

Vergaderjaar 1998–1999

26 204

Jaaroverzicht Zorg 1999

Nr. 4

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 5 november 1998

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over het Jaaroverzicht Zorg 1999.

De minister heeft deze vragen beantwoord bij brief van 5 november 1998. Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Lambrechts (D66), Rijpstra (VVD), Rouvoet (RPF), De Vries (VVD), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Gortzak (PvdA), Hermann (GL), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Van Gent (GL), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Orgü (VVD), Van de Camp (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Ravestein (D66), Weekers (VVD), Schutte (GPV), Cherribi (VVD), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Belinfante (PvdA), Harrewijn (Groen-Links), Verburg (CDA), Hamer (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA), Rosenmöller (GL), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD).

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

1

Kan de minister aangeven wat de resultaten van de afgelopen kabinetsperiode zijn, uitgaande van het motto «zuinig en zinnig met zorg». (blz. 9)

De afgelopen kabinetsperiode bedroeg de groei van de uitgaven voor de volksgezondheid gemiddeld 1,9 procent per jaar. Dat is meer dan de 1,3% die het Regeerakkoord 1994 vermeldt als streefcijfer. Grosso modo hebben zich bij de gebudgetteerde sectoren geen overschrijdingen voorgedaan, de overschrijding van de 1,3% is met name het gevolg van de uitgavenontwikkeling bij genees- en hulpmiddelen. De groei was echter nadrukkelijk minder dan in de voorgaande kabinetsperiodes toen die groei meer dan 2,3 procent bedroeg. Er is dus sprake geweest van een aanzienlijke ombuiging van de groei van de uitgaven.

Maar het gaat niet alleen om het totaal van de uitgaven op macroniveau. De gezondheidszorg is geen zaak van de overheid alleen. Inzet van het beleid is juist om meer partijen te betrekken bij de opgave om te komen tot een redelijke verdeling en beheersing van de collectieve uitgaven. VWS heeft de afgelopen jaren onderzoek laten uitvoeren naar de mogelijkheid de doelmatigheid in ziekenhuizen en andere instellingen te vergroten. Op grond van die onderzoeken is overlegd hoe de resultaten van dat onderzoek tot praktijkverbetering kan leiden. De instellingen en zorgverzekeraars hebben zelf veel activiteiten ondernomen om het inzicht in de dienstverlening te vergroten door het ontwikkelen van nieuwe methoden van kostprijsberekening en productomschrijving als basis voor toekomstige onderhandelingen over contracten. Huisartsen gaan steeds meer geneesmiddelen voorschrijven op stofnaam in plaats van merknaam. De medische beroepsgroepen zijn aan de slag gegaan met verschillende vormen van medical technology assessment en het ontwikkelen van richtlijnen en protocollen voor het medisch handelen. Het besef is toegenomen dat bij die ontwikkeling de actieve inbreng van de patiënten en consumenten in de zorg niet kan worden gemist. Ook andere beroepsgroepen tonen belangstelling. Van meer recente datum zijn de inspanningen om te komen tot «benchmarken». Dat houdt in dat organisaties op systematische wijze gegevens verzamelen over de eigen werkwijze en productie, en dat die informatie op geaggregeerd niveau kan dienen als spiegelinformatie voor het management en anderen. VWS steunt deze benchmarkactiviteiten. Dit zijn alle voorbeelden van inspanningen waarbij niet de overheid, maar de uitvoerende partijen in de gezondheidszorg centraal staan. Het gemeenschappelijk doel is het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg, en daarmee eveneens een betere beheersing van de collectieve uitgaven.

2

Wat is precies, inclusief overschrijdingen, de percentuele groei geweest in de afgelopen kabinetsperiode, per jaar en in totaal? Hoeveel is dat over 4 jaar in miljoenen geweest, zowel exclusief als inclusief overschrijdingen? (blz. 9)

De ontwikkelingen van de volumegroei tussen 1994 en 1998 (gemiddeld 1,9%) zijn in onderstaande tabel weergegeven. De genoemde percentages en bedragen zijn in termen van netto BKZ-relevante uitgaven.

Volumegroei 1994–1998

	1995	1996	1997	1998
Volumegroei in %	1,8	1,8	2,0	2,3
Gerealiseerde volumegroei in mln. guldens	932	946	1 078	1 288
Volumegroei in mln. guldens bij 1,3% groei	686	693	709	738
Toegestane overschrijding per jaar in mln. guldens (toepassing «1,3% plus» formule uit Regeerakkoord 1994)	246	252	369	550

3

Er worden verschillende studies en rapporten aangehaald die het belang van «maatschappelijk ondernemen» aangeven. Wat gaat de regering doen aan de samenhang tussen die verschillende visies? Waaruit bestaat de terughoudende rol van de centrale overheid die daaruit voortvloeit? (blz. 9)

Op het eerste gezicht lijkt het begrip «maatschappelijk ondernemen» een contradictio in terminis. We kennen particuliere ondernemingen, en publieke taken en doelstellingen en dat zijn twee duidelijk onderscheiden terreinen, afgebakend door wettelijke regelingen en bevoegdheden. Het overgrote deel van de verzekeraars en aanbieders in de Nederlandse gezondheidszorg hebben een privaatrechtelijke status. Dat is van oudsher zo geweest. Tegelijkertijd vervullen zij publieke taken in de uitvoering van de sociale verzekeringen. Het afbakenen van de grenzen tussen publieke en private gebieden is de afgelopen jaren in verschillende kring aan de orde geweest. In de inleiding van het JOZ is reeds genoemd het rapport van de Raad voor de Volksgezondheid en Zorggerelateerde dienstverlening «Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming»; en de «Gedragscode Verzekeraars» van Zorgverzekeraars Nederland. De verschillende rapporten over maatschappelijk ondernemen in de zorgsector hebben een gemeenschappelijke kern. Maatschappelijk ondernemen is in die gemeenschappelijke visie het realiseren van maatschappelijke doelen, met publieke middelen, door private organisaties. Maatschappelijk ondernemen combineert ondernemerszin met verantwoordelijkheid. Die documenten weerspiegelen een belangrijke verandering in opvattingen over de rol van de overheid en de uitvoerders in het veld. Privaatrechtelijke organisaties zijn zich in toenemende mate bewust van het maatschappelijke belang van hun positie en handelen, ook waar het de grenzen van hun wettelijke taken overschrijdt. Er bestaat een groeiende bereidheid om de eigen verantwoordelijkheid breder op te vatten dan uitsluitend uitvoeren van wettelijke taken. Op grond van deze constatering heeft het kabinet besloten om overleg te voeren met de vertegenwoordigers van verschillende zorgsectoren over meerjarige afspraken. Die meerjarige afspraken sluiten aan bij de groeiende tendens naar maatschappelijk ondernemen in de zorgsector. Drie kernbegrippen hierbij zijn: vertrouwen, transparantie en toezicht. De rol van de overheid hierbij bestaat uit:

- het formuleren van de maatschappelijke doelen;
- het aangeven van de meerjarige financiële kaders;
- het faciliteren van transparantie; en
- het toezien op het realiseren van de gestelde doelen.

Zoals bekend is het jaar na daadwerkelijk toekennen van de aangegeven intensiveringsmiddelen gekoppeld aan het realiseren van de afgesproken doelen.

4

Wat is het resultaat van met name «het kritisch doorlichten van de verzekeringsafspraken»? (blz. 9)

Sinds het invoeren van de Ziekenfondswet in 1964 en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten in 1968 is sprake geweest van een gestage uitbreiding van de verzekeringsaanspraken. Met grote vanzelfsprekendheid leidden nieuwe medische ontwikkelingen en technische mogelijkheden tot een grotere omvang van de sociale verzekeringen. Het is nog niet zo lang dat deze vanzelfsprekendheid ter discussie staat. Is het werkelijk nodig dat alle nieuwe mogelijkheden automatisch verzekeringsaanspraken worden? Bestaan er niet redelijke en soms veel goedkopere alternatieven? Voegen de nieuwe middelen en behandelingen werkelijk veel toe aan de bestaande? Al deze vragen zijn van groot belang voor de houdbaarheid van het geheel van de sociale verzekeringen. Immers, een ongebreidelde groei brengt ook de betaalbaarheid op langere termijn in gevaar. Deze overwegingen waren aanleiding tot het instellen van de commissie-Dunning in 1989. Deze bracht in 1991 advies uit over een nieuwe benadering en weging van verzekeringsaanspraken. Het rapport was aanleiding tot een uitgebreide publieke discussie over bovengenoemde vragen. Het leidde eveneens tot heroverwegen van een aantal verzekeringsaanspraken. Het kabinet besloot om homeopathische en antroposofische geneesmiddelen niet langer te vergoeden uit de sociale verzekering. Later volgden enkele zogenoemde zelfzorgmiddelen («over the counter drugs»). In 1994 besloot het kabinet de vergoeding voor volledige tandartshulp te beperken tot patiënten onder 18 jaar. Verder stelde het een limiet aan het aantal behandelingen fysiotherapie en oefentherapie. De commissie-van Winsum bracht in 1994 een vergelijkbaar advies uit over het doorlichten van de geneesmiddelen onder de sociale verzekering. Het inperken van verzekeringsaanspraken berust op overwegingen van kosten-effectiviteit, maar ook op de vraag of de gebruiker redelijkerwijze zelf de kosten kan dragen. Een voorbeeld van dat laatste zijn de middelen tegen reisziekte. In opdracht van het ministerie van VWS onderneemt de Ziekenfondsraad een omvangrijk onderzoek naar de kosten-effectiviteit van meer dan 100 veel voorkomende medische verrichtingen. De resultaten van dat onderzoek kunnen leiden tot een verdere afweging van de aanspraken. Maar het is eveneens belangrijke informatie voor het verbeteren van de doelmatigheid van de zorg.

5

Kan, nu de gemiddelde groei 2,3% bedraagt, een gespecificeerd overzicht worden gegeven van de procentuele groei van de diverse sectoren tot 2002? (blz. 11)

In tabel 1.2 van het JOZ (blz. 15) is een globale verdeling opgenomen van de volumegroei zoals vastgelegd in het Regeerakkoord 1998. Om de overige afspraken uit het Regeerakkoord in deze tabel te verwerken moet het volgende worden bedacht.

Een deel van de uitgavengroei voor geneesmiddelen wordt binnen andere sectoren van het JOZ gecompenseerd, met name door een taakstelling van f 300 miljoen te realiseren door doelmatiger inkoop door zorginstellingen. Daarnaast wordt het budget voor de administratiekosten voor verzekeraars gekort in verband met het afschaffen van de eigen bijdragen in de ZFW en leidt de invoering van centrale inning van de eigen bijdragen voor intramurale verstrekkingen van de AWBZ tot een hogere opbrengst c.q. lagere uitgaven. Ook deze opbrengst wordt ingezet ter compensatie van de uitgavengroei voor geneesmiddelen. Verder slaat een deel van de in het Regeerakkoord genoemde beleidsprioriteiten neer in de geestelijke gezondheidszorg, terwijl de financiële middelen in de globale toedeling geparkeerd staan bij curatief somatische zorg (met name bestrijding wachtlijsten en afzien van een lage eigen bijdrage psychiatrie in het eerste jaar van opname). Deze verschuiving is in onderstaande tabel verwerkt.

Tenslotte is de volumegroei voor beheer in tabel 1.2 versleuteld over de verschillende sectoren. Ook dit dient in de tabel te worden verwerkt. Tensamen leidt dit tot het volgende beeld van de volumegroei per sector.

Gemiddelde jaarlijkse volumegroei per sector, 1999–2002

	in % netto BKZ-relevante – uitgaven 1998*
Preventieve zorg	1,9%
Curatief somatische zorg	1,4%
Genees- en hulpmiddelen	4,8%
Geestelijke gezondheidszorg	1,3%
Gehandicaptenzorg	1,7%
Ouderen- en thuiszorg	3,5%
Beheer- en diversen	0,0%
Totaal	2,3%

* Netto-BKZ = Bruto BKZ met aftrek van ontvangsten uit eigen betalingen en ontvangsten overheid.

Overigens geldt voor de komende regeerperiode dat er geen groei-afspraken in percentages zijn gemaakt, maar in guldens, die aan de hand van meerjarenafspraken met het veld over de sectoren verdeeld zullen worden. Daarbij is de in het Regeerakkoord vermelde sectorale verdeling niet alleszeggend. Zo kunnen bijvoorbeeld thuiszorgmiddelen beschikbaar worden gesteld ten behoeve van gehandicapten, afhankelijk van de concrete invulling van de te maken meerjarenafspraken.

6

Op welke onderdelen zullen concrete keuzen worden gemaakt «om de zorg ook in de toekomst betaalbaar, beschikbaar en toegankelijk te kunnen houden»? (blz. 11)

In de praktijk laten de beleidsvraagstukken in een omvangrijke en complexe sector als de gezondheidszorg zich zelden herleiden tot eenvoudige of concrete keuzen tussen optie A of optie B. Bovendien zijn bij die beleidsvraagstukken zeer veel partijen betrokken: de burger als direct belanghebbende premiebetaler en patiënt, de tientallen verzekeringsinstellingen, honderden instellingen en tienduizenden beroepsbeoefenaars in de sector. Het succes van maatregelen gericht op het vergroten van doelmatigheid in de zorg, of op het beheersen van collectieve uitgaven hangt niet alleen af van de keuzen van de minister van VWS of de minister van Financiën, maar evenzo, en misschien nog wel meer, van de inzet en medewerking van al die anderen. Het zoeken naar oplossingen voor de beleidsvraagstukken die voor ons liggen vergt dan ook een aanpak in de volle breedte van de gehele zorgsector. Een goede illustratie van dit punt vormt de verdeling van de (extra) middelen voor de zorgsector. Op dit ogenblik vindt overleg plaats met verschillende deelsectoren over het besteden van deze middelen in de komende kabinetsperiode. Het doel van het overleg is een goede afstemming van financiële en inhoudelijke doelstellingen, en het versterken van de betrokkenheid van de verschillende maatschappelijke organisaties. Hier komen de doelstellingen van overheid en maatschappelijke organisaties bijeen.

7

Op welke wijze kunnen, nu de toekenning van extra middelen sectoraal worden ingevuld, taakstellende prioriteiten en sectorale verdeling van de volumegroei met elkaar worden verbonden? (blz. 11)

Door het toedelen van sectorale ruimte voor volumegroei is het inderdaad zo dat de prioriteiten per sector uit deze sectorale kaders moeten worden gefinancierd. Daarnaast dient ook rekening gehouden te worden met het feit dat in het Regeerakkoord een aantal taakstellingen wordt genoemd. Voor de relatie tussen deze taakstellingen en de sectorale intensiveringsruimte wordt verwezen naar het antwoord op vraag 5.

Aanvullend is van belang dat bij het maken van meerjarenafspraken met het veld helderheid zal moeten bestaan over de aanpak van de maatregelen. Ook bij de toetsing van de meerjarenafspraken met de sectoren zal de realisatie van de maatregelen strikt worden bewaakt.

8

Waarom blijft het aandeel voor de preventie in de groei van het totale zorgbudget (f 35 mln. tot 2002) zo sterk achter, terwijl preventie wordt genoemd bij de prioriteiten in het besteden van de extra ruimte? (blz. 11)

De voorziene groei van de uitgaven voor preventieve zorg maakt het mogelijk in te zetten op versterking van de preventie, in lijn met de prioriteiten uit het regeerakkoord. Het gaat om een jaarlijks groei van het (netto) kader van preventieve zorg met gemiddeld 1,9% in de komende vier jaar (zie ook het antwoord op vraag 5).

De versterking van de preventieve zorg wordt overigens niet volledig bepaald door dit groeipercentage. Het afschaffen van de toegangsbijdrage voor jeugdgezondheidszorg 0–4-jarigen per 1 januari 1999 staat los van de extra middelen voor preventie. Deze maatregel leidt echter wel tot een belangrijke verbetering van de toegankelijkheid van deze vorm van preventieve zorg.

9

Welke overwegingen liggen ten grondslag aan de keuze om de sector van de geestelijke gezondheidszorg niet als prioriteit bij de besteding van de extra ruimte op te nemen (over vier jaar f 230 mln. is ± 1 à 1,5%)? Hoe verhoudt dit zich tot de verwachte forse groei in de vraag naar hulp van deze sector? Wat betekent dit voor de wachtlijsten/wachttijden in deze sector? (blz. 11)

Het gegeven dat andere zorgsectoren de komende jaren sterker zullen groeien dan de GGZ, betekent niet dat ik de GGZ geen prioriteit toeken: ook in de GGZ is er sprake van volumegroei.

De groeiende zorgvraag naar GGZ-hulp wordt overigens niet uitsluitend opgevangen via de groei van het GGZ-budget en de beschikbare wachtlijstgelden. Ook een rationelere organisatie van het zorgproces dient daaraan bij te dragen. Ik noem in dat verband met name de door mij voorgestane versterking van de eerste lijn. Daardoor kan een belangrijk deel van (de groei van) de GGZ-zorgvraag worden opvangen via kortdurende monodisciplinaire behandelingen.

Tenslotte wordt de preventieve GGZ versterkt via de verbetering van de tijdige herkenning en begeleiding van beroepsgebonden psychosociale problemen.

10

Kan worden uitgelegd waarom de ggz niet tot de caresectoren wordt gerekend? (blz. 11)

De GGZ omvat zowel care als cure. Het leeuwendeel van de patiënten dat een beroep doet op de GGZ herstelt na een ambulante of een klinische behandeling (cure). Daarnaast zijn er de patiënten die regelmatig opnieuw moeten worden behandeld of die voortdurend op zorg zijn aangewezen.

11

Is de minister bereid tegemoet te komen aan de toezeggingen om voor de financiering van een door het veld zelf geformuleerd plan van aanpak voor bestrijding van de wachttijden in het JOZ een geoormerkt budget op te nemen? (blz. 11)

In het JOZ 1999 zijn de middelen voor wachtlijsten niet geoormerkt voor dit doel terug te vinden omdat deze middelen, tesamen met overige intensiveringsmiddelen, hangende het overleg over de meerjarenafspraken als totaalbedrag geparkeerd staan op de aanvullende post. Over de resultaten van dit overleg en over de uitvoering van het plan van aanpak wordt u nog voor de JOZ-behandeling geïnformeerd. Uiteraard houd ik mij aan mijn toezegging om de bestrijding van wachttijden te financieren langs de lijnen van het «Plan van aanpak» van het veld. Voor wat betreft de wijze van verwerking van de meerjarenafspraken en het op basis daarvan toedelen naar de sectoren, wordt verwezen naar het antwoord op vraag 14.

12

Kan de minister aangeven waar de door het Regeerakkoord genoemde prioriteit van jeugdgezondheidszorg in de begroting is terug te vinden? (blz. 12)

De jeugdgezondheidszorg heeft een centrale rol als laagdrempelige voorziening voor alle kinderen en jeugdigen. In het JOZ 1999 is een aantal maatregelen aangekondigd, die deze rol zal versterken. Een van die maatregelen is de afschaffing van de toegangsbijdrage thuiszorg. Momenteel bereidt het Platform Openbare Gezondheidszorg (OGZ) een advies voor naar aanleiding van het door de sector opgestelde standaardbasispakket. Dit pakket omvat alle activiteiten van de jeugdgezondheidszorg die in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland worden aangeboden. Tevens is een sectie jeugdgezondheidszorg (JGZ) in voorbereiding die aangehaakt zal worden aan het Platform OGZ. Deze sectie heeft onder meer tot taak een visie te ontwikkelen op inhoud en positie van de jeugdgezondheidszorg en het stimuleren van beleidsmatige afstemming op het terrein van de jeugdgezondheidszorg. Het kwaliteits-beleid wordt verder gestimuleerd door de voortgezette ontwikkeling van standaarden en effectiviteitsonderzoek. Financiering van dit kwaliteitsbeleid vindt plaats via ZorgOnderzoek Nederland (ZON).

13

Het versterken van de sociale cohesie leidt tevens tot het aanspreken van de burger als actief mede verantwoordelijke. Op wat voor wijze zal de burger aangesproken worden op zijn eigen verantwoordelijkheid? (blz. 12)

Het versterken van de sociale cohesie en het vergroten van de actieve betrokkenheid van de burger zijn twee beleidsdoelstellingen die elkaar over en weer versterken. De afgelopen jaren zijn verschillende stappen ondernomen op beide fronten. Het invoeren en vervolgens uitbreiden van het persoonsgebonden budget betekent dat de patiënt zelf meer zeggenschap heeft gekregen over de besteding van financiële middelen en over de organisatie van de hulpverlening. Het klachtrecht en de wettelijke regeling van vertegenwoordiging van bewoners in zorginstellingen zijn voorbeelden van stappen die de positie van de patiënt hebben versterkt. Het kabinet heeft de financiële steun aan patiëntenorganisaties sterk uitgebreid. Langzamerhand hebben de regionale platforms van organisaties van consumenten en patiënten zich ontwikkeld als gesprekspartner en onderhandelaar met de andere partijen in de zorg. Zij zijn nauw betrokken bij de ontwikkeling van regiovisies, en bij het opzetten van de

regionale indicatieorganen. Sinds kort erkennen de beroepsgroepen dat de inbreng van patiënten onmisbaar is bij het opstellen van richtlijnen en protocollen. Dat zijn alle voorbeelden van medeverantwoordelijkheid van de burger zowel als individuele gebruiker van zorg, als in georganiseerde vorm.

14

Kan worden verzekerd dat de Kamer nog voor de behandeling van het JOZ zal worden geïnformeerd over de uitkomsten van het overleg over het ontwikkelen van meerjarige afspraken en het op basis daarvan toedelen naar de sectoren van de extra ruimte? (blz. 12)

Medio november aanstaande, voorafgaand aan de behandeling van het JOZ, zal ik de Tweede Kamer een brief toesturen over de stand van zaken bij het streven naar meerjarenafspraken met betrokken partijen in de zorgsector. Elementen van deze brief: de aanpak van het proces en de inhoud van de afspraken op hoofdlijnen inclusief een verdeling van de volumegroei in deze kabinetsperiode over de sectoren (concrete verdeling 1999, indicatieve verdeling 2000–2002).

15

Is het de bedoeling van de regering om ontwikkelingen als kengetallen en benchmarkgegevens als spiegelinformatie voor beleid, management en bestuur – zoals dat nu in een aantal deelsectoren wordt toegepast – op korte termijn voor de gehele zorgsector in te voeren? (blz. 13)

Het streven naar concrete afspraken over verbetering van de transparantie en het niveau van informatievoorziening maakt deel uit van het overleg over de meerjarenafspraken.

16

De minister ziet voor de overheid een stimulerende en faciliterende rol voor het vergroten van de aantrekkelijkheid van de «zorgberoepen». Op wat voor wijze zal de overheid stimuleren? (blz. 13)

Het stimuleren door de overheid van de aantrekkelijkheid van «zorgberoepen» geschiedt langs een veelheid van wegen. Zonder uitputtend te zijn: het nieuwe opleidingsstelsel, de instelling van het LCVV (dat dit jaar zijn eerste lustrum viert), de sectorfondsen voor vernieuwend arbeidsmarktbeleid, een overheidsbijdrage voor een marktconforme CAO. Een belangrijke stimulans is het beschikbaar stellen van extra middelen in het Regeerakkoord voor onder andere betere bestrijding van het ziekte-verzuim en andere middelen ter vermindering van de werkdruk, en voor verruiming van de kinderopvang. Het gaat om de structurele en financiële randvoorwaarden voor de primaire verantwoordelijkheid van het veld. De intrinsieke motivatie van verpleegkundigen en verzorgenden is hoog. Desondanks is het van belang ook uit te dragen dat het beroep in zichzelf veel aantrekkelijke kanten heeft en dat het bevredigend is om in de zorg- en welzijnssectoren te werken. In dat verband is ook van belang dat er een beeldvormingscampagne komt, waarvan de start in het voorjaar van 1999 mag worden verwacht. Zie verder ook het antwoord op vraag 282.

17

De regering schrijft dat in het streven naar meer doelmatigheid van de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen naast budgettering ook marktwerking een instrument is. Kan worden aangegeven wat marktwerking in dit verband inhoudt, en welke experimenten hier worden bedoeld? (blz. 13)

In het tweede compartiment leidt de stapsgewijze invoering van de verzekeraarsbudgettering bij de ziekenfondsen tot een financiële prikkel voor doelmatig handelen bij de zorginkoop. Om deze prikkel effectief te laten zijn is ruimte nodig voor marktwerking: voldoende onderhandelingsvrijheid van verzekeraars en aanbieders voor een doelmatige zorginkoop. Bij het bevorderen van deze onderhandelingsvrijheid zijn er diverse mogelijkheden. In het Regeerakkoord 1998 staat een aantal voorbeelden genoemd, waaronder het creëren van de mogelijkheid om binnen het overeenkomstenstelsel te differentiëren in tariefstructuur via de invoering van een basistarief naast het reeds bestaande maximumtarief. Een ander voorbeeld is het gefaseerd opheffen van het verbod op eigen instellingen voor verzekeraars, onder de voorwaarde van voldoende concurrentie tussen ziektekostenverzekeraars. Per 1 januari 1999 kunnen zorgverzekeraars al een eigen apotheek exploiteren en daarmee een doelmatige inkoop realiseren.

Binnen de AWBZ wordt de subsidieregeling van het persoonsgebonden budget gekenmerkt door ruimte voor marktwerking, gelet op de vrijheid van zorginkoop door de cliënt. De ervaringen met de thuiszorg in de afgelopen kabinetsperiode hebben echter laten zien, dat vergroting van de ruimte voor marktwerking risico's met zich meebrengt voor de organisatie van de zorg. Met name als het gaat om marktwerking in het eerste compartiment is grote terughoudendheid derhalve op zijn plaats.

18

Kan worden bevestigd dat aanvankelijk voor de ontwikkelingen in de arbeidsvoorwaarden een bedrag van f 900 mln. was gereserveerd en dat de CAO-Zorg uiteindelijk een totaalbedrag van f 1,3 mld. vergt? Was door de regering nog voor dat een advies werd gevraagd aan de commissie-Van Voorden reeds f 200 mln. extra toegezegd aan de werkgevers verenigd in de NZf, en na het uitkomen van het advies van genoemde commissie nog eens f 200 mln.? Kan precies worden aangegeven hoe dit bedrag van tweemaal f 200 mln. is gefinancierd, en waar een en ander is terug te vinden in het voorliggende JOZ? Heeft de financiering een structureel karakter? (blz. 13)

Voor de loonkostenindexering wordt met werkgevers in het VWS-veld overlegd conform het post WAGGS-model (TK 1993–1994, 23 723, nr. 1). Het gaat er daarbij om een percentage vast te stellen dat als overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (de ova) aan de instellingsbudgetten wordt toegevoegd. Het percentage is de optelsom van een vergoeding voor de contractloonmutatie per uur op jaarbasis, voor de loonkostenpost incidenteel en voor de werkgeverslastenmutatie uit hoofde van de sociale zekerheid en de pensioenen. Als aftrekpost geldt (tot en met 1998) daarbij een percentage dat overeenkomt met de trendmatige ontwikkeling van de productiviteit.

Onderhandelings technisch is het noodzakelijk dat deze percentages versluierd worden. Zo is het ook in het post WAGGS-model opgenomen. Wanneer de werknemers vóór de CAO-onderhandelingen inzicht hebben in de financiële mogelijkheden van werkgevers voor de CAO-wijzigingen bemoeilijkt dat de onderhandelingen en kan de als maximum beoogde stijging als een vloer gaan werken. Daarom zijn in die fase geen percentages genoemd maar grof afgeronde bedragen in honderden miljoenen guldens. Om die versluiering ook voor de komende jaren overeind te kunnen houden, worden in de rest van dit antwoord geen exacte getallen en rekenregels weergegeven.

Aanvankelijk was er sprake van een kabinetsbod voor de OVA-98 van ca. 3% dat uiteindelijk met gemiddeld 0,6% is verhoogd, en dat is grof afgerond de tweede f 200 mln waar de vragensteller op duidt. Naast dit kabinetsbod voor de OVA-98 waren ook met ingang van 1999 middelen aangeboden voor scholing en werkdruk ter grootte van f 175 mln, en dat

was grof afgerond de eerste f 200 mln. waar de vragensteller aan refereert. Maar die waren dus nadrukkelijk niet voor de ontwikkelingen in de arbeidsvoorwaarden bedoeld. Er is dus geen sprake van een gefaseerde verhoging van het kabinetsbod voor de OVA-98 met in totaal tweemaal f 200 mln zoals in de vraag tot uiting komt. Het kabinetsbod voor de ova is slechts eenmaal verhoogd en wel afgelopen najaar. De dekking van het oorspronkelijke kabinetsbod voor de OVA-98 staat (zoals gebruikelijk op het punt van de loonkostenindexering) versluierd in het JOZ 1998. Over de dekking van de verhoging van de uiteindelijk vastgestelde OVA-98 is de Kamer op 18 september jl. bij brief ingelicht (TK, 1998–1999, nr. 7).

De (structurele) dekking van het aanbod voor scholing en werkdruk is gevonden in extra ruimte die binnen de kabinetsformatie met ingang van 1999 beschikbaar is gekomen.

19

Hoe wordt de situatie rondom het arbeidsvoorwaardenoverleg in de zorg beoordeeld nu de ziekenhuizen te kennen hebben gegeven een zelfstandige CAO voor de eigen sector te ambiëren? Welke oorzaken liggen aan deze gang van zaken ten grondslag? Bestaat er een mogelijke relatie met de keuze van de regering tot een verschuiving van (extra) middelen van de cure naar de care? Welke gevolgen kunnen hieruit voortvloeien? Welke rol kan door de overheid in dit verband gespeeld worden? (blz. 13)

De vier verenigingen in NZf-verband houden zich bezig met de belangenbehartiging van hun leden met uitzondering van het werkgeversaspect. Dat laatste aspect hadden zij ondergebracht bij de NZf. De vraag doelt nu op de situatie dat enkele van die vier bij de NZf (Nederlandse Zorgfederatie) aangesloten verenigingen van instellingen kenbaar hebben gemaakt dat zij het aan de NZf gegeven mandaat voor het afsluiten van een CAO voor de hele NZf-sector wensen in te trekken.

In de wijze waarop werkgevers in het VWS-veld zich organiseren, zijn zij volkomen vrij. Daar heeft Nederland internationale afspraken over geratificeerd (ILO-conventies en het Europees Sociaal Handvest). Ook voor de wijze waarop sociale partners (werkgevers- en werknemersorganisaties) de werkingssferen van de diverse CAO's vastleggen, bestaat contractsvrijheid.

Het is niet aan mij om uitspraken te doen over de beweegredenen van de betrokken verenigingen om uit het NZf-verband te treden en om de arbeidsvoorwaardenvorming anders dan tot nu toe te organiseren. Ik heb echter niet de indruk dat enig handelen van VWS-zijde daar debet aan is, althans ik ben door die verenigingen daar niet op aangesproken. Een relatie met de door het kabinet gekozen verdeling van extra middelen over cure en care zie ik dan ook niet.

Over de mogelijke gevolgen van deze nieuwe situatie kan op dit moment nog niets met voldoende zekerheid worden gezegd. Er kunnen positieve ontwikkelingen uit voortvloeien maar ook negatieve. Een voorbeeld van het laatste is de mogelijke druk die ontstaat op de samenwerkingsverbanden die in de sector bestaan (zoals de sectorfondsen, het PGGM, het NZI). Ook kunnen belemmeringen optreden bij de mobiliteit van het personeel in de totale zorgsector, en dan met name de verplegenden en verzorgenden. Een voorbeeld van positieve ontwikkelingen is dat er nieuwe allianties in het veld kunnen ontstaan waardoor ook in de exploitatiesfeer beter maatwerk kan worden geleverd.

Het meest zichtbare en directe gevolg van deze ontwikkeling in NZf-verband zal zijn dat er een andere CAO-indeling gaat ontstaan in het VWS-veld. Bovendien krijgt VWS in het overleg over de arbeidskostenontwikkeling meer gesprekspartners voorzover er geen nieuwe allianties

ontstaan. Het zal duidelijk zijn dat VWS er bij gebaat is wanneer een geherstructureerd werkgeversveld er in slaagt om op korte termijn toch één, gemandateerd aanspreekpunt naar voren te schuiven.

De mogelijkheden voor de overheid om in deze ontwikkelingen een rol te spelen zijn beperkt gezien de eerder vermelde vrijheid van vereniging en vergadering en de onderhandelingsvrijheid van sociale partners in het afsluiten van CAO's.

20

*Kan worden geconcretiseerd in welke «bepaalde gevallen ook marktwerking» in het streven naar meer doelmatigheid van de uitvoering van de ziektekostenverzekeringen als instrument dienstig kan zijn? (blz. 13)
Naast budgettering wordt in bepaalde gevallen aan marktwerking gedacht. Waar wordt precies aan gedacht en hoe moet dat gezien worden in samenhang met de toenemende noodzaak tot samenwerking? (blz. 13)*

Zie het antwoord op vraag 17.

21

Kan de minister het nieuwe bestuursmodel schetsen waarin maatschappelijke ondernemingen een belangrijke rol hebben? Wat zijn de kenmerken van deze ondernemingen? (blz. 13)

Het antwoord op deze vraag hangt samen met die op vragen 3 en 13, die ingaan op het begrip maatschappelijk ondernemen, en op de betrokkenheid van de burger, de zorgverzekeraars en de hulpverlenende beroepsgroepen en instellingen. Het nieuwe bestuursmodel veronderstelt dat er ondanks onderscheiden verantwoordelijkheden van overheid en andere partijen in de gezondheidszorg, voldoende overeenstemming bestaat over de uitgangsprincipes en doelstellingen van beleid om gemeenschappelijke afspraken te kunnen maken over het besteden van de extra middelen die de komende kabinetsperiode voor de zorgsector beschikbaar zijn.

22

Hoe wordt bij de toetreding van kleine zelfstandigen met een laag inkomen tot de ziekenfondsverzekering rekening gehouden met het feit dat het inkomen van jaar tot jaar kan fluctueren? Welke bandbreedtes zullen worden aangehouden om «weermannetjes-effecten» te voorkomen? (blz. 14)

De wet die toetreding van zelfstandigen tot de ziekenfondswet mogelijk zal maken wordt op dit moment voorbereid. Ik wil nu niet vooruitlopen op de besluitvorming.

23

Is bij het voornemen tot het openen van de mogelijkheid voor kleine zelfstandigen om tot het ziekenfonds toe te treden rekening gehouden met het feit dat kleine zelfstandigen ook de werkgeversbijdrage moeten betalen? In hoeverre is een overstap van deze groep naar het ziekenfonds alsdan nog aantrekkelijk? (blz. 14)

In de afwegingen die gemaakt moeten worden zal het punt van de werkgeverspremie worden meegenomen.

24

Hoe vindt restitutie door het ziekenfonds van f 90,- als compensatie aan chronisch zieken plaats, nu restitutie eerst plaatsvindt nadat de verzekerden gedurende drie jaar achtereenvolgende de maximale eigen bijdrage van f 200,- verschuldigd is geweest en de eigen bijdrageregeling nu na

verloop van twee jaren wordt ingetrokken? (blz. 14)

Bij de invoering van de algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet is afgesproken dat de compensatie een ingroei kent van drie jaar. Dit betekent dat in het eerste jaar na invoering van de algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet het maximum alleen in het eerste jaar volgemaakt moest worden. In het tweede jaar na invoering (1998) moet gedurende twee jaar het maximum volgemaakt worden en in het derde jaar zou dan gedurende drie jaar het maximum volgemaakt moeten worden. In het derde jaar zou tevens de structurele situatie zijn opgetreden. Chronisch zieken zijn dus in de jaren dat de eigen bijdrageregeling bestond altijd gecompenseerd geweest.

25

Welke studie zal wanneer worden verricht naar de wenselijkheid van verdergaande aanpassingen in het verzekeringsstelsel op de langere termijn? Hoe zal die studieopdracht luiden, en welk verzekeringsstelsel staat de regering op de langere termijn voor ogen? Hoeveel studies zijn er de vorige kabinetsperiode uitgevoerd naar het gewenste verzekeringsstelsel? Waarom kan niet op basis van de uitkomsten van die studies tot «verdergaande aanpassingen» worden gekomen? Welke wezenlijke studieresultaten ontbreken thans om tot besluitvorming te komen? (blz. 14)

Het vorige kabinet heeft een onderzoek laten verrichten naar knelpunten in de huidige ziekenfondsverzekering en aansluitend daarop een inventarisatie laten opstellen van beslissingen die moeten worden genomen wanneer wordt gekozen wordt voor een ziekenfondsverzekering op basis van een fiscaal inkomensbegrip. Op basis hiervan is inmiddels in het regeerakkoord het voornemen opgenomen een aantal knelpunten in de ziekenfondsverzekering en de WTZ aan te passen. Het kabinet staat daarnaast een bredere oriëntatie voor ogen. In het regeerakkoord wordt in dit verband verwezen naar de demografische ontwikkelingen en systemen in andere E.U.-lidstaten.

Over de concrete vormgeving van deze activiteiten beraad ik mij nog.

26

Is de regering definitief afgestapt van het invoeren van een inkomensafhankelijk stelsel van ziektekostenverzekeringen? Zo neen, waarom kan op basis van de vele studies die in opdracht van de vorige regering zijn uitgevoerd daarover dan nu geen beslissing worden genomen? Moet vastgesteld worden dat de vorige regering in tegenstelling tot toezeggingen op dat punt het dossier omtrent het verzekeringsstelsel niet voldoende gereed heeft gemaakt voor besluitvorming in deze kabinetsperiode? (blz. 14)

Zie het antwoord op vraag 25.

27

Moet de zinsnede «het budget groeit jaarlijks met een kwart van deze groeiruimte» zo worden verstaan dat de jaarlijkse volumegroei vanaf 1999 nooit meer kan zijn dan f 1,4 mld.? Is het mogelijk dat in enig jaar in deze kabinetsperiode meer volumegroei plaatsvindt dan deze f 1,4 mld. onder de voorwaarde dat in 2002 niet meer volumegroei van het zorgbudget beschikbaar is gekomen dan f 5,66 mld.? Zo neen, waarom niet? (blz. 14)

De jaarlijkse volumegroei in de zorgsector kan inderdaad niet meer zijn dan de genoemde f 1,4 miljard. In het licht van de regels budgetdiscipline (Miljoenennota 1999, bijlage 14) is voor de verschillende budgetdiscipline-

sectoren een budgettair kader afgesproken waarbinnen de uitgaven jaarlijks moeten blijven. Daarbij is de f 5,6 miljard in vier jaarlijkse tranches van f 1,4 miljard verwerkt. Binnen de regels budgetdiscipline bestaat in principe geen mogelijkheid tot intertemporele uitgavenverschuivingen, tenzij daarover door de ministerraad expliciet besluitvorming heeft plaatsgevonden.

28

Nu de bedragen vanaf 1999 exclusief de nominale bijstelling zijn, betekent dat de nominale overschrijdingen op een bepaald moment toch ten laste zullen komen van het zorgvolume? (blz. 14)

Binnen het financiële kader van het JOZ is wel degelijk een voorziening opgenomen voor de nominale ontwikkeling. Voor de jaren na 1998 is de nominale ontwikkeling echter niet aan de verschillende zorgsectoren toegedeeld, maar nog centraal geparkeerd op de zogeheten «aanvullende post». Verdeling van deze middelen over de verschillende sectoren vindt plaats gedurende het uitvoeringsjaar.

Mocht ten opzichte van deze reservering toch budgettaire problematiek ontstaan, bijvoorbeeld omdat de bijstellingen van de loon- en prijsramingen voor de zorgsector afwijken van bijstellingen in de algemene prijsraming, dan dient deze problematiek te worden gecompenseerd. In de nieuwe regels budgetdiscipline is daarbij vastgelegd dat een overschrijding die het gevolg is van ruilvoetverlies in verband met de macro-economische contractloonontwikkeling niet specifiek binnen één sector behoeft te worden gecompenseerd. De ministerraad kan besluiten voor dit soort problematiek de uitgavenreserve, die mede voor dit soort ruilvoetverliezen is gevormd, in te zetten of kan besluiten tot onderlinge compensatie tussen de drie budgetdisciplinesectoren. Zie voor een nadere toelichting op deze problematiek ook de informatiebox op bladzijde 21 van het JOZ.

29

Op welke manier komt men van het netto budgettair kader zorg van f 59,7 miljard in 1998 in het JOZ naar het BKZ in 1998 van f 65,7 miljard in het regeerakkoord? Uitgaande van het JOZ kom je op een groei van 2,15% jaarlijks, uitgaande van het regeerakkoord kom je op een groei van 2,3% jaarlijks. Waarom is in het JOZ niet van hetzelfde getal uitgegaan als in het regeerakkoord? (blz. 14)

Het uitgavenbegrip in het Regeerakkoord van f 65,7 miljard betreft niet het netto budgettair kader zorg maar de bruto BKZ uitgaven. Het verschil tussen deze twee begrippen bestaat uit de BKZ-relevante ontvangsten (m.n. eigen betalingen). Conform de meest recente inzichten (JOZ 1999) bedragen de bruto BKZ uitgaven in 1998 f 65,4 miljard. Het resterende verschil met het in het Regeerakkoord genoemde bedrag wordt veroorzaakt door voortschrijdend inzicht in de uitgavenontwikkeling tussen het totstandkomen van het regeerakkoord (mei/juni 1998) en het JOZ 1999 (augustus 1998). In het JOZ wordt de bij het Regeerakkoord 1998 afgesproken uitgavengroei gerelateerd aan de netto BKZ relevante uitgaven om de vergelijkbaarheid met de afspraken uit het vorige Regeerakkoord te kunnen maken. Immers, de 1,3% groei uit het vorige Regeerakkoord kende als grondslag eveneens het netto BKZ. Overigens komt de totale volumegroei van f 5,66 miljard in de periode 1998–2002 overeen met een jaarlijkse groei van 2,3% van de netto BKZ relevante uitgaven in 1998 (f 59,7 miljard).

30

In het regeerakkoord en in tabel 1.2 is de f 5660 miljoen groei ruimte verdeeld over de sectoren. Staat deze verdeling vast, en wat betekent dat

aan percentagegroei per sector over de gehele periode? Hoe verhouden deze percentages zich met de percentages die door de sectoren (NZi) zelf als noodzakelijke groeipercenages zijn aangegeven? (blz. 15)

Zie het antwoord op vraag 5 voor de groeipercenages per sector over de gehele kabinetsperiode. De f 5,66 miljard aan intensiveringsruimte voor de zorgsector in deze kabinetsperiode komt overeen met een gemiddelde jaarlijkse volumegroei van 2,3%.

Het NZi kwam in april van dit jaar tot een raming van noodzakelijke jaarlijkse volumegroei in de periode 1999–2002 van 2,4%. Deze raming was een actualisatie van prognosegegevens uit de rapportage «Gezondheidszorg in tel (5)» uit 1997. De raming van het Sociaal-Cultureel Planbureau (SCP) kwam uit op 2,0%.

De bij deze ramingen gehanteerde indeling naar deelsector is niet dezelfde als die in het Regeerakkoord 1998 en tabel 1.2 van het JOZ.

Percentage jaarlijkse volumegroei 1999–2002, raming SCP en NZi*

Sector	SCP	NZi
Curatief Somatisch extramuraal	1,9	0,9
Curatief Somatisch intramuraal	1,3	1,8
Farmaceutische hulp, kunst en hulpmiddelen	(6,3)	(6,3)
Geestelijke gezondheidszorg	1,6	2,3
Gehandicaptenzorg	2,9	2,8
Ouderenzorg	1,1	1,2
Thuiszorg	0,2	2,9
Beheer en diversen	(2,9)	(2,9)
Preventie	(2,9)	(2,9)
Totaal exclusief ramingen tussen haakjes	1,3	1,7
Totaal	2,0	2,4

* De cijfers tussen haken zijn door het NZi bijgeschatte cijfers van het CPB uit 1997. Bijschatting o.b.v. demografische groei en trendmatige groei in voorgaande jaren.

Bron: NZi, Keuzen voor zorg, zorgen om keuzen, Utrecht, april 1998.

31

Voor genees- en hulpmiddelen wordt een volumegroei toegestaan van f 1155 mln. over de hele kabinetsperiode. Het regeerakkoord vermeldt dat een bedrag van f 600 mln. na invoering van de «maatregelen Koopmans» zal moeten worden opgevangen binnen de toegestane volumegroei. Kan terzake een toelichting worden gegeven? (blz. 15)

In het voorjaar uitgevoerde analyses van de ontwikkeling van de geneesmiddelen uitgaven hebben uitgewezen dat gerekend moet worden met een kostengroei van f 1,7 mld in de periode 1999–2002 bovenop de in de vorige kabinetsperiode gangbare ontwikkeling van het kader. In het kader van het regeerakkoord is vervolgens besloten dat deze kostenontwikkeling voor f 0,7 mld zal worden omgebogen door maatregelen op het geneesmiddelendossier. De resterende groei ad f 1,0 mld wordt voor f 0,4 mld gedekt door ombuigingen op andere VWS-dossiers en voor f 0,6 mld gefinancierd uit de bij regeerakkoord beschikbaar gekomen intensiveringsruimte.

De hiervoor genoemde ramingen gaan uit van de huidige beleidssituatie, met name het vigerende beleid inzake toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het pakket. Voor additionele toelating van nieuwe geneesmiddelen is bij regeerakkoord f 175 mln beschikbaar gesteld. Bovenop de f 1,0 mld toegestane groei (meer precies: f 980 mln) betekent dit een totale volumegroei over de hele kabinetsperiode van f 1 155 mln.

32

Waarop is de hoogte van het bedrag aan taakstelling van f 300 mln. met betrekking tot een meer doelmatige inkoop van zorginstellingen precies gebaseerd? Op welke wijze zal de tranche 1999 over de sectoren worden versleuteld? (blz. 15)

De taakstelling op doelmatiger inkoop door zorginstellingen vloeit voort uit het Regeerakkoord 1998. In het Regeerakkoord 1998 wordt aangegeven, dat de facilitaire inkoop een kansrijk terrein is voor besparingen zonder invloed op de directe zorg. In de facilitaire inkoop van de zorg (zoals drukwerk, kantoorartikelen, onderhoud en schoonmaak) gaat naar schatting f 12 miljard om. De taakstelling van f 300 miljoen gaat dus uit van een doelmatigheidswinst van 2,5%, die naar verwachting zonder nadelige effecten voor patiënten kan worden gerealiseerd. Het Regeerakkoord 1998 verwijst naar rapporten en deskundigen, waarmee tevens wordt bedoeld op de notitie Gepaste zorg-2 «Het kan altijd beter» van het PvdA-kamerlid Oudkerk.

De taakstelling is versleuteld over de intramurale sectoren op basis van de bestaande verdeling van materiële uitgaven. De eerste opbrengst van f 100 miljoen is geraamd in 2000, oplopend tot f 200 miljoen in 2001 en f 300 miljoen in 2002. Deze drie tranches van de taakstelling zijn meegenomen in het overleg over de meerjarenafspraken.

33

Is, mede gelet op ervaringen in de afgelopen kabinetsperiode, een buffer aangehouden voor het opvangen van tegenvallers, zoals bijvoorbeeld besparingsverliezen op het dossier genees- en hulpmiddelen, indien onverhoopt de voorgenomen maatregelen niet volgens schema geïmplementeerd kunnen worden c.q. niet de verwachte effecten hebben? Zo ja, om welke bedragen gaat het hier? Zo neen, waarom niet? (blz. 15)

Doordat de ruimte voor de jaarlijkse volumegroei fors is opgehoogd ten opzichte van de vorige kabinetsperiode wordt ervan uitgegaan dat de uitgavengroei voor de komende jaren binnen de afgesproken kaders kan blijven. In de meerjarenafspraken met de sectoren worden de beschikbare bedragen voor 1999 definitief toegekend. Voor de jaren na 1999 is sprake van een indicatieve toedeling. De meerjarenafspraken zijn gemaakt onder het voorbehoud dat de beschikbaarstelling van middelen in latere jaren mede afhangt van de totale ontwikkeling van de zorguitgaven in relatie tot het kader. Voorzover zich toch onverhoopt tegenvallers voordoen, zullen deze conform de regels budgetdiscipline worden gecompenseerd, waarbij in eerste instantie compensatie binnen de desbetreffende sector in de rede ligt.

34

Is het waar dat voor de cure extra financiële ruimte beschikbaar is van 0,7% voor de opvang van de zorgvraag, terwijl de sectoren hebben vastgesteld voor de cure en de care minimaal een netto-groei van 2% nodig te hebben? Komt de cure in een periode van vier jaar dan 5,2% tekort? (blz. 15)

Voor het opvangen van de groei van de zorgvraag, voorzover deze door met name demografische ontwikkelingen (waaronder leeftijd en geslacht) wordt bepaald, is circa 1% per jaar beschikbaar. Dit komt nagenoeg overeen met de prognoses die zijn opgenomen in de zogenaamde Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997. De door het veld gepresenteerde gewenste groeipercentages bevatten ook compensatie voor andere ontwikkelingen. Voor deze andere ontwikkelingen is voor de cure circa ½% beschikbaar(intensiveringsruimte). Daarnaast kan door de sectoren de arbeidsproductiviteitswinst worden ingezet om extra zorgvolume te

realiseren. In het verleden diende deze te worden ingezet om de afgesloten CAO's te kunnen financieren. Dit betreft naar schatting ¼% per jaar (gerelateerd aan de totale budgettaire grondslag van de cure). Het verschil tussen datgene wat sectoren menen nodig te hebben en datgene wat nu beschikbaar komt aan groei, ligt derhalve vrij dicht bij elkaar. Het verschil over de komende vier jaar loopt hoogstens op tot ½ á 1 procent. Er blijft echter ook met deze groeipercentages uiteraard sprake van schaarse financiële middelen, hetgeen betekent dat niet alles wat zorgtechnisch gewenst en mogelijk is ook voor iedereen beschikbaar zal komen. In de nog te maken meerjaren-afspraken met de curesectoren zal dat ook tot uitdrukking komen.

35

Kan de regering aangeven of de groei van de GGZ-budgetten voldoende is om de nog steeds groeiende vraag naar GGZ-hulp op te vangen? (blz. 15)

Zie het antwoord op vraag 9.

36

In hoeverre leidt invoering van centrale inning van eigen bijdragen voor intramurale verstrekkingen van de AWBZ tot hogere opbrengst? Om welke verstrekkingen gaat het? Wordt de f 255 mln. intensivering voor genees- en hulpmiddelen geheel uit de opbrengst van deze centrale inning en uit afschaffing van de eigen bijdrage in het ziekenfonds betaald? (blz. 16)

De invoering van centrale inning van de eigen bijdragen voor intramurale verstrekkingen van de AWBZ leidt naar verwachting tot een extra opbrengst f 40 mln. Deze bijdragen worden geheven voor zorg waarbij sprake is van verblijf gedurende het etmaal in AWBZ-instellingen (bijvoorbeeld verpleeginrichtingen, inrichtingen voor zwakzinnigen, gezinsvervangende tehuizen) of verzorgingshuizen.

Het budget voor de administratiekosten van verzekeraars wordt vanaf 1999 met f 50 mln gekort in verband met het afschaffen van de eigen bijdragen voor verstrekkingen van de Ziekenfondswet. De opbrengst van deze maatregel vormt een onderdeel van de dekking van de f 255 mln intensivering voor genees- en hulpmiddelen.

37

De Stichting Farmaceutische kengetallen heeft berekend dat de kosten geneesmiddelen in het eerste half jaar van 1998 met 14% zijn toegenomen. Zal deze overschrijding nog ten laste worden gebracht van 1998 of zal zij drukken op 1999? (blz. 16)

Recent zijn voorlopige cijfers over de uitgavenontwikkeling 1998 beschikbaar gekomen. Het premie-advies van de Ziekenfondsraad geeft aan dat zich bij de geneesmiddeluitgaven in de ziekenfondssector in de eerste helft van 1998 een groei van ca. 11% heeft voorgedaan. Deze kostenontwikkeling is conform de raming zoals opgenomen in de Voorjaarsbrief; de Raad verwacht daarom geen nadere overschrijdingen voor 1998 in de ziekenfondssector.

De Ziekenfondsraad verzamelt geen gegevens over de kostenontwikkeling in de particuliere sector.

In augustus heeft de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK) in het Pharmaceutisch Weekblad melding gemaakt van een stijging van de geneesmiddelenkosten in de eerste helft van 1998 met ca. 14%. Op basis van dit groeipercentage zou voor 1998 rekening gehouden moeten worden met een financiële tegenvaller van f 200 mln tot f 300 mln.

Deze voorlopige cijfers over de ontwikkeling van de geneesmiddelen-uitgaven in het eerste halfjaar 1998 vormen voorshands geen aanleiding om de uitgavenramingen aan te passen, daar er op dit moment een onvoldoende eenduidig beeld bestaat over een eventuele tegenvaller, laat staan over de omvang en het al dan niet structurele karakter ervan. Daarbij moet worden bedacht dat in de SFK-cijfers ook de uitgaven zijn betrokken die worden gefinancierd uit eigen betalingen. Dit deel van de uitgaven is niet BKZ-relevant.

38

Welke geneesmiddelen zullen op korte termijn worden overgeheveld naar het derde compartiment en voor eigen rekening van de consument/patiënt komen? Kan een specificatie worden gegeven van de opbouw van het bedrag van f 130 mln. aan geraamde opbrengst? (blz. 16 en 20)

Zie voor het antwoord op deze vraag de brief inzake het plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg die ik u over enkele dagen zal doen toekomen.

39

Kan de minister aangeven hoe de eventuele ruimte als gevolg van een hogere opbrengst van maatregelen benut gaat worden? (blz. 16)

In het Regeerakkoord 1998 is de volgende passage opgenomen: «Halverwege de kabinetsperiode zal de stand van onderscheiden budgetten worden opgemaakt en aan de hand daarvan zal worden gezien of nog aanvullende maatregelen nodig zijn om de geneesmiddelen-uitgaven binnen het budget te houden, respectievelijk of binnen het geneesmiddelenbudget ruimte is ontstaan om bij voorrang 200 miljoen te verschuiven naar de ouderenzorg/thuiszorg/PGB.»

De geciteerde passage uit het JOZ heeft dezelfde strekking als deze afspraak uit het Regeerakkoord. De kern van deze afspraak is tweeledig en loopt vooruit op een mogelijk andere feitelijke ontwikkeling van de uitgaven voor geneesmiddelen dan geraamd bij het opstellen van het Regeerakkoord 1998:

- a. indien halverwege de kabinetsperiode blijkt dat de uitgaven voor geneesmiddelen méér stijgen dan geraamd: noodzaak van aanvullende maatregelen bij de geneesmiddelen bezien;
- b. indien halverwege de kabinetsperiode blijkt dat de uitgaven voor geneesmiddelen minder stijgen dan geraamd: ontstane ruimte bij voorrang toevoegen aan de groeiruitte van de care (ouderenzorg/thuiszorg/PGB).

Het eerste deel van deze afspraak (a) heeft tot doel te voorkomen, dat een eventuele hogere uitgavenstijging bij de geneesmiddelen ten koste gaat van de afgesproken groeiruitte van andere zorgsectoren. Het tweede deel (b) richt zich op de inzet van een eventuele meeropbrengst van de maatregelen bij geneesmiddelen elders in de zorgsector, met name in de care.

40

Wat wordt precies bedoeld met pakketbeperking buiten-WTG-middelen? Wordt geen enkel zelfzorgmiddel op voorschrift meer vergoed en levert deze maatregel na aftrek kosten zoals substitutie met andere middelen, f 130 miljoen op, of wordt een beperkt deel van de zelfzorgmiddelen op voorschrift niet meer vergoed en wel voor bedrag f 130 miljoen? (blz. 16)

Zie het antwoord op vraag 38.

41

«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 geneesmiddelen op de intensiveringsruimte.» Wat wordt daar precies mee bedoeld? Kunnen extra kosten geneesmiddelen toch ten koste gaan van intensivering? Kunnen de bezuinigingen op de geneesmiddelen leiden tot hogere uitgaven elders in de zorg, zoals het IOO stelt? Wordt hier ook rekening mee gehouden? (blz. 16)

Zie het antwoord op vraag 39.

42

Kan een specificatie en nadere toelichting worden gegeven op het verschil van f 10 mld. tussen de bruto uitgaven zorgsector en het netto budgettair kader zorg? (blz. 17)

Om van de bruto uitgaven zorgsector naar de netto BKZ relevante uitgaven te komen moet een aantal stappen worden gemaakt. Allereerst worden de bruto zorguitgaven (1999: f 71,1 miljard) verminderd met de zorguitgaven waarvoor de minister van VWS niet budgettair verantwoordelijk is (opschoning, 1999: f 1,9 miljard). Hierbij kan worden gedacht aan uitgaven voor GGD-en, die door de gemeenten worden gedaan of de bijdrage van de minister van OC&W aan de financiering van de academische ziekenhuizen. Vervolgens vallen de uitgaven gefinancierd uit hoofde van eigen betalingen en eigen risico's buiten het bereik van de regels budgetdiscipline (1999: f 4,8 miljard), waarmee de netto BKZ relevante uitgaven in 1999 uitkomen op f 64,4 miljard. Zie hiervoor ook bijlage B1, tabel B1.7 (blz. B81).

Het bedrag van f 61,1 miljard zoals genoemd in tabel 1.1 is berekend door bij de netto BKZ-relevante uitgaven 1998 alleen de f 1,4 miljard volume-groei 1999 op te tellen. Van overige uitgavenmutaties tussen 1998 en 1999 (nominaal, technisch) is in deze presentatie geabstraheerd.

43

Kan een toelichting worden gegeven op «het structureel ongedaan maken van de korting fysiotherapie ad f 27 mln.»? (blz. 19)

Tijdens het Algemeen Overleg van 29 oktober jl. inzake de beperkende maatregel fysio- en oefentherapie heb ik aangegeven de incidentele korting van 32 mln. (waarvan 27 mln. in 2e compartiment neerslaat) te willen opschorten. Dit is ook in 1998 gebeurd. Ik heb nu besloten om deze korting structureel ongedaan te maken.

44

Voor de gehandicapten-, de ouderen- en de thuiszorg wordt voor 1999 in tabel 1.4 alleen een demogroei voorzien. Hoe verhoudt dit zich met het gestelde op pagina 15 waar wordt vermeld dat «het hoofddaccent op versterking van de ouderenzorg en de thuiszorg ligt»? Welke rol speelt de Aanvullende post in dat verband? (blz. 19)

Aan genoemde sectoren is in het JOZ vooralsnog inderdaad uitsluitend demogroei toegekend (tranche 1999). De ruimte voor aanvullende intensiveringen is geparkeerd op de aanvullende post. De toekenning van deze middelen geschiedt op basis van de meerjarenafspraken (zie ook het antwoord op vraag 14) en in lijn met de prioriteiten van het Regeerakkoord 1998. Bij de definitieve verdeling van deze middelen over de sectoren zal dan ook het hoofddaccent liggen op versterking van ouderenzorg en thuiszorg.

45

Ten gevolge waarvan nemen de geraamde exploitatiegevolgen van de intramurale capaciteitsuitbreiding WZV in de curatieve somatische zorg af? (blz. 19)

De geraamde exploitatiegevolgen van de intramurale capaciteitsuitbreiding WZV in de curatieve somatische zorg nemen in 1999 licht af met f 4,4 mln. Deze f 4,4 mln is het saldo van een stijging van geraamde exploitatiegevolgen van f 1,5 mln van initiatieven inzake capaciteitsuitbreiding en een daling van geraamde exploitatiegevolgen van f 5,9 mln van initiatieven inzake capaciteitsreductie.

46

Kan worden aangegeven wat wordt bedoeld met het opvangen van extra zorg als gevolg van afschaffing van de eigen bijdrage ziekenfondswet ad f 47 miljoen? (blz. 19)

De vragen 46 en 47 richten zich op de budgettaire gevolgen van het te verwachten volume-effect van het afschaffen van de eigen bijdragen ZFW per 1 januari 1999.

Bij invoering in 1997 werd uitgegaan van een remmend effect van de eigen bijdragen op het zorg- resp. geneesmiddelengebruik van in totaal f 110 miljoen: f 47 miljoen bij curatieve somatische zorg en f 63 miljoen bij genees- en hulpmiddelen. Hiervoor zijn vanaf 1997 de kaders voor deze sectoren structureel verlaagd. Deze verlaging wordt nu vanaf 1999 weer structureel ongedaan gemaakt.

47

Kan worden aangegeven wat wordt bedoeld met het opvangen van de verwachte stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen deels als gevolg van het afschaffen van de eigen bijdragen ziekenfondswet? Om welk deel gaat het hier? (blz. 19)

Zie het antwoord op vraag 46.

48

Klopt het dat in de curatieve sector van de intensiveringsruimte f 89 miljoen wordt besteed voor de dekking van een financieringsverschuiving, en dus ten laste komt van de daadwerkelijke groei? (blz. 19)

JOZ wordt aangegeven, dat van de groeiruimte 1999 f 321 miljoen aan de sector curatieve somatische zorg wordt toebedeeld. Hiervan is f 233 mln voor demogroei en f 89 miljoen voor een aantal «overige intensivering».

Onderdeel van de f 89 miljoen is f 4,8 miljoen om het besparingsverlies op te vangen, dat optreedt doordat wordt afgezien van invoering van een lage eigen bijdrage in het eerste jaar van opname in een PAAZ. Dit besparingsverlies wordt dus bepaald door minder ontvangsten en niet door extra uitgaven. Derhalve gaat het hier niet om een intensivering in de strikte zin van het woord. Het besparingsverlies dient echter wel ten laste van de intensiveringsruimte te worden gebracht. Lagere ontvangsten leiden immers tot hogere netto-uitgaven BKZ (zie ook de infobox op pagina 16–17 van het JOZ). Een ander deel van de f 89 miljoen heeft betrekking op het volume-effect (f 47 miljoen) als gevolg van de afschaffing van de eigen bijdrage Ziekenfondswet. Dit volume-effect is het gevolg van een financieringsverschuiving (van eigen bijdragen naar nominale premie ZFW).

Het afzien van een lage eigen bijdrage geldt ook voor het eerste jaar van opname in een psychiatrisch ziekenhuis. Ook dit besparingsverlies is dus

geen intensivering in strikte zin, maar dient wel ten laste van de intensiveringsruimte te worden gecompenseerd.

49

Is de constatering juist dat specifiek voor de verzorgingshuizen in 1999 geen intensiveringen worden voorzien, ook niet op een later moment vanuit de Aanvullende post? Hoe verhoudt dit zich tot het aantal van 35 000 ouderen die wachten op een plaats in een verzorgingshuis? (blz. 20)

In tegenstelling tot bijvoorbeeld de verpleeghuizen zijn in het JOZ voor 1999 voor de verzorgingshuizen inderdaad geen expliciete intensiveringen voorzien. Ik wijs er daarbij op, dat het bij de in het JOZ 1999 aangegeven intensiveringen (ruim 93 mln in 1999 voor verpleeghuizen) niet om nieuwe zaken gaat maar om verplichtingen die reeds zijn aangegaan in het kader van de vastgestelde bouwprioriteiten verpleeghuizen. In feite zijn dit soort verplichtingen jegens de verzorgingshuizen aangegaan in de door de provincies opgestelde plannen ex WBO voor de periode 1997–2000. Een en ander neemt niet weg dat bij de verdeling van de groei voor de ouderenzorg in het kader van de meerjarenafspraken vanuit de zgn Aanvullende post, de verzorgingshuizen wel degelijk mee zullen doen. Het aanpakken van de wachtlijsten-/tijden is daarbij een van de prioriteiten.

50

Is het waar dat de zorgzwaarte in de Groningse verzorgingshuizen sterk afwijkt van het gemiddelde in Nederland? Zijn er nog andere provincies die sterk afwijken van het gemiddelde en zo ja, welke? Welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag? Hoe is de situatie van de zorgzwaarte in relatie tot de variabele budgetten per WBO-plaats in de verschillende provincies? Welke oplossingen zult u in overleg met de desbetreffende provincie(s) bieden voor deze problematiek? (blz. 20)

De zorgzwaarte in de verzorgingshuizen in de provincie Groningen ligt inderdaad boven het gemiddelde in Nederland. De spreiding van zorgzwaarte over de provincies varieerde in 1997 van ca 10% beneden het gemiddelde tot ca 10% boven dit gemiddelde. Hierbij wil ik echter aantekenen, dat het systeem van meten van zorgzwaarte bij de verzorgingshuiszorg thans aangepast wordt om ook de psycho-sociale problematiek in de meting mee te nemen. Ik verwacht dat de Woonzorg Federatie over 1999 de eerste resultaten van een meer adequate meting van de zorgzwaarte zal leveren.

In het traject van het ontwikkelen van beleidsregels heeft het COTG geconstateerd dat ook de omvang en de verdeling van de variabele budgetten over het land niet gelijk zijn. In 1999 geeft het COTG de verzorgingshuizen inzicht in de verschillen van het instellingsbudget ten opzichte van het landelijk gemiddelde.

Er is zeker geen 1 op 1 relatie tussen relatieve zorgzwaarte en de hoogte van het variabel budget.

Het zoeken naar oorzaken van verschillen en mogelijke oplossingen is thans nog niet aan de orde. In de huidige fase staat het opbouwen van een deugdelijk systeem van meting van zorgzwaarte en het bepalen van beleidsregels door het COTG centraal. Over een mogelijkheid en fasering van een herverdelingstraject op basis daarvan, waarbij ook de Woonzorg Federatie is betrokken zal ik u te zijner tijd nader informeren. In het kader van de Meerjarenafspraken zal een deel van de intensivering-smiddelen worden ingezet voor de vermindering van de werkdruk als gevolg van zorgverzwaring.

51

Maakt het bedrag van f 175 mln. in verband met reeds gemaakte afspraken over scholing en werkdruk deel uit van de tweemaal f 200 mln. bovenop het reeds geraamde bedrag van f 900 mln. als overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling? Zo neen, gaat dit alsdan ten koste van de voorgenomen intensiveringsruimte? (blz. 20)

Zie het antwoord op vraag 18.

52

Kan gespecificeerd worden aangegeven hoe het bedrag van f 681 mln. intensiveringsruimte in 1999 over de prioriteiten van het regeerakkoord: vermindering werkdruk care, terugdringen wachtlijsten care en cure, inclusief het bedrag van f 175 mln. in verband met de OVA, zal worden versleuteld? (blz. 20)

Zie het antwoord op vraag 14. De brief over de stand van zaken bij de meerjarenafspraken gaat tevens in op de verdeling van de op de aanvullende post geparkeerde intensiveringsmiddelen 1999.

53

Waarop wordt de veronderstelling gebaseerd dat met doelmatiger voorschrijven van veelgebruikte geneesmiddelen f 10 mln. bespaard kan worden? Waarom wordt voor 1999 alleen f 140 mln. opbrengst verwacht uit doelmatiger voorschrijven en uit overheveling naar het derde compartiment? Zijn andere maatregelen mogelijk die ook op kortere termijn al enige opbrengst zullen hebben? Kan worden aangegeven welk deel van de geneesmiddelen in aanmerking komen om over te gaan naar het derde compartiment? (blz. 20)

Zie voor het antwoord op deze vraag de brief inzake het plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg die ik u over enkele dagen zal doen toekomen.

54

Kan worden gemotiveerd waarom er geen demografische groei voor verzorgingshuizen is ingeboekt? (blz. 20)

Zie het antwoord op vraag 49.

55

Wordt de f 42 mln. voor capaciteitsuitbreiding WZV uitgegeven aan reeds geplande bouwinitiatieven? Zo ja, betekent dit dat gedurende deze kabinetsperiode geen ruimte bestaat voor nieuwe prioriteiten en nieuwe projecten? Betekent dit tevens dat alle bestaande toezeggingen uitgevoerd kunnen worden? (blz. 20)

Daar op bladzijde 20 geen bedrag van f 42 miljoen aan capaciteitsuitbreiding WZV wordt genoemd, heb ik aangenomen dat wordt bedoeld op de f 48 miljoen capaciteitsuitbreiding WZV binnen de geestelijke gezondheidszorg. Deze f 48 miljoen betreft inderdaad uitgaven aan reeds geplande bouwinitiatieven. Daarnaast kunnen in deze kabinetsperiode wel nieuwe projecten worden toegevoegd, maar deze capaciteitsuitbreiding zal binnen het kader van de meerjarenafspraken, en dus ook binnen de afgesproken financiële kaders voor volumegroei moeten worden gefinancierd.

Alle bestaande toezeggingen kunnen worden uitgevoerd.

56

Kan uitgelegd worden hoe het afzien van invoering van een eigen bijdrage in het eerste jaar van opname in een psychiatrisch ziekenhuis kan worden opgevat als intensivering? (blz. 20)

Zie het antwoord op vraag 48.

57

Waarom wordt de geraamde hogere uitgave wegens demografische groei voor gehandicaptenzorg volledig gerealiseerd via capaciteitsuitbreiding WZV en niet gedeeltelijk via autonome groei en/of persoonsgebonden budget? (blz. 20)

De geraamde hogere uitgave betreft verplichtingen die in het kader van de WZV en de TVWMD reeds zijn aangegaan. De overige intensiveringsmiddelen voor 1999 alsmede de intensiveringsruimte na 1999 kunnen voor de genoemde doeleinden worden aangewend. In het kader van de meerjarenafspraken kunnen daarover afspraken worden gemaakt. Het effect van de uitvoering van de motie Van Blerck is in de begrote bedragen nog niet opgenomen. De bedragen dienen derhalve nog te worden verhoogd met de extra middelen die worden overeengekomen bij de meerjarenafspraken.

58

Kan inzicht worden verschaft in de opbouw van het bedrag aan nominale groei in 1999 mede in relatie tot de afgesloten CAO-Zorg? (blz. 21)

Het bedrag aan nominale groei in 1999 (en latere jaren) wordt met opzet versluierd weergegeven in het JOZ. Door niet expliciet te vermelden wat binnen het JOZ wordt geraamd voor nominale ontwikkeling, wordt voorkomen dat binnen het kader van de post-WAGGS systematiek een ondergrens wordt gelegd bij de onderhandelingen over de arbeidsvoorwaarderuimte in de gezondheidszorg. Gedurende het uitvoeringsjaar wordt de loon- en prijsbijstelling vanuit de aanvullende post over de sectoren verdeeld, waarmee de nominale ontwikkeling per sector zichtbaar wordt.

59

Wat betekent concreet «de verscherpte uitvoering van de indicatiestelling» m.b.t het zittend ziekenvervoer voor diegenen die daarop zijn aangewezen? Is de regering nog steeds van mening, ondanks de volumeoverschrijding, dat het zittend ziekenvervoer niet geheel gedecentraliseerd moet worden? (blz. 21)

De regering heeft besloten af te zien van decentralisatie van het zittend ziekenvervoer. Met zorgverzekeraars wordt besproken hoe het oneigenlijk gebruik van met name taxivervoer zal worden teruggedrongen. Voor wat betreft de indicatiestelling worden zorgverzekeraars geacht afspraken te maken met de voorschrijvers, in casu de huisartsen en de medisch-specialisten, met het oogmerk het gebruik van het zittend ziekenvervoer in overeenstemming te brengen met de aard van de (eventueel nieuw geformuleerde) verstrekking.

60

Wat zijn de gevolgen van het feit dat de structurele overschrijding bij de ziekenhuizen ten laste worden gebracht deels van de toegestane autonome groei voor 1999 en deels de budgettaire ruimte die voor meerjarenafspraken met sector is gereserveerd? Wat zouden de gevolgen zijn indien deze overschrijdingen vertaald zouden worden in een budgetkorting? (blz. 21)

De wijze waarop de structurele overschrijding bij de ziekenhuizen is verwerkt houdt in dat van de extra ruimte die in 1999 beschikbaar is, voor een deel is belegd met de doorwerking van reeds in 1997 verhoogde productie-afspraken. Hierdoor is voor – in 1999 te maken – extra productie-afspraken per saldo minder extra ruimte beschikbaar. Indien deze overschrijding vertaald zou worden in een generieke budgetkorting, betekent dit een budgetkorting van circa 0,5% van het budgetdeel dat op basis van de beleidsregels functiegerichte budgettering tot stand komt.

61

Als de totale groei in 1999 f 3,8 miljard is, kan hieruit dan geconcludeerd worden dat de nominale groei in 1999 f 2,385 miljard is? Hoe is deze opgebouwd? «De middelen voor loon- en prijsontwikkeling zijn vooralsnog op de aanvullende post geparkeerd». Waar is deze aanvullende post terug te vinden in het JOZ? (blz. 21)

De nominale uitgavengroei kan niet zonder meer worden afgeleid op de manier zoals in de vraag wordt verondersteld. De totale uitgavengroei wordt namelijk ook nog beïnvloed door een aantal technische uitgavenmutaties, zoals incidentele uitgaven in 1998 of uitgavenverschuivingen tussen de verschillende budgetdisciplinesectoren. Voor wat betreft het onderdeel van de vraag waarin wordt gevraagd naar de opbouw van de nominale groei wordt verwezen naar het antwoord op vraag 58. De aanvullende post, waarop de reservering voor nominale groei staat geparkeerd is een aparte sector binnen het JOZ (sector 8.05) en maakt deel uit van het hoofdstuk «Beheer en diversen».

62

Waarom is gekozen voor een schoksgewijze verhoging van de premies AWBZ en ZFW, en is niet reeds eerder een aanvang gemaakt met het wegwerken van de vermogenstekorten in resp. het Algemeen Fonds en de Centrale Kas? Welke motieven lagen ten grondslag aan het niet eerder opstarten van de vermogensinhaal? (blz. 23)

In het totaal van het koopkracht- en lastenbeeld is de afweging geweest om niet de AWBZ en ZFW-tekorten in te lopen. Daarbij is rekening gehouden met de per saldo vermogenspositie van de andere fondsen. Sinds de introductie van het geïntegreerd middelenbeheer kunnen de vermogenstekorten van de individuele fondsen niet los worden gezien van het geheel.

HOOFDSTUK 2 PUBLIC HEALTH/GEZONDHEIDSBELEID

63

Waarom zijn de uitgaven Preventieve Zorg waar het betreft de GGD over de jaren 1997, 1998 en 1999 gelijk (jaarlijks f 578 mln.) en wordt zo'n zelfde ontwikkeling tot en met het jaar 2002 voorzien? (blz. 25)

Via het gemeentefonds wordt vanuit het Rijk een bijdrage geleverd aan de financiering van de gemeentelijke uitgaven. Gemeenten hebben vervolgens hun eigen verantwoordelijkheid bij de besteding van deze gelden. Dit maakt het moeilijk te achterhalen welk deel van de uitgaven van gemeenten daadwerkelijk bij de GGD terechtkomen.

De beschikbare informatie over deze sector betreft realisatiecijfers van het Centraal Bureau voor de Statistiek over de jaren 1997 en eerder. Mede gezien de eigen verantwoordelijkheid van gemeenten en het feit dat deze uitgaven geen onderdeel uitmaken van het Budgettair Kader Zorg, wordt voor dit beleidsterrein een conservatieve raming gehanteerd.

64

Hoe is een verlaging van het bedrag aan Preventieve zorg ex AWBZ te verklaren over de jaren 1998, 1999 en 2000 van respectievelijk f 294,1 mln. naar f 280,8 mln. en uiteindelijk f 276,5 mln. mede in relatie tot de prioriteit voor preventie? (blz. 25)

Deze verlaging is voor een deel te verklaren door een herschikking in het JOZ 98 in verband met het Praeventiefonds.

In het JOZ 98 is voor het jaar 1998 48,8 mln. overgeheveld naar sector 2.02 «Preventieve zorg preventie; begroting», zodat de bekostiging van ZorgOnderzoek Nederland, zijnde de organisatie waarin het Praeventiefonds in 1998 is opgegaan, via de Rijksbegroting kan verlopen.

Echter als gevolg van een vertraging van de inwerkingtreding van de Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland is incidenteel voor 1998 23,8 mln. teruggeheveld. Zie voor nadere toelichting tabel B10 blz. B119.

65

Kunnen de specifieke factoren worden aangegeven waardoor het uitgavenniveau van de preventieve zorg in 1998 incidenteel hoger is dan in latere jaren? (blz. 25)

Voor specifieke factoren kan korthedshalve verwezen worden naar het antwoord op vraag 64. Tevens verwijs ik naar de toelichtingen op de bijbehorende B10-Tabellen (B118 t/m B123).

66

Tabel 2.2 Overigen: w.o. soa-klinieken

Waarop zijn de verschillen in beschikbare financiële middelen tussen de jaren 1996, 1997, 1998 en 1999 gebaseerd? (blz. 26)

De verschillen kunnen als volgt verklaard worden: dit onderdeel bestaat voor een belangrijk deel uit de (voorzien) kosten voor de SOA-klinieken (9,4 mln. (1999)) en voor overige uitgaven. Deze restant middelen zijn (nog) niet aan de andere in de tabel genoemde sectoren toebedeelde middelen, zoals incidentele intensivering t.b.v. nekkramp-epidemie in Putten.

67

Waarop is de verdubbeling van het bedrag voor Pre- en postnatale screening gebaseerd (1998: f 6,3 mln.; 1999: f 12,5 mln.)? (blz. 26)

Per 1 juli 1998 stelt de Ziekenfondsraad op mijn verzoek en met mijn instemming subsidie beschikbaar voor een nationaal programma pre- en postnatale preventie bij zwangeren en pasgeborenen. De subsidie-regeling betreft in hoofdzaak de bloedonderzoeken bij zwangere vrouwen en het anti-Rhesus D-immunoglobuline (antenataal en post partum) en het Hepatitis B vaccin voor pasgeborenen van Hepatitis B positieve vrouwen. Hiermee is per genoemde datum tevens uitbreiding gegeven aan het bestaande programma anti-D. Het betreft uitbreiding met de toediening van immunoglobuline reeds tijdens de zwangerschap aan Rhesus-D-negatieve zwangeren die nog geen levend kind hebben en die (nog) niet tegen het Rhesus-D-antigeen geïmmuniseerd zijn; invoering van een screening van alle zwangeren op het voorkomen van irregulaire anti-stoffen.

Ik heb u hierover in mijn brief van 9 februari 1998 (GZB/GZ 98-525) geïnformeerd.

Per 1 juli jl. heb ik de gelden die tot die datum verspreid in het JOZ waren opgenomen en die gemoeid zijn met de preventie van zwangerschapsimmunisatie, gecentraliseerd. Voor de tweede helft 1998 is hiermee nog een bedrag van f 6,3 miljoen gemoeid, en voor geheel 1999 f 12,5 miljoen.

68

«Ook moet worden geconstateerd dat het public health beleid er moeite mee heeft om bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen te elimineren.»

Op welke wijze zal «een breed gedragen public health beleid» vorm worden gegeven, zodanig dat de bestaande sociaal-economische gezondheidsverschillen zullen worden geëlimineerd? Op basis van welk(e) onderzoek(en) wordt dit geconstateerd? Kan de Kamer de beschikking krijgen over deze onderzoeken? (blz. 27)

Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 1997, die u indertijd is toegezonden, blijkt dat de omvang van de meeste bevolkingsgroepen die nu een gezondheidsachterstand hebben naar verwachting tot 2015 sneller zal toenemen dan die van de algemene bevolking. Op basis van het feit dat in alle Westerse landen de gemiddelde gezondheid van mensen uit hogere SEG-groepen sneller toeneemt dan die van de lagere SEG-groepen bestaat een reële mogelijkheid op een vergroting van de achterstand van sociaal-economisch zwakke groepen. Het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen (SEGV) blijft echter uitgangspunt voor beleid. De werkzaamheden van de Programma-commissie SEGV II dragen hieraan bij. De commissie kent als hoofddoelstellingen: het systematisch ervaring opdoen met interventies gericht op het terugdringen van SEGV, het monitoren van de ontwikkeling van SEGV en het verder vergroten van de kennis met betrekking tot de achtergronden van SEGV. Overigens is het helaas een illusie dat dergelijke gezondheidsverschillen op korte termijn «geëlimineerd» kunnen worden.

69

De VTV 1997 geeft aan dat door preventie nog veel gezondheidswinst te behalen is. Waardoor is het aandeel van de groei van het totale zorgbudget voor de preventie dan toch sterk achter gebleven? (blz. 27)

Zie het antwoord op vraag 8.

70

Waardoor kan de financiering van het kwaliteitsbeleid voor sociaal-geneeskundigen niet het structurele karakter krijgen als dat van bijvoorbeeld curatieve artsen? (blz. 27)

Gezien het feit dat de curatieve artsen van oudsher als vrij gevestigden zijn aan te merken, is voor het kwaliteitsbeleid van deze beroepsgroep in de tarieven een mogelijkheid gecreëerd. Voor de sociaal geneeskundigen, die in dienstverband werkzaam zijn bij bijvoorbeeld GGD-en en ARBO-diensten, betreft dit een verantwoordelijkheid van de werkgever.

71

In totaal is voor de experimentele implementatie van programmatische preventie in de extramurale sector in 1999 ongeveer f 7 mln op de Rijksbegroting beschikbaar. Wat houdt deze experimentele implementatie in? (blz. 27)

Voor een landelijke implementatie van activiteiten op het terrein van de programmatische preventie komen alleen die onderwerpen in aanmerking die «bewezen effectief» zijn. Dit vergt ook in beginsel een expliciete beslissing van mij voor invoering. In de praktijk blijkt dat de invoering van bewezen effectieve interventies en/of methoden in de aanvangsfase meestal gediend is met experimentele randvoorwaarden. Hierbij kan worden gedacht aan tijdelijke ondersteuning bij de invoering, uitgebreide voorlichting en pr-activiteiten, aanpassing automatisering, proces- en effectevaluaties tijdens de beginfase en indien nodig bijstelling, e.d. Na

deze opstart-fase volgt een consolidatiefase waarin de nieuwe methode zijn plaats moet hebben gevonden en waarin de tijdelijke stimulerings-activiteiten weer worden gereduceerd. De alsdan vrijkomende gelden worden weer ingezet voor het «experimenteel implementeren» van nieuwe activiteiten. Voorbeelden tot dusverre zijn de invoering van de programmatische griepvaccinatie, de screening op cervixcarcinoom, en sinds kort de implementatie van activiteiten op het terrein preventie van hart- en vaatziekten, preventie van depressie en preventie van decubitus.

72

Vindt in het proces van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker voldoende afstemming plaats tussen de uitvoerende partijen? Hoe kan deze afstemming beter worden geregeld? Wat is de stand van zaken rond de eerdere kritiek omtrent de verschillen in beloning voor gelijke taken? (blz. 27)

Op sommige punten kan de afstemming tussen de partijen, betrokken bij het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker, zeker verbeterd worden. Op initiatief van de Ziekenfondsraad is dit jaar door een extern adviesbureau een inventarisatie gemaakt van de regionale organisatieverschillen bij de cervix-screening, waaruit aanbevelingen naar voren zijn gekomen op het vlak van de bestuurlijke structuur, de efficiëntie, de kwaliteit en de ondersteuning vanuit de Ziekenfondsraad door de landelijke Coördinatiecommissie voor het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker (Cocomba). Thans is met grote voortvarendheid een verbetertraject ingang gezet. De beloningsstructuur is daarbij één van de agendapunten.

73

Waarom vallen de huidige activiteiten op het gebied van public health, zoals hygiënemaatregelen weg? Welke negatieve effecten zal dit met zich meebrengen? (blz. 27)

Gelukkig vallen de huidige activiteiten op het gebied van public health, zoals hygiënemaatregelen, niet weg. Bedoeld is om aan te geven dat in het verleden al heel veel gezondheidswinst bereikt is via public health maatregelen als waterleiding en riolering. Deze moeten in stand gehouden worden om het bereikte effect te behouden, dat vermoedelijk vele malen groter is dan wat we met nieuwe maatregelen kunnen bereiken.

74

Kan worden aangegeven op welke wijze de gezondheid van groepen mensen met een lage SES en meer gezondheidsproblemen zal worden verbeterd? (blz. 27)

Determinanten van de toestand van de volksgezondheid in Nederland zijn niet uitsluitend binnen de sector van de volksgezondheid te vinden. Factoren buiten het domein van de volksgezondheid zoals arbeid, huisvesting, onderwijs, milieu, verkeer, economie en recreatie beïnvloeden de gezondheidssituatie. Facetbeleid (dat zich richt op het domein buiten het volksgezondheidsterrein) kan een belangrijke bijdrage leveren aan de preventie van ongezondheid. Een nauwe samenwerking van de betrokken overheden op zowel nationaal als lokaal niveau draagt dan ook bij aan de oplossing van dit probleem.

75

Kan de minister aangeven hoe zij denkt de moeilijk bereikbare groepen van allochtone afkomst te bereiken met preventieve zorg? Kunt tevens

worden aangegeven hoe dit onderdeel uitmaakt van het Grote Stedenbeleid? (blz. 28)

Gemeenten hebben verantwoordelijkheden op het brede terrein van de volksgezondheid: preventie (WCPV-taken), «cure» (gemeentelijke beleidstaken, afgestemd met de curatieve sector en de GGZ), «care» (zorg voor jeugd, gehandicapten en ouderen), verslavingszorg, maatschappelijke opvang en maatschappelijk werk. Moeilijk bereikbare groepen van allochtone afkomst kunnen met name door acties op lokaal niveau – en waar nodig met een wijkgerichte aanpak – bereikt worden. Vanuit de rijksoverheid zijn initiatieven van werkgevers en werknemers in de zorgsector die gericht zijn ontwikkeling en implementatie van intercultureel management (TOPAZ) ondersteund. Voorts kan verwezen worden naar maatregelen gericht op armoedebestrijding en inburgering van allochtonen.

Zoals in het Regeerakkoord vastgelegd, zal in het Grote stedenbeleid de versterking van de sociale infrastructuur één van drie pijlers zijn. Gezondheidszorg is één van de elementen van de sociale infrastructuur. Omdat allochtonen een substantieel deel vormen van de bevolking van de grote steden is het voor de hand liggend dat er specifiek aandacht geschonken wordt aan de problemen van allochtonen rond gezondheidszorg.

76

Kan worden ingegaan op de eventuele noodzaak tot aanpassing van de regelgeving op basis van de AWBZ? (blz. 28)

Nadat het standaardbasispakket – na ontvangst van het advies van het Platform Openbare Gezondheidszorg – door mij zal zijn vastgesteld zal dit pakket juridisch worden verankerd in een algemene maatregel van bestuur op basis van de Wet collectieve preventie volksgezondheid. De collectieve preventie terzake van gezondheidsrisico's voor jeugdigen wordt immers krachtens artikel 3 van de WCPV door de gemeenteraad uitgevoerd. De jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar wordt echter uitgevoerd ex AWBZ. De wenselijkheid van een aanpassing van regelgeving op basis van de AWBZ zal om deze reden worden onderzocht.

77

Op welke wijze wordt «een extra en gerichte inspanning» vorm gegeven om groeperingen met een systematische achterstand in hun gezondheids-toestand «maximaal te laten profiteren van effectieve preventieve zorg»? (blz. 28)

Zie het antwoord op vraag 75.

78

Is bekend welke effecten de toegangsbijdrage heeft gehad voor de vaccinatiegraad van 0–4 jarigen, mede in relatie tot een verwachte vaccinatiegraad in 1998 van ± 95%? (blz. 28)

Vaccinaties in het kader van het Rijksvaccinatieprogramma en de PKU/CHT-screening zijn altijd gratis verstrekt. Het heffen van de toegangsbijsdrage vormde daarom geen enkele belemmering voor het ontvangen van de vaccinaties onder het regime van de jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar. De thuiszorg- en kruiswerkorganisaties met 0–4 jarigenzorg zijn hier bij brief van 14 oktober 1997 door de Inspectie voor de gezondheidszorg nog eens op gewezen. Momenteel wordt een onderzoek voorbereid naar het bereik van de jeugdgezondheidszorg 0–4 jaar. In dit onderzoek zal de vraag naar het vaccinatiebereik worden betrokken. Het resultaat van het onderzoek verwacht ik in februari/maart 1999.

Is er mogelijk sprake van verschraving vanwege de bestaande erkennings-normering met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen in relatie tot de capaciteit van artsen werkzaam als CB-arts? Is onderzoek terzake noodzakelijk? (blz. 28)

Per 1 januari 1997 is voor de status aparte activiteiten van de thuiszorg (ouder- en kindzorg, dieetadvisering en collectieve preventie) een eigen budget vastgesteld. De laatste tijd zijn signalen ontvangen dat er in de sector van de status aparte problemen zouden zijn ontstaan. Met name in de ouder- en kindzorg zouden bezuinigingsmaatregelen worden genomen. In het bijzonder zou op de huisvesting bezuinigd worden, met als gevolg een afname van het bereik van de ouder- en kindzorg. Om deze reden is het COTG verzocht om nader onderzoek te verrichten naar de kosten en de productie van de status aparte activiteiten in het jaar 1997. Dit onderzoek, dat bij alle instellingen zal plaatsvinden die de status aparte producten leveren, is inmiddels van start gegaan. Het resultaat wordt in februari/maart 1999 verwacht.

Kan worden aangegeven welke concrete initiatieven er zijn, gericht op preventie of vermindering van lichamelijke, psychische en gedragsproblemen en het voorkomen van onnodige sociale en maatschappelijke beperkingen, in het bijzonder bij jonge gehandicapten? (blz. 28)

In het JOZ 1999 wordt een aantal concrete intensiveringen vermeld, die beogen de preventieve effecten te sorteren, die in de vraagstelling worden genoemd.

Meer in het bijzonder zijn voor vermindering of voorkoming van onnodige beperkingen bij jongeren en jongvolwassenen met een handicap de volgende maatregelen genomen.

- a) In 1998 worden 58 plaatsen voor zware problematiek (achtervang-capaciteit) gecreëerd bij drie instellingen. Dit wordt bekostigd uit het bij Voorjaarsnota beschikbaar gestelde extra bedrag ad f 6 miljoen, voor uitbreiding respectievelijk aanpassing van bestaande plaatsen.
- b) Voor verstandelijk gehandicapten met ernstige gedragsproblematiek is in 1998 tevens een bedrag van f 12,7 miljoen voor vijf behandelinstellingen, f 8,5 miljoen voor crisisinterventie en f 1 miljoen voor preventie beschikbaar.
- c) Tenslotte zijn in 1998 met de beschikbare f 5,3 miljoen 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.

In meer algemene zin duidt de vraag op maatregelen rond vroegbehandeling van zeer jonge gehandicapte kinderen. Het is immers onomstreden dat met voldoende vroeghulp, gedurende de eerste levensjaren van kinderen met een handicap, de beste voorwaarden worden geschapen voor optimale zelfredzaamheid. Centraal staat bij vroeghulp het op gang brengen van communicatie, ook in non-verbale vorm, tussen gehandicapte kinderen en hun ouders/verzorgers.

Met betrekking tot deze vroeghulp wijs ik op de volgende maatregelen.

- a) Voor kinderen met een lichamelijke handicap is vroeghulp opgenomen in een subsidieregeling van de Ziekenfondsraad.
- b) Voor verstandelijk gehandicapte kinderen maakt vroeghulp deel uit van de categoriale ambulante zorg, onder andere uitgevoerd door de sociaal pedagogische diensten. Ook de vigerende substitutieregeling en het Zorgvernieuwingsfonds (na 1998: de geflexibiliseerde zorgaanspraak AWBZ) dienen veelal als bekostigingsinstrument voor vroeghulpactiviteiten.
- c) Op het begrotingsartikel gehandicaptenbeleid van de VWS-begroting

1999 zijn in beperkte mate middelen beschikbaar ter stimulering en afstemming van programma's en methoden «alternatieve communicatie voor mensen met een verstandelijke handicap».

81

Opvallend in het JOZ is, dat ZON relatief zeer veel opdrachten krijgt voor o.a. het opzetten van programma's, onderzoek en projecten. Is ZON voldoende geëquipeerd, en heeft zij voldoende capaciteit om tijdig aan al die opdrachten te kunnen voldoen? (blz. 29 e.v.)

Een substantieel deel van het PEO-programma volksgezondheid en zorg verloopt inderdaad via ZorgOnderzoek Nederland. ZON is een intermediaire onderzoeksorganisatie, die dus zelf geen onderzoek uitvoert. Concreet gaat het in 1999 om een bedrag van ruim 90 mln. Dat betekent ten opzichte van 1998 een stijging met ca. 6 mln. Deze stijging is in belangrijke mate het gevolg van het streven naar een samenhangende aansturing van middelen voor projecten, experimenten en onderzoek. In het licht van dit streven wordt getracht het aantal intermediairen dat betrokken is bij de programmering en uitvoering van door VWS bekostigde projecten, experimenten en onderzoek, terug te brengen. In 1999 zal daarom een groot deel van de activiteiten van de Nationale Commissie Chronisch Zieken aan ZON worden overgedragen. ZorgOnderzoek Nederland is sinds 1995 in een oprichtingsconstructie actief als commissie van het Praeventiefonds, dat is opgeheven. De organisatie heeft in de afgelopen jaren getoond voortvarend deskundigheid op het gebied van uiteenlopende terreinen te kunnen mobiliseren. Op alle voor 1998 aan ZON opgedragen gebieden zijn inmiddels programma's ontwikkeld dan wel voorstellen in voorbereiding. Ik acht ZON dan ook voldoende geëquipeerd om opdrachten op verschillende terreinen tijdig en adequaat ter hand te nemen.

82

Wordt voor het modelpreventieproject psychische problematiek één ton uitgetrokken, en is dit in overeenstemming met de projectbegroting? (blz. 29)

Het modelpreventieproject psychische problematiek heeft een looptijd van meerdere jaren, namelijk van 1996 tot en met 1999. In 1999 wordt het project afgerond en daarmee is het bedrag dat voor dit jaar beschikbaar wordt gesteld dan ook lager dan de jaren daarvoor. In het JOZ is het bedrag afgerond tot f 0,1 mln. Het gaat om precies te zijn om een bedrag van f 0,125 mln.

83

«Het project ouderentechnologie, dat deel uitmaakt van het interdepartementale stimuleringsprogramma technologie en samenleving van EZ, VROM en VWS stimuleert dit concept DESIGN FOR ALL.»

Wat zijn de mogelijkheden om het programma «Seniorweb» een onderdeel van dit stimuleringsprogramma te laten worden? (blz. 29)

Het project «Ouderentechnologie», een driejarig stimuleringsprogramma binnen het programma «Technologie en Samenleving», loopt eind dit jaar af. Seniorweb heeft overigens de afgelopen jaren, in het kader van dit stimuleringsprogramma, voor enkele kleinere projecten een subsidie ontvangen. Daarnaast krijgt Seniorweb ook jaarlijks een substantiële subsidie in het kader van het P&O (Projecten en Onderzoek)beleid van het Ministerie van VWS.

Momenteel wordt een zogenaamde Strategische Conferentie Ouderentechnologie voorbereid, die de basis moet leggen voor verdere (overheids)activiteiten op het terrein van ouderentechnologie, i.c. een

eventueel vervolg van bovengenoemd stimuleringsprogramma. Duidelijk is dat het onderwerp «ouderen en informatietechnologie» de komende jaren hoop op de prioriteitenlijst zal staan en dat Seniorweb hierbij een belangrijke rol zal (blijven) spelen.

Overigens vinden op dit moment met Seniorweb gesprekken plaats over een geleidelijke afbouw van de subsidie ten gunste van zelf verworven inkomsten.

84

«De gezonde levensverwachting van mannen is de afgelopen jaren iets toegenomen, die van vrouwen niet.» Is een verklaring te geven voor deze ontwikkeling? (blz. 29)

VTV-97 signaleert een opvallende afname van het verschil in levensverwachting tussen mannen en vrouwen van 6,7 jaar in 1980 naar 4,2 jaar in 2015. Een levensverwachting die overigens voor beide groepen internationaal vergeleken nog steeds zeer hoog is, en nog steeds stijgt. De achterliggende verklaring van deze trend is gelegen in het feit dat vrouwen zich (op gezondheidsgebied) steeds «mannelijker» gaan gedragen (roken, drinken, stress, en dergelijke). Helaas komt dit ook tot uitdrukking in een stijging van de van oudsher als typisch «mannelijk» aangeduide gezondheidsproblemen als coronaire hartziekten en longkanker. In het verlengde hiervan neemt het aantal gezonde jaren bij vrouwen niet toe, in tegenstelling tot bij mannen. Deze conclusie onderstreept de noodzaak binnen voorlichtings- en preventiemaatregelen voor seksspecifiteit van onder meer de determinanten van risicogedrag, waarbij met name het roken, als belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak, aandacht verdient.

85

Wat is de hoogte van de meerjarenbudgetten chronisch ziekenbeleid en welke andere aanwending zullen deze krijgen? Welke criteria zullen daarbij gelden? (blz. 30)

Het budget voor onderzoek en ontwikkeling op het terrein van chronisch zieken bedraagt op jaarbasis f 6,7 mln. Dit bedrag wordt tot 1999 door de Nationale Commissie Chronisch Zieken (NCCZ) tot besteding gebracht. In de loop van 1999 zullen de activiteiten van de NCCZ aan ZorgOnderzoek Nederland en het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van NWO worden overgedragen. Bij de verdeling van de middelen wordt aangesloten bij de doelstellingen van de betreffende intermediaire organisatie. Dat betekent dat onderzoeksactiviteiten die raakvlakken vertonen met het NWO-programma chronisch zieken door NWO zullen worden begeleid en meer praktische projecten en experimenten in de ZON-structuur worden ingebed.

86

Kan worden aangegeven wat de rol van het WOCZ zal zijn na opheffing van het NCCZ? (blz. 30)

Het WOCZ heeft zich in de afgelopen jaren gericht op het behartigen van de ziekte-overstijgende belangen van chronisch zieken en het vergroten van het slagvaardig optreden van patiëntenorganisaties. Mede dankzij de aandacht die vanuit de NCCZ aan de doelgroep chronisch zieken is besteed, is het ledenaantal van de WOCZ sterk toegenomen en heeft de organisatie een zichtbare positie verkregen als belangenbehartiger van chronisch zieken.

Het kan niet worden ontkend dat de opheffing van de NCCZ voor de WOCZ consequenties zal hebben. Wat die consequenties zullen zijn, zal sterk afhangen van de wijze waarop het WOCZ, in samenwerking met

andere patiënten/consumentenorganisaties die op dit terrein actief zijn, in de komende periode aan zijn doelstellingen gestalte wil geven. Dit proces vergt een zorgvuldige afweging. Door de NCCZ is daarom het initiatief genomen tot een (evaluatie)onderzoek waarin rol en positionering van het WOCZ in het veld van patiënten/consumentenorganisaties centraal staan. Dit evaluatieonderzoek kan het WOCZ ondersteunen in zijn proces van bezinning.

87

Voorgesteld wordt de beschikbare middelen voor bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker op te hogen naar f 50 mln. Kan worden aangegeven in welke mate de gezonde levensverwachting van de doelgroep stijgt? (blz. 30)

Het is thans nog te vroeg om wetenschappelijk verantwoorde uitspraken te kunnen doen over o.m. de gezondheidseffecten van het bevolkingsonderzoek naar baarmoederhalskanker. Bedacht moet worden dat het, na het besluit tot herstructurering van deze screening in 1991, tot 1998 geduurd heeft voor de implementatie hiervan voltooid kon worden en een landelijk dekkende voorziening is bereikt. Nog steeds vinden verbeteringen in de kwaliteit en de organisatie van de screening plaats (zie ook het antwoord op vraag 72/37), die hun weerslag zullen hebben op de levensverwachting van de doelgroep. Binnen ongeveer vijf jaar kunnen de eerste voorspellingen over de gezondheidseffecten van deze screening gedaan worden en omstreeks 2010 kunnen de gezondheidseffecten betrouwbaar geëvalueerd worden.

88

Kan worden aangegeven hoe het is gesteld met de therapie-trouw van HIV/aidspatiënten bij de combinatietherapieën? (blz. 31)

Voor een optimaal effect dient combinatietherapie bij HIV/Aids levenslang te worden volgehouden, wat zoals bekend bepaald geen sinecure is. Algemeen wordt aangenomen dat de mate van therapietrouw bij HIV/Aids niet minder groot is dan bij bijvoorbeeld diabetes of het gebruik van bloeddrukverlagende middelen. Deze bedraagt zo'n 60 procent. Vele factoren zijn hierop echter van invloed en het is van belang dat er meer inzicht komt in de wijzen waarop therapietrouw gunstig kan worden beïnvloedt. Recent door NATEC uitgevoerd onderzoek laat zien dat van de 333 patiënten die sedert 1 juli 1996 in het AMC, buiten trialverband, met een nieuwe combinatie behandelingen zijn begonnen, anderhalf jaar later nog maar zo'n 20% het oorspronkelijk voorgeschreven regime gebruikt. Dit geeft aan hoe moeilijk het is de huidige behandelingen in te nemen en voor te schrijven.

89

Wat zijn de eerste bevindingen van het proefproject vaccinatie van drugsgebruikers en homo- en heteroseksuelen met veel wisselende seksuele partners tegen hepatitis B? Indien dit project slaagt, wordt vaccinatie dan structureel? Zo ja, waar zal dat na 1999 uit gefinancierd worden? (blz. 31)

Na enkele maanden van voorbereiding is in oktober 1998 gestart met de daadwerkelijk vaccinatie van homo- en heteroseksuelen met veel wisselende contacten en druggebruikers. Gezien de korte tijd dat het project nu loopt, is er nog niets te zeggen over het verloop. Indien het project na evaluatie (begin 2000) succesvol is gebleken, zal dan bekeken worden of dit onderwerp voldoende prioriteit heeft en waar eventueel financiering gevonden kan worden.

«De vaccinatiegraad ligt tussen de 93 en 97%.»

Waarom wordt geen percentage van 100% gehaald? Komen deze mensen ergens te anders terecht of niet in aanraking met vaccinatie? Hoe worden mensen benaderd? (blz. 31)

Vaccinatie vindt in Nederland op basis van vrijwilligheid plaats. Dit betekent dat het niet mogelijk is om mensen tot vaccinatie te dwingen. Alle ouders die een kind bij de gemeente aangeven, ontvangen automatisch een oproepkaart. Als ze niet komen, wordt er uitgebreid gerappeld.

Dat de vaccinatiegraad toch niet 100% is, heeft verschillende oorzaken:

1. Sommige mensen kiezen er uit geloofs-, of levensovertuiging bewust voor hun kind niet te laten inenten
2. Sommige mensen (met name van buitenlandse afkomst) begrijpen de uitnodigingspapieren niet (ondanks dat deze in verschillende talen worden toegelicht en er vooraf mondelinge voorlichting op het consultatiebureau heeft plaatsgevonden) of vergeten gewoon om te komen.
3. De administratieve vaccinatiegraad komt niet altijd overeen met de werkelijkheid, bijvoorbeeld omdat immigranten wel in het land van herkomst zijn ingeënt maar dit niet bij de entadministratie wordt geregistreerd. Ook worden incidenteel kinderen buiten het Rijksvaccinatieprogramma om gevaccineerd, bijvoorbeeld door de huisarts.

Voor een adequaat vaccinatieprogramma is het niet per definitie noodzakelijk een vaccinatiegraad van 100% te bewerkstelligen. De kans dat een ongevaccineerde persoon besmet wordt (of anderen besmet) met ziekten waartegen de hele omgeving is beschermd, is vrijwel nihil. Dit noemt men groepsimmunitet. Deze groepsimmunitet is echter afwezig in grote groepen ongevaccineerden die regelmatig bijeen zijn. Daarom is er vooral winst te behalen door extra activiteiten te richten op groepen met een relatief lage vaccinatiegraad. In 1998 is het Handboek Poliozorg geïntroduceerd bij reformatische scholen, christelijke reisorganisaties en bedrijven met veel ongevaccineerde werknemers. Het handboek heeft als doel introductie en verspreiding van polio door niet-gevaccineerden binnen de gereformeerde gezindte te beperken.

Een onderzoek naar de vaccinatiegraad van allochtone kinderen heeft uitgewezen dat de huidige inspanningen van consultatiebureaus en GGD's om deze personen te bereiken, zeer effectief en nuttig zijn en zeker moeten worden voortgezet.

Verder is een onderzoek gaande naar de mogelijkheden om de vaccinatiegraad voor DTP en BMR onder onvolledig geïmmuniseerde 16-jarigen te verhogen. Ook wordt binnenkort een uitgebreide brochure over het Rijksvaccinatieprogramma uitgegeven, waardoor twijfelende ouders beter kunnen worden voorgelicht.

«...ontvangen ook organisaties als SAD-Schorerstichting en de Stichting SOA-bestrijding elk een rijksbijdrage voor de coördinatie en uitvoering van activiteiten.» Recente onderzoeken tonen aan dat ondanks voorlichtingscampagnes met overheidsgeld jongeren niet overtuigd zijn geraakt van het belang van het gebruik van condooms. Zijn naar aanleiding van deze onderzoeken andere voorlichtingsstrategieën uitgedacht? (blz. 32)

In aanvulling op algemene voorlichtingscampagnes over veilig vrijen voor jongeren, primair gericht op het vergroten en onderhouden van de kennis hieromtrent, worden zeer verschillende verdiepingsactiviteiten georganiseerd en toegespitste materialen ontwikkeld, gericht op het bewerkstel-

ligen van (blijvende) gedragsverandering. Voorbeelden hiervan zijn de door de Stichting SOA-bestrijding ontwikkelde lespakketten «Lang leve de liefde» en «Ziek van de liefde», advertenties in schoolagenda's, trainingen voor jongerenwerkers, en optredens van theatergroepen. Aan de hand van continue monitoring van het bereik van de activiteiten wordt steeds opnieuw gezocht naar mogelijkheden om moeilijk bereikbare doelgroepen als jongens goed te informeren over seksualiteit, SOA, Aids en veilig vrijen.

92

SOA-poliklinieken en laagdrempelige SOA-bestrijding is voor 1999 ingeboekt voor respectievelijk f 9,4 mln. en f 0,9 mln. Uit tabel 2.2 op pagina 26 blijkt dat de uitgaven 1999 over overigen in dat jaar met f 5,9 mln. worden gekort? Graag een specificatie met toelichting. (blz. 32)

Structureel beschikbaar voor de SOA-poliklinieken (ex-AWBZ) is f 9,4 mln. Het resterende bedrag bestaat uit overige middelen. Er is dus geen budgetkorting op het onderdeel SOA-poliklinieken voorzien.

93

«De drie belangrijkste kerntaken van het NIGZ zijn voorlichting richting algemeen publiek, ondersteuning van intermediairen en pleitbezorging.» Kunnen deze activiteiten aan de hand van concrete voorbeelden toegelicht worden? (blz. 32)

De core-business van het Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) is het systematisch ontwerpen en implementeren van interventies gericht op veranderingsprocessen ter bevordering van gezond gedrag. Dit uit zich in de genoemde drie kerntaken, die zoals verzocht kort zullen worden toegelicht.

1. De voorlichting richting algemeen publiek is met name bekend door de activiteiten in het kader van Alcohol Voorlichting en Preventie (AVP), zoals de alcoholmatigingscampagne «Drank maakt meer kapot dan je lief is» en de daarvan deel uitmakende Alcohol Infolijn. In het kader van deze campagne wordt ook ruim aandacht besteed aan pleitbezorging bij overheden en instellingen ten aanzien van een alcoholmatigingsbeleid. Ook de patiënten/consumentenvoorlichting, en gezondheidsvoorlichting aan migranten (ondermeer met betrekking tot AIDS) en de voorlichting over mondgezondheid maken deel uit van de publieksinformatie.
2. Een concreet voorbeeld van de ondersteuning door het NIGZ van intermediairen, is de ontwikkeling van het Preventie Effectiviteits Instrument (PREFFI). Dit instrument brengt factoren in beeld waarvan uit onderzoek is gebleken dat die de beoogde interventie beïnvloeden; praktijkwerkers, zoals GVO-preventiespecialisten bij GGD's, Riagg's, CAD's, thuiszorginstellingen, categorale voorlichtingsorganisaties en ziekenhuizen, worden nu geschoold door het NIGZ in het gebruik van dit instrument ten behoeve van een kwaliteitsverbetering van hun voorlichting.
3. Een effectieve implementatie van gezondheidsbevordering vereist een inbedding in beleid van instellingen (zorg, onderwijs, sport, commercie) en (gemeentelijke) overheden. Het NIGZ voert een groot aantal projecten uit gericht op een dergelijke implementatie. Voorbeelden daarvan zijn de inbedding van beleid ten aanzien van patiëntenvoorlichting in thuiszorginstellingen, de invoering van beleid ten aanzien van seksuele vorming op scholen en beleidsadvisering aan GGD'en. Recentelijk is het NIGZ in opdracht van VWS gestart met een project gericht op de landelijke implementatie van een beleid ten aanzien van preventie van decubitus in zorginstellingen. Samen met de VNG ontwikkeld het instituut een ondersteuningsaanbod voor

gemeenten ten aanzien van lokaal gezondheidsbeleid. Het NIGZ coördineert ook het Europees Netwerk van Instituten voor Gezondheidsbevordering dat ondermeer bij de Europese Commissie pleit voor meer aandacht voor gezondheidsbevordering en aandacht voor gezondheid in facetbeleid.

94

Welke aanknopingspunten biedt het Regeerakkoord voor de komende jaren om het facetbeleid te versterken? (blz. 33)

De NSPH, die het ministerie van VWS ondersteunt bij het facetbeleid, is bezig zowel het Regeerakkoord als de Rijksbegroting 1999 te screenen op gezondheidsrelevante thema's en zal in overleg met het ministerie van VWS besluiten tot het uitvoeren van meer uitgebreide Gezondheidseffectscreeningen. De resultaten van deze GES-en zullen ingebracht worden bij de besluitvorming over deze thema's, zodat de mogelijke gezondheids-effecten kunnen worden meegewogen. Naast deze wijze van uitvoering van het facetbeleid in de komende regeerperiode, biedt ook de tekst van het Regeerakkoord en de daarbij afgelegde regeringsverklaring, een belangrijk algemeen aanknopingspunt voor het versterken van het facetbeleid. Vastgesteld wordt namelijk dat gezondheidsbescherming en het voorkomen van ziekte belangrijke beleidsdoelen blijven en dat het hier gaat om breed beleid. Als voorwaarde voor een goede gezondheidstoestand van onze bevolking worden genoemd een veilig verkeer, gezond voedsel, een schoon milieu, beperking van het gebruik van drugs en alcohol, een goede sociale infrastructuur en een verstandige leefstijl. Het creëren van deze voorwaarden vereist een krachtig gevoerd facetbeleid vanuit het ministerie van VWS, zodat de mogelijke negatieve maar ook positieve gezondheidseffecten van voorgenomen beleidsmaatregelen op de terreinen wonen, werken, vervoer en milieu uitdrukkelijk in de besluitvorming worden betrokken.

95

Wordt de nu geldende code voor tabaksreklame eerst nog geëvalueerd conform eerdere afspraken? Welke waarde wordt nog gehecht aan de uitkomsten daarvan? (blz. 33)

Ja; zoals afgelopen zomer met de tabakindustrie afgesproken, zal dit gebeuren in de memorie van toelichting bij het komende voorstel van wet tot wijziging van de Tabakswet ter implementatie van de richtlijn inzake tabaksreclamebeperking van de Europese Unie. De uitkomsten daarvan zullen in de beschouwing worden betrokken bij het voorbereiden van het wetsvoorstel.

96

De NSPH zal VWS ondersteunen in de uitvoering van uitgebreide GES-en. Welke GES-en zijn reeds uitgevoerd, met welk resultaat en welke GES-en is opdracht toe gegeven of is het ministerie van plan opdracht toe te geven? (blz. 33)

Gedurende de ruim 2½ jaar dat de NSPH het ministerie van VWS ondersteunt bij het facetbeleid, heeft de NSPH op verzoek van de Minister van VWS een aantal beleidsmaatregelen getoetst op mogelijke effecten voor de volksgezondheid. Het betreft hier Gezondheidseffectscreeningen (GES-en) ten aanzien van de volgende thema's: de regulerende energiehelling (afgekort Ecotax) en de inkomenseffecten daarvan voor chronisch zieken en gehandicapten, de invloed van slijpsel van rails en bovenleiding alsmede van koolstof op de gezondheid van omwonenden, de effecten van voorgenomen maatregelen aangaande het tabaksontmoedigingsbeleid en meer specifiek van de tabakswetgeving, de mogelijke

gezondheidseffecten van de voorgenomen wijziging van de Drank- en Horecawet, de effecten van de pakketverkleining van de tandheelkundige zorg en een screening van de Rijksbegroting 1997 op gezondheidsrelevante beleidsvoornemens. Voor het uitvoeren van deze GES-en (met uitzondering van de GES op de Rijksbegroting) heeft de NSPH onderzoek uit laten voeren door op de desbetreffende terreinen deskundige onderzoeksinstituten of bureaus. De resultaten van deze GES-en zijn op diverse manieren door de Minister van VWS gebruikt en in een aantal gevallen ook integraal aan uw Kamer gestuurd. Zo zijn de resultaten van de GES op de Ecotax gecommuniceerd met de staatssecretaris van Financiën en verwerkt in zijn notitie aan uw Kamer over dit onderwerp. De resultaten van deze GES hebben er mede toe bijgedragen dat in het Regeerakkoord een intensivering is gerealiseerd voor een inkomensondersteuning van chronisch zieken en gehandicapten. De resultaten van de GES met betrekking tot de voorgenomen wijziging van de Drank- en Horecawet zijn expliciet aangehaald in de MvT bij het wijzigingsvoorstel. De resultaten van de uitgebreide Gezondheidseffectrapportage (GER) op de Tabakswet zijn recentelijk naar de Tweede Kamer gestuurd. Op dit moment worden door de NSPH GES-en voorbereid inzake de «Woonverkenningen 2030», de zgn. ICES (Interdepartementale Commissie Economische Structuurversterking) operatie, de 24-uurseconomie en de ver(der)gaande flexibilisering van arbeid en de Arbowet en de Arbomonitoring. Daarnaast is aan de NSPH opdracht gegeven om een analyse te maken van de 5 à 10 belangrijkste gezondheidsproblemen (op basis van VTV 1997) en daarbij na te gaan welke beleidsdisciplines hiermee te maken hebben en welke ministers beleidsverantwoordelijk zijn. Deze analyse, die verwacht wordt rond april 1999, zal de nodige houvast moeten geven bij de uit te voeren screenings voor de komende jaren. Ook zal de NSPH zowel het Regeerakkoord als de Rijksbegroting 1999 screenen op gezondheidsrelevante beleidsvoornemens.

97

«Een bijzonder aandachtspunt blijft het gokken op internet en – meer specifiek – de mogelijkheid om aanbieders en providers van goksites te weren van het internet.»

Hoe is c.q. zal het gokken op Internet daadwerkelijk worden aangepakt en binnen welke termijn kan een plan van aanpak tegemoet worden gezien? (blz. 34)

Op 20 juli 1998 heeft de Staatssecretaris van Justitie de Tweede Kamer een rapport toegestuurd over dit onderwerp. Daarin is toegezegd dat de regering op termijn een definitief standpunt terzake zal innemen. Thans kan ik u medelen dat dit standpunt begin 1999 aan u zal worden voorgelegd.

98

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het feit dat over de Europese Beschikking met betrekking tot de BSE-problematiek nog geen overeenstemming kon worden bereikt? Wanneer kan naar inschatting die overeenstemming wel worden bereikt? Welk bedrag aan kosten kan niet worden doorberekend wanneer de Europese Commissie uiteindelijk besluit om bedoelde Beschikking in te trekken? Hoe zal dit bedrag in voorkomend geval worden gefinancierd? (blz. 35)

Beschikking 97/534/EG van de Commissie bevat onder meer de verplichting voor de lidstaten om gespecificeerd risicomateriaal te verbranden. Oorspronkelijk zou de beschikking in werking treden op 1 januari 1998. De datum van in werking treden is echter tot twee keer toe uitgesteld omdat de meerderheid van de lidstaten problemen voorziet indien de beschikking in ongewijzigde vorm van kracht zou worden.

Enerzijds zijn er lidstaten die de maatregelen overbodig vinden omdat ze geen of vrijwel geen gevallen van BSE op hun grondgebied hebben gehad, anderzijds zijn er lidstaten waaronder Nederland die vrezen dat de geneesmiddelenvoorziening gevaar zou kunnen lopen indien bepaalde grondstoffen niet meer voorhanden zouden zijn. De Commissie kan evenwel de beschikking ook niet intrekken zonder voldoende steun van de lidstaten.

Nadat het eerste geval van BSE zich in Nederland voordeed, heeft Nederland de maatregelen welke vervat zijn in Beschikking 97/534/EG reeds nationaal ingevoerd in augustus 1997. De kosten van het verbranden van het specifiek risicomateriaal worden gedragen door het Ministerie van VWS. Een voorstel tot wijziging van de Destructiewet heeft onder andere tot doel deze kosten niet langer ten laste te brengen van het Ministerie van VWS, maar ze te laten dragen door de aanbieders van het materiaal. De Raad van State heeft recent advies uitgebracht en het wetsvoorstel zal binnenkort aan het parlement worden aangeboden. Of Beschikking 97/534/EG al dan niet op 1 januari 1999 van kracht wordt heeft derhalve geen financiële gevolgen voor de Nederlandse Staat.

99

Kan worden aangegeven wat de financiële gevolgen voor de Nederlandse Staat zullen zijn indien de Europese commissie besluit de beschikking met betrekking tot de destructie van runderen in te trekken? (blz. 35)

Zie het antwoord op vraag 98.

100

Wanneer komt ZON met de resultaten van het onderzoek naar de effecten van het decentralisatiebeleid t.a.v. de regionale patiënten-consumentenplatforms?

Komt er een evaluatie van het functioneren van de Stichting Patiëntenfonds? Zo ja, wanneer? Zo nee, waarom is dat niet nodig? (blz. 37)

Naar verwachting zullen de uitkomsten van het onderzoek naar de effecten van het decentralisatiebeleid ten aanzien van de regionale patiënten/consumentenplatforms voor het einde van dit jaar beschikbaar komen.

Het functioneren van de Stichting Patiëntenfonds zal periodiek worden geëvalueerd. De resultaten van de eerste evaluatie zullen begin 1999 beschikbaar komen.

101

Kan worden aangegeven wat in het PEO-programma in 1999 de aandachtsgebieden «staat van de volksgezondheid, de zorg en het zorgstelsel» en «financiering en structuur van het zorgsysteem» behelzen? Betreft het hier een studie naar het gehele stelsel? Zo neen, naar welke onderdelen? Wanneer zullen de uitkomsten naar verwachting verschijnen? (blz. 38)

Het aandachtsgebied «Staat van de volksgezondheid, de zorg en het zorgstelsel» betreft primair projecten, experimenten en onderzoeken die verband houden met de verschijning van de vier kerndocumenten van het ministerie: Volksgezondheid Toekomst Verkenningen (VTV), Staat van de Gezondheidszorg (SGZ), Staat van de Gezondheidsbescherming (SGB) en Jaaroverzicht Zorg (JOZ). VTV, SGZ en SGB verschijnen vierjaarlijks en zijn voorzien in 2001.

Binnen het aandachtsgebied vallen daarnaast in 1999 enkele specifieke programma's, zoals het programma Sociaal-economische gezondheidsverschillen, een meerjarig onderzoeksprogramma gericht op het

verkrijgen van inzicht in aard, omvang en inhoud van sociaal-economische gezondheidsverschillen. Binnen het aandachtsgebied «Financiering en structuur van het zorgsysteem» gaat in het PEO-programma 1999 vooral aandacht uit naar het deelgebied geestelijke gezondheidszorg. De eerste uitkomsten van de meerjarenprogramma's binnen dit aandachtsgebied worden verwacht in het jaar 2000.

102

Deelt de minister de opvatting van de Inspectie in haar Jaarverslag 1997 dat het RIVM op korte termijn versterking behoeft in het kader van het bewaken de infectieziekten op straffe van het niet meer op verantwoord niveau kunnen uitvoeren van die taak? Welk bedrag zou met bedoelde versterking gemoeid zijn? (blz. 39)

De genoemde opvatting van de Inspectie is mij bekend. Ik ben momenteel nog in gesprek met het RIVM en met de Inspectie om na te gaan hoe aan deze taak op verantwoorde wijze invulling gegeven kan worden. Ik wil dit zien in een meerjarenperspectief en in relatie tot de andere taken en budgetten van het RIVM, waarbij mogelijkheden voor aanvullende financiering worden onderzocht.

103

Op welke wijze zal deze kabinetsperiode aandacht worden geschonken aan de zogenaamde secundaire preventie: het voorkomen van verder afglijden ten gevolge van wachtlijsten bij het RIAGG, gebrek aan crisisopvang, wachtlijsten in het algemeen voor de geestelijke gezondheidszorg van bijvoorbeeld jeugdigen? Bestaat er thans inzicht in de schade als gevolg van het niet goed aansluiten van het zorgaanbod op de zorgvraag? Zo neen, kan hier middels een onderzoek in worden voorzien? (blz. 39)

Een breed scala aan maatregelen is gericht op het terugbrengen van de wachttijden in de GGZ. Deze maatregelen zijn samen te vatten onder de term «rationalisering van de GGZ». Ik noem als voorbeelden:

- de versterking van de eerste lijn, zodat het merendeel van de zorgvragen kan worden beantwoord via kortdurende monodisciplinaire behandeling;
- versterking van de rol van de huisarts als poortwachter;
- invoering van een objectieve onafhankelijke indicatiestelling;
- invoering van een uniforme registratie van wachttijden in de ambulante GGZ;
- preventie in de werksituatie.

Behalve deze rationaliseringsslag is er deze kabinetsperiode ook extra geld (32.5 mln. per jaar) beschikbaar voor het bestrijden van wachtlijsten.

Over de medische en sociale effecten van het moeten wachten op een GGZ-behandeling (zoals verlies van arbeid, schade aan sociale relaties, ernstiger worden van de klachten) is voorsnog onvoldoende bekend. Om die reden heb ik het Trimbos-instituut opdracht gegeven deze effecten te onderzoeken. De resultaten van dit onderzoek zullen in de loop van het volgende jaar beschikbaar komen.

HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

104

Tabel 3.1 laat een toename van de volumegroei van deze sector zien t.o.v. 1998 met f 237,3 mln. (demogroei + intensiveringen). In tabel 1.4

(waarnaar wordt verwezen) is dit f 321 mln. Hoe is dit verschil te verklaren? (blz. 41/42)

Tabel 1.4 toont de aanpassingen in de kaders van de hoofdsectoren in 1999 als gevolg van de verdeling van de middelen voor volumegroei van f 1,4 miljard.

In de uitgaventabellen van de zorghoofdstukken (bijvoorbeeld de tabellen 3.1 en 4.1) worden per jaar de uitgavenstanden gepresenteerd, onderverdeeld naar sectoren. Het verschil tussen het kader voor 1998 en 1999 in tabel 3.1 wordt bepaald door het saldo van de mutaties van 1998 op 1999 in de deelsectoren. De toegestane volumegroei voor 1999 (voor de curatieve zorg f 321 miljoen) is een van deze mutaties. De tabellen van bijlage B10 bieden een volledig en meer gedetailleerd overzicht van de mutaties in de kaders van 1998 en 1999 die in dit JOZ zijn vastgelegd.

105

Kan de minister beargumenteren waarom dotterbehandelingen ook buiten de erkende centra plaatsvinden, mede in het licht van het feit dat er nauwelijks wachtlijsten voor dotterbehandelingen zijn? Is nog wel gewaarborgd dat artsen voldoende ervaring behouden en opdoen nu behandelingen zo gespreid over het land worden uitgevoerd? (blz. 41)

In Nederland wordt de interventiecardiologie – oftewel dotterbehandeling – uitsluitend toegestaan in ziekenhuizen waar ook hartchirurgie is toegestaan, de zogenaamde hartcentra. Op dit moment zijn dat 15 centra. Thans wachten ongeveer 600 patiënten gemiddeld 1 maand op hun behandeling. Evenwel moet er rekening mee worden gehouden dat als gevolg van vergrijzing, technologische ontwikkelingen en het toenemende aantal herhaalingrepen, de vraag naar PTCA's fors zal toenemen. Om te voorkomen dat in de toekomst de beperkte capaciteit voor deze medische ingreep oorzaak kan zijn van een ontoelaatbare toename van de desbetreffende wachtlijsten/wachttijden, onderzoek ik thans de mogelijkheid om deze ingrepen eventueel ook buiten de hartcentra in één of enkele grote regionale ziekenhuizen uit te laten voeren, zoals dat bijvoorbeeld in Duitsland gebruikelijk is.

106

In het MDW-rapport «Het ziekenhuis a human enterprise» wordt aan regionale zorgverzekeraars, evenals bij de allocatie van middelen, een uitgebreide regiefunctie toebedacht. Hoe verhoudt zich dat met de schaal waarop landelijke zorgverzekeraars werken? Acht de Minister het niet raadzamer om de regiefunctie van het regionale zorgaanbod in handen van de zorgaanbieders te leggen, mede vanwege hun zorginhoudelijke expertise?

Wat is de betekenis van een door partijen op te stellen regiovisie welke al dan niet beperkt is tot de AWBZ-sector maar gelet op transmurale doelstellingen ook invloed heeft op het geheel? Is het de bedoeling dat de regio op basis van haar visie een premiegefinancierd budget ter beschikking krijgt toegemeten?

De bedoeling van de regionale benadering van de zorg is onder meer de zorgverzekeraars meer inhoudelijk te betrekken bij de structurering van het zorgaanbod. Met name de dominant aanwezige verzekeraar in de regio kan door zijn betrokkenheid bij alle zorgaanbieders in de regio een samenbindende rol spelen met het oog op de realisatie van een samenhangend en dekkend zorgaanbod in de regio en het vergroten van de doelmatigheid. Hiervan zijn voorbeelden bekend. Verdergaande verzekeraarsbudgettering, alsmede vergroting van de onderhandelingsruimte in de budgetteringssystematiek van ziekenhuizen zullen de verzekeraars hiertoe stimuleren. Ook hier gaat het om maatschappelijk

ondernemerschap. Deze benadering sluit landelijk werkende zorgverzekeraars niet uit. Zij kunnen bij het proces worden betrokken door middel van het model van regio-vertegenwoordiging.

Overigens is het natuurlijk de bedoeling dat de zorgverzekeraars de regiefunctie in de regio zullen delen met de zorgaanbieders. Het gaat er alleen om dat de regionale zorgverzekeraars vanuit hun «helicopterview» in de regiefunctie initiërend, stimulerend en faciliterend kunnen zijn. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld bij de zorgcontractering letten op het «regiogehalte» van de gecontracteerde zorg.

Een ander punt waarop de zorgverzekeraar een actieve rol kan spelen is bij de ontwikkeling van een regionale visie, tezamen met de andere partijen in de regio, zorgaanbieders de patiënten/consumenten, de gemeenten en de provincies. De kernwoorden voor de regiovisie zijn samenhang en samenwerking. Binnen de curesector maar ook met de AWBZ-sectoren.

107

Wat is de laatste stand van zaken met betrekking tot het wetsvoorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet dat beoogt medische specialisten te integreren in het ziekenhuisbedrijf? Is de beoogde invoeringsdatum nog haalbaar? (blz. 44)

Een dezer dagen zal ik de Eerste Kamer der Staten-Generaal de nadere memorie van antwoord doen toekomen. Zoals ik onder meer in de memorie van antwoord aan de Eerste Kamer (kamerstukken I 1997/98, 25 258, nr. 237b) heb vermeld, is er een voorbereidingstijd voor het veld nodig van minimaal zes maanden om tot uitvoering van het wetsvoorstel te komen. Dat betekent dat de periode tussen het tijdstip van aanvaarding van het wetsvoorstel door de Eerste Kamer en het tijdstip van inwerking-treding minimaal zes maanden zal bedragen. Het wetsvoorstel staat op de lijst spoedeisende wetsvoorstellen af te handelen voor het kerstreces door de Eerste Kamer. Indien het wetsvoorstel nog dit jaar door de Eerste Kamer wordt aanvaard, kan invoering per 1 juli 1999 plaatsvinden. Dit betekent dat de aanvankelijk beoogde invoeringsdatum van 1 januari 1999 niet meer haalbaar is.

108

Wanneer mogen voorstellen worden verwacht met betrekking tot de honoreringssystematiek en de goodwill? Welke knelpunten liggen er thans nog voor? (blz. 44)

In het traject tot het komen van meerjarenafspraken zijn deze beide onderwerpen met betrokken partijen besproken. Zie verder het antwoord op vraag 14.

109

Komt de toegezegde notitie positionering academische ziekenhuizen nog voor de behandeling van het JOZ en de begroting? (blz. 44)

Ja.

110

Wat is de reden dat eind 1997 een aantal initiatiefnemers te horen kregen dat de minister niet verder wilde gaan met het honoreren van experimenten zoals in Oost-Brabant? Wat zijn de voor en nadelen van de mogelijkheden die het COTG daarna aan ziekenhuizen bood voor het realiseren van zorgvernieuwing? (blz. 45)

Er is een aantal redenen te noemen voor het besluit niet verder te gaan:
a. In zekere zin betekende de procedure die met betrekking tot de regio

Zuidoost-Brabant is gevolgd strijdigheid met de bepalingen van de Wet tarieven gezondheidszorg. Die legt immers het primaat van onderhandelingen over tarieven en budgetten bij het lokaal overleg tussen ziekenhuizen en ziektekostenverzekeraars. Vervolgens dient het resultaat van dit overleg door het COTG te worden getoetst.

- b. De systematiek van aanneemsommen bevond zich nog in een experimenteel stadium, waarbij het geenszins duidelijk was of alle ziekenhuizen op basis van die systematiek bekostigd zouden gaan worden.
- c. In toenemende mate ontstond de indruk dat ziekenhuizen, die een daling van hun productie verwachtten, wèl om een aanneemsom zouden verzoeken, en ziekenhuizen met een stijging niet. Met andere woorden: het risico nam toe dat financiële overwegingen primair een rol zouden gaan spelen. Die indruk werd versterkt door de nadruk waarmee om vrijwaring werd verzocht van de in 1997 opgelegde budgetkorting.
- d. Zoals uit mijn antwoord op vraag 112 blijkt doet de WTG-beleidsregel meer recht aan de gewenste zorgvernieuwing.

Overleg met de Kamer heeft niet plaats gevonden omdat nog niet was besloten tot een algehele wijziging van de bekostigingssystematiek.

111

Betreft de regiovisie zowel AWBZ als ZFW gefinancierde zorg? Vallen preventieve activiteiten ook binnen een op te stellen regiovisie? (blz. 45)

In de regiovisie wordt een relatie gelegd tussen (ontwikkelingen in) vraag en aanbod van zorg en tussen de verschillende sectoren van zorg. De regiovisie betreft derhalve zowel AWBZ als ZFW gefinancierde zorg. Ook preventieve activiteiten kunnen binnen een regiovisie vallen. De regiovisie is een resultaat van overleg waarbij tenminste patiënten/consumenten, aanbieders, verzekeraars, gemeenten en provincie betrokken zijn.

112

Waar bevinden zich de verschillen tussen de aanneemsom en he in financiële zin bieden van mogelijkheden voor het realiseren van zorgvernieuwing door ziekenhuizen? Bestaat hiervoor draagvlak bij de ziekenhuizen, mede gelet op hun enthousiasme over de aanneemsom? Wanneer kan de Kamer kennis nemen van de experimenten met betrekking tot een aanneemsom welke in 1997 van start zijn gegaan? Zijn in deze experimenten ook eventuele gevolgen van eventuele substitutie van zorg van tweede naar eerste lijn meegenomen en zo ja, op welke wijze? Kan eveneens een reactie worden gegeven voor substitutie ziekenhuizen-verpleeghuis? (blz. 45)

De systematiek van aanneemsommen houdt in dat het budget van het ziekenhuis voor drie jaar wordt bevroren op basis van het budget, dat in het jaar, voorafgaand aan de start met een aanneemsom, is toegekend. Belangrijk onderdeel van de vigerende budgetsysteematiek vormen de «productieafspraken». Op basis daarvan wordt het variabele deel van het budget bepaald. In grote lijnen komen de productieafspraken overeen met de (verwachte) werkelijke productie. Naast productieafspraken over topzorg worden er productieafspraken gemaakt over opnames, verpleegdagen, dagverplegingsdagen en eerste polikliniekbezoeken. De bijbehorende parameterwaarden zijn (uiteraard) verschillend. Wanneer nu een ziekenhuis zou besluiten om bij voorbeeld meer patiënten in de dagverpleging te behandelen in plaats van klinisch zou dat via het instrument «productieafspraken» leiden tot een budgetverlaging die vermoedelijk groter is dan de overeenkomstige kostenverlaging. Het risico bestaat dus dat ziekenhuizen om financiële redenen minder overgaan tot dagverpleging dan mogelijk is. Door te werken met aanneemsommen – die

bovendien voor een langere periode zekerheid bieden over de omvang van de toegekende middelen – kunnen ziekenhuizen zich nog meer richten op de kwaliteit van de zorg.

Zorgvernieuwing houdt in dat partijen in het lokaal overleg bij het maken van productieafspraken rekening kunnen houden met de gevolgen van zorgvernieuwing.

Het verschil zit er dus in dat aanneemsommen voor drie jaar een vast budget garanderen en dat zorgvernieuwing bij het lokaal overleg kan worden betrokken en bij de discussies over het overeen te komen budget. De beleidsregel van het COTG inzake zorgvernieuwing is pas begin april van dit jaar vastgesteld. Op dat moment waren de productieafspraken al gemaakt. Een beeld van de feitelijke betekenis van deze beleidsregel kan dus pas worden gevormd als er voldoende inzicht bestaat in de productieafspraken over 1999. Om die reden kan ook nog niet concreet worden aangegeven hoe de ziekenhuizen staan tegenover de budgettaire mogelijkheden voor zorgvernieuwing.

Omtrent de concrete benutting van de aanneemsommen in de regio Zuidoost-Brabant kan het volgende worden gezegd.

Op mijn verzoek houdt de regio mij periodiek op de hoogte van de ontwikkelingen. Bij brief van 3 april 1998 kreeg ik informatie over de voorgenomen opzet van het project. Tevens werden daarin voorstellen beschreven voor een wachtlijstbeheer en voor vernieuwingsprojecten. Inmiddels heeft dat ertoe geleid dat de ziekenhuizen in de regio als eerste in ons land de wachtlijsten van verschillende specialismen publiceert op de kabelkrant. Hoewel het nog een experiment (voor drie jaar) betreft bestaat nu al de verwachting dat de gemiddelde wachttijd korter wordt. In augustus 1998 werd door de regio een rapport over de nulmeting vastgesteld. Er kan thans dus nog geen volledig beeld worden geboden van ontwikkelingen, die het gevolg zijn van het experiment. Dat mag op zo'n korte termijn ook niet worden verwacht. Pas in mei 1997 kregen de ziekenhuizen zekerheid over hun aanneemsommen. Bovendien leidt een aanneemsom niet direct tot revolutionaire veranderingen. Het blijft immers gaan om ziekenhuiszorg.

Omtrent een eventuele substitutie van zorg van het tweede naar het eerste compartiment is duidelijk afgesproken dat de vijf ziekenhuizen zo'n substitutie vergezeld moeten laten gaan van overheveling van gelden naar het eerste compartiment (eerste lijn, verpleeghuizen).

Of en zo ja in welke mate dat heeft plaatsgevonden of nog gaat plaatsvinden zal uit verdere rapportages van de regio moeten blijken.

113

Waarom is niet eerst met de Kamer overlegd alvorens aan andere initiatiefnemers te horen kregen dat u «niet verder wil gaan op de ingeslagen weg»? Op grond van welke argumenten is deze beslissing genomen? (blz. 45)

Zie het antwoord op vraag 110.

114

Moeten de activiteiten in de beleidsregel zorgvernieuwing altijd binnen de muren van het betreffende ziekenhuis plaatsvinden?

Waarom is de regel zorgvernieuwing in wezen een verbreding van de systematiek van aanneemsommen? (blz. 45)

Momenteel vindt overleg plaats tussen VWS, ZN en de ZFR over de mogelijkheden van toepassing van de COTG-beleidsregel zorgvernieuwing en de aansluiting op het verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekeren en de flexizorgregeling. Onderdeel van dat

overleg vormt de zorgverlening aan ziekenhuispatiënten buiten de muren van het ziekenhuis.

Voor de beantwoording van het tweede deel van deze vraag wordt verwezen naar het antwoord op vraag 110.

115

Aan welke criteria denkt de minister voor een andere opzet van de budgetbepaling van ziekenhuizen? (blz. 45)

Een belangrijke basis voor het Regeerakkoord van dit kabinet is het rapport «Het ziekenhuis, a human enterprise». Bijlage VII van dit rapport behelst voorstellen voor een modernisering van de bekostigingswijze van de ziekenhuiszorg. Hierbij gaat het vooral om een dynamisering van de bekostigingssystematiek door middel van de introductie van onderhandelingsmarges die zijn gekoppeld aan de tarieven ten behoeve van de semivaste (beschikbaarheid) en variabele budgetonderdelen (productie). In het kader van de meerjarenafspraken met ziekenhuizen en medisch specialisten zal in overleg met de ziektekostenverzekeraars worden bezien hoe deze voorstellen kunnen worden geïmplementeerd. Inzicht in de wijze waarop zorgvernieuwing gestalte wordt gegeven kan mede bijdragen aan de implementatie van bovengenoemde voorstellen. De ziekenhuizen zullen dus in maat en getal moeten aangeven welke vormen van zorgvernieuwing zij hebben ontwikkeld. Dit zal o.m. in de jaarenquêtes ex artikel 22 WZV naar voren moeten komen. Hierover worden tevens afspraken met het veld gemaakt.

116

«Wel zullen ziekenhuizen ondermeer duidelijk aan moeten geven hoe zij, in het kader van de voorgestane transparantie, aan zorgvernieuwing hebben gedaan.»

Op welke wijze dienen ziekenhuizen dit te gaan aantonen? (blz. 45)

Zie het antwoord op vraag 115.

117

Wat is de reden dat de minister een voorstel heeft ingediend om het verbod op dialyse zonder vergunning te schrappen? (blz. 46)

Het vergunningenstelsel op grond van artikel 2 Wet op bijzondere medische verrichtingen heeft ten doel diagnostiek en therapie waarbij uit het oogpunt van doelmatigheid, kwaliteit en kosten een concentratie van die verrichtingen nodig is in slechts enkele landelijke of bovenregionale centra. Inmiddels wordt dialyse door achtenveertig ziekenhuisvoorzieningen aangeboden. Dialyse heeft zich ontwikkeld tot een zorgvoorziening van kwalitatief goed niveau, die bovendien niet meer bovenregionaal is. De spreiding van de functie over het land is thans uitgekristalliseerd. Dialyse is niet meer zodanig in ontwikkeling dat deze functie nog is aan te merken als een functie die het «bijzondere» karakter van artikel 2 WBMV heeft. Aangezien het mijn beleid is om alleen waar noodzakelijk een voorziening onder de werkingssfeer van de WBMV te houden, heb ik reeds bij de behandeling van het ontwerp voor de WBMV aangekondigd dialyse buiten de werkingssfeer van artikel 2 WBMV te brengen. Om een goede overgang te bewerkstelligen van de dialyse uit het vergunningensysteem naar het reguliere stelsel zal ik de functie overigens voor de duur van twee jaar nog langs de weg van 8 WBMV blijven sturen.

