

Antwoorden aanvullende vragen VWS-begroting

Vraag 6: Waarom is er in de GGZ-sector vanaf 2005 geen geld voor de versterking van de positie van cliënten in de regio en in de gehandicapte, curatieve en verplegings- en verzorgingssector wel?

Antwoord:

In de andere sectoren zijn er meerjarenafspraken gemaakt, waaruit geld beschikbaar is voor de versterking van de positie van de cliënt. Ondanks het feit dat de GGZ in dit kader geen meerjarenafspraken kent, heeft VWS van 2001 tot en met 2004 middelen beschikbaar gesteld voor de versterking van de positie van de GGZ-cliënten in de regio.

Vraag 8: Wat is de stand van zaken rond het informatiecentrum interculturele gezondheidszorg?

Antwoord:

Binnenkort ontvangt u de beleidsbrief 'allochtonen in de gezondheidszorg' waarin het beleid voor de komende periode uiteen wordt gezet. Het subsidieverzoek voor het informatiecentrum is nog in behandeling. In het licht van het nieuwe subsidiebeleid zal hierover een besluit genomen worden.

Vraag 9: Waaraan worden de gelden uit de diverse loterijen (totaal Euro 540 mln.) behalve sport nog meer besteed? In hoeverre heeft de regering zeggenschap over de besteding van het geld?

Antwoord:

Uit het jaarverslag van het College van Toezicht op de Kansspelen over het jaar 2002 wordt duidelijk hoe de verdeling over de verschillende doelen is (overzicht toegevoegd). Over de besteding en de zeggenschap daarover verwijs ik u naar paragraaf 3.3. van de Tweede Voortgangsrapportage kansspelbeleid van 31 maart 2003 (TK 24036, nr. 280). Daarin staat hieromtrent het volgende aangegeven.

"Besluitvorming over het begunstigen van goede doelen en het verdelen van de opbrengsten uit loterijen is primair de verantwoordelijkheid van de kansspelorganisaties. De overheid kan echter wel algemene voorwaarden verbinden aan de verdeling van deze gelden. De gelden zijn immers verkregen door gunning van een exclusief recht: de loterijvergunning.

De voorwaarden die de overheid stelt zijn gerelateerd aan de doelstellingen van het kansspelbeleid, in het bijzonder consumentenbescherming. Het gaat daarbij bijvoorbeeld om transparantie, betrouwbaarheid (via certificering) en toegankelijkheid. Juist de toegankelijkheid lijkt in de huidige situatie in het gedrang. De indruk bestaat dat het nog steeds moeilijk is begunstigde te worden van een loterij, of dat daaraan eisen worden gesteld die niet primair te maken hebben met de verantwoording van de besteding.

Over de uitwerking van deze voorwaarden, die kan resulteren in een model verdeelsysteem, wil ik mij laten adviseren door een onafhankelijke adviescommissie. Naar verwachting zal deze commissie eind 2003 advies uitbrengen".

Tevens verwijst ik u naar het antwoord op kamervraag 71 naar aanleiding van deze voortgangsrapportage (TK, 24036, nr. 221). Daarin wordt ingegaan op de criteria die de regering kan stellen.

In het komende AO op 4 februari 2003 wordt met uw Kamer overlegd over het kansspelbeleid en de hier genoemde aangelegenheden.

Vraag 10: Wie controleert (financieel en inhoudelijk) de toetsingscommissies van de psychotherapie? Hoe wordt erop toegezien dat in deze toetsingscommissies de verschillende visies op psychotherapie zijn vertegenwoordigd?

Antwoord:

De wijze waarop de zorgbehoefte wordt getoetst bij psychotherapie verschilt per aanbieder. In de ggz-instellingen vindt een, veelal multidisciplinaire, interne toets plaats. Bij de vrijgevestigde psychiaters toetst de beroepsbeoefenaar. Bij de vrijgevestigd psychotherapeuten is er sprake van een aparte externe toetsingscommissie. Deze commissie wordt door het zorgkantoor ingesteld; samenstelling en werkwijze behoeven de goedkeuring van het zorgkantoor. De grondslag berust tot 1 januari 2004 op de uitkomst van overleg tussen zorgkantoren en instelling voor ggz. Vanaf 1 januari 2004 wordt deze commissie geregeld in de contractuele sfeer tussen zorgkantoor en individuele psychotherapeut; vergoeding van de werkzaamheden van die commissie vindt plaats via een inhouding op het tarief van de psychotherapeut.

