

## Nagekomen vragen Jaarbeeld Zorg 2002

1.

*Wat zijn op dit moment de opbrengsten van de eigen bijdragen en wat de uitvoeringslasten van het CAK en de thuiszorginstellingen? Zoals het bijhouden van urenverantwoording, invoering van gegevens en beantwoording vragen van het CAK*

De opbrengst voor de eigen bijdragen in de AWBZ worden voor het jaar 2002 geraamd op EUR 1707,9 mln. Daarvan heeft EUR 109,1 mln betrekking op de eigen bijdrage voor de thuiszorg. De totale beheerskosten van het CAK voor 2002 zijn nog niet definitief vastgesteld. In 2001 bedroegen deze EUR 19,4 mln, waarvan EUR 12,7 mln betrekking had op de uitvoering van de eigen bijdragen voor de thuiszorg. Voor de thuiszorginstellingen valt niet aan te geven welke kosten worden gemaakt ten behoeve van de uitvoering van de eigen bijdragen. In het kader van de financiering van de thuiszorg worden deze kosten niet afzonderlijk vergoed en daarom ook niet afzonderlijk geregistreerd. Verder wordt een deel van de administratieve activiteiten niet alleen gedaan ten behoeve van de uitvoering van de eigen bijdragen maar tevens ten behoeve van de bedrijfsvoering in het algemeen.

2.

*De van Rijn-gelden zouden ondermeer worden ingezet om de afgesproken FWG 3.1 te financieren, blijkt uit de praktijk dat dit toereikend is?*

De invoering van FWG 3.0 is voortgevloeid uit CAO-afspraken tussen de betrokken sociale partners in 1999. De invoering van FWG 3.0 zou met name voor de verpleegkundige en verzorgende functies een hoger beloningsperspectief gaan bieden.

De werkgevers moeten de arbeidskosten binnen hun budget opvangen. Als tegemoetkoming in de stijging van de arbeidskosten worden de instellingsbudgetten jaarlijks geïndexeerd in dezelfde mate als het marktgemiddelde. Het onderhoud van het functiewaarderinggebouw hoort daar eveneens uit gedekt te worden. Het zijn immers reguliere arbeidskostenstijgingen die in het referentiekader meewegen. Een extra overheidsbijdrage voor de invoering van FWG 3.0 lag daarom niet voor de hand. De werkgevers meenden evenwel destijds (in 1999 dus) dat zij met al hun CAO-afspraken binnen hun financiële dekking waren gebleven.

In 2000 (de periode vóór de besluitvorming over het rapport van de commissie-Van Rijn) kreeg VWS echter signalen dat werkgevers de invoeringskosten van FWG 3.0 hadden onderschat. Zij hadden daardoor moeite om de invoering van FWG 3.0 te kunnen dekken binnen de financiële kaders die zij daar zelf al voor hadden gereserveerd.

Met de middelen die de overheid in 2001 op grond van het rapport-Van Rijn ter beschikking stelde, wilde de overheid ondermeer een bijdrage leveren in het aanpakken van het specifieke beloningsknelpunt bij de verplegende en verzorgende functies. De Van Rijn-gelden zijn dus nooit bedoeld geweest "ter dekking van de invoering van FWG 3.0", maar slechts als een aanvullende bijdrage in de invoeringskosten.

Het is en blijft de verantwoordelijkheid van de instellingen om hun productie binnen de gegeven financiële kaders te realiseren en hun CAO-afspraken zo te maken dat zij er niