

Vergaderjaar 2002–2003

**28 696**

**Najaarsbrief Zorg 2002**

**Nr. 2**

## **LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN**

Vastgesteld 16 december 2002

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft een aantal vragen voorgelegd aan de regering over de Najaarsbrief Zorg 2002 (28 696, nr. 1).

De regering heeft deze vragen beantwoord bij brief van 13 december 2002.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van commissie,  
Netelenbos

De griffier van de commissie,  
Teunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Terpstra (VVD), Rijpstra (VVD), Netelenbos (PvdA), voorzitter, Rouvoet (ChristenUnie), ondervoorzitter, Van Blerck-Woerdman (VVD), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Vendrik (GroenLinks), Kant (SP), Eurlings (CDA), Wilders (VVD), Verbeet (PvdA), Van Ruiten (LPF), Van Oerle-van der Horst (CDA), T. de Graaf (LPF), Dekker (LPF), Van Geen (D66), Jense (LN), Vietsch (CDA), Jukema (LPF), Tonkens (GroenLinks), Joldersma (CDA), Smilde (CDA) en van Heteren (PvdA).

Plv. leden: Blok (VVD), B. M. De Vries (VVD), Kalsbeek (PvdA), Van der Vlies (SGP), Van Beek (VVD), Ferrier (CDA), Çörüz (CDA), Hamer (PvdA), Rosenmöller (GroenLinks), Vergeer-Mudde (SP), Van Loon-Koomen (CDA), Van Hoof (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Wiersma (LPF), Aasted-Madsen-van Stiphout (CDA), De Jong (Groep De Jong), Zvonar (LPF), Dittrich (D66), Teeven (LN), Ormel (CDA), Bonke (LPF), Van Gent (GroenLinks), Verburg (CDA), Mosterd (CDA) en Bussemaker (PvdA).

## Najaarsbrief Zorg 2002

Lijst van vragen en antwoorden

1

*Wanneer zal uitvoering worden gegeven aan de door de Kamer aanvaarde motie Wilders c.s. (28 600-XVI, nr. 68) over het spoedig geven van concrete kwantitatieve doelstellingen met betrekking tot de wachttijdreductie? Kan deze motie nog voor het kerstreces worden uitgevoerd en kan de Kamer van de doelstellingen in kennis worden gesteld?*

Ik zal voor het reces de Kamer informeren over de vraag hoe het kabinet omgaat met alle tijdens de begrotingsbehandeling aangenomen moties.

2

*Is het waar dat, ondanks de wijziging van de BKZ-definitie op een tweetal punten vanaf 2003, het BKZ zelf ook in de toekomst zal blijven bestaan?*

Zie het antwoord op vraag 4.

3

*Kan worden toegelicht hoe de overschrijding van het BKZ met € 573,3 miljoen zoals genoemd in de Najaarsbrief Zorg zich verhoudt tot de € 300 en € 400 miljoen overschrijding zoals genoemd in de brief over de Najaarsnota 2002?*

Er dient een onderscheid gemaakt te worden tussen het beschikbare kader (het BKZ) en de netto zorguitgaven. In de Najaarsbrief Zorg staat vermeld dat de netto zorguitgaven stijgen met € 573,3 miljoen. Het BKZ is echter verhoogd met € 180 miljoen als gevolg van gewijzigde inzichten in het verloop van financieringsuitgaven (zie blz. 3 van de Najaarsnota). Indien de hogere netto zorguitgaven worden geconfronteerd met het bijgestelde BKZ is sprake van een overschrijding van het BKZ met ca. € 400 miljoen (= € 573,3 miljoen -/- € 180 miljoen). In ijklijntermen (= beperking tot collectieve financiering) betekent dit een overschrijding van ca. € 340 miljoen.

