

Vergaderjaar 1999–2000

27 113

Voorjaarsbrief Zorg 2000

Nr. 2

**BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN
VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT**

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 17 mei 2000

Zoals aangekondigd in de op 9 mei 2000 verzonden Voorjaarsbrief Zorg (27 113, nr. 1) , doen wij u bijgaand een rapportage over de stand van zaken en voortgang in de meerjarenafspraken zorgsector toekomen. Tevens wordt in hoofdstuk 3 van deze rapportage ingegaan op de motie Arib over een reactie op het plan van aanpak voor openbare aanbesteding van middelen ter bestrijding van de wachtlijsten cure (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 83).

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegenthart

RAPPORTAGE UITVOERING MEERJARENAFSPRAKEN

Inhoudsopgave		blz.
1	Inleiding	3
2.	Algemeen	4
3.	Wachlijsten	6
3.1	Curatieve somatische zorg	6
3.2	Verpleging en verzorging	15
3.3	Gehandicaptenzorg	18
3.4	Geestelijke gezondheidszorg	22
4.	Werkdruk	24
4.1	Algemeen	24
4.2	Curatieve somatische zorg	25
4.3	Verpleging en verzorging	26
4.4	Gehandicaptenzorg	28
4.5	Geestelijke gezondheidszorg	30
5.	Overige sectoroverstijgende onderwerpen	30
5.1	Versterken positie patiënt	30
5.2	Geneesmiddelen	31
Bijlagen¹		
1.	Voortgang overige onderwerpen meerjarenafspraken per sector en additionele flankerende arbeidsmarktmaatregelen	
2.	Reactie platform wachttijden curatieve zorg op het plan van aanpak voor openbare aanbesteding van middelen ter bestrijding van de wachlijsten cure	
3.	Overzicht basisdocumenten meerjarenafspraken	

¹ Ter inzage gelegd bij de afdeling Parlementaire Documentatie.

1. Inleiding

Zoals toegelicht in – onder andere – de Zorgnota 2000, zal over de meerjarenafspraken zorgsector, behalve bij de Zorgnota, twee maal per jaar worden gerapporteerd aan de Kamer. Deze rapportages verschijnen parallel met de *Voorjaarsbrief* respectievelijk de *Najaarsbrief* zorg. Op jaarbasis ontstaat daarmee het volgende schema (zie ook Zorgnota 2000 pag. 17):

- Bij *najaarsbrief* een weergave van de voortgang en de resultaten in het lopende jaar;
- Bij *voorjaarsbrief* een eerste beeld van de in het jaar t-1 bereikte resultaten;
- In de *zorgnota* de definitieve evaluatie van het jaar t-1, analoog aan de financiële gegevens.

Deze rapportage bij voorjaarsbrief beperkt zich niet uitsluitend tot het jaar 1999, maar gaat ook in op relevante ontwikkelingen die zich sinds 1 januari 2000 hebben voorgedaan. Zoals aangegeven in de Voorjaarsbrief zorg is met verzending van deze rapportage gewacht, opdat het advies van het platform wachttijden curatieve zorg over het plan voor openbare aanbesteding van middelen ter bestrijding van de wachtlijsten cure (motie Arib c.s.; Kamerstukken II 1999–2000, 26 800 XVI nr. 83) in deze rapportage kon worden betrokken). De conclusie is dat het plan qua insteek goed aansluit bij het bestaande beleid. Het plan wordt uitgewerkt conform de aanpak die het platform wachttijden curatieve zorg voorstelt.

Opbouw rapportage

De opbouw van deze rapportage is als volgt:

- Na een algemeen gedeelte in hoofdstuk 2 wordt in hoofdstuk 3 het thema wachtlijsten behandeld. Daarbij wordt in hoofdstuk 3.1 ingegaan op de motie Arib waarin de Regering gevraagd wordt de Tweede Kamer te berichten wanneer en op welke wijze de uitwerking zal plaatsvinden van het plan van aanpak voor openbare aanbesteding van middelen ter bestrijding van de wachtlijsten cure (Kamerstukken II, 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 83). De reactie van het platform wachttijden curatieve zorg op dit plan is opgenomen in bijlage 2.
- Hoofdstuk 4 handelt over het thema werkdruk. Hoofdstuk 5 biedt ruimte aan een tweetal sectoroverstijgende onderwerpen.

Aanvullende informatie is opgenomen in een aantal bijlagen:

- In bijlage 1 zijn de voortgang en stand van zaken op een aantal geselecteerde sectorspecifieke onderwerpen opgenomen evenals nadere informatie over de additionele flankerende arbeidsmarktmaatregelen. Voor deze benadering is mede gekozen gelet op de omstandigheid dat de Kamer – vanzelfsprekend – over actuele ontwikkelingen ook tussentijds veelvuldig wordt geïnformeerd.
- Een overzicht van de sinds november 1998 met de verschillende sectoren afgesloten najaars- en voorjaarsakkoorden en convenanten treft u aan als bijlage 3 bij deze rapportage.

Werkgroep Van Zijl

Tenslotte zijn in de hoofdstukken 3.2 en 4.3 respectievelijk 5 prestatiegegevens met betrekking tot verzorgingshuizen respectievelijk geneesmiddelen opgenomen. Achtergrond hiervoor is het volgende. De werkgroep Financiële Verantwoordingen van de Tweede Kamer (ook wel genoemd de Werkgroep Van Zijl) heeft bij brief van 15 december 1998 zowel rijksbreed als voor de afzonderlijke departementen een aantal beleidsprioriteiten gedefinieerd, waarover in de departementale jaarverslagen gerapporteerd dient te worden. Voor de zorgsector zijn in dat kader

benoemd de onderwerpen «geneesmiddelen» en «wachtlijstproblematiek en werkdruk in verzorgingshuizen». Aangezien beide onderwerpen onder het premiegefinancierde deel van de zorg vallen, is ervoor gekozen deze thema's niet in het departementale jaarverslag over de begroting op te nemen, maar te betrekken bij de voorjaarsbrief c.q. voorjaarsrapportage meerjarenafspraken.

2. Algemeen

Instrument MJA

Met deze rapportage wordt verslag gedaan van de uitvoering en stand van zaken van de meerjarenafspraken zorgsector. Deze nieuwe bestuurlijke aanpak gaat uit van een gezamenlijke verantwoordelijkheid van overheid en partijen in de zorg voor het realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen meerjarige financiële kaders. Bij het bereiken van die doelstellingen is bestuurlijke stabiliteit een belangrijke factor. Die stabiliteit ontstaat enerzijds door het bieden van een langere termijn financieel perspectief, en anderzijds door het geven van ruimte om op regionaal niveau nadere invulling te geven aan de gestelde beleidsprioriteiten. Aan die beleidsvrijheid is nadrukkelijk de eis verbonden van transparantie: verantwoording over de inzet van middelen en daarmee bereikte resultaten.

Deze rapportage verschijnt nadat het eerste van de vier uitvoeringsjaren van de meerjarenafspraken is afgerond, en geeft een eerste inzicht in de resultaten die tot nu toe met de nieuwe sturingsfilosofie zijn geboekt. Deze voorjaarsrapportage laat een evaluatie over het voorafgaande jaar zien waarin wordt aangegeven welke prestaties nu voor welke gelden zijn geleverd en hoe de bestuurlijke vernieuwing en de kwaliteit van de zorg zich ontwikkeld hebben. Een beperking bij de beoordeling van de resultaten bij gelegenheid van deze voorjaarsrapportage is dat nog niet alle gegevens beschikbaar zijn voor het opmaken van een eindafrekening met betrekking tot inzet, resultaten en effecten. Voor het beeld over het jaar 1999 werkt extra complicerend dat het meet- en verantwoordings-instrumentarium nog in ontwikkeling is en dat de stand van de informatievoorziening niet bij alle sectoren dezelfde is. Onderdeel van de meerjarenafspraken is nu juist dat op deze punten een groot aantal verbetertrajecten in gang is gezet, waardoor meer transparantie ten aanzien van de zorguitgaven gerealiseerd zal kunnen worden.

Dat gezegd hebbende, kan worden geconstateerd dat – als uitvloeisel van de meerjarenafspraken – in deze rapportage ook een heleboel gegevens wél zijn opgenomen die voorheen – zeker in deze tijd van het jaar – nog niet beschikbaar waren.

Kortom, wij beschouwen hier het eerste levensjaar van de meerjarenafspraken, waarin reeds veel is bereikt en nog veel in ontwikkeling is. Daarom bevat deze rapportage een eerste voorlopig oordeel over de opzet en werking van de meerjarenafspraken als instrument.

Tussentijds oordeel

Plaatsen wij de meerjarenafspraken in de bredere context van het sturen en begeleiden van beleidsontwikkeling en -implementatie en de manier waarop overheid en veld daarin met elkaar opereren, dan komen wij tot de conclusie dat de systematiek van meerjarenafspraken daaraan positief bijdraagt en dat de gezamenlijke investeringen in de samenwerking rendement opleveren.

Daarbij betrekken wij nadrukkelijk, dat de meerjarenafspraken méér zijn dan prestatieverklaringen bij kassabonnen. De meerjarenafspraken zijn geen kale koopcontracten waarbij de bewindslieden van VWS tegen een

bepaalde prijs een hoeveelheid zorg bestellen, of een portie wachtlijsten afkopen. Zo werkt het niet. De handtekeningen onder de meerjarenafspraken staan ook voor commitment aan een proces. Een proces om met de beschikbare middelen gezamenlijk problemen op te lossen en wenselijke ontwikkelingen te realiseren.

Daarnaast is van meet af aan de inzet geweest om op titel van de meerjarenafspraken een brede, gestructureerde beleidsagenda te voeren, waarbij ook een scala aan onderwerpen is betrokken die niet, of niet direct financiële implicaties hebben.

Ten derde is op de draaggolf van de meerjarenafspraken het overleg met het veld in de afgelopen periode vergaand verbeterd. In alle sectoren is nu een structuur gecreëerd die voor partijen inmiddels vanzelfsprekend is geworden en als zinvol wordt ervaren.

Een afgewogen eindoordeel over de meerjarenafspraken als een «quid pro quo»-principe is nog niet mogelijk, omdat zoals eerder gezegd nog niet alle prestatiegegevens beschikbaar zijn. Wij moeten ons daarbij wat het eerste jaar betreft wel realiseren dat aan de zorgsector wordt gevraagd een (ver)nieuw(d) verantwoordings- en meetinstrumentarium te ontwikkelen om prestaties zichtbaar te maken, maar ook om die prestaties tegelijkertijd – of eigenlijk liefst nog eerder – reeds in beeld te hebben.

Informatievoorziening

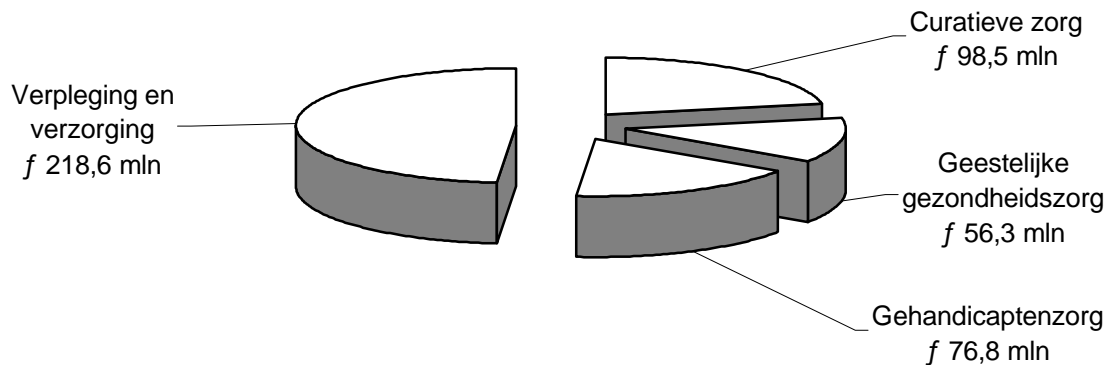
De verdere ontwikkeling van de informatievoorziening over de inzet en opbrengst van de intensiveringsmiddelen zal nadrukkelijk worden ingebed in het grotere geheel van sectorale planning- en controlinformatie. Indien de informatiestromen tussen veld en departement te eenzijdig worden ingericht op de separate verantwoording van «elk litertje super dat in de tank gaat», ontstaat een wanverhouding tussen kosten en opbrengsten van die verantwoording. Daarom is het van groot belang dat deze verantwoordingsinformatie binnen de reguliere verantwoordingsrelaties kan worden opgenomen, zonder dat daar aanvullende structuren voor behoeven te worden gecreëerd. Bovendien treedt er een synergie op als wordt aangesloten op de informatiebehoeften die instellingen en beroepsbeoefenaren zelf hebben. Immers, een professionele zorgaanbieder wil zelf ook weten hoe hij van jaar tot jaar presteert, om te weten waar bijgestuurd moet worden en waar extra inspanningen nodig zijn.

Procedure tranche 2001

In de systematiek van meerjarenafspraken worden prestaties en resultaten gerelateerd aan de inzet van intensiveringsmiddelen en de realisatie van taakstellingen. In het voorjaar van 2000 worden voorbereidingen getroffen voor de inzet en wijze van toekenning van de tranche 2001. Samen met veldpartijen wordt momenteel geïnventariseerd welke bijstellingen ten opzichte van eerdere allocaties nodig zijn. Daarbij worden waar mogelijk de resultaten van het voorafgaande jaar betrokken. Bijkomende bijzonderheid is dat de oriënterende besprekingen die wij daarover met veldpartijen voeren, in de tijd deels samenvallen met de kabinetsbesluitvorming over de kaderbrief. Waar en voorzover de uitkomsten van de kabinetsbesluitvorming van invloed zijn op de uitvoering van de meerjarenafspraken, zullen wij deze met de bij de meerjarenafspraken betrokken partijen bespreken. Definitieve besluitvorming over de tranche 2001 vindt plaats na behandeling van de zorgnota 2001.

3. Wachtlijsten

Wachtlijsten tranche 1999: totaal f 450,2 mln.



3.1 Curatieve somatische zorg

Inzet financiële middelen en resultaten

Voor de aanpak van de wachtlijsten is in 1999 in totaal f 98,5 mln beschikbaar gesteld.

In onderstaande tabel wordt de inzet van deze middelen toegelicht. Aanvullend is bij de Algemene Politieke Beschouwingen nog eens f 50 mln beschikbaar gesteld om een intensivering van de aanpak te realiseren.

Wachtlijsten Curatieve Somatische Zorg (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Wachtlijsten.			
A algemene ziekenhuizen	A 49,5	Productieuitbreiding, capaciteitsuitbreiding, organisatieverbetering etc.	Zie toelichting onder tabel. Wachtlijstgegevens worden opgenomen in de «evaluatie wachtlijstfonds 1999» van Prismant die in juli beschikbaar komt.
B academische ziekenhuizen	B 22,0		
C specialisten	C 18,5		
Honoraria			
2. Kenniscentra.	3,0	Aanwijzing 4 kenniscentra medio/najaar 1999.	De 4 kenniscentra zijn in 1999 voorbereid. Op 11 april 2000 zijn de 4 kenniscentra van start gegaan. Evaluatie vindt plaats in 2001.
3. Overig.	5,5	Uitvoering activiteiten PvA wachtlijsten.	De voortgangsrapportage is op 8 mei 2000 aan de Tweede Kamer gezonden.
Totaal wachtlijsten	98,5		

Uitvoering Plan van aanpak wachtlijsten en wachttijden

De wachtlijsten in de curatieve zorg worden aangepakt op basis van het plan van aanpak wachttijden, dat is opgesteld door de gezamenlijke betrokken veldpartijen. Het plan is in maart 1998 aangeboden aan de voorzitter van de vaste Commissie voor VWS. Die partijen hebben ook zitting in het platform wachttijden, onder leiding van de heer Dees.

- Het plan van aanpak bevat 12 actiepunten, die in samenhang tot uitvoering gebracht moeten worden. Naast een inhaalslag is er veel aandacht voor onder meer vergroting van de transparantie, voor normering en voor zorgbemiddeling. Alleen met een samenhangende aanpak kan vermeden worden dat het wegwerken van de bestaande wachtlijst neerkomt op «dweilen met de kraan open».
- Het plan van aanpak kent verder de volgende uitgangspunten:

- voor de effectuering van het totaal is een periode van 5 jaar nodig;
- er moeten extra financiële middelen beschikbaar gesteld zijn voor de uitvoering van de actiepunten, inclusief de inhaalslag;
- voor het uiteindelijke resultaat is van belang dat ook de zorgkloof aangepakt wordt.
- Voor de uitvoering van het plan van aanpak zijn middelen beschikbaar gesteld (in totaal f 130 mln inclusief de ggz). Voor de aanpak van de zorgkloof gelden de bij regeerakkoord intensiveringsmiddelen. Later in deze paragraaf wordt daar op terug gekomen.
- Het platform heeft inmiddels twee keer over de voortgang gerapporteerd. De tweede voortgangsrapportage is onlangs naar de Tweede Kamer gezonden. Daaruit komt het beeld naar voren dat over de hele linie door alle betrokkenen voortvarend gewerkt wordt. In het oog springende punten van de afgelopen maanden zijn de vaststelling van de streefnormen voor wachttijden door aanbieders en verzekeraars, de officiële start van de kenniscentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen en de openstelling van de landelijke databank wachttijden door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (www.nvz-ziekenhuizen.nl). Daarmee worden de wachttijden per ziekenhuis per specialisme via internet openbaar gemaakt.

Inlopen wachtlijsten

Beeld

Na afloop van het eerste jaar waarin middelen beschikbaar waren om alle voornemens uit het plan van aanpak uit te voeren gaat vanzelfsprekend de bijzondere belangstelling uit naar de stand van zaken met betrekking tot het inlopen van de wachtlijsten. De doelstelling is immers, in deze Kabinetsperiode over de hele linie tot aanvaardbare wachttijden te komen. De voorlopige productiecijfers voor de algemene en categorale ziekenhuizen over 1999 zijn door het CTG op 10 mei gepresenteerd in een bijeenkomst van het Platform. Het Platform heeft zijn bevindingen daarover op 11 mei 2000 aangeboden (zie bijlage 2).

In het kort is het beeld op dit moment als volgt.

- De voorlopige productiecijfers over 1999 van de algemene en categorale ziekenhuizen geven het beeld dat ruim 20 000 extra ingrepen zijn gedaan. De gerealiseerde productie in «wachlijstproducten» is toegenomen, waarbij vooral de grote stijging in cataractoperaties opvalt. Bij de orthopaedische ingrepen valt op dat de aantallen stijgen, maar dat de productieafspraken over 1999 niet helemaal gehaald zijn. De onderstaande tabel geeft de productieafspraken en realisaties voor de drie betreffende ingrepen weer.

Productieafspraken versus realisatie (aantallen)

	Productieafpraak 1998	Productieafpraak 1999	Realisatie 1997	Realisatie 1998	Realisatie 1999
Cataract	65 059	73 821	65 724	69 777	74 036
Knie	7 019	7 158	5 869	6 723	6 673
Heup	17 763	20 751	17 929	18 983	19 757

- De extra ruimte voor specialistenplaatsen is goed benut, er zijn over 1998 en 1999 in totaal circa 40 extra specialistenplaatsen ingevuld voor oogheelkunde en orthopedie. De productiecijfers geven over 1999 in algemene zin een sterk doorzettende trend weer naar poliklinische

dagbehandeling, ten koste van het aantal opnames. Ook hier is de trend het sterkst waarneembaar bij de oogheekunde.

- De f 49,5 mln die in 1999 voor de algemene en categorale ziekenhuizen beschikbaar was voor het wegwerken van de wachtlijsten is daaraan besteed. In sommige regio's is minder geproduceerd dan afgesproken en in andere meer. Na negatieve en positieve nacalculatie komt de realisatie uit op 99,5% van het beschikbare bedrag. Dergelijke nacalculaties zijn van belang om de middelen daar terecht te laten komen waar de wachtlijsten ook daadwerkelijk door extra productie bestreden worden.
- Bij de Algemene Politieke Beschouwingen is f 50 mln incidenteel extra beschikbaar gesteld voor wachtlijsten. Gezien het late tijdstip in het jaar is van dat bedrag f 42 mln voor 2000 en f 8 mln voor 1999 ter beschikking gesteld. Het laat zich thans aanzien dat de resterende periode in 1999 ook te krap is geweest om een substantieel gedeelte van de f 8 mln in 1999 tot besteding te laten komen. Definitieve gegevens daarover volgen bij Zorgnota.
- Voor de wachtlijstproductie loopt de inzet van middelen voor wat betreft de specialistenhonoraria synchroon met de inzet van gelden door de ziekenhuizen. Officiële cijfers zijn voor dit onderdeel echter vanwege de fiscale afhandeling over 1999 nog niet beschikbaar.
- Uit deze cijfers valt nog geen beeld af te leiden over het inlopen van de wachtlijsten en het verkorten van de wachttijden. Daarover komen in juni respectievelijk juli van dit jaar gegevens beschikbaar, aan de hand van de halfjaarlijkse wachtlijstpeiling en de evaluatie wachtlijstfonds 1999, uitgevoerd door Prismant.

Analyse

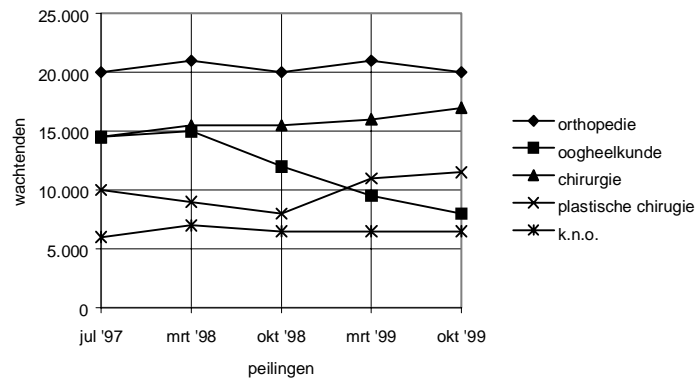
De voorliggende productiecijfers geven aanleiding tot een aantal opmerkingen en constatering.

- De resultaten betreffen het eerste jaar van de nieuwe aanpak, er is dus nog een heel traject te gaan.
- De productiecijfers zijn opgesteld op basis van de parameters van de huidige systematiek voor ziekenhuisbudgettering: opnamen, verpleegdagen, dagbehandelingen en 1e polibezoeken. Daaruit valt de genoemde sterke verschuiving van klinische naar poliklinische en dagbehandeling af te leiden. Deze registratie geeft echter maar ten dele zicht op de werkelijkheid. Ze geeft geen beeld van tijdsduur en zorgzwaarte van de behandelde patiënten, of van zorgvernieuwingactiviteiten, waarbij patiënten bijvoorbeeld wel uitgebreid poliklinisch behandeld, maar niet opgenomen worden.
- Het feit dat de huidige productieparameters slechts een beperkt zicht geven op de ontwikkelingen in de ziekenhuizen draagt eraan bij dat de vraag (nog) lastig is te beantwoorden of de doelstelling binnen de beoogde termijn (zijnde deze Kabinetsperiode) gehaald kan worden.
- Nog afgezien van de parameters waarin gemeten wordt is de relatie tussen beschikbaar geld en wachttijden niet geheel eenduidig te leggen. De lengte van de wachttijden wordt bepaald door ontwikkelingen in de vraag én in de productie. De productie is op zich weer afhankelijk van geld, beschikbaar personeel en logistiek. De verschillende effecten zijn goed te zien in de *onderstaande figuren*.
Voor twee van de weergegeven specialismen (oogheekunde en orthopedie) is al drie jaar extra geld beschikbaar gesteld. Dat geldt ook voor de OHO's en PTCA's, waarvoor de wachttijdontwikkeling in onderstaande grafieken is afgebeeld. Voor deze ingrepen zijn de wachttijden inmiddels vrijwel over de hele linie binnen de norm van de hiervoor specifiek overeengekomen aanvaardbare wachttijden. De stabilisering van de vraag, die vooral speelt bij de OHO's, draagt er mede aan bij dat dit mogelijk wordt.

Wachlijsten vijf specialismen

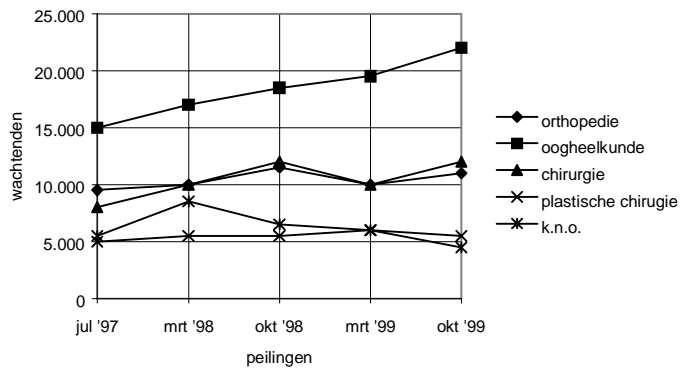
In onderstaande figuren wordt het verloop van wachlijsten en wachttijden voor vijf specialismen toegelicht.

Figuur 1 Verloop in aantal wachtenden voor klinische opname



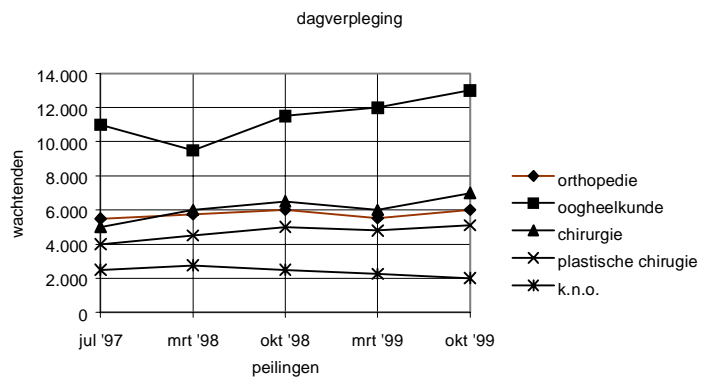
Bron: patiëntenenquête wachlijsten

Figuur 2 Verloop in aantal wachtenden voor dagopname



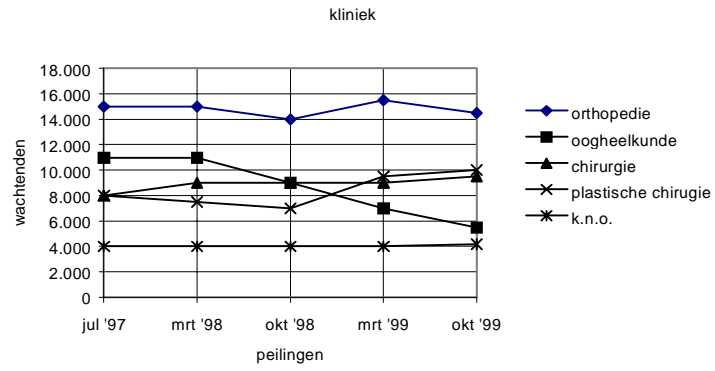
Bron: patiëntenenquête wachlijsten

Figuur 3 Verloop in wachtenden langer dan een maand



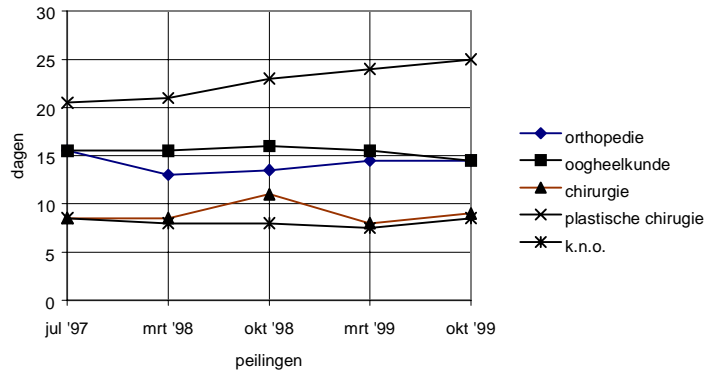
Bron: patiëntenenquête wachlijsten

Figuur 4 Verloop in wachtenden, langer dan een maand



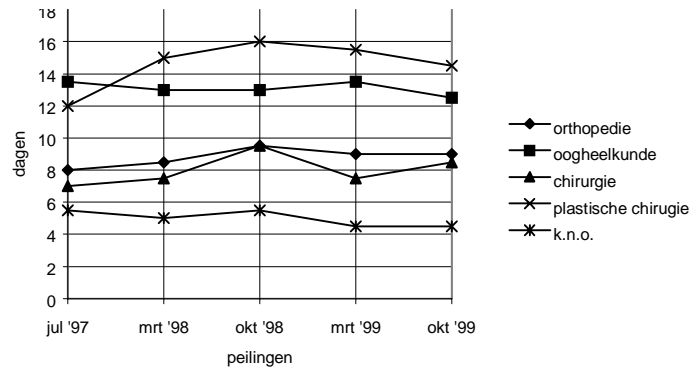
Bron: patiëntenenquête wachtlijsten

Figuur 5 Verloop gemiddelde wachttijd voor klinische opname in weken



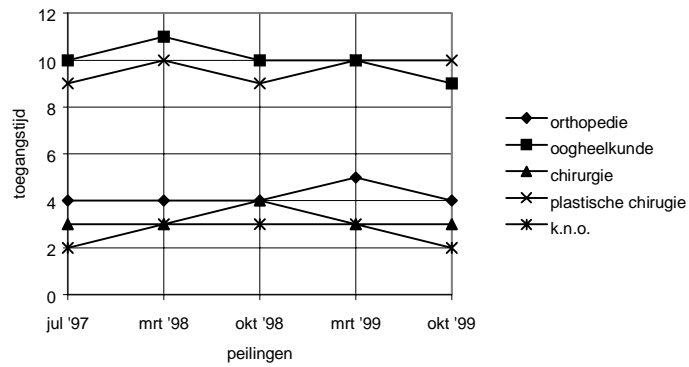
Bron: patiëntenenquête wachtlijsten

Figuur 6 Verloop gemiddelde wachttijd dagverpleging in weken



Bron: patiëntenenquête wachtlijsten

Figuur 7 Verloop in poliklinische toegangstijd

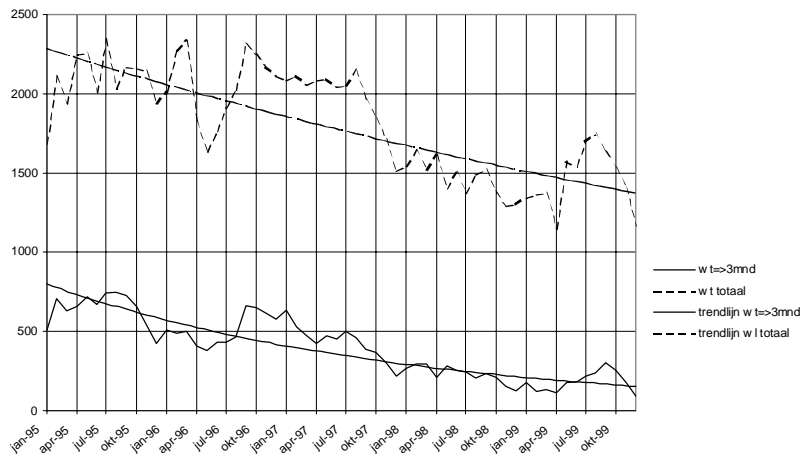


Bron: patiëntenenquête wachtlijsten

OHO's en PTCA's

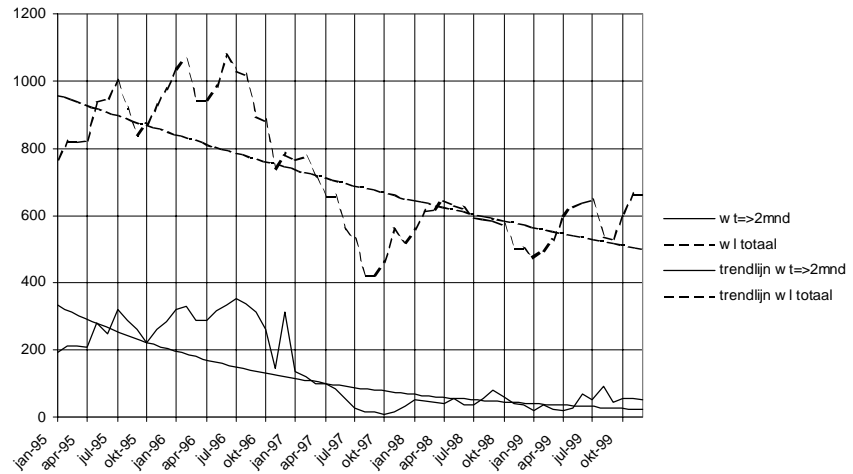
Onderstaand overzicht van de wachtlijsten voor openhartoperatie's (OHO's) en percutane transluminale coronaire anchioplastiek (PTCA's), is gebaseerd op gegevens van de Begeleidingscommissie Hartchirurgie Nederland (BHN). Omdat de omvang van de wachtlijsten gedurende het jaar sterk varieert – variaties van meer dan 50% komen voor – is bij dit overzicht uitgegaan van jaargemiddelden.

Figuur 8 OHO 1995 t/m 1999 wachtlijst totaal en wachtlijst langer dan 3 maanden



OHO's	Gemiddeld '96	Gemiddeld '99	Daling
Aantal wachtenden	2 059	1 460	- 51%
2 maanden of langer wachtend	851	363	- 57%

Figuur 9 PTCA 1995 t/m 1999 wachtlijst totaal en wachtlijst langer dan 3 maanden



PTCA's	Gemiddeld '96	Gemiddeld '99	Daling
Aantal wachtenden	949	583	- 39%
2 maanden of langer wachtend	284	46	- 84%

- Omdat de budgetparameters slechts een beperkt inzicht geven, is van enkele ziekenhuizen de ontwikkelingen nader bekeken. Dat leverde de volgende aanvullende informatie op:
 - Zowel voor de wachtlijsten als voor de wachttijden zijn, ondanks aanzienlijke extra productie vanuit de wachtlijstmiddelen stijgingen én dalingen te zien. Stijgingen treden op wanneer de vraag nog harder groeit dan de extra productie. Dit blijkt onder meer het geval bij cataracten. Hier treedt een aanzienlijke verruiming van de indicatiestelling op, zonder dat gesproken kan worden van niet gepast gebruik. Vergrijzing en verbetering van de medische technieken maken dat een dergelijke ingreep ook op hoge leeftijd zinvol geworden is.
 - Er zijn signalen dat het ziekenhuisbudget onder druk staat, waardoor een deel van de wachtlijstmiddelen in de instellingen tevens ingezet wordt om de reguliere productie op peil te houden. Die druk neemt verder toe door de vergrijzing, in samenhang met de toename van de medisch technische mogelijkheden. Men kan tot op steeds hogere leeftijd zinvol ingrepen doen. Dit betekent voor onder meer de oogheelkunde en orthopedie een sterk toenemende vraag. Verder moet uit de intensivering voor de algemene en categorale ziekenhuizen van gemiddeld 1,3% per jaar over de regeerperiode zowel de «demografische groei» van 1% als ook de groei van dure voorzieningen, zoals bijvoorbeeld de intensive care en de intramuraal versterkte farmacie volledig opgevangen worden.

Conclusies

Uit dit zeer voorlopige, eerste beeld kan een aantal conclusies worden getrokken:

- Het platform en alle betrokken partijen zijn goed aan het werk;
- Het plan van aanpak is op alle punten in uitvoering;
- Een compleet beeld van de effecten van de inzet van extra wachtlijstmiddelen is (nog) moeilijk te geven. Er is wel effect zichtbaar, maar de

dynamiek binnen de sector betekent dat er geen 1 op 1 effect tussen geld en omvang van wachtlijsten is. Op onderdelen kan de zorg globaal binnen de aanvaardbare wachttijden geleverd worden. Op andere onderdelen zijn de wachttijden voor zover thans bekend ondanks de hogere productie door de toenemende vraag slechts gestabiliseerd, of zelfs iets toegenomen.

- Gezien de bovenstaande cijfers is een nadere analyse van factoren die van invloed zijn op de productieontwikkelingen met name voor de orthopedie gewenst.
- Een beter beeld over 1999 kan verkregen worden aan de hand van de halfjaarlijkse wachtlijstpeiling en de uitkomsten van de evaluatie wachtlijstfonds 1999 van Prismant. Deze komen in juni respectievelijk juli beschikbaar.
- Om de genoemde dynamiek beter in kaart te brengen moet naast kwantitatief onderzoek ook kwalitatief onderzoek plaats vinden met betrekking tot de inzet van wachtlijstmiddelen. Dit wordt momenteel opgezet.
- Alles overziende is momenteel niet goed vast te stellen of de doelstelling om alle wachttijden voor het einde van deze Kabinetsperiode binnen aanvaardbare marges te brengen kan worden gehaald zonder nadere maatregelen te nemen. Die zorg is ook tijdens het Algemeen Overleg van 22 en 30 maart 2000 in de Tweede Kamer door diverse leden aan de orde gesteld. Daarom zal in de komende periode extra aandacht worden gegeven aan verbetering van de informatievoorziening, het onderzoeken van de druk op de ziekenhuisbudgetten en een intensivering van het wegwerken van de wachtlijsten. Hieronder worden deze punten kort nader uitgewerkt.

Aanscherping aanpak

- Verbetering van de informatievoorziening, waarbij twee trajecten van belang zijn:
 - De in gang gezette aanpassing van ziekenhuis- en specialistenbesteding, waarbij een systeem van diagnose behandeling combinaties (DBC's) centraal staat. Dit betekent dat herkenbare zorgproducten gedefinieerd worden, met daaraan verbonden een grotere transparantie van de zorgprocessen en een betere basis om extern verantwoording af te leggen. Het betreft hier een ingrijpend proces, dat de rest van de Kabinetsperiode veel inspanning zal kosten. Aan de vlotte voortgang van deze aanpassing zal veel prioriteit worden gegeven;
 - De uniforme registratie van wachttijden en wachtlijsten. Daarvoor is een door NZi (thans Prismant) ontwikkeld model in juli 1997 in gebruik genomen. De landelijke databank wachttijden is sinds kort operationeel. De verdere vulling en input ervan houden de speciale aandacht.
- Nader onderzoek naar de vraag of, gegeven de geconstateerde druk op de instellingsbudgetten deze de vraagontwikkeling nog voldoende kunnen accommoderen. Dit, gelet op onder meer de vergrijzing, de verruiming van de medisch technische mogelijkheden, de maatschappelijk gewenste verruiming van de ingrepen (zoals staar- en heupoperaties voor 85+ers) en het budgettaire beslag van de farmaceutische zorg binnen de ziekenhuizen. In nauw overleg met de sector zal hierop een goed zicht moeten worden verkregen.
- Voor wat betreft de modernisering van de organisatie van de zorgverlening mag veel worden verwacht van de verspreiding en verdere implementatie van de resultaten van het project doorstroomtijden. Op 15 maart 2000 zijn de resultaten gepresenteerd en aan de Tweede Kamer toegezonden. Met het project zijn uitstekende inhoudelijke resultaten bereikt, én een aanzienlijke verkorting van de doorstroom-

tijd. De «best practices» verdienen bredere toepassing. Dat vraagt flinke inspanningen binnen de ziekenhuisorganisaties, omdat het niet gaat om blauwdrukken die simpelweg van het ene ziekenhuis naar het andere te transponeren zijn. Het CBO maakt op verzoek van VWS in overleg met de andere betrokken partijen een plan om een brede verspreiding van optimaal gebleken zorgpraktijken te helpen bewerkstelligen.

- Intensivering van de wachtlijstaanpak in die zin dat, vóór het zomerreces, met aanvullende maatregelen wordt gekomen. Het recente initiatief van de PvdA/VNO-NCW biedt daartoe goede aanknopingspunten. Hieronder wordt dit nader uitgewerkt.

Initiatief «De wachtlijsten de wacht aangezegd» van PvdA/VNO-NCW

- Op 21 maart 2000 is het gezamenlijk initiatief van PvdA en VNO-NCW «Wachtlijsten de wacht aangezegd» gepresenteerd. Op 6 april 2000 heeft de Tweede Kamer de motie Arib aanvaard, waarin gevraagd wordt aan te geven wanneer en op welke wijze dit plan tot uitvoering zal worden gebracht. Daar wordt onderstaand op ingegaan.
- De inspanningen van de PvdA en VNO-NCW om een concrete bijdrage te leveren aan de oplossing van de wachtlijstproblematiek is te waarderen. Het initiatief sluit qua insteek goed aan bij het bestaande beleid: namelijk geld dáár inzetten waar er, onder meer rekening houdend met de personele bezetting, mogelijkheden voor extra inspanningen zijn, zodat daadwerkelijk resultaten geboekt kunnen worden. Ook de centrale rol die de verzekeraar wordt toebedeeld, sluit aan bij het beleid. Bij de intensivering van de aanpak zal de verzekeraars zoveel mogelijk ruimte worden gegeven om voor hun verzekerden die zorg te contracteren die noodzakelijk en mogelijk is om de wachttijden binnen aanvaardbare grenzen te brengen. Het Platform aanpak wachttijden heeft zich over het initiatief gebogen, en zijn standpunt aangeboden op 11 mei 2000 (zie bijlage 2). De voortvarende wijze waarop het platform een en ander heeft uitgewerkt wordt zeer gewaardeerd. Met de aanpak die het platform voorstelt kan worden ingestemd. De volgende aspecten uit het advies van het platform zijn te benadrukken:
- De extra inspanning moet in grote brokken geleverd worden, door die instellingen die, onder meer gezien hun personele bezetting, daartoe op korte termijn in staat zijn. Het spreekt dan ook zeer aan dat het platform spreekt van «blokproductie» en «wachtlijstwegwerkweken». Alleen op die wijze kan op korte termijn substantieel extra productie geleverd worden.
- Voor dergelijke extra blokproductie is het een goede zaak dat, binnen WTG-verband, naar passende prijzen gekeken wordt. Bij zo'n extra productie speelt aan de ene kant dat de vaste kosten al in de reguliere vergoedingen verdisconteerd zijn. Aan de andere kant gaan extra inspanningen in avond- een weekenduren ook met extra loonkosten gemoeid. De door partijen nader uit te werken aanbestedingsprocedure moet resulteren in een aanbesteding van een extra productie X, te leveren tegen prijs Y, te beoordelen door het CTG.

