

I Wachlijsten/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	6	1.000	300	1.300
Klinische geriatrie	2	0	0	0
Cardiologie	4	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
Mondheeskunde	8	200	500	700
Verloskunde en gynaecologie	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 oorheeskunde	9	3.700	4.100	7.800
Oogheeskunde	15	2.200	6.800	9.000
Revalidatie				
Radiologie	5			
Radiotherapie	1			
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 gynaecologie	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 wachtenden 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, 25170, nr. 23, Tweede Kamer), 9 mei 2001 (Kamerstuk 2000-2001, 24170, nr. 64, Tweede Kamer) en 28 mei 2001 (Kamerstuk 2000-2001,

25170, 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 dagbesteding	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% (1.200) op semimurale zorg, 12% (2.600) op een intramurale plaats en 5% (1.500) 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:

- het verkrijgen van inzicht in de wachtlijsten middels metingen;
- het op de rails zetten van de totstandkoming van een structurele AWBZ-brede registratie;
- 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, 27488, 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 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 gezondheids-problemen 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 bevestiging 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 reces, 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, 27401, 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 productprijs 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 "koploperziekenhuizen" 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 vernieuwingsexperimenten 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:

- eerste diepte-investering algemene en categorale ziekenhuizen: *f* 350 miljoen
- eerste diepte-investering de academische ziekenhuizen: *f* 40 miljoen
- 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:

- voor de ziekenhuizen ten behoeve van extra productie *f* 100 miljoen
- voor ophoging van de lumpsummen (honoraria specialisten) *f* 70 miljoen
- 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 productie-afspraken. Productie-afspraken 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-behandelingcombinaties). 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 budgetsysteematiek voor thuiszorginstellingen wordt onderscheid gemaakt naar een (achtal) 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-beroepsbeoefenaren 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 bekostigingssystematiek. 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 loon- en prijsontwikkelingen. Hiernaast kan aanpassing plaatsvinden door herijking van elementen uit die tariefformule. 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:

- de schaarste in het aanbod, wat aanbieders een sterke onderhandelingspositie verschaft;
- 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;
- 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:

- verwijderen van tatoeages;
- acupunctuur;
- chiropractie;
- haptonomie;
- gezondheidskeuringen;
- rijbewijskeuringen;
- aanstellingskeuringen;
- tropenkeuringen;
- 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;
- prestaties die worden gefinancierd uit subsidies ZFW/AWBZ;
- prestaties van abortusklinieken;
- prestaties van "echte" privé-klinieken;

- niet-geïndiceerde thuiszorg;
- het trainen of begeleiden van personen door vrijgevestigde fysiotherapeuten en oefentherapeuten in verband met fitness en sportuitoefening en zwangerschap;
- 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.

- a) Is het nu de bedoeling dat personen met een dergelijk budget daarmee het aantal uren zorg ook kunnen inkopen zonodig 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?

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 budgetcategoriesystematiek. Op basis van indicatie vereisten wordt een cliënt ingedeeld in een van de budgetcategorien. Deze budgetcategorien zijn afgeleid van het zorg in natura aanbod.

De bedragen van deze budgetcategorien 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

De vormen van zorg die in de inleiding worden genoemd hebben een ander regime: de doeluitkering maatschappelijke opvang. Pensions en dergelijke zijn via de Tijdelijke stimuleringsregeling maatschappelijke dienstverlening (TSMD) afgebouwd.

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 instandhouding-investeringen?
- 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, 27659, 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-termijn- huisvestingsplan. Voor de inhoud van dit plan zijn een beperkt aantal eisen geformuleerd.

Antwoord 19c.

Wanneer een instelling in werkelijkheid meer m² heeft dan overeenkomt met zijn capaciteit -de zogenaamde normatieve m²- 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 m². Als een instelling het noodzakelijk acht zijn overmaat aan werkelijke m² - 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 1.313 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.

De vraag of de aanpak los van de besluiten over het stelsel mogelijk is wordt hier niet beantwoord. 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 werklustvermindering 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, 27401, nr. 52, Tweede Kamer](#)) is al aan de [Tweede Kamer](#) gemeld dat instellingen hun werkdrukbeleid 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 27583, 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 praktijkomvang	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

- **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.
- **Verruiming van de vergoeding van praktijkkosten per 1 juli 2001.**
Door deze verruiming zijn de randvoorwaarden voor het voeren van een praktijk aanzienlijk verbeterd.
- **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 functiezwaarte 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.

- Flankerende maatregelen personele middelen huisartsinstituut.
Om de extra opleidingscapaciteit ook werkelijk te kunnen realiseren heb ik extra middelen vrij gemaakt voor verbetering van de salariering van de huisartsbegeleiders en voor extra formatieplaatsen voor ondersteunend personeel.

27 g

Ja. In het jaar 2000/'01 bedroeg de numerus fixus geneeskunde 2.010 plaatsen. Zij neemt toe tot 2.140 in 2001/'02, tot 2.270 in 2002/'03 en tot 2.400 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

- 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?
- 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 risicodrager 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 fl. 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 marktgemiddelde 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 Arbeidsmarktknelpunten 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.