Het is primair aan de beroepsgroep om te zorgen voor een evenwichtige samenstelling van de commissie. Het zorgkantoor ziet daarop toe.

Vraag 11: Klopt het dat het GAK geen hulpmiddelen (zoals DAISY-apparatuur) meer vergoed voor kinderen met dyslexie? Klopt het dat de vergoeding moet worden aangevraagd bij de ziektekostenverzekering? Klopt het dat ziektekostenverzekeraars niet vergoeden als de hulpmiddelen worden gebruikt voor school (bv. huiswerk)? Welke instantie vergoed de kosten van hulpmiddelen (zoals Daisy-apparatuur) voor kinderen met dyslexie?

Antwoord:

Wegens de reorganisatie van de blindenbibliotheken en de digitalisering van het gesproken boek kunnen visueel gehandicapten, dyslectici en motorisch gehandicapten vanaf 1 januari 2003 krachtens de ziekenfondswet (Regeling hulpmiddelen 1996) aanspraak maken op verschaffing van een daisy-speler. Met dit hulpmiddel kan het gesproken boek worden afgeluisterd. Voorheen bestond aanspraak op een cassettedeck voor visueel gehandicapten. De cassettedeck is nu vervangen door de daisy-speler en de aanspraak is uitgebreid naar de doelgroep dyslectici.

Wanneer een hulpmiddel primair benodigd is voor het volgen van onderwijs of gebruikt wordt in het kader van de arbeid dient het op grond van de Wet op de (re)integratie arbeidsgehandicapten bij het Uitvoeringsinstituut werknemersverzekeringen (UWV) te worden aangevraagd.

Vraag 12: Op basis van welke berekening komt u tot een besparing van Euro 79 mln. door het niet meer vergoeden van psychotherapie boven de 30 behandelingen? Heeft u bij deze maatregel meegewogen dat langdurige psychotherapie voor een aantal groepen de enig werkzame behandeling is? Is er tevens overwogen om tegelijkertijd met het invoeren van deze maatregel de bureaucratische toetsing voor psychotherapie-aanvragen te vereenvoudigen? (blz. 285)

Antwoord:

De maatregel betreft het maximaliseren van het aantal behandelingen op 30. Voor stemmings- en angststoornissen bedraagt het gemiddeld aantal behandelingen 38 in 2 jaar. Maximering op 30 betekent dat de cliënt jaarlijks 4 behandelingen niet vergoed zou krijgen.

Voor persoonlijkheidsstoornissen bedraagt het gemiddeld aantal behandelingen 60 in 2 jaar. Maximering op 30 betekent dat de cliënt jaarlijks 15 behandelingen niet vergoed zou krijgen.

Jaarlijks zijn er 195.000 cliënten waarvan 75% stemmings- en angststoornissen heeft (146.250) en 25% persoonlijkheidsstoornissen (48.750).

Het tarief voor een behandeling bedraagt € 70 waarvan € 10,40 eigen bijdrage.

De maatregel levert dan het volgende op:

Stemmings- en angststoornissen 146.250 * 4 * € 60 = € 35,1 mln

Persoonlijkheidsstoornissen 48.750 * 15 * € 60 = € 43,9 mln

€ 79,0 mln

structurele besparing

In 2004 is de besparing € 74 mln. i.v.m. de overgangsmaatregel. Vanaf 2005 is de besparing structureel € 79 mln.

Uit het rapport van de Gezondheidsraad 'Doelmatigheid van langdurige psychotherapie' blijkt dat de werkzaamheid van langdurige psychotherapie nog onvoldoende wetenschappelijk is aangetoond. Het gebruik van langdurige psychotherapie berust in de huidige praktijk op overtuigingen binnen de beroepsgroep dat bepaalde groepen patiënten baat hebben bij langduriger ambulante psychotherapie.