Het tijdspad dat het platform voorstelt spreekt aan. Het start met bekendmaking van de aanpak, een oproep aan verzekeraars en ziekenhuizen en een start van de aanbesteding door zorgverzekeraars in juni 2000. Het platform zal worden verzocht, voortvarend met de voorgestelde inzet aan de slag te gaan.

3.2 Verpleging en verzorging

Inzet financiële middelen en resultaten

In onderstaande tabel is de inzet beschreven van de f 218,6 mln die in 1999 beschikbaar was voor de aanpak van wachtlijsten en wachttijden in de sector verpleging en verzorging. In de voortgangsrapportage die de zorgkantoren per 1 november 1999 over de realisatie van de bestedingsplannen hebben aangeleverd, kon de conclusie worden getrokken dat – op enkele verwaarloosbare uitzonderingen na – alle projecten in 1999 zijn gestart zoals in de bestedingsplannen was aangegeven. In onderstaande tabel is de relatie gelegd tussen de inzet van middelen en de daarmee gerealiseerde uitbreiding van capaciteit en productie.

Wachtlijsten Verpleging en verzorging (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1a. Volume verpleeghuizen op basis van bestedingsvoorstellen	51,1	1a Uitbreiding capaciteit/productie verpleeghuizen	1a. Zorgkantoren hebben aangegeven dat alle ingediende projecten van het bestedingsplan 1999 ook in 1999 zijn gestart, zodat de volumemiddelen volledig worden benut. Daarmee is de volgende uitbreiding van productie en capaciteit gerealiseerd: 200 bedden intramuraal, 1000 bedden extramuraal en 60 plaatsen dagbehandeling.
1b. Verpleeghuisbouw (JOZ 1999)	93,4	1b Uitbreiding capaciteit/productie verpleeghuizen, voortkomend uit eerdere besluitvorming. Monitoring: CvZ (begeleiding en monitoring gereedkoming)	1b. Van dit bedrag is f 31 mln in 1999 niet tot besteding gekomen (gemeld in zorgnota 2000). De betreffende projecten komen in 2000 en 2001 in exploitatie. Het totaal van de projecten beslaat 295 intramurale bedden en 246 zwevende bedden.
2. Verzorgingshuizen op basis van bestedingsvoorstellen	10,9	Uitbreiding capaciteit/productie verzorgingshuizen	1a. Zorgkantoren hebben aangegeven dat alle ingediende projecten van het bestedingsplan 1999 ook in 1999 zijn gestart, zodat de volumemiddelen volledig worden benut. Daarmee is de volgende uitbreiding van productie en capaciteit gerealiseerd: 200 bedden intramuraal, 580 plaatsen reikwijdte zorg en voor kortdurende opnames 160 plaatsen
3a. PGB (motie-Van Blerck)	18,0	Uitbreiding PGB conform de bestedingsvoorstellen.	Mutatie aantal PGB-budgethouders 1999 t.o.v. 1998 is 2224: een toename van 30%
3b. bestedingsvoorstellen	1,6		
4a. Autonome groei thuiszorg (incl. PGB V&V).	26,2	Uitbreiding capaciteit/productie thuiszorg	Toename van 780 000 uren (conform het macrobudget; bij de nacalculatie ontstaat het beeld per individuele instelling).
4b. Bestedingsvoorstellen thuiszorg	17,4		Voorts heeft de geclausuleerde aanvullende productieafspraken in de laatste 6 weken van 1999 geresulteerd in 250 000 uur thuiszorg. Het financieel beslag hiervan volgt met de nacalculatie.
Totaal wachtlijsten	218,6		

Ter nadere toelichting van de effecten van de inzet van PGB-middelen geldt de volgende tabel.

PGB V&V

	Budget (bedragen x f 1 mln)		
	Eind 1998	eind 1999	mutatie
Budget	134,3	152,3	18,0
Toegekend	116,8	138,6	21,8
Budgethouders	7 184	9 408	2 224
Gemiddelde bedrag PGB	16 264	14 731	

Integrale en uniforme wachtlijstenquête

- Op basis van een integrale en uniforme wachtlijstenquête onder thuiszorginstellingen, verzorgings- en verpleeghuizen alsmede onder zorgkantoren ten behoeve van het pgb is op peildatum 1 oktober 1999 een nulmeting opgesteld. Deze meting liet onderstaand beeld zien.

Wachtlijsten V&V

Sector	Ongeschoond	Geschoond (van dubbeltellingen)
Thuiszorg	31 000	22 000–26 000
Verzorgingshuishuishouding	51 500	19 942
Verpleeghuishuishouding	14 960	8 820
PGB	3 042	2 300–2 900

- Aanvullend kan in het verlengde van het verzoek van Werkgroep Van Zijl wat de verzorgingshuizen betreft nog het volgende worden gesteld. De Kamer vraagt – in de interpretatie zoals gegeven in de startnotitie van de Werkgroep Van Zijl – om gegevens met betrekking tot de lengte van de wachtlijsten en de duur van de wachttijden verzorgingshuizen. Ook in de startnotitie wordt reeds rekening gehouden met de omstandigheid dat voor de sector verpleging en verzorging nog geen eenduidige registratie van wachtlijstgegevens beschikbaar is. De Tweede Kamer heeft voorgesteld om, in de periode totdat er een goed wachtlijstregistratiesysteem is, aan de hand van «quick scans» in een aantal regio's de wachtlijstontwikkeling te bekijken, en deze trend door te trekken voor de rest van het land. In het jaar 1999 is – in plaats van quick scans – de hierboven aangehaalde integrale landelijke wachtlijstenquête gehouden voor de gehele sector verpleging en verzorging. De Tweede Kamer is over de uitkomsten van deze enquête inmiddels separaat geïnformeerd. Met betrekking tot de in dit kader gestelde vragen zijn de volgende gegevens, betrekking hebbend op de periode juli – oktober 1999 relevant:

Wachtlijsten verzorgingshuizen

Sector	Juli-oktober 1999	Was daarvoor
Gemiddeld aantal mensen op de wachtlijst	19 942	20 308
Aantal wachtenden per huis	13,5	Niet bekend
Gemiddelde wachttijd	8,2 maanden	9,4 maanden

In onderstaande tabel wordt een frequentieoverzicht gegeven van de wachttijd per verzorgingshuis.

Frequentieverdeling van de gemiddelde wachttijd per verzorgingshuis

Wachttijd	1997	1998	1999
Tussen 0–3 maanden	9,7%	14,0%	23,6%
Tussen 4–6 maanden	36,9%	19,2%	24,9%
Tussen 7–12 maanden	34,7%	49,4%	35,5%
Langer dan 12 maanden	18,6%	17,4%	16,0%
Totaal	100%	100%	100%

Voor een juiste interpretatie van de genoemde uniforme wachtlijstenquête is het volgende van belang.

- Het doel van de wachtlijstenquête was om op basis van dezelfde vragenlijst en op hetzelfde moment inzicht te krijgen in de wachtlijsten binnen de sector V&V. Daar in het verleden door de diverse sectoren op verschillende momenten aparte enquêtes of quick scans zijn uitgevoerd zijn de uitkomsten slechts beperkt vergelijkbaar met eerdere wachtlijstgegevens. Er mogen derhalve geen harde conclusies aan worden verbonden.
- De enquêtegegevens zijn door de onderzoekers op basis van een theoretisch model geschoond van mogelijke dubbel telling. De geschoonde gegevens benaderen daardoor het beste de realiteit, maar zijn geen exacte weergave van de werkelijkheid. Opschonen betekende een reductie van de aangeleverde cijfers van 60 % voor verzorgingshuiszorg.
- Ook door het verschil in onderzoeksmethode van eerdere quick scans en dit onderzoek mogen aan bovenstaande gegevens geen al te harde conclusies worden verbonden.
- In het algemeen laten de cijfers een redelijk stabiel beeld zien. Alleen bij het persoonsgebonden budget is een aanmerkelijke reductie van de wachtlijst te constateren. Ook recentere gegevens van ZN bevestigen een voortgaande reductie. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat alleen voor het persoonsgebonden budget de intensiveringsmiddelen al per 1 januari 1999 beschikbaar zijn gekomen. De overige intensiveringsmiddelen zijn grotendeels per 1 juli van dat jaar beschikbaar gekomen, terwijl daadwerkelijke inzet vaak nog later heeft plaatsgevonden. Het effect van de inzet van de intensiveringsmiddelen 1999 is dan ook nog nauwelijks in de voorliggende enquêt cijfers verdisconteerd. Om deze redenen beschouw ik de uitkomsten van de wachtlijstenquête als een nulmeting en een graadmeter om in de toekomst de effecten van het ingezette wachtlijstbeleid aan af te lezen.

Versnelling en intensivering implementatie plan van aanpak wachtlijsten verpleging en verzorging

Zowel met Zorgverzekeraars Nederland als met alle bij de meerjarenafspraken sector verpleging en verzorging betrokken partijen is er overlegd over de consequenties van de rechterlijke uitspraak inzake het recht op thuiszorg voor daartoe geïndiceerden. Deze overleggen hebben geresulteerd in een herbevestiging door partijen van de aanpak zoals neergelegd in het plan van aanpak wachtlijsten. Tevens onderstreepten partijen de noodzaak om tot een versnelling en intensivering van de implementatie te komen. De hierover aan de Tweede Kamer gezonden brief van 29 maart 2000 is op 4 april 2000 met de kamer besproken.

Met partijen zijn de volgende afspraken gemaakt:

Versnellen capaciteitsuitbreiding

- Met partijen is overeengekomen dat er extra productieafspraken mogen worden gemaakt in 2000 op basis van de volgende afspraken. De aanvullende productieafspraken worden gemaakt tussen zorgkantoor en de betreffende zorgaanbieder, echter onder de conditie dat door de aanbieder eerst alle reeds beschikbare financiële middelen en capaciteit worden aangewend voor het realiseren van extra productie. Op basis van de geschoonde wachtlijsten kan er een bijstelling van de aanvullende productieafspraken plaatsvinden. Dit is ook het geval indien de aanvullende productieafspraken niet kunnen worden gerealiseerd als gevolg van bijvoorbeeld de arbeidsmarktproblematiek. Voorwaarde voor het verkrijgen van extra geld is namelijk daadwerkelijke realisatie van extra zorg.
- Thans zijn er voor de thuiszorg 3 504 807 uren aanvullende productie-

afspraken gemaakt. Dit betreffen de aanvullende productieafspraken bij 68% van de instellingen. De aanvullende productieafspraken blijken primair te zijn gemaakt voor huishoudelijke hulp en verzorging, die producten waarvoor de langste wachtlijsten bestaan. Voor de overige vormen van zorgaanbod moeten nog productieafspraken worden gemaakt. Bij de Zorgnota zal de Kamer nader worden geïnformeerd over de omvang van de aanvullende productieafspraken in 2000.

Effectieve en daadwerkelijke inzet beschikbare middelen

- Er dient te worden gegarandeerd dat er voor eventuele extra middelen ook echt extra productie wordt geleverd. Hierover dient het zorgkantoor resultaatsverplichtingen aan te gaan met de zorgaanbieder. Er zal alleen sprake zijn van financiering bij daadwerkelijk gerealiseerde productie.
- Voor de beoordeling van een effectieve en doelmatige inzet van beschikbare middelen is transparantie van een organisatie onontbeerlijk. Partijen hebben toegezegd actief mee te werken aan een verdere transparantie van de sector onder andere in de vorm van benchmarking.

Aanscherpen uitvoering plan van aanpak wachtlijsten

Voor een aanscherping van de uitvoering van het plan van aanpak wachtlijsten zullen de volgende acties worden ondernomen.

- Een, vanuit ZN en VWS, gezamenlijk getrokken task-force die in korte tijd onder meer een extra impuls geeft aan het schonen van de wachtlijsten en het versneld realiseren van intramurale capaciteit.
- Alle wachtlijsten in de sector V&V worden geschoond. De wachtlijstgegevens zullen worden geïnventariseerd in de periode van 15 mei – 29 mei. Vervolgens zullen de gegevens worden verwerkt, geschoond op dubbeltellingen, gematched met GBA-gegevens en zullen de gegevens weer worden herleid naar regio. Nadat bekend is welke personen al langer dan 2 jaar op een wachtlijst staan zullen deze personen ook worden geherindiceerd. Medio/eind juli zal het traject zijn afgerond en beschikken alle regio's over geschoonde wachtlijsten.
- Er zal een actie beleid worden gevoerd om uiterlijk per 1 januari 2001 de fundering te hebben gelegd voor een regionale en integrale wachtlijstregistratie. De minimale gegevensset die moet worden geregistreerd is inmiddels ontwikkeld en door de MJA-partijen vastgesteld.
- Er zullen acties worden ondernomen om de realisatie van intramurale capaciteit te versnellen. Deze acties zullen liggen op het terrein van het aanjagen van initiatiefnemers, het vereenvoudigen en versnellen van de procedures en het ontwikkelen van alternatieve bouwtrajecten in het kader van scheiden wonen en zorg dan wel alternatieve intramurale capaciteit. Thans wordt in overleg met alle betrokken partijen geïnventariseerd welke versnellingen en onorthodoxe procedures er mogelijke zijn. Dit zal eind mei resulteren in een handleiding voor de regio's van mogelijk onorthodoxe initiatieven en procedures.

3.3 Gehandicaptenzorg

Inzet financiële middelen en resultaten

Van de totale tranche 1999 voor de gehandicaptenzorg van f 136,1 mln is f 67,3 mln uitgetrokken voor de wachtlijsten.

In het najaarsakkoord zijn over de middelen en de daarmee te bereiken resultaten in de vorm van prestatieafspraken vastgelegd. In het voorjaar van 2000 zijn met partijen de resultaten in beeld gebracht en besproken.

Onderstaande tabel bevat de groei van de productie ten behoeve van de wachtlijsten die daarmee in 1999 tot stand is gebracht (gebaseerd op gegevens van CTG, CVZ en VWS).

