

Vergaderjaar 2000–2001 Nr. 303

BIJLAGE 1

BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 20 april 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ is voornemens met u in het openbaar van gedachten te wisselen over de zorg in Nederland.

Ter voorbereiding van dit debat, waarvoor een datum nog moet worden vastgesteld, heeft de commissie een aantal vragen geformuleerd. Deze vragen heeft de commissie ingedeeld in een categorie vragen van feitelijke aard en één van meer beleidsinhoudelijke aard.

De commissie spreekt de hoop uit dat de feitelijke vragen op de kortst mogelijke termijn worden beantwoord. Op de vragen die betrekking hebben op de inhoud van het beleid ziet de commissie de antwoorden nog vóór het zomerreces (11 juli 2001) tegemoet.

De griffier van de commissie,
Nieuwenhuizen

¹ Samenstelling: Boorsma (CDA), Werner (CDA), Van Leeuwen (CDA), (plv. voorzitter), Van den Berg (SGP), Ter Veld (PvdA) (voorzitter), Dees (VVD), Hessing (D66), Ruers (SP), Dupuis (VVD), Stekelenburg (PvdA), Van Schijndel (GL), Swenker (VVD).

I. Beleid/wachlijsten/capaciteitstekorten

1. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en de voorgangers van deze minister is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze wachtlijsten een onverantwoorde proportie hebben aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?

- a) Kan de minister aangeven wanneer haar duidelijk werd dat de wachtlijsten voor de zorg, cure en care, dusdanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de betreffende zorgvraag?
- b) Kan de minister mededelen wanneer haar duidelijk werd dat de budgetten voor de zorgvoorzieningen dusdanig laag door haar vastgesteld waren dat niet meer tijdig in de zorgbehoefte van patiënten kon worden voorzien?
- c) Kan de minister aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn?

2. De laatste decennia is er een zeer terughoudend en restrictief beleid gevoerd ten aanzien van de soort en omvang van zorgaanbieders. Toen de zorgkloof begin van de jaren '90 manifest werd en kostenbeheersing nodig was, had erkenning van nieuwe zorgaanbieders die bereid waren op meer doelmatige wijze zorg te bieden bij kunnen dragen tot oplossing van in ieder geval een deel van de problemen.

- a) In het begin van de jaren '90 manifesteerden de wachtlijsten zich steeds duidelijker en waren er inmiddels privéklinieken die deze wachtlijsten mede konden bestrijden. Waarom zijn deze niet door de minister erkend in het kader van de Ziekenfondswet (inclusief het stellen van kwaliteitscriteria etc.)?
- b) Het verstrekkingenbesluit van de Ziekenfondswet is zeer precies en strak geschreven.

In de loop der jaren zijn er mede op grond van nieuwe technologieën nieuwe zorgvormen ontstaan die echter niet pasten binnen de diverse verstrekkingenbesluiten.

Zorgvormen zoals, rugadviescentra e.a. zijn op basis van particulier initiatief ontstaan. Deze bevorderden niet alleen meer zorg op maat maar werkten ook zeer klantvriendelijk. Bovendien leverden deze nieuwe zorgvormen vaak de zorg op meer, doelmatige wijze dan de reguliere instellingen.

- c) Waarom heeft de minister niet in een vroeger stadium de aanspraken van de Ziekenfondswet aangepast aan de nieuwe zorgvormen en de desbetreffende aanbieders van zorg erkend in dit kader? Hetzelfde kan worden gesteld ten aanzien van de instellingen en aanspraken in het kader van de AWBZ.

3. Hoeveel fusies van erkende ziekenhuizen zijn er in Nederland? Is het juist dat de WZV niet toestaat dat een functie van ziekenhuis X in locatie A wordt uitgeoefend in de fusiepartner Y in de andere locatie B? Hoe kunnen dan fusievoordelen, bijv. op het punt van de gezamenlijke administratie worden gerealiseerd? Of wordt de situatie geaccepteerd dat de WZV op dergelijke punten wordt overschreden?

4. De gezondheidszorg vertoont sterk de trekken van een olietanker. Tussen het moment dat geconstateerd wordt dat een koerswijziging geboden is en in de praktijk daadwerkelijk het roer is omgegooid zit te veel tijd. Al geruime tijd immers dienen zich knelpunten aan tussen aanbod en vraag in de zorg. En die knelpunten uiteten zich thans onder meer in hardnekkige wachtlijsten en schrijnende tekorten aan verplegend

personeel, huisartsen en medische specialisten. Buiten twijfel staat voorts dat op beleidsniveau tijdig en indringend signalen zijn ontvangen dat de olietanker zou vastlopen. Niettemin bestaat de indruk dat de tijdgeest niet tijdig en adequaat is opgepakt, zodat thans meer moet worden ingehaald dan wellicht nodig was geweest.

- a) Kan in een meer algemene beschouwing worden aangegeven op welke momenten op beleidsniveau – ambtelijk en politiek – het inzicht is gerijpt dat aanbodsturing zijn langste tijd heeft gehad en een omslag naar meer vraaggestuurde zorg voor wenselijk moet worden gehouden?
 - b) Kan daarbij in een overzichtelijk tijdpad worden aangegeven welke beleidsvisies op welk moment successievelijk zijn ontwikkeld en welke maatregelen zijn getroffen om deze omslag naderbij te brengen? Kortom, op welke wijze en op welk moment heeft de stap van denken naar doen vorm gekregen?
 - c) In hoeverre heeft de hardnekkigheid van het vigerende beleid van aanbodsturing frustrerend gewerkt op de wenselijk geachte koerswending?
5. a) Is het mogelijk om – in retrospectief – de momenten te duiden en de ambtelijke en/of politieke beslissingen te identificeren die per saldo een betekenisvolle bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van de wachtlijsten en het tekortschieten van bijvoorbeeld verpleegzorg en de huisartsenzorg?
- b) In hoeverre hebben de (financiële) afspraken in de regeerakkoorden van de laatste drie kabinetten herkenbaar een rem gezet op de wens om tot verandering te komen?
 - c) Uitgaande van de veronderstelling dat op ambtelijk en politiek niveau al geruime tijd geleden is geconstateerd dat in toenemende mate een zorgkloof aan het ontstaan is, valt dan aan te geven op welke momenten er pogingen zijn gedaan om aan de beklemming van de vigerende afspraken te ontkomen en welke resultaten hebben die inspanningen vervolgens opgeleverd?
 - d) Anders geformuleerd, in hoeverre had beter dan thans het geval is geweest, in zeg de afgelopen 10 à 15 jaar geanticipeerd kunnen worden op ontwikkelingen in de zorgvraag? Welke garanties zijn er overigens dat – tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing – thans beter dan voorheen tijdig de zorgvraag in beeld wordt gebracht en het aanbod daarop wordt afgestemd?

II. Financieel beleid/budgettering

6. De signalen van toenemende tekorten zijn de afgelopen 10 jaar steeds heftiger geworden. Naar de opvatting van de vaste commissie zijn de bepalingen van de AWBZ en Ziekenfondswet met betrekking tot de zorgplicht en de WZV met betrekking tot de planning gericht op het voldoen aan de behoefte, systematisch door de overheid genegeerd ten faveure van het budgetmechanisme. Ook de rechter heeft uitgesproken dat ten principale het budget toereikend dient te zijn om de aanspraken van verzekerden te kunnen honoreren.

- a. Is het waar dat de budgetten de afgelopen 10/15 jaar naar het oordeel van de bewindslieden inderdaad te laag zijn geweest om in redelijkheid aan de reële vraag te kunnen voldoen?
- b. Waarom is dan toch steeds het beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten nu de cijfers laten zien dat de kosten BNP de afgelopen 10/15 jaar drastisch naar beneden zijn gegaan?
- c. Is er in het verleden niet een vertekend beeld door de overheid gegeven omtrent de uit de hand lopende kosten?

7. Kan de minister een overzicht geven van de subsidieregelingen ex A.W.B.Z. ter bevordering van ketenvorming en zorgvernieuwing in de care sector? Zijn de tariefstructuren in de zorgsector voldoende op elkaar afgestemd om substitutie van zorg te bevorderen?
8. De minister heeft gezegd dat «geld geen probleem mag zijn.»
- Wil de regering elke financiële regulering, elke macro-budgettering, loslaten?
 - Is zorgbehoefte evenwel niet onbegrensd? Voorkomen moet worden dat een zo sterke expansie van het macro-budget optreedt, dat de regering bij tegenvallende groeicijfers het macro-budget weer moet korten.
9. Halverwege de negentiger jaren, toen structureel beleidsmatig werd geraamd door de minister hebben «Treekpartijen» voorgesteld om te komen tot een onafhankelijk informatieinstituut als input voor een reële begroting. Waarom heeft de minister dit voorstel niet aanvaard?
10. Hoewel de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB) een goede zaak was, is de uitvoering ervan volstrekt gebureaucratiseerd. Vanaf het begin is hiertegen door alle betrokkenen geprotesteerd. Waarom is niets ondernomen tegen deze bureaucratisering?

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

11. a. Door achtereenvolgende kabinetten is jarenlang een dereguleringsbeleid gevoerd. Wat is er nu echt op dit terrein gedaan en wat heeft het opgeleverd in de WVG, het Ziekenfonds, de AWBZ, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen? Is het aantal regulerende instanties vergroot of kleiner geworden de afgelopen 15 jaar? Denk aan de invoering van de RIO's, zorgkantoren etc.
- b. Hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot de tevens voorgestane grotere verantwoordelijkheid van partijen en de introductie van meer marktwerking? Is de indruk juist dat de ontwikkeling van de adviesorganen naar ZBO's de verstarring en bureaucratie heeft vergroot en dat de initiatieven tot de deregulering gepaard zijn gegaan met zeer veel nieuwe regulering. Hoe past de WEZ in deze ontwikkeling?
12. Waarom is de minister dan nog (jarenlang) bij het opstellen van de jaaroverzicht zorg uitgegaan van het toekennen van gelden aan zorgaanbieders en het zelfs ad hoc geven van extra gelden aan zorgaanbieders (verloskundigen, huisartsen, ambulances etc.)? Voorts zijn vrij recent nog maatregelen genomen gericht op aanbodsturing (b.v. poliklinische geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget) of heeft zij de regelgeving op een aantal terreinen niet verminderd (b.v. loslaten van de prijzen van het GVS).
13. In beginsel is het lange termijnbeleid van de minister gericht op de regulering en meer klantgerichtheid. Echter, op korte termijn blijken er steeds maatregelen te worden genomen die als het ware hier haaks op staan en met name de greep op de aanbodbeheersing versterken. Verwezen zij bijvoorbeeld naar het advies van de commissie De Vries «Een helder recept» waarin dit t.a.v. de geneesmiddelen wordt verwoord.
14. Waarom heeft de minister niet consequenter aan haar langetermijnvisie vasthouden? Waarom heeft zij, indien de kostenbeheersing dit vergde, haar langetermijnbeleid niet herzien?

15. De invoering van de onafhankelijke indicatiestelling werd ingegeven door het gegeven dat zorgaanbieders bij indicatiestelling keuzen moesten maken vanwege de schaarste. Ware het niet beter geweest toen reeds te onderkennen dat meer geld een betere reactie zou zijn geweest dan tientallen miljoenen over te hevelen naar de Gemeenten voor inrichting van een bureaucratisch systeem, met als gevolg dat er nu wachtlijsten voor indicatie zijn ontstaan.

IV. Verzekeringskarakter

16. Zowel de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn verzekeringen. De burger betaalt premie en heeft vervolgens recht op zorgproducten indien hij deze nodig heeft. Door de aanbodsturing is de premievaststelling sluitstuk geworden voor de exploitatie van de zorgaanbieders. Wordt daarmee niet het verzekeringskarakter miskend? De omslag die nu ingang gezet wordt is de verzekeraars meer verantwoordelijkheid te geven en te budgetteren zodat de aanbodsturing kan worden losgelaten. Echter, de budgettering van ziekenfondsen is al enige jaren van kracht en met uitzondering van de vaste kosten van ziekenhuizen volledig.

17. a. Kan de minister een overzicht geven van de beleidsmaatregelen die de afgelopen 10–15 jaar zijn genomen en korte tijd later weer zijn ingetrokken of ongedaan gemaakt? Bedoeld worden hier maatregelen in de sfeer van de eigen bijdragen, beperkingen in het pakket, overheveling van verstrekkingen tussen A.W.B.Z. en ziekenfondswet, eigen risico etc.
- b. Kan een overzicht gegeven worden van de daarmee gepaard gaande perceptiekosten?

18. Door de scheiding van beheerskosten en verstrekingskosten bij ziekenfondsen was extra investering door ziekenfondsen (mankracht, en dus verhoging van de beheerskosten) in de doelmatigheid van het zorgaanbod niet erg aantrekkelijk omdat doelmatigheidswinst terugvloeide naar de centrale kas. Ook de invoering van de zogenaamde flexiregeling verliep zeer bureaucratisch. Onlangs is de regeling maximering reserves ziekenfondsen, beleggingsvoorschriften ingevoerd en de regelgeving voor ziekenfondsen is alleen maar toegenomen. In hoeverre zijn de mogelijkheden met betrekking tot het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenfondsen niet systematisch ondergraven?

19. Wat is nu precies de verhouding van de minister tot de ziektekostenverzekeraars? Heeft zij voldoende middelen om beleid te voeren, terwijl in feite 80% van alle kosten van gezondheidszorg via de ziektekostenverzekeraars loopt?

20. Is de minister van mening dat de ziektekostenverzekeraars voldoende hun best doen voor «gepast gebruik» en voor een goed reilen en zeilen van (vraag en aanbod in) de gezondheidszorg?

V. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

21. a. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van een tekort aan werkers(sters) in de zorg te laat door de regering en haar voorgangers is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze tekorten onverantwoorde proporties hadden aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?
- b. Hoe verklaart de minister dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is geweest dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen?

- c. Welke maatregelen heeft de minister genomen om de opleidingscapaciteit voor artsen en verpleegkundigen aan te passen teneinde de tekorten aan werkers(sters) in deze sectoren op te heffen en wanneer zal dit laatste het geval zijn?
- d. Al minstens 10 jaar geleden en sedertdien meermalen herhaald, zijn studies en rapporten verschenen (veelal door de overheid geïnitieerd en bekostigd) over de personeelsvoorziening in de zorgsector. Waarom is daar nooit iets mee gedaan en wordt pas gereageerd nu het te laat is?

VI. Slot

- 22. a. Gegeven de vele simultane ontwikkelingen – opheffen van financiële beperkingen aan het totale budget, wachtlijsten die dreigen te groeien, groeiend aantal vacatures in de zorg, tegelijk sterke stijging van de vraag in de komende 20 jaar, initiatieven in de zorg welke strijdig zijn met wet- en regelgeving, wettelijke kaders (WZV en WTG) welke qua parameters veelal zijn afgestemd op verhoudingen van 20 jaar geleden, etc. – rijst de vraag aan de minister: Is de sector macro-bestuurlijk nog «in control»?
 - b. In welke mate is de organisatie van het departement thans op orde voor een goede taakuitoefening?
23. Wat is de reactie van de minister op de kritiek van de Ondernemingsraad van het Ministerie van VWS, inhoudende dat de minister haar departement te weinig en te weinig zichtbaar aanstuurt?

VRAGEN VAN FEITELIJKE AARD

I. Wachtlijsten/capaciteitstekorten

1. Er is veel door de minister gepubliceerd over de wachtlijsten. Wil de minister met het oog op het debat op een rij zetten per type zorg en per type behandeling welke wachtlijsten thans bestaan, zowel landelijk, als regionaal, als per instelling.
2. Welke wachtlijsten bestaan er daarnaast bij de indicatie-organen?
3. Hoe zal de minister de wachtlijstproblematiek in de nabije toekomst aanpakken? Wil de minister bij de beantwoording ingaan op het probleem dat wachtlijsten kennelijk «van onder op» worden aangevuld door voorheen latente zorgvraag (zie recent onderzoek in Friesland)? Welke initiatieven ontwikkelen de aanbieders op dat gebied zelf?
4. Kan het zijn dat zorgverzekeraars in de discussies over de reductie van de wachtlijsten eerder remmend dan stimulerend werken? Heeft dat te maken met de budgettering van het ziekenfondsdeel van de verzekeraars? Indien dat het geval is, wat zal de minister daar op korte termijn aan doen?
5. Wil de minister op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS ramingen geven voor de komende 20 jaar voor de vraag naar zorg per type instelling en per type behandeling en daarbij aangeven hoe het aanbod van behandelaars en van «bedden» zich daarbij ontwikkelt? (Zie ook de Bijlage bij de brief van de minister m.b.t. de opleidingscapaciteit Verloskunde, kamerstuk 27 401, nr. 49). Uit de confrontatie kan worden afgeleid hoe vraag en aanbod zich ontwikkelen. Wil de minister vervolgens aangeven hoe eventuele tekorten zullen worden aangepakt? In de brief m.b.t. de verloskunde wordt ook gewezen op een eventueel aanbod van verloskundigen uit andere EU-landen. Ook andere EU-landen (Duitsland, Frankrijk) kampen met vergrijzing. Uit welke landen zou een extra aanbod van behandelaars en verplegers kunnen worden verwacht?
6. Hoe heeft het werkelijke aantal specialisten zich sedert de bevroering van het aantal specialistenplaatsen in 1995 ontwikkeld? Hoe is een eventuele groei bekostigd? Indien nu extra gelden voor specialistenplaatsen beschikbaar worden gesteld i.v.m. de bestrijding van de wachtlijstenproblematiek, en de gelden worden gebruikt voor het «witten» van plaatsen, wat is dan het effect op de wachtlijsten? In welke mate komen er thans extra plaatsen bij en in welke mate worden plaatsen gewit?
7. Kan de minister aangeven tot welke concrete maatregelen de conclusies en «handreikingen» uit het rapport «Onderzoek besluitvorming volksgezondheid»(24 maart 1994) van een subcommissie van de Tweede Kamer («commissie Willems») hebben geleid?

II. Financieel belast/budgettering

8. Indien geen beperking zou worden opgelegd vanwege het macro-begrotingsbeleid, welk macro-budget voor de zorg zou gegeven de onder vraag 5 geschetste ontwikkelingen in demografie en medisch-technische ontwikkeling nodig zijn om wachtlijsten te voorkomen?
9. Wil de minister voor de afgelopen 10 jaar aangeven hoe de loonprijsontwikkeling in (delen van) de zorg is geweest, en welke compensatie in het budget daarvoor is gegeven?

10. De minister wil de functionele budgettering vervangen door bekostiging op basis van diagnose behandeling combinaties (DBC's). De analyse van de minister (zie de brief van de minister, Kamerstuk 27 401, nr. 45) wordt gedeeld. De minister wil in 2003 DBC's invoeren waarvan de prijzen de variabele kosten van het ziekenhuis en de honorering van de specialisten moeten bevatten.

- a. Hoe moeten dan de vaste kosten van de ziekenhuizen worden vergoed? Komt de minister niet op glad ijs, omdat in de praktijk het verschil tussen variabele en vaste kosten niet altijd zo scherp is? Er is een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd onder 20 koploperziekenhuizen.
- b. Is daarbij aandacht geschonken aan dat probleem? Indien «op termijn» de prijzen een integraal karakter krijgen, welke consequenties worden daarna verbonden aan de kapitaalslastenproblematiek, aan de benadering van de investeringen, etc.?
- c. Is op dat laatste punt deregulering te verwachten in die benadering?

11. De regering heeft extra geld toegekend aan de ziekenhuizen om «kaalslag» uit het verleden goed te maken (350 miljoen), om vernieuwings-experimenten te betalen (100 miljoen), om de wachtlijsten te korten (700 miljoen: inclusief de eerder genoemde 350 miljoen?).

- a. Wil de minister het budgettaire beeld, dat door de verschillende maatregelen vertroebeld is geraakt, verhelderen?
- b. Wanneer hebben de instellingen de zekerheid over hun budget?

12. In de afgelopen jaren zijn extra gelden voor speciale doelen aan het budget toegevoegd en zijn tegelijk budgetkortingen opgelegd.

- a. Is er nog enig verband tussen de vergoedingen per verrichting en de daarvoor gemaakte kosten? Dat geldt voor de ziekenhuizen maar ook voor de thuiszorg.
- b. Wanneer zijn voor de laatste sector de vergoedingsparameters onderbouwd op basis van kosten per verrichting?
- c. Is er nog enige relatie tussen het vergoedingstelsel en de werkelijke kosten?

13. a. Op welke moment is een instelling op de hoogte van haar budget voor het komende jaar?
- b. Hoe verhoudt zich dat tot marktbedrijven dan wel tot overheidsorganisaties?
- c. Als het waar is dat de budgetten voor jaar T pas in maart van T door het CTG worden toegewezen, en indien de directies de eerste maanden om die reden een terughoudend productiebeleid voeren, is dan niet de oorzaak gecreëerd voor een tekortschieten van de productie over het hele jaar?
- d. Kan de minister aangeven voor een steekproef van instellingen hoeveel over de afgelopen 15 jaar een overschot dan wel een tekort hebben vertoond?

14. a) Leidt de ontwikkeling van het wegwerken van de lumpsumbenadering voor de instellingen niet in toenemende mate tot nieuwe subsidiepotjes (al dan niet buiten het CTG om), ruimere bandbreedtes en aparte al dan niet regionale financieringsstromen om daarmee experimenten, zorgvernieuwing en regionale initiatieven te kunnen ontplooiën?
- b) Op welke wijze moet deze beweging van enerzijds het wegwerken van lumpsumbedragen en anderzijds het opkomen van andere extra financieringsvormen worden gezien en hoe wordt daarvan de output beoordeeld/gecontroleerd?
- c) Is het de bedoeling de regionale initiatieven en verschillen

bijvoorbeeld uit de nominale premie te doen financieren buiten de reguliere tariefstelling om?

- d) Speelt de vaste tarievenstructuur een rol bij die situaties waar een bepaalde dienst of instelling dan wel regio extra geld buiten de tarieven om kan ontvangen in geval van noodsituaties zoals zich dat bijvoorbeeld heeft voorgedaan bij een aantal ambulance-diensten of is hier eerder sprake van een te krap budget?
 - e) kan het zijn dat de boter bij de vis-gedachte, waarbij geen sprake is van vrije ruimte en nacalculatie ook een zekere vertraging bewerkstelligt bij het aangaan van productieafspraken?
15. a) Zal naast de ontwikkeling van DCB's in de ziekenhuizen ook gekomen worden tot DCB's (wellicht aansluitend) voor de verpleeghuis en thuiszorgsector opdat de financiering ook daar op die basis plaats kan vinden waardoor een betere zorgketen tussen ziekenhuiszorg/verpleeghuiszorg en thuiszorg zou kunnen ontstaan?
- b) Wordt aan een dergelijke ontwikkeling gewerkt?
16. a) Kan worden aangegeven welke ontwikkelingen de tarieven doormaken daar waar het CTG geen tarief per verrichting of verrichtingencluster vaststelt maar wordt uitgegaan van maximumtarieven?
- b) Klopt het beeld dat in dergelijke gevallen bijna altijd het maximumtarief wordt gehanteerd tussen aanbieders en verzekeraars omdat bijvoorbeeld de marktwerking ontbreekt (kraamzorg bijvoorbeeld)?
 - c) Worden er experimenten overwogen met het loslaten van tarieven in bepaalde sectoren om meer aan te sluiten bij «marktwerking» en vraaggerichte zorg? En aan welke onderdelen wordt dan gedacht (bijvoorbeeld onderdelen van de zorg waar vanuit de aanbieders sprake is van een echte marktpositie?)

17. Bestaat het recht uit de benodigde aantal uren zorg of is het een afgeleid recht in de vorm van een beschikbaar budget?

toelichting:

Met betrekking tot het vraaggestuurde aanbod wordt veel waarde gehecht aan het persoonsgebonden budget. Wat onhelder blijft is de vraag wat nu werkelijk wordt toegekend wanneer een persoon recht krijgt op het persoonsgebonden budget. De indicatie wordt gesteld voor de omvang van de zorg. Het budget wordt gemaximeerd op een bedrag maximaal gelijk aan de gemiddelde verpleeghuisprijs. Achtergrond van die keuze is geweest dat mensen op die wijze in eigen omgeving zorg kunnen organiseren. Het vermindert bovendien de druk op de thuiszorg en op de intramurale zorg. Echter, de eigen omgeving kan niet altijd die zorg bieden die gewenst is.

- a) Is het nu de bedoeling dat personen met een dergelijk budget daarmee het aantal uren zorg ook kunnen inkopen zonedig via de thuiszorginstellingen en voor het door het CTG vastgestelde tarief voor thuiszorg resp. verpleeghulp of

- b) komen betrokkenen nog in aanmerking voor de inkomensafhankelijke cliëntenprijs, dan wel een marginale prijs van de thuiszorginstelling?

In het eerste geval is het evident dat het budget slechts toereikend kan zijn voor een beperkt aantal zorguren. In het tweede geval zou er sprake zijn van een dubbele wijze van financiering. En ook zou daarmee alsnog een extra druk op de thuiszorg worden gelegd.

Nog anders gevraagd: heeft de cliënt recht op het bedrag of moet de cliënt ook buiten de intramurale sector kunnen rekenen op het aantal uren zorg ook als dat eventueel gesubsidieerd middels het reguliere thuiszorgcircuit dient te worden verstrekt?

18. In de jaren zestig en zeventig is een omvangrijk circuit van intramurale werksoorten ontstaan als gevolg van indirecte financiering vanuit de Algemene bijstandswet aan de cliënt. Gedacht kan worden aan pensions voor alleengaanden die in toenemende mate met het verstrijken van de leeftijd ouder en meer zorgbehoevend werden; zelfopvanggroepen zoals de Blijf van mijn lijfhuizen en dergelijke. Begin jaren tachtig is de indirecte financiering afgesloten.

Vragen:

- a) Is het de minister bekend of zich situaties voordoen waarbij een aantal personen met behulp van het persoonsgebonden budget kiezen voor een gezamenlijke inzet van middelen en het gezamenlijk inhuren/inkopen van huisvesting en zorg?
- b) Is er als dit zich voordoet sprake van nieuw te ontwikkelen vormen van indirecte financiering van intramurale zorg?
- c) Vereist een dergelijke ontwikkeling kwaliteitsnormen of toezicht?

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

19. a. Heeft de minister, of de vorige staatssecretaris, niet enkele jaren geleden meegedeeld de WZV grondig te willen aanpakken? Heeft de minister dat niet onlangs bij het Gezondheidsdebat 2000 herhaald? In welke richting?
 - b. Hoe groot is de administratieve last voor de instellingen ten aanzien van de instandhoudingsinvesteringen?
 - c. Hoe moet een instelling omgaan met instandhouding van in het verleden opgebouwde capaciteit welke groter is dan de normatieve capaciteit?
 - d. Leidt instandhouding van de vroeger opgebouwde surplus-capaciteit niet tot aantasting van het volume beschikbaar voor de echte zorg?
 - e. Wil de minister nog eens de werking van de zgn. trekkingsrechten in dit verband uitleggen?

20. In welke mate treedt er verspilling op door de (meer globale) onderzoeken van het Regionale Indicatie Orgaan welke vervolgens door het verpleeghuis worden overgedaan om een behandelplan op te stellen?

21. Hoe vaak worden thans overbruggende verpleeghuisvoorzieningen geleverd door algemene ziekenhuizen, onder regie van een verpleeghuis? Hoe kunnen die worden gefinancierd? Onder welk budget vallen die? Hoe wordt de AWBZ-voorziening in die gevallen afgerekend?

22. De minister wil de bureaucratie in de zorg aanpakken. «Vorig jaar al bracht een adviesbureau de hinder in kaart, die ... door allerlei wetten en regelingen worden veroorzaakt.» (Zie NRC 23/1/01) Een commissie moet voor 1 januari voorstellen doen.

- a. Wil de minister kort aangeven welke hinder door welke regelingen wordt veroorzaakt?
- b. Om hoeveel overhead personeel en overhead geld gaat het?
- c. Is de aanpak los van de besluiten over het stelsel mogelijk?

23. a. Kent de minister de uitspraak van de directeur van Arcares (Fin.Dagblad 16-10-00) dat extra geld voor de aanpak van wachtlijsten is gebruikt om al bestaande initiatieven van het veld alsnog in overeenstemming met de regelgeving te brengen? De leden van de organisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen «voelen zich gedwongen het keurslijf van de regelgeving te doorbreken.»
 - b. Welke aanwijzingen heeft de minister dat dit reeds gebeurt?
 - c. Heeft de minister informatie over initiatieven op dit gebied die niet in overeenstemming zijn met de regelgeving?

24. Vanuit de invalshoek vraaggestuurde zorg ontstaat een toenemende behoefte aan meer privacy en een meer aan het zelfstandig wonen gelijkstaande zorgvorm.
- Kan worden aangegeven hoeveel extra investering en hoeveel afschrijvingsverlies zal optreden wanneer binnen 5 jaar alle bestaande verpleeghuizen over gaan naar kleinere units met eenpersoonsruimten?
 - Als scheiden van wonen en zorg ook in de intramurale ouderenzorg zal worden ingevoerd welke componenten worden dan geacht bij het wonen en welke bij de zorg te worden ondergebracht?
 - Is de overgang van de zorghuizen (bejaardenoorden) naar de AWBZ waarbij bijvoorbeeld ook het recht op WVG voorzieningen vervalt en waarbij de huisarts in principe vervangen wordt door een (of meerdere) artsen verbonden aan de instelling en waarbij de geneesmiddelen gebudgetteerd zijn dan geen ontwikkelingen die haaks op de langere termijn staat?
 - Kan worden aangegeven op welke wijze de door de vorige staatssecretaris naar voren gebrachte financiële consequenties voor hetzij de overheid/verzekeringssector, hetzij de burger zelf van het hanteren van een scheiding tussen de zorgcomponent en de wooncomponent (het toen wel eens genoemde AWBZ-pluspakket) thans worden ingeschat?

IV. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

25. Hoe is de regelgeving t.a.v. het extra budget voor werkdrukvermindering? Weet de minister hoe in het veld geoordeeld wordt over de formulieren om de extra middelen aan te vragen?
26. Zijn de extra gelden voor werklastermindering effectief aan te wenden gegeven de knelpunten op de arbeidsmarkt? Vindt er controle plaats op de aanwending van die extra gelden? Indien de gelden zijn aangewend bijv. om personeel vast te houden, wat zijn dan de consequenties?
27. Hoe ontwikkelde zich het aantal huisartsen de afgelopen 15 jaar? Hoe groot is het aantal niet bezette plaatsen thans? Hoe zal het aantal vacatures zich de komende jaren ontwikkelen gegeven de leeftijdsopbouw van huisartsen? (Zie ook de voorzitter van de LHV in Volkskrant van 26 of 27 januari jl.: «Over vijf jaar zitten drie miljoen mensen zonder huisarts.») In welke regio's is er reeds nu een acuut tekort? Welke maatregelen worden door de LHV gesuggereerd? Welke maatregelen worden door de minister genomen? Wordt nog steeds een numerus fixus voor de studie Medicijnen gehanteerd? Zie de brief van de minister inzake Interpellatie inzake de huisartsenzorg, Kamerstuk 27 583, nr. 42: «de instroomcapaciteit van de huisartsenopleiding van 360 vorig jaar zal worden verhoogd naar 225 in het jaar 2004.» Zijn die maatregelen voldoende?
- Kan worden aangegeven binnen welke bandbreedtes het ziekteverzuim zich beweegt en wat het modale ziekteverzuim is in de onderscheiden zorgsectoren en welke uitstroom naar de WAO zich daarbij voordoet?
 - Kan een schatting worden gegeven van de daarbij behorende ontwikkeling van de PEMBA-premie in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg op termijn? (die gezien het naijl effect ook nog zal optreden als verhoopt het ziekteverzuimpercentage zou dalen)
 - Op welke wijze wordt met dergelijke ontwikkelingen in de financiering rekening gehouden? (zal evenals dat kennelijk voor beroepsbeoefenaren het geval lijkt te zijn de stijgende premielast in het tarief worden gecompenseerd?)

29. Wordt er bij verbouw of nieuwbouw van intramurale instellingen bij de «vierkante meters» expliciet rekening gehouden met de noodzakelijke ruimte voor kinderopvang voor medewerkers (en de buurt) of is het juist zo dat bij de bouw dergelijke extra vierkante meters niet worden toegestaan?

30. Kan worden aangegeven op welke wijze het personeelstekort doorwerkt naar het kunnen aangaan van extra productieafspraken in die sectoren waar geld ter beschikking is gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten?

De voorzitter van de commissie,
Ter Veld

De griffier van de commissie,
Nieuwenhuizen

BRIEF VAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 14 mei 2001

Op 20 april jl. zond u mij een brief met bijgevoegd een aantal beleidsmatige en feitelijke vragen van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de zorg in Nederland.

Bestudering van de vragen heeft mij tot de conclusie gebracht dat de meeste vragen van feitelijke aard naar verwachting vóór het komende zomerreces van uw Kamer beantwoord kunnen worden.

De categorie vragen van meer beleidsinhoudelijke aard vragen evenwel de nodige studie en beraad teneinde tot een beantwoording te kunnen komen die recht doet aan de bijzondere aard van de vraagstelling. De komende weken en maanden is mijn ministerie zwaar belast met verschillende werkzaamheden ten behoeve van moderniseringsoperaties en de voorbereiding van een kabinetsstandpunt over het zorgstelsel van de toekomst.

Daarom zie ik geen mogelijkheid de beleidsinhoudelijke vragen voor het zomerreces te beantwoorden. Ik verwacht deze antwoorden zo snel mogelijk na het komende zomerreces aan de commissie te kunnen doen toekomen.

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

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 29 mei 2001

Bij brief van 14 mei jl. heb ik gereageerd op uw verzoek tot beantwoording van een serie vragen over de zorg. Ik sluit niet helemaal uit dat deze brief tot een enkel misverstand kan leiden. Vandaar dat het mij nuttig voorkomt u nog enige aanvullende informatie te geven. Zoals u zich ongetwijfeld ook realiseert, zijn vele van uw vragen zeer indringend en vergen deze een diepgaande, vaak ook historische beschouwing. Wil de beantwoording de kwaliteit krijgen die ik (en ongetwijfeld ook u) wenselijk acht, dan moeten hiervoor de beste mensen van het departement worden ingezet. Dat creëert het in mijn brief genoemde dilemma. Mijn departement is op het ogenblik gewikkeld in tal van ingrijpende en tijdrovende discussies met het veld. Het gaat daarbij enerzijds om de doorvoering van een aantal beleidsmaatregelen teneinde de problemen in de zorg het hoofd te kunnen bieden. Anderzijds is op veel fronten intensieve aandacht nodig om met de vele, verschillende belanghebbenden in de sector adequaat te overleggen over de vertaling van de Voorjaarsnota in beleid. Het voorbeeld van de discussie met vrije beroepsbeoefenaren (huisartsen, tandartsen e.a.) staat daarbij niet op zichzelf. Dat alles leidt tot een hectiek die een volledige en kwalitatief adequate beantwoording van uw vragen voor het reces uiterst moeilijk maakt. De in mijn brief van 14 mei jl. genoemde activiteiten op gebied van sturing en verzekeringsstelsel komen daar dan nog bij. Het is deze samenloop die mij er toe bracht u te verzoeken in te stemmen met een gefaseerde beantwoording. Ik zou u willen voorstellen ermee akkoord te gaan dat ik zoveel mogelijk vragen zal proberen te beantwoorden vóór het zomerreces, maar de volledige beantwoording af te ronden in week 34. Op die wijze kan hier in de relatief rustige zomerperiode aan beantwoording worden gewerkt, en is toch nog voldoende tijd beschikbaar voor bestudering van de antwoorden.

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

Van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 8 juni 2001

In antwoord op Uw brief van 29 mei jl. aan de voorzitter van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport inzake de beantwoording van de door de commissie gestelde vragen over de zorg in Nederland bericht ik u namens de commissie als volgt.

De commissie kan instemmen met Uw verzoek zoveel mogelijk vragen te beantwoorden vóór het zomerreces doch de beantwoording volledig af te ronden in week 34, de week aanvangende met zondag 19 augustus. De commissie heeft zich bij haar besluit in te stemmen met Uw verzoek vooral laten leiden door de door U genoemde overweging dat deze fasering in de beantwoording voorwaarde vormt voor de door U en evenzeer door de commissie zo gewenste hoge kwaliteit van de antwoorden op de gestelde vragen.

Op 11 september 2001, de eerste vergaderdag na het zomerreces van de Kamer zal de commissie, mede op basis van de ontvangen antwoorden, een besluit nemen over de door haar te volgen verdere procedure.

De griffier van de commissie,
Nieuwenhuizen

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 juli 2001

Bij brief d.d. 20 april heeft uw commissie vragen gesteld met betrekking tot de gezondheidszorg.

Overeenkomstig mijn brief van 29 mei 2001 doe ik u hierbij, mede namens de Staatssecretaris, het eerste deel van de antwoorden toekomen. Dit betreft het grootste deel van de vragen in onderdeel B die door uw commissie als van feitelijke aard zijn aangeduid.

Tevens treft u een aantal bijlagen aan met cijfermateriaal in het kader van de beantwoording van met name vraag 1¹. Het merendeel daarvan heeft betrekking op de gevraagde wachtlijstgegevens. In overleg met de griffier worden de bijlagen in enkelvoud meegezonden.

De antwoorden op vragen uit onderdeel B, die niet tijdig voor 10 juli kunnen worden beantwoord of die een relatie hebben met de beleidsinhoud, zullen u tegelijk met de antwoorden op de als beleidsmatig aangeduide vragen uit onderdeel A in de week van 19 augustus 2001 worden toegezonden.

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

¹ Is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffienr. 126968.4.

I Wachtlijsten/capaciteitstekorten

Vraag 1

Er is door de Minister veel gepubliceerd over de wachtlijsten. Wil de Minister met het oog op het debat op een rij zetten per type zorg en per type behandeling welke wachtlijsten thans bestaan, zowel landelijk, als regionaal, als per instelling.

Antwoord

Hieronder ga ik in op de verschillende gegevens over wachttijden en wachtlijsten, zoals die thans beschikbaar zijn. Voor gegevens per regio en per instelling verwijs ik naar de bijgevoegde informatie. Dit zijn gegevens die zonder nadere bewerking en onderzoek beschikbaar kunnen worden gesteld. Deze informatie is grotendeels al eerder aan de Tweede Kamer gezonden.

Sector ziekenhuizen

In het najaar van 2001 zal Prismant wederom een rapportage presenteren over de wachtlijstontwikkeling. Het peilmoment hiervoor – voorjaar 2001 – ligt reeds achter ons. Ten behoeve van deze wachtlijstmeting wordt gebruik gemaakt van de nieuwe beleidsdatabank van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, die zowel informatie bevat over de wachttijden, als over de wachtlijsten

De voorgaande wachtlijstpeiling door Prismant is uitgevoerd in maart 2001. De verslaglegging over deze peiling maakt onderdeel uit van de Prismant-rapportage «Het Wachtlijstfonds 1999: de derde inhaalslag». Deze rapportage is op 1 september 2000 toegezonden aan de Tweede Kamer. Ik neem daaruit in dit verband de tabellen over die de aantallen wachtenden en de wachttijd tonen voor klinische opname en dagopname per specialisme.

Tabel B-1 Landelijk aantal wachtenden (afgerond op 100-tallen) en gemiddelde wachttijd (in weken, klinische opname per specialisme per 1 maart 2000)

	gemiddelde wachttijd	aantal wachtenden < maand	aantal wachtenden > maand	aantal wachtenden totaal
Interne geneeskunde	4	1 000	300	1 300
Klinische geriatrie	2	0	0	0
Cardiologie	2	900	400	1 300
Longziekten	4	400	100	500
Reumatologie	1	0	0	0
Allergologie	0	–	–	–
Gastro-enterologie	4	200	100	300
Chirurgie	9	6 800	10 000	16 800
Urologie	6	2 100	2 000	4 100
Orthopedie	12	5 100	13 200	18 300
Neurochirurgie	5	400	700	1 100
Cardio-pulmonale chirurgie				
Plastische chirurgie	24	1 600	10 400	12 000
Mondheelkunde	8	200	500	700
Verloskunde en gyneacologie	6	2 300	2 600	4 900
Kindergeneeskunde	3	100	0	100
Psychiatrie	1	0	0	0
Neurologie	6	300	300	600
Dermatologie	1	0	0	0
Keel- neus- en oorheelkunde	9	3 700	4 100	7 800
Oogheelkunde	15	2 200	6 800	9 000
Revalidatie				
Radiologie	5			
Radiotherapie	1			

	gemiddelde wachtijd	aantal wachtenden < maand	aantal wachtenden > maand	aantal wachtenden totaal
Overig	2	200	200	400
Totaal		27 500	51 700	78 200

Bron: patiëntenenquête wachtlijsten 2000

Tabel B-2 Landelijk aantal wachtenden (afgerond op 1000-tallen) en gemiddelde wachttijd (in weken) dagopname per specialisme per 1 maart 2000)

	gemiddelde wachttijd	aantal wachtenden < maand	aantal wachtenden > maand	aantal wachtenden totaal
Interne geneeskunde	4	1 600	800	2 400
Klinische geriatrie	0	0	0	0
Cardiologie	2	500	300	800
Longziekten	6	200	100	300
Reumatologie	1	0	0	0
Allergologie	1	-	-	-
Gastro-enterologie	2	400	300	700
Chirurgie	8	4 400	7 100	11 500
Urologie	7	1 200	1 400	2 600
Orthopedie	8	4 400	5 900	10 300
Neurochirurgie	4	200	200	400
Cardio-pulmonale chirurgie				
Plastische chirurgie	15	1 500	5 500	7 000
Mondheelkunde	6	400	400	800
Verloskunde en gyneacologie	8	2 000	2 100	4 100
Kindergeneeskunde	3	100	100	200
Psychiatrie	0	0	0	0
Neurologie	6	300	200	500
Dermatologie	2	0	0	0
Keel- neus- en oorheelkunde	5	3 500	1 800	5 300
Oogheelkunde	11	7 100	14 200	21 300
Revalidatie				
Radiologie	3	-	-	-
Radiotherapie	2	-	-	-
Overig	4	800	500	1 300
Totaal		28 600	40 900	69 500

Bron: patiëntenenquête wachtlijsten 2000

Het betreft een weergave van mensen die op 1 maart 2000 op de wachtlijst staan bij de algemene ziekenhuizen. De tabellen geven aan hoe lang zij op dat moment staan te wachten. Het geeft geen informatie over de mate van urgentie. Op basis van de informatie uit de beleidsdatabank van de NVZ zal het in de toekomst mogelijk worden de feitelijk gewachte wachttijd te geven. De werkelijke wachttijd hoeft namelijk niet overeen te komen met de voorspelde wachttijd.

Voor de open hart operaties en voor de dotter behandelingen wordt er apart een landelijke wachttijd- en wachtlijstregistratie bijgehouden. Deze registratie laat voor dit jaar het volgende beeld zien:

	Aantal wachtenden hartoperaties	Aantal wachtenden langer dan 3 maanden	Aantal wachtenden dotteringrepen	Aantal wachten- den langer dan 2 maanden
Januari 2001	1897	387	649	63
April 2001	1960	367	679	14

Bron: BHN

AWBZ Algemeen

Onder regie van de Taskforce aanpak wachtlijsten AWBZ zijn recentelijk de wachtlijsten in de drie AWBZ-sectoren gemeten. De resultaten van de metingen in de sector Verpleging en Verzorging, gehandicaptenzorg en geestelijke gezondheidszorg zijn bij brieven van respectievelijk 27 april 2001 (Kamerstuk 2000–2001, 25 170, nr. 23, Tweede Kamer), 9 mei 2001 (Kamerstuk 2000–2001, 24 170, nr. 64, Tweede Kamer) en 28 mei 2001 (Kamerstuk 2000–2001, 25 170, nr. 24, Tweede Kamer) naar de Tweede Kamer gezonden. Hierna zijn per AWBZ-sector de landelijke wachtlijstgegevens beknopt weergegeven.

Sector verpleging en verzorging

In de sector verpleging en verzorging zijn door de Taskforce aanpak wachtlijsten AWBZ inmiddels tweemaal de wachtlijsten gemeten, namelijk per 15 mei 2000 en per 1 maart 2001. In een aantal gevallen ontvangen mensen gedurende de periode dat gewacht wordt op de geïndiceerde zorg een vorm van overbruggingszorg. Tussen haakjes is per zorgtype aangegeven welk deel van de geïndiceerde personen overbruggingszorg ontvangt. Onder zorg thuis wordt niet alleen thuiszorg verstaan, maar alle extramurale AWBZ-zorg, dus ook extramurale verzorgingshuis- en verpleeghuiszorg.

	Stand per 15/5/2000	Stand per 1/3/2001
Zorg thuis	54 258 (23 964)	35 174 (14 227)
Verzorgingshuis	36 044 (19 722)	35 505 (25 796)
Verpleeghuis	11 375 (8 494)	11 380 (9 670)
Totaal	101 677	82 059

Terwijl de vraag is toegenomen (in 2000 zijn door de RIO's 8% meer indicatiebesluiten afgegeven dan in 1999) is met name de wachtlijst voor zorg thuis afgenomen met ongeveer 30%. De wachtlijsten voor verzorgingshuizen zijn – bij een toegenomen aantal indicaties – licht afgenomen die voor verpleeghuizen zijn nagenoeg gelijk gebleven. Het percentage personen dat overbruggingszorg ontvangt is over de gehele linie gestegen van 50 naar 60%. Het merendeel (85%) van geïndiceerden voor verpleeghuizen ontvangt overbruggingszorg.

Uit de wachtlijstmeting is onder meer gebleken dat bij veel geïndiceerden voor het verzorgingshuis, die een vorm van overbruggingszorg ontvangen, de overbruggingszorg dermate goed bevalt dat deze als «first best» zorg kan worden aangemerkt. In twee pilots wordt onderzocht in welke mate dit voorkomt. Dit kan leiden tot nieuwe inzichten ten aanzien van de aard en omvang van de wachtlijsten.

Gehandicaptenzorg

In de verstandelijk gehandicaptenzorg zijn zowel per 31 december 1999 als per 31 december 2000 de wachtlijsten gemeten. Weergegeven zijn het aantal geïndiceerde producten; het aantal klanten dat op deze producten wacht kan ongeveer worden berekend door 80% te nemen van het aantal producten.

