de bevolking door middel van maatregelen die binnen, maar ook ver buiten het werkterrein van de minister van VWS kunnen liggen. Zo hebben werken, wonen, inkomen en opleiding de nodige effecten op de gezondheidsstatus en kunnen maatregelen op die terreinen deel uitmaken van intersectoraal, zogenoemd facetbeleid. Dit hoofdstuk verschilt hiermee van de andere hoofdstukken, die elk een deel van de 'productie' van zorg als invalshoek hebben. Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 (VTV) blijkt dat gemiddeld genomen de individuele gezondheidstoestand in ons land, in vergelijking met andere landen van een vergelijkbaar ontwikkelingsniveau, goed is. Bovendien wordt de gezondheidstoestand ook steeds beter en ontwikkelt ze zich conform de beleidsdoelen uit de nota 'Gezond en Wel' (TK, 1994–1995, 24 126, nr.2). Een deel van dit succes kan zeker op het conto van het Public Health beleid worden geschreven, waarbij moet worden bedacht dat dit beleid ook preventieactiviteiten omvat die zich vaak 'onzichtbaar' in de curatieve zorg en verzorging afspelen. Een punt van zorg vormen de gezondheidsverschillen binnen Nederland. Volgens VTV 1997 zijn deze de laatste jaren niet afgenomen, maar op sommige punten zelfs toegenomen.

Tabel 2.1 Uitgaven Preventieve Zorg

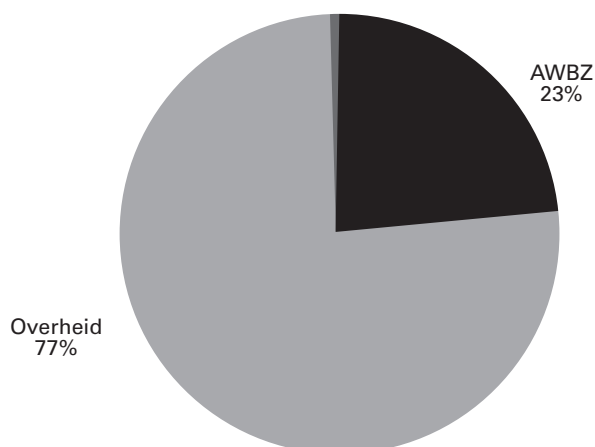
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Preventieve zorg (premie)	160,6	180,6	288,4	296,4	294,1	280,8	276,5	276,5	276,5	276,5
2 Preventieve zorg (begroting)	72,3	114,6	98,8	122,3	213,3	236,1	236,7	234,6	234,4	234,4
3 Inspectie waren en veterinaire zaken	94,9	94,5	102,3	103,4	110,6	124,4	126,0	124,0	123,0	122,0
4 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheidsdiensten (GGD)	490,0	509,0	556,0	578,0	578,0	578,0	578,0	578,0	578,0	578,0
Totaal JOZ 1999	817,8	898,7	1045,5	1100,1	1196,0	1219,3	1217,2	1213,1	1211,9	1210,9
Procentuele mutatie		9,9	16,3	5,2	8,7	1,9	-0,2	-0,3	-0,1	-0,1

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Voor 1999 is de groeiruimte verwerkt voor met name de demografische ontwikkelingen (de toegestane volumegroei), alsmede specifieke intensiveringen zoals toegelicht in hoofdstuk 1, tabel 1.4 van het JOZ. Het uitgavenniveau 1998 is door enkele specifieke factoren incidenteel hoger dan dat in latere jaren. De intensiveringsruimte na 1999, voortvloeiend uit het Regeerakkoord 1998, is niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt met het oog op de te maken meerjarenafspraken (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

Figuur 1: Financiering preventieve zorg 1999 (f 1219,3 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

Het onderdeel 'preventieve zorg (premie)' bestaat uit een aantal activiteiten die worden gefinancierd uit middelen ex AWBZ. Hieronder wordt een nadere specificatie gegeven van deze premie-gefinancierde preventie-activiteiten:

Tabel 2.2 Preventieve zorg ex AWBZ

	1996	1997	1998	1999
Preventie (vaccinatieprogramma)	75,0	71,9	76,0	78,0
Borstkankerscreening	57,0	57,7	63,0	68,6
Baarmoederhalskankerscreening	45,0	50,1	47,4	50,0
Preventiefonds	48,0	48,8	23,8	
Griepvaccinatie	55,0	58,5	55,0	55,0
Pre- en postnatale screening			6,3	12,5
Overigen: w.o. soa-klinieken	8,4	9,4	22,6	16,7
Totaal	288,4	296,4	294,1	280,8

Voor een nadere toelichting op de verschillende mutaties wordt kortheids-halve verwezen naar bijlage B10.

.2 Lopend beleid

De Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997 geeft aan dat door preventie nog veel gezondheidswinst te behalen is. Naast het voorkomen van ziekten gaat het ook om het verlengen van de gezonde levensverwachting en om het vergroten van de kwaliteit van leven van chronisch zieken, ouderen en gehandicapten. Daarbij moet bedacht worden dat de effecten vaak pas op langere termijn zichtbaar zullen zijn en niet voor ieder individu tot een betere gezondheid leiden. Verandering van leefstijl, vermindering van gezondheidsrisico's door beïnvloeding van schadelijke omgevingsfactoren, vaccinatie- en screeningsprogramma's en dergelijk zijn te beschouwen als investeringen in de toekomst. Het wegvallen van de huidige activiteiten op het gebied van de public health zoals hygiëne-maatregelen zou daarentegen wel op korte termijn negatieve effecten hebben. Ook moet worden vastgesteld dat het public health beleid er moeite mee heeft om bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen te elimineren. Mensen met slechte perspectieven qua woon- en arbeidsomstandigheden en opleiding, zijn vaak moeilijk toegankelijk voor en weinig geïnteresseerd in gezondheidsbevorderende initiatieven. Uit recent onderzoek blijkt ook dat mensen met een lage sociaal-economische status (SES) meer gezondheidsproblemen hebben, terwijl ze minder snel doorverwezen worden naar een medisch specialist vergeleken met mensen met dezelfde gezondheidsproblemen en een hogere SES. Voor maatregelen op dit gebied is een breed gedragen public health beleid noodzakelijk. De nieuwe Infectieziektenwet zal naar verwachting op 1 januari 1999 inwerking treden.

2.2.1 Collectieve en programmatische preventie

2.2.1.1 Collectieve preventie

Sinds de invoering van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) in 1989 zijn de middelen voor de collectieve preventie (waaronder onder meer epidemiologie, beleidsadvisering, jeugdgezondheidszorg, infectieziektebestrijding, gezondheidsbevordering, bevordering hygiëne en psychohygiëne) in fasen 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.

2.2.1.2 Programmatische preventie

De griepvaccinatie voor risicogroepen en 65-plussers wordt in 1999 wederom uitgevoerd in het kader van het nationale griepvaccinatieprogramma, met een beschikbaar budget van f 55 mln. Ook de screening op baarmoederhalskanker kan in 1999 geheel programmatisch uitgevoerd worden. Daarvoor is een bedrag van f 50 mln beschikbaar. Tevens kan de borstkankerscreening als programmatische activiteit worden vermeld. Voor de uitvoering hiervan is in 1999 een bedrag beschikbaar van f 68,6 mln.

In 1998 is op experimentele basis gestart 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). De mogelijkheden worden verkend om ook de intramurale sector een rol te geven in de implementatie van programmatische preventie. In totaal is voor de experimentele implementatie van programmatische preventie in de extramurale sector in 1999 ongeveer f 7 mln op de Rijksbegroting beschikbaar.

2.2.2 Doelgroepgerichte preventie

Bepaalde groeperingen in de Nederlandse samenleving houden systematisch een achterstand in hun gezondheidstoestand. 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 streven is een dergelijke inspanning in te bedden in de dagelijkse praktijk in de jeugdgezondheidszorg (JGZ), in de preventieve zorg voor gehandicapten en ouderen, en in de gezondheidsvoorlichting. Inzet is dat de preventieve zorg ook de mensen bereikt met een zeer laag opleidingsniveau en/of een zeer laag inkomen of die behoren tot moeilijk bereikbare bevolkingsgroepen van allochtone afkomst. Naast bovengenoemde preventieve zorgterreinen zijn 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 Gezondheids-Verschillen (SEGV II) belangrijke resultaten opleveren. Dit programma 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

Aan het jeugdgezondheidszorgbeleid ligt een aantal beleidsdoelen ten grondslag: toegankelijkheid van noodzakelijke zorgvoorzieningen, kwaliteit, het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen en kosteneffectiviteit en doelmatigheid. In het Regeerakkoord is het belang van jeugd-gezondheidszorg voor het tijdig signaleren van achterstanden onderkend. De verschillende doelstellingen zijn richtsnoer geweest voor het standpunt dat is ingenomen op het evaluatie-onderzoek van de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Hierin werd onder meer de totstandkoming van een standaardbasispakket JGZ aanbevolen, dat alle JGZ activiteiten omvat die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland zal worden aangeboden. Inmiddels heeft de werkgroep Basistaken JGZ haar rapportage opgeleverd. Het pakket zal in het najaar van 1998 door mij worden vastgesteld en vervolgens juridisch in een algemene maatregel van bestuur op basis van de Wcpv worden verankerd. De noodzaak tot aanpassing van regelgeving op basis van de Algemene wet bijzondere ziektekosten (AWBZ) wordt onderzocht. Na vaststelling van het standaardbasispakket kan dit mede tot toetssteen dienen voor het door de Inspectie voor de Gezondheidszorg uit te oefenen toezicht op de uitvoering daarvan. Ook de professionele standaarden JGZ dienen als uitgangspunt voor toetsing door de Inspectie. De reeds ingezette ontwikkeling van professionele standaarden wordt gecontinueerd. Daarnaast zal het onderzoek naar doeltreffendheid en doelmatigheid van de JGZ worden geïntensiveerd. Voorts zal de totstandkoming van een gezaghebbend platform JGZ worden gestimuleerd. Ter vergroting van de toegankelijkheid van de jeugdgezondheidszorg is in het Regeerakkoord onder meer bepaald dat de toegangsbijdrage voor de 0 tot 4-jarigen zal worden afgeschaft.

2.2.2.2 Gehandicapten

Het streven naar volwaardig burgerschap en het bieden van optimale zorg voor mensen met een handicap houdt in dat de zorg tevens gericht is op preventie of vermindering van (chronisch) lichamelijke-, psychische- en gedragsproblemen en het voorkomen van onnodige sociale en maatschappelijke beperkingen. Daarbij kan preventie gericht op oudere

gehandicapten, bij wie naast de bestaande beperkingen vaak ook ouderdomsaandoeningen zich voordoen, het voorkomen van extra praktische en sociale beperkingen stimuleren.

Technologie kan een bijdrage leveren aan preventie, mits in het ontwerp rekening gehouden wordt met specifieke eisen van de gebruikers. Het project ouderentechnologie, dat deel uitmaakt van het interdepartementale stimuleringsprogramma technologie en samenleving van EZ, VROM en VWS stimuleert dit concept DESIGN FOR ALL (voor een nadere toelichting wordt verwezen naar de bijlage ISG Rapportage Technologie bij de Actualisatie 1997 van het Meerjarenprogramma intersectoraal gehandicaptenbeleid 1995–1998). Daarnaast is de ontwikkeling van alternatieve communicatie voor ernstig verstandelijk gehandicapten een preventieaspect. In het programma van Zorgonderzoek Nederland (ZON) 'Innovatie in de zorg voor verstandelijk gehandicapten' 1998–2001 is technologie tevens een belangrijk aangrijpingspunt voor de bevordering van de optimale zorg en het voorkomen of verminderen van vermijdbare beperkingen. 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 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 die participeren in EUROCAT, een Europees samenwerkingsverband.

2.2.2.3 Ouderen

Met het toenemen van de levensverwachting neemt het aantal ouderen toe. Een flink deel van die ouderen leeft in goede gezondheid. De gezonde levensverwachting van mannen is de afgelopen jaren iets toegenomen, die van vrouwen niet. Gemiddeld genomen brengen mannen 14 jaar en vrouwen 20 jaar door in minder goede gezondheid. Daarbij gaat het vaak om lichte gezondheidsproblemen. De oudere van nu wil graag zo lang mogelijk een actief en zelfstandig leven leiden. Preventie gericht op ouderen kan dit verder stimuleren. Een vijfjarig projecten- en onderzoekprogramma, als onderdeel van het brede ZON-preventieprogramma, 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

Op het terrein van psychische problematiek is de grens tussen preventie en behandeling niet duidelijk te trekken. In termen van functies van gezondheidszorg omvat de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) de opvang- en preventiefunctie. Zowel de Riagg als de GGD hebben een wettelijke opdracht tot het uitvoeren van preventie-activiteiten. De Riagg maakt hierover ook productieafspraken. De model-preventieprojecten zijn gericht op drie doelgroepen: ouderen, jeugd en chronisch zieken. Voor 1999 is hiermee een bedrag gemoeid van f 0,1 mln. Binnen het ZON-preventieprogramma, dat in 1998 van start is gegaan, is preventieve geestelijke gezondheidszorg een prioriteit. Aan ZON is door VWS gevraagd de onderwerpen 'vroegtijdige onderkenning van schizofrenie'

en 'het voorkomen van psychische arbeidsongeschiktheid' in te passen in het preventieprogramma. Uit een recent rapport van de Hersenstichting Nederland (1998) blijkt dat met arbeidsongeschiktheid om psychische redenen hoge maatschappelijke kosten zijn gemoeid. In dit rapport wordt de nadruk gelegd op het belang van preventie van ziekte (-verzuim) en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen. Voor het onderdeel OGGZ wordt verwezen naar hoofdstuk 5 'Geestelijke Gezondheidszorg'.

2.2.3.2 Chronische ziekten

Chronisch zieken zijn nog steeds zeer kwetsbaar wanneer het gaat om toegang tot verzekeringen en zorg, kwaliteit van zorg, toegang tot en behoud van werk en hun inkomenspositie. In het Regeerakkoord zijn maatregelen aangekondigd ten behoeve van specifieke inkomensondersteuning van chronisch zieken. Bezien zal worden langs welke weg optimale effecten bereikt kunnen worden. De Nationale Commissie Chronisch Ziekten (NCCZ), die de afgelopen jaren als belangrijk beleidsinstrument heeft gefungeerd, zal medio 1999 haar taak beëindigen. De meerjarenbudgetten chronisch ziekenbeleid inclusief het budget ten behoeve van de NCCZ (f 10,9 mln) zullen gecontinueerd worden maar een andere aanwending krijgen. Aan ZON is verzocht voorbereidingen te treffen voor een meerjarenprogramma chronisch zieken ter voorbereiding van een concrete opdracht. Alle lopende NCCZ stimuleringsprogramma's op dit terrein zullen in dat programma geïntegreerd moeten worden. Op dit moment voert NWO programma's uit die betrekking hebben op chronisch zieken. Het voornemen bestaat om de Raad voor gezondheidsonderzoek (RGO) te vragen om een follow-up van dit traject te doen tegen de achtergrond van het in 1991 door de RGO uitgebrachte advies over prioriteiten in chronisch ziekenonderzoek. Op het terrein van het monitoren en signaleren van ontwikkelingen is overleg gaande met het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) om te bezien hoe de doelgroep chronisch zieken betrokken kan worden bij de trendrapportages die door het SCP stelselmatig worden uitgevoerd.

2.2.3.3 Kankerbestrijding

In de loop van 1998 is het bevolkingsonderzoek naar borstkanker uitgebreid met de categorie oudere vrouwen in de leeftijdsgroep van 70 tot en met 75 jaar. 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 onderzoeken 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 kwam. Er blijkt echter bij de oudere vrouwen een veel grotere belangstelling voor deelname aan deze screening te bestaan, hetgeen voor 1999 tot een bijstelling van het verwachte opkomstpercentage heeft geleid; dit wordt nu geraamd op 60%. Voor 1999 is nu totaal beschikbaar f 68,6 mln.

Bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker moet in 1999 met aanzienlijke meerkosten rekening worden gehouden, dit in verband met een herziene raming van de omvang van de doelgroep (60 000 extra onderzoeken), tariefstijgingen medische beroepsbeoefenaren, alsmede de implementatie van nieuwe technieken. Met dit alles is een bedrag van f 15 mln gemoeid. De beschikbare middelen zijn hiertoe uitgebreid tot f 50 mln.

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 1,9 mln aan de International Agency for Research on Cancer (IARC) te Lyon. Ons land neemt hiermee vijf procent 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. Door medische en maatschappelijke ontwikkelingen vormen zowel nieuwe als enkele bekende infectieziekten weer een bedreiging. Zij brengen in Nederland een aanzienlijke ziektelast en ziekteverzuim met zich mee. Het in stand houden van het huidige niveau van infectiepreventie is dan ook van groot belang. Voor de programmatische preventie van infectieziekten die herleidbaar zijn tot individuen, wordt circa f 131 mln uitgegeven via de AWBZ. Dit betreft het vaccinatie-programma 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 griepvaccinatie wordt uitgevoerd door huisartsen als nationaal programma. Ondermeer door de sterke toename in de vaccinatiegraad onder de opgeroepen risicogroepen en 65-plussers is hiervoor in 1999 f 55 mln beschikbaar. Binnen het uit de AWBZ gefinancierde vaccinatie-programma voor zuigelingen en jonge kinderen vindt vaccinatie plaats tegen difterie, kinkhoest, tetanus, polio (DKTP), bof, mazelen, rode hond (BMR) en haemophilus influenza type b (Hib). De vaccinatiegraad ligt tussen de 93 en 97%. Door overdracht van de productie van het RIVM naar de Stichting tot bevordering van de Volksgezondheid en Milieuhygiëne (SVM) heeft er een bijstelling van de vaccinatieprijzen plaatsgevonden. Tevens is het aantal te verwachten vaccinaties aangepast aan de verwachte demografische ontwikkelingen. Hierdoor is voor 1999 f 78 mln voor dit programma beschikbaar. Momenteel is een onderzoek gaande naar de mogelijkheden om de vaccinatiegraad voor DTP en BMR onder onvolledig geïmmuniseerde 16-jarigen te verhogen. Ook zal, in het kader van een advies van de Gezondheidsraad over hepatitis B-vaccinatie en een advies van de Ziekenfondsraad over verbetering van pre- en postnatale screening, hepatitis B-vaccinatie voor enkele risicogroepen worden geïntensiveerd. Ter ondersteuning van bovenstaande programma's zal in 1999 een uitgebreide voorlichtingsfolder over het zogenaamde rijksvaccinatieprogramma worden uitgegeven.

In 1998 is een start gemaakt met een proefproject voor vaccinatie van druggebruikers en homo- en heteroseksuelen met veel wisselende seksuele partners tegen hepatitis B. Hiervoor is de Rijksbegroting voor 1998 en 1999 belast met jaarlijks f 1,2 mln.

Voor het kernsysteem voor de surveillance van infectieziekten is in 1999 f 1,5 mln beschikbaar.

Voor een uitgebreide toelichting op het infectieziektebeleid verwijs ik naar bijlage B2.

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. Hiervoor is in totaal op de begroting f 24 mln beschikbaar. Tot slot is in 1999 f 0,9 mln beschikbaar voor rijksuitgaven voor de laagdrempelige curatieve SOA-bestrijding en f 9,4 mln beschikbaar voor de SOA-poliklinieken die via een AWBZ-subsidieregeling worden gefinancierd.

2.2.4 Determinantenbeleid

Naast collectieve en programmatische preventie (paragraaf 2.2.1), doelgroepgerichte preventie (paragraaf 2.2.2) en ziektespecifieke preventie (paragraaf 2.2.3) is het eveneens van groot belang om gericht naar determinanten van gezondheid en ziekte te kijken en daaraan beleidsmatige consequenties te verbinden. Via het ZON-programma Preventie 1998–2002 zullen de meeste hieronder genoemde determinanten de komende jaren nader worden uitgewerkt. VTV 1997 bood de benodigde aanzet voor de uiteindelijke keuze van determinanten, doelgroepen en de meest geschikte interventiestrategie om op termijn te komen tot kwalitatief betere en effectievere interventies. Als intermediair tussen onderzoek en beleid is ZON bij uitstek de organisatie die door adequate terugkoppeling naar beleidmakers binnen VWS kan zorgdragen voor een extra impuls aan het realiseren van evidence based health policy. In 1999 is f 50 mln beschikbaar in het ZON-programma Preventie voor onderzoek en uitvoeringsprojecten, waaronder voorlichtingscampagnes. Het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) legt zich primair toe op gedragsgerichte gezondheidsbevordering. De drie belangrijkste kerntaken van het NIGZ zijn voorlichting richting algemeen publiek, ondersteuning van intermediairen en pleitbezorging. Prioriteiten voor 1999 binnen de kerntaken van het instituut worden deels bepaald uit de resultaten van een tussentijdse evaluatie van het NIGZ, welke in het najaar van 1998 is afgerond. Voor het uitvoeren van de kerntaken van het NIGZ stel ik in 1999 ruim f 5,8 mln beschikbaar.

2.2.4.1 Facetbeleid en gezondheidseffectscreening

Zoals ook aangegeven in de eerdere brieven over facetbeleid aan de Tweede Kamer, kunnen interventies binnen cure en care de nodige invloed hebben op gezondheid van mensen maar is inmiddels genoegzaam bekend dat naast leefstijlfactoren á la BRAVO (bewegen, roken, alcohol, voeding en ontspanning) ook determinanten in de sfeer van infrastructuur en sociaal-economisch beleid aanzienlijke impact hebben op de gezondheid van de Nederlandse bevolking. Verdere gezondheidswinst wordt met name buiten het zorgsysteem geboekt. Inhoudelijk zijn de relaties tussen enerzijds opleiding, inkomen, beroepsstatus en anderzijds

gezondheidstoestand duidelijk aangetoond en over de oorzakelijke verbanden ontstaat steeds meer inzicht, mede door onderzoek van de programmacommissie Sociaal Economische Gezondheids Verschillen (SEGV). Politiek en bestuurlijk biedt vooral het Regeerakkoord, naast de jaarlijkse begrotingen van andere ministeries, voor de komende jaren enkele aanknopingspunten om facetbeleid verder te versterken. Ook bij het opstellen door gemeenten van een nota gezondheidsbeleid, als follow up van het actieprogramma gericht op versterking van collectieve preventie volksgezondheid bij gemeenten, zullen facetbeleid en bijbehorend instrument gezondheidseffectscreening (GES) een rol kunnen spelen. De Netherlands School of Public Health (NSPH) zal VWS ondersteunen bij de uitvoering van uitgebreide GES-en. Voor 1999 stel ik aan de NSPH voor hun ondersteuningsfunctie facetbeleid f 0,6 mln beschikbaar. Naast de activiteiten van de NSPH gaat naar verwachting ook het advies 'Invloeden op gezondheid en welzijn buiten cure en care' van de Raad voor Volksgezondheid en Zorg en de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling aan het eind van 1999 een rol van betekenis spelen bij de nadere invulling van facetbeleid op landelijk en lokaal niveau.

2.2.4.2 Preventie van verslaving

Tabak

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 1999 een bedrag van f 4,0 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. Inmiddels is de richtlijn ter beperking van tabaksreclame in het kader van de EU tot stand gekomen. Na afloop van de nu geldende code voor tabaksreclame (mei 1999) wordt de Europese richtlijn geïmplementeerd. Hiertoe wordt een speciaal wetsvoorstel voorbereid. 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.

Alcohol

Alcoholmisbruik door jongeren vraagt voortdurende aandacht van het kabinet. In 1999 zal opnieuw worden bijgedragen 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 worden gesteld. Naar verwachting zullen het Voorstel van wet tot wijziging van de Drank- en Horecawet en het Handhavingsplan Consumentenleeftijdsgrenzen alcohol, tabak en kansspelautomaten in 1998 door de Tweede Kamer worden behandeld. Door het stellen van enkele nieuwe normen en het aanscherpen van sommige bestaande regels zal een bijdrage worden geleverd aan het beleid gericht op het terugbrengen van overmatig alcoholgebruik, met name in specifieke risicosituaties (verkeer, werk) en door bepaalde kwetsbare groepen, zoals jongeren.

Gokken

De preventie van gokverslaving, vooral het problematisch gokken op fruitautomaten, blijft de aandacht van VWS vragen. In dit kader heeft VWS een bijdrage geleverd aan het Voorstel tot wijziging van de Wet op de Kansspelen dat op 9 april 1998 door de Tweede Kamer is aangenomen. Risicogroepen zullen met deze wijziging beter beschermd worden tegen de aantrekkingskracht van de fruitautomaat, omdat gokken in laagdrempelige inrichtingen (snackbars, discotheken, sportclubs etcetera) bij inwerkingtreding van de wijziging niet meer is toegestaan. De Wijziging van de Wet op de Kansspelen zal 1 januari 1999 van kracht worden, met een overgangperiode van één jaar. Een bijzonder aandachtspunt blijft het gokken op Internet en -meer specifiek- de mogelijkheid om aanbieders en providers van goksites te weren van het Internet. Voor 1999 staat voor preventie van problematisch gokken en voor de alcoholzorg gezamenlijk een bedrag van f 0,7 mln gereserveerd.

Drugs

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. In 1998 is de Landelijke Steunfunctie Preventie verslaving en middelengebruik (LSP) gestart. Voor 1998 en 1999 staat in eerste instantie op het programma dat de LSP een landelijk forum creëert dat als klankbord moet gaan fungeren voor het gehele drugpreventiebeleid. Daarnaast zal de LSP een overzicht samenstellen van de risico's die zich voordoen tijdens houseparties of andere grootschalige evenementen in de reguliere horeca. Het Trimbos-instituut ontvangt in 1999 f 0,3 mln voor de LSP en GGZ-Nederland f 0,2 mln. Ter waarborging van de capaciteit en de kwaliteit van de 06-informatielijn staat voor 1999 f 0,5 mln gereserveerd voor het Trimbos-instituut. De bekendheid van de drugsinformatielijn (06-3 501 2 023) stijgt nog steeds, mede door de sterke vereenvoudiging van het telefoonnummer. In 1998 werkt de drugsinformatielijn aan het handhaven van de kwaliteit. Mogelijk biedt deze lijn in 1999 ook service aan in de avonden. Op instigatie van VWS heeft het Trimbos-instituut een integraal communicatieplan ingediend voor de jaren 1998 tot en met 2000. De komende jaren wordt een preventiestrategie gekozen die te typeren is als 'community approach'. Hierin staat niet een bepaalde drug centraal, maar de leefwereld van jongeren (bijvoorbeeld uitgaan) en de genotmiddelen die daarbij een rol spelen. Deze integrale aanpak zal naar verwachting een duidelijke meerwaarde leveren omdat de activiteiten elkaar versterken. Voor 1999 staat op de VWS begroting f 2 mln gereserveerd voor de publiekscampagnes. Op het terrein van secundaire preventie staat voor 1999 f 11,9 mln gereserveerd voor de ambulante instellingen voor verslavingszorg en de GGD-en. De activiteiten zijn gericht op vermindering van de risico's en de problemen die zich rond druggebruik kunnen voordoen. De secundaire verslavingspreventie speelt in op groepen jongeren die disco's, coffeeshops en houseparties bezoeken en daar drugs gebruiken. De aanpak van de secundaire drugpreventie vindt in toenemende mate plaats in overleg en in samenwerking met eigenaren van discotheken, coffeeshops en organisatoren van houseparties. Naast de bovengenoemde bedragen is voor 1999 nog f 1 mln gereserveerd voor innovatieve projecten op het terrein van drugpreventie. Zowel primaire als secundaire innovatieve drugpreventieprojecten kunnen in aanmerking komen voor financiering uit dit gereserveerde bedrag.

2.2.4.3 Voeding en veterinair beleid

In 1999 zal voor wat betreft de voedselveiligheid de beheersing van de BSE-problematiek weer speerpunt van beleid zijn. Nadat in het voorjaar van 1996 de BSE-crisis in Europa in volle hevigheid losbarstte, heeft Nederland, nadat het geconfronteerd werd met twee BSE-gevallen bij runderen, in 1997 zelf verdere maatregelen getroffen. Deze hielden in dat specifieke risico-organen van runderen en andere herkauwers uit de voedselketen moeten worden geweerd. Dit betekent dat deze organen, maar ook kadavers waarin deze organen nog zitten, verbrand moeten worden en niet meer verwerkt kunnen worden tot diermelen via het gebruikelijk destructieproces. De extra kosten, die op jaarbasis geraamd worden op f 26 mln, komen vooralsnog voor rekening van VWS. Deze kosten zullen verhaald worden op het bedrijfsleven. Hiervoor wordt een wijziging van de Destructiewet bij de Tweede Kamer ingediend. In 1997 was de verwachting dat de aanvullende nationale maatregelen spoedig vervangen zouden worden door communautaire regelgeving. Deze verwachting is nog niet uitgekomen. Hoewel de Europese Commissie op 30 juli 1997 een Beschikking publiceerde die op 1 januari 1998 van kracht zou worden, is de inwerkingtreding van deze Beschikking thans uitgesteld tot 1 januari 1999. Dit houdt onder meer verband met het feit dat binnen Europa tot op heden geen overeenstemming kan worden bereikt over aanpassing van deze Beschikking die noodzakelijk is gebleken. Dit gegeven heeft grote consequenties voor het nationale beleid. Mocht de Europese Commissie besluiten om de eerder genoemde Beschikking in te trekken, dan ontvalt daarmee de basis aan de wetwijzigingen van de Destructiewet. Dit zal onherroepelijk leiden tot uitstel van het moment waarop kosten kunnen worden doorberekend.

De Voedingsnota 'Nederland: Goed Gevoed?' zal binnenkort worden aangeboden aan de Tweede Kamer. Deze nota is een vervolg op eerdere voedingsnota's en sluit aan bij de VTV 1997. De VTV 1997 geeft aan dat voeding een van de gezondheidsdeterminanten is en dat door verbetering van de voedingstoestand van de Nederlandse bevolking nog aanzienlijke gezondheidswinst kan worden geboekt. In 1999 en navolgende jaren zal uitwerking worden gegeven aan de in deze nota geformuleerde actiepunten. Een deel van de uitvoering zal plaatshebben in het kader van het ZON-preventieprogramma. Eind 1998 worden de eerste resultaten gepubliceerd van de derde voedselconsumptiepeiling (VCP). Voor het eerst is er ook een peiling uitgevoerd onder de allochtone bevolking. Een trendanalyse van de drie achtereenvolgende peilingen zal inzicht verschaffen in de mate waarin het gevoerde voedingsbeleid succesvol is geweest en aangeven waar bijstelling nodig is. Daarnaast zijn deze consumptiegegevens van grote betekenis voor het beleid gericht op normstelling van chemische stoffen in levensmiddelen. Voedingsvoorlichting is een belangrijk instrument bij de verbetering van de voedingstoestand en gewoonten. Het vernieuwde Voedingscentrum dat in 1996 is opgericht, speelt daarbij een centrale rol. Voor de exploitatiekosten en andere activiteiten van dit centrum is jaarlijks f 1,8 mln beschikbaar. In het Voedingscentrum is een aantal organisaties op het terrein van voeding en voorlichting samengebracht.

2.2.4.4 Consumentenveiligheid en omgevingsrisico's

VTV 1997 laat zien dat diverse ongevallencategoriën nog steeds behoren tot de aandoeningen die het meest voorkomen. Bijna 80% van de 2,7 miljoen ongevallenletsels betreft een privé-ongeval of een sportblessure. In de nota Veilig Thuis (TK, 1997-1998, 25 825, nrs.1-2) is het preventiebeleid voor deze groep ongevallen voor de periode tot 2002 gepresenteerd. Doelgroepen voor het preventiebeleid vormen jonge kinderen, senioren (zie ook paragraaf 2.2.2.3) en sporters. Ook groepen met een lage

sociaal-economische status en allochtonen behoren tot de belangrijke doelgroepen. Het beleid is met name gericht op het tegengaan van de voorziene stijging in de komende periode van het aantal ziekenhuisbehandelingen als gevolg van ongevallen bij kinderen en ouderen en op het verder doorzetten van de daling van het aantal sportblessures. Een deel van de jaarlijks structurele subsidie aan de Stichting Consument en Veiligheid 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. De kosten van bovengenoemde activiteiten, dat wil zeggen de structurele subsidie voor Consument en Veiligheid, bedragen voor 1999 f 5,9 mln.

Voor de lopende meerjarige voorlichtingscampagne tegen sportblessures van de koepelorganisatie NOC*NSF en Consument en Veiligheid is voor de lopende fase (1997–1999) vanuit ZON f 1 mln beschikbaar gesteld.

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. Bestaand beleid voor onder andere bestrijdingsmiddelen, cosmetica, gastermijnen en elektrische apparaten, wordt voortgezet.

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 onderzoekprogramma sociaal-medische begeleiding, dat in uitvoering is bij ZON, heeft dan ook als doel de samenwerking tussen genoemde sectoren te bevorderen. Tot en met 2001 wordt hiervoor jaarlijks 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. De eerste resultaten van dit programma zullen in de loop van 1998 beschikbaar komen. Ook verricht ZON in 1998 onderzoek naar de effecten van het decentralisatiebeleid ten aanzien van de regionale patiënten/consumentenplatforms, waaronder begrepen de klachtopvangfunctie. Mogelijk geven de uitkomsten van dit onderzoek later in dit jaar aanleiding tot bijstelling van het beleid op dit terrein.

Patiëntenbeleid

Organisaties van patiënten en consumenten maken structureel deel uit van het zorgsysteem. Zo zijn deze organisaties betrokken bij besluitvorming over onder andere de kwaliteit van de zorg en dragen zij zorg voor belangenbehartiging en lotgenotencontacten.

Met een substantiële intensivering van f 10 mln zorgt het nieuwe kabinet voor een solide basis voor de structurele financiering van patiëntenorganisaties. Hiermee is totaal een structureel budget f 32 mln vanaf 1999 beschikbaar. De Stichting Patiëntenfonds draagt zorg voor de uitvoering door de bekostiging van patiëntenorganisaties op basis van een door de minister van VWS goedgekeurde subsidieregeling. Naast ongeveer 200 landelijk werkende patiëntenorganisaties worden ook de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NPCF), het Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ) en de GGZ-cliëntenorganisaties financieel in staat gesteld de positie van de patiënt en consument in de zorgsector te versterken.

2.2.6 Inspectie Gezondheidsbescherming, Waren en Veterinaire Zaken

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, Waren en Veterinaire Zaken (Inspectie W&V) is ontstaan door samenvoeging van de Veterinaire Inspectie en de Inspectie Gezondheidsbescherming. Deze nieuwe inspectie is belast met de handhaving van de regelgeving. In december 1997 is de eerste 'Staat van de Gezondheidsbescherming' uitgebracht.

De handhaving van de verplichting voor het bedrijfsleven een Hazard Analysis and Critical Control Points (HACCP)-systeem in te voeren wordt projectmatig aangepakt. De industriële levensmiddelenbedrijven dienen dit systeem zelf uit te werken. Vanaf medio 1997 worden de bedrijven hierop gecontroleerd. Ter ondersteuning van de handhaving is een project 'risico-analyse' opgestart. Dit project dient systematisch in kaart te brengen welke risico's bij de industriële productie van levensmiddelen aanwezig zijn. Door de ambachtelijke branche wordt aan de verplichting voldaan door zich te houden aan de hygiënecodes. Onderdeel van de hygiënecodes zijn de micro-biologische criteria. In de komende jaren zal, in samenwerking met de brancheorganisaties vastgesteld worden welke micro-biologische criteria in de hygiënecode opgenomen dienen te

worden. Hierdoor zal naar verwachting een hoger beschermingsniveau voor de consument gerealiseerd kunnen worden. Voor de Inspectie W&V is een budget van f 124 mln beschikbaar.

2.2.7 Projecten, experimenten en onderzoek (PEO)

Sinds 1997 is een substantieel gedeelte van de werkzaamheden op het gebied van projecten, experimenten en onderzoek aan Zorgonderzoek Nederland (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 1999 de volgende aandachtsgebieden:

- staat van de volksgezondheid, de zorg en het zorgstelsel;
- financiering en structuur van het zorgsysteem;
- kwaliteit en doelmatigheid;
- preventie, bescherming en ziektebestrijding;
- patiënten- en consumentenbeleid;
- gezondheidsethiek;
- internationaal.

PEO-beleid

Projecten, experimenten en onderzoek (PEO) zijn belangrijk voor het zorgonderzoek en de innovatie van het volksgezondheidsbeleid. In dit kader van het PEO-beleid worden activiteiten ontplooid ter ondersteuning van de beleidsvoorbereiding, uitvoering en evaluatie. Hierdoor dragen deze PEO-activiteiten bij aan de verhoging van de effectiviteit van het beleid.

Voor het totale PEO-programma 1999 is er totaal f 129,3 mln beschikbaar. Met het inwerking treden van de wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland op 1 juli 1998 is een substantieel deel van de werkzaamheden op het gebied van projecten, experimenten en onderzoek aan ZorgOnderzoek Nederland (ZON) overgedragen. Samen met het Gebiedsbestuur Medische wetenschappen van het NWO, de Nationale Commissie Chronisch Zieken, het Aidsfonds en het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging zorgt ZON voor de financiering van en de integrale afstemming tussen projecten, experimenten en onderzoek op het terrein van volksgezondheid en zorg.

In de jaarlijkse brief inzake het PEO-programma Volksgezondheid en Zorg wordt meer in detail ingegaan op de voornemens en ontwikkelingen in het PEO-beleid voor 1999 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 Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen. 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 Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieuhygiëne (RIVM) verricht voor VWS onderzoek gericht op ondersteuning van de beleidsontwikkeling en de uitoefening van het toezicht op het terrein van de volksgezondheid. Het RIVM heeft een belangrijk aandeel in het onderzoek ten behoeve van preventiebeleid en gezondheidsbescherming. Dit onderzoek is ondergebracht in diverse clusters, waarvan de aansturing is gebaseerd op twee meerjarenactiviteitenprogramma's (MAP) die jaarlijks door mij worden goedgekeurd.