118

Ontvangen ziekenhuizen in Friesland, ten opzichte van de rest van het land, relatief lagere budgetten? Is er sprake van een historisch gegroeide

situatie op dit terrein? (blz. 47)

De systematiek van ziekenhuisbudgettering is landelijk en werkt naar alle ziekenhuizen even «rechtvaardig» uit. De kosten van rente en afschrijving van de ziekenhuisgebouwen worden volledig nagecalculeerd in het ziekenhuisbudget. Daarnaast worden de budgetdelen die bepaald worden door de aantallen bedden en specialisten-eenheden volledig normatief vastgesteld op basis van de aantallen zoals die bij de afschaffing van de nadere detaillering van de erkenningen op 31 december 1995 op grond van de op dat moment actuele adhaerentiecijfers zijn toegestaan. Het variabele deel van het budget, tenslotte, wordt op basis van onderhandelingen tussen de verzekeraars en de ziekenhuizen over productieaantallen vastgesteld.

Vooralsnog zijn er geen concrete aanwijzingen dat deze systematiek tot een relatieve achterstelling van de Friese ziekenhuizen heeft geleid. Er zitten inderdaad historische elementen in de ziekenhuisbudgetten, namelijk rente en afschrijvingen, alsmede de budgetdelen gerelateerd aan de capaciteiten in termen van bedden en specialisten-eenheden, maar deze worden zoals gezegd volledig nagecalculeerd of zijn volledig genormeerd.

119

Wat betekent de financiering van de CAO-Zorg, deels uit de trekkingsrechten onderhoud gebouwen, voor de instellingsbudgetten en de trekkingsrechten op langere termijn? Financiering van de CAO betreft toch immers structurele middelen? (blz. 47)

Inderdaad betreft de financiering van de CAO structurele middelen. De naar huidige verwachting optredende onderuitputting trekkingsrechten instandhouding gebouwen is dan ook alleen tijdelijk geschikt als dekkingsbron voor de hogere ova-uitgaven. Zoals ik in mijn brief aan de Tweede Kamer van 18 september jl. (Tweede Kamer, vergaderjaar 1998–1999, 25 999, nr. 7) heb aangegeven neemt de omvang van deze dekkingsbron af in de tijd, waartegenover een oplopende dekking staat vanuit de nominale aanpassingen en de ramingsaanpassing eigen bijdragen. Deze laatste twee bronnen zijn structureel van aard.

120

Is er een verklaring voor het verschil in het percentage loonkosten bij algemene, categorale ziekenhuizen en academische ziekenhuizen? (blz. 49)

Door de aparte structuur van de academische ziekenhuizen (patiëntenzorg/onderwijs en onderzoek/topreferentiezorg), is bij de academische ziekenhuizen de post «Overige kosten met betrekking tot medisch specialisten in dienstverband» substantieel hoger dan bij de algemene ziekenhuizen.

Wanneer de arbeidskosten «Loon» en «Overige kosten met betrekking tot medisch specialisten in dienstverband» bij elkaar worden opgeteld, ontstaat een nagenoeg overeenkomstig beeld.

121

Is er ook een financieel kader aan te geven voor de transmurale zorg bij de intensiveringen? (blz. 50)

Bij de verdeling van de intensiveringsmiddelen vormt de transmurale zorg geen apart financieel kader. In principe maakt transmurale zorg onderdeel uit van de meerjarenafspraken die met de verschillende sectoren in de zorg worden gemaakt. Hierover wordt de Tweede Kamer apart schriftelijk geïnformeerd.

Uitgangspunt voor bevorderen van transmurale zorg is het principe de noodzakelijk zorg op doelmatige en doeltreffende wijze aan te bieden aan de patiënt/cliënt. Goede samenwerking en afstemming tussen verschillende zorginstellingen en beroepsbeoefenaren is hiervoor nodig. Dit zal vooral op regionaal/lokaal niveau plaatsvinden. Inhoudelijke en financiële afspraken zullen dan ook vooral op regionaal en/of lokaal niveau gemaakt om transmurale zorgvormen te ontwikkelen.

Om de beleidsontwikkeling op landelijk niveau te stimuleren, wordt momenteel samen met Zorgverzekeraars Nederland en de Ziekenfondsraad nagedacht over een initiatief om tot meer structurering van transmurale zorg te komen. Een initiatief, waarbij de nadruk vooral ligt op randvoorwaarden in termen van organisatie, bekostiging en financiering en minder op inhoudelijke aspecten.

De aanpak is te komen tot voorstellen voor een beperkt aantal regionale pilots, die gedurende deze kabinetsperiode, een voorbeeldfunctie zouden kunnen vervullen op het gebied van structuur en financiering van transmurale zorg.

122

Kan een toelichting worden gegeven op het gestelde dat het van belang is dat de zorgverlening vanuit een voorzieningsgerichte organisatie toegesneden moet worden op patiëntgerichte zorg, waarin elementen van care en cure onlosmakelijk met elkaar verbonden zijn? (blz. 51)

Uitgangspunt voor de structurering van de zorg is de realisatie van een continuüm van zorg op regionaal niveau. Dat betekent dat het zorgaanbod zo afgestemd moet zijn dat op elke zorgbehoefte een patiëntgericht antwoord kan worden gegeven (m.a.w. in elke zorgbehoefte moet kunnen worden «voorzien»). De patiënt en zijn hulpvraag zijn dus vertrekpunt in deze benadering, en niet zozeer de organisaties van de aanbieders zelf. Dit wordt ook wel aangeduid als het kantelen van het zorgproces. Een belangrijke voorwaarde hiervoor is dat er een goede samenwerking en afstemming plaatsvindt tussen de verschillende zorgaanbieders in de regio, zowel op het gebied van de cure als de care. Pas dan kan het continuüm van zorg echt worden gerealiseerd.

123

Moet de capaciteit van de huisartsenopleiding worden vergroot, mede in het licht van de in dit hoofdstuk geschetste ontwikkelingen? (blz. 51)

Een uitbreiding van de capaciteit van de huisartsenopleiding is gezien het gestelde in mijn antwoord op de vragen 124 en 125 slechts één van de mogelijkheden om te kunnen inspelen op de geschetste ontwikkelingen. Mijn voorkeur gaat uit naar het voorrang geven aan de andere in het antwoord genoemde mogelijkheden.

124

Is het waar dat volgens de laatste gegevens van het LINH over 1997 blijkt dat de productie voor de huisartsenpraktijken in termen van contacten weer verder is opgelopen? Is voor de opvang van deze productie en de verdere uitbouw van de huisartsenzorg extra praktijkondersteuning nodig? (blz. 51)

De voorlopige gegevens van het LINH over 1997 geven aan dat de ontwikkeling van het aantal contacten van 1996 naar 1997 voor de ziekenfonds- en particuliere sector gezamenlijk is gestegen met 0,3 contact per patiënt. Bij deze cijfers van LINH moet worden opgemerkt dat het LINH gebruik maakt van een beperkt aantal huisartsenpraktijken die thans nog geen representatieve afspiegeling vormt van de huisartsen binnen Nederland. Daarnaast is het niet rechtstreeks mogelijk om een

vertaling te maken van een toename van de contactfrequentie naar de werkdruk voor de huisarts. De geregistreerde contacten worden door zowel de huisarts als door de assistente gedaan en daarnaast is onbekend wat de aard, inhoud en duur van gemeten contacten is.

Ook los van de feitelijke cijfers uit de registraties zal het duidelijk zijn dat de werkdruk bij huisartsen en andere hulpverleners in de eerste lijn door de ontwikkeling van vergrijzing, transmurale zorg en extramuralisering van de zorg een aandachtspunt is. In algemene zin wordt gestreefd om toenemende zorgvraag in de eerste lijn op te vangen door een verbetering in de samenwerking en afspraken over afstemming van de zorgverlening tussen de verschillende beroepsbeoefenaren in de eerste lijn en de thuiszorg. Daarbij wordt zoveel mogelijk uitgegaan van een regionale benadering en wordt met partijen op dit moment gesproken in het kader van de Meerjarenaafspraken over de nadere invulling en facilitering daarvan. Met betrekking tot de huisartsen kan daaraan worden toegevoegd dat de inzet van praktijkverpleegkundigen, zoals aangekondigd in het Regeerakkoord, gekoppeld aan duidelijke afspraken over samenwerking tussen huisartsen (al dan niet via gezondheidscentra), moet bijdragen tot vermindering van de werkdruk bij huisartsen en tevens tot meer samenhangende zorgverlening binnen de eerste lijn.

125

Indien verdere ontwikkeling van transmurale zorg plaats vindt, evenals beddenreductie en extramuralisering, zal dan gelijktijdig de eerste lijn worden versterkt door bijvoorbeeld verlaging van de normpraktijken en extra ondersteuning? (blz. 51)

Zie het antwoord op vraag 124.

126

Zijn de in 1998 geoormerkte middelen van f 7 mln. voor experimenten harten vaatziekten in de huisartsenpraktijk nu integraal onderdeel van de gelden voor meerjarenaafspraken? (blz. 51)

In 1998 is in het kader van project «Preventie: maatwerk 1998–2000» een pilot gestart voor de programmatische preventie van hart- en vaatziekten (HVZ) bij hoog-risicogroepen in de huisartsenpraktijk. De pilot zal twee jaar duren. Financiering hiervan geschiedt uit het op de Rijksbegroting beschikbare bedrag van f 7 miljoen ten behoeve van de experimentele implementatie van programmatische preventie. Uit dit bedrag wordt niet alleen de implementatie van HVZ betaald maar ook andere activiteiten op het terrein van implementatie van programmatische preventie (ondermeer preventie activiteiten op het terrein van depressies en decubitus). De gelden zijn dus niet in totaal geoormerkt voor experimenten HVZ. De gelden voor de meerjarenaafspraken staan hier dus los van. Eind 1999 zal aan de hand van de evaluatie van de pilot HVZ duidelijkheid ontstaan over het effect en de uitvoerbaarheid en zal ik een beslissing nemen over de invoering van de programmatische preventie HVZ bij alle huisartsen in Nederland. Volgens een voorlopige schatting zal landelijke implementatie een intensivering van circa f 8 miljoen met zich meebrengen.

Deze benodigde financiële middelen, voor de mogelijke landelijke invoering van de programmatische preventie HVZ vanaf het jaar 2000, zijn aan de orde in de besprekingen met de huisartsen over de Meerjarenaafspraken.

127

Kan het PGB en de verdere verruiming daarvan worden ingepast in de verdere regionalisering (regiovisies) van zorg? (blz. 51)

In principe kan het PGB worden ingepast in de verdere regionalisering van de zorg. Immers de verdeelsystematiek is zodanig dat zorgkantoren het PGB-budget op basis van een bepaalde landelijke verdeelsleutel (inwonertal per regio) wordt toegewezen. Het is echter de vraag of het op korte termijn invoeren van deze regionalisering voor PGB wenselijk is. Dit houdt verband met de relatief korte periode dat met PGB wordt gewerkt en het relatief kleine volume, waarbij tevens meespeelt dat landelijke centrale coördinatie en informatie vooralsnog nodig blijft.

128

Kan de minister haar beleid ten aanzien van het bevorderen van transmurale zorg uiteenzetten? (blz. 51)

Zie het antwoord op vraag 121.

129

Wat is thans de stand van zaken in de kraamzorg? Waarom is hierover geen opmerking in het voorliggende JOZ meegenomen? Welke structurele oplossingen worden geboden voor de knelpunten in die sector? Hoe denkt de minister de werkdruk van verloskundigen te verlagen en het personeelstekort in de kraamzorg op te lossen? (blz. 52)

De knelpunten in de kraamzorg zijn onderwerp van analyse en gesprek met de betrokken partijen in het kader van de op te stellen meerjarenafspraken. Ten aanzien van de werkdruk van verloskundigen kan het volgende worden opgemerkt. Eind 1996 is het programma «Bevordering doelmatigheid en kwaliteit van zorg door verloskundigen» van start gegaan. Dit programma richt zich onder andere op de vermindering van de werkdruk en werkbelasting van verloskundigen. Na afloop van dit programma zal worden gezien of er nog nadere maatregelen noodzakelijk zijn. Ten aanzien van het personeelstekort in de kraamzorg kan worden gemeld dat met betrokken partijen is afgesproken dat nog dit jaar wordt gestart met het verkort opleiden van 300 extra kraamverzorgenden.

130

Bestaan er cijfers van het tekort aan verloskundigen? Zijn de risico's van thuisbevallen de afgelopen periode toegenomen als directe oorzaak van deze tekorten? Welke maatregelen zullen worden genomen om deze tekorten aan gediplomeerde verloskundigen in te lopen en welke tijdslijn wordt daarbij gehanteerd? Is bekend dat als gevolg van onvoldoende beschikbaarheid van huisartsen met een certificaat verloskunde de verloskundige zorg door verloskundig actieve huisartsen op met name het platteland gevaar loopt? Welke maatregelen worden overwogen om de kwaliteit van de verloskundige hulp op het platteland zeker te stellen? (blz. 52)

Mij zijn geen cijfers bekend over een tekort aan verloskundigen. In 1994 is het aantal opleidingsplaatsen voor verloskundigen uitgebreid van 90 naar 120. Tegelijkertijd is de opleiding verlengd van 3 naar 4 jaar. Uit gegevens van het NIVEL «Cijfers uit de registratie van verloskundigen, peiling 1997» blijkt dat het aantal zelfstandig gevestigde verloskundigen in de afgelopen 10 jaar met bijna 40% is toegenomen. De risico's van thuisbevallen zijn in de afgelopen periode niet toegenomen door deze tekorten. Het is mij bekend dat in sommige plattelandsgebieden verloskunde niet meer door huisartsen wordt gedaan en dat daardoor de mogelijkheid van verloskundige hulp door middel van de thuisbevalling onder druk staat. Ik ben van oordeel, dat het voor de hand ligt dat verloskundigen dit dan opvangen. In een beperkt aantal situaties is het helaas denkbaar dat zowel huisartsen geen verloskunde meer bedrijven én het economisch niet

haalbaar is een verloskundige praktijk te starten. Daarnaast komt het in een aantal situaties voor dat in bestaande ziekenhuizen op grond van kwaliteitsoverweging kinderafdelingen gesloten worden. In het laatste geval wordt met betrokken partijen en met de inspectie gezocht naar oplossingen om de mogelijkheid van thuisbevallen indien maar enigszins verantwoord toch in stand te houden.

Betreffende het praktisch verloskundig handelen van de huisarts is het opstellen van kwaliteitseisen, waaraan dat handelen moet voldoen, gewenst. In het werkoverleg verloskunde van de Ziekenfondsraad wordt momenteel gewerkt aan het opstellen van randvoorwaarden verloskunde die voor huisartsen, verloskundigen en gynaecologen acceptabel zijn. Deze randvoorwaarden worden opgenomen in het Verloskundig Vademecum. Het Verloskundig Vademecum bevat drie deeldocumenten: verloskundige echoscopie, de herziene verloskundige indicatielijst en perinatale audit. Naar verwachting zal dit Vademecum in het eerste kwartaal van 1999 beschikbaar komen.

131

«In een gezamenlijke menskrachtplanning van de beroepsvereniging van revalidatie-artsen en de Vereniging van Revalidatie Instellingen Nederland wordt de komende jaren getracht het aantal opleidingsplaatsen te vergroten.»

Waarom is hier gekozen voor het woord «getracht»? Welke onzekerheden spelen een dusdanige rol dat deze extra opleidingsplaatsen niet tot stand komen? (blz. 52)

Het woord «getracht» moet worden geïnterpreteerd als «er naar gestreefd». Uit het capaciteitsadvies 1999 van de Stuurgroep Capaciteitsbepaling Revalidatie-artsen blijkt dat in 1998 niet de geadviseerde 82 opleidingsplaatsen zijn gerealiseerd, maar vier minder te weten 78. Het verschil wordt veroorzaakt door de latere start van een opleiding. Het aantal opleidingsplaatsen voor 1999 zal 86 bedragen. De stuurgroep is van oordeel dat de vigerende opleidingscapaciteit nog ontoereikend is om in de vervangings- en uitbreidingsbehoefte te kunnen voorzien.

132

In het regeerakkoord wordt melding gemaakt (blz. 16) dat de wachtlijsten in de cure- en de caresector tot «aanvaardbare lengte» zullen worden teruggebracht. Welke indicatoren zullen worden gehanteerd voor de kwalificatie «aanvaardbaar»? Dit mede met het oog op de toegankelijkheid van de zorg en de leveringsplicht van verzekeraars/aanbieders?

Kan inzicht worden gegeven in de vorderingen bij het terugdringen van wachtlijsten, zowel voor wat betreft de care- als de curesector?

Zal het Plan van Aanpak voor de wachtlijsten, zoals dat door de sector is opgesteld volledig worden geïmplementeerd? Zo neen, waarom niet nu daarvoor een breed draagvlak aanwezig is? Is in de intensiveringsruimte voor 1999 rekening gehouden met het beschikbaar stellen van het bedrag, zoals dat door de sector voor het uitvoeren van het Plan van Aanpak was becijferd en waarover met de Kamer destijds is gesproken?

Wordt de opvatting van de Inspectie gedeeld dat er meer aandacht moet worden geschonken aan de oorzaak van wachtlijsten en de weging van eventuele schadelijke effecten van wachtlijsten voor de gezondheid van de patiënt? Welk percentage van de wachtlijstproblematiek is het gevolg van andere dan louter capaciteitsproblemen (bijv. slecht management)? In hoeverre wordt de wachtlijstproblematiek mede veroorzaakt door het in onvoldoende mate aanwezig zijn van substitutiemogelijkheden van zorg (bijvoorbeeld van tweede naar eerste lijn)? (blz. 53)

Bij de beantwoording ga ik afzonderlijk in op de verschillende sectoren.

De derde deelvraag heeft alleen betrekking op de cure-sector en zal daarom alleen voor deze sector beantwoord worden.

Ziekenhuizen en GGZ

Het NZi is bezig met een evaluatie van de besteding van de wachtlijst-middelen 1997. Deze rapportage verwacht ik binnenkort. De vorderingen bij het terugdringen van de wachtlijsten zijn in dit evaluatie-onderzoek bestudeerd.

Het Platform Wachtlijden, waarin de veldpartijen en de ministeries SZW en VWS deelnemen, is bezig met de volledige implementatie van het Plan van Aanpak zoals dat eerder is opgesteld. Momenteel voer ik overleg met partijen over meerjarenafspraken. De (benodigde middelen voor de aanpak van de) wachtlijstproblematiek maakt hiervan onderdeel uit. Over de uitkomsten van dit overleg wordt u voor de Begrotingsbehandeling geïnformeerd.

Aandacht voor de oorzaak van wachtlijsten zoals de Inspectie aangeeft, acht ik belangrijk voor de aanpak op de lange termijn. Aan de oorzaak van wachtlijden wordt in het eerder genoemde NZi evaluatie-onderzoek Wachtlijstfonds 1997 aandacht besteed. Ik verwacht binnenkort het eindverslag hiervan, waarna ik u zal berichten.

Voor wat betreft de kwalificatie van aanvaardbare wachtlijden wordt door de veldpartijen die zich in het Platform wachtlijden hebben verenigd gewerkt aan een normering van «levertijden» ter waarborging van tijdige hulp aan zorgvragers. Ook in het kader van de meerjarenafspraken is een dergelijke normering een punt van aandacht.

Voor het ontwikkelen van aanvaardbare normen in de GGZ wordt op dit moment door het Trimbos-Instituut een onderzoek gedaan naar de relatie tussen wachten en gezondheidsschade. Dit onderzoek is begin volgend jaar gereed en zal de basis vormen voor de discussie over aanvaardbare wachtlijden in de ambulante GGZ. Er bestaan momenteel weliswaar reeds «normen» voor de wachttijd voor hulpverlening door RIAGG's, maar deze zijn verouderd en niet meer te betitelen als «aanvaardbaar».

Verpleging en Verzorging

Voor de sector Verpleging en Verzorging (thuiszorg, verzorgingshuizen, verpleeghuizen) zal de ontwikkeling en uitvoering van een plan van aanpak voor het terugdringen van wachtlijden samen met betrokken organisaties, waaronder aanbieders, zorgkantoren en patiënten/consumentenorganisaties ter hand worden genomen. Het begrip aanvaardbare wachtlijden maakt daar onderdeel van uit. Daarbij zal in ieder geval een onderscheid gemaakt dienen te worden naar de mate van urgentie alsmede de zorgvoorziening waarop men wacht. Ik streef ernaar dat het plan van aanpak 1 juli 1999 gereed is.

Momenteel voer ik overleg met partijen over meerjarenafspraken. De wachtlijstproblematiek maakt hiervan onderdeel uit. Over de uitkomsten van dit overleg kan ik thans nog niets meedelen.

Ik ben het met de Inspectie eens dat het belangrijk is aandacht te besteden aan de oorzaken van wachtlijstproblematiek. Op dit moment worden verschillende oorzaken genoemd, maar is er weinig feitelijke informatie beschikbaar. Wel is duidelijk dat de beschikbare capaciteit niet de enige factor is. Er bestaan regionale verschillen in wachttijd, die niet verklaard kunnen worden uit verschillen in capaciteit. Binnen het plan van aanpak zal ik nader aandacht aan de oorzaken van wachtlijstproblematiek schenken.

Gehandicaptenbeleid

In de jaren 1997 en 1998 zijn voor de aanpak van de wachtlijsten in de

gehandicaptenzorg f 65 miljoen respectievelijk f 78 miljoen structureel aan extra middelen ingezet. Over de resultaten van de maatregelen is regelmatig aan de Tweede Kamer gerapporteerd (laatstelijk 5 maart 1998 (Kamerstukken 1997/1998, 24 170, nr. 35)). Ondanks de maatregelen ter bestrijding van de wachtlijsten zijn de wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptenzorg in 1997 toegenomen. Het aantal urgent wachtenden voor wonen nam met 662 wachtenden toe van 6410 per 1 januari 1997 tot 7072 wachtenden per 1 januari 1998. De gemiddelde wachttijd van de cliënten die op de wachtlijst staan is 602 dagen.

Er kunnen een aantal verklaringen worden gegeven voor de toegenomen wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Een eerste verklaring is dat door de individualisering verstandelijk gehandicapte jongeren eerder het huis uit gaan waardoor ook vroeger een beroep wordt gedaan op woonvoorzieningen. Om deze reden nemen vooral de wachtlijsten voor de lichtere woonvormen met begeleiding toe. Een tweede verklaring is de toegenomen levensverwachting van verstandelijk gehandicapten. De toegenomen levensverwachting leidt tot een vergrijzing van de populatie van de instellingen en een gemiddeld langere verblijfsduur. Hierdoor komen er minder plaatsen vrij voor nieuwe bewoners.

Het beleid om de huidige wachtlijsten te verminderen zal de komende periode krachtig worden voortgezet. De aanpak van de wachtlijsten zal een belangrijk thema zijn in de meerjarenafspraken die met de sector gemaakt worden.

133

In hoeverre wordt de f 26 mln. van de reservering voor de aanpak van wachtlijsten curatieve zorg alsnog in 1998 besteed? (blz. 53)

Er is in 1997 f 45 mln beschikbaar gesteld voor de aanpak van wachtlijsten in de curatieve somatische zorg. Hiervan kon f 26 mln niet besteed worden in 1997. Dit bedrag zal in 1998 naar verwachting alsnog volledig tot besteding komen.

Overigens dient te worden aangetekend dat in het JOZ 1999 is opgenomen dat van de in 1997 gemaakte hogere productie-afspraken een bedrag van f 23 miljoen in 1998 dient te worden opgevangen binnen de beschikbare ruimte.

134

Zal bij de verdeling van de intensiveringsruimte voor de aanpak van wachtlijsten voor 1999 ook een beloningssysteem betrokken worden voor ziekenhuizen die in staat zijn gebleken om hun wachtlijsten te verminderen? (blz. 53)

Ziekenhuizen en verzekeraars kunnen in het lokaal overleg afspraken maken voor extra productie. Ook ziekenhuizen die geen problematische wachtlijsten hebben kunnen op deze wijze tot extra productie-afspraken komen. Het verdient aanbeveling dat verzekeraars juist met ziekenhuizen die in staat blijken zonder lange wachtlijsten te werken, tot extra productieafspraken komen.

135

De beschikbare middelen voor de aanpak van wachtlijsten worden in 1998 onder andere ingezet op het gebied van orthopedie en oogheelkunde. Kan aangegeven worden in hoeverre de gemiddelde wachttijd op deze twee gebieden inmiddels is teruggedrongen? (blz. 53)

De rapportage van de evaluatie van de wachtlijstmiddelen 1997 door het NZi wordt verwacht ik ieder moment. Ik zal u van de inhoud van het rapport op de hoogte brengen.

136

Kan de minister aangeven hoe het Plan van Aanpak van de wachtlijsten in de cure gefinancierd gaat worden?

Wat denkt de minister te gaan doen aan de zeer lange wachttijden voor plastische chirurgie?

Welke beleidsmaatregelen zet de minister op korte termijn in om het verkeerde-bed-probleem op te lossen? (blz. 53)

In het Regeerakkoord is vanaf 1999 f 130 miljoen per jaar beschikbaar gesteld voor de financiering van de aanpak van wachtlijsten in de cure. De nadere verdeling hiervan in relatie tot het Plan van Aanpak van de wachtlijsten is een belangrijk thema bij het maken van meerjaren-afspraken met het veld.

Er bestaat voor ziekenhuizen binnen het daarvoor ter beschikking gestelde kader de mogelijkheid extra productie-afspraken te maken bij bestaande knelpunten, waaronder ook de lange wachttijden voor de plastische chirurgie.

Voor wat betreft de verkeerde-bed-problematiek acht ik de toepassing van flexizorg als een goede oplossing voor de korte termijn. De ziekenfondsen kunnen hiertoe een percentage van hun budget reserveren dat ze vervolgens vrij naar eigen inzicht kunnen aanwenden.

137

Kan de minister aangeven wie toegang krijgen tot de niet-klinische behandelcentra? (blz. 54)

Het onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen brengen van de zelfstandige behandelcentra heeft geen gevolgen voor het toelatingsbeleid op grond van de Ziekenfondswet/AWBZ. Voor de zelfstandige behandelcentra blijft gelden dat zij collectief als toegelaten zijn aangemerkt op grond van art 8a van de Zfw. Ten opzichte van de behandelcentra is er dus ook voor de toekomst geen verplichting van verzekeraars tot contracteren zoals bedoeld in art 47 van de Zfw. Iedereen heeft toegang, echter behandeling wordt alleen vergoed voor die patiënten die zijn verzekerd bij een verzekeraar die met het zelfstandig behandelcentrum een contract heeft.

138

Moet worden vastgesteld dat terzake van privé-klinieken geen (wettelijk) verbod zal worden ingesteld, en hoe verhoudt dit zich tot de aanvankelijke visie van de regering? Welke overwegingen liggen ten grondslag aan deze standpuntwijziging? (blz. 54)

Met ingang van 15 februari 1998 is ter zake van privé-klinieken een wettelijk verbod ingesteld, door zelfstandige behandelcentra onder de werkingssfeer van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te brengen.

139

In welke mate dragen de niet-klinische behandelcentra als buiten-polikliniek van algemene ziekenhuizen ertoe bij dat de wachtlijsten worden teruggedrongen? (blz. 54)

Zelfstandige behandelcentra kunnen een zinvolle bijdrage leveren aan het wegwerken van wachtlijsten. Door deze centra om te zetten in buiten-poliklinieken van algemene ziekenhuizen is een optimalisering mogelijk van de samenhang van de activiteiten van het centrum met de zorg in het ziekenhuis. Verzekeraar en de ziekenhuisorganisatie kunnen in zo'n situatie aanvullende afspraken maken om zorg waarvoor in het ziekenhuis lange wachttijden bestaan, in het behandelcentrum aan te bieden. Juist op dat onderdeel hebben een aantal behandelcentra immers een goede bedrijfseconomische aanpak laten zien. Door de krachten van het

ziekenhuis en het behandelcentrum te bundelen en door goede afspraken te maken over targets kunnen (de meer eenvoudige) onderdelen van de zorg snel en efficiënt in deze afzonderlijke setting worden verleend.

140

Wordt een verdere verlaging van het beddenpromillage van ziekenhuizen tot 2000 nagestreefd, zoals gesteld in het Jaarverslag van de Inspectie over 1997? Welke gevolgen zal dit hebben voor de wachtlijstproblematiek in andere sectoren (verpleeghuizen/thuiszorg)? Is voorzien in extra capaciteitsuitbreiding in deze sectoren om dit op te vangen? Zo ja, hoe en hoe wordt dit gefinancierd? (blz. 54)

De ziekenhuiszorg is aan snelle verandering onderhevig. Door de innovatie in de technologie en door nieuwe geneesmiddelen ontstaan in hoge snelheid behandelmethoden die veel minder ingrijpend zijn in het lichaam en dus minder belastend voor de patiënt. Daardoor is een sneller herstel mogelijk. Tegelijkertijd is er sprake van een toenemende specialisatie in de zorg. Daartegenover staan vergrijzing en een toenemende behoefte aan zelfstandigheid en zorg op maat voor de patiënt. Dit heeft tot gevolg dat het ziekenhuis er in de toekomst geheel anders zal gaan uitzien. Ik ben van oordeel dat in de toekomst behoefte zal bestaan aan ziekenhuizen die ruime mogelijkheden hebben voor poliklinische zorg, snelle diagnostiek en zorg in dagverpleging. Ik verwacht dat de gemiddelde verpleegduur door die ontwikkeling verder zal blijven dalen. Gevolg is dat in de toekomst in nieuw te bouwen ziekenhuizen volstaan kan worden met een veel beperkter aantal bedden. De beddennorm zal de komende jaren gestaag verder teruglopen tot zo'n 2 promille. Bij de voorbereiding van grootschalige bouwprojecten in de ziekenhuissector houd ik hiermee al rekening. Uitdrukkelijk zij vermeld dat de nieuwe norm van 2 promille geen financiële taakstelling voor het ziekenhuis of verschuiving van patiëntenstromen inhoudt. Met de nieuwe norm wordt enkel beoogd om ziekenhuisgebouwen te ontwerpen die aansluiten op de daadwerkelijke behoefte. Daarin staan ontwikkelingen als zorgvernieuwing en zorg op maat centraal.

141

Wordt de visie van de Inspectie gedeeld die in haar Jaarverslag 1997 een structureel capaciteitstekort op IC-afdelingen in de grote steden signaleert? Welke specifieke maatregelen zullen worden ingezet om dit probleem op te lossen en wat zijn daarvan de financiële consequenties? (blz. 55)

Met enige regelmaat bereiken mij signalen van een aantal (vooral grotere) ziekenhuizen dat zij te maken hebben met een structureel tekort aan intensive care-bedden. Daarbij zijn ook ziekenhuizen uit een aantal van de grote steden. Ik neem deze signalen evenals het signaal van de Inspectie in haar Jaarverslag 1997 uiterst serieus. Om deze complexe materie beter in beeld te krijgen heb ik de afgelopen periode een aantal onderzoeken over de organisatie van I.C.-afdelingen geëntameerd. De ziekenhuizen zijn voor het organiseren van een adequaat zorgaanbod, waaronder een voldoende capaciteit aan I.C.-voorzieningen, in eerste instantie zelf verantwoordelijk. Er is geen regelgeving die uitbreiding van IC-capaciteit in de weg staat. Via regelgeving in de bouwkundige sfeer in het kader van de Wet ziekenhuisvoorzieningen faciliteer ik waar mogelijk aanvragen om bouwkundige voorzieningen. De financiële consequenties voor een uitbreiding van I.C.-capaciteit zullen moeten worden opgevangen binnen de financiële ruimte die beschikbaar is in het JOZ. Daartoe ben ik in het kader van de meerjarenafspraken thans in overleg met de sector.

142

Voorgesteld wordt de ziekenhuisstructuur zodanig te veranderen dat in de toekomst interventiecentra en daarnaast gedeconcentreerde behandelcentra zullen ontstaan. Op welke wijze zal de regering dit bevorderen en daaraan sturing geven, en welke invloed heeft zulks op de geplande bouw- en renovatieactiviteiten? Is hiermee in de planningsschema's voor bouw en renovatie reeds rekening gehouden? (blz. 55)

Reeds bij de vaststelling van het bouwprioriteitenkader voor de periode 1997–2000 is aangegeven dat plannen voor grootschalige verbouw c.q. nieuwbouw getoetst zullen gaan worden aan een nieuwe visie op de infrastructuur van het ziekenhuis in de toekomst. Ik heb hiertoe o.m. het College voor ziekenhuisvoorzieningen om advies verzocht. (Het Cvz heeft met brief van februari 1998 de uitvoeringstoets «Het ziekenhuis in de toekomst» uitgebracht). Aan alle ziekenhuizen die grootschalige plannen hadden ingediend dan wel waarvan bekend was dat zij dit op korte termijn van plan waren is medegedeeld dat: «belangrijke elementen uit die nieuwe visie zijn een concentratie van high-techfuncties en spreiding van low-carevoorzieningen, hechte samenwerking tussen de verschillende instellingen en instanties, versterking van transmurale zorgmogelijkheden, toepassing van moderne informatie-technologie, flexibiliteit in de bouw en een verdere verschuiving van klinische naar niet-klinische zorg». Daarbij is onder meer een belangrijk uitgangspunt dat in de plannen rekening wordt gehouden met een verdere verlaging van de beddennorm tot ± 2 -promille maar dat het verschil tussen de vigerende norm van 2,8 en het toekomstige werkelijk in gebruik te nemen bedden mag worden aangewend voor een aantal vernieuwingsvormen.

In het planningsschema voor bouw en renovatie, de bouwprioriteiten 1997 t/m 2000, dat zoals zich het thans laat aanzien in het komend voorjaar zal worden geactualiseerd en aangevuld met de jaren 2001 en 2002, wordt met de nieuwe ontwikkelingen rekening gehouden.

143

Waarom wordt opnieuw onderzocht op welke wijze doelmatigheidswinst te behalen valt op basis van facilitaire inkoop, terwijl dat onderzoek en de plannen daarvoor reeds aangeboden zijn in de nota «Gepaste Zorg II» (25 000 XVI nr. 69)? Wanneer valt daadwerkelijke opbrengst van een doelmatigere facilitaire inkoop te verwachten? (blz. 55)

In de notitie Gepaste Zorg-2 «Het kan altijd beter» worden diverse mogelijkheden genoemd die kunnen leiden tot een verbetering van de inkoopfunctie. Deze maatregelen zijn ook als zodanig in het Regeerakkoord vermeld. Mijn voornemen is nu om samen met het veld vast te stellen welke maatregelen het meeste effect sorteren, om vervolgens die maatregelen gericht te stimuleren. Het is dus uitdrukkelijk niet de bedoeling om nieuw onderzoek te laten uitvoeren.

In het jaar 2000 is de taakstelling «doelmatige inkoop» voor f 100 miljoen ingeboekt. Deze loopt op tot f 300 miljoen in 2002 en volgende jaren. Daarnaast is het zo dat het veld blijft investeren in doelmatigheidsverbeteringen, die uiteraard leiden tot doelmatigheidswinst.

144

Kan worden aangegeven welke plaats de topklinische zorg zal gaan innemen in de ziekenhuisorganisatie van de toekomst? (blz. 55)

Binnen de (toekomstige) ziekenhuisorganisatie zullen naar verwachting twee niveaus ontstaan in de medisch-curatieve zorg t.w.: de zorg door

1. het interventiecentrum en
2. de poliklinische/gedeconcentreerde dagbehandelingscentra.

De «zwaardere» zorg zal met name in het interventiecentrum zijn geconcentreerd waar complexe, intensieve medisch-specialistische behandelingen plaatsvinden. Ik verwacht dat ziekenhuizen in de komende decennia steeds intensiever gaan samenwerken en tot taakverdeling komen wat betreft de speerpunten in zo'n interventiecentrum. Dit houdt in dat er afspraken tussen de ziekenhuizen in een regio en zelfs tussen regio's zullen worden gemaakt over de onderlinge taakverdeling met betrekking tot de concentratie van high-tech-cure onderdelen. Het is evident dat ik mijn beleid ten opzichte van de topklinische zorg zoveel mogelijk zal afstemmen op deze taakverdeling.

145

Waarom wordt er in het kader van het veranderingsproces binnen de curatieve somatische zorg specifiek extra aandacht geschonken aan organisatiegebonden projecten? Zouden niet juist niet-organisatiegebonden projecten extra aandacht moeten krijgen? (blz. 56)

Doelmatigheidsprojecten en doelmatigheidsonderzoek in de sector volksgezondheid kunnen betrekking hebben op de verleende zorg of op de organisatie van de zorg. Binnen het domein van de verleende zorg gaat het om de (on)doelmatigheid van professioneel handelen. Vaak betreft het patiënt-georiënteerd onderzoek en spreekt men van klinisch wetenschappelijk onderzoek. Veel van dit soort van onderzoek levert bouwstenen aan voor protocollen, standaarden en richtlijnen en moet uiteindelijk resulteren in de toepassing van «evidence-based medicine» en gepast gebruik. Binnen het domein van de organisatie van de zorg gaat het om onderzoek gericht op de (on)doelmatigheid van de organisatie, van het systeem of van de structuur. De resultaten van dit onderzoek kunnen leiden tot een kanteling van het zorgproces, tot een efficiëntere inkoop, tot bedrijfsvergelijking etc.

Zoals uit het overzicht van het doelmatigheidsonderzoek in de brief aan de TK van 16-9-97 blijkt, heeft het patiënt-georiënteerde onderzoek in vergelijking met het organisatie-georiënteerde onderzoek inhoudelijk én financieel tot nu toe hoge prioriteit gekregen. Gezien het grote belang van een doelmatige organisatie is de intentie aan organisatie-georiënteerde onderzoek meer aandacht te schenken dan tot nu toe is gedaan.

146

Hoe denkt de regering een effectieve aanpak op het gebied van ICT tot stand te brengen? Hoe zal de regisseursrol van de overheid daarbij daadwerkelijk vorm worden gegeven? Zijn hier extra financiële middelen mee gemoeid? (blz. 56)

De mogelijkheden die ICT biedt voor verbetering van het beheer, de communicatie en het primaire zorgproces worden steeds breder onderschreven. ICT biedt ook mogelijkheden om de werkdruk te bestrijden. Veldpartijen zijn bereid om afspraken te maken die er toe moeten leiden dat ICT een vanzelfsprekend onderdeel van de infrastructuur gaat uitmaken. Een dergelijk bestuurlijk commitment is noodzakelijk voor een effectieve aanpak.

De regisseursrol van de overheid krijgt nadere invulling in een op te richten gezamenlijk bestuurlijk platform. Taak, samenstelling en werkwijze daarvan zullen in nader overleg nader vorm dienen te krijgen. Duidelijk is wel dat in dit platform de juiste koers gevonden moet worden tussen de Scylla van de strakke inhoudelijke sturing en de Charibdis van de losse sturing met als consequentie de kans op gebrek aan doelmatigheid en doelgerichtheid.

Duidelijk is ook dat voor het functioneren van een dergelijk platform financiële middelen nodig zullen zijn. Niet alleen voor de directe kosten van het platform zelf maar ook en vooral voor nadere inhoudelijke

uitwerking. De financiering van de feitelijke invoering zal dienen te geschieden binnen het bestaande kader van bestuurlijke en financiële instrumenten. Over de omvang van de ermee gemoeide financiële middelen kan ik nu nog geen uitspraak doen.

147

«...dat het Instituut voor Medical Technology Assessment samen met direct belanghebbenden bestaande protocollen herijkt op basis van kosten-effectiviteitsanalyses.» Gaat het hier om bestaande kosten-effectiviteitsanalyses, of moeten deze nog ontwikkeld worden? Hoe komen deze kosten-effectiviteitsanalyses tot stand? (blz. 56)

Het Instituut voor Medical Technology Assessment (iMTA) te Rotterdam herijkt met name bestaande protocollen en standaarden op basis van gegevens uit kosten-effectiviteitsanalyses. Deze richtlijnen komen tot stand door nauwe samenwerking van het iMTA met Wetenschappelijke Verenigingen, de Orde, CBO, NHG, en het Nederlands Paramedisch Instituut. Daarbij wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van internationale data-bestanden via het Cochrane Centre te Amsterdam. De inbreng van categorale patiënten/consumenten organisaties is nog incidenteel. Voorbeelden van richtlijnen die herijkt worden, hebben betrekking op preventie, diagnostiek en behandeling van lage rugpijn, CVA, dementie, depressie en osteoporose. De eerste voortgangsrapportage van iMTA verwacht ik januari 1999.

148

Wat is de stand van zaken ten aanzien van het kwaliteitsbeleid, en wanneer zal op korte termijn gekomen worden tot een zorgbrede oplossing met betrekking tot de structuur en financiering van het kwaliteitsbeleid teneinde ad hoc oplossingen in de deelsectoren te kunnen voorkomen? (blz. 57)

De stand van zaken ten aanzien van het kwaliteitsbeleid heeft zich, met betrekking tot de middelen hiervoor, ontwikkeld tot één van thema's waarover ik met het veld meerjarenafspraken heb gemaakt. De zorgbrede oplossing is daarmee vertaald naar de meerjarige behoeften en wensen per sector alsmede de eisen van het departement, en heeft in die zin een meer structureel karakter gekregen dan de ad hoc oplossingen uit het verleden.

149

Zou het ten aanzien van de beperkende maatregel logopedie niet meer logisch zijn de omgekeerde weg te bewandelen: via een zorginhoudelijke benadering moet eerst worden vastgesteld hoeveel geld voor deze verstrekking noodzakelijk is, welk bedrag aan kosten hiermee gemoeid is, en eerst dan de financiering aan de orde komt? Een zorginhoudelijke benadering zoeken bij een opgelegde bezuiniging is toch beginnen «bij de staart»? (blz. 58)

Het beschikbare JOZ-budget voor de logopedie is voorgaande jaren voldoende gebleken gezien het toen geldende verstrekkingenpakket. Toch heb ik gemeend te bezien of de verstrekking logopedie op de meest doelmatige wijze werd uitgevoerd. Ik ben tot de conclusie gekomen dat een bedrag van f 10 mln. een sterke stimulans kan zijn voor een doelmatiger invulling van de verstrekking. Dit blijkt ook gelet op het zorgvuldige beargumenteerde advies van de Ziekenfondsraad. De wijze waarop de maatregel kon worden vormgegeven, en de daarmee samenhangende kosten, stond naar mijn inziens niet meer in verhouding tot de opbrengst van de maatregel.

Ik heb daarom met de beroepsgroep in het overleg over de meerjarenafspraken besproken dat de voorgenomen beperkende maatregel kan worden teruggedraaid indien de beroepsgroep in ruil daarvoor gaat werken aan de verbetering van de doelmatigheid en kwaliteitsbeleid. Over de resultaten van dat overleg wordt u voor de JOZ behandeling geïnformeerd door middel van de brief over de meerjarenafspraken.

150

Op grond van welke overwegingen is afgezien van decentralisatie van zittend ziekenvervoer naar gemeenten?

Getuige het Jaarverslag van de Inspectie over 1997 verloopt de schaalvergroting c.q. regionalisatie van de ambulancezorg traag. Welke oorzaken liggen hieraan ten grondslag? Zijn de beschikbare financiële middelen wel toereikend? (blz. 59)

Van decentralisatie van het zittend ziekenvervoer naar gemeenten is afgezien omdat gemeenten slechts een beperkte invloed hebben op de kostenontwikkeling, het vervoer veelal over de gemeentegrenzen c.q. regiogrenzen heengaat en de beperkte mogelijkheden van de (kleinere) gemeenten om het vervoer doelmatiger te organiseren. Hierdoor zouden de lokale lasten in gemeenten onder een opwaartse druk komen te staan. Voorts was het onzeker of er een adequate verdeling van het budget over de gemeenten was op te stellen.

Schaalvergroting c.q. regionalisatie heeft bij ambulancediensten en CPA's vertraging opgelopen door onder andere de onzekerheid over de financiële consequenties van de invoering van de budgettering in de ambulancezorg in 1998. Ook wordt de vraag uit het veld steeds sterker om meer sturing ten aanzien van de bestuurlijke constructie van regionale ambulancevoorzieningen (RAV's), met name in relatie tot de bestuurlijke verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur voor de Centrale Post Ambulancevervoer en voor de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Ik streef ernaar nog dit jaar te komen met een circulaire ten aanzien van de regionale ambulancevoorziening.

Ik ga ervan uit dat er, gelet op het budgettaire kader (incl. demografische groei en intensiveringen) voor de ambulancesector, voldoende financiële middelen beschikbaar zijn voor de vorming van regionale ambulancevoorzieningen. Bovendien zal in de meerjarenafspraken over de ambulancezorg een relatie worden gelegd tussen het ter beschikking stellen van intensiveringsmiddelen en de RAV-vorming.

151

Hoe zullen de knelpunten in het ambulancevervoer (bijvoorbeeld de aanrijtijden) worden aangepakt en hoeveel middelen zijn daarvoor beschikbaar? (blz. 59)

Door de vorming van regionale ambulancevoorzieningen wordt een doelmatiger organisatie bereikt van de ambulancezorg, met positieve effecten voor de aanrijtijden, onder meer door het afstappen van specifieke verzorgingsgebieden voor individuele ambulancediensten. Het budgettaire kader voor de ambulancezorg in de komende jaren (incl. demografische groei en intensiveringen) acht ik voldoende om de kwaliteit en de toegankelijkheid van de ambulancezorg op het huidige, hoge niveau te houden en waar mogelijk te versterken. Daarnaast wordt thans, in overleg met alle betrokken partijen, de budgetsysteematiek herzien, zodat de verdeling van de beschikbare middelen rechtvaardiger zal geschieden. Ook dit zal bijdragen aan een oplossing van de knelpunten.

152

Geneeskundige hulpverlening bij rampen zou een extra investering van f 35 mln. noodzakelijk maken (o.a. ten behoeve van versterking GGD en ambulancehulpverlening).