	Stand per 31/12/1999	Stand per 31/12/2000
Ambulante zorg	2 184	2 582
Ondersteuning bij dag-besteding	3 856	3 150
Ondersteuning bij wonen	7 707	6 019
Kort verblijf	1 412	1 966
PGB-VG	5 900	1 442
Totaal producten	21 068	15 159

De wachtlijstaanpak in de verstandelijk gehandicaptenzorg heeft geleid tot een stijging van de productie. Omdat met name bij ambulante zorg en korte verblijf er een sterke stijging in het aantal afgegeven indicaties is opgetreden (respectievelijk met ruim 65% en 42%), heeft de verhoogde productie niet over de gehele linie geleid tot een afname van de wachtlijsten.

De cijfers per eind 1999 en eind 2000 zijn niet geheel vergelijkbaar omdat naast de factoren instroom en productie er in het kader van de Taskforce ook een opschoning van de wachtlijstcijfers heeft plaatsgevonden.

Voor de lichamelijk gehandicaptenzorg zijn laatstelijk per september 2000 de wachtlijsten (in producten) gemeten, in dat kader heeft tevens opschoning van de cijfers plaatsgevonden:

	Stand per 31/12/1999	Stand per 1/9/2000
Ondersteuning bij dagbesteding	1 383	1 051
Ondersteuning bij wonen	1 182	905
Kort verblijf	(n.b.)	196
Totaal producten	2 565	2 152

De wachtlijsten in de zintuiglijk gehandicaptenzorg zijn van een ander karakter. De wachttijd is goeddeels beperkt tot een aantal maanden. Het gaat veelal om kortdurende begeleidingen waardoor er veeleer sprake is van een planningslijst. Er zijn alleen gegevens beschikbaar per september 2000.

	Stand per 1/9/2000
Huisvesting	13
Ondersteuning bij wonen	47
Ondersteuning bij werk en dagbesteding	83
Onderzoek, advies en behandeling	1 127
Gezinsondersteuning	133
Totaal producten	1 403

Geestelijke gezondheidszorg

Per 1 januari 2001 zijn door de Taskforce de wachtlijsten in de GGZ gemeten. Op 1 januari 2001 bedroeg het aantal wachtenden 72 000. Daarvan wacht 27% (19 700) op een intakegesprek, 35% (25 100) op de afronding van de indicatiestelling of zorgtoewijzing en 38% (27 200) op de aanvang van de behandeling. Van deze laatste groep wacht 78% (21 900) op extramurale hulp, 5% (1200) op semimurale zorg, 12% (2600) op een intramurale plaats en 5% (1500) op een vorm van beschermd wonen.

In de eerder aangegeven brieven aan de Tweede Kamer zijn bovenstaande, globale cijfers over de wachtlijsten in de drie AWBZ-sectoren, nader gedifferentieerd en geanalyseerd om de gecompliceerde werkelijkheid achter de cijfers nader te duiden. Korthedshalve verwijzen wij naar deze brieven. In deze rapportages zijn ook de regionale gegevens opgenomen waarnaar korthedshalve wordt verwezen. In de gehandicaptensector is een regionale vergelijking lastig te maken vanwege de historisch gegroeide verschillen qua beschikbare capaciteit. Uit de analyse blijkt dat er geen eenduidig verband is tussen wachtlijsten enerzijds en demografische gegevens, gegevens over capaciteit, arbeidsmarkt etc. anderzijds.

Vraag 2

Welke wachtlijsten bestaan er daarnaast bij de indicatie-organen?

Antwoord

In mei 2000 zijn de werkvoorraden bij de RIO's in kaart gebracht. Toen bleek dat bij alle RIO's gezamenlijk 7519 indicatieaanvragen waren, die gemiddeld niet binnen zes weken werden afgehandeld. Dat cijfer bleek, ondanks het feit dat het aantal indicatievragen is gestegen, in maart 2001 te zijn teruggebracht tot 820. Dat betekent niet dat er geen termijnen meer worden overschreden, het gaat om de gemiddelde verwerkingstijd, maar wel dat er een forse vooruitgang is geboekt in het wegwerken van de achterstanden. Uit recente metingen blijkt dat deze positieve tendens zich heeft voortgezet.

Vraag 3

Hoe zal de minister de wachtlijstproblematiek in de nabije toekomst aanpakken? Wil de minister bij de beantwoording ingaan op het probleem dat wachtlijsten kennelijk «van onder op» worden aangevuld door voorheen latente zorgvraag (zie recent onderzoek in Friesland)? Welke initiatieven ontwikkelen de aanbieders op dat gebied zelf?

Antwoord

AWBZ

In april 2000 is ter versnelling van de wachtlijstaanpak de Taskforce aanpak wachtlijsten AWBZ ingesteld, bestaande uit beide partijen, aangevuld met vertegenwoordigers van de colleges (CVZ, CBZ en CTG), de voorzitter van de wachtlijstbrigade en de voorzitter van de begeleidingscommissie aanpak wachtlijsten V&V. Deze worden aangepakt langs drie lijnen:

20. het verkrijgen van inzicht in de wachtlijsten middels metingen;
21. het op de rails zetten van de totstandkoming van een structurele AWBZ-brede registratie;
22. het bevorderen van onorthodoxe initiatieven ter vergroting van de zorgcapaciteit.

In alle drie AWBZ-sectoren hebben inmiddels metingen van de wachtlijsten plaatsgevonden en zijn de wachtlijstcijfers opgeschoond en geanalyseerd. Op basis daarvan zijn door de zorgkantoren in samenwerking met andere zorgpartijen bestedingsplannen opgesteld toegespitst op het wegwerken van de wachtlijsten. Deze bestedingsplannen en het merendeel van de daarin verwoorde onorthodoxe voorstellen zijn goedgekeurd. Een geïntegreerde aanpak van de wachtlijsten is verwoord in het actieplan «Zorg Verzekerd» dat in november 2000 naar de Tweede Kamer is verzonden (Kamerstuk 2000–2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer). Zorgkantoren hebben op grond van de AWBZ een zorgplicht. Er is een bestuurlijke afspraak met Zorgverzekeraars Nederland gemaakt voor de sectoren V+V en gehandicapten, dat men extra zorg mag contracteren om de wachtlijsten terug te dringen, waarbij het boter-bij-de-vis-principe wordt gehanteerd. Het kabinet maakt, op basis van beschikbare inzichten in de vraag en veronderstellingen over het tempo waarin de zorg uitgebreid kan worden, ramingen. Bij de reguliere afwegingsmomenten kan op basis van de realisatie de raming worden aangepast. Alleen daadwerkelijk extra geproduceerde zorg wordt betaald. Zodra de wachtlijstregistratie in de Geestelijke Gezondheidszorg op orde is en een onafhankelijke indicatiestelling is verzekerd, zal het actieplan «Zorg Verzekerd» ook op deze sector van toepassing worden.

De care-brede aanpak langs bovengenoemde drie lijnen zal ook in 2002 worden gecontinueerd. Nu de aanpak op de rails is gezet, zullen de daarmee samenhangende taken geleidelijk terug in de lijnorganisatie worden gebracht en kan de Taskforce op termijn worden opgeheven. In het kader van het opzetten van de AWBZ-brede registratie zal tevens aandacht worden besteed aan de monitoring van de uitvoering van de productie-afspraken. Op basis daarvan kan de verzekeraar, i.c. het zorgkantoor, tijdig onderkennen dat bepaalde aanbieders de afgesproken

productie niet zullen halen, dan wel dat anderen meer zorg kunnen realiseren. Vervolgens kan tussentijds neerwaartse bijstelling van de productie met die instellingen plaatsvinden en kunnen nieuwe of aanvullende contracten met andere aanbieders worden afgesloten zodat aan de zorgvraag kan worden voldaan.

Uitgangspunt van het beleid is dat onaanvaardbare wachtlijsten in het maximaal haalbare tempo worden weggewerkt. Het beleid voor de korte termijn is daarmee allereerst gericht op het daadwerkelijk inhoud blijven geven aan de het aansprakenkarakter van de sociale zorgverzekeringen. Het wegwerken van de wachtlijsten kan tot gevolg hebben dat aanvragers die voorheen vanwege de hoge wachtlijsten hebben afgezien van het aanvragen van zorg, dit nu alsnog doen. Bij de indicatiestelling nieuwe stijl wordt bezien of verzekerden al dan niet zijn aangewezen op zorg.

Sector curatieve zorg

Een van de centrale uitgangspunten in het Actieplan Zorg Verzekerd is dat noodzakelijke curatieve zorg daadwerkelijk voor iedereen binnen redelijke termijnen beschikbaar moet komen. De zorgverzekeraars hebben hierin de regiefunctie gekregen.

In december 2000 hebben de Zorgverzekeraars Nederland (ZN), Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), Vereniging van Academische ziekenhuizen (VAZ) en de Orde van Medisch Specialisten een Convenant gesloten met daarin een nadere uitwerking van de gewenste aanpak van de wachttijden. Belangrijk element hierin is evenals bij de care dat betaling van extra middelen vindt alleen plaats voor werkelijk geleverde extra productie. Op basis van dit convenant is de bekostigingssystematiek voor de ziekenhuizen in 2001 aangepast. De ervaringen in 2001 zullen wellicht nog tot aanpassingen leiden in de bekostigingsregels voor 2002, zodat de beleidsregels het ingezette beleid daadwerkelijk ondersteunen. Hiermee is de hoofdlijn voor de structurele aanpak van de onaanvaardbare wachttijden vormgegeven.

De extra middelen in 2000 zijn ingezet voor een aantal knelpunten. Hiermee is een toename in de productie gerealiseerd. Er is echter geen eenduidig verband tussen de verhoging van de productie en de lengte van wachttijden en wachtlijsten. Er zijn bijvoorbeeld aanzienlijk meer mensen geopereerd aan hun oog omdat zij leden aan staar, een ouderdomskwaal. Daardoor is de kwaliteit van hun leven fors verbeterd. Een grote groep mensen met minder ernstige hinder zijn ook op de lijst voor operatie gezet. Daardoor is de wachtlijst voor oogoperaties nog steeds lang, maar wel van een andere (lichtere) samenstelling. Een ander voorbeeld is dat er meer en met minder risico op steeds hogere leeftijd kan worden geopereerd. Deze veranderde indicatiestelling speelt onder meer bij knie-, heup- of hartoperaties. Het gevolg is dat intensive care en andere klinische afdelingen geconfronteerd met andere patiënten: met een groter scala aan gezondheidsproblemen en complicaties.

Conclusie: De lengte van de wachtlijsten zegt weinig over geleverde prestaties. Ook wachttijden zijn geen hard criterium: de wachtlijst groeit namelijk harder naarmate de productie beter op gang komt. Uiteraard komt er een keer een evenwicht: als het aanbod groot genoeg is om de goed geïndiceerde vraag bij te benen. Maar zo ver zijn we nog niet. Niet zozeer het geld als wel het personeelstekort is op dit moment de remmende factor. De maatregelen van het kabinet op grond van de adviezen van de Commissie van Rijn hebben tot doel de personeelsproblematiek te verminderen.

De zorgverzekeraars hebben de regionale regie aanvaard van de afstemming tussen aanbod en vraag. Zij spannen zich in om geïnformeerd te raken over parameters die inzicht kunnen geven in de factoren die de prestaties van ziekenhuizen beïnvloeden. Productieafspraken tussen verzekeraars en ziekenhuizen kunnen dan beter gericht worden op het verantwoord beantwoorden van de zorgvraag.

Vraag 6

Hoe heeft het werkelijk aantal specialisten zich sedert de bevrozing van het aantal specialistenplaatsen in 1995 ontwikkeld? Hoe is een eventuele groei bekostigd? Indien nu extra gelden voor specialistenplaatsen beschikbaar worden gesteld i.v.m. de bestrijding van de wachtlijstenproblematiek, en de gelden worden gebruikt voor het «witten» van plaatsen, wat is dan het effect op de wachtlijsten? In welke mate komen er thans extra plaatsen bij en in welke mate worden plaatsen gewit?

Antwoord

Om u over dit onderwerp zo adequaat mogelijk te kunnen informeren heb ik informatie nodig van het CTG over de ontwikkeling in de specialistenaantallen. Het CTG zal mij deze informatie halverwege juli 2001 verstrekken. Op basis van deze informatie zal ik uw vraag zo volledig mogelijk beantwoorden en het antwoord u voor het einde van uw recessie, tegelijk met de beleidsmatige antwoorden doen toekomen.

II. Financieel belast/budgettering

Vraag 10.

De minister wil de functionele budgettering vervangen door bekostiging op basis van diagnose behandeling combinaties (DBC's). De analyse van de minister (zie de brief van de minister, Kamerstukken 2000–2001, 27 401, nr. 45, Tweede Kamer) wordt gedeeld. De minister wil in 2003 DBC's invoeren waarvan de prijzen de variabele kosten van het ziekenhuis en de honorering van de specialisten moeten bevatten.

- a) Hoe moeten dan de vaste kosten van de ziekenhuizen worden vergoed? Komt de minister niet op glad ijs, omdat in de praktijk het verschil tussen variabele en vaste kosten niet altijd zo scherp is? Er is een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd onder 20 koploperziekenhuizen.
- b) Is daarbij aandacht geschonken aan dat probleem? Indien «op termijn» de prijzen een integraal karakter krijgen, welke consequenties worden daarna verbonden aan de kapitaalslastenproblematiek, aan de benadering van de investeringen, etc.?
- c) Is op dat laatste punt deregulering te verwachten in die benadering?

Antwoord

10 a.

Bij onderscheid, tussen verschillende kostensoorten, geldt als criterium dat wat voor de zorgverzekeraar wel of niet beïnvloedbaar is. Het is besloten dat in 2003 (start DBC-systematiek) de kosten die zorgverzekeraars kunnen beïnvloeden in de DBC-prijs verwerkt worden. Wanneer zorgverzekeraars uitgaven van instellingen niet kunnen beïnvloeden (zoals infrastructuur en opleidingsplaatsen), is het in dit stadium niet zo dat zij daar risico over zullen lopen. Deze kosten zullen vooralsnog dus niet in de DBC-prijs zitten. Vaak – maar niet altijd – is beïnvloedbaar en niet-beïnvloedbaar gelijk aan respectievelijk variabele en vaste kosten. Daarbij komt dat deze kosten vaak ziekenhuisspecifiek zijn, en derhalve geen goed beeld geven van de doelmatigheid van de instelling, indien deze kosten wel in de productprijzen zitten (b.v. de afschrijving van een nieuw ziekenhuisgebouw is hoger dan van een al langer bestaand pand). Op langere termijn is het niet uitgesloten dat DBC's betrekking zullen hebben op de integrale kosten. Dit wordt nader uitgewerkt in het project «Modernisering Curatieve Zorg». Het verschil tussen vaste en variabele kosten is inderdaad niet altijd zo scherp, maar vooral een kwestie van definitie en dus van keuze. In het project «Modernisering Curatieve Zorg» wordt specifiek aandacht besteed aan de wijze waarop de niet-beïnvloedbare kosten worden gefinancierd aan de instellingen.

10 b.

Het haalbaarheidsonderzoek dat is uitgevoerd in de 20 «koploper-ziekenhuizen» richtte zich op de vraag of het in de desbetreffende ziekenhuizen mogelijk was op korte termijn met de DBC-registratie te starten. In deze «koploperziekenhuizen» vindt, naast DBC-registratie, een kostenonderzoek plaats. Voordat een beslissing gemaakt kan worden over welke kosten worden meegenomen in de DBC's dient bekend te zijn welke kosten er zijn en hoe die worden benoemd.

Gezien mijn antwoord op vraag 10a, kan ik zeggen dat het de intentie is van zowel mij als de deelnemende partijen in het DBC2003-project, de prijzen niet integraal, maar «zo integraal mogelijk» te laten zijn. Het nuanceverschil zit het in het beïnvloedbare karakter van de kostensoorten. Met andere woorden: de kosten die zorgverzekeraars kunnen beïnvloeden, moeten zij via DBC's betalen.

Een voorwaarde voor het baseren van de DBC-prijs op integrale kosten is volledige marktwerking. Hiervoor dient er eerlijke concurrentie tussen zorgaanbieders en tussen zorgverzekeraars te zijn en moeten de kosten die in de DBC's zitten beïnvloedbaar zijn. Zoals hiervoor reeds aangegeven wordt marktwerking in de curatieve zorg in het project «Modernisering Curatieve Zorg» nader uitgewerkt.

10 c.

Hierbij wil ik graag verwijzen naar de behandeling van het ontwerp van de Wet Exploitatie Zorginstellingen.

Vraag 11

De regering heeft extra geld toegekend aan de ziekenhuizen om «kaalslag» uit het verleden goed te maken (350 miljoen), om vernieuwings-experimenten te betalen (100 miljoen), om de wachtlijsten te korten (700 miljoen: inclusief de eerder genoemde 350 miljoen?).

- a) Wil de minister het budgettaire beeld, dat door de verschillende maatregelen vertroebeld is geraakt, verhelderen?
- b) Wanneer hebben de instellingen de zekerheid over hun budget?

Antwoord**11 a.**

In het in december 2000 gesloten convenant (zie antwoord op vraag 3) zijn partijen overeengekomen dat per 1 januari 2001 plaatsvindt:

23. eerste diepte-investering algemene en categorale ziekenhuizen: f 350 miljoen

24. eerste diepte-investering de academische ziekenhuizen: f 40 miljoen

25. volume-uitbreidingen: f 308 miljoen.

Deze kosten voortkomend uit het convenant (in totaal 698 miljoen) zijn gehonoreerd. Hierin is zorgvernieuwing inbegrepen.

Daarnaast is in het voorjaar 2001 door partijen een inventarisatie van de te maken afspraken 2001 gehouden teneinde te bezien in hoeverre extra middelen bovenop het convenant nodig zijn. De inventarisatie is door ZN beoordeeld. De volgende claims zijn door ZN ingediend:

26. voor de ziekenhuizen ten behoeve van extra productie f 100 miljoen

27. voor ophoging van de lumpsummen (honoraria specialisten) f 70 miljoen

28. voor dure genees- en hulpmiddelen f 130 miljoen.

In afwachting van de ontwikkelingen in de feitelijke productie is hiervan bij de kabinetsbesluitvorming in het voorjaar de f 100 miljoen voor extra productie gehonoreerd.

11 b.

De instellingen moeten op grond van een WTG beleidsregel ten behoeve van het vaststellen van het voorcalculatorisch budget een verzoek tot goedkeuring van het budget uiterlijk 1 april bij het CTG indienen. Het CTG

gaat dan zo snel mogelijk tot goedkeuring over. Dit jaar is door het CTG uitstel verleend tot 1 juli voor het indienen van de reguliere productieafspraken. Productieafspraken voor wachtlijstafspraken kunnen echter het hele jaar door worden gemaakt en kunnen derhalve gedurende het hele jaar het budget nog muteren. In 2002 worden de instellingen op basis van de nacalculatie («boter bij de vis» ofwel afrekenen op daadwerkelijke geleverde productie), nader geïnformeerd. Dan pas wordt het budget voor 2001 definitief vastgesteld.

Vraag 12

In de afgelopen jaren zijn extra gelden voor speciale doelen aan het budget toegevoegd en zijn tegelijk budgetkortingen opgelegd.

- a. Is er nog enig verband voor de vergoedingen per verrichting en de daarvoor gemaakte kosten? Dat geldt voor de ziekenhuizen maar ook voor de thuiszorg.
- b. Wanneer zijn voor de laatste sector de vergoedingsparameters onderbouwd op basis van de kosten per verrichting?
- c. Is er nog enige relatie tussen het vergoedingstelsel en de werkelijke kosten?

Antwoord

12 a.

Voor de ziekenhuizen geldt al geruime tijd een systeem van budgettering. Belangrijke elementen (parameters) in een ziekenhuisbudget zijn:

- de rente- en afschrijvingskosten;
- de locatiegebonden kosten;
- het aantal adherente inwoners;
- het aantal bedden en medisch specialisten;
- het aantal opnames, verpleegdagen,
- dagverplegingsdagen en eerste polikliniekbezoeken;
- de productie op het terrein van de topzorg.

Het in lokaal overleg tussen ziekenhuis en verzekeraars afgesproken budget wordt geacht een adequate dekking te bieden voor de kosten die de instelling in redelijkheid moet maken («aanvaardbare kosten») om de benodigde patiëntenzorg te kunnen realiseren. Het budget kan worden gezien als een begroting van de inkomsten die het ziekenhuis in een bepaald jaar ontvangt. Die inkomsten ontvangt het ziekenhuis doordat het tarieven in rekening brengt bij patiënten of hun verzekeraars. In de ziekenhuisbekostiging gelden landelijk uniforme tarieven voor onderscheiden nevenverrichtingen en verpleegtarieven die per ziekenhuis verschillen. Het verpleegtariaf vervult een dubbele functie, nl. de allocatie van kosten naar de patiënt of diens verzekeraar en een zogenaamde sluittarief-functie. Het verpleegtariaf zorgt ervoor dat het ziekenhuis uiteindelijk precies het toegekende budget ontvangt. Verschillen tussen in rekening gebrachte tarieven en het toegekende budget worden via het verpleegtariaf verrekend.

Het voorgaande maakt duidelijk dat het verband tussen de vergoedingen per verrichting en de daarvoor gemaakte kosten niet sluitend is. Wel is steeds sprake van een integrale dekking per ziekenhuis voor het totaal van de aanvaardbare kosten (het budget). In het verleden hebben budgetkortingen bij de ziekenhuizen plaatsgevonden. Per 1 januari jl. zijn de budgetparameters herijkt en zijn in het kader van Zorg Verzekerd extra middelen ter beschikking gesteld,

Omdat een meer directe relatie tussen kosten en vergoeding op verrichtingenniveau is te bereiken, is een project opgestart, dat ten doel heeft het introduceren van een stelsel van DBC's (diagnose-behandeling-combinaties). Een DBC betreft het gehele traject van zorg dat nodig is om een patiënt met een bepaalde aandoening te helpen. In 2003 zullen DBC's worden ingevoerd in de ziekenhuizen. Deze kunnen vervolgens met de

verzekeraars onderhandelen over de aantallen te produceren DBC's en over de prijs daarvan. Met de invoering van de DBC's wordt een duidelijker relatie gelegd tussen de gemaakte kosten en de diverse prestaties van ziekenhuizen.

12 b.

De thuiszorg wordt bekostigd op basis van de uren zorgverlening aan de cliënt in de thuissituatie. In de budgetsystematiek voor thuiszorginstellingen wordt onderscheid gemaakt naar een (acht) producten, die elk een geldelijke waardering kennen (de «beleidsregelwaarden»). Zo is een verschil tussen de producten verpleging en huishoudelijke verzorging dat de eerste zorgvorm per dagdeel vele korte contacten in diverse thuissituaties kent, terwijl het tweede product in dagdelen wordt geleverd. De hoogte van het budget wordt bepaald door de beleidsregelwaarde van de diverse producten en de volume-afspraken tussen instellingen en het zorgkantoor. (Voor de aanpak van de wachtlijsten geldt een ander regime. Zie hiervoor het antwoord op vraag 13.) Behalve met de aard en de kwaliteit van de producten, hangt de beleidsregelwaarde ook samen met andere productiviteitsbepalende factoren.

Aan de sector thuiszorg zijn in de periode sinds 1997 geen algemene budgetkortingen opgelegd. Er heeft derhalve in dat kader geen verstoring plaatsgevonden van de relatie tussen de beleidsregelwaarde per product en de daarvoor gemaakte kosten.

De actuele beleidsregelwaarden voor de thuiszorg zijn gebaseerd op het benchmark onderzoek uit 1997. Het thans lopende nieuwe benchmark onderzoek in de thuiszorg kan tot een actualisatie leiden.

12 c.

Mede gezien de voorgaande deelvragen, lees ik vraag 12c als betrekking hebbend op de overige zorgsectoren.

De systematiek voor de overige intramurale en semi-murale AWBZ-sectoren komt in essentie overeen met de hiervoor beschreven systematiek ten aanzien van de ziekenhuizen. Ook voor deze sectoren geldt dat wordt gestreefd naar een duidelijker relatie tussen prijs en prestatie. Voor wat betreft de systematiek ten aanzien van de vrije-beroepsbeoefenaars wordt verwezen naar het antwoord op vraag 16.

Vraag 13

- a) Op welk moment is een instelling op de hoogte van haar budget voor het komende jaar?
- b) Hoe verhoudt zich dat tot marktbedrijven dan wel tot overheidsorganisaties?
- c) Als het waar is dat de budgetten voor jaar T pas in maart door het CTG worden toegewezen, en indien directies de eerste maanden om die reden een terughoudend productiebeleid voeren, is dan niet de oorzaak gecreëerd voor een tekortschieten van de productie over het hele jaar?
- d) Kan de minister aangeven voor een steekproef van instellingen hoeveel over de afgelopen 15 jaar een overschot dan wel een tekort hebben vertoond?

Antwoord

13 a.

Voor de beantwoording is het van belang een onderscheid te maken tussen de jarenlange gehanteerde methodiek voor de (reguliere) productie en de nieuwe methodiek voor de wachtlijstaanpak.

De gebruikelijke gang van zaken voor instellingen is dat aan het einde van jaar T-1 er al grote duidelijkheid bestaat over jaar T. Na de presentatie van de Zorgnota in de Tweede Kamer, kan het CTG beleidsregels maken en vaststellen. Ook de goedkeuring van die beleidsregels door de minister

kan nog voor het einde van het jaar plaatsvinden. Instellingen weten dan hoe de systematiek eruit gaat zien (welke producten en welke prijzen) en weten ook in grote lijnen wat hun budget gaat worden. De productieafspraken kunnen vervolgens gemaakt worden. Als de productieafspraken zijn gemaakt, dan weet de instelling haar budget. De uiterste indieningstermijn bij het CTG is inderdaad meestal 1 maart van jaar T, maar het mag ook eerder. Als er geen ongebruikelijke zaken plaats vinden, dan weet een instelling aan het einde van jaar T-1 dus al redelijk nauwkeurig haar budget en ruim voor 1 maart van jaar T zeer nauwkeurig. Dit geldt voor de reguliere productie. Op dit moment is dat (nog) het grootste deel van de productie en dus het budget.

Met de aanpak van de wachtlijsten en de daarbij behorende beleidsregels is een andere werkwijze ingevoerd, het boter-bij-de-vis-principe. Net als bij de reguliere productie zijn er beleidsregels en worden er productieafspraken gemaakt. Maar de indieningdata voor de wachtlijstproductie liggen later in het jaar én er wordt nagecalculeerd op de totaal gerealiseerde productie. Dit houdt in dat een instelling na afloop van het jaar wordt afgerekend op de feitelijke productie en dus minder budget krijgt als er minder wordt geproduceerd. Een instelling weet dan dus aan het einde van jaar T+1 haar budget over jaar T. Definitieve zekerheid krijgen ze pas bij de afrekening door het CTG, die in principe voor 1 maart van jaar T+1 gebeurt.

13 b.

De wachtlijstaanpak heeft geleid tot een situatie die in zekere zin vergelijkbaar is met bedrijven in de particuliere markt. Ook marktbedrijven weten immers pas aan het einde van het jaar hoeveel productie is afgezet en hoeveel geld ze daarvoor hebben ontvangen. De omzet wordt in de loop van het jaar opgebouwd en er wordt aan het begin van het jaar geen afspraak gemaakt over de hoeveelheid geld waarop een bedrijf in de marktsector kan rekenen.

13 c.

Nee, daarin hoeft niet de reden voor terughoudendheid te liggen. Zoals hiervoor aangegeven is het bij de gebruikelijke gang van zaken zo dat een instelling aan het einde van jaar T-1 redelijk nauwkeurig haar budget weet en voor 1 maart van jaar T zeer nauwkeurig. En dus kan de instelling vanaf het begin van het jaar optimaal produceren.

Nu deed zich het afgelopen jaar wel de situatie voor dat voor een aantal sectoren de beleidsregels van het CTG eerst in een laat stadium beschikbaar waren. Hierbij spelen twee factoren. Ten eerste de invoering van het boter-bij-de-vis-principe bij extra productie en ten tweede het geleidelijk aan meer prestatiegericht maken van de bekostigings-systematiek. Een en ander noopte tot veel en vaak langdurig overleg tussen alle betrokkenen alvorens de desbetreffende beleidsregels door het CTG konden worden vastgesteld resp. door de staatssecretaris of mij konden worden goedgekeurd. Dit, en het gegeven dat de geduide aanpassingen ook onzekerheden voor de instellingen met zich meebrengen, zou van invloed kunnen zijn op de productie. Maar of dit echt zo is, zou eerst uit evaluaties kunnen blijken.

13 d.

Een dergelijk overzicht is op korte termijn niet te geven. De vraag is voorgelegd aan het CTG. Zodra het antwoord beschikbaar is, zal ik u dat separaat doen toekomen. (NB. Het CTG voert ieder jaar een enquête uit naar de exploitatieresultaten waaruit wel een overzicht kan worden gegeven van het aantal instellingen met een cumulatief negatief niet-vreemd eigen vermogen en het totale exploitatieresultaat van alle instellingen. Dit gebeurt overigens pas sinds 1992).

Vraag 15

Zal naast de ontwikkeling van DBC's in de ziekenhuizen ook gekomen worden tot DBC's (wellicht aansluitend) voor de verpleeghuis en thuiszorgsector opdat financiering ook daar op die basis plaats kan vinden waardoor een betere zorgketen tussen ziekenhuiszorg/verpleeghuiszorg en thuiszorg zou kunnen ontstaan? Wordt aan een dergelijke ontwikkeling gewerkt?

Antwoord

In het kader van het benchmarkonderzoek in de sector verpleging en verzorging zijn thans productdefinities voor de zorg in ontwikkeling. Deze definities worden in eerste instantie ontwikkeld om de zorg beter en meer vraaggeoriënteerd te beschrijven. Daarnaast kunnen deze definities ook worden gebruikt voor de bekostiging van de zorg. In de thuiszorg is dat al sinds 1995 aan de orde. Op basis van het benchmark onderzoek in de thuiszorg 1997 zijn de productdefinities per 2000 gewijzigd en de WTG-tarieven aangepast. In 2001 is de lump sum financiering in de thuiszorg volledig afgebouwd. Voor de verpleeg- en verzorgingshuiszorg zijn vergelijkbare definities in ontwikkeling. In het eerste kwartaal van 2002 zal ik rapporteren over de bevindingen van een eerste (test)benchmark bij verpleeg- en verzorgingshuizen. De modernisering van de AWBZ kan overigens zonder grote problemen worden ingepast in het benchmarkinstrumentarium. De productdefinities ondersteunen bij uitstek de zorgketen.

Vraag 16

- a) Kan worden aangegeven welke ontwikkelingen de tarieven doormaken daar waar het CTG geen tarief per verrichting of verrichtingencluster vaststelt maar wordt uitgegaan van maximumtarieven?
- b) Klopt het beeld dat in dergelijke gevallen bijna altijd het maximumtarief wordt gehanteerd tussen aanbieders en verzekeraars omdat bijvoorbeeld de marktwerking ontbreekt (kraamzorg bijvoorbeeld)?
- c) Worden er experimenten overwogen met het loslaten van tarieven in bepaalde sectoren om meer aan te sluiten bij «marktwerking» en vraaggerichte zorg? En aan welke onderdelen wordt dan gedacht (bijvoorbeeld onderdelen van de zorg waar vanuit de aanbieders sprake is van een echte marktpositie?)

Antwoord

16 a.

Maximumtarieven zijn sinds het begin van de jaren '90 van toepassing bij de vrije beroepsbeoefenaren.

Wat betreft de ontwikkeling van die tarieven is van belang te weten dat de opbouw van die tarieven wordt bepaald door de formule: het maximumtarief is gelijk aan de som van norminkomen en een normvergoeding voor de praktijkkosten gedeeld door de workload. Feitelijk vindt elk jaar aanpassing plaats voor loonen prijsontwikkelingen. Hiernaast kan aanpassing plaatsvinden door herijking van elementen uit die tarief-formule. Zo'n herijking wordt veelal uitgevoerd door WTG-partijen en het CTG. Of de uitkomsten van die herijkingen worden overgenomen door VWS is mede afhankelijk van de financiële ruimte die Zorgnota/BKZ biedt. Een recent voorbeeld van zo'n herijking die ook daadwerkelijk is geëffectueerd, betreft de praktijkkostenvergoeding voor de huisartsen, waarmee f 250 mln. is gemoeid. Hierdoor gingen de tarieven voor de huisartsen (abonnementstarief in de ziekenfondssector resp. consulttarieven in de particuliere sector) op 1 juli jongstleden met bijna 10% omhoog. Een laatste opmerking geldt de norminkomens. Deze zijn in de jaren '80 door de overheid vastgesteld en vervolgens, via ministeriële aanwijzingen aan het (toen nog) COTG, in de tarieven verwerkt. Begin dit jaar heb ik het

CTG verzocht een plan van aanpak te ontwikkelen voor een algehele herijking van de inkomens voor alle vrije beroepsbeoefenaren.

16 b.

Het geschetste beeld klopt, zij het dat voor de kraamzorg de feiten anders zijn (geweest) dan de vraag suggereert. Als verklaringen voor het gegeven dat de feitelijk gehanteerde tarieven bijna altijd gelijk zijn aan de maximumtarieven worden vaak genoemd:

29. de schaarste in het aanbod, wat aanbieders een sterke onderhandlungspositie verschaft;
30. het niveau van de maximumtarieven, dat bij invoering begin jaren '90 gelijk werd gesteld aan het niveau van de tot dan toe geldende zogenoemde punttarieven;
31. afspraken binnen beroepsgroepen die erop gericht zijn dat steeds het maximumtarief zal worden gehanteerd (De sinds 1998 bestaande NMa houdt toezicht op kartelvorming dienaangaande); een specifiek punt geldt de particuliere sector. In die sector is sprake van een restitutiesysteem en worden geen overeenkomsten gesloten zoals in de ziekenfondssector.

Een afwijkend beeld heeft zich in het verleden in de kraamzorg voorgedaan. Daar werd in voorkomende gevallen wel degelijk onder het maximumtarief gecontracteerd.

16 c.

De voornemens om bepaalde prestaties of bepaalde zorgaanbieders vrij te stellen van WTG-tarifiering betreffen de volgende.

Per 2002:

32. verwijderen van tatoeages;
33. acupunctuur;
34. chiropractie;
35. haptonomie;
36. gezondheidskeuringen;
37. rijbewijskeuringen;
38. aanstellingskeuringen;
39. tropenkeuringen;
40. werkzaamheden bij een organisatie die zich uitsluitend richt op reïntegratie in het arbeidsproces, waarvan de kosten normaliter niet als risico voor verzekering door ziektekostenverzekeraars in aanmerking komt;
41. prestaties die worden gefinancierd uit subsidies ZFW/AWBZ;
42. prestaties van abortusklinieken;
43. prestaties van «echte» privé-klinieken;
44. niet-geïndiceerde thuiszorg;
45. het trainen of begeleiden van personen door vrijgevestigde fysiotherapeuten en oefentherapeuten in verband met fitness en sportuitoefening en zwangerschap;
46. het geven van opleiding en bijscholing door vrijgevestigde fysiotherapeuten en oefentherapeuten.

Per 2003:

Het voornemen bestaat om per 2003 alle prestaties van vrijgevestigde fysiotherapeuten en oefentherapeuten vrij te stellen van tarifiering ex WTG, tenzij deelmarktonderzoek anders uitwijst. Hetzelfde geldt voor orthodontische prestaties, uitgevoerd door tandartsen, orthodontisten en kaakchirurgen.

De verdere aanpak van de beperking van de reikwijdte van de WTG voor curatieve zorg wordt gebaseerd op deelmarktonderzoeken als bedoeld in de beleidsbrief Modernisering curatieve zorg. De verdere aanpak ten aanzien van het eerste verzekeringscompartiment loopt mee in het traject modernisering AWBZ.

Alle hiervoor genoemde voornemens staan vermeld in de brief over de WTG, d.d. 1 juni 2001, aan de Voorzitter van de vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer. Voor een nadere toelichting verwijs ik naar deze brief, die als bijlage 1 is toegevoegd.

Vraag 17.

Bestaat het recht uit de benodigde aantal uren zorg of is het een afgeleid recht in de vorm van een beschikbaar budget?

Toelichting:

Met betrekking tot het vraaggestuurde aanbod wordt veel waarde gehecht aan het persoonsgebonden budget. Wat onhelder blijft is de vraag wat nu werkelijk wordt toegekend wanneer een persoon recht krijgt op het persoonsgebonden budget. De indicatie wordt gesteld voor de omvang van de zorg. Het budget wordt gemaximeerd op een bedrag maximaal gelijk aan de gemiddelde verpleeghuisprijs. Achtergrond van die keuze is geweest dat mensen op die wijze in eigen omgeving zorg kunnen organiseren. Het vermindert bovendien de druk op de thuiszorg en op de intramurale zorg. Echter, de eigen omgeving kan niet altijd die zorg bieden die gewenst is.

Is het nu de bedoeling dat personen met een dergelijk budget daarmee het aantal uren zorg ook kunnen inkopen zondig via de thuiszorginstellingen en voor het door het CTG vastgestelde tarief voor thuiszorg resp. verpleeghulp of komen betrokkenen nog in aanmerking voor de inkomensafhankelijke cliëntenprijs, dan wel een marginale prijs van de thuiszorginstelling?

In het eerste geval is het evident dat het budget slechts toereikend kan zijn voor een beperkt aantal zorguren. In het tweede geval zou er sprake zijn van een dubbele wijze van financiering. En ook zou daarmee alsnog een extra druk op de thuiszorg worden gelegd. Nog anders gevraagd: heeft de cliënt recht op het bedrag of moet de cliënt ook buiten de intramurale sector kunnen rekenen op het aantal uren zorg ook als dat eventueel gesubsidieerd middels het reguliere thuiszorgcircuit dient te worden verstrekt?

Antwoord

De gang van zaken is als volgt: eerst wordt via onafhankelijke indicatiestelling bepaald op welke zorg iemand op grond van de AWBZ aanspraak heeft; daarna bepaalt de cliënt zijn keuze zorg in natura of een persoonsgebonden budget (PGB). Binnen de sector verpleging en verzorging wordt de hoogte van het PGB bepaald door het aantal geïndiceerde uren zorg te vermenigvuldigen met de bijbehorende uurtarieven voor de verschillende soorten hulp. De PGB-uurtarieven voor de thuiszorgproducten zijn gebaseerd op de loonkosten van de zorgverlener vermeerderd met een opslag voor bijkomende kosten en goed werkgeverschap. Daaraan wordt voldaan door voor de verschillende zorgproducten uit te gaan van 75% van de maximum CTG-tarieven, met uitzondering van het tarief voor alphahulp die 100% bedraagt van het tarief bij zorg in natura.

Het PGB voor verstandelijk gehandicapten kent een andersoortige systematiek om tot de hoogte van het budget te komen, te weten de budgetcategorieënsystematiek. Op basis van indicatie vereisten wordt een cliënt ingedeeld in een van de budgetcategorieën. Deze budgetcategorieën zijn afgeleid van het zorg in natura aanbod.

De bedragen van deze budgetcategorieën zijn afgeleid van het pendant van het natura aanbod, zij het gecorrigeerd voor de kapitaals- en investeringslasten (20%). Het hanteren van verschillende systematieken om te komen tot een budget leidt echter tot uitvoeringsproblemen en vraagt om harmonisering van de rekensystematieken. Op dit moment worden voorstellen ontwikkeld om dit te realiseren.

Vraag 18

In de jaren zestig en zeventig is een omvangrijk circuit van intramurale werksoorten ontstaan als gevolg van indirecte financiering vanuit de Algemene bijstandswet aan de cliënt. Gedacht kan worden aan pensions voor alleengaanden die in toenemende mate met het verstrijken der jaren ouder en meer zorgbehoevend werden; zelfopvanggroepen zoals de blijf-van-mijn-lijf-huizen en dergelijke. Begin jaren tachtig is de indirecte financiering afgesloten.

Vragen:

- a) Is het de minister bekend of zich situaties voordoen waarbij een aantal personen met behulp van het persoonsgebonden budget kiezen voor een gezamenlijke inzet van middelen en het gezamenlijk inhuren/inkopen van huisvesting en zorg?
- b) Is er als dit zich voordoet sprake van nieuw te ontwikkelen vormen van indirecte financiering van intramurale zorg?
- c) Vereist een dergelijke ontwikkeling kwaliteitsnormen of toezicht?

Antwoord

18

Naar aanleiding van de inleiding op de vragen merk ik op, dat de genoemde vormen van intramurale werksoorten vallen onder een ander regime dan de AWBZ. Voor sociale pensions is de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid de financieringsbron, voor de blijf-van-mijn-lijf-huizen de specifieke uitkering vrouwenopvang.

18 a.

Het is mij bekend dat met name in de verstandelijk gehandicaptensector ouders voor hun verstandelijk gehandicapte kinderen kleinschalige woonvormen realiseren, waarbij de zorg voor de bewoners met een PGB wordt gefinancierd.

18 b.

Hoewel bij de invoering van het PGB dergelijke ouderinitiatieven niet voor ogen hebben gestaan, is er geen bezwaar om met het PGB van meerdere budgethouders gezamenlijk zorg in te kopen. Daarbij is het wel van wezenlijk belang, dat de beslissings- en bestedingsvrijheid van de budgethouder met betrekking tot zijn budget voor geen van de betrokken zorgvragers wordt aangetast. Het gaat immers om een persoonsgebonden budget. Dit betekent dat het essentieel is, dat het desbetreffende zorgarrangement uit individuele contracten blijft bestaan, die voor elke afzonderlijke budgethouder zonder bezwaar voor de andere betrokken budgethouders opzegbaar zijn. Met andere woorden het PGB is niet overdraagbaar aan de collectiviteit. Het PGB is echter uitsluitend bedoeld voor de besteding van AWBZ-verzekerde zorg. Met het PGB kan derhalve geen huur of koop van huisvesting worden gefinancierd. Er is derhalve sprake van scheiden van wonen en zorg.

In verband hiermede kan in de bedoelde wooninitiatieven geen sprake zijn van nieuw te ontwikkelen vormen van indirecte financiering van intramurale zorg.

18 c.

Zorgvragers die voor een PGB hebben gekozen, beoordelen zelf de kwaliteit van de zorg respectievelijk van de zorgaanbieders. De budgethouder heeft hierin een eigen verantwoordelijkheid en dit is een logisch voortvloeisel uit de keuzevrijheid die de budgethouder heeft. Daarbij maakt het geen verschil of die zorg binnen een kleinschalige woonvorm gezamenlijk wordt ingekocht met het PGB van meerdere budgethouders. Dat laat onverlet dat budgethouders ten aanzien van de kwaliteit van individuele beroepsbeoefenaren in de zorg kunnen uitgaan van de bescherming die geboden wordt voor gekwalificeerde zorg, doordat

individuele zorgverleners zich moeten houden aan de formele eisen zoals vastgelegd in de wet BIG. Met betrekking tot instellingen waarvan de zorg wordt betrokken, gelden de erkenningsnormen zoals die bij wet zijn vastgesteld.

III Beleids- en beheersstructuur/deregulering

Vraag 19

- a. Heeft de minister, of de vorige staatssecretaris, niet enkele jaren geleden meegedeeld de WZV grondig te willen aanpakken? Heeft de minister dat niet onlangs bij het gezondheidsdebat 2000 herhaald? In welke richting?
- b. Hoe groot is de administratieve last voor de instellingen ten aanzien van de instandhoudinginvesteringen?
- c. Hoe moet een instelling omgaan met instandhouding van in het verleden opgebouwde capaciteit welke groter is dan de normatieve capaciteit?
- d. Leidt instandhouding van de vroeger opgebouwde surpluscapaciteit niet tot aantasting van het volume beschikbaar voor de echte zorg?
- e. Wil de minister nog eens de werking van de zgn. trekkingsrechten in dit verband uitleggen?

Antwoord 19a

Ja. Inderdaad.

Op 29 maart 2001 heb ik het ontwerp van de Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ) bij de Tweede Kamer ingediend (Kamerstuk 2000-2001, 27 659, nr. 1-2, Tweede Kamer). Deze wet vervangt ondermeer de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

Antwoord 19b.

Gezien de vervolgvragen neem ik aan dat deze vraag betrekking heeft op de meldingsprocedure Wet ziekenhuisvoorzieningen. De administratieve lasten voor de instelling zijn bij deze procedure klein. De instelling moet voorafgaande aan de investering en na realisatie daarvan een aantal gegevens toezenden. Daarnaast dient de instelling te beschikken over een actueel lange-termijnhuisvestingsplan. Voor de inhoud van dit plan zijn een beperkt aantal eisen geformuleerd.

Antwoord 19c.

Wanneer een instelling in werkelijkheid meer m^2 heeft dan overeenkomt met zijn capaciteit – de zogenaamde normatieve m^2 – kan hij er voor kiezen deze overmaat af te bouwen c.q. af te stoten of in stand te houden.

Antwoord 19d.

Neen. De financiële ruimte die een instelling krijgt, is afgestemd op het aantal normatieve m^2 . Als een instelling het noodzakelijk acht zijn overmaat aan werkelijke m^2 – waarvoor hij geen instandhoudingmiddelen in de vorm van budget danwel trekkingsrechten ontvangt – in stand te houden, kan hij hiervoor een WZV-vergunning aanvragen. De afgegeven WZV-vergunning geeft de instelling recht op een verhoging van zijn (exploitatie)budget.

Antwoord 19e

Een instelling krijgt, na het doorlopen van een groeipad, trekkingsrechten op een hoger (exploitatie) budget. Deze trekkingsrechten stellen hem in staat voor in totaal 50% van de (normatieve) vervangingswaarde van zijn infrastructuur te investeren. De trekkingsrechten worden door het College tarieven gezondheidszorg omgezet in een hoger budget (rente en afschrijving) nadat de instelling een investering heeft gemeld en het

College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft geoordeeld dat de melding rechtmatig was.

Vraag 20

In welke mate treedt er verspilling op door de (meer globale) onderzoeken van het Regionale Indicatie Orgaan welke vervolgens door het verpleeghuis worden overgedaan om een behandelplan op te stellen?

Antwoord

Het is de taak van de Regionale Indicatieorganen (RIO's) om de indicatiebesluiten in functionele termen te formuleren. Op deze manier kunnen de verzekerden na de indicatiestelling kiezen voor of een persoonsgebonden budget of voor zorg in natura. Het indicatiebesluit is met opzet in globale termen gesteld om de keuzevrijheid van de verzekerden door de indicatiestelling niet te beperken. Het opstellen van een behandelplan behoort perse niet tot de taak van de indicatiestellers. Wel zal het behandelplan op het indicatiebesluit gebaseerd moeten zijn. Bij een goede afstemming tussen RIO's en zorgaanbieders is er van verspilling geen sprake.