Wachtlijsten Gehandicaptenzorg (bedragen x f 1 mln)

Maatregel	1999	Afgesproken prestatie	Realisatie 1999	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
PGB verstandelijk gehandicapten	17,0	630 bdgth	21,3	540 bdgth
Uitbreiding semimurale zorg	7,9	197 pltsn	7,9	229 pltsn
Uitbreiding intramurale zorg	24,4	271 pltsn	16,3	156 pltsn
Bijzondere zorgfuncties (SGLVG)	6,0	ca 74 pltsn	7,1	257 pltsn
SPDen: Begeleid Zelfstandig Wonen	2,3	293 clntn	2,8	351 clntn
SPDen: Ambulante Hulpverlening: ppg/vroeghulp	3,7	439 clntn	2,4	549 clntn
SPDen: zorgconsulenten verstandelijk gehandicapten	3,0	600 clntn	5 à 6 mln	1 670 clntn
SPDen: zorgconsulenten lichamelijk gehandicapten	3,0	30 cnslnntn	3,0	35 fte
Totaal wachtlijsten	67,3	2 534	66,8	3 787

Deze tabel brengt zowel in geld als in plaatsen de resultaten 1999 in kaart. Per saldo blijkt dat ongeveer alle middelen zijn benut, zij het niet altijd daar waar geraamd. De productie 1999 is ruimer geweest dan geraamd in 1998. Deze gegevens zijn met de meerjarenafspraken-partijen en CTG en CVZ besproken. De gebleken afwijkingen van de ramingen hangen deels samen met het plaatsvinden van bijsturing waar daar aanleiding voor was.

Uit de realisaties PGB verstandelijk gehandicapten blijkt het volgende. Op kasbasis was f 17 mln beschikbaar gesteld en is gerekend met een normbedrag per PGB van f 27 000,-. In 1999 is (als mutatie van 1998 op 1999) ruim f 21 mln extra toegekend Financieel houdt dit in dat in termen van toekenningen de onderuitputting die resteerde uit voorgaande jaren is weggewerkt. Daarnaast is het gemiddelde PGB verstandelijk gehandicapten met enkele procenten toegenomen, zodat het financieel beslag per PGB groter is geworden.

Ter nadere toelichting van de effecten van de inzet van PGB-middelen geldt de volgende tabel.

PGB verstandelijk gehandicapten

	Eind 1998	Eind 1999	Mutatie
Budget	86,5 mln	103,5 mln	17,0 mln
Toegekend	82,2 mln	103,5mln	21,3 mln
Aantal budgethouders	3 101	3 641	540
Bedrag gemiddelde PGB	26 500	28 426	

In het WZV-bouwkader is een lagere realisatie ontstaan als gevolg van vertraagde bouwprojecten. Deze bouwprojecten zullen wel worden gerealiseerd, maar later dan gepland. Reeds bij het voorjaarsakkoord is de structurele ruimte binnen het daarvan betrokken bij de financiële ruimte van het voorjaarsakkoord.

Voor de TVWMD was f 7,9 mln uitgetrokken voor semimurale zorg (TVWMD). Gepland was dat daarvoor 197 extra plaatsen konden worden gerealiseerd. Voor dit bedrag zijn echter meer plaatsen gerealiseerd, nl.

229 plaatsen. Dat was mogelijk omdat de gemiddelde plaats minder aan exploitatiekosten met zich mee bleek te brengen dan was geraamd eind 1998.

Voor een ander deel (met name SPD-en) is dank zij de meerjarenaafspraken nader inzicht ontstaan in de in de regio daadwerkelijk blijkende behoeften en mogelijkheden. Dit zal bij de voor latere jaren te bepalen productieafspraken worden betrokken.

Met betrekking tot de afwijking van de realisaties voor bijzondere zorgfuncties (SGLVG) geldt dat deze samenhangt met het realiseren van zorg beneden het gemiddeld normbedrag.

De nu gepresenteerde cijfers laten een voorlopig beeld zien. De definitieve cijfers worden gepresenteerd bij gelegenheid van de Zorgnota 2001.

Aanpak wachtlijsten en wachttijden

- De wachtlijsten in de gehandicaptensector zijn zeer aanzienlijk. De meest recente cijfers (1 januari 2000) voor de wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptensector geven het volgende beeld:

Wachtlijsten gehandicaptenzorg per 1 januari 2000

Verstandelijk gehandicapten	wonen	dagbesteding
– wachtlijst urgent wachtenden	7 707	3 856
– gemiddelde wachttijd in dagen	625	496
<i>Lichamelijk gehandicapten</i>	1182	1 383
<i>Overige vormen</i>	wachtenden	
– PGB, wachtenden	5 900	
– BZW, wachtenden	640	

Deze gegevens zijn ontleend aan de brief die op 12 mei 2000 aan de Tweede Kamer is gezonden met betrekking tot de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Deze brief geeft enkele nuanceringen bij de bovenstaande cijfers. Het plan van aanpak wachtlijsten betreft onder meer de navolgend toegelichte aspecten.

- Om een effectieve aanpak mogelijk te maken is door het ministerie van VWS in nauwe samenwerking met de MJA-partijen een plan van aanpak wachtlijsten in de gehandicaptensector opgesteld. Het plan van aanpak wachtlijsten heeft betrekking op alle sectoren in de gehandicaptensector (lichamelijk, zintuiglijk en verstandelijk gehandicapten).
- Om ook daadwerkelijk cliënten van de wachtlijst te kunnen bedienen, wordt al in het lopende jaar 2000 ruimte geboden, middels een door het CTG opgestelde beleidsregel voor aanvullende productieafspraken tussen zorgkantoor en zorgaanbieders. Daarnaast is het zorgkantoren mogelijk gemaakt PGB-verstandelijk gehandicapten toe te wijzen aan cliënten, die daar een voorkeur voor hebben. In de Voorjaarsbrief Zorg is voor deze aanvullende productie een kasbeslag in 2000 van f 50 mln geraamd.
- In overleg met de betrokken partijen zijn in het plan van aanpak een aantal uitgangspunten vastgelegd, waaraan de aanpak van de wachtlijsten in de regio's dient te voldoen. Initiatieven worden alleen gehonoreerd als zij een aantoonbaar wachtlijstverminderend effect hebben. De vraag van de cliënt staat centraal. In de aanpak wordt gestart met de cliënten met de hoogste urgentie in combinatie met de langste wachttijd op de wachtlijst. In een persoonlijke vraagverheldering

komen alle aspecten die met de kwaliteit van het leven van de cliënt te maken hebben aan de orde. Op basis van de vraagverheldering wordt in overleg met de zorgaanbieder en de cliënt een persoonlijk dienstverleningsarrangement samengesteld en ontwikkelen zorgaanbieders voorstellen. Voorstellen dienen te voldoen aan de criteria van vraaggestuurde zorg. Op basis van een formele indicatie wordt de zorg zoveel mogelijk geleverd op een door de cliënt gekozen plaats, en door de cliënt aangegeven duur en tijdstip. Leidend principe in de zorg en dienstverlening is het scheiden van wonen en zorg en het bieden van ambulante ondersteuning in de thuissituatie. Met de aanpak van de wachtlijsten wordt derhalve de zorgvernieuwing in de gehandicaptensector krachtig gestimuleerd.

- Bij de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg is in de CTG-beleidsregel een PVB-vorm geïntroduceerd. De bedoelde PVB-vorm houdt in een voor de zorg aan betrokken cliënt toegerekend bedrag, dat deel uitmaakt van het aan de zorgaanbieder toegekende budget voor aanvullende productieafspraken. Deze ontwikkeling sluit aan bij het onderwerp bekostiging in de meerjarenafspraken gehandicaptenzorg. In 1999 is het rapport «Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap, verkenning van de hoofdlijnen van een systematiek van levering en bekostiging» verschenen. In het voorjaarsakkoord meerjarenafspraken hebben partijen vastgelegd dat aan de hand van dit rapport getracht zal worden te komen tot een systematiek van cliënt gerichte bekostiging. Er is een stuurgroep ingesteld voor de begeleiding van het proces van omvorming van de bekostigingssystematiek. Het onderzoek heeft als reikwijdte de sectoren verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten, zintuiglijk gehandicapten, SPD-en, en alle aan de zorg gerelateerde CVZ-subsidieregelingen. Tot aan de maand augustus worden de gegevens verzameld en verwerkt, terwijl de maanden augustus en september van dit jaar worden gebruikt om de integrale eindrapportage op te stellen. Het CTG zal aan de hand van de onderzoeksgegevens trachten een doorrekening van mogelijke reallocatie-effecten op te stellen. Deze zal onderdeel uitmaken van het eindrapport. Gepland is dat het jaar 2001 zal worden benut om met de nieuwe bekostigingssystematiek ervaring op te bouwen door tot een vorm van schaduwdraaien te komen.
- Een belangrijk onderdeel van het plan van aanpak is de verbetering van de wachtlijstregistratie, het Zorg registratiesysteem (ZRS). Sinds 1 juli 1999 is het CVZ Landelijk Houder geworden, ter voorbereiding van de overdracht van het ZRS naar de zorgkantoren per 1 januari 2001. Doordat de zorgkantoren in de regio verantwoordelijk worden voor het ZRS kunnen de informatieverplichtingen van partijen in de regio, onder andere de melding van realiseerde zorg door zorgaanbieders, beter geëffectueerd worden.
- Daarnaast zal er een opschoning plaatsvinden van de huidige wachtlijstgegevens. De regionale wachtlijstbeheerders worden landelijk ondersteund in de uitvoering van de opschoning van de wachtlijstregistraties. De opschoning zal voor 1 september 2000 zijn afgerond.
- Ten slotte zal het ZRS de komende maanden aangepast worden om registratie van PVB (Persoonsvolgend Budget) en PGB-verstandelijk gehandicapten als gerealiseerde zorg mogelijk te maken. Hierbij is ook de integratie van de wachtlijstregistratie voor zorg in natura en PGB-VG aan de orde. Door deze aanpassingen kan het ZRS goed gebruikt worden als monitoringsinstrument voor de aanpak van de wachtlijsten.
- Het plan van aanpak wordt breed in de gehandicaptensector gedragen en biedt een helder raamwerk voor de te verrichten werkzaamheden. De komende periode zal het op de uitvoering van het plan aankomen. De ambitie is hoog, in komende tijd zal, met als leidend principe de

vraag van de cliënt, een groot aantal cliënten van de wachtlijst zorg geboden worden.

- Dit zal een extra inspanning vragen van alle betrokken partijen. In het laatste bestuurlijk overleg, op 27 april 2000 met meerjarenafspraken partijen is gevoerd, bleek dat alle partijen zich sterk zullen inzetten voor het realiseren van een succesvolle aanpak van de wachtlijsten.

3.4 Geestelijke gezondheidszorg

Inzet financiële middelen en resultaten

In onderstaande tabel wordt de inzet van de in totaal f 56,3 mln aan middelen voor de bestrijding van de wachtlijsten toegelicht.

Wachtlijsten geestelijke gezondheidszorg (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Volume GGZ.	30,0	Uitbreiding capaciteit/productie ambulante GGZ.	Evaluatierapport Prismant: effecten wachtlijstmiddelen (medio 2000).
2. Pilot psychische arbeidsongeschiktheid.	2,0	Versterken reguliere GGZ-aanbod inzake arbeidsrelevante psychische problematiek	Vanwege het meerjarige karakter van de pilots (1999-2002) zal in 2002 een eindrapport worden uitgebracht door GGZ-Nederland.
3. Registratie wachtlijsten GGZ en Verslavingszorg.	0,5	Minimum gegevensset (GGZ-N, VWS, ZN). Start invoering registratie in 2000 en afronding in 2002.	Minimum gegevensset is vastgesteld door VWS, GGZ-Nederland en ZN in 1999.
4. Volume bouw.	20,5	Volume bouw	Capaciteitsmutatie 1999: RIBW-plaatsen: 198; Kinder en Jeugd: 80; Verslavingszorg: 85; Volwassenpsychiatrie: 18.
5. Autonome groei.	3,3	Autonome groei voor RIAGG en vrijgevestigde psychiaters.	Deze middelen zijn bestemd om demografische ontwikkelingen op te vangen en worden toegevoegd aan de bestaande totale budgetten. Verantwoording vindt plaats langs reguliere kanalen en betreft uiteraard alleen de totale budgetten. Het CTG deelt de middelen toe aan de RIAGG'en. Bij de psychiaters zijn de middelen uitgezet via Lokale initiatieven.
Totaal wachtlijsten	56,3		

Aanpak wachtlijsten en wachttijden

Uit de f 130 mln gulden die beschikbaar is gesteld voor het uitvoeren van het plan van aanpak wachttijden, is f 30 mln ingezet voor de aanpak van de wachttijden in de ggz. Inhoudelijke speerpunten zijn de kinder- en jeugdpsychiatrie en de arbeidsrelevante hulp bij uitval om psychische redenen. De middelen worden aan de aanbieders toegekend op basis van een beleidsregel van het CTG. De middelen worden verdeeld over de regionale aanbieders door het zorgkantoor. Voorwaarden voor toekenning van wachtlijstgelden zijn dat de aanbieders hun afgesproken productie realiseren, samenwerken met andere aanbieders in de regio, ook de eerstelijns ggz, en een wachtlijstbeleid hebben ontwikkeld. Er worden voor de wachtlijstmiddelen extra productieafspraken gemaakt met het zorgkantoor.

De genoemde f 30 mln is als volgt verdeeld over de ambulante ggz-aanbieders:

RIAGG-en	f 19 mln
Psychiatrische ziekenhuizen	f 4 mln
Vrijgevestigde psychotherapeuten	f 7 mln

In juni 2000 zal door Prismant een eindrapportage worden afgerond over de inzet van de wachtlijstgelden in de cure (ziekenhuizen en ggz). Om ten

behoefte van de MJA-brief al eerder cijfers beschikbaar te krijgen die enig inzicht verschaffen over de inzet van de wachtlijstmiddelen is recent (9 mei 2000) rechtstreeks informatie verkregen van ruim 30 voornamelijk ambulante ggz-aanbieders die ruim 50 % van het totale wachtlijstbudget hebben ontvangen. Zij laten een hoge mate van realisatie van de afgesproken productie zien. Een steekproef onder de zorgkantoren bevestigt dit beeld. Naar het zich laat aanzien is van de wachtlijstgelden 1999 ruim 90% benut, de overgebleven middelen zijn, conform hierover gemaakte afspraken, geplaatst op een speciale reservering die in 2000 alleen kan worden aangewend voor verkorten van de wachtlijsten en dus wordt toegevoegd aan de wachtlijstgelden voor dat jaar (loopt via de zogenoemde bestemmingsreserve). Het niet volledig besteden van de gelden kan worden verklaard uit vertraging in het overleg tussen zorgkantoor en aanbieder over de productieafspraken. Omdat in 2000 een belangrijk deel van de in 1999 ingezette trajecten doorloopt, is de verwachting dat de besteding van de middelen 2000 hoger zal liggen.