2.3 Vooruitblik

In de komende kabinetsperiode zal ter uitvoering van het bepaalde in het Regeerakkoord met name aandacht besteed worden aan de verbetering en versterking van de jeugdgezondheidszorg, het tabakontmoedigingsbeleid en alcoholmatigingsbeleid. In de afgelopen periode zijn op mijn verzoek meerdere gezondheidsstaten tot stand gekomen. Het betreft de Volksgezondheids Toekomst Verkenning (VTV) opgesteld door het RIVM, de Staat van de Gezondheidszorg (SGZ) opgesteld door de Inspectie Gezondheidszorg en de Staat van de Gezondheidsbescherming opgesteld onder verantwoordelijkheid van de Inspectie Gezondheidsbescherming. Het ligt in mijn voornemen de Kamer in de loop van dit parlementaire jaar te informeren over de gevolgen die ik aan deze onderscheiden informatieve documenten hoop te verbinden. In deze nota zullen de toekomstige ontwikkelingen voor de periode na 1999 extensief worden beschreven.

HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

3.1 Inleiding

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 zorgbehoefte van de patiënt. Het belang van een goede informatievoorziening voor overheidsbeleid wordt steeds meer onderkend. Vandaar ook dat wordt voortgegaan met het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Verdiepingsstudies worden uitgevoerd naar intensive care, logopedie en PTCA's (dottergrepen). Ook zullen opnieuw kengetallen worden gepresenteerd.

Tabel 3.1 Uitgaven Curatieve Somatische Zorg

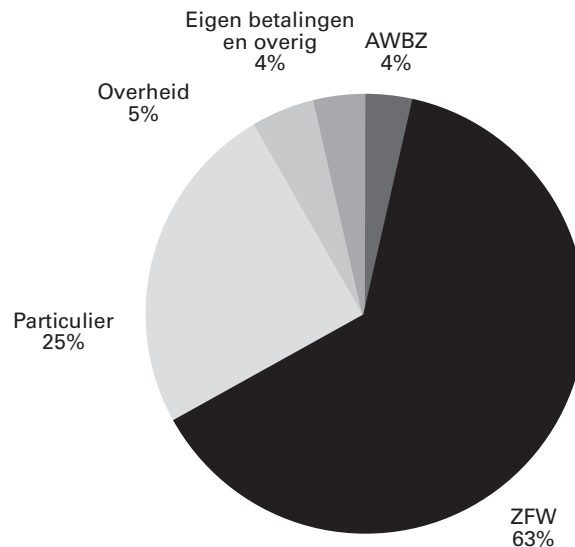
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Huisartsenzorg	1911,0	1982,7	2017,0	2181,0	2252,8	2271,4	2268,9	2268,9	2268,9	2268,9
2 Gezondheidscentra	37,6	28,4	34,8	38,4	39,5	39,8	39,8	39,8	39,8	39,8
3 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	2407,0	1030,9	993,3	1054,1	1079,6	1087,7	1087,7	1087,7	1087,7	1087,7
4 Fysiotherapie	1250,9	1260,4	1001,8	1074,1	1160,2	1189,0	1189,0	1189,0	1189,0	1189,0
5 Oefentherapie (Mensendieck/Cesar)	76,0	78,6	70,0	63,0	67,3	69,8	69,8	69,8	69,8	69,8
6 Logopedie	70,9	76,1	77,8	75,1	72,6	69,1	69,1	69,1	69,1	69,1
7 Ergotherapie			2,4	8,3	12,6	12,7	12,7	12,7	12,7	12,7
8 Verloskundige zorg	116,0	126,6	134,3	140,9	143,5	143,5	143,5	143,5	143,5	143,5
11 Kraamzorg	380,5	370,7	370,0	390,5	400,5	400,5	400,5	400,5	400,5	400,5
13 Moeder- en kindzorg/dieetadvisering	290,0	290,0	290,0	297,2	306,3	309,6	309,6	309,6	309,6	309,6
15 Algemeen maatschappelijk werk	215,0	222,0	231,0	233,0	233,0	233,0	233,0	233,0	233,0	233,0
16 Algemene en categorale ziekenhuizen	12365,0	12667,0	13016,2	13421,1	13889,4	14021,2	14128,1	14215,0	14331,6	14525,8
17 Academische ziekenhuizen	3639,0	3843,1	4024,3	4189,5	4496,1	4596,8	4639,6	4685,1	4686,7	4686,7
18 Overig curatieve zorg	513,6	522,8	543,3	523,4	678,9	640,5	615,7	606,0	605,9	605,9
19 Medisch specialistische zorg	2221,0	2264,2	2355,2	2400,7	2495,8	2509,8	2509,8	2509,8	2509,8	2509,8
20 Tandheelkundig specialistische zorg	346,0	217,0	120,1	129,6	140,4	141,6	141,6	141,6	141,6	141,6
21 Ambulancevervoer	328,0	323,0	352,0	390,0	379,3	368,5	368,5	368,5	368,5	368,5
22 Overige ziekenvervoer	257,0	292,0	312,0	328,0	324,6	305,2	305,2	305,2	305,2	305,2
Totaal JOZ 1999	26424,5	25595,5	25945,5	26937,9	28172,4	28409,7	28532,1	28654,6	28772,9	28967,1
Procentuele mutatie		-3,1	1,4	3,8	4,6	0,8	0,4	0,4	0,4	0,7

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Voor 1999 is de groeiruinthe verwerkt voor met name de demografische ontwikkelingen (de toegestane volumegroei) en kapitaallasten in verband met instandhoudingsbouw, alsmede specifieke intensiveringen zoals toelicht in hoofdstuk 1, tabel 1.4 van het JOZ. Na 1999 zijn alleen in de cijfers verwerkt de kapitaallasten voortvloeiend uit het huidige bouwprogramma. Overige intensiveringsruimte voor 1999 alsmede de volledige intensiveringsruimte na 1999, voortvloeiend uit het Regeerakkoord, is niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt met het oog op de te maken meerjarenafspraken (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

Figuur 1: Financiering curatieve somatische zorg 1999 (f 28409,7 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in curatieve somatische zorg voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

Uit de evaluatie over het jaar 1997, tussen ramingen en realisaties, is gebleken dat de algemene- en categorale ziekenhuizen een volumeoverschrijding kennen. Het is de afgelopen jaren gebruikelijk geweest deze overschrijdingen doormiddel van een korting op basis van de WTG in het eerstvolgende jaar te compenseren. Het kabinet heeft echter besloten om de structurele overschrijding bij de ziekenhuizen niet te vertalen in een budgetkorting, doch het bedrag van de overschrijding voor f 27 mln ten laste van de autonome groeiruinthe 1999 te brengen en voor f 23 mln ten laste van de budgettaire ruimte te brengen die voor meerjarenafspraken met deze sector is gereserveerd.

De evaluatie 1997 ten aanzien van het zittend ziekenvervoer laat een structurele volume-overschrijding van f 18 mln zien. Ter compensatie is de al op deze sector rustende taakstelling van f 20 mln verhoogd tot f 38 mln. De taakstelling zal worden ingevuld middels een verscherpte uitvoering van de indicatiestelling en het toevoegen van (een deel van)

het budget en de daarbij behorende zorg voor het zittend ziekenvervoer bij de ziekenhuizen.

3.2 Lopend beleid

3.2.1 Organisatie en besturing

3.2.1.1 Inleiding

Doelmatigheid in de organisatie van de zorgaanbieders en het leveren van zorg op maat zijn de pijlers waarop de modernisering van de curatieve zorg wordt gebouwd. Het afgelopen jaar is stapsgewijs verder gewerkt aan de nieuwbouw door het wegnemen van bestaande belemmeringen en het ontwikkelen van nieuw beleid. Daarbij moeten de bestaande bouwtekeningen de ruimte bieden om de op ons af komende veranderingen te kunnen inpassen danwel daarop worden aangepast. De vraag naar medisch-curatieve zorg zal toenemen door veranderingen die zich in de maatschappij voordoen als gevolg van demografische ontwikkelingen, toenemende individualisering en toenemende mondigheid van de patiënten/cliënten. Ook factoren als veranderende behandelopvattingen, verschuivende leeftijdsgrenzen (bijvoorbeeld oog- en hartoperaties bij 75-plussers) en verbeterde diagnostiek leiden tot een toename van gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Ook de mogelijkheden om mensen effectief te behandelen nemen nog steeds toe door medisch-technologische ontwikkelingen, de vooruitgang in het behandelen van levensbedreigende aandoeningen met behulp van diagnostiek op basis van erfelijk materiaal, lasertechnologie, recombinant DNA-mogelijkheden, toepassing van dierlijk transplantatiemateriaal op mensen etcetera. Het bouwen aan de modernisering van de curatieve zorg vindt slechts ten dele plaats door de rijksoverheid. Het zijn juist de locaties in het land waar de organisaties die met curatieve zorg te maken hebben de ruimte moeten krijgen om zelf, in de eigen regio, de voorgestane vernieuwing te realiseren. Van de vele benodigde bouwstenen zijn de belangrijkste in de volgende paragrafen op een rijtje gezet.

3.2.1.2 Regionale insteek

Eind 1997 is door de MDW-projectgroep (Marktwerving, Deregulering, Wetgevingskwaliteit) ziekenhuiszorg, bestaande uit vertegenwoordigers uit het veld en overheid, het MDW-rapport 'Het ziekenhuis, a human enterprise?' uitgebracht. In dit rapport komt de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg tot de conclusie dat marktwerving niet vanzelf leidt tot samenhang in de zorg. Door vorengenoemde projectgroep wordt de nadruk gelegd op samenwerking op regionaal niveau waarbij de zorgverzekeraar een stimulerende en coördinerende rol krijgt toebedeeld. In dit verband heeft de projectgroep gekozen voor een 'marktordeningsmodel'. Doel hiervan is een dekkend en samenhangend zorgaanbod in een overzichtelijk geografisch gebied te krijgen. Daarnaast sluit de regionale benadering ook aan op de natuurlijke samenhang en bestaande verwijspatronen in het veld. Voor de patiënt die zorg op maat wenst en de professional die gebaat is bij een zo efficiënt mogelijke inrichting van het zorgproces biedt de regionale invalshoek de meeste garanties.

Vaststaat dat de regionale benadering ook gefaciliteerd moet worden. Bijvoorbeeld door middel van de invoering van een nieuw bekostigingsmodel voor ziekenhuizen en medisch specialisten dat flexibel moet zijn en meer sturingsmogelijkheden aan verzekeraars en instellingen moet bieden. Het bekostigingsmodel dat door de MDW-projectgroep is uitgewerkt zal aan een uitvoeringstoets door het COTG worden onderworpen. Een andere belangrijke voorwaarde is het definiëren van de verantwoordelijkheden van de verschillende partijen in de regio. De

partijen in de regio zullen zoveel mogelijk zelf verantwoordelijk moeten zijn voor de organisatie en de kwaliteit van de zorg. De overheid zal zich meer beperken tot sturing op hoofdlijnen. Daar staat echter wel de eis van transparantie in de zorg tegenover.

De versterking van een regionale oriëntatie in de zorg zal in het kader van de te maken meerjarenafspraken een punt van aandacht zijn.

3.2.1.3 De geïntegreerde ziekenhuisorganisatie

In de afgelopen jaren heeft doelmatigheid door de vormgeving van geïntegreerde ziekenhuisorganisaties vooral op lokaal niveau impulsen gekregen. Binnen de lokale initiatieven is men gewoon geraakt met de ziekenhuisdirectie, de medische staf en de betrokken verzekeraars gezamenlijk overleg te voeren over zaken als het zorgvolume, het honorariumbudget en kwaliteits- en doelmatigheidsprojecten. Ook de inhaalslag die in 1997 op het gebied van de wachtlijsten gestart is, heeft via de lokale initiatieven plaats gevonden. Om de totstandkoming van de geïntegreerde organisatie voor medisch specialistische zorg ook een wettelijke ondersteuning te geven, is een voorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet gemaakt. Met dit voorstel worden de aparte aanspraken op medisch specialistische zorg en ziekenhuiszorg geïntegreerd tot één aanspraak. Dat betekent dat, na inwerkingtreding van het voorstel, er niet langer sprake zal zijn van aparte contractuele relaties tussen verzekeraars en ziekenhuizen enerzijds en verzekeraars en medisch specialisten anderzijds. De nieuwe contractuele relatie moet de geïntegreerde organisatie betreffen. Het wetsvoorstel is in januari jongstleden met algemene stemmen door de Tweede Kamer aangenomen. Het ligt momenteel ter behandeling bij de Eerste Kamer. Als uitvloeisel van dit wetsvoorstel is in september 1997 het convenant medisch specialistische zorg ondertekend door de Orde van Medisch Specialist, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland. Zij zien het als hun gezamenlijke verantwoordelijkheid om de geïntegreerde organisatie verder vorm te geven. Dat getuigt van een positieve inzet om samen voort te gaan op het pad van de integratie. Voortvloeiend uit het convenant is een platformoverleg opgestart, waarin ook VWS participeert. Daarbinnen worden zaken als het meerjarenperspectief, de honorerings-systeematiek en de goodwill besproken.

3.2.1.4 Positionering academische ziekenhuizen

Een sterke en dynamische academische sector is een belangrijk en onlosmakelijk onderdeel van een goede gezondheidszorg. Om over een sterke academische sector te kunnen blijven beschikken is op een aantal punten specifiek beleid nodig. Dit zal ik samen met mijn collega van OCenW binnenkort op hoofdlijnen weergeven in een notitie positionering academische ziekenhuizen. Een extra reden voor die notitie is het eindrapport van de Interdepartementale beleidsonderzoekswerkgroep Academische Ziekenhuizen. In de notitie positionering academische ziekenhuizen zullen de karakteristieken die de academische ziekenhuizen onderscheiden van andere ziekenhuizen in ogenschouw worden genomen:

- de concentratie van een breed spectrum aan topklinische functies en geconcentreerd aanbod van topreferentiezorg, ontwikkelingsgeneeskunde en opleidingen binnen het academisch ziekenhuis;
- de werkplaatsfunctie ten behoeve van de medische faculteiten.

Het behoud, de kwaliteit en de ontwikkeling van de topreferentiefunctie in de academische ziekenhuizen is voor de toekomst een belangrijk aandachtspunt. Op het terrein van de bekostigingssystematiek en taakverdeling academische ziekenhuizen worden nog de nodige inspan-

ningen verricht. Het NZi werkt aan de verdere uitwerking van de topreferentiefunctie door middel van onderzoek en de ontwikkeling van een bekostigingsmodel.

Ik streef ernaar dat, evenals in de rest van de zorgsector, in de academische ziekenhuissector de verantwoordelijkheid zoveel mogelijk bij uitvoerende partijen ligt. Voor de positionering van instellingen in het geheel van de curatieve zorg geldt dat het algemene beleid zowel voor academische ziekenhuizen als voor de andere ziekenhuizen aan de orde is. Eenvoudig gezegd draaien de academische ziekenhuizen zoveel mogelijk 'gewoon mee' in de ontwikkelingen. Bemoeiing van de rijksoverheid met de academische ziekenhuizen blijft echter naar mijn opvatting noodzakelijk waar het gaat om de bijzondere zorgfunctie -hun betekenis voor de topklinische en topreferente zorg-, de opleidingen, onderwijs en onderzoek en, als uitvloeisel daarvan, de infrastructuur.

3.2.1.5 Meerjarenafspraken, aanneemsommen en zorgvernieuwing

Doelmatigheid in de ziekenhuisorganisatie is gediend met vaste, van tevoren gemaakte afspraken die bindend zijn voor partijen en ondermeer de financiën kunnen betreffen. De praktische kanten van de uitvoering van meerjarenafspraken wordt experimenteel getoetst. In 1997 heb ik bij wijze van experiment aan de vijf ziekenhuizen in de regio Zuidoost-Brabant een zogenoemde aanneemsom toegekend. Een aanneemsom houdt in dat het vastgestelde budget gedurende een aantal jaren niet wordt gewijzigd, ook al treden er mutaties op die volgens de beleidsregel 'functiegericht budgettering' wél aanleiding zouden zijn voor een budgetaanpassing. Dit heeft tot gevolg dat ziekenhuizen bij hun patiëntenbeleid (bijvoorbeeld een verschuiving van klinische zorg naar dagverpleging) niet meer worden gehinderd door budgettaire consequenties.

Het experiment in Zuidoost-Brabant vond veel weerklank bij andere ziekenhuizen. Aan de algemene ziekenhuizen uit de provincie Groningen, het Bronovo-ziekenhuis in Den Haag en het Pasteurziekenhuis in Oosterhout is eveneens een aanneemsom toegekend. Eind september 1997 heb ik echter aan andere initiatiefnemers laten weten niet verder te willen gaan op de ingeslagen weg, doch het COTG zou verzoeken de ziekenhuizen in financiële zin mogelijkheden te bieden voor het realiseren van zorgvernieuwing. Dit heeft geresulteerd in een beleidsregel zorgvernieuwing. Deze houdt in dat, indien zorgvernieuwing leidt tot lagere productie-aantallen of lagere parameterwaarden van de productie, de daaruit voortvloeiende verlaging van het budget niet doorgevoerd wordt. In wezen is dit een verbreding van de systematiek van aanneemsommen. Wel zullen ziekenhuizen ondermeer duidelijk aan moeten geven hoe zij, in het kader van de door mij voorgestane transparantie, aan zorgvernieuwing hebben gedaan. Op basis daarvan kunnen criteria worden vastgesteld voor een andere opzet van de budgetbepaling van ziekenhuizen.

3.2.1.6 Hoofdlijnenakkoorden ziekenhuizen

Sedert 1995 geldt er een hoofdlijnenakkoord met de academische ziekenhuizen. Dat akkoord heeft ten doel de door de overheid gewenste intensiveringen (met name in de topzorg) en de wensen van verzekeraars en academische ziekenhuizen op dat terrein beter op elkaar af te stemmen. Op grond van het akkoord met de academische ziekenhuizen worden thans al een aantal jaren tripartite afspraken gemaakt tussen overheid, Zorgverzekeraars Nederland en de Vereniging Academische Ziekenhuizen over de productiegroei in de academische ziekenhuizen. Op 9 juni 1998 is er ook met de algemene en categoriale ziekenhuizen -verenigd in de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen- en Zorgverzekeraars Nederland- een vergelijkbaar akkoord gesloten. Dit akkoord geldt

voor de looptijd van dit Jaaroverzicht doch kan onbeperkt worden verlengd. Een belangrijk element in de uitwerking van het hoofdlijnenakkoord voor de algemene en categorale ziekenhuizen is het onderscheid in autonome groei en groei ten gevolge van intensivering. Dit onderscheid is ook terug te vinden in de opzet van dit Jaaroverzicht. Het hoofdlijnenakkoord richt zich met name op de intensiveringen. In het Jaaroverzicht is de intensiveringsruimte als totaalbedrag opgenomen. Over de uitwerking in concrete intensiveringen die ik voorsta in het kader van de Wet op bijzondere medische verrichtingen, worden in het kader van het hoofdlijnenakkoord jaarlijks afspraken gemaakt tussen ZN, NVZ en mijzelf. Mijn intentie is te gelegener tijd te komen tot één hoofdlijnenakkoord voor algemene, categorale en academische ziekenhuizen.

3.2.1.7 Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv)

Sinds 14 november 1997 is de Wet bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) van kracht. Met behulp van de Wbmv kan de overheid nieuwe zowel als bestaande ontwikkelingen in de medische zorg en de beschikbaarheid van bepaalde medische technologieën stimuleren, concentreren in bepaalde instellingen, afremmen of zelfs verbieden. Het oude wettelijke stelsel van vergunningen en verboden uit de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) is daarmee komen te vervallen. De planningsbesluiten op grond van de Wzv worden in de komende tijd successievelijk vereenvoudigd en gemoderniseerd. Eind mei 1998 is voor in-vitrofertilisatie een nieuw planningsbesluit op grond van de Wbmv in werking getreden. Een volgende regeling in de reeks is een planningsbesluit voor orgaantransplantaties. Daarin is onder meer neergelegd dat de verdere ontwikkeling van hart-, long- en levertransplantaties en nieuwe nog te ontwikkelen vormen van orgaantransplantaties voorbehouden is aan vier van de academische ziekenhuizen -nadat zij daarover goede onderlinge afspraken hebben gemaakt. Bij de Raad van State ligt inmiddels ter advisering het voorstel om het verbod op dialyse zonder vergunning te schrappen. Dit voorstel impliceert het vrijlaten van dialyse, waarna het elke instelling is toegestaan om deze behandeling aan te bieden. Ten slotte is een algemene maatregel van bestuur vastgesteld waarin -tijdelijk- geslachtskeuze om niet-medische redenen verboden wordt. Over deze amvb heeft het parlement het laatste woord; de amvb hangt bij Eerste en Tweede Kamer voor. Het verbod kan in de toekomst definitief worden ingeval het verbod wordt opgenomen in de wet inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's, die thans nog in voorbereiding is.

Andere onderwerpen waar de Wbmv toegepast kan worden zijn de traumacentra en de pijnkenniscentra. In de nota 'Met zorg verbonden', die de Tweede Kamer in juni 1997 is aangeboden, is het voornemen geuit de traumazorg te verbeteren. Traumazorg omvat alle medische hulp aan ongevalsslachtoffers. Het blijkt dat met name binnen de groep zeer ernstig gewonden gezondheidswinst te behalen valt door meer aandacht te geven aan een juiste toedeling van patiënten aan ziekenhuizen. Binnen een regio zullen hierover afspraken gemaakt moeten worden. Alle regionale afspraken over welk ziekenhuis welke traumazorg kan leveren resulteert in een traumazorgnetwerk. Met gebruikmaking van artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (Wbmv) worden traumacentra aangewezen en financieel ondersteund voor de uitvoering van een aantal bijzondere taken binnen de traumazorg. De benodigde beleidsvisie is in ontwikkeling, zodat die ziekenhuizen binnenkort een aanvraag kunnen indienen om als traumacentrum te worden aangewezen. De Samenwerkende Kenniscentra voor Pijn voorzien in een behoefte. Dit blijkt uit een evaluatie naar het functioneren van de Kenniscentra voor Pijn in de afgelopen periode. Op grond hiervan is besloten dat de Kenniscentra voor Pijn hun activiteiten voortzetten tot en met het jaar 2002. Zij zullen bij

de uitvoering en verbreding van taken de andere vier academische ziekenhuizen betrekken.

Besluiten op grond van de Wbmv kunnen bouw vereisen. In die gevallen moet de besluitvorming worden gekoppeld aan de besluitvorming over de bouwprioritering in het kader van de Wzv.

3.2.1.8 Planning en bouw ziekenhuizen

Bij het op lokaal niveau ontwikkelen van een doelmatige organisatie en zorg op maat moet er ook ten aanzien van de planning en bouw van voorzieningen sprake zijn van beleidsruimte. Dit vraagt om een goed evenwicht tussen decentrale en centrale sturing. De verantwoordelijkheid voor de instandhouding van de gebouwen en installaties ligt inmiddels bij de ziekenhuizen (de meldingsregeling). De hiervoor benodigde middelen zijn in de instellingsbudgetten en in trekkingsrechten verwerkt.

3.2.1.9 Financieel belang ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg

Aansluitend op de in bovengenoemde paragrafen genoemde beleidsontwikkelingen zijn de financiële gegevens uit bijlage B10 van de sectoren 3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen, 3.17 Academische ziekenhuizen en 3.19 Medisch specialistische zorg voor de jaren 1997, 1998 en 1999 geïntegreerd en vanuit een beleidsmatige invalshoek in onderstaande tabel gepresenteerd. In deze tabel zijn, conform de JOZ-systematiek, de mutaties weergegeven.

Tabel 3.2 Ziekenhuiszorg en medisch-specialistische zorg

	1997	1998	1999
Uitgavenniveau conform JOZ 1998	20091,9	20419,0	20586,5
Hoofdlijnenakkoorden ziekenhuizen			
- hoofdlijnenakkoord algemene en categorale ziekenhuizen (in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen)	0,0	0,0	1)
- hoofdlijnenakkoord academische ziekenhuizen, waarvan in het kader van de Wet bijzondere medische verrichtingen	0,0	0,0	34,7 ¹⁾
Overig volume			
- algemene en categorale ziekenhuizen	27,0	27,0	149,5
- medisch specialistische zorg	0,0	0,0	30,0
Overige specifieke intensiveringen			
- wachtlijsten	-22,0	78,0	1)
- m.j. ziekenhuizen	5,0	5,0	5,0
Beleid Wzv			
- instandhoudingsbouw	0,1	-5,2	-3,6
- uitbreidingsbouw	-9,6	-2,0	-16,9
- vrijvallende kapitaallasten Wzv	-28,3	5,8	7,7
Overige kapitaallasten			
- melding	-69,6	-68,9	-58,2
- afschrijvingskosten inventaris	8,1	3,5	4,1
Overig	8,7	419,1	389,0
Uitgavenniveau conform JOZ 1999 waarvan	20011,3	20881,3	21127,8
- algemene en categorale ziekenhuizen	13421,1	13889,4	14021,2 ¹⁾
- academische ziekenhuizen	4189,5	4496,1	4596,8 ¹⁾
- medisch-specialistische zorg	2400,7	2495,8	2509,8 ¹⁾

1) Exclusief eventuele nadere financiële consequenties van de nog te maken meerjarenafspraken.

Op basis van de COTG-gegevens over de verwachte budgetten 1997 zijn de in bovenstaande tabel opgenomen uitgaven van ziekenhuizen als volgt te specificeren. De specificatie bevestigt dat de arbeidskosten het leeuwendeel van de kosten in de ziekenhuizen vormen.

Tabel 3.3 Budgetspecificaties verwachte budgetten 1997 ziekenhuizen

	algemene zieken- huizen mld	algemene zieken- huizen %	categorale zieken- huizen mld	categorale zieken- huizen %	academische zieken- huizen ¹⁾ mld	academische zieken- huizen %	totaal mld	totaal %
Loonkosten	7125	57%	663	67%	1677	49%	9465	56%
Materiële kosten	3210	26%	192	20%	962	28%	4364	26%
Kapitaallasten	1920	15%	151	15%	367	11%	2438	14%
Overig	199	2%	-23	-2%	395	12%	571	3%
Totaal	12454	100%	983	100%	3401	100%	16838	100%

1) COTG-budget academische ziekenhuizen is exclusief rijksbijdrage OCenW.

Voor wat betreft de algemene ziekenhuizen heeft *f* 6,5 mld van de loonkosten en *f* 2,7 mld van de materiële kosten, in totaal *f* 9,2 mld, betrekking op de functiegerichte budgettering. De budgetten met betrekking tot de functiegericht budgettering hebben als gevolg van de productie-afspraken de volgende opbouw.

Tabel 3.4 Budgetten algemene ziekenhuizen 1997 (prijspeil 1997)

Budgetcomponent	Aantallen	Budgetwaarde (mln)
Beschikbaarheidskosten	-	1252
Capaciteitsgebonden kosten	-	2975
Productiegebonden kosten:		
- verpleegdagen	12704	882
- opnamen	1499	2134
- dagverpleging	634	308
- 1e polikliniekbezoeken	6778	1180
Productiegebonden kosten bijzondere functies:		443
- hemodialyses (centrum)	343,8	
- continu ambulante peritoneale dialyses (CAPD)	251,0	
- hemodialyses (thuisdialyses)	1,5	
- continu cyclische peritoneale dialyses (CCPD)	65,6	
- hartoperaties	7,7	
- catheterablaties	0,6	
- automatisch implanteerbare cardio defibrilatoren (aicd)	0,0	
- PTCA (dotteringrepen)	7,3	
- beenmergtransplantaties	0,0	
- in vitro fertilisaties	3,9	
- radiotherapie-series	9,5	
- extra kosten in verband met aids		
- psychiatrische deeltijdbehandeling	169,6	
Revalidatiebehandeling	143,6	
Totale budgetwaarde functiegerichte budgettering		9174
Productiegebonden kosten eerstelijns (excl. poliklinische cystostaticaverstrekingen):		254
- laboratoriumonderzoeken		
- röntgenonderzoeken		
- functie-onderzoeken		
- fysiotherapie/logopedie		
- cervixonderzoeken		
- trombotesten		
- poliklinische bevallingen		
Overige in het budget opgenomen kosten:		
- overige loonkosten		479
- overige materiele kosten		428
- kapitaallasten		1920
- overige kosten		199
Totale budgetwaarde		12454

3.2.1.10 Transmurale zorg

Transmurale zorg is als onderdeel van modernisering curatieve zorg en zorgvernieuwing een belangrijk beleidsonderdeel en is volop in ontwikkeling in het veld. Een goede onderlinge samenhang in de curatieve zorg is van essentieel belang om noodzakelijk zorg op goede wijze aan te wenden. Wanneer de aanbieders van zorg, in het bijzonder de generalisti-

sche, specialistische en transmurale zorg goed met elkaar samenwerken kan voor de patiënt zorg op maat bereikt worden.

Beleidsuitgangspunt is de noodzakelijke zorg op doelmatige wijze aan te bieden aan patiënt/cliënt c.q. het bevorderen van integrale zorg (zorg op maat). Een goede samenwerking en afstemming tussen zorgverleners in de eerste- en de tweedelijns is daarvoor nodig. Van belang is de zorgverlening vanuit een voorzieninggerichte organisatie toe te snijden op patiëntgerichte zorg, waarin elementen van cure en care onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn. Het beleid voor de komende periode is gericht op ontwikkelen en faciliteren van ontwikkelingen in de eerstelijnszorg in samenhang met de tweedelijnszorg om transmurale zorgvormen te stimuleren. Daarnaast dient aandacht besteed te worden aan financiering en afstemming in wet- en regelgeving. Dit in samenwerking met en op basis van draagvlak in het veld van de gezondheidszorg. Bij voorkeur op basis van een regionale organisatie van de zorg.

3.2.1.11 Geïntegreerde Eerstelijnszorg

Een heroriëntatie op de eerstelijns, met de huisarts als poortwachter, in relatie tot de ontwikkelingen in de tweedelijns is nodig. De RVZ brengt in het najaar 1998 hierover advies uit. Intramurale en extramurale zorg zullen meer en meer in elkaar grijpen; ook de zorg door instellingen wordt steeds vaker transmuraal geleverd. De samenwerking tussen intramuraal, transmuraal en extramuraal zal dan ook verder moeten worden versterkt. Dit betekent een heroriëntatie op de taken, functies en verantwoordelijkheid in de eerstelijns in relatie tot de ontwikkelingen in de tweede lijn (in het verlengde van Modernisering Curatieve Zorg, de MDW rapporten en neergelegd in de Visie Thuiszorg). Inzicht verwerven, operationaliseren en faciliteren van ontwikkelingen in de eerstelijnszorg in relatie tot de tweede lijn, waarbij het bevorderen van integrale zorg (zorg op maat) en doelmatige organisatie staan centraal. Hierbij is een goede afstemming/samenwerking tussen zorgverleners in de eerstelijns onderling (horizontaal) en met medisch specialistische zorgverleners c.q. tweedelijns (verticaal) noodzakelijk.

3.2.1.12 Huisartsenzorg

In het voorjaar van 1998 is de Werkgroep Meerjarenperspectief Huisartsenzorg (WMH) ingesteld waarin zitting hebben vertegenwoordigers van de LHV, ZN en het ministerie van VWS. De WMH heeft tot taak gekregen om aan de hand van relevante ontwikkelingen in de gezondheidszorg -met name in relatie tot de modernisering curatieve sector, het verwachte RVZ-advies over de eerstelijns en de extramuralisering van zorg- te bekijken hoe de invulling van de huisartsenzorg er binnen een versterkte eerste lijn over enkele jaren uit zou moeten zien. Tevens worden voorstellen gedaan welke maatregelen zouden moeten worden genomen c.q. zouden moeten worden uitgewerkt in de komende jaren om het beoogde toekomstbeeld van de huisartsenzorg te realiseren. Het rapport van de WMH is zeer onlangs afgerond. In een bestuurlijk overleg met de LHV en ZN, dat naar verwachting binnenkort zal plaatsvinden, zullen afspraken worden gemaakt over de verdere uitwerking van de voorstellen van de WMH. De Tweede Kamer wordt te zijner tijd nader geïnformeerd over deze afspraken.

Vanaf het voorjaar van 1998 wordt met diverse regio's in het land overleg gevoerd over lokale initiatieven, waarbij de afstemming respectievelijk samenwerking van huisartsen onderling en met hulpverleners in de eerste en/of tweede lijn belangrijke aspecten zijn. Een uitgesproken voorbeeld van samenwerking tussen huisartsen en ziekenhuizen is het huisartsenexperiment in Velsen. 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. Tevens zijn ter plekke zogeheten huisartsenbedden beschikbaar. De bedoeling is om dit experiment verder uit te bouwen. Tevens zal dit experiment de komende twee jaar worden gevolgd door onderzoekers en zal aan de hand daarvan een evaluatierapport worden opgesteld.

3.2.1.13 Verloskunde

Het beleid is gericht op het bevorderen van de thuisbevalling en het terugdringen van de werkdruk van verloskundigen. Ter ondersteuning van de beroepsgroep verloskundigen is in oktober 1996 het programma 'Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen' van start gegaan. Het programma loopt tot en met 1999. In het Werkoverleg Verloskunde van de Ziekenfondsraad is het Verloskundig Vademecum tot stand gekomen. Het Vademecum omvat documenten gericht op de raakvlakken tussen de verloskundigen, gynaecologen en huisartsen op het terrein van de verloskundige zorgverlening. Dit Vademecum zal naar verwachting begin 1999 gereed zijn. Kerndocument is de herziene verloskundige indicatielijst. Multidisciplinaire samenwerking is vereist voor een goede toepassing van de verloskundige indicatielijst en een verantwoorde verloskundige zorgverlening.

3.2.1.14 Revalidatie

De revalidatiecentra fungeren als schakel tussen de zorgsector en de maatschappij. Doel is mensen ondanks verminderde mogelijkheden zo goed mogelijk in de maatschappij te integreren en zo min mogelijk afhankelijk van institutionele en professionele zorg te laten functioneren. Teneinde aan de zorgvraag, ondermeer ten gevolge van vergrijzing, te voldoen blijft revalidatie als onderdeel van het zorgbeleid van belang. Door een grotere eigen verantwoordelijkheid van werkgevers en werknemers wordt revalidatie een aantrekkelijk instrument in het voorkomen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De in de revalidatiecentra beschikbare gespecialiseerde kennis op het gebied van het houdings- en bewegingsapparaat kan hieraan een bijdrage leveren. Een versterking van de kennisstructuur op het gebied van de revalidatie is voor een beoogde bredere toepassing van revalidatie van belang. In samenwerking tussen het revalidatieveld en VWS wordt door de ZON de komende jaren uitvoering gegeven aan een stimuleringsplan. Doel van het plan is een adequate structuur voor patiëntgericht onderzoek te ontwikkelen. Om aan de behoefte aan revalidatiezorg in de toekomst te kunnen voldoen is de beschikbaarheid van voldoende aanbod een voorwaarde. In een gezamenlijke menskrachtplanning van de beroepsvereniging van revalidatie-artsen (VRA) en de Vereniging van Revalidatie Instellingen Nederland (VRIN) wordt de komende jaren getracht het aantal opleidingsplaatsen te vergroten.

3.2.2 Toegang tot de zorg

3.2.2.1 Inleiding

De rijksoverheid draagt er zorg voor dat alle inwoners van Nederland een gelijke toegang tot de gezondheidszorg hebben. Om wachttijden zoveel mogelijk te voorkomen dient er voldoende capaciteit te zijn maar moet worden gewaakt voor overbodige kosten.

3.2.2.2 Wachttijden

In februari 1998 is de notitie Wachttijden/tweedeling aan de Tweede

Kamer aangeboden. In deze notitie is de aanpak uiteen gezet voor het terugdringen van de wachttijden. Ook is ingegaan op de spanningsvelden rondom voorrangszorg van werknemers in relatie met de privatisering van de sociale zekerheid en de aanpak van deze problematiek. Te lange wachttijden ontstaan -zoals blijkt uit de vele onderzoeken- als gevolg van verschillende oorzaken; oorzaken die zich echter steeds tegelijk, in weliswaar wisselende mate voordoen. Dit maakt de aanpak van wachtlijsten een complexe zaak. Er is in 1998 f 75 mln beschikbaar gesteld voor de aanpak van de grootste knelpunten. Van de reservering in 1997 van f 45 mln voor de aanpak van wachtlijsten curatieve zorg kon f 26 mln (f 22 mln van de f 29 mln algemene en categorale ziekenhuizen en f 4 mln van de f 16 mln academische ziekenhuizen) in 1997 nog niet besteed worden en kan alsnog in 1998 worden besteed. De aanpak van de problematiek voor 1998 is op een andere leest geschoeid dan dat in 1997 het geval was. Toen is ingezet op een incidentele aanpak bij die ziekenhuizen waar de wachttijdproblematiek vooral speelde, dit tezamen met een structurele insteek. Deze aanpak is in 1998 uitgebreid met onder andere nieuwe aandachtsvelden, omdat gebleken is dat er behoefte bestaat aan specifieke hulp voor arbeidsgerelateerde aandoeningen. Zogenaamde kenniscentra kunnen voorzien in de behoefte aan deze specifieke expertise. In juni 1998 heb ik de verdeling van de beschikbare middelen (f 75 mln) aan de algemene, academische ziekenhuizen en RIAGG-en bekendgemaakt. Een groot deel van de middelen kan via lokaal overleg in de vorm van aanvullende productie-afspraken worden ingezet voor het verder wegwerken van bestaande wachtlijsten, met name op het gebied van orthopedie en oogheelkunde. Het COTG heeft hiertoe de beleidsregels aangepast. Het ingezette beleid heeft reeds tot tastbare resultaten geleid. Zo is bij de interventiecardiologie en de hartchirurgie te zien dat in de eerste twee maanden van 1998 ten opzichte van dezelfde periode uit 1997 voor PTCA (dotteringrepen) de gemiddelde wachttijd is teruggedrongen van 1,2 tot 0,9 maanden en het totaal aantal patiënten op de wachtlijst is teruggedrongen van 770 naar 575. Voor CABG (openhartoperaties) is de gemiddelde wachttijd teruggedrongen van 2,0 naar 1,7 maanden en is het totaal aantal patiënten op de wachtlijst teruggedrongen van 2 100 naar 1 590.

In de nog niet verdeelde intensiveringsruimte voor 1999 is rekening gehouden met continuering van de wachtlijstaanpak, waarbij ook gebruik zal worden gemaakt van het plan van de sector zelf.

Het veld (waaronder ook sociale partners en verzekeraars) heeft in een gezamenlijk plan van aanpak te kennen gegeven initiatieven die tot tweedeling kunnen leiden af te keuren. In de vorm van een platform zal het veld in het verdere traject betrokken worden bij de aanpak van wachtlijsten en bij het tegengaan van een dreigende tweedeling door wachtlijstomzeiling voor specifieke groepen.

3.2.2.3 *Orgaandonatie en orgaantransplantatie*

Op 1 september 1998 is de Wet op de orgaandonatie (WOD) volledig in werking getreden. Een van de doelstellingen van de WOD is het verhogen van het aanbod van donororganen- en weefsels. Zo kan een bijdrage worden geleverd aan het verminderen van de wachtlijsten in de transplantatiegeneeskunde. De Ziekenfondsraad is in samenwerking met het College van ziekenhuisvoorzieningen nagegaan welke gevolgen de WOD kan hebben voor de capaciteit van de donorziekenhuizen en de transplantatiecentra. De rapportage maakt duidelijk dat met name de werving en opleiding van personeel dat deskundig is op dit gebied tot de hoogste prioriteit van de academische ziekenhuizen moet gaan behoren. Door regionalisering van de donoruitname (regionale uitnameteams) kan de

kwaliteit en de efficiency van de donatieprocedures worden verbeterd. Voor een toelichting op de donorregistratie wordt verwezen naar het algemeen deel van de Memorie van Toelichting bij de ontwerpbegroting VWS van 1999.

3.2.2.4 Zelfstandige behandelcentra

Op 15 februari jongstleden is in werking getreden de Regeling zelfstandige behandelcentra, VPZ/PBIZ-98 506, Stcrt 1998/30. Met deze regeling zijn de zogenoemde privé-klinieken waar tweede compartimentszorg wordt verleend, onder de werkingssfeer van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv) gebracht. Dit betekent dat thans voor de oprichting en de exploitatie van een zelfstandig niet-klinisch behandelcentrum (voorheen veelal privé-kliniek genaamd) een vergunning ex Wzv vereist is. Inmiddels zijn reeds de nodige vergunningen aangevraagd. Het streven is om de zelfstandige niet-klinische behandelcentra volledig te integreren in algemene ziekenhuizen. Door middel van een organisatorische en bestuurlijke verbinding aan één of meer ziekenhuizen kunnen deze centra worden omgevormd tot buitenpoliklinieken. Voor die initiatieven die niet tot zo'n integratie komen en als zelfstandig behandelcentrum door willen blijven gaan, zal een restrictief vergunningenbeleid worden gevoerd. Daarbij geldt als uitgangspunt dat zelfstandige niet-klinische behandelcentra met name bij de problematiek van het lange wachten op zorg een rol kunnen spelen. Waar dat het geval is dient de oplossing van de wachtlijstproblematiek te gebeuren in een goede afstemming en samenwerking met de ziekenhuizen. Het betreft alleen het onderbrengen van die zorg waarvoor in het ziekenhuis de ruimte ontbreekt. Een vergunning tot oprichting van een nieuw, of uitbreiding van een bestaand, zelfstandig behandelcentrum wordt dus slechts verleend indien het initiatief -waarover overeenstemming is bereikt met de zorgverzekeraars en de naburige ziekenhuizen- een zinvolle, duurzame bijdrage kan leveren aan het verkorten van lange wachttijden.

3.2.2.5 Ziekenhuis van de toekomst

Ontwikkelingen in beeldvorming, communicatietechnologie, thuiszorg-technologie, alsmede ontwikkelingen op medisch-technologisch gebied hebben geleid tot een grotere flexibiliteit in de setting waarin zorg aangeboden kan worden. Het is beter mogelijk aan de vraag van de patiënt tegemoet te komen, patiënten thuis te behandelen, alsook vroegtijdige diagnostiek en interventie te bieden. Voor de toekomst betekent dit dat ziekenhuisopnames verkort kunnen worden. Een verkorte opnameperiode houdt wel in dat de patiënt in de herstelfase zorg buiten het ziekenhuis aangeboden zal moeten krijgen. Het is dan ook van belang dat in goede aansluiting daarop zorgvormen dichtbij de woonomgeving van de patiënt ontwikkeld worden.

Naar aanleiding van de veranderende vraag van patiënten hebben zorgaanbieders zowel horizontale (met andere ziekenhuizen) als verticale (binnen de zorgketen) samenwerkings-initiatieven ontwikkeld. Centraal in deze samenwerking staat het bieden van adequate zorg op de juiste plaats. Ontwikkelingen op het gebied van informatietechnologieën hebben een belangrijke bijdrage geleverd aan mogelijkheden tot samenwerking. De toepassing van technieken als teleconsultatie, videoconferencing en dergelijke kunnen in de toekomst samenwerking en samenhang tussen verschillende zorgvormen vergemakkelijken.

Verder kan toepassing van technieken als elektronische patiëntendossiers, medische chipcards en dergelijke leiden tot een toename van de doorzichtigheid (transparantie) van het zorgproces.

Als gevolg van het vorenstaande zullen er binnen de (toekomstige) ziekenhuisorganisatie twee verschillende niveaus ontstaan in de medisch-curatieve zorg:

1. het interventiecentrum waar complexe, intensieve medisch-specialistische behandelingen plaatsvinden en
2. poliklinische/gedeconcentreerde dagbehandelingscentra met mogelijkheden voor kort verblijf, waar een steeds groter deel van de medisch-curatieve zorg wordt verleend.

Op het eerste niveau, de complexe ziekenhuiszorg (interventiecentra), zullen kleinere (minder bedden), maar uitermate goed geoutilleerde ziekenhuizen worden gerealiseerd, waarbij het verblijf van de patiënt tot een minimum wordt teruggebracht. Op het tweede niveau, de poliklinieken en gedeconcentreerde behandelcentra, zal op meerdere plaatsen, medisch-curatieve zorg verleend worden waarvoor een korte opname of helemaal geen opname nodig is. De dagbehandelingskliniek zal dankzij de moderne technologie in verbinding staan met zowel het interventiecentrum als met de eerste- en tweedelij.

Dat dit ook in de praktijk al waarneembaar is blijkt uit de diverse intussen ontvangen bouwvoorvragen welke pleiten om ruimte te reserveren voor extramurale hulpverleners, met name voor huisartsen. Het gaat hierbij overwegend om huisartsen die in het ziekenhuis spreekuur (gaan) houden, met als doelstelling de samenwerking en de afstemming tussen ziekenhuis en extramurale zorgverlening te verbeteren. Daarnaast komen soms ook gespecialiseerde verpleegkundigen (diabetes-verpleegkundige, reumaconsulentes) uit de eerste lijn als consulent in het ziekenhuis of houden er spreekuur.

3.2.3 *Kwaliteit en doelmatigheid*

3.2.3.1 *Inleiding*

Kwaliteit en doelmatigheid zijn onlosmakelijk met elkaar verbonden. Het verbeteren hiervan is nooit af. Voortdurend doen zich nieuwe initiatieven voor, worden antwoorden gevonden op ondervonden problemen en wijzigen de opvattingen over wat doelmatige en kwalitatief verantwoorde zorg inhoudt. Op een aantal terreinen worden in dit kader initiatieven ontplooid.

3.2.3.2 *Leidschendam 2000*

De voorbereidingen van een derde Leidschendamconferentie 2000 zijn in volle gang. Tijdens de conferentie Leidschendam 2000 zullen partijen onder meer proberen tot nieuwe afspraken te komen over het kwaliteitsbeleid in het begin van de eenentwintigste eeuw. Voorafgaand aan deze conferentie worden meer dan 20 regionale kwaliteitsconferenties gehouden. Het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ) wordt financieel ondersteund bij zijn rol hierin. De regionale conferenties worden georganiseerd door de RP/CP's en zorgverzekeraars, waarbij het LCKZ een deel van de taken op zich neemt. Op mijn verzoek voert het Nivel een landelijk onderzoek uit waarvan de resultaten op de landelijke conferentie worden gepresenteerd. Het betreft een onderzoek naar de stand van zaken bij de ontwikkeling van kwaliteitssystemen in de zorg.

3.2.3.3 *Doelmatigheid en kwaliteit van de organisatie*

Eén van de voornemens uit het plan van aanpak, dat is opgesteld als vervolg op de notitie 'Gepaste Zorg II', betrof het organiseren van een conferentie over inkoop-initiatieven. Op 20 april jongstleden heeft deze

conferentie 'Facilitair management in beweging' plaatsgevonden. Uit de conferentie bleek dat op het gebied van de facilitaire dienstverlening binnen de zorgsector reeds verschillende doelmatigheidsinitiatieven worden genomen. Ook is duidelijk geworden dat er nog verbetering mogelijk is. Ter ondersteuning van een verdere professionalisering heb ik aangekondigd om samen met de sector te onderzoeken op welke wijze dit vorm kan worden gegeven.

Een ander element uit het plan van aanpak betreft het inventariseren van doelmatigheid belemmerende wet- en regelgeving. Inmiddels heb ik van de RVZ het advies 'Prikkel tot doelmatigheid' ontvangen. De Raad beveelt een zogenaamd competitief budgetstelsel (voor alle instellingen dezelfde vergoedingsprijzen voor zorgproducten) binnen een regio met risicodragende en gebudgetteerde zorgverzekeraars aan. Ik beraad mij op een standpunt.

Mede onder invloed van de richtlijnontwikkeling staan de zorgprocessen steeds vaker ter discussie omdat de zorg behalve vanuit de medische en paramedische invalshoek ook vanuit het perspectief van de patiënt en het management gezien moet worden. Dit proces van kanteling en herontwerpen van het zorgproces doorbreekt bestaande gewoonten en, met de lokale initiatieven medisch specialisten zal dit de kwaliteit én de doelmatigheid ten goede komen. Ik heb ZON gevraagd organisatie-gebonden projecten extra aandacht te schenken. Het noodzakelijke veranderingsproces binnen de curatief somatische zorg wil ik op deze wijze een stimulans geven.

3.2.3.4 Doelmatigheid en kwaliteit van (para)medisch handelen

Op het terrein van protocollering en richtlijnontwikkeling binnen de medisch-specialistische zorg heb ik aanvullende maatregelen genomen. Deze zijn beschreven in de Voortgangsrapportage Medische Technology Assessment en doelmatigheid van zorg van 2 april 1997 en komen er op neer dat het instituut Medical Technology Assessment (iMTA) samen met direct belanghebbenden (professionals, patiënten en verzekeraars) bestaande protocollen herijkt op basis van kosten-effectiviteitsanalyses. De implementatie van richtlijnen heeft eveneens een krachtige stimulans gekregen: Thans is een complementair programma aan het iMTA-programma op de rails gezet (Universiteit van Nijmegen).

3.2.3.5 Informatie- en communicatietechnologie

Het is opvallend dat binnen de Nederlandse high-tech gezondheidszorg de systematische en geïntegreerde toepassing van de informatie- en communicatietechnologie (ICT) nog steeds niet tot stand is gekomen. Het is hoog tijd dat dit de komende jaren wél gebeurt. ICT biedt tal van nieuwe mogelijkheden in de zorg, zowel aan de kant van de zorgaanbieders als aan de kant van zorggebruiker. Ook de verzekeraars en de overheid kunnen voordeel hebben bij een goede toepassing van ICT. Het zorgveld is een terrein waar brede invoering van ICT middel is voor het bereiken van win-win situaties (verbetering van kwaliteit van zorg, effectiviteit en doelmatigheid en mogelijkheden voor de markt). Dat alles tegen een achtergrond waarbij aan alle actoren gevraagd wordt om het beschikbare budget beter en doelmatiger te besteden.

Op de toepassing van ICT op de primaire zorgprocessen zelf begint enig zicht te komen. Het gaat daarbij om: het informatiesysteem intensive care, geavanceerde polikliniek-systemen, diabcare (internationaal netwerk rond de diabetenzorg) etcetera. Steeds gaat het om geavanceerde systemen waarbij logistiek, diagnostiek en gestandaardiseerd handelen samen op

zouden moeten lopen. Wat echter opvalt is dat (generaliserend) veel van deze systemen nog slechts in een enkel ziekenhuis worden toegepast.

Het zorgveld is verdeeld ten aanzien van een brede invoering van ICT. Niettemin is er een groeiend besef dat ICT toepassingen onmisbaar worden in de zorg. Hoewel iedereen wel min of meer de grote mogelijkheden ziet is het partijen absoluut niet gelukt -gezien de verschillende belangen- tot een effectieve aanpak te komen. Er is kennelijk behoefte aan een regisseursrol van de overheid. Daarop zal de inspanning van de overheid zich in de komende tijd dienen te richten.

3.2.3.6 *Financiering kwaliteitsbeleid*

In de afgelopen kabinetsperiode zijn gelden beschikbaar gesteld voor de ontwikkeling van kwaliteitsinstrumenten. De beleidslijn die de overheid heeft is dat de financiering van kwaliteitsbeleid voor vrij gevestigde beroepsbeoefenaren veelal verloopt via subsidies van de Ziekenfondsraad, aangezien het tarief een moeizame drager blijkt. De instellingen daarentegen dienen kwaliteitsbeleid binnen hun eigen budget te bekostigen. Ik heb een inventarisatie uit laten voeren naar de gelden die reeds ter uitvoering van mijn beleid tot kwaliteitsverbetering worden uitgegeven. Dit totaaloverzicht van gelden die hierin omgaan zal ik gebruiken voor een verdere oriëntatie op de structuur en financiering van kwaliteitsbeleid. Mijn streven is te komen tot een zorgbrede oplossing in plaats van ad hoc oplossingen in deelsectoren.

3.2.4 *Paramedische zorg*

3.2.4.1 *Inleiding*

Het beleid ten aanzien van de paramedische zorg is erop gericht de doelmatigheid van de hulpverlening te vergroten en kwaliteit van de paramedische zorg te verhogen. Daarbij is de insteek dat noodzakelijke zorg onderdeel van het verzekerde pakket dient te zijn en blijven, maar onnodig gebruik van de verstrekkingen dient te worden vermeden. Om dit te realiseren zijn de afgelopen jaren verschillende (beperkende) maatregelen getroffen en is een beleid in uitvoering genomen ter ondersteuning van het kwaliteitsbeleid van de paramedische beroepsgroepen. Ik ben voornemens om evenals in andere sectoren te komen tot meerjarenafspraken met de paramedische beroepsgroepen.

3.2.4.2 *Fysiotherapie en oefentherapie*

Evenals vorig jaar heeft de Commissie Lijst van de Ziekenfondsraad mij ook dit jaar weer geadviseerd over de aanpassing van de lijst langdurige en intermitterende fysiotherapie en oefentherapie. Het betreft adviezen over:

- artrose;
- ouderen met ernstige mobiliteitsbeperkingen;
- de vraag of een try-out met fysiotherapie of oefentherapie voor ouderen met ernstige mobiliteitsbeperkingen kan worden opgezet en uitgevoerd;
- diverse specifieke aandoeningen.

Daarnaast doet de commissie diverse voorstellen tot verduidelijking. Over een aantal aandoeningen wordt geadviseerd deze niet op te nemen op de lijst. Ik neem de aanbevelingen van de commissie over en zal de lijst met ingang van 1 januari 1999 aanpassen.

Ik heb de Ziekenfondsraad verzocht zorg te dragen voor de evaluatie van de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie. Deze evaluatie zal in september 1998 worden afgerond. Over de resultaten van de evaluatie en mijn visie daarop zal ik de Tweede Kamer dit najaar informe-

ren. Onderdeel van deze evaluatie vormt de evaluatie van het ZAO-dienstenmodel. In het algemeen overleg op 15 april 1998 over fysiotherapie en de modernisering van de curatieve somatische zorg heb ik de Kamer toegezegd dat, vooruitlopend op de evaluatie, het ZAO-dienstenmodel in alle regio's mag worden ingevoerd die voldoen aan de voor het ZAO-experiment vastgestelde criteria. De Ziekenfondsraad heb ik bij brief van 23 juni 1998 (CSZ\EZ-989885) verzocht om zijn medewerking te verlenen aan de verbreding van het experiment.

In oktober 1997 is met de Tweede Kamer gesproken over de beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie en enkele gerelateerde onderwerpen. Dit naar aanleiding van mijn brief van 3 juni 1997. In het algemeen overleg is ondermeer gesproken over de bestuurlijke afspraken van het WFO-rapport. Ter uitvoering van de gemaakte afspraken is door de beroepsgroepen onder andere een plan van aanpak ingediend voor de opbouw van een regionale infrastructuur voor de kwaliteit. Kern van deze structuur zijn de intercollegiale overleggen fysiotherapie (IOF's). Hiervoor heb ik in 1998 bovenop de reeds eerder beschikbaar gestelde f 3 mln nog eens f 3 mln extra beschikbaar gesteld. Over dit plan van aanpak en de stand van zaken ten aanzien van de overige afspraken zal ik u informeren in de eerder genoemde brief over de beperkende maatregel.

3.2.4.3 Ergotherapie

De Ziekenfondsraad heeft een evaluatieonderzoek verricht naar de subsidieregeling ergotherapie. Naar aanleiding van de resultaten van het evaluatieonderzoek ergotherapie is besloten om ergotherapie nog niet als aparte verstrekking in het kader van de Ziekenfondswet op te nemen. Dit aangezien uit het onderzoek bleek dat nog onvoldoende zicht bestond op de inhoud en de omvang van de verstrekking, alsmede op de voorwaarden waaronder op deze verstrekking aanspraak zou kunnen worden gemaakt. Op mijn verzoek heeft de Ziekenfondsraad daarom besloten de subsidieregeling voor de ergotherapie te verlengen voor de duur van twee jaar en het evaluatieonderzoek voort te zetten.

3.2.4.4 Logopedie

Over de voorgenomen beperkende maatregel logopedie verwacht ik u dit najaar te kunnen informeren. Uitgangspunt van de voorgenomen maatregel vormt een doelmatiger verstrekking logopedie. Ik geef daarbij prioriteit aan:

- verbetering van de indicatiestelling logopedie;
- aanscherping en verbetering van de logopedische werkdiagnose;
- verbetering van de relatie met de verwijzer.

Het kwaliteitsbeleid kan verder worden vormgegeven door protocollen en richtlijnen op te stellen waardoor het logopedisch handelen inzichtelijk wordt gemaakt. Hieraan wordt ook al gewerkt in het eerder genoemde programma van de Ziekenfondsraad.

Met ingang van 1 juni 1998 is een subsidieregeling op grond van de Ziekenfondswet van kracht geworden, op grond waarvan de audiologische centra spraak- en taalteams in het leven kunnen roepen en instandhouden ten behoeve van kinderen met spraak- en taalmoeilijkheden.

3.2.4.5 Tarieven

In 1998 is de incidentele korting fysiotherapie ter grootte van f 32 mln (waarvan f 27 mln neerslaat in het tweede compartiment) opgeschort. Inmiddels is er een overleg gestart met de paramedische

beroepsgroepen (fysiotherapeuten, oefentherapeuten en logopedisten) over de mogelijkheden en onmogelijkheden om tot een meerjarenperspectief te komen. Daarbij kunnen naast financiële ook zorginhoudelijke argumenten een rol spelen.

3.2.5 *Spoedeisende medische hulpverlening*

In het kader van de versterking van de kwaliteit en de organisatie van de ambulancezorg is in 1997 het beleid ingezet om te komen tot regionale ambulancevoorzieningen. Een regionale ambulancevoorziening (RAV) is het samenwerkingsverband tussen ambulancediensten en de Centrale Post Ambulancevervoer in de regio. De RAV vormt daarmee in feite één organisatie voor de ambulancezorg in de regio en is daarmee één van de belangrijkste pijlers in het systeem van spoedeisende medische hulpverlening, dat verder wordt versterkt door de ontwikkeling van traumacentra. De visie ten aanzien van de ontwikkeling van regionale ambulancevoorzieningen, de traumazorg en de geneeskundige hulpverlening bij rampen is neergelegd in de nota 'Met zorg verbonden' die in juni 1997 aan de Tweede Kamer is aangeboden. Deze nota, die samen met de minister van Binnenlandse Zaken is uitgebracht, blijkt een zeer breed draagvlak te kennen.

Op 1 januari 1998 is voor de ambulancezorg budgettering ingevoerd. De herallocaties die plaatsvinden als gevolg van de invoering van de budgettering zijn in 1998 beperkt tot 1% van het normbudget per 1 januari 1998 en 1% per 1 juli 1998. Naar de gevolgen van de budgettering is een onderzoek gestart waarvan de resultaten naar verwachting in oktober 1998 bekend zullen worden. Deze resultaten zullen door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg worden betrokken bij de eventuele bijstelling van het budgetteringssysteem voor 1999.

Ten aanzien van de beoogde decentralisatie van het zittend ziekenvervoer naar gemeenten, per 1 januari 1999, is besloten om daar vanaf te zien. De bestaande taakstelling van f 20 mln in 1999 wordt verhoogd met f 18 mln tot f 38 mln als gevolg van een volume-overschrijding in 1997. Deze taakstelling wordt gerealiseerd door een verscherpte uitvoering van de indicatiestelling en het toevoegen van (een deel van) het budget aan dat van ziekenhuizen.

3.3 Vooruitblik

Voor de cure-sector zijn in het Regeerakkoord middelen beschikbaar gesteld ten behoeve van uitgaven, onder andere als gevolg van met name demografische ontwikkelingen en voor nieuw beleid. Bij het inzetten van de intensiveringsmiddelen gelden de volgende prioriteiten: verminderen van de werkdruk, het terugbrengen van de wachttijden tot aanvaardbare lengte en het verbeteren van de kwaliteit. Voor wat betreft het terugbrengen van de wachttijden in de cure-sector ligt een plan van aanpak gereed, dat is opgesteld door alle partijen in de gezondheidszorg en de Stichting van de Arbeid samen. Andere voornemens zijn ondermeer praktijkondersteuning van huisartsen en het voltooien van de integratie van medisch specialisten. Aan de beschikbaar gestelde extra middelen is een doelmatigheidstaakstelling verbonden die vanaf het jaar 2000 gerealiseerd moet worden, door een besparing als gevolg van een doelmatiger inkoop door zorginstellingen. In het Regeerakkoord is aangegeven dat de toekenning van intensiveringsmiddelen wordt gekoppeld aan de totstandkoming van meerjarenafspraken met de sector. In deze meerjarenafspraken worden het beleid op hoofdlijnen, het financieel beslag en de voorwaarden waaronder de middelen beschikbaar worden gesteld betrokken. Voor wat betreft de ziekenhuizen kunnen de hoofdlijnenakkoorden mede als basis dienen voor de verdere vormgeving. Ik ben voornemens om het overleg met de sector dit najaar te voeren.

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk komen achtereenvolgens aan de orde de farmaceutische hulp, de medische hulpmiddelen, en de bloedvoorziening.

Tabel 4.1 Uitgaven Farmaceutische Hulp en Hulpmiddelen

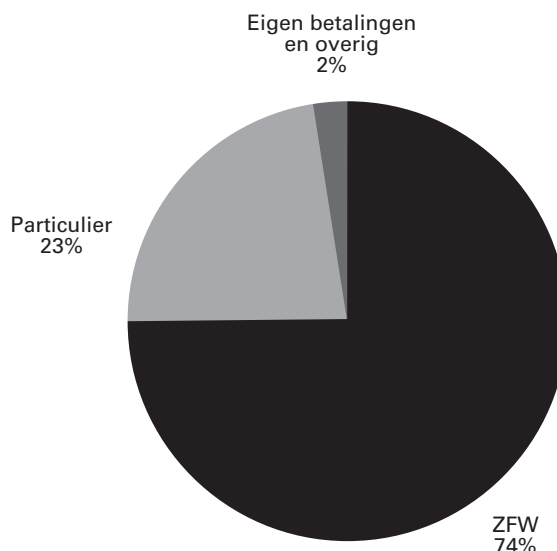
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Farmaceutische hulp	5245,8	5460,9	5605,4	5780,0	6226,8	6254,4	6220,4	6199,4	6179,4	6179,4
2 Hulpmiddelen	833,3	1064,3	1127,0	1329,0	1345,0	1375,7	1326,7	1327,7	1329,0	1329,0
3 Subsidies	13,0	12,4	13,8	54,7	67,9	37,9	37,8	36,3	36,3	36,3
Totaal JOZ 1999	6092,1	6537,6	6746,2	7163,7	7639,7	7668,0	7584,9	7563,4	7544,7	7544,7
Procentuele mutatie		7,3	3,2	6,2	6,6	0,4	-1,1	-0,3	-0,2	0,0

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Ten opzichte van het vorige JOZ zijn de bedragen voor geneesmiddelen in 1997 en 1998 (met structureel doorwerking) verhoogd vanwege de opgetreden overschrijdingen. Voor 1999 en latere jaren zijn verwerkt de groeiruinthe voor demografische ontwikkelingen, de voorziene extra groei (de tranche 1999 uit de kostenstijging van f 1,7 mld tot 2002), de besparing in verband met de modernisering van het geneesmiddelenvergoedingsstelsel en de besparingen voortvloeiend uit de in het nieuwe Regeerakkoord afgesproken maatregelen voor 1999 (zie ook hoofdstuk 1, tabel 1.4). Overige groeiruinthe na 1999, alsmede de besparingen voortvloeiend uit na 1999 te nemen maatregelen, zoals afgesproken in het Regeerakkoord, zijn niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

**Figuur 1: Financiering farmaceutische hulp en hulpmiddelen 1999
(f 7668,0 mln)**



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

4.2 Farmaceutische hulp

4.2.1 Terreinbeschrijving farmaceutische hulp

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

De geneesmiddelenmarkt bevindt zich op het scheidsvlak van de private en collectieve sector. De ontwikkeling, productie, distributie en verkoop van geneesmiddelen is in handen van ondernemingen met commerciële doelstellingen. Het voorschrijven gebeurt door artsen die deel uitmaken van het gezondheidszorgstelsel dat grotendeels op niet-commerciële basis is georganiseerd. Het afleveren geschiedt door apotheehoudenden, die zich bezighouden met de inkoop van geneesmiddelen en het verlenen van farmaceutische zorg. Het gebruik wordt voornamelijk uit collectieve middelen gefinancierd.

Om verschillende redenen werkt het marktmechanisme, dat normaliter leidt tot lagere prijzen, in de geneesmiddelensector niet goed. Met het oog op de beheersing van de maatschappelijke kosten is overheidsbemoeienis noodzakelijk. Ook wordt beleid gevoerd met betrekking tot de kwaliteit van de geneesmiddelenvoorziening. Het beleid beschreven in dit hoofdstuk betreft hoofdzakelijk de extramurale geneesmiddelenvoorziening. Het uitgavenniveau voor farmaceutische hulp (tabel 4.1) heeft uitsluitend betrekking op het extramurale deel.

4.2.2 Terugblik farmaceutische hulp

De doelstellingen van het beleid hebben betrekking op kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische hulp. Het overheidsbeleid is onder meer gericht op het corrigeren van de ongewenste effecten van een gebrekkige marktwerking. Het beleid voor de extramurale geneesmiddelenmarkt is schematisch samengevat in tabel 4.2. De belangrijkste onderdelen van het beleid worden hierna kort toegelicht.

Tabel 4.2 Beleid extramurale geneesmiddelenmarkt

aanbodzijde	producten	- maximumprijzen - positieve lijst - vergoedingslimieten - generieke substitutie
	aanbieders	- voorlichting - standaarden / protocollen - maximumtarieven - aanpak kortingen en bonussen
vraagzijde	patiënten	- bijbetalingen
	verzekeraars	- budgettering
marktwerking	alle partijen	- wegnemen belemmeringen mededinging - prikkels doelmatig gedrag

4.2.2.1 Prijsbeheersing

Sinds 23 februari 1996 is de Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) van kracht. Deze heeft betrekking op geneesmiddelen waarvan de beschikbaarheid voor iedereen gewaarborgd dient te zijn en beoogt de apotheekinkooprijzen daarvan in overeenstemming te brengen met het gemiddelde prijsniveau van vergelijkbare geneesmiddelen in een viertal referentielanden. Inmiddels is het overgrote deel van de geneesmiddelen die worden vergoed op grond van de sociale ziektekostenverzekeringen onder de werking van de WGP gebracht. De WGP heeft geleid tot een gemiddelde prijsverlaging van circa 20% voor die middelen waarvoor maximumprijzen zijn vastgesteld. De structurele opbrengst bedraagt circa f 700 mln. Bovendien heeft de 5% prijsverlaging van 1994 -die nu via de WGP is 'verankerd'- een opbrengst van circa f 200 mln gegenereerd. De maximumprijzen worden tweemaal per jaar herijkt op basis van actuele prijsniveaus en wisselkoersen. Hierbij is met name de koers van het Britse pond van belang omdat het Verenigd Koninkrijk geen deel uitmaakt van de EMU. De aanhoudende stijging van de koers van het Britse pond heeft bij herijkingen al enkele malen geleid tot hogere maximumprijzen. Herijking zal per 1 oktober 1998 wederom leiden tot gemiddeld hogere maximumprijzen. Ook in dit geval is dit voornamelijk het gevolg van de koersstijging van het pond. De consequenties van de recente uitspraak van de Raad van State voor de berekeningssystematiek zijn verwerkt. In de ramingen voor 1999 en latere jaren is uitgegaan van de termijnkoersen van het Britse pond. Deze zijn lager dan de huidige koers.

4.2.2.2 Verstrekkingenpakket

In 1996 is door middel van een positieve lijst -de bijlagen 1A en 1B van de Regeling Farmaceutische Hulp- grotendeels vastgelegd op welke geneesmiddelen en onder welke voorwaarden de ziekenfonds- en WTZ-verzekerden aanspraak hebben. Slechts die geneesmiddelen worden vergoed, die door de minister zijn aangewezen. In de periode 1993-1996 zijn bij verschillende uitdunningsoperaties groepen geneesmiddelen uit het pakket verwijderd, namelijk achtereenvolgens homeopathische en antroposofische middelen, een belangrijk deel van de zelfzorggeneesmiddelen alsmede een aantal andere middelen die niet aan de geformuleerde criteria voldeden. Deze pakketbeperkingen hebben in totaal naar schatting een besparing opgeleverd van circa f 250 mln.

Sinds 1994 is bijlage 1B -waarop de middelen staan die niet geclusterd kunnen worden- gesloten. Sindsdien zijn slechts enkele middelen toegelaten op bijlage 1B. De Ziekenfondsraad is een uitvoeringstoets gevraagd gericht op het ontwikkelen van een objectieve en transparante systematiek voor de opname van geneesmiddelen in het verstrekkingenpakket, onder de randvoorwaarde dat de kostenbeheersing is gegarandeerd. In principe kunnen alleen middelen in aanmerking komen voor opname in het verstrekkingenpakket, waarvan duidelijk is dat ze iets toevoegen aan het bestaande pakket. De sluiting van bijlage 1B heeft tot en met 1997 een besparing c.q. beperking van de groei opgeleverd van naar schatting circa f 550 mln op jaarbasis.

4.2.2.3 Beperking vergoedingen

Door middel van het Geneesmiddelenvergoedingensysteem (GVS) is de vergoeding van de geneesmiddelen die geclusterd kunnen worden beperkt. 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. Doorgaans valt een eigen bijdrage te vermijden doordat in een groep onderling vervangbare geneesmiddelen goedkopere alternatieven beschikbaar zijn waarvoor geen eigen bijdrage is verschuldigd. Het GVS heeft geleid tot een besparing van circa f 300 mln.

De aangekondigde modernisering van het GVS, die voor 1998 was belegd met een taakstelling van f 115 mln, zal door de recente uitspraak van de Raad van State inzake de berekeningssystematiek rondom de maximumprijzen ex WGP in 1998 niet tot besparingen leiden. De structurele taakstelling ad f 255 mln vanaf 1999 is ongewijzigd en zal gerealiseerd worden.

4.2.2.4 Maatregelen gericht op doelmatig voorschrijf- en aflevergedrag

Het beleid is erop gericht te bevorderen dat huisartsen en specialisten doelmatig voorschrijven en apotheekhoudenden doelmatig afleveren. 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 onder meer het Farmacotherapeutisch Kompas, het Geneesmiddelenbulletin en de formularia van het Nederlands Huisartsen Genootschap.

Krachtens de stimulansregeling mag de apotheekhoudende een derde van het prijsverschil houden, wanneer hij een goedkoper geneesmiddel (doorgaans generiek of parallel geïmporteerd) aflevert dan een bepaald referentieproduct. Dit stimulansbeleid wordt ondersteund door het beleid

dat gericht is op het stimuleren van het voorschrijven op stofnaam door artsen, waardoor de apotheekhoudende zonder beperking generiek kan substitueren.

4.2.2.5 Vergoeding apotheekhoudenden

Het systeem van margeconcurrentie in de bedrijfskolom leidt ertoe dat apotheekhoudenden bij de inkoop van geneesmiddelen kortingen en bonussen ontvangen. Deze kortingen en bonussen dienen zoveel als mogelijk ten goede te komen aan de zorg.

Na overleg met de KNMP heeft een indicatief onderzoek naar de hoogte van kortingen en bonussen ('quick scan') plaatsgevonden. Dit onderzoek heeft bij VWS geleid tot de conclusie dat er ruimte is om de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen te verlagen. Deze verlaging is per 1 juli 1998 van kracht geworden en zal een besparing opleveren van f 100 mln in 1998 en structureel f 150 mln vanaf 1999. De definitiestudie naar de verschijningsvormen van kortingen en bonussen is inmiddels afgerond. Aan de hand van de definitie-studie zal de omvang van kortingen en bonussen gekwantificeerd worden.

4.2.2.6 IWG-maatregelen

De Interdepartementale Werkgroep Geneesmiddelendistributie (IWG) 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 onder meer betrekking op de eisen die aan apotheekhoudenden respectievelijk drogisten werden gesteld, het van kracht worden van een verbod op verticale prijsbinding en het opheffen van de categorie ua-geneesmiddelen (uitsluitend apotheek). Met deze maatregelen zijn onder meer toetredingsdrempels voor andersoortige distributeurs verlaagd. De resterende IWG-aanbevelingen worden meegenomen in de in voorbereiding zijnde modernisering van de Wet op de geneesmiddelen-voorziening (WOG).

Een initiatiefwetsvoorstel gericht op aanpassing van artikel 13 is recentelijk door de Tweede Kamer aangenomen. Deze aanpassing richt zich met name op de opheffing van het verbod op extramuraal afleveren door de ziekenhuisapotheker.

4.2.2.7 Resultaat gevoerde beleid

Het beleid van de afgelopen jaren, gericht op de kwaliteit en beheersing van de kosten van de geneesmiddelenvoorziening, is succesvol geweest. In financiële termen heeft het pakket aan maatregelen een opbrengst gegenereerd die in 1997 is opgelopen tot f 2,2 mld. Uit een ambtelijke analyse is gebleken dat er sprake is van een onderliggende kostengroei van 9 à 12% per jaar. Het actieve beleid heeft geresulteerd in een beperking van de feitelijke uitgavengroei tot gemiddeld circa 6% per jaar in de afgelopen twee kabinetsperiodes.

Ondanks het gevoerde beleid is het kader 1997 met f 370 mln overschreden en zal het kader 1998 naar verwachting met f 638 mln overschreden worden. In historisch perspectief gezien blijkt dat vrijwel iedere maatregel wel leidt tot een verlaging van het kostenniveau, maar gevolgd wordt door nieuwe kostenstijgingen. Het effect van maatregelen op het kostenniveau is doorgaans blijvend. Het effect van maatregelen op het groeitempo is echter na enige tijd uitgewerkt. Ook vergelijkbare landen worstelen met deze problematiek. Zonder aanvullend beleid -in combinatie met continuering van het huidige beleid- zal de groei van de genees-

middelenkosten in de toekomst terugkeren naar de onderliggende trend van 9 à 12% per jaar.

Er zijn aangrijpingspunten voor aanvullend beleid. Zo is er nog onvoldoende sprake van beheersing van de kosten door verzekeraars. Ook voelen beslissers op 'microniveau' niet of nauwelijks de kostengevolgen van hun handelen. Bij de apotheekhoudenden is sprake van belangenvermenging omdat zij tegelijkertijd de inkoop- en de afleverfunctie vervullen. Voorts levert de industrie marketinginspanningen met name waar het gaat om nieuwe geneesmiddelen die duurder kunnen zijn dan de middelen die reeds gebruikt worden. Tot slot is er nog onvoldoende aansluiting tussen intramuraal voorschrijven, poliklinisch voorschrijven en voorschrijven in de huisartsenpraktijk.

4.2.3 *Vooruitblik farmaceutische hulp*

Weliswaar is er sprake van een duidelijke matiging van de kostenontwikkeling als gevolg van het ingezette beleid, het gebruik van geneesmiddelen blijft echter stijgen. Dit is deels te verklaren uit niet-beïnvloedbare ontwikkelingen als de veranderende bevolkingsomvang en -samenstelling, maar ook uit beleidsmatig gewenste ontwikkelingen als de extramuralisering. Geneesmiddelen spelen in toenemende mate een kwalitatieve, kwantitatieve en kosteneffectieve rol in de gezondheidszorg. Enerzijds geldt dat bij gepast gebruik geneesmiddelen belangrijke winst in termen van gezondheid en in termen van besparingen elders in de zorg kunnen opleveren. Anderzijds dat indien met betrekking tot volume, prijs en distributie daar waar nuttig en nodig geen doeltreffende ombuigingsmaatregelen worden genomen, op korte en langere termijn de jaarlijkse autonome groei van de kosten van geneesmiddelen de beschikbare groei ruimte voor andere onderdelen van de zorg dreigt weg te nemen. Dit laatste is niet acceptabel. Met het oog hierop zijn achtereenvolgens de interdepartementale Werkgroep Kosten Geneesmiddelen (WKG) en de interdepartementale Stuurgroep geneesmiddelen lange termijn (commissie-Koopmans) actief geweest om te zoeken naar oplossingen voor dit probleem. De aanbevelingen van de stuurgroep hebben een grote rol gespeeld bij het opstellen van het Regeerakkoord. Onder meer op grond van deze aanbevelingen zal ter uitvoering van het Regeerakkoord met voortvarendheid het toekomstig beleid worden geïmplementeerd. Dit beleid wordt hierna verder uiteengezet. Nog voor de Kamerbehandeling van de VWS-begroting en het JOZ zal een plan van aanpak voor de uitgavenbeheersing geneesmiddelen naar de Tweede Kamer worden gezonden. Halverwege de kabinetsperiode zal worden gezien of er aanvullende maatregelen nodig zijn om de geneesmiddelen uitgaven binnen het budget te houden.

4.2.3.1 *Voortzetten vigerend beleid*

Het beleid van de afgelopen kabinetsperiode heeft geleid tot een effectieve kostenbeheersing en zal worden voortgezet. Zo blijft de toelating van niet-clusterbare nieuwe geneesmiddelen tot het pakket (bijlage 1B) aan strikte voorwaarden gebonden (bewezen therapeutische meerwaarde, aanvaardbare verhouding tussen kosten en baten) en zal de modernisering van het GVS, zoals aangekondigd in het JOZ 1998, op korte termijn worden afgerond. Verder zal worden gezien of in aanvulling op de overheveling van de zelfzorggeneesmiddelen (zie paragraaf 4.2.3.3) verdere pakketbeperkingen mogelijk zijn.

4.2.3.2 *Lange termijn*

Voor de lange termijn wordt conform de aanbevelingen van de commissie-Koopmans een aantal maatregelen genomen. Deze maatregelen

len sluiten aan bij de aangrijpingspunten genoemd aan het einde van paragraaf 4.2.2 en zijn gericht zowel op het vergroten van de doelmatigheid en het verhogen van de kwaliteit als op het totstandbrengen van een beheerste kostengroei in de geneesmiddelenvoorziening. De overheid zal zich actief inzetten om de partijen intensief te betrekken bij de implementatie van het beheersingssysteem. Ideeën en beleidsinitiatieven van het veld, die bijdragen aan gewenste farmaceutische zorg, zullen worden betrokken bij de beleidsontwikkeling. De invoering van dit beheersingssysteem vergt de nodige tijd. Dit parlementaire jaar zal begonnen worden met het initiëren van de volgende maatregelen.

Allereerst zal de uitbouw worden bevorderd van het huidige FTO (tussen huisartsen en apothekers) tot een farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO), waarin ook voorschrijvers en afleveraars in ziekenhuizen en andere instellingen voor intramurale zorg en GGZ deelnemen. De overheid zal in overleg treden met verzekeraars en zorgaanbieders over de wijze van implementatie. Essentieel is het ontwikkelen van regionale of lokale formularia. Geautomatiseerde ondersteuning is daarbij onontbeerlijk.

Het risicodragend zijn van verzekeraars is van groot belang voor het creëren van een groter kostenbewustzijn op micro-niveau. De rol van verzekeraars zal worden versterkt door aanscherping van de budgettering van ziekenfondsen en maatregelen in de WTZ. Hierin past dat verzekeraars meer verantwoordelijkheid gaan nemen bij de inkoop van geneesmiddelen.

Geneesmiddelen die door specialisten in de polikliniek worden voorgeschreven zullen onder het ziekenhuisbudget worden gebracht. Dit najaar nog zal worden begonnen met de voorbereiding van deze maatregel.

4.2.3.3 Korte termijn

Omdat de hierboven beschreven maatregelen op korte termijn naar verwachting nog niet tot substantiële besparingen leiden, wordt aanvullend een aantal maatregelen genomen die er op gericht zijn om op de kortst mogelijke termijn meer beheersing van de kostengroei te bewerkstelligen.

Ten eerste zullen ter uitvoering van het Regeerakkoord de wettelijke beperkingen op het exploiteren van apotheken door ziekenfondsen worden opgeheven, en zal het verbod op loondienst voor apothekers worden opgeheven.

Zelfzorggeneesmiddelen (ook wel niet-UR- of buiten-WTG-middelen genoemd) vallen niet in het vergoede pakket, met uitzondering van enkele middelen die thans, mits verstrekt op voorschrift van een arts, nog wel worden vergoed. Ook deze uitzonderingen zullen per 1 januari 1999 worden overgeheveld van het vergoede pakket naar het derde compartiment. Verdergaande pakketbeperkingen zijn niet uitgesloten.

Tenslotte zullen op korte termijn maatregelen worden genomen gericht op het vergroten van de doelmatigheid in het voorschrijfgedrag ('zuinig en zinnig'). Deze zullen zijn gericht op specifieke groepen van veel voorgeschreven geneesmiddelen zoals maagzuurremmers en cholestrolverlagers. Denkbare beleidsopties hierbij zijn het voorschrijven verbinden aan nadere voorwaarden of machtiging door de verzekeraar, voorlichtingscampagnes en de versnelde ontwikkeling van protocollen en spiegelinformatie.

Tevens zal de informatievoorziening voortvarend ter hand worden genomen. Er zal een onderzoeksprogramma worden geïnitieerd gericht op het verkrijgen van inzicht in de groei van de geneesmiddelenkosten en de

invloed hierop van de verschillende determinanten (demografie, nieuwe geneesmiddelen, extramuralisatie, substitutie en prijsontwikkelingen). Voorts zal er een periodieke rapportage (kwartaalrapportage) over de geneesmiddelenkosten worden ontwikkeld. Deze rapportages kunnen bijdragen aan de monitoring van het invoeringstraject van het beheersingssysteem zoals voorgesteld door de commissie-Koopmans.

4.2.3.4 Financieel beeld voor de periode 1998–2002

De WKG (paragraaf 4.2.3) heeft in haar eindrapportage (TK, 1997–1998, 25 974, nr. 1) aangegeven dat de te verwachten kostenstijging geneesmiddelen in 2002 zal uitkomen op f 2 326 mln (tabel 3.3 WKG-rapport). Bij de besluitvorming rond de Voorjaarsbrief 1998 is circa f 600 mln structureel aan het geneesmiddelenkader toegevoegd in verband met de overschrijding in de jaren 1997 en 1998. Conform het Regeerakkoord 1998 zal de geraamde (resterende) overschrijding voor de periode 1999–2002 van f 1,7 mld voor f 0,6 mld worden gedekt uit de intensiveringsruimte voor de zorg, voor f 0,7 mld uit de hiervoor beschreven maatregelen op het geneesmiddelendossier en voor f 0,4 mld uit overige besparingen in de zorgsector: f 0,3 mld doelmatiger inkoop door instellingen en f 0,1 mld lagere uitvoeringskosten zorgverzekeraars. Per saldo zal er in deze kabinetsperiode, boven de reguliere groei in verband met demografische ontwikkelingen, circa f 1 mld extra voor farmaceutische zorg worden uitgetrokken (f 1,7 mld minus de opbrengst uit maatregelen op het geneesmiddelenterrein ad f 0,7 mld). Daarenboven is er voor nieuwe geneesmiddelen in het Regeerakkoord f 175 mln gereserveerd.

4.2.3.5 Financieel beeld 1999

Volgens berekeningen op basis van een analyse van de ambtelijke Werkgroep Kosten Geneesmiddelen zal het vorig jaar vastgestelde kader farmaceutische hulp 1999 met f 930 mln overschreden worden. Dit bedrag is ten opzichte van het vorige JOZ aan het kader voor 1999 en latere jaren toegevoegd. De beschikbare volumegroei in 1999 (demografie) bedraagt daarnaast f 71 mln. Het opheffen van het systeem van eigen betalingen voor ziekenfondspatiënten zal naar verwachting leiden tot een volumestijging van f 52 mln. Voor loon- en prijsstijgingen 1998 is f 126 mln aan het kader toegevoegd. Op dit bedrag is bij de besluitvorming over de Voorjaarsbrief f 45 mln gekort in verband met de algemene budgettaire problematiek.

Ter redressering van de verwachte oploep van de kostengroei na 1999 is een aantal maatregelen in voorbereiding voor de lange termijn (zie paragraaf 4.2.3.2). Ter matiging van de kostengroei op de korte termijn zijn besparingen ingeboekt (zie paragraaf 4.2.3.3) die samenhangen met de modernisering van het GVS (besparing inclusief motie Wallage f 255 mln), de overheveling van de buiten-WTG-geneesmiddelen naar het derde compartiment (f 130 mln) en doelmatiger voorschrijven van enkele specifieke groepen veel voorgeschreven geneesmiddelen (f 10 mln). De herijking van de maximumprijzen per 1 oktober 1998 zal naar verwachting leiden tot f 85 mln meerkosten in 1999.

Voor een nadere specificering wordt verwezen naar bijlage B10 (tabel B10 4.01). Het kader farmaceutische hulp 1999 bedraagt f 6 254 mln.

4.3 Medische hulpmiddelen

4.3.1 Terreinbeschrijving medische hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is te definiëren als een voorwerp dat naar zijn aard is bestemd voor doeleinden als diagnose en behandeling van aandoeningen en ondersteuning/verlichting van handicaps.

Medische hulpmiddelen zijn onmisbaar in het medisch handelen en voor de medische zorg. Daarenboven vervullen zij een belangrijke rol in het psychisch welbevinden en het sociaal functioneren van de velen die zijn aangewezen op het gebruik van medische hulpmiddelen. Mensen met lichamelijke beperkingen kunnen vaak slechts dankzij medische hulpmiddelen deelnemen aan onze samenleving.

Medische hulpmiddelen worden dan ook steeds meer ingezet buiten het strikt medische domein. Daarbij ligt het belang van het hulpmiddel niet zozeer in het leveren van een bijdrage aan behandeling, herstel of genezing, maar veeleer in verruiming van de mogelijkheden tot maatschappelijke participatie, in de vergroting van zelfredzaamheid of in een zekere ondersteuning van het dagelijks functioneren.

Voor de verbetering van de arbeidsomstandigheden in de zorg is de inzet van medische hulpmiddelen een factor van belang. Zo dienen bijvoorbeeld 'hoog/laag bedden' primair de taak de hulpverlener te ondersteunen. Vaak creëert juist de mogelijkheid tot het inzetten van hulpmiddelen de mogelijkheid tot extramuralisatie en hulpverlening in de thuiszorg. Hulpmiddelen dragen aldus nadrukkelijk bij in de doelmatigheid van de zorg.

Medische hulpmiddelen worden in het kader van diverse wet- en regelgeving verstrekt aan mensen met lichamelijke beperkingen:

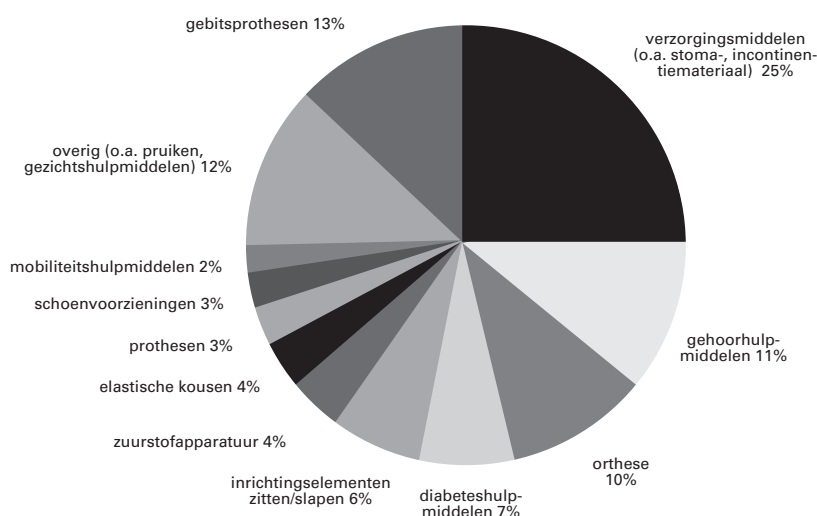
- extramurale hulpmiddelen: hulpmiddelen verstrekt volgens de Regeling hulpmiddelen 1996 (ZFW), de WTZ (standaardpakketpolis) en overeenkomende regelingen in particuliere en publiekrechtelijke verzekeringen;
- hulpmiddelen ten behoeve van verzorging en verpleging in AWBZ-instellingen en kortdurende thuiszorg worden verstrekt krachtens de AWBZ;
- rolstoelen, woonvoorzieningen onder de f 100 000,- (per 1 januari 1999) en aanvullend collectief vervoer worden verstrekt krachtens de Wet Voorziening gehandicapten (WVG);
- woningaanpassingen boven de f 100 000,- (per 1 januari 1999) worden op basis van een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad ex.art.39 WFV, gefinancierd;
- werk- en onderwijsvoorzieningen vallen onder de PEMBA (Premiëdifferentiatie en marktwerking bij arbeidsongeschiktheidsverzekeringen), doventolk in de leefsituatie en blindengeleidehond worden met ingang van 1 januari 1999 op basis van een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad ex.art.39 WFV gefinancierd.

De uitgaven aan medische hulpmiddelen zoals in dit hoofdstuk van het JOZ opgenomen (tabel 4.1) betreffen de eerste categorie, de zogenaamde extramurale verstrekkingen.

De extramurale hulpmiddelensector wordt voorzien vanuit een groot aantal deelmarkten, met een wijd uiteenlopend palet aan producten en wijzen waarop deze (kunnen) worden verstrekt. De deelmarkten variëren van 'bulkmarkten', zoals voor incontinentiematerialen en diabetes-teststrips, tot 'ambachtelijke' orthopedische schoenen die op maat gemaakt worden en het 'kunstgebit'. In figuur 2 zijn de aandelen van de voornaamste deelmarkten weergegeven (ziekenfondspatiënten, 1997).

Tussen de hulpmiddelensector en de geneesmiddelensector bestaan naast overeenkomsten op bepaalde deelmarkten tevens essentiële verschillen die van invloed zijn bij de ontwikkeling van een effectief beheersinstrumentarium voor de uitgaven aan hulpmiddelen. Dit geldt bijvoorbeeld voor de distributie van hulpmiddelen. Apothekers spelen slechts een rol bij een beperkt gedeelte van de hulpmiddelenverstrekking; er is geen sprake van kanalisatie van de distributie naar apothekers toe.

Figuur 2: Uitgaven medische hulpmiddelen 1997, ziekenfondsverzekerden (totaal f1048,2 mln)



4.3.2 Terugblik medische hulpmiddelen

Behoud van een goed voorzieningenniveau in samenhang met beheersing van kosten vormen reeds geruime tijd belangrijke aandachtsgebieden in het beleid. Hoewel in de laatste drie jaren met name de inkoopkosten zijn beheerst als gevolg van inspanningen van verzekeraars, zijn de totale kosten van hulpmiddelen tot nu toe moeilijk beheersbaar gebleken. Zo hebben demografische factoren, extramuralisatie, maatschappelijke bewustwordingsprocessen ten aanzien van het gebruik van hulpmiddelen, maar ook verruiming van de aanspraken in het kader van de sociale ziektekostenverzekeringen (bijvoorbeeld overheveling AAW-aanspraken) een grote invloed op de kostenontwikkeling van de hulpmiddelen gehad. In 1996 is een ambtelijke projectgroep kostenbeheersing medische hulpmiddelen ingesteld die de complexiteit en diversiteit van de hulpmiddelensector intensief heeft onderzocht. Uitgangspunt bij de werkzaamheden van de projectgroep was dat een zo goed mogelijk beeld van de hulpmiddelenbranches verkregen moest worden, voordat tot verantwoord ingrijpen kon worden overgegaan. De complexiteit en diversiteit van de hulpmiddelenvoorziening maakten een uitgebreid en intensief onderzoek nodig. De brede marktverkenning die is uitgevoerd heeft tot een beter inzicht in de sector geleid. De onderzoeksresultaten zijn in een tiental deelrapporten aan de Tweede Kamer voorgelegd. Algemeen beeld was dat tussen de verschillende deelsectoren een grote diversiteit bestaat aan vraag- en aanbodpatronen. De aanpak van de hulpmiddelen moet derhalve per deelmarkt uitgewerkt worden.

4.3.3 Vooruitblik medische hulpmiddelen

De komende jaren zal de budgettaire beheersbaarheid voor deze sector een belangrijk thema blijven.

In lijn met het gestelde in het Regeerakkoord zal op termijn kostenbeheersing gerealiseerd worden door middel van bevordering van de doelmatigheid in het inzetten van hulpmiddelen. Het doelmatigheidsbeleid zal niet alleen zijn weerslag vinden in de regelgeving maar ook in de toepassing

van hulpmiddelen. Het gaat hier om protocollering/standaardisering, efficiëntere distributiemethoden en het verbeteren van voorlichting en informatievoorziening. Zoals ook vermeld in het Regeerakkoord zal verder worden nagegaan wat thuishoort in het tweede en derde compartiment. Ook zal op grond van een kosten/effectiviteitsanalyse worden besloten over toelating van hulpmiddelen.

Vanwege de grote opwaartse budgettaire druk op de sector hulpmiddelen zal voor de hulpmiddelen een vergelijkbaar plan van aanpak als voor de geneesmiddelen worden opgesteld, waarvan bovengenoemde elementen in elk geval deel uitmaken. Bij het opstellen van dit plan van aanpak zal de verwachte stijging van de vraag naar hulpmiddelen betrokken worden. Zo is er een duidelijke relatie te onderkennen tussen de verstrekking van andere vormen van zorg, zoals thuiszorg, en het gebruik van hulpmiddelen. Bij intensivering van bijvoorbeeld de thuiszorg zal de vraag naar hulpmiddelen toenemen. Omdat medische hulpmiddelen een groter dan alleen medisch belang hebben, zal bij kostenbeheersing van de medische hulpmiddelen handhaving van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de verstrekking voorop staan.

Conform het advies van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg is besloten tot de vorming van een interdepartementale stuurgroep. Taak van deze stuurgroep is het opzetten van een infrastructuur voor het vergaren van informatie ten behoeve van een integraal medisch hulpmiddelenbeleid, naast taken op het gebied van het aspect kostenbeheersing.

4.4 *Bloedvoorziening*

4.4.1 *Terreinbeschrijving bloedvoorziening*

De bloedvoorziening vormt een belangrijk onderdeel van de farmaceutische hulp. De aard van de grondstof geeft de voorziening een aparte positie binnen de farmaceutische sector. Gezien het feit dat het biologische producten betreft, is het van groot belang de veiligheid van de voorziening met bloed te verzekeren, met name de preventie van overdracht van infectieziekten.

4.4.2 *Terugblik bloedvoorziening*

Op 1 januari 1998 is de Wet inzake bloedvoorziening (Wibv) in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet inzake Bloedtransfusie van 8 november 1988. De Wet inzake bloedvoorziening is opgesteld in verband met het inrichten van één landelijke organisatie voor de bloedvoorziening in Nederland: Stichting Sanquin Bloedvoorziening. Sanquin is ontstaan uit een fusie van de regionale Nederlandse Rode Kruis bloedbanken, de Federatie van Nederlandse Rode Kruis Bloedbanken, het Centraal Laboratorium van de Bloedtransfusiedienst van het Nederlandse Rode Kruis en dr. Karl Landsteiner-stichting.

De nieuwe organisatie draagt zorg voor een landelijke zelfvoorziening met vrijwillig en om niet-gegeven bloed dat zonder winstoogmerk bewerkt en geleverd wordt, onder hoge eisen aan veiligheid, doelmatigheid en kwaliteit. De ministeriële verantwoordelijkheid ten aanzien van Sanquin heeft vorm gekregen via handhaving, bestuurlijk toezicht en de mogelijkheid om in te grijpen wanneer de organisatie in gebreke blijft. Deze verantwoordelijkheid is wettelijk vastgelegd in de Wibv.

4.4.3 *Vooruitblik bloedvoorziening*

Per 1 januari 1999 zal de bloedvoorziening in Nederland buiten de werkingssfeer van de WTG vallen. In 1998 worden voorbereidingen

getroffen om de bloedbanken uit de WTG te plaatsen. Tijdens dit overgangsjaar wordt tevens gewerkt aan een beoordelingsinstrumentarium voor de (eerste) in te dienen begroting en het (eerste) operationele beleidsplan van Sanquin. Met de betrokken uitvoeringsorganen zal overleg plaatsvinden over de nieuwe systematiek. Het gebruik van bloedproducten slaat neer binnen een aantal budgettaire kaders. De kort houdbare bloedproducten vallen vrijwel uitsluitend binnen het kader ziekenhuiszorg, de lang houdbare bloedproducten komen deels ten laste van het kader farmaceutische hulp en deels ten laste van het kader ziekenhuiszorg. Jaarlijks zal, vanaf het JOZ 2000, worden aangegeven binnen welke zorginhoudelijke kaders de bloedvoorziening dient te werken en zal een kostenoverzicht van de bloedvoorziening worden gegeven.

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

5.1 Terreinbeschrijving

De geestelijke gezondheidszorg (GGZ) bestaat uit een breed scala van intra-, semi-, en extramuraal werkende instellingen: algemeen psychiatrische ziekenhuizen (APZ), psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen (PAAZ en PAAcZ), RIAGG-en, instellingen voor beschermd en begeleid wonen (RIBW-en), instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie, verslavingsklinieken, TBS-klinieken en consultatiebureau's voor alcohol en drugs. Voorts wordt geestelijke gezondheidszorg verleend door eerstelijnspsychologen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten. Jaarlijks behandelen deze hulpverleners een toenemende stroom cliënten: op dit moment komen jaarlijks 0,5 miljoen Nederlanders met de GGZ in aanraking. Daarnaast worden velen met psychische problemen en stoornissen geholpen door de huisarts en het maatschappelijk werk. Raakvlakken met de GGZ vertoont de ouderenzorg voor psycho-geriatrische patiënten. De gegevens hierover staan in hoofdstuk 7.

De GGZ bevindt zich in een proces van regionalisering: APZ-en, RIAGG-en en RIBW-en gaan op in regionale GGZ-centra die in samenwerking met de PAAZ-en een integraal en steeds meer extramuraal georiënteerd zorgaanbod leveren.

Tabel 5.1 Uitgaven Geestelijke Gezondheidszorg

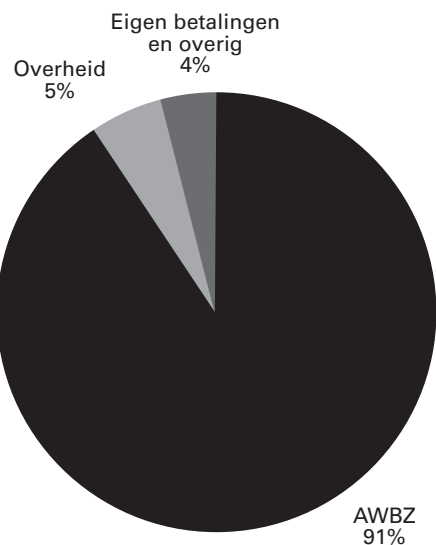
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	2619,2	2642,2	2697,9	2802,6	3032,8	3061,7	3146,3	3230,7	3301,6	3347,5
2 Herstellingsoorden	19,5	19,8	10,0							
3 Instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie	122,6	150,7	168,0	200,0	207,2	226,4	232,2	240,0	239,7	239,4
5 Zelfstandige verslavingsklinieken	110,9	116,9	121,9	139,9	161,3	173,7	179,8	193,9	194,1	194,4
6 TBS-instellingen	135,0	145,6	168,1	201,4	251,2	269,9	264,2	264,2	264,2	264,2
7 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	204,4	221,8	240,3	253,0	299,1	319,3	327,6	327,7	333,6	333,7
8 Psychiatrische woonvoorzieningen	23,9	25,2	25,8	25,8						
9 RIAGG's	652,8	680,4	700,3	725,5	785,4	773,5	773,5	773,5	773,5	773,5
10 Vrijgevestigde psychiaters	129,4	93,3	83,8	72,6	113,2	116,0	113,0	113,0	113,0	113,0
11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	23,9	23,5	20,4	15,8	14,6	14,2	14,2	14,7	14,7	14,7
12 Consultatiebureaus voor alcohol en drugs (CAD)	113,0	120,0	132,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0	140,0
13 Overige verslavingszorg	25,4	33,2	52,2	53,1	61,8	61,0	60,8	60,0	58,8	58,8
14 Zorgvernieuwingsfonds GGZ	29,3	46,3	72,3	84,0	42,0	42,1	42,1	42,1	42,1	42,1
Totaal JOZ 1999	4209,3	4318,9	4493,0	4713,7	5108,6	5197,8	5293,7	5399,8	5475,3	5521,3
Procentuele mutatie		2,6	4,0	4,9	8,4	1,7	1,8	2,0	1,4	0,8

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Voor 1999 is de groeirimte verwerkt voor met name de demografische ontwikkelingen (de toegestane volumegroei) en kapitaallasten in verband met instandhoudingsbouw, alsmede specifieke intensiveringen en maatregelen zoals toegelicht in hoofdstuk 1, tabel 1.4 van het JOZ. Na 1999 zijn alleen de kapitaallasten voortvloeiend uit het huidig bouwprogramma in de cijfers verwerkt. Overige intensiveringsruimte voor 1999 alsmede de volledige intensiveringsruimte na 1999, voortvloeiend uit het Regeerakkoord, is niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt met het oog op de te maken meerjarenafspraken (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

Figuur 1: Financiering geestelijke gezondheidszorg 1999 (f 5222,8 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

5.2 Lopend beleid

De GGZ is volop in beweging. Kernwoorden in dit verband zijn zorgvernieuwing, extramuralisering van het zorgaanbod, regionalisering van de zorg, opvang toenemende zorgvraag, wachtlijstbestrijding, cliëntenparticipatie, doelmatigheidsbevordering en intensivering forensische psychiatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie en beschermd wonen.

5.2.1 Zorgvernieuwing

5.2.1.1 Flexibilisering AWBZ

Per 1 januari 1998 is het Besluit Zorgaanspraken aangepast, zodanig dat GGZ-instellingen ook onderdelen van het in de aanspraken geregeld zorgaanbod kunnen leveren. Voor het maken van productie-afspraken voor zorg-op-maat is een COTG-beleidsregel ontwikkeld. Om te garande-

ren dat GGZ-instellingen minimaal 5% zorg-op-maat bieden is een procedure afgesproken, waarbij partijen (aanbieders, cliënten en verzekeraars) in onderling overleg vaststellen welke zorg-op-maatproducten/projecten prioriteit krijgen. Ook een vertegenwoordiging van de gemeenten wordt hierbij betrokken. Hiertoe hebben GGZ-partijen een convenant opgesteld. De middelen uit het zorgvernieuwingfonds voor GGZ en dagbesteding (f 54,1 mln) zijn per 1 januari jongstleden teruggevloeid naar de instellingsbudgetten van RIAGG, APZ en RIBW. De ZFR evalueert de flexibilisering van de AWBZ. Een tussentijdse evaluatie kan omstreeks november 1998 worden verwacht. Een commissie met vertegenwoordigers van aanbieders, verzekeraars, cliëntenorganisaties, de VNG, het COTG, de Ziekenfondsraad en VWS begeleidt de implementatie van de flexibilisering van de AWBZ. Voor zorgvernieuwingprojecten van niet-toegelaten aanbieders, met name cliëntgestuurde initiatieven, is een fonds gehandhaafd van f 3 mln, dat beheerd wordt door de ZFR. Uit een opgave van de ZFR blijkt dat het aantal aanvragen de beschikbare middelen ver overschrijdt.

5.2.1.2 Maatschappelijke opvang

Voor de begeleiding van GGZ-geïndiceerde cliënten in de maatschappelijke opvang is vanaf 1998 structureel een bedrag van f 22,4 mln beschikbaar. Op verzoek van de Tweede Kamer (motie Wolffensperger c.s.) is in het najaar van 1997 door het kabinet een extra bedrag van f 10 mln beschikbaar gesteld. Aan de inzet van de extra f 10 mln zijn aanvullende voorwaarden verbonden, zodat de middelen evenwichtiger gespreid zullen worden over het land. Belangrijkste uitgangspunten bij deze voorwaarden zijn dat de rol van gemeenten wordt versterkt en dat de aanvragen meer op inhoudelijke criteria worden getoetst.

5.2.1.3 Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

In juni 1997 is het beleid dat op het terrein van de openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) in nauw overleg met het veld is opgesteld aan de Kamer voorgelegd. Als eerste vervolg hierop zijn de basistaken OGGZ, die in de beleidsbrief globaal zijn aangegeven, nader uitgewerkt in de vorm van een advies aan de Stuurgroep Basistaken Collectieve Preventie. De coördinatie van OGGZ-activiteiten moet op lokaal niveau plaatsvinden en de gemeente moet voor het organiseren daarvan volledig verantwoordelijk worden. De zorgplicht van de RIAGG en de wettelijke taak van de GGD moeten aansluiten bij de rol die een heel scala van voorzieningen op het terrein van de OGGZ spelen. De gemeente moet als openbaar bestuursorgaan dat verantwoordelijk is voor het welzijn van haar burgers als regisseur in de OGGZ gaan optreden. Voor een kader op landelijk niveau zal het ministerie van VWS convenanten afsluiten met de desbetreffende landelijke koepels. Hierin zullen de volgende onderwerpen aan de orde komen:

- ondersteuning van gemeenten bij het invullen van de regierol;
- ondersteuning van gemeenten en overige OGGZ-partners bij het afsluiten van convenanten;
- onderzoek naar de voortgang en resultaten;
- informatievoorziening aan o.a. ministerie, koepels, betrokken partijen.

Onderzoek

Uit onderzoek naar de uitvoeringspraktijk van de OGGZ-subsidieregeling blijkt dat OGGZ-activiteiten die voldoen aan de door de Ziekenfondsraad gehanteerde criteria volop worden aangeboden. Het onderzoek toont aan dat het OGGZ-aanbod afstemming behoeft. Om deze afstemming te stimuleren heeft de Ziekenfondsraad in de subsidieregeling geestelijke gezondheidszorg 1998 voorgeschreven dat overleg moet plaatsvinden

tussen zorgkantoor en de lokale overheden dan wel met de GGD namens deze overheden.

5.2.1.4 Persoonsgebonden budget

Vanaf 1 januari 1997 wordt er in drie regio's in ons land geëxperimenteerd met persoonsgebondenbudget (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 geormerkt toegevoegd aan het Zorg op Maat fonds. De experimentele fase duurt twee jaar en wordt gelijktijdig geëvalueerd. Eind 1998 zal bezien worden of en voor wie PGB zal worden ingevoerd.

5.2.2 Toegang tot de GGZ

5.2.2.1 Poortwachtersfunctie huisarts

Er vindt intensief overleg plaats met de LHV, de VOG-sectie AMW, het NIP-sectie eerstelijnspsychologen, GGZ-en, de VNG en ZN over de versterking van de eerstelijns en de rol van de huisarts. Doel hiervan is om te komen tot een zodanige vormgeving van de eerstelijnszorg en de toegang tot de tweedelijns, dat mensen op doelmatige wijze hulp krijgen die zij nodig hebben. De verwijzing van de huisarts als voorwaarde voor toegang tot de tweedelijns GGZ, moet geen bureaucratie met zich meebrengen, maar concreet inhoud krijgen. Het gaat er om de juiste randvoorwaarden te scheppen opdat de doelstelling om meer hulpvragen in de eerstelijns op te vangen, ook daadwerkelijk kan worden gerealiseerd. De (eerste) resultaten van een tweetal onderzoeken in dat kader komen in eind 1998 beschikbaar.

5.2.2.2 Indicatiestelling

Op dit moment wordt met de modelprocedure van het Indicatie-Overleg Geestelijke Gezondheidszorg (IOG) geëxperimenteerd. Er wordt een regionaal indicatie-overleg-GGZ opgestart en protocollen voor de indicatiestelling worden in een aantal regio's beproefd. Daarnaast wordt de modelprocedure afgestemd met aanpalende sectoren als de jeugdzorg, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg. Voor de TBS-gestelden wordt eveneens aansluiting gezocht bij de modelprocedure van het IOG. Over de bestuurlijke vormgeving van de indicatiestelling in de GGZ zal eind 1998 besluitvorming plaatsvinden. 1999 zal een invoeringsjaar worden voor de indicatiestelling in de GGZ.

5.2.3 Psychische arbeidsongeschiktheid

Psychische arbeidsongeschiktheid is één van de grootste oorzaken voor uitval uit arbeid door ziekte. Er is sprake van grote maatschappelijke kosten en kosten in de zorg. Zo komt volgens VTV 1997 circa 40% van de kosten van het werkgebonden ziekteverzuim en van de werkgebonden arbeidsongeschiktheid voor rekening van psychische stoornissen. In voorbereiding is een landelijk debat tussen alle betrokken partijen over verbetering van samenwerking en afstemming van het proces van zorg en begeleiding aan mensen die om psychische redenen uitvallen. Belangrijk punt bij het debat zal worden hoe de beschikbare deskundigheid en informatie ten goede kan komen aan de ontwikkeling van effectieve begeleiding, preventie en zorg voor mensen die om psychische redenen ziek worden. In 1999 wordt het landelijk debat gevoerd en de resultaten daarvan zullen in een vervolgtraject worden verwerkt. In het Plan van Aanpak Wachtlijsten in de Zorg is ook aandacht besteed aan dit onderwerp. Belangrijke aandachtspunten zijn in dit kader de samenwerking tussen huisarts en bedrijfsarts en het ontwikkelen van aandoeningsgerichte kenniscentra.

5.2.4 Wet Bopz

Eind 1997 is het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie van de Wet Bopz uitgebracht, dat in het voorjaar van 1998 door de Tweede Kamer is behandeld. De belangrijkste conclusie van het kabinet is dat de Wet Bopz beantwoordt aan haar centrale doelstelling: de bescherming van de rechtspositie van de gedwongen opgenomen patiënt. Dit neemt niet weg dat voorlichting op verschillende onderdelen van de Wet Bopz noodzakelijk wordt geacht. Samen met de instellingen en koepelorganisaties zal een Algemeen Voorlichtingsplan worden opgesteld dat in deze behoefte moet voorzien. Een andere belangrijke conclusie was dat voor personen die zorg mijden, maar voor wie zorg wel noodzakelijk wordt geacht, de Wet Bopz niet het aangewezen instrumentarium biedt. Deze personen zullen met name door middel van actieve zorg -bemoeizorg- moeten worden benaderd. Daarnaast heeft het kabinet een aantal voorstellen gedaan in aanvulling op het huidige instrumentarium van de Wet Bopz: ambulante dwangbehandeling, zelfbindingsverklaringen en de uitbreiding van de mogelijkheden voor dwangbehandeling voor personen die geen ziekte-inzicht hebben. Alvorens tot introductie van deze nieuwe behandel-mogelijkheden wordt overgegaan, zal wel nader onderzoek worden verricht.

5.2.5 Intramurale sector

5.2.5.1 Algemeen Psychiatrische Ziekenhuizen

Op verzoek van de Tweede Kamer (motie Wolffensperger c.s.) is door het kabinet f 20 mln beschikbaar gesteld voor de aanpak van de zorgverschraling in de APZ-en. Deze middelen zijn ingezet door een generieke ophoging van de instellingsbudgetten. Op basis van een vooronderzoek naar de zorgverschraling is gebleken dat sprake is van een ingewikkeld en meerdimensionaal probleem dat direct samenhangt met de vele verand-ringsprocessen in de sector, en niet louter terug te voeren is tot de ontwikkeling van de instellingsbudgetten. Bezien wordt op welke wijze deze problematiek het best in kaart kan worden gebracht.

5.2.5.2 Ziekenhuispsychiatrie

De vorming van regionale psychiatrische centra (multifunctionele eenheden) verbonden aan het algemeen ziekenhuis blijft een belangrijk onderdeel van de organisatorische vernieuwingen in de GGZ. Het COTG is inmiddels ver gevorderd met de uitvoeringstoets over de loskoppeling van het PAAZ-budget van het budget van het algemeen ziekenhuis om deze ontwikkeling te stimuleren. Dit betekent dat per 1 januari 1999 het PAAZ-budget kan worden losgekoppeld van het ziekenhuisbudget.

5.2.5.3 Kinder- en jeugdpsychiatrische voorzieningen (KJP)

De komende jaren wordt, gelet op de beschikbare middelen een capaci-teitsgroei van 230 bedden voorzien. Deze uitbreiding komt mede tot stand door 112 plaatsen extra te laten realiseren, die nodig zijn voor de uitvoering van de Wet Bijzondere opnemingen psychiatrische ziekenhuizen (Wet BOPZ). Van deze capaciteitsuitbreiding zullen 34 bedden in 1998 worden gerealiseerd.

In 1998 is de samenwerking met Justitie, om gezamenlijk het zorgaanbod voor jongeren in de forensische jeugdpsychiatrie nader vorm te geven, verder geïntensiveerd. Dit heeft er ondermeer toe geleid dat deeltijdbe-handeling voor deze doelgroep met 26 plaatsen een feit is en dat de intramurale capaciteit thans 16 plaatsen bedraagt.

Door het Landelijk Beraad voor de Kinder- en Jeugdpsychiatrie is aandacht gevraagd voor de functie 'beschermd wonen voor jeugdigen van 12 jaar en ouder' en de 'logeerfunctie voor kinderen en jeugdigen met chronische psychiatrische problematiek'. Met betrekking tot de functie 'beschermd wonen' start nog dit jaar een experiment bij de RIBW Den Haag. Over de 'logeerfunctie' is advies gevraagd aan het College voor ziekenhuisvoorziening en de Inspectie voor de Gezondheidszorg.

Over de zorg aan licht verstandelijke gehandicapte jeugdigen die psychiatrische zorg behoeven is geadviseerd door een gezamenlijke werkgroep van de gehandicapten- en jeugd-GGZ sectoren. De werkgroep adviseert te komen tot multifunctionele centra waar beide sectoren in participeren.

5.2.5.4 Verslavingsklinieken

De komende jaren zal de klinische capaciteit, op basis van de thans beschikbare middelen, toenemen met 257 bedden. Hiervan worden in 1998 86 bedden gerealiseerd.

De geplande Intramurale Motivatiecentra, met een capaciteit van 140 plaatsen, zijn alle vanaf eind 1997 operationeel. De Forensische Verslavingskliniek (in totaal 45 plaatsen) is per februari 1998 gestart met negen plaatsen op de besloten afdeling. Tevens zijn de eerste cliënten opgenomen. De resterende zes plaatsen van de besloten afdeling zullen medio 1998 zijn gerealiseerd. Na de zomer van 1998 zullen de 25 plaatsen van de open afdeling worden gerealiseerd.

5.2.5.5 Forensische psychiatrie

Naast de substantiële capaciteitsuitbreiding in de afgelopen en komende jaren blijft het beleid in de forensische psychiatrie er op gericht om de doorstroming vanuit justitiële instellingen (gevangeniswezen en TBS-klinieken) naar GGZ-voorzieningen te bevorderen. Voorts is het beleid nadrukkelijk gericht op circuitvorming, om de samenhang in de forensische zorg te vergroten.

De in het JOZ 1998 aangekondigde uitbreiding van FPA-capaciteit is ten dele gerealiseerd. Eind 1998 zullen 82 extra bedden in gebruik zijn. Het totale aantal FPA-bedden komt daarmee op 122 per 1 januari 1999 (verdeeld over acht voorzieningen). De uitbreiding van FPA-bedden wordt budgettair neutraal gerealiseerd door omzetting van (over)capaciteit van reguliere APZ-bedden. De aangekondigde derde FPK-voorziening zal in 1999 in gebruik worden genomen. De totale FPK-capaciteit omvat dan 252 bedden.

In het JOZ 1998 werd tevens een uitbreiding van de TBS-capaciteit aangekondigd. Er is inmiddels een uitbreiding gerealiseerd bij bestaande voorzieningen (72 bedden) en door de aanwending van tijdelijke noodcapaciteit (144 bedden). Voorts zal in 2000 een achtste TBS-kliniek in gebruik worden genomen (100 bedden).

Naast de intramurale capaciteit zal ook de ambulante capaciteit in de forensische psychiatrie verder toenemen. Nog in 1998 zal worden gestart met een zevende forensische polikliniek. Tevens zal het aantal forensische deeltijdplaatsen toenemen van 64 tot 72.

5.2.6 Semimurale sector

5.2.6.1 Beschermd wonen

De komende jaren zal de RIBW-capaciteit, op basis van de huidige bouwprioriteiten, met 1 012 plaatsen toenemen, waarvan er 297 in 1998 worden gerealiseerd.

Vanaf 1 januari zijn de PWV-en onder de RIBW-verstreking gebracht. Daarbij is als voorwaarde gesteld dat zij organisatorisch onderdeel dienen te zijn van een RIBW in de regio. In een recent gehouden onderzoek naar begeleidingsintensiteit in RIBW-en en PWV-en wordt aanbevolen om bewoners met een specifieke begeleidingsintensiteit niet apart te plaatsen. Over de PWV-en wordt in dit verband geconcludeerd dat het wenselijk zou zijn dat de opvang en begeleiding van patiënten die thans in een PWV verblijven, door iedere RIBW wordt georganiseerd. Met het onderbrengen van de PWV-en onder de RIBW-verstreking is hiermee een eerste stap gezet.

5.2.6.2 Deeltijdbehandeling

De capaciteit van de deeltijdbehandeling zal in de diverse sectoren, op basis van het huidige bouwkader, de komende jaren als volgt toenemen:

Tabel 5.2 Capaciteit deeltijdbehandeling: toename aantal plaatsen (1998-2002)

Sector	totaal aantal plaatsen	waarvan in 1998
Kinder- en jeugd	72	14
Verslavingszorg	52	44
APZ/PAAZ	186	78

5.2.7 Extramurale sector

5.2.7.1 Wachtlijsten

In 1998 zijn middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van knelpunten in de wachtlijsten. Ditmaal niet alleen voor de RIAGG-en maar ook voor de andere AGGZ-aanbieders zoals poliklinieken van psychiatrische ziekenhuizen, vrijgevestigde psychiaters en vrijgevestigde psychotherapeuten. Speerpunten voor de inzet van deze middelen waren met name de kind- en jeugdpsychiatrie, psychische arbeidsongeschiktheid, en de consultatie en dienstverlening aan de eerstelijns in het kader van versterking van de eerstelijns als poortwachter voor de GGZ. In totaal was hiervoor f 27,5 mln beschikbaar. Hiervan is f 11,5 mln structureel beschikbaar. Het incidentele bedrag van f 16,0 mln is afkomstig uit de f 75,0 mln die in 1998 voor de grootste knelpunten bij de aanpak van wachtlijsten beschikbaar is gesteld.

Er zijn 88 projectvoorstellen gehonoreerd die een looptijd kennen van negen maanden. Voor eind februari 1999 moeten de AGGZ-aanbieders die middelen hebben ontvangen rapporteren over de effecten van de ingezette middelen op de wachtlijst.

Tussen september 1997 en mei 1998 heeft de Onderzoekscommissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten onderzoek gedaan naar de doelmatigheid van de RIAGG-zorg. De aanbevelingen die de commissie in haar

eindrapport aan de minister heeft gedaan ter verbetering van de doelmatigheid van deze zorg zullen worden betrokken bij de opstelling van de sectorale zorgvisie GGZ die eind 1998 aan de Tweede Kamer wordt aangeboden.

De in september 1997 gestarte onderzoeken naar aard en omvang van de wachtlijsten in de AGGZ, uitgevoerd door TNO-PG, NZI en Trimbos-instituut, zijn in het najaar van 1998 gereed. De resultaten van de onderzoeken zullen benut worden voor het structurele inzetten van de AGGZ-middelen.

In de zomer van 1998 is op basis van de aanbevelingen van de Onderzoekscommissie Doelmatigheid RIAGG-activiteiten en de gegevens uit de hiervoor genoemde wachtlijstonderzoeken gestart met de verdere uitwerking van het structurele traject rond de wachtlijsten in de AGGZ. Enkele belangrijke uitgangspunten vormen uniformering van de wachtlijstregistratie voor AGGZ en de ontwikkeling van een model van benchmarking in de GGZ. Tevens wordt aangesloten bij het traject dat vanaf juni 1998 is ingezet om het Plan van Aanpak Wachtlijsten in de Zorg uit te werken dat in maart 1998 op verzoek van de Tweede Kamer is opgesteld door veldpartijen.

5.2.7.2 RIAGG-en

Bovenregionale RIAGG-taken

Vanaf 1998 is binnen het totale RIAGG-kader een bedrag van f 6,3 mln specifiek geoormerkt ten behoeve van de RIAGG-hulpverlening aan autisten. Op die wijze is een dreigend kwaliteitsverlies voorkomen. Op basis van een eerste evaluatie van het daartoe gesloten protocol zal worden bezien welke ruimte in 1999 hiervoor ter beschikking wordt gesteld.

Seksueel geweld

Naar aanleiding van de resultaten van de evaluatie van het VWS-beleid gericht op de bestrijding van seksueel geweld is met ingang van 1997 f 2 mln toegevoegd aan het RIAGG-kader. Deze middelen zijn bedoeld voor de intensivering van het hulpaanbod aan slachtoffers van seksueel geweld. Aan de hand van een door GGZ-Nederland en Zorgverzekeraars Nederland opgesteld voorlopig protocol wordt invulling gegeven aan de besteding van de middelen. In 1998 zal het protocol op basis van de resultaten van het eerste jaar waar nodig worden aangepast en definitief vastgesteld. In 2000 zal worden geëvalueerd of de inzet van de middelen, met het protocol als instrument, heeft geleid tot de beoogde intensivering van het hulpaanbod. Uit de voorlopige resultaten van het eerste jaar blijkt dat nagenoeg alle RIAGG-en inmiddels extra initiatieven op dit terrein hebben ontplooid.

5.2.7.3 Vrijgevestigde psychiaters

Door een maximale inzet van de betrokken partijen is het gelukt tot afspraken te komen over een systeem van lokale initiatieven voor vrijgevestigde psychiaters.

Er zijn in totaal 22 lokale initiatieven ingediend en deze zijn in de loop van 1997, na toetsing aan de gestelde voorwaarden, voorlopig goedgekeurd. Deze initiatieven hebben een looptijd van drie jaar (1996–1998). De goedkeuring wordt definitief op het moment dat het COTG de lumpsum 1996 heeft vastgesteld.

Aan de totstandkoming van deze initiatieven zijn diverse voorwaarden verbonden, waaronder een participatiegraad van 90%. Ook moet worden

voldaan aan eisen omtrent objectivering van de indicatiestelling, protocolontwikkeling en -implementatie en kwaliteitsontwikkeling. In de periode 1996–1998 is financiële ruimte beschikbaar voor het oplossen van knelpunten in de lokale initiatieven en voor regionale verspreiding van vrijgevestigde psychiaters. De toedeling van deze gelden heeft plaatsgevonden overeenkomstig het advies van de Landelijke Begeleidingscommissie. Daarnaast is voor de oplossing van de wachtlijstproblematiek in de AGGZ extra geld beschikbaar gesteld. Deze middelen zijn ook beschikbaar voor de oplossing van mogelijke wachtlijstproblematiek bij vrijgevestigden die deelnemen aan lokale initiatieven. Hiertoe kon een voorstel worden ingediend, dat was afgestemd met het RIAGG. Inmiddels zijn deze gelden, in overleg met alle relevante partijen in de AGGZ, verdeeld. Aan het eind van 1998 lopen de lokale initiatieven af. In verband hiermee vindt in de loop van 1998 een evaluatie van de lopende initiatieven plaats. De uitkomsten van deze evaluatie zullen een belangrijke rol spelen bij de uitwerking van het beleid na afloop van de huidige initiatieven.

5.2.7.4 Overige verslavingszorg

De experimenteerperiode van het overlastbeleid is met één jaar verlengd, mede op basis van de uitkomsten van het evaluatie-onderzoek. In het kader van dat onderzoek zijn inmiddels twee tussenrapportages verschenen. Het definitieve eindrapport van het onderzoek zal naar verwachting in maart 1999 aan de Tweede Kamer kunnen worden aangeboden. Eén van de belangrijkste uitkomsten van het overlastbeleid tot nu toe is dat hoe laagdrempeliger voorzieningen zijn hoe beter dat aansluit bij de problemen van de door het overlastbeleid beoogde doelgroep. Binnenkort wordt een experiment gestart met afkicken onder narcose en nabehandeling.

Aan de Tweede Kamer is toegezegd een overzicht te geven van de ingezette middelen voor de verschillende probleemgebieden in de verslavingszorg.

In 1997 is door het Trimbos-instituut en het Institute for Medical Technology Assessment een berekening gemaakt van kosten van behandeling in de gezondheidszorg van mensen met psychische stoornissen. Op grond van die berekening was de kostenverdeling in de verslavingsklinieken: 60% alcoholverslaving, 40% drugverslaving. In de ambulante zorg was de kostenverdeling: 52% ten behoeve van alcoholcliënten en 48% ten behoeve van drugcliënten.

5.3 Vooruitblik

Inleiding

De GGZ staat voor een aantal belangrijke uitdagingen. In de eerste plaats wijzen de cijfers over de ontwikkeling van het zorggebruik, onmiskenbaar in de richting van een toenemende zorgvraag in de komende jaren. In de tweede plaats dient de vermaatschappelijking van de GGZ met kracht te worden voortgezet. Mensen met een psychische problematiek moeten in staat worden gesteld zoveel mogelijk onderdeel van de samenleving te blijven uitmaken. In de derde plaats zal de aandacht niet alleen moeten worden gericht op de zorg maar ook op de ontwikkeling van een geestelijk volksgezondheidsbeleid dat er op gericht is, te voorkomen dat een toenemend aantal mensen afhankelijk wordt van professionele hulp. Ook de verslavingszorg kent nieuwe uitdagingen als gevolg van een zich wijzigende hulpvraag en nieuwe inzichten op het gebied van hulpverlening en preventie. Tenslotte zijn er mensen met psychische en/of verslavingsproblematiek die niet bereikt worden door de GGZ of verslavingszorg of die geen hulp (meer) wensen. Voor hen zal opvang,

begeleiding en onderdak beschikbaar moeten zijn. Tevens zal er een goed vangnet moeten zijn om problemen vroegtijdig te signaleren.

Wil de GGZ deze uitdagingen adequaat kunnen oppakken, dan dient aan een aantal voorwaarden te worden voldaan:

- het hulpaanbod is doelmatig en op herkenbare wijze georganiseerd volgens een gelaagd profiel van 'licht en algemeen naar zwaar en gespecialiseerd'.
 - problemen die kortdurend en generalistisch kunnen worden behandeld, worden verholpen door de eerstelijns-GGZ;
 - problemen die de mogelijkheden van de eerste lijn te boven gaan, worden verwezen naar de regionaal georganiseerde gespecialiseerde GGZ. De toegang tot de gespecialiseerde GGZ loopt via de huisarts en een geprotocolleerde indicatiestellingsprocedure;
 - supergespecialiseerde hulp wordt op bovenregionaal/landelijk niveau geboden in de academische ziekenhuizen, in een aantal aangewezen topreferente psychiatrische ziekenhuizen en in forensisch-psychiatrische klinieken;
 - resocialisatie maakt onderdeel uit van het hulpaanbod in de GGZ voor zowel mensen die na behandeling geheel zullen herstellen, als voor mensen met blijvende beperkingen. Aansluitend kunnen mensen met blijvende beperkingen een beroep doen op faciliteiten van de lagere overheden die gericht zijn op maatschappelijke integratie. Er ligt op dit punt een belangrijke verantwoordelijkheid voor de gemeenten. Tenslotte blijft er een groep patiënten aangewezen op de asiel functie van het APZ.
- er is een logisch opgebouwde beroepenstructuur, waarin elke beroepsgroep een duidelijk en kenbaar profiel heeft;
- de GGZ-hulpverleners werken cliëntgericht. In het hulpaanbod is de hulpvraag van de cliënt uitgangspunt;
- de GGZ-hulpverleners werken zo veel mogelijk met in protocollen vastgelegde methodes die wetenschappelijk zijn gevalideerd;
- de GGZ-aanbieders zijn transparant in de organisatie van de zorgverlening, zodat financiers en cliënten in staat zijn een oordeel te vormen over de doelmatigheid en kwaliteit van het zorgaanbod;
- de GGZ-aanbieders werken nauw samen met andere zorgsectoren, maatschappelijke voorzieningen en gemeentelijke en provinciale overheden teneinde overlap en lacunes in de zorg- en dienstverlening te voorkomen.

De beleidsvisie GGZ

In de beleidsvisie die eind dit jaar naar de Kamer wordt gezonden, worden deze voorwaarden voor een doelmatig en doeltreffend zorgaanbod nader uitgewerkt en wordt aangegeven op welke wijze aan deze voorwaarden zal worden voldaan.

Veel van datgene wat in het voorafgaande is gezegd over de GGZ geldt ook voor de verslavingszorg. De zorgaanbieders in deze sector hebben een ontwikkelingsplan verslavingszorg gepresenteerd om de zorg aan verslaafden te verbeteren. Speciale aandacht gaat uit naar het verbeteren van de indicatiestelling en de protocollering van behandelingsstrategieën. De monitoring van de vraag (gebruikerspatronen in de regio) zal worden geïntensiveerd en verbeterd. Het aantal mensen met alcoholproblemen dat hulp zoekt bij de verslavingszorg is relatief laag. In samenwerking met de algemene gezondheidszorg, met name de huisarts, zal worden getracht om meer probleemdrinkers of alcoholverslaafden te motiveren tot hulp. Tenslotte zullen de verslavingszorg, de geestelijke gezondheidszorg en de maatschappelijke opvang moeten samenwerken om mensen met comorbiditeit, polydruggebruik en complexe hulpvragen zo adequaat mogelijk te helpen. Gezien de nauwe verwevenheid van GGZ, verslavings-

zorg en maatschappelijke opvang zal in het kader van de beleidsvisie GGZ ingegaan worden op de ontwikkelingen in deze beide andere sectoren.

Eigen bijdragen

Als uitvloeisel van het Regeerakkoord zal per 1 januari 1999 de eigen bijdrage niet-klinische psychotherapie jaarlijks worden geïndexeerd op basis van de prijsindex voor de gezinsconsumptie. Artikel 8 van de Bijdrage-regeling zorg zal hiertoe worden aangepast.

Tevens is als uitvloeisel van het Regeerakkoord besloten af te zien van het invoeren van de zogenaamde lage inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het eerste jaar verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis.

Nu de invoering van deze bijdrage geen doorgang vindt zal ook voor de herstellingsoorden worden afgezien van het heffen van een eigen bijdrage in het eerste jaar van verblijf. Hier is voor gekozen in afwachting van een brede analyse van eigen bijdragen in de AWBZ (zie ook hoofdstuk 9).

HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG

6.1 Inleiding

De gehandicaptenzorg kent een breed scala van voorzieningen voor mensen met een verstandelijke of lichamelijke handicap. De hiergenoemde gehandicaptenzorg maakt deel uit van het verstrekkingenpakket van de AWBZ. In totaal is hiermee een bedrag gemoeid van circa f 6 mld.

6.1.1 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 lichamelijke gehandicapten.

De overige categoriale voorzieningen

Het betreft hier voorzieningen die ten opzichte van het JOZ 1998 per 1 januari 1998 tot het reguliere verstrekkingenpakket van de AWBZ behoren. Voorbeelden zijn de kortverblijftehuizen en de gezinsvervangende tehuizen voor kinderen. Per 1 januari 1999 zal de zorg, 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, aan de AWBZ-aanspraken worden toegevoegd.

6.1.2 Kerngegevens gehandicaptenzorg

In onderstaande tabel 6.1 wordt een overzicht gegeven van de uitgaven in de gehandicaptenzorg.

Tabel 6.1 Uitgaven Gehandicaptenzorg

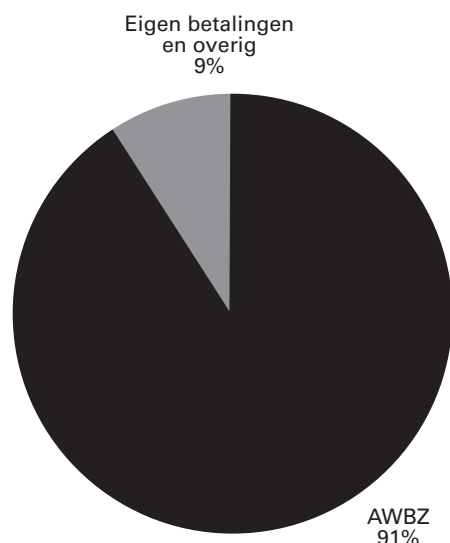
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	3152,5	3262,5	3294,7	3449,0	3608,9	3663,1	3738,8	3846,1	3918,9	3954,0
2 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	130,8	134,2	141,1	150,0	147,2	148,1	149,4	151,4	152,5	153,6
3 Grote woonvormen	92,5	94,1	94,8	95,8	98,3	101,2	101,5	101,7	102,0	102,2
4 Kortverblijfhuizen	17,9	17,8	18,4	18,7	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5	19,5
5 Dagverblijven gehandicapten (DV)	650,1	681,9	710,9	730,2	775,6	782,5	788,8	796,9	806,2	815,3
6 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	851,6	893,6	919,9	947,4	1031,3	1038,2	1044,5	1052,5	1061,7	1070,7
7 Gezinsvervangende tehuizen voor kinderen	62,2	65,7	75,1	76,2	86,9	86,9	86,9	86,9	86,9	86,9
8 Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	77,8	101,5	77,1	128,7	133,0	112,3	111,3	111,3	111,3	111,3
9 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	81,0	82,7	86,5	106,7	114,9	114,9	114,9	114,9	114,9	114,9
11 Persoonsgebonden budgetten gehandicapten	5,5	2,1	42,1	66,5	81,3	88,6	88,6	88,6	88,6	88,6
12 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten			134,0	140,1	147,2	147,2	147,2	147,2	147,2	147,2
Totaal JOZ 1999	5121,9	5336,1	5594,6	5909,3	6243,5	6302,5	6391,4	6517,0	6609,7	6664,2
Procentuele mutatie		4,2	4,8	5,6	5,7	0,9	1,4	2,0	1,4	0,8

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Voor 1999 is de groeiruitte verwerkt voor met name de demografische ontwikkelingen (de toegestane volumegroei) en kapitaallasten in verband met instandhoudingsbouw, alsmede specifieke intensiveringen en maatregelen zoals toegelicht in hoofdstuk 1, tabel 1.4 van het JOZ. Na 1999 zijn alleen in de cijfers verwerkt de kapitaallasten voortvloeiend uit het huidige bouwprogramma. Overige intensiveringsruimte voor 1999 alsmede de volledige intensiveringsruimte na 1999, voortvloeiend uit het Regeerakkoord, is niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt met het oog op de te maken meerjarenafspraken (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

Figuur 1: Financiering gehandicaptenzorg 1999 (f 6302,5 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

Meer cijfermateriaal over de gehandicaptenzorg is opgenomen in bijlage B6 en in het later dit jaar te verschijnen tweede Brancherapport Gehandicaptenzorg. Dit rapport wordt nog voor de JOZ-behandeling in het najaar 1998 aan de Tweede Kamer toegezonden.

6.2 Lopend beleid

In de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap is de afgelopen periode veel aandacht besteed aan maatregelen tot vermindering van de wachtlijsten in de zorg aan verstandelijk en lichamelijk gehandicapten. Ook is gestart met de aanpak van de achterstand in dagbestedingsmogelijkheden voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap. Verder is het beleid ter stimulering van de mogelijkheden voor kleinschaligheid en deconcentratie en de gedifferentieerde aanpak van de gedragsproblematiek voortgezet.

6.2.1 Zorg voor verstandelijk gehandicapten

Resultaten wachtlijstmaatregelen

Voor de jaren 1997 en 1998 zijn in het kader van de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg f 65 mln respectievelijk f 78 mln structureel aan extra middelen ingezet. Over de voortgang van de genomen maatregelen is gerapporteerd bij brieven d.d. 29 mei 1997 (TK, 1996–1997, 24 170, nr.26), 30 september 1997 en 5 maart 1998 (TK, 1997–1998, 24 170, nr.29 en 35). De maatregelen in 1997 richtten zich vooral op capaciteitsuitbreiding van de intramurale zorg, de doorstroming van cliënten tussen instellingen en naar de nieuwe vorm

van intensief begeleid zelfstandig wonen, uitbreiding van de ambulante zorgvormen zoals begeleid zelfstandig wonen, gezinsbegeleiding en vroeghulp en meer geld voor de regeling persoonsgebonden budget. In 1998 zijn enkele nieuwe accenten aan de aanpak toegevoegd, gericht op capaciteitsuitbreiding van de zorg voor lichamelijk gehandicapten, uitbreiding van de semimurale zorg voor verstandelijk gehandicapten en uitbreiding van de ambulante zorg in de thuissituatie, zowel vanuit SPD-en als via de regeling persoonsgebonden budget. In tabel 6.2 is het resultaat van deze maatregelen voor de zorg aan mensen met een verstandelijke handicap samengevat. De gegevens over de maatregelen in de zorg voor lichamelijk gehandicapten zijn in paragraaf 6.2.2 opgenomen.

**Tabel 6.2 Wachlijstmaatregelen voor mensen met een verstandelijke handicap
(toename ten opzichte van voorgaande jaar)**

Maatregel	Plaatsen/ Cliënten 1997	Budget 1997 (in mln)	Plaatsen/ Cliënten 1998	Budget 1998 (in mln)
Doorstroming/intensief begeleid zelfstandig wonen	870	17		
Begeleid zelfstandig wonen	1033	7		
Gezinsbegeleiding en vroeghulp	1200	4,5		
Capaciteit semimurale zorg	200	8	724	25
Capaciteit intramurale zorg ^{1) 2)}	160	10,5	160	10,5
Persoonsgebonden budget ³⁾	830	22,5	740	20
Bijzondere zorgfuncties (SGLVG)			72	5,3
Licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen ⁴⁾			126	13,5
Ambulante zorg			1100	7
Totaal	4293	69,5	2922	81,3

1) Doelstelling is nieuwbouw van 458 plaatsen voor f 43 mln in 1999.

2) Betreft 160 tijdelijke plaatsen, vooruitlopend op realisatie van nieuwbouw in 1999.

3) PGB biedt zorg in de thuissituatie en ontlast op deze wijze de wachtlijst voor semi-murale voorzieningen; uitgegaan is van een (rekenkundig) gemiddeld bedrag van f 27000,- per cliënt op jaarbasis.

4) Inclusief extra bedrag ad f 6 mln bij Voorjaarsnota.

Verbeteringen Zorgregistratiesysteem

In 1997 is begonnen met een verbeteringstraject van het zorgregistratiesysteem (ZRS). Dit verbeteringstraject bestaat uit een technische vernieuwing van het registratiesysteem en een optimalisering van de bestuurlijke vormgeving van het ZRS. Uit de ZRS-cijfers in 1997 bleek, dat door dubbeltellingen, vertraging in de registratie van reeds geplaatste cliënten en het meetellen van cliënten, die willen verhuizen naar een andere instelling, een onvoldoende exact beeld van de omvang van de wachtlijst wordt gegeven. Een nieuw programma voor het registratiesysteem wordt najaar 1998 in de regio's ingevoerd. Het nieuwe registratiesysteem biedt een betere ondersteuning voor het wachtlijstbeheer. In het traject van de bestuurlijke verankering van het Zorgregistratiesysteem is een aantal organisatorische knelpunten in de huidige werkwijze onderkend en een aantal varianten voor een verbeterde organisatorische vormgeving van het zorgregistratiesysteem geformuleerd. De besluitvorming over de nieuwe bestuurlijke vormgeving zal eind 1998 afgerond worden.

Persoonsgebonden budget

Voor de uitvoering van de Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring persoonsgebonden budget 1998 is voor verpleging en verzorging in totaal een bedrag van f 130 mln en voor de verstandelijk gehandicaptenzorg een bedrag van f 85 mln beschikbaar. Voor 1997 was een bedrag van f 66,5 mln voor de regeling PGB-VG beschikbaar, mede door het doorschuiven van de onderbesteding in 1996 ad f 15 mln. Bij behandeling van de Voorjaarsbrief Zorg 1998 heeft het kabinet besloten de verwachte onderuitputting 1997 (f 7,3 mln) in 1998 incidenteel in te zetten voor knelpunten elders binnen de zorgsector. Uit het eindrapport van het evaluatieonderzoek van het ITS, dat in maart 1998 beschikbaar is gekomen, blijkt onder meer dat het PGB leidt tot een betere aansluiting van zorg op de vraag van de cliënten. De groei van het aantal budgethouders en hun tevredenheid over het PGB onderstreept deze verbetering. Kritische geluiden ten aanzien van het PGB hebben zich vooral gericht op delen van de uitvoering. Verder schat het ITS ten aanzien van de verwachte ontwikkeling in dat een kwart van de verstandelijk gehandicapten en 45% van de zorgvragers voor verpleging en verzorging voor een PGB kiest.

Kwaliteit van leven/kleinschaligheid

Voor 1998 is evenals in 1997 een bedrag van f 8 mln beschikbaar gesteld voor het verbeteren van de levensomstandigheden van bewoners door het stimuleren van kleinschaligheid bij intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Het gaat daarbij om kleinschalige bouw buiten de hoofdlocatie die in 1996, 1997 of 1998 in gebruik is c.q. in gebruik wordt genomen.

Gedragsproblematiek/bijzondere zorgplannen

Voor de activiteiten van de vijf regionale consulententeams, die zich bezighouden met de ondersteuning, verzorging en begeleiding van verstandelijk gehandicapten met ernstig probleemgedrag is het budget in 1998 van de consulententeams met f 5,5 mln opgehoogd. Tevens is het budget met f 1 mln verhoogd voor uitbreiding van het takenpakket van de teams. Dit laatste betreft een coördinerende en bemiddelende functie bij plaatsingsproblemen van jeugdige licht verstandelijke gehandicapten, in aanvulling op het bestaande noodverband. Het totaal-budget voor de consulententeams bedraagt thans f 43,6 mln. Daarnaast is voor verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek een bedrag van f 12,7 mln voor vijf behandelinstellingen, f 8,5 mln voor crisisinterventie en f 1 mln voor preventie in 1998 beschikbaar.

Gedragsproblematiek in GVT-en

Uit onderzoek blijkt dat in gezinsvervangende tehuizen bewoners verblijven die in verband met gedragsproblematiek langdurige extra begeleiding behoeven. Op een dergelijke intensieve begeleiding (veelal één op één) is het budget van het gezinsvervangende tehuis veelal niet berekend. Om de werkdruk van het personeel als gevolg van de gedragsproblematiek te verlichten is in het JOZ 1998 f 5 mln uitgetrokken. Dit bedrag is verdeeld over de gezinsvervangende tehuizen voor verstandelijk gehandicapten middels verhoging van het bedrag per plaats in de beleidsregel loonkosten van het COTG.

Jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met probleemgedrag

In 1997 en 1998 zijn respectievelijk f 2,5 mln en f 5 mln structureel beschikbaar gekomen voor de versterking van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Hiermee wordt een deel van de knelpunten die zich thans voordoen bij de orthopedagogische centra (nota 'Vorm en Kleur') opgelost. Om daadwerkelijk tot kortere wachtlijsten, wachttijden en meer zorgdifferentiatie te kunnen komen, is met de sector een meerjaren-

planning voor de periode 1997–2000 voorbereid. Van het bedrag van f 7,5 mln is f 5,5 mln ingezet voor 68 nieuwe plaatsen bij zeven instellingen. Voorts worden de voorbereidingen getroffen voor de spoedige oprichting van vijf multidisciplinaire teams/meldpunten met als taak de toeleiding van moeilijk plaatsbare, licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met complexe problematiek naar een geschikte behandelplaats. De consulenteams zijn verantwoordelijk voor de uitvoering van dit besluit en krijgen daartoe f 1 mln. De Ziekenfondsraad past daartoe de bestaande Regeling Ziekenfondsraad subsidiëring consulenteactiviteiten voor 1998 en 1999 aan. Verder is f 1 mln bestemd voor de invoering van vier projecten Families First, een ambulante, intensieve methodiek, die kortdurend wordt verleend in de thuissituatie. Daarvan is een beperkt deel, voor een periode van twee jaar, bestemd voor ontwikkeling, training, evaluatie en coördinatie door respectievelijk het NIZW en de William Schrikkerstichting. Ten slotte worden in 1998 58 plaatsen voor zware problematiek (achternvangcapaciteit) gecreëerd bij drie instellingen uit het bij Voorjaarsnota beschikbaar gestelde extra bedrag ad f 6 mln, voor uitbreiding respectievelijk aanpassing van bestaande plaatsen.

Verblijfplaatsen sterk gedragsgestoorde licht verstandelijk gehandicapten

In de zomer van 1997 is de evaluatie van de experimenten met verblijfplaatsen SGLVG afgerond. Onder een verblijfplaats wordt verstaan een woonomgeving met gestructureerde begeleiding. Verblijfplaatsen zijn bestemd voor uitbehandelde SGLVG-personen met 'restproblematiek'. Hiermee wordt de doorstroming bevorderd en wordt de cliënt een bij zijn situatie passende woonomgeving en begeleiding geboden. De resultaten van de evaluatie hebben aanleiding gegeven tot het besluit geleidelijk tot de realisering van verblijfplaatsen te komen. In 1998 zijn met de beschikbare f 5,3 mln 72 plaatsen toegekend aan in totaal acht instellingen in de vorm van een toeslag op de bestaande capaciteit. De 19 experimentele plaatsen maken hiervan deel uit.

Dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten

In het najaar van 1997 heeft de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) met de campagne 'Over het hoofd gezien' aandacht gevraagd voor het tekort aan dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap in instellingen. In het nota-overleg over het JOZ is bij motie Van der Vlies verzocht om te komen tot een plan van aanpak voor dit onderwerp. Daartoe is voor 1998 een bedrag beschikbaar gesteld van f 41 mln als eerste stap in een meerjarige aanpak van de problematiek. Om zichtbaar te maken dat ingezette middelen ook daadwerkelijk worden besteed aan de uitbreiding van dagbesteding laat de VGN een kwantitatief onderzoek uitvoeren. Voor een meerjarige aanpak van de dagbesteding is aan de Gezondheidsraad gevraagd te adviseren over de vraag wat naar huidig wetenschappelijk inzicht de optimale c.q. meest effectieve benadering is als het gaat om activeringsmogelijkheden, waaronder dagbesteding, die worden aangeboden aan verstandelijk gehandicapten, met name aan hen die intramuraal langdurig zijn opgenomen.

Dagbesteding thuiszitters GVT-en

In het JOZ 1998 is f 2,5 mln ter beschikking gesteld voor de personeelskosten van de opvang van thuiszitters. Een thuiszitter is een bewoner van een gezinsvervangend tehuis die één of meer dagdelen per week geen reguliere dagbesteding heeft in de zin van werk in een bedrijf of sociale werkvoorziening, DVO-bezoek en/of schoolbezoek. Het aantal naar full-timebasis omgerekende thuiszitters (het aantal personen is dus hoger) is gestegen van 2 225 in 1991 tot 2 674 in 1996 (bron: jaarverslag COTG). Met het bedrag van f 2,5 mln is in de betreffende COTG-beleidsregel de vergoeding aan gezinsvervangende tehuizen per fulltime thuiszitter verhoogd van f 2 109,- in 1997 naar f 2 975,- in 1998. Het bedrag is

bedoeld voor de financiering van de personele kosten van vormen van gestructureerde dagbesteding voor deze groep.

6.2.2 *Zorg voor lichamelijk gehandicapten*

Wachttijlmaatregelen categoriale LG-voorzieningen

In de brief d.d. 8 november 1996 (TK, 1996–1997, 24 170, nr.17) aangaande 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 volwassenen met een lichamelijke handicap. In het kader van het JOZ 1998 zijn vervolgens nog extra volumemiddelen ten bedrage van f 21 mln ingezet voor de zorg aan lichamelijk gehandicapten. Van dit laatste bedrag is f 11,5 mln eveneens bestemd voor capaciteitsuitbreiding van bedoelde categoriale voorzieningen; daarvan wordt in totaal f 6,9 mln specifiek aangewend ten behoeve van de regeling ADL-clusterwonen van de Ziekenfondsraad. In 1998 worden 159 plaatsen voor wonen en 143 plaatsen dagbesteding gerealiseerd.

Kindergezinsvervangende tehuizen (KGVt-en)

Het aantal jongeren met ernstige lichamelijke handicaps dat behoefte heeft aan (gezamenlijke) huisvesting in de nabije omgeving van instellingen waar speciaal voortgezet onderwijs (HAVO/VWO) aan hen wordt geboden, is groeiende. Gelet op die ontwikkeling is in het kader van het JOZ 1998 aan de instituten Heliomare en Werkenrode een bedrag van f 6 mln beschikbaar gesteld ten behoeve van de vestiging van een tweetal nieuwe verblijfsvoorzieningen voor jongeren met ernstige lichamelijke handicaps, met een capaciteit van respectievelijk 30 en 35 plaatsen. De vestiging van Heliomare is inmiddels al geopend c.q. in gebruik. Daarnaast zijn gelden bestemd voor de realisering van een derde verblijfsvoorziening voor jongeren met ernstige lichamelijke handicaps door het Geert de Leeuwhuis te Enschede, i.c. met een capaciteit van acht plaatsen. Ook zijn financiële middelen ingezet voor de realisering van logeerbedden/tijdelijke opvang-plaatsen in de bovenbedoelde voorzieningen van Heliomare en Werkenrode. Hiermee is in totaal een bedrag van f 1,2 mln gemoeid.

NAH-regionale teams

In 1997 is 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 door 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. In de loop van 1997 zijn in 20 regio's hersenletselteams en de daaraan verbonden zorgnetwerken van start gegaan. De teams worden gedurende drie jaar gesubsidieerd uit de VWS-begroting. Medio 1999 vindt een evaluatie van de activiteiten van de teams plaats.

6.2.3 *Zorg voor zintuiglijk gehandicapten*

Auditief gehandicapten

Gezien de huidige knelpunten ten aanzien van de intramurale capaciteit van de zorg voor auditief gehandicapten is een extern advies gevraagd om tot een meer evenwichtige verdeling van deze capaciteit te komen. De herverdeling van de capaciteit in de zorg voor auditief gehandicapten is een essentieel gegeven om tot een gewijzigde vormgeving en tot regionalisering van deze zorgsector te komen. Het bleek evenwel niet mogelijk een herverdeling van de intramurale capaciteit te realiseren

binnen de door het departement gestelde randvoorwaarde van budgettaire neutraliteit. Aangezien een meer eigentijdse vormgeving van de zorg op dit terrein gewenst is, is aan de Ziekenfondsraad gevraagd twee commissies te benoemen die zich met de herstructurering van de zorg voor auditief gehandicapten zullen bezighouden. Eén commissie zal zich bezighouden met de omvang van de regionale werkgebieden van de instellingen die met de zorg voor mensen met een auditieve handicap zijn belast en één commissie zal zich bezighouden met de verschillende zorgfuncties die in deze sector dienen te worden uitgevoerd. In het verzoek aan de Ziekenfondsraad is tevens aangegeven dat de commissies gebruik kunnen maken van het materiaal dat thans, dankzij de externe advisering en het onderzoek naar de productdefiniëring, in de zorgverlening aan auditief gehandicapten beschikbaar is.

Doofblinden

De zorg voor doofblinden staat dankzij de activiteiten van de belangenorganisaties op dit terrein volop in de belangstelling. Dit heeft geresulteerd in de oprichting van het Platform Doofblinden, waarvoor de stichting Dienstverleners Gehandicapten de coördinatie vervult. Dit platform heeft tot doel de zorgvraag van de doofblinden meer af te stemmen op het zorgaanbod. Daarnaast is het NIZW verzocht een strategische verkenning naar de zorginfrastructuur en het zorgbeleid voor doofblinden op te stellen. Bij deze verkenning worden de belangenorganisaties van doofblinden en de zorgvoorzieningen voor doofblinden betrokken.

6.3 Vooruitblik

In de gehandicaptenzorg zal in 1999 in het kader van de aanpak van de wachtlijsten met voortvarendheid worden gewerkt aan de omslag van een aanbod-gerichte naar een vraag-gestuurde zorg. De keuzevrijheid in de zorg zal verder bevorderd worden en de mensen met een handicap zullen, daar waar nodig is, worden ondersteund in hun rol als zelfbewuste en kritische consumenten. In het Regeerakkoord zijn in dit verband afspraken gemaakt over de voortzetting van de aanpak ter vermindering van de wachtlijsten, de flexibilisering van aanspraken in de AWBZ en de aanpassing van de COTG-beleidsregels naar een bekostigingssystematiek naar zorgzwaarte. Daarnaast zal bijzondere aandacht worden besteed aan de systematiek van persoonsvolgende budgetten, de gestructureerde dagbesteding, de kleinschaligheid en het persoonsgebonden budget (PGB). In het kader van de versterking van de vraagsturing in de zorg zal het PGB verder worden uitgebreid, wat betreft het volume van de bestaande regelingen in de verstandelijk gehandicaptenzorg. De uitvoeringssystematiek PGB zal worden vereenvoudigd.

Invoering indicatiestelling categoriale gehandicaptenzorg

In de brief over de Voortgang Indicatiestelling in de care sectoren van 9 maart 1998 heeft de staatssecretaris de Tweede Kamer onder meer geïnformeerd over de invoeringsstrategie indicatiestelling op het gebied van de gehandicaptenzorg. In de invoeringsstrategie wordt uiteengezet dat het volledig onderbrengen van de indicatiestelling op het gebied van de gehandicaptenzorg (verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten) in de Regionale Indicatie Organen (RIO) thans nog niet goed mogelijk is. Dit houdt enerzijds verband met het schaalniveau waarop en de specifieke (categoriale) deskundigheid waarmee deze indicatiestelling wordt uitgevoerd. Anderzijds moet in het kader van de van de per 1 januari 1998 ingevoerde indicatiestelling op het gebied van verpleging en verzorging en thuiszorg nog een verdere inhoudelijke en organisatorische uitwerking en verbreding van de inmiddels ingestelde (circa 80) RIO's plaatsvinden. Met name de verbreding van het huidige

werkkerrein van de RIO's naar niet-care sectoren WVG, wonen en welzijn, alsmede procedurele afstemming op de indicatiestelling op het terrein van sociale werkvoorziening en onderwijs, is voor mensen met een handicap van groot belang.

In verband met het bovengestelde is gekozen voor een tweesporenbeleid, te weten:

- verbreding van de verpleging en verzorgingsector in de RIO's met WVG-voorzieningen, wonen en welzijn;
- geïntegreerde, geprotocolleerde en professionele indicatiestelling zorg verstandelijk, lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten.

Ter ondersteuning van de beoogde geïntegreerde, geprotocolleerde en professionele indicatiestelling gehandicaptenzorg, wordt de oprichting van een landelijk facilitair Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (CIG) voorgestaan.

In het kader van de invoeringsstrategie wordt in pilots de uitvoerbaarheid in de praktijk van een aantal essentiële elementen in kaart gebracht. De pilots, die juli 1998 van start zijn gegaan, vinden plaats in de volgende pilotregio's: de drie noordelijke provincies (1), Twente(2), Utrecht(3), Rivierenland/Zuid-Gelderland (4), Noordoost Noord-Brabant (5), Rotterdam/Nieuwe Waterweg Noord (6), alsmede -de aanvullende pilotregio (7)- Veluwe/Eindhoven e.o./Tilburg e.o. (speciaal t.b.v. het testen van protocollen). In de pilots worden het realiteitsgehalte van de genoemde twee sporen en een geprotocolleerde werkwijze getoetst. Op basis van de resultaten van de pilots moet eind 1998 het perspectief van de verbreding op RIO-niveau duidelijk zijn en de beoogde geïntegreerde indicatiestelling uitmonden in de oprichting van het facilitair centrum (CIG).

6.3.1 *Zorg voor verstandelijk gehandicapten*

Vraaggestuurde zorg en benchmarking

In de gehandicaptenzorg wordt in het kader van de aanpak tot vermindering van de wachtlijsten gewerkt aan de omslag van een aanbodgerichte naar een vraaggestuurde zorg. In 1998 is een begin gemaakt met het onderzoek door NIZW en NZi naar een leverings- en bekostigingssysteem binnen een vraaggerichte gehandicaptenzorg. Een belangrijke bouwsteen in een vraaggerichte bekostigingsmethodiek is de omschrijving van zorgproducten. Op basis van een systeem van zorgproducten is financiering naar zorgwaarde mogelijk. Naast het onderzoek naar de kostprijzen van zorgproducten wordt een instrument voor zorgwaartebepaling ontwikkeld. De verschillende bouwstenen (zorgproducten met kostprijzen en een instrument voor zorgwaarte bepaling) moeten in de loop van 1999 uitmonden in een systematiek voor een vraaggestuurde gehandicaptenzorg. In een vraaggestuurde gehandicaptenzorg past benchmarking. Benchmarking is een systematische vergelijking van de prestaties van instellingen aan de hand van een verzameling kengetallen. De verzameling kengetallen kan dienst doen als spiegelinformatie voor het management van instellingen. Tevens kan hieraan landelijke beleidsinformatie over de sector worden ontleend. Benchmarking wordt momenteel voor de gehele AWBZ-sector ontwikkeld. In de gehandicaptenzorg is een benchmarkmethodiek ontwikkeld, die in de loop van 1998 wordt beproefd.

Zorgvernieuwing

Alle inspanningen zijn er op gericht om per 1 januari 1999 de regeling subsidiëring zorg-op-maat van de Ziekenfondsraad in te trekken en te vervangen door het flexibiliseren van de aanspraken in de gehandicaptenzorg. Begin november zal worden besloten of invoering per 1 januari 1999 verantwoord is. Dit zal aan de Tweede Kamer worden bericht.

Persoonsgebonden budget (PGB)

In de door de Tweede Kamer aanvaarde motie Van Blerck (TK, 1997–1998, 25 604, nr.19) wordt een structurele uitbreiding van het PGB bepleit door voor de komende jaren minimaal 10% van de jaarlijkse groei van de middelen voor de toepasselijke sectoren in te zetten in de vorm van persoonsgebonden budgetten. De uitwerking van de motie wordt meegenomen in de aanpak van meerjarenafspraken van het Regeerakkoord.

Gedragsproblematiek/consulententeams

Het budget voor de consulententeams wordt beschikbaar gesteld uit de betreffende subsidieregeling van de Ziekenfondsraad. Bij brief van 29 juni 1998 is de Ziekenfondsraad gevraagd zich te buigen over de toekomstige financiering van deze teams. Uitgangspunt daarbij is het in de toekomst waarborgen van de onafhankelijke positie van de consulententeams.

Jeugdige licht verstandelijk gehandicapten met probleemgedrag

In 1999 zal een vervolg worden gegeven aan de verbetering van de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen, ingezet in 1997 met de bedoeling binnen een periode van vijf jaar hierin met extra financiële middelen substantiële vooruitgang te boeken. Naast de wachtlijstproblematiek vragen ook zorgdifferentiatie en afstemming met andere sectoren in de toekomst veel aandacht. Per brief van 24 juni 1998 heeft de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aangekondigd om de nota 'Vorm en Kleur' (mei 1995) van de toenmalige NVGz, die als basis heeft gediend voor het huidige beleid, op basis van de ontwikkeling van de vraag te willen herijken. Daarnaast wordt in het najaar van 1998 het eindadvies van de Stuurgroep Ontwikkelingen in de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen verwacht. Mede op basis van beide te verwachten adviezen wordt het ingezette beleid vervolgd. In elk geval komen in 1999 de volgende thema's aan de orde:

- de wijze waarop de wachtlijstproblematiek verder wordt aangepakt, verbetering van de registratie;
- de uitwerking van de functie achtervang in de regio's, waaronder de indicatiestelling/toeleiding;
- de afstemming tussen de zorg voor LVG-jeugdigen en de kinder- en jeugdpsychiatrie (in vervolg op het rapport 'Multifunctionele centra voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen' van de VGN en GGZ-Nederland van april 1998);
- de wijze waarop de LVG-sector kan instromen in het Project Zorgprogrammering (onderdeel van Regie in de jeugdzorg).

Zorgaanspraak SPD

In het Staatsblad van 6 maart 1998 is de wijziging van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering gepubliceerd, waarmee de zorg te verlenen door een sociaal pedagogische dienst per 1 januari 1999 aan de AWBZ-aanspraken wordt toegevoegd. Daarmee is een einde gekomen aan een lange periode van subsidiëring van deze zorg. Per 1 januari 1999 zal tevens een ministeriële regeling inzake de spreiding en behoefte van kracht zijn waaraan de SPD-en bij hun verzoek om toelating zullen worden getoetst.

Autisten

In het JOZ 1998 zijn gelden gevoteerd voor zogenoemde bijzondere functieplanning. Concreet betekent dit dat voor 1999 f 1,5 mln beschikbaar kan komen voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten met autisme of een hieraan verwante contactstoornis.

6.3.2 Zorg voor lichamelijk gehandicapten

Zorgvernieuwing

In het JOZ 1998 is f 21 mln gereserveerd voor de zorg aan lichamelijk gehandicapten. Daarvan is f 2,5 mln specifiek bestemd voor zorgvernieuwing, te weten uitbreiding van logeerbedden (f 2 mln) en integrale vroeghulp (f 0,5 mln). Met het oog op de aanwending van deze middelen zijn in 1999 daartoe strekkende subsidieregelingen van de Ziekenfondsraad van kracht.

Planning LG-voorzieningen

Bij brief van 30 september 1997 (TK, 1997–1998, 24 170, nr.29) is voor de jaren 1998 tot en met 2000 het (cumulatieve) verdelingsplan voor de beschikbare middelen ten behoeve van capaciteitsuitbreiding van voorzieningen voor volwassen lichamelijk gehandicapten aangegeven. Naar het zich laat aanzien zal eind 1998 het voor dit jaar toegestane budget (f 17,5 mln) nagenoeg feitelijk zijn besteed. Tevens zullen aan het eind van 1998 de desbetreffende plannen voor 1999 (beschikbaar budget totaal f 25 mln) deels al geïmplementeerd zijn.

Niet-aangeboren hersenletsel

In de afgelopen jaren is de gerichtheid op de specifieke zorgvragen van mensen met een niet-aangeboren hersenletsel bij beroepsbeoefenaren en zorgorganisaties sterk toegenomen. Dit heeft geleid tot vele gerichte initiatieven in het veld, die zowel de inhoud van de zorg betreffen als de samenwerking tussen verschillende zorgsectoren. Toch is er nog veel te doen: met name de zorg voor mensen met hersenletsel in de thuissituatie en de structurele samenwerking tussen de verschillende zorgaanbieders hebben nog een krachtige impuls nodig. Daarom zal de financiering van het Landelijk Coördinatiecentrum voor een volgende periode van vier jaar worden gecontinueerd. Het Landelijk Coördinatiecentrum zal zich de komende periode met name richten op de verdere stimulering van de intersectorale samenwerkingsverbanden en de zorg in de thuissituatie.

6.3.3 Zorg voor zintuiglijk gehandicapten

Auditief gehandicapten

De huidige financiering in de intramurale zorg voor mensen met een auditieve handicap is gebaseerd op de erkende capaciteit van de instellingen in deze sector. De behoefte aan dag- en deeltijdbehandeling is evenwel de laatste jaren sterk toegenomen. In verband met deze ontwikkeling is het COTG verzocht aparte beleidsregels voor dag- en deeltijdbehandeling op te stellen, zodat uiterlijk per 1 januari 1999 nieuwe beleidsregels voor de financiering van de verschillende functies in de intramurale zorg in deze sector kunnen worden ingevoerd.

Doofblinden

De ontwikkelingen omtrent de afstemming tussen de zorgvraag van belanghebbenden en het zorgaanbod van de dienstverlenende instellingen hebben onder meer tot gevolg gehad dat het Instituut voor Doven te Sint Michielsgestel, het Centrum voor Doofblinden Kalorama te Beek/Ubbbergen en Bartiméushage te Doorn in juni 1998 gezamenlijk de nota 'Infrastructuur voor het onderwijs aan en de zorg voor kinderen en volwassenen in Nederland die doofblind zijn' hebben uitgebracht. De strekking van deze nota is om in de toekomst tot een regionale opzet van de begeleiding van doofblinde mensen te komen zodat deze meer dan tot nog toe het geval is, in hun eigen woonomgeving het onderwijs en de zorg kunnen ontvangen die voor hen noodzakelijk is.

HOOFDSTUK 7 OUDERENZORG EN THUISZORG

7.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een beschrijving gegeven van het zorgaanbod, zoals dat geleverd wordt in, vanuit en onder verantwoordelijkheid van verpleeghuizen, verzorgingshuizen en daarnaast door instellingen voor thuiszorg. Daarbij zij aangetekend dat in verpleeghuizen niet alleen ouderen (65+) verblijven. Ook in de verzorgingshuizen kunnen sinds het van kracht worden van de Overgangswet mensen jonger dan 65 jaar worden opgenomen. Voor de thuiszorg geldt dat niet alleen de grote groep ouderen wordt geholpen, ook anderen maken gebruik van de diensten van de thuiszorg. Ouderen maken niet alleen relatief veel gebruik van deze voorzieningen (verzorgingshuizen, verpleeghuizen en thuiszorg), maar ook van algemene voorzieningen als ziekenhuizen en geneesmiddelen. Ook wordt door ouderen in ruime mate gebruik gemaakt van de mogelijkheid om te kiezen voor een persoonsgebonden budget. Andere hoofdstukken van het JOZ zijn in die zin dus ook relevant voor de zorg voor ouderen.

Tabel 7.1 Uitgaven Ouderenzorg en thuiszorg

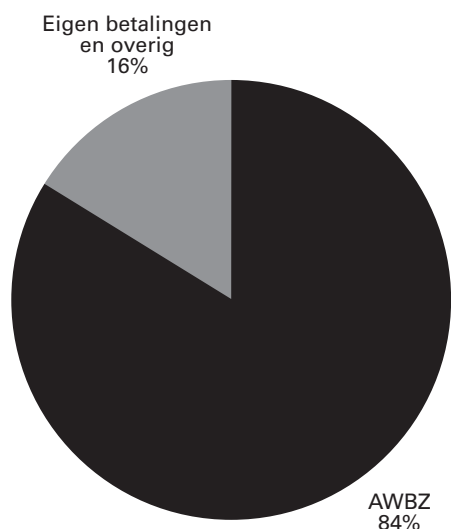
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Verpleeghuizen	5292,3	5477,1	5560,4	5729,1	5991,4	6140,2	6397,5	6623,1	6715,8	6759,3
2 Verzorgingshuizen	5192,1	5236,3	5297,8	5456,0	5738,7	5736,8	5735,0	5733,1	5733,1	5733,1
3 1-Oktober-regeling	16,9	6,5	9,8	3,3	3,7	1,3				
4 Zorgvernieuwingsfonds ouderen	103,3	169,5	314,2	390,1	442,6	444,1	445,4	445,4	445,4	445,4
6 Gezinsverzorging	2112,6	2103,2	2166,0							
7 Kruiswerk	749,0	767,2	778,0							
8 Intensieve thuiszorg	48,0	57,4	61,3							
9 Thuiszorg				3145,3	3265,6	3273,2	3273,2	3273,2	3273,2	3273,2
10 Persoonsgebonden budgetten	5,1	39,7	85,4	124,1	120,4	140,7	140,7	140,7	140,7	140,7
Totaal JOZ 1999	13519,3	13856,9	14272,9	14847,9	15562,4	15736,3	15991,8	16215,5	16308,2	16351,7
Procentuele mutatie		2,5	3,0	4,0	4,8	1,1	1,6	1,4	0,6	0,3

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Voor 1999 is de groei ruimte verwerkt voor met name de demografische ontwikkelingen (de toegestane volumegroei) en kapitaallasten in verband met instandhoudingsbouw, alsmede specifieke intensiveringen en maatregelen zoals toegelicht in hoofdstuk 1, tabel 1.4 van het JOZ. Na 1999 zijn alleen in de cijfers verwerkt de kapitaallasten voortvloeiend uit het huidige bouwprogramma. Overige intensiveringsruimte voor 1999 alsmede de volledige intensiveringsruimte na 1999, voortvloeiend uit het Regeerakkoord, is niet opgenomen in deze sectortabel, maar op de aanvullende post geboekt met het oog op de te maken meerjarenafspraken (zie toelichting in hoofdstuk 1). De procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel geeft daardoor nog geen volledig beeld van de werkelijke budgettaire groei voor deze sector in de komende jaren.

Figuur 1: Financiering ouderen- en thuiszorg 1999 (f 15736,3 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen) als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

7.1.1 Ouderenzorg

Het terrein van de ouderenzorg staat volop in de belangstelling. Ondanks het feit, dat de verpleeghuiscapaciteit toeneemt kan een daling van de totale intramurale capaciteit voor de ouderenzorg worden waargenomen. Dit wordt veroorzaakt door een aanzienlijke daling van de capaciteit van verzorgingshuizen. Door de relatieve vermindering van het aantal intramurale plaatsen ten opzichte van het aantal kwetsbare ouderen wordt de 'zorg per bed' gemiddeld zwaarder. Onderzocht wordt in hoeverre dit noopt tot meer handen aan het bed. In de verzorgingshuizen is een onderzoek naar de te verwachten ontwikkeling van de zorgzwaarte reeds afgerond, dat in de verpleeghuizen zal eind 1998 worden beëindigd. Er is een sterke toename van de extramurale zorg, zowel vanuit de verpleeghuizen als ook vanuit de verzorgingshuizen.

De Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) geeft VWS bevoegdheden op het terrein van de planning en bouw van verpleeghuizen. De minister en de staatssecretaris worden daarin geadviseerd door het College voor Ziekenhuisvoorzieningen, de provincies en de Inspectie voor de Gezondheidszorg. De verpleeghuiszorg maakt deel uit van het aansprakenpakket van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ). De wijze van bekostiging is geregeld via de Wet tarieven gezondheidszorg (WTG). De bekostiging geschiedt via beleidsregels die daarvoor door het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG) worden ontworpen.

De verzorgingshuizen worden vanaf 1997 op grond van de Overgangswet verzorgingshuizen gesubsidieerd. De planning, zoals 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. De provincies

en vier grote steden hebben, ingevolge de Overgangswet verzorgingshuizen een rol als adviserend overheidsorgaan. De adviesfunctie zal conform de intentie van de wet geleidelijk globaler van karakter worden. Het COTG en de contactkantoren krijgen een belangrijke plaats bij de behandeling van de subsidieregeling. Het is het voornemen om de zorg in de verzorgingshuizen met ingang van 1 januari 2001 als aanspraak op te nemen in de AWBZ.

7.1.2 Thuiszorg

Onder thuiszorg wordt verstaan verpleging, verzorging en huishoudelijke hulp bij de cliënt thuis en de uitleen van hulpmiddelen. Het aantal thuiszorgorganisaties dat thuiszorg ten laste van de AWBZ verleent, neemt nog steeds af. Waren er vorig jaar 142 toegelaten instellingen, op dit moment zijn dat er 122. Deze afname is niet het gevolg van het intrekken van de toelating van bepaalde instellingen maar van fusies tussen met name 'oude' gezinsverzorgingsinstellingen en 'oude' kruisorganisaties.

7.2 Lopend beleid

7.2.1 Intramurale ouderenzorg

Verpleeghuizen

In de beleidsbrief Privacy in verpleeghuizen van 25 november 1996 wordt als doelstelling geformuleerd dat in de periode tot en met 2000 alle verpleeghuizen met vijf- en zesbedskamers worden getransformeerd tot verpleeghuizen met enkel één- en tweepersoonskamers. In 2004 zal ook aangevangen zijn met de ombouw van drie- en vierbedskamers. Op termijn zullen in verpleeghuizen alleen nog één- en tweebedskamers zijn. Op de bouwprioriteitenlijst zijn dan ook vele renovatie initiatieven opgenomen. In de toekomst zullen de meeste initiatiefnemers een renovatie krachtens de meldingsregeling geheel of gedeeltelijk uit de nieuwe instandhoudingsbudgetten kunnen financieren. Op dit moment wordt er door alle betrokken partijen een actief beleid gevoerd om initiatiefnemers te ondersteunen om de verbeteringen ook inderdaad binnen de gestelde periode te realiseren. Hiertoe is een landelijke werkgroep gevormd. In de beleidsbrief is tevens toegezegd dat er aandacht gaat 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-, consumentenpanels ter hand genomen.

De verpleegunits zijn volop in ontwikkeling, waarbij sprake is van toenemende samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen. Door de provincies en grote steden is in het kader van de plannen van verzorgingshuizen voor de periode 1997–2000 de realisatie van een groot aantal verpleegunits voorzien. Er staan 144 initiatieven op de bouwprioriteitenlijst met bijna 3 000 unitplaatsen. De uitvoering blijkt in de praktijk trager te verlopen dan was voorzien. Middels 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.

Verzorgingshuizen

De intramurale capaciteit van verzorgingshuizen zal volgens de plannen dalen met 13 000 bedden tot 107 000 in 2001. De daling is ongeveer evenveel als in de vorige planperiode. Het budget voor reikwijdteverbreding -extramurale zorg en dienstverlening vanuit het verzorgingshuis-

verdubbelt bijna in de periode 1997–2001. In de planperiode neemt het aantal extramurale plaatsen toe van 7 504 in 1997 tot 15 639 in 2001.

De daling van de capaciteit is in veel gevallen het gevolg van renovatie. Daarbij wordt de kwaliteit van de woonruimte, in ruimtelijke zin, vergroot, dat wil zeggen minder, maar grotere kamers. Ongeveer eenderde van het aantal verzorgingshuizen heeft in de huidige planperiode met dit proces te maken. Tevens wordt een deel van de capaciteitsreductie doorgevoerd om zo meer handen aan de overgebleven bedden te kunnen realiseren. De intensiever wordende zorgfunctie van verzorgingshuizen en de wensen van de huidige ouderen met betrekking tot de kwaliteit van verzorgingsplaatsen zijn de bepalende factoren voor het aangaan van de bouwinitiatieven. Bij de Algemene Politieke Beschouwingen in 1997 is de motie Wallage aangenomen. Conform deze motie is f 90 mln extra beschikbaar gesteld om de hiervoor geconstateerde afname van de intramurale capaciteit te mitigeren. Over de verdeling daarvan zijn de adviezen van de adviserende overheden, provincies en de vier grote steden ontvangen. Het advies is om circa 600 intramurale verzorgingsplaatsen die gesloten zouden worden te handhaven en circa 2 500 extramurale verzorgingsplaatssequivalenten te scheppen. Aan de Ziekenfondsraad is inmiddels toestemming gegeven om in dit kader tot aanvullende subsidiëring over te gaan.

Voor het jaar 1997 is het in het kader van de Overgangswet verzorgingshuizen voor subsidiëring ter beschikking gestelde bedrag vastgesteld op f 5 455,9 mln. Dat is f 44,6 mln hoger dan in het JOZ 1998 is vermeld. Dit komt door de inzet van f 24,2 mln aan middelen uit de eigen bijdragen voor extramurale hulp en f 20,4 mln aan inzet van provinciale reserves.

De opbrengst van de intramurale eigen bijdrage in 1997 bleef achter ten opzichte van de raming zoals die was gemaakt ten tijde van de totstandkoming van de Overgangswet verzorgingshuizen. De derving aan eigen bijdragen bedraagt in 1997 f 150 mln en vanaf 1998 f 100 mln. Gelet op de bestaande afspraken heeft het kabinet besloten het financiële kader voor de verzorgingshuizen te handhaven. De lagere opbrengst van de eigen bijdragen worden structureel gecompenseerd door een hogere inzet van AWBZ-middelen.

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 iets 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.

In het JOZ 1998 stond vermeld dat de overheveling van de huisartsenzorg en genees- en hulpmiddelen in het budget van de verzorgingshuizen niet per 1 januari 1998 zal plaatsvinden. Nu duidelijk is geworden dat er geen sprake zal zijn van doorvoeren van een integrale scheiden van wonen en zorg bij bestaande verzorgingshuizen, zal in goed overleg met het veld worden bezien op welke wijze huisartsenzorg en genees- en hulpmiddelenvoorziening in de verzorgingshuizen kunnen worden geoptimaliseerd.

Zorgvernieuwingsfonds

Flexibilisering van de zorg is bij de verpleeghuizen mogelijk gemaakt door de substitutieregeling van de Ziekenfondsraad, de vrije marge regeling en de productieafspraken op basis van de budgettaire neutrale ruimte.

De subsidieregeling van de Ziekenfondsraad 'Zorg op maat verpleging en verzorging' ten behoeve van zorgvernieuwing is ook voor 1998 weer gecontinueerd. Gelijktijdig zijn de werkzaamheden gestart om te bezien welke zorgvernieuwingsactiviteiten geïntegreerd kunnen worden opgenomen in de reguliere aanspraak van de AWBZ. Voor de ouderenzorg lijkt 1 januari 1999 te vroeg om de zorgvernieuwingsactiviteiten als aanspraak in de AWBZ op te nemen. Wel blijft het beleid erop gericht een aantal vormen van zorgverlening welke in het kader van de zorgvernieuwing tot stand zijn gekomen, regulier als aanspraak in de AWBZ onder te brengen. De voorbereidende werkzaamheden daartoe worden gecontinueerd. Voor 1999 wordt dan ook een continuering van de subsidieregeling van de Ziekenfondsraad voorzien.

Scheiden van wonen en zorg

Op 17 september 1997 is de rapportage over de eerste fase van het project scheiden van wonen en zorg aan de Kamer aangeboden. De rapportage over de tweede fase is op 9 februari 1998 verschenen en met de Vaste Commissie van de Volksgezondheid besproken. De tweede rapportage schetst een aantal ontwikkelingen. Tevens wordt daarin de visie van het kabinet neergelegd. Deze visie komt er op neer, dat -naast een positieve attitude jegens het scheiden van wonen en zorg- het grootste deel van de capaciteit van verzorgingshuizen als intramurale capaciteit moet worden gehandhaafd. Hieraan liggen zorginhoudelijke en financiële overwegingen ten grondslag.

Overigens kan hier worden opgemerkt dat de WZV zal worden gedereguleerd en niet meer van toepassing zal zijn op kleinschalige woonvormen en andere voorzieningen waar de woon- en verblijfsfunctie centraal staat. Daarmee wordt een bijdrage geleverd aan een nieuwe ordening van wonen en zorg in de toekomst. Gezien de toekomstige ontwikkeling van de vraag naar zorg en aangepast en beschermd wonen, zal gewerkt worden aan optimale randvoorwaarden om het zelfstandig en geclusterd wonen met een gedifferentieerd zorgaanbod mogelijk te maken. De mogelijkheid van vorming van een woonzorgstimuleringsfonds wordt nader onderzocht, in relatie tot de mogelijkheden die corporaties hebben.

7.2.2 Thuiszorg

Aanspraak thuiszorg

Met ingang van 1 januari 1998 is in de aanspraak thuiszorg een maximering tot drie uren per dag aangebracht in het onderdeel verpleging en verzorging. Een afbakening van de omvang van de aanspraak thuiszorg was nodig omdat in 1998 de intensieve thuiszorg opnieuw apart werd gefinancierd. Met het terugdraaien van de 'knip' in de thuiszorg per 1 januari 1998 was besloten de regeling inzake intensieve thuiszorg zoals die voor 1 januari 1997 gold, zoveel mogelijk te herstellen. De intensieve thuiszorg was tot 1 januari 1997 een aanvulling op de toen bestaande AWBZ-aanspraak kruiswerk en de omvang van deze aanspraak was op basis van jurisprudentie beperkt tot maximaal drie uur per dag. In aansluiting hierop is de drie uur opgenomen in de omschrijving van de aanspraak in het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering. In de loop van 1998 is duidelijk geworden dat de maximering voor verpleging en verzorging tot drie uren de situatie van voor 1997 niet helemaal dekt. Een beperkte groep patiënten kwam in de problemen met name waar het de maximering van het aantal uren verzorging betrof. De

problemen van deze groep zijn opgelost door het opnemen van een aparte paragraaf in de subsidieregeling intensieve thuiszorg.

Toelatingsregime

In afwachting van een fundamentele discussie over de vraag hoe het verder moet met de marktwerking in de AWBZ is de marktwerking op het terrein van thuiszorg in de AWBZ opgeschort. Deze opschorting houdt in dat er in principe geen nieuwe thuiszorginstellingen zullen worden toegelaten. Met ingang van 1 januari 1998 is het categoriaal toelatingsregime veranderd in een systeem waarbij thuiszorginstellingen weer afzonderlijk bij ministeriële beschikking worden toegelaten. De verzoeken van instellingen om toelating worden beoordeeld aan de hand van de 'Tijdelijke regeling spreiding en behoefte'. Aan de in deze regeling opgenomen voorschriften ligt het rapport van Coopers & Lybrand 'Toelating van thuiszorginstellingen' ten grondslag. Coopers & Lybrand heeft, in samenwerking met Berenschot, de situatie in de thuiszorg wat betreft spreiding en behoefte in kaart gebracht. De spreiding van thuiszorg is goed te noemen. Op gemeentelijk niveau zijn er geen witte vlekken in het aanbod van thuiszorg. Voor de toelatingsregeling is het behoeftecriterium geoperationaliseerd. Voor de zorgbehoefte is een kengetal ontwikkeld waarin het zorgaanbod wordt uitgedrukt in een aantal uren thuiszorg per gewogen bevolking.

Doelmatigheid

Medio vorig jaar heeft een pilot-onderzoek plaatsgevonden naar de doelmatigheid van zorgverlening van thuiszorginstellingen. In het onderzoek is vastgesteld dat de sector thuiszorg qua doelmatigheidspositie niet ongunstig afsteekt bij andere sectoren in de gezondheidszorg of het openbaar bestuur, maar dat er niettemin doelmatigheidswinst te realiseren is. Ook is in het rapport geconstateerd dat in de bedrijfsvoering van instellingen nog verbeteringen gerealiseerd kunnen worden. Naar aanleiding van dit onderzoek hebben de LVT, BTN en de staatssecretaris afgesproken om inhoud te geven aan het vervolgtraject; het uitvoeren van een benchmarkonderzoek bij alle toegelaten thuiszorginstellingen.

Volume

In 1998 is het budget voor de thuiszorg gegroeid met f 103 mln, waarvan f 10 mln voor het persoonsgebonden budget. Dit is een stijging van het budget met ongeveer 3%. Aan deze intensiveringsmiddelen was de voorwaarde verbonden dat het geld moest worden omgezet in extra zorguren. Wanneer de productieafspraken voor 1998 vergeleken worden met die voor 1997 dan blijkt dat aan deze voorwaarde is voldaan. Het aantal afgesproken uren is met bijna 4% toegenomen. Wel dient bedacht te worden dat er voor 1998 afspraken zijn gemaakt over twee nieuwe producten die vorig jaar deels uit de lumpsum werden gefinancierd. Het betreft de producten gespecialiseerde verpleging en gespecialiseerde verzorging.

Indicatiestelling

Per 1 januari 1998 is de indicatiestelling voor de thuiszorg overgeheveld naar de regionale indicatieorganen (RIO). Er zijn ongeveer 80 RIO's opgericht. Deze RIO's hebben de regie over de indicatiestelling voor thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Met de overheveling van de indicatiestelling van thuiszorginstellingen naar RIO's ging de overheveling van zo'n 550 formatieplaatsen gepaard. Deze enorme veranderingsoperatie is ondersteund door de Taskforce indicatiestelling. Zo heeft de Taskforce, waar nodig, RIO's geadviseerd met thuiszorgorganisaties overgangsregelingen af te spreken om te voorkomen dat cliënten hinder zouden ondervinden van de reorganisatie.

7.3 Vooruitblik

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 tot 972 000 in 2000. Het aantal personen van 80 jaar en ouder stijgt in deze periode met 79 000 tot 511 000 in 2000.

In het kader van de onderbrenging van zorg in verzorgingshuizen onder de AWBZ per 1 januari 2001 is een aantal rapporten uitgebracht over de vraag naar zorg door ouderen.

Het College voor Ziekenhuisvoorzieningen heeft advies uitgebracht inzake een integrale planningsnorm voor de residentiële ouderenzorg. In het jaar 2005 zouden er op basis van de in dit rapport genoemde minimumnormen een verpleeghuiscapaciteit van 54 400 en een verzorgingshuiscapaciteit van 110 000 moeten zijn.

In de Verkenningen Ouderenzorg uit mei 1998 is een aantal mogelijke scenario's aangegeven. Daarbij zijn de ramingen van het Sociaal Cultureel Planbureau betrokken, maar ook het hiervoor genoemde rapport van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. In december 1997 is het rapport van het Sociaal Cultureel Planbureau verschenen getiteld 'Vraagverkenningen wonen en zorg voor ouderen'. Daarin wordt een vooruitberekening gepresenteerd van de vraag naar zorg tot 2015.

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 als gevolg de groei van het aantal personen van 75 jaar en ouder komt voornamelijk ten laste van de thuiszorg.

De afname van de intramurale capaciteit, in relatie tot de toename van het aantal ouderen heeft in de afgelopen periode geleid tot een toename van de zorgzwaarte van de bewoners van verzorgingshuizen. Op grond van de plannen zal deze trend zich de komende jaren nog voortzetten. Er zijn echter aanwijzingen dat de grens van de mogelijkheid om te substitueren tussen intramurale- en extramurale zorgverlening in zicht komt. In de komende periode zal er bij de uitbreiding van de zorgcapaciteit op gelet moeten worden dat deze grens niet overschreden wordt.

De lengte van wachtlijsten en wachttijden wordt in het algemeen beschouwd als een goede indicator of er wel of geen capaciteitstekorten bestaan in een sector. Over de lengte van de wachtlijsten in de sector ouderenzorg en de waarde en betekenis ervan is in de laatste jaren veel gesproken. Het blijkt dat over de lengte van de wachtlijsten al jaren grote verschillen van inzicht bestaan. Met het veld wordt er gewerkt aan een goede en eenduidige bepaling van de wachtlijsten.

Al hoewel er op dit punt dus duidelijk nog het een en ander valt te verbeteren, is het wel duidelijk dat er een aanzienlijk aantal ouderen wachtende is op zorg. Zoals reeds in het Regeerakkoord is aangegeven heeft het Kabinet het terugdringen van de wachttijden tot een aanvaardbare lengte, als een van haar speerpunten aangemerkt.

In de komende meerjarenafspraken met het veld zal dit punt nadrukkelijk aan de orde komen. Daarbij gaat het niet alleen om de wachtlijsten voor verzorgings- en verpleeghuizen. Ook de mogelijkheden van aanpalende voorzieningen zoals de thuiszorg zullen bij deze wachtlijsterugdringing worden betrokken.

Zorgvernieuwing

In het Regeerakkoord is verder aangegeven dat gestreefd wordt naar modernisering van de AWBZ door het flexibel omschrijven van aanspraken en het opheffen van schotten. De aanpak van de wachtlijsten zal in samenhang moeten geschieden met de te verwachten trendmatige vraagontwikkeling zoals die af te leiden valt uit de hiervoor genoemde rapporten. Daarbij zal de wijze waarop aan de zorgvraag tegemoet zal worden gekomen moeten worden gezien in relatie met de wijze waarop de zorg in verzorgingshuizen in de AWBZ wordt opgenomen en de ontwikkeling van de flexibele omschrijving. Dit kan leiden tot andere organisatievormen en een minder traditionele omschrijving van het zorgaanbod. Bij het maken van de meerjarenafspraken zal hiermee rekening moeten worden gehouden.

Benchmarking

In de sector verpleging en verzorging wordt thans hard gewerkt aan het onderzoeken van de mogelijkheden tot benchmarking. Samen met alle direct betrokkenen wordt er naar gestreefd om eind 1998 een helder inzicht te hebben of en in welke mate benchmarking in deze sector de nodige gegevens kan leveren om een goed inzicht te krijgen in de effectiviteit van instellingen.

7.3.2 Thuiszorg

Integraal pakket thuiszorg

In 1999 zijn er geen organisaties meer die alleen het onderdeel gezinsverzorging of het onderdeel kruiswerk verlenen. Alle thuiszorgorganisaties, ook de 'oude' kruisorganisaties en instellingen voor gezinsverzorging, moeten het integrale pakket leveren. Met het integrale pakket wordt bedoeld verpleging, verzorging, huishoudelijke hulp en het in bruikleen verstrekken van verpleegartikelen.