Vraag 21

Hoe vaak worden thans overbruggende verpleeghuisvoorzieningen geleverd door algemene ziekenhuizen, onderregie van een verpleeghuis? Hoe kunnen die worden gefinancierd? Onder welk budget vallen die? Hoe wordt de AWBZ-voorziening in die gevallen afgerekend.

Antwoord

Uit de laatste meting van de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging van 1 maart 2001 blijkt dat 1313 mensen met een verpleeghuisindicatie verblijven in het ziekenhuis. Het is onbekend hoeveel mensen in een algemeen ziekenhuis onder regie van een verpleeghuis, verpleeghuiszorg ontvangen. Er zijn twee vormen van deze problematiek. De eerste is dat betrokkene ligt in een algemeen ziekenhuis ligt en onder regie van het verpleeghuis zorg krijgt die wordt geleverd door ziekenhuispersoneel.

De tweede is dat betrokkene in een speciale vleugel van een algemeen ziekenhuis ligt en zorg ontvangt door personeel in dienst van een verpleeghuis onder regie van het verpleeghuis.

In beide gevallen wordt de zorg door de AWBZ gefinancierd.

Vraag 22

De minister wil de bureaucratie in de zorg aanpakken. «Vorig jaar al bracht een adviesbureau de hinder in kaart, die door allerlei wetten en regelingen wordt veroorzaakt.» (Zie NRC 23/01/01). Een commissie moet voor 1 januari voorstellen doen.

- a. Wil de minister kort aangeven welke hinder door welke regelingen wordt veroorzaakt?
- b. Om hoeveel overhead personeel en overhead geld gaat het?
- c. Is de aanpak los van de besluiten over het stelsel mogelijk?

Antwoord

22a en 22b

Een gedetailleerd antwoord op beide vragen kan ik op dit moment nog niet geven. Hieronder ga ik beknopt in op de stand van zaken voor wat betreft de terugdringing van de administratieve lasten in de zorg op dit moment.

In oktober 2000 heb ik de uitkomsten van een onderzoek naar de administratieve lasten in de zorgsector aan de Tweede Kamer gezonden. Een afschrift van deze brief treft u hierbij aan (Minister VWS, MEVA/AEB 2120558). Dit onderzoek is in 2000 uitgevoerd door Price Waterhouse Coopers en heeft geresulteerd in een «groslijst» van regelgeving die door

instellingen, beroepsbeoefenaren en zorgverzekeraars als belastend wordt ervaren. Tevens geeft het onderzoek een beeld van de mate waarin men de administratieve verplichtingen als belastend ervaart.

De volgende top-vijf aan administratieve handelingen komt als dominant uit dit onderzoek naar voren: enquêtes, nacalculatie, differentiatie in financieringsstromen, machtigingen en bouwprocedures.

Dit onderzoek levert de bouwstenen voor de prioritering in de aanpak van de administratieve lasten.

De tweede stap betrof de instelling van een onafhankelijke commissie die concrete voorstellen doet voor het zoveel mogelijk reduceren van de administratieve lasten op zorgterrein.

Eind vorig jaar heb ik de bedoelde onafhankelijke adviescommissie ingesteld: Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (Regeling instelling Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector; Stcrt. 2001,15).

De Commissie heeft tot taak te bezien of de informatieverplichtingen en procedures die er zijn om bepaalde beleidsdoelen te realiseren, eenvoudiger, efficiënter en effectiever kunnen en daarover concrete voorstellen te ontwikkelen die leiden tot een substantiële vermindering van de administratieve lasten in de zorgsector. Tot de zorgsector worden gerekend de instellingen en beroepsbeoefenaren in de zorg alsmede de zorgverzekeraars.

De Commissie richt zich in eerste instantie – mede gezien de uitkomsten van het bovengenoemde onderzoek – op drie belangrijke complexen van wet- en regelgeving in de zorgsector: Financiering (Ziekenfondswet, Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten en de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998), Prijzen (Wet Tarieven Gezondheidszorg) en Bouw (Wet Ziekenhuisvoorzieningen). De Commissie denkt daarmee de hoofdmoot van de administratieve lasten in het zorgveld in beeld te hebben.

Ik heb aan het EIM opdracht gegeven tot het uitvoeren van een zogenoemde nulmeting op de belangrijkste terreinen van administratieve lasten. Doel van dit onderzoek is het bepalen van de omvang (in termen van kosten) en de samenstelling van de administratieve lasten volgend uit de drie hierboven genoemde complexen van wet- en regelgeving. Administratieve lasten die voortvloeien uit enquêtes zijn in dit onderzoek eveneens meegenomen.

Verder omvat de opdracht aan het EIM het ontwikkelen van een meet- en monitorsysteem om de voorstellen van de commissie (ook voor de lange termijn) te kunnen doorrekenen.

Dit kwantificeringsonderzoek geschiedt in nauwe samenwerking met de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector. Niet alleen zal zodoende een kwantitatieve inschatting in termen van kosten worden gegeven van de omvang van de administratieve lasten van regelgeving op zorgterrein, maar ook de kwantitatieve betekenis van de voorgestelde maatregelen wordt in kaart gebracht. Zo ontstaat zicht op de relatieve vermindering, dit in lijn met de door het kabinet genomen besluiten.

Het in gang gezette traject rond terugdringing van de administratieve lasten in de zorg gaat uit van de interdepartementaal overeengekomen definitie van administratieve lasten: de kosten om te voldoen aan informatieverplichtingen voortvloeiend uit wet- en regelgeving. Daarbij gaat het om het verzamelen, bewerken, registreren, bewaren en ter beschikking stellen van informatie.

De eindrapportage van de Commissie is voorzien voor december 2001, een tussenrapportage vindt plaats medio 2001. Het eindrapport van de commissie zal ik, vergezeld van een kabinetsstandpunt over de voorstellen, aan de Eerste en Tweede Kamer toezenden.

22 c.

Het is waarschijnlijk dat sommige aspecten los van het stelsel kunnen, andere zullen ermee samenhangen en geïntegreerd aangepakt moeten worden.

De Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector heeft als eerste opdracht om voorstellen te doen ten aanzien van de huidige wet- en regelgeving. Dat neemt niet weg dat in de taakopdracht is meegegeven zij ook voorstellen kan doen die er toe bij dragen dat bij de ontwikkeling van nieuwe regelgeving de administratieve belasting als expliciet beoordelingscriterium wordt meegenomen. De Commissie heeft dus niet de opdracht om de consequenties voor de administratieve belasting van het zorgveld als gevolg van een eventuele stelselherziening in haar beschouwingen te betrekken.

Vanzelfsprekend zullen bij de beraadslagingen over een eventuele stelselherziening de daarmee gepaard gaande administratieve lasten wel in beschouwing worden genomen.

Verder wordt binnen het ministerie van VWS actief gewerkt aan bevordering van een bewustwordingsproces ten aanzien van (de gevolgen voor) de administratieve lasten van nieuwe regelgeving. Deze bewustwording wordt gestimuleerd door de wetgevingsjuristen en beleidsmedewerkers te wijzen op het bestaan van de toetsingsprocedure bij Actal, inventarisatie van regelgeving die ter toetsing moet worden voorgelegd en door de organisatie van een presentatie van de Actal binnen VWS.

Vraag 23

- a. Kent de minister de uitspraak van de directeur van Arcares (Fin.Dagblad 16-10-00) dat extra geld voor de aanpak van wachtlijsten is gebruikt om al bestaande initiatieven van het veld alsnog in overeenstemming met de regelgeving te brengen? De leden van de organisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen «voelen zich gedwongen het keurslijf van de regelgeving te doorbreken.»
- b. Welke aanwijzingen heeft de minister dat dit reeds gebeurt?
- c. Heeft de minister informatie over initiatieven op dit gebied die niet in overeenstemming zijn met de regelgeving?

Antwoord

- a. Ja.
- b. Anders dan het citaat suggereert, gaat het er primair om dat extra productie wordt geleverd. Het is dus niet zo dat illegale initiatieven «gewit» worden.
In het kader van de bestrijding van de wachtlijsten is de mogelijkheid geschapen ook zogenaamde onorthodoxe voorstellen in te dienen. Van die mogelijkheid heeft een groot aantal initiatiefnemers gebruikgemaakt.
- c. De als onorthodox ingediende plannen passen naar hun inhoud of verschijningsvorm niet in de bestaande reguliere financierings- of bouwkundige kaders. Van de 3500 initiatieven die in het kader van de wachtlijstbestrijding zijn ingediend waren er 643 onder de titel onorthodox. Bij nadere analyse bleek het overgrote deel van de voorstellen alsnog in de bestaande categorieën onder te brengen. Uiteindelijk bleven er 83 voorstellen over die qua opzet inderdaad onorthodox bleken en dus niet passen in de regelgeving. Deze zijn getoetst op de vraag of zij extra productie kunnen opleveren. Deze groep is in drie categorieën verdeeld:
 - * 66 initiatieven die ten behoeve van extramurale zorg bouwkundige voorzieningen willen realiseren in woonzorgcomplexen. De voorstellen liggen in de sfeer van het scheiden van wonen en zorg door in gewone woningen de nodige bouwkundige aanpassingen

- aan te brengen, waardoor ouderen ook bij een toenemende zorgvraag toch buiten de muren van de intramurale voorzieningen de noodzakelijke zorgverlening kunnen krijgen;
- * 15 initiatieven die zich richtten op het oplossen van de arbeidsmarkt problematiek. Ten aanzien van de plannen op het gebied van de arbeidsmarkt is besloten deze te betrekken bij de voorstellen van de Commissie Arbeidsmarktknelpunten Collectieve Sector (Commissie Van Rijn);
 - * 2 initiatieven, waarover het overleg nog gaande is.

IV Arbeidsmarkt/personeelstekorten

Vraag 25

Hoe is de regelgeving t.a.v. het extra budget voor werkdrukvermindering? Weet de minister hoe in het veld geoordeeld wordt over de formulieren om de extra middelen aan te vragen?

Vraag 26

Zijn de extra gelden voor werklastvermindering effectief aan te wenden gegeven de knelpunten op de arbeidsmarkt? Vindt er controle plaats op de aanwending van die extra gelden? Indien de gelden zijn aangewend bijv. om personeel vast te houden, wat zijn dan de consequenties?

Antwoord 25 en 26

De vraag over de regelgeving t.a.v. het extra budget voor werkdrukvermindering is met name gericht op de thuiszorginstellingen en verpleeg- en verzorgingshuizen. Een en ander is neergelegd in een protocol dat in 1999 is afgesloten met betrokken organisaties. Afspraken zijn daarbij gemaakt ten aanzien van de wijze waarop de middelen ten goede komen aan de instellingen. Ook zijn afspraken gemaakt met betrekking tot de rapportages over de aanwending en verantwoording van deze middelen. De problemen die daaromtrent bestaan hebben met name betrekking op het feit, dat zij nogal ingewikkeld zijn en een specificatie vragen over werksoorten (thuiszorg, verzorgingshuiszorg en verpleeghuiszorg) die niet altijd is te leveren. Dit is eerder een probleem voor de zorgkantoren die op basis van deze formulieren moeten rapporteren over de plannen van de instellingen dan voor de instellingen zelf. Die zijn in staat om een plan op te stellen voor het hen beschikbaar gestelde bedrag voor werkdruk. Voor het jaar 2002 zal in overleg met Zorgverzekeraars Nederland worden bezien hoe dit formulier kan worden verbeterd.

De tweede vraag gaat met name in op de effectiviteit en mogelijkheden om werkdrukmiddelen in te zetten voor personeelsuitbreiding. Oplossingsrichtingen voor de werkdruk zijn in principe «extra handen aan het bed» en flankerend arbeidsmarktbeleid. Het is niet altijd effectief en gezien de toenemende arbeidsmarktknelpunten ook niet altijd mogelijk om extra personeel aan te nemen. In die gevallen verdient het de voorkeur om de werkdrukmiddelen aan te wenden voor flankerend werkdrukbeleid. Gedacht kan dan worden aan trainingen voor leidinggevenden, leeftijdsgericht personeelsbeleid, ziekteverzuimbeleid, regionale samenwerking, het creëren van instroom door extra opleidingscapaciteit en andere vormen van personeelsbeleid. Een besluit over de meest effectieve aanwending is een bedrijfsvoeringskwestie en dient op sector- danwel op instellingsniveau genomen te worden. In de gehandicaptenzorg zijn de werkdrukmiddelen die in 2001 beschikbaar zijn gekomen expliciet bestemd voor het aannemen van «extra handen aan het bed». In de andere sectoren is daarnaast ook ruimte geschapen om flankerend werkdrukbeleid te voeren. Wij toetsen globaal hoe de middelen worden aangewend.

Bij brief van 13 maart jl. (Kamerstuk 2000–2001, 27 401, nr. 52, Tweede Kamer) is al aan de Tweede Kamer gemeld dat instellingen hun werkdruk-

beleid uit meerdere bronnen bekostigen: via de sectorfondsen, via de hier bedoelde werkdrukmiddelen en uit het reguliere budget dat verkregen wordt via CTG-beleidsregels. Het is daarom lastig de inzet van de werkdrukmiddelen geïsoleerd te verantwoorden.

Vraag 27

- Hoe ontwikkelde zich het aantal huisartsen de afgelopen 15 jaar?
- Hoe groot is het aantal niet bezette plaatsen thans?
- Hoe zal het aantal vacatures zich de komende jaren ontwikkelen gegeven de leeftijdsopbouw van huisartsen? (Zie ook de voorzitter van de LHV in Volkskrant van 26 of 27 januari jl.: «Over vijf jaar zitten drie miljoen mensen zonder huisarts.»)
- In welke regio's is er reeds nu een acuut tekort?
- Welke maatregelen worden door de LHV gesuggereerd?
- Welke maatregelen worden door de minister genomen?
- Wordt nog steeds een numerus fixus voor de studie Medicijnen gehanteerd? Zie de brief van de minister inzake Interpellatie inzake de huisartsenzorg, Kamerstuk 27 583, nr. 42: «de instroomcapaciteit van de huisartsenopleiding van 360 vorig jaar zal worden verhoogd naar 525 in het jaar 2004.»
- Zijn die maatregelen voldoende?

Antwoord

27 a.

Ontwikkeling aantal huisartsen, 1985–2000, per 1 januari

	Zelfstandig gevestigd	HIDHA's	Totaal	Gemiddelde praktijk- omvang	Bevolking
1985	5 909	323	6 232	2 319	14 453 833
1986	6 179	289	6 468	2 246	14 529 430
1987	6 220	311	6 531	2 238	14 615 125
1988	6 288	363	6 651	2 212	14 714 948
1989	6 332	367	6 699	2 210	14 805 240
1990	6 391	410	6 801	2 190	14 892 574
1991	6 465	392	6 857	2 189	15 010 445
1992	6 535	369	6 904	2 191	15 129 150
1993	6 589	374	6 969	2 187	15 239 182
1994	6 649	364	7 013	2 188	15 341 553
1995	6 753	372	7 125	2 165	15 424 122
1996	6 814	356	7 170	2 161	15 493 889
1997	6 916	461	7 377	2 110	15 567 107
1998	6 998	458	7 456	2 100	15 654 192
1999	7 091	480	7 571	2 082	15 760 225
2000	7 217	487	7 704	2 059	15 863 950

HIDHA = huisarts in dienst van een andere huisarts

Bron: NIVEL/CBS

27 b.

Volgens opgave van de LHV zijn 60 praktijken onbezet (referenties: Health Management Forum, maart 2001, interview met P. Klinkhamer, huisarts en bestuurslid LHV «Al in 2004 kunnen 3 miljoen Nederlanders zonder huisarts zitten», en inventarisatie van de DHV'en d.d. 7 juni 2001). Daarnaast is het zo dat er huisartsen zijn die (nog) geen eigen praktijk hebben en veelal tijdelijk als vervanger in bestaande praktijken werkzaam zijn (de «vervangingspool»).

De vacatures doen zich zowel voor in de grote stad als in minder verstedelijkte gebieden.

Het aantal praktijkzoekende huisartsen ontwikkelde zich als volgt.

Praktijkzoekende huisartsen (zelfstandig of als HIDHA):

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Huisartsen	683	503	534	449	578	616	709	585	489	529	556

27 c.

Het aantal huisartsen dat vertrekt door pensionering is afhankelijk van de leeftijd, waarop de huisarts stopt. De meest recente leeftijdsopbouw van werkende huisartsen (bron: NIVEL) is bekend per 1 januari 2000. Wanneer wordt aangenomen dat de huisarts stopt bij het bereiken van de leeftijd van zestig jaar, zullen de hieronder genoemde aantallen huisartsen vertrekken. Vacatures ontstaan verder door onder meer het vertrek naar een andere functie en eerder stoppen met werken door bijvoorbeeld gezinsomstandigheden, ziekte, arbeidsongeschiktheid en voortijdig overlijden. De vraag naar huisartsen zal toenemen door onder meer de bevolkingsgroei en het meer gaan werken in deeltijd. Op dit punt laat de nu beschikbare informatie geen nadere kwantificering toe. Binnen de LHV wordt, in samenspraak met andere betrokken partijen, gewerkt aan een verbetering van de informatievoorziening ter zake.

In onderstaand staatje is de verwachte toename van het aantal huisartsplaatsen in de komende jaren weergegeven, in aanmerking nemend de vervangingsvraag (eerste kolom) en de extra plaatsen die nodig zijn door de bevolkingsgroei (tweede kolom) ontwikkeling. Van de 213 huisartsen van 60 jaar en ouder die op 1 januari 2000 nog werkzaam waren is arbitrair aangenomen dat deze vóór 2003 zijn vertrokken. Bij het aantal benodigde nieuwe huisartsplaatsen door de bevolkingsgroei is uitgegaan van een gemiddelde praktijkomvang van 2 000 inwoners per huisarts. Ook is aangegeven hoeveel artsen de huisartsopleiding voltooien (laatste kolom).

	Vertrek	Bevolkingsgroei	Totaal	Uitstroom opleiding
2000	211	59	270	322
2001	211	58	269	319
2002	211	57	268	332
2003	140	55	195	353
2004	140	53	193	412
2005	304	50	354	458
2006	304	47	351	482
2007	304	39	343	482+

27 d.

Op grond van informatie van de Districts Huisartsen Verenigingen (DHV'en) blijken er op dit moment over het hele land moeilijk te vervullen vacatures voor huisartsplaatsen te zijn (zie ook onder c.). Er kan echter in het algemeen niet worden gesproken van een acuut tekort in de huisartsenzorg, maar als iemand uitvalt wordt de situatie kritiek. In Den Haag wordt de situatie op dit moment reeds als zeer kritiek beschreven. In de nabije toekomst zal ook in een aantal andere regio's het aantal moeilijk te vervullen vacatures toenemen. Een extra punt van aandacht wordt gevormd door de vacatures in asielzoekerscentra. Om goed de vinger aan de pols te kunnen houden ontwikkelt de LHV, samen met de DHV'en, een systeem om de informatie volledig en up-to-date te hebben en zo mogelijk passende maatregelen te nemen.

27 e.

De LHV ziet het als haar taak bij te dragen aan de realisering van de randvoorwaarden waarbinnen de huisarts zijn beroep adequaat kan uitoefenen. De beschikbaarheid van voldoende huisartsen is daar één van.

Om te komen tot een oplossing van manifeste en te verwachten problemen in deze, acht de LHV gerichte samenwerking met en tussen de betrokken instanties een absolute voorwaarde. Ten einde te komen tot effectieve en doelmatige samenwerking ontwikkelt de LHV het project «Huisartsentekort». Daarin wordt beoogd om in overleg met betrokken partijen te bezien wie waarvoor (mede)verantwoordelijkheid draagt om zo te komen tot de aanpak van doelgerichte oplossingen.

De oplossingen zullen op verschillende niveaus en in verschillende richtingen moeten worden gevonden en zullen zich moeten richten op de korte dan wel de langere termijn. Men ziet de volgende oplossingsrichtingen:

- het uitbreiden van de toekomstige capaciteit door middel van de uitbreiding van de opleidingscapaciteit,
- het optimaal benutten van de huidige huisartsgeneeskundige capaciteit door verdergaande taakdifferentiatie (ook inzet van diverse ondersteuners),
- het behouden van de huidige capaciteit, o.a. door verbetering van de randvoorwaarden voor de praktijkvoering.

In het kader van dit project wordt het overleg geïntensiveerd met:

- het Ministerie van VWS, met het oog op mijn betrokkenheid bij het scheppen van de randvoorwaarden, de nationale en internationale wetgeving en de opleidingscapaciteit,
- Zorgverzekeraars Nederland en individuele zorgverzekeraars vanwege de zorgplicht van verzekeraars in het kader van de Ziekenfondswet,
- de vereniging van Nederlandse Gemeenten over de wijze waarop gemeenten kunnen bijdragen aan de oplossing van vestigingsproblemen,
- het Nederlands Huisartsen Genootschap ten einde de kwaliteit van de huisartsenzorg te kunnen waarborgen, ook in de situatie van een groeiend tekort,
- de DHV'en voor ondersteuning van huisartsengroepen (hagro's) en bemiddeling bij zorgverzekeraars en gemeenten,
- het Capaciteitsorgaan in het licht van calculaties voor de toekomstig benodigde capaciteit,
- het NP/CF om, waar mogelijk en nodig, te bevorderen dat de patiënten adequaat een beroep doen op de huisartsenzorg.

Binnen de LHV zal gerichte aandacht worden besteed aan optimale praktijkorganisatie, taakdifferentiatie en samenwerkingsverbanden om zo de nu reeds beschikbare capaciteit zo doelmatig mogelijk in te kunnen zetten.

27 f

47. Uitbreiding van de capaciteit van de opleiding tot huisarts.

De toelatingscapaciteit bedroeg in 2000 360 plaatsen en in 2001 420 plaatsen. Inmiddels heb ik middelen gereserveerd voor uitbreiding tot 670 plaatsen in de komende jaren.

Toelichting: Wat betreft de capaciteit van de huisartsopleiding heb ik naar aanleiding van de motie Van Blerck-Woerdman in overleg met de LHV in maart 2000 besloten om de toelatingscapaciteit van de huisartsopleiding gefaseerd uit te breiden van 360 in 2000 tot 456 in 2004. Vervolgens is bij de Algemene Politieke Beschouwingen in september 2000 op grond van de motie Dijkstal het besluit gevallen de capaciteit zo snel mogelijk uit te breiden tot 525. Eind oktober 2000 kwam het Capaciteitsorgaan met een voorlopige raming met het voorstel tot uitbreiding van de capaciteit tot 670 en medio maart 2001 met een definitieve raming met voorstel tot uitbreiding naar 717 tot 767. Besluitvorming over de financiële middelen voor deze definitieve raming vindt plaats bij de voorbereiding van de Zorgnota 2003.

48. Verruiming van de vergoeding van praktijkkosten per 1 juli 2001.

Door deze verruiming zijn de randvoorwaarden voor het voeren van een praktijk aanzienlijk verbeterd.

49. Verhoging salarissen van de huisarts in opleiding.

De huisartsen in opleiding (haio's) ontvangen per 1 januari 2001 een salaris dat in overeenstemming is met de zwaarte van de functie. Een vergelijking werd daarbij gemaakt met de functie-zwaarte van de verpleeghuisartsen in opleiding (vaio's). De salarisaanpassing heeft tot doel om de aantrekkelijkheid van het gaan volgen van de huisartsopleiding te vergroten. Het gaat om een verhoging f 18 817,- per haio op jaarbasis. De totale kosten bedragen dit jaar f 21 mln.

50. Flankerende maatregelen personele middelen huisartsinstituut.

Om de extra opleidingscapaciteit ook werkelijk te kunnen realiseren heb ik extra middelen vrij gemaakt voor verbetering van de salariëring van de huisartsbegeleiders en voor extra formatieplaatsen voor ondersteunend personeel.

27 g

Ja. In het jaar 2000/'01 bedroeg de numerus fixus geneeskunde 2010 plaatsen. Zij neemt toe tot 2140 in 2001/'02, tot 2270 in 2002/'03 en tot 2400 in 2003/'04.

Wat betreft de capaciteit van de huisartsopleiding is het antwoord eveneens ja. De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) heeft in januari 2001 geschreven dat uitbreiding tot 420 in 2001, tot 468 in 2002 en tot 492 vanaf 2003 haalbaar is. Medio maart 2001 schreef de HVRC dat gezien de verbetering van de randvoorwaarden gestreefd wordt naar een realisatie van de voorgenomen uitbreiding van de jaarlijkse instroom in een beperkt aantal jaren naar meer dan 670 artsen per jaar. Wanneer er meer geschikte kandidaten zullen zijn dan beschikbare plaatsen, zal er sprake zijn van een capaciteitsfixus.

27 h

Het opleiden van meer huisartsen heeft meer effect wanneer elke nieuwe huisarts na het voltooien van de opleiding ook inderdaad gaat werken als huisarts. Tot nu toe is dit niet altijd het geval geweest. De opleidingen proberen, o.a. met behulp van de selectieprocedure voor kandidaat huisartsen in opleiding, de uitstroom naar de beroepsuitoefening te bevorderen.

Hieronder geef ik enkele cijfers over het aantal huisartsen die hun voornemen tot vestiging hebben opgegeven.

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Huisartsen met Nederlandse ha-opleiding	64	66	31	37	36	26	29	26
Huisartsen met buitenlandse ha-opleiding	.	.	7	8	13	16	20	.
Totaal			38	45	49	42	49	.

Redenen voor het niet gaan werken of het zich niet gaan vestigen als huisarts zijn onder meer het vinden van een aantrekkelijke functie elders, het niet kunnen vinden van een praktijk of vestigingsplaats naar voorkeur en het geen interesse meer hebben voor het vak. Andere redenen liggen onder meer in gezinsomstandigheden. Ook wordt aangegeven dat men de opleiding heeft gevolgd zonder dat men het expliciete doel heeft gehad om zich als huisarts te vestigen.

Ondanks het gestelde tekort aan huisartsen zijn er altijd nog veel praktijkzoekende huisartsen. Met name de vestiging in onaantrekkelijke gebieden is problematisch en zal problematisch blijven, hoeveel huisartsen er ook zullen worden opgeleid. Persoonlijke voorkeuren spelen een sterke rol.

Op het terrein van de huisartsenzorg zijn veel maatregelen genomen die mogelijk indirect van invloed zijn op de beschikbaarheid van de

huisartsenzorg. Ik heb mij in deze beantwoording beperkt tot het aangeven van die maatregelen die direct van invloed zijn op de (opleidings)capaciteit van huisartsen.

Er worden inmiddels om vacante plaatsen te bezetten door verzekeraar de CZ-groep advertenties in Belgische vakbladen gezet en bijeenkomsten georganiseerd om huisartsen te vinden voor Den Haag, Twente, Tilburg en Zeeland.

Tijdens het Algemeen Overleg d.d. 4 juli 2001 met de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer over het Capaciteitsplan 2001, zijn vanuit de commissie nadere voorstellen gedaan voor verdere uitbreiding van de capaciteit van de huisartsopleiding door extra huisartsen in België en Duitsland op te leiden. Ook werd voorgesteld het derde jaar van de huisartsopleiding meer het karakter te geven van een leermeester-gezel verhouding, waardoor de huisarts in opleiding zelfstandiger kan gaan werken. Ik ga hierover nog overleggen met de Raad voor de Huisartsopleiding.

Vraag 28

- a. Kan worden aangegeven binnen welke bandbreedtes het ziekteverzuim zich beweegt en wat het modale ziekteverzuim is in de onderscheiden zorgsectoren en welke uitstroom uit de WAO zich daarbij voordoet?
- b. Kan een schatting worden gegeven van de daarbij behorende ontwikkeling van de PEMBA-premie in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg op termijn? (die gezien het naijleffect ook nog zal optreden als verhoopt het ziekteverzuimpercentage zou dalen) Op welke wijze wordt met dergelijke ontwikkelingen in de financiering rekening gehouden? (zal evenals dat kennelijk voor beroepsbeoefenaren het geval lijkt te zijn de stijgende premielast in het tarief worden gecompenseerd?)

Antwoord 28 a.

Navolgende tabel op basis van CBS gegevens laat zien dat het ziekteverzuimpercentage in de zorg- en welzijnssector zich heeft gestabiliseerd op 7,8%. Het landelijke ziekteverzuimpercentage is (met 0,1 procentpunt) iets gestegen.

Er is onder de CBS gegevens geen verdere detaillering mogelijk van de ziekteverzuimcijfers per branche in de zorg- en welzijnssector.

Tabel ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof)

(Bron: CBS)

	1997	1998	1999	2000
Gezondheids- en welzijnszorg	6,9%	7,3%	7,8%	7,8%
– Ziekenhuizen	6,4%	6,8%	7,2%	7,4%
– Verpleeg- en verzorgingstehuizen	7,3%	7,8%	8,4%	8,6%
– Overige gezondheids- en welzijnzorg	6,7%	7,1%	7,5%	7,4%
Landelijk (exclusief Overheid)	4,6%	5,0%	5,4%	5,5%

De navolgende tabel laat deze verdeling wel zien. De gegevens zijn ontleend aan het Peilstation Ziekteverzuim. Om in aanmerking te komen voor subsidie voor projecten op het gebied van arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en reïntegratie zijn zorg- en welzijnsinstellingen verplicht de ziekteverzuimregistratie structureel bij te houden en door te geven aan dit peilstation.

Het geaggregeerde ziekteverzuimpercentage voor de zorg- en welzijnssector kan niet op basis van deze registratie door het peilstation worden vastgesteld. Daarom kunnen de onderstaande cijfers niet exact vergeleken worden met eerder vermelde CBS gegevens.

Tabel Peilstation Ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof)

(Bron: Vernet)

	1998	1999	2000	(dekking)
ziekenhuizen	6,0%	6,2%	6,6%	(85%)
verpleeg- en verzorgingshuizen	7,0%	8,4%	8,8%	(58%)
geestelijk gezondheidszorg	6,1%	7,1%	7,4%	(70%)
gehandicaptenzorg	6,6%	8,1%	8,7%	(58%)
thuiszorg	9,8%	9,4%	10,2%	(50%)

Onderstaande tabel laat zien dat de instroomkans voor de WAO in de zorg- en welzijnssector groter is dan het landelijk gemiddelde, maar dat dit ook geldt voor de kans om weer uit te stromen.

Tabel instroom- en uitstroomkans WAO

(Bron: Lisv)

	1998	1999	2000
Gezondheids- en welzijnszorg			
Instroomkans	1,7%	1,8%	1,9%
Uitstroomkans	–	10,2%	9,4%
Landelijk (exclusief Overheid)			
Instroomkans	1,5%	1,4%	1,5%
Uitstroomkans	–	9,9%	8,8%

Antwoord 28 b.

In de LISV-notitie «Premiedifferentiatie WAO 2000» van oktober 2000 staan cijfers over de PEMBA. De deelsectoren Thuiszorg en Verpleeghuiszorg staan daar niet afzonderlijk in uitgesplitst, maar er staan wel cijfers in voor de gezondheidszorg in haar totaliteit. Omdat die totaalcijfers van de sector toch enig inzicht bieden in WAO-aspecten van de gezondheidszorg zijn ze hierna weergegeven.

De sector «gezondheidszorg, geestelijke en maatschappelijke belangen» (anders gezegd de sector zorg en welzijn) omvat met 40 254 werkgevers (waarvan er 10 eigen risicodragers zijn) 10,5% van het totaal aantal verzekerde werkgevers in Nederland. Het merendeel van deze werkgevers, namelijk 91,8% (= 36 954 werkgevers) behoort tot de categorie «kleine werkgevers», d.w.z. dat de loonkosten van hun personeelsbestand niet groter zijn dan circa f 700 000,-. 3300 werkgevers in zorg en welzijn (= 8,2%) hebben de kwalificatie van «grote werkgever».

Het LISV berekent per werkgever het risicopercentage. Dat is de uitkomst van de deling van de WAO-uitkeringen die niet langer geleden zijn ingegaan dan 5 jaar en de gemiddelde loonsom. Hoe lager dit risicopercentage, hoe kleiner de bijdrage van deze werkgever is aan de WAO-instroom.

De bezetting van de door het LISV onderscheiden risicoklassen door werkgevers in zorg en welzijn (z+w-werkgevers) toont aan dat het merendeel van die werkgevers in de laagste categorieën is ingedeeld. De kleine werkgevers scoren daarbij nog iets lager dan de grote (zie onderstaande cijfers). Omdat de z+w-sector nu eenmaal relatief groot is, levert deze – in absolute cijfers gemeten – grote aantallen WAO-ers. Het merendeel van de z+w-werkgevers, namelijk 87,1%, zit echter in risicoklasse 0.

Bezetting risicoklassen door z+w-werkgevers, in absolute aantallen resp. percentages

0	0-<2	2-<4	4-<6	6-<8	8-<10	10-<50	>50	totaal
35 071	1 716	1 281	538	314	192	910	232	40 254
87,1	4,3	3,2	1,3	0,8	0,5	2,3	0,6	100

Bezetting risicoklassen door kleine z+w-werkgevers, in absolute aantallen resp. percentages

0	0-<2	2-<4	4-<6	6-<8	8-<10	10-<50	>50	totaal
34 373	419	361	281	234	172	883	231	36 954
93,0	1,1	1,0	0,8	0,6	0,5	2,4	0,6	100

Bezetting risicoklassen door grote z+w-werkgevers, in absolute aantallen resp. percentages

0	0-<2	2-<4	4-<6	6-<8	8-<10	10-<50	>50	totaal
698	1 297	920	257	80	20	27	1	3300
21,2	39,3	27,9	7,8	2,4	0,6	0,8	0,0	100

De lage risicoklassen vertalen zich ook naar relatief lager WAO-premies die de z+w-werkgevers, ondanks de PEMBA, betalen.

Klassen gedifferentieerde premiepercentages kleine z+w-werkgevers, in absolute aantallen resp. percentages

min= 1,24%	1,25%-4,17%	max=4,17%	eigen risico	totaal
34 570	1 089	1 287	8	
93,5	2,9	3,5	0	100

Klassen gedifferentieerde premiepercentages grote z+w-werkgevers, in absolute aantallen resp. percentages

min= 1,24%	1,25%-4,17%	max=4,17%	eigen risico	totaal
646	2 604	48	2	
19,6	78,9	1,5	0,1	100

Over de PEMBA-premie op termijn kan geen raming worden gegeven omdat die ook afhankelijk is van de WAO-instroom in de komende jaren en die is nu onbekend. Gezien de bovenstaand gesignaleerde slechts licht gestegen instroomkans ligt een forse stijging van de PEMBA-premie in de komende jaren niet voor de hand.

Voor wat betreft de werkgeverskosten van de WAO-premie geldt het systeem van het referentiemodel voor de berekening van de ova (=overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling): de markt-gemiddelde ontwikkeling wordt doorvertaald in de loonkostenindexering van het instellingsbudget.

Voorzover een instelling met een van het marktgemiddelde afwijkende ontwikkeling wordt geconfronteerd (zowel positief afwijkend als negatief afwijkend), betekent dit een nadeel respectievelijk een voordeel voor het budget van die instelling.

Van deze systematiek moet een stimulerende en een disciplinerende werking uitgaan die de WAO-kosten in het VWS-veld binnen de «normale» grenzen houdt.

Vraag 30

Kan worden aangegeven op welke wijze het personeelstekort doorwerkt

naar het kunnen aangaan van extra productieafspraken in die sectoren waar geld ter beschikking is gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten?

Antwoord

Extra productieafspraken vergen in het algemeen extra personeel. Nu er extra middelen beschikbaar zijn gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten, kunnen personeelstekorten mogelijk een obstakel vormen bij het wegwerken van de wachtlijsten. De personeelsproblematiek verschilt echter per sector. Zo hebben zorgkantoren in meerdere regio's aangegeven dat verpleeg- en verzorgingshuizen door arbeidsmarktknelpunten geen kans zien om extra productieafspraken aan te gaan. In deze situaties kunnen de wachtlijsten dus niet substantieel worden gereduceerd als gevolg van het personeelstekort. Aan de andere kant is de gehandicaptenzorg er bijvoorbeeld in geslaagd om veel extra productie te leveren. Personeelskrapte is hier vooralsnog minder voelbaar. Over het algemeen neemt de krapte op de arbeidsmarkt echter toe met als mogelijke consequentie dat er minder extra productieafspraken kunnen worden aangegaan. Samen met sociale partners en Arbeidsvoorziening zetten wij ons in het kader van het Convenant Arbeidsmarktbeleid Zorg (CAZ) daarom in om de verwachte personeelstekorten terug te dringen. Ondanks deze inspanningen zijn personeelsknelpunten in specifieke sectoren en regio's niet uit te sluiten. Het kabinet onderkent de gesignaleerde knelpunten. Begin dit jaar heeft de Commissie Arbeidsmarkt-knelpunten Collectieve Sector (commissie Van Rijn) gerapporteerd over de knelpunten op de arbeidsmarkt van de collectieve sector (waaronder de zorgsector) en de oplossingsrichtingen. Om een begin te kunnen maken met de implementatie van de aanbevelingen van de commissie Van Rijn heeft het kabinet dit voorjaar daarom extra middelen beschikbaar gesteld.

Overzicht van bijlagen bij de eerste tranche antwoorden op de vragen van de Vaste Commissie voor VWS van de Eerste Kamer d.d. 8 april 2001.

Bijlagen bij het antwoord op vraag 1:

- Analyse landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens verpleging en verzorging van maart 2001
- Eindrapportages opschoning wachtlijsten sector verpleging in verzorging van de 31 zorgkantoren
- CD-rom met de beide hiervoor genoemde gegevens
- Rapportage landelijke inventarisatie wachtlijstgegevens geestelijke gezondheidszorg
- Rapportage wachtlijstgegevens gehandicaptenzorg van november 2000
- Analyse wachtlijstgegevens gehandicaptenzorg van november 2000
- Uitdraai van de wachtlijstgegevens van het landelijk informatie-systeem van de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen naar de situatie per juni 2001

Bijlage bij het antwoord op vraag 16:

Brief d.d. 1 juni 2001 aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS van de Tweede Kamer inzake beperking reikwijdte tarifiering WTG.

Bijlage bij het antwoord op vraag 22, de onderdelen a en b:

Brief d.d. 26 oktober 2000 aan de Voorzitter van de Tweede Kamer inzake terugdringing administratieve lasten.

5 juli 2001

Aan de Voorzitter van de Eerste Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 24 augustus 2001

Op 6 juli 2001 heb ik u het eerste deel van de antwoorden op de schriftelijke vragen toegestuurd, die uw commissie in een brief van 20 april 2001 heeft gesteld ter voorbereiding van een eventueel debat over de zorg in Nederland. Dit eerste deel betrof het grootste deel van de vragen van feitelijke aard (categorie B).

Hierbij stuur ik u namens het kabinet de resterende antwoorden op de vragen van feitelijke aard en de antwoorden op alle vragen over de inhoud van het beleid (categorie A).

Voorafgaand aan de concrete beantwoording van de vragen over de inhoud van het beleid, wil het kabinet in deze brief graag nog enkele algemene inleidende opmerkingen maken.

De vraagstelling van uw commissie is blijkens de toelichtingen bij de vragen voor een belangrijk deel ingegeven door de knelpunten in de zorgsector, die in het huidige politieke en maatschappelijke debat centraal staan: de tekorten aan verplegend personeel en artsen en de te lange wachttijden in een groot aantal regio's en sectoren.

Het kabinet plaatst bij de benadering in de vraagstelling van de commissie een drietal kanttekeningen.

(1) In sommige vragen ligt de veronderstelling besloten dat allerlei ontwikkelingen die op dit moment vanzelfsprekend zijn of lijken, in het verleden volledig voorspelbaar zijn geweest. Zo is de zorgvraag de laatste jaren veel sterker gestegen dan in de ramingen van de betrokken onderzoeksinstituten destijds is voorzien. Zowel de toegenomen welvaart als de sterk verbeterde behandelmogelijkheden alsook de forse verruiming van de zorgcapaciteit naar aanleiding van de wachttijden-aanpak hebben bijgedragen aan een veel dynamischer ontwikkeling van de vraag dan waarmee rekening is gehouden. Ook de scherpere aanpak van ziekteverzuim in bedrijven en van het voorkomen van arbeidsongeschiktheid heeft tot een groter beroep op zorgverlening geleid dan voorzien. Achteraf moet worden vastgesteld dat de ramingen van destijds onvoldoende met deze ontwikkelingen rekening hebben kunnen houden en primair van extrapolatie van bekende, vaak aanbodgestuurde, trends zijn uitgegaan.

Voor de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt geldt evenzeer dat de sector en zeker ook de rijksoverheid in beperkte mate invloed kunnen uitoefenen op het arbeidsaanbod. De Nederlandse economie heeft zich sinds het begin van de jaren negentig zó voorspoedig ontwikkeld dat zich momenteel in vrijwel alle sectoren (ook in het bedrijfsleven) soms omvangrijke personeelstekorten manifesteren. De zorgsector heeft desondanks de afgelopen jaren een relatief grote wervingskracht laten zien en kent een lager vacaturepercentage dan veel andere sectoren in de economie. Toch zijn de tekorten die zich voordoen juist in de gezondheidszorg vaak pijnlijk voelbaar, omdat deze direct invloed hebben op capaciteit en kwaliteit. Een ander voorbeeld van een «spontane» maatschappelijke ontwikkeling is de sterke toename van het parttime werken in de medische sector, waar traditioneel juist altijd sprake was van lange werkweken van meer dan 50 uur.

Omdat gezondheidszorg een zo belangrijk goed is, is de afhankelijkheid van de arbeidsmarkt een achilleshiel, waarop ondanks alle inspanningen van sector en kabinet uiteindelijk maar in beperkte mate «gestuurd» kan worden, zeker als het gaat om het realiseren van effecten op korte termijn.

(2) Het vraagstuk van wachttijden en personeelstekorten bepaalt op dit moment het beeld van de sector. Het is begrijpelijk dat burgers en patiënten de gezondheidszorg ook hierop beoordelen en «de maat nemen» en dit ook zullen blijven doen zolang die wachttijden en tekorten er zijn. Het kabinet hecht er evenwel aan de indruk weg te nemen dat het bestaan van wachttijden en tekorten duidt op een over de hele linie slecht functionerende sector. Te gemakkelijk wordt in de beeldvorming nog wel eens gezinspeeld op een gebrek aan dynamiek in de zorgsector, op een onvoldoende efficiënte besteding van (extra) financiële middelen en op het achterblijven van de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg.

In de afgelopen acht jaar is het zorgaanbod in kwantitatief en kwalitatief opzicht sterk gegroeid, in lijn met de budgettaire groei ruimte die in die jaren beschikbaar was. De productie in kwantitatieve zin is fors toegenomen, het laatste jaar in een verhoogd tempo door de intensievere wachtlijstaanpak. Daarnaast zijn langs verschillende sporen (meer handen aan het bed, werkdrukmiddelen, I/D-banen) extra banen gecreëerd om de werkdruk te verlagen en de zorgorganisatie te ontlasten. Bij dat laatste gaat het niet zozeer om toename van zorgproductie alswel om een verbetering van de kwaliteit van de zorg, doordat er aan patiënten meer zorg en aandacht kan worden gegeven. In economische statistieken kan deze vorm van werkgelegenheids groei overigens als een daling van de arbeidsproductiviteit zichtbaar worden.

De toename van het aantal banen in de sectoren zorg en welzijn van 890 000 in 1995 naar 1 040 000 nu, een stijging met 17%, is voor dit alles illustratief. Voor de economie in zijn geheel bedroeg de stijging van de werkgelegenheid gemiddeld 14%.

Hierbij past de kanttekening dat ondanks deze groei in concrete situaties patiënten wel degelijk personeelstekorten kunnen ervaren, bijvoorbeeld door het gestegen ziekteverzuim of door lokale arbeidsmarkttekorten. Niet alleen het zorgaanbod, ook de kwaliteit van de zorg is enorm verbeterd. Denk daarbij aan de investeringen om de privacy en leefsituatie in verpleeghuizen te verbeteren, de gestage vermaatschappelijking van de zorg in de gehandicaptensector en de psychiatrische zorg, de verschuiving van opname naar dagbehandeling in ziekenhuizen en de toegenomen mogelijkheden voor chronisch zieken om zorg in een zelfgekozen woonvorm aangeboden te krijgen. Indrukwekkende verbeteringen zijn ook zichtbaar in verbeterende behandel perspectieven bij specifieke ziekten en vele nieuwe ingrepen (onder meer aan het bewegingsapparaat en het oog), die met name voor ouderen toegankelijk zijn geworden. Anders gezegd: de tachtigjarige van nu is door deze nieuwe medische technologie gemiddeld aanmerkelijk gezonder dan zijn leeftijdgenoot van twintig jaar geleden. Tegelijkertijd betekent dit dat er in feite een dubbel beroep op zorg (naast chronische ook curatieve) gedaan wordt door oudere mensen. Sommige ingrepen, bijvoorbeeld aan het oog, worden zelfs na een aantal jaren herhaald.

Deze opmerkingen doen voor het kabinet niets af aan de ernst van de te lange wachttijden en de personeelstekorten en de noodzaak die problemen met kracht aan te pakken.

Dit is ook nodig omdat burgers lang wachten minder gemakkelijk accepteren dan een aantal jaren geleden, toen het met de economie en de overheidsfinanciën minder goed ging. De verwachtingen over de door de gezondheidszorg te leveren prestaties zijn sterk gestegen: de lat wordt hoger gelegd. Mensen willen kwalitatief hoogwaardige zorg en zij willen die zorg op het moment dat ze die nodig hebben. Het bedrijfsleven wil dat zieke werknemers direct behandeld worden om hen snel weer terug te kunnen laten keren in het arbeidsproces. Deze «rijzende verwachtingen» kunnen niet los worden gezien van de sterk toegenomen welvaart in de afgelopen jaren. De gang naar de rechter door enkele verzekeren markeert deze ontwikkeling. Vanwege het grote belang van een goede

gezondheidszorg speelt het kabinet met het gevoerde beleid van de afgelopen jaren op deze verwachtingen in. Het kabinet heeft daarom vorig jaar de keuze gemaakt daadwerkelijk inhoud te geven aan het aansprakenkarakter van de sociale zorgverzekeringen (zie het actieplan Zorg Verzekerd en de extra miljarden voor de aanpak van de wachttijden). Het kabinet heeft dat gedaan in het besef dat velen, met name mensen met een chronische ziekte of een handicap, voor de kwaliteit van hun bestaan sterk afhankelijk zijn van een goed functionerende gezondheidszorg. Dat ondanks de verruiming van het aanbod, die nu gaande is, de wachttijden nog niet op de gewenste norm zitten, heeft voor een deel te maken met de ontwikkelingen aan de vraagzijde en deels met de tijd die benodigd is om uitbreiding van capaciteit daadwerkelijk te realiseren. Het kabinet streeft in het kader van Zorg Verzekerd naar het maximaal haalbare tempo.

