

Vergaderjaar 2003–2004

**29 200 XVI**

## **Vaststelling van de begrotingsstaat van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2004**

**C**

### **NOTA NAAR AANLEIDING VAN HET VERSLAG**

Ontvangen 17 maart 2004

#### **CDA-fractie**

1

Nee. Er zijn geen landelijke ramingen voorhanden voor alle zorgopleidingen. Voor een beperkt aantal opleidingen waarbij behoefte bestaat aan landelijke sturing is deze informatie wel beschikbaar. Zo stelt het Capaciteitsorgaan ramingen op voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen (medisch specialisten, huisartsen, sociaal geneeskundigen, verpleeghuisartsen en tandheelkundig specialisten), maar niet voor de overige opleidingen. Het verbreden van het ramen kan slechts gefaseerd. Recent heb ik het Capaciteitsorgaan laten weten prioriteit te willen geven aan die beroepen die via taakherschikking andere reeds geraamde beroepen kunnen ontlasten waar nu de grootste tekorten dreigen. Welke disciplines daarbij nodig zijn kan per beroepsgroep uiteenlopen en vraagt om maatwerk.

De informatievoorziening is één van de onderwerpen waaraan de Stuurgroep modernisering opleidingen en beroepsuitoefening in de gezondheidszorg met voorrang aandacht zal moeten geven.

2

Voor de landelijke verdeling van de opleidingsplaatsen over de medische specialismen bestaat geen formele structuur. Nu is de daadwerkelijke verdeling een uitkomst van de lokale onderhandelingen tussen de individuele ziekenhuizen en zorgverzekeraars zonder centrale sturing. Voor een aantal specialismen is meer dan voldoende instroom. Hierdoor komen vervolgopleidingen die voorheen minder aantrekkelijk waren, beter in de markt te liggen (zie ook de beantwoording van vraag 20). Bij de overige opleidingen gaat het om een combinatie van factoren bij de opleidende instanties waardoor zij de opleidingscapaciteit niet kunnen uitbreiden naast de beperkte beschikbare hoeveelheid (basis)artsen die in de bedoelde opleidingen kunnen instromen. Het veld heeft de primaire verantwoordelijkheid om met initiatieven te komen voor verdere uitbreiding van capaciteit.

Mijn beleid is al gericht op taakherschikking om dreigende tekorten weg te werken daar waar niet meer opleidingscapaciteit kan worden gerealiseerd. Via de ingestelde stuurgroep MOBG en het in te stellen opleidingsfonds

wordt verder gewerkt aan een samenhangend en toekomstbestendig stelsel van opleidingen. Naast de reeds ingezette initiatieven zie ik vooralsnog geen aanleiding tot aanvullende beleidsmaatregelen.

3

In het kader van het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ) zijn afspraken gemaakt met sociale partners om het aanbod van beroepspraktijkvormingsplaatsen te vergroten. Middels CAO-afspraken hebben sociale partners daar ook gevolg aan gegeven. Het aantal plaatsen is de laatste jaren dan ook toegenomen, met name voor leerlingen van de beroepsbegeleidende leerweg. Nu de spanning op de arbeidsmarkt is afgenomen bestaat het risico dat individuele instellingen mogelijk minder de noodzaak voelen om bpv-plaatsen beschikbaar te stellen. Sociale partners zijn zich daarvan bewust en beseffen ook dat de arbeidsmarkt op termijn weer krappere wordt. Ik ga er dan ook vanuit dat zij er alles aan doen om het aantal bpv-plaatsen aan te laten sluiten bij de behoefte daaraan.

4

Taakherschikking in de eerstelijnszorg is één van de maatregelen die zijn ingezet om het structurele tekort aan huisartsen terug te dringen. Daarnaast zijn er ook andere beleidsmaatregelen in gang gezet die een betere afstemming van vraag en aanbod in de eerstelijnszorg moeten bevorderen. Naast het verhogen van de opleidingscapaciteit van huisartsen en verloskundigen kunnen zorgverleners doelmatiger worden ingezet door een andere organisatie van de eerstelijnszorg. Daarbij is te denken aan: de verwijzfunctie van de bedrijfsarts, het stimuleren van bewuster gebruik van huisartsenzorg door patiënten, het bevorderen van samenwerken tussen zorgverleners en het realiseren van facilitaire ondersteuning waardoor zorgverleners zich meer kunnen richten op hun zorgtaken.

In de nieuwe ramingen van het Capaciteitsorgaan zullen de effecten van taakherschikking en veranderingen in de organisatie van het zorgproces meegenomen worden. Deze ramingen, die aan het eind van het jaar naar verwachting beschikbaar zijn, zullen meer inzicht geven in wat dit concreet oplevert.