Benchmarkonderzoek sector thuiszorg

In 1998 wordt het benchmarkonderzoek uitgevoerd bij alle thuiszorginstellingen die in 1997 de aanspraak thuiszorg leverden. Het onderzoek heeft betrekking op de doelmatigheid en kwaliteit van thuiszorginstellingen. Naast de doelstelling gericht op het realiseren van verbeteringen bij de instellingen is een achterliggend doel om, binnen het macrokader en de wettelijke aanspraken, te komen tot een systeem van outputfinanciering in 2001. Het onderzoek wordt uitgevoerd door Coopers & Lybrand in samenwerking met Berenschot.

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 volumegroei. Het betreft hier onder andere de onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen.

8.1.1 *Beheer, administratie en beleid: diverse onderwerpen*

Uitvoerings- en adviesorganen

Op 31 december 1997 bedroeg het aantal ziekenfondsen 31, het aantal in het kader van de AWBZ toegelaten particuliere verzekeraars 45 en het aantal publiekrechtelijke regelingen 3. 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. Het COTG heeft tot taak de vaststelling van de WTG-beleidsregels en de vaststelling en goedkeuring van WTG-tarieven. De taak van het College voor Ziekenhuisvoorzieningen is het adviseren van de minister met betrekking tot de uitvoering van de WZV en met betrekking tot andere zaken de doelmatigheid van ziekenhuisvoorzieningen betreffende. Via de Commissie sanering ziekenhuisvoorzieningen geeft het ministerie inhoud aan zijn verantwoordelijkheid processen van herstructurering/sanering van instellingen vallend onder de WVZ zo goed mogelijk te laten verlopen, zonder financiële problemen en met behoud van kwaliteit van zorg. De ZFR beheert de Algemene Kas van de ziekenfondsverzekering en het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten. Voorts houdt de ZFR toezicht op de uitvoering van de ZFW en de AWBZ en voert uitvoeringstoetsen uit ten aanzien van deze verzekeringen.

Premieinning

De inning van de premie voor een particuliere ziektekostenverzekering geschiedt door verzekeraar zelf. 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.

Uitvoeringsorganen volksgezondheid

Het wetsontwerp uitvoeringsorganen volksgezondheid is in april 1998 aan de Tweede Kamer aangeboden. Het wetsontwerp heeft ten doel de samenstelling en de werkwijze van Ziekenfondsraad, COTG, College voor Ziekenhuisvoorzieningen en Commissie Sanering aan te passen. Het wetsontwerp bevat een besturingsmodel waarin de taken van de betreffende organen in strikt uitvoerende termen geformuleerd staan, die taken worden ook in de wet vastgelegd. Het bestuur van de organen zal

gaan bestaan uit door de minister te benoemen onafhankelijke deskundigen. Dat bestuur is verantwoordelijk voor inrichting en werkwijze. De minister tenslotte beschikt, conform de ZBO-Aanwijzingen, over voldoende sturings- en toezichtsinstrumenten om zijn politieke verantwoordelijkheid waar te maken. Binnen het ministerie is ten behoeve van de parlementaire behandeling en de implementatie in overleg met de betrokken organen een projectorganisatie opgezet.

Zorgkantoren

Ten aanzien van de uitvoeringsstructuur van de AWBZ is van belang dat deze, mede met het oog op de zorgvernieuwing wordt gemoderniseerd. De uitvoering komt in handen van zorgkantoren. Kenmerken van de nieuwe structuur zijn: geen concurrentie tussen verzekeraars, uniformiteit, klantgerichtheid en doelmatigheid. Zorgverzekeraars Nederland heeft het afgelopen jaar voorstellen hiervoor uitgewerkt. Per 1 januari 1998 zijn in lijn hiermee zorgkantoren per WZV-regio aangewezen voor een periode van vier jaar. Aan de ZFR is gevraagd een uitvoeringstoets te doen naar een aantal aspecten van deze uitvoeringsstructuur, waaronder de kosten van beheer. Onderdeel hiervan is de kwestie welke relatie er moet bestaan tussen uitvoerders van de verzekeringen in het tweede compartiment en de zorgkantoren. De uitkomsten van deze uitvoeringstoets zal leiden tot besluiten over de uitvoeringsstructuur en aanpassingen van de wet- en/of regelgeving.

Commissie Sanering Ziekenhuisvoorzieningen

De omvang en de complexiteit van de werkzaamheden van deze Commissie nemen nog steeds toe. Dit is voor een belangrijk deel het gevolg van de toename van het aantal casus, waarbij de Commissie adviseert over de afstoting van onroerende zaken. Ook dienen zich steeds meer casus aan als gevolg van de herstructurering van de care-sector. Het gaat hierbij om het omzetten van grootschalige klinische voorzieningen in kleinschalige (zorg-op-maat). De toegenomen complexiteit manifesteert zich niet alleen bij ingewikkelde fusie/nieuwbouwprojecten op het gebied van ziekenhuisvoorzieningen, maar ook bij het ambulancevervoer waar in het kader van de voorgenomen integratie van CPA, politie en brandweer, een beleid wordt gevoerd van schaalvergroting. Voorts is voor de Commissie van belang dat de zelfstandige behandelcentra onder de WZV zijn gebracht en dat dit voor de verzorgingshuizen zal geschieden in 2001. Ten behoeve van de verdere verbetering van de rechtmatigheid van het handelen van de Commissie sanering is sinds 1 januari 1998 een uitkering van de Commissie aangemerkt als subsidie. Daarnaast is op 17 juni 1998 de wijziging van het Besluit financiering sanering ziekenhuisvoorzieningen van kracht geworden. Hiermee wordt de werkwijze van de commissie nader geregeld. Middels wetgeving omtrent de aanpassing van de uitvoeringsstructuur worden tenslotte de taken van de Commissie en de rechtspersoonlijkheid geregeld.

8.1.2 Diversen

Het onderdeel diversen bestaat uit de posten die nog niet elders zijn verantwoord. Genoemd kunnen worden subsidies van de Ziekenfondsraad voor diverse onderzoeksprojecten 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.

Tabel 8.1 Uitgaven Beheer en Diversen

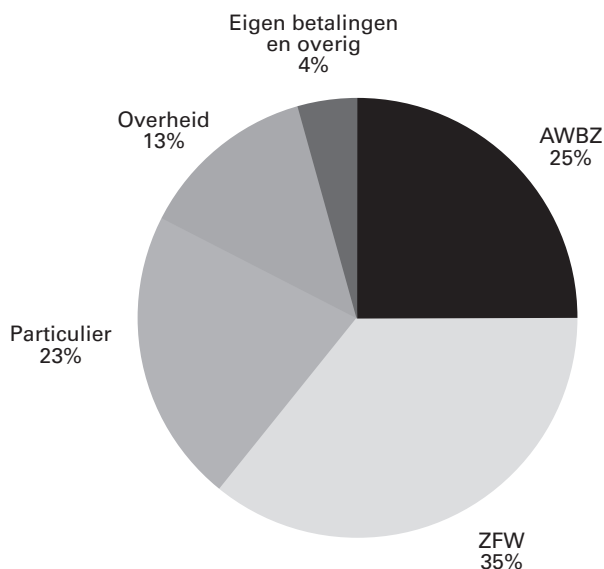
	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
1 Budgetten beheerskosten	1077,5	1059,7	978,2	994,2	991,5	940,3	940,3	940,3	940,3	940,3
2 Overige beheerskosten	1182,3	1192,8	1296,0	1368,5	1234,4	1222,2	1220,5	1220,2	1220,2	1221,4
3 Diversen (premie)	186,7	201,7	246,4	269,4	116,7	111,1	111,1	111,1	111,1	111,1
4 Diversen (begroting)	370,4	554,2	640,9	805,6	900,7	980,2	989,2	996,6	995,5	989,6
5 Aanvullende post		61,1		0,0	131,2	3313,5	6364,2	8916,1	11941,3	14499,1
Totaal JOZ 1999	2816,9	3069,5	3161,5	3437,7	3374,5	6567,3	9625,3	12184,3	15208,4	17761,5
Procentuele mutatie		9,0	3,0	8,7	-1,8	94,6	46,6	26,6	24,8	16,8

Noot: voor de jaren tot en met 1998 zijn de uitgaven inclusief nominale bijstelling in tegenstelling tot de jaren 1999 en verder.

Opmerkingen bij de bovenstaande uitgaventabel

Het beeld voor deze sector wordt gedomineerd door de bedragen die onder (5) op de aanvullende post zijn opgenomen voor 1999 en latere jaren ten behoeve van nominale en volumegroei in het BKZ. Deze bedragen zullen in de loop van de komende jaren worden verdeeld over de verschillende andere sectoren. De procentuele mutatie in de onderste regel heeft daardoor slechts relatieve betekenis. Voor de beheerskosten zelf is sprake van een afname van de uitgaven als gevolg van verschillende taakstellingen die voor 1999 zijn opgelegd.

Figuur 1: Financiering beheer en diversen 1999 (f 6566,3 mln)



Het bovenstaande diagram geeft weer hoe de verwachte uitgaven in deze sector voor 1999 gefinancierd zullen worden. Bij de categorie 'eigen betalingen en overig' gaat het vooral om eigen bijdragen, die -voor zover relevant in deze sector- zowel in de sfeer van de AWBZ (eigen bijdragen)

als bij de particuliere verzekeringen (met name betalingen in verband met eigen risico) voorkomen.

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.

De vergoeding die de Belastingdienst ontving voor de inning van de premies volksverzekeringen (perceptiekosten), is per 1 januari 1998 verval-
len. Deze operatie is technisch vormgegeven door de premies volksverze-
keringen 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.

8.3 Vooruitblik komende jaren

De budgettering van de beheerskosten wordt in 1999 gecontinueerd. Het op volledig normatieve wijze vaststellen van de beheerskostenbudgetten zal, na een uitstel van twee jaar, met ingang van het jaar 1999 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 1999 worden geconcretiseerd. In de Voorjaarsbrief is aangekondigd dat de beheerskosten zullen worden beperkt. Het gaat daarbij om een verlaging van de beheerskosten in de WTZ van f 10 mln vanaf 1999 en een verlaging van de beheerskosten particulier vanaf 1998 met een evengroot bedrag. In het Regeerakkoord is besloten het eigen bijdragesysteem in de ziekenfondsverzekering te laten vervallen. Dit heeft als consequentie dat het macrobeheerskostenbudget zal worden verlaagd met een bedrag van f 50 mln. Het beleid om uitgaven die onder de rubriek 'diversen' zijn opgenomen zoveel mogelijk onder te brengen in de sector waar de uitgaven plaatsvin-
den, 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 behandelt de eigen betalingen in de zorg. In paragraaf 9.2 worden de eigenbijdragesystemen in de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) besproken en in paragraaf 9.3 het eigenbijdragesysteem in de Ziekenfondswet. Paragraaf 9.4 geeft een beeld van de omvang van de eigen betalingen.

9.2 Eigen bijdragen AWBZ

De verschillende bijdragesystemen in de AWBZ zijn op 1 januari 1997 teruggebracht tot drie bijdrageregelingen:

- eigen bijdragen thuiszorg;
- lage eigen bijdragen intramurale voorzieningen;
- hoge eigen bijdragen intramurale voorzieningen.

De lage intramurale eigen bijdragen gelden indien het verblijf kortdurend is en indien zorgvragers die langdurig in een instelling verblijven een thuiswonende partner hebben. Indien men langdurig in een instelling verblijft en geen thuiswonende partner heeft dan dient de hoge intramurale eigen bijdrage te worden betaald. Bij de eigen bijdragen AWBZ wordt rekening gehouden met draagkracht via het inkomen van de alleenstaande zorgvrager of van de zorgvrager en zijn partner gezamenlijk; er is geen vermogenstoets. In de thuiszorg moet naast de inkomensafhankelijke eigen bijdragen een inkomensafhankelijke toegangsbijdrage worden betaald. Op dit moment bedraagt de toegangsbijdrage f 55,- per leefeenheid per kalenderjaar. Indien de verzekerde die aanspraak maakt op zorg korter dan dertien weken is ingeschreven bij de thuiszorginstelling, dan is de toegangsbijdrage f 137,50. Indien zowel gebruik wordt gemaakt van thuiszorg als van intramurale voorzieningen AWBZ, hoeft voor de thuiszorg alleen de toegangsbijdrage te worden betaald. Om de brede toegankelijkheid van de thuiszorg niet in gevaar te brengen is in het Regeerakkoord 1998 vastgelegd dat de toegangsbijdrage in 1999 zal worden afgeschaft en vervangen door een verhoging van de nominale ziekenfondspremie.

Het voor de inkomensafhankelijke eigen bijdragen relevante inkomensbegrip loopt uiteen in de regelingen. Bij de thuiszorg is het belastbaar inkomen bepalend. De intramurale eigen bijdragen zijn gebaseerd op een inkomen dat enigszins lijkt op het netto-inkomen zoals dat op loonstrookjes voorkomt. Bij de hoge bijdrageregeling worden van het genoemde netto-inkomen extra posten afgetrokken. Deze aftrekposten zorgen er bijvoorbeeld voor dat de cliënt ondanks de hoge bijdrage ten minste kan beschikken over een eigen zak- en kleedgeld en de mogelijkheid heeft weer terug te keren naar de maatschappij (revalidatiekosten). Op dit moment wordt door het EIM een onderzoek verricht naar de gevolgen van een overstap op het belastbaar inkomen in de bijdrageregelingen voor intramurale zorg. De uitkomsten van dit onderzoek worden dit najaar verwacht.

De maximaal verschuldigde eigen bijdragen thuiszorg liggen vast in tabellen. De maxima zijn afhankelijk van de hoogte van het inkomen, de leeftijd en het type huishouden. Voor de lage intramurale eigen bijdragen zijn er eveneens tabellen. Deze tabellen zijn zoveel mogelijk afgestemd op het inkomensafhankelijk systeem in de thuiszorg. De hoge intramurale eigen bijdrage bedraagt vanaf 1 juli 1998 bij verblijf in een verzorgingshuis maximaal f 3 520,- en in een AWBZ-instelling maximaal f 3 215,- per maand. De bijdrage bedraagt echter niet meer dan negentig procent van de kosten. Voor op 31 december 1996 opgenomen bewoners van een intramurale AWBZ-voorziening gelden tot 1 juli 2000 lagere maximum

eigen bijdragen (ingroeimodel). De te betalen eigen bijdragen en de inkomens worden jaarlijks geïndexeerd op basis van de ontwikkeling van het prijsindexcijfer van de gezinsconsumptie. Aanpassing vindt plaats in stappen van f 5,-; er wordt naar beneden afgerond. In de thuiszorg vindt de indexering in beginsel plaats op 1 januari. Op 1 januari 1998 is echter afgezien van indexering om de uitvoeringspraktijk niet opnieuw te belasten. De huidige systematiek is namelijk pas met ingang van 1 januari 1997 ingevoerd en daarna zijn nog wijzigingen aangebracht bij de tabellen en bij de aanspraak op thuiszorg. In de intramurale zorg wordt elk jaar per 1 juli geïndexeerd.

9.3 Eigen bijdragen ZFW

Vanaf 1 januari 1997 bestaat in de ziekenfondsverzekering een systeem van algemene eigen bijdragen. Daarnaast betalen ziekenfondsverzekerden al langer specifieke eigen bijdragen voor zittend ziekenvervoer en kraamzorg. De kern van het systeem van algemene eigen bijdragen is het betalen van een eigen bijdrage van 20% van de kosten van verstrekkingen voorzover het gaat om wettelijke aanspraken ingevolge de ZFW. Voor de algemene eigen bijdragen geldt een maximum van f 200,- per hoofdverzekerde per kalenderjaar. In afwijking van deze hoofdregel is een verzekerde die 65 jaar of ouder is of van wie het inkomen geheel of gedeeltelijk bestaat uit een bij ministeriële regeling aangeduide uitkering, een maximum bijdrage van f 100,- verschuldigd voor zichzelf en zijn medeverzekerden tezamen.

Het vorige kabinet streefde naar een eigenbijdrageregeling met een inkomensafhankelijk maximum (TK, 1995–1996, 24 678, nr.1). Dit bleek op korte termijn niet haalbaar. Daarom werd besloten een eigenbijdragesysteem met een nominaal maximum in te voeren. Conform de toezeggingen aan de Tweede Kamer is het vorige kabinet wél de mogelijkheden nagegaan van de toepassing van een eigenbijdragesysteem met inkomensafhankelijke maximering. Dit systeem zou enigszins kunnen lijken op dat van ambtenaren bij de lagere overheid met een IZA-verzekering. De administratieve, organisatorische en budgettaire aspecten van een IZA-achtig systeem zijn onderzocht door VB Deloitte & Touche ('Bijdragen naar draagkracht', april 1998). De onderzoekers sluiten niet uit dat een inkomensafhankelijk eigenbijdragesysteem in de ziekenfondswet in principe mogelijk is. De invoering van een inkomensafhankelijk maximum vergt echter forse inspanningen van de betrokken partijen en wordt complexer als zorgverzekeraars niet over het belastbaar inkomen van hun verzekerden beschikken. Een inkomensafhankelijk maximum zal bovendien leiden tot extra uitvoeringskosten; deze zijn niet nader gekwantificeerd. Ook het Expertise Centrum wijst in haar rapport op forse inspanningen die moeten worden geleverd in de automatisering ('Een Inkomensafhankelijke Eigen Ziekenfondsbijsdrage, Second Opinion over de technisch-organisatorische haalbaarheid', juni 1998).

Beide onderzoeken leiden tot de conclusie dat een inkomensafhankelijk eigenbijdragesysteem een complexe zaak is. Bovendien bleken de algemene eigen bijdragen voortdurend aanleiding te geven tot maatschappelijke discussie. Daarom is in het Regeerakkoord 1998 besloten de algemene eigen bijdragen stop te zetten, dit mede tegen de achtergrond van het beperkte remeffect en de hoge uitvoeringskosten. In samenhang hiermee wordt de nominale ziekenfondspremie voor volwassen ziekenfondsverzekerden vanaf 1 januari 1999 met f 110,- verhoogd. Bovendien neemt de nominale ziekenfondspremie met nog eens f 18,- toe ter compensatie van het afschaffen van de toegangsbijsdrage thuiszorg (zie paragraaf 9.2). Over de exacte uitwerking van het afschaffen van de eigen bijdragen zal overleg worden gevoerd met de Ziekenfondsraad en Zorgverzekeraars Nederland.

Cumulatie van eigen betalingen

Regelmatig wordt de vraag gesteld of eigen bijdragen bij bepaalde huishoudens cumuleren. Op dit moment is er geen anti-cumulatie regeling. Wel is er bij ziektekosten de mogelijkheid om kosten af te trekken van de inkomstenbelasting via de buitengewone lastenafrek. De drempel waarboven men de ziektekosten mag aftrekken bedraagt 12,2% van het (gezamenlijk) onzuiver inkomen. Door de hoogte van de drempel kunnen niet veel belastingplichtigen ziektekosten aftrekken. Daarnaast is er bij de buitengewone lastenafrek sprake van voorfinanciering door de verzekerde: pas na afhandeling van de aangifte inkomstenbelasting kan het bedrag worden teruggestort. De buitengewone lastenafrek kan met name van belang zijn voor chronisch zieken. In het Regeerakkoord 1998 is vastgelegd dat deze fiscale faciliteit voor chronisch zieken wordt geëvalueerd.

In het afgelopen jaar zijn er verschillende onderzoeken geweest die aandacht hebben besteed aan cumulatie van eigen bijdragen. Op prinsjesdag 1997 verscheen het rapport 'Armoede en armoedeval, de rol van inkomensafhankelijke regelingen'. Hierin wordt een aantal inkomensafhankelijke eigen bijdragen en subsidies op een rij gezet. Het rapport vermeldt dat op het eerste gezicht nauwelijks sprake lijkt van cumulatie van inkomensafhankelijke regelingen. Dit wordt veroorzaakt doordat de regelingen verschillende doelgroepen hebben. Er moet echter worden aangetekend dat in de analyse is voorbijgegaan aan gemeentelijke regelingen.

De interdepartementale werkgroep heeft voorstellen gedaan om te komen tot meer harmonisatie van de inkomensafhankelijke regelingen. Op korte termijn zou daartoe in alle regelingen moeten worden overgeschakeld naar het belastbaar inkomen als draagkrachtcriterium. Voor de lange termijn zou moeten worden gestreefd naar integratie van de regelingen in één administratief systeem.

Voorts is een onderzoek naar een anti-cumulatie regeling uitgevoerd als reactie op een motie van de heer Oudkerk waarin wordt gevraagd naar de mogelijkheid van een inkomensafhankelijk maximum voor gecumuleerde eigen bijdragen (TK, 1997-1998, 24 678, nr. 21). VB Deloitte & Touche heeft dit onderzocht voor de eigen bijdragen thuiszorg en de algemene eigenbijdrage-regeling in de Ziekenfondswet ('Inkomensafhankelijke anti-cumulatie van eigen bijdragen in de zorg', juni 1998). De algemene eigen bijdrage in de Ziekenfondswet wordt afgeschaft, maar de onderzoeksresultaten kunnen interessant zijn bij de gedachtevorming over anti-cumulatie bij andere eigen bijdragen en subsidies. De onderzoekers komen tot de conclusie dat voor een transparante en doelmatige uitvoering van een inkomensafhankelijk anti-cumulatie-systeem de eigenbijdrageregelingen moeten zijn geharmoniseerd. Dit geldt voor het inkomensbegrip, de periode waarover de eigen bijdrage wordt geheven, en voor het huishoudbegrip. In het rapport wordt geadviseerd gebruik te maken van het belastbaar inkomen, conform de aanbeveling van het rapport 'Armoede en armoedeval'. Bij de periodebepaling zou het kalenderjaar het meest in aanmerking komen. Ten aanzien van het huishoudbegrip wordt voorgesteld om te kiezen voor een definitie die automatisch kan worden geverifieerd. Om te komen tot automatische verificatie van gegevens is het van belang dat het nieuwe huishoudbegrip wordt geregistreerd bij de Gemeentelijke Basisadministratie (GBA) of dat het huishoudbegrip wordt opgebouwd uit al bij de GBA geregistreerde kenmerken.

9.4 Omvang eigen betalingen

In onderstaande tabellen wordt de omvang van de verschillende soorten eigen betalingen weergegeven. Er is nu ruim een jaar ervaring opgedaan met de huidige bijdrageregelingen AWBZ. Bij de verzorgingshuizen blijven de ontvangsten in 1997 circa *f* 150 mln (structureel *f* 100 mln) achter bij de verwachte opbrengst in het JOZ 1998. Oorzaken zijn een wat lagere populatie ouderen in verzorgingshuizen en een gemiddeld iets lager inkomen dan in de raming was verwerkt.

De macro-opbrengst van de inkomensafhankelijke eigen bijdrage thuiszorg in 1997 blijkt grosso modo te sporen met de raming (circa *f* 5 mln lager dan de geschatte *f* 169 mln). Bij de inkomensafhankelijke bijdragen thuiszorg, *f* 154 mln in 1997, is echter sprake van een tegenvaller; de opbrengst is *f* 41 mln minder dan de geraamde *f* 195 mln per jaar. De totale verwachte opbrengst eigen bijdragen thuiszorg 1997 bedraagt nu *f* 318 mln. Zoals in de vijfde voortgangsrapportage thuiszorg (TK, 1997–1998, 23 235, nr.59) is aangekondigd zou dit resultaat aan een kritisch onderzoek worden onderworpen. Dit onderzoek is echter niet meer nodig omdat in het Regeerakkoord 1998 is besloten dat de inkomensafhankelijke toegangsbijdrage in 1999 wordt afgeschaft. De algemene eigenbijdrageregeling in de ZFW wordt ook afgeschaft in 1999.

Tabel 9.1 Eigen betaling AWBZ

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	6,7	6,9	6,9	7,0	6,8	7,0
5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	139,3	136,2	132,1	134,3	141,0	142,8
5.02 Herstellingsoorden	0,9	0,9	0,5	0,0	0,0	0,0
5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	36,2	38,8	40,1	42,8	49,1	51,4
5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen	4,2	4,3	4,3	4,3	0,0	0,0
5.09 RIAGG's	6,5	10,2	12,7	12,4	12,4	12,5
6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	306,3	313,2	318,5	327,7	342,8	351,2
6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	1,3	1,2	1,4	1,5	1,6	1,7
6.03 Grote woonvormen	6,9	7,2	7,3	7,5	7,4	7,2
6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	177,9	185,9	188,6	191,0	192,3	194,1
7.01 Verpleeghuizen	553,9	573,1	587,3	666,6	673,6	701,8
7.02 Verzorgingshuizen	0,0	0,0	0,0	1505,7	1615,6	1636,0
7.03 1-Oktober-regeling	3,7	1,4	1,0	0,5	0,1	0,0
7.06 Gezinsverzorging	209,6	96,0	211,7	0,0	0,0	0,0
7.07 Kruiswerk	175,2	156,3	120,5	0,0	0,0	0,0
7.09 Thuiszorg	0,0	0,0	0,0	317,7	358,1	200,0
8.05 Aanvullende post	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	15,0
Totaal JOZ 1999	1628,6	1531,6	1632,9	3219,0	3400,8	3320,7

Tabel 9.2 Eigen betaling ZFW

	1994	1995	1996	1997		1998	1999
8.05 Aanvullende post	0,0	0,0	0,0	600,0		630,0	0,0
Totaal JOZ 1999	0,0	0,0	0,0	600,0		630,0	0,0

De geraamde en gerealiseerde eigen betalingen ZFW zijn tot dusver niet toebedeeld aan de verschillende sectoren maar verwerkt op de aanvullende post. Vanwege de afschaffing van de eigen betalingen wordt van toedeling verder afgezien.

Tabel 9.3 Eigen betaling particulier

	1994	1995	1996	1997		1998	1999
3.01 Huisartsenzorg	164,0	187,0	187,0	193,0		196,2	195,8
3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	1110,7	362,6	367,4	379,2		382,8	383,6
3.08 Verloskundige zorg	5,8	8,2	5,9	5,9		5,8	5,8
3.11 Kraamzorg	17,1	26,0	20,6	20,7		20,7	20,7
3.19 Medisch specialistische zorg	167,8	2,5	80,0	102,6		104,8	103,9
3.21 Ambulancevervoer	0,0	13,2	22,8	23,1		23,1	23,1
3.22 Overige ziekenvervoer	-0,9	20,4	22,5	39,8		39,6	39,0
4.01 Farmaceutische hulp	0,0	0,0	175,2	187,1		187,6	188,6
8.03 Diversen (premie)	8,5	19,8	8,0	8,0		8,0	8,0
Totaal JOZ 1999	1473,0	639,7	889,4	959,4		968,6	968,5

Tabel 9.4 Eigen betalingen ongesplitst

	1994	1995	1996	1997		1998	1999
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	151,2	29,3	95,5	280,7		296,3	154,5
3.17 Academische ziekenhuizen	71,3	313,4	121,6	177,6		78,5	65,5
3.20 Tandheelkundig specialistische zorg	7,4	11,9	10,7	10,6		9,6	9,6
7.02 Verzorgingshuizen	1942,3	1990,5	1994,0	0,0		0,0	0,0
Totaal JOZ 1999	2172,2	2345,1	2221,8	468,9		384,4	229,6

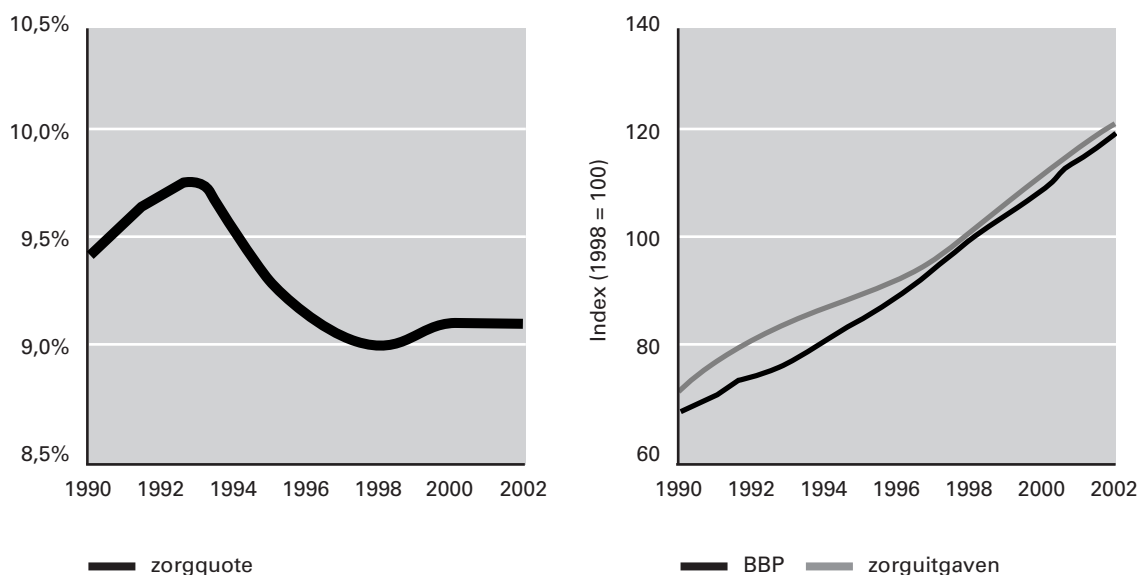
HOOFDSTUK 10 FINANCIERING

10.1 Inleiding

In eerdere hoofdstukken is uitgebreid ingegaan op de uitgaven in de zorgsector. De zorguitgaven moeten echter ook worden gefinancierd. Bij de financiering zijn de economische ontwikkeling (endogene factoren) en het overheidsbeleid (exogene factoren) van belang. Economische groei leidt bijvoorbeeld tot een gunstiger verloop van het draagvlak voor de premieheffing, de premiegrondslagen. Een belangrijk element van het overheidsbeleid in deze nieuwe kabinetsperiode is de herziening van het belastingstelsel in 2001; ook de zorgsector ondervindt hiervan consequenties.

De zorgquote is een indicator waarbij de zorguitgaven worden gerelateerd aan het Bruto Binnenlands Product (BBP). Figuur 1 laat zien dat de quote in de afgelopen jaren daalde en dat voor de komende jaren wordt verwacht dat de zorgquote enigszins zal stijgen omdat volgens de huidige inzichten (het behoudzame groeiscenario) de zorguitgaven sneller zullen stijgen dan het BBP.

Figuur 1: Ontwikkeling zorgquote, 1990-2002



De financiering van de zorgsector staat in dit hoofdstuk centraal. Paragraaf 10.2 geeft een overzicht van de financieringsbronnen en gaat in op de gevolgen van het nieuwe belastingstelsel voor de zorgsector. In paragraaf 10.3 komen ontwikkelingen in de ziekenfondsbudgettering aan de orde. De paragrafen 10.4 tot en met 10.7 zijn gewijd aan de financiering van respectievelijk de AWBZ, de ziekenfondsverzekering, de particuliere ziektekostenverzekeringen en de uitgaven overheid. Tot slot wordt in paragraaf 10.8 aangegeven wat moet worden verstaan onder 'overige financiering'. Voor de uitgebreide tabellen over de financiering wordt verwezen naar bijlage B9.

De zorgquote: ontwikkeling zorguitgaven en BBP 1990–2002

In de periode 1990–1999 stegen de zorguitgaven (ongecorrigeerd voor inflatie) met ongeveer 38%. Het BBP steeg in deze periode met ongeveer 46%. De zorgquote (zorguitgaven gedeeld door het BBP) nam sinds 1994 gestaag af. Er is sprake van het zogenoemde ‘noemer-effect’: de noemer in de breuk (het BBP) stijgt sneller dan de teller (de zorguitgaven), waardoor de quote daalt. Hierdoor vertonen de totale collectieve uitgaven als percentage van het BBP eenzelfde ontwikkeling.

Het huidige én het vorige kabinet hanteren zogenoemde reële kaders voor de collectieve sector in zijn totaliteit en voor onderdelen. Dit betekent dat de uitgaven (‘bedragen’) voor de zorgsector zijn gemaximeerd. Omdat het goed gaat met de economie klinken er geluiden om de zorgsector mee te laten profiteren van de welvaart. De groei van de zorguitgaven en BBP zouden gelijke tred moeten houden. Op het eerste gezicht lijkt dit een valide argument en een aantrekkelijk perspectief. De keerzijde van de medaille is echter dat bij economische tegenspoed, de zorgsector ook zijn steentje moet bijdragen. De zorgsector wordt hiermee de speelbal van de conjunctuur. Grote onzekerheid voor de sector is het gevolg. Daarom continueert het nieuwe kabinet de in 1994 ingeslagen weg van reële kaders. Dit laat onverlet dat het kabinet van mening is dat de zorguitgaven meer mogen groeien dan in de periode 1994–1998. In het Regeerakkoord 1998 zijn hiervoor extra financiële middelen beschikbaar gesteld die oplopen tot een bedrag van f 5,66 mld in 2002, hetgeen overeenkomt met een gemiddelde jaarlijkse volumegroei in de zorgsector van 2,3%.

10.2 Algemeen overzicht

10.2.1 Terreinbeschrijving

Financieringsbronnen

De uitgaven in de zorgsector worden gefinancierd via de volgende 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;
- overheid;
- de overige financiering.

Tabel 10.1 geeft een samenvattend beeld van de bijdragen van de financieringsbronnen in de periode 1994 tot en met 1999. Voor de subsidies van de overheid is gerekend in lopende prijzen.

Tabel 10.1 Financiering Totaal

	1994	1995	1996	1997	1998	1999
IN MILJOENEN GULDENS						
AWBZ	23949,5	25360,2	19013,5	23817,9	24799,3	26641,2
ZFW	16492,9	16300,7	21799,8	22928,2	23772,8	25859,6
Particuliere verzekering	7943,8	7163,8	9454,9	9462,2	9814,4	10487,9
Overheid	5626,4	5975,0	5921,7	2773,7	3267,4	3359,8
Eigen betaling AWBZ	1628,6	1531,6	1632,9	3219,0	3400,8	3320,7
Eigen betaling ZFW	0,0	0,0	0,0	600,0	630,0	0,0
Eigen betaling particulier	1473,0	639,7	889,4	959,4	968,6	968,5
Eigen betalingen ongesplitst	2172,2	2345,1	2221,8	468,9	384,4	229,6
Overige betalingen	170,0	168,7	191,4	264,4	314,4	258,6
Totaal JOZ 1999	59456,4	59484,8	61125,4	64493,7	67352,1	71125,9
RELATIEVE AANDELEN (%)						
AWBZ	40,3	42,6	31,1	36,9	36,8	37,5
ZFW	27,7	27,4	35,7	35,6	35,3	36,4
Particuliere verzekering	13,4	12,0	15,5	14,7	14,6	14,7
Overheid	9,5	10,0	9,7	4,3	4,9	4,7
Eigen betaling AWBZ	2,7	2,6	2,7	5,0	5,0	4,7
Eigen betaling ZFW	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,0
Eigen betaling particulier	2,5	1,1	1,5	1,5	1,4	1,4
Eigen betalingen ongesplitst	3,7	3,9	3,6	0,7	0,6	0,3
Overige betalingen	0,3	0,3	0,3	0,4	0,5	0,4
Totaal JOZ 1999	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

De pakketmaatregelen in 1996 en de overheveling van de verzorgingshuizen naar de AWBZ in 1997 hebben geleid tot duidelijk zichtbare wijzigingen in de relatieve aandelen van de verschillende financieringsbronnen. 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.

De post overige financiering is nader onderverdeeld in de eigen betalingen behorende bij de diverse financieringsbronnen, 'eigen betalingen ongesplitst' en 'overige betalingen'. De post 'eigen betalingen ongesplitst' bestaat vooral uit eigen betalingen van bewoners van verzorgingshuizen. In 1997 zijn de uitgaven van verzorgingshuizen van de begroting (WBO) naar de AWBZ overgeheveld. Daarom maken de eigen betalingen verzorgingshuizen vanaf 1997 deel uit van de eigen betalingen AWBZ. De post 'overige betalingen' betreft de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS behorende tot zorg.

Zorgcompartimenten

De uitgaven ten behoeve van chronisch zorgbehoevenden in het eerste compartiment bedragen 45% van de totale zorguitgaven. De relatieve omvang van de uitgaven van het basispakket geneeskundige zorg, het tweede compartiment, is 52%. Het derde compartiment omvat de zorg waarbij de burger zelf in staat wordt geacht (financiële) verantwoordelijkheid te dragen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om niet-wettelijke uitgaven voor fysiotherapie, niet noodzakelijke cosmetische chirurgie en klasseverpleging. 3% van de totale zorguitgaven behoren tot het derde compartiment zorg.

Tabel 10.2 Indeling naar zorgcompartimenten (%)

			1999
Eerste compartiment			45
waarvan: Eigen betalingen	5		
Tweede compartiment			52
waarvan: Eigen betalingen	2		
Derde compartiment			3
Totale zorg			100

10.2.2 Belastingplan en zorgsector

10.2.2.1 Inleiding

In de nota 'Belastingen in de 21e eeuw, een verkenning' is een aantal opties gepresenteerd voor aanpassing van het belastingstelsel. Deze opties hebben onder meer ten doel de belastinggrondslag te verbreden, een verschuiving aan te brengen van directe naar indirecte belastingen en het belastingstelsel te vergroenen en te vereenvoudigen. Dit alles dient plaats te vinden binnen de randvoorwaarden van evenwichtige koopkrachteffecten, stabiele belastingopbrengsten, internationale concurrentie en het bevorderen van werkgelegenheid. In april jongstleden heeft de SER een unaniem advies uitgebracht over genoemde nota.

In het Regeerakkoord 1998 worden de contouren geschetst van de herziening van het belastingstelsel. Een aantal elementen van dit belastingplan heeft direct of indirect doorwerking naar de zorgsector. In deze paragraaf worden de belangrijkste maatregelen van het belastingplan geschetst in relatie met de zorgsector. Tenzij anders vermeld gaat het om maatregelen die worden ingevoerd in 2001.