4

*Over welke directe aangrijpingspunten voor een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven beschikt het kabinet wel, en over welke niet?*

De zorgsector behoort tot de collectieve sector omdat de afweging ten aanzien van de aanwending van middelen voor de zorg een collectief karakter heeft. De collectieve uitgaven moeten worden beheerst onder meer met het oog op doelstellingen ten aanzien van financieringstekort, EMU-schuld en de collectieve lastenontwikkeling. De drie uitgavenkaders zijn instrumenten ter beheersing van de omvang van de uitgaven. Uitgaande van het huidige beleid zijn er de volgende aangrijpingspunten om het uitgavenkader van de zorgsector te beheersen: het stimuleren van doelmatigheid, de aanpassing van het verzekeringspakket, en invoering cq. verhoging van eigen betalingen. De politieke omstandigheid is echter dat na 22 januari a.s. er een nieuw kabinet zal moeten worden geformeerd en een nieuw Regeerakkoord zal moeten opgesteld. Het ligt in de rede dat bij die gelegenheid de beslissingen zullen worden genomen met betrekking tot de ontwikkeling van het EMU-tekort, de collectieve lasten en de collectieve uitgaven. Daarbij gaat het ook over de omvang van het aan de zorg toe te kennen deel van de uitgaven en het eventuele pakket aan maatregelen dat daarbij hoort. Het kabinet acht het van belang deze besluitvorming zo goed mogelijk te doen voorbereiden door daarvoor straks bouwstenen te kunnen aanreiken. Daarvoor is allereerst een

adequate raming bij ongewijzigd beleid noodzakelijk. Daarbij is de CPB-MLT van belang. Daarnaast zal voor het zorgterrein ambtelijk een «scherpe analyse» worden uitgevoerd door de bilaterale (VWS/Financiën) werkgroep «productie en wachttijden in de zorg». Deze werkgroep is gevraagd eind januari een bouwstenennotitie te leveren. Deze ambtelijke notitie moet een volledig tableau van ramingaspecten (inclusief eventuele intensiveringen), beheersingsmogelijkheden en mogelijke ombuigingsopties bevatten. In de notitie zullen geen keuzen worden gemaakt. De keuzen zijn immers aan de politiek. De notitie moet wel een volkomen heldere omschrijving van de dilemma's, consequenties en samenhangen bevatten, kortom de notitie zal de feiten en de afwegingselementen op basis waarvan politiek keuzen kunnen worden gemaakt weergeven. De notitie wordt opgesteld ten behoeve van de formatie en zal zowel aan de formateur en de Kamer worden toegezonden. Wat betreft de verloren gegane aangrijpingspunten, het volgende. De wachtlijstaanpak die sinds december 2000 wordt gevolgd betekent dat de zorgsector in belangrijke mate een openeindekarakter heeft gekregen. Dat hangt noodzakelijkerwijs samen met het aansprakenkarakter van de zorguitgaven. Terzake zij ook verwezen naar het daarover gestelde in de Zorgnota 2003. Dit betekent dat budgetsturing in de klassieke directe zin, niet meer plaats vindt. Het afgelopen jaar heeft dit geleid tot forse extra productie en daarmee samenhangende extra uitgaven c.q. overschrijdingen. De door de werkgroep te maken analyses zullen de in dit verband relevante aspecten in kaart moeten brengen. Het is vervolgens een politieke weging hoe hier mee om te gaan.

5

*Als wordt gesproken over onvermijdelijke toekomstige aanvullende maatregelen om de zorguitgaven te beheersen, op welke maatregelen doelt het kabinet dan precies? Kunnen deze expliciet worden benoemd?*

Zie het antwoord op vraag 4.

6

*Kan de Kamer de aangekondigde scherpe analyse van de problematiek op het zorgterrein naar de Kamer zenden? Wat is de concrete doelstelling van deze analyse, en wanneer is deze gereed en kan de Kamer deze tegemoet zien?*

Zie het antwoord op vraag 4.