5

Het onderzoek naar de effecten van de inzet van de physician assistant en de nurse practitioner in de huisartsenzorg betreft zowel een kwalitatieve evaluatie, als een meting van de kosteneffectiviteit en de effecten met betrekking tot de capaciteit. De tevredenheid van de huisarts met betrekking tot de inzet van deze nieuwe beroepen in zijn praktijk is één van de concrete onderzoeksvragen.

6

Het is op dit moment niet aan te geven welk percentage wel haalbaar en wenselijk is. Van belang is om te constateren dat 22% dat in ieder geval niet is. Het is onwaarschijnlijk dat een dergelijk groot deel van de beroepsbevolking in de zorg wenst te werken en het beperkt de expansiemogelijkheden van de marktsector met alle negatieve gevolgen voor de macro-economische ontwikkeling van ons land.

Het is daarom zaak om ervoor te zorgen dat de groei van de personeelsbehoefte in de zorgsector beperkt wordt. Dit kan op verschillende manieren. Verhoging van de arbeidsproductiviteit door arbeidsbesparende innovaties is er daar één van. Daarnaast kan (de groei van) de zorgvraag beperkt worden door de zelfredzaamheid van mensen te stimuleren en te vergroten, waardoor ze minder afhankelijk worden van professionele hulp. Daar is nog het nodige te winnen en in dat traject zal de komende jaren óók geïnvesteerd moeten worden.

7

Het rapport van de commissie LeGrand geeft een globale raming van de kosten van de voorgestelde plannen. De commissie geeft tevens aan dat de kosten niet eenvoudig te ramen zijn.

Veel van de besparingen en kosten worden volgens de commissie pas duidelijk bij het nader uitwerken van de voorstellen. Hiervoor is recent de stuurgroep MOBG ingesteld met als taak de veldpartijen te stimuleren de zorgopleidingen en beroepenstructuur te moderniseren.

De stuurgroep MOBG stelt een plan van aanpak op met betrekking tot de uitwerking en implementatie van het regeringsstandpunt op de commissie Legrand met als doel het binnen 5 jaar realiseren van een toekomstbestendig stelsel van opleidingen en beroepen in de gezondheidszorg. Vooralsnog is het uitgangspunt bij deze uitwerking budgettair neutraliteit. Bovendien heb ik bij de recent in 2003 uitgevoerde subsidie-doorklichting, de subsidies voor de opleidingen in de zorg ontzien bij de bezuinigingen.

8

Over mijn voornemens voor de nieuwe bekostigingssystematiek heb ik de Tweede Kamer met mijn brief van 5 december 2003 uitvoerig geïnformeerd. Gezien de complexiteit van de nadere uitwerking daarvan en de noodzakelijke afstemming met het traject van de invoering van de DBC's vergt de uitwerking van de systematiek de nodige tijd.

9 en 22 (SP-fractie)

Het kabinet deelt de analyse over de knelpunten in de personeelsvoorziening in de zorg niet. De percentages openstaande vacatures en moeilijk vervulbare vacatures lopen in de pas met het marktgemiddelde. Recent onderzoek van de Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek (OSA) waarbij medewerkers in de zorg worden geraadpleegd laat zien dat de werkdruk is gedaald in de afgelopen jaren. Ook nuanceert onderzoek van de OSA het beeld dat de zorg als werkgever een slecht imago heeft. De zorg scoort juist hoog op baanaspecten als «iets betekenen voor de maatschappij», «mensen kunnen helpen» en «trots zijn op je werk».

Dat de arbeidsvoorwaarden in de zorg niet marktconform zijn, is een stelling die op gespannen voet staat met de feiten. De afgelopen jaren zijn er ruime CAO's afgesloten en ook de invoering van een nieuw functiewaarderingsstelsel (FWG 3.0) heeft er aan bijgedragen dat het salaris in de zorg marktconform is.

De zorg en welzijnsector is erbij gebaat, door te wijzen op de onjuistheid van de in de vragen genoemde analyses, dat zo op den duur ook de laatste restanten van verkeerde beeldvorming weggewerkt worden. In de begroting 2004 van VWS wordt aangegeven dat de verantwoordelijkheid van het arbeidsmarktbeleid thuis hoort bij de sociale partners. Deze verantwoordelijkheid wordt geëxpliciteerd door de beëindiging van de subsidierelatie met de sectorfondsen en het toevoegen aan de instellingsbudgetten van de resterende structurele middelen. Aanvullend (nieuw) beleid gericht op imagoverbetering is dan ook de verantwoordelijkheid van sociale partners.

### **PvdA-fractie**

10, 11 en 12

Er zijn geen betrouwbare gegevens beschikbaar over het percentage schoolverlaters dat voor een zorgopleiding kiest. Wel is vanaf 1991 het aantal personen bekend dat een MBO-, HBO- of WO-opleiding volgt die gericht is op de zorg, ook ten opzichte van de overige opleidingen. De gegevens laten zien dat het aandeel dat een zorgopleiding volgt redelijk constant is. Het varieert tussen 11,0% en 12,5%. In de periode 1991-1995

lag het aandeel boven de 12%, daarna daalde het tot 11% in 2000, sindsdien stijgt het weer tot 11,5% in 2002 en ook in 2003 wordt met een verdere stijging rekening gehouden. Dit patroon geldt zowel voor de MBO-opleidingen als voor de HBO-opleidingen. Bij de academici is sinds 1991 sprake van een stijgende trend.

De komende 20 jaar zal het aantal jongeren in de leeftijdscategorie 15–24 jaar een stijgende trend vertonen. Volgens het CBS zijn er in 2023 10% meer jongeren in die categorie dan thans het geval is. Aangezien het opleidingsniveau van jongeren ook zal stijgen, betekent dat het potentieel voor MBO-, HBO- en WO-opleidingen nog sterker zal stijgen dan de genoemde 10%. Bij ongewijzigd beleid en uitgaande van een (redelijk) stabiel aandeel dat kiest voor zorgopleiding, betekent dat ook het aantal personen in opleiding voor een zorgberoep de komende 20 jaar zal stijgen.

De vraag is of dat voldoende is om tegemoet te komen aan de toenevende zorgvraag. Naast bevordering van het arbeidsaanbod is het beleid er dan ook op gericht om de personeelsbehoefte minder hard te laten groeien. Hierbij moet onder meer gedacht worden aan het stimuleren van arbeidsbesparende innovaties en het introduceren van afwegingsprikkelers (zoals de no-claim teruggaveregelings) bij het doen van een beroep op de zorg.

13

In de nota «Langer gezond leven. Ook een kwestie van gezond gedrag.» (Tweede Kamer, vergaderjaar 2003–2004, 22 894, nr.20) kies ik voor zes ernstige en veel voorkomende ziekten(clusters) waarvan de bestrijding prioriteit heeft, omdat de maatschappelijke impact van deze ziekten hoog is en er goede mogelijkheden zijn om de ziekten en/of de ziektelast te bestrijden. Bovendien heeft het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM) becijferd dat het aantal mensen met deze ziekten in de toekomst (tot 2020) aanzienlijk zal stijgen door demografische ontwikkelingen (zie tabel 1). Medische technologie is een verzamelnaam voor een groot aantal verschillende technologieën. Het behelst dan ook een zeer breed terrein. In de Volksgezondheid Toekomst Verkenning 2002 beschrijft het RIVM verschillende technologieën en doet een schatting van de toekomstige ontwikkelingen door nieuwe geneesmiddelen. Tabel 2 vermeldt de invloed die nieuwe geneesmiddelen in theorie op de eerder genoemde ziekten(clusters) kunnen hebben. De tabel vermeldt de uitkomsten van een theoretische doorrekening. In de praktijk kunnen de opbrengsten van de nieuwe geneesmiddelen lager uitvallen.

**Tabel 1:** Verandering in *het aantal mensen* dat lijdt aan zes belangrijke ziekten(clusters) als gevolg van demografische ontwikkelingen (2020 ten opzichte van 2000) (Bron: RIVM).

	Stijging in 2020 ten opzichte van 2000	
	Incidentie	Prevalentie
1. Hart- en vaatziekten		
Coronaire hartziekten	41%	44%
Beroerte	41%	44%
Hartfalen	46%	43%
2. Kanker		
Longkanker	51%	54%
Borstkanker	25%	31%
Dikkedarm- en endeldarmkanker	45%	47%
3. Diabetes Mellitus	35%	36%
4. Psychische aandoeningen		
Depressie	12%	15%
Angststoornissen	9%	12%
Afhankelijkheid van alcohol	*	*

	Stijging in 2020 ten opzichte van 2000	
	Incidentie	Prevalentie
5. Astma en COPD		
COPD	38%	40%
Astma	5%	7%
6. Klachten aan het bewegingsapparaat		
Nek- en rugklachten	11%	14%
Artrose	35%	38%
Reumatoïde artritis	22%	27%

\* Door het ontbreken van leeftijdspecifieke cijfers is geen demografische projectie opgesteld.