Zoals in het antwoord op vraag 10 is aangegeven, bestaat er alleen bij de vrijgevestigde psychotherapeuten een vorm van externe toetsing van zorgbehoefte en indicatie. Deze toetsing heeft ten doel de kwaliteit van de indicatiestelling en behandeling, alsmede de doeltreffendheid van het gebruik van ambulante psychotherapie bij zelfstandig gevestigde psychotherapeuten te borgen.

Het is de bedoeling deze kwaliteitstoets ook na 1 januari 2004 te handhaven.

Vraag 13: Waarom zijn de exploitatiekosten van het onderhoudsorgaan DBC's overgeheveld naar de begroting? Betreft het bedrag de totale exploitatiekosten? Zo niet, wat zijn dan de totale exploitatiekosten van het onderhoudsorgaan DBC's? Wordt het gehele exploitatiebudget besteed aan een TTP/datawarehouse? (blz. 9)

Hoe komt het dat in de gehandicaptenzorg niet alle gemaakte productieafspraken zijn verwezenlijkt? Speelden personeelstekorten daarbij een rol? Waarom is de meevaller structureel van aard? (blz. 321)

Antwoord:

De exploitatiekosten zijn, in tegenstelling tot wat uit de begroting zou kunnen worden opgemaakt, niet overgeheveld naar de begroting. Het is een nieuwe begrotingspost voor geraamde uitgaven die tot nu toe nog niet hoefden te worden gedaan omdat nu nog wordt gewerkt met de Functiegerichte Budgettering. In 2004 wordt de DBC-systematiek ingevoerd. Deze dient vervolgens onderhouden te worden. Uitgaven worden gedekt uit premiegelden. De eerste helft van 2004 komt er een "overgangs" onderhoudsorganisatie die de activiteiten geleidelijk overneemt van de huidige projectorganisatie. Met ingang van 1-7-2004 treedt een onderhoudscyclus in werking waarbij private partijen gezamenlijk een rol spelen in het voortraject (het

private onderhoudsorgaan), en de publieke partijen (VWS, CTG en CVZ) vervolgens zorgen voor de juridische verankering. Een deel van het budget zal worden besteed aan een TTP. Naar verwachting zal de aanbestedingsprocedure daarvoor in 2003 worden gestart. Hoe de exploitatiekosten verdeeld zullen zijn tussen het private onderhoudsorgaan, het publieke onderhoudswerk en de TTP is in dit stadium niet aan te geven.

Zoals u kunt zien op dezelfde pagina in de begroting 321 zijn met ingang van 2003 extra structurele middelen geboekt voor productie-afspraken ter grote van € 53,2 mln. Dit betekent dat de onderbesteding in 2002 voornamelijk te maken heeft met een latere realisatie van productieafspraken. De redenen hiervan liggen niet in personeelstekorten in de sector. Het gaat naar huidige inzichten om een incidentele onderbesteding.

Vraag 14: Hoe komt het dat in de sectoren verpleeghuizen en verzorgingstehuizen niet alle gemaakte productie-afspraken zijn gerealiseerd? Speelde personeelstekorten daarbij een rol? Waarom betreft het hier een structurele meevaller? (blz. 324)

Antwoord:

De productieafspraken zijn gemaakt tussen de instellingen en de zorgkantoren. In 2002 zijn niet alle gemaakte afspraken gerealiseerd. De oorzaken hiervan kunnen divers van aard zijn en mogelijk speelden personeelstekorten hierbij een rol. Wij hebben echter geen gegevens hieromtrent van de zorgkantoren ontvangen. Andere mogelijke oorzaken kunnen zijn een te optimistische verwachting ten aanzien van de nog te maken productie of bijvoorbeeld bouwvertraging van projecten.

Het betreft hier een structurele meevaller omdat de hoofdlijn is dat mee- en tegenvallers bij productieafspraken structureel worden geboekt, tenzij er duidelijke aanwijzingen zijn om ze als incidenteel te beschouwen.