Op dit moment beschikbare cijfers over de reguliere productie van de instellingen laat voor 43 ambulante aanbieders een positief beeld zien. Zo hebben 40 van de 43 een productie gerealiseerd die boven de 98% ligt. Slechts drie ervan hebben een productie gerealiseerd onder de 98%.

Aanvaardbare wachttijden

- Voor het in kaart brengen van aard en omvang van de wachttijden zijn tussen 1997 en 1998 in opdracht van VWS inventarisaties uitgevoerd door NZI, TNO-Preventie en het Trimbos-instituut. Uit deze studies zijn aanbevelingen gekomen met betrekking tot de noodzaak tot verbetering van regionale samenwerking en afstemming, ook op het gebied van wachtlijstregistratie, indicatiestelling en de noodzaak te komen tot aanvaardbare wachttijden.
- In het kader van het Treekoverleg is door partijen overeenstemming bereikt over normwachttijden voor de cure ggz (kortdurend behandelcircuit). Voor de care ggz (langdurige zorg) zijn eveneens afspraken gemaakt.
- GGZ Nederland heeft inmiddels zelf een wachtlijstbrigade ingesteld, die knelpunten in de wachttijden moet signaleren en oplossingen moet ontwikkelen. De activiteiten van de wachtlijstbrigade worden met VWS en ZN afgestemd.

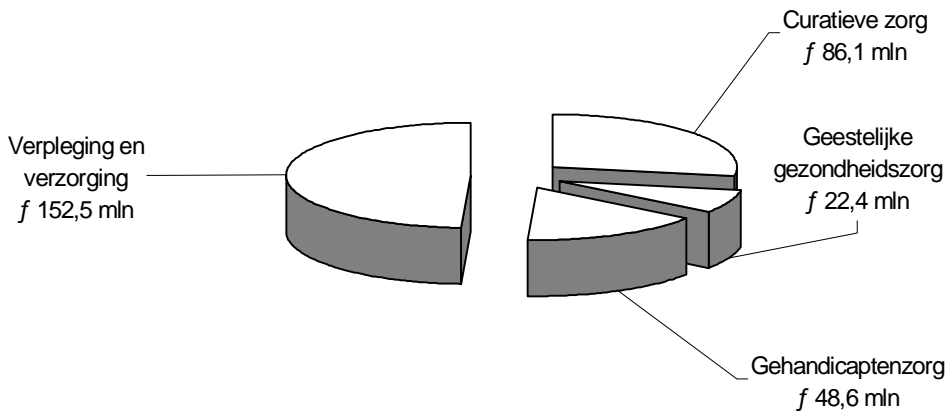
Uniformering registratie wachttijden

- Een belangrijke voorwaarde voor het ontwikkelen van een goede aanpak van de wachttijden is een eenduidige wijze van registreren van aantallen cliënten en de duur van de wachttijden. In juni 1999 zijn de aanbieders in de ggz een minimumgegevensset overeengekomen die voor alle aanbieders de basis vormt voor verdere invoering en verbetering van de wachtlijstregistratie. In 2000 is begonnen met een ggz-breed implementatietraject.
- Tot in 2002 de invoering van de uniformering wachtlijstregistratie is gerealiseerd, wordt jaarlijks op twee peilmomenten informatie verzameld over de wachttijden, waarbij de minimumgegevensset al zoveel mogelijk het uitgangspunt vormt. Vanaf 2002 zal VWS ieder kwartaal informatie over de wachttijden in de ggz beschikbaar hebben.
- Een belangrijk onderdeel van de minimumgegevensset vormt de urgentie. Voor het bepalen van de urgentie van de problematiek en de maximale wachttijd, zal zowel voor kortdurende zorg als langdurige zorg een eenduidige indicatiestellingsprocedure moeten worden gevolgd.
- De wijze waarop hieraan in de sector ggz vorm zal worden gegeven

wordt neergelegd in de brief die in mei 2000 over de indicatiestelling AWBZ aan de Kamer zal worden toegezonden.

4. Werkdruk

Werkdrukmiddelen tranche 1999: totaal f 309,6 mln.



4.1 Algemeen

- Het werkdrukbeleid van VWS wordt uitgevoerd langs twee sporen: meer handen aan het bed en flankerend beleid. Flankerend beleid omvat leeftijdsgericht personeelsbeleid, intensief ziekteverzuimbeleid, flexibilisering van de organisatie, betere regionale samenwerking en andere beleidsmatige invalshoeken. Voor het realiseren van meer handen aan het bed is het vanzelfsprekend cruciaal dat de dreigende personeelstekorten afgewend worden. Hiertoe wordt in het kader van het Convenant Arbeidsmarkt Zorg en het Convenant Arbeidsmarkt Welzijn & Jeugdhulpverlening op tal van speerpunten actief beleid gevoerd.
- De middelen voor werkdruk en arbeidsmarktbeleid zijn in 1999 grotendeels uitgezet via de instellingsbudgetten en voor een beperkt deel via de sectorfondsen.
 - Via de sectorfondsen zijn de middelen voor arbo-beleid, flankerend werkdrukbeleid, structuurversterking en een deel van de stimuleringsmiddelen voor initiële opleidingen tot besteding gekomen.
 - Van de middelen die worden uitgezet via de instellingsbudgetten maken de werkdrukmiddelen het grootste deel uit. Met name in de sector Verpleging en Verzorging zijn aanzienlijke bedragen beschikbaar gesteld om de werkdruk aan te pakken.

Totaaloverzicht middelen werkdruk en arbeidsmarktbeleid (bedragen x f 1 mln)

Sector	Via Sectorfondsen	Via instellingsbudgetten
Curatieve somatische zorg	11,6	74,5
Verpleging en verzorging	18,4	134,1
Geestelijke gezondheidszorg	3,2	19,2
Gehandicaptenzorg	7,2	41,4

- In 1999 is in het kader van het brancherapport Cure een onderzoek uitgevoerd naar een geschikt monitoringsysteem van werkdruk bij verplegend en verzorgend personeel. Uit deze studie kwam naar voren

dat het meten van het objectieve begrip «werklast» de beste mogelijkheden biedt. Onder werklast wordt hierbij verstaan de verhouding tussen de voor zorgzwaarte gecorrigeerde productie en de personeelsinzet. Op basis van de bevindingen van deze studie zal VWS binnenkort opdracht verlenen voor de uitwerking van werklast-indicatoren voor de verschillende zorgsectoren.

Flankerend beleid 1999

Met het oog op de dreigende arbeidsmarktknelpunten zijn vanaf 1999 additionele middelen beschikbaar gekomen voor arbeidsmarktmaatregelen. Het gaat hierbij om middelen voor flankerend werkdrukbeleid en arbeidsomstandigheden (totaal f 20 mln), initiële opleidingen (f 63,7 mln, waarvan f 15,4 mln via de sectorfondsen) en structuurversterking (f 8 mln). Door middel van jaarverslagen leggen de sectorfondsen vóór de zomer verantwoording af over de besteding van de totale sectorfondsmiddelen. Daarop vooruitlopend wordt in bijlage 1 bij deze rapportage wordt kort ingegaan op de resultaten van een aantal projecten die uit de additionele middelen zijn gefinancierd.

4.2 Curatieve somatische zorg

Werkdruk curatieve somatische zorg (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Opleidingsfonds.	5,0	Uitbreiding/handhaving opleidingscapaciteit in ziekenhuizen.	NVZ doet voorstel aan CTG voor de verdeling van de middelen. Het CTG verwerkt de middelen in de budgetten van de instellingen.
2. Praktijkverpleegkundige.	15,0	Per samenwerkingsverband van 3 huisartsen (of ca. 4500 patiënten) 1 praktijkverpleegkundige.	ZN en LHV hebben afspraken gemaakt over de financiering van praktijkondersteuning. Deze is nu in gang gezet.
3. Idem uit EVS (incidenteel).	20,0	Per samenwerkingsverband van 3 huisartsen (of ca. 4500 patiënten) 1 praktijkverpleegkundige.	Zie tekst hierboven.
4. Werkdruk.	13,0	Door instelling te bepalen maatregelen ter verlichting van de werkdruk.	Prismant/NIVEL hebben in het Brancherapport november 1999 de wijze waarop de werkdruk gemonitord kan worden in kaart gebracht. N.a.v. dit rapport gaat een dezer dagen een opdracht tot de ontwikkeling van een werklastindicator uit.
5. Initiële opleidingen in ziekenhuizen (inclusief academische ziekenhuizen en revalidatie-instellingen)	21,5	Vergroting en verbetering van de instroom in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere kernfuncties in het primaire zorgproces.	Aantal leerlingen via beroepsbegeleidende leerweg (BBL) was 7 805 in 1998. Opgave aantal leerlingen in 1999 nog niet mogelijk.
6. Initiële opleidingen, werkdruk, arbobeleid en structuurversterking via sectorfondsen	11,6	Bestedingsplannen sectorfondsen.	Naar aanleiding van de bestedingsplannen van de sectorfondsen zijn diverse projecten op deze terreinen uitgevoerd. Enkele projecten worden toegelicht in bijlage 1.
Totaal arbeidsmarkt/werkdruk	86,1		

Voor het monitoren van de werkdruk is aan Prismant en NIVEL gevraagd om methodieken in kaart te brengen die het mogelijk maken om de meerjarenafspraken die rond wachtlijsten en werkdruk zijn gemaakt te monitoren. Uit het bureauonderzoek blijkt dat het niet goed mogelijk is om het effect te meten van de specifieke financiële middelen voor de vermindering van de werklast. De middelen komen namelijk in het algemene budget van instellingen terecht. En aangezien het geld niet geoormerkt is en instellingen budgetvrijheid hebben, zijn de effecten ervan op macro-niveau lastig te traceren. Op de aanbeveling uit het onderzoek van NIVEL en Prismant om een werklastindicator te ontwikkelen om zodoende zicht

te krijgen op de werklastontwikkeling op macro-niveau, is reeds ingegaan in paragraaf 4.1.

4.3 Verpleging en verzorging

- Op 17 december 1999 is in het Platform Meerjarenaafspraken V&V het «Protocol werkdrukmiddelen V&V» goedgekeurd waarin alle afspraken omtrent de inzet van en informatievoorziening over de werkdruk-middelen 2000–2002 zijn opgenomen.
- Binnen de deelsectoren verpleeghuizen en thuiszorg zijn en worden de beschikbare werkdrukmiddelen loonsomevenredig verdeeld. Voor de deelsector verzorgingshuizen is een gedeelte van de middelen loonsomevenredig verdeeld, en wordt een gedeelte van de middelen conform de meerjarenaafspraken specifiek over de verzorgingshuizen verdeeld. Hierdoor wordt bereikt dat verzorgingshuizen toegroeien naar de beleidsregel.

De inzet van de werkdruk middelen 1999 is toegelicht in onderstaande tabel.

Werkdruk verpleging en verzorging (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Werkdruk verpleeghuizen.	32,6	Indiening en uitvoering instellingsplan van aanpak ter verlaging van de werkdruk (vanaf 2000).	Loonsomevenredige toedeling door CTG.
2. Werkdruk verzorgingshuizen.	32,6	Indiening en uitvoering instellingsplan van aanpak ter verlaging van de werkdruk (vanaf 2000).	Loonsomevenredige toedeling door CTG.
3. Werkdruk thuiszorg.	15,8	Indiening en uitvoering instellingsplan van aanpak ter verlaging van de werkdruk (vanaf 2000).	Loonsomevenredige toedeling door CTG.
4. Initiële opleidingen verpleeghuizen.	8,2	Vergroting en verbetering van de instroom in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere kernfuncties in het primaire zorgproces.	Aantal leerlingen via beroepsbegeleidende leerweg (BBL) was 6 092 per 1 oktober 1998 en bij benadering 6 618 per 1 oktober 1999.
5. Initiële opleidingen verzorgingshuizen.	7,2	Vergroting en verbetering van de instroom in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere kernfuncties in het primaire zorgproces.	Via CTG-beleidsregel als surplus genormeerde personele kosten in instellingsbudgetten verwerkt.
6. Werkdruk verpleeghuizen.	14,3	Door instelling te bepalen maatregelen ter verlichting van de werkdruk.	Via CTG-beleidsregel als surplus genormeerde personele kosten in instellingsbudgetten verwerkt.
7. Werkdruk verzorgingshuizen.	12,5	Door instelling te bepalen maatregelen ter verlichting van de werkdruk.	In instellingsbudgetten opgenomen via een beleidsregel met een specifieke verdeling van middelen waarbij rekening is gehouden met de provinciale verschillen op het gebied van personeel. Dit leidt ertoe dat verzorgingshuizen die onder de gemiddelde norm zitten hun achterstand in kunnen lopen.
8. Werkdruk thuiszorg.	10,9	Door instelling te bepalen maatregelen ter verlichting van de werkdruk.	Loonsomevenredig verdeeld over de instellingsbudgetten.
9. Initiële opleidingen thuiszorg, werkdruk, arbobeleid en structuurversterking via sectorfondsen	18,4	Bestedingsplannen sectorfondsen.	Naar aanleiding van bestedingsplannen van de sectorfondsen zijn verschillende projecten op deze terreinen uitgewerkt. Enkele projecten worden toegelicht in bijlage 1.
Totaal arbeidsmarkt/Werkdruk	152,5		

Plannen voor werkdrukverlichting

Voor de jaren 2000–2002 stellen de instellingen een plan van aanpak op ter verlichting van de werkdruk. Dit plan wordt besproken met ondernemingsraad en zorgkantoor. Tevens wordt een jaarplan opgesteld. De zorgkantoren maken een aggregatie van de jaarplannen in hun regio. In onderstaande tabel wordt een overzicht gegeven van deze plannen voor 2000, gebaseerd op de gegevens voor zover ontvangen op 15 mei 2000. Het betreft de gegevens van 15 zorgkantoorregio's, waarvan het beslag 41% van het totaal aan werkdrukmiddelen voor de sector verpleging en verzorging is. Het volledige overzicht volgt bij Zorgnota.