**Tabel 2:** Verandering in de *ziektelast* van zes ziekten door de ontwikkeling van nieuwe geneesmiddelen (2020 ten opzichte van 2000). Ziektelast geeft een combinatie van het aantal zieken en de ernst van de ziekte weer en wordt uitgedrukt in ziektejaarequivalenten. (Bron: RIVM)

Ziekte	Ziektejaarequivalenten in 2000	Ziektejaarequivalenten in 2020 door demografische ontwikkelingen	Ziektejaarequivalenten in 2020 bij nieuwe geneesmiddelen
Beroerte	64 400	91 600	82 700
Hartfalen	16 000	22 700	21 000
Diabetes Mellitus	54 200	74 400	67 500
COPD	98 000	133 000	127 000
Astma	14 100	14 700	12 900*
Reumatoïde artritis	45 500	56 700	43 400*

\* De effecten van groei en vergrijzing van de bevolking op de ziektelast worden meer dan volledig gecompenseerd door de effecten van nieuwe geneesmiddelen. Patiënten met deze ziekten kunnen door de geneesmiddelen niet genezen. Wel kunnen de geneesmiddelen de ernst van de ziekte verminderen.

#### 14.

De vraag naar verpleeghuiszorg is afhankelijk van vele factoren. Naast de demografische ontwikkeling (vergrijzing) zijn er diverse sociaal-economische factoren die de vraag bepalen. Dit wordt bevestigd in een studie van het Sociaal en Cultureel Planbureau. De ontwikkelingen sinds de invoering van het Actieplan Zorg Verzekerd hebben laten zien dat in de AWBZ de uitgaven sterk kunnen stijgen, zonder dat dit te verklaren is uit de eerdergenoemde factoren of dat dit leidde tot een evenredige daling van de wachtlijsten. Er lijkt in de AWBZ sprake te zijn van een aanzienlijke latente vraag. Dit is ook in overeenstemming met de conclusie van het SCP dat de potentiële vraag, dat is het aantal mensen met zodanige zorgproblemen dat ze in principe voor AWBZ-gefinancierde diensten in aanmerking komen, als ze zich daarvoor bij het RIO zouden melden, veel hoger ligt dan de vervulde vraag. Het verschil tussen potentiële en vervulde vraag wordt opgevangen door de mantelzorg en informele of particuliere hulp. Momenteel ligt volgens het SCP de potentiële vraag naar verpleeghuiszorg ruim twee keer zo hoog liggen als het huidige gebruik. Het SCP raamt dat de behoefte aan verpleeghuisopname over 15 jaar circa 40% hoger zal liggen dan nu het geval is.

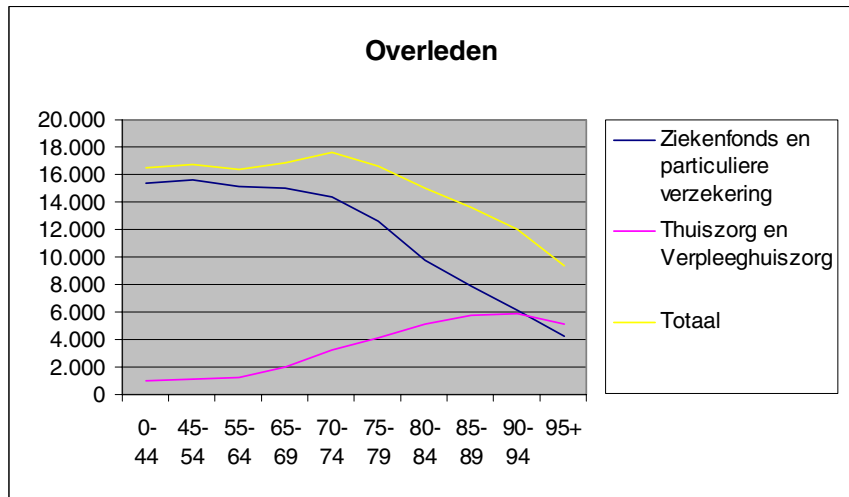
Als de tendens van de afgelopen jaren, sinds de invoering van het Actieplan Zorg Verzekerd, zich voortzet en bovendien de vraag van de mensen die nu nog op een wachtlijst staan vervuld wordt, kan de groei op zo'n 3% per jaar uitkomen, of over 15 jaar gemeten in totaal meer dan 50%.

Bij de interpretatie van deze cijfers is het van belang dat het uiteindelijke gebruik van verpleeghuiszorg vooral afhankelijk is van de beschikbare capaciteit. Momenteel en ook in de afgelopen jaren is de vraag steeds groter geweest dan de beschikbare capaciteit, wat zich uit in het bestaan van wachtlijsten. De werkelijke vraag of behoefte is hierdoor niet goed te meten.