Voor de ontwikkeling van de productie(afspraken) is per jaar een groot deel van de groei ruimte beschikbaar. Als voor een sector blijkt dat in een jaar de groei lager is uitgekomen dan eerder verondersteld, wordt het veronderstelde groeitempo in het daaropvolgende jaar niet bijgesteld. Het wordt noch naar boven bijgesteld om weer op het oorspronkelijk beschikbare niveau te komen, noch naar beneden bijgesteld om beter in overeenstemming te komen met de recentelijk gerealiseerde groeipercentages. Als in een sector de groei hoger is uitgekomen dan eerder verondersteld, wordt het groeitempo in het daaropvolgende jaar eveneens niet aangepast.

De sectoren met een lagere gerealiseerde groei dan voorzien kunnen zo compensatie bieden aan de sectoren waarin de groei hoger is geweest dan voorzien.

Kortom, de mee- of tegenvaller in niveau wordt als structureel beschouwd en de mee- of tegenvaller in groeitempo als incidenteel.

Vraag 15: Hoeveel van de geraamde Euro 30 mln. vanaf 2004 voor het regulier maken van gesubsidieerde arbeid zal, gezien de meest recente ontwikkelingen en het achterblijven van de regularisering, onbested blijven?

Antwoord:

De verwachting is dat er in 2004 geen geld zal overblijven van de € 30 mln. voor het regulier maken van gesubsidieerde arbeid. De € 30 mln. wordt aangewend door middel van twee subsidieregelingen, beide aan de orde in het Convenant gesubsidieerde arbeid zorgsector:

- De aanvullingen van VWS op de Tijdelijke stimuleringsregeling regulier maken 10.000 ID-banen, de SZW-subsidieregeling op dit terrein. Op 14 november waren er

3802 aanvragen binnen voor de SZW-regeling. Daarvan komen er 1761 (46,3%) in aanmerking voor een aanvulling van VWS. De ervaring tot nu toe leert dat 95% van de aanvragen wordt toegekend. De verwachting is dat er mede naar aanleiding van de actie "Eindsprint ID-banen" van vorige week nog de nodige aanvragen binnen zullen komen. Relatief gezien is het aantal aanvragen uit de VWS-sectoren groot. De SZW-subsidie met aanvullingen van VWS is beschikbaar voor banen die in het jaar 2003 worden omgezet.

- De Regeling stimuleringsubsidie doorstroom zorg (Stcrt. 2003, 221 d.d. 14 november). Deze subsidie is bedoeld voor werkgevers in de zorgsector die vanaf 1 januari 2004 een gesubsidieerde werknemer in dienst nemen voor onbepaalde tijd. Structureel zijn voor deze regeling middelen beschikbaar voor ca. 2.500 regulier gemaakte banen (conform het convenant). In 2004 worden ook de aanvullingen op de SZW-regeling uit de € 30 mln. gefinancierd. Er van uitgaande dat het maximale aantal aanvullingen wordt verstrekt, is in 2004 voor ca. 1.250 doorstromingen geld beschikbaar. Gegeven het aantal aanvragen dat nu reeds is gedaan voor de SZW-regeling, lijkt dit een reëel aantal. Temeer daar het in de doorstromingsubsidie van VWS ook mogelijk is van werkgever te veranderen. Het subsidieplafond voor de doorstromingsubsidie wordt vastgesteld op basis van het aantal gerealiseerde aanvullingen op de SZW-regeling.

Vraag 16: Is het waar dat er als gevolg van de Regeling Dure Geneesmiddelen te vaak sprake is van vroegtijdig overlijden, dat patiënten onnodig een verbetering van kwaliteit van leven en sommige patiënten zelfs de kans op genezing wordt onthouden? Zo ja, kunt u aangeven hoe dit mogelijk is? Zo nee, kunt u aangeven waarom de argumentatie NVMO niet juist is? Kunt u aangeven of de financiële middelen die worden ontvangen in het kader van deze regeling worden ingezet voor de financiering van Dure Geneesmiddelen? Zo nee, waarom niet?