Wordt deze opvatting gedeeld en zo ja, in welke begroting (BZK of VWS) zal dit tot uitdrukking komen? (zie brieven staatssecretaris BZK inzake Project versterking Brandweer (PVB) en geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR) respectievelijk f 110 en 35 mln.) (blz. 59)

Het project Geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen is een gemeenschappelijk project van VWS en BZK. Doel is te komen tot een slagvaardige, volwaardige en herkenbare organisatie van spoedeisende geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen. Hierbij is als uitgangspunt gekozen dat de patiënt centraal staat en daarmee de keten van spoedeisende medische hulpverlening.

Om de verschillende schakels als één «keten van zorg» te laten functioneren, zodanig dat deze in staat is onder verantwoordelijkheid van het openbaar bestuur op te schalen van klein naar grootschalig optreden zijn de verbeteringen gericht op:

- de bestuurlijke en organisatorische infrastructuur (primair verantwoordelijkheid van BZK)
- de afzonderlijke schakels, in het bijzonder de ambulancezorg en traumazorg, en de verbindingen tussen deze schakels (primair verantwoordelijkheid van VWS).

Het genoemde bedrag is benodigd voor de implementatie van de gewenste verbeteringen van de bestuurlijke en organisatorische infrastructuur en van het opschalingsproces en zal derhalve op de BZK-begroting tot uitdrukking moeten komen.

153

Op welke wijze zal de voltooiing van de integratie van medisch specialisten plaatsvinden? Kan een overzicht van te nemen maatregelen en bijbehorend tijdpad worden gegeven? (blz. 59)

Voor de verdere integratie van medisch specialisten in het ziekenhuis is nu in de eerste plaats de inwerkingtreding van de wijziging van de Ziekenfondswet tot integratie van de aanspraken op ziekenhuiszorg en medisch specialistische zorg van belang. Dit voorstel is op het moment bij de Eerste Kamer in behandeling.

De gevraagde maatregelen en tijdpad maken onderdeel uit van de meerjarenafspraken waarvoor binnenkort met betrokken partijen zogenoemde najaarsakkoorden gesloten worden. Die akkoorden zijn agendazettend. Er is in opgenomen dat de concrete uitwerking in acties en tijd in het komend half jaar vorm zal krijgen.

154

Kan worden aangegeven welke zorginhoudelijke argumenten een rol zullen spelen bij het meerjarenperspectief van de paramedische beroepsgroepen? (blz. 59)

Nog voor de JOZ behandeling wordt u geïnformeerd over de uitkomst van het overleg over de meerjarenafspraken voor de paramedici. Daarin zal eveneens worden vermeld welke zorginhoudelijke argumenten een rol zullen spelen. Gedacht moet worden aan afspraken over de kwaliteit van zorg, informatievoorziening, regelgeving, tarief en budget e.d.

155

Hoe denkt de minister de werkdruk in de cure-sector te verlagen? (blz. 59)

In de meerjarenafspraken met betrokken partijen zullen afspraken worden gemaakt over de vermindering van de werkdruk. Voor vermindering van de werkdruk kunnen niet alleen extra middelen worden ingezet voor meer menskracht, maar kan ook door bijvoorbeeld terugbrenging van het verloop, voorkoming van ziekteverzuim, effectieve en efficiënte inzet van menskracht en nieuwe ondersteunende technische ontwikkelingen de werkdruk afnemen.

156

Kan een overzicht worden gegeven van de afspraken en convenanten die door VWS zijn gemaakt c.q. gesloten met de farmaceutische industrie (inclusief de groothandel), de apothekers(organisaties), artsen, specialisten en drogisten, onder andere met betrekking tot bonusregelingen en kortingen etc.? (blz. 61)

In een bestuurlijk overleg ben ik met de KNMP overeengekomen dat er in verband met kortingen en bonussen ruimte is voor een korting op de inkoopvergoeding. Dit heeft geresulteerd in de korting die op 1 juli 1998 van kracht is geworden en een besparing zal opleveren van f 100 mln in 1998 en f 150 mln per jaar vanaf 1999.

Er is nog geen sprake van afspraken of convenanten met de andere genoemde partijen.

Het thans ingezette traject van meerjarenafspraken biedt echter mogelijkheden om convenanten op te stellen.

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP EN HULPMIDDELEN

157

De toegestane groei in de geneesmiddelensector zal in 1999 met f 28,3 mln. (7668,0–7639,7) toenemen (tabel 4.1) op basis van demografische ontwikkelingen en voorziene extra groei. Tabel 1.4 (blz. 19) laat een totale groei in deze sector zien van f 214 mln. Kan uitleg over deze onderling afwijkende cijfers worden gegeven? (blz. 61)

Het voornaamste verschil tussen tabel 1.4 en tabel 4.1 is dat tabel 1.4 alleen de groei van de uitgaven laat zien voorzover deze beslag leggen op de in het Regeerakkoord vastgelegde ruimte voor volumegroei (f 5,6 miljard), terwijl tabel 4.1 daarentegen de totale meerjarige uitgavenontwikkeling laat zien. Zo wordt de uitgavenontwikkeling van 1998 op 1999 in tabel 4.1 bijvoorbeeld aanzienlijk gemitigeerd door de oplopende opbrengst van aanpassing van het GVS en het aflopende besparingsverlies op de TVK-taakstelling hulpmiddelen, zoals reeds gemeld in de Voorjaarsbrief 1998. Deze uitgavenontwikkeling legt geen beslag op de groei ruimte, en komt dus ook niet tot uiting in tabel 1.4.

Voor een gedetailleerd overzicht van alle uitgavenmutaties die de meerjarige uitgavengroei in de sector farmaceutische hulp en hulpmiddelen beïnvloeden wordt verwezen naar bijlage B10, blz B155-B160.

158

Zijn alle mogelijke tegenvallers meegenomen bij de geraamde overschrijdingen geneesmiddelen? Met welke tegenvallers is nog geen rekening gehouden? (blz. 61)

Zie het antwoord op vraag 37.

159

Voor nieuwe geneesmiddelen is f 175 mln. over 4 jaar gereserveerd? Hoeveel zal nodig zijn voor het wegwerken van wachtkamer-

geneesmiddelen? Kan een raming worden gegeven van het bedrag dat nodig zal zijn indien Viagra (beperkt) vergoed zal worden in het ziekenfondspakket? (blz. 61)

Met de opname in het pakket van geneesmiddelen die van juli 1993 tot en met september 1997 zijn afgewezen en die inmiddels positief zijn beoordeeld door de Ziekenfondsraad, is een bedrag gemoeid van ca. f 35 mln structureel op jaarbasis.

Wat betreft het opnemen van sildenafil (Viagra) in het vergoede pakket (bijlage 1B van de Regeling farmaceutische hulp) heb ik onlangs een negatief advies ontvangen van de Commissie Vergoedingslimieten Geneesmiddelen, omdat er voor de betreffende aandoening al medicamenteuze behandeling mogelijk is. Ik ben voornemens dit advies te volgen. Het middel zal dan in een later stadium worden voorgelegd aan de Ziekenfondsraad voor beoordeling, overigens net zoals de andere geneesmiddelen die na september 1997 zijn afgewezen. De Ziekenfondsraad komt dan te zijner tijd ook met een kostenraming. Deze raming kan ik nu derhalve nog niet geven.

160

Is bekend welk bedrag is gemoeid met de uitgaven voor farmaceutische hulp die betrekking heeft op het intramurale deel? Hoe vindt de financiering daarvan precies plaats? (blz. 62)

De intramurale sectoren gaven in 1996 (het meest recente bekende cijfer) ruim f 780 mln uit aan geneesmiddelen. Dit komt overeen met minder dan 2% van het totale intramurale budget.

De financiering van de intramurale geneesmiddelenvoorziening geschiedt middels de instellingsbudgetten en uit hoofde van artikel 8 van de Wet bijzondere medische verrichtingen.

161

Welke financiële consequenties zijn gemoeid met de herijking van de geneesmiddelenprijzen per 1 oktober jl. en hoe wordt een en ander gefinancierd? (blz. 63)

De financiële consequenties van de herijking vallen in drie groepen uiteen:

- hogere maximumprijzen ten gevolge van de wijziging in de berekeningswijze die is doorgevoerd naar aanleiding van de uitspraak van de Raad van State inzake de Wet geneesmiddelenprijzen: meerkosten f 5 mln in 1998, structureel f 20 mln per jaar vanaf 1999;
- hogere maximumprijzen ten gevolge van een hogere wisselkoers van het Britse pond: meerkosten f 20 mln in 1998, voor latere jaren wordt uitgegaan van marktverwachtingen omtrent de koers van het pond door gebruik te maken van de termijnkoers (zie JOZ tabel B10 4.01);
- gewijzigde maximumprijzen ten gevolge van overige wijzigingen in het prijspeil in en wisselkoersen met referentielanden: geen significant financieel effect.

Financiering vindt voor 1999 plaats middels de verwachte onderbesteding van beschikbare middelen voor onderhoud aan gebouwen (meldingsregeling) en voor de jaren vanaf 2000 (f 51 miljoen aflopend naar f 10 miljoen) door middel van een ophoging van de taakstelling gekoppeld aan de maatregelen op het geneesmiddelendossier.

162

Kan worden aangegeven hoe de ramingen voor geneesmiddelenbeleid eruit zien wanneer wordt uitgegaan van een koers die reëler ligt dan de gebruikte termijnkoersen van het Britse pond? (blz. 63)

De termijnkoersen van het Britse pond reflecteren de verwachtingen in de markt over de toekomstige ontwikkeling van de wisselkoers. Deze termijnkoersen vormen daarmee een zeer reële schatting omdat via het prijsmechanisme op de geldmarkt alle economische informatie en verwachtingen worden geïncorporeerd.

163

In hoeverre houdt Europese regelgeving verdere verscherping van de Prijzenwet tegen? (blz. 63)

De Wet geneesmiddelenprijzen (WGP) is gebaseerd op het Europese prijspeil: het gemiddelde prijspeil in een viertal ons omringende landen. Bij het ontwikkelen van de systematiek van de WGP is rekening gehouden met Europese regelgeving en jurisprudentie. Aanscherping van de WGP zal niet kunnen zonder de systematiek te veranderen. Of Europese regelgeving aanscherping van de WGP in de weg staat is niet aan te geven als niet duidelijk is om wat voor aanscherping het gaat. Uiteindelijk bepaalt de (Europese) rechter of wetgeving of de feitelijke effecten daarvan al of niet in strijd zijn met het EG-recht.

164

Op welke manier is de modernisering van het GVS-systeem uitgevoerd? Op welke wijze wordt gerealiseerd dat de kosten voor 1998 f 100 mln. en voor 1999 f 240 mln. lager zijn? Op welke wijze wordt de extra taakstelling van f 15 mln. vorm gegeven? (blz. 64 en bijlage B10)

Voor een nadere beschrijving van de wijze waarop de modernisering van het Geneesmiddelen Vergoedingensysteem (GVS) wordt uitgevoerd, verwijs ik naar de brief over het plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg, die ik u over enkele dagen zal doen toekomen.

De totale opbrengststraming van deze modernisering bedraagt f 255 mln structureel vanaf 1999. De extra taakstelling van f 15 mln voortvloeiend uit de motie Wallage, aangenomen bij de kamerbehandeling van het JOZ 1998, wordt hiermee ook gerealiseerd.

De oorspronkelijke planning ging uit van het doorvoeren van de modernisering per 1 juli 1998 zodat in 1998 al een besparing van f 115 mln zou worden gerealiseerd. Ten gevolge van de uitspraak van de Raad van State inzake de Wet geneesmiddelenprijzen moest deze datum verschoven worden naar 1 januari 1999. Het incidentele besparingsverlies van f 115 mln in 1998 is in het JOZ verwerkt.

165

Wanneer wordt uitvoering gegeven aan de aangehouden motie Van Vliet/Oudkerk waarin gevraagd wordt geneesmiddelen die zijn geregistreerd voorlopig te vergoeden via de door de Ziekenfondsraad voorgestelde zogenaamde bijlage 1c? (blz. 64)

Ik zal geen uitvoering geven aan de genoemde motie. De redenen hiervoor heb ik de Tweede Kamer toegelicht middels mijn brieven van 25 juni 1997 (kenmerk GMV973875) en 4 november 1997 (kenmerk 976751). Wel ben ik inmiddels ver gevorderd met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsverzekering, waarmee de sluiting van bijlage 1B zal worden opgeheven. Ook zijn er aanzienlijke vorderingen bij het tot stand komen van de richtlijn voor farmaco-economisch onderzoek, waarmee ik in de toekomst hoop gegevens te verkrijgen voor een afgewogen oordeel over de waarde van een geneesmiddel bij de besluitvorming omtrent opname in het pakket. Met de wijziging van het Verstrekkingenbesluit en de totstandkoming van de richtlijn voor farmaco-economisch onderzoek is de aanleiding voor het instellen van

een bijlage 1C ook verdwenen. Mijns inziens horen geneesmiddelen waarbij gereede twijfel bestaat over de effectiviteit, in de dagelijkse praktijk niet thuis in het collectief gefinancierde verstrekkingenpakket, ook niet op voorlopige basis.

166

De stimulansregeling apotheekhoudenden, bedoeld om goedkopere geneesmiddelen af te leveren, laat voor 1997 een forse achteruitgang zien t.o.v. 1996. (bijlage JOZ blz. B99, tabel B4.12) te weten: 44,3%. Betekent dit dat het effect van deze maatregel haar kracht verloren heeft? (blz. 64)

Het effect van deze maatregel is verminderd door een tweetal oorzaken. Enerzijds heeft de Wet geneesmiddelenprijzen (Europees prijsniveau) geleid tot een reductie van prijsverschillen en daarmee van substitutie-opbrengsten. Anderzijds is het prijsverschil tussen specialités en generieke geneesmiddelen door meer recente prijsstijgingen binnen de laatste groep verminderd. Ik heb geen inzicht in de oorzaken van de laatstgenoemde prijsstijgingen daar het commerciële acties van aanbieders betreft.

167

«De aangekondigde modernisering van het GVS, zal door de recente uitspraak van de Raad van State inzake de berekeningssystematiek rondom maximumprijzen ex WGP niet tot besparingen leiden.» Kan de uitspraak van de Raad van State nog eens worden toegelicht? (blz. 64)

Deze uitspraak heb ik reeds toegelicht in de antwoorden op de recente vragen van de kamerleden Buijs en Dankers. Deze antwoorden heb ik u bij brief van 1 oktober 1998 (kenmerk DBO-K-U-981812) doen toekomen.

168

«Aan de hand van de definitiestudie zal de omvang van kortingen en bonussen gekwantificeerd worden.» Wanneer komt deze definitiestudie beschikbaar? (blz. 65)

De definitiestudie heb ik in het voorjaar aan de Kamer toegezonden (brief van 13 maart 1998, kenmerk GMV 981466). Wat betreft het empirisch onderzoek naar de omvang van kortingen en bonussen heb ik u in mijn brief van 1 september 1998 (kenmerk DBO-CB-U-981480) bericht dat dit nog niet heeft plaatsgevonden daar de KNMP niet bereid is aan een dergelijk onderzoek mee te werken (inmiddels is deze bereidheid gelukkig wel ontstaan). Tevens gaf ik in deze brief aan mij te beraden op de aanpak van het probleem van de kortingen en bonussen en dat ik u hieromtrent nader zou informeren. In de brief over het plan van aanpak kosten-beheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg die ik u over enkele dagen zal doen toekomen, ga ik in op deze problematiek in het kader van de tariefstructuur van apotheekhoudenden.

169

De opbrengst van kortingen en bonussen voor apotheekhoudenden is volgens deze sector voor een belangrijk deel noodzakelijk om het verlies op materiële kosten van de apotheek te compenseren. Wordt deze opvatting gedeeld? Welke ruimte bestaat er nog om naast de aangekondigde ombuiging van f 150 mln. in 1999 (op inkoopvergoedingen) nog verder om te buigen zonder dat dit gevolgen zal hebben op de dienstverlening van de apotheekhoudenden? (blz. 65)

De hoogte van het receptregelvergoeding-tarief van apotheekhoudenden en de mate waarin dit tarief kostendekkend is, is onderwerp van overleg tussen WTG-partijen in COTG-verband. In hoeverre er sprake is van

kortingen en bonussen boven die welke thans middels een korting op de inkoopvergoeding worden teruggehaald, is niet bekend. Het empirische onderzoek dat inzicht dient te geven in de omvang van kortingen en bonussen is nog niet uitgevoerd. Zie verder ook mijn antwoord op JOZ-kamervraag 168.

170

Het financieel kader geneesmiddelenvoorziening zal naar verwachting in 1998 met f 638 mln. worden overschreden. Kan een toelichting inzake de onderliggende oorzaken van deze overschrijding worden gegeven, mede in relatie tot het gestelde op blz. B156 (bijlage JOZ)? (blz. 65)

Zie het antwoord op vraag 175.

171

Kan worden uitgelegd waarom de ruimte voor verlaging van de inkoopvergoeding voor geneesmiddelen voor 1998 f 100 mln. bedraagt terwijl deze voor 1999 f 150 mln. kan bedragen? Wat wordt bedoeld met de zin «Deze kortingen en bonussen dienen zoveel als mogelijk ten goede te komen aan de zorg»? Welk percentage is «zoveel als mogelijk»? (blz. 65)

Tijdens een bestuurlijk overleg op 10 juli 1997 ben ik met de KNMP overeengekomen dat er ruimte was voor een korting op de inkoopvergoeding die een besparing op zou leveren van f 100 mln in 1998 en f 150 mln per jaar vanaf 1999. Om deze overeengekomen besparing te realiseren werd gekozen voor een ingangsdatum van de korting op 1 mei 1998.

Mijn uitgangspunt is dat kortingen en bonussen volledig ten goede moeten komen aan de zorg of door middel van lagere prijzen doorberekend moeten worden aan patiënten/verzekerden. De definitiestudie uitgevoerd door Moret, Ernst & Young heeft aangetoond dat er vele, soms moeilijk kwantificeerbare verschijningsvormen zijn van kortingen en bonussen. Mede in dit licht is het realistisch te veronderstellen dat niet alle inkoopvoordelen te allen tijde te achterhalen zijn.

172

Is de onderzoeksopdracht naar kwaliteit en voorlichting door drogisten en apotheken al verleend aan de consumentenbond? Is er sprake van een gedegen wetenschappelijke opzet? (blz. 65)

De Consumentenbond is inmiddels gestart met de voorbereidingen met betrekking tot bedoeld onderzoek. Bij de opzet van het onderzoek zijn zowel Pharmacon als het Winap, het wetenschappelijk instituut van de apothekers, geconsulteerd met name met het oog op het ontwikkelen van relevante casusposities. Het overleg over de opzet is in een afrondend stadium.

173

Wordt in de voorbereiding van de modernisering van de Wet o de geneesmiddelenvoorziening (WOG) ook een permanente bevoegdheid voor drogisten tot het afleveren van bepaalde geneesmiddelen opgenomen? (blz. 65)

Het ligt in het voornemen in het voorstel van wet de drogisten een structurele positie te verlenen met betrekking tot de aflevering van zelfzorggeneesmiddelen.

174

Zullen halverwege deze kabinetsperiode alleen aanvullende maatregelen worden genomen als blijkt dat eerder genomen maatregelen onvoldoende

effect hebben gehad? Is het reëel te verwachten dat er nieuwe geneesmiddelen à la taxol op de markt zullen komen waarvan de extra kosten door extra maatregelen opgevangen kunnen worden? Waarom wordt niet meteen «met voortvarendheid geïmplementeerd beleid» gestart op alle mogelijke aangrijpingspunten. (blz. 66)

In het JOZ heb ik een pakket maatregelen aangekondigd dat ik met voortvarendheid zal implementeren. Binnen enkele dagen ontvangt u een plan van aanpak dat ingaat op zowel de maatregelen voor de korte termijn als de maatregelen voor de lange termijn. Ik ga ervan uit dat met deze maatregelen de voorgenomen besparingen gerealiseerd worden. Indien zich desondanks onverwachte kostenstijgingen voordoen binnen het geneesmiddelenkader, bijvoorbeeld ten gevolge van de introductie van een nieuw geneesmiddel, dan zal ik deze dekken door middel van aanvullende maatregelen.

Omdat de ontwikkeling van geneesmiddelen zich afspeelt in de internationale, vrije markt is het voor mij niet te voorspellen of er de komende jaren belangrijke innovatieve geneesmiddelen op de markt zullen komen met significante gevolgen voor de kosten van geneesmiddelen. Voor de kosten van nieuwe geneesmiddelen is deze kabinetsperiode f 175 mln beschikbaar.

175

In welke mate zijn respectievelijk substitutie van zorg en het beschikbaar komen van innovatieve geneesmiddelen verantwoordelijk voor de autonome groei in de geneesmiddelenvoorziening? (zie ook het IOO-rapport) (blz. 66)

De snelle stijging van de geneesmiddeluitgaven doet zich voor in alle Westerse landen. Als oorzaken voor de autonome groei van de kosten in de extramurale geneesmiddelenvoorziening zijn in een analyse van de Werkgroep Kosten Geneesmiddelen (WKG-rapport, maart 1998) de volgende determinanten genoemd: demografie, nieuwe geneesmiddelen, extramuralisatie, substitutie en prijsontwikkelingen. Het IOO spreekt daarnaast in een analyse naar de achtergronden van de structurele uitgaven aan farmaceutische hulp (Geneesmiddelen en zorg, augustus 1998) over de veranderingen in de gezondheidstoestand van de bevolking en de veranderingen in het voorschrijfgedrag van artsen als uitgavenverhogende factoren. De door u genoemde substitutie van zorg en het beschikbaar komen van innovatieve geneesmiddelen maken deel uit van bovengenoemde determinanten en worden ingeschat voor een groot deel verantwoordelijk te zijn voor de jaarlijkse toename van het beroep op farmaceutische hulp.

In welke mate de afzonderlijke determinanten exact van invloed zijn op de autonome groei is op basis van bovengenoemde analyses nog niet aan te geven. Om hier meer inzicht in te krijgen wordt in opdracht van VWS komende maand een onderzoeksprogramma gestart. De eerste resultaten hiervan worden in het voorjaar van 1999 verwacht.

Omdat de analyse van de Werkgroep Kosten Geneesmiddelen tegelijkertijd uitwijst dat de kostengroei zich lijkt te concentreren rond enkele groepen veel voorgeschreven, dure geneesmiddelen zal de commissie Beleidsonderzoek geneesmiddelen (BOG) van de Ziekenfondsraad een onderzoek starten naar het doelmatig voorschrijven van deze groepen. Het betreft in eerste instantie onderzoek naar maagzuurremmers, cholesterolverlagende en antidepressiva. Tevens zal het FTTO zich met name moeten concentreren op het zuinig en zinnig voorschrijven van deze «snelle groeiers».

176

Op grond van welke criteria zullen zelfzorggeneesmiddelen worden overgeheveld? Zijn verdere pakketbeperkingen in aanvulling op de overheveling van zelfzorggeneesmiddelen reeds voorgenomen? Aan de hand waarvan worden voorstellen gedaan voor een verdere pakketbeperking? Welke geraamde besparingen zijn hiermee gemoeid? (blz. 66)

Zie het antwoord op vraag 38.

177

Op welke wijze en met welke armslag wordt het overleg met de zorgverzekeraars ingezet, gericht op kostenbeheersing en een meer bepalende rol bij de inkoop van geneesmiddelen? (blz. 66/67)

Via een drietal wijzigingen in de regelgeving krijgen verzekeraars meer instrumenten om doelmatige inkoop te stimuleren. Deze wijzigingen betreffen het opheffen van het verbod op extramuraal afleveren door ziekenhuisapotheken via de initiatiefwetswijziging Oudkerk, het opheffen van het verbod op eigen ziekenfondsapotheken, in eerste instantie via een algemene vrijstelling, en het opheffen van het verbod op loondienst voor apothekers.

Om het risico voor verzekeraars en daarmee de prikkel voor het verder stimuleren doelmatigheid te verhogen wordt in overleg met verzekeraars de nacalculatie per 1 januari 1999 naar nul afgebouwd en de drempel voor hoge kostenverevening verhoogd.

178

Welk bedrag is, nu «Geautomatiseerde ondersteuning onontbeerlijk is voor het ontwikkelen van regionale of lokale formularia», voor de implementatie daarvan uitgetrokken in het JOZ? (blz. 67)

Om tot rationeel en doelmatig voorschrijven en afleveren te komen, dient de automatisering op diverse punten verbeterd worden. Daarbij gaat het om invoering van elektronisch voorschrijven, automatisering van de medisch specialistische praktijk op dit punt en onderlinge afstemming van informatiesystemen van huisartsen, medische specialisten en (ziekenhuis)apotheken om te komen tot een doelmatig regionaal farmacotherapie-beleid en regionale formularia. In het kader van de meerjarenafspraken worden daarover afspraken, ook financiële, gemaakt.

179

Kan in een overzicht precies aangegeven worden wanneer de genoemde maatregelen van kracht zullen worden? Kan daarbij aangegeven worden hoe de te verwachten opbrengst van f 0.7 mld. is opgebouwd? (blz. 67)

Voor deze informatie verwijs ik naar de brief inzake het plan van aanpak kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg die ik u over enkele dagen zal doen toekomen.

180

Waarom wordt ten aanzien van beleid inzake medische hulpmiddelen alleen een stuurgroep gevormd die «een infrastructuur gaat opzetten voor het vergaren van informatie ten behoeve van een integraal medisch hulpmiddelenbeleid»? Kan worden aangegeven welke gegevens recent reeds zijn vergaard en welke aanvullende informatie precies nodig is om ook ten aanzien van medische hulpmiddelen tot een met voortvarendheid geïmplementeerd beleid te komen? (blz. 71)

De interdepartementale stuurgroep is niet de enige maatregel op het gebied van medische hulpmiddelen. Zie de notitie over het hulpmiddelen-

beleid, die u binnenkort zal bereiken. In november 1997 heeft de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ) het advies Medische Hulpmiddelen uitgebracht, waarin wordt benadrukt dat medische hulpmiddelen een breder belang dienen dan alleen een medisch belang. Mede in dit licht is besloten een interdepartementale stuurgroep in het leven te roepen die, naast de taken genoemd in de vraag, taken zal krijgen op het gebied van kostenbeheersing voor medische hulpmiddelen. Het betreft met name de opdracht te onderzoeken in hoeverre de aanbevelingen gedaan in het genoemde RVZ-advies kunnen bijdragen aan een kwalitatief goede en betaalbare hulpmiddelenvoorziening. De afgelopen tijd is niet zozeer benut voor het vergaren van verdere informatie als wel om na te gaan hoe een informatie-infrastructuur voor hulpmiddelen kan worden opgezet. Inmiddels is aan TNO de opdracht verleend om de haalbaarheid voor een medische hulpmiddelen-informatiesysteem te onderzoeken (rapport wordt verwacht in april 1999). Essentieel voor een goede informatie voor beleid is in ieder geval inzicht in het gebruik van hulpmiddelen – uiteindelijk op productniveau – in volume en geld. De Ziekenfondsraad is bezig hiervoor een systeem op te zetten, waarvan de eerste resultaten nog in 1999 worden verwacht.

181

Nagegaan wordt welke hulpmiddelen thuishoren in het tweede en derde compartiment. Wordt hierbij rekening gehouden met de slechte toegankelijkheid van het derde compartiment bijvoorbeeld voor ouderen? (blz. 71)

In het regeerakkoord is aangegeven dat voor hulpmiddelen zal worden nagegaan welke hulpmiddelen thuishoren in het tweede en welke in het derde compartiment. De wijze waarop dit zal geschieden is nog niet ingevuld.

182

De BSE-problematiek heeft in Groot-Brittannië tot een regeling geleid, waarbij alle bloedproducten vanuit het buitenland moeten worden geïmporteerd. Kan worden aangegeven of in Europees verband aan een dergelijke maatregel wordt gewerkt? Welke consequenties zou een dergelijke maatregel voor de zorguitgaven met zich meebrengen, mede gezien in het licht van de laatste BSE-gevallen? (blz. 72)

Tot op heden is de algemene medisch wetenschappelijke opvatting dat overdracht van «new variant Creutzfeld-Jacob Disease» (nvCJD) via uit bloed bereide geneesmiddelen hoogst onwaarschijnlijk is. Niettemin wordt de mogelijkheid op overdracht via de genoemde producten niet uitgesloten. Zo heeft in Groot-Brittannië het BPL (NHS Bio Products Laboratory van de National Blood Service in het V.K.) een vergunning verkregen om plasma te importeren. De vergunning zal er in de praktijk toe leiden dat het BPL waar mogelijk niet langer gebruik maakt van de Britse donorpopulatie, waarvan op epidemiologische gronden mag worden verwacht dat ten opzichte van buitenlandse donorpopulaties relatief veel kans is op een donor met nvCJD.

De CPMP (Committee for Proprietary Medicinal Products), onderdeel van het Europees Bureau ter Beoordeling van Geneesmiddelen (EMA), heeft op 25 februari 1998 de «CPMP Position Statement on new variant CJD and Plasma-derived Medicinal Products» uitgebracht. Geconcludeerd is dat ondanks het feit dat de beschikbare kennis suggereert dat overdracht onwaarschijnlijk is, het verstandig is – gezien het gebrek aan specifieke informatie over nvCJD – voorzorgsmaatregelen te overwegen om een eventueel aanwezig risico op overdracht zo laag mogelijk te houden. Deze voorzorgsmaatregelen kunnen zijn, het gebruik van plasma of uit plasma bereide producten uit risico-landen vermijden, het terughalen van alle

producten nadat bij een donor nvCJD is vastgesteld en waar mogelijk (risico)producten substitueren door alternatieven. De EU-lidstaten kunnen dit standpunt overnemen.

Waar het Britse beleid het mogelijk maakt om in Groot-Brittannië af te zien van producten met Britse plasmacomponenten, zal ook in Nederland waar mogelijk moeten worden afgezien van het toelaten van geneesmiddelen waarin dergelijke plasmacomponenten zijn verwerkt. Het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG) gaat in lijn met het CPMP-standpunt na hoe kan worden verzekerd dat – bij mogelijke alternatieven – slechts die producten op de Nederlandse markt worden toegelaten, waarin geen bloedcomponenten zijn verwerkt die afkomstig zijn uit landen met gevallen van nvCJD, i.c. Groot-Brittannië. Het CBG zal hier van geval tot geval naar kijken omdat de keuze van het gebruik van Britse plasmacomponenten open moet blijven in die gevallen waarbij zonder deze componenten geen alternatieven voor noodzakelijke geneesmiddelen zijn gegeven. Op de Nederlandse markt zijn (momenteel) geen uit bloed bereide geneesmiddelen afkomstig uit Brits plasma.

Ten aanzien van (uit bloed bereide) geneesmiddelen kent de EU een vrij verkeer van goederen. In Nederland zijn andere aanbieders van uit bloed bereide geneesmiddelen op de markt dan alleen Sanquin. De prijs van (uit bloed bereide) geneesmiddelen is echter marktconform bepaald. Het maakt geen verschil of het product afkomstig is van Sanquin of van andere farmaceutische bedrijven. Dit betekent dat import geen extra financiële uitgaven met zich meebrengt.

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG

183

Moet op grond van tabel 5.1 worden vastgesteld dat de tweedelijns-GGZ in verhouding meer middelen krijgt toegewezen in relatie tot de eerstelijns-GGZ? Hoe is zulks te rijmen met eerder gedane uitspraken dat met name de eerstelijns-GGZ zou worden versterkt? (blz. 73)

Deze conclusie kan niet op voorhand worden getrokken. De eerstelijns-taken worden uitgevoerd door de huisartsen, het algemeen maatschappelijk werk en de eerstelijns-psychologen. De kosten van de eerste twee functies zijn niet in tabel 5.1 ondergebracht maar zijn te vinden in tabel 3.1. De eerstelijnspsychologen behoren tot het derde compartiment. In de komende jaren zal gewerkt worden aan een verdere invulling van versterking van de eerstelijns-GGZ.

184

Hoeveel geld gaat er nu precies naar de GGZ, ook wat betreft verslavingszorg, maatschappelijk werk, psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en extra gelden wat betreft aanpak wachtlijsten? (blz. 73)

Ik verwijs hiervoor naar tabel 5.1. In de totaalbedragen van tabel 5.1 (GGZ) zijn geen kosten voor psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen en maatschappelijk werk opgenomen. Eveneens zijn de nominale bijstellingen niet verwerkt. Een gedeelte van de volumegroei voor de komende vier jaar is op de zogenaamde aanvullende post verwerkt. Onderdeel hiervan vormen de wachtlijsten waarvoor 32,5 mln. per jaar is gereserveerd.

De financiering van de psychiatrische afdelingen van ziekenhuizen is in het JOZ nog ondergebracht bij de curatief somatische zorg. Met ingang van 1999 wordt deze echter overgeheveld naar de GGZ. Dit zal een

budgetneutrale verschuiving binnen het JOZ betekenen. Het betreft hier een bedrag dat wordt geschat op 220 mln. De verwerking van deze overheveling zal bij Voorjaarsnota plaatsvinden en zichtbaar worden in het JOZ 2000.

Ten aanzien van het maatschappelijk werk wordt verwezen naar tabel 3.1. Overigens bevat het maatschappelijk werk meer dan alleen geestelijke gezondheidszorg.

Verslavingszorg vormt grotendeels onderdeel van het Budgettair Kader Zorg en is derhalve eveneens opgenomen in tabel 5.1.

185

Op welke wijze zal de rol van de gemeenten worden versterkt bij de maatschappelijke opvang? (blz. 75)

Om de betrokkenheid van gemeenten met een regierol in de maatschappelijke opvang bij de uitvoering van de subsidieregeling begeleiding door en in instellingen voor maatschappelijke opvang te versterken, heb ik in de subsidievoorwaarden laten opnemen dat alleen die aanvragen in behandeling worden genomen die de instemming hebben van betrokken gemeenten. Deze voorwaarde is – voor wat betreft de aanvragen van nieuwe instellingen – in de subsidieregeling 1998 opgenomen. Voor de subsidieregeling 1999 zal deze voorwaarde voor alle aanvragen gelden. Ook op andere manieren neem ik initiatieven om de regierol van gemeenten verder te versterken. Zo is bijvoorbeeld een tweejarig project gestart waarin een achttal gemeenten met behulp van een extern bureau geholpen worden bij het opstellen van een regionaal beleidsplan op terrein van de maatschappelijke opvang. Op basis van de ervaringen van dit project zal een handreiking «regionaal beleidsplan maatschappelijke opvang» worden samengesteld die bruikbaar is voor alle centrumgemeenten.

186

Voor zorgvernieuwingsprojecten van niet toegelaten aanbieders, met name cliëntgestuurde initiatieven, is een fonds gehandhaafd. Kan worden toegelicht om wat voor projecten het zoal gaat? Op welke wijze worden projecten geselecteerd voor een bijdrage uit het fonds, gezien het feit dat er veel meer aanvragen zijn dan beschikbare middelen? (blz. 75)

Het zorgvernieuwingsfonds GGZ bevat in 1998 3,5 mln. Hieruit worden projecten van niet-toegelaten aanbieders, cliëntgestuurde initiatieven en projecten van ongebonden schilvoorzieningen gefinancierd. Het gaat om vrouwenhulpverleningsprojecten (inclusief hulp na seksueel geweld), zelfhulpprojecten, cliënteninformatiecentra, vriendendienstprojecten, arbeidsrehabilitatie, inloopcentra, begeleid zelfstandig wonen en opvanghuizen psychiatrie. De Ziekenfondsraad heeft bij de selectie prioriteit gegeven aan cliënt-gestuurde initiatieven en aan begrotingsposten die betrekking hebben op de onderscheiden zorgonderdelen AWBZ, waarvoor de subsidieregeling bestemd is.

187

Is al zicht op de tussentijdse evaluatie van de Ziekenfondsraad betreffende de flexibilisering van de AWBZ? (blz. 75)

De evaluatie van de Ziekenfondsraad naar de flexibilisering van de AWBZ is in december 1998 gereed. Uit de cijfers van het COTG blijkt dat 32% van de GGZ-instellingen 5–6% zorg-op-maat hebben geboden en 68% meer dan 6%. Van de RIBW's biedt de helft van de instellingen tussen de 10 en 20% zorg-op-maat, veelal in de vorm van begeleid zelfstandig wonen en dagactiviteitencentra. Begeleid zelfstandig wonen, psychiatrische

thuiszorg, dagactiviteiten en arbeidsrehabilitatie maken minimaal 60% van het zorg-op-maat aanbod uit.

188

Kan een aantal voorbeelden van OGGZ-activiteiten worden gegeven? (blz. 75)

Projecten voor Openbare GGZ richten zich op het vormgeven aan een sociaal vangnet en de preventie van het ontstaan van knelpunten. Het gaat er daarbij om personen of groepen te bereiken die niet zelf om hulp kunnen of willen vragen. Omdat het om problemen gaat die instellingen alleen niet kunnen oplossen is samenwerking en zorgcoördinatie een essentieel kenmerk van Oggz.

Een voorbeeld is het *project Warmoesstraat*: een samenwerkingsverband tussen hulpverlening en politie waarin samenwerking en coördinatie gestalte krijgen doordat medewerkers van de Jellinek kliniek spreekuur hielden in het bureau Warmoesstraat. De Stichting Regenboog (hulpverlening harddrugsgebruikers) en de GGD (drugsafdeling en Vangnet en Advies) sloten zich bij dit project aan. Hulpverleners en politie gingen gezamenlijk de straat op om de harde kern van vierhonderd verslaafden te benaderen. Men wil drugsoverlast voorkomen door hen te motiveren voor hulpverlening op het gebied van wonen, financiën, werk, verslavingsbehandeling en psycho-sociaal functioneren.

Een tweede voorbeeld vormt het *Zorgcoördinatieteam* in Utrecht. Het is een samenwerkingsverband tussen psychiatrisch ziekenhuis H. C. Rumkegroep, de Riagg Stad Utrecht en de Stichting Beschermende Woonvormen Utrecht. Hierbij gaat erom chronisch psychiatrische patiënten te bereiken die niet in staat zijn om zelf contact te zoeken met de GGZ. De omgeving van de patiënt wordt uitdrukkelijk betrokken bij de pogingen om stabiliteit in het leven van de patiënten te brengen.

Verdere voorbeelden zijn het *Haagse project «Over de drempel»*, gericht op chronische vervuilers en het project *«Zeer Moeilijk Plaatsbaren» in Heerlen*, gericht op het voorkomen van dreigende huisuitzettingen.

189

Kan de minister aangeven wat er uit het fonds van f 3 mln. zorgvernieuwing gefinancierd gaat worden? (blz. 75)

Zie het antwoord op vraag 186.

190

«Over de zorg aan licht verstandelijk gehandicapten jeugdigen die psychiatrische zorg behoeven is geadviseerd door een gezamenlijke werkgroep van de gehandicapten- en jeugd GGZ sectoren.» Welke rol heeft de jeugdhulpverlening in de advisering gespeeld? (blz. 76)

De nota «Multifunctionele centra voor licht verstandelijk gehandicapten jeugdigen met psychiatrische stoornissen» is tot stand gekomen zonder een rol van de jeugdhulpverlening. Volledigheidshalve deel ik u mee dat de jeugdbescherming alsmede het Ministerie van OC&W evenmin een rol hebben gespeeld. De nota is om een uitvoeringstoets voorgelegd aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen en voor advies aan de Inspecties voor de Gezondheidszorg en Jeugdhulpverlening/Jeugdbescherming.

191

Wat zijn de eerste ervaringen met het PGB in de GGZ? (blz. 76)

De evaluatie van het experiment met PGB in de GGZ komt eerst aan het eind van dit jaar beschikbaar. Alsdan kan een oordeel gegeven worden

over de werking van het PGB in de GGZ en kan gezien worden of en voor wie het PGB structureel wordt ingevoerd.

192

Kan worden aangegeven hoe de preventie van psychische arbeidsongeschiktheid (o.a. voorkomen van WAO-gevallen) zal worden vormgegeven? Hoe wordt in deze de samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid zowel inhoudelijk als financieel vormgegeven? (blz. 76)

Preventie van (psychische) arbeidsongeschiktheid is een thema dat in het kader van het structurele plan van aanpak wachtlijsten curatieve zorg nadrukkelijk aan de orde is. Het gaat daarbij om een grotere bijdrage van de (geestelijke) gezondheidszorg aan het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid door doelmatigheidsverbetering, aanpak van wachtlijsten en deskundigheidsbevordering van de hulpverlening inzake de relatie tussen arbeid en gezondheid.

Voor de vier belangrijkste aandoeningen die ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid veroorzaken, waarvan psychische aandoeningen er één is, worden de komende vier jaar kenniscentra ontwikkeld, met financiële steun van VWS. Ook dit punt is onderdeel van het eerder genoemde structurele plan van aanpak wachttijden.

De samenwerking tussen SZW en VWS richt zich met name op het raakvlak tussen beide beleidsterreinen: de preventie, zorg en begeleiding van psychisch zieke werknemers, zowel op de werkplek als bij uitval. Op diverse plaatsen wordt al gewerkt aan de verbetering van de bedrijfs-GGZ, met name in de sfeer van preventie en begeleiding. Financieel kan gedacht worden aan investeringen in onderzoeksprogramma's van ZON met betrekking tot sociaal-medische begeleiding en in het Preventieprogramma rond preventie van psychische arbeidsongeschiktheid. Verder wordt een landelijke conferentie voorbereid met alle relevante actoren. De nadere vormgeving het stimuleringsbeleid van SZW en VWS wordt nog nader uitgewerkt.

193

Welke effecten worden verwacht van bemoeizorg ten aanzien van die mensen die geen of nauwelijks ziekte-inzicht hebben? Wanneer zullen de nieuwe behandelmogelijkheden worden geïmplementeerd? Worden de effecten daarvan gemonitord en wordt een eventuele verruiming van de Wet Bopz voor de toekomst niet uitgesloten, indien evaluatie-uitkomsten daartoe aanleiding zouden geven? (blz. 77)

In het JOZ 1999 (pag. 77) is onder meer aangegeven dat voor personen die zorg mijden, maar voor wie zorg wel noodzakelijk is, de wet Bopz geen aangewezen instrumentarium biedt. Hierbij wordt bedoeld op de groep aangeduid met de term «zorgwekkende zorgmijders» (en niet zoals uit de vraagstelling blijkt de groep personen zonder ziekte-inzicht). Voor de groep zorgwekkende zorgmijders zal, juist vanwege de omstandigheid dat zij zorg mijden, de vertrouwensrelatie met de zorgverlening weer hersteld moeten worden. Dit is alleen mogelijk door een actieve benadering van de zorgverlening (bemoeizorg), ondanks het gegeven dat de patiënt zelf geen hulpvraag heeft. De zorgverlening moet ook specifiek op de persoon zijn toegesneden («zorg op maat»).

Hoewel op basis van gegevens van enkele experimenten positieve verwachting bestaat over de mate waarin bemoeizorg zou kunnen bijdragen aan het weer in zorg krijgen van zorgwekkende zorgmijders, kunnen over de effecten nog geen harde uitspraken worden gedaan; er bestaan nog vele onduidelijkheden over de groep als zodanig alsmede over de redenen waarom zij zorg zijn gaan mijden.

Om meer inzicht te krijgen in deze problematiek zal nader onderzoek worden verricht.

De implementatie van de nieuwe behandelingsmogelijkheden (ambulante dwangbehandeling, zelfbindingsverklaringen en de uitbreiding van dwangtoepassing bij personen zonder ziekte-inzicht), is mede afhankelijk van het tijdstip waarop de resultaten van de daarmee verband houdende onderzoeken beschikbaar zijn. Naar verwachting zullen de nieuwe behandelingsmogelijkheden begin 2000 (ambulante dwangbehandeling), eind 2000 (zelfbinding), respectievelijk eind 2001 (uitbreiding dwangtoepassing) wettelijk mogelijk worden. Ontwikkelingen in de zorgvraag of zorgbehoefte als gevolg van deze nieuwe instrumenten zullen bij volgende evaluaties aan de orde komen. De periodieke evaluaties van de wet Bopz kunnen zeer zeker aanleiding geven tot wijziging van de wet Bopz, zoals ook blijkt uit de eerste evaluatie uit 1996.

194

In hoeverre zal de noodcapaciteit TBS-voorzieningen van 144 bedden in de toekomst structureel worden, naast de 8ste TBS-kliniek die in het jaar 2000 voor uitbreiding van 100 bedden zorgt? (blz. 78)

Van de tijdelijke noodcapaciteit zijn inmiddels 60 bedden omgezet in structurele capaciteit. De overige noodcapaciteit is in principe tijdelijk. Wel wordt momenteel door het ministerie van Justitie onderzocht in hoeverre de extra gelden die beschikbaar zijn gekomen in het kader van het regeerakkoord 1998, kunnen worden aangewend voor omzetting van (een deel van) tijdelijke capaciteit in structurele capaciteit.

195

Ontbreekt het thans aan een structureel financieringskader voor RIBW's, en op welke wijze zal daar wanneer in worden voorzien? (blz. 78/79)

Er bestaat een structureel financieringskader voor de RIBW's.

196

Kan inzicht worden gegeven in de wachttijden bij de RIAGG's over de afgelopen 10 jaar? Wat zijn de gemiddelde wachttijden, met name bij de jeugd? Is er ook een normwachttijd, zo ja welke, en hoe vaak wordt deze overschreden? (blz. 79)

In opdracht van de (toen nog) NVAGG heeft het bureau InterView in 1997 een onderzoek gedaan naar de wachttijden bij de RIAGG. De ontwikkeling van de wachttijden t.o.v. 1990 is daarbij onderzocht. De conclusie van het onderzoek luidde dat in deze periode van 7 jaar de wachttijden op alle fronten zijn toegenomen.

De normen voor de RIAGG-wachttijden zijn vastgesteld door de Inspectie in de jaren tachtig, aan het begin van de RIAGG-ontwikkeling. De normen zijn, voor de kinder- en jeugd: vier maanden, voor de volwassen en ouderenzorg: vier maanden en voor psychotherapie: tien maanden. Uit het InterView onderzoek blijkt dat het percentage cliënten dat bij de aanvang van hun behandeling te maken heeft met een overschrijding van de totale norm-wachttijd 17% is.

De wachttijden bij de jeugd zijn gemiddeld vaak langer dan bij andere groepen. Bij de jeugdzorg vindt dan ook het hoogste percentage norm-wachttijdoverschrijdingen plaats (bij aanmelding 50%, bij behandeling 21% en bij beoordeling 14%).

