

Vragen CDA-fractie

1.

Wat voor soort projecten werden uit de zorgvernieuwingsgelden verpleeghuizen gefinancierd en hoeveel geld was daarmee per soort ongeveer gemoeid?

1.

Met ingang van het jaar 2001 is de CVZ-subsidieregeling voor zorg op maat afgeschaft en zijn de middelen rechtstreeks aan de budgetten verpleeghuizen toegevoegd. Onderdeel van de zorg op maat middelen waren de middelen voor zorgvernieuwing. Het ging in 2002 om € 82 mln. Het is niet concreet bekend welke activiteiten uit zorgvernieuwing bij de verpleeghuizen bekostigd werden. Een deel van activiteiten kan overigens ook onder de producten vallen, waarover "boter bij de vis" afspraken te maken zijn.

2.

Op welke wijze wordt in de toekomst de extra financiering geregeld van verzorgingshuisplaatsen met feitelijke verpleeghuiscliënten die via de zorgvernieuwingsgelden gefinancierd werden en op welke wijze voorkomt u dat de cliënten op deze plaatsen weer (tijdelijk) slechts het verzorgingshuisbudget krijgen? Geeft dit precedentwerking voor andere cliënten in een verzorgingshuis met verpleeghuisindicatie?

2.

Het blijft mogelijk extra verpleging en behandeling af te spreken voor verzorgingshuiscliënten met een verpleeghuis behoefte, dat wil zeggen als ook de functie behandeling geïndiceerd is. Voor behandeling wordt het tarief voor multidisciplinair overleg vervangen door een consulttarief voor behandeling door een verpleeghuisarts. Deze verpleging en behandeling moet uiteraard wel in producten afgesproken worden en niet meer als zorgvernieuwing.

3.

Wanneer krijgen verzorgingshuiscliënten die geïndiceerd zijn als verpleeghuiscliënt het budget dat hoort bij een verpleeghuiscliënt?

3.

De patiënten, die naast verpleging ook behandeling geïndiceerd hebben gekregen, komen in aanmerking voor het verpleeghuisbudget, als ze verblijven in een instelling, die voor behandeling is toegelaten met betrekking tot de gehele of gedeeltelijke capaciteit. Verzorgingshuizen ontvangen niet voor hun gehele capaciteit het verpleeghuisbudget, maar indien ze voor behandeling op een aantal bedden zijn toegelaten is het verpleeghuisbudget alleen daarop van toepassing.

4.

Worden verpleeghuiscliënten in een verzorgingshuis behandeld door een verpleeghuisarts of door een huisarts en op welke manier worden de ziektekosten inclusief medische hulpmiddelen en medicijnen vergoed (via AWBZ of via het ziekenfonds)?

4.

Patiënten met een indicatie behandeling houden bij verblijf in het verzorgingshuis krachtens hun ziektekostenverzekering recht op zorg door de huisarts en op medische hulpmiddelen vanuit de apotheek. De verpleeghuisarts heeft hier alleen een consulteerfunctie. Bij verblijf in een verpleeghuis heeft de cliënt recht op totale overnemende zorg en behandelt de verpleeghuisarts ook als huisarts.

5. Kennen andere sectoren ook zorgvernieuwingsgelden en zo ja, hoe groot zijn die (in geld en percentage)?

5. De sector GGZ

In 2002 is er voor € 79,3 miljoen besteed aan zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ. Dit is bijna 4% van de totale waarde van de productieafspraken voor dat jaar. Voor 2003 is er voor € 77,4 miljoen aan afspraken gemaakt voor zorgvernieuwingsprojecten. Dit is 3,4% van de totale waarde van de productieafspraken voor 2003.

Naast de afspraak in de CTG-beleidsregel bestaat er een premiesubsidie voor zorgvernieuwingsprojecten in de GGZ (ZVP-subsidieregeling). Het betreffen hier projecten door niet-toegelaten aanbieders in de GGZ. Voorwaarde is dat er sprake is van een cliëntgestuurd project. Het zijn projecten voor en door cliënten. Voor 2003 is er € 5,49 miljoen beschikbaar.