(3) De derde opmerking heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid. In uw vragen klinkt als rode draad door dat de minister van Volksgezondheid als enige verantwoordelijkheid zou dragen voor de prestaties van de zorgsector.

Nederland kent een wettelijk verankerd publiek/privaat stelsel van gezondheidszorg waarin zeer veel instellingen en actoren (zorgverzekeraars, zelfstandige bestuursorganen, zorgaanbieders etc.) een eigen specifieke rol en verantwoordelijkheid vervullen. Niet voor niets wordt de gezondheidszorg gefinancierd met behulp van premies uit hoofde van vijf verschillende zorgverzekeringen en niet met belastingmiddelen (afgezien van de rijksbijdrage aan de Algemene Ziekenfondskas). Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg met een gemengde verantwoordelijkheid heeft over het algemeen een kwalitatief hoogwaardig niveau van voorzieningen opgeleverd en beweegt ook mee met stijgende kwaliteitseisen. Dit stelsel worstelt tegelijkertijd met knelpunten, met name op het punt van het tijdig kunnen aanbieden van (voldoende) zorg aan de mensen die daarop een beroep doen. Het kabinet wil graag benadrukken dat bij zowel de goede prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg (daarop ben ik hiervoor al ingegaan) als bij de knelpunten in de aansluiting tussen vraag en aanbod zoals die zich nu voordoen, de specifieke verantwoordelijkheid van alle partijen, uiteraard ook die van de rijksoverheid, in het oog gehouden moet worden. Het spreekt voor zich dat ik op de verantwoordelijkheid die de rijksoverheid draagt volledig aanspreekbaar ben.

Drie hoofdthema's

Naast deze algemene opmerkingen bij de vraagstelling van uw commissie, wil het kabinet in deze brief ten slotte ingaan op een drietal hoofdthema's die in de vraagstelling sterk naar voren komen.

1. De spanning tussen aanbodregulering en vraagsturing en in samenhang daarmee het korte- en langetermijnbeleid.
2. De rol van kosten- en budgetbeheersing bij het ontstaan van wachttijden.
3. De mate waarin is ingespeeld op signalen over knelpunten op de arbeidsmarkt en in de personeelsvoorziening.

In de verschillende antwoorden wordt uiteraard uitgebreid op de over deze thema's gestelde vragen ingegaan. Op deze plaats wil het kabinet graag een meer algemene reactie geven.

Aanbod- en vraagsturing

De belangrijkste vraag die uw commissie op dit punt gesteld heeft is of niet te lang is vastgehouden aan een model van aanbodsturing. Het is de Eerste Kamer bekend dat gedachten over de overgang naar een

nieuw sturingsstelsel in de zorgsector dat gericht is op de zorgvraag, niet nieuw zijn. Sinds het rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker) uit 1987 hebben twee achtereenvolgende kabinetten gewerkt aan het tot stand brengen van zodanige wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen dat een geleidelijke omslag naar vraagsturing mogelijk zou worden. De Eerste Kamer heeft destijds een belangrijke rol gespeeld in het politieke debat over de systeemwijzigingen die toen aan de orde waren. Uiteindelijk is de stelselwijziging in 1993/1994 stopgezet. Over de politieke besluitvorming rond dat gehele proces heeft de commissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid van de Tweede Kamer (commissie-Willems) op 24 maart 1994 een zeer leerzame analyse uitgebracht.

De situatie was toen anders en de problemen in de zorgsector van toen en nu zijn niet dezelfde, maar er zijn belangrijke parallellen. Enkele door uw commissie gestelde vragen lijken voorbij te gaan aan deze voorgeschiedenis die toch laat zien dat niet de minst belangrijke van de op dit moment noodzakelijk geachte veranderingen in de wijze waarop de zorgsector wordt bestuurd, ook vijftien jaar geleden al werden onderkend. In enkele vragen klinkt door dat de noodzaak om een meer vraaggestuurd systeem in te voeren pas onlangs onderkend zou zijn en te laat tot concrete stappen zou hebben geleid. Het kabinet hoopt in de beantwoording voldoende duidelijk te maken dat al gedurende een veel langere periode stappen zijn gezet op weg naar een meer vraaggerichte sturing van de zorg in een context van decentralisatie en verschuiving van verantwoordelijkheden naar andere partijen, met name risicodragende, concurrerende zorgverzekeraars. Door deze voorafgaande stappen kon het kabinet in juli 2001 met concrete voorstellen komen voor een nieuw verzekeringsstelsel in de volgende kabinetsperiode (de nota Vraag aan Bod). Deze voorstellen borduren voort op reeds in gang gezette moderniseringsoperaties voor de care en de cure, de versterking van de rol van verzekeraars en het actieplan Zorg Verzekerd.

Het kabinet onderschrijft – terugblikkend op de afgelopen zeven jaar – dat er spanning heeft bestaan tussen het korte- en het langetermijnbeleid. Gedeeltelijk is dat ook nu nog het geval. Die spanning ziet het kabinet als onvermijdelijk gevolg van twee, heel verschillende, ontwikkelingen. Aan de ene kant de ontwikkeling in de richting van vraagsturing, waarvan de noodzaak onverminderd is blijven voortbestaan. Aan de andere kant de blijvende noodzaak om de uitgavenontwikkeling te beheersen, om de publieke financiën «gezond» te maken en om de werkgelegenheid te herstellen en te bevorderen. Dit beleid heeft er onder achtereenvolgende kabinetten toe geleid dat tal van maatregelen zijn genomen die ingrepen op budgetten, tarieven, eigen bijdragen en het verzekerde pakket. Ook in andere Europese landen heeft men de noodzaak ervaren om de collectief gefinancierde uitgaven van de gezondheidszorg te beheersen. Soms heeft dat geleid tot rantsoenering van zorg (het Verenigd Koninkrijk), soms tot aanzienlijke eigen betalingen (België).

Kostenbeheersing en wachttijden

In enkele vragen klinkt door dat er een eenduidig verband zou bestaan tussen het gevoerde beleid gericht op kostenbeheersing en het ontstaan van de wachttijdenproblematiek en dat er te lang een beleid van kostenbeheersing is gevoerd.

De verschillende bewindspersonen van Volksgezondheid hebben in de periode van ruwweg 1978 tot 1998 vanuit kabinet en parlement – ook de Eerste Kamer – steeds als belangrijkste opdracht meegekregen zorg te dragen voor een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Dit beleid van kostenbeheersing maakte onderdeel uit van een veel breder financieel en sociaal economisch beleid dat erop gericht was betere voorwaarden te creëren voor groei van economie en werkgelegenheid. Oogmerk was door

middel van versoering en beperking van de publieke uitgaven ruimte te scheppen voor lagere collectieve lasten en daardoor lagere arbeidskosten en voor terugdringing van het financieringstekort van de overheid. Alle sectoren, ook het onderwijs en de sociale zekerheid, hebben aan deze «gezondmaking» van de overheidsfinanciën een bijdrage geleverd. Het is u bekend dat dit beleid van opeenvolgende kabinetten inmiddels tot goede resultaten heeft geleid, die de ruimte hebben gecreëerd voor intensiveringen in de publieke sector die anders niet mogelijk zouden zijn geweest. Het intensiveringsprogramma voor de publieke sector dat onder dit kabinet tot ontwikkeling is gekomen is daarvan de weerslag. Het kabinet vindt terugblikkend dat dit beleid van kostenbeheersing van achtereenvolgende kabinetten, hetgeen immer heeft betekend «bezuiniging», niet alleen noodzakelijk maar ook onontkoombaar is geweest. Het kabinet stelt ook vast dat dit beleid steeds op brede politieke instemming heeft kunnen rekenen. De zorgsector heeft met dit beleid van uitgavenbeheersing een bijdrage geleverd aan het op orde brengen van de overheidsfinanciën en daarmee ook de Nederlandse economie en verdient daarvoor respect.

Zonder het consequent doorgevoerde beleid van kostenbeheersing was het niet mogelijk geweest de stappen te zetten zoals het kabinet die nu doet op het gebied van vraagsturing en gereguleerde competitie en reductie van wachttijden. De rijksoverheid kan in de zorgsector de strakke koorden van de aanbodregulering versoepelen en biedt vanaf vorig jaar de ruimte aan zorgverzekeraars om extra productie te contracteren waardoor wachttijden krachtiger teruggedrongen kunnen worden. Uiteraard blijft het noodzakelijk een voorspelbare en beheersbare kostenontwikkeling te waarborgen, onder meer door een reële raming van de vraag en in het stelsel goede prikkels voor efficiënte indicatiestelling en zorgverlening in te bouwen (zie de nota Vraag aan Bod).

In een aantal sectoren (thuiszorg, gehandicaptenzorg, oogoperaties) zijn al positieve resultaten zichtbaar van het brede offensief tegen de te lange wachttijden. Tegelijkertijd realiseert het kabinet zich dat er nog een weg te gaan is (onder meer door de krapte op de arbeidsmarkt en de lengte van bouwtrajecten) voordat de zorgproductie over de hele linie tegemoet komt aan de blijvend stijgende vraag.

In de vraagstelling wordt ook een sterk oorzakelijk verband tussen kostenbeheersing en budgettering enerzijds en het ontstaan van te lange wachttijden anderzijds verondersteld. Het ontstaan van wachttijden moet naar het oordeel van het kabinet worden toegeschreven aan een reeks van factoren, zoals de sterke ontwikkeling van de zorgvraag (o.a. meer behandelmogelijkheden en meer welvaart, demografische groei van de vraag), het teruglopende aanbod van arbeidskrachten (o.a. door een snelle opkomst van part-time werken, ook onder artsen, spanning op de arbeidsmarkt als gevolg van een sterke stijging van het aantal banen, en een in hoge mate door demografie bepaalde daling van de onderwijsinstroom) en de mate van efficiëntie van individuele zorginstellingen. Daarnaast was tot voor kort – door een gebrek aan transparantie – vaak onduidelijk wat precies de aard en de omvang van de verschillende wachttijden was.

Het bestaan van budgettaire grenzen heeft uiteraard een rol gespeeld bij het ontstaan van wachttijden, maar het is zeker niet de enige of de belangrijkste factor geweest. De budgettaire grenzen van de afgelopen jaren hebben – zoals beoogd – bijgedragen aan een grotere doelmatigheid van de zorgsector, en dus ook aan een gunstiger verhouding tussen productie en kosten. Zonder de kostenbeheersing was deze doelmatigheidswinst niet ontstaan. Bij het bepalen van de budgettaire groeiruimte is door verschillende kabinetten bovendien steeds zo goed mogelijk rekening gehouden met de geraamde stijging van de zorgvraag. Er is dus, anders dan in de vraagstelling gesuggereerd, nooit in het budgettaire

beleid aangestuurd of geanticipeerd op een oploop van de wachttijden en wachtlijsten. In het beleid van de twee Paarse kabinetten was er daarnaast ruimte om tot een opwaartse bijstelling van de budgettaire ruimte te komen. Voor de cijfers verwijs ik naar de antwoorden op de afzonderlijke vragen.

Arbeidsmarkt

Een belangrijke vraag van uw commissie is of voldoende is geanticipeerd op de arbeidsmarktknelpunten zoals die zich nu aftekenen. In de beantwoording geef ik aan dat het kabinet het afgelopen decennium steeds zeer actief is geweest in het verruimen van de opleidingscapaciteit daar waar behoefteramingen daartoe aanleiding gaven. Het ministerie van VWS heeft daarnaast vanaf 1998 specifiek aandacht gevraagd bij de sector voor de dreigende tekorten aan verpleegkundigen en via de sectorfondsen extra inspanningen gestimuleerd, zoals het project TOPAZ waardoor de instroom van allochtone verplegenden en verzorgenden sterk is bevorderd. Inmiddels heeft het kabinet, naar aanleiding van de rapportage van de werkgroep-Van Rijn, besloten een forse extra investering te doen in het arbeidsmarktbeleid.

Zoals ook eerder in deze brief is opgemerkt zijn de mogelijkheden om de arbeidsmarkt te beïnvloeden vanuit de zorgsector beperkt. Zo is door de hoge economische groei van de afgelopen jaren (en het daaruit voortvloeiende beroep van vele sectoren op de arbeidsmarkt) het arbeidspotentieel waar de zorgsector uit kan putten veel minder groot dan eerder was verwacht. Deze ontwikkeling staat in contrast met het begin van de jaren negentig toen er nog vooral zorgen waren over de arbeidsmarktoverschotten op velerlei gebied, ook in de zorg. Zoals al eerder aangegeven zijn zowel de ontwikkeling van de arbeidsmarkt als van de zorgvraag met zoveel onzekerheden omgeven, dat altijd rekening gehouden moet worden met periodes van kraptes en van overschotten. Een voorbeeld daarvan is de op dit moment lage instroom in opleidingen voor verpleegkundigen als gevolg van het relatief lage aantal geboorten in het midden van de jaren tachtig, terwijl tegelijkertijd de groei van de vraag in de zorgsector uitermate hoog is.

Om de varkenscycli uit het verleden niettemin zoveel mogelijk te voorkomen is mede op mijn verzoek in 1999 een capaciteitsorgaan ingesteld dat tot taak heeft om een reële raming te maken (en continu te actualiseren) van de toekomstige behoefte aan medische professionals.

Met deze aanvullende opmerkingen heeft het kabinet de hierbij gevoegde antwoorden van een breder perspectief willen voorzien.

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

BEANTWOORDING VRAGEN VASTE COMMISSIE VOOR VWS VAN DE EERSTE KAMER D.D. 20 APRIL 2001, LIJST A, VRAGEN OVER DE INHOUD VAN HET BELEID

I. Beleid / wachtlijsten / capaciteitstekorten

Vraag 1

Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en de voorgangers van deze minister is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze wachtlijsten een onverantwoorde proportie hebben aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?

- a. Kan de minister aangeven wanneer haar duidelijk werd dat de wachtlijsten voor de zorg, cure en care, dusdanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de betreffende zorgvraag?
- b. Kan de minister meedelen wanneer haar duidelijk werd dat de budgetten voor de zorgvoorzieningen dusdanig laag door haar vastgesteld waren dat niet meer tijdig in de zorgbehoefte van patiënten kon worden voorzien?
- c. Kan de minister aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn?

Antwoord

Inleiding

Voordat ik op de specifieke vragen in ga, wil ik beginnen een meer algemeen kader te schetsen waarbinnen het wachttijdenvraagstuk moet worden beoordeeld.

In de eerste plaats wil ik opmerken dat het van tijd tot tijd ontstaan van spanningen tussen vraag naar en aanbod van zorg inherent zijn aan het karakter van de zorgsector. De zorgsector wordt immers gekenmerkt door een sterke opwaartse dynamiek waarin zowel de als gevolg van demografische ontwikkelingen stijgende zorgvraag, als de voortdurende verruiming en verbetering van behandel mogelijkheden, leiden tot een niet altijd voorspelbare toename van het beroep op zorg en behandeling. De stijging van de vraag is niet altijd goed te voorspellen. Zo ontstaan fricties doordat onvoldoende snel extra capaciteit kan worden opgebouwd voor nieuwe behandel mogelijkheden waar veel vraag naar is. In de jaren tachtig waren dat bijvoorbeeld de open hartoperaties, in de afgelopen jaren zijn de operaties aan het bewegingsapparaat daarvan een voorbeeld. Ook is er een samenhang tussen de groei van de zorgvraag en de welvaartsontwikkeling, zoals het recente verleden te zien heeft gegeven. Die samenhang is ook zichtbaar in de krapper geworden arbeidsmarkt, waardoor in het bedrijfsleven – mede onder invloed van de veranderde wetgeving – meer werk wordt gemaakt van beperking van ziekteverzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Ook deze ontwikkeling heeft in de afgelopen jaren geleid tot een hoger beroep op de gezondheidszorg dan was voorzien. Er zijn dus duidelijk grenzen aan de planbaarheid van een toereikend zorgaanbod en zeker ook aan de mogelijkheden van de rijksoverheid op dit punt. Dit is overigens een van de overwegingen voor het kabinet in de nota Vraag aan Bod van 6 juli jl.¹ om de primaire verantwoordelijkheid voor een adequaat aanbod van zorg neer te leggen bij zorgverzekeraars en aanbieders. Maar ook in een decentraal, meer vraaggericht sturingsmodel zullen fricties van tijd tot tijd onvermijdelijk zijn.

Aan de kant van het arbeidsaanbod zijn er eveneens onzekerheden. Het was bijvoorbeeld moeilijk te voorzien, dat een relatief laag aantal schoolverlaters (als gevolg van de terugloop in het aantal geboorten in het begin van de jaren tachtig) en een daardoor teruglopende instroom in

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 855, nr. 2, Tweede Kamer.

opleidingen, op dit moment samen zou vallen met een sterk stijgende vraag naar verpleegkundigen op een door sterke groei van de werkgelegenheid in het algemeen zeer gespannen arbeidsmarkt. Andere voorbeelden zijn het oplopende ziekteverzuim en de toenemende belangstelling voor deeltijdwerken onder artsen, die voor een niet verwachte terugval in de zorgcapaciteit hebben geleid.

In de tweede plaats is het hebben van een scherp inzicht in fricties tussen vraag en aanbod essentieel om gericht de zorgcapaciteit af te kunnen stemmen op de feitelijke vraag.

Tot voor kort was dit inzicht niet aanwezig, en kon dus onvoldoende stevig onderbouwd worden in welke mate uitbreiding van het aanbod nodig was. Wachtlijsten waren vervuild, kenden een onderlinge overlap of waren onvoldoende eenduidig over het type zorg of behandeling waarop gewacht werd. Sinds enkele jaren is dankzij een gerichte inspanning van alle betrokken partijen wel duidelijkheid ontstaan over de omvang van wachttijden en de capaciteit die nodig is om wachttijden terug te dringen. Daardoor kan nu een gerichte inhaalslag plaatsvinden. Bij discussies over wachttijden speelde in het verleden ook nog een rol dat vergelijkingen tussen regio's en tussen instellingen lieten zien, dat er substantiële verschillen bestonden in – bij gelijke capaciteit – geleverde zorg. In reactie daarop is in het begin van de jaren negentig nadrukkelijk de wenselijkheid van een vergroting van de doelmatigheid binnen de zorgsector aan de orde gesteld. Problemen werden niet altijd geweten aan een gebrek aan capaciteit, maar ook aan het niet goed functioneren van zorgorganisaties.

In de derde plaats is van belang op te merken dat de eisen aan de gezondheidszorg de afgelopen jaren hoger zijn geworden. Wachttijden werden in de periode van economische stagnatie en noodzakelijke bezuinigingen op de overheidsuitgaven in de samenleving gemakkelijker geaccepteerd dan in deze tijden van economische voorspoed. Deze verschuiving in maatschappelijke voorkeuren is ook zichtbaar in de politieke agenda, waarin de aanpak van te lange wachttijden gelukkig een zeer hoge prioriteit heeft gekregen, mede mogelijk gemaakt door de ruimte die de gezondmaking van de overheidsfinanciën heeft opgeleverd. Hierna geef ik in aanvulling op deze inleidende beschouwing nog enkele specifieke karakteristieken van relevante ontwikkelingen in de care en de cure, die op het wachttijdenvraagstuk van invloed zijn geweest.

Care algemeen

Vanaf de jaren tachtig heeft het vraagstuk van de zorg voor ouderen regelmatig bestuurlijke en politieke aandacht gekregen. Uit de jaarlijkse publicaties van het Financieel overzicht van de gezondheidszorg (FOZ) blijkt dat de volumeontwikkeling van de intramurale capaciteit (verpleeghuizen) in de eerste helft van de jaren tachtig is afgestemd op de bevolkingsontwikkeling. In de tweede helft van de jaren tachtig komt, mede onder druk van de economische omstandigheden, de nadruk nog sterker te liggen op het ontwikkelen van de extramurale zorgverlening. In de eerste helft van de jaren tachtig zijn verzorgingshuizen nog primair woonvoorzieningen. Met de wijziging van de Wet op de bejaardenoorden in 1984 komt de nadruk te liggen op het zorgaspect. Veel bewoners van verzorgingshuizen hebben dan nog geen indicatie voor opname en verblijf, maar wonen daar op basis van de historische situatie. Daarbij wordt na 1984 wel een steeds groter deel van de plaatsen bezet door ouderen met een zorgindicatie. Het aantal voor zorg beschikbare plaatsen bleef in de jaren tachtig stabiel. De groei aan zorgbehoefte kan in die periode binnen de beschikbare capaciteit worden opgevangen ook al doordat ouderen langer thuis blijven wonen en zich een gestage groei

heeft voorgedaan bij het kruiswerk en later bij de thuiszorg. Dit met de bedoeling tijdig zorg aan ouderen te kunnen geven.

De kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg is ten koste gegaan van de capaciteit. Gelet op de wens van ouderen zelf om zolang mogelijk zelfstandig te wonen is sterk ingezet op substitutiebeleid. Er was geen integrale indicatiestelling, er was geen zicht op de vraagontwikkeling en er was geen goed inzicht in de wachtlijstontwikkeling als zodanig.

Achteraf bezien is de vraag gerechtvaardigd of het gevoerde beleid vanuit een lange-termijn demografisch perspectief verstandig is geweest. In de periode 1994–1998 is die groeiende twijfel in de Tweede Kamer aan de orde gesteld. Dat heeft geleid tot een opwaartse bijstelling van de beschikbare budgetten.

Cure algemeen

Begin jaren tachtig ontstonden wachtlijsten voor openhartoperaties, omdat de capaciteit voor deze nieuwe behandelmethode in Nederland pas geleidelijk kon worden opgebouwd. In die periode zijn er ook «luchtbruggen» geweest om Nederlandse patiënten in het buitenland te kunnen behandelen. Uiteindelijk is het aantal openhartoperaties in Nederland op een hoog niveau gebracht, waarbij de wachttijd in de loop der jaren fluctueerde.

Op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is met planningsbesluiten beleid ontwikkeld om beter te kunnen inspelen op de groeiende vraag naar topklinische zorg. Enkele voorbeelden hiervan zijn de planningsbesluiten voor: orgaantransplantaties, nierdialyse, hartchirurgie, de introductie van nieuwe diagnostische mogelijkheden door nieuwe beeldvormende technieken en – recent – de perinatologische zorg. In de afgelopen jaren is de gemiddelde Nederlander ouder geworden, is hij mondiger geworden, stelt hij hogere kwaliteitseisen aan het leven en stelt hij ook hogere eisen aan de dienstverlening. Dat vindt zijn weerslag in wat onze verwachtingen zijn van de gezondheidszorg. De verwachtingen van de curatieve zorg werden ook nog versterkt door wijzigingen in de arbeidsomstandigheden en de Ziektewet. Werkgevers en werknemers wilden dat voortvarender zou worden gewerkt aan het herstel van zieke werknemers en hun terugkeer in het arbeidsproces. Zo ontstond druk om voor werkenden sneller een diagnose te stellen en vervolgens liefst direct tot behandeling over te gaan. Werkgevers waren zelfs bereid daarvoor extra middelen ter beschikking te stellen om zo bij te dragen aan het ter beschikking komen van voldoende capaciteit. Ik verwijs naar het daaruit voortgekomen debat over bedrijfsklinieken, arbo-dienstverlening en voorrangszorg – gericht op het vermijden van een tweedeling in de zorg –, waarin de Tweede Kamer de voorstellen van de werkgevers afwees.¹

Uit de wachtlijstinformatie van Prismant komt naar voren, dat er sinds 1997 (het startmoment van de wachtlijstpeilingen) geen wezenlijke veranderingen zijn opgetreden in het aantal wachtenden voor ziekenhuiszorg.

De periode tussen 1994 en 1999 laat een flinke structurele stijging zien van het aantal dagbehandelingen in ziekenhuizen en het aantal poliklinische behandelingen. Het aandeel van ouderen in de dagbehandeling stijgt relatief sterk, zo is af te leiden uit gegevens van Prismant over die jaren. Tegelijk treden substitutie-effecten op. Zo moeten patiënten na een korter verblijf in het ziekenhuis soms een (tijdelijk) extra beroep doen op mantelzorg, thuiszorg of verpleeghuiszorg (revalidatie). Omgekeerd blijven ziekenhuisbedden bezet door patiënten die niet direct terecht kunnen in de zorgvoorziening waarvoor zij zijn geïndiceerd, zoals verpleeghuis en verzorgingshuis.

Hierna ga ik specifiek in op de afzonderlijke onderdelen van deze vraag.

¹ Kamerstuk 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 7, Tweede Kamer.

Terugblik op de aanpak van wachtlijsten en wachttijden vanaf eind jaren tachtig

In antwoord op uw vraag of wachtlijsten tijdig zijn gesignaleerd en aangepakt hebben we geïnventariseerd welke specifieke acties sinds het eind van de jaren tachtig zijn ondernomen. We hebben niet verder in het verleden teruggekeken. Wel blijkt bijvoorbeeld uit de «Structuurnota Gezondheidszorg» uit 1974 van staatssecretaris Hendriks¹ dat er ook toen een spanning werd onderkend tussen vraag en aanbod, al was die spanning soms van andere aard en werden daarvoor andere woorden gebruikt zoals «onvoldoende capaciteit aan inrichtingsplaatsen» (bij de intramurale voorzieningen voor zwakzinnigen), «een aanmerkelijke achterstand inhalen» (bij de geestelijke gezondheidszorg) en «versterking van het eerste echelon» (voor de extramurale zorg). En ook de noodzaak tot een beheerste ontwikkeling van de uitgaven bestond: «de te sterk gestegen kosten in de gezondheidszorg dwingen tot bezuiniging».

Vanaf eind jaren tachtig hebben opeenvolgende kabinetten acties van uiteenlopende aard ondernomen om samen met de sectoren wachtlijsten als vraagstuk te analyseren en waar nodig aan te pakken. De regeerakkoorden en verschillende FOZ's en JOZ's (Jaaroverzicht Zorg) van de afgelopen twaalf jaar zijn een afspiegeling van de politieke agenda op dit punt.

In het regeerakkoord van het kabinet-Lubbers III² kreeg de aanpak van wachtlijsten voor de gehandicaptensector en de verpleeghuissector een belangrijke plaats. Er werd ruim f 600 miljoen voor uitgetrokken.

In de periode 1990–1993 kreeg de uitvoering daarvan een plek in de verschillende FOZ's. Daar werd het creëren van extra plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg ook bij betrokken.

In het regeerakkoord van Paars I van augustus 1994³ kwamen wachtlijsten niet expliciet als beleidsthema aan de orde.

In het FOZ 1995⁴ (het eerste van Paars I) is op enkele plaatsen over capaciteitsproblemen en signalen over ongewenste wachtlijsten gesproken: oogheelkunde, orthopedie, hartoperaties, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Bij veel van de wachtlijstproblemen werd de opmerking gemaakt, dat meer inzicht nodig is door objectievere indicatiestelling, urgentiebepaling en gepast gebruik en doelmatig handelen. Er werd extra geld (f 6 miljoen) gereserveerd voor het cliëntgebonden budget thuiszorg. Een eerder voor bejaardenoorden aangekondigde taakstelling werd ingetrokken. De werkgelegenheidsgelden die in het regeerakkoord waren opgenomen, waren met name bestemd voor ouderenhulp en verzorging («meer handen aan het bed»). Er werd f 147 miljoen beschikbaar gesteld voor capaciteitsuitbreiding in de ouderenzorg. De primaire reactie op wachtlijsten bleef echter dat het probleem opgelost moest kunnen worden met een betere indicatiestelling en een doelmatiger inzet van beschikbare zorg samen met een volumegroei van 1,3%.

In het FOZ 1997⁵ was er expliciet aandacht voor de wachtlijsten bij de medisch specialistische zorg. Daarmee is niet gezegd dat zich toen voor het eerst wachttijden voordeden op dit terrein. Er heeft altijd een wachtlijst en wachttijd bestaan voor medisch-specialistische zorg. Zij vormden tezamen een planningsinstrument, gericht op een efficiënt organiseren van te verlenen zorg binnen de beschikbare zorgcapaciteit. Zij waren tot het midden van de jaren negentig over het algemeen van een aanvaardbaar niveau. Uiteraard bestonden er in die periode ook uitzonderingen, maar die waren van meer incidentele aard. Pas vanaf medio jaren negentig werden onaanvaardbare wachttijden soms structureel. Begin jaren negentig werd strakker vastgehouden aan het budgettair kader voor de zorg en werden ook maatregelen genomen die een remmend effect hadden op de productie van zorg (bijvoorbeeld de bevrozing van de erkenningbeschikking en het invoeren van de lokale

¹ Kamerstuk 1973–1974, 13 012 nr. 1, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1989–1990, 21 132, nr. 8, Tweede Kamer.

³ Kamerstuk 1993–1994, 23 715, nr. 11, Tweede Kamer.

⁴ Kamerstuk 1994–1995, 23 904, nr. 1, Tweede Kamer.

⁵ Kamerstuk 1996–1997, 25 004, nr. 2, Tweede Kamer.

initiatieven, maar ook het opleggen van budgetkorting aan de ziekenhuisinstellingen).

Een beheerste uitgavenontwikkeling bleef echter belangrijk, zoals onder meer blijkt uit de volgende zin uit het FOZ 1997: «Mijn speciale aandacht gaat uit naar de kwestie van de acceptabele wachttijden. Daarbij is de (internationale) ervaring dat het beschikbaar stellen van extra middelen bij wachtlijsten niet altijd goed werkt, een belangrijk gegeven. In algemene zin is informatievoorziening bij het wachtlijstvraagstuk cruciaal.»¹ Dit FOZ meldt dat er per saldo een daling is van de wachtlijsten thuiszorg. Er wordt f 40 miljoen extra uitgetrokken voor de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg (inclusief het persoonsgebonden budget (PGB)). In het JOZ 1998² komt (voor een deel incidenteel) extra geld beschikbaar voor wachtlijsten in verschillende sectoren: ziekenhuizen en ambulante GGZ (f 50 miljoen), thuiszorg (f 75 miljoen) en gehandicaptenzorg (f 100 miljoen).

Naar aanleiding van een motie³, ingediend door het lid Wallage, bij de algemene politieke beschouwingen over de begroting 1998, voegt het kabinet f 90 miljoen toe aan het budget voor verzorgingshuizen. Het doel hiervan is de gevolgen te mitigeren van een reductie met 5 000 plaatsen die een gevolg is van de modernisering van de ouderenzorg. Door een tweede kamerbreed gesteunde motie⁴ trekt het kabinet nog eens f 35 miljoen extra uit voor de geestelijke gezondheidszorg.

In het regeerakkoord 1999–2002 van Paars II⁵ is binnen de totale intensiveringsruimte van f 5,66 miljard een groter accent gelegd op het verminderen van de werkdruk en op verkorting van wachttijden tot een aanvaardbare lengte, zowel in de cure- als in de caresector. Op basis van een plan van aanpak voor de cure, dat de sector zelf al heeft opgesteld en een plan van aanpak voor de care (vastgesteld in juni 1999 in het kader van de meerjarenafspraken), stelt het kabinet middelen beschikbaar voor de uitvoering daarvan. De uitwerking hiervan is te vinden in het Jaaroverzicht Zorg 1999⁶ en de Zorgnota 2000⁷.

In het actieplan Zorg Verzekerd van 6 november 2000⁸ hebben de staatssecretaris en ik geconstateerd dat de zorgsector in de achterliggende jaren, bij een stringent budgettaire kader, belangrijke efficiencyverbeteringen heeft gerealiseerd en daarmee een flink deel van de toegenomen zorgvraag heeft weten op te vangen. Voorbeelden zijn de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen en de toename van poliklinische en dagbehandelingen. Toch bleek inmiddels, dat door dit proces van zich voortdurend aanpassen aan de budgettaire grenzen de rek er wel uit was. Dit dwong tot het stellen van prioriteiten, waarbij spoedeisende hulp prioriteit nr. 1 bleef. Als gevolg van deze keuze schoven andersoortige behandelingen soms op in de tijd.

In de loop van 2000 en 2001 komen op landelijke niveau steeds meer gegevens beschikbaar over de precieze omvang van wachtlijsten en de lengte van wachttijden door enerzijds gerichte inventarisaties als onderdeel van de wachtlijstaanpak voor de care en anderzijds door inventarisaties van ziekenhuizen. Daardoor is er voor het eerst nauwkeurig inzicht in de reële omvang van het probleem en in de benodigde extra zorgproductie om de wachttijden terug te dringen tot een verantwoord niveau.

Uitspraken van rechters over het honoreren van aanspraken van enkele verzekerden, die in verschillende caresectoren langdurig op zorg moesten wachten, zorgden bovendien voor extra druk om tot een krachtiger aanpak te komen.

¹ Kamerstuk 1996–1997, 25 004, nr. 2, Tweede Kamer, blz. 41.

² Kamerstuk 1997–1998, 25 604, nrs. 1–2, Tweede Kamer.

³ Kamerstuk 1997–1998, 25 600, nr. 9, Tweede Kamer.

⁴ Kamerstuk 1997–1998, 25 600, nr. 18, Tweede Kamer.

⁵ Kamerstuk 1997–1998, 26 024, nr. 10, Tweede Kamer.

⁷ Kamerstuk 1999–2000, 26 801, nr. 1–2, Tweede Kamer.

⁸ Kamerstuk 2000–2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer.

De uitkomsten van een op initiatief van VWS door het RIVM uitgevoerd onderzoek naar de vraag in de gehandicaptenzorg maakten duidelijk dat de gehanteerde «demo»-raming te laag was. Dit noopte tot aanpassing daarvan.

In maart 2000 zorgen nieuwe bestuurlijke afspraken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor een doorbraak op basis van het principe: «boter-bij-de-vis». In de besluitvorming over de voorjaarsbrieven 2000 en 2001 en over de begroting voor 2001 zijn aanvullende afspraken gemaakt over de aanpak van wachttijden op basis van dit principe.

Conclusie

Terugblikkend kunnen we vaststellen dat de wachtlijsten in ieder geval al vanaf het eind van de jaren tachtig tot beleidsmatige reacties hebben geleid. Vanaf het midden van de jaren negentig heeft de wachttijden-aanpak een steeds prominentere plaats gekregen in het beleid. De opvatting dat de wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en voorgaande ministers zijn gesignaleerd, deel ik daarom niet.

Ook ben ik het niet eens met de stelling dat enig beleidsmatig ingrijpen pas op gang is gekomen nadat de wachtlijsten een onverantwoorde proportie hadden aangenomen. In het beleid is steeds geprobeerd om, binnen de financiële mogelijkheden, specifieke wachtlijstproblemen die zich aandienen, aan te pakken. Naast het beschikbaar stellen van financiële middelen lag er steeds een belangrijk accent op vergroting van de transparantie, op verbetering van de zorgorganisatie (met name in de ziekenhuizen) en op het introduceren van de juiste prikkels.

Bij de start van het tweede paarse kabinet is erkend dat een structurele aanpak met bijbehorende budgetten nodig was. Er waren (en zijn) altijd overwegingen om meer financiële ruimte beschikbaar te stellen, maar alleen een goede analyse kan de basis leggen voor de oplossing van wachttijdproblemen. Sinds de start van Paars II hebben zich op dat punt belangrijke ontwikkelingen voorgedaan, waaraan ik ook in de inleidende beschouwing bij dit antwoord refereerde:

- Er is gericht onderzoek gedaan. Daardoor is de afgelopen twee jaar meer inzicht in de aard en omvang van de wachtlijsten en wachttijden ontstaan en ook in het extra volume dat nodig was.
- In samenleving en politiek ontstond – mede in samenhang met de voorspoedige economische ontwikkeling – steeds meer het besef dat de wachttijden soms onaanvaardbaar lang waren geworden.
- Ook groeide het inzicht dat een goede gezondheidszorg – zonder te lange wachttijden – bijdraagt aan duurzame economische groei. Gezondheidszorg werd niet meer uitsluitend als kostenpost gezien, maar als een investering in (herstel van) arbeidskracht.
- Door uitspraken van de rechter kwam er meer druk om het aansprakenkarakter van de verzekeringswetten te effectueren: d.w.z. het leveren van geïndiceerde zorg binnen een redelijke termijn.
- Binnen de sectoren is inmiddels meer helderheid ontstaan over welke wachttijd uit een oogpunt van een doelmatige organisatie van zorg nodig is en welke wachttijd uit een oogpunt van zorginhoud aanvaardbaar is.
- Door de voorspoedige budgettaire ontwikkeling kwam er binnen het totale uitgavenkader ruimte beschikbaar voor een versnelde en geïntensiveerde aanpak van het wachttijdenvraagstuk.

De intensivering van het beleid in de afgelopen twee jaar is dus niet zozeer een reactie op een plotseling aanzwellend of een te laat ontdekt wachtlijstenprobleem, maar veel meer het resultaat van een breed gegroeide behoefte om met behulp van een groeiend inzicht in de precieze betekenis en het karakter van gehanteerde wachtlijsten – tegen de achtergrond van aanhoudende economische voorspoed – meer geld

uit te trekken voor een goed functionerende gezondheidszorg, waarin onaanvaardbaar lange wachttijden een uitzondering zijn.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettaire besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

1a

Er is niet één bepaald moment aan te wijzen waarop is vastgesteld dat de wachtlijsten voor zorg, cure en care, zodanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de zorgvraag. Binnen de mogelijkheden van het budgettaire beleid is op verschillende momenten actie ondernomen, zoals is aangegeven in het algemeen deel van dit antwoord. De beleidsreactie op de wachtlijsten is lang gekleurd geweest door het streven naar kostenbeheersing en daarmee naar soberheid en doelmatigheid. Naast voldoende geld en zorgaanbod zijn bovendien transparantie, een efficiënte zorgorganisatie, aansluiting binnen de zorgketen en goede prikkels nog steeds essentiële voorwaarden om te lange wachttijden aan te pakken. Ook de maatschappelijke en politieke perceptie van wachttijden heeft in de achterliggende periode een grote rol gespeeld. Toen de overheidsfinanciën nog onvoldoende op orde waren, was er meer begrip voor en acceptatie van wachttijden en was er brede steun voor het streven naar volume- en kostenbeheersing en meer doelmatigheid. Op dit moment domineert het besef dat verzekeringsaanspraken binnen een redelijke termijn geëffectueerd moeten kunnen worden en dat tegen de achtergrond van de economische voorspoed een rantsoenering van de zorg in de vorm van te lange wachttijden niet aanvaardbaar is.

1b

De budgetten voor de zorg zijn in de achterliggende jaren vastgesteld op basis van enerzijds de inzichten in de ontwikkeling van de zorgvraag en anderzijds mogelijkheden het verzekerde pakket te versoberen en de doelmatigheid van de zorg te vergroten (zie ook het antwoord op vraag 6). Ik vind, terugblikkend op het beleid van de afgelopen jaren, dat de zoektocht naar meer doelmatigheid niet voor niets is geweest. Zo heeft het gedachtegoed van de commissie-Dunning breed ingang gevonden. Dit betekent concreet dat het kabinet zijn besluitvorming over de omvang van het wettelijk verzekerd pakket vanaf 1992 baseert op de criteria die de commissie-Dunning noemt in zijn rapport «Kiezen en delen» van november 1991. Bij de beoordeling van de vraag of een verstrekking thuishoort in het wettelijk verzekerde pakket, gaat het achtereenvolgens om een antwoord op de volgende vragen:

1. Is de verstrekking noodzakelijk uit een oogpunt van gezondheid?
2. Zo ja, is de werkzaamheid van de verstrekking voldoende aangetoond?
3. Zo ja, is het ook een doelmatige verstrekking (kosten-batenverhouding)?
4. Zo ja, kan deze verstrekking in alle redelijkheid voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde komen?

Pas als de vragen 1 tot en met 3 met «ja» zijn beantwoord en vraag 4 met «nee», komt, respectievelijk blijft de verstrekking in het verzekerde pakket. Tegelijk zijn de verwachtingen over de budgettaire effecten van bijvoorbeeld pakketversoeringen voor een deel te hoog gespannen geweest. Voorzover budgettaire opbrengsten op dat punt te hoog zijn ingeschat, zijn deze echter steeds gecompenseerd door andere besparingen of door toekenning van extra ruimte.

Daar staat tegenover dat beschikbare ruimte voor extra volume niet altijd volgens de verwachtingen in extra productie heeft geresulteerd. Zo

hebben instellingen financiële middelen noodgedwongen ook ingezet om de gevolgen van toegenomen zorgzwaarte op te vangen. Ook de gewenste kwaliteitsverbeteringen (o.a. op het gebied van privacy in verpleeghuizen) hebben geleid tot minder beschikbare capaciteit.

Daarnaast heeft de systematiek van gedeeltelijke financiering van de arbeidsvoorwaarden door nog te realiseren productiviteitsstijging soms tot afwenteling op het zorgbudget geleid, als deze stijging door de instelling niet of niet helemaal werd gerealiseerd. In die situatie hebben zorginstellingen een deel van de middelen die bestemd waren voor reële groei besteed aan arbeidsvoorwaarden.

1c

De wachtlijstproblematiek zal pas zijn opgeheven, als er op de verschillende deelmarkten evenwicht is. Wanneer dat evenwicht per deelmarkt zal ontstaan, is afhankelijk van veel factoren, zoals het tempo waarin gebouwde voorzieningen gerealiseerd kunnen zijn, de mate waarin de arbeidsmarkt voldoende verzorgenden en verpleegkundigen kan leveren, de ontwikkeling van de zorgvraag, substitutie-effecten, keteneffecten, de ontwikkeling van het ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voldoende medisch specialisten (door uitstroom uit opleidingen of door «import» uit andere landen). Ik kan dus niet aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn.

Wel constateer ik dat er nu al een forse inhaalslag gaande is. Dat is zichtbaar bij de care, waarin Paars II naar verhouding het meest heeft geïnvesteerd, en waar de nieuwe aanpak van de wachttijden het eerst is geëffectueerd (zie de bij mijn brief van 6 juli meegezonden bijlagen). Bij de tweede meting per peildatum 1 maart 2001 blijkt de aanpak van de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging zijn vruchten te hebben afgeworpen). Over de gehele linie bezien zijn de wachtlijsten met 20% gedaald terwijl tegelijkertijd het aantal afgegeven indicaties fors is gestegen. De wachtlijsten voor PGB zijn tot nagenoeg nul gereduceerd. In de sector gehandicaptenzorg heeft uitbreiding van capaciteit plaatsgevonden, maar is het aantal indicaties eveneens fors gestegen. Toch zijn de wachttijden ook daar per saldo verkort.

In de cure is inmiddels de productie in ziekenhuizen op een aantal wachtlijstrelevante onderdelen fors is toegenomen, zoals blijkt uit een recente inventarisatie van ZN. Zie het overzicht waarin ZN op basis van haar inventarisatie van de productie in de eerste helft van 2001 de volgende raming voor 2001 presenteert:

TOTAAL	Extrapolatie 2001	CTG 2000	Vershil absoluut	Vershil procentueel
Cataract totaal	91 133	77 936	13 197	16,93%
Knie totaal	8 633	7 809	824	10,55%
Heup totaal	21 530	20 845	685	3,29%

Tegelijkertijd blijkt ook de vraag te zijn gestegen, zodat absolute reducties niet zichtbaar zijn op de wachtlijst. Wel zijn er verschillende initiatieven bij ziekenhuizen en verzekeraars om op een andere wachtlijsten en wachttijden te verkorten. Ik wijs op het toenemen van het contracteren van zorg over de grens. De duidelijkheid die nu ontstaat door uitspraken van het Europees Hof over de aanspraken van verzekerden (Kohl en Decker, Smits en Peerbooms) draagt bij aan de verdere voortgang van deze ontwikkeling.

Parallel wordt ook nog een nieuwe slag gemaakt op ICT-terrein. Ik noem in dit verband:

- het elektronisch patiëntendossier (EPD);
- het verbeteren van logistieke processen;
- een vernieuwingsslag op het personele vlak.

Het gaat hier om diepte-investeringen die op termijn moeten resulteren in een toename van de productie en een betere zorgkwaliteit.

Het streven is een maximale inzet op alle fronten te leveren zodat nog deze kabinetsperiode een aanzienlijke reductie van de wachtlijsten wordt bereikt.

Vraag 2

De laatste decennia is er een zeer terughoudend en restrictief beleid gevoerd ten aanzien van de soort en omvang van zorgaanbieders. Toen de zorgkloof begin van de jaren '90 manifest werd en kostenbeheersing nodig was, had erkenning van nieuwe zorgaanbieders die bereid waren op meer doelmatige wijze zorg te bieden bij kunnen dragen tot oplossing van in ieder geval een deel van de problemen.

- a. In het begin van de jaren '90 manifesteerden de wachtlijsten zich steeds duidelijker en waren er inmiddels privé-klinieken die deze wachtlijsten mede konden bestrijden. Waarom zijn deze niet door de minister erkend in het kader van de Ziekenfondswet (inclusief het stellen van kwaliteitscriteria etc.)?
- b. Het verstrekkingenbesluit van de Ziekenfondswet is zeer precies en strak geschreven. In de loop der jaren zijn er mede op grond van nieuwe technologieën nieuwe zorgvormen ontstaan die echter niet pasten binnen de diverse verstrekkingenbesluiten. Zorgvormen zoals, rugadviescentra e.a. zijn op basis van particulier initiatief ontstaan. Deze bevorderden niet alleen meer zorg op maat maar werkten ook zeer klantvriendelijk. Bovendien leverden deze nieuwe zorgvormen vaak de zorg op meer doelmatige wijze dan de reguliere instellingen.
- c. Waarom heeft de minister niet in een vroeger stadium de aanspraken van de Ziekenfondswet aangepast aan de nieuwe zorgvormen en de desbetreffende aanbieders van zorg erkend in dit kader? Hetzelfde kan worden gesteld ten aanzien van de instellingen en aanspraken in het kader van de AWBZ.