10.2.2.2 Verbreding van de grondslag

Effecten op premiegrondslag AWBZ

Een van de doelstellingen van het nieuwe belastingplan is het tot stand brengen van een verbreding van de belastinggrondslag. In het Regeerakkoord 1998 wordt onder meer voorgesteld de belastingvrije som af te schaffen, de rente op consumptief krediet niet langer aftrekbaar te maken en de aftrek van premies lijfrenten en reis- en beroepskosten te beperken. Afschaffing of beperking van aftrekposten leidt niet alleen tot grondslagverbreding in de loon- en inkomstenbelasting, maar ook in de premieheffing volksverzekeringen. Een dergelijk effect is eerder, maar dan in omgekeerde vorm, opgetreden bij de invoering van de Oort-wetgeving.

Als gevolg van onder andere de introductie van een belastingvrije som voor de premieheffing volksverzekeringen en de gelijkstelling van de premie-inkomensgrens aan de grens van de eerste schijf, is er toen een grondslagversmalling voor de premieheffing volksverzekeringen opgetreden. Het premieloon ZFW ondervond deze grondslageffecten niet. Uit een vergelijking van de premieplichtige inkomens van de AWBZ met die van de ZFW blijkt bovendien dat de toename van het premieplichtig inkomen van de AWBZ de afgelopen jaren aanmerkelijk is achtergebleven bij die van de ZFW. Dankzij het nieuwe belastingplan dat in 2001 wordt ingevoerd wordt de premiegrondslag AWBZ weer breder en kunnen de premiepercentages AWBZ worden gemitigeerd.

10.2.2.3 Verschuiving van directe naar indirecte belasting

In het Regeerakkoord 1998 wordt voorgesteld het algemene BTW-tarief te verhogen tot ten minste 19%. Sommige leveringen van goederen en diensten zijn vrijgesteld van BTW. Zo vallen medische prestaties (onder andere artsen en ziekenhuizen) en prestaties van sociale of culturele aard (onder andere verpleeghuizen, verzorgingshuizen, sportinstellingen en instellingen voor kinderopvang) onder de vrijstelling. Dit houdt in dat over die geleverde prestaties geen omzetbelasting in rekening wordt gebracht. Anderzijds bestaat er voor ingekochte goederen en diensten geen recht op vooraftrek van in rekening gebrachte BTW. Dit betekent dat een verhoging van BTW ertoe leidt dat de exploitatiekosten toenemen.

Tegenover de verhoging van de indirecte belastingen staat een verlaging van de belastingtarieven. De eerste belastingschijf wordt met ingang van 1 januari 1999 in tweeën geknipt. In het Regeerakkoord 1998 is vastgelegd dat de tariefstructuur er op termijn als volgt uit zal zien: eerste schijf 31-33%, tweede schijf 35-37%, derde schijf 41-43% en de vierde schijf 51-53%. Als gevolg van de lagere tarieven ontstaat er meer besteedbaar inkomen voor iedereen met de nadruk op lagere inkomens. Dit kan leiden tot een (substantiële) loonmatiging en daardoor lagere loonkosten, ook voor de werkgevers in de zorgsector.

10.2.2.4 Vergroening

Een ander element van het belastingplan dat doorwerking heeft in de tarieven van de zorgsector betreft de (verhoging van de) energie- en milieuheffingen. De verhoging van de ecotaxen vormt een kostenpost voor de zorgsector. In 1999 wordt een derde deel van het voorziene vergroeningspakket uitgevoerd. Deze lastenverzwaring zal worden teruggesluisd.

Gevolgen belastingplan voor deeltijdwerkers

In het Regeerakkoord 1998 staat dat de huidige systematiek van de belastingvrije sommen wordt afgeschaft in 2001. Hiervoor in de plaats komt een systeem met algemene heffingskortingen die individueel worden toegekend en die aan niet-verdienende partners door de Belastingdienst individueel worden uitbetaald. Met name als gevolg van het afschaffen van de belastingvrije sommen treden voor deeltijders negatieve inkomenseffecten op die kunnen leiden tot een opwaartse druk op de loonkosten in de zorgsector. De zorgsector wijkt, doordat zij een relatief groot aantal deeltijders in haar arbeidsbestand heeft, af van de rest van de Nederlandse economie. In dit verband is tevens relevant de vraag wat de mogelijke gedragseffecten zijn van deeltijders in de zorgsector als gevolg van de voorgestelde belastingmaatregelen. Het Economisch Instituut Tilburg (EIT) heeft hiernaar onderzoek verricht. Het EIT komt tot de conclusie dat de afschaffing van de belastingvrije

som en de introductie van een heffingskorting een remmende werking kunnen hebben op het arbeidsaanbod van kleine deeltijders in de zorgsector. Het gaat hierbij om werknemers die minder dan twintig uur per week werken (circa 34% van het totale werknemersbestand).

De directe inkomensgevolgen zijn het grootst bij de ongeveer 8 000 personen die slechts enkele uren per week werken (alphahulpen). In de berekeningen van het EIT blijven hun directe inkomenseffecten achter bij de positieve inkomenseffecten van niet participerende en in lange deeltijd of voltijd werkende vrouwen. Werken in korte deeltijd wordt, aldus het EIT, voor gehuwde vrouwen minder aantrekkelijk.

In het Regeerakkoord 1998 is vastgelegd dat een onderzoek wordt verricht naar de bijdrage van deeltijders aan de collectieve middelen. De resultaten van de studie worden betrokken bij de belastingherziening.

10.3 De ziekenfondsbudgettering

In de afgelopen kabinetsperiode is belangrijke voortgang geboekt bij het financieel risicodragend maken van ziekenfondsen. De ziekenfondsbudgettering is een essentiële voorwaarde voor het verschuiven van verantwoordelijkheden van macro- naar mesoniveau, en is tevens een adequaat en effectief middel om de verplichte ziekenfondsverzekering doelmatiger en flexibeler uit te voeren. De invoering van de verstrekkingenbudgettering is echter een ingrijpende systeemverandering die niet geïsoleerd kan worden gezien van andere beleidsterreinen. Een van de belangrijkste samenhangsvraagstukken in dit verband is de aansluiting van de budgettering van ziekenfondsen met de budgettering van zorgaanbieders. Voor het adequaat vervullen van de hem toegedichte rol op regionaal niveau dient een gebudgetteerd ziekenfonds over de nodige speelruimte te beschikken bij het overleg met zorgaanbieders. De huidige aanbodregulering en het overeenkomstenstelsel zijn factoren die deze ruimte inperken.

Bij een algemeen geldend normatief verdeelmodel dienen criteria te worden gehanteerd die zo goed mogelijk samenhangen met de zorgbehoefte van ziekenfondsverzekerden. De werking van het verdeelmodel verdient voortdurende aandacht teneinde de verdeling van de middelen over ziekenfondsen zo rechtvaardig mogelijk te doen plaatsvinden. Uit de evaluaties van onder andere de Toetsingscommissie Budgettering en de Werkgroep Ontwikkeling Splitsingsmodel is naar voren gekomen dat het huidige model nog op een aantal punten bijstelling behoeft. Er bestaat grote mate van overeenstemming tussen de minister van VWS en Zorgverzekeraars Nederland over de verdere te nemen stappen en voorwaarden die het volledig risicodragend maken van ziekenfondsen over het voor hen beïnvloedbare deel van de kosten verantwoord maken. Hierbij wordt de noodzaak van een vereveningssysteem onderkend voor excessief hoge schades. Voorts worden, in het verlengde van bovengenoemde overeenstemming, door de Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel onderzoeken begeleid omtrent de toepassing van de regiofactor en invoering van een rechtsgrondcriterium.

Per 1 januari 1998 is een aantal wijzigingen doorgevoerd in de ziekenfondsbudgettering. Alle kosten specialistische hulp zijn onderdeel geworden van het geïntegreerde deelbudget variabele kosten ziekenhuisverpleging en specialistische hulp. Voor 1998 is gekozen voor een variant waarbij de afrekening plaatsvindt via het deelbudget vaste kosten ziekenhuisverpleging. Het financieel risico op het deelbudget overige verstrekkingen is vergroot. Het nacalculatiepercentage is verlaagd van

25% naar 15%. Een andere wijziging is de introductie van een financiële prikkel tot verhaal van kosten op derden. Tevens is een technische aanpassing aangebracht in de behandeling van kosten flexizorg indien kosten ziekenhuisverpleging worden gesubstitueerd. In 1998 zal de hoge kostenverevening (HKV) worden toegepast voorafgaand aan de algemene verevening en de nacalculatie. Deze technisch betere toepassingsvolgorde is ook voor 1997 alsnog geregeld.

Ook het nieuwe kabinet hecht veel waarde aan de sturende rol van zorgverzekeraars in het tweede compartiment. In het Regeerakkoord 1998 is afgesproken nacalculatie en verevening verder af te bouwen. Conform het Regeerakkoord 1998 is het beleid er op gericht dat het nacalculatiepercentage op het budgetonderdeel overige verstrekkingen in 1999 naar nul wordt gebracht. Het gefaseerd opheffen van het verbod op eigen instellingen verschaft verzekeraars een nieuw instrument om zorgprocessen te sturen door zelf activiteiten ter hand te nemen en daardoor kosten te besparen. Tevens zijn afspraken gemaakt om de hoge kostenverevening om te zetten in een hoge risicoverevening (HRV). De evaluatie van de werking van de HKV over 1997 zal intussen worden benut om te bezien of het drempelbedrag per 1 januari 1999 zal worden verhoogd dan wel het vergoedingspercentage per deze datum zal worden verlaagd. In verband met het afschaffen van de eigenbijdrageregeling zal het aandeel van de nominale premieheffing weer stijgen, waardoor mogelijkheden om via de nominale premie te concurreren toenemen. De ontwikkeling van een nieuw bekostigingssysteem van ziekenhuizen dient hand in hand te gaan met de verdere vormgeving van de ziekenfondsbudgettering.

Mobiliteit van ziekenfondsverzekerden

Kostenbeheersing in de gezondheidszorg werd in de jaren tachtig vooral gerealiseerd via aanbodregulering. Begin jaren negentig startte een systeem waarin budgettering en concurrentie tussen ziekenfondsen een belangrijke rol speelt. Ziekenfondsen krijgen een normuitkering uit de centrale kas op basis van een aantal normatieve kenmerken van hun verzekerden, zoals leeftijd, geslacht en de bevolkingsdichtheid van de regio waarin de verzekerde woont. Deze normuitkering is lager dan de verwachte gemiddelde kosten van de ziekenfondsen, die het restant middels de nominale ziekenfondspremies moeten financieren. Naarmate een ziekenfonds efficiënter zorg inkoop en de schadelast beter beheerst door middel van preventie, is het in staat een lagere nominale ziekenfondspremie te heffen.

Sinds 1992 mogen ziekenfondsverzekerden zich aansluiten bij elk gewenst ziekenfonds. Daarbij is de hoogte van de nominale ziekenfondspremie een van de productkenmerken waarop ziekenfondsen concurreren om de gunst van de verzekerde. Andere kenmerken zijn kwaliteit van de dienstverlening, imago, aanvullende verzekeringen en collectieve contracten. Doordat verschillende productkenmerken een rol spelen wordt de homogeniteit van het product minder en dit beperkt de transparantie van de markt. Bij aanvullende verzekeringen bijvoorbeeld is er niet sprake van makkelijk vergelijkbare standaardpakketten. Ook de onzekerheid over de kwaliteit van de dienstverlening bij het nieuwe fonds beperkt de mobiliteit van verzekerden. Deze factoren veroorzaken zoekkosten (tijd, moeite en geld) voor ziekenfondsverzekerden die overwegen over te stappen naar een ander ziekenfonds. Collectieve contracten beperken om een andere reden de mobiliteit. Als een werkgever of uitkeringsinstantie een collectief contract afsluit met een ziekenfonds dan hebben de ziekenfondsverzekerden die daar onder vallen daar een financieel voordeel bij en deze zullen dus minder snel vertrekken.

Door de feitelijke mobiliteit van ziekenfondsverzekerden te relateren aan de hoogte van de nominale ziekenfondspremie van de verschillende ziekenfondsen, kan een uitspraak worden gedaan over de mate waarin ziekenfondsverzekerden reageren op verschillen in de hoogte van de nominale premie. Het feitelijk risico van ziekenfondsen over de beïnvloedbare kosten is gestegen van 20% in 1996 naar ruim 52% in 1997. Mede hierdoor neemt de bandbreedte tussen de laagste en hoogste nominale ziekenfondspremie toe van f 36,- in 1996 naar f 95,- in 1997.

De netto-stromen van het aantal ziekenfondsverzekerde 65-minners tussen de verschillende ziekenfondsen zijn van bescheiden omvang, maar nemen toe. Gecorrigeerd voor de toename van het totaal aantal ziekenfondsverzekerden (van 64 jaar en jonger) is de netto-stroom van 1995 op 1996 24 duizend verzekerden; van 1996 op 1997 bedraagt de netto-stroom 72 duizend verzekerden. Dat is een verdrievoudiging. Gegeven de korte tijdreeks en de veelheid van andere factoren is het te vroeg om definitieve conclusies te verbinden aan dit voorlopig onderzoek. Vooralsnog blijkt uit een interne VWS-analyse dat in ieder geval een deel van de mobiliteit van ziekenfondsverzekerden door verschillen in de hoogte van de nominale ziekenfondspremies wordt verklaard. Ook buiten VWS is onderzoek gedaan dat in dezelfde richting wijst: Dr. W.H.J. Hassink (Universiteit Utrecht) komt tot de conclusie dat ziekenfondsverzekerden prijsgevoelig zijn ('Is er concurrentie tussen ziekenfondsen?': Economisch Statistische Berichten, 14 augustus 1998).

10.4 AWBZ

Raming 1998 en 1999

In de onderstaande tabel wordt de realisatie 1997 en de raming 1998 en 1999 van de via de AWBZ gefinancierde uitgaven weergegeven. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven die gedekt zijn uit eigen betalingen zijn in het bovenste deel van de tabel niet meegenomen. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven gefinancierd via de AWBZ.

Tabel 10.3 Uitgaven gefinancierd via AWBZ

	1997	1998	1999	Mutatie (%) '98-'99
Preventieve zorg	296,4	294,1	280,8	-4,5
Curatieve somatische zorg	943,6	996,4	1006,5	1,0
- ziekenhuizen	596,0	634,6	640,9	1,0
- extramuraal	347,6	361,8	365,6	1,1
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	42,5	52,5	22,5	-57,1
Geestelijke gezondheidszorg	4236,6	4615,0	4753,8	3,0
Gehandicapten	5429,9	5725,9	5748,3	0,4
Ouderenzorg en thuiszorg	12330,7	12854,6	13198,5	2,7
- ouderenzorg	9513,0	9826,7	9984,6	1,6
- thuiszorg	2817,7	3027,9	3213,9	6,1
Beheer en diversen	538,2	260,8	1630,8	525,3
Totaal (exclusief eigen betalingen)	23817,9	24799,3	26641,2	7,4
Eigen betalingen	3219,0	3400,8	3320,7	-2,4
Totaal (inclusief eigen betalingen)	27036,9	28200,1	29961,9	6,2

De belangrijkste verandering in de AWBZ gefinancierde uitgaven betreft het afschaffen van de toegangsbijdrage thuiszorg in 1999. Hierdoor nemen de (premiegefinancierde) AWBZ uitgaven bij de thuiszorg van 1998 op 1999 toe met f 168 mln. De daling bij de eigen betalingen is het saldo van het vervallen van deze toegangsbijdrage en stijgingen bij de eigen betalingen bij andere sectoren.

De uitgavendaling bij 'beheer en diversen' in 1998 resulteert uit het vervallen van de inningskosten van de procentuele premie AWBZ. De forse uitgavenstijging bij 'beheer en diversen' in 1999 wordt veroorzaakt doordat vanaf 1999 de nog te verdelen aanvullende intensiveringen en de volledige loon- en prijsbijstelling op de aanvullende post worden gereserveerd. Voor de eerdere jaren zijn de intensiveringen en de loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld.

Tabel 10.4 Premiestelling AWBZ

	1997	1998	1999
ALGEMEEN FONDS			
Uitgaven	27036,9	28200,1	29961,9
Inkomsten	27107,8	27535,6	31235,6
- waarvan premieopbrengsten	23763,0	23993,1	27507,4
- waarvan eigen betalingen	3219,0	3400,8	3320,9
Exploitatiesaldo	70,9	-664,5	1237,7
Vermogen Algemeen Fonds	-591,1	-1255,6	18,1
Vermogensnorm	594,0	624,8	669,0
Vermogenssaldo	-1185,1	-1880,4	-650,9
Premieplichtig inkomen (mld)	270,2	255,9 ¹⁾	270,6
Procentuele premie (%)	8,85	9,60	10,25

1) De daling van het premieplichtige inkomen hangt samen met de grondslagversmalling als gevolg van PEMBA.

De door premies te dekken AWBZ-uitgaven lopen in 1999 vrijwel in de pas met de ontwikkeling van het premieplichtige inkomen. Van een endogene druk op de AWBZ-premie is in 1999 dan ook niet of nauwelijks sprake. De premiestijging die in 1999 optreedt valt nagenoeg geheel toe te schrijven aan de vermogensinhaal die in 1999 wordt ingezet. In 1998 werd de premie nog 0,25%-punt onder het lastendekkende niveau vastgesteld, zodat er sprake was van een flinke vermogensverslechtering. In 1999 wordt, vooruitlopend op een neutrale vermogenspositie vanaf ultimo het jaar 2000, ongeveer de helft van het vermogenstekort uit 1998 -circa f 2 mld- weggewerkt. Hiervoor is het nodig dat de premie 0,45%-punt boven het lastendekkende niveau wordt vastgesteld. Rekening houdend met een toeneming van de rijksbijdrage en de overige baten stijgt de feitelijke AWBZ-premie met 0,65%-punt ten opzichte van 1998 en komt uit op 10,25% in 1999.

10.5 Ziekenfondsverzekering

Raming 1998 en 1999

In de onderstaande tabel wordt de realisatie 1997 en de raming 1998 en 1999 van de via de ZFW gefinancierde uitgaven weergegeven. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven die gedekt zijn uit eigen betalingen zijn in het bovenste deel van de tabel niet meegenomen. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven gefinancierd via de ZFW.

Tabel 10.5 Uitgaven gefinancierd via ZFW

	1997	1998	1999	Mutatie (%) '98-'99
Curatieve somatische zorg	17125,0	17732,6	17922,0	1,1
- ziekenhuizen	11888,3	12292,4	12448,4	1,3
- specialisten	1579,0	1660,0	1672,7	0,8
- vervoer	488,6	476,1	461,1	-3,2
- extramuraal	3169,1	3304,1	3339,8	1,1
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	5252,8	5647,6	5693,8	0,8
Ouderenzorg en thuiszorg	134,0	0,0	0,0	
- thuiszorg	134,0	0,0	0,0	
Beheer en diversen	416,4	392,6	2243,8	471,5
Totaal (exclusief eigen betalingen)	22928,2	23772,8	25859,6	8,8
Eigen betalingen	600,0	630,0	0,0	-100,0
Totaal (inclusief eigen betalingen)	23528,2	24402,8	25859,6	6,0

De forse uitgavenstijging in 1999 bij 'beheer en diversen' wordt deels veroorzaakt doordat vanaf 1999 de nog te verdelen aanvullende intensiveringen en de volledige loon- en prijsbijstelling op de aanvullende post worden gereserveerd. Voor de eerdere jaren zijn de intensiveringen en de loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld. Een andere reden voor de forse groei is het vervallen van de eigen bijdragen. Deze zijn in de jaren 1997 en 1998 gestald op de aanvullende post.

Bij de uitgaven voor de Ziekenfondswet speelden in de afgelopen jaren veranderingen in de kring van verzekerden een belangrijke rol en ook in de komende jaren zal dit het geval zijn. Een extra instroom van bejaarden ontstond door de extra verhoging van de inkomensgrens in de Wet Van Otterloo per 1 januari 1997 en per 1 juli 1997. Verder is per 1 augustus 1997 de toegang tot de medeverzekering in de ZFW van nieuwe WSF-gerechtigden (studenten) afgesloten. De Wet Herstructurering ZFW heeft geleid 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.

In het Regeerakkoord 1998 is afgesproken dat de indexering van de loongrens voortaan wordt gebaseerd op de stijging van de consumenten-prijsindex in plaats van de contractloonstijging. Indien vanaf 1999 de indexering wordt aangepast zullen naar verwachting circa 100 000 verzekerden uitstromen en een particuliere verzekering afsluiten. De gevolgen van deze maatregel zijn nog niet verwerkt in de uitgaven- en financieringscijfers van dit JOZ. Gekoppeld aan de gewijzigde indexering van de loongrens zullen aanpassingen in de ZFW worden aangebracht die ertoe leiden dat op iets langere termijn meer nieuwe 65-plussers (zie paragraaf 10.6) en zelfstandigen instromen in de ZFW. Zelfstandigen zullen toegang krijgen tot de ZFW op basis van het individueel belastbaar inkomen, waarbij de inkomensgrens materieel wordt afgestemd op de

loongrens ZFW. Het streven is om de wet op 1 januari 2001 in werking te laten treden.

Tabel 10.6 Premiestelling Ziekenfondswet

	1997	1998	1999
ALGEMENE KAS			
Uitgaven	21958,0	22542,7	23393,0
Inkomsten	21756,3	22871,4	24382,6
Exploitatiesaldo	-201,7	328,7	989,5
Vermogen Algemene Kas	-2989,1	-2660,4	-1670,9
Vermogensnorm	-731,2	-720,0	-790,9
Vermogenssaldo	-2257,9	-1940,4	-880,0
INDIVIDUELE FONDSEN			
Uitgaven	23157,8	24153,5	25606,2
Inkomsten	23359,2	24113,0	26122,8
Exploitatiesaldo	201,4	-40,5	516,6
Procentuele premie werkgevers (%)	5,55	5,60	5,85
Procentuele premie werknemers (%)	1,35	1,20	1,55
Nominale premie (gld)	216	216	356
- waarvan rekenpremie	157	157	296

De ZFW-uitgaven zullen in 1999 naar verwachting met 6% toenemen. Hiermee nemen de uitgaven sterker toe dan de toename van het premieplichtige inkomen van ziekenfondsverzekerden. Gegeven de constant blijvende rijksbijdrage bedraagt de premiestijging die hiervan het gevolg is circa 0,3%-punt. Evenals bij de AWBZ-premie valt de premiestijging in 1999 voor een groot deel toe te schrijven aan de vermogensinhaal die in 1999 zal plaatsvinden. Het beleid is erop gericht dat de vermogenspositie bij de algemene kas vanaf ultimo het jaar 2000 geen tekort meer zal vertonen. Aangezien er ultimo 1998 sprake zal zijn van een vermogenstekort van circa f 2 mld, is het noodzakelijk dat er middelen aan de reserve wordt toegevoegd in 1999. Het exploitatieresultaat van de algemene kas zal naar verwachting een positief saldo van f 1 mld vertonen in 1999. De procentuele ZFW-premie dient dan 0,4%-punt boven het lastendeckende niveau te worden vastgesteld. Aangezien de procentuele ZFW-premie in 1998 slechts 0,15% boven het lastendeckende niveau is vastgesteld, betekent dit dat het premiepercentage ten opzichte van 1998 uit hoofd van vermogensinhaal met 0,25% zal stijgen. De feitelijke procentuele ZFW-premie komt in 1999 uit op 7,40%, hiervan wordt 5,85%-punt afgedragen door werkgevers.

Zoals beschreven in paragraaf 9.3 wordt de nominale ziekenfondspremie in 1999 met f 128,- verhoogd in samenhang met het afschaffen van de algemene eigenbijdrageregeling in de ZFW en het afschaffen van de toegangsbijdrage thuiszorg. Voorts wordt aangesloten bij de CPB-veronderstelling bij de Regeerakkoord-berekeningen, waarbij de nominale rekenpremie -grosso modo- in dezelfde verhouding meebeweegt met de procentuele premies. De nominale rekenpremie neemt vanwege dit endogene effect met f 11,- toe in 1999.

10.6 Particuliere ziektekostenverzekeringen

In de onderstaande tabel wordt de realisatie 1997 en de raming 1998 en 1999 van de via de particuliere ziektekostenverzekeringen gefinancierde uitgaven weergegeven. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven die gedekt zijn uit eigen risico zijn in het bovenste deel van de tabel niet meegenomen. Deze uitgaven worden geboekt onder eigen betalingen.

Tabel 10.7 Uitgaven gefinancierd via particuliere ziektekostenverzekeringen

	1997	1998	1999	Mutatie (%) '98-'99
Curatieve somatische zorg	6776,5	7079,4	7165,7	1,2
- ziekenhuizen	4571,8	4805,8	4872,2	1,4
- specialisten	838,1	861,8	865,2	0,4
- vervoer	159,5	148,3	146,5	-1,2
- extramuraal	1207,1	1263,5	1281,8	1,4
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	1669,1	1736,6	1747,7	0,6
Beheer en diversen	1016,6	998,4	1574,5	57,7
Totaal (exclusief eigen betalingen)	9462,2	9814,4	10487,9	6,9
Eigen betalingen	959,4	968,6	968,5	0,0
Totaal (inclusief eigen betalingen)	10421,6	10783,0	11456,4	6,2

De forse uitgavenstijging in 1999 bij 'beheer en diversen' wordt grotendeels veroorzaakt doordat vanaf 1999 de nog te verdelen aanvullende intensiveringen en de volledige loon- en prijsbijstelling op de aanvullende post worden gereserveerd. Voor de eerdere jaren zijn de intensiveringen en de loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld.

Tabel 10.8 Uitgaven en inkomsten particuliere ziektekostenverzekeringen¹⁾

	1997	1998	1999
Uitgaven	9462,2	9814,4	10487,9
Inkomsten	9213,4	9758,8	10662,3
Resultaat na rente	-248,8	-55,6	174,4

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

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 dat voor de maatschappijpolissen (exclusief WTZ en MOOZ) een gemiddelde premiemutatie per verzekerde zal optreden van 7% in 1998 en 8% in 1999. De gemiddelde premiemutatie in 1999 is het resultaat van een verwachte kostenstijging van ruim 6% per verzekerde en de verwachting dat verzekeraars nog een inhaalslag zullen plegen voor voorgaande jaren.

Recente ontwikkelingen in de WTZ

Op 1 september 1998 is de 'Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998' (WTZ 1998) gedeeltelijk in werking getreden. Deze wet vervangt de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen (WTZ). Belangrijkste wijzigingen zijn: een nieuw systeem van vaststelling van de omslagbijdrage en goedkeuring daarvan door de minister van VWS, een wettelijke regeling voor de benodigde voorziening en de beëindiging van de naijling.

De WTZ-omslagbijdrage wordt nu door de Stichting Uitvoering Omslagregeling WTZ (SUO) vastgesteld. In de nieuwe wet moet de minister van VWS de WTZ-omslagbijdrage goedkeuren. De reserve die volgens de nieuwe wet noodzakelijk is, zal pas vanaf 2002 worden opgebouwd. Dit hangt samen met het opheffen van de naijling voor de financiering. Het tekort dat resteert over 1998 zal de komende drie jaar via een opslag op de omslagbijdrage worden weggewerkt. Pas daarna is er ruimte om de omslagbijdrage te verhogen voor het vormen van de reserve.

Opbouw WTZ-omslagbijdrage 1999

Op basis van de nu bekende gegevens gaat de WTZ-omslagbijdrage in 1999 naar verwachting met f 59,- omhoog van f 360,- naar f 419,- per jaar voor volwassen particulier verzekerden van 20 tot 65 jaar. Voor particulier verzekerden tot 18 jaar is de helft van de omslagbijdrage verschuldigd. Sinds 1 januari 1998 betalen particulier verzekerden die ouder zijn dan 65 jaar geen WTZ-omslagbijdrage. De stijging van de WTZ-omslagbijdrage is het gevolg van de jaarlijkse kostenontwikkeling en wordt daarnaast bepaald door een aantal bijzondere ontwikkelingen.

a. Tekort 1997

Het WTZ-omslagtekort over 1997 bedroeg circa f 1 274 mln en wordt via een WTZ-omslagbijdrage van f 360,- in 1998 betaald door particulier verzekerden jonger dan 65 jaar.

b. Opslag verrekening voorziening (tekort 1998)

Per 1 september treedt een deel van de nieuwe WTZ (WTZ 1998) in werking. Als gevolg hiervan wordt de omslagbijdrage voor 1999 volgens een nieuwe systematiek vastgesteld. Tot 1 januari 1998 was het gebruikelijk dat het omslagtekort een jaar later werd omgeslagen. In de nieuwe WTZ is bepaald dat het omslagtekort in de WTZ in hetzelfde jaar moet worden omgeslagen over de particulier verzekerden. Het tekort over 1998 moet uit de voorziening worden betaald. De voorziening is echter niet groot genoeg om het hele omslagtekort over 1998 te betalen. In de nieuwe WTZ is vastgelegd dat dit tekort in drie jaar zal worden ingelopen. De omslagbijdrage voor 1999 stijgt tengevolge hiervan met f 36,-.

c. Kostenontwikkeling en opbrengst WTZ-premies

Het saldo van kostenstijgingen en de premieopbrengst van WTZ-polissen zorgt voor een stijging van het WTZ-omslagtekort met f 15 mln, hetgeen leidt tot een stijging van de WTZ-omslagbijdrage met f 3,- (20 tot en met 64 jaar).

d. Vierde tranche Van Otterloo

In de Wet Van Otterloo is bepaald dat de procentuele ziekenfondspremie die over de AOW moet worden betaald, in vier jaar omhoog zou gaan naar het niveau van de procentuele ziekenfondspremie voor werknemers (werknemers- plus werkgeversdeel). Ter compensatie werd de AOW eveneens met hetzelfde bedrag verhoogd. De SP(P)-premie voor particulier verzekerde bejaarden zou eveneens in vier jaar worden verhoogd naar het niveau van de SPP-premie voor verzekerden jonger dan 65 jaar. Deze verhogingen worden de 'Van Otterloo tranches' genoemd. De aanpassing van de procentuele ziekenfondspremie over de

AOW is in vier jaar met gelijke stappen verhoogd. Hetzelfde gebeurde met de AOW. Voor particulier verzekerde bejaarden heeft de eerste drie jaar eveneens een aanpassing van de SP(P)-premie plaatsgevonden. Vorig jaar is de verhoging achterwege gelaten. De koopkrachtontwikkeling van particulier verzekerde bejaarden maakte de premieverhoging niet mogelijk. Het lag in de bedoeling deze extra premieverhoging (vierde van Otterloo tranche) in 1999 door te voeren. De koopkrachtontwikkeling van de particulier verzekerde bejaarden staat echter slechts de helft van deze premieverhoging toe. De WTZ-omslagbijdrage 1999 gaat tengevolge hiervan met f 7,- omhoog.

e. Opt-in

De wet Herstructurering ZFW die op 1 januari 1998 inwerking is getreden, gaf bejaarden die door de Wet van Otterloo verplicht naar de ziekenfondswet moesten overstappen de mogelijkheid om weer terug te keren naar de particuliere verzekering. Deze mogelijkheid bestond alleen gedurende de eerste zes maanden van 1998. Uit cijfers van de SUO blijkt dat circa 16 500 bejaarden van deze mogelijkheid gebruik hebben gemaakt. De WTZ-omslagbijdrage gaat hierdoor met f 13,- omhoog.

Tabel 10.9 Opbouw WTZ-omslagbijdrage 1999

	WTZ-bijdrage (mln)	WTZ-omslagbijdrage (gld per jaar)
a. Tekort 1997	1274	360
b. Opslag verrekening voorziening	128	36
c. Kostenontwikkeling	15	3
d. Vierde tranche Van Otterloo	20	7
e. Opt-in	45	13
f. Tekort 1999	1482	419

Voorstellen risicodragendheid in de WTZ

In veel polissen is de bepaling opgenomen dat op het moment dat de verzekerde 65 jaar wordt de particuliere verzekering eindigt en overgaat in de zogenoemde standaardpakketpolis. De kosten van deze verzekerden komen dan op grond van de WTZ voor integrale pooling in aanmerking. Hierover loopt de verzekeraar dus geen enkel risico. De MDW-werkgroep WTZ heeft een drietal voorstellen geformuleerd om te komen tot meer risicodragendheid in de WTZ. Het eerste voorstel betreft een gedeeltelijke vergoeding van de door de verzekeraar gemaakte kosten. In dit voorstel krijgt de verzekeraar slechts compensatie van de door hem gemaakte kosten (na aftrek van de door hem ontvangen premie) boven een bepaalde grens of voor een deel van de WTZ-verzekerden. Een tweede voorstel betreft een vergoeding op basis van gezondheidsrisico. In deze variant ontvangt de verzekeraar naast de premie een vergoeding op basis van verzekerden-kenmerken zoals leeftijd en geslacht. De vergoeding wordt toegekend ongeacht de werkelijke kosten. Een derde voorstel betreft een combinatie van de twee voorgaande voorstellen. Het tekort of overschot wordt door de verzekeraar verrekend met de premies

van de overige verzekerden. Dit is de prikkel tot doelmatige uitvoering van de WTZ.

In het rapport van de MDW-werkgroep is aangegeven dat aan de eventuele invoering van risicodragendheid in de WTZ een aantal juridische onzekerheden is verbonden. In het Regeerakkoord 1998 is afgesproken dat de WTZ wordt afgesloten voor particulier verzekerden die 65 jaar worden. Voor deze nieuwe 65-jarigen wordt de mogelijkheid tot het afsluiten van een ziekenfondsverzekering vergroot door de inkomensgrens te verhogen tot een niveau dat materieel geldt voor de loongrens van werknemers.

In het Regeerakkoord 1998 is eveneens afgesproken dat de thans bestaande volledige pooling van de kosten wordt vervangen door een pooling van de kosten die uitgaan boven een bedrag van ten minste f 10 000,- per verzekerde per jaar (hoge kostenverevening, HKV).

10.7 Overheid

De uitgaven van de overheid in de zorgsector betreffen betalingen van rijk, provincies en gemeenten. Het betreft hier netto-uitgaven. Uitgaven van het Rijk die gedekt zijn uit niet-belastingontvangsten zijn in het bovenste deel van de tabel niet meegenomen. Deze uitgaven worden geboekt onder overige betalingen. De onderste regel van de tabel geeft alle uitgaven gefinancierd door de overheid.

Tabel 10.10 Uitgaven gefinancierd via overheid

	1997	1998	1999	Mutatie (%) '98-'99
Preventieve zorg	801,1	899,4	935,7	4,0
Curatieve somatische zorg	1119,5	1320,1	1307,0	-1,0
- ziekenhuizen	879,5	1070,3	1070,0	0,0
- vervoer	7,0	16,8	4,0	-76,2
- extramuraal	233,0	233,0	233,0	0,0
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	12,2	15,4	15,4	0,0
Geestelijke gezondheidszorg	244,2	259,7	262,3	1,0
Beheer en diversen	596,7	772,0	839,0	8,6
Totaal (exclusief eigen betalingen)	2773,7	3267,4	3359,8	2,8
Eigen betalingen	264,4	314,4	258,6	-17,7
Totaal (inclusief eigen betalingen)	3038,1	3581,8	3618,4	1,0

De toename bij 'preventieve zorg' van 1997 op 1998 is het gevolg van het op de begroting verantwoorden van onderzoeksgeld. De groei bij curatieve somatische zorg van 1997 op 1998 wordt onder andere veroorzaakt door het via de begroting financieren van tot dan toe via de ziekenfondsraad gefinancierde beroepsopleidingen.

De forse uitgavenstijging bij 'beheer en diversen' wordt hoofdzakelijk veroorzaakt door de groei bij de ID-banen en het feit dat vanaf 1999 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.

Ten opzichte van het beeld zoals gepresenteerd in het JOZ 1998 is relevant dat is besloten om de toen nog voorgenomen decentralisatie van het overig ziekenvervoer geen doorgang te laten vinden.

10.8 Overige financiering

De overige financiering betreft voornamelijk de eigen betalingen. In deze post wordt ook het verschil geboekt tussen de waargenomen productiefers per sector enerzijds en het gefinancierde deel dat via de verzekeraars wordt waargenomen anderzijds.

De overige financiering bestaat uit de volgende categorieën:

- de eigen bijdragen AWBZ;
- de eigen bijdragen ZFW;
- het algemeen eigen risico aan de voet bij privaatrechtelijke particulier verzekerden;
- eigenbijdrageregelingen bij de publiekrechtelijke verzekeringen voor ambtenaren;
- de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS.

Tabel 10.11 Overige financiering

	1997	1998	1999	Mutatie (%) '98-'99
AWBZ	3219,0	3400,8	3320,7	-2,4
- Curatieve somatische zorg	7,0	6,8	7,0	2,9
- Geestelijke gezondheidszorg	193,8	202,5	206,7	2,1
- Gehandicapten	527,7	544,1	554,2	1,9
- Ouderenzorg	2172,8	2289,3	2337,8	2,1
- Thuiszorg	317,7	358,1	200,0	-44,1
ZFW	600,0	630,0	0,0	-100,0
Particulier	959,4	968,6	968,5	0,0
- Curatieve somatische zorg	764,3	773,0	771,9	-0,1
- Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	187,1	187,6	188,6	0,5
- Beheer en diversen	8,0	8,0	8,0	0,0
Overig	733,3	698,8	488,2	-30,1
- Preventie	2,6	2,5	2,8	12,0
- Curatieve somatische zorg	468,9	384,4	229,6	-40,3
- Beheer en diversen	261,8	311,9	255,8	-18,0
Totaal	5511,7	5698,2	4777,4	-16,2

De belangrijkste wijzigingen ten aanzien van de overige financiering zijn het afschaffen van de algemene eigen bijdragen ZFW en het afschaffen van de toegangsbijdrage thuiszorg in de AWBZ met ingang van 1999, waartoe is besloten in het Regeerakkoord 1998.