Werkdrukmiddelen 2000 sector Verpleging en Verzorging, bedragen x f 1 mln

Categorie	Verpleeghuizen	Verzorgingshuizen	Thuiszorg	Totaal	%
A	17,9	13,5	2,6	34,0	53,3%
B	2,0	2,0	4,2	8,2	12,9%
C	2,1	2,8	4,1	9,0	14,1%
D	1,8	2,7	2,1	6,6	10,3%
E	1,7	2,7	1,6	6,0	9,4%
Totaal	25,5	23,7	14,6	63,8	100,0%

Toelichting bij de tabel

Categorie A	Intensivering van personeelsinzet, extra handen aan het bed
Categorie B	Intensivering sociaal beleid, waaronder vermindering ziekteverzuim, vermindering WAO-uitstroom, ARBO-beleid, behoud werknemers en vergroting instroom nieuw personeel
Categorie C	Verbeteren kwaliteit personeelsinzet gericht op werkdrukvermindering, o.a. opzetten scholingsprojecten, inzet kwaliteitsfunctionarissen,
Categorie D	Bedrijfsorganisatorische verbeteringen t.b.v. verlichten werkdruk
Categorie E	Aanschaf apparatuur t.b.v. verlichting werkdruk

Uit dit partiële overzicht kan de conclusie worden getrokken dat in de sectoren verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg bij de ontwikkelde plannen de nadruk wordt gelegd op intensivering van de personeelsinzet en meer handen aan het bed, terwijl in de thuiszorg het accent wordt gelegd bij (kwaliteits-)projecten op het terrein van sociaal en personeelsbeleid.

Werkgroep Van Zijl

Onderstaand wordt ingegaan op de gegevens die in het kader van de werkgroep Van Zijl worden gevraagd. Door de werkgroep Van Zijl is de sector verzorgingshuizen aangemerkt als beleidsprioriteit.

- *Andere beleving van werklust*

In de meerjarenaafspraken sector Verpleging en verzorging is afgesproken dat er begin 2001 een uniforme werkdrukmeting zal plaatsvinden. Deze meting zal zijn gebaseerd op de medewerkersraadpleging zoals die nu in de thuiszorg plaatsvindt. De ervaren werkdruk vormt hier een onderdeel van. Deze meting vindt voor de gehele sector Verpleging en Verzorging plaats.

- *Meer handen aan het bed gerelateerd aan zorgzwaarte ontwikkeling*

Bovenstaande tabel bevat voor wat betreft de verzorgingshuizen gegevens zoals gevraagd in het kader van de werkgroep Van Zijl. Een registratie van arbeidsplaatsen gekoppeld aan zorgzwaarte is nog niet beschikbaar. Als eerste fase in de ontwikkeling van een dergelijke registratie wordt in het kader van het voorjaarsakkoord meerjarenafspraken Verpleging en Verzorging gewerkt aan het ontwikkelen van een systematiek voor het meten van zorgzwaarte en het volgen van zorgzwaarteontwikkelingen.

- *Gemiddeld aantal medewerkers per bewoner in een bepaalde zorgzwaartecategorie*

Zoals hierboven aangegeven is een registratie van arbeidsplaatsen gekoppeld aan zorgzwaarte nog niet beschikbaar. Ten aanzien van de ontwikkeling van het aantal handen aan het bed zijn de volgende gegevens momenteel beschikbaar.

Werkdruk verzorgingshuizen

	1997	1998	1998/1997
Aantal f.t. arbeidsplaatsen (excl. oproepkrachten)	51 707	52 462	101%
Waarvan verzorgend en verplegend personeel	26 619	30 449	114%
Aantal intramuraal verblijvende ouderen per ultimo	111 719	110 746	99%
Aantal ouderen met dagverzorging per ultimo	8 888	n.b.	–
Aantal ouderen met kortdurende opname per ultimo	23 259	n.b.	–

Ter toelichting op de tabel geldt het volgende:

- Bron: CBS.
- De gegevens over 1998 betreffen voorlopige cijfers; in de voorlopige cijfers van het CBS over 1998 zijn geen gegevens over ouderen met dagverzorging en ouderen met kortdurende opname opgenomen. Gegevens over 1999 komen in de loop van 2001 beschikbaar.
- De toename in verplegend en verzorgend personeel in 1998 is de uitwerking van de extra middelen voor meer handen aan het bed in 1998 en van de extra middelen in het kader van de motie Wallage om de capaciteitsreductie te mitigeren.

4.4 Gehandicaptenzorg

- In 1999 heeft in opdracht van de VGN een onderzoek plaatsgevonden naar de werkdruk in de gehandicaptensector. Dit onderzoek heeft geresulteerd in het rapport «Dynamiek van de werkdruk in de gehandicaptensector». Vooral ten behoeve van het management in instellingen bevat het rapport instrumenten/handreikingen om te komen tot aanpak van werkdruk. Hierdoor wordt het instellingsmanagement binnen instellingen in staat gesteld om tot verlichting van de werkdruk te komen.
- Via de sectorfondsen wordt getracht de aanpak van werkdruk binnen instellingen te ondersteunen. Op grond van positieve ervaringen in de ouderensector wordt nu ook binnen de gehandicaptenzorg getracht om peilstations op te richten. Deze worden gevoed met gegevens vanuit de instellingen, die vervolgens de instellingen informeren omtrent de trend (bijvoorbeeld met betrekking tot ziekteverzuim) en

afwijkingen ten opzichte van daarvan van hun organisatie. Hierdoor ontvangen instellingen signalen omtrent de aanpak van werkdruk.

Tabel werkdruk gehandicaptenzorg (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Werkdruk.	12,6	Instellingen bepalen maatregelen voor verlichting werkdruk.	Middelen zijn in instellingsbudgetten verwerkt.
2. Dagbesteding (motie-vd Vlies).*	24,0	Voor 6 600 gehandicapten 7,5 uur extra dagbesteding in 1999.	Zie toelichting onder tabel.
3. Initiële opleidingen via budgetten intramurale gehandicaptenzorg.	4,8	Vergroting en verbetering van de instroom in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere kernfuncties in het primaire zorgproces.	Aantal leerlingen via beroepsbegeleidende leerweg (BBL) was 1 726 per 1 oktober 1998 en bij benadering 2 300 per 1 oktober 1999.
4. Initiële opleidingen via AWO, werkdruk, arbobeleid en structuurversterking via AWO/AWOZ.	7,2	Bestedingsplannen sectorfondsen.	Naar aanleiding van bestedingsplannen van de sectorfondsen zijn verschillende projecten op deze terreinen uitgevoerd. Enkele projecten worden toegelicht in bijlage 1.
Totaal arbeidsmarkt/werkdruk	48,6		

* De dagbestedingmiddelen leiden niet alleen tot vermindering van de werkdruk, maar komen ook ten goede aan de aanpak van de wachtlijsten. Uit consistentieoverwegingen zijn de middelen, in lijn met eerdere MJA-rapportages, hier opgenomen.

Ad 2 Dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapten in instellingen

Op grond van cijfermatige gegevens van het CTG blijkt een toename van 1999 op 2000 van dagbesteding voor ernstige verstandelijk gehandicapten. Het betreft de volgende mutatie:

Dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten, mutatie 1999–2000

	Toename 1999–2000 absoluut	Toename 1999–2000 in procenten
Aantal cliënten in zorg	1 612	8%
Daarbinnen ernstig vg	1 251	13%
Aantal uren dagbesteding	4 421 143	31%
Daarbinnen tbv ernstige vg	2 324 207	45%
Aantal fte	183	18%
Daarbinnen tbv ernstige vg	96	26%

- Als gevolg van het ontbreken van een nulmeting begin 1999 is het vooralsnog niet mogelijk om de mutatie van 1998 op 1999 te laten zien. Met betrekking tot het nader in kaart brengen van de resultaten van de extra middelen die tot nu toe beschikbaar zijn gesteld aanvullend op de CTG gegevens, geldt dat de volgende sporen worden gevolgd:
 - a. Het Trimbos-instituut voert in opdracht van de VGN een onderzoek uit naar de ontwikkeling van de dagbesteding in de periode 1998–2000. Het rapport wordt in juli 2000 verwacht.
 - b. In opdracht van VWS voert het Timbos-instituut een dossieronderzoek naar de dagbestedingsplannen 1999 en 2000 uit, zodat daaruit een beeld van extra dagbesteding voor ernstig verstandelijk gehandicapten tot stand komt. Het rapport wordt in juli 2000 verwacht.
 - c. Een voorwaarde in de CTG-beleidsregel waaruit dagbesteding voor ernstige verstandelijk gehandicapten wordt gefinancierd, is dat een instelling slechts extra middelen voor dagbesteding kan krijgen indien daaraan een plan te grondslag ligt, dat is goedgekeurd door

een zorgkantoor. Deze goedkeuring moet dan plaats vinden aan de hand van toetsing aan een bij de beleidsregel gevoegd protocol. Het CTG heeft aangegeven dat de gehele intensivering 1999 in de instellingsbudgetten is verwerkt. VWS heeft ZN verzocht om een overzicht van hetgeen volgens deze plannen aan extra dagbesteding wordt gerealiseerd.

- In 1999 is een nieuw protocol vastgesteld met betrekking tot dagbesteding 2000. Hierbij is een sjabloon gevoegd dat ingevuld moet zijn en bij het CTG ingediend voordat middelen voor dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten in de instellingsbudgetten kan worden verwerkt.

4.5 Geestelijke gezondheidszorg

- Met ingang van 1 januari 1999 zijn de werkdrukmiddelen (f 14 mln) toegevoegd aan de budgetten van de instellingen op basis van besluitvorming binnen het CTG. Daarbij is ondermeer afgesproken de werkdrukmiddelen apart zichtbaar te maken in de rekenstaten. Hiermee is de mogelijkheid gecreëerd om in het lokaal overleg tussen zorgkantoor en aanbieder nader van gedachten te wisselen over de inzet en de effecten van de werkdrukmiddelen.
- GGZ-Nederland zal in haar tweede brancherapport (medio 2001) verantwoording afleggen over de inzet van deze middelen.

Werkdruk/arbeidsmarkt geestelijke gezondheidszorg (bedragen x f 1 mln)

	1999	Afgesproken prestatie	Feitelijk resultaat/stand van zaken 1999
1. Initiële opleidingen psychiatrische ziekenhuizen en RIAGG's.	6,6	Verhoging en verbetering van de instroom in de opleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden en andere kernfuncties in het primaire zorgproces. Door instelling te bepalen maatregelen ter verlichting van de werkdruk.	Aantal leerlingen via beroepsbegeleidende leerweg (BBL) was 1 623 per 1 oktober 1998 en bij benadering 1 518 per 1 oktober 1999.
2. Werkdruk.	12,6	Bestedingsplannen sectorfondsen.	Op hoofdlijnen in Brancherapport GGZ-Nederland (2001).
3. Werkdruk, arbobeleid en structuurversterking via sectorfondsen.	3,2		Naar aanleiding van bestedingsplannen sectorfondsen zijn diverse projecten uitgevoerd. Enkele projecten zijn toegelicht in bijlage 1.
Totaal arbeidsmarkt/werkdruk	22,4		

5. Overige onderwerpen

5.1 Versterking positie patiënt

- Conform het voorjaarsakkoord hebben de 28 RP/CP's eind 1999 hun definitieve plannen van aanpak voor zowel de verpleging en verzorging als de cure uitgewerkt. Deze plannen worden gedragen door alle partijen in de regio. Het doel is om de positie van de patiënt en de infrastructuur van de patiëntenbeweging in de regio verder te versterken. Dit doel krijgt middels de geplande activiteiten vorm en inhoud. In de plannen van aanpak staat ondermeer beschreven welke functies de patiëntenbeweging in de regio in de komende jaren zal gaan vervullen, welke concrete activiteiten en taken hiervoor noodzakelijk zijn alsmede de verdeling van de middelen. Bovendien zal er een landelijke ondersteuningsstructuur ten behoeve van de regio's worden opgezet.
- Voor de sector verpleging en verzorging zal jaarlijks een bedrag van f 525 000,- beschikbaar worden gesteld voor de uitvoering van de landelijke ondersteuningstaken.

- Ten behoeve van de cure-sector hebben de Regionale Patiënten Consumenten Platform's (RPCP's) gezamenlijk f 200 000,- gereserveerd voor landelijke ondersteunings- en coördinatieactiviteiten. De overige gelden worden verdeeld over de 28 RPCP's in de regio's.
- Om de samenhang en samenwerking in de uitwerking van de meerjarenaafspraken te bevorderen zijn de platforms bij het opstellen van de plannen ondersteund door twee landelijke coördinatoren en vier kwartiermakers (één per bovenregionaal samenwerkingsverband). Daarnaast zijn de platforms in de gelegenheid gesteld om extra capaciteit in te zetten voor het ontwikkelen van de plannen.
- Vanaf 2000 heeft de Stichting Patiëntenfonds, op verzoek van VWS, de in gang gezette activiteiten op dit terrein overgenomen. De beschikbare middelen, te weten f 4,5 mln voor de V&V-sector en 4,2 mln voor de cure-sector op jaarbasis, zijn overgeboekt naar het Patiëntenfonds. Alle regionale platforms hebben op 1 maart 2000 de plannen voor beide sectoren voor het jaar 2000 bij het Patiëntenfonds ingediend.
- Het Patiëntenfonds heeft ondermeer op basis van eerder gemaakte afspraken (meerjarenaafspraken en plan van aanpak NPCF) criteria vastgesteld voor de beoordeling van de regionale plannen. Door het Patiëntenfonds is een begeleidingscommissie ingesteld, bestaande uit vertegenwoordigers van de NPCF, de RPCP's, Landelijke Organisatie Cliëntenraden ouderenzorg (LOC), Coördinerend Orgaan Samenwerkende Ouderenorganisaties (CSO) en VWS. Na besluitvorming door het Patiëntenfonds zullen de middelen daadwerkelijk worden uitgezet en kan met de uitvoering van de plannen worden gestart.
- Naast bovenstaande wordt met betrekking tot de versterking van de positie van de patiënt in de regio een convenant afgesloten tussen IPO, NPCF en VWS (juli 2000). Dit convenant fungeert als een centraal instrument ten behoeve van de besteding van de middelen uit de Meerjarenaafspraken. Eveneens worden in het convenant afspraken en verantwoordelijkheden vastgelegd met betrekking tot de rol van de verschillende partijen bij het versterken van de positie van de patiënt in de regio voor de periode 1999–2002.