Uit onderzoek van het RIVM is gebleken dat de kosten van zorg in het laatste levensjaar ruim elf maal zo hoog liggen als in de overige levensjaren (Vektis, Zorgthermometer december 2003; [www.vektis.nl](http://www.vektis.nl)). De kosten bedragen dan gemiddeld zo'n € 15 000.

Verder is duidelijk dat deze kosten in belangrijke mate beïnvloed worden door de leeftijd waarop mensen overlijden. Voor degenen die voor hun 70e jaar overlijden, liggen de kosten van zorg in het laatste levensjaar tussen € 16 000 en € 18 000. Deze hebben vooral betrekking op de curatieve zorg. Overlijdt men op hogere leeftijd, dan nemen de kosten sterk af naarmate men op hogere leeftijd overlijdt. Een nadere uitsplitsing leert dat de kosten aan curatieve zorg dan sterk afnemen, terwijl de kosten aan verpleging en verzorging (in beperktere mate) toenemen. Het RIVM vermoedt dat dit te maken heeft met de slechtere conditie waarin oudere mensen zich in hun laatste levensjaar bevinden. Zij overlijden dan sneller dan «jongeren», waardoor de zorgkosten lager liggen. Ook speelt terughoudendheid bij het toepassen van curatieve zorg een rol.

**Grafiek:** Zorgkosten (excl. verzorgingshuizen) in het laatste levensjaar van overledenen in 1999 naar leeftijd en type zorg (euro, 1999) (Bron: RIVM)



Het RIVM heeft eind vorig jaar een raming van de kosten van de zorguitgaven tot 2020 gepresenteerd (Polder et al., «De prijs van grijs», in: *Medisch Contact* d.d. 26-12-2003). Het volume van de uitgaven neemt in die projectie toe met 3% per jaar. Rekening houdend met de bovengemiddelde loon- en prijsontwikkeling in de zorg in vergelijking met de economie als geheel (het ruilvertoeffect), impliceert dit een reële groei van zo'n 3,5% per jaar.

De RIVM-raming kent vooral een grondige analyse van de demografische ontwikkeling. De mate waarin de zorguitgaven groeien als gevolg van toenemende technologische ontwikkelingen en, vooral, de wachtlijst-aanpak sinds 2001, is minder diepgaand onderzocht en ook een veel ingewikkelder materie om te onderzoeken. Ik acht het daarom heel wel mogelijk dat de groei van de zorguitgaven bij ongewijzigd beleid sterker zal zijn, dan het RIVM geraamd heeft.

17

De begrippen «welzijn» en «welzijnsbeleid» kunnen op twee manieren worden geïnterpreteerd, namelijk een brede interpretatie en een smalle interpretatie. De brede interpretatie verwijst naar het integrale beleid van de (rijks-)overheid en de wijze waarop dit bijdraagt aan het «welbevinden» van de burger». Het welzijnsbeleid van de (rijks)overheid is in afgelopen decennia op verschillende wijze ingevuld, afhankelijk van de politieke ideologie en de maatschappelijke problematiek die zich voordeed. In de jaren '60 en '70, de hoogtijdagen van de verzorgingsstaat, was het welzijnsbeleid één van de speerpunten van het rijksbeleid en omvatte een breed scala van beleidsterreinen waaronder zorg, educatie, arbeid en wonen. Toen lag het accént in het welzijnsbeleid in aanvulling op de toegenomen «welvaart» vooral op het versterken van de emancipatie van achterstandsgroepen en op de ontplooiing van individuele burgers. In die jaren richtte het welzijnsbeleid van het rijk zich op het volgen van maatschappelijke ontwikkelingen in de samenleving en de wijze waarop het overheidsbeleid kan bijdragen aan het oplossen van maatschappelijke vraagstukken. Hierbij ging het om het leggen van verbindingen tussen verschillende systemen (onderwijs, huisvesting, inkomen, etc.) en het komen tot een integraal sociaal beleid op landelijk niveau. In deze periode werd ook het Sociaal Cultureel Planbureau en de «Welzijnsraad» als belangrijkste onderraad van de Ministerraad opgericht. Het «welzijnsbeleid» fungeerde hierbij veelal als kraamkamer voor diverse beleids-terreinen, die uiteindelijk een eigen bestaansrecht hebben gekregen en ondergebracht zijn bij sectordepartementen. Zo is de materiële bijstand en veel later de kinderopvang ondergebracht bij het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de volwasseneneducatie bij het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen en de coördinatie van het minderhedenbeleid en vreemdelingenbeleid uiteindelijk bij het Ministerie van Justitie.