Vandaar dat bij de inzet van de wachtlijstgelden voor 1997 en 1998 (en ook voor 1999) de jeugd tot een speerpunt is gemaakt. Uit de rapportage van de RIAGG-en over de inzet van de middelen in 1997 blijkt dat van de 23

RIAGG-en wiens voorstel is gehonoreerd, zich 15 richten op kinderen en jeugdigen.

197

Hoe denkt de minister de wachtlijsten in de GGZ weg te werken met een groeiend aantal zorgvragers en het genoemde bedrag? (blz. 79)

In deze kabinetsperiode is voor de ggz (inclusief de verslavingszorg) 230 mln extra beschikbaar. Specifiek voor de aanpak van wachtlijsten in de aggz is 32,5 mln per jaar beschikbaar. Voor de inzet van deze middelen zal een aantal speerpunten worden aangegeven, waaronder de kinder- en jeugd. Daarnaast zal de komende jaren samen met het veld worden gewerkt aan een uniforme wachtlijstregistratie. De wachttijden voor aggz zijn, binnen één regio namelijk niet bij alle aanbieders even lang. Een betere registratie kan ertoe bijdragen dat mensen, bij een vergelijkbaar aanbod, daar worden aangemeld waar de wachtlijst op dat moment het kortst is. Zie verder de diverse antwoorden op het gebied van preventie in de GGZ.

198

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan de toenemende vraag naar geestelijke gezondheidszorg? Kan hiernaar zonnodig onderzoek worden verricht, teneinde te voorkomen dat louter symptoombestrijding plaatsvindt, in plaats van het aanpakken van de problematiek bij de wortel? Hoe zal in het verlengde hiervan de ontwikkeling van een geestelijk volksgezondheidsbeleid gestalte krijgen dat gericht is op het voorkomen dat een toenemend aantal mensen afhankelijk wordt van professionele hulp? (blz. 81)

Als verklaringen voor de toenemende vraag naar GGZ-hulp worden onder meer de volgende genoemd:

- structurele veranderingen in de samenleving (kleinere gezinnen, meer alleenstaanden, grotere spreiding van familieleden over het land, secularisering, wegvallen van traditionele steunsystemen) maken het moeilijker problemen in de eigen kring op te vangen;
- psychische problemen worden steeds meer als behandelbare problemen beschouwd;
- psychische problemen raken uit de taboesfeer en psychische lijden wordt steeds minder geaccepteerd als «nu eenmaal bij het leven horend».

De Stuurgroep Toekomstscenario's Gezondheidszorg merkt in zijn signaleringsrapport 1993 op dat Nederland niet psychisch zieker wordt, maar dat verborgen psychisch lijden zichtbaar wordt.

Belangrijk is niet alleen dat het hulpaanbod op ggz problemen op de juiste plaats met de juiste inzet wordt geleverd. Getracht wordt met preventie, facetbeleid en geestelijk volksgezondheidsbeleid de toenemende vraag in goede banen te leiden. In de GGZ-beleidsvisie, die de Kamer eind dit jaar zal bereiken, ga ik uitvoerig in op deze onderwerpen. Het zijn onderwerpen waaraan ik de komende jaren meer nadrukkelijk aandacht wil geven.

199

Kan een overzicht worden gegeven van de wachtlijst en wachttijden in de verslavingsopvang? In hoeverre is de motie Marijnissen inzake terugbrengen van de wachttijden uitgevoerd? (blz. 81)

Zowel in de ambulante als intramurale verslavingszorgsector bestaan wachtlijsten. Een «quick and dirty» onderzoek van GGZ-Nederland toonde

aan dat er sprake is van een gemiddelde wachttijd van 6 tot 8 weken voor de verslavingszorg in totaliteit.

Er bestaat echter geen compleet overzicht van de wachtlijst en wachttijden in de verslavingszorg. Bovendien is het voortdurend aan verandering onderhevig.

Het is zeer moeilijk vast te stellen wat de gemiddelde wachttijd is, omdat die niet altijd wordt geregistreerd. Ook ontbreekt een duidelijke standaard. Het beeld zal per regio en per instelling nogal verschillen.

Wat betreft de uitvoering van de motie-Marijnissen wijs ik op de uitbreiding van de capaciteit van de verslaafdenzorg (inclusief de als zodanig toegelaten afdelingen van APZ-en: van 1255 op 1 januari 1996 naar 1474 bedden per 1 januari 1998). Daarnaast is in dezelfde periode het aantal deeltijdplaatsen gestegen van 146 naar 172.

Verder meld ik dat de verzoeken van de twee verslavingszorginstellingen die in het kader van de beschikbare middelen voor de wachtlijstproblematiek waren ingediend zijn gehonoreerd.

200

Is het waar dat er een knelpunt bestaat in de financiering van de opvang illegalen in het APZ; e.e.a. mede als gevolg van de invoering van de Koppelingswet? Hoe knellend is dit probleem en welke financiële middelen zijn noodzakelijk om dit probleem op te lossen? (blz. 82)

Vreemdelingen die zich zonder wettige verblijfsstatus in Nederland bevinden zijn niet verzekerd krachtens de AWBZ. Deze personen kunnen doorgaans de kosten van behandeling in een Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis (APZ) niet zelf betalen. Een complicerende factor vormt het feit dat vreemdelingen zonder wettig verblijf met ernstige psychiatrische problemen soms niet via de normale intakeprocedure in een APZ worden opgenomen maar via een onvrijwillige plaatsing. Een APZ kan zich wenden tot het Koppelingsfonds met een verzoek om financiële compensatie onder de door het Fonds gestelde voorwaarden. GGZ Nederland heeft namens de APZ'en aandacht gevraagd voor deze problematiek. Inmiddels heeft GGZ Nederland een begin gemaakt met het systematisch registreren van de aantallen patiënten en de kosten waar het hier om gaat. Tussen GGZ Nederland en het Koppelingsfonds vindt momenteel overleg plaats over de wijze waarop het Fonds een rol kan spelen bij het oplossen van deze problematiek.

201

De eigen bijdragen niet-klinische psychotherapie zullen jaarlijks worden geïndexeerd op basis van de prijsindex voor de gezinsconsumptie. Hoe zal dat uitpakken op de hoogte van deze eigen bijdragen? Welke eigen bijdragen worden op dit moment reeds op deze manier geïndexeerd of zullen per 1 januari 1999 op deze manier worden geïndexeerd? (blz. 83)

Op basis van de prijsindex voor de gezinsconsumptie worden op dit moment reeds de bijdragen voor het verblijf in AWBZ-instellingen, de bijdragen voor het verblijf in verzorgingshuizen en de bijdragen voor thuiszorg geïndexeerd. Omdat de hoogte van de bijdrage per maand voor verzekerden die verblijven in AWBZ-instellingen en verzorgingshuizen jaarlijks per 1 juli wordt berekend, vindt indexatie van die bijdragen jaarlijks plaats per 1 juli. Voor de thuiszorg geldt indexatie per 1 januari van elk jaar.

In het kader van de AWBZ werden alleen de voor de psychotherapie vastgestelde bijdragen tot nu toe niet jaarlijks geïndexeerd.

Toepassing van het zo recent mogelijke prijsindexcijfer, met afronding op hele guldens naar beneden, betekent voor de bijdragen psychotherapie dat het bedrag f 10,- per persoon per zitting (bij partnerrelatie-psychotherapie) en het bedrag van f 20,- per zitting voor individuele,

groeps- of gezinstherapie per 1 januari 1999 niet worden verhoogd (onafgerond bedragen de verhoogde bedragen f 10,22 respectievelijk f 20,45).

Het maximum van f 900,- per jaar wordt verhoogd tot f 920,- (onafgerond f 920,10). Volgend jaar zal, voor de berekening van de nieuwe bedragen, bij de indexering uitgegaan worden van de onafgeronde bedragen. Vervolgens zal dan opnieuw afgerond worden op hele guldens naar beneden.

202

Wanneer kan de uitkomst van het onderzoek van de Ziekenfondsraad worden verwacht aangaande de eigen betalingen door bewoners van AWBZ-instellingen? (blz. 83)

In opdracht van de Ziekenfondsraad wordt op dit moment door Hoeksma, Homans en Menting, organisatieadviseurs, een onderzoek verricht naar de bewonersbijdragen uit het vrij besteedbaar inkomen. De resultaten van dit onderzoek worden door Ziekenfondsraad half december verwacht. Ik verwacht dat de Ziekenfondsraad mij in het eerste kwartaal van 1999 over deze aangelegenheid zal rapporteren.

HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG

203

Uit de toelichting bij tabel 6.1 blijkt dat de groei ruimte 1999 in de sector gehandicaptenzorg op basis van demografische ontwikkelingen en kapitaallasten in verband met instandhoudingsbouw tot stand is gekomen.

Wordt de opvatting van de Inspectie gedeeld, zoals verwoord in haar Jaarverslag 1997, dat er dringend behoefte is aan verbetering van accommodaties voor lichamelijk- en verstandelijk gehandicapten? Welk bedrag wordt voor 1999 in JOZ opgenomen om dit knelpunt zo mogelijk versneld op te lossen? (blz. 86)

De Inspectie maakt op twee plaatsen in haar jaarverslag gewag van een slechte staat van de gebouwen. Bij de eerste opmerking betreffende verstandelijk gehandicapten geeft de Inspectie zelf aan dat aan oplossing van de knelpunten gewerkt wordt. Inderdaad is het zo dat voor de hier bedoelde gevallen al veelal bouwprioriteit is verkregen, zodat de financiën hiervoor gereserveerd zijn. Het is aan de betreffende instellingen om snel uitvoering te geven aan het betreffende instandhoudingsproject. Bij de tweede opmerking betreffende lichamelijk gehandicapten betreft het voornamelijk zogenaamde semimurale voorzieningen. Zoals de Inspectie al aangeeft moeten de betreffende instellingen hiervoor plannen ontwikkelen en die indienen bij VWS.

Voor wat betreft de knelpunten bij de 2 genoemde grote woonvormen (intramuraal): deze worden meegenomen bij de eerstvolgende bestuurlijke afweging ten behoeve van de bouwprioriteiten.

204

Is het waar dat de uitgaven gehandicaptenzorg van 1994 tot 2003 stijgen met f 1.12 mld. inclusief index en f 800 mln. exclusief index, en is daarmee de conclusie juist dat de voorgestane groei in de komende periode veel lager is? (blz. 86)

Het is juist dat de groei tussen 1994 en 1999 f 1,12 miljard bedraagt inclusief index. Die index wil zeggen inclusief de loon- en prijsbijstellingen en inclusief de kapitaallasten voor instandhoudingsbouw.

De groei vanaf 1999 tot 2003 bedraagt volgens tabel 6.1 van het JOZ 1999 f 420,7 miljoen exclusief index. Dat laatste komt overeen met gemiddeld 1,4% per jaar. Exclusief index wil hier zeggen dat in de groeicijfers vanaf 1999 alleen de volumegroei is meegenomen op grond van het bouwprogramma, alsmede de loon- en prijsbijstellingstranche voor 1998. De werkelijke nominale groei voor de komende vier jaar is niet aan te geven omdat de hoogte van de feitelijke loon- en prijsbijstelling voor 1999 en volgende jaren nu nog niet bekend is.

Zoals evenwel al uit de toelichting op tabel 6.1 blijkt geeft de procentuele mutatie in de onderste regel van de tabel ook om andere reden geen volledig beeld van de werkelijke groei in de komende jaren. Op de aanvullende post zijn voor de gehandicaptenzorg middelen opgenomen waarover meerjarenafspraken zullen worden gemaakt.

Gegeven die meerjarenafspraken, en de komende jaren nog te plegen correcties op de indexering kan op dit moment niet de conclusie worden getrokken dat de voorgestane groei in de komende periode veel lager is.

205

Is het waar dat de uitgaven voor de gehandicaptenzorg procentueel de komende 4 jaar met 1.4% stijgen exclusief index en wat is het groeipercentage inclusief index? (blz. 86)

Zie het antwoord op vraag 204.

206

Hoe kan het dat kapitaalslasten i.v.m. instandhoudingsbouw zijn verwerkt in de groeiruimte. Instandhoudingsbouw leidt immers niet tot uitbreiding en zou derhalve verwerkt moeten worden in de nominale groei (blz. 86 en 97)

Inderdaad is het zo dat de kapitaalslasten voor instandhoudingsbouw geen onderdeel uitmaken van de ruimte voor volumegroei zoals verwerkt in het JOZ. In het JOZ is echter ook groeiruimte voor nominale ontwikkelingen verwerkt. Deze nominale groeiruimte is voor de jaren 1999 en verder centraal geparkeerd op de aanvullende post, met uitzondering van de ontwikkeling van kapitaalslasten voor instandhoudingsbouw voorzover voortvloeiend uit reeds goedgekeurde bouwprojecten. Deze (nominale) middelen zijn reeds over de betreffende sectoren verdeeld.

207

Hoe verhouden de ramingen in tabel 6.1 met betrekking tot het PGB zich tot uitspraken van de Kamer en voornemens van de bewindspersonen over de groei van het volume van de PGB? Hoe kunnen de wachtlijsten van 8000 personen voor de PGB worden verminderd? (blz. 86)

Het effect van de uitvoering van de motie Van Blerck is in de begrote bedragen nog niet opgenomen; de bedragen dienen derhalve nog te worden aangevuld voor de extra middelen die in het kader van de meerjarenafspraken worden vrijgemaakt.

De wachtlijsten voor het PGB zullen slechts geleidelijk aan kunnen worden weggewerkt, net als de wachtlijsten voor zorg in natura, door additionele middelen.

208

Hoe is de ontwikkeling van de component eigen betalingen in de financiering van de gehandicaptenzorg in de afgelopen jaren; bijvoorbeeld vanaf 1994 en vanaf 1990 (blz. 87, figuur 1)?

De ontwikkeling van de component eigen betalingen in de financiering van de gehandicaptenzorg is afgenomen van circa 9,5% in 1994 tot bijna

9% in 1999. Voor de jaren vóór 1994 zijn helaas geen volledige gegevens beschikbaar.

209

Kan een overzicht worden gegeven van het tekort aan capaciteit in gezinsvervangende tehuizen voor gehandicapte kinderen, graag uitgesplitst naar provincie? In hoeverre kunnen de voorziene intensiveringen hier soelaas bieden? (blz. 87)

Het beleid is er op gericht om gehandicapte kinderen zo lang mogelijk in hun eigen gezinsmilieu te laten verblijven. Door middel van reguliere thuiszorg, hulp door sociaal pedagogische diensten en «outreaching» zorg vanuit dagverblijven en residentiële voorzieningen, kunnen ouders daarbij een beroep doen op de noodzakelijke ondersteuning. Waar een verder verblijf van een gehandicapt kind in het eigen gezin niet meer mogelijk is, geldt – althans in beginsel – het pleeggezin als een beter alternatief dan opname in een internaat. Als ook opname in een pleeggezin onhaalbaar is heeft een kleinschalig internaat (een kindergezinsvervangend tehuis) de voorkeur boven een grootschalige woonvorm. Over het algemeen kan gesteld worden dat vraag en aanbod bij de 48 kindergezinsvervangende tehuizen redelijk in evenwicht is. Voor één categorie gehandicapte kinderen deed zich echter een specifieke problematiek voor. Deze uitzondering betrof de groep (zeer) ernstig lichamelijk gehandicapte kinderen met in beginsel leermogelijkheden op MAVO/HAVO/VWO-niveau, die vanwege hun specifieke zorg- en begeleidingsbehoeften aangewezen waren op residentiële opvang. Het spreekt voor zich dat bedoelde woonvormen gerealiseerd moeten worden in de nabijheid van onderwijsvoorzieningen, die zich geheel of deels richten op deze categorie jongeren. Verwacht wordt dat de voorziene intensiveringen (JOZ 1999, blz. 91, paragraaf Kindergezinsvervangende tehuizen) in de ervaren behoefte zal voorzien. Een uitsplitsing van een tekort aan capaciteit naar provincie is niet te geven, a) omdat binnenkort van een tekort niet langer sprake zal zijn en b) omdat de groep dermate klein is dat de in het JOZ genoemde drie voorzieningen een bovenregionaal c.q. landelijk bereik hebben. De bouwtoezeggingen hebben betrekking op de Stichting Werkenrode te Groesbeek/Nijmegen, de Stichting Heliomare te Wijk aan Zee en het Geert de Leeuwhuis te Enschede.

210

Zal het besluit over de nieuwe bestuurlijke vormgeving eind 1998 aan de Kamer worden overlegd? (blz. 88)

De afgelopen jaren is door alle betrokken partijen gewerkt aan het verbeteren van het functioneren van het Zorgregistratiesysteem (ZRS) in de verstandelijke gehandicaptensector. Hoewel veel verbetering in de registratie is bereikt, ontbreekt het de landelijk houder aan voldoende sturingsmogelijkheden, waardoor er verschillen in de registratiepraktijken in de regio's blijven bestaan. Duidelijk is dat het ZRS een heldere bestuurlijke structuur moet krijgen, wil de nagestreefde betrouwbare registratie tot stand komen. Ik zal de Ziekenfondsraad op korte termijn vragen een uitvoeringstoets uit te brengen over de nieuwe bestuurlijke opzet van het Zorgregistratiesysteem. Een uitwerking van deze bestuurlijke vormgeving zal ik in de loop van 1999 aan uw Kamer kunnen voorleggen.

211

Is het waar dat de grootste wachtlijsten momenteel voorkomen bij de minder intensieve woonvoorzieningen en bij de dagbesteding? Lenen deze vormen zich het beste voor zorgvernieuwing en zal dit ook daadwer-

kelijk worden ingezet? (blz. 89)

De wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptensector worden bijgehouden door het Zorgregistratiesysteem. Van de wachtenden voor dagbesteding heeft circa de helft al een vorm van dagbesteding, maar staat op de wachtlijst voor een andere vorm van dagbesteding. Het betreft niet zozeer een wachtlijst als wel een doorstromingsprobleem. Van de urgent wachtenden voor wonen staat 66% op de wachtlijst voor woontype 3 of 4, een woonvoorziening met een lichte vorm van begeleiding. De conclusie is derhalve dat de wachtlijstproblematiek zich toespitst op woontype 3 en 4.

Met name deze minder intensieve woonvoorzieningen, dit is grofweg de categorie gezinsvervangende tehuizen, lenen zich goed voor zorgvernieuwing. Intensiveringen kunnen gericht worden ingezet voor de begeleidingsfunctie, terwijl de gehandicapte zelf voorziet in zijn woonruimte bijvoorbeeld. Een deel van de wachtlijstmiddelen voor het lopende jaar 1998 is al op deze wijze ingevuld. Voor de komende periode zullen deze vormen van zorgvernieuwing onderdeel uitmaken van de gesprekken over de meerjarenafspraken.

212

Hoeveel extra middelen zijn nodig om aan de door ITS geschatte behoefte aan persoonsgebonden budgetten voor verstandelijk gehandicapten en verpleging en verzorging te kunnen voldoen? (blz. 89)

Het ITS schat in zijn rapport Beleidsgerichte evaluatie PGB 1996–1997 dat 45% van de mensen die een indicatie krijgen voor verpleging en verzorging indien mogelijk zouden kiezen voor een PGB (pag. 129, ITS-rapport); dit geldt voor 25% van de mensen die een beroep doen op de zorg voor verstandelijk gehandicapten (pag. 131, ITS-rapport). Let wel, dit betreft schattingen van het ITS gebaseerd op voorkeuren van ondervraagden. Ter illustratie onderstaand een theoretische berekening wat deze schattingen van het ITS betekenen afgezet tegen de huidige populatie.

Naar schatting maken ruim 250 000 mensen permanent gebruik van thuiszorg (excl. alphahulp). Het gemiddelde PGB VV bedraagt f 18 900 op jaarbasis (na verrekening eigen bijdrage, pag. 18, ITS-rapport). Indien 45% van de huidige gebruikers voor een PGB zouden kiezen en aannemende dat de gemiddelde hoogte niet zou veranderen, zou derhalve een jaarbudget nodig zijn van f 2,2 miljard om alle gewenste PGB VV te bekostigen.

Naar schatting zijn er 100 000 verstandelijk gehandicapten, waarvan er 60 000 gebruik maken van AWBZ-voorzieningen. Het gemiddelde PGB VG bedraagt f 27 700 op jaarbasis (pag. 20, ITS-rapport). Ervan uitgaande dat een kwart van een populatie van 60 000 voor een PGB zou kiezen, is circa f 425 miljoen nodig om aan de vraag te voldoen.

213

Voor kleinschalige woonvoorzieningen bij intramurale instellingen is f 8 mln. beschikbaar gesteld. Gaat het hier om tijdelijke kosten? Waarom is kleinschalig wonen duurder? Kan worden aangegeven hoe de f 8 mln. is besteed? (blz. 89)

De f 8 miljoen is ter beschikking gesteld voor de stimulering van kleinschaligheid in de intramurale gehandicaptenzorg. Met deze middelen kunnen zowel frictiekosten (tijdelijke kosten voor de omslag naar kleinschaligheid) als structurele kosten van kleinschaligheid worden gedekt. Indien instellingen structurele kosten van kleinschaligheid financieren uit de kleinschaligheidstoelage, dienen ze rekening te houden met het tot nu toe incidentele karakter van deze toeslag. Kleinschaligheid

en de financiering daarvan zal bij de meerjarenaafspraken onderwerp van bespreking zijn.

Over de omvang van de structurele meerkosten van kleinschalig wonen zijn blijkens onderzoek geen eenduidige uitspraken te doen. Aangenomen mag worden dat in de sfeer van de personeelskosten sprake zal zijn van enige meerkosten, afhankelijk ook van de groepsgrootte en de wijze waarop de zorg georganiseerd is. Het bedrag van f 8 miljoen is door het COTG op basis van een beleidsregel uitgezet bij de instellingen die voldeden aan de gestelde kleinschaligheids-criteria. Over de besteding zijn geen gegevens bekend aangezien het bedrag deel uitmaakt van het totale instellingsbudget dat grotendeels substitueerbaar is.

214

De zorgverlening voor mensen met een verstandelijke handicap schiet tekort, mede door onvoldoende financiële middelen voor de zgn. consulente teams. Thans is het betaalbudget voor deze teams f 43,6 mln. Hoe groot wordt het budget voor 1999? (blz. 89 en 94)

Ik heb besloten de vigerende subsidieregeling voor het jaar 1999 te verlengen. Overigens was, ook zonder dit besluit, het aan de orde zijnde budget geormerkt gebleven voor de behandeling door de teams van gedragsproblematiek. In deze zin is er dus nooit onduidelijkheid geweest over de financiering. Door de subsidieregeling naar 1999 te verlengen blijft evenwel de zo noodzakelijke onafhankelijke positie van de teams intact. De komende periode zal ik mij – mede in relatie tot het traject zorgzwaartedifferentiatie – beraden over de toekomstige regelgeving met betrekking tot financieringswijze en positionering van de teams. Ook de extra middelen voor structurele dagbesteding, die in het kader van de meerjarenaafspraken aan de orde zijn, spelen in dit verband een rol. De consulente teams ontvangen thans jaarlijks f 44,6 miljoen, waarvan het overgrote deel bestemd is voor het opstellen en uitvoeren van bijzondere zorgplannen. De hoogte van het bedrag kan in positieve zin beïnvloed worden als resultaat van de meerjarenaafspraken. De vijf multidisciplinaire teams/meldpunten voor jeugdige licht verstandelijke gehandicapten zullen worden ondergebracht bij de consulente teams. Het takenpakket van de consulente teams wordt uitgebreid met de activiteiten die voortvloeien uit dit besluit. Daarmee dragen zij de verantwoordelijkheid voor de uitvoering. Het bedrag van de Regeling subsidiëring consulente activiteiten en bijzondere zorgplannen is voor 1998 en 1999 opgehoogd met in totaal f 1 miljoen, tot genoemde f 44,6 miljoen. Het bedrag van f 1 miljoen mag als adequaat beschouwd worden, hoewel het – zoals elke intensivering – uiteraard het resultaat is van een afweging.

De gedachte als zou er standaard sprake moeten zijn van een «één op één-begeleiding» in de zorg voor ernstig verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten wordt door mij niet onderschreven. Evenmin is mij bekend dat deze aanpak per sé een groot succes is. Niet alle ernstig gehandicapten behoeven een kwantitatief bovengemiddelde begeleiding. Daar staat tegenover, dat juist licht verstandelijk gehandicapten met gedragsproblemen vaak extra inzet nodig blijken te hebben. Afgezien van de kwantitatieve inzet van personeel is het vaak ook de kwaliteit van de begeleiding, die bepalend is of er positieve resultaten worden geboekt. Voorts kan de inzet van extra begeleiding ook een tijdelijk karakter hebben.

Het ligt dan ook niet voor de hand om extra middelen te alloceren om een standaard «één op één-begeleiding» in de zorg voor ernstig verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten veilig te stellen c.q. te bevorderen. Van belang is een individuele benadering. Individuele zorgplannen zijn bij uitstek het middel om hierin te voorzien.

Tenslotte wijs ik op het in de aanhef van dit antwoord gestelde ten aanzien van de consulente teams ernstig probleemgedrag alsmede op de mogelijkheid dat een belangrijk deel van de extra voor de gehandicaptenzorg beschikbaar komende middelen ingezet wordt ten behoeve van (extra personeel ten behoeve van) structurele dagbesteding voor bewoners van de algemene inrichtingen voor mensen met een verstandelijke handicap.

215

Zullen de vijf multidisciplinaire teams/meldpunten worden ondergebracht bij de consulente teams of daarin worden ingebed? Is daartoe het bedrag van f 1 mln. in overeenstemming met de daartoe opgestelde raming? (blz. 90)

Zie het antwoord op vraag 214.

216

Welke financiële tekorten bestaan er ten aanzien van de één op één begeleiding van ernstig verstandelijk en/of lichamelijk gehandicapten? Is bekend dat deze vorm van begeleiding en behandeling een groot succes is, en dat in toenemende mate als gevolg van een tekort aan financiële middelen deze begeleiding noodzakelijkerwijs wordt stop gezet? Wordt door middel van extra middelen deze vorm van begeleiding en behandeling veilig gesteld? Zo neen, waarom niet en op welke wijze worden instelling alsdan geacht deze mensen op een afdoende manier te begeleiden? (blz. 90)

Zie het antwoord op vraag 214.

217

Kan de minister aangeven hoe de dagopvang van lichamelijk en/of geestelijk gehandicapten voor meerderjarigen is geregeld en of daarin knelpunten bestaan? (blz. 90)

In het algemeen zijn er 3 mogelijkheden voor dagbesteding voor mensen met een handicap: arbeid, onderwijs of dagbesteding die georganiseerd wordt door een door de AWBZ gefinancierde voorziening. Ook voor de dagbesteding is volwaardig burgerschap voor mensen met een handicap uitgangspunt. Dagbesteding vanuit een AWBZ-zorgvoorziening is pas aan de orde, als arbeid of onderwijs, gezien de aard van de handicap, niet mogelijk zijn.

Bij arbeid gaat het om (betaalde) arbeid bijvoorbeeld bij het bedrijfsleven of de publieke sector, eventueel met begeleiding, alsmede om werk in een sociale werkvoorziening op grond van de Wet Sociale Werkvoorziening. Bij onderwijs is te denken aan het reguliere onderwijs al dan niet met speciale begeleiding of een plaatsing op een school voor speciaal onderwijs.

Iemand die niet kan deelnemen aan een arbeids- of onderwijsvoorziening, komt in aanmerking voor plaatsing op een door de AWBZ gefinancierd dagverblijf. Naast vormen van dagbesteding omvat plaatsing op het dagverblijf sociale en pedagogische vorming, onderzoek, behandeling en begeleiding, verzorging en vervoer.

Voor personen die verblijven op een intramurale instelling maakt dagbesteding onderdeel uit van de 24 uren verstrekking. Het is een beleidskeuze van de leiding van de instelling welk deel van het personeelsbudget ingezet wordt voor het bieden van dagbesteding. Meer en meer laten intramurale instellingen dagbesteding voor hun bewoners, tegen

betaling uiteraard, organiseren door dagverblijven. Voor dagverblijven is immers het verzorgen van dagbesteding kernactiviteit, waarvoor zij dan ook bij uitstek geëquipeerd zijn.

Knelpunten kunnen zich voordoen in die regio's waar sprake is van een tekort aan plaatsen in dagverblijven. Als ander knelpunt kan worden genoemd de tekorten in dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap. Voor dit laatste knelpunt is voor het jaar 1998 reeds f 41 miljoen beschikbaar gesteld.

Overigens is het antwoord op de vraag of en in welke mate deze knelpunten worden opgelost mede afhankelijk van de inhoud van de meerjarenafspraken die ter zake met de sector zullen worden gemaakt.

218

Wat zijn de oorzaken van de stijging van het aantal thuiszitters in GVT'en. Wordt het extra geld gebruikt om overdag extra personeel aanwezig te laten zijn of wordt het gebruikt om externe dagbesteding te organiseren? Welk bedrag is voor 1999 beschikbaar ten behoeve van «de opvang van thuiszitters»? (blz. 90)

Enerzijds wordt deze stijging veroorzaakt door de vergrijzing. Het betreft bewoners die als gevolg van hun leeftijd hun – fulltime – dagbesteding (arbeid, dan wel bezigheden in of vanuit een dagverblijf voor ouderen, anderszins) hebben beëindigd en daardoor overdag (meer) thuis zijn. In 1998 bedraagt het aantal GVT-bewoners van 50 jaar en ouder 5 355.

Anderzijds kunnen mensen overdag thuis zijn, omdat voor hen, wellicht mede als gevolg van een tekort aan capaciteit in de dagverblijven, de dagbesteding niet meteen met het betrekken van het GVT gerealiseerd kan worden.

De f 2,5 miljoen die ter beschikking is gesteld voor de personeelskosten voor de opvang van thuiszitters wordt besteed aan het aanbieden van dagbesteding. Een mogelijkheid daarbij is dat een GVT deze dagbesteding tegen betaling betreft van een dagverblijf. Welke keuze wordt gemaakt, hangt af van de situatie en de persoonlijke omstandigheden van degene die thuis zit. Indien mensen op grond van hun leeftijd geen gestructureerde dagbesteding meer willen, wordt het extra geld ingezet voor meer personeel overdag in het GVT.

Uit 1998 bedragen de additionele uitgaven voor de opvang van thuiszitters in gezinsvervangende tehuizen f 9,4 miljoen. Dat bedrag zal ook voor 1999 beschikbaar zijn.

219

Wanneer wordt het advies van de Gezondheidsraad verwacht met betrekking tot de meerjarige aanpak van de dagbesteding? Worden intensiveringen en wijzigingen van beleid van de uitkomsten daarvan afhankelijk gesteld? (blz. 90)

De Gezondheidsraad heeft destijds ter zake meegedeeld, dat zij zich voorstelt mij het advies medio 1999 te doen toekomen.

In de brief aan de Voorzitter van de Tweede Kamer van 7 april 1998 over dagbesteding verstandelijk gehandicapten (DGB/ZVG-982039) is gesteld dat een meerjarenaanpak voor 1999 en latere jaren gewenst is, doch dat die mede afhangt van het advies van de Gezondheidsraad.

220

Op grond van welke gegevens constateert de minister dat de behoefte aan gezamenlijke huisvesting in de omgeving van instellingen voor speciaal

voortgezet onderwijs groeit? (blz. 91)

Zie het antwoord op vraag 209.

221

Kan worden gespecificeerd om welke bouwtoezeggingen het gaat? (blz. 91, zie ook tabellen A2.1 en A2.2 uit bijlage A2, blz. B 25)

Zie het antwoord op vraag 209.

222

Geldt voor de twee commissies van de Ziekenfondsraad die zich met de herstructurering van de zorg voor auditief gehandicapten zullen bezighouden eveneens de gestelde randvoorwaarde van budgettaire neutraliteit? Kan de Ziekenfondsraad in de praktijk tot eenzelfde oordeel komen als de extern adviseur? Op grond van welke overwegingen kwam de extern adviseur tot het oordeel dat bedoelde herverdeling niet binnen de gestelde budgettaire neutraliteit mogelijk zou zijn? Kan inhoudelijk de stelling worden onderbouwd dat een en ander wel budgettair neutraal kan plaatsvinden, mede in relatie tot het extern advies? (blz. 93/94)

In het schrijven d.d. 11 oktober 1996 aan de Ziekenfondsraad waarin is verzocht tot het installeren van de twee commissies, die zich zullen bezighouden met de toekomstige zorg voor auditief gehandicapten, is destijds de randvoorwaarde van budgettaire neutraliteit opgenomen. Het is denkbaar dat de Ziekenfondsraad, teneinde een meer evenwichtige spreiding van de thans aanwezige capaciteit over het land te realiseren, tot eenzelfde oordeel komt als de extern adviseur.

De extern adviseur constateerde onder andere dat voor de omzetting van een onbezette plaats in een bezette plaats een extra bedrag van f 60 000,- nodig is, en dat herverdeling van plaatsen binnen de sector auditief gehandicapten derhalve alleen budgettair neutraal kan worden gerealiseerd indien erkende plaatsen worden ingeleverd. Volgens de Ziekenfondsraad leidt dit laatste echter tot ernstige problemen met betrekking tot de continuïteit van de hulp aan auditief gehandicapten omdat met de financiële middelen die voortvloeien uit de niet-bezette bedden extra-murale hulp wordt gefinancierd.

Voor zover de geschetste problematiek te herleiden is tot uit wachtlijsten naar voren komende capaciteitstekorten, zal de oplossing ervan gerelateerd moeten worden aan de meer algemene aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg en derhalve aan de orde moeten komen in het kader van de meerjarenafspraken. Voor zover de problemen voortvloeien uit met de externe adviseur van het ministerie gemaakte principeafspraken zal gezocht worden naar een tijdelijke financiering, in afwachting van de uitvoeringstoets van de Ziekenfondsraad. Naar het zich laat aanzien zal dit ertoe leiden dat tijdelijk tien extra plaatsen – die thans al worden bezet door kinderen met een auditieve handicap – worden bekostigd bij het Koninklijk Instituut voor Doven «Guyot».

223

Op welke termijn zal financiering naar zorgzwaarte mogelijk zijn? Op welke manier wordt tot die tijd tegemoet gekomen aan de noodzakelijke extra zorg voor verstandelijke gehandicapten met hoge zorgzwaarte? (blz. 93)

Financiering naar zorgzwaarte is een instrument dat wordt ingezet bij de omvorming van het huidige financieringssysteem voor instellingen voor verstandelijk gehandicapten. Doelstelling hiervan is het vormgeven van vraagsturing in de Gehandicaptenzorg, het meer transparant maken van de zorgleveranties en het bevorderen van de doelmatige levering van

producten naar zorgzwaarte. Zorgzwaarte moet worden gezien als de score op een schaal waarmee de noodzaak van intensiteit van de benodigde zorg en dienstverlening wordt vast gesteld.

Ten einde deze financiering vorm te kunnen geven zal een model ontwikkeld worden waarbij de financiering meer wordt gericht op de output van de instellingen. Zoals is aangegeven in het JOZ 1999 worden de daarvoor benodigde bouwstenen (waaronder een beschrijving van zorgprodukten met kostprijzen) momenteel ontwikkeld. Gepland is in de loop van 1999 een en ander te laten uitmonden in een ontwerp voor een bekostigingssystematiek gericht op een meer vraaggestuurde gehandicaptenzorg. De invoering van dit systeem zal daarna kunnen plaatsvinden. Met het oog op het belang van de continuïteit in de zorg en een beheerste kostenontwikkeling van de zorg zal de ontwikkeling en de daaropvolgende invoering overigens met de vereiste waarborgen omkleed moeten zijn.

In het najaar van 1997 is door de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) aandacht gevraagd voor het tekort aan dagbesteding voor mensen met een ernstige verstandelijke handicap in instellingen. Voor 1998 is een bedrag van f 41 miljoen ingezet als eerste stap in een meerjarige aanpak hiervan. Voor deze meerjarige aanpak 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 de activeringsmogelijkheden, waaronder dagbesteding, die worden aangeboden aan verstandelijk gehandicapten, met name aan hen die intramuraal langdurig zijn opgenomen.

Ten slotte zij nog opgemerkt dat het onderwerp vraaggestuurde gehandicaptenzorg en dagbesteding onderdeel uitmaken van het overleg over de meerjarenafspraken zoals deze zijn aangekondigd in het Regeerakkoord 1998.

224

Hoe wordt het bedrag van f 1,5 mln. voor zorg voor verstandelijk gehandicapten met autisme of een daaraan verwante contactstoornis besteed, en kan worden aangegeven hoe de verdeling is over enerzijds kinderen en volwassenen en anderzijds intra- en extramuraal? (blz. 94)

Het voornemen hierbij is in enkele intramurale instellingen voor verstandelijk gehandicapten een pilot te starten met autismegroepen waarbij werkenderwijs invulling wordt gegeven aan de specifieke «autismezorg». De onderverdeling kinderen/(jong)volwassenen is thans nog niet te geven.

De f 1,5 miljoen voor de zorg voor verstandelijk gehandicapten met autisme of een daaraan verwante contactstoornis is structureel. Het bedrag maakt onderdeel uit van het geld dat is geclaimd voor de bijzondere functieplanning.

Er wordt met de VGN en de RUL gepraat over de verdere invulling van dit bedrag.

225

Is er al duidelijkheid over de financiering van de consulenteams? Wordt het beschikbare bedrag verlaagd en zo ja, wat zijn dan de gevolgen voor de behandeling van de gedragsproblematiek? (blz. 94)

Zie het antwoord op vraag 214.

HOOFDSTUK 7 OUDERENZORG EN THUISZORG

226

Na 2 jaar wordt bekeken wat de kostenbeheersing in de geneesmiddelen heeft opgebracht. Als door maatregelen geneesmiddelen ruimte is ontstaan moet f 200 mln. extra naar thuiszorg en ouderenzorg. Betekent dat de geplande groei voor de ouderenzorg onvoldoende wordt geacht? (blz. 97)

Voor de periode van 1999 tot en met 2002 voorziet het regeerakkoord in een forse toename van het budget voor verpleging en verzorging, waaronder de ouderenzorg. Bij de toedeling van de beschikbare groei is er rekening mee gehouden dat andere sectoren de komende jaren eveneens meer geld nodig hebben. Gezien de prioriteit die het kabinet geeft aan ouderenzorg is gekozen voor de weg om aan het budget voor de ouderenzorg meer geld toe te voegen indien de kostenbeheersing van de geneesmiddelen die ruimte biedt.

227

Kan een toelichting worden gegeven op het gestelde dat door de relatieve vermindering van het aantal intramurale plaatsen ten opzichte van het aantal kwetsbare ouderen de «zorg per bed» gemiddeld zwaarder wordt? (blz. 98)

Tegenover een toenemend aantal ouderen in Nederland staat een afnemende capaciteit van de verzorgingshuizen (intramuraal). Dat leidt ertoe dat de «schaarse» capaciteit in toenemende mate benut zal worden voor het verlenen van zorg aan mensen met een zwaardere zorgbehoefte. Met andere woorden, de «lichte gevallen» komen in afnemende mate voor opname in aanmerking.

228

Om de bejegening van en de attitude jegens ouderen te verbeteren wordt er een stimuleringsprogramma ontwikkeld. Tot welke doelgroep – werkenden, leerlingen – richt dit programma zich, en op welke wijze wordt vorm gegeven aan dit programma? (blz. 99)

Het Stimuleringsprogramma «bejegening» is gericht op de verpleeghuis-sector. De doelgroep die binnen deze sector aangesproken wordt is zeer divers: accent ligt op de verpleging en verzorging en het management, maar ook groepen als (para)medici en voedingsassistenten vallen onder de doelgroep. Deze diversiteit komt voort uit het feit dat het programma uitgaat van bestaande projecten en instrumenten om de bejegening van bewoners te verbeteren.

Een verpleeghuis kan «intekenen» op deelname aan het Stimuleringsprogramma, waarna een assesment volgt. Afhankelijk van de uitgangssituatie in het verpleeghuis, waarbij gekeken wordt naar wat er reeds op dit terrein gebeurt, wat personeel, management en cliëntenraad het belangrijkste vinden, en welke activiteit zal beklijven, wordt een keuze gemaakt uit het bestaande aanbod van projecten waarin bejegening centraal staat.

Daarnaast is er de mogelijkheid van onderlinge visitaties van verpleeghuizen en het leren van een voorloper, een zogenoemd mentor-verpleeghuis, dat op het gebied van bejegening reeds zijn sporen heeft verdiend. Een en ander wordt georganiseerd, onderzocht en uitgevoerd door het Nzi.

229

«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 zesbedkamers worden getransformeerd tot verpleeghuizen met enkel een- en tweepersoonskamers.»
Verloopt dit transformatieproces volgens tijdschema? (blz. 99)*

De verbetering van de privacy is een onderdeel van een breder pakket aan maatregelen in de verpleeghuissector. Uit ervaringen in de afgelopen periode blijkt dat op niet alle onderdelen dit proces probleemloos verloopt. Met name de verbetering van de privacy in verpleeghuizen door het tot stand brengen van verpleegunits in verzorgingshuizen blijkt in sommige provincies te stagneren. De redenen voor deze vertraging zijn divers. Er kunnen evenwel twee hoofdredenen worden genoemd die blijkens de thans bekende informatie geregeld leiden tot vertraging. Enerzijds blijken er op het financiële vlak problemen te bestaan zowel ten aanzien van de te hoge boekwaarden van de om te bouwen (delen van) verzorgingshuizen als de (te) hoge kosten verbonden aan het bouwkundig aanpassen van bestaande gebouwen voor de nieuwe functie. Recent is een aantal boekwaardeproblemen opgelost en kunnen beschikkingen worden afgegeven.

Anderzijds blijkt het vormgeven van deze verpleegunits zowel bestuurlijk als inhoudelijk nogal eens moeizaam te verlopen. Met enige regelmaat blijkt verschil van inzicht te bestaan tussen bestuurders van verzorgings- en verpleeghuizen over de verantwoordelijkheidstoedeling. In een landelijke werkgroep waarin naast VWS ook de koepels van verzorgings- en verpleeghuizen en het College voor Ziekenhuisvoorzieningen zijn vertegenwoordigd worden de problemen met regelmaat geanalyseerd en wordt naar oplossingen gezocht.

230

Kan de minister aangeven waarom de capaciteit van verzorgingshuizen daalt tot 107 000 bedden in 2001 terwijl het SCP en het college van Ziekenhuisvoorzieningen uitgaan van een toenemende vraag naar verzorgingshuiszorg tot 130 000 in 2005? (blz. 99)

De afname van de intramurale capaciteit in verzorgingshuizen tot ongeveer 107 000 plaatsen in 2001 is een gevolg van de door de provincies en grote steden vastgestelde plannen voor de verzorgingshuizen voor de periode 1997–2000. Deze plannen zijn opgesteld binnen door de rijksoverheid vastgestelde financiële planningskaders. Tegenover de afname van intramurale plaatsen staat in deze periode, op basis van de provinciale/groot stedelijke plannen, een toename van de extramurale zorgverlening met 8135 plaatsen tot 15 639 plaatsen. Zoals bekend heeft het kabinet, naar aanleiding van de motie Wallage, voor 1998 f 90 mln aan extra middelen voor de verzorgingshuizen ter beschikking gesteld. Op grond van door de provincies uitgebrachte adviezen kunnen daardoor in 1998 575 extra intramurale plaatsen en 3309 extra extramurale plaatsen gerealiseerd worden. De structurele doorwerking van deze extra middelen in 2001 is afhankelijk van nadere provinciale advisering. Naar verwachting zal echter een niveau van rond de 4000 extra plaatsen gehandhaafd blijven. In de gehele periode 1997–2000 blijft daardoor de totale zorgcapaciteit min of meer gelijk, dan wel treedt slechts een lichte daling op.

Door zowel het College voor Ziekenhuisvoorzieningen (CvZ) als door het Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP) zijn ramingen gemaakt over de toekomstige behoefte aan verzorgingshuiszorg. Door het CvZ is een minimum noodzakelijk aantal verzorgingshuisplaatsen in 2005 geraamd van 110 000. Het SCP geeft een langere vooruitberekening en komt tot een noodzakelijke capaciteit in 2015 van 146 500.

Van belang bij dit soort vooruitberekeningen zijn de veronderstellingen die ten grondslag liggen aan deze ramingen. Zo heeft het SCP aangegeven dat het absolute cijfer voor de capaciteit in 2015 beïnvloed wordt door de veronderstelde capaciteit in 1996. Die veronderstelling was echter alweer achterhaald bij het uitbrengen van de raming. Van meer belang is dan ook de veronderstelde behoeftegroei van rond de 1% per jaar. Daarbij is geen rekening gehouden met verdergaande substitutie. Het SCP raamt dan ook niet zozeer het gebruik van intramurale verzorgingshuisplaatsen als de behoefte aan vierentwintiguurs verzorgingshuiszorg. Een zekere verschuiving tussen intramurale en extramurale zorgverlening behoort dan ook tot de mogelijkheden.

In de komende periode zal een integrale planningsnorm voor verpleging en verzorging (waaronder voor verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg) worden ontwikkeld. Gelet op de in het regeerakkoord aangegeven lijn om te komen tot regiovisies zal op termijn de verhouding tussen intramurale en extramurale zorgverlening voor een belangrijk deel op regionaal niveau bepaald worden.

In het regeerakkoord is voor de periode 1999–2002 een groei in de uitgaven voor verpleging en verzorging, waaronder de ouderenzorg voorzien, waarmee een bedrag van ongeveer f 2000 mln is gemoeid. Deze groei zal primair enerzijds worden ingezet om de capaciteit tot zorgverlening aan ouderen uit te breiden en anderzijds om de werkdruk te verlichten.

231

Er is een daling van de intramurale capaciteit in de ouderenzorg, met name in de verzorgingshuizen. Wordt deze reductie maar ten dele gecompenseerd? is het verantwoord vast te houden aan de geplande capaciteitsreductie indien gekeken wordt naar de vergrijzing, de toenevende zorgzwaarte, de wachtlijsten en verschraling van zorg? (blz. 99)

Zie het antwoord op vraag 230.

232

Is er inmiddels al meer zicht op een oplossing wat betreft de vertraging van de verpleeg-units? (blz. 99)

Zie het antwoord op vraag 229.