De sector Gehandicapten

Voor de gehandicaptensector geldt een CTG-beleidsregel Zorg-op-maat. Op dit moment verplicht deze beleidsregel de instellingen, minimaal 7% van hun budget loon- en materiële kosten in te zetten voor zorgvernieuwing. In 2002 betreft het circa € 335 miljoen en in 2003 betreft het circa € 385 miljoen. Voor een deel vindt bekostiging plaats uit naar de instellingsbudgetten overgehevelde zorgvernieuwingsgelden (voor 2003 bijna € 95 miljoen.). Het restant dient de instelling uit het eigen budget vrij te maken.

Mogelijkheden voor vernieuwende zorg AWBZ breed

Voor 2004 heeft het CTG voor alle AWBZ sectoren een aangepaste beleidsregel gemaakt. Uitgangspunt daarbij is dat een instelling de geleverde zorg-op-maat zoveel als mogelijk onderbrengt bij de bestaande of in ontwikkeling zijnde productieparameters. Door de modernisering AWBZ bieden deze productieparameters stapsgewijs méér ruimte om vernieuwende zorg onder te brengen. Een voorbeeld hiervan is de beleidsregel extramurale zorgverlening, die instellingen de mogelijkheid biedt, over de grenzen van de klassieke sectoren heen producten aan te bieden.

6. Kent de semi-murale zorg vergelijkbare afspraken als zorgvernieuwingsgelden en bestedingsafspraken en zo ja, wat bedragen deze (in geld en percentage per soort)?

6. De onder vraag 5. beschreven CTG beleidsregel voor de gehandicaptensector geldt ook voor de semi-murale zorg. Van de bij vraag 5. genoemde circa 385 miljoen ging circa 165 miljoen om in de semi-murale zorg in gezinsvervangende tehuizen en dagverblijven.

7. Wat zijn de bestedingsafspraken voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen, gehandicapten zorg en psychiatrische zorg (in geld en percentage)?

7. In de bovengenoemde sectoren werden geen gelden voor bestedingsafspraken beschikbaar gesteld. De thuiszorg is de enige sector waar er gelden beschikbaar komen via het maken van bestedingsafspraken.

8.

Wat werd uit de bestedingsafspraken thuiszorg gefinancierd en hoe moet dat in uw visie in de toekomst gefinancierd gaan worden?

8.

Thuiszorginstellingen kunnen boven op de productieafspraken aanvullende afspraken maken met het zorgkantoor tot een maximum van in totaal 10,8 % (in 2003) over werkdrukmiddelen (3,7%), lokale component (voorheen zorgvernieuwing; 4,4 %) en een categorie overig (o.a. inspelen op lokale situaties, individuele problemen afbouw lump sum, en programmatische preventie; 2,7 %).

Wat concreet uit de bestedingsafspraken thuiszorg wordt gefinancierd is niet bekend. Dit gebrek aan transparantie is juist één van de redenen tot het intrekken van de maatregel.

9.

Op welke wijze worden huidige projecten die door de ombuiging getroffen worden, gecontinueerd, c.q. afgebouwd?

9.

Het kabinet wil alle zorgvernieuwingsgelden in verpleeghuizen en de thuiszorg (€170 miljoen) en de resterende bestedingsafspraken in de thuiszorg (€100 miljoen) schrappen met ingang van 2004. Verwacht wordt dat een deel van de zorgvernieuwing gecontinueerd kan worden via extra productieafspraken en hiervoor is €100 miljoen gereserveerd. In totaal moet dus €170 miljoen in de sector V&V worden bezuinigd. Deze bezuiniging zal vooral leiden tot een beperking van organisatorische en begeleidende activiteiten, die deels ook uit de reguliere tarieven moeten worden bekostigd.

Vragen PvdA-fractie

10.