De smalle interpretatie van het begrip welzijn verwijst naar de veelal door de overheid gesubsidieerde activiteiten van de welzijnssector, een flexibel geheel van instellingen, programma's en projecten die bijdragen aan het realiseren van de doelstellingen van het welzijnsbeleid. Als gevolg van de verzelfstandiging van de diverse beleidsterreinen hebben zich in de loop der tijd ook allerlei nieuwe zelfstandige organisaties ontwikkeld, zoals bijvoorbeeld de regionale opleidingscentra (ROC's), de kinderopvang en diverse zorginstellingen, die welzijnstaken hebben overgenomen en waardoor de welzijnssector uiteindelijk ook steeds smaller is geworden. Bij de introductie van de Welzijnswet in 1987 was er sprake van een fundamentele koerswijziging in het rijksbeleid ten aanzien van de welzijnssector en werden de verantwoordelijkheden van de drie bestuurslagen strikt gescheiden. Het uitvoerend welzijnswerk werd gedecentraliseerd naar gemeenten en de steunfunctietaken naar de provincie. De taken van het rijk c.q. het toenmalige ministerie van WVC, bleven beperkt tot het volgen van maatschappelijke ontwikkelingen, het stimuleren van nieuw beleid, nieuwe voorzieningen en activiteiten, het zorgdragen voor innovatieve projecten met een landelijke betekenis en het zorgdragen voor een landelijke infrastructuur waaronder landelijke organisaties. In 1994 werd de Welzijnswet deels gewijzigd en in deze nieuwe Welzijnswet 1994 werd, ondanks de taakverdeling tussen de bestuurslagen, uitgegaan van complementair bestuur, waarbij de overheden een gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben voor het welzijnsbeleid.

Ook vanuit andere departementen zijn óf worden in toenemende mate beleidsterreinen gedecentraliseerd, zoals het huisvestingsbeleid, het integratiebeleid, etc. waardoor het zwaartepunt voor het voeren van een integraal welzijnsbeleid steeds meer op het lokale niveau wordt neergelegd.

Deze ontwikkelingen hebben tot gevolg gehad dat ik de prioriteiten binnen mijn beleid ben gaan herdefiniëren. Hierbij heb ik mij zowel laten leiden door de politieke uitgangspunten in het hoofdlijnenakkoord van het Kabinet (vergroten van de eigen verantwoordelijkheid van burgers), de kerntaken van mijn departement (gezondheid en zorg) en de hierbij behorende maatschappelijke vraagstukken (de vermaatschappelijking van de zorg).

Deze wijzigingen in de ideologie, de maatschappelijke ontwikkelingen en de hierop gebaseerde politieke prioriteiten alsmede de organisatorische vormgeving op rijksniveau, hebben er toe geleid dat het begrip «welzijn» op rijksniveau niet meer die betekenis heeft die het had in de afgelopen decennia. Overigens kan geconstateerd worden dat ook op lokaal niveau er sprake is van nieuwe definities voor welzijn, zoals «lokaal sociaal beleid» en «maatschappelijke ontwikkeling».

Geheel in lijn met de hierbovengenoemde ontwikkelingen wil ik mijn beleid de komende tijd vooral richten op het vergroten van de zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie van kwetsbare groepen in de samenleving en in het bijzonder van burgers met beperkingen (ouderen, gehandicapten, problematische jongeren, etc.). Ik ben dan ook bezig met de voorbereiding van een nieuwe Wet maatschappelijke ondersteuning die de Welzijnswet 1994 en de Wet Voorzieningen Gehandicapten zal vervangen alsmede onderdelen van de AWBZ zal omvatten. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de doelstellingen van deze wet wordt bij gemeenten neergelegd omdat zij het best in staat zijn om integraal beleid te voeren voor de doelgroepen van mijn beleid. Ik heb gekozen voor de recente naamsverandering van «maatschappelijke zorg» naar «maatschappelijke ondersteuning» om een helder onderscheid te maken in de verantwoordelijkheid van gemeenten en het recht op zorg van burgers op basis van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Het rijk c.q. het ministerie van VWS krijgt vanuit haar systeemverantwoordelijkheid de taak om ontwikkelingen te volgen, het gevoerde beleid te monitoren en gemeenten en andere organisaties te faciliteren om de hen toebedeelde taken goed te kunnen uitvoeren.