233

De intramurale ouderenzorgcapaciteit zal volgens plannen dalen tot 107 000 in 2001. Dit is een daling met 13 000 bedden. Het aantal extramurale plaatsen neemt in deze planperiode toe met ± 8000 plaatsen. Zijn deze cijfers in- of exclusief de 2500 extramurale plaatsen als uitwerking van de motie Wallage 1997? Al of niet inclusief gevolgen motie Wallage blijft er desondanks een fors gat bestaan tussen afbouw intramuraal en toevoeging extramuraal. Hoe wordt hierin voorzien? (blz. 100)

Zie het antwoord op vraag 230.

234

Kan worden ingegaan op de mogelijkheid van de vorming van een woonzorgstimuleringsfonds? Hoever staat het met het onderzoek hiernaar? (blz. 101)

De mogelijkheid van vorming van dit fonds wordt de komende tijd nader onderzocht. Dit onderzoek vindt plaats in het kader van de integrale studie die het ministerie van VROM, in samenspraak met anderen, verricht naar de beleidsopgave op het terrein van het wonen in de komende decennia. Wonen en zorg voor ouderen maakt hiervan expliciet deel uit. De

resultaten zullen worden vastgelegd in de Nota Wonen in de 21e eeuw, die eind 1999 in concept gereed zal zijn.

235

Kan de minister aangeven hoe groot de wachtlijst voor thuiszorg op landelijk niveau is? (blz. 101)

In juli 1998 heeft het bureau Research voor Beleid een eerste quick scan naar de wachtlijsten in de thuiszorg uitgevoerd. Ten opzichte van eerdere onderzoeken naar wachtlijsten is het aantal instellingen met een wachtlijst weliswaar toegenomen, maar is het aantal wachtenden bij alle thuiszorg-instellingen (12 000 mensen) gelijk gebleven. De quick scan was de eerste uit een reeks die eens in de vier maanden zijn vervolg krijgt. Uit het onderzoek blijkt dat mensen met een hoge zorgurgentie en terminale cliënten altijd voorrang krijgen.

236

Volgens het College van Ziekenhuisvoorzieningen zou er in 2005 tenminste (minimumnorm) een verzorgingshuiscapaciteit van 110 000 plaatsen moeten zijn. Hoe valt dit te rijmen met de eerder genoemde 107 000 plaatsen in 2001? (blz. 102)

Zie het antwoord op vraag 230.

237

Is de overgangsregeling ten aanzien van de indicatiestelling in de tijd begrensd? Is het toegestaan dat thuiszorginstellingen in opdracht van gemeenten, structureel en niet in het kader van de overgangsregeling, de indicatiestelling uitvoeren? Is het bekend dat dit de praktijk is in de verschillende regio's, waaronder de Duin- en Bollenstreek?

Onder de werking van het Zorgindicatiebesluit is ten aanzien van de volgende onderwerpen in een overgangsregeling voorzien. Allereerst is in artikel 20, eerste lid, onder a en c, van het Zorgindicatiebesluit neergelegd dat dat besluit niet van toepassing is ten aanzien van diegenen aan wie onmiddellijk vóór 1 januari 1997 zorg werd verleend en bij de inwerking-treding van dat besluit nog steeds wordt verleend als bedoeld in de artikelen 10, 14 en 15, eerste lid, onder a en b, van het Besluit zorgaanspraken bijzondere ziektekostenverzekering, welke zorg ten aanzien van artikel 15, eerste lid, onder a en b, bestaat in verpleging of verzorging door of vanwege een kruisorganisatie. Dit betekent dat die personen niet een «nieuw» besluit het een regionaal indicatieorgaan hoeft te vragen. In artikel 20, eerste lid, onder b, van het Zorgindicatiebesluit is vervolgens neergelegd dat adviezen die zijn afgegeven onder de werking van het Besluit indicatieadvisering bejaardenoorden en verpleeg-inrichtingen en die nog niet zijn geëffectueerd nog gedurende twee jaar na de inwerkingtreding van het Zorgindicatiebesluit, derhalve tot 1 januari 2000, van kracht blijven.

Bovendien is in artikel 21 van het Zorgindicatiebesluit geregeld dat indicatiebeoordelingen die tot stand zijn gekomen onder de directe voorloper van het Zorgindicatiebesluit, het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging, worden gelijkgesteld met indicatiebesluiten als bedoeld in het Zorgindicatiebesluit. Hoewel daartoe wel een mogelijkheid bestaat, heeft geen nadere besluitvorming plaatsgevonden ten aanzien van de geldigheidsduur van de onder de oude regelgeving tot stand gekomen indicatiebesluiten. Daardoor zijn die beoordelingen niet in de tijd begrensd.

Het zorgindicatiebesluit is per 1 januari 1998 inwerking getreden. Aanvankelijk was 1997 als overgangsjaar vastgesteld om gemeenten voldoende tijd te geven een indicatieorgaan conform het Zorgindicatiebesluit te organiseren. Deze periode is verlengd tot 1 april 1998 en inmiddels afgelopen.

Ten slotte is in artikel 22 van het Zorgindicatiebesluit neergelegd dat de samenstelling van het indicatieorgaan nog tot 1 januari 1999 overeenkomstig het gestelde in het Besluit indicatiebeoordeling verpleging en verzorging mag zijn. Tot diezelfde datum kan worden afgeweken van de vereiste deskundigheid in het team dat de aanvragen voor langdurige opname gedurende de dag en de nacht of langdurige intensieve zorg thuis moet beoordelen (artikel 9, eerste en tweede lid Zorgindicatiebesluit) en kan eveneens worden afgeweken van het gestelde ten aanzien van de protocollen (artikel 11 van het besluit).

Ten aanzien van deze onderwerpen is er derhalve wel sprake van een begrenzing in de tijd.

In artikel 10:3 van de Algemene wet bestuursrecht is neergelegd dat een bestuursorgaan mandaat kan verlenen, tenzij bij wettelijk voorschrift anders is bepaald. Dat betekent dat indicatiestelling door anderen dan het regionaal indicatieorgaan kan worden uitgevoerd, mits daaraan niet bij wettelijk voorschrift als bijvoorbeeld het Zorgindicatiebesluit, een beperking is gesteld.

En dat is wel het geval. Het is ingevolge het bepaalde in artikel 14 van het Zorgindicatiebesluit niet toegestaan dat het nemen van indicatiebesluiten op vragen ten aanzien waarvan is vast komen te staan dat die strekken tot langdurige opname gedurende de dag en de nacht danwel tot langdurige intensieve zorg thuis, wordt gemandateerd aan instellingen die zodanige zorg verlenen. Daarbij zij aangetekend dat snelle besluitvorming op eenvoudige vragen door mandatering ervan naar bijvoorbeeld de thuiszorg dus een bewuste keuze is geweest om vragen op de terreinen waarop het Zorgindicatiebesluit thans van toepassing is en die eenvoudig van aard zijn snel en adequaat te beantwoorden. Het betreft hier ongeveer 80% van alle zorgvragen. Overigens dient men in die gevallen met ingang van 1 januari 1999 daartoe wel protocollen te hanteren.

In het kader van het project Stimulering Modernisering Ouderenzorg (Stimo) wordt onder andere onderzoek gedaan naar indicatiestelling.

Een tweetal regionale indicatieorganen, waaronder Duin- en Bollenstreek, is uiterst diepgaand onderzocht, terwijl daarnaast thans twee maal een zogenaamde Quick scan van alle regionale indicatieorganen is gemaakt, de recentste in augustus van dit jaar. Uit die onderzoeksgegevens is mij de door u beschreven situatie bekend. Kennelijk maakt een aantal regio's gebruik van de mandaatsconstructie als neergelegd in de Awb. De voortgangsrapportage hierover kunt u binnenkort tegemoet zien.

238

Kan inzicht worden gegeven in de omvang en duur van de wachttijden voor opname in een verpleeg- of verzorgingshuis en in ziekenhuizen? Kan deze informatie tevens worden verstrekt voor ontslag naar thuissituatie? (blz. 102)

Deze vraag kan ik slechts gedeeltelijk beantwoorden, omdat er thans maar in een beperkte mate inzicht is in de omvang en duur van wachttijden. Het verbeteren van het inzicht in de omvang en aard van wachtlijsten en wachttijden zal onderdeel uitmaken van het plan van aanpak voor het terugdringen van wachtlijsten. Voor de verzorgingshuiszorg bestaat (nog)

geen betrouwbaar wachtlijstregistratiesysteem. De WZF houdt sinds een paar jaar d.m.v. een jaarlijkse enquête een steekproef onder de verzorgingshuizen, maar er is overeenstemming dat de resultaten geen betrouwbaar beeld geven van de wachtlijstproblematiek. Er wordt bijvoorbeeld niet gecorrigeerd voor dubbeltellingen en er zijn geen gegevens over de gemiddelde wachttijd van (zeer) urgent wachtenden. De WZF werkt thans aan een registratiesysteem, dat qua opzet vergelijkbaar is met het systeem dat door de verpleeghuissector wordt gebruikt. De planning is dat dit systeem eind dit jaar operationeel wordt. Voor de verpleeghuizen ligt de situatie iets anders. Jaarlijks voert het NZi in opdracht van de NVVz een wachtlijstpeiling uit. Hoewel dit systeem ook niet 100% betrouwbaar is, geeft het volgens deskundigen wel een redelijk beeld van de werkelijkheid. In het antwoord op vraag 103 ben ik reeds ingegaan op de wachttijden voor verpleeghuiszorg. Ik beperk me in dit antwoord derhalve tot de wachttijd van mensen die uit het ziekenhuis afkomstig zijn. Uit de NZi-registratie blijkt dat mensen die uit het ziekenhuis naar het verpleeghuis gaan gemiddeld sneller worden opgenomen en gemiddeld dus minder lang op de wachtlijst staan. Dit geldt zowel voor mensen met somatische als voor mensen met psychogeriatrische problemen. Exacte cijfers zijn niet bekend. Over de gemiddelde wachttijd voor thuiszorg na een ziekenhuisopname zijn geen gegevens bekend. Om een beeld te krijgen van de wachtlijstproblematiek in de thuiszorg, is in opdracht van het ministerie, in juli jl. een quick scan onder thuiszorginstellingen uitgevoerd. Daarbij is geen onderscheid gemaakt naar de herkomst van wachtenden. Wel blijkt uit het rapport dat cliënten met een hoge zorgurgentie voorrang krijgen.

239

Voor de thuiszorg wordt een groei van 4% plus 1% extra voor het terugbrengen van de wachtlijsten door de sector zelf noodzakelijk geacht. Zal deze groei er komen en indien niet betekent dat de wachtlijsten in de thuiszorg niet zullen worden opgelost in deze kabinetsperiode? Ook voor overige ouderenzorg wordt door de sector zelf een groei van tenminste 4% noodzakelijk geacht. Wat is de mening hierover van de betrokken koepels tijdens de meerjarengesprekken? (blz. 103)

Het beleid is erop gericht de wachtlijsten in de komende jaren terug te brengen. Er is 26,2 mln extra ter beschikking voor demografische ontwikkelingen. Een deel hiervan is bestemd voor het PGB. Voor de overige ter beschikking gestelde gelden moeten afspraken gemaakt worden met de thuiszorg, het verzorgings- en verpleeghuis. Dit gebeurt in het kader van de meerjarenafspraken. De verwachting is dat begin november de meerjarenafspraken gereed zijn voor 1999 en in het voorjaar van 1999 de afspraken voor 2000 en verder worden afgerond. De koepels zijn direct betrokken bij het maken van deze meerjarenafspraken.

240

Wat wordt bedoeld met de opmerking dat er aanwijzingen zijn dat de grens van de mogelijkheid om te substitueren tussen intramurale- en extramurale zorgverlening in zicht komt? Waaruit blijkt dat? Waar ligt deze grens, en hoe denkt de regering deze grens te bewaken? (blz. 103)

In de rapportage «Handreiking voor de vaststelling van de intramurale capaciteit in de komende jaren», van het bureau Van Loveren en Partners, van december 1997, is aangegeven dat van de huidige verzorgingshuisbewoners ongeveer 7% tot 15% in aanmerking komt voor zelfstandig wonen. Deze rapportage is bij brief van 11 februari 1998 aan de Tweede Kamer gezonden (TK 1997-98, 24 333 nr. 38). Hoewel dit gegeven gebaseerd is op beperkt materiaal geeft het duidelijk een fingerwijzing

over de mogelijkheden om de substitutie van intramurale naar extra-murale zorg te blijven doorzetten.

241

Welke criteria gelden bij «het terugdringen van de wachttijden tot een aanvaardbare lengte»? (blz. 103)

In het regeerakkoord is opgenomen dat een plan van aanpak gemaakt zal worden voor het terugdringen van wachttijden. De ontwikkeling en uitvoering hiervan wil ik samen met betrokken organisaties ter hand nemen, waaronder aanbieders, zorgkantoren en patiënten/consumenten-organisaties. Het begrip aanvaardbare wachttijd maakt daarvan onderdeel uit. Daarbij zal in ieder geval een onderscheid gemaakt dienen te worden naar de mate van urgentie en de zorgvoorziening waarop men wacht. Ik streef ernaar dat het plan van aanpak 1 juli 1999 gereed is. Momenteel overleg ik met partijen over meerjarenafspraken. De wachtlijstproblematiek maakt hiervan onderdeel uit. Over de uitkomsten van dit overleg kan ik thans nog niets meedelen.

242

Is er al inzicht in de mogelijkheden en de mate van benchmarking in de sector verpleging en verzorging? (blz. 104)

Er vindt thans een onderzoek plaats naar de mogelijkheden van benchmarking bij de verzorgings- en verpleeghuizen. De planning is erop gericht aan het eind van dit jaar dit onderzoek af te ronden. De uitkomst van dit onderzoek zal eerst moeten worden afgewacht alvorens een antwoord kan worden gegeven op deze vraag.

Zie ook het antwoord op vraag 105 (Begroting).

243

Zal de marktwerking in de thuiszorg vanaf 2001 worden voortgezet? (blz. 104)

In het kader van de uitwerking van de modernisering AWBZ en de aanpak met betrekking tot het onderbrengen van de verzorgingshuiszorg in de aanspraak verpleging en verzorging zullen voorstellen over de aansturing binnen de uitvoering van de AWBZ en de bevordering van een doelmatige uitvoering van de AWBZ u bereiken.

HOOFDSTUK 8 BEHEER EN DIVERSEN

244

Wat is thans de omvang van de reserves bij de ziekenfondsen? (blz. 107)

De reserves (de aanwezige solvabiliteitsmarges) van de ziekenfondsen bedragen volgens de Ziekenfondsraad per ultimo 1997 2,1 mld. De Ziekenfondsraad heeft in een recent rapport aangegeven dat de totale reserve van de individuele ziekenfondsen na 1997 zal dalen. Dit heeft vooral te maken met een naar verwachting negatief budgetresultaat voor de individuele fondsen in 1998.

245

De huidige eigen bijdrageregeling in de AWBZ veroorzaakt problemen bij de toegankelijkheid van de zorg, met name bij partneropname en kortdurende crisisopname in de GGZ, zo wordt erkend in het Regeerakkoord. Via introductie van vrijlatingen zou dit probleem verzacht worden. Hoe en wanneer kunnen hier voorstellen over worden verwacht en zal dit

per 1 januari 1999 in kunnen gaan? (blz. 109)

Op dit moment ga ik na op welke wijze een verzachting zou kunnen worden gerealiseerd, welke kosten hiermee gemoeid zijn en of, en zo ja welke beperkende maatregelen getroffen kunnen worden om daarvoor binnen de financiële middelen die voor de AWBZ beschikbaar zijn, geld vrij te maken.

Zoals in het Jaaroverzicht zorg 1999 is aangegeven (pagina 109) wordt op dit moment door het EIM een onderzoek verricht naar de gevolgen van een overstap op het belastbaar inkomen voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage voor de intramurale zorg. Ik acht het, gelet op een eventueel overgaan op het belastbaar inkomen als inkomensbegrip voor de vaststelling van de hoogte van de bijdrage, van belang dat in de tussentijd geen maatregelen getroffen worden die daar haaks opstaan. Ik ben dan ook bezig te bezien hoe de lage intramurale bijdrageregeling kan worden aangepast zonder dat dat de invoering van een systeem gebaseerd op het belastbaar inkomen bemoeilijkt en vertraagt. De hoogte van de intramurale AWBZ-bijdragen worden jaarlijks per 1 juli opnieuw vastgesteld. Voor de uitvoeringspraktijk zou het zeer belastend zijn indien tussentijds wijzigingen in het bijdragesysteem plaatsvinden. Dit zou hoge extra uitvoeringslasten betekenen. De regeling kan dus op zijn vroegst per 1 juli 1999 worden gewijzigd.

246

Kan inzicht worden gegeven in de beheerskosten 1997 en 1998 van het Centraal Administratiekantoor (CAK), belast met de inning van inkomensafhankelijke eigen bijdragen Thuiszorg (AWBZ)? Welke mutatie beheerskosten CAK vindt plaats bij afschaffing toegangsbijdrage van de f 55,- toegangsbijdrage in 1999? (blz. 109)

Voor het inzicht in de gevraagde beheerskosten 1997 en 1998 van het CAK verwijs ik naar het antwoord op vraag 255. Er vindt geen mutatie beheerskosten CAK plaats bij de afschaffing van de toegangsbijdrage aangezien deze bijdrage door de thuiszorginstellingen zelf werd geïnd en niet door het CAK.

247

De financiering van de verzorgingshuizen is per 1 januari 1997 ondergebracht bij de AWBZ. Deze wijziging heeft voor bewoners van tehuizen gevolgen voor de bepaling van het als buitengewone lasten aftrekbaar deel van die eigen bijdrage en daarmee het besteedbaar inkomen. Kan worden aangegeven wat de gevolgen precies zijn en voor welke groep de gevolgen het grootst is? (blz. 109)

De situatie voor 1 januari 1997:

Artikel 46 van de wet op de inkomstenbelasting geeft aan dat alleen de directe ziektekosten aftrekbaar zijn als buitengewone lasten. Voor een bewoner van een verzorgingstehuis is niet nauwkeurig vast te stellen wat het aandeel van deze kosten is in de eigen bijdrage die wordt betaald. Met het oog daarop werd door ieder verzorgingstehuis vastgesteld wat de kosten zijn van verplegend personeel, medische middelen, enz. Deze kosten worden omgeslagen over alle bewoners, los van de mate waarin men van deze voorzieningen gebruik maakt. Dit bedrag kan iedere bewoner als buitengewone last in aanmerking nemen.

De situatie na 1 januari 1997

De Hoge Raad heeft bepaald dat tot de uitgaven terzake van ziekte (welke aftrekbaar zijn) kan worden gerekend de eigen bijdrage ingevolge de AWBZ, verminderd met de besparing op de kosten van huisvesting en

voeding, in aanmerking genomen de voor de opnemingsgevolgde levenswijze (subjectieve behandeling). In deze regeling wordt de component ziektekosten bepaald door de werkelijke eigen bijdrage AWBZ en het normbedrag zak- en kleedgeld te verminderen met genormeerde bestedingen exclusief ziektekosten. Voor bewoners die al een aantal jaren in een verzorgingstehuis verblijven zal het achterhalen van de gegevens voor de bepaling van het bedrag van de besparing aan huisvesting en voeding problemen kunnen opleveren. Hiervoor is een praktische handleiding te geven.

De wetswijziging heeft niet alleen gevolgen voor de aftrek buitengewone lasten, maar vooral ook voor de hoogte van de eigen bijdrage. De eigen bijdrage ingevolge de AWBZ zal doorgaans lager zijn dan de voorheen betaalde bijdrage in het kader van de Wbo. Bij de vergelijking van het bedrag van de buitengewone lasten 1997 met die van de jaren ervoor zal in de meeste gevallen de bruto aftrek buitengewone last lager zijn, maar daar staat tegenover dat een lagere netto eigen bijdrage wordt betaald.

Conclusie:

Gelet op het feit dat de (bruto) aftrekbare lasten afhankelijk zijn van de eigen bijdrage aan de AWBZ en deze bijdrage weer gelieerd zijn aan het inkomen zal dit voor ieder individu verschillen. Er kan geen generalistische uitspraak worden gedaan over wat de gevolgen precies zijn en voor welke groep de gevolgen het grootst is.

248

Is de minister bereid het Bijdragebesluit Zorg artikel 15, tweede lid, in zoverre te herzien dat de hoogte van de eigen bijdrage in overeenstemming komt met het inkomen in datzelfde jaar? (blz. 109)

Artikel 15, tweede lid, van het Bijdragebesluit zorg regelt al dat uitgegaan wordt van het inkomen in hetzelfde jaar als het jaar waarin de bijdrage betaald moet worden. Dat hoeft dus niet meer geregeld te worden.

249

Kan de minister aangeven in hoeverre de inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de thuiszorg een drempel is voor het gebruik maken van zorg? (blz. 109)

Het feit dat van de laagste bijdrage van f 5,- 55% in de laagste groep zit (voor meer informatie zie bijlagen JOZ 1999 B112) is waarschijnlijk geen echte drempel, hoewel individuele omstandigheden natuurlijk ook een rol spelen. Er heeft geen onderzoek naar dit onderwerp plaats gevonden. De drempel wordt, voor zover aanwezig, al enigszins verlaagd door het afschaffen van de toegangsbijdrage per 1 januari '99 en daarmee ook van de boeteclausule. Verder is er een hardheidsclausule van kracht. Dit houdt in dat thuiszorginstellingen, onder bepaalde voorwaarden, toch zorg kunnen leveren ook wanneer door een cliënt niet voldaan wordt aan de betaling van de eigen-bijdrage.

250

Is invoering van een eigen bijdrageregeling met een inkomensafhankelijk maximum onder dit kabinet mogelijk? Zo neen, waarom niet, mede in relatie tot eerdere Kameruitspraken? (blz. 111)

In het kader van de AWBZ en de Overgangswet verzorgingshuizen bestaan al bijdrageregelingen met inkomensafhankelijke maxima. Voor de ziekenfondsverzekering is afgezien van een bijdrageregeling met een inkomensafhankelijk maximum omdat, zoals in het Jaaroverzicht Zorg 1999, pagina 110, is aangegeven, zowel de in- als de uitvoering daarvan

voor de uitvoeringspraktijk te belastend en te complex is. Bovendien is besloten de eigen bijdrageregeling af te schaffen.

251

Hoeveel belastingplichtigen (absoluut en in procenten) konden in 1997 ziektekosten aftrekken boven de drempel van 12,2% van het onzuivere inkomen? Hoe hoog is de gemiddelde aftrekpost? (blz. 111)

In 1997 konden naar schatting ca. 0.4 mln belastingplichtigen buitengewone lasten terzake van ziekte, bevalling, adoptie en overlijden aftrekken. Dit is ruim 3.5% van het totaal aantal belastingplichtigen. De gemiddelde aftrekpost is ca. f 3300,-.

252

VB Deloitte & Touche heeft onderzoek gedaan naar de mogelijkheid van een inkomensafhankelijk maximum voor gecumuleerde eigen bijdragen. De algemene eigen bijdrage Ziekenfondswet wordt afgeschaft, maar de onderzoeksresultaten kunnen interessant zijn voor de overige eigen bijdragen. Komt hierover nog een standpunt van de regering, en zo ja wanneer? (blz. 111)

Het onderzoek van VB Deloitte & Touche had betrekking op de samenloop van de algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet en de inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor de thuiszorg. Deze samenloop is niet meer aan de orde omdat de algemene eigen bijdrageregeling Ziekenfondswet met ingang van 1 januari 1999 wordt afgeschaft. Overigens kunnen de onderzoeksresultaten interessant zijn bij de gedachtevorming over anti-cumulatie bij andere eigen bijdragen en subsidies.

253

Wat zijn de gevolgen van de tegenvaller bij de inkomensafhankelijke bijdrage thuiszorg voor het budget van de thuiszorg in 1999? (blz. 112)

Dit heeft geen gevolgen voor het budget van de thuiszorg in 1999, aangezien deze regeling met ingang van 1999 komt te vervallen.

254

Kan de minister een overzicht bieden van de volgende gegevens over 1997 en 1998 (conform tabel B7.9 voor de thuiszorg p. B109):

- *de verschillende eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per inkomenscategorie;*
- *de verschillende eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per leeftijdscategorie;*
- *de verschillende eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per leefsituatie;*
- *de cumulatie van eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per inkomenscategorie;*
- *de cumulatie van eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per leeftijdscategorie, en*
- *de cumulatie van eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ per leefsituatie? (blz. 112)*

Op dit moment bestaat er geen registratie van de verschillende eigen bijdragen voor alle zorgsoorten AWBZ naar inkomenscategorie, leeftijdscategorie en leefsituatie, en van de cumulatie hiervan. Het Jaarverslag 1997 van het CAK bevat voor de intramurale zorg de volgende gegevens over ultimo 1997:

- Een overzicht van het aantal bijdrageplichtigen naar maandelijks opgelegde eigen bijdragen, en

- Een overzicht van het aantal geregistreerde bijdrageplichtigen naar instellingscategorie en leeftijdsgroep.

Of het mogelijk is om een deel van de in de vraag bedoelde overzichten te verkrijgen wordt thans onderzocht. Het CAK beschikt bij de intramurale bijdrage niet over inkomensgegevens.

Over de cumulatie van de eigen bijdragen AWBZ kan nog worden opgemerkt dat indien zowel gebruik wordt gemaakt van thuiszorg als van intramurale voorzieningen AWBZ, voor de thuiszorg alleen de toegangs-bijdrage en geen bijdrage per uur hoeft te worden betaald.

Vanaf 1999 hoeft in deze situatie niets voor de thuiszorg te worden betaald omdat de toegangsbijdrage in 1999 wordt afgeschaft. Afgezien van de uitzonderlijke situatie dat een van de partners in een verzorgings-/verpleeghuis is opgenomen en de andere partner een beroep doet op psychotherapie, komt cumulatie van eigen bijdragen bij de AWBZ niet voor.

255

Kan de minister een overzicht bieden van de kosten (onder kosten worden zowel de administratieve afhandeling bij de thuiszorgorganisaties, de belastingdienst en het CAK als de verzendkosten verstaan) en baten (de geïnde bedragen) van de eigen bijdragen AWBZ over 1997 en 1998? (blz. 112)

In antwoord op vragen van het lid Hermann d.d. 30 september 1998 over de kosten en baten van de inning van de eigen bijdrage in de thuiszorg heb ik aangegeven dat de jaarlijkse kosten van het CAK voor de inning van de bijdragen f 7 mln bedragen. De baten over 1997 zijn f 164 mln. Voor 1998 zijn de baten geraamd op f 190 mln. De hogere opbrengst is een gevolg van het feit dat de eigen bijdragenregeling dan voor kruiswerk het hele jaar zal gelden.

De Belastingdienst brengt voor haar deel van het werk geen kosten in rekening.

256

Waarom zijn de «eigen betalingen ongesplitst» in de academische ziekenhuizen zoveel lager dan in de algemene en categorale ziekenhuizen (tabel 9.4)? (blz. 113)

Eigen bijdragen ongesplitst zijn die eigen betalingen die niet aan een financieringsbron zijn toe te rekenen. Dit is de moeilijkst meetbare en raambare financieringscategorie uit het JOZ. Op zich is het plausibel dat deze eigen betalingen bij de algemene- en categorale ziekenhuizen hoger zijn dan bij de academische ziekenhuizen, omdat de totale financiering bij algemene- en categorale ziekenhuizen hoger is; er mag immers worden aangenomen dat een bepaald deel van de totale kosten gedekt wordt via eigen bijdragen.

HOOFDSTUK 10 FINANCIERING

257

Ten laste van welke begroting(spost) zal de verhoging van de exploitatiekosten ten gevolge van de verhoging van de BTW worden gebracht? (blz. 119)

De budgetten en tarieven in de zorg worden aangepast met de prijsontwikkeling van de particuliere consumptie. Daarin worden verhogingen van indirecte belastingen zoals de BTW meegenomen. De prijsbijstelling voor

het jaar 1999 is in het JOZ 1999 nog verwerkt in de Aanvullende Post. Bij benadering gaat het hierbij om ¼ miljard.

In de prijsontwikkeling van de particuliere consumptie worden ook verhogingen van de energie- en milieuheffingen meegenomen. De budgetten en tarieven van zorgaanbieders worden hiermee dus automatisch verhoogd. De aanbieders worden via deze route dus gecompenseerd. Dit is niet separaat zichtbaar in het JOZ.

258

De verhoging van het BTW-tarief zal ertoe leiden dat de exploitatiekosten zullen toenemen ten gevolge van inkoop goederen en diensten. Bestaat er een raming van de gevolgen welke dit zal hebben voor de totale kosten in de zorgsector? (blz. 119)

Zie het antwoord op vraag 257.

259

Kan inzicht worden geboden in de gevolgen van de doorwerking van de verhoging van de energie- en milieuheffingen in de tarieven van de zorgsector?

Deze lastenverzwaring zal worden teruggesluisd aldus JOZ. Op welke wijze is dit in het JOZ 1999 zichtbaar gemaakt? (blz. 119)

Zie het antwoord op vraag 257.

260

Bestaat er thans een convenant tussen het ministerie en ZN over de toekomstige ontwikkeling van de budgettering? Zo neen, welke oorzaken liggen aan deze (kennelijk) vertraging(en) in ondertekening ten grondslag? Is er nu overeenstemming over een goed werkend verdeelsysteem? Welke problemen staan daaraan thans nog in de weg en wanneer zullen deze tot een goed einde worden gebracht? (blz. 120)

Er bestaat geen ondertekend convenant tussen het ministerie van VWS en ZN over de ZFW-budgettering. De ambtelijke voorbereiding daarvoor was in het voorjaar van 1998 afgerond. Tot een bestuurlijke afhechting en ondertekening daarvan is het op dat moment niet meer gekomen. Gelet op de toen naderende verkiezingen in mei heeft het toenmalige kabinet, heb ik het niet verstandig geoordeeld om het na de verkiezingen aantredende kabinet op voorhand vast te leggen op een vlak vóór haar aantreden gesloten convenant. Gelet op de samenstelling van het nieuwe kabinet en de in het regeerakkoord neergelegde gedachten van de regeringscoalitie over de ZFW-budgettering, zou het nu alsnog ondertekenen van het convenant in de rede hebben gelegen, ware het niet dat thans op grond van het regeerakkoord wordt gestreefd naar het afsluiten van meerjarenafspraken. Bij de meerjarenafspraak voor de curatieve zorg speelt de ZFW-budgettering een prominente rol. Het is dan ook de bedoeling dat de zakelijke inhoud van het eerder voorbereide convenant neerslaat in de meerjarenafspraak curatieve zorg. ZN is één van de bij die afspraak betrokken partijen.

In de antwoorden op de vragen 51 en 56 in het kader van de VWS-begroting is ingegaan op een aantal belangrijke punten van het budgetteringssysteem waarin verbetering moet worden gebracht. Het meest ingewikkeld en daardoor ook het meest tijdrovend zal naar verwachting zijn het wijzigen van de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen en het in samenhang daarmee creëren van meer beïnvloedingsinstrumenten voor de ziekenfondsen. Ik ben het er met ZN over eens dat het creëren van dergelijke instrumenten en het verlagen van

de nacalculatie op het deelbudget kosten ziekenhuisverpleging variabel hand in hand moeten gaan.

261

Welke beleidsmaatregelen denkt de minister te treffen om het negatieve effect van de nieuwe belastingmaatregelen voor gehuwde vrouwen die in deeltijd werken teniet te doen? (blz. 120)

Naar de uitwerking van de belastingplannen op de economische zelfstandigheid en de arbeidsparticipatie van vrouwen wordt thans in het kader van een emancipatie-effectrapportage onderzoek verricht. Dit onderzoek vindt plaats onder de verantwoordelijkheid van de Staatssecretaris van Financiën mede namens de Minister van Financiën en de Minister van SZW. De resultaten van dit onderzoek worden eveneens betrokken bij de belastingherziening.

262

Welk deel van de extra groeiruumte zoals afgesproken in het Regeerakkoord is verwerkt in de tabel 10.3? (blz. 123)

De totale groeiruumte 1999, zoals gepresenteerd in tabel 1.4 (blz 19) is verwerkt in tabel 10.3.

263

Welke gevolgen op langere termijn heeft het uitstromen van de meest draagkrachtige premiebetalers uit het ziekenfonds als gevolg van het koppelen van de loongrens aan de prijsontwikkeling voor de draagkracht binnen het ziekenfonds? Betekent dit dat op enig moment de premies sterk zullen stijgen? Verwordt het ziekenfonds op termijn tot een armenfonds? (blz. 125)

De loongrensindexering wordt niet voor langere termijn gekoppeld aan de prijsontwikkeling in plaats van aan de loonontwikkeling. De wijziging van de indexeringsystematiek wordt gekoppeld aan de instroom van zelfstandigen. Er wordt naar gestreefd om de instroom van zelfstandigen mogelijk te maken per 1-1-2000. Uiteindelijk dienen de feitelijke uitstroom uit de ZF als gevolg van de gewijzigde indexering en de feitelijke instroom van zelfstandigen en bejaarden waarvoor de toegang tot de WTZ ophoudt, zoveel mogelijk in evenwicht te zijn. Zodra er een evenwicht is bereikt tussen uitstroom en instroom, wordt de indexering van de ZFW-loongrens opnieuw gekoppeld aan de loonindex.

Het ziet er dus niet naar uit dat het ziekenfonds op termijn verwordt tot een armenfonds. Per saldo verandert het aantal ZF-verzekerden niet omdat tegenover de uitstroom als gevolg van de gewijzigde indexering een instroom van zelfstandigen en bejaarden staat. De instromers zullen financieel iets minder draagkrachtig zijn dan de uitstromers. Er zijn geen exacte gegevens bekend over de inkomens en de schades die behoren bij de verzekerdenstromen. Volgens de huidige inzichten zal de benodigde verhoging van de inkomensafhankelijke premies (voor werkgevers en werknemers samen) beperkt blijven tot circa 0,1%.

Indien 100 000 ZF-verzekerden jonger dan 65 jaar overstappen naar een particulier verzekering zonder dat er instroom in de ziekenfonds-verzekering tegenover staat, dalen de premie-inkomsten. Ook de schadelast daalt echter en de MOOZ-bijdragen nemen toe. Hierdoor kunnen de inkomensafhankelijke premies naar verwachting ongeveer gelijk blijven.

264

Wat zijn de opbrengsten van de eigen bijdragen over de jaren 1997 en 1998? Zijn deze bedragen, gelet op «het stallen» daarvan op de aanvullende post, volledig verdisconteerd in de voorgenomen intensivering? (blz. 125)

De opbrengsten van de eigen bijdragen ZFW worden thans geraamd op 600 mln in 1997 en 630 mln in 1998. Realisatiegegevens zijn hiervan nog niet beschikbaar. Deze bedragen zijn op transactiebasis (bedragen worden toegerekend aan het jaar waarin de zorgkosten zijn gemaakt, waarover de eigen bijdrage moet worden betaald). In de oktoberraming van de ziekenfondsraad worden de opbrengsten (op kasbasis; dat is toegerekend aan het jaar waarin de ontvangsten door de ziekenfondsen worden ontvangen) geraamd op 386 mln in 1997, 619 mln in 1998 en 225 mln in 1999. De totale opbrengst ramen zowel ZFR als JOZ dus thans op 1230 mln.

Met ingang van 1999 komen de eigen bijdragen te vervallen. Deze ontvangstendaling is niet gedekt uit de intensiveringsmiddelen, maar is los van de intensivering verwerkt in het Budgettair Kader Zorg.

265

Kan een indicatie worden gegeven van de – financiële – gevolgen van de uitstroom van naar verwachting circa 100 000 verzekerden uit het ziekenfonds naar de particuliere verzekeringen? (blz. 125)

Zie het antwoord op vraag 263.

266

Heeft een aantal particuliere ziektekostenverzekeraars, bijvoorbeeld Ohra, premieverhogingen aan hun oudere verzekerden opgelegd tussen de 10 en 15%? Hoe wordt dit beoordeeld, en wat betekent dit voor grote groepen van oudere verzekerden? Wordt hiermee de gedragscode van de zorgverzekeraars geschonden, waarin het solidariteitsbeginsel is vervat? (blz. 127)

Ohra heeft voor verzekerden van 50 jaar en ouder een premieverhoging toegepast van 15% voor de zogenoemde Algemene Ziektekostenverzekering (AZV). Voor de overige verzekerden een premieverhoging van circa 7%. Ons is niet bekend of er ook andere particuliere zorgverzekeraars zijn geweest die de premie voor personen van 50 jaar en ouder extra verhoogd hebben. De extra premieverhoging is door Ohra doorgevoerd om de premie/schadeverhouding tussen de verschillende leeftijdsgroepen recht te trekken. De premie voor verzekerden van 50 jaar en ouder die bij Ohra particulier verzekerd zijn is nog steeds lager dan de premie voor de StandaardPakketPolis. De gedragscodecommissie van de verzekeraars heeft nog niet getoetst of een dergelijke maatregel in strijd is met het solidariteitsbeginsel, zoals genoemd in de Gedragscode. De gedragscodecommissie bepaalt eerst in hoeverre de klacht ontvankelijk is en kijkt dan pas naar de aard van een klacht.

267

De WTZ-omslagbijdrage gaat in 1999 met f 59,- omhoog. Volgens het JOZ is dit noodzakelijk i.v.m. de jaarlijkse kostenontwikkeling en daarnaast als gevolg van een aantal «bijzondere ontwikkelingen». Welke zijn dat? Worden hier bedoeld de ontwikkelingen geschetst onder a t/m e? (blz. 128)

Ja, in de punten a t/m e wordt aangegeven wat de oorzaak is van de stijging van de WTZ-omslagbijdrage. De WTZ-omslagbijdrage is inmiddels door het bestuur van de Stichting Uitvoering Omslagregelingen (SUO) vastgesteld op f 408,- (particulier verzekerden 20 t/m 64 jaar). Dit

bedrag ligt iets lager dan het bedrag dat in het JOZ was opgenomen omdat uit gegevens van de SUO blijkt dat het aantal particulier verzekerden dat volgend jaar een WTZ-omslagbijdrage gaat betalen naar verwachting iets groter zal zijn dan in het JOZ was verondersteld.

268

Kunnen straks als gevolg van de plannen gericht op aanpassing van de Standaard Pakket Polis voor komende 65-plussers verschillen in tarifiering tussen verzekeringsmaatschappijen ontstaan, en moet alsdan gevreesd worden voor leeftijdsdiscriminatie van oudere verzekerden en forse premieverhogingen voor de consument? Hoe kan bedoelde leeftijdsdiscriminatie worden voorkomen?

Is de toegang van ouderen tot de zorg nog wel gewaarborgd indien zij niet meer in aanmerking komen voor een StandaardpakketPolis en ook niet voor het ziekenfonds? Wat wordt bedoeld met een ziekenfondsgrens voor 65-plussers dat materieel overeenkomt met de loongrens van werknemers? Welke inkomensdefinitie wordt daarbij gehanteerd? Wordt de huidige ongelijkheid tussen toetsingsinkomen voor 65-plussers (belastbaar huishoudinkomen) en het toetsingsinkomen voor 65-minners (bruto individueel inkomen) weggenomen? (blz. 130)

Het wetsontwerp dat de afsluiting van de WTZ voor particulier verzekerden die 65 jaar worden regelt, wordt op dit moment voorbereid. Ik wil op de besluitvorming niet vooruitlopen.

269

Wat heeft de woordvoerder van het ministerie precies bedoeld met de opmerking in het Financieel Dagblad van 23 september jl. dat «het niet echt onze bedoeling is deze (criteria) van bovenaf op te leggen»? Betekent dat concreet dat nog mogelijkwerijs van de voorgenomen aanpassingen kan worden afgezien? (blz. 130)

De woordvoerder heeft precies bedoeld wat er staat. Over de voorwaarden om nieuwe 65-plussers niet meer toe te laten tot de StandaardPakketPolis wordt nog met de zorgverzekeraars overlegd. Het is niet de bedoeling hiermee aan te geven dat van deze voorgenomen aanpassing wordt afgezien.

Bijlagen

270

Komt er nog een najaarsoverleg met de zorgsector, en worden negatieve gevolgen van CAO wat betreft werkdruk en volume van zorg dan nog bekeken? Zijn deze zaken ook betrokken in het overleg over de meerjarenplannen met de diverse sectoren? Zijn er berichten dat instellingen in problemen komen vanwege afgesloten CAO's en is hier onderzoek naar gedaan? (blz. B5)

In het kader van de meerjarenaanpak wordt in november a.s. met werkgevers uit het VWS-veld overlegd hoe tot een nader beleid kan worden gekomen ten aanzien van het te voeren arbeidsmarktbeleid en de extra middelen voor werkdruk.

In het regeerakkoord is hiervoor in totaal f 175 mln beschikbaar gesteld. Deze extra middelen komen naast de middelen die de overheid beschikbaar heeft gesteld voor de ova-98. Daarom is het ook niet de verwachting dat de afgesloten CAO ten laste gaat van werkdruk en volume.

Naast bovengenoemde zogenaamde horizontale aanpak zijn arbeidsmarktbeleid en extra middelen voor werkdruk voor wat betreft de

sectorspecifieke invulling onderwerp van gesprek in het overleg over de meerjarenafspraken met de sectoren. Er bestaat bij het COTG een noodprocedure met een zware toetsing waarbij individuele instellingen een specifiek beroep op aanvullende middelen kunnen doen wanneer de dienstverlening van een instelling aantoonbaar in de knel komt. Van die mogelijkheid onder verwijzing naar de kosten van de CAO is naar mijn weten geen gebruik gemaakt. De uiteindelijk vastgestelde OVA's van de jaren 1995 t/m 1998 hebben ook een adequate voorziening geboden voor de loonkostenontwikkeling. Berichten dat instellingen in problemen komen vanwege afgesloten CAO's lagen daarom niet voor de hand.

271

Is de minister bereid een recht op scholing voor verzorgenden niveau 1 te bieden? (blz. B8)

De opleiding berust onder de wetgeving van het ministerie van OCenW. Een voorstel tot vaststelling van de eindtermen van kwalificatieniveau 1 wordt door het landelijk orgaan beroepsonderwijs OVDB voorgelegd aan de minister van OCenW. Na vaststelling door de minister van OCenW kunnen de opleidingen een aanvraag indienen bij het Centraal REgister BeroepsOpleidingen (CREBO). Het wachten is thans nog op de werkgevers die het voorstel voor de eindtermen nog goed moeten keuren. Hoewel ik een groot voorstander van de invoering van kwalificatieniveau 1 ben, kan ik echter geen recht op scholing voor niveau 1 bieden. Het aantal opleidingsplaatsen zal immers worden bepaald door de opleidingen en de werkgevers in verband met de beschikbaarheid van beroepspraktijkvormingsplaatsen.

272

De werknemersorganisaties hebben al enkele maanden geleden een arbeidsmarktplan opgesteld en ingediend. Ze hebben nog geen reactie gehad. Wanneer gebeurt dit en wat gaat de regering met dit plan doen? (blz. B9)

De arbeidsmarktplannen van de werknemersorganisaties hebben samen met de plannen van de werkgevers in het voorjaar geleid tot afspraken in of bij de CAO's. Over de facilitering daarvan is, vanuit de primaire verantwoordelijkheid van de CAO-partijen, CAO-gewijs met hen intensief overleg gevoerd. Zie ook het antwoord op vraag 274.

273

«In de totale economie groeit de werkgelegenheid in arbeidsjaren met 2,75% in 1998 respectievelijk 1,75% in 1999. Dit betekent dat de werkgelegenheid in de zorgsector in 1998 iets minder toeneemt in de vergelijking met de groei van de totale economie, maar in 1999 juist iets meer.» Dienen deze cijfers nog bijgesteld te worden nu de economische groei wellicht tegenvalt? (blz. B9)

Indien de economische groei tegenvalt kan dit ook gevolgen hebben voor de ontwikkeling van andere economische grootheden waaronder de werkgelegenheid.

Zoals gebruikelijk zal het Centraal Planbureau in het voorjaar van 1999 bijgestelde economische ramingen presenteren in het Centraal Economisch Plan. Voor het jaar 1998 kan dan al gebruik worden gemaakt van voorlopige realisaties. Voor het jaar 1999 zullen de ramingen van onder andere economische groei en werkgelegenheid (indien nodig) worden herzien op basis van gewijzigde inzichten.

Samen met sociale partners en de organisaties zal worden nagegaan hoe opleiding en arbeidsmarktbeleid meer structurele aandacht kan krijgen. Welke financiële inzet mag van de zijde van de Rijksoverheid in dat verband verwacht worden? (blz. B10 t/m B17)

Op 22 september heb ik in een brief aan werkgevers- en werknemersorganisaties het faciliteringsaanbod van overheidszijde gemeld. Deze brief zal de Kamer nog worden toegezonden.

De facilitering van overheidszijde betreft enerzijds fiscale maatregelen voor kinderopvang, opleiding en scholing voor zittend personeel. Anderzijds zijn niet-fiscale maatregelen op het vlak van initiële opleidingen (f 70 mln structureel), tillen/arbeidsomstandigheden (f 20 mln structureel) en benutting van middelen van arbeidsvoorziening (f 21 mln). Tenslotte wordt een aantal sectoroverstijgende maatregelen gefaciliteerd (structuur en werking arbeidsmarkt, onderzoek, monitoring en beeldvorming: f 5 mln + pm structureel). Zie ook het antwoord op vraag 18.

Kan inzicht worden gegeven in de dalende toestroom per opleiding verpleging en verzorging over de laatste 10 tot 20 jaar, ook wat betreft de in-service-opleiding? Kan voorts inzicht worden gegeven in de uitval tijdens en na de opleiding sedert de afgelopen 10 tot 20 jaar? Is er inmiddels al onderzoek verricht naar het feit dat een groot deel van de afgestudeerden geen werk zoekt in de verpleging en wat zijn hiervan de resultaten? (blz. B10).

Inzicht in de instroom in de inservice- en dagopleidingen voor verpleegkundigen en ziekenverzorgenden wordt gegeven in het volgende overzicht. De daling geldt alleen voor het inservice-onderwijs.

	1980	1985	1990	1995	1996
Verpleegkundige-A	6 960	5 130	3 563	1 861	1 737
Verpleegkundige-B	1 248	1 075	1 199	655	610
Verpleegkundige-Z	2 360	1 709	1 693	931	701
Ziekenverzorging	6 800	6 432	5 379	2 752	2 754
HBO-V	983	1 831	2 342	2 523	2 910
MDGO-VP	542	972	1 189	1 672	1 751
Totaal	18 893	17 149	15 365	10 394	10 463

Enig inzicht in de uitval tijdens de opleiding kan worden verkregen door, rekening houdend met de opleidingsduur, een vergelijking te maken tussen de instroom en het aantal geslaagden over een aantal jaren.