Wanneer zijn de middelen voor zorgvernieuwing, zoals bedoeld in deze maatregel, voor het eerst ingezet in verpleeghuizen en de middelen voor bestedingsafspraken voor thuiszorg? Kan worden aangegeven hoe deze middelen zijn besteed? Welke waren de voorwaarden voor instellingen die aanspraak maakten op deze middelen? Kunnen kenmerkende voorbeelden worden gegeven van de besteding van de gelden?

10.

Tot eind 2000 werd zorg op maat gefinancierd uit de subsidieregeling "Zorg op maat". De middelen voor "Zorg op maat" zijn met ingang van 1 januari 2001 toegevoegd aan de budgetten voor de verpleeghuizen. In totaal ging het daarbij om een bedrag van ruim fl. 700 miljoen. De middelen voor zorgvernieuwing maken onderdeel uit van deze zorg op maat middelen. De bestedingsafspraken in de thuiszorg zijn terug te voeren op de afbouw van de lumpsum vanaf 1997. Vanaf 1998 zijn de MJA-werkdrukmiddelen toegevoegd aan de bestedingsafspraken. De nu geldende vormgeving is in latere jaren tot stand gekomen. Instellingen moeten over de bestedingsmiddelen concrete afspraken maken met het zorgkantoor. Dit kan tot een maximumpercentage, dat in 2003 10,8 % bedraagt. Zie ook vraag 8 voor besteding van de gelden.

11.

De staatssecretaris wil toe naar bekostiging op basis van werkelijke geleverde productie in termen van concreet aanwijsbare prestaties. Geeft u met deze formulering te kennen dat het leeuwendeel van de middelen voor zorgvernieuwing en bestedingsafspraken tot nu toe niet hebben geleid tot concreet aanwijsbare prestaties?

Bent u van mening dat, indien dat oordeel inderdaad zo luidt, daarmee het geld niet goed is besteed en beter niet uitgegeven had hoeven te worden?

11.

Ik wil naar volledige outputfinanciering. Voor de extramurale verpleeghuiszorg en voor de extramurale verzorgingshuiszorg is outputfinanciering al geregeld, behalve voor het deel zorgvernieuwing bij de verpleeghuizen

De thuiszorg heeft de slag van budget- naar outputfinanciering als eerste gemaakt gemaakt, echter met uitzondering van de bestedingsafspraken. Het gebrek aan transparante is één van de redenen om deze maatregelen in te trekken. Daarmee is niet gezegd dat er geen prestaties zijn geleverd. De prestaties zijn voor mij echter moeilijk meetbaar.

12.

Welke vormen van zorgvernieuwing en bestedingsafspraken voor thuiszorg zullen naar uw verwachting terugkeren als zorg die in productietermen kan worden gevat? Kunnen hiervan voorbeelden worden genoemd?

12.

Binnen de thuiszorg en verpleeghuiszorg kunnen zorg activiteiten die nu met zorgvernieuwingsmiddelen worden gefinancierd ook binnen de reguliere productie afspraken worden bekostigd en deze zijn niet gelimiteerd. In de begroting van VWS is daar rekening mee gehouden door daar 100 miljoen Euro extra voor in te boeken.

Hetzelfde geldt voor de werkdrukmiddelen. Om de werkdruk te verlichten binnen de thuiszorg kunnen ook afspraken worden gemaakt over het leveren van het volledige geïndiceerde aantal zorguren; er hoeft dus geen zorg meer gerantsoeneerd te worden.

Daarnaast bestaan de activiteiten die met de huidige bestedingsmiddelen worden gefinancierd uit coördinerende activiteiten, waarvan ik vind dat die tot de reguliere werkzaamheden van instellingen behoren en dus ook uit de reguliere tarieven moeten worden bekostigd.

13.

Kan worden aangegeven waarop de schatting van 100 miljoen euro is gebaseerd, zijnde het bedrag dat is gereserveerd voor besteding dat terugkeert als concreet aanwijsbare prestaties en productie?