Deze heroriëntatie betekent ook dat ik geen specifieke aandacht meer zal schenken aan de integratieproblematiek en de multiculturele samenleving voor zover zij niet gerelateerd zijn aan de doelstellingen van mijn beleid. Dit beleidsterrein is primair een verantwoordelijkheid voor partijen op het lokale niveau, waaronder gemeenten, woningcorporaties en welzijnsinstellingen alsmede het coördinerende departement, het ministerie van Justitie.

18

In de loop van 2002 heeft mijn voorganger de coördinatie van de sociale pijler van het grotestedenbeleid op zich genomen. Sindsdien heeft mijn departement zich in de relatie met andere departementen en de gemeenten duidelijk gemanifesteerd op dit terrein, waarbij de inspanning primair was gericht op de periode GSB III (2005–2009). Coördinatie wil niet zeggen dat ik daarvoor ook de verantwoordelijkheid voor de uitvoering op mij heb genomen. Niet alleen zijn daar ook andere bewindslieden voor verantwoordelijk, maar nog meer geldt op dit terrein de primaire verantwoordelijkheid van de gemeenten. Tegelijkertijd is onder mijn verantwoordelijkheid een aantal publicaties verschenen en zijn projecten geïnitieerd. In het kader van het grotestedenbeleid, is overigens geen sprake meer van pijlers, maar heeft de verantwoordelijkheid van de afzonderlijke bewindslieden meer nadruk gekregen.

19

Zoals in «Kennis, Innovatie, Meedoen, Beleid begrotingsubsidies VWS» is aangegeven wordt het nieuwe subsidiebeleid thans nader uitgewerkt. Onderdeel van die uitwerking is de herordering van de VWS-kennis-



infrastructuur, ook die voor maatschappelijke zorg. De opties daarvoor worden op dit moment uitgewerkt, in goed overleg met de betrokken instellingen. Het inrichten van de kennisinfrastructuur langs andere inhoudelijke lijnen dan nu het geval is, is één van de opties die bekeken wordt. In het voorjaar zal zoals al is aangekondigd de uitwerking van het nieuwe subsidiebeleid bekend worden gemaakt. Gelet hierop acht ik een commissie niet opportuun.

### **SP-fractie**

20

- 1) De stuurgroep MOBG is op 16 februari geïnstalleerd. De instellingsbeschikking en het benoemingsbesluit zijn gepubliceerd in de Staatscourant van 25 februari jl.
- 2) Ja. In mijn schrijven van 1 maart jl heb ik het Capaciteitsorgaan gevraagd voorstellen te ontwikkelen voor zogenoemd beleidsrijke ramingen. Daarbij speelt de raming van nieuwe zorgverleners die artsen werk uit handen kunnen nemen een belangrijke rol.
- 3) De ramingen van het Capaciteitsorgaan geven aan dat op bepaalde specialismen geen groei van het aantal opleidingsplaatsen meer nodig is en dat bij andere opleidingen daarentegen het aantal plaatsen nog moet uitbreiden. Het voorgenomen beleid biedt op diverse wijzen aanknopingspunten om een mismatch te voorkomen: de regionale aanpak en afstemming zorgt voor een goede match tussen behoefte en opleiding in de regio. De ingestelde Stuurgroep voor de modernisering van de Opleidingen en Beroepsuitoefening in de gezondheidszorg werkt aan een samenhangend en toekomstbestendig stelsel van opleidingen. Dit impliceert een evenwichtige ontwikkeling bij en tussen de diverse beroepsgroepen. De daarbij te ontwikkelen financieringsstructuur zou het mogelijk kunnen maken opleidingsgeld daar in te zetten waar dit het meest nodig is.
- 4) Zie vraag 7.
- 5) Zie vraag 8. De voorbereiding voor een nieuwe financieringsstructuur is in volle gang.

21

Het kabinet heeft in de Begroting 2004 een reeks van maatregelen aangekondigd die gericht zijn op het versterken van de eigen verantwoordelijkheid van zorggebruikers. Het merendeel daarvan is in 2004 reeds ingegaan. In de komende jaren zullen de effecten daarvan op het zorggebruik zich laten gelden.

In 2005 zal er in de Ziekenfondswet een vorm van eigen betalingen ingevoerd worden, gericht op het beperken van onnodig zorggebruik. Ook in de standaardverzekering, die in 2006 wordt ingevoerd, zal een systeem van eigen betalingen gaan gelden.