7

*Leiden de overschrijdingen van de BKZ-uitgaven niet tot de conclusie dat naast de boter-bij-de-vis-gelden die aan extra productie worden besteed, het zaak is snel met vraaggerichte prestatiefinanciering in de zorg aan te vangen, waardoor extra productie tegen zo laag mogelijke prijzen mogelijk wordt mede door concurrentie in de zorg en doelmatigheidswinsten?*

Het streven van het kabinet naar een meer vraaggericht stelsel houdt met name verband met het versterken van doelmatigheidsprikkels. Concurrentie tussen verzekeraars en tussen aanbieders van zorg moet er toe leiden dat op de meest doelmatige wijze en conform te stellen kwaliteitseisen de zorg wordt geproduceerd waar de cliënt om vraagt. De stap naar een meer vraaggericht stelsel kan echter niet in een dag worden gezet door, bij wijze van spreken, een pakket bestaande regelgeving buiten werking te stellen. Een te haastige transitie leidt voorspelbaar tot averechtse effecten op de zorgmarkten waar op dit moment het aanbod te kort schiet; maatregelen als de vergroting van het aantal opleidingsplaatsen, werpen pas op termijn hun vruchten af. Daarnaast moet er rekening mee worden gehouden dat zorginstellingen die decennia op een

afgeschermd markt hebben gewerkt, niet zonder meer bestand zullen zijn tegen het klimaat dat heerst op een gedereguleerde, concurrerende markt. Door de huidige bekostiging zijn zij bijvoorbeeld niet in staat gesteld voldoende financiële weerstand op te bouwen; bij een te geringe kredietwaardigheid zullen zij niet in staat zijn de noodzakelijke investeringen te doen. Ook de invoering van de basisverzekering, die noodzakelijk is met het oog op krachtige verzekeraars, vergt tijd in verband met de voorbereiding en doorloop van het wetgevingstraject. Tenslotte is het zaak de publieke belangen van kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid te borgen. De nodige zorgvuldigheid is dus geboden. Deze beperkingen maken volgens het kabinet een voortvarende aanpak van de beschreven trajecten overigens des te meer noodzakelijk. Daarvan getuigen de invoering van de functioneel omschreven aanspraken in de AWBZ-zorg en de start met een beperkt aantal DBC's, beide in de loop van het komende jaar.

8

*De raming van de uitgaven voor kraamzorg is met € 30 miljoen bijgesteld. Daarvan zou, evenals in 2001, € 19 miljoen worden verklaard door het structureel declareren van maximumtarieven. Wat is de verklaring voor het overgebleven deel van € 11 miljoen in deze bijstelling?*

Op dit moment bestaat nog geen precies inzicht in de volume-ontwikkeling bij de kraamzorg (het aantal uren geleverde kraamzorg) in 2002. In 2003, bij de opstelling van het Jaarbeeld Zorg zal worden gezien welk deel van de € 11 miljoen voortkomt uit volume en welk deel is toe te schrijven aan prijseffecten.

9

*Bij de uitgaven geneesmiddelen treedt een meevaller op van € 50 miljoen. Wat betekent dit voor de raming van de kostenontwikkeling in 2003? Welk deel van de € 50 miljoen is toe te schrijven aan het uit patent lopen van een maagzuurremmer? In de suppletore begroting VWS werden de extra opbrengsten uit kortingen en bonussen ingezet voor de besparingsverliezen bij de geneesmiddelen waardoor de Amendementen Arib/Oudkerk niet werden gehonoreerd. Hoe verhoudt zich dit tot deze meevaller van € 50 miljoen?*

De meevaller van € 50 miljoen (op een kader van ruim € 4,1 miljard) in 2002 heeft geen betekenis voor de raming van de kostenontwikkeling in 2003 en verder. In 2003 is het geneesmiddelenkader belast met aanzienlijke taakstellingen (€ 280 miljoen uit het strategisch akkoord en € 333 miljoen uit het vorige kabinet). Per saldo ziet u in de Zorgnota daarom een negatieve uitgavengroei van ruim - 5%. In de brief van 15 november 2002 (TK 28 600 XVI, nr. 15) staat beschreven welke maatregel wordt voorbereid om de kortingen en bonussen bij apothekhoudenden verder af te romen. Het idee is, dat wanneer een specialité uit patent loopt en er één of meerdere vergelijkbare producten op de markt verschijnen, een minimale prijsafstand tot het referentieproduct wordt opgelegd. De declaratieprijs wordt daarmee (deels) gecorrigeerd voor de hoge kortingen en bonussen die apothekhoudenden momenteel ontvangen op met name patentloze geneesmiddelen. Voor de overige specialités wordt een algemeen kortingspercentage vastgesteld. Dit betekent dat vanaf het invoeren van de maatregel de declaratieprijs van generieke middelen en uit patent gelopen specialités verder daalt. De besparing die ontstaat door het uit patent lopen van geneesmiddelen wordt na invoering van de voorgestelde maatregel veel groter dan nu het geval is. De besparing die hiermee wordt gerealiseerd is verwerkt in de opbrengst van de maatregel en is nodig voor het (deels) realiseren van de ingeboekte taakstellingen. De meevaller van € 50 miljoen wordt voor ongeveer € 10 miljoen verklaard door het uit patent lopen van de maagzuurremmer omeprazol in