13.

De schatting van € 100 miljoen is gebaseerd op voortdurende signalen in de afgelopen jaren vanuit het veld dat er voor de zorgvernieuwingsgelden voor het grootste deel wel degelijk productie geleverd werd. Er is echter nooit inzicht geboden in hetgeen voor deze gelden geproduceerd is.

Bij de schatting van € 100 miljoen is er dus vanuit gegaan dat voor 60% van de zorgvernieuwingsgelden daadwerkelijk productie geleverd werd en ook zal worden in de toekomst.

14.

Als tweede argument wordt gegeven dat de middelen niet langer ter beschikking worden gesteld vanwege economische stagnatie, de sterk stijgende collectieve uitgaven en de daaruit volgende prioritering.

Worden hier de collectieve uitgaven in het algemeen bedoeld of de collectieve uitgaven voor de zorg? Waarom kiest u voor het schrappen van juist deze middelen voor zorgvernieuwing en thuiszorg? Wordt daarmee een waardeoordeel uitgesproken over de besteding van deze middelen tot nu toe, als zouden deze niet nodig zijn? Is het waar dat de maatregel leidt tot een daling van totale financiële middelen van zo'n 11 procent voor de thuiszorg? Hoe is dat te rijmen met het streven mensen zolang mogelijk thuis verzorging te bieden?

14.

Als tweede argument worden de collectieve uitgaven in de zorg bedoeld. Mijn argumentatie voor het schrappen van juist de bestedingsafspraken heb ik in antwoord op vraag 8 gegeven en betreft de financieringsmethodiek, waarbij transparantie in de bekostiging voorop staat. Hiermee wordt geen waarde oordeel gegeven over de activiteiten, die uit deze middelen bekostigd

werden. Er werden ongetwijfeld zeer nuttige zaken uit bekostigd, die echter mijns inziens ook op een andere manier als product of vanuit het tarief bekostigd kunnen gaan worden.

De thuiszorg heeft sinds 2000 15 miljoen uur zorg extra gedraaid in het kader de bestrijding van de wachtlijsten. Hiervoor is het integrale tarief gehanteerd ondanks het feit dat de algemene kosten niet evenredig toenemen. Met het schrappen van de bestedingsafspraken boven op deze productieafspraken levert de thuiszorg 10,8 % van haar beschikbare middelen in.

Het streven mensen zo lang mogelijk thuis verzorging te bieden blijft overeind staan, want de thuiszorg kan extra productie blijven draaien zolang hieraan een geïndiceerde behoefte blijft bestaan.

15.

Bent u bekend met het onderzoek van Bureau Berenschot dat aangeeft dat bij AWBZ-instellingen, in het bijzonder de thuiszorg, te lage overheadkosten zijn, en wel zo laag dat de kwaliteit van het werk sterk onder druk staat?

Bent u van mening dat de werkdruk bij de thuiszorg zodanig is verminderd dat de gelden die bedoeld zijn om de werkdruk te verlichten weer kunnen vervallen? Zo ja, op grond waarvan bent u die mening toegedaan?

15.

Het recente onderzoek van Berenschot is mij bekend. Dit is een globaal onderzoek naar overhead in de publieke sector, waaraan ik nu geen beleidsmatige conclusies wil verbinden.

Op dit moment loopt in het kader van de modernisering van de AWBZ een onderzoek naar de kostprijs en tarieven van AWBZ-zorg. Volgens planning moet dit onderzoek eind 2003 worden opgeleverd. De verwachting is dat dit onderzoek meer inzicht geeft in de tariefopbouw, inclusief de overhead.

Binnen de thuiszorgtarieven bedraagt de overhead ruim 30% en tot nu toe is die in de benchmark thuiszorg alleen globaal onderbouwd. De discussie of de overhead te laag, dan wel te hoog is zal op basis van voornoemde onderzoeken zeker nog worden gevoerd.