Eind 2003 hebben VWS en veldpartijen ingestemd met het LVIO-werkdocument «Gebruikelijke zorg», waarin vormen van zorg van huisgenoten voor elkaar worden benoemd in de sfeer van huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging en ondersteunende begeleiding die van oudsher niet geacht werden te vallen onder de AWBZ-aanspraken. Belangrijk onderdeel van dit werkdocument is het wegingskader voor indicatiestellers. Aan de hand daarvan kan de indicatiesteller op transparante en uniforme wijze bepalen wanneer er sprake is van gebruikelijke zorg en in welke omvang die meegewogen moet worden bij het bepalen van de klasse voor AWBZ-zorg. Inmiddels melden RIO's op basis van de herindicaties dat er een daling plaatsvindt van het aantal en de omvang van indicaties voor huishoudelijke verzorging.

Het preventiebeleid zoals verwoord in de nota «Langer gezond leven; ook een kwestie van gezond gedrag» richt zich op het boeken van gezondheidswinst door het bevorderen van gezond gedrag. Roken en

overgewicht (voeding en bewegen) zijn de twee speerpunten die zich richten op het voorkomen van ziekten (primaire preventie). Minder ziekten betekent minder zorggebruik. Bij het derde speerpunt diabetes gaat het om minder ziektegevallen, minder complicaties en minder ernstige complicaties van diabetes. Deze doelen worden gerealiseerd door de uitvoering van een diabetesprogramma 2004–2008 dat zich richt op verbetering van de zorg. Op korte termijn is de verwachting dat dit extra inspanningen zal vragen van de zorg, op langere termijn waarschijnlijk tot vermindering van de druk op de zorg en de kosten die daar gemaakt worden. De verwachting is dat de kosteneffectiviteit op middellange termijn positief zal zijn, vooral voor de specialistische ziekenhuiszorg.

23

De SP-fractie geeft aan dat ik heb gesteld dat binnen een jaar het zorgdossier verwezenlijkt kan worden. Hoe graag ik die snelheid ook zou willen, de ontwikkeling van een landelijk elektronisch patiëntendossier heeft tijd nodig. Elektronische informatie-uitwisseling binnen instellingen en regionale samenwerkingsverbanden heeft de laatste jaren een enorme vlucht genomen. Het is nu zaak lokale systemen op te nemen in een landelijk netwerk, waarmee de gegevens voor alle daartoe geautoriseerde zorgverleners beschikbaar komen. Aan de introductie van een landelijk elektronisch patiënten dossier (EPD) wordt momenteel hard gewerkt. De SP-fractie acht de inzet van het veld daarbij volstrekt onvoldoende. Onder leiding van NICTIZ bouwen partijen in de zorg, waaronder zorgaanbieders, patiënten/consumenten, zorgverzekeraars en ICT-leveranciers, aan een landelijke ICT-infrastructuur. Het streven is om op 1 januari 2006 als eerste stap een landelijk medicatiedossier beschikbaar te hebben. Er is gekozen voor een medicatiedossier, omdat de voordelen van een EPD het snelst zichtbaar zullen zijn op het gebied van medicatie. Een goede reden om met medicatie te beginnen. De koepels van zorgaanbieders werken aan een manifest waarin ze nogmaals het belang van het medicatiedossier onderschrijven en waarin ze aangeven hun achterbannen te zullen mobiliseren voor de implementatie. NICTIZ werkt in 2004 met enthousiaste partijen in 5 regio's aan de implementatie van het elektronische medicatie dossier in regionale zorgnetwerken. Als in 2006 het eerste hoofdstuk van het EPD – het elektronische medicatiedossier – klaar is, kan voor wat betreft de rest van het landelijk EPD daarop worden voortgebouwd. NICTIZ is daar ook al mee bezig.

De SP-fractie acht de inzet van mij ontoereikend en denkt dat onvoldoende middelen beschikbaar zijn voor zo'n landelijk EPD. Ik kom nog dit jaar met een wetsvoorstel voor het gebruik van een zorgidentificatienummer. Hierdoor wordt het mogelijk om binnen de zorg door daartoe geautoriseerde personen veilig elektronische berichten uit te wisselen. Ik reken de uit de wetgeving voortkomende registers, namelijk dat voor een uniek zorgidentificatienummer voor patiënten en één voor unieke zorgverleneridentificatie, tot mijn verantwoordelijkheid. Ik heb daarvoor middelen gereserveerd. Verder ontvangt NICTIZ van mij subsidie voor de voorbereidende werkzaamheden.

De implementatie van de landelijke infrastructuur is een zaak van zorgpartijen zelf. Daarover bestaat ook bij koepels uit de zorg geen misverstand. De ICT-uitgaven van de zorgsector nemen nog steeds toe, maar veelal nog te ongericht. Meer bundeling kan tot stevige efficiencyvoordelen leiden en de sector is zich daarvan bewust.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,  
J. F. Hoogervorst