	Instroom 1988-1992	Instroom 1989-1993	Geslaagd 1992-1996	Uitval (in %)
Verpleegkundige-A	18 115		14 155	22
Verpleegkundige-B	6 106		3 168	48
Verpleegkundige-Z	8 991		5 624	37
Ziekenverzorging		25 372	15 959	37
HBO-V	12 545		8 401	33
MDGO-VP		7 096	4 253	40

Uit het IVA-onderzoeksrapport van februari 1998 Prognoses van knelpunten op de arbeidsmarkt van de zorgsector blijkt dat van de gediplomeerde uitstroom uit de zorgopleidingen een deel niet in de zorg gaat werken. Dit deel varieert nogal met het opleidingsniveau. In het algemeen geldt: hoe hoger het opleidingsniveau, hoe kleiner het deel van de uitstroom dat niet in de zorg gaat werken.

Voor zover mij bekend is er nog geen onderzoek geweest naar de redenen van deze vaak forse uitval. Ik acht dergelijk onderzoek wel gewenst. Immers, de uitkomsten van dergelijk onderzoek kunnen een belangrijk aangrijpingspunt vormen voor het in de toekomst te voeren arbeidsmarkt-beleid.

Genoemd onderzoek kan worden betrokken bij het nieuwe Onderzoeks-programma Arbeidsmarkt Zorg (OAZ). Over de opzet van dit nieuwe OAZ wordt momenteel overleg gevoerd met het veld.

276

«Een fiscale stimulans voor de scholing van werknemers in de collectieve sector is vastgelegd in het Regeerakkoord.» Wat houdt deze fiscale stimulans in? (blz. B11)

Het betreft een scholingsfaciliteit via de loonbelasting naar analogie van de regeling winstaf trek scholing voor de marktsector. De vermindering van de loonbelasting bedraagt 7% van de gemaakte kosten voor scholing, exclusief de vervangingskosten. Voor kleine instellingen (indien de scholingskosten minder dan f 250 000 bedragen) wordt over de eerste f 60 000 een afdrachtvermindering van 14% verleend. voor scholingskosten die betrekking hebben op personen van 40 jaar en ouder wordt de vermindering verhoogd met 14% van die scholingskosten. De maximale tegemoetkoming kan derhalve 28% van de scholingskosten bedragen.

277

Hoe staat het met de oprichting van het capaciteitsorgaan die een integrale planning van capaciteit beoogt?

Op welke wijze denkt de minister tegemoet te komen aan de groeiende vraag naar artsen, huisartsen en tandartsen? Is de minister bereid de numerus fixus van de opleiding te verruimen tot 1925? (Artsen, blz. B15)

De Stuurgroep Opleidingsfonds doet mede naar aanleiding van de afspraken, die ik op 8 juli jl. in het bestuurlijk overleg met partijen heb gemaakt, aan de betrokken partijen een voorstel om tot definitieve oprichting van het capaciteitsorgaan over te gaan. Het is de bedoeling dat partijen voor 15 december a.s. op dit voorstel reageren.

Wat betreft de groeiende vraag naar artsen en huisartsen merk ik op dat de toelatingscapaciteit van de basisopleiding tot arts op mijn advies door de minister van OCenW in 1994 is verruimd van 1485 naar 1686 plaatsen, in 1996 van 1686 naar 1750 en in 1998 van 1750 naar 1825. De toelatingscapaciteit van de opleiding tot huisarts, die grotendeels door mijn ministerie wordt gefinancierd, is in 1995 met 45 plaatsen uitgebreid tot 325. Wat betreft de capaciteit van de medisch specialistische opleidingen is de beroepsgroep in overwegende mate de verantwoordelijke partij. Het totaal aantal assistent-geneeskundigen in opleiding bedroeg begin 1998 met een aantal van 3342 bijna 600 meer dan begin 1994 toen er 2759 agio's waren. Het aanbod van nieuwe artsen zal daarmee in de komende jaren naar mijn mening voldoende zijn om in de vraag naar nieuwe artsen te kunnen voorzien.

Het capaciteitsorgaan heeft uiteraard de taak om mij de komende jaren zorgvuldig te adviseren over de behoefte aan medische beroeps-beoefenaren, rekening houdend met alle nieuwe ontwikkelingen, zoals deeltijdwerk, differentiatie binnen opleidingen en taakdifferentiatie.

Wat betreft de tandartsen heeft een uitbreiding van de toelatingscapaciteit in 1995 plaatsgevonden van 180 naar 210 plaatsen en in 1998 van 210 naar 225. Tevens is het aantal opleidingsplaatsen mondhygiëne in 1995 uitgebreid van 144 naar 174. Het aanbod van nieuwe tandartsen en

mondhygiënist zal daarmee naar mijn mening de komende jaren voldoende zijn om in de vraag naar nieuw afgestudeerden mondzorg te kunnen voorzien.

De minister van OCenW is verantwoordelijk voor de vaststelling van de capaciteit van de basisopleiding tot arts, tandarts en mondhygiënist. Hij geeft zijn voornemens betreffende de capaciteit van onder meer deze opleidingen weer in het concept Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP). Het eerstvolgende HOOP, het HOOP 2000, zal in september 1999 bij de begroting van het ministerie van OCenW worden gepubliceerd. Ten behoeve van mijn advies aan hem over de gewenste toelatingscapaciteit voor deze en andere opleidingen in de gezondheidszorg zal ik bezien of de capaciteit aanpassing behoeft.

278

Het NIVEL heeft in opdracht van de LHV een raming gemaakt van de behoefte aan huisartsen in de jaren 1997–2010. Op basis hiervan vindt de LHV uitbreiding van de toelatingscapaciteit van 325 tot 525 plaatsen gewenst. Heeft de minister kennis genomen van de aanvullende analyses van het NIVEL ten aanzien van de benodigde instroom van huisartsen? Heeft de minister al bestuurlijk overleg gevoerd met de beroepsgroep over het NIVEL-rapport en de gekozen uitgangspunten, en is zij bereid haar eerdere standpunt te herzien? Op welke wijze denkt de minister te voldoen aan de grotere vraag naar artsen? Wordt voldoende rekening gehouden met het feit dat het opleidingstraject in beginsel minimaal 9 jaren duurt en enige beleidsaannames in de capaciteitsbeslissingen onontbeerlijk zijn? (blz. B15)

De LHV heeft mij op 9 oktober jl. het NIVEL-rapport «Aanvullende analyses benodigde instroom huisartsen voor «Scenario 2»» toegestuurd. Scenario 2 gaf oorspronkelijk aan dat 410 artsen tot de huisartsen-opleiding moesten worden toegelaten. Thans komt het NIVEL voor dit scenario tot een aantal van 380. Een aanpassing van mijn eerder ingenomen standpunt is op grond van deze aanvulling niet nodig. Ook de monitoring op basis van recent beschikbaar gekomen gegevens over de situatie per 1 januari 1998 geeft geen aanleiding om mijn standpunt te herzien. De NIVEL-rapporten gaan uit van de situatie per 1 januari 1997. Tot nu toe is alleen ambtelijk overleg over het NIVEL-rapport en de gekozen uitgangspunten gevoerd.

Bij mijn advies aan de minister van OCenW ten behoeve van het opstellen van het concept Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP) 1998 ben ik uitgegaan van de vraag naar artsen in het jaar 2015. Hierbij heb ik rekening gehouden met een grotere vraag naar artsen door onder meer de bevolkingsgroei en het meer gaan werken in deeltijd. Over beleidsaannames die financiële consequenties hebben, zullen eerst afspraken moeten worden gemaakt. Op grond daarvan kan worden bezien in welke mate de capaciteit moet worden aangepast. Daarvoor is louter het verhogen van het aantal huisartsen niet de enige begaanbare weg. Ook kan de mogelijkheid worden overwogen om werkzaamheden die nu door artsen worden gedaan door anders opgeleiden te laten doen. Als voorbeelden noem ik de «nurse-practitioner» als een soort super-verpleegkundige in het ziekenhuis of in de huisartspraktijk die bepaalde medische handelingen verrichten, en de HBO-optometrist voor de oogmeting. De Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg, Wet BIG, geeft daartoe de mogelijkheden.

279

Alleen al op grond van de demografische groei zal het aantal artsen moeten toenemen. Op welke wijze denkt de minister in 1999 tegemoet te komen aan de grotere vraag naar artsen? (blz. B15)

De beroepskrachtenvoorziening van artsen is een zaak van langere termijn. De opleidingsduur van een huisarts bedraagt bijvoorbeeld minimaal negen jaar en die van een medisch specialist minimaal tien à twaalf jaar. Bij de vaststelling van de capaciteit van de basisopleiding in het verleden is rekening gehouden met deze opleidingsduur en met de vraag naar afstuderenden van de medische vervolgopleidingen over een termijn van zo'n twintig jaar. Met de grotere vraag naar artsen in 1999 is dus impliciet rekening gehouden. Bij de raming van de vraag is onder meer uitgegaan van de bevolkingsgroei en de veroudering van de bevolking, terwijl bij de raming van het aanbod onder meer is uitgegaan van het aantal afstuderenden en het meer gaan werken in deeltijd.

280

In de toekomst zal een integraal en samenhangend advies ten aanzien van de benodigde capaciteiten aan artsen en tandartsen en dus aan opleidingscapaciteit, via het in 1999 in te stellen capaciteitsorgaan gestalte krijgen. Kan aangegeven worden hoeveel middelen ter beschikking worden gesteld voor dit Capaciteitsorgaan? (blz. B15)

Ik heb voor de werkzaamheden van het capaciteitsorgaan binnen mijn begroting in eerste instantie een bedrag van 0,5 miljoen gulden vanaf 1999 gereserveerd.

281

Hoe denkt de minister het dreigend tekort aan tandartsen en kinder-specialisten op te vangen? (blz. B15)

Zie wat tandartsen betreft mijn antwoord op vraag 277. De opleidingscapaciteit van kinderartsen is primair een verantwoordelijkheid van de beroepsgroep zelf en de betrokken ziekenhuizen. Het aantal artsen in opleiding tot kinderarts bedroeg volgens de Specialisten Registratie Commissie op 1 januari 1998 in totaal 259. Bij een opleidingsduur van vijf jaar zullen de komende jaren gemiddeld zo'n vijftig kinderartsen beschikbaar komen. Volgens het rapport van het NIVEL «Behoefteraming kinderartsen» (januari 1996) zal dit voldoende zijn om te kunnen voorzien in de vraag door demografische ontwikkelingen (CBS-bevolkingsprognose middenalternatief), werktijdverkortings tot 48 uren per fte per week (exclusief diensten), toename percentage niet-patiënt-gebonden activiteiten en uitbreiding tijdsbesteding consulten/verrichtingen. Op grond van dit rapport en de daarin beschreven scenario's ben ik van mening dat van een dreigend tekort aan kinderartsen bij de huidige opleidingscapaciteit geen sprake zal zijn.

282

Hoe denkt de minister het imago van de verzorgende en verplegende sector te verbeteren? Is zij bereid de komende jaren meer geld uit te trekken voor het verhogen van salarissen? (Verpleegkundigen, blz. B16)

Werkgevers- en werknemersorganisaties in de zorgsector hebben in de CAO's 1998, in het kader van een structurele aanpak van de dreigende knelpunten op de arbeidsmarkt, afspraken gemaakt voor een zorgbrede imago- en wervingscampagne. Deze zal meerjarig zijn, waarbij een massamediale start op landelijk niveau overgaat in regionale en lokale wervingsactiviteiten. Ook een blijvend kennis- en informatiecentrum behoort tot het plan. Het ministerie is bij de uitwerking betrokken, onder meer vanuit de invalshoek om een kader te scheppen dat bij deelactiviteiten alle relevante organisaties worden betrokken. VWS zal ook een eenmalige financiële bijdrage geven van 3 tot 5 mln gulden.

Zoals uit de beantwoording van het eerste deel van deze vraag blijkt, worden op tal van terreinen acties ontplooid om de relatieve arbeidsmarktpositie van de VWS-beleidsvelden te verbeteren. Daarbij is de aandacht gericht op de grootste knelpunten. Het salarisoniveau kan niet worden gekwalificeerd als zo'n groot knelpunt. Een salarisverhoging is dan ook geen adequate oplossing om een grotere instroom in de v+v-functies te genereren. Daarbij geldt dat werknemers dan het totale arbeidsvoorwaardenpakket dat wordt geboden in hun afweging betrekken, het salaris is daarvan slechts een onderdeel. Ook de secundaire en tertiaire arbeidsvoorwaarden tellen dan mee. Dan valt te denken aan de bovenwettelijke sociale zekerheid waaronder de pensioenvoorziening, de mogelijkheden tot een dienstverband in de gewenste omvang (er wordt veel in deeltijd gewerkt), de inconveniententoeslag, de scholingsmogelijkheden, e.d. De inhoud van het werk speelt ook een grote rol bij de beoordeling van de aantrekkelijkheid ervan. Op dit punt scoren de v+v-functies ook niet slecht. Bovendien is er – voor wie dat aanspreekt – een groot scala aan mogelijke functies dat vervuld kan worden met een v+v-opleiding. Dat geldt niet alleen in de breedte (inzet in de diverse delen van de zorgsector, intramuraal, extramuraal, semimuraal, ambulance-hulpverlening e.d.) maar ook in de lijn (van verzorgende tot verpleegkundig directeur). Nieuw in dat scala is nu de «nurse practitioner». Er is in zijn algemeenheid sprake van een krapper wordende arbeidsmarkt (een situatie overigens die weer nieuwe kansen biedt voor de aanpak van de langdurige werkloosheid en de werkloosheid van specifieke groepen op de arbeidsmarkt als gedeeltelijk arbeidsgeschikten en allochtonen). De ontwikkeling van de arbeidsmarktpositie van de VWS-sectoren wordt in stand gehouden door het mogelijk te maken om marktconforme CAO's af te sluiten. Bij de vaststelling van de loonkostenindexering van de instellingsbudgetten worden de marktgemiddelde cijfers gehanteerd. Daardoor wordt de prijs die op de arbeidsmarkt wordt betaald in verband met de toenemende krapte automatisch verdisconteerd in de instellingsbudgetten. Daarmee wordt dus een voldoende voorziening geboden voor een marktconforme CAO-ontwikkeling in het VWS-veld.

283

Kan de minister aangeven of zij het, gelet op de toenemende oriëntatie van zorginstellingen op functiedifferentiatie bij de inzet van verpleegkundigen, gewenst acht niet alleen onderzoek te doen naar de duale opleidingvariant in het hbo, maar ook in het mbo? Wordt de beroepsbegeleidende leerweg (bbl) voldoende benut voor de mbo-variant, mede gelet op de toenemende behoefte aan arbeidskrachten in de zorg? Zo nee, wat gaat de minister hieraan doen? (blz. B16)

Het achterblijven van de duale instroom van leerlingen verpleging niveau 5 (HBO), was een belangrijke reden om onderzoek te doen. Van de totale instroom in 1997, te weten 3 077 leerlingen, ging slechts zo'n tien procent de beroepsbegeleidende leerweg volgen. Bij de instroom in verpleging niveau 4 (MBO) bedroeg dit percentage veertig (1 276 leerlingen van de 3 175 in totaal). Een onderzoek naar de duale variant van het hbo heeft derhalve meer zin dan bij het mbo.

De instroom in de oude leerlingwezenopleidingen en in de nieuwe BBL-variant van het mbo (voor verzorgenden en helpenden) is sinds enkele jaren sterk gedaald. Sociale partners hebben in hun plan van aanpak voor de arbeidsmarkt en in de CAO-afspraken over 1998 van de instroomvergroting en regionale aanpak daarvan een speerpunt gemaakt. Die plannen hebben wij gefaciliteerd met extra geld (75 mln) via sectorfondsen voor met name de begeleidingskosten en verbetering van het interne en externe rendement (zie ook vraag 274). Daarnaast is er een fiscale faciliteit die met terugwerkende kracht ook op de leerlingen in de

oude opleidingen (in-service en leerlingwezen) van toepassing wordt verklaard.

284

De opleiding van de NSPH voor community Medicine gaat niet van start omdat financiering van de voor deze opleiding benodigde stageplaatsen door bijvoorbeeld GGD's en thuiszorginstellingen om budgettaire redenen nauwelijks mogelijk is. Wordt hiervoor een oplossing gezocht, bijvoorbeeld via medefinanciering door de overheid en zo ja, op welke termijn? Zal de opleiding bij TNO voor beleid blijven bestaan zolang geen oplossing voor de financiering bij genoemde NSPH-opleiding rond is? Blijft de opleiding bij TNO voor uitvoerend werk bestaan? Is het alternatief voor consultatiebureauartsen, namelijk een applicatiecursus en interne opleiding, voldoende en van gelijk niveau als de TNO-opleiding? (blz. B17)

Het College voor Sociale Geneeskunde heeft de besluitvorming over het opleidingsprogramma voor de opleiding Community Medicine nog niet afgerond. Pas wanneer duidelijk is wat de opleiding inhoudt, zal duidelijk zijn wat de financiële consequenties van het programma zijn. Het beschikbaar stellen van opleidingsplaatsen door GGD's en thuiszorginstellingen is in het belang van de organisaties zelf. Het zou te betreuren zijn wanneer zij om budgettaire redenen zouden besluiten dit niet te doen. Zolang geen besluitvorming heeft plaatsgevonden over de nieuwe opleiding Community Medicine is het naar mijn mening verstandig dat betrokkenen de huidige opleidingen handhaven. Wat betreft de opleiding voor consultatiebureauartsen neem ik aan dat een verandering van de opleiding tot een verbetering zal leiden.

285

De sportgeneeskunde komt moeilijk van de grond omdat het assistentschap voor sportartsen gedurende 1,5 jaar door de artsen in opleiding zelf betaald moet worden. Komen hier de benodigde middelen voor beschikbaar, uit welke begroting en indien hier nog geen beslissing over is genomen, op welke termijn zal dit gebeuren? (blz. B17)

Aan het assistentschap sportgeneeskunde in het kader van de opleiding tot sportarts wordt thans een bijdrage geleverd vanuit de rijksmiddelen voor de sport. In 1998 heeft meerdere malen overleg plaatsgevonden, zowel op bestuurlijk als op ambtelijk niveau, tussen het ministerie van VWS en de Vereniging voor Sportgeneeskunde. Op verzoek van de Vereniging is onder meer gesproken over aanvullende financiering via rijksmiddelen voor de volksgezondheid ten behoeve van de opleiding tot sportarts. Aangezien de Vereniging van mening is dat sportgeneeskunde geen sociaal-geneeskundige specialisatie is (huidige status) maar een medisch/klinisch specialisme, is met de Vereniging afgesproken om zich in te spannen om conform de daarvoor geldende procedure de gewenste status te bereiken. Afhankelijk van het behaalde resultaat zal een besluit voor aanvullende financiering ten laste van de Rijksbegroting Volksgezondheid worden genomen.

286

Het verschil tussen de opgebouwde trekkingsrechten en het veronderstelde verzilveringspatroon is vanuit de sector hoofdstukken overgeboekt naar de aanvullende post. In de aanvullende post (tabel B 10 uit bijlage B 10) is dit echter niet terug te vinden. Kan hierover verduidelijking worden gegeven? (blz. B27)

In de toelichting bij bijlage B10, sector 8.05 (blz. B223) is bij de regel «overig» vermeld dat dit onder meer de uitdeling van centraal gereserveerde middelen over de sectoren betreft. Hiermee wordt bedoeld het

saldo van de geldstromen van de aanvullende post naar de sectoren en die van de sectoren naar de aanvullende post, zodat ook de in de vraag beschreven overboekingen worden omvat.

287

In hoeverre wordt er op dit moment financieel rekening gehouden met het oplossen van geïnventariseerde millenniumproblemen? (blz. B30)

De instellingen op het VWS-terrein zijn zelf verantwoordelijk voor de continuïteit, kwaliteit en doelmatigheid van hun eigen proces en derhalve verantwoordelijk voor het oplossen van hun eigen millenniumproblemen. De kosten hiervoor behoren tot de normale bedrijfskosten.

Specifiek ten aanzien van het zorgveld geldt dat het millenniumprobleem wordt meegenomen in de meerjarenafspraken met de verschillende sectoren. Daarnaast ondersteunt, informeert, coördineert en monitort het Millennium Platform Zorg (MPZ) de aanpak in de risicosectoren van het zorgveld. De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) heeft extra capaciteit gekregen voor een verscherpt toezicht. Specifiek voor deze taken is de begroting van VWS in 1998 met 22,3 miljoen en voor 1999 met 34,6 miljoen gulden verhoogd.

288

Aanpassing van de inkomens van vrijeberoepsbeoefenaren geschiedt aan de hand van door het CBS vastgestelde mutaties in de lonen van enkele relevante sectoren. Het COTG heeft besloten hiervoor een nieuwe door het CBS gemaakte indexering te volgen. Onderschrijft de minister de opvatting van het COTG dat deze index een verbetering betekent omdat deze uitgaat van zoveel mogelijk alle loonkosten in de gekozen referentie-sectoren? Klopt het dat de minister een nieuwe WTG-beleidsmaatregel terzake heeft afgekeurd, onder meer vanwege de ADV-component die naar de mening van de minister buiten de systematiek zou moeten blijven? Zo ja, kan de minister dan haar opvatting toelichten? (blz. B45)

Het COTG heeft in de beleidsregel geregeld dat de inkomensbestanddelen in de tarieven worden aangepast aan de hand van het gemiddelde van de indices (inclusief werkgeverslasten en per uur) gezondheids- en welzijnszorg, openbaar bestuur en het verzekeringswezen en pensioenfondsen. Ik ben van mening dat de keuze van het COTG voor slechts drie sectoren niet de ideale afspiegeling vormt van de loonkostenontwikkeling in Nederland. De loonkostenontwikkeling van alle sectoren zou een betere indicator zijn. Deze is op dit moment echter niet beschikbaar. Omdat de discussie over de inpassing van de inkomensbestanddelen al enige jaren loopt en op korte termijn niet is te verwachten dat het CBS van alle sectoren indices inclusief werkgeverslasten gaat publiceren, zou vooralsnog uitgegaan kunnen worden van de drie door het Cotg vastgestelde sectoren. Niettemin heb ik de beleidsregel die het Cotg ter goedkeuring aan mij had voorgelegd, op 8 september 1998 afgekeurd. De reden hiervoor was dat ik van mening ben dat de index per uur zou moeten worden gecorrigeerd voor de arbeidsduurontwikkeling. Immers als wordt uitgegaan van een niet voor de arbeidsduurontwikkeling gecorrigeerde index op uurbasis leidt dit bij arbeidsduurverkorting tot toenemende kosten per uur. Inmiddels heeft het Cotg op 20 oktober jl. een nieuwe beleidsregel inzake de tarieven voor vrije beroepsbeoefenaren ter goedkeuring aan mij voorgelegd. In deze beleidsregel wordt de vanaf 1 januari 1995 gehanteerde ad hoc systematiek ook voor 1998 gehanteerd. Ik zal deze beleidsregel goedkeuren. Verder ben ik voornemens het Cotg een brief te zenden waarin ik nader zal toelichten hoe ik denk dat met arbeidsduurverkorting in de tariefstelling moet worden omgegaan.

289

Kan worden aangegeven waarom in de thuiszorg een aantal bedragen ten opzichte van de tarieven 1997 zo fors daalde? Waarom was dit een reden voor het COTG om de beleidsregels niet goed te keuren? (blz. B45)

Het Cotg was in eerste instantie in haar berekening voor de tarieven voor 1998 uitgegaan van een bepaald produktiviteitsniveau. Dit produktiviteits-element betekende dat een aantal tarieven/beleidsregelswaarden ten opzichte van 1997 zeer fors zou dalen. Specifiek gold dit voor de producten verpleging en ADL (Algemene dagelijkse levensverrichtingen).

Er bleek echter dat de onderbouwing die aan deze Cotg-berekening ten grondslag lag door met name de LVT ter discussie werd gesteld. Ook werd allerm minst uitgesloten dat de beleidsregelwaarden op grond van nader onderzoek en/of de resultaten van benchmarking in de toekomst (weer) zouden moeten worden aangepast. Dit is u meegedeeld in de Vierde Voortgangsrapportage Thuiszorg welke u op 17 maart 1998 heeft ontvangen (CSZ/TZ-98.3028).

Op zich onderschreef ik wel de uitgangspunten in de berekeningen van het Cotg. Echter, de totale aanpak kwam mij, mede met het oog op de noodzakelijke rust in de thuiszorg, als te drastisch voor. Naar mijn opvatting was een meer behoedzame aanpak aangewezen.

Dit was reden voor mij om de beleidsregels niet goed te keuren.

290

«Over definitieve invoering van deze pakketbeperkend maatregel wordt in het najaar van 1998 besloten.» Is de uitkomst van dit besluit nog voor de behandeling van het JOZ bekend? (blz. B77)

Ja, inmiddels heb ik in het overleg over de meerjarenafspraken met de beroepsgroep aangegeven dat de beperkende maatregel kan worden teruggedraaid mits de beroepsgroep logopedie in ruil daarvoor meerjarenafspraken met mij maakt over de doelmatigheidsverbetering en het kwaliteitsbeleid. Voor de bespreking van het JOZ zult u over de uitkomsten van dit overleg worden geïnformeerd.

291

«In het JOZ 1997 is een neerwaards effect ingeboekt als gevolg van de invoering van een eigen bijdrage in het ziekenfonds. Naar de huidige inzichten heeft dit effect zich niet voorgedaan, hetgeen resulteert in een besparingsverlies van 27 miljoen.» Geldt dit voor het totale ingeboekte bedrag aan besparing op de zorg? Zo ja betekent dat dat dit bedrag in 1997 en 1998 ten onrechte is ingeboekt en is dat ten koste gegaan van het zorgvolume? Zal dit, nu het voor 1999 wordt geschrapt, ten koste gaan van de intensivering en dus de daadwerkelijke groei? (B81)

De genoemde toelichting heeft betrekking op de sector algemene en categorale ziekenhuizen, en heeft geen betrekking op de overige sectoren. In het JOZ 1999 wordt via een tegenboeking juist voorkomen dat het bedrag ten koste gaat van het zorgvolume.

Vanaf 1999 wordt de eigen bijdrage in het ziekenfonds afgeschaft. Bij de vaststelling van de beschikbare ruimte voor volumegroei is met het hieruit voortvloeiende volume-effect rekening gehouden.

292

«Naar de huidige inzichten heeft een neerwaarts volume effect als gevolg van het invoeren van een eigenbijdrage in de ZFW zich niet voorgedaan, hetgeen resulteert in een besparingsverlies van f 27 mln.» Kan inzicht

worden gegeven waarom het neerwaartse volume effect zich niet heeft voorgedaan? (blz. B81)

Er heeft geen nadere analyse plaatsgevonden van de daadwerkelijk opgetreden gedragseffecten naar aanleiding van invoering van de eigen bijdrage ZFW. Het zal ook moeilijk zijn om deze effecten af te zonderen van andere, het zorgvolume van de ziekenhuizen beïnvloedende, ontwikkelingen. Feit is dat over 1997 kan worden vastgesteld dat ten aanzien van de totale door ziekenhuizen geleverde productie de eigen bijdrage ZFW per saldo niet het veronderstelde budgettaire effect heeft gehad. Nu de eigen bijdrage ZFW is afgeschaft en het veronderstelde effect op de totale productie in de ramingen is teruggedraaid, is de raming van de uitgaven voor wat dit effect betreft weer op het correcte niveau gebracht.

293

«Ondanks deze inspanningen zal het besparingsverlies hulpmiddelen in 1998 circa f 100 mln bedragen en in 1999 f 50 mln». Als gevolg van welke maatregelen zal het besparingsverlies in 1999 lager liggen dan in 1998? (blz. B81)

De hier bedoelde maatregelen hebben betrekking op een aanpassing van de Regeling hulpmiddelen 1996 van de Ziekenfondswet per 1 januari 1999, waardoor het efficiënte gebruik van hulpmiddelen zal worden bevorderd. Conform een eerder gedane toezegging zal deze aangepaste regelgeving binnenkort aan de Tweede Kamer worden toegezonden.

294

Zowel bij de thuiszorg als bij de verzorgingshuizen vallen de eigen bijdragen tegen. Oorzaak hiervoor is onder andere een lager aantal bewoners dan geraamd. Kan worden aangegeven hoe raming en werkelijkheid zo uit elkaar kunnen lopen? Tweede oorzaak is een lagere eigen bijdrage. Kan hierop een toelichting worden gegeven? (blz. B82)

Bij de totstandkoming van de Overgangswet verzorgingshuizen waren er op Rijksniveau uiteraard geen actuele gegevens over het aantal bewoners in verzorgingshuizen bekend. Dit gold ook voor de inkomensverdeling van de bewoners. Bij de berekening van de te verwachten opbrengst van de eigen bijdragen is daarom enerzijds gebruik gemaakt van door de provincies aangeleverde gegevens over het aantal bewoners. Daarnaast is gebruik gemaakt van inkomensgegevens welke door het Instituut voor Onderzoek van Overheidsuitgaven waren verzameld ten behoeve van het rapport over de gevolgen van de afschaffing van de vermogenstoets in verzorgingshuizen. In beide gevallen zijn de aangeleverde gegevens naar de toekomst geëxtrapoleerd. Uit de tot nu toe bekende realisatiecijfers blijkt nu dat zowel het aantal bewoners als het gemiddelde inkomen per bewoner lager is dan geraamd. Wat betreft de aantallen heeft dit vermoedelijk te maken met een lagere bezettingsgraad dan geraamd. Eerst nadat de definitieve realisatiecijfers 1997 bekend zijn bestaat hier meer inzicht in. Wat betreft het lagere gemiddelde inkomen per bewoner is sprake van een situatie waarbij in de loop der jaren de instroom in verzorgingshuizen voornamelijk bestaat uit personen met een relatief laag inkomen. Daar tegenover neemt in de loop der tijd het inkomen van ouderen, ook op minimumniveau, in absolute zin toe. De resultante van deze twee tegengestelde bewegingen blijkt achter te blijven bij de raming.

De ramingen van de eigen bijdragen thuiszorg zijn gebaseerd op onderzoek van het Economisch Instituut voor het Midden- en Kleinbedrijf (EIM). Bij de eigen bijdragen thuiszorg valt vooral de opbrengst van de toegangsbijdragen, de inkomensafhankelijke eigen bijdrage, tegen. In

1997 bedraagt de totale tegenvaller f 46 mln waarvan f 41 mln voortvloeit uit een lagere opbrengst bij de inkomensafhankelijke bijdragen. Een deel van deze tegenvaller (f 27 mln) is gemeld in de vijfde voortgangsrapportage thuiszorg (TK, 1997–1998, 23 235, nr. 59). De laatste inzichten wijzen op een extra tegenvaller van f 14 mln in 1997; in bijlage B1 van het JOZ wordt deze extra tegenvaller abusievelijk toegeschreven aan de inkomensafhankelijke bijdragen (pag. B83). Als gevolg van de extra tegenvaller verschillen 1997 en 1998 zoveel van elkaar. Vooralsnog is er onvoldoende aanleiding om aan te nemen dat de extra tegenvaller zich ook in 1998 zal voordoen.

In de vijfde voortgangsrapportage thuiszorg is aangekondigd dat het tegenvallende resultaat aan een kritisch onderzoek wordt onderworpen. Zoals ik in het JOZ 1999 (pag. 112) heb gemeld wordt nu afgezien van dit onderzoek omdat in het Regeerakkoord 1998 is besloten dat de toegangsbijsdragen thuiszorg worden afgeschaft.

295

«Per saldo is daarmee sprake van een tegenvaller van f 46 mln in 1997 en f 37 mln in 1998.» Hoe komt het dat 1997 en 1998 zoveel van elkaar verschillen? Valt te verwachten dat ook het cijfer voor 1998 nog bijgesteld moet worden? (blz. B83)

Zie het antwoord op vraag 294.

296

«Ter redressering van de groei van de uitgaven aan geneesmiddelen is bij het Regeerakkoord in lijn met het «Rapport Koopmans» besloten het toenemend gebruik van bepaalde geneesmiddelen te beperken door stimulering van doelmatiger voorschrijven.» Kan inzicht worden gegeven over welke middelen het hier gaat? (blz. B84)

Een beperkt aantal geneesmiddelengroepen wordt zeer veel en ook steeds meer voorgeschreven en veroorzaakt daarmee een groot deel van de kosten(stijging). Een overzicht van deze groepen, waaronder de maagzuurremmers, is gegeven in het rapport van de Werkgroep Kosten Geneesmiddelen. Er zijn aanwijzingen dat er bij enkele van deze groepen sprake is van ondoelmatig voorschrijven. Het is mijn voornemen om deze ondoelmatigheden aan te tonen, te specificeren en met gerichte maatregelen te reduceren.

Voor nadere informatie hieromtrent verwijs ik korthedshalve naar de brief inzake kostenbeheersing geneesmiddelen en farmaceutische zorg die ik u over enkele dagen zal doen toekomen.

297

Heeft de minister inmiddels een kosten-effectiviteitsanalyse uitgevoerd van de intensivering van de risicogroepen ten opzichte van algemene vaccinatie tegen Hepatitis-B? Treft de minister voorbereidingen om het Hepatitis-B vaccinatieprogramma te integreren in het Rijksvaccinatieprogramma? (blz. B87)

Ik acht implementatie van hepatitis B-vaccinatie in het Rijksvaccinatieprogramma alleen zinvol als het kosten-effectiever is dan vaccinatie van risicogroepen. Bovendien moet het programma een grote kans van slagen hebben en mag het geen negatieve effecten hebben op het huidige programma.

Het RIVM is momenteel bezig de effectiviteit van de verschillende vaccinatiestrategieën bestuderen. Ook onderzoekt het RIVM de rol van heteroseksuele transmissie van hepatitis B en voert het RIVM een serologisch onderzoek uit naar het vóórkomen van hepatitis B in een

steekproef van de bevolking. Naar verwachting zullen eind dit jaar de eerste tussenrapportages verschijnen.

Daarnaast wordt de vaccinatie van verschillende risicogroepen op allerlei fronten versterkt.

In afwachting van bovenstaande resultaten en ontwikkelingen op het gebied van combinatievaccins en vaccinprijzen die parallel hieraan plaats vinden, zal ik voorlopig geen besluit nemen tot het invoeren van algemene vaccinatie.

298

Is de minister op de hoogte van de ervaring in andere landen van de EU waar algemene vaccinatie is ingevoerd? Wanneer verwacht de minister advies van het RIVM inzake de vaccinatie mogelijkheden voor Hepatitis B? (blz. B88)

Zowel in Frankrijk, Portugal, Italië, Duitsland en België is er een «nationaal vaccinatieprogramma hepatitis B» voor nieuwgeborenen en/of adolescenten. De wijze van organisatie wisselt per land, evenals de vaccinatiegraad. In Italië ligt de vaccinatiegraad van zuigelingen boven de 90%, in Frankrijk rond de 80% en in Spanje rond de 45%. De vaccinatiegraad in Duitsland en België is nog niet bekend. Vaccinatie wordt in deze landen niet actief aangeboden maar «passief»: kosten worden vergoed door de verzekeraar. In Frankrijk is momenteel vaccinatie van adolescenten opgeschort vanwege een vermeende (maar wetenschappelijk niet bewezen) relatie tussen hepatitis B-vaccinatie en neurologische afwijkingen zoals Multiple Sclerose.

Omdat de gemiddelde hepatitis B-prevalentie in Nederland zeer laag is, in tegenstelling tot de bovenstaande Europese landen, ligt de prioriteit bij het verbeteren van de vaccinatie van risicogroepen. Dit kan naar verwachting het voorkomen van hepatitis B aanzienlijk beperken. Ook andere Europese landen zoals Engeland, Ierland, Denemarken en de Scandinavische landen ondersteunen dit standpunt en hebben besloten hepatitis B-vaccinatie (voorlopig) niet op te nemen in hun nationale vaccinatieprogramma.

Zie verder mijn antwoord op vraag 297.

299

Op welk punt kan nog verbetering cq versterking worden aangebracht in de organisatie van de infectiebestrijding? (blz. B90)

Met deze opmerking wordt bedoeld op alle aandachtspunten zoals verwoord in de voorgaande paragrafen. Het gaat hierbij met name om versterking van het lokale gezondheidsbeleid, verbetering van de organisatie van de Landelijke Coördinatiestructuur Infectieziektebestrijding (LCI) op basis van het evaluatieonderzoek, versterking van intra- en extramurale surveillance van infectieziekten en optimalisering van de verschillende vaccinatieprogramma's.

300

«De tariefontwikkeling voor de receptregelvergoeding is de laatste jaren regelmatig gewijzigd. In de volgende tabellen wordt de tariefopbouw voor de jaren 1994–1998 weergegeven.» Hoe verhouden deze zinsnede en de tabellen zich met de regelmatig gehoorde klacht van apotheehoudenden dat de receptregelvergoeding hoognodig geactualiseerd dient te worden? (blz. B98)

De wijzigingen in de tariefontwikkeling in de periode 1994–1998 hebben te maken met indexeringen van normbedragen waaruit het tarief is opgebouwd en nacalculaties. Wijzigingen in de tariefopbouw zijn een zaak

van WTG-partijen binnen de door de overheid gestelde financiële randvoorwaarden.
De genoemde klacht van apotheehoudenden heeft betrekking op de hoogte van de normbedragen.

301

In de toelichting bij Tabel B5.1 wordt het cliëntenbestand extramurale zorg genoemd. Het betreft 367 030 hulpvragers in 1996 (ruim 20% stijging). Hoe is dit getal terug te vinden in de tabel? Is er inzicht in de ontwikkeling van de hulpvraag in de jaren daarna? (blz. B101)

Het aantal hulpvragers is niet 367 030, zoals abusievelijk in de toelichting bij tabel 5.1 aangegeven, maar 378 585 zoals de tabel zelf vermeld. Per abuis is het aantal hulpvragers in de toelichting nog gebaseerd op het aantal RIAGG gebruikers in 1995. Vergelijkbare gegevens van meer recente datum zijn nog niet voorhanden.

302

Kan worden uitgelegd waarom er in het JOZ nergens aandacht wordt besteed aan de ggz voor ouderen? (blz. B101)

De tabel op blz. B101 is gekoppeld aan de systematiek van deelvaders voor voorzieningen. Er bestaan geen zelfstandige ggz-voorzieningen voor ouderen. De ggz voor ouderen wordt geboden door het APZ, de PAAZ, de RIAGG en de RIBW.

303

Hoe is de dalende bezettingsgraad bij grote woonvormen en bij auditief en visueel gehandicapten te verklaren? Is hier geen sprake van wachtlijsten? (blz. B105)

De dalende bezettingsgraad kan voor wat betreft de auditief en visueel gehandicapten verklaard worden uit de geringere behoefte aan intramurale capaciteit in deze sectoren. In plaats daarvan is er een toename te constateren van dag- en deeltijdbehandeling, welke wordt gerealiseerd door middel van substitutie van intramurale plaatsen. Door de zorg meer ambulant in te richten kunnen meer cliënten geholpen worden. De onderbezetting bij de grote woonvormen kan verklaard worden uit de renovatie van bestaande plaatsen en de daarmee gepaard gaande tijdelijke leegstand.

304

Wat is de verklaring voor het grillige verloop van het aantal substitutiedagen voor verstandelijk gehandicapten? (blz. B106)

De afspraken over substitutiedagen komen tot stand in overleg tussen individuele instellingen en zorgverzekeraars. De cijfers in het JOZ zijn een optelsom van al deze afspraken. Een verklaring voor de daling van het aantal substitutiedagen is de opheffing van de vrije marge regeling per 1 januari 1996. De vrije marge regeling werd in combinatie met de substitutieregeling door de instellingen toegepast. Na 1 januari 1996 ontvingen de instellingen vanwege de continuïteitsgarantie, een deel van de vrije marge gelden als subsidie via het zorgvernieuwingsfonds. Daarvoor behoeften geen substitutiedagen te worden afgesproken. Een verklaring voor de stijging in 1997 is mogelijk gelegen in de in 1997 naar voren gehaalde bouwprojecten (capaciteitsuitbreiding zonder bouw) welke met substitutieprojecten zijn ingevuld. In 1997 is aan projecten met in totaal 160 plaatsen goedkeuring verleend.

305

«Dit in tegenstelling tot de verzorgingshuizen waar een dalend gebruik van de mogelijkheden tot dagverzorging kan worden waargenomen.» Hangt dit louter samen met de verplaatsing van dagverzorging in verzorgingshuizen naar dagverzorging via de thuiszorg, of zijn voor deze daling ook nog andere redenen te noemen? (blz. B107)

De daling van het gebruik van de mogelijkheden tot dagverzorging heeft betrekking op het aantal ouderen, dat van deze voorziening gebruik maakt. De CBS-statistiek terzake laat inderdaad vanaf 1994 een (zij het steeds sterker afnemende) daling van bedoeld gebruik zien. Echter de intensiteit van het aantal personen dat van die dagverzorging gebruik maakt is niet in kaart gebracht. Het is heel goed mogelijk dat het gebruik in dagen/dagdelen geen daling vertoont.

306

«Het blijkt dat de productie-afspraken 1998 ten opzichte van 1997 met 2,19% stijgen.» Betekent dit dat in 1999 de landelijke registratie van gegevens van start kan gaan, zoals afgesproken tussen Landelijke Vereniging voor Thuiszorg en het Centraal Administratie Kantoor? (blz. B111)

Nee, de productiegegevens waarop gedoeld wordt zijn afkomstig van het Centraal Orgaan Tarieven Gezondheidszorg (COTG). De landelijke registratie zal echter nog niet op korte termijn van start kunnen gaan. De materie is dermate complex en heeft met dermate veel instanties een direct verband dat de voorbereidingen meer tijd vergen. Betrokken partijen hopen op korte termijn over te kunnen gaan naar een volgende fase. Deze fase behelst, op basis van de geformuleerde informatiebehoefte, het opstellen van een programma van eisen waaraan de reeds ter beschikking staande gegevensbronnen dienen te voldoen. Pas wanneer blijkt dat hieraan voldaan kan worden kan overgegaan worden tot de implementatie van dit programma van eisen in de software van de direct betrokken partijen. De landelijke registratie is eveneens onderwerp van de te maken meerjaren-afspraken met betrokken partijen.

307

Tabel B10: «Beleidsmaatregelen: intensivering, meerjaren-afpraak ziekenhuizen.» Valt hieronder ook de benodigde 1,5 mln voor de zogenaamde uitnameteams? (blz. B141)

Neen. De in 1997 beschikbaar gestelde 5 mln heeft betrekking op een stimuleringsbudget dat in het kader van de uitwerking van de systematiek van aanneemsommen is verstrekt. Over de 1,5 mln die nodig is voor de uitnameteams ben ik in overleg met de NTS en de ziekenhuizen die aan deze teams willen meewerken. Binnen het raam van de meerjarenafspraken zal voor de bekostiging van de teams financiële ruimte moeten worden gevonden.

308

Kan de minister aangeven hoe de begrote toename van de diverse PGB's zich verhoudt tot de motie van Blerck-Woerdman inzake het PGB? (blz. B200, B215)

Zie het antwoord op vraag 57.

VERBETERDE VERSIE

BIJLAGE B3 CURATIEF SOMATISCHE ZORG

Tabel B3.1 Ontwikkelingen van de (kandidaat) artikel 18-functies WZV

	aantal 1993	aantal 1994	aantal 1995	aantal 1996	Prijzen ¹ (x f 1 000)	Kosten 1996 (in mln)
Artikel 18-functies						
Dialyse	2 465	2 540	2 686	2 815	93 ⁴	261,8
Niertransplantatie	436	387	493	512	55 ⁵	28,2
– nazorg ³	1 396	1 440	1 314	1 441	4,1 ⁴	5,9
Radiotherapie	540 000	565 000	567 000	586 569	0,3 ⁶	170,1
Neurochirurgie	8 450	8 600	8 700	8 750	21,1 ⁷	184,6
Hartchirurgie	13 060	13 900	14 148	14 605	33,5 ⁷	489,3
PICA	11 380	12 160	13 311	14 468	13,4 ⁸	193,9
Catheterablatie	815	960	1 000	1 238	15 ⁸	18,6
ICD	87	110	130	151	75,2 ⁹	11,4
Neontale IC	150	153	158	158	645 ⁸	101,9
Klinisch genetisch onderzoek ²	144	154	174	174	diversen	83,6
IVF	9 400	10 000	10 600	10 811	2,1 ⁸	22,8
Harttransplantatie	45	47	48	59	193 ⁵	11,4
– nazorg ³	126	132		140	51,5 ¹¹	7,2
Longtransplantatie	14	20	20	20	309 ⁵	6,2
– nazorg ³	33	41		54	51,5 ¹¹	2,8
Levertransplantatie	66	75	92	70	207 ⁵	14,5
– nazorg ³	145	172		233	51,5 ¹¹	12,0
Kandidaat artikel 18-functies						
Allogene beenmergtransplantatie	146	150	175	219	167 ⁵	36,6
– nazorg ³	332	381	421	471	40 ¹	18,8
Autologe beenmergtransplantatie	276	280	394	353	94 ⁵	33,2
– nazorg ³	515	672	774	950	25,8 ³	24,5
Pancreastransplantatie	19	17	12	16	103 ⁵	1,7
– nazorg ³	30	42	49	48	41,2 ¹¹	2,0
Totaal 1996						1 743,0

¹ De «prijzen» betreffen de integrale kosten inclusief honoraria specialisten en kapitaallasten. De «prijzen» zijn gebaseerd op WTG-parameterwaarden/COTG-rekenregels van 1995 (verhoogd met 3%).

² Het betreft hier diverse soorten onderzoeken. De volumeontwikkeling is weergegeven in een indexcijfer (1990 = 100).

³ Aantal nazorgpatiënten is berekend als het aantal transplantaties in de afgelopen drie jaar.

⁴ Prijs per patiënt per jaar.

⁵ Prijs per transplantatie.

⁶ Per zitting.

⁷ Per operatie.

⁸ Per behandeling.

⁹ Per ICD.

¹⁰ Per plaats.

¹¹ Per patiënt.

¹² Per BMT per jaar.

Bron: Samengesteld door VWS mede op basis van enquête artikel 18 WZV (Jaargegevens Renine, Eurotransplant en de betrokken ziekenhuisvoorzieningen).