5.2 Geneesmiddelen

Afspraken in het kader van de meerjarenaafspraken

- In het convenant met de LHV en ZN van 30 juni 1999 is neergelegd hoe de invoering van het elektronisch voorschrijven (EVS) bij de huisartsen zal worden ingevoerd, en hoe er geëxperimenteerd zal worden met de scheiding van zorg en inkoop bij apotheekhoudende huisartsen. Daaraan is een netto besparing gekoppeld op geneesmiddelenkosten (oplopend tot f 300 mln in 2001). In 1999 is voor 1 HIS¹ EVS uitgeleverd en 1 HIS gecertificeerd als EVS. Totaal voor ca. 30 % van de huisartsen. Alle DHV'en² hebben plannen ingediend bij LHV voor implementatie. In 2000 krijgen alle resterende huisartsen EVS en start de ondersteuning/scholing via DHV'en. In 2000 zal het eerste resultaat beschikbaar komen van de monitoring van het EVS over 1999. In 2001 worden alle overige huisartsen geschoold in gebruik van het EVS. Evt. bijsturing van de implementatie zal plaatsvinden aan de hand van monitoring 1999 en 2000. In 2002 moeten in beginsel alle huisartsen met EVS kunnen werken en volgens afspraak met LHV de netto opbrengst f 300 mln bedragen. Anders zal een korting binnen het huisartsenkader worden doorgevoerd zoals afgesproken in meerjarenaafpraak en convenant.
- De Orde van Medisch Specialisten zal via een regionale ondersteuningsstructuur samen met andere betrokken partijen (m.n. LHV en KNMP) het Farmacotherapeutisch transmuraal overleg (FTTO) en de elektronische gegevensuitwisseling vorm geven.

¹ HIS = Huisartsinformatiesysteem.

² DHV = districtshuisartsenvereniging.

- Het akkoord met de KNMP van 8 oktober 1999 geeft uitwerking aan belangrijke onderdelen van het najaarsakkoord en effent de weg naar een beter stelsel voor farmaceutische zorg, waarover de commissie Koopmans heeft geadviseerd.
- Ingevolge het convenant met de KNMP zal de claw back (= het terugpakken van kortingen en bonussen bij de apothekers) in 2002 f 425 mln bedragen. Deze komen aldus ten goede aan de zorg. Ook heeft het convenant de basis gelegd voor een minder volume-afhankelijk tarief voor apotheekhoudenden (vast-variabel systematiek).
- Aan de KNMP is in MJA-kader in december 1999 tenslotte f 10 mln ter beschikking gesteld om de informatievoorziening over de specialistenreceptuur en de monitoring daarvan te verbeteren. Het doel is om op zo kort mogelijke termijn inzicht te verkrijgen in het voorschrijfgedrag van specialisten respectievelijk het voorschrijfpatroon per specialisme en de relaties die dit heeft met het voorschrijfgedrag van huisartsen op zowel landelijk als regionaal niveau. In 2000 wordt gewerkt aan het integraal registreren van specialistenreceptuur op specialisme en op ziekenhuis. Het is de bedoeling voor 2001/2002 over te gaan op registratie per specialist. Met NVZ, VAZ en KNMP is de afspraak gemaakt dat de openbare apothekers deze registratie op zich nemen gedurende het jaar 2000/2001 (ziekenhuis kan vooralsnog volstaan met opnemen code van ziekenhuis en specialisme). Wel moet het ziekenhuis zich gedurende deze termijn gereed maken voor het zelf registreren na 2001.
In dit verband is de inwerkingtreding per 1 april 2000 van de Regeling Administratievoorschriften farmaceutische hulp relevant. Hiermee wordt eveneens inzicht verkregen in de kosten en baten van de levering van geneesmiddelen en het voorschrijfgedrag en uitgaven van poliklinische receptuur van medisch specialisten.
Met de KNMP wordt nog overleg gevoerd over de invulling van overige MJA-afspraken, waartoe de KNMP recent nader uitgewerkte voorstellen heeft voorgelegd.
- Voor de sector verpleging en verzorging is het verhogen van de kwaliteit en de doelmatigheid van het gebruik van geneesmiddelen in de verzorgingshuizen een bijzonder punt van onderzoek. Met de koepels worden thans scenario's nader uitgewerkt voor de verdere aanpak. Zie verder ook bij Sector Verpleging en Verzorging.

Gevraagde prestatiegegevens door de werkgroep Financiële Verantwoordingen (werkgroep Van Zijl)

Zoals in de inleiding aangegeven wordt in deze rapportage ook ingegaan op het verzoek van de werkgroep Financiële Verantwoordingen van de Tweede Kamer (ook wel genoemd de Werkgroep Van Zijl bij brief van 15 december 1998 om prestatiegegevens met betrekking tot geneesmiddelen te verstrekken.

Inleiding

Op basis van voorlopige cijfers van het CVZ is een inschatting gemaakt van de effecten van maatregelen zoals die in 1999 zijn getroffen op het terrein van de geneesmiddelen. De resultaten van deze inschatting zijn onderstaand weergegeven.
Tevens is aangegeven welke nieuwe geneesmiddelen in 1999 tot het pakket zijn toegelaten (inclusief die geneesmiddelen die zich in de zogenaamde wachtkamer bevonden) en welke geneesmiddelen niet tot het pakket zijn toegelaten.

- *Aantal overgeheveldde medicijnen*

Geselecteerd op werkzame stofnaam worden 14 geneesmiddelen per 1 september 1999 niet meer vergoed, het betreft 19 verschillende merknamen. Het betekent niet dat alle sterktes en toedieningsvormen van deze stof niet meer worden vergoed.

Geselecteerd op stofnaam worden 58 geneesmiddelen per 1 september 1999 uitsluitend vergoed wanneer op het recept staat dat het voor chronisch gebruik is, het gaat om 85 verschillende merknamen. (Het betekent niet dat alle sterktes en toedieningsvormen van deze werkzame stoffen uitsluitend worden vergoed als op het recept staat dat het voor chronisch gebruik is.)

- *Opbrengst van de taakstelling*

Door het CVZ is in zijn uitvoeringstoets over de overheveling van de buiten-WTG middelen naar het derde compartiment een besparing geraamd van f 145 mln op jaarbasis.

Op basis van de uitgavenontwikkeling binnen de ZFW gedurende de laatste 4 maanden van 1999 is een schatting gemaakt van de opbrengst van de maatregel.

De sterke groei (10,9%) die zich in de eerste helft van 1999 voordeed heeft zich na 1 september omgezet in een lichte daling (0,7%) van het gebruik in het buiten WTG-segment. Omgerekend zou dit f 60 mln. op jaarbasis schelen. Indien zich eenzelfde ontwikkeling binnen de particuliere verzekeringen zou voordoen betekent dit een besparing van f 89 mln. Vooralsnog wordt door VWS, op basis van gegevens van de Stichting Farmaceutische Kengetallen (SFK), uitgegaan van een geringere opbrengst (f 9 mln.) bij de particuliere verzekeringen. Hiermee komt de voorlopige raming van de besparing op f 80 mln. Dit betekent een besparingsverlies van f 65 mln.

Voor een definitieve raming van de opbrengsten is het nodig de substitutie-effecten naar nog wel vergoede geneesmiddelen over een wat langere periode in kaart te brengen. Tevens dienen de effecten binnen de particuliere verzekeringen beter in beeld te worden gebracht. Deze evaluatie zal in juli 2000 beschikbaar komen.

Effecten in financiële zin (koopkracht) en zo mogelijk ook in medische zin voor chronisch zieken

Medicijnen voor chronisch gebruik worden nog steeds vergoed. Negatieve effecten in financiële zin worden daardoor in belangrijke mate gemitigeerd.

Modernisering GVS

De modernisering van het GVS valt uiteen in twee onderdelen:

- a. herindeling van de GVS-clusters
- b. actualisering van de vergoedingslimieten

Ad a.

Ten aanzien van de herindeling van de GVS-clusters is een uitvoeringstoets aan het CVZ gevraagd. De opbrengstraming is op p.m. gesteld.

Ad b.

Opbrengst van de maatregel

Gerekend naar de prijsdalingen die zich vlak na de invoer van de maatregel voordeden, bedroeg de opbrengst in 1999 145 mln (158 op jaarba-

sis). Door prijsreacties door de industrie die zich later in het jaar weer hebben voorgedaan (vanwege de halfjaarlijkse aanpassingen van de maximumprijzen op grond van de Wet Geneesmiddelenprijzen (WGP) en gebruikmaking van ruimte onder de GVS limieten als gevolg van de claw-backregeling) dreigde een besparingsverlies. Door een wijziging in de berekening van de KNMP-taxe is de ruimte onder de GVS-limieten weer weggenomen. Dit heeft weer tot prijsdalingen in de eerste maanden van dit jaar geleid. Het saldo van deze prijsreacties is nog niet bekend.

Financiële omvang van mogelijke bijbetalingen door patiënten

Er is ongeveer 11.5 mln meer bijbetaald door de patiënten, maar een groot deel daarvan (meer dan 9 mln) is betaald voor één middel, remeron. Deze bijbetaling konden de patiënten bij de fabrikant declareren.

Substitutie naar andere geneesmiddelen

Substitutie naar andere middelen heeft zich niet of nauwelijks voorgedaan.

Totaal aantal aanpassingen van prijzen door fabrikanten aan de nieuwe vergoedingslimieten.

In nagenoeg alle gevallen hebben fabrikanten hun prijzen aangepast aan de nieuwe vergoedingslimieten (voorzover de prijzen boven de limieten lagen).

Ter illustratie: elke maand worden prijzen van veel artikelen gewijzigd, ongeveer 500 per maand. In de twee maanden na de aanpassingen waren het er 2500 per maand, dus 5 keer zoveel.

Wijzigen van het verstrekkingenbesluit/nieuwe geneesmiddelen

In het kader van het wijzigen van het Verstrekkingsbesluit ziekenfondsverzekering is de toelating van nieuwe geneesmiddelen tot het ziekenfondspakket aangescherpt. Door het CVZ wordt vanaf juli 1999 een kostenconsequentie analyse uitgevoerd bij alle nieuwe geneesmiddelen waarvoor een aanvraag tot toelating op bijlage 1B van het verstrekkingenbesluit is ingediend. Vanaf medio 2001 zal de toepassing van farmaco-economische analyses onderdeel gaan uit maken van de toelatingsprocedure.

Onderstaand is een overzicht opgenomen van alle nieuwe middelen die in 1999 zijn toegelaten tot bijlage 1B. en de kostengevolgen daarvan, alsmede van de geneesmiddelen die niet zijn toegelaten tot het pakket. Daaropvolgend is aangegeven welke middelen zich per 1-4-2000 nog in de wachtkamer bevonden. De besluitvorming over de resterende wachtkamergeneesmiddelen is onlangs afgerond.

(Wachtkamer)geneesmiddelen opgenomen in bijlage 1B, periode 1999

Geneesmiddel	Eigenschappen/ indicatie	Opnamedatum	Kostenconsequentie (raming CvZ), meerkosten (mIn)	raming CvZ (mIn)	realisatie zonder substitutie (mIn)
Alphagan	Glaucoom	1-4-1999	kostenneutraal	komt van 1a	0,9
Exelon	Alzheimer	1-1-1999	20	20	2
Arimidex	Cytostaticum	1-2-1999	4,2	8,2	7,9
Femara	Cytostaticum	1-2-1999	samen met Femara		
Campral	Alcoholverslaving	1-2-1999	2,3	2,7	0,9
Dalacin C	Antibioticum	1-12-1999	0	0	0
Entocort	Ziekte van Crohn	1-2-1999	7,5	13,7	4,1
Epipen	Anafylactische shock	1-2-1999	1,8	1,8	0,1
Flolan	Primaire pulmonaire hypertensie	1-7-1999	3,3	3,3	
Iodipine	Glaucoom	1-2-1999	15,5	37,9	18,5
Trusopt	Glaucoom	1-2-1999	samen met Trusopt en Xalatan		
Xalatan	Glaucoom	1-2-1999			
Mirena	Anticonceptivum	1-2-1999	1,5	voor 1996 beoor- deeld	7,9
Serevent Volumatic	Astma	1-2-1999	0,2	9	0,2
Wellvone	Pneumocystis carinii pneumonie	1-2-1999	0,1	0,1	0,1
Totaal:		56,4	87,6	42,6	

Afgewezen geneesmiddelen 1999

Geneesmiddel	Eigenschappen/ indicatie	Datum	Meerkosten (CVZ)
Implanon	Anticonceptivum	16-11-1999	1,7 mln
Xenical	Obesitas	8-12-1999	?

Overzicht wachtkamergeneesmiddelen; periode 1999

Middel	Werkzame stof	Indicatie/werking	Raming CvZ Meerkosten per jaar	Inmiddels per 1 mei 2000 opgenomen in bijlage 1B (en 2)
Daivonex lotion	Calcipotriol	Psoriasis	275 000	Ja
Morfine Hcl injectie	Morfine	Pijnstiller	minderkosten	Nee
Mycobutin	Rifabutine	- Mycobacterium infecties bij AIDS	435 000	Ja
		- Longtuberculose		
Plavix	Clopidogrel	Bloedverdunner	5-25 mln	Nee
Venofer	Ferrioxide-saccharaat	IJzerpreparaat	870 000	Nee
Legendal	Lactulose	Obstipatie	max. 1 mln	Nee
Cetrotide	Cetrorelix	IVF	kostenneutraal	Ja
Evista	Raloxifene	Osteoporose	meer- of minderkosten	Ja
Prograft	Tacrolimus	Immunosuppressivum (nier-, levertranspl.)	kostenneutraal	Ja
Modiodal	Modafinil	Narcolepsie	4,3-10,8 mln	Nee
Singular	Montelukast	Astma	-	Ja (+ nadere voorwaarden)
Comtan	Entacapone	Ziekte v. Parkinson	kostenneutraal	Nee
Prepulsid	Cisapride	Maaglediging, Oprispingen	900 000	Nee
Viagra	Sildenafil	Erectiestoornissen	60-120 mln	Nee
Minrin	Desmopressine	Diabetes insipidus	58 500-97 500	Ja