Binnen de tarieven is ruimte voor een goed personeelsbeleid voor werving en selectie, o.a. om de werkdruk te verlichten. Ten tijde van de zeer krappe arbeidsmarkt waren de kosten aanzienlijk hoger dan op dit moment. Ik ben van mening dit deze kosten thans wel weer uit het tarief betaald kunnen worden.

16.

Blijft er ruimte voor zorgvernieuwing in de AWBZ-sector, als geen cent mag worden uitgegeven indien het niet precies in de productietermen is te vatten zoals die zijn vastgelegd? Bent u van mening dat zorgvernieuwing onnodig is in de verzorging en verpleging en dat thuiszorg niet hoeft te investeren in goed personeelsbeleid en werving van personeel?

16.

Ik ben van mening dat de kwaliteit van de zorg gebaat is met permanente aandacht voor vernieuwing. Vanzelfsprekend moet daarvoor structureel geld in het budget beschikbaar zijn. Mijn beleid is echter ook gericht op transparantie en "boter bij de vis" ofwel outputfinanciering. In dit beleid past het niet om bovenop de waarde van de gerealiseerde productie, middelen beschikbaar te stellen, waar geen aanwijsbare productie tegenover staat. Dit geldt zowel voor wat betreft de huidige bekostiging van zorgvernieuwing bij verpleeghuizen als voor wat betreft de huidige bestedingsafspraken bij de thuiszorginstellingen. Binnen de tarieven is ruimte voor een goed personeelsbeleid. Ten tijde van een zeer krappe arbeidsmarkt waren de kosten aanzienlijk hoger dan op dit moment. Ik ben van mening dit deze kosten thans wel weer uit het tarief betaald kunnen worden.

Vragen SP-fractie

17.

Deelt u de mening dat door het afschaffen van gelden voor zorgvernieuwing verpleeghuizen en thuiszorginstellingen zich hoofdzakelijk zullen bezighouden met productie en het kwaliteitsbeleid in gevang komt? Zo nee, waarom niet?

17.

Nee, kwaliteitsbeleid is een integraal onderdeel van een goede bedrijfsvoering en binnen de sector wordt daar ook hard aan gewerkt. De kosten hiervoor dienen uit het integrale tarief te worden gefinancierd.

18.

Bestaat er volgens u een relatie tussen het draaien van productie en het verhogen van de werkdruk? Zo ja, welke maatregelen bent u van plan te nemen om dit te voorkomen?

18.

Nee, bij de indicatiestelling wordt de zorgbehoefte vastgesteld en daaraan kan door middel van het leveren van productie worden voldaan. Daarnaast zijn voor het leveren van extra productie ook extra middelen beschikbaar.

De werkdruk wordt bepaald op basis van de bij de indicatiestelling gehanteerde tijdsnormeringen.

19.

Kunt u aangeven wat u verstaat onder 'concreet aanwijsbare prestaties'?

19.

Onder concreet aanwijsbare prestaties versta ik prestaties in termen van een x aantal uren van bijvoorbeeld het product verpleging tegen tarief y. Hierover kunnen resultaatgerichte afspraken worden gemaakt.

20.

Bent u van mening dat aandacht en tijd belangrijke aspecten zijn voor de kwaliteit van zorg aan de cliënt(e)? Zo ja, hoe gaat u voorkomen dat deze zorgaspecten in het gedrang komen omdat de nadruk ligt op het productiedraaien?

20.

Ja, het verlenen van zorg impliceert interactie tussen mensen. Dit is een wezenlijk onderdeel van de zorg en dat zal ook niet veranderen. Maar, het is ook een kwestie van het vinden van de juiste balans door professionals tussen het leveren van zorg en aandacht en tijd voor de cliënt.

21.

Wat zijn de reacties uit het veld geweest in de afgelopen jaren op de wens van VWS om over te gaan naar een bekostiging op basis van daadwerkelijk geleverde productie in termen van concreet aanwijsbare prestaties?