Antwoord 2a

Privé-klinieken zijn in 1985 met terugwerkende kracht tot 1 januari 1983 als toegelaten (= erkend) aangemerkt in de Ziekenfondswet. Voor privé-klinieken gelden daarom geen individuele toelatingsvereisten: er vindt geen toetsing plaats voorafgaande aan toelating; zij zijn van rechtswege toegelaten. Het is voor verzekeraars dus steeds mogelijk geweest om desgewenst zorg bij privé-klinieken te contracteren. Ik wijs er overigens op dat de overheid nooit een regulerende taak heeft gehad voor de infrastructuur van klinieken zonder bedden.

In de jaren na 1980 werd gemeend dat privé-klinieken met bedden voor hun bouw en exploitatie een vergunning moesten hebben, omdat zij onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zouden vallen. In 1988 oordeelde de rechtbank in Maastricht (TvGR 1989/15) daar anders over. In 1990 deed de afdeling Geschillen van bestuur van de Raad van State (AB 1990/569) eenzelfde uitspraak. Tussen 1988 en 1998 waren er dus geen wettelijk beletselen om een privé-kliniek te bouwen, te exploiteren. Ziekenfondsen en andere zorgverzekeraars konden privé-klinieken contracteren: deze waren niet onderworpen aan aanbodregulering via de WZV en werden in het kader van de Ziekenfondswet als toegelaten aangemerkt.

Ik vond en vind het echter van groot belang dat medisch-specialistische zorg zo veel mogelijk wordt verleend in een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. De achterliggende gedachte is dat de gebruiker erbij gebaat is dat hij zorg krijgt op basis van een afweging van alle mogelijkheden die er binnen de ziekenhuisorganisatie aanwezig zijn.

Een tweede afweging is dat ziekenhuiszorg een kostbare infrastructuur

vergt. De lasten daarvan blijven voor rekening van de overige ziekenhuiszorg als een lucratief deel daarvan buiten de ziekenhuisorganisatie wordt gerealiseerd. Hetzelfde doet zich voor bij de beschikbaarheid van medisch-specialisten en – buiten de intramurale zorg – op het terrein van de tandheelkunde, waar activiteiten van tandartsen in het derde compartiment ten kosten gaat van hun beschikbaarheid voor het basispakket.

Een integrale afweging van de geëigende zorgmogelijkheden voor de gebruiker, intercollegiale toetsing en het steeds beschikbaar zijn van een achtervang bij calamiteiten tijdens of na de behandelingen, verhogen de kwaliteit van de zorg. Om deze redenen en om een tweedeling in de zorg te voorkomen zijn in 1998 privé-klinieken die tweede compartimentzorg verlenen in de vorm van zelfstandige behandelcentra (zbc's) aangewezen als ziekenhuisvoorziening in de zin van de WZV.

In de toelichting op de Regeling zelfstandige behandelcentra¹ – de regeling waarbij zbc's onder de WZV zijn gebracht – is de rol die zbc's binnen het systeem van de gezondheidszorg kunnen vervullen als volgt verwoord:

«De functie van het zelfstandig behandelcentrum zal vooral kunnen liggen in selectieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling. Hierbij ligt een relatie met het oplossen van wachtlijsten voor de hand. Wachtlijsten doen zich thans – en mogelijk ook in de toekomst – voornamelijk voor bij planbare, niet acute zorg. [...] Zelfstandige behandelcentra kunnen hier een rol vervullen variërend van «luis in de pels» tot het toevoegen van extra capaciteit indien en waar dat nodig is.» Aan bijna alle zbc's die in 1998 bestonden is inmiddels op grond van de WZV een vergunning verleend. In drie gevallen loopt deze procedure nog. In verband met overgangsbepalingen verhindert dit hun echter niet zorg te verlenen. De productie van zbc's is niet door een vooraf vastgesteld budget gelimiteerd. Zorgverzekeraars kunnen met zbc's contracten sluiten over het leveren van zorg om de wachtlijstproblematiek te verlichten. Hier zijn ook diverse voorbeelden van.

Antwoord 2b en 2c

De zorg dient tegelijk doelmatig te zijn en doelmatig te worden georganiseerd. De aspecten noodzakelijkheid, toegankelijkheid, uitvoerbaarheid zijn eveneens belangrijke graadmeters op basis waarvan het pakket moet worden samengesteld. Er bestaat een spanningsveld tussen de wens tot uitbreiding van het pakket en de genoemde criteria en de financieringsmogelijkheden. Ik heb binnen de kaders die de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) stellen steeds naar mogelijkheden gezocht om nieuwe ontwikkelingen mogelijk te maken. Het verzekerde pakket is redelijk strak omschreven. Dit met het doel de rechten van de verzekerde duidelijk vast te leggen. Toch betekent dit niet dat geen ruimte bestaat tot nadere invulling van het pakket.

De huisartsenzorg en de zorg die het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf verleent, zijn zó omschreven dat de omvang van de zorg wordt bepaald door dat wat in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is. Dit houdt in dat ook nieuwe medische ontwikkelingen als verstrekking geleverd kunnen worden op het moment dat de beroepsgroep de tijd daar rijp voor acht. Daarbij is ook de stand van de wetenschap mede bepalend. De rapporten van de Gezondheidsraad vervullen hierin een belangrijke rol. Concreet betekent dit dat als een behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden, deze overeenkomstig de criteria van de commissie-Dunning in beginsel deel kan uitmaken van het verstrekkingenpakket. (Zie ook het antwoord op vraag 1.) Daarnaast is sinds een aantal jaren de financiering van kosten toegestaan voor hulp die niet binnen het strikt omschreven verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering valt. Dit is de zogenaamde «flexizorg».

¹ Stcrt. 1998, nr. 30.

Voorwaarde is dat deze hulp uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening en voor de verzekerde op basis van de zorg-op-maat-gedachte een betere oplossing biedt dan de geïndiceerde als verstrekking geregelde hulp. Binnen de AWBZ zijn in eerste instantie eveneens subsidieregelingen vastgesteld voor zorg-op-maat in de sectoren verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Inmiddels zijn die regelingen structureel ingebed in de (flexibel omschreven) zorgaanspraken (zie ook het antwoord op vraag 7).

Vraag 3

Hoeveel fusies van erkende ziekenhuizen zijn er in Nederland? Is het juist dat de WZV niet toestaat dat een functie van ziekenhuis X in locatie A wordt uitgeoefend in de fusiepartner Y in de andere locatie B? Hoe kunnen dan fusievoordelen, bijvoorbeeld op het punt van de gezamenlijke administratie worden gerealiseerd? Of wordt de situatie geaccepteerd dat de WZV op dergelijke punten wordt overschreden.

Antwoord

In de afgelopen tien jaar zijn door fusies 39 ziekenhuisorganisaties gereduceerd tot 18 ziekenhuisorganisaties, zo meldt het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) in een recente uitvoeringstoets over ziekenhuisspreiding.

De WZV verzet zich niet tegen het uitoefenen van een functie van ziekenhuis X op de locatie van fusiepartner Y.

Zo'n besluit behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur. Overtreding van de WZV of het accepteren is dus niet aan de orde. Fusievoordelen kunnen gerealiseerd worden.

De vraag die tijdens twee Algemene Overleggen met de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer op 7 december 2000¹ en 19 april 2001² aan de orde is geweest, ging erom of een dergelijke herallocatie van functies op grond van de WZV vergunningplichtig is. Volgens een aantal leden van de Tweede Kamer dreigen bij het streven naar het behalen van fusievoordelen andere belangen het onderspit te delven. In mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 8 juni 2001 heb ik een juridisch antwoord gegeven op de vraag naar de sturingsmogelijkheden van de WZV. Ook heb ik aangegeven dat ik in de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV zal opnemen dat in geval van herallocatie van functies, het ziekenhuis in zijn Lange Termijn Huisvestingsplan moet aangeven hoe met de «stakeholders» is overlegd over zijn voornemens daartoe.

In de brief stel ik voor om een vierde uitgangspunt toe te voegen aan de drie uitgangspunten voor de beleidsregels. De drie bestaande uitgangspunten gaan over de regionale context, de effecten op nabijgelegen ziekenhuizen en over de omstandigheden die noodzaken tot concentratie. De vierde wordt: de noodzaak om de bevolking, patiënten- en consumentengroeperingen en gemeentebesturen nadrukkelijk bij de besluitvorming te betrekken om zo de besluitvorming transparant te maken.

Het fusieproces als zodanig vond mede zijn oorzaak in de kostbare investeringen die gemoeid zijn met de nieuwste medische technieken. Tegelijkertijd worden technieken ontwikkeld die het mogelijk maken zorg, die tot dan uitsluitend binnen het ziekenhuis mogelijk was, buiten de instelling of zelfs thuis te verlenen.

Vraag 4

De gezondheidszorg vertoont sterk de trekken van een olietanker. Tussen het moment dat geconstateerd wordt dat een koerswijziging geboden is en in de praktijk daadwerkelijk het roer is omgegooid zit te veel tijd. Al geruime tijd immers dienen zich knelpunten aan tussen aanbod en vraag in de zorg. En die knelpunten uiten zich thans onder meer in hardnekkige wachtlijsten en schrijnende tekorten aan verplegend personeel, huisartsen en medische specialisten. Buiten twijfel staat voorts dat op beleidsniveau

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 295, nr. 3, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 2000–2001, 27 295, nr. 5, Tweede Kamer.

tijdig en indringend signalen zijn ontvangen dat de olietanker zou vastlopen. Niettemin bestaat de indruk dat de tijdgeest niet tijdig en adequaat is opgepakt, zodat thans meer moet worden ingehaald dan wellicht nodig was geweest.

- a. Kan in een meer algemene beschouwing worden aangegeven op welke momenten op beleidsniveau – ambtelijk en politiek – het inzicht is gerijpt dat aanbodsturing zijn langste tijd heeft gehad en een omslag naar meer vraaggestuurde zorg voor wenselijk moet worden gehouden?
- b. Kan daarbij in een overzichtelijk tijdpad worden aangegeven welke beleidsvisies op welk moment successievelijk zijn ontwikkeld en welke maatregelen zijn getroffen om deze omslag naderbij te brengen? Kortom, op welke wijze en op welk moment heeft de stap van denken naar doen vorm gekregen?
- c. In hoeverre heeft de hardnekkigheid van het vigerende beleid van aanbodsturing frustrerend gewerkt op de wenselijk geachte koerswending?

Antwoord

Algemeen

Als we de vraag over de koerswijziging van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde zorg bekijken over ruwweg de achterliggende tien jaar, zien we dat deze periode gekenmerkt wordt door twee gezichten. Aan de ene kant is aanbodsturing als middel tot uitgavenbeheersing een leidend beginsel geweest bij het beleid. Het beschikbare – aanbodgerichte – instrumentarium de WZV en de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) werd ingezet om het volume voor de zorg zo voorspelbaar en beheersbaar mogelijk te ontwikkelen.

Het regeerakkoord 1994 kan wellicht als tekenend voor het beleid in deze periode worden gezien. Het bevatte veel (aanzetten tot) maatregelen om het ziekenfondspakket te versoberen, eigen bijdragen in te voeren en kosten verdergaand te beheersen. Het Budgettaire Kader Zorg (BKZ) was als budgettaire norm de financiële vertaling hiervan. Ik meen dat de – in politiek en samenleving breed gedragen – leidende opdracht tot kostenbeheersing als bijdrage aan de gezondmaking van de publieke financiën de afgelopen tien jaar consequent en met succes is uitgevoerd. Ik zeg erbij dat dit niet altijd eenvoudig was, gelet op de krapte en noden in de zorg die op verschillende momenten zichtbaar waren.

Illustratief voor de betekenis die het BKZ heeft gekregen is ook de feitelijke rol die de Zorgnota (toen nog het Financieel Overzicht Zorg) in de loop der jaren kreeg. De RVZ schrijft in zijn rapport «De RVZ over het zorgstelsel» (2001) het volgende over de ontwikkeling die de Zorgnota heeft doorgemaakt: *«Weliswaar heeft het financieel overzicht juridisch geen andere status dan die van een beleidsnota en bindt het formeel alleen de opstellers, maar de regering kan het door middel van aanbodregulering een verplichtend karakter geven. In combinatie met het financieel overzicht wordt de aanbodregulering zo een werkzaam instrument voor kostenbeheersing, bezuinigingen en beheersing van de collectieve lastendruk.»*

Aan de andere kant is in de achterliggende periode van tien jaar vraagsturing een steeds belangrijker uitgangspunt geworden bij de vormgeving en organisatie van het zorgaanbod.

In de plannen voor een nieuw stelsel, zoals voorgesteld door de commissie-Dekker en verder ontwikkeld onder het kabinet-Lubbers II en het kabinet-Lubbers III, was vraagsturing via gereguleerde marktwerking en het toekennen van meer verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars al een belangrijk uitgangspunt. Uiteindelijk heeft de politiek afgezien van een grote stelselwijziging en is vanaf Paars I ingezet op een koers van kleine stappen. Deze koers was erop gericht de verdeling van verantwoordelijkheden geleidelijk te veranderen en nieuwe instrumenten te introduceren.

In die periode is veel ruimte gekomen voor initiatieven tot zorgvernieuwing, ketenbenadering van de zorg en tal van verbeteringen van de inhoud van het zorgaanbod (met name in verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg), die meer recht deden aan de zorgvraag van cliënten. Introductie van het persoonsgebonden budget is daarvan een voorbeeld. Naar mijn mening zijn door dit beleid vraag en aanbod in de afgelopen zeven jaar beter op elkaar gaan aansluiten.

In de curatieve zorg heeft zich bovendien een expansie van nieuwe behandelmogelijkheden voorgedaan (bijvoorbeeld aan het oog en het bewegingsapparaat), die per saldo gezorgd hebben voor een kwalitatieve en kwantitatieve opwaartse druk op de zorgvraag en het zorgaanbod. Deze «technologische» innovaties zijn voorbeelden van het beter tegemoet komen aan de zorgvraag binnen de ruimte die er was voor budgettaire groei.

Ter illustratie geef ik een citaat uit de RVZ-publicatie over het Zorgstelsel (Zoetermeer, 2001).

«Paars, dat in 1994 aantreedt, maakt een eind aan de invoering van het Plan Simons. Dat betekent niet dat de ideeën en voorstellen van de commissie Dekker zijn afgeschreven. Integendeel, zij zorgen onder Paars voor een stille revolutie. Vraagsturing (de gezondheidszorg wordt georiënteerd op de behoeften en de wensen van de consument) en zorgvernieuwing (meer differentiatie in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden verleend) zijn en blijven richtinggevende concepten voor het zorgbeleid.»

Gelet op het voorgaande, herken ik mij dan ook in het geheel niet in de suggestie dat de tijdgeest niet tijdig zou zijn onderkend. Dit temeer omdat de staatssecretarissen en ik de afgelopen zeven jaar veel hebben geïnvesteerd in de voorbereiding van instrumentarium dat veel meer op vraagsturing is gebaseerd, met verzekeraars in een leidende positie. Zie bijvoorbeeld de kabinetsreactie op het advies van de commissie-Biesheuvel, de latere nota's over de modernisering van care en cure en de plannen voor aanpassing van (de toepassing van) de Wtg.

Voor de wijze waarop het kabinet heeft gereageerd op (voorspellingen over) groeiende tekorten bij verpleegkundig personeel en huisartsen en medisch specialisten, verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 21 en 22.

4a

Zoals hiervoor al is geschetst, is beheersing van de uitgaven tot voor kort in hoge mate leidend geweest voor de sturing van het zorgaanbod in kwantitatieve zin. Dat is op zichzelf geen belemmering geweest voor een meer op de vraag afgestemde inrichting van het zorgaanbod in kwalitatieve zin. In het afgelopen jaar is vraagsturing als concept voor de bepaling van de omvang van het zorgaanbod sterker op de voorgrond gekomen. Ik verwijs hiervoor naar de eerdergenoemde afspraken met zorgverzekeraars over de aanpak van de wachttijdenproblematiek.

De zorgsector heeft door een gematigde loonontwikkeling in die periode, conform de afspraken tussen sociale partners, en door het opvangen van groeiende vraag naar zorg door doelmatiger inzet van zorgmogelijkheden ook zelf een forse bijdrage geleverd aan de beperking van de ontwikkeling van de collectieve lasten.

De beleidsontwikkeling rond de aanpak van wachttijden en wachtlijsten heeft het denken over het verleggen van de sturing op aanbod naar sturing op vraag in een stroomversnelling gebracht. Zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht is voor het huidige kabinet de vraag in toenemende mate leidend voor de ontwikkeling van de publieke zorgvoorzieningen. Hieraan wordt instrumenteel verder inhoud gegeven in onder meer de moderniseringsoperaties in de cure en de care. De aanpassing

van het verzekeringsstelsel in de komende kabinetsperiode kan als een noodzakelijk sluitstuk van deze ontwikkeling worden gezien.

4b

Zie het algemeen deel van het antwoord op vraag 4. Voor het overige verwijs ik graag naar hoofdstuk 2 van de publicatie «De RVZ over het zorgstelsel» uit 2001, waarin een korte verhandeling over het beleid in de periode 1950–2000 is opgenomen. Een exemplaar van deze publicatie doe ik u hierbij toekomen¹. Zoals eerder aangegeven is het denken over vraagsturing in de loop van de afgelopen tien jaar op tal van plaatsen omgezet in «doen».

Met de nota «Vraag aan bod» heeft dit kabinet de bouwstenen neergelegd voor een meer ingrijpende stelselwijziging in de volgende kabinetsperiode. Vooruitlopend daarop is verzekeraars bij de wachtlijstaanpak nu al de ruimte geboden om te bepalen hoeveel zorgvolume gecontracteerd moet en kan worden om aan de benodigde zorg voor verzekerden te kunnen voldoen.

4c

Het is onvermijdelijk dat instrumenten die primair georiënteerd zijn geweest op aanbodsturing en uitgavenbeheersing alleen geleidelijk kunnen worden vervangen door een nieuw instrumentarium. Zo zullen de publieke belangen waarop de aanbodsturing gericht is/was (bijvoorbeeld bevordering van doelmatigheid en beheerste ontwikkeling van de uitgaven) in een meer vraaggestuurd stelsel met andere mechanismen en instrumenten behartigd moeten worden. Het kost tijd deze mechanismen te ontwikkelen, in regelgeving neer te leggen en in de praktijk te laten floreren.

We verkeren momenteel in een overgangperiode waarin de rollen van overheid, verzekeraars en aanbieders sterk veranderen. Oude en nieuwe spelregels kunnen daarbij soms botsen. Verder speelt zeker een rol dat uitgavenbeheersing leidend beginsel is geweest bij het beleid gedurende opeenvolgende kabinetten. De doelstellingen op dit gebied waren sterk verweven met het beleid voor de sanering van de overheidsfinanciën. Het denken en doen van zowel de overheid als van de sector zelf zijn hiervan sterk «doordesemd» geraakt. Er is ook tijd gemoeid met het ontdekken van en het inspelen op nieuwe vrijheidsgraden en sturingsmechanismen. «Frustrerend» vind ik echter geen goede term om dit transitieproces te typeren. De wachtlijstaanpak in de care bewijst bijvoorbeeld dat in goed overleg met alle partijen ogenschijnlijk knellende spelregels uit de WZV uiteindelijk geen beletsel voor snel handelen hoeven te vormen.

Vraag 5

- a. Is het mogelijk om – in retrospectief – de momenten te duiden en de ambtelijke en/of politieke beslissingen te identificeren die per saldo een betekenisvolle bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van de wachtlijsten en het tekortschieten van bijvoorbeeld verpleegzorg en de huisartsenzorg?
- b. In hoeverre hebben de (financiële) afspraken in de regeerakkoorden van de laatste drie kabinetten herkenbaar een rem gezet op de wens om tot verandering te komen?
- c. Uitgaande van de veronderstelling dat op ambtelijk en politiek niveau al geruime tijd geleden is geconstateerd dat in toenemende mate een zorgkloof aan het ontstaan is, valt dan aan te geven op welke momenten er pogingen zijn gedaan om aan de beklemming van de vigerende afspraken te ontkomen en welke resultaten hebben die inspanningen vervolgens opgeleverd?

Anders geformuleerd, in hoeverre had beter dan thans het geval is geweest, in zeg de afgelopen 10 a 15 jaar geanticipeerd kunnen

¹ Is ter inzage gelegd op het Centraal Informatiepunt onder griffienr. 126968.05.

worden op ontwikkelingen in de zorgvraag? Welke garanties zijn er overigens dat – tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing – thans beter dan voorheen tijdig de zorgvraag in beeld wordt gebracht en het aanbod daarop wordt afgestemd?

Antwoord

5a

Het ontstaan van te lange wachttijden heeft – afhankelijk van de deelmarkt waar het over gaat – zeer uiteenlopende (combinaties van) oorzaken. Dat is ook al aangestipt in het antwoord op vraag 1 en komt ook nog aan de orde in het antwoord op vraag 13.

De volgende specifieke factoren spelen hier een rol:

- schaarste op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen;
- cyclische tekorten en overschotten op deelmarkten van specialisten;
- sneller dan verwacht veranderende arbeidspatronen bij artsen (andere taakinhoud, meer deeltijdwerk, kortere arbeidsduur, eerder uittreden);
- oplopend ziekteverzuim;
- regionale verschillen in zwaarte van zorgproblematiek (bijvoorbeeld op het terrein van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg);
- verkiezen van kwaliteit boven kwantiteit (bijvoorbeeld bij verpleeghuizen);
- toename van zorgzwaarte (o.m. als gevolg van substitutiebeleid) waardoor de productie terugloopt;
- te vroege aanmelding omdat zorgconsumenten vroegtijdig hun rechten zeker willen stellen;
- extra en duurder behandelmethoden die binnen budgetten moeten worden opgevangen;
- lange doorlooptijden voor bouwprocessen voor intramurale voorzieningen;
- het onvoldoende tijdig voorzien van een toename van zorgvraag op een specifieke deelmarkt (bijvoorbeeld bij de radiotherapie);
- verschil in doelmatigheid bij instellingen, die onder andere naar voren is gekomen bij benchmarking.

Bij de meeste van deze factoren zijn geen beleidsbeslissingen aan te wijzen die hebben bijgedragen aan het ontstaan van wachtlijsten of tekorten hebben bijgedragen. Bovendien gaat het niet zozeer om «momenten», maar veelal om ontwikkelingen die wellicht achteraf verklaarbaar zijn, maar die van tevoren niet of niet nauwkeurig konden worden voorzien.

Wel zou in retrospectief gesteld kunnen worden dat met de door provincies en grote steden geplande afbouw van de capaciteit van verzorgingshuizen een te zware wissel is getrokken op de mogelijkheden om ouderen (kwalitatief) voldoende thuiszorg te bieden. Op dit punt is ook een correctie in het beleid aangebracht via de al eerder genoemde motie-Wallage en het regeerakkoord voor Paars II. Daarnaast leidt de stijging van de levensverwachting tot een grotere vraag. Ook dit heeft geleid tot aanpassingen in het beleid.

In algemene zin heeft het model van aanbodsturing in de context van kostenbeheersing natuurlijk wel een belangrijke rol gespeeld. Als er geen aanbodsturing was geweest en ook kostenbeheersing geen belangrijke randvoorwaarde voor het te voeren beleid was geweest, waren zorginstellingen niet met budgettaire grenzen geconfronteerd en hadden ze kunnen besluiten om het zorgaanbod te verruimen.

Uiteraard gaat het hier slechts om een gedachteoefening. Het is immers niet goed denkbaar dat welk kabinet dan ook de afgelopen twintig jaar zo'n beleid van een complete «open-einde»-financiering van de zorgsector zou hebben gevoerd.

Er is nog iets anders wat zeker ook een rol heeft gespeeld, los van de eerdergenoemde veranderde perceptie van wachtlijsten. De wachttijden in algemene zin (dus ongedifferentieerd) zijn namelijk lang beschouwd als

een nuttig instrument voor zorgaanbieders om op een efficiënte manier zorg te verlenen. Inmiddels leeft de breed gedragen opvatting dat een wachttijd van beperkte duur goed is vanuit het oogpunt van een efficiënte zorgorganisatie, maar dat bij een wachttijd boven een bepaalde grens de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg niet meer of onvoldoende gewaarborgd zijn.

5b en 5c

Voor het antwoord op de meeste van de hier gestelde vragen verwijs ik naar het antwoord op vraag 6. Over de slotvraag van 5c het volgende. Het is ook met de huidige wetenschappelijke inzichten uiterst moeilijk de zorgvraag op langere termijn te voorspellen. Niettemin zijn er verschillende studies verschenen over de gevolgen van de vergrijzing en de gestegen welvaart voor de zorgvraag. Op basis van deze studies hoedt het kabinet rekening met een forse stijging van de zorguitgaven. In de nota «Vraag aan bod» van 6 juli 2001¹ is het anticiperen op de gevolgen van de vergrijzing een belangrijk uitgangspunt.

Voor de komende kabinetsperiode hebben de gezamenlijke planbureaus (CPB, SCP en RIVM) een raming opgesteld van de verwachte groei van de zorgvraag bij ongewijzigd beleid: «Een scenario voor de zorguitgaven 2003–2006» van juli 2001. Met deze raming kan een nieuw kabinet rekening houden bij het toedelen van de beschikbare ruimte voor toename van de publieke uitgaven. De gevolgen van nieuw of aanvullend beleid moeten nog in de raming worden verwerkt.

Verzekeraars zullen een belangrijker rol gaan vervullen bij het plannen van het zorgaanbod op de langere termijn. Ik verwacht dat zij met behulp van inzichten, onder meer uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, goed in staat zullen zijn op de toekomstige vraag in te spelen. Uiteraard blijft de overheid in toetsende zin verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van zorg binnen het zorgstelsel.

II. Financieel beleid/budgettering

Vraag 6

De signalen van toenemende tekorten zijn de afgelopen 10 jaar steeds heftiger geworden. Naar de opvatting van de vaste commissie zijn de bepalingen van de AWBZ en Ziekenfondswet met betrekking tot de zorgplicht en de WZV met betrekking tot de planning gericht op het voldoen aan de behoefte, systematisch door de overheid genegeerd ten faveure van het budgetmechanisme. Ook de rechter heeft uitgesproken dat ten principale het budget toereikend dient te zijn om de aanspraken van verzekerden te kunnen honoreren.

- a. Is het waar dat de budgetten de afgelopen 10/15 jaar naar het oordeel van de bewindslieden inderdaad te laag zijn geweest om in redelijkheid aan de reële vraag te kunnen voldoen?
- b. Waarom is dan toch steeds het beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten nu de cijfers laten zien dat de kosten BNP de afgelopen 10/15 jaar drastisch naar beneden zijn gegaan?
- c. Is er in het verleden niet een vertekend beeld door de overheid gegeven omtrent de uit de hand lopende kosten?

Antwoord

Algemeen

Ik verzet me in volle overtuiging tegen de stelling dat de overheid de bepalingen in de verzekeringswetten over de zorgplicht en de bepaling in de WZV over het voldoen aan de behoefte systematisch heeft genegeerd ten gunste van het budgetmechanisme. Deze stelling gaat geheel voorbij aan de balans die achtereenvolgende kabinetten van uiteenlopende politieke signatuur hebben gezocht tussen het kunnen voldoen aan de

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 855, nrs. 1 en 2, Tweede Kamer.

zorgvraag enerzijds en het gezond maken van de publieke financiën (en als afgeleide daarvan de Nederlandse economie) anderzijds. Ik onderbouw dat verder in de antwoorden na dit algemene deel. De stelling gaat ook voorbij aan het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg ten opzichte van vergelijkbare omringende landen al jarenlang een goede conductestaat heeft, ook al was de gezondheidszorg soms toe aan een wat ruimere jas.

Dit beleid heeft steeds op instemming van de meerderheid van Tweede én Eerste Kamer kunnen rekenen. Sterker nog, er zijn momenten geweest dat in de Eerste Kamer voor nog meer soberheid werd gepleit uit bezorgdheid over de ontwikkeling van de collectieve uitgaven.

Naar aanleiding daarvan noemde minister van Financiën Kok bij de Algemene politieke beschouwingen in de Eerste Kamer op 27 november 1991 enkele hoofdvragen, waarop in de komende tijd een oplossing gezocht moest worden. Als eerste en niet de minste factor noemde hij het bevorderen van de werkgelegenheid. Hij vervolgt dan met:

«Een tweede factor is het gezond maken van de overheidsfinanciën. Dat is meer dan een hobby van de minister van Financiën en dat bleek gisteren ook wel uit de betogen van de zijde van de Kamer in eerste termijn. Het is ons aller zorg. Wij zien ook uit het verloop van de cijfers dat er steeds meer belangrijke intrinsieke overheidsuitgaven worden weggedrukt uit de rijksbegroting door groeiende rentelast, of het nu om onderwijs, om gezondheidszorg of om sociale uitkeringen gaat. Wij kunnen voor de komende jaren al voorspellen dat de druk van de rentelast op de rijksbegroting al maar zwaarder wordt. En als wij dus nu geen scherpe keuzen maken en geen impopulair beleid durven presenteren aan parlement en samenleving dan is het morgen en overmorgen te laat en is het nog veel moeilijker om er iets aan te doen. Het gezond maken van de overheidsfinanciën is ook belangrijk, juist om het draagvlak onder de collectieve sociale voorzieningen voor nu en straks te versterken.»

De gezondheidszorg heeft een forse bijdrage geleverd aan de gezondmaking van overheidsfinanciën en economie. Daar verdient de sector ook waardering en respect voor. Ik realiseer me terdege dat het beleid van aanbodsturing en kostenbeheersing – achteraf gezien – ook heeft bijgedragen aan fricties tussen vraag en aanbod.

6a

Sinds het einde van de jaren zeventig heeft het beleid in de gezondheidszorg sterk in het teken gestaan van kostenbeheersing. Deze hoofdkeuze werd ingegeven door zorgen over de verslechterende toestand bij de overheidsfinanciën, met name de stijgende financieringstekorten (van 1% BBP in 1970 tot 9% in 1983) en een fors oplopende collectieve lastendruk (van 38% BBP in 1970 tot 47% in 1983). Met name de zorg over het afwentelen van (verplicht opgelegde) stijgende premielasten heeft in de politiek breed tot de opvatting geleid dat een zeer beheerste ontwikkeling van de uitgaven voor gezondheidszorg noodzakelijk was. De budgetten voor de zorg zijn vanaf het midden van de jaren tachtig steeds bepaald door enerzijds zo goed mogelijk rekening te houden met de reële vraag, gebaseerd op de te verwachten demografische ontwikkeling en de relevante trends. Anderzijds is bij de bepaling van het budget gekeken naar mogelijkheden de doelmatigheid te vergroten en de kostenstijging te beperken. Achtereenvolgende kabinetten hebben bij het opstellen van ramingen steeds de best beschikbare cijfers gebruikt.

Ter illustratie hiervan volgen drie voorbeelden, die tevens een indruk geven van de tijdgeest in de periode waarin zij tot stand kwamen.

Het eerste voorbeeld

In de «Nota 2000»¹ geeft de toenmalige staatssecretaris van WVC, drs. J.P. van der Reijden, een beschouwing over de ontwikkeling van het

¹ Kamerstuk 1985–1986, 19 500, nrs. 1–2, Tweede Kamer.

volksgezondheidsbeleid op de lange termijn. Deze nota gaat uitgebreid in op de te verwachten demografische ontwikkeling, de determinanten van gezondheid zoals erfelijke en andere factoren, het fysiek milieu, maatschappelijke omgevingsfactoren (relaties tussen gezondheid enerzijds en arbeid, recreatie, educatie en samenlevingsvormen anderzijds). Daarnaast beschrijft de nota de gezondheidstoestand van de bevolking en geeft ze een indicatie voor de ontwikkelingen tot het jaar 2000. Verder beschrijft de nota het (financieel) beleid tot halverwege de jaren tachtig. Ik citeer de toenmalige staatssecretaris (p. 225): «In de periode van het verschijnen van de Structuurnota tot heden is geprobeerd de geconstateerde kostengroei af te remmen en om te buigen. En daar was ook wel reden toe. In 1975 bedroeg de stijging van de kosten van de gezondheidszorg ten opzichte van 1974 nog 18%. Vijf jaar later, in 1979, bleek het stijgingspercentage ten opzichte van het voorgaande jaar gehalveerd tot 9%. In 1983 was de relatieve stijging verder gedaald tot 3,5%. Voor 1986 wordt verwacht dat de stijging in vergelijking tot het voorafgaande jaar zal zijn gereduceerd tot circa 0%. Hiermede is een van de hoofddoelstellingen van het beleid gerealiseerd.» Voor de toekomst achtte het toenmalige kabinet destijds – rekening houdend met alle relevante trends – een volumegroei van 1,2% in de jaren tot 2000 noodzakelijk. Circa tweederde van deze groei hing samen met de groei en de samenstelling van de bevolking. Daarbovenop was een groei van circa 0,3 procentpunt noodzakelijk om de in de nota geschetste beleidsmatige wensen te realiseren. Op dat moment verwachtte men dat het aandeel van de zorg in het Bruto Nationaal Product (BNP) zou dalen van 8,3% in 1986 tot 7,8% in 2000 gegeven de gewenste groei enerzijds en de te verwachten economische groei anderzijds.

Een tweede voorbeeld

De benadering die in het regeerakkoord van Paars I¹ is uiteengezet voor de zorgsector bevat onder meer de volgende passage: «*Ervaringen in de achterliggende jaren maken duidelijk dat de sector van jaar op jaar, rekening houdend met de demografische ontwikkeling, verzekerd moet zijn van voldoende ruimte voor volumegroei. Thans is in het meerjarenbeeld een volumegroei van 1,3% per jaar voorzien.*

Alvorens te beslissen over de vraag of en in hoeverre deze ruimte in de komende jaren ex ante hoger zal worden gesteld dan 1,3% zal het kabinet de resultaten beoordelen van een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking waarmee in 1995 zal worden gestart.»

Met deze formulering koos het toenmalige kabinet bewust voor een volumegroei in de zorg die, weliswaar geclausuleerd, hoger zou mogen uitvallen dan de 1,3% die tot dan toe gangbaar was.

Voor de uitwerking van dit programma had dat kabinet een ambtelijke taskforce ingesteld. De rapportage van deze interdepartementale ambtelijke «Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking» (TVK), welke als bijlage was gevoegd bij de Nota «Zorg in het regeerakkoord»² gaf een historische analyse van de volumegroei en constateerde dat de volumegroei over een langere periode bezien uitkomt op circa 2,3%. Daarbij werd rekening gehouden met onder andere de determinanten die in de Nota 2000 zijn onderkend (demografie, epidemiologische factoren, sociaal-culturele factoren, de welvaartsontwikkeling en de medische technologie). De feitelijke volumegroei onder Paars I bedroeg bijna 2%. Het toenmalige kabinet heeft met name extra ruimte geschapen voor het toenemend gebruik van geneesmiddelen, voor meer handen aan het bed en aanpak van wachtlijsten in de care en voor een begin van de aanpak van de wachttijdenproblematiek in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg.

¹ Kamerstuk 1994–1995, 23 715, nr. 8, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1994–1995, 24 124 nr. 2, Tweede Kamer.

Het derde voorbeeld

Verschillende onderzoeksinstituten (RIVM, SCP en CPB) kwamen in 1997

onafhankelijk van elkaar voor de huidige kabinetsperiode tot een geraamde noodzakelijke volumegroei van circa 2,3%. In veel verkiezingsprogramma's werd uitgegaan van een volumegroei voor de zorg van meer dan 2 procent. Het kabinet is op basis daarvan in het huidige regeerakkoord voor de periode 1998–2002 voor het budgettaire kader voor de zorg (BKZ) uitgegaan van een volumegroei van 2,3%, f 5,66 miljard, ten opzichte van de uitgaven in 1998, als volgt verdeeld:

(bedragen x f 1 mln.)

Sector	Uitgaven 1998	Uitgaven demogroei 1999–2002	Uitgaven intensivering 1999–2002	Totaal extra uitgaven 1999–2002
Curatieve zorg	28 700	1 000	750	1 750
Preventieve zorg	600	20	15	35
Geestelijke gezondheidszorg	5 400	90	140	230
Gehandicaptenzorg (incl. PGB)	6 600	110	320	430
Ouderen- en thuiszorg (incl. PGB)	16 500	1 060	1 000	2 060
Genees- en hulpmiddelen	7 900	320	660	980
Nieuwe geneesmiddelen			175	175
Totaal	65 700	2 600	3 060	5 660

Inmiddels heeft het kabinet in de Miljoenennota 2000, de Miljoenennota 2001 en de Voorjaarsnota 2001 inclusief al in het regeerakkoord opgenomen bedragen besloten tot intensivering in de zorg voor onder meer de wachtlijstaanpak van in totaal f 5,5 miljard in 2001¹. Voor 2002 heeft het kabinet op 27 april 2001 in beginsel onder meer besloten tot een extra uitgavenimpuls voor de zorg van circa f 3,1 miljard².

Deze ontwikkeling manifesteert zich ook in oplopende groeipercentages voor het volume.

Paars 1 gepland: 1,3% per jaar

Paars 1 gerealiseerd: 2,0% per jaar

Paars 2 gepland: 2,3% per jaar

Paars 2 gerealiseerd tot en met 2001: 3,5% per jaar

Hierbij moet nog worden aangetekend, dat in 1996 en 1997 in de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling een productiviteitskorting was verwerkt. De productiviteitswinst in de instellingen kon in deze jaren dus niet of niet geheel worden aangewend voor meer zorg. Vanaf 1998 kan dit wel. Als hiermee rekening wordt gehouden, dan is de oploop in het groeipercentage tijdens Paars II nog groter.

6b

De vraag suggereert enerzijds dat een beeld is opgeroepen van «uit de hand lopende kosten» en anderzijds dat de kosten (als aandeel van?) het Bruto Nationaal Product drastisch naar beneden zijn gegaan. Ik acht die suggesties beide niet juist.

Er is door de regering de afgelopen tien tot vijftien jaar geen beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten». Er is wel steeds zorg geweest over het risico van uit de hand lopende uitgaven. Daarom was het beleid juist ook gericht op beheersing daarvan. In het verleden is de Kamer steeds (in Zorgnota's en voorlopers daarvan) geïnformeerd over de feitelijke uitgavenontwikkeling in de zorgsector.

Zoals gebruikelijk in budgettaire nota's is de uitgavenontwikkeling gerelateerd aan de vooraf beschikbaar gestelde kaders. In de zorgsector

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 734, nr. 1, Tweede Kamer, p. 2.

² Kamerstuk 2000–2001, 27 734, nr. 2, Tweede Kamer.

hebben zich in de loop der jaren wel overschrijdingen voorgedaan (bijvoorbeeld van het financieel kader voor de geneesmiddelen) of intensiveringen ten opzichte van tevoren afgesproken kaders (bijvoorbeeld de ouderenzorg). Door bepaalde overschrijdingen te accepteren en intensiveringen toe te staan heeft Paars I de oorspronkelijk geraamde groei van 1,3% opgevoerd tot bijna 2,0%. Daarmee heeft het kabinet een open oog getoond voor noodzakelijke ontwikkelingen en tegelijk vastgehouden aan het beleid gericht op een beheerste kostenontwikkeling en uitgavendiscipline.

Dit neemt niet weg dat in de publieke opinie andere beelden kunnen zijn ontstaan. Het valt bijvoorbeeld op dat de jaarlijkse publiciteit over de CBS-cijfers over de zorg in het voorafgaande jaar vaak gepaard gaat met de notie dat «de zorgkosten opnieuw fors gestegen zijn». Het gaat dan om procentuele stijgingen inclusief de nominale ontwikkelingen.

Ook de recent gepubliceerde ramingen over de zorguitgaven in een volgende kabinetsperiode¹ worden voorzien van connotaties over een grote toename van de uitgaven. Bij deze ramingen is overigens een eventueel gewenste kwaliteitsverbetering nog niet ingecalculerd. Beelden en uitspraken waaruit zorg blijkt over toegenomen zorguitgaven bestaan paradoxaal genoeg tegelijk naast beelden en uitspraken waaruit zorg blijkt dat de afgelopen jaren veel te weinig middelen naar de zorgsector zijn gegaan.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettair besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

Het is feitelijk niet juist dat het aandeel van de zorguitgaven in het BBP drastisch gedaald is. Zie onderstaande reeks welke is ontleend aan het antwoord op een van de schriftelijke vragen over de zorgnota 2001.²

Zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product

Jaar	% BBP	Jaar	% BBP
1982	10,2%	1992	9,8%
1983	10,0%	1993	10,0%
1984	9,8%	1994	9,7%
1985	9,6%	1995	9,0%
1986	9,6%	1996	8,8%
1987	9,7%	1997	8,7%
1988	9,7%	1998	8,7%
1989	9,4%	1999	8,7%
1990	9,5%	2000	(raming) 8,7%
1991	9,7%	2001	(raming) 8,6%

Bij deze cijfers werd het volgend aangetekend.

«Vanwege pakketmaatregelen zijn de zorguitgaven vanaf 1995 exclusief een deel van de tandheelkundige zorg (f 1,5 miljard) en vanaf 1996 exclusief een deel van de fysiotherapie (f 250 miljoen).

Het niveau van het BBP is vanaf 1995 4,1% opwaarts bijgesteld vanwege de revisie van de Nationale Rekeningen. Zonder bovengenoemde effecten zou de zorgquote voor 1995 niet op 9,0% maar op 9,6% zijn uitgekomen. Uiteraard werken deze reeksbreuken door in latere jaren.»

Ook voordien heeft de zorgquote een gematigd verloop gekend. Ik wijs in dit verband op het Financieel Overzicht Zorg 1990³ dat als volgt opende: «Gaandeweg tekent zich in de jaren tachtig een financieel beeld af waarin een beheerste kostenontwikkeling in de zorg naar voren komt. De sterke kostenstijging in de tweede helft van de jaren zeventig is in het begin van de jaren tachtig omgeslagen naar een groeitempo dat in het algemeen overeenkomt met de ontwikkeling van het bruto nationaal product. Het

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 805, nr. 1, Tweede Kamer.

² 30 Kamerstuk 2000–2001, 27 401, nr. 4, vraag 69.

³ Kamerstuk 1989–1990, 21 310, nrs. 1–2, Tweede Kamer.

aandeel van de gezondheidszorg in het bruto nationaal product is derhalve in de jaren tachtig gemiddeld genomen stabiel gebleven, waarbij nog aangetekend kan worden dat de ramingen voor de jaren 1989 en 1990 zelfs een duidelijke daling van dat aandeel te zien geven.» Overigens vormt het verloop van de zorgquote geen doelvariabele bij het financiële beleid. Daar zijn goede gronden voor. Zo lijkt het in tijden van economische voorspoed aantrekkelijk om de zorgsector volop mee te laten profiteren van de economische groei.

Maar wat te doen bij een lage of zelfs een nulgroei? Enerzijds zal het uitvoeringstechnisch en maatschappelijk uiterst moeilijk zijn om de noodzakelijke ombuigingen te realiseren. Anderzijds betekent werken met een vaste zorgquote een steeds terugkerend politiek gevecht om de zorguitgaven zeker te stellen bij een tegenvallende economische ontwikkeling. Daar komt bij dat de directe koppeling tussen zorguitgaven en BBP de zorguitgaven conjunctuurgevoelig maken. Dit leidt tot een grotere hectiek in het begrotingsproces. Het kabinet kiest daarom liever als doel: een adequaat budgettair kader voor de zorg.

6c

De overheid heeft geen vertekend beeld gegeven over uit de hand gelopen kosten. Zoals ook uit het voorgaande blijkt, is het beeld door de jaren heen uiterst genuanceerd geweest. Wel is er steeds zorg geweest over het risico van een onbeheersbare kostenontwikkeling als het aanbodgerichte instrumentarium niet zou worden toegepast. Toch is in dezelfde periode in brede kring ook de overtuiging gegroeid dat een meer op de vraag gerichte sturing van de zorg nodig is.

Vraag 7

Kan de minister een overzicht geven van de subsidieregelingen ex AWBZ ter bevordering van ketenvorming en zorgvernieuwing in de care sector? Zijn de tariefstructuren in de zorgsector voldoende op elkaar afgestemd om substitutie van zorg te bevorderen?

Antwoord

Zorgvernieuwing

Sinds de jaren tachtig worden er mogelijkheden gezocht om binnen de verzekering op grond van de AWBZ te komen tot een meer flexibel zorgaanbod. Dit om aan hen die zorg behoeven meer op maat gesneden zorg te bieden, de zogenoemde zorg-op-maat. De overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ moet in dat licht worden gezien, evenals de invoering van de integrale aanspraak op thuiszorg in 1997. Om in de praktijk de ontwikkeling van een beheersbaar flexibel zorgaanbod mogelijk te maken, zijn de afgelopen jaren in de sectoren geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging subsidieregelingen vastgesteld ten laste van het algemeen fonds bijzondere ziektekostenverzekering. Bij de in het verleden voorgenomen stelselwijziging ziektekostenverzekeringen was het voornemen om de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de AWBZ functiegericht te omschrijven. Een belangrijke doelstelling van de functiegerichte omschrijvingen was de bevordering van een flexibele en doelmatige organisatie van zorgverlening, waarin de zorgvraag centraal zou staan en die zou leiden tot zorg-op-maat. Door de aanspraken op zorg functiegericht te omschrijven, zou bovendien de zorg die op grond van de subsidieregelingen gefinancierd werd, onder de AWBZ-aanspraken worden gebracht.

In het regeerakkoord van 1994 is een gewijzigde koers ingezet bij de beoogde stelselwijziging ziektekostenverzekeringen. Daarin werd vastgelegd dat de AWBZ zich zou richten op onverzekerbare risico's en dat langdurige zorgvoorzieningen ten laste van de AWBZ-verzekering zouden worden bekostigd, met als uitgangspunten strakke aanbodbeheersing en

macrokostenbeheersing via de Wet tarieven gezondheidszorg¹. Dit hield in dat geen sprake meer zou zijn van functiegerichte, maar van voorzieninggerichte omschrijvingen.

Doordat de invoering van functiegerichte omschrijvingen niet doorging, moest opnieuw bezien worden hoe de mogelijkheden van zorg-op-maat binnen de AWBZ-aanspraken structureel konden worden ingebed. Bij de modernisering van de AWBZ worden bij de omslag naar een vraaggestuurd systeem functionele aanspraken gemaakt.