2002. In 2002 zijn geen extra opbrengsten verkregen uit de kortingen en bonussen (zie ook de antwoorden op de Kamervragen 4 t/m 6 bij de 2e supplementaire wet VWS 2002. De taakstelling die bij Voorjaarsbrief Zorg 2002 was ingeboekt van € 70 miljoen is niet gehaald en is bij Strategisch Akkoord als een (additioneel) besparingsverlies geboekt. Tussen taakstellingen/besparingsverliezen en de meevaller is geen directe inhoudelijke relatie.

10

*Welke uitgavengroei t.b.v. de geneesmiddelen was in 2002 geraamd, en hoe valt dit percentage in 2002 daadwerkelijk uit? Met welke groeicijfers voor geneesmiddelen uitgaven is rekening gehouden in het huidige budget 2003 en latere jaren? Is er aanleiding om, naar aanleiding van de inzichten in de Najaarsnota 2002, ook voor de toekomst rekening te houden met een iets lagere stijging van de kostenontwikkeling van geneesmiddelen dan aanvankelijk was gedacht? Zo nee, waarom niet? Welk deel van de meevaller van € 50 miljoen is toe te schrijven aan het voorschrijven van goedkopere generieke varianten van een maagzuurremmer die uit het patent is gelopen? Is de verwachting dat in de toekomst op nog grotere schaal (in plaats van in de helft van de gevallen zoals blijkt uit de najaarsbrief) de goedkopere variant wordt voorgeschreven? Heeft deze meevaller een (oplopend) structureel karakter?*

In 2002 was oorspronkelijk een uitgavengroei geraamd van 11%. Deze uitgavengroei werd gedempt door maatregelen. In de Zorgnota 2003 ziet u dus geen uitgavenstijging van 11%. Omdat de maatregelen ofwel zijn gehaald, ofwel als besparingsverlies tegen zijn geboekt betekent de gemelde meevaller een voorlopig gerealiseerde uitgavengroei van 9,8%. In 2003 wordt ook rekening gehouden met een basisgroeipercentage van 11%. Naast dit groeipercentage is het kader belast met taakstellingen (zie vraag 9) waardoor een negatief groeipercentage in de Zorgnota 2003 staat van ruim – 5%. Er is thans geen reden om ervan uit te gaan dat de uitgavenontwikkeling in 2003 minder is dan oorspronkelijk werd verwacht. De mogelijk verminderde stijging van de uitgaven als gevolg van het uit patent lopen van geneesmiddelen is verwerkt in de opbrengst van de maatregel kortingen en bonussen en dient ter dekking van de taakstellingen (zie het antwoord op vraag 9).

11

*Welk deel van de meevaller bij de geneesmiddelen is toe te schrijven aan het voorschrijven van generieke geneesmiddelen, en welke besparingen worden als gevolg hiervan voor 2003 verwacht?*