21.

In het algemeen zijn de reacties positief. Dit heeft veel te maken met het boter bij de vis principe. Het feit dat aanbieders worden betaald voor wat daadwerkelijk geleverd wordt, wordt gezien als rechtvaardig. Maar ook de toenemende transparantie wordt door zowel aanbieders als verzekeraars van belang gevonden.

Wel is van diverse kanten gewezen op de voorwaarden voor en gevolgen van een dergelijke wijze van bekostigen. Aanbieders hebben aangegeven meer risico te gaan lopen dan voorheen, bijvoorbeeld doordat de budgetgaranties vervallen.

22.

Deelt u de mening dat de bezuinigingen in de verpleeghuizen en thuiszorgorganisaties tot een verdere verschraving van zorg zal leiden? Zo nee, waarom niet?

22.

Uiteraard heeft het gevolgen voor instellingen voor thuiszorg en de verpleeghuizen als zij minder geld tot hun beschikking hebben. Zoals gezegd kan een deel van de activiteiten in productie

worden omgezet, maar wij ramen dat dit voor € 170 miljoen niet kan. Dit bedrag zal tot beperking van activiteiten leiden. Ik denk echter niet dat hierdoor de zorg verschaald zal worden, maar veelmeer dat de organisatorische en begeleidende zaken zullen verminderen.

23.

Bent u van mening dat zorgvernieuwing nodig is om de kwaliteit van zorg te verbeteren en/ of waarborgen? Zo ja, deelt u de mening dat hiervoor in het budget structureel geld beschikbaar hoort te zijn? Zo nee, waarom niet?

23.

De kwaliteit van zorg is een integraal onderdeel van de tariefbepaling. Het tarief maakt een verantwoorde kwaliteit mogelijk.

24.

Hoe zal in de toekomst de controle op de productie zuiver en objectief worden gehouden, en welke methoden worden hiervoor ingezet?

24.

De controlestructuur wijkt niet af van wat nu is geregeld. De overeenkomst tussen zorgkantoor en zorgaanbieder bevat afspraken over zorgvolume, prijs en kwaliteit. Daarin moeten ook afspraken staan over de wijze waarop zorgaanbieder het zorgkantoor informatie levert over de geleverde productie en de wijze waarop het zorgkantoor zekerheid krijgt of het op die informatie mag afgaan. Hierbij valt te denken aan het afleggen van verantwoording door de zorgaanbieder op geleide van vastgestelde protocollen daarvoor.

In zijn eigen verantwoording over de geleverde en bekostigde zorg kan een zorgkantoor vervolgens gebruik maken van deze informatie.

25.

Wat zijn de gevolgen van deze bezuinigingen voor de voorbereiding van de Wet Maatschappelijke Zorg en de modernisering van de AWBZ en alles wat daarmee samenhangt?

25.

De huidige bezuinigingen staan los van de voorbereidingen van de Wet Maatschappelijke Zorg en hebben hiervoor geen directe gevolgen. De huidige bezuinigingen zijn in lijn met de modernisering van de AWBZ, waarbij outputfinanciering het uitgangspunt is.

26.

Deelt u de mening dat de overheid verantwoordelijk is voor het ouderenbeleid? Zo nee, waarom niet?

26.

Ja. De Staatssecretaris van VWS is coördinerend bewindspersoon voor het ouderenbeleid van het Kabinet. In die hoedanigheid zal zij in november een plan van aanpak voor een visie op de vergrijzing en het ouderenbeleid aan de Kamer aanbieden

Vragen GroenLinks-fractie

27.

Hoe verhoudt de bezuiniging op zorgvernieuwing zich tot de constatering in de Begroting VWS 2004 (29 200, XVI, nr. 2) dat de kwaliteit en de innovatie in de zorg verbeterd moet worden (blz. 18) en dat het kwaliteitsbesef nog onvoldoende aanwezig is in de kern van het zorgproces (blz. 25)?

27.