Substitutie en ketenvorming

Per 1 januari 1998 is de eerste stap gezet om de zorgaanspraken te flexibiliseren, waarbij de zorg-op-maat zoals die op grond van de subsidieregeling werd vergoed, als aanspraak kan worden geleverd. Dit houdt in dat niet alleen de integrale verstrekking kan worden geleverd, maar ook delen daaruit. Doordat de onderdelen zowel apart als in verschillende combinaties kunnen worden geboden, kan zorg-op-maat worden verleend.

Alleen het verblijf kan niet los verleend worden, dat moet altijd in combinatie met een van de andere zorgonderdelen. Daarom is de aanspraak zó geformuleerd dat aanspraak bestaat op onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verzorging of verpleging, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de uitvoering van zorg-op-maat dient te voldoen aan de voorwaarden van het zogenoemde protocol zorg-op-maat, dat vertegenwoordigers van patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk hebben vastgesteld. Per 1 januari 1999 respectievelijk 1 januari 2001, is een volgende stap gezet om de aanspraken verder te flexibiliseren, namelijk in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging.

Op dit moment bestaat er nog een subsidieregeling voor zintuiglijk gehandicapt en lichamelijk gehandicapt om zorg-op-maat mogelijk te maken. Per 1 januari 2002 zal voor deze sectoren eveneens zorg-op-maat als aanspraak gerealiseerd worden.

Afstemming tariefstructuren

Binnen de Wtg-beleidsregels is ruimte gecreëerd om een flexibel zorgaanbod te kunnen realiseren. Het budgetonderdeel voor de hulpverlening zorg-op-maat komt tot stand door substitutie van een deel van de in de aanvaardbare kosten opgenomen loonkosten en materiële kosten. De hoogte van het bedrag aan zorg-op-maat wordt in het plaatselijk overleg vastgesteld maar bedraagt ten minste een bepaald percentage van de structurele loon- en materiële kosten, die in de aanvaardbare kosten zijn opgenomen. Het College tarieven gezondheidszorg (Ctg) neemt alleen aanvragen in behandeling die zowel door de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder zijn ondertekend. Een belangrijke voorwaarde is namelijk dat er tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor overeenstemming bestaat over de concrete besteding van het bedrag dat beschikbaar is voor hulpverlening zorg-op-maat.

Vraag 8

De minister heeft gezegd dat «geld geen probleem mag zijn.»

- a. Wil de regering elke financiële regulering, elke macrobudgettering, loslaten?
2. Is zorgbehoefte evenwel niet onbegrensd? Voorkomen moet worden dat een zo sterke expansie van het macrobudget optreedt, dat de regering bij tegenvallende groeicijfers het macrobudget weer moet korten.

¹ Kamerstuk 1994–1995, 23 715, nr.11, Tweede Kamer.

Antwoord

8a

De staatssecretaris en ik hebben het afgelopen jaar op verschillende momenten gesteld dat geld niet meer de bottleneck hoeft te zijn. Specifiek in relatie tot de aanpak van de wachtlijst- en wachttijdenproblematiek. Tekorten op de arbeidsmarkt en organisatie- en structuurvraagstukken zijn relatief belangrijker knelpunten geworden, nu in het Actieplan Zorg Verzekerd is vastgelegd dat onder voorwaarden extra geld beschikbaar kan komen voor extra productie. Het kabinet heeft laten zien bereid te zijn extra geld voor volume en capaciteit beschikbaar te stellen.

Het kabinet heeft geenszins de bedoeling elke financiële regulering of macrobudgettering los te laten. Integendeel, een beheerste uitgavenontwikkeling blijft een evident publiek belang, waarvoor het kabinet zich verantwoordelijk acht. Wel kan de wijze waarop dit belang gewaarborgd moet worden veranderen door de zich wijzigende verantwoordelijkheidsverdeling in de sector. Bij de vorming van een nieuw kabinet kunnen hierover nieuwe afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld in samenhang met de beoogde wijziging van het verzekeringsstelsel.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettair besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

8b

De meeste Nederlanders willen graag zo lang mogelijk gezond en zelfstandig blijven leven. Tegelijkertijd willen zij een beroep kunnen doen op behandeling of zorg als dat nodig is. Wie een beroep moet doen op zorg of behandeling, heeft er belang bij te kunnen kiezen voor de kwalitatief beste (en daarom vaak duurste) behandeling. De zorgvrager hoeft immers op dat moment – afgezien van eigen bijdragen en eigen risico's – zelf geen afweging meer te maken tussen kosten en baten, omdat de verzekeringspremie al betaald is.

In die zin is het van belang dat in een publieke zorgverzekering de aanspraken duidelijk gedefinieerd zijn en dat er ook voldoende prikkels zijn om tot een gepaste en doelmatige indicatie te komen. Het bevorderen van kostenbewuste en doelmatige zorgverlening is en blijft een belangrijk ijkpunt bij de vormgeving van de toekomstige verantwoordelijkheidsverdeling en de vormgeving van het verzekeringsstelsel.

Ook om te voorkomen, zoals de vraag terecht aanstipt, dat in economisch minder voorspoedige tijden het (verzekerde) aanbod beperkt zou moeten worden of voor andere bezuinigingen zou moeten worden gekozen.

Vraag 9

Halverwege de negentiger jaren, toen structureel beleidsmatig werd geraamd door de minister hebben «Treepartijen» voorgesteld om te komen tot een onafhankelijk informatie-instituut als input voor een reële begroting. Waarom heeft de minister dit voorstel niet aanvaard?

Antwoord

Halverwege de jaren negentig werd een voorstel gedaan voor een onafhankelijk informatie-instituut. Dit voorstel is niet overgenomen, omdat de verbetering van de relevante financiële informatievoorziening al stevig was opgepakt binnen het departement. Het voorstel van de «Treepartijen» was gericht op een onafhankelijke raming voor de benodigde groei. Zo'n ramingsmodel was op dat moment op verzoek van VWS al in ontwikkeling genomen door het CPB, het RIVM en het SCP. Inmiddels is dit model ook operationeel. Met het model kunnen o.a. beleidsvrije ramingen worden opgesteld die de basis vormen voor

eventueel nadere afwegingen. Met het model kunnen scenario's worden doorgerekend bij alternatieve veronderstellingen over het beleid (bijvoorbeeld kwaliteitsverhogingen, extra inhaalslagen in verband met wachttijden). Voorts kunnen met het model gevoeligheidsanalyses worden gemaakt met betrekking tot relevante trends (bijvoorbeeld wat zijn de gevolgen bij meer of juist minder technologische ontwikkelingen?)

Vraag 10

Hoewel de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB) een goede zaak was, is de uitvoering ervan volstrekt gebureaucratiseerd. Vanaf het begin is hiertegen door alle betrokkenen geprotesteerd. Waarom is niets ondernomen tegen deze bureaucratisering?

Antwoord

De huidige uitvoering van de PGB-regelingen heeft te maken met enerzijds de systematiek van de PGB-regelingen die afgeleid zijn van het pendant van de zorg in natura en anderzijds met een omvangrijk administratief systeem met trekkingsrechten en een centrale administratieverplichting.

Deze centrale administratieverplichting is onder meer ingesteld om de eigenlijke besteding van de middelen door de budgethouder binnen sociale ziektekostenverzekering te kunnen controleren. Ook werden daarmee risico's bij de naleving van fiscale en sociaalrechtelijke verplichtingen voorkomen. Vereenvoudiging van de regeling is continu een aandachtspunt van voor het beleid.

De staatssecretaris heeft inmiddels aan de Tweede kamer bij brief van 17 juli 2001¹ voorstellen gedaan om de PGB-regeling drastisch te vereenvoudigen, zowel in de systematiek als in de uitvoeringsstructuur.

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

Vraag 11

- a. Door achtereenvolgende kabinetten is jarenlang een dereguleringsbeleid gevoerd. Wat is er nu echt op dit terrein gedaan en wat heeft het opgeleverd in de Wtg, het Ziekenfonds, de AWBZ, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen? Is het aantal regulerende instanties vergroot of kleiner geworden de afgelopen 15 jaar? Denk aan de invoering van de RIO's, zorgkantoren etc.
- b. Hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot de tevens voorgestane grotere verantwoordelijkheid van partijen en de introductie van meer marktwerking? Is de indruk juist dat de ontwikkeling van de adviesorganen naar ZBO's de verstarring en bureaucratie heeft vergroot en dat de initiatieven tot de deregulering gepaard zijn gegaan met zeer veel nieuwe regulering. Hoe past de WEZ in deze ontwikkeling?

Antwoord

11a

Sinds de start van de operatie Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) heeft alle nieuwe regelgeving een toets op wetgevingskwaliteit ondergaan, voordat voorstellen bij het parlement worden ingediend. Ook andere maatregelen die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de regelgeving zijn hierbij betrokken. Zie de nota «Wetgevingskwaliteitsbeleid en wetgevingsvisitatie».²

Daarnaast is getracht binnen bestaande regelgeving marktwerking te introduceren, waar dit zou kunnen leiden tot een beter functioneren van de verschillende sectoren.

In periodieke voortgangsrapportages geven de ministers van Justitie en Economische Zaken inzicht in de stand van zaken van MDW-rapportages in voorbereiding en de voortgang bij de implementatie van aanbevelingen uit eerder MDW-rapportages. De meest recente implementatierapportage

¹ Kamerstuk 2000–2001, 26 631, nr. 14, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 2000–2001, 27 475, nr. 1, Tweede Kamer.

is op 1 juni 2001 aan de voorzitter van de Tweede Kamer gezonden.¹ De algemene voortgangsrapportage van de MDW-operatie met daarin de onderwerpen voor de vierde tranche van MDW-II is op 25 juni 2001 aan de voorzitter van de Tweede Kamer aangeboden.²

Een deel van de aanbevelingen uit MDW-rapporten die de gezondheidszorg raken vindt zijn neerslag in de voorstellen om het zorgstelsel te vernieuwen, zoals in de nota «Vraag aan bod» van 6 juli 2001.³ Daarin geeft het kabinet zijn visie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel. Er zijn diverse rapportages tot stand gekomen, die specifiek over (delen van) de gezondheidszorg. Deze rapportages hebben geleid tot concrete voorstellen of er zijn voorstellen in voorbereiding. De rapportages waar ik hier op doel zijn:

1. Het standpunt op het rapport «Het ziekenhuis ontketend» van mei 1996⁴.
2. Het standpunt op het rapport «Concurrentie en prijsvorming in de zorgsector» van 28 mei 1997⁵.
3. Het rapport «Het ziekenhuis, a human enterprise?»⁶.
4. Brief met de eindrapportage van het traject MDW-ziekenhuiszorg (2e tranche).⁷
5. Geneesmiddelen: MDW-werkgroep en Begeleidingscommissie geneesmiddelen (commissie-De Vries), resulterend in de brief met de nadere uitwerking van het programma van deregulering en instrumentering voor het geneesmiddelenbeleid.⁸
6. De rapportage over wachttijden in de AWBZ.
7. Het MDW-rapport «De ontvoogding van de AWBZ».
8. De voorstellen tot modernisering van de AWBZ⁹, waarin het kabinetsstandpunt op de onder 6 en 7 genoemde rapporten is uitgewerkt.
9. Het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ).¹⁰
10. Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg: «Speelruimte en verantwoordelijkheid».¹¹
11. Brief over het rapport «Vouchers en persoonsgebonden budgetten» van de gelijknamige MDW-werkgroep.¹²
12. De nota Positionering algemene ziekenhuizen.¹³
13. Het rapport van de werkgroep die kijkt naar toetredingsbelemmeringen bij medische beroepen wordt in september 2001 verwacht.

De enige nieuwe loot aan de boom met regulerende instanties is het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Doel van het RIO is de behoefte aan zorg binnen de AWBZ en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) objectief en onafhankelijk vast te stellen en zo bij te dragen aan doelmatige zorg. De introductie van het RIO had echter nog een doel: vermindering van het aantal instanties en keuringen voor degenen die een beroep doen op hun wettelijke aanspraken. Zo werden de al bestaande indicatiestelling voor de thuiszorg en die voor de verzorgingshuizen en verpleeghuizen geharmoniseerd en geïntegreerd met de indicatiestelling in het kader van de WVG. Daardoor bleef er voor de klant bij de uitvoering van deze regelingen één loket. Dat geldt ook voor de gehandicaptenzorg. Het zorgkantoor is feitelijk alleen een andere naam voor het al bestaande verbindingskantoor in de AWBZ.

In het kader van de deregulering kan over de Wtg worden opgemerkt dat steeds wordt gezien of de reikwijdte van de Wtg kan worden beperkt. Ook komend voorjaar wordt een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gezonden waarin een beperking van deze reikwijdte wordt voorgesteld. (Zie ook het antwoord op vraag 16 van de B-lijst bij mijn brief d.d. 6 juli 2001 aan de voorzitter van de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer en de brief over dit onderwerp van 1 juni 2001 aan de voorzitter van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer, die ik u in kopie heb toegestuurd).

¹ Kamerstuk 2000–2001, 24 036, nr. 219, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 2000–2001, 24 036, nr. 223, Tweede Kamer.

³ Kamerstuk 2000–2001, 27 855, nrs. 1 en 2, Tweede Kamer.

⁴ Kamerstuk 1995–1996, 24 036, nr. 21, Tweede Kamer.

⁵ Kamerstuk 1996–1997, 24 036, nr. 60, Tweede Kamer.

⁶ Kamerstuk 1997–1998, 24 036, nr. 75, Tweede Kamer.

⁷ Kamerstuk 1998–1999, 24 036, nr. 122, Tweede Kamer.

⁸ Kamerstuk 2000–2001, 24 124, nr. 111, Tweede Kamer.

⁹ Kamerstuk 1999–2000, 24 036, nr. 166, tevens 26 631 nr. 1, Tweede Kamer.

¹⁰ Kamerstuk 2000–2001, 27 659, nr. 2 en 3, Tweede Kamer.

¹¹ Kamerstuk 1999–2000, 27 156, nr. 2, Tweede Kamer.

¹² Kamerstuk 2000–2001, 24 036, nr. 222, Tweede Kamer.

¹³ Kamerstuk, 1999–2000, 27 295, nr. 1, Tweede Kamer.

Deregulering is ook een van de doelstellingen van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), de beoogde opvolger van de WZV, dat op 29 maart jongstleden bij de Tweede Kamer is ingediend.¹ Het wetsvoorstel is ontworpen om de omslag van het centraal aanbod-gestuurde systeem naar een decentraal vraaggericht systeem te begeleiden. De eerste maatregelen om in te grijpen in het planning- en bouwbeleid van de WZV dateren echter al uit het begin van de jaren negentig. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel WEZ heb ik de voorgeschiedenis van dit wetsvoorstel geschetst. Niet alleen is een wetsvoorstel opgesteld om de WZV te herzien, de afgelopen jaren is ook de WZV zelf waar mogelijk gedereguleerd.

Vanaf het begin van de jaren negentig zijn er twee trajecten te onderscheiden die hebben geleid tot een verschuiving van verantwoordelijkheden op het terrein van de WZV.

Enerzijds is de verantwoordelijkheid voor de realisatie van bouwinitiatieven van de (rijks- en provinciale) overheid verlegd naar de ziektekostenverzekeraars, waarbij het regime van provinciale planning is verlaten. Anderzijds is er een dereguleringstraject ingezet waarin de instelling centraal staat. Deze deregulering heeft, kort samengevat, inmiddels geresulteerd in een beperking van de reikwijdte van de WZV, een vereenvoudiging van procedures en in een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor instandhoudingsbouw. Om met de reikwijdte van de WZV te beginnen meld ik, dat de WZV niet meer van toepassing is op de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Momenteel wordt een vergelijkbare verandering voor de kleinschalige woonvormen op het terrein van de gehandicaptenzorg voorbereid.

Om de procedures onder de WZV te vereenvoudigen, is de zogenoemde ingekorte procedure geïntroduceerd voor de meeste vergunningsplichtige bouwinitiatieven. Daardoor is het aantal goedkeuringssfasen in de besluitvorming teruggebracht van vier naar twee. Het verruimde, soms verplichte systeem van budgettair bouwen is hiervoor ook van belang. Daarbij is de instelling vrij om binnen het taakstellende budget het beoogde bouwinitiatief te realiseren.

Tot slot heeft vooral de verruiming van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor instandhoudingsbouw een sterk deregulerend effect. Dergelijke bouw kan nu na een melding door de instelling zonder vergunning worden gerealiseerd, omdat de WZV-vergunningsplicht niet meer van toepassing is op instandhoudingsbouw. De zorginstellingen behoeven hun instandhoudingsinitiatieven nu niet meer ter beoordeling aan toetsende instanties voor te leggen. Daardoor kunnen die initiatieven sneller en meer naar eigen inzicht worden gerealiseerd.

De ervaringen met de meldingsregeling, zoals die gold tot medio jaren negentig, maakten het mogelijk de eigen verantwoordelijkheid van instellingen per 1 januari 1996 nog eens fors uit te breiden. Vanaf die datum mogen alle instandhoudingsinvesteringen, waarvoor middelen op grond van de WTG waren opgebouwd, worden gemeld en dus zonder vergunning worden gerealiseerd.

Bovendien wordt met ingang van 1 januari 2002 de reikwijdte van de meldingsregeling voor algemene ziekenhuizen in financiële zin uitgebreid van 50% tot 65% van de (vervangende) nieuwbouwwaarde, zoals ik heb aangekondigd in de nota «Positionering algemene ziekenhuizen».²

In afwachting van de deregulering die met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel WEZ kan worden bereikt, blijft deregulering binnen de WZV een actueel onderwerp. Binnenkort zal ik de Tweede Kamer informeren over de huidige stand van zaken. Ik zal u een kopie van deze brief sturen.

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 659, nr. 2 en 3, Tweede Kamer.

² Kamerstuk, 1999–2000, 27 295, nr. 1, Tweede Kamer.

11b

In het algemeen merk ik op dat bij de wetgeving van de sociale ziektekos-

tenverzekeringen, de tariefwetgeving en de planning- en bouwwetgeving, tegen de achtergrond van een nieuwe adviesstructuur van de rijks-overheid, ook een gewijzigde positionering is vastgelegd voor de top van de uitvoeringsstructuur van deze wetgeving. De herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur van de sociale verzekeringswetgeving is gefaseerd ingevoerd. Allereerst zijn op basis van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid het College voor zorgverzekeringen (CVZ) per 1 juli 1999 en vervolgens het College tarieven gezondheidszorg (Ctg) en het College bouw zorgvoorzieningen (Cbz) per 1 januari 2000 opnieuw gepositioneerd. Deze herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur is ingebed in een beleidsmatige context waarin twee uitgangspunten centraal staan: scheiding van de functies advies, overleg en uitvoering en herstel van het primaat van de politiek.

De uitvoeringsstructuur op dit terrein van het overheidsbeleid was op het moment waarop de herzieningsoperatie werd ingezet, een ingewikkeld geheel van verantwoordelijkheden, posities en belangen. Hoewel de uitvoering in formele zin behoorde tot de overheid, was deze materieel gepositioneerd tussen overheid en veld.

Met de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid is een ontvlechting gerealiseerd. Daardoor neemt elke partij nu op grond van een duidelijke, vooraf omschreven verantwoordelijkheid deel aan het besluitvormingsproces. Partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg zoals (vertegenwoordigers van) aanbieders, verzekeraars of patiënten en consumenten hebben elk hun verantwoordelijkheid om doelmatige zorg te realiseren.

Zo'n transparante opzet draagt eraan bij dat het primaat daar komt te liggen waar het thuishoort, namelijk bij regering en parlement en dus bij de politiek. Tegen deze achtergrond is een nieuwe adviesstructuur vorm gegeven. Daarbij wordt een stelsel voorgestaan met slechts een beperkt aantal adviesraden, die zijn ingesteld op basis van de Kaderwet adviescolleges. Het CVZ, Ctg en Cbz beperken zich sindsdien tot de uitvoering van het zorgstelsel en vervullen geen adviserende taken meer. Deze ontvlechting heeft overigens niet geleid tot verstarring, bureaucratie en regulering, maar tot een heldere taakverdeling tussen overheid en uitvoeringsorganen. De nieuwe rol van de genoemde zelfstandige bestuursorganen moet zich nog verder uitkristalliseren. Zij zullen zich vooral toeleggen op het monitoren en signaleren van ontwikkelingen aan de minister van VWS. Zie bijvoorbeeld hoe het CVZ zijn taak invult om de doelmatigheid in de zorgverzekering te bevorderen. Het CVZ gaat activiteiten ontplooiën die de verzekeraars kunnen ondersteunen in de rol die zij daarbij spelen. Dit project is erop gericht het CVZ en de zorgverzekeraars nader tot elkaar te brengen om zo de kennis bij het CVZ optimaal beschikbaar en toegankelijk te maken voor de verzekeraars. Ook de opzet van de WEZ past hierin. De WEZ stelt de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing centraal. In beide compartimenten willen we verzekeraars en zorginstellingen meer ruimte geven om in te spelen op de zorgvraag. Meer ruimte voor verzekeraars en zorginstellingen betekent minder behoefteplanning en minder regulering door de overheid in een tempo dat verantwoord is. Ook de WEZ, die is ontworpen om de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing te ondersteunen, past hierin.

Vraag 12

Waarom is de minister dan nog (jarenlang) bij het opstellen van de jaaroverzicht zorg uitgegaan van het toekennen van gelden aan zorgaanbieders en het zelfs ad hoc geven van extra gelden aan zorgaanbieders (verloskundigen, huisartsen, ambulances etc.)? Voorts zijn vrij recent nog maatregelen genomen gericht op aanbodsturing (b.v. poliklinische geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget) of heeft zij de regelgeving op een aantal terreinen niet verminderd (b.v. loslaten van de prijzen van het GVS).

Antwoord

In de Zorgnota's ligt het accent op de uitgaven die worden gedaan in de diverse zorgsectoren. Daaraan liggen diverse redenen ten grondslag. Het financieringssysteem voor de zorg is nog steeds gebaseerd op aanbodsturing. Het BKZ sluit aan bij de kosten van het aanbod. Dit brengt met zich mee dat de politieke controle van het parlement hierop aangrijpt. Het parlement wenst immers per (deel)sector inzicht in de wijze waarop de (extra) financiële middelen worden besteed. Het ad hoc toekennen van extra gelden aan aanbieders hangt samen met zowel de besturings-systematiek als met de directe betrokkenheid van het parlement bij de inzet van financiële middelen.

Problemen binnen de sectoren belanden daardoor nog vaak op het bordje van de bewindslieden van het ministerie van VWS. Men verwacht van hen een oplossing (bijvoorbeeld kort geleden voor ambulances en verloskundigen). In een overgangssituatie van aanbod- naar vraagsturing is dit verklaarbaar.

Het bovenstaande neemt niet weg dat er ook binnen het huidige financieringssysteem in lokaal overleg tussen aanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt kunnen worden over het volume (de productie) en de prijs (voorzover er maximumtarieven zijn).

Met het actieplan Zorg Verzekerd¹ zijn de verzekeraars en zorgkantoren bij de volumeontwikkeling in een leidende positie gebracht. Al eerder was dit gebeurd voor de genees- en hulpmiddelen. Verzekeraars en zorgkantoren pakken hun nieuwe rol meer en meer op, onder andere op het terrein van de huisartsenzorg.

De zorgsector zit nu in een transitiefase naar een meer vraaggerichte sturing.

Aspecten die de komende tijd veel aandacht vragen zijn de verdere ontwikkeling van de verzekeraarsbudgettering (vergroting risicodragendheid), de aanpassing van de bekostigingssystematiek ziekenhuizen (invoering Diagnose Behandeling Combinatie's) en de modernisering van de AWBZ. Zolang het nieuwe instrumentarium niet volledig is geïmplementeerd kan de aanbodregulering nog niet geheel worden losgelaten. Daarom kunnen de prijsinstrumenten voor het geneesmiddelenbeleid, zoals het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), nu nog niet kunnen worden losgelaten. Dit is ook de mening van de commissie-De Vries, die in 1999 over het geneesmiddelenbeleid heeft geadviseerd in haar rapport «Een helder recept».

Vraag 13

In beginsel is het lange termijnbeleid van de minister gericht op deregulering en meer klantgerichtheid. Echter, op korte termijn blijken er steeds maatregelen te worden genomen die als het ware haaks op staan en met name de greep op de aanbodbeheersing versterken. Verwezen zij bijvoorbeeld naar het advies van de commissie De Vries «Een helder recept» waarin dit t.a.v. de geneesmiddelen wordt verwoord.

Antwoord

In het antwoord op vraag 12 is al ingegaan op de spanning tussen korte-termijnbeleidsmaatregelen, die regelmatig aangrijpen bij de aanbodkant van de zorgsector en het lange-termijnbeleid, dat veel meer in de richting gaat van het vergroten van de vraaggerichtheid van het zorgstelsel, inclusief de daarbij behorende deregulering en versterking van de klantgerichtheid. Het rapport van de commissie-De Vries uit 1999, getiteld «Een helder recept», heeft deze spanning voor de deelsector van de geneesmiddelen in klare taal geanalyseerd. De commissie heeft daarbij vastgesteld dat het korte-termijnbeleid voor de geneesmiddelen tegen zijn grenzen aanliep en het lange-termijnbeleid doorkruiste. De commissie kwam tot de aanbeveling om bij de geneesmiddelen daadwerkelijk werk te maken van gereguleerde marktwerking en daartoe de positie van

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer.

verzekeraars aan de vraagzijde te verstevigen. De analyse en de aanbevelingen van de commissie-De Vries, alsmede enkele andere, in dezelfde periode uitgebrachte rapporten over de geneesmiddelensector, hebben het kabinet begin 2000 tot de conclusie gebracht dat er inderdaad een aantal fundamentele keuzen moest worden gemaakt. Een daarvan was de beslissing om het gegroeide – omvangrijke – gat te dichten tussen enerzijds de ramingen van de geneesmiddelenuitgaven, zoals die waren ingegeven door onder meer inschatting en vervolgens wenselijkheid van opbrengsten van ombuigingsmaatregelen, en anderzijds de feitelijke ontwikkeling van de uitgaven op dit terrein. Een andere was de beslissing om verzekeraars daadwerkelijk een veel grotere rol te geven bij het beïnvloeden en bepalen van de gang van zaken in de geneesmiddelensector. Daartoe is een fors programma van deregulering en toerusting van verzekeraars met geëigende beïnvloedingsinstrumenten (instrumentering) opgesteld en vervolgens in uitvoering genomen.

De eerstgenoemde beslissing heeft gezorgd voor het ontstaan van een veel betere uitgangspositie voor verzekeraars om met de geneesmiddelensector aan de slag te gaan. Dit geldt in het bijzonder voor de ziekenfondsen. Het macroverstrekkingsbudget voor de ziekenfondsen is met het oog op een reële raming van de geneesmiddelenuitgaven voor het jaar 2001 met bijna f 1 miljard verhoogd. Dit betekent dat de ziekenfondsen de financiële ruimte hebben om investeringen te doen in een goede aanpak van hun beleid om tot een doelmatige geneesmiddelenverstrekking en een beheerste kostenontwikkeling te komen, zonder dat daarvoor de nominale ziekenfondspremie zou hoeven te worden verhoogd. Sterker nog, tekorten op het onderdeel geneesmiddelen binnen de verstrekkingsbudgettering, die in voorgaande jaren nog moesten worden gedekt uit (opslagen op) de nominale ziekenfondspremie, zijn met ingang van 2001 goeddeels weggevallen. Particuliere verzekeraars krijgen – anders dan de ziekenfondsen – geen budgetten en moeten daarom te allen tijde hun werkelijke uitgaven voor geneesmiddelen dekken uit de opbrengsten van hun (nominale) premies.

De uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen krijgen net zoals de particuliere verzekeraars géén budgetten. Ze hebben echter, anders dan particuliere verzekeraars, wel de mogelijkheid om stijgingen van de uitgaven voor geneesmiddelen te dekken uit de opbrengst van inkomensafhankelijke premieheffing.

Overigens blijft bij de huidige budgettaire beheersingssystematiek voor de geneesmiddelen het risico bestaan dat de komende jaren opnieuw verschillen groeien tussen de feitelijke uitgaven en eerdere ramingen. Heel belangrijk is hierbij de gekozen tijdshorizon van het beleid. Deregulering en het tot stand brengen van nieuwe instrumenten voor verzekeraars zijn taaie en langdurige processen. Dat geldt evenzeer voor gedragsveranderingen. De geneesmiddelenmarkt is een zeer moeilijke markt, met buitengewoon grote en goed behartigde financiële belangen. Verzekeraars moeten absoluut goed beslagen ten ijs komen, willen zij enige kans maken om met succes invloed uit te oefenen op het handelen van andere partijen op die markt en daarmee op de uitkomsten van die markt. Dat vergt een uitgesproken beleid, veel inspanning en ook veel tijd. Sinds de grote geneesmiddelenrapporten in 1998 en 1999 zijn uitgekomen, is er een duidelijke positieve ontwikkeling te constateren bij verzekeraars, maar er is tijd nodig voordat de effecten daarvan zichtbaar worden. Onderweg loert voortdurend het gevaar dat al zal worden geconcludeerd dat het lange-termijnbeleid gericht op vraagsturing is mislukt, voordat de noodzakelijke voorwaarden voor het succes van dat beleid goed en wel zijn vervuld. Daarin zie ik de grootste opgave van het beleid voor de komende periode: koersvastheid, vasthoudendheid en geduld, ook al zullen de korte-termijnresultaten van het beleid soms achterblijven bij datgene waar de kostenbeheersing – overigens terecht –

om vraagt. Als dit lukt, kan de geneesmiddelensector een buitengewoon belangrijke voorbeeldwerking krijgen voor andere sectoren.

Vraag 14

Waarom heeft de minister niet consequenter aan haar langetermijnvisie vasthouden? Waarom heeft zij, indien de kostenbeheersing dit vergde, haar langetermijnbeleid niet herzien?

Antwoord

Vanaf mijn aantreden in 1994 is het mij steeds duidelijk geweest dat onafwendbaar op enig moment de overstap zou moeten worden gemaakt van aanbodsturing naar vraagsturing. Mijn langetermijn-beleid is daarop ook gericht geweest. Een basisvoorwaarde voor het welslagen van enig op vraagsturing gericht beleid heeft altijd gelegen bij een goed werkend systeem van normatieve, risicodragende financiering van verzekeraars. Dit was de reden waarom het eerste paarse kabinet, ondanks het beëindigen van de stelselwijziging conform de plannen van het kabinet-Lubbers III, is doorgegaan met het ontwikkelen van de risicodragende budgettering van ziekenfondsen. Dit moest voorzichtig en zeer geleidelijk gebeuren.

Enerzijds om het vertrouwen van de ziekenfondsen te behouden, en daarmee een proces van geleidelijke gedragsveranderingen bij de ziekenfondsen op gang te brengen en te houden. Anderzijds omdat de onbetwistbare noodzaak van strikte kostenbeheersing halverwege de jaren negentig het onmogelijk maakte om belangrijke instrumenten voor aanbodbeheersing zomaar los te laten, alleen maar om daarmee ruimte te scheppen voor verzekeraars. Zoals ook uit mijn antwoorden op eerdere vragen blijkt, is dit dilemma (veel kortetermijn-maatregelen aan de aanbodkant, gericht op kostenbeheersing, om op langere termijn juist ruimte te scheppen voor de overgang naar vraagsturing) het telkens terugkerende element bij de verklaring van schijnbare tegenstrijdigheden tussen langetermijnvisie en kortetermijn-beleidsmaatregelen. Toch heeft deze schijnbare tegenstrijdigheid zeker niet alleen negatieve kanten gehad. Omdat de omstandigheden dwongen tot zorgvuldigheid en geleidelijkheid in het beleid, heeft gedurende een reeks van jaren een situatie van betrekkelijke rust geheerst, waarin stapsgewijs vorm kon worden gegeven aan belangrijke verbeteringen in het systeem van zogenoemde normuitkeringen uit de Algemene Kas aan de ziekenfondsen. Zonder spectaculaire elementen in die stapsgewijze vormgeving, is daarmee inmiddels wel aardig wat bereikt.

Het beleid voor de geneesmiddelen (zie het antwoord op vraag 13) had niet kunnen worden ingezet zonder deze ontwikkeling. Dat geldt ook voor de verantwoordelijkheden die ziekenfondsen op zich hebben genomen voor ziekenhuiszorg en specialistische hulp nadat het Actieplan Zorg Verzekerd in november 2000 is uitgekomen en het daarop gevolgde convenant met de ziekenhuizen en de nieuwe beleidsregels van het Ctg van januari 2001. Juist op deze terreinen, die tot voor kort als de moeilijkst door verzekeraars te beïnvloeden onderdelen van de curatieve zorg werden beschouwd, is nu sprake van belangrijke vernieuwende activiteiten van de kant van de ziekenfondsen. Dat beschouw ik als een zeer gunstige uitkomst van het beleidsproces van de afgelopen jaren. Ook zijn er nu veranderingen aan de orde bij de huisartsenzorg die zich in hoog tempo voltrekken.

Het zou naar mijn stellige overtuiging niet juist zijn geweest om in die periode het noodzakelijke kostenbeheersingsbeleid ondergeschikt te maken aan een consequent doorvoeren van mijn langetermijnvisie. Evenmin zou het juist zijn geweest om die langetermijnvisie op te offeren of aan te passen in verband met schijnbare tegenstrijdigheid met het kostenbeheersingsbeleid op korte termijn.

Vraag 15

De invoering van de onafhankelijke indicatiestelling werd ingegeven door het gegeven dat zorgaanbieders bij indicatiestelling keuzen moesten maken vanwege de schaarste. Ware het niet beter geweest toen reeds te onderkennen dat meer geld een betere reactie zou zijn geweest dan tientallen miljoenen over te hevelen naar de Gemeenten voor inrichting van een bureaucratisch systeem, met als gevolg dat er nu wachtlijsten voor indicatie zijn ontstaan.

Antwoord

Omdat er voor de verschillende zorgvormen afzonderlijke loketten bestonden kwam niet iedereen op de goede plaats terecht. Daarom leefde (Tweede-) Kamerbreed de wens te komen tot één integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Deze wens kon bovendien rekenen op zeer brede steun vanuit de cliëntenorganisaties. Alleen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) had bezwaren.

De introductie van één integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling is bovendien een belangrijke voorwaarde om de omslag van een in essentie aanbod gestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem te maken. In een vraaggestuurd systeem met een verzekeringskarakter is een onafhankelijke indicatiestelling onontbeerlijk. Er zijn middelen overgeheveld van de zorgaanbieders naar de indicatieorganen, vanuit de gedachte dat het geld dat door de zorgaanbieders aan indicatiestelling werd besteed, het werk moest volgen.

Het opzetten van een sluitend netwerk van Regionale Indicatie Organen (RIO's) is een omvangrijke en ingewikkelde operatie geweest. Dat, maar ook de overname van werkvoorraden van zorgaanbieders, heeft geleid tot achterstanden bij de indicatiestelling. Deze achterstanden worden op dit moment ingelopen. Over de resultaten van de vorig jaar ingezette inhaalslag is in mei 2001 door het bureau Hoeksma, Homans en Menting gerapporteerd. De belangrijkste resultaten in het rapport waren:

- Op 15 mei 2000 hadden 78 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 7819 aanvragen.
- Op 1 november 2000 hadden 10 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 2488 aanvragen.
- Op 1 maart 2001 hadden 3 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 820 aanvragen.

We zien dus zowel de achterstanden in totaal afnemen (van 7819 naar 820), als het aantal RIO's dalen dat verantwoordelijk is voor die achterstanden (van 78 naar 3). Het gaat hier om gemiddelde verwerkingstijden. Het is dus niet zo dat er niet meer dan 820 klanten zijn die langer dan de wettelijke termijn van zes weken wachten op een indicatiebesluit.

Overigens zijn er bij de RIO's uiteraard spoedprocedures voorhanden voor urgente zorgvragen. In de praktijk zal dit betekenen dat spoedaanvragen direct worden afgehandeld en aanvragen voor verzorgingshuiszorg langer blijven liggen.

IV. Verzekeringskarakter

Vraag 16

Zowel de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn verzekeringen. De burger betaalt premie en heeft vervolgens recht op zorgproducten indien hij deze nodig heeft. Door de aanbodsturing is de premievaststelling sluitstuk geworden voor de exploitatie van de zorgaanbieders. Wordt daarmee niet het verzekeringskarakter miskend? De omslag die nu ingang gezet wordt, is de verzekeraars meer verantwoordelijkheid te geven en te budgetteren zodat de aanbodsturing kan worden losgelaten. Echter, de budgettering van ziekenfondsen is al enige jaren van kracht en met uitzondering van de vaste kosten van ziekenhuizen volledig.

Antwoord

De spanning tussen de voor zorg beschikbare budgetten bij ziekenfondsen en de op grond van aanspraken van verzekerden door hen te contracteren zorg is de afgelopen jaren opgelopen. (Zie ook het algemeen deel van mijn antwoord op vraag 6). Die spanning is in het algemeen zelfs onvermijdelijk. Er moet nu eenmaal te allen tijde aan verschillende doelstellingen tegelijkertijd worden voldaan: enerzijds is een sociale ziektekostenverzekering met algemeen geldende aanspraken voor de verzekerde burger een groot en steeds te verdedigen maatschappelijk goed, anderzijds is een goed stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen alleen te handhaven bij een gezonde economische ontwikkeling en is die economische ontwikkeling – maar ook de toegankelijkheid van de verzekering voor de burger – gebaat bij het betaalbaar blijven van het verzekeringsstelsel. Het kan dus niet anders dan dat er zekere grenzen worden gesteld aan wat er binnen een systeem van algemeen geldende aanspraken mogelijk is bij het gebruik maken van de zorg. We zien dit ook in andere Europese landen. De afgelopen decennia zijn die grenzen in Nederland in sterke mate gesteld door middel van regulering van het zorgaanbod, vooral in de vorm van budgettering. De komende jaren zullen meer in het teken staan van het inbouwen van zodanige prikkels aan de vraagzijde dat de zorg beheerst en doelmatig wordt gebruikt. Noch het huidige kabinet, noch een van zijn voorgangers heeft ooit bedoeld om zover te gaan dat het verzekeringskarakter van de AWBZ of de Ziekenfondswet werd ontkend. Vanzelfsprekend is het een teken aan de wand als er uitspraken van rechters aan te pas moeten komen om de rechten van verzekerde burgers op geïndiceerde zorg binnen een redelijke termijn nog eens ondubbelzinnig vast te stellen. Het huidige kabinet heeft daarin aanleiding gezien om in het Actieplan Zorg Verzekerd van 6 november 2000¹ het verzekeringskarakter van de AWBZ en de Ziekenfondswet als politiek uitgangspunt nogmaals te onderstrepen.

Inderdaad is het de bedoeling om de verzekeraars – maar ook de zorgaanbieders en de verzekerden zelf – meer verantwoordelijkheid te geven en om de aanbodsturing geleidelijk los te laten. De wijze waarop de verzekeraars worden gefinancierd dient daarbij zó te zijn dat zij effectief worden geprikkeld om zich in het belang van hun verzekerden te richten op het zo doelmatig en effectief mogelijk inkopen en organiseren van de voor die verzekerden noodzakelijke zorg. Bij de ziekenfondsen is er op dit terrein de afgelopen jaren al het nodige tot stand gebracht. Toch is de opbouw van het systeem van risicodragende budgettering van de ziekenfondsen zeker niet al volledig (zo is er nog een flink aantal correctiemechanismen ingebouwd), al worden de contouren van het uiteindelijke financieringsmodel wel steeds duidelijker. Bovendien hebben de opbouw van het budgetteringssysteem enerzijds en het loslaten van aanbodregulering anderzijds tot nu toe niet geheel gelijke tred met elkaar gehouden.

Er wordt intensief onderzocht welke veranderingen aan de aanbodkant van de zorg het grootste effect opleveren bij het op verantwoorde wijze overhevelen van financiële verantwoordelijkheid van de overheid naar de ziekenfondsen. De belangrijkste ontwikkelingen hebben zich hier tot nu toe voorgedaan – en zijn nog gaande – op het terrein van de geneesmiddelen (zie het antwoord op vraag 14).

Daarnaast laat de bestaande regelgeving veel meer ruimte aan verzekeraars en zorgaanbieders om met elkaar tot afspraken te komen over budget- en tariefsystemen dan zij zich lange tijd zelf bewust waren. Daardoor is pas relatief kortgeleden op een aantal terreinen beweging gekomen, onder andere de huisartsenzorg. Ook belangrijk en zeer recent is de ontdooiing van het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen en het scheppen van ruimte in de Ctg-beleidsregels voor de ziekenhuizen. Op grond daarvan ontstaat er voor het eerst een werkelijk speelveld voor onderhandelingen tussen ziekenfonds en ziekenhuis over de productie in

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer.

het ziekenhuis. Als dit binnenkort (streefdatum: 1 januari 2002) kan worden gecombineerd met zodanige veranderingen in de zogenoemde vast-variabel-systematiek bij het onderdeel ziekenhuiskosten van de ziekenfondsbudgettering, ontstaan daadwerkelijk de trekken in het financieringsstelsel te komen die mij voor ogen staan. De verschillen tussen de met het ziekenhuis afgesproken productie en de feitelijk nagecalculeerd als vaste kosten. Ik blijf er overigens op wijzen dat het hier om grote en ingrijpende systeemveranderingen gaat die aanpassingstijd vergen voor de betrokken partijen. Op dezelfde wijze kunnen er nog geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de ziekenfondsbudgettering zolang de bijbehorende veranderingen aan de aanbodzijde niet afgerond zijn.

Vraag 17

- a. Kan de minister een overzicht geven van de beleidsmaatregelen die de afgelopen 10–15 jaar zijn genomen en korte tijd later weer zijn ingetrokken of ongedaan gemaakt? Bedoeld worden hier maatregelen in de sfeer van de eigen bijdragen, beperkingen in het pakket, overheveling van verstrekkingen tussen AWBZ en Ziekenfondswet, eigen risico etc.
- b. Kan een overzicht gegeven worden van de daarmee gepaard gaande perceptiekosten?

Antwoord 17a

De belangrijkste beleidsmaatregelen die de afgelopen tien tot vijftien jaar zijn genomen en weer zijn teruggedraaid, zijn maatregelen die pasten bij de voornemens van het kabinet-Lubbers III om de AWBZ uit te bouwen tot een basisverzekering. Daartoe werden de geneesmiddelenvoorziening, de hulpmiddelenvoorziening, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het eerste jaar verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, de revalidatie, de audiologische hulp en de erfelijkheidsadviesing overgeheveld van de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen naar de AWBZ.

Kort na het aantreden van Paars I werd als uitwerking van het regeerakkoord¹ teruggekeerd naar de oorspronkelijke opzet van de AWBZ: de AWBZ gericht op onverzekerbare risico's en voorzieningen voor langdurige zorg. In dat verband zijn de geneesmiddelenvoorziening, de hulpmiddelen, en het verblijf korter dan één jaar in een revalidatie-instelling weer onder de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen gebracht. Ook de ingevoerde nominale premie in de AWBZ, de reservevorming bij de AWBZ-uitvoeringsorganen, de knip in de thuiszorg en een algemeen systeem van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet werden teruggedraaid.

In de Ziekenfondswet zijn de – in 1989 ingevoerde – nominale kinderpremies weer afgeschaft en is een systeem van algemene eigen bijdragen dat was ingevoerd in 1997, weer afgevoerd in 1999, zie ook hierna.

Daarnaast zijn er maatregelen voorbereid op basis van het rapport van de commissie-Dunning, die niet allemaal de politieke eindstreep hebben gehaald. Evaluatie van wel genomen maatregelen leidde er soms toe, dat deze op een later moment werden aangepast of teruggedraaid. Bijvoorbeeld zijn de aanspraken op het terrein van de fysiotherapie (lijst van chronische aandoeningen) aangepast en is de verwijdering van de volledige gebitsprothese uit het verzekerde pakket van de Ziekenfondsverzekering met ingang van 1 januari 1997 weer teruggedraaid. De ongewenste gevolgen van de maatregelen hebben het kabinet daartoe doen besluiten².

¹ Kamerstuk 1993–1994, 23 715, nr. 11, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1996–1997, 24 124, nr. 58, Tweede Kamer.

Wat verder terug in de geschiedenis was er de medicijnenknaak voor ziekenfondsverzekerden. Deze is per 1 januari 1990 weer afgeschaft.

De belangrijkste invalshoek van Paars I was «werk, werk en nog eens werk». Om dat mogelijk te maken hebben alle maatschappelijke sectoren daaraan bijgedragen, mede op basis van het draagvlak bij sociale partners.

Invoering van een eigen risico op basis van het regeerakkoord van Paars I is in dat kader wel overwogen, zie de nota «Zorg in het regeerakkoord» van 20 maart 1995¹, maar uiteindelijk heeft het kabinet daarvan afgezien. Als alternatief heeft het kabinet, analoog aan de door het Instituut Ziektekostenverzekering Ambtenaren (IZA) gehanteerde systematiek, voorstellen gedaan om een systeem van eigen bijdragen in te voeren in de Ziekenfondswet². Deze voorstellen hebben er na uitvoerig overleg met de Tweede Kamer toe geleid dat per 1 januari 1997 een algemene eigen bijdrage in de Ziekenfondswet werd ingevoerd. De evaluatie van de systematiek door de Ziekenfondsraad en de veranderde budgettaire omstandigheden hebben ertoe geleid, dat in het regeerakkoord van Paars II werd vastgelegd deze eigen bijdrage te laten vervallen.

Op het terrein van de AWBZ bestonden uiteenlopende regelingen voor eigen bijdragen, die onder Paars I zijn geharmoniseerd. Daarmee werd het aantal eigen bijdragen teruggebracht tot drie:

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

Een uitvoerig overzicht van het geheel van eigen betalingen is te vinden in hoofdstuk 9 van het JOZ 1999³.

17b

Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar de perceptiekosten. Wel is duidelijk dat de uitbreiding van de AWBZ en het deels terugdraaien van die maatregel kostengevolgen heeft gehad voor zorgaanbieders en verzekeraars. In het «Tweede evaluatierapport invoering eigen bijdrage Ziekenfondswet» komt de Ziekenfondsraad op basis van een gehouden enquête tot de conclusie dat de structurele uitvoeringskosten uitkomen op een bedrag tussen de f 55,8 en f 60,0 miljoen.