In 2002 betrof 42% van alle voorschriften een generiek geneesmiddel. Daarmee waren de generieke geneesmiddelen verantwoordelijk voor 22% van de uitgaven aan geneesmiddelen (€ 758 miljoen). Van alle voorschriften betreft 41% specialités. Omdat specialités over het algemeen veel duurder zijn dan generieke geneesmiddelen zijn de specialités verantwoordelijk voor een veel groter deel van de uitgaven (€ 2 151 miljoen). Het aandeel van generieke geneesmiddelen op het totale aantal voorschriften is in de eerste drie kwartalen van 2002 t.o.v. 2001 gestegen met 1 procentpunt. De besparingen die het gevolg zijn van deze verschuiving zijn gemiddeld genomen gering, momenteel zijn generieke geneesmiddelen ongeveer 4% goedkoper. De besparingen die in 2003 worden verwacht door het uit patent lopen van geneesmiddelen zijn verwerkt in de verwachte opbrengst van de maatregel kortingen en bonussen. Door de maatregel wordt de declaratieprijs van patentloze geneesmiddelen verlaagd waardoor er een aanzienlijke besparing optreedt bij het uit patent lopen van geneesmiddelen. Doordat zowel in 2002 als in 2003 enkele hardlopende geneesmiddelen uit patent lopen kan door deze maat-

regel een aanzienlijke besparing worden gerealiseerd (zie ook de antwoorden op vraag 9 en 10).

12

*Voor de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging werden extra productieafspraken gemaakt voor een totaal van € 455 miljoen boven op het niveau waarmee in de Zorgnota 2002 rekening is gehouden. Kan duidelijk worden gemaakt welke reductie van wachttijden c.q. wachtlijsten dit zal moeten opleveren voor dit jaar? Kan inzicht worden verschaft welke productie kan worden gerealiseerd met de extra middelen welke regulier in de begroting 2002 waren voorzien?*

Het doel is het verkorten van de wachttijden en de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Het aantal cliënten dat in het kader van de wachtlijstaanpak gehandicaptenzorg van (extra) zorg is voorzien, is weergegeven in de bijlage bij de brief over de wachtlijstaanpak in de care-sector die op 21 november aan uw Kamer verzonden is (U-DVVO-2 336 338). De productie die daarin opgenomen is, betrof de stand tot 1 september 2002. In de gehandicaptenzorg komt dit geëxtrapoleerd naar heel 2002 neer op extra zorg voor 7 755 cliënten. Dit betreft PGB's (persoonsgebonden budgetten), PVB's (Persoonsvolgende budgetten), extra plaatsen middels bouw, en SGLVG-toeslagen (Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Gehandicapt). In dezelfde bijlage is aangegeven dat de wachttijden over de gehele linie zijn afgenomen, met als goed voorbeeld een daling van de wachttijd voor dagbesteding met 35%. Voor meer gedetailleerde informatie wordt verwezen naar de bijlage bij de genoemde brief. Ondanks alle extra productie is de wachtlijst niet gedaald. Dit wordt veroorzaakt door nieuwe instroom, zoals blijkt uit afgegeven indicaties aan zorgvragers. Ook voor de wachtlijsten per zorgvorm zijn in de betreffende bijlage gegevens opgenomen.

Ook in de sector V&V is het doel het verkorten van de wachttijden en de wachtlijsten. In voornoemde brief is ook voor deze sector het aantal cliënten weergegeven dat in het kader van de wachtlijstaanpak van (extra) zorg is voorzien. Voor de sector V&V is de totaal aantal mensen dat op de wachtlijst in 2001 stond lager dan het aantal mensen dat in 2000 op een wachtlijst stond. Voor het jaar 2002 zijn deze gegevens nog niet bekend. Volgens ZN worden alle voor het jaar 2002 gemaakte productieafspraken voor de sector V&V gerealiseerd. Dit leidt tot € 280 miljoen hogere uitgaven, waarvan € 50 miljoen reeds bij Zorgnota 2003 in het kader is verwerkt. De aanvullende productieafspraken voor de sector V&V voor het jaar 2002 (ten opzichte van het jaar 2001) worden hieronder weergegeven.

#### **Aanvullende productieafspraken 2002**

	Dagen	Te helpen mensen gedurende een heel jaar (hele dag w.b. dagbehandeling)
Verpleeghuizen		
Somatiek	48 000	132
Psychogeriatric	134 000	263
Dagbehandeling somatiek	12 000	48
Dagbehandeling psychogeriatric	19 000	76
Verzorgingshuizen		
Duurzaam verblijf	- 63 000	172

De reductie bij het duurzaam verblijf (intramuraal opname) bij de verzorgingshuizen valt te verklaren door de tendens tot extramuralisatie in deze sector. Dit blijkt ook uit de volgende aanvullende productieafspraken voor 2002. In 2002 zijn er bij de verzorgingshuizen aanvullende productieafspraken gemaakt voor ruim 800 000 verrichtingen voor dagverzorging/nachtverzorging en kortdurend verblijf. Voorts zijn er voor 2002 aanvil-

lende productieafspraken gemaakt voor 1,2 miljoen uren verzorging ruim 200 000 uren verpleging en 290 000 uren begeleiding bij de zorgvrager thuis en voor zo'n 4 miljoen uren thuiszorg. Hoeveel mensen hier exact voor geholpen zullen worden kan op voorhand niet gezegd worden. Het aantal toegewezen uren per patiënt zal immers verschillend zijn.

13

*In de toelichting onder productieafspraken V&V en gehandicaptenzorg wordt verwezen naar de Zorgnota 2003. Moet dit niet 2002 zijn?*

Nee, de in de Najaarsbrief Zorg 2002 opgenomen mutaties zijn bijstellingen ten opzichte van in de Zorgnota 2003 opgenomen ramingen voor het jaar 2002.

14

*Kan het kabinet inzicht geven welke doelen bereikt worden op basis van de gemaakte extra productieafspraken in de sectoren gehandicapten en V&V? Tot hoeveel extra plaatsen en welke reductie van de wachtlijsten en wachttijden zal – naar verwachting – het bedrag van € 455 miljoen leiden dat is uitgetrokken voor extra productie in de sectoren gehandicapten en V&V?*

Zie het antwoord op vraag 12.

15

*Kan een toelichting worden gegeven op de meevaller van € 150 miljoen bij de bouwmiddelen? Worden deze middelen meegenomen naar 2003 of vervallen zij aan de schatkist? Wat zijn de consequenties voor de bouw in de in de toelichting genoemde sectoren GGZ en ouderenzorg?*

Verwacht wordt dat voor een bedrag van ongeveer € 150 miljoen van de voor incidentele instandhoudingsbouw gereserveerde middelen later tot besteding zullen komen, dat wil zeggen niet in 2002. Als gevolg hiervan is er een incidentele vrijval van € 150 miljoen. Deze meevaller wordt ingezet ter dekking van overschrijdingen elders in de zorg en vervalt dus niet terug aan de schatkist. Omdat het hier incidentele vrijval betreft, heeft het geen consequenties voor de bouw in de GGZ en de ouderenzorg.

16

*Het merendeel van de overschrijdingen is het gevolg van het boter-bij-de-vis-principe in de sectoren gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging. Kan inzicht worden gegeven met hoeveel de productie in deze sectoren is toegenomen en hoeveel de wachtlijsten daardoor zijn afgenomen?*

Zie het antwoord op vraag 12.

17

*Waarom wordt nu pas, eind 2002, geconcludeerd dat de overschrijding 2001 bij de kraamzorg die voortvloeit uit een gewijzigde vergoeding een structureel karakter heeft? Wat verklaart het overige deel (van € 11 miljoen) van de tegenvaller van € 30 miljoen bij de kraamzorg?*

Ten tijde van het vaststellen van de overschrijding 2001 (begin 2002) is er vanuit gegaan dat de prijsstijgingen zouden kunnen samenhangen met (tijdelijke) krapte op de arbeidsmarkt. Er waren signalen dat de arbeidsmarkt in 2002 zou verruimen vanwege de terugloop in de economie. Dit zou de verzekeraars in 2002 wederom de mogelijkheid kunnen bieden om onder het maximum tarief te contracteren. Uit de voorlopige cijfers over 2002 bleek dit effect zich niet te hebben voorgedaan. Op basis van dit

gegeven is in de Najaarsbrief Zorg 2002 geconcludeerd dat het prijseffect 2001 structureel is. Zie verder het antwoord op vraag 8.