Op pagina 18 staat vermeld dat de informatievoorziening, de kwaliteit en de innovatie in de zorg verbeterd moeten worden. Verder staat er op pagina 25 dat er door de instellingen aantoonbare veilige patiëntgerichte zorg geleverd moet worden.

Beide passages zijn gericht op de reguliere werkzaamheden van zorginstellingen. Ik ben van mening dat betreffende activiteiten van zorginstellingen daartoe behoren en ook uit het reguliere tarief betaald moeten worden.

28.

De ervaren werkdruk in de zorgsector is afgenomen, constateert de Begroting VWS (blz. 24). Is het zo dat deze in vergelijking met andere sectoren relatief hoog blijft? Is de staatssecretaris het eens met de constatering dat de werkdruk weer zal toenemen door de efficiencykorting van 0,8%? Hoe verhoudt de hoge werkdruk in de zorgsector zich tot het relatief hoge ziekteverzuim? Welke beleidsmaatregelen is de staatssecretaris voornemens te nemen om de werkdruk in de thuiszorg en verpleeghuizen verder te verlagen nu de extra werkdrukmiddelen worden afgeschaft?

28.

Volgens gegevens van het CBS is de ervaren werkdruk in de zorgsector inderdaad afgenomen, hoewel die nog steeds hoger is dan in de totale economie. In de zorgsector daalde het aandeel werknemers dat regelmatig onder hoge werkdruk werkte van 38% in 2000 naar 33% in 2002, en ligt daarmee weer op het niveau van 1996. In de totale economie was de daling van 31% in 2000 naar 28% in 2002. De zorgsector is blijkbaar wel bezig met een inhaalslag.

Het is op voorhand niet aan te geven of de ombuigingstaakstelling van 0,8% leidt tot verhoging van de werkdruk. Meerdere factoren spelen hierbij een rol. Het is aan de instellingen om te bepalen op welke wijze invulling gegeven wordt aan deze taakstelling. Het meest voor de hand ligt dat instellingen bezien op welke wijze het productieproces efficiënter ingericht kan worden, waardoor de taakstelling niet leidt tot minder productie, lagere kwaliteit van dienstverlening en/of hogere werkdruk.

In verband met de werkdruk zijn ook de ontwikkelingen rondom ziekteverzuim relevant. Het kabinet heeft de afgelopen jaren fors geïnvesteerd in verlaging van de werkdruk en vermindering van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid. De resultaten daarvan worden inmiddels zichtbaar. Tegelijkertijd met de daling van de werkdruk is ook het ziekteverzuim fors aan het dalen, van 7,8% in 2000 naar 7,0% in 2002. Gegeven het feit dat nog niet alle maatregelen volledig tot wasdom zijn gekomen, ligt een verdere daling in het verschiet. De resultaten van het eerste half jaar van 2003 bevestigen dit inderdaad. Het is plausibel te veronderstellen dat een dalend ziekteverzuim een positieve bijdrage levert aan verlaging van de ervaren werkdruk.

Verlaging van de werkdruk is de komende periode geen afzonderlijk speerpunt van het kabinetsbeleid. Wel speelt het een rol in het algemene beleid van verhoging van de doelmatigheid en de (arbeids)productiviteit. Door middel van het systeem van product-financiering in combinatie met vormen van gereguleerde marktwerking worden instellingen geprikkeld het productieproces meer efficiënt in te richten. Het is logisch dat ook de werkdruk binnen de instelling hierbij meegenomen wordt.

29.

Bent u het eens met de stelling dat het bekostigen van middelen die de werkdruk verlagen en bijdragen aan zorgvernieuwing moeten worden gezien als een investering, waarvan de opbrengsten in termen van daadwerkelijk geleverde productie soms pas op langere termijn zichtbaar zijn?

29.

Ja, zorgvernieuwing hoort daarom een onderdeel te zijn van de bedrijfsvoering en vanuit het reguliere tarief te worden bekostigd.