Antwoord:

De stelling van de NVMO dat de verzekeraars weigeren de dure geneesmiddelen te vergoeden is een onjuiste weergave van de werkelijkheid. In principe moeten intramurale geneesmiddelen namelijk bekostigd worden uit het ziekenhuisbudget. De ziekenhuizen zijn zelf verantwoordelijk voor de verdeling van het geld binnen de eigen instelling. Daarbij moet een afweging gemaakt tussen bijvoorbeeld geneesmiddelen, hulpmiddelen en implantaten. Om er voor te waken dat er te lage prioriteit wordt gegeven aan de bekostiging van dure medicijnen is de Regeling Dure Geneesmiddelen ingesteld. Volgens deze regeling kunnen ziekenhuizen afspraken maken met lokale verzekeraars over extra budget voor de bekostiging van een aantal dure geneesmiddelen. De verzekeraars kunnen maximaal 75% van de kosten voor deze middelen vergoeden, maar zijn hier niet toe verplicht. Dat de kosten niet volledig vergoed worden komt voort uit het feit dat ziekenhuizen in principe al budget hadden voor de bekostiging. Daarnaast blijven ziekenhuizen zo alert op een doelmatige inzet van middelen. De regeling dure geneesmiddelen is dus juist ingesteld om de zorg voor patiënten die afhankelijk zijn van behandeling met dure geneesmiddelen, met extra financiële middelen te waarborgen. Dit extra budget kan niet voor andere doeleinden worden ingezet.

Zorgverzekeraars Nederland heeft in het antwoord aan de NVMO aangegeven teleurgesteld te zijn over de onverwachte beschuldigingen aan het adres van de verzekeraars. ZN geeft aan dat er tijdens de evaluatie van de beleidsregel met betrokken partijen in april 2003 geen kritiek is geuit op de regeling of de inzet ervan.

Vraag 17: Hoeveel was geraamd in 2001, 2002 en 2003 voor de volumegroei van de groeiruumte van verpleeg- en verzorgingshuizen? (blz. 137)

Antwoord:

De groeiruumte verpleging en verzorging is bestemd voor de volumegroei van de hele sector verpleging en verzorging. Deze sector omvat niet alleen verpleeg- en verzorgingshuizen maar ook bijvoorbeeld de thuiszorg en de toegekende persoonsgebonden budgetten V&V.

In de Zorgnota 2001 staat op pagina 33 de groeiruumte verpleging en verzorging 2001, zoals deze bij Regeerakkoord is vastgesteld, vermeld. Deze bedroeg f 474 miljoen of € 215 miljoen.

In de Zorgnota 2002 staat op pagina 45 de groeiruumte verpleging en verzorging 2002, zoals deze bij Regeerakkoord is vastgesteld, vermeld. Deze bedroeg € 216 miljoen.

De groeiruumte verpleging en verzorging 2003, zoals vastgesteld bij Strategisch Akkoord, stond in de Zorgnota 2003 voor een bedrag van € 293 miljoen. Zoals uit de begroting 2004 op pagina 137 valt op te maken is deze groeiruumte echter verhoogd tot € 526,7 miljoen.