Vraag 18

Door de scheiding van beheerskosten en verstrekkingenkosten bij ziekenfondsen was extra investering door ziekenfondsen (mankracht, en dus verhoging van de beheerskosten) in de doelmatigheid van het zorgaanbod niet erg aantrekkelijk omdat doelmatigheidswinst terugvloeiende naar de centrale kas. Ook de invoering van de zogenaamde flexiregeling verliep zeer bureaucratisch.

Onlangs is de regeling maximering reserves ziekenfondsen, beleggingsvoorschriften ingevoerd en de regelgeving voor ziekenfondsen is alleen maar toegenomen. In hoeverre zijn de mogelijkheden met betrekking tot het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenfondsen niet systematisch ondergraven?

Antwoord

Op de budgetten die ziekenfondsen ontvangen om hun beheerskosten te financieren vindt geen nacalculatie plaats met de Algemene Kas. Dat betekent niet alleen dat investeringen die ziekenfondsen doen om doelmatigheid in het beheer na te streven voor hun eigen rekening komen, maar ook dat doelmatigheidswinsten die hiermee worden behaald ten gunste komen van het ziekenfonds zelf. Het is de bedoeling dat ook doelmatigheidswinsten op het terrein van de (variabele kosten van) verstrekkingen op termijn geheel ten gunste komen van het ziekenfonds

¹ Kamerstuk 1994–1995, 24 124, nrs. 1–2, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1995–1996, 24 678, nr. 1, Tweede Kamer.

³ Kamerstuk 1998–1999, 26 204, nrs. 1–2, Tweede Kamer.

zelf. Afhankelijk van de toename van de kwaliteit van het verdeelmodel dat wordt gehanteerd in de verstrekkingenbudgettering en het uitbreiden van het instrumentarium waarover ziekenfondsen kunnen beschikken om hun kosten te beheersen, zal de mate van financiële risicodragendheid voor ziekenfondsen kunnen toenemen.

De flexizorgregeling bestaat inmiddels enkele jaren en is in de loop van haar bestaan aangepast. Dit om te voorkomen dat de financiering van zorgvernieuwing een belemmering vormt voor vernieuwende initiatieven. Het valt niet te ontkennen dat de flexizorgregeling een ongelukkige start heeft gekend met – achteraf gezien – onnodig zware bureaucratische vereisten. Hoewel de regeling in latere jaren in aanzienlijke mate is verbeterd en vereenvoudigd, is het effect ervan uiteindelijk nooit helemaal geworden wat ervan werd verwacht. Daarmee kan deze regeling dienen als een voorbeeld van goedbedoeld, maar niet helemaal geslaagd beleid. In de praktijk zijn de bedoelingen achter de flexizorgregeling overigens in belangrijke mate gerealiseerd via de mogelijkheden die de beleidsregels zorgvernieuwing van het Ctg bleken te bieden. Hoewel dit voorbeeld duidelijk maakt dat het pad naar maatschappelijk ondernemerschap niet over rozen gaat, kan ik de suggestie niet onderschrijven dat de mogelijkheden voor de ziekenfondsen systematisch zijn ondergraven. Zowel de instrumentele als de financiële armslag van ziekenfondsen is stapsgewijs uitgebreid, waardoor zij hun rol als maatschappelijk ondernemer steeds beter inhoud kunnen geven. Een van de randvoorwaarden die daarbij is gesteld, is dat ongewenste reservevorming dient te worden voorkomen. De regeling maximering reserves ziekenfondsen is in het leven geroepen om een signaal af te geven aan ziekenfondsen dat ongebreidelde vorming van reserves niet wenselijk wordt geacht. De beleggingsvoorschriften zijn bedoeld om te waarborgen dat ziekenfondsen de aanwezige reserves renderend doch risicomijdend beleggen.

Vraag 19

Wat is nu precies de verhouding van de minister tot de ziektekostenverzekeraars? Heeft zij voldoende middelen om beleid te voeren, terwijl in feite 80% van alle kosten van gezondheidszorg via de ziektekostenverzekeraars loopt?

Antwoord

De minister van VWS heeft een indirecte verhouding tot de ziektekostenverzekeraars. Bovendien hangt die verhouding af van de categorie verzekeraars. Er zijn drie categorieën: de ziekenfondsen, de uitvoerende instellingen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en de particuliere verzekeraars. Verzekeraars uit deze drie categorieën voeren zowel de eerste compartimentsverzekering (AWBZ) uit als een tweede compartimentsverzekering (curatieve zorg). De AWBZ is een wettelijke verzekering, zodat alle ziektekostenverzekeraars uitvoerder zijn van tenminste één wettelijke sociale ziektekostenverzekering. In het tweede compartiment is de zaak ingewikkelder. De ziekenfondsen voeren de Ziekenfondswet (Zfw) uit – eveneens een wettelijke sociale ziektekostenverzekering. De uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (IZR, IZA en DGVP) voeren regelingen uit die voortkomen uit de regeling van de arbeidsvoorwaarden van personeel dat werkzaam is bij bepaalde overheids- en semi-overheidsorganen (provincies, gemeenten, politie, openbare nutsbedrijven en dergelijke). Hun taken zijn niet wettelijk geregeld en zij vallen formeel niet onder de verantwoordelijkheid van de minister van VWS, maar onder die van de minister van BZK. De particuliere ziektekostenverzekeraars bieden op de vrije markt particuliere ziektekostenverzekeringen aan. Dit zijn schadeverzekeringen, die niet vallen onder enige wettelijke regeling waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. Wel vallen zij onder de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993), die onder de

verantwoordelijkheid van de minister van Financiën valt. Daarnaast voeren particuliere ziektekostenverzekeraars de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) uit. De Wtz 1998 valt onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministers van VWS, Financiën en EZ, de Wet MOOZ onder die van de ministers van VWS, Financiën, EZ en SZW.

De AWBZ, de Zfw en de Wtz 1998 bevatten voorschriften voor de kring van verzekerden voor de verzekeringen die onder die wetten vallen en leggen de aanspraken van de verzekerden vast. De publiekrechtelijke ziektekostenregelingen kennen ook regels op deze punten. Die liggen evenwel niet op wetsniveau vast. Voor particuliere verzekeringen gelden dergelijke voorschriften niet. De AWBZ en de Zfw bevatten daarnaast voorschriften voor de toelating van verzekeraars. Ook bevatten ze voorschriften voor de wijze waarop de verhoudingen met de zorgaanbieders moeten zijn geregeld, en de wijze waarop de zorg aan de verzekerden moet worden geleverd (toelatingsvoorwaarden, contracteerplicht, zorg in natura, te leveren op basis van verplichte overeenkomsten met zorgaanbieders). De publiekrechtelijke regelingen en de particuliere verzekeringen (zowel het vrije marktdeel als het Wtz-deel) kennen dergelijke voorschriften niet.

Tot zover het directe instrumentarium van de minister van VWS ten opzichte van de ziektekostenverzekeraars. Dit instrumentarium wordt vooral gehanteerd om de structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen vast te leggen en te bewaken. De inzet van de betreffende instrumenten is betrekkelijk stabiel. Er wordt met deze instrumenten in het algemeen geen korte termijnbeleid gevoerd.

Dat laatste gebeurt veel meer met indirecte beleidsinstrumenten, zoals die zijn vervat in wetten als de Wtg en de WZV. Deze wetten richten zich niet op de zorgverzekeraars maar op de aanbieders van zorg. Aanbieders mogen bijvoorbeeld ten laste van verzekeraars geen tarieven in rekening brengen die niet overeenkomstig de regels van de Wtg zijn vastgesteld. Voor zorginstellingen gelden budgetten die eveneens op grond van de regels van de Wtg tot stand komen. Een zorginstelling kan weliswaar op korte termijn meer of minder zorg produceren en bij verzekeraars in rekening brengen dan in overeenstemming is met het vastgestelde budget, maar in latere jaren worden de verschillen steeds weggewerkt. De minister van VWS kan invloed uitoefenen op de tarieven en budgetten van zorgaanbieders door middel van de bevoegdheid tot goedkeuren of afkeuren van beleidsregels die het Ctg vaststelt ter uitvoering van de Wtg en door de bevoegdheid aanwijzingen te geven aan het Ctg. Beide bevoegdheden worden gebruikt om te bereiken dat de totale kosten van het zorgaanbod binnen bepaalde, vooraf vastgestelde kaders blijven. Om een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven te bereiken is de afgelopen vijftien jaar intensief van deze indirecte beleidsinstrumenten gebruik gemaakt.

Hetzelfde geldt in zekere mate voor de WZV. Investerings voor instandhouding en nieuwbouw van zorginstellingen konden niet plaatsvinden zonder een vergunning op grond van de WZV. Een vergunning kon slechts worden verkregen als de gewenste investering paste in een vooraf vastgesteld plan en als de gevolgen daarvan voor de zorguitgaven waren getoetst aan vooraf vastgestelde financiële kaders.

Er heeft de laatste jaren een aanzienlijke deregulering plaatsgevonden op het terrein van de WZV. Vooral met betrekking tot instandhoudingsbouw is inmiddels veel aan de zorginstellingen zelf overgelaten (zie ook het antwoord op vraag 11b). Voor grote infrastructurele investeringen in nieuwbouw gelden de regels van de WZV echter nog altijd.

Kort samengevat draagt de WZV zorg voor het aanbod van de voorzie-

ningen en de Wtg voor de tarieven. Door deze mechanismen is de zorg feitelijk een gebudgetteerde sector.

Met de genoemde indirecte beleidsinstrumenten zijn sinds halverwege de jaren tachtig van de vorige eeuw goede resultaten geboekt bij de beheersing van de uitgavenontwikkeling. Dit geldt overigens niet voor alle onderdelen van de zorgsector. Bijvoorbeeld bleek bij de geneesmiddelen behoefte te ontstaan aan andere beleidsinstrumenten om de jaarlijkse uitgavengroei binnen zekere grenzen te houden. De Wtg heeft in deze sector slechts betrekking op de tarieven van de apotheekhoudende. De internationale farmaceutische industrie is in deze sector echter de aanbieder en degene die de marktprijzen dicteert. Teneinde de prijzen in Nederland op een gemiddeld internationaal niveau te krijgen zijn het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de Wet geneesmiddelenprijzen tot stand gebracht. Dit instrumentarium heeft ertoe bijgedragen dat de uitgavengroei voor geneesmiddelen in Nederland naar internationale maatstaven relatief bescheiden is gebleven, ook al is de daarmee beoogde beheerste uitgavenontwikkeling slechts ten dele gelukt.

Het bijzondere aan wetten als de Wtg, WZV en de Wet geneesmiddelenprijzen is, dat ze dwars over alle verzekeringssectoren heen werken, en niet alleen ten behoeve van de sociale ziektekostenverzekeringen, waarop zich de directe overheidsinvloed richt. Doordat de beleidsinstrumenten op grond van deze wetten aangrijpen bij het zorgaanbod, werken de effecten ervan in gelijke mate door in de particuliere, publiekrechtelijke en sociale ziektekostenverzekeringen.

Toen deze wetten tot stand kwamen werd de vraag naar de rechtvaardigingsgronden voor hun werking op onderdelen van het verzekeringsstelsel die niet tot het publieke domein behoren, niet prominent gesteld. Tegenwoordig ligt dat anders. Nu staan de te waarborgen publieke belangen veel meer voorop bij het beoordelen van de rechtvaardiging van overheidsingrijpen in de uitkomsten van op grond van het Europese recht in beginsel vrije markten. Ik verwacht dat het belang van een zorgvuldige afweging van wat de overheid, gegeven een bepaalde inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, wel en niet kan of mag reguleren, de komende jaren alleen nog maar verder zal toenemen. Dit betekent ook dat een scherpe afbakening van voor de zorgsector te borgen publieke belangen steeds meer nadruk zal krijgen.

Ik besteed nog graag aandacht aan andere redenen dan het waarborgen van een beheerste uitgavenontwikkeling om met directe dan wel indirecte beleidsinstrumenten in te grijpen in de zorgsector. Opvallend vaak is de afgelopen twee decennia gebleken dat de structuur en het functioneren van de particuliere verzekeringsmarkt aanleiding vormden voor overheidsingrepen in de kring van verzekerden van de Zfw en de Wtz alsmede in het toepassingsgebied van de Wtg. Ik noem de problemen bij het waarborgen van betaalbare premies voor particulier verzekerde ouderen en kleine zelfstandigen met lage inkomens en voor studenten met verhoogde ziekerisico's. Telkens komt bij dit soort vraagstukken naar voren dat het niet de ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekeringen zijn, maar juist die in de particuliere verzekeringen, die dwingen tot overheidsingrepen over de boeg van de sociale ziektekostenverzekeringen.

Met enige regelmaat komt het voor dat er behoefte bestaat om bepaalde problemen in de zorgsector binnen een landelijke structuur op te lossen en dan zó, dat alle verzekeringssectoren naar evenredigheid een bijdrage leveren aan de financiering daarvan. De dualiteit van het verzekeringsstelsel leidt daarin meestal tot complicaties. Het is niet in de laatste plaats om dit soort redenen dat het kabinet in de nota Vraag aan bod heeft aangegeven te willen komen tot één uniforme verzekeringsstructuur,

waarbinnen een goed evenwicht bestaat tussen de publieke belangen die de overheid wenst te waarborgen, de beleidsinstrumenten die in het belang daarvan moeten kunnen worden ingezet en de structuur die daartoe aan het verzekeringssysteem wordt gegeven.

Vraag 20

Is de minister van mening dat de ziektekostenverzekeraars voldoende hun best doen voor «gepast gebruik» en voor een goed reilen en zeilen van (vraag en aanbod in) de gezondheidszorg?

Antwoord

Het instrument bij uitstek om gepast gebruik en een goed reilen en zeilen van de gezondheidszorg te bevorderen is de overeenkomst. De toenmalige Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie heeft een thematisch onderzoek verricht naar de sturing door overeenkomsten. Daaruit blijkt dat van dit instrument een wisselend gebruik wordt gemaakt. Sommige zorgverzekeraars bereiken meer resultaat dan andere. Ook de inzet van het gebruik van het instrument van de overeenkomst is verschillend. De commissie constateert dat het gebruik van dit instrument nog verbetering behoeft.

Overigens behoeft het gebruik van de term «zorgverzekeraars» in dit verband wel verduidelijking. Op dit moment zijn het alleen de ziekenfondsen die overeenkomsten sluiten met aanbieders, waarmee ze de mogelijkheid hebben afspraken te maken over doelmatigheid en gepast gebruik. Particuliere verzekeraars sluiten geen overeenkomsten. Zij betalen rekeningen en houden zich op basis van de zorgverzekering in het algemeen niet bezig met het optimaal organiseren van de match tussen vraag en aanbod in de zorg. In het nieuwe zorgstelsel dat het kabinet voor ogen staat, zal dit veranderen. Alle zorgverzekeraars die de beoogde nieuwe zorgverzekering willen uitvoeren, zullen daartoe overeenkomsten moeten sluiten met zorgaanbieders

Zoals het kabinet onder meer heeft aangegeven in de brieven over modernisering van de curatieve zorg en modernisering van de AWBZ, dient de zorg zich van een aanbodregelend stelsel te ontwikkelen tot een vraaggericht systeem. Zorgverzekeraars spelen bij die ontwikkeling een essentiële rol. Het kabinet is de mening toegedaan dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid dienen te nemen voor de sturing van de zorg. Zowel in de richting van de aanbieders als in de richting van de verzekerden dient deze verantwoordelijkheid tot uitdrukking te komen. Overigens is er ook een zekere wisselwerking. Zorgverzekeraars kunnen deze rol alleen oppakken als zij over de daartoe noodzakelijke instrumenten beschikken. Zorgverzekeraars ondervinden nu nog belemmeringen bij het uitvoeren van hun taken op dit gebied. Daarom wordt onderzocht op welke wijze dergelijke belemmeringen weggenomen kunnen worden. Hier volgen enkele voorbeelden.

Het huidige overeenkomstenstelsel gaat uit van contracteerplicht voor instellingen en van uitkomsten van overleg als basis voor de individuele overeenkomsten. Deze collectieve elementen in het overeenkomstenstelsel vormen in zekere mate een beletsel voor de ontwikkeling van ons zorgstelsel naar een meer vraaggericht systeem. Deze collectieve elementen leiden er niet toe dat zorgverzekeraars en aanbieders daadwerkelijk de overeenkomst gebruiken als instrument voor de bevordering van doelmatigheid, kwaliteit en zorg op maat.

Voor de zorg wijs ik bijvoorbeeld op de nota «Zicht op zorg» (Plan van aanpak modernisering AWBZ)¹, de brief van 24 oktober 2000² welke een nadere uitwerking bevat van het programma van deregulering en instrumentering van het geneesmiddelenbeleid, de brief van 28 januari 2000³, waarin actieprogramma voor het toekomstige hulpmiddelenbeleid

² Kamerstuk 1999–2000, 24 036, nr. 101, Tweede Kamer.

³ Kamerstuk 1999–2000, 24 124, nr. 100, Tweede Kamer.

is opgenomen, de brief van 6 november 2000¹, waarmee het Actieplan Zorg Verzekerd werd aangeboden.

Uit al deze beleidsstukken blijkt dat we er nog niet zijn. Zorgverzekeraars zullen nog meer invulling moeten geven aan hun nieuwe rol. Dat willen ze ook. Het ministerie van VWS kijkt op welke wijze belemmeringen kunnen worden weggenomen in de uitvoering van de taak van de verzekeraars.

V. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

Vraag 21

- a. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van een tekort aan werkers(sters) in de zorg te laat door de regering en haar voorgangers is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze tekorten onverantwoorde proporties hadden aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?
- b. Hoe verklaart de minister dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is geweest dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen?
- c. Welke maatregelen heeft de minister genomen om de opleidingscapaciteit voor artsen en verpleegkundigen aan te passen teneinde de tekorten aan werkers(sters) in deze sectoren op te heffen en wanneer zal dit laatste het geval zijn?
- d. Al minstens 10 jaar geleden en sedertdien meermalen herhaald, zijn studies en rapporten verschenen (veelal door de overheid geïnitieerd en bekostigd) over de personeelsvoorziening in de zorgsector. Waarom is daar nooit iets mee gedaan en wordt pas gereageerd nu het te laat is?

Antwoord

21a

De beschikbaarheid van voldoende personeel in een instelling is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het management op instellingsniveau. Dit neemt niet weg dat de ontwikkeling op de arbeidsmarkt de volle aandacht heeft (en heeft gehad) van de verschillende bewindlieden van VWS en SZW en soms het voltallige kabinet. Ik wijs op het Jaaroverzicht 1998, waarin melding wordt gemaakt van een mogelijk verkrappende arbeidsmarkt: *«Met betrekking tot de situatie op de arbeidsmarkt in de zorgsector zijn er in het algemeen gesproken op dit moment geen problemen. De arbeidsmarkt in de zorgsector kan in 1996 nog als vrij ruim worden gekarakteriseerd, al tekent zich enige verkrapping af. De verwachtingen voor de (nabije) toekomst blijven onzeker. Het feit dat er op dit moment grosso modo sprake is van een – zij het precair – evenwicht, neemt niet weg dat er in de (nabije) toekomst fricties kunnen ontstaan tussen vraag en aanbod van arbeidskrachten. Zo bergen algemene ontwikkelingen als ontgroening en vergrijzing gevaren in zich voor de arbeidsmarkt, evenals meer specifieke ontwikkelingen als het teruglopen van de aantallen leerlingen in het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs...»*².

Mede op basis van deze observatie heeft het ministerie van VWS een overleg gestart met sociale partners en de arbeidsvoorziening om te bevorderen dat partijen de dreigende arbeidsmarktproblemen het hoofd bieden. Dit overleg heeft in 1998 respectievelijk 1999 geresulteerd in het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ) en het convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ), waarin gezamenlijke inspanningen zijn geformuleerd voor de arbeidsmarkt. Deze convenanten bouwen voort op en vormen een verbreding van de sinds 1990 bestaande overeenkomst tussen sociale partners en de bewindlieden van VWS en SZW over de gezamenlijke aanpak van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg.

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1997–1998, 25 604, nrs. 1–2, Tweede Kamer, blz. 119.

Bij de totstandkoming van de convenanten is overwogen dat in toenevende mate knelpunten zijn te verwachten op de arbeidsmarkt in de zorgsector als geheel. Verder is vastgesteld dat de arbeidsmarkt steeds meer één arbeidsmarkt wordt, als het gaat om de branches in de zorgsector, en dat er een toenemende behoefte is aan zorg en welzijn als gevolg van vooral demografische, zorginhoudelijke en medisch-technologische ontwikkelingen. Op verschillende terreinen zijn concrete stappen gezet om tekorten zoveel mogelijk te beperken.

Ik wijs op de Instroom/Doorstroombanen (ID-banen) in de zorg- en welzijnsector, de imagocampagne, de toekenning van specifieke middelen via de sectorfondsen, het project Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorg (TOPAZ project) en later het Project implementatie TOPAZ (Pit.nl), en recent nog de maatregelen in het kader van de voorstellen van de commissie-Van Rijn.

De (toekomstige) ontwikkeling op de arbeidsmarkt wordt in opdracht van het ministerie van VWS overigens nauwlettend gemonitord door RegioMarge. De Tweede Kamer wordt jaarlijks van de bevindingen van RegioMarge op de hoogte gehouden.

21b.

De indruk dat de capaciteit van de opleiding tot arts pas sinds kort is ontdooid, is niet juist. De bewindslieden van OCenW hebben de capaciteit van de opleiding tot arts is sinds 1994 regelmatig uitgebreid. Ook de capaciteit van de opleiding tot huisarts, klinisch specialist en verpleeg-huisarts is in de loop van de jaren negentig vergroot. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit van artsen heeft door de lange opleidingsduur van eerstejaars tot gespecialiseerd arts echter pas na tien tot twaalf jaar voor het eerst effect op het aanbod. Tot ver in de jaren negentig bestond er nog een groot potentieel van werkloze artsen. Deze waren afkomstig uit de periode 1978–1982, toen de numerus fixus nog tussen 1900 en 2000 eerstejaars lag. Het stringente beleid van de overheid om de ontwikkeling van het aanbod en de productie van beroepsbeoefenaren te beheersen was mede debet aan het overschot van deze basisartsen, huisartsen en specialisten («jonge klaren»). Het aantal aanmeldingen voor de huisartsopleiding was jarenlang ook vele malen groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Basisartsen weken uit naar Engeland en België om daar de opleiding tot huisarts te volgen. Ook bij de opleidingen tot specialist waren er meer kandidaten dan plaatsen en ontstond in ziekenhuizen het verschijnsel van de assistent-geneeskundigen niet in opleiding (agnio). De agnio was op zoek naar een opleidingsplaats als specialist en werkte bij gebrek aan voldoende opleidingsplaatsen als volontair in het ziekenhuis om zijn vaardigheden te behouden. In latere jaren werd de positie van de agnio geformaliseerd en kreeg het agnioschap het karakter van een voorselectie voor de opleiding tot specialist.

In de vraag wordt gesteld dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is, dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen. Deze stelling is in zoverre juist dat de opleidingscapaciteit een belangrijke factor is voor de output van de artsenopleiding. Maar het opleiden van meer artsen betekent niet automatisch dat er evenwicht in vraag en aanbod ontstaat op de arbeidsmarkt voor artsen in Nederland. Er zullen altijd moeilijk vervulbare functies blijven. Zo zijn er volgens gegevens van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op dit moment circa tachtig vacante huisarts-praktijken en zien jaarlijks veertig huisartsen definitief af van vestiging als huisarts. Niettemin zijn bijna zeshonderd huisartsen nog op zoek naar een praktijk. Van hen is overigens ongeveer de helft werkzaam als waarnemer. Het aantal agnio's bedraagt naar schatting ongeveer 2300. De meeste daarvan zijn op zoek naar een opleidingsplaats.

21c.

Artsen

Opleiding tot basisarts

Op mijn advies heeft de minister van OCenW de opleidingscapaciteit voor de studie geneeskunde sinds 1994 verder uitgebreid. De numerus fixus geneeskunde werd, gezien de bestaande en toenemende werkloosheid onder artsen en het nog aanwezige potentieel aan artsen van 1984 tot en met 1993 stabiel gehouden op een aantal van 1 485. Wel zijn in 1984 door de minister van OCenW nieuwe opleidingen gecreëerd als alternatief voor de artsopleiding, zoals biomedische wetenschappen en gezondheids-wetenschappen. De numerus fixus geneeskunde van 1485 plaatsen was gebaseerd op de beschikbare capaciteit.

Op grond van steeds weer geactualiseerde ramingen van de te verwachten vraag naar en het aanbod van artsen is de numerus fixus geneeskunde vanaf 1994 met ruim een kwart uitgebreid tot 2140 plaatsen in het jaar 2001. Bij deze ramingen is rekening gehouden met onder meer de bevolkingsgroei, het meer gaan werken in deeltijd en het bestaande en nieuw te voeren beleid. De numerus fixus zal verder toenemen tot 2400 in 2003. In mei 1999 is een met mijn steun door betrokken partijen opgericht Capaciteitsorgaan van start gegaan om zo te kunnen beschikken over zo realistisch mogelijke behoefte-ramingen.

De medische faculteiten komen in september 2001 met een plan van aanpak voor verdere uitbreiding.

Opleiding tot medisch specialist

Het totaal aantal artsen in opleiding tot specialist is toegenomen van 2230 in 1990 tot 3640 in 2000. De instroom in 2000 bedroeg 651 artsen. In 2001 en 2002 is jaarlijks een extra instroom mogelijk van 50 artsen. Een structurele uitbreiding van de instroom met 164 plaatsen zal fasegewijs worden ingevoerd vanaf 2002. Eerst in 2002 met 55 plaatsen, dan in 2003 met 110 plaatsen en vervolgens vanaf 2004 met 164 plaatsen. Deze structurele uitbreiding van de instroom leidt uiteindelijk bij een gemiddelde opleidingsduur van 5,6 jaar tot een totale extra opleidingscapaciteit van 920 plaatsen. Daar bovenop komen nog 32 extra opleidingsplaatsen voor radiotherapeuten en 90 voor psychiaters. In totaal dus 1042 plaatsen.

Opleiding tot huisarts

Bij de huisartsen is de toelatingscapaciteit toegenomen van 280 in 1993, tot 325 in 1995 en tot 360 in 2000. Voor 2001 is de instroom gesteld op 420; het komende jaar is fysiek een instroom mogelijk van 468. Meer middelen zijn beschikbaar om de instroom in 2004 op een aantal van 670 te brengen.

Conclusie

De vraag wanneer het gestelde tekort is opgeheven, is niet te beantwoorden. Wat betreft de artsen rapporteerde het SCP in 1999 dat vrouwen met een universitaire medische studie steeds vaker een baan buiten de gezondheidszorg zoeken. Het ging toen om 31% van de afgestudeerde vrouwen. Men vermoedt dat dit te maken heeft met de arbeidsomstandigheden, zoals de hoge werkdruk, de geringe ruimte voor verlof, beperkte mogelijkheden om in deeltijd te werken. Het percentage huisartsen (mannen en vrouwen) dat na het voltooien van de opleiding tot huisarts afziet van vestiging als huisarts bedroeg tot nu toe ruim twintig. Het kabinet heeft een MDW-werkgroep de opdracht gegeven te onderzoeken wat de toetredingsbelemmeringen zijn voor medische beroepsbeoefenaren. De werkgroep zal in september 2001 verslag uitbrengen aan het kabinet, waarna dit vergezeld van een kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer zal worden gezonden.

Het beleid moet overigens niet alleen worden gericht op het uitbreiden van de opleidingscapaciteit van artsen in het algemeen en van huisartsen en specialisten in het bijzonder. De oplossing van het schaarsteprobleem moet ook worden gezocht in het zó inrichten van de opleidingen en de zorg dat de zorg rondom een patiënt verleend wordt door goed samenwerkende beroepsbeoefenaren, die allen de eigen deskundigheid in een cluster van zorg ten dienste stellen van de patiënt. Door gerichte taakdelegatie en functiedifferentiatie kunnen dan zorgclusters ontstaan die een optimale kwaliteit van zorg, een zo groot mogelijke doelmatigheid van de zorg en ook een voldoende arbeidssatisfactie van de zorgverleners waarborgen.

Momenteel wordt – naast het vergroten van de opleidingscapaciteit op diverse fronten gewerkt om voldoende artsen beschikbaar te hebben:

1. Het project Medisch Opleidingscontinuüm (bezieet de duur en inhoud van opleidingen tot arts en hun verdere specialisatie en nieuwe «artsen»beroepen.
2. Nieuwe avond-, nacht- en weekenddienstenstructuur huisartsen (ANW-structuur) om vervroegd uittreden als gevolg van «burn out» tegen te gaan.
3. Afspraken over de taakverdeling tussen artsen en HBO-opgeleiden.

Tandartsen

Opleiding tot tandarts en mondhygiënist

Als voorbeeld van een zorgcluster kan de mondzorg worden genoemd. Het rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg (2000) geeft daarvan een duidelijk beeld. Het in het rapport genoemde teamconcept is niet nieuw. Ook de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) noemde in haar rapport (1986) het teamconcept. Zij ging daarbij uit van drie tandartsen (fte's) en één mondhygiënist (fte) per tienduizend inwoners. In het regeringsstandpunt op dit advies zijn het teamconcept en de aanbevolen verhouding overgenomen. Bij mijn adviezen aan de minister van OCenW over de capaciteit van de opleiding tandheelkunde in de jaren negentig was dit standpunt de leidraad.

Ook de capaciteit van de opleiding tandheelkunde is in de jaren negentig regelmatig uitgebreid op grond van adviezen van mijn departement aan de minister van OCenW. Door de scheve leeftijdsopbouw van het werkzame tandartsenbestand (meer jongere dan oudere tandartsen) was de vervangingsvraag in de jaren negentig zeer beperkt. De belangstelling voor de opleiding tandheelkunde was door de toenemende werkloosheid onder pas afgestudeerde tandartsen in de jaren tachtig drastisch afgenomen. In 1988 werd een dieptepunt bereikt met een gerealiseerde instroom van negentig eerstejaars, terwijl de capaciteit 120 bedroeg. De instroomcapaciteit van de opleiding tandheelkunde is in 1990 uitgebreid tot 150 plaatsen en daarna geleidelijk toegenomen tot 300 plaatsen in 2001. Ook bij de opleiding mondhygiëne is de capaciteit uitgebreid en wel van 90 eerstejaars in 1988 tot 221 eerstejaars in 2001.

Conclusie

Bij de vaststelling van de instroom in de opleiding tot tandarts is rekening gehouden met de inzet van mondhygiënisten. De verdere uitbouw van het teamconcept in de mondzorg beïnvloedt de vraag naar tandartsen. Het verlenen van preventieve mondzorg en het doen van licht restauratief werk door HBO-opgeleiden – met de tandarts als coördinator van het mondzorgteam –, vereisen een opleidingssysteem en een opleidingscapaciteit die daarop is afgestemd.

Verpleegkundigen

Voor verpleegkundigen moet onderscheid worden gemaakt tussen de

in service-opleidingen (sinds 1997: de beroepsbegeleidende leerweg) waarbij de verantwoordelijkheid primair bij de werkgevers ligt en de dagopleiding (beroepsopleidende leerweg) die onder de primaire verantwoordelijkheid van de overheid (de minister van OCenW) valt. Verder moet onderscheid worden gemaakt tussen de initiële opleiding tot verpleegkundige en de verpleegkundige vervolgoedingen. Het beleid van de werkgevers is bepalend voor het aantal leerlingen dat een opleidings-/arbeidscontract wordt aangeboden en voor het aantal stageplaatsen en beroepspraktijkvormingsplaatsen (BPV-plaatsen) dat beschikbaar wordt gesteld. Het totaal aantal stageplaatsen is bepalend voor het vaststellen van de capaciteit van de dagopleidingen tot verpleegkundige bij de Regionale Opleidingen Centra (mbo) en Hogescholen (hbo). Het tekort aan BPV-plaatsen kan worden tegengegaan – en de kwaliteit worden verhoogd – door regionale samenwerking tussen zorginstellingen, onderling en met opleidingsinstellingen. Ook de planning van BPV-plaatsen kan veel beter. Door de sectorfondsen ontwikkelde instrumenten als ZorgFormat (instellingen brengen daarmee hun personeelsbehoefte in kaart) en RegioMarge (een simulatiemodel voor de regionale arbeidsmarkt) zijn daarbij behulpzaam. Vervolgens kan er beter gematcht worden. Er komen geleidelijk in steeds meer regio's stagebureaus. Om deze goede ontwikkelingen te stimuleren en te verspreiden is de Stimuleringsregeling BPV+ gemaakt, waarvoor circa f 5 miljoen beschikbaar is. Regio's kunnen een plan indienen om te komen tot een betere match van BPV-plaatsen en een verbetering van de kwaliteit ervan.

Daarnaast wordt ook door de brancheorganisatie van de instellingen voor beroepsonderwijs en volwasseneneducatie (Bve- Raad) en de vereniging van hogescholen (hbo-raad) uitgedragen dat onderwijsinstellingen rekening houden met regionale afstemming.

Bovendien is uit middelen van de motie-Dijkstal¹ f 15 miljoen bestemd voor stageplaatsen. Sectorfondsen hebben dit opgenomen in de kaderregeling instroom en behoud. Instellingen kunnen een investeringspremie krijgen voor de kosten van stages (maximaal f 2000 voor een gewone stageplaats en het dubbele voor een stageplaats voor bijvoorbeeld herintreders en arbeidsgehandicapten). Ook is er een premie voor praktijkbegeleiding voor specialistische en vervolgoedingen en is subsidie mogelijk in de loonkosten van nieuwe praktijkbegeleiders, voor scholing van begeleiders en P&O-functionarissen en voor innovatie van de praktijkbegeleiding.

In sommige regio's waren voor enkele opleidingsniveaus te weinig BPV-plaatsen beschikbaar. Inmiddels vindt er mede op aandringen van het ministerie van VWS meer afstemming plaats tussen zorg- en opleidingsinstellingen, bijvoorbeeld door regionale school-zorg-coördinatoren in te zetten. In alle regio's functioneren momenteel regionale arbeidsmarktverbanden, die het ministerie van VWS via de sectorfondsen financieel ondersteunt. Deze aanpak moet worden verbreed en versterkt opdat zorginstellingen en scholen in de regio afspraken met elkaar maken en elkaar aanspreken op de kwaliteit van de opleidingen en het werven en matches van stageplaatsen.

Perspectief op ontplooiing en een loopbaan verhogen de aantrekkelijkheid van de zorg. Een helder stelsel van vervolgoedingen, aansluitend op het initiële opleidingsstelsel, is onderwerp van overleg. In juni 2000 is een overeenkomst gesloten tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) en de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verpleegkundige Vervolgoedingen (VOVV) voor vervolgoedingen in de ziekenhuizen. In het beleidsplan van de AVVV krijgt de regeling voor vervolgoedingen, waaronder een specialistenregeling (volgens art 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) prioriteit.

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 000, nr. 16, Tweede Kamer.

Om de instroom in vervolgoopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en in initiële opleidingen (zoals die tot radiotherapeutisch laborant) te stimuleren, zijn vanaf 2001 vele tientallen miljoenen gulden extra beschikbaar.

Conclusie

De vraag wanneer de tekorten zullen zijn opgeheven is evenals bij de artsen niet te beantwoorden. Wanneer bijvoorbeeld het verloop en het ziekteverzuim worden teruggedrongen en het studie- en het beroepsrendement van de opleiding toenemen, kunnen tekorten omslaan in overschotten, zoals de ervaring uit het verleden leert.

21d.

Naar mijn mening is het nodige gedaan aan de personeelsvoorziening in de zorgsector. Ik merk daarbij op, dat het opvolgen van aanbevelingen uit studies en rapporten niet altijd zonder meer mogelijk is. Kostenbeheersing binnen bestaande beleidskaders en regelgeving verhoudt zich logischerwijs niet altijd met het inwilligen van aanbevelingen over de personeelsvoorziening. Daarbij moet niet worden vergeten dat het beleid in interdepartementaal overleg en in samenspraak met beroepsgroepen, zorgaanbieders, verzekeraars en politiek tot stand komt. Het korte-termijn perspectief kan daarbij soms prevaleren boven het middellange- en lange-termijnperspectief.

Ook de internationale dimensie speelt een rol. Ik zal dit toelichten met het volgende summiere overzicht over de jaren negentig en zo nodig de jaren tachtig.

Begin jaren negentig bestond er bij de meeste beroepen een overschot aan beroepsbeoefenaren. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor die beroepen lag toen niet voor de hand. Dat zou destijds even vreemd geklonken hebben als op dit moment het praten over een beperking van de instroom in de opleiding nu er een schaarste is of gaat ontstaan. Voor die beroepen waar uitbreiding wel nodig was, bijvoorbeeld bij mondhygiënist, ergotherapeuten en verloskundigen, werd de toelatingscapaciteit vergroot. Bij de mondhygiënist van 90 eerstejaars in 1988 tot 210 in 1999; bij de ergotherapeuten van 140 in 1990 tot 360 in 2000; bij verloskundigen van 70 in 1990 tot 160 in 2000.

Voor de personeelsvoorziening in de verpleegkundige en verzorgende sector hebben de sectorfondsen sinds 1990 de nodige werkzaamheden verricht en maatregelen genomen. De overheid verstreekte daarvoor de middelen. Op verschillende terreinen zijn concrete stappen gezet om tekorten zoveel mogelijk te beperken. Ik verwijs naar wat ik op dit punt al heb vermeld in de het antwoord op onderdeel 21a.

Door de werving van herintreders, door alternatieve leerroutes te ontwikkelen, door het aantal vormingsplaatsen voor de beroepspraktijk te vergroten en door de kwaliteit van de begeleiding van stagiaires te verbeteren wordt ernaar gestreefd de spanning op de arbeidsmarkt voor de zorgsector het hoofd te bieden. Daarnaast wordt actiever getracht zittend personeel te behouden, onder andere via leeftijdbewust personeelsbeleid en is er aandacht voor arbobeleid enerzijds gericht op het verminderen of geheel wegnemen van oorzaken van arbeidsongeschiktheid, verzuim door ziekte en anderzijds het bevorderen van reïntegratie vanuit de WAO. Ook wordt gewerkt aan het verbeteren van de beeldvorming van de zorgsector via de in 2001 afgeronde landelijke wervingscampagne «Zorg, het echte werk» die nu een regionaal vervolg krijgt en het versterken en verbreden van de regionale structuur en herstructurering van de landelijke infrastructuur.

Voor die beroepen waarin tien jaar geleden een overschot bestond, is op basis van adviezen van onder meer de Nationale Raad voor de Volksge-

zondheid (NRV) en beroepsorganisaties en op basis van rapporten van onderzoeksbureaus de opleidingscapaciteit aangepast.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) adviseerde in maart 1993 de numerus fixus voor geneeskunde te stellen op 2200 plaatsen, in maart 1997 op 1875 en in mei 1998 op 1925. Op grond van het advies van de NRV (1993/1994) adviseerde ik de minister van OCenW in 1994 de toelatingscapaciteit minimaal op 1600 te stellen en vanaf 1996 op 1750. In 1997 adviseerde ik hem in het kader van het Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP) de instroomcapaciteit vanaf 1998 te stellen op 1875. In mijn advies van 1999 achtte ik voor het jaar 2000 eerst een instroom van 1930 gewenst. In verband met de uitbreiding van de capaciteit van de huisartsopleiding conform de motie-Van Blerck-Woerdman¹, heb ik dat aantal opgetrokken naar 2010. Deze adviezen zijn door de Minister van OCenW overgenomen.

Op grond van het advies van de NRV over de beroepskrachtenvoorziening van huisartsen (1993) werd in 1995 de capaciteit van de huisartsopleiding uitgebreid van 280 naar 325. De instroom van 325 kwam goed overeen met de basisraming van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) uit 1998. In 1999 vond verdere uitbreiding van de instroom plaats tot 337 en vervolgens in 2000 tot 360.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft in opdracht van specialistenverenigingen een aantal rapporten over de vraag naar en het aanbod van bepaalde specialismen opgesteld. De betrokken verenigingen stemden daar hun opleidingscapaciteit op af.

Voor de tandartsen stelde de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde (NMT) in 1990 nog dat, gezien de stroom praktijkzoekende tandartsen (er stonden 350 tandartsen op hun claimlijst), een uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 120 naar 150 plaatsen niet nodig was.

Toch werd de instroom in de opleiding tandheelkunde in 1990 gesteld op 150, en vond verdere uitbreiding plaats tot 180 in 1992, tot 210 in 1995, tot 240 in 1999 en tot 260 in 2000. In 1999 adviseerde de NMT tot een minimale instroom van 330 eerstejaars. De instroom in 2001 bedraagt 300 eerstejaars.

Voor de hier nog niet eerder genoemde paramedische beroepen is de toelatingscapaciteit in de jaren negentig stabiel gebleven. De vaststelling van de toelatingscapaciteit voor de paramedische beroepsbeoefenaren is sinds dit jaar aan de opleidingsinstellingen zelf overgelaten.

Ten slotte is er de internationale dimensie. Nederland kreeg in de jaren tachtig bij het toenmalig overschot van tandartsen het verwijt van andere Europese landen dat het tandartsen dumpte in hun land. Bijna duizend tandartsen vroegen in de jaren tachtig een verklaring aan van hun diploma voor beroepsuitoefening elders. Volgens de BIG-registratie verbleven er begin 2001 ondanks schaarste in Nederland in totaal 850 Nederlandse tandartsen in het buitenland. Dit is ruim tien procent van het aantal praktiserende tandartsen in Nederland. Niet alleen tandartsen, maar ook fysiotherapeuten vertrokken na afstuderen door gebrek aan werkgelegenheid naar het buitenland. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) schatte hun aantal in 1997 op 5500. Van de geregistreerde fysiotherapeuten in het BIG-register woonde of werkte begin 2001 negen procent (2674 fysiotherapeuten) buiten Nederland. Bij de artsen bedroeg dat percentage op die datum bijna zes procent (2903 artsen).

¹ Kamerstuk 1999–2000, 26 801, nr. 18, Tweede Kamer.

Tegenover een vertrek uit Nederland van hier gediplomeerden staat een instroom van in het buitenland gediplomeerden. In 2000 was deze instroom bij de artsen 400 gediplomeerden, bij de tandartsen 119, bij de fysiotherapeuten 39 en bij de verloskundigen 49. Registratie in het BIG-register betekent overigens niet automatisch dat men in Nederland het beroep ook daadwerkelijk gaat uitoefenen. De voorgestane opheffing van de capaciteitsfixus geneeskunde in Nederland kan bij de bestaande numerus clausus in andere landen leiden tot een toestroom van buitenlandse studenten die hier de opleiding geneeskunde willen volgen. Meer beroepsbeoefenaren opleiden die vervolgens naar het buitenland vertrekken, zal de verwachte schaarste niet oplossen en de voorgestane marktwerking/concurrentie niet bevorderen.

Vraag 22

- a. Gegeven de vele simultane ontwikkelingen – opheffen van financiële beperkingen aan het totale budget, wachtlijsten die dreigen te groeien, groeiend aantal vacatures in de zorg, tegelijk sterke stijging van de vraag in de komende 20 jaar, initiatieven in de zorg welke strijdig zijn met wet- en regelgeving, wettelijke kaders (WZV en WTG) welke qua parameters veelal zijn afgestemd op verhoudingen van 20 jaar geleden, etc. – rijst de vraag aan de minister: Is de sector macrobestuurlijk nog «in control»?
- b. In welke mate is de organisatie van het departement thans op orde voor een goede taakuitoefening?

Antwoord

22a

In de vraag worden tal van ontwikkelingen en voorspellingen aan elkaar gekoppeld. Ze bieden een interessante selectie van de belangrijkste trends en uitdagingen in de zorg. Ik vind dat de sector en het stelsel een fascinerende tijd doormaken. Voor mij staan daarin de kansen voor de zorg voorop. Kansen voor inhoudelijke verbeteringen, kansen voor verruiming van het zorgaanbod en kansen voor vernieuwing van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling. Als we deze kansen benutten, zowel vanuit de politiek als in de zorgsector zelf, zullen de samenleving en de individuele zorgconsument kunnen profiteren van een nog hoogwaardiger en veel meer op de vraag georiënteerd zorgaanbod.

In de overgangperiode naar een nieuwe sturing, een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling en een nieuw stelsel dienen zich voor alle partijen tal van rolverwisselingen aan. Ik zie dit als een wenselijk veranderingsproces, waarin alle betrokken organisaties nog veel zullen leren, ook van zaken die minder goed gaan. Het gaat om gestage, onophoudelijke veranderingen met hier en daar stroomversnellingen en op sommige plekken even stilstaand. Ik beschouw het als mijn opdracht om deze veranderingsprocessen vanuit de overheid te stimuleren en te begeleiden, onder andere door de wet- en regelgeving aan te passen. Vanwege het geleidelijke verloop van de veranderingsprocessen blijft de sector in bestuurlijk opzicht voldoende «in control», met die kanttekening dat de «control» in afnemende mate bij het ministerie en de zelfstandige bestuursorganen plaatsvindt en in toenemende mate bij verzekeraars. De overheid concentreert zich meer en meer op de borging van publieke belangen en het toezicht op het functioneren van het stelsel in overeenstemming met die publieke belangen.

22b

Ook het ministerie van VWS moet inspelen op de nieuwe eisen die aan de overheid gesteld worden, gelet op de veranderende verantwoordelijkheidsverdeling. Deze verandering manifesteert zich onder meer in het minder regelend en uitvoerend en meer regisserend en toezichhoudend optreden. Mijn ministerie besteedt veel aandacht aan dit soort verande-

ringen. Dat mijn ministerie voldoende is toegerust voor de taakuitoefening in een veranderend krachtenveld in de zorgsector blijkt uit de vele beleidsinitiatieven die de staatssecretaris en ik het afgelopen jaar hebben genomen bij de nieuwe wachttijdenaanpak, de moderniseringsoperaties, nieuwe (toepassing van) regelgeving en de voorbereiding van het nieuwe zorgstelsel.

Vraag 23

Wat is de reactie van de minister op de kritiek van de Ondernemingsraad van het Ministerie van VWS, inhoudende dat de minister haar departement te weinig en te weinig zichtbaar aanstuurt?

Antwoord

Het is een misverstand dat de Ondernemingsraad deze kritiek op mij heeft. Ik neem aan dat uw vraag gebaseerd is op het artikel in de Volkskrant van 11 januari 2001. De Ondernemingsraad van mijn ministerie heeft in een brief van 15 januari aan de fracties in de Tweede Kamer (zie bijlage) het onjuiste beeld dat dit artikel naar zijn oordeel oproept gecorrigeerd.