Jaarafdracht 2002 (x mln. euro)	Staatsloterij		Bankgijroloterij		Sponsorloterij		Postcodebetaling		Zorgloterij		Sporttotalisator		Totalisator		Speelcasino's		TOTAAL	
		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %
Schatkist	82,2	100,0%													110,6	100,0%	192,8	35,7%
NOC*NSF											40,4	71,5%					40,4	7,5%
Stichting DOEN					7,5	18,2%	23,2	11,4%									30,7	5,7%
Natuurmonumenten							24,4	12,0%									24,4	4,5%
Artsen zonder Grenzen							18,2	9,0%									18,2	3,4%
Wereld Natuur Fonds							16,2	8,0%									16,2	3,0%
UNICEF							16,2	8,0%									16,2	3,0%
Novib							16,2	8,0%									16,2	3,0%
Fondsenwerving Volksgezondheid			9,5	22,4%							5,0	8,8%					14,5	2,7%
Prins Bernhard Cultuur Fonds			9,5	22,4%							5,0	8,8%					14,5	2,7%
Oranje Fonds			9,5	22,4%							4,8	8,5%					14,3	2,6%
VluchtelingenWerk							13,5	6,6%									13,5	2,5%
Unie van Provinciale Landschappen							12,5	6,2%									12,5	2,3%
Humanitas					6,9	16,7%											6,9	1,3%
Katholieke Noden			6,2	14,6%							0,5	0,9%					6,7	1,2%
JCWF/Terre des Hommes					4,5	10,9%	2,0	1,0%									6,5	1,2%
Vier Rijksmusea					6,5	15,8%											6,5	1,2%
Militaire Oorlogs- en Dienstsachtoffers			5,5	13,0%							0,5	0,9%					6,0	1,1%
Nederlandse Rode Kruis							5,0	2,5%									5,0	0,9%
Mensen in Nood / Cordaid							4,4	2,2%									4,4	0,8%
Amnesty International Nederland							4,0	2,0%									4,0	0,7%
Nederlandse Draf- en Rensport													3,1	79,5%			3,1	0,6%
AMREF Flying Doctors							3,1	1,5%									3,1	0,6%
SOS-Kinderdorpen							2,8	1,4%									2,8	0,5%
TRANSPORT	82,2	100,0%	40,2	94,8%	25,4	61,6%	161,7	79,8%	0,0	0,0%	56,2	99,4%	3,1	79,5%	110,6	100,0%	479,4	88,7%

Jaarafdracht 2002 (x mln. euro)	Staatsloterij		Bankgiroloterij		Sponsorloterij		Postcodeoterij		Zorgloterij		Sporttotalisator		Totalisator		Speelcasino's		TOTAAL	
		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %		in %
TRANSPORT	82,2	100,0%	40,2	94,8%	25,4	61,6%	161,7	79,8%	0,0	0,0%	56,2	99,4%	3,1	79,5%	110,6	100,0%	479,4	88,7%
War Child							2,7	1,3%									2,7	0,5%
Greenpeace Nederland							2,5	1,2%									2,5	0,5%
Landschapsbeheer Nederland							2,5	1,2%									2,5	0,5%
12 Provinciale Milieufederaties							2,5	1,2%									2,5	0,5%
Stichting Vluchteling							2,5	1,2%									2,5	0,5%
Nederland-Gruttoland							2,3	1,1%									2,3	0,4%
Stichting Museum Jaarkaart					2,3	5,6%											2,3	0,4%
Foster Parents Plan							2,0	1,0%									2,0	0,4%
Dierenbescherming							2,0	1,0%									2,0	0,4%
Stichting Natuur & Milieu							2,0	1,0%									2,0	0,4%
Vogelbescherming Nederland							2,0	1,0%									2,0	0,4%
Fonds Bijzondere Uitkeringen ALN			2,0	4,7%													2,0	0,4%
Nationaal Monument St. Jan					1,5	3,6%											1,5	0,3%
Waddenvereniging							1,5	0,7%									1,5	0,3%
Leprabestrijding							1,5	0,7%									1,5	0,3%
Natuur- en Milieu- educatie / IVN							1,5	0,7%									1,5	0,3%
Milieudefensie							1,5	0,7%									1,5	0,3%
Hermitage aan de Amstel					1,4	3,4%											1,4	0,3%
Actie Pepernoot					1,2	2,9%											1,2	0,2%
Fonds Slachtofferhulp					0,9	2,2%											0,9	0,2%
Stichting Start Foundation					0,9	2,2%											0,9	0,2%
Nieuwe Rijksmuseum					0,9	2,2%											0,9	0,2%
Overig/diversen			0,2	0,5%	6,7	16,3%	12,5	6,2%			0,3	0,5%	-0,1 0,9	20,5%			20,5	3,8%
TOTAAL	82,2	100,0%	42,4	100,0%	41,2	100,0%	203,2	100,0%	0,0	0,0%	56,5	99,9%	3,9	100,0%	110,6	100,0%	540,0	100,4%