Aan de fractie in de Tweede kamer

Van de Ondernemingsraad Kerndepartement VWS

Betreft: publicaties in de Volkskrant 11 en 12 januari jl.

Geachte fracties

In de Volkskrant van 12 januari jl. met als kop «Kamer: Borst moet VWS aanpakken» spreken een aantal fracties zich uit over minister Borst naar aanleiding van ons Boekje «Veilige haven of dobberen» over de VWS cultuur en organisatieveranderingen. Deze uitspraken volgden na het artikel in de Volkskrant van 11 januari jl. over dat boekje en een interview met ondergetekende daarover.

Het artikel in de krant van 11.1 bevat op zich geen onjuistheden. Maar als we de inhoud van het gesprek wegen tegen de wijze waarop dat in het artikel is verwoord, is het artikel te summier en daardoor te eenzijdig en ongenueanceerd. De toonzetting en de kop van het artikel zet de lezer op het verkeerde been en dekt volstrekt niet de inhoud van het gesprek. Het artikel wekt de suggestie dat de nadruk van het interview vooral ging over de positie van de minister. Dat was expliciet niet onze ingang en geeft beslist niet de inhoud van het gesprek weer.

We hebben dit heden de minister en staatssecretaris laten weten. Daarbij hebben we aangegeven wat de inhoud van het interview is geweest. Graag geven we u dezelfde informatie en voegen onze brief aan de minister en staatssecretaris bij.

We hebben geen behoefte aan bestendinging van het beeld dat het bij VWS slecht gaat.

Dat is niet de realiteit, het is ook niet de inzet van onze discussies. We zijn bezig de permanente ontwikkeling van het departement gestalte te geven. De CR doet dat met een kritische blik en kijkt op wat er moet en schuwt kritische analyses niet. Dat doen we niet om te breken, maar vooralom te bouwen.

Met vriendelijke groet

Henk Schippers,

Voorzitter OR kerndepartement

Aan de minister van VWS. mw. dr. E. Borst- Eilers
en
de staatssecretaris van VWS mw. Margot Vliegthart

OR-VWS nr. 01-16 15 jan 2001

Van de Ondernemingsraad Kerndepartement VWS

Betreft: publicaties in de Volkskrant 11 en 12 januari jl.

Geachte mevrouw Borst en mevrouw Vliegthart.

N.a.v. de artikelen in de Volkskrant van 11 en 12 januari jl. met als titels II Ambtenaren: Borst geeft te weinig leiding» (11.1) en «Kamer: Borst moet VWS aanpakken» (12.1) I hebben wij er behoefte aan u te informeren over de inhoud van het interview dat ondergetekende met verslaggeefster Femke Deen heeft gehad. Dat interview vond plaats op haar verzoek n.a.v. ons boekje «Veilige haven of dobberen?» over VWS cultuur en organisatieveranderingen.

Het interview is voorbereid in het DB van de CR en het gesprek heeft plaatsgevonden – op mijn verzoek – in aanwezigheid van de plv. directeur Voorlichting en Communicatie.

Het artikel in de krant van 11.1 bevat op zich geen onjuistheden. Maar als we de inhoud van het gesprek wege tegen de wijze waarop dat in het artikel is verwoord, is het artikel te summier en daardoor te eenzijdig en ongenueanceerd. De toonzetting en de kop van het artikel zet de lezer op het verkeerde been en dekt volstrekt niet de inhoud van het gesprek. Het artikel wekt de suggestie dat de nadruk van het interview vooral ging over uw positie als minister. Dat was expliciet niet onze ingang en geeft beslist niet de inhoud van het gesprek weer. Trouwens in ons boekje wordt u in slechts twee – regels genoemd;

Uit het artikel kan ook de indruk ontstaan alsof er kritiek van de CR tegen u gericht zou zijn, zeker als het vervolgartikel van 12.1 – waarin kamerfracties om hun mening is gevraagd – er naast wordt gelegd.

Hieronder geef ik aan waarover ondermeer is gesproken.

Aan het begin van het gesprek is op verzoek aangegeven hoe we als CR werken – actief, initiatief rijk, open, stevig maar altijd de dialoog zoekend – en is aangegeven waarom en hoe we tot het boekje zijn gekomen.

Het boekje gaat ondermeer over strategie, doelstelling en missie (hoe komen we waar we wezen willen), over structuur en communicatie (waar langs bewegen we ons wat zeggen we tegen elkaar), over hoe we ons werk indelen (zijn we goede professionals), over sturing (zijn we rijvaardig genoeg), over personeelsbeleid (hoe investeren de medewerkers in zich en hoe investeert het departement in de medewerkers), over ons zelf (wat bakken we er van), over het management (wat bakken de bazen er van) en over de cultuur (hoe doen we het met elkaar).

We zullen de kamerfracties die blijkens het tweede artikel om hun mening is gevraagd, een afschrift van deze brief doen toekomen.

Met vriendelijke groet,

Henk Schippers, voorzitter kerndepartement.

Bijlage: brief aan de kamerfracties

I. Wachlijsten/capaciteitstekorten

Vraag 4

Kan het zijn dat zorgverzekeraars in de discussies over de reductie van de wachlijsten eerder remmend dan stimulerend werken? Heeft dat te maken met de budgettering van het ziekenfondsdeel van de verzekeraars? Indien dat het geval is, wat zal de minister daar op korte termijn aan doen?

Antwoord

Zorgverzekeraars ontvangen een verstrekkingenbudget uit de Algemene Kas om hun wettelijke taak, zoals die is omschreven in de Ziekenfondswet, uit te kunnen voeren. Deze taak bestaat eruit dat zij ervoor dienen te zorgen dat er voldoende zorg gecontracteerd is voor hun verzekerden. Een deel van deze zorg bestaat uit ziekenhuiszorg. Verzekeraars maken jaarlijks afspraken met ziekenhuizen over de (verwachte) productie door dat ziekenhuis. Uitgangspunt daarbij is dat het verstrekkingenbudget dat ziekenfondsen hiervoor ontvangen voldoende ruimte geeft om invulling te kunnen geven aan de zorgplicht van de verzekeraar. Een financieel risico hierop prikkelt de ziekenfondsen dit doelmatig te doen. Eind vorig jaar is aan de verzekeraars toegezegd dat, als er extra middelen ter beschikking worden gesteld om wachlijsten af te bouwen, het ziekenfondsdeel daarvan zal worden doorgeleid aan de verzekeraars in de vorm van aanvullingen op het macro-verstrekkingenbudget. Op basis hiervan hebben de verzekeraars zich flink ingespannen om te inventariseren welke instellingen tot extra productie in staat zijn. Vervolgens zijn er met de instellingen afspraken gemaakt teneinde de zorgvraag te realiseren. Als in de praktijk geen of onvoldoende afbouw van wachlijsten plaatsvindt, is mijn inschatting dat de oorzaak daarvan niet gezocht moet worden in een te passieve rol van de risicodragende verzekeraar.

Vraag 5

Wil de minister op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS ramingen geven voor de komende twintig jaar voor de vraag naar zorg per type instelling en per type behandeling en daarbij aangeven hoe het aanbod van behandelaars en van «bedden» zich daarbij ontwikkelt? (Zie ook de Bijlage bij de brief van de minister m.b.t. de opleidingscapaciteit Verloskunde¹. Uit de confrontatie kan worden afgeleid hoe vraag en aanbod zich ontwikkelen. Wil de minister vervolgens aangeven hoe eventuele tekorten zullen worden aangepakt? In de brief m.b.t. de verloskunde wordt ook gewezen op een eventueel aanbod van verloskundigen uit andere EU-landen. Ook andere EU-landen (Duitsland, Frankrijk) kampen met vergrijzing. Uit welke landen zou een extra aanbod van behandelaars en verplegers kunnen worden verwacht?

Antwoord Vraag en aanbod worden in de curatieve zorg in steeds grotere mate tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling op elkaar afgestemd. De klassieke planmatige rol van de overheid is daarmee aan het veranderen. Het veranderingsperspectief en de bijbehorende activiteiten op weg daar naartoe zijn geschetst in de beleidsbrief van 27 februari 2001 Modernisering curatieve zorg, tweede fase².

Om aan de veranderende rol van de overheid en de grotere vrijheid en verantwoordelijkheid van aanbieders en verzekeraars vorm te geven, is een aantal stappen al eerder – in de eerste fase – gezet. Eén daarvan is, dat de planning per instelling van bedden en specialistenplaatsen

¹ Kamerstuk 2000–2001, 27 401, nr. 49, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 2000–2001, 23 619, nr. 18, Tweede Kamer.

halverwege de jaren negentig is afgeschaft. Het is immers in het nieuwe model aan instellingen en verzekeraars om gezamenlijk vast te stellen, welke vraag naar zorg er per type instelling en per type behandeling zal zijn, en daarover passende (productie)afspraken te maken. Het zijn daarbij, ook nu al, de ziekenhuizen zelf, die in overleg met de verzekeraars bepalen hoeveel bedden zij daadwerkelijk in gebruik hebben en hoeveel behandelaars voor de instelling werkzaam zijn.

Op het gebied van de opleidingen houdt de overheid wel een nadrukkelijker rol. Het aantal beschikbare opleidingsplaatsen bepaalt immers voor langere tijd de maximaal beschikbare capaciteit (afgezien van het grensoverschrijdend verkeer). Het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen heeft mij met zijn capaciteitsplan 2001 aanbevelingen gedaan voor de benodigde opleidingscapaciteit. Daarbij houdt het orgaan uiteraard rekening met onder meer de bevolkingsontwikkeling. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd, vóór 1 november van dit jaar met een plan van aanpak te komen voor het capaciteitsvraagstuk. Ik zal dit ook uw Kamer doen toekomen.

In reactie op de vraag uit welke landen extra aanbod van behandelaars en verplegers kan worden verwacht wil ik benadrukken dat voorop staat dat men aan de minimumeisen voor kwaliteit en vakbekwaamheid moet voldoen.

Voor de EU – en straks dus ook voor de toetredingslanden – gelden daarbij de richtlijnen voor vrij verkeer van beroepsbeoefenaren. Voor potentiële toetreders van buiten de EU wordt de vakbekwaamheid individueel beoordeeld. De instroom is vooralsnog beperkt. Ik verwacht geen specifiek grote instroom uit bepaalde landen.

Vraag 6

Hoe heeft het werkelijke aantal specialisten zich sedert de bevrozing van het aantal specialistenplaatsen in 1995 ontwikkeld? Hoe is een eventuele groei bekostigd? Indien nu extra gelden voor specialistenplaatsen beschikbaar worden gesteld i.v.m. de bestrijding van de wachtlijstenproblematiek, en de gelden worden gebruikt voor het «witten» van plaatsen, wat is dan het effect op de wachtlijsten? In welke mate komen er thans extra plaatsen bij en in welke mate worden plaatsen gewit?

Antwoord

Vanwege de sluitingsdatum (1 september) die het Ctg hanteert voor afspraken over extra specialisten, is deze vraag nog niet op basis van cijfers van die zijde te beantwoorden. Wel kan gebruik worden gemaakt van de inventarisatie die de leden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in het kader van het Actieplan Zorg Verzekerd hebben gemaakt en die zij mij op 1 augustus jl. hebben aangeboden.

ZN geeft daarin aan dat er 493 specialisten zijn bijgekomen sinds in het jaar 2000 de erkenningbeschikkingen volledig zijn ontdooid. Naast deze 493 specialisten zijn er ook nog 122 agio's bijgekomen.

Van de genoemde 493 specialisten zijn er 325 bijgekomen voor het «witten» van al aanwezige grijs gefinancierde specialisten. Financiering van deze specialisten heeft plaatsgevonden door middel van grijze productieafspraken, door bekostiging vanuit het ziekenhuisbudget of door bijdragen van al aanwezige specialisten gericht op werkdrukverlichting. Het «witten» van deze 325 specialisteneenheden vindt plaats in het kader van de herijkingoperatie functiegerichte budgettering 2001. Dit betreft een budgetneutrale operatie.

De overige 168 specialisten betreffen daadwerkelijk afgesproken nieuwe uitbreidingen, die worden bekostigd uit middelen die daarvoor beschikbaar zijn gesteld in de Zorgnota.

Vraag 7 Kan de minister aangeven tot welke concrete maatregelen de

conclusies en «handreikingen» uit het rapport «Onderzoek besluitvorming volksgezondheid»(24 maart 1994) van een subcommissie van de Tweede Kamer («commissie Willems») hebben geleid?

Antwoord

De commissie «Willems» meldt in de inleiding van hoofdstuk 4 van zijn rapport Onderzoek besluitvorming volksgezondheid¹ het volgende:

«De doelstelling van de stelselherziening ziektekostenverzekeringen is steeds gericht geweest op vergroting van de doelmatigheid c.q. kostenbeheersing, met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. De subcommissie stelt vast dat deze doelstelling nog immer onomstreden is. Ook over de middelen die daarvoor door de commissie Dekker werden voorgesteld: meer flexibiliteit, versterking van de marktgerichtheid, handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid, deregulering en een krachtig substitutiebeleid, leek steeds een grote mate van overeenstemming te bestaan.»

De wijze waarop deze samenhangende doelen in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen vorm moeten krijgen, liet echter «een breed scala van opvattingen zien.» De subcommissie heeft zich terughoudend opgesteld in het doen van aanbevelingen. In zijn rapportage zegt de subcommissie dat zij «na haar onderzoek nog beter beseft dat verschillen in opvattingen en belangen uiteindelijk vragen om uitdrukkelijke politieke keuzes.» De subcommissie heeft gepoogd «daarvoor enige handreikingen te doen in de overtuiging dat de samenhang tussen de inhoudelijke kant van de zorg en de herziening van het stelsel van zorgverzekering- en financiering noodzaakt tot een integrale aanpak.» De commissie noemt:

51. *«Verhullend taalgebruik, het gebruik van mythen en metaforen en het verdoezelen van belangen ontnemen de burger het zicht op de essentie van het debat. Discussies met als voornaamste invalshoek koopkrachtplaatjes en -reparatie werken versluitend en frustrerend in de besluitvorming. Dat geldt eveneens voor het voortdurend gehannes met de definities van de collectieve lastendruk. Zo heeft het kabinet Lubbers II de nominale premie buiten en de WTZ-omslagpremies binnen de definitie van collectieve lastendruk gebracht. Handhaving van de in het regeerakkoord overeengekomen norm voor de collectieve lastendruk kan leiden tot een wijziging van de definitie van de collectieve lastendruk of tot een voorkeur voor financieringsvormen die buiten deze definitie vallen. De reële betekenis van de lastendruk blijft daardoor buiten beeld.»*

(paragraaf 5.2)

52. *«De discussie over de herziening van de ordening van de zorg in Nederland gaat in essentie over twee samenhangende vragen. Hoe organiseert de overheid voor de burger een goede, doelmatige en toegankelijke (gezondheids)zorg, alsmede hoe regelt de overheid met betrekking tot de kosten van die zorg dat de betalende burgers (jong-oud-gezond-ongezond) inkomenssolidariteit tonen. Het antwoord op deze samenhangende ordenings- en solidariteitsvraag moet centraal (blijven) staan bij de voortzetting van het debat.»*

(paragraaf 5.3)

53. *«Voor complexe operaties, zoals de stelselwijziging in de zorgsector, is een langdurig maatschappelijk, en dus politiek draagvlak noodzakelijk. De wetgever dient gegeven de conflicterende belangen in het belang van de burger het stelsel te bepalen.»*

(paragraaf 5.4)

54. *«Ook bij de ordening van de zorg is het van belang dat de wetgever – regering en parlement – uitgaat van heldere probleemstellingen en daarvoor oplossingen zoekt.*

Het goed analyseren van huidige en toekomstige posities en belangen van de maatschappelijke actoren in de sector, de burger/patiënt daarbij inbegrepen, zal bijdragen aan de effectiviteit van de vastgestelde maatregelen. De subcommissie heeft onder meer uit het actoren-

¹ Kamerstuk 1993–1994, 23 666, nr. 1, Tweede Kamer, blz. 51 e.v.

onderzoek kunnen afleiden dat op een aantal cruciale momenten in de politieke besluitvorming prioriteit is gegeven aan politieke opportuniteitskwesties, soms als gevolg van druk van maatschappelijke actoren. Ook de inbedding van belangenverstrengeling in gedetailleerde en complexe regelgeving belemmert politieke besluitvorming. Meer globale instrumenten en overheidsinterventie zijn daarom naar de opvatting van de commissie aantrekkelijker. De wetgever zal zijn verantwoordelijkheid ook moeten tonen ten aanzien van het openbreken van de uiterst complexe advies- en overlegstructuur in de zorgsector.

Hoewel dit probleem slechts zijdelings raakvlakken vertoont met de opdracht van de subcommissie, komt uit een eerste globale analyse van het uitgevoerde actorenonderzoek onmiskenbaar naar voren dat in de zorgsector op volstrekt ondoorzichtige wijze advisering, overleg en belangenbehartiging worden vermengd, met andere woorden er ontstaat een verstrengeling van belangen en verantwoordelijkheden.»

(paragraaf 5.5)

55. «De subcommissie heeft geconstateerd dat de politieke en maatschappelijke consensus, ook in de zorgsector, groot lijkt zolang vage begrippen als uitgangspunten worden gehanteerd. Noties als doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg roepen nauwelijks weerstand op. Dat wordt snel anders indien dit soort noties worden geconcretiseerd en geoperationaliseerd. Het gebruik om in nota's en rapporten – ter wille van het bereiken van consensus – vage omni-begrippen te hanteren is contraproductief. Ook het gebruik van de term marktwerking in de gezondheidszorg heeft tot veel verwarring aanleiding gegeven.»

(paragraaf 5.6)

56. «De huidige ordening van de zorg kan worden getypeerd als een rafelige lappendeken. Gedeeltelijk is dit het gevolg van het niet afronden van de stelselwijziging. Dit biedt sterke marktpartijen de gelegenheid tot strategisch gedrag. De ordening van de Nederlandse zorgsector bevat kenmerken van verschillende stelsels. Grof getypeerd: het Britse/Sovjetmodel, het gildesysteem en het marktmodel. Door de ingrepen in het kader van de stelselherziening verschuift deze ordening. De subcommissie is zich ervan bewust dat veel deelmarkten voor gezondheidsdiensten imperfect zijn. Bij de ordening van een dergelijke markt speelt de overheid een rol. Zij dient ervoor te zorgen dat er in de diverse marktsegmenten voor zover die zich daarvoor lenen sprake kan zijn van eerlijke concurrentie.»

(paragraaf 5.7)

57. «Bij de pogingen om meer marktelementen in te voeren in de ordening luistert tuning nauw. Verzekeraars en aanbieders hebben andere doelstellingen dan de overheid. Verzekeraars streven naar omzet- en winstmaximalisatie. Afwenteling van risico's ligt in dit verband voor de hand. Aanbieders streven eveneens naar omzet- en winstmaximalisatie. Burgers hebben twee petten op, namelijk die van patiënt enerzijds en van bekostiger anderzijds. Over zijn bijdrage in de kosten van de zorg heeft de burger bovendien veelal onvoldoende informatie. Zijn patiëntenpet en het uitdijende aanbod leiden tot een in beginsel oneindige vraag. Zorgverzekeraars zullen slechts onder bepaalde condities een belang hebben bij kostenbeheersing. Aan die condities is thans nog niet voldaan.»

«De subcommissie vraagt zich af of in sommige gevallen de algemene en Europese antikartelwetgeving kan worden gebruikt of aangepast. Ook waarneembare concentratietendenzen in Nederland bij ziektekosten(zorg-)verzekeraars en prijsafspraken tussen zorgaanbieders kunnen worden onderzocht op kartelaspecten.

De subcommissie heeft de indruk dat de huidige ordening prijskartels faciliteert onder meer in de farmaceutische sector en bij zorgverzekeraars.»

(Paragraaf 5.8, Kostenbeheersing en stelsel)

58. «Het onderzochte besluitvormingsproces over de herziening van de ordening van de zorg wordt gekenmerkt door een aantal eigenaardigheden. Alle betrokkenen hadden kort door de bocht geformuleerd, eigen agenda's, strategieën en belangen. Zij hebben geprobeerd om hun eigen posities te maximaliseren. Kan het anders? Het was niet de taak van de subcommissie op deze vraag antwoord te geven. Het onderzoeksmateriaal van de subcommissie bevat wel vingerwijzingen. Een ondoorzichtige ordening van de zorgsector leidt in ieder geval tot frustratie van overheidsdoelstellingen. Het lijkt de subcommissie gewenst over een aantal vragen spoedig helderheid te verschaffen.

Noodzaakt de huidige internationale regelgeving daadwerkelijk tot een verplicht breed en diep pakket in de basisverzekering of bestaan daarvoor andere zwaarwegende motieven?

Dient de verplichte basisverzekering het karakter van een schadeverzekering of werknemers-/volksverzekering te hebben?

Hoe kan de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor gezondheid in financieel opzicht effectief vorm worden gegeven?

Hoe wordt de inkomenssolidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond ook in fiscaal opzicht nader uitgewerkt?

Een helder en breed gedragen antwoord op deze vragen zou een doorbraak kunnen opleveren voor de impasse in het debat over de stelselherziening.»

(paragraaf 5.9 Tenslotte)

De subcommissie had dus niet tot doel de basis te leggen voor concrete maatregelen, maar veeleer politiek en samenleving een spiegel voor te houden «over de besluitvorming tot dat moment over de herziening van de ordening van de zorgsector» en zo een stimulans te zijn voor verdere gedachtevorming over de vormgeving van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. De neerslag daarvan is terug te vinden in de latere regeerakkoorden.

In het regeerakkoord uit 1998¹ is aangekondigd dat: «*Het kabinet zal bezien, of in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.*»

Op 21 september 2000 heeft de minister-president tijdens de algemene politieke beschouwingen in de Tweede Kamer toegezegd, dat voor de zomer van 2001 aan het parlement een nota over dit onderwerp wordt toegezonden. Inmiddels heeft het kabinet deze belofte gestand gedaan met zijn brief van 6 juli 2001 en de daarbij gevoegde nota Vraag aan bod.² In deze nota stelt het kabinet vast, dat inmiddels een breed gedeelde consensus is ontstaan over de noodzaak het zorgstelsel te vernieuwen. De overeenstemming tekent zich, anders dan ten tijde van de rapportage van de commissie «Willems», niet alleen af rond de analyse van de problemen. Ook voor de hoofdlijnen van de oplossingsrichting bestaat nu een gemeenschappelijk draagvlak.

Vraag 8

Indien geen beperking zou worden opgelegd vanwege het macro-begrotingsbeleid, welk macrobudget voor de zorg zou gegeven de onder vraag 5 geschetste ontwikkelingen in demografie en medisch-technische ontwikkeling nodig zijn om wachtlijsten te voorkomen?

Antwoord Zoals eerder aangegeven is het in beginsel mogelijk om de zorgvraag te voorspellen op basis van een aantal determinanten van de zorg. Dat neemt niet weg dat ramingen altijd met de nodige onzekerheid omgeven zullen blijven. Herstel van gezondheid en verbetering van de

¹ Kamerstuk 1997–1998, 26 024, nr. 10, Tweede Kamer.

² Kamerstuk 1993–1994, 23 666, nr. 1, Tweede Kamer, blz. 51.

kwaliteit van leven met behulp nieuwe medisch-technische ontwikkelingen brengt kosten en besparingen met zich mee, die tevoren moeilijk zijn in te schatten. Ook de maatschappelijke opvattingen over de kwaliteit van de zorg zijn aan verandering onderhevig (bijvoorbeeld privacy beleid). De mondige cliënt van vandaag de dag acht het overschrijden van redelijke wachttijden (terecht) niet aanvaardbaar. Daar komt nog bij dat geen of slecht heel summier inzicht bestaat in latente en verborgen vraag die manifest wordt op een moment dat deze zorg (weer) in – naar verwachting – voldoende mate beschikbaar is.

Overigens is de hoeveelheid volumemiddelen voor de zorg niet alleen bepalend voor het wegwerken en voorkomen van wachtlijsten. De zorgsector heeft ook door doelmatiger te werken zijn productiviteit opgevoerd. Op dit moment vormt krapte op de arbeidsmarkt een fikse beperking op weg naar het tot een redelijk niveau terugbrengen van wachtlijsten.

Vraag 9

Wil de minister voor de afgelopen 10 jaar aangeven hoe de loonprijsontwikkeling in (delen van) de zorg is geweest, en welke compensatie in het budget daarvoor is gegeven?

Antwoord Het bij deze antwoorden gevoegde overzicht biedt inzicht in de contractloon- en prijsmutaties vanaf 1991 en de compensatie die daarvoor is gegeven. Vanaf 1995 is de compensatie gegeven door middel van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (in het spraakgebruik ova genoemd). Vóór 1995 verliep de compensatie door middel van de WAGGS.

Uit de tabel blijkt dat de contractloonmutatie vanaf 1991 ieder jaar uit de dekking van de ova (initieel en ADV) (en voor 1995 uit de WAGGS) betaald kan worden. In 1996 en 1997 is in de ova een productiviteitskorting verwerkt.

Deze productiviteitskorting diende ertoe om de reëel beschikbare middelen in overeenstemming te brengen met de gewenste volumegroei en werd alleen om praktische redenen op de beschikbare loonruimte afgeboekt. Vanaf 1998 is de productiviteitskorting komen te vervallen. De productiviteitskorting is niet opgenomen in het bijgevoegde overzicht.

II. Financieel belast/budgettering

Vraag 13, onderdeel d

Kan de minister aangeven voor een steekproef van instellingen hoeveel over de afgelopen 15 jaar een overschot dan wel een tekort hebben vertoond?

Antwoord

Op 6 juli 2001 is in het antwoord op deelvraag 13d aangegeven dat een dergelijk overzicht niet op korte termijn te geven is en dat de vraag is voorgelegd aan het Ctg. Inmiddels is reactie ontvangen van het Ctg. Daarin geeft het een overzicht over de afgelopen vijftien jaar voor de sectoren ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Het overzicht is opgenomen bij de bijlagen. Tot en met 1990 heeft het Ctg uitsluitend geënquêteerd naar de mutatie in de reserve aanvaardbare kosten. Later is overgeschakeld naar mutatie in het niet-vreemde vermogen, een breder begrip dan de RAK, omdat ook andere reserves en voorzieningen hieronder vallen. Over de jaren 1991 en 1992 is het exploitatieresultaat niet bekend. Een vergelijking van de jaren vóór 1993 met de jaren na 1993 is daarom niet goed te maken. Het is zuiverder om te kijken naar de ontwikkeling over de afgelopen zeven jaar. Uit de bijgevoegde tabel en de JOZ's en Zorgnota's over deze afgelopen

jaren blijkt dat er per jaar redelijk grote fluctuaties zijn in het aantal instellingen met een negatief exploitatieresultaat.

In de tweede kolom per sector is het relatieve aantal instellingen opgenomen dat in een jaar een negatief exploitatieresultaat heeft. Dit aantal varieert tussen de 15% (van de verpleeghuizen in 1994) en 59% (van psychiatrische ziekenhuizen in 1996). Het is logisch dat er ieder jaar plussen en minnen zijn. Instellingen in de zorgsector zijn er immers niet om ieder jaar een positief resultaat te boeken, dat zou immers leiden tot steeds meer vermogen dat niet gebruikt wordt.

Er is wel een licht stijgende lijn in het aantal instellingen met een negatief exploitatieresultaat te ontdekken. Dit resulteert dan ook in een (licht) dalende trend in de niet-vreemde vermogens. Van belang is echter dat dit niet heeft geleid tot structurele problemen. Er zijn namelijk slechts enkele instellingen die hierdoor in de afgelopen jaren een negatief vermogen heeft opgebouwd.

Vraag 14

- a. Leidt de ontwikkeling van het wegwerken van de lumpsumbenadering voor de instellingen niet in toenemende mate tot nieuwe subsidiepotjes (al dan niet buiten het CTG om), ruimere bandbreedtes en aparte al dan niet regionale financieringsstromen om daarmee experimenten, zorgvernieuwing en regionale initiatieven te kunnen ontplooiën?
- b. Op welke wijze moet deze beweging van enerzijds het wegwerken van lumpsumbedragen en anderzijds het opkomen van andere extra financieringsvormen worden gezien en
- c. Hoe wordt daarvan de output beoordeeld/gecontroleerd?
- d. Is het de bedoeling de regionale initiatieven en verschillen bijvoorbeeld uit de nominale premie te doen financieren buiten de reguliere tariefstelling om?
- e. Speelt de vaste tariefstructuur een rol bij die situaties waar een bepaalde dienst of instelling dan wel regio extra geld buiten de tarieven om kan ontvangen in geval van noodsituaties zoals zich dat bijvoorbeeld heeft voorgedaan bij een aantal ambulancediensten of is hier eerder sprake van een te krap budget?
- f. Kan het zijn dat de boter-bij-de-vis-gedachte, waarbij geen sprake is van vrije ruimte en nacalculatie ook een zekere vertraging bewerkstelligt bij het aangaan van productieafspraken?

Antwoord

14a, 14b en 14c

Bij de instellingsbudgettering gaat het niet om lumpsum. Zie ook het antwoord op vraag 13. Vóór de aanpak van de wachtlijsten was het instellingsbudget voor een belangrijk deel afhankelijk van de tussen instelling en verzekeraar/zorgkantoor gemaakte productieafspraken; sinds de aanpak van de wachtlijsten is het instellingsbudget (voor een belangrijk deel) afhankelijk van de feitelijke productie (het-boter-bij-de-vis-principe).

Wellicht wordt in de vraag bedoeld op de eerder bestaande subsidie-regelingen voor zorgvernieuwing, die met name in de AWBZ voorkwamen. Tegelijk met de invoering van de «flexibele afspraken» in de diverse AWBZ-sectoren zijn die subsidieregelingen beëindigd en is de zorgvernieuwing geïncorporeerd in de normale instellingsbesteding. Daarbij geldt dat een bepaald percentage van het budget besteed moet worden aan zorg-op-maat. Dit percentage, ergens tussen de 5 en 10%, verschilt per sector. Invulling van dit onderdeel geschiedt (eveneens) in overleg tussen instelling en zorgkantoor. Hierbij worden, waar dit mogelijk is, producten (output) benoemd. Waar dit niet mogelijk is wordt veelal gewerkt met projectbegrotingen (input).

14d

De in deze vraag verwoorde suggestie heeft aantrekkelijke kanten, maar nuancering is geboden. Verwarrend werkt hier overigens de term «reguliere tariefstelling». Ik licht dit toe als volgt.

Met nadruk wordt in de bekostiging gestreefd naar het flexibiliseren van de tarieven, en wel zodanig dat er veel meer vrijheidsgraden ontstaan voor lokale en regionale partijen. Daarbij komen andere tariefsoorten (anders dan de huidige punttarieven en maximumtarieven) in beeld, zoals bandbreedtetarieven of basistarieven aangevuld met modules voor specifieke prestaties/omstandigheden dan wel lokale componenten. Met name bij huisartsen, apothekers en ziekenhuizen gaat het geleidelijk deze kant op. Tot zover de bekostiging (van relevante prestaties).

Hoe een en ander moet worden gefinancierd, uit de procentuele premie of uit nominale premies, is een andere vraag.

Hoe dan ook lijkt het onmogelijk dat er steeds een scherp onderscheid gemaakt kan worden tussen «reguliere» prestaties en prestaties die van specifieke aard zijn dan wel bepaald worden door lokale omstandigheden. En wat te denken van de situatie dat bepaalde prestaties geheel zouden worden vrijgesteld van tarifiering ex WTG, bijvoorbeeld de prestaties van apothekers. In zo'n situatie is in het geheel geen sprake meer van «reguliere tariefstelling» en worden de tarieven volledig door de markt bepaald. Uitgaande van de suggestie die in de vraag besloten ligt, zouden deze prestaties geheel uit de nominale premie moeten worden gefinancierd. Dit is niet reëel te achten. Het zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat iedere keer als er in de WTG wordt geflexibiliseerd of gedereguleerd, de procentuele premie naar beneden kan worden bijgesteld. Dat ligt, zacht uitgedrukt, niet voor de hand.

Een en ander neemt evenwel niet weg dat de nominale premie of beter nog: de inzet van eigen middelen van verzekeraars (opbrengsten uit nominale premie én reserves) betekenisvol is daar waar (een) verzekeraar(s) willen besluiten tot extra uitgaven, al dan niet met het oog op lokale omstandigheden.

14e

Bij de ambulancediensten speelt een combinatie van specifieke problemen bij individuele diensten en een mogelijk algemeen probleem bij alle diensten. Hierbij wordt een tweesporenaanpak gevolgd. In verband met het mogelijke algemene probleem wordt momenteel een breed onderzoek uitgevoerd.

Daarbij wordt onder meer gekeken naar eisen die uit kwaliteitsoogpunt gesteld moeten worden en naar de effecten van relevante werktijdenbesluiten. Afhankelijk van de uitkomsten staat te bezien of de budgetten van de ambulancediensten een generieke herijking behoeven.

Wat betreft de specifieke problemen bij individuele diensten staat voor die diensten altijd de weg open om samen met de betrokken verzekeraar(s) een tariefverzoek in te dienen bij het Ctg met het oog op «steunverlening». Van belang hierbij is dat het Ctg in bijzondere omstandigheden kan afwijken van de beleidsregels op grond van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht. In voorkomende gevallen besluit het Ctg tot steunverlening. Zonodig stelt het Ctg hierbij voorwaarden, zoals: reorganisatie en een door de instelling te leveren eigen bijdrage bij het wegwerken van het negatieve vermogen. De steunverlening bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat de instelling in rekening mag brengen. Hier is niets onregelmatigs aan, het gaat wel om extra geld, weliswaar buiten de beleidsregels maar binnen de tarieven.

Volledigheidshalve moet worden opgemerkt dat deze mogelijkheid van steunverlening (uiteraard) voor alle instellingen bestaat en dus niet alleen voor ambulancediensten. Jaarlijks maken gemiddeld genomen zo'n tien

10 à vijftien instellingen van deze mogelijkheid gebruik. Op ruim 3000 zorginstellingen is dat weinig.

14f

Omwille van de duidelijkheid: bij toepassen van het boter-bij-de-vis-principe kunnen lopende het jaar, veelal tot uiterlijk 1 december, aanvullende productieafspraken worden gemaakt, waarbij achteraf wordt nagecalculeerd op basis van de feitelijke productie. Dit kan er (inderdaad) toe leiden dat de instellingen in het begin van het jaar enige terughoudendheid betrachten bij het maken van productieafspraken. Immers, men kan wel hoge productieafspraken maken, maar als vervolgens de productie achterblijft moet men achteraf geld inleveren. Daarom zullen instellingen niet overhaast te hoge productieafspraken maken. Overigens lijkt dit in de AWBZ-sectoren nauwelijks te spelen. In hoeverre het bij de ziekenhuizen speelt zal de komende maanden duidelijk worden aan de hand van de eerste rapportages over het verloop van productieafspraken en productie. Duidelijk is wel dat de invoering van het boter-bij-de-vis-principe c.q. de ontwikkeling naar een marktachtig bedrijf voor (een aantal) ziekenhuizen een forse omslag betekent. Kon men vroeger productieafspraken maken waarbij de feitelijke realisatie er minder toe deed, thans moet er echt geproduceerd worden gericht op het genereren van omzet (of budget). Aannemelijk is dat dit problemen kan geven, met name bij die ziekenhuizen waar in het verleden het verschil tussen productieafspraken en feitelijke productie het grootst was. Nu kunnen we dit verschil, zoals in de vraagstelling ook gebeurt, natuurlijk wel duiden als «vrije ruimte», maar dat is dan wel een ruimte die thuishoort in het verleden en die we in het marktbedrijf niet tegenkomen. In de beleidsregels zijn trouwens wel een paar noodverbanden aangelegd. Zo is er een speelruimte van 2% met daarnaast nog een hardheidsclausule waar ziekenhuizen, in overeenstemming met de betrokken verzekeraar(s), een beroep op kunnen doen.

In dit verband moet overigens wel bedacht worden dat de ketting zo sterk is als de zwakste schakel. Om de productie te kunnen opvoeren is meer nodig dan alleen geld. Nodig zijn ook; technische equipment, specialistische capaciteit en verpleegkundige capaciteit. Er hoeft maar aan een van deze (productie)factoren een tekort te zijn en de nagestreefde productie-groei zal stagneren.

III Beleids- en beheersstructuur/deregulering

Vraag 24

Vanuit de invalshoek vraaggestuurde zorg ontstaat een toenemende behoefte aan meer privacy en een meer aan het zelfstandig wonen gelijkstaande zorgvorm.

- a. Kan worden aangegeven hoeveel extra investering en hoeveel afschrijvingsverlies zal optreden wanneer binnen 5 jaar alle bestaande verpleeghuizen over gaan naar kleinere units met eenpersoonsruimten?
- b. Als scheiden van wonen en zorg ook in de intramurale ouderenzorg zal worden ingevoerd welke componenten worden dan geacht bij het wonen en welke bij de zorg te worden ondergebracht?
- c. Is de overgang van de zorghuizen (bejaardenoorden) naar de AWBZ waarbij bijvoorbeeld ook het recht op WVG voorzieningen vervalt en waarbij de huisarts in principe vervangen wordt door een (of meerdere) artsen verbonden aan de instelling en waarbij de geneesmiddelen gebudgetteerd zijn dan geen ontwikkelingen die haaks op de langere termijn staat?
- d. Kan worden aangegeven op welke wijze de door de vorige staatssecretaris naar voren gebrachte financiële consequenties voor hetzij de overheid /verzekeringssector, hetzij de burger zelf van het hanteren van

een scheiding tussen de zorgcomponent en de wooncomponent (het toen wel eens genoemde AWBZ-pluspakket) thans worden ingeschat?

Antwoord

Algemeen

Om privacy in verpleeghuizen te bevorderen, is in de tweede helft van de jaren negentig jaren een beleid op gang gekomen om gericht verpleeghuizen met vijf- en zesbedskamers te prioriteren voor renovatie. Daarbij worden in de nieuwe situatie alleen nog één- en tweepersoonskamers gebouwd. Daarna zullen de huizen met vier- en driebedskamers aan de orde komen. Uit gegevens van Prismant blijkt dat in 1999 het aantal vijf- en zesbedskamers nagenoeg was verdwenen (nog slechts 3% van het totaal aantal kamers). Het aantal één- en tweebedskamers bedroeg ongeveer 75% van het totaal aantal kamers. Met deze ingezette ontwikkeling zullen er over zes jaar nagenoeg alleen nog maar één- en tweebedskamers zijn.

24a

Op dit moment zijn er ongeveer 60 000 verpleeghuisbedden. Het aantal eenpersoonskamers is naar raming 12 300. Om de vraag te beantwoorden moet ervan worden uitgegaan dat voor 47 700 bedden de kamers omgebouwd zouden moeten worden tot eenpersoonskamer. Ervan uitgaande dat het hier gaat om renovatie kunnen de investeringen, noodzakelijk voor deze ombouw worden berekend op globaal 47 700 maal f 110 000 is f 5,25 miljard gulden. Voor de exploitatie zou dit een extra last meebrengen van 0,115 maal f 5,25 miljard is f 604 miljoen. Ik benadruk dat het hier om een globale berekening gaat.

Los van deze financiële raming wil ik nog het volgende onder uw aandacht brengen. Bij een bestand van 60 000 plaatsen en gemiddeld een grote renovatie na twintig jaar, worden er nu jaarlijks gemiddeld 3000 plaatsen gerenoveerd. Om te kunnen voldoen aan de vraagstelling zouden er jaarlijks gemiddeld 9500 plaatsen moeten worden gerenoveerd. Het is niet te verwachten dat een dergelijke tempoversnelling in korte termijn kan worden gerealiseerd, zeker gelet op de huidige situatie op de bouwmarkt.

Daarnaast mag niet verwacht worden dat het mogelijk is om in alle bestaande verpleeghuizen over te gaan op eenpersoonskamers met behoud van capaciteit, binnen de bestaande bouwlocatie.

Als dit aspect betrokken wordt bij de globale berekening ontstaat het volgende beeld. Schattenderwijs kan worden aangenomen dat het mogelijk is om door renovatie in de huidige verpleeghuizen 30 000 eenpersoonskamers te maken. Om de capaciteit op peil te houden zouden dan door vervangende nieuwbouw 17 700 nieuwe plaatsen tot stand moeten komen. Op basis van deze inschatting kom ik dan tot de volgende berekening. Door renovatie worden 30 000 eenpersoonskamers gerealiseerd. Dat kost aan investeringen 30 000 maal f 110 000 is f 3,3 miljard. De investeringen voor vervangende nieuwbouw bedragen 17 700 maal f 255 000 is f 4,5 miljard. De totaal benodigde investering bedraagt daarmee 7,8 miljard.

Voor de exploitatiekosten verandert het beeld als volgt. De toename van de exploitatiekosten voor de 30 000 plaatsen waarbij sprake is van renovatie bedraagt 0,115 maal f 3,3 miljard is f 380 miljoen. De jaarlijkse extra exploitatiekosten als gevolg van de 17 700 plaatsen vervangende nieuwbouw bedragen f 412 miljoen. Totaal stijgen de exploitatiekosten dan met f 792 miljoen per jaar.

Ik wil er nogmaals op wijzen dat dit natuurlijk zeer globale berekeningen zijn. Ook wijs ik erop dat het huidig beleid er niet op is gericht toe te werken naar uitsluitend eenpersoonskamers. Het is immers de vraag of

een eenpersoonskamer in alle gevallen de beste en/of door de patiënt gewenste oplossing is. Het lijkt bovendien waarschijnlijk dat, als verpleeghuizen nog alleen over eenpersoonskamers beschikken, dit een verhoging van de werklust voor het verplegend- en verzorgend personeel met zich mee zal brengen. Naast de verhoogde exploitatiekosten voor de investeringen, moet dan ook rekening worden gehouden met een noodzakelijke groei van het personeelsbestand en de daarmee samenhangende loonkosten.

24b

Bij het scheiden van wonen en zorg zullen globaal de kosten van huur, voeding, energie en water, bewassing en plaatselijke belastingen door de bewoner zelf worden betaald.

In beginsel vallen onder de zorgkosten de kosten van verpleging en verzorging en begeleiding, inclusief de daaraan verbonden overheadkosten. Daaronder kunnen ook kosten van zorginfrastructuur aanwezig zijn.

24c

In tegenstelling tot wat de vraagstellers veronderstellen, hebben bewoners van verzorgingshuizen recht op vrije huisartsenkeus. Verder is farmaceutische hulp geen onderdeel van de aanspraak op verzorgingshuiszorg. Vanuit die optiek staat het onder de AWBZ brengen van verzorgingshuiszorg dan ook niet haaks op het langere termijn beleid. Zoals eerder aangegeven is het beleid erop gericht om bij renovatie de verzorgingshuizen de mogelijkheid van extramuralisering nadrukkelijk te laten onderzoeken.

24d.

Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de financiële gevolgen van het scheiden van wonen en zorg nu anders moeten worden ingeschat dan in 1998 aan de Tweede Kamer is medegedeeld. Die inschatting leidde destijds tot de conclusie dat het op korte termijn scheiden van wonen en zorg niet wenselijk werd geacht. Beter leek een geleidelijke ontwikkeling waarbij het scheiden van wonen en zorg gepaard gaat met een verbetering van de woonkwaliteit. Dit beleid wordt nog steeds voorgestaan. Voor een concrete uitwerking daarvan verwijs ik u naar de brief van staatssecretaris Vliegthart en staatssecretaris Remkes aan de Tweede Kamer over wonen en zorg op maat van 25 juni 2001¹.

¹ Kamerstuk 2000–2001, 26 631, nr. 12, Tweede Kamer.

Bijlage bij het antwoord op vraag 9 van de B-lijst met feitelijke vragen

Contractloonmutaties, OVA-dekking en prijsindex op jaarbasis vanaf 1991

		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
	contractloonmutatie	2,75	3	3	0	0***	2	2,5	3	2,75	3,25	4
	Dekking OVA (initieel en ADV)*	2,75	3	3	0	0***	2,44	2,8	3,15	2,81	3,29	4
Algemene en categorale ziekenhuizen	prijsindex**	0.04	0.04	0.02	0.03	0.01	0.02	0.01	0.02	0.01	0.03	0.04
Geestelijke gezondheidszorg	prijsindex**	0.04	0.03	0.02	0.03	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.03	0.04
Gehandicaptenzorg	prijsindex**	0.04	0.03	0.02	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.03	0.04
Verpleeghuizen	prijsindex**	0.04	0.03	0.02	0.04	0.02	0.02	0.02	0.02	0.01	0.03	0.04

Bron: CTG, SZW en VWS.

* De dekking van de ova (initieel en ADV) betreft de dekking voor de contractloonmutatie.

** De prijsindex berekend door het CTG benadert de werkelijke kosten.

*** Uitvloeisel van tweejarige nullijndeal 1994–1995 waarbij in ruil voor verlichting van de werkdruk de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in 1994 en 1995 op 0 werd gesteld.

Overzicht CTG bij het antwoord op vraag 13 d van de B-lijst met feitelijke vragen

jaar	Ziekenhuizen				Verpleeghuizen				Psychiatrische ziekenhuizen				Zwakzinnigeninrichtingen			
	negatief exploitatie resultaat		deel-nemers		negatief exploitatie resultaat		deel-nemers		negatief exploitatie resultaat		deel-nemers		negatief exploitatie resultaat		deel-nemers	
	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.	aantal	proc.
1999	43	42%	1	103	98	40%	5	243	21	35%	1	60	52	43%	7	122
1998	51	47%	0	109	135	51%	8	266	22	33%	0	66	55	53%	7	104
1997	39	36%	0	107	129	48%	6	271	26	41%	1	63	48	44%	2	108
1996	50	47%	0	107	100	37%	8	271	37	59%	2	63	48	44%	3	108
1995	32	28%	2	115	69	23%	11	305	23	31%	0	74	42	36%	3	116
1994	24	21%	5	117	43	15%	13	295	16	22%	1	73	23	21%	0	112
1993	32	34%	4	95			15	297			1	74			4	107
1992			6	95			20	297			2	74			7	107
1991			6	109			27	300			1	67			8	101
1990	58			107	106			277	14			68	33			94
1989	88			124	139			285	23			68	42			101
1988	79			127	100			277	11			73	32			100
1987	76			127	113			277	20			73	38			100
1986	79			127	72			277	10			73	28			100
1985	44			127	58			277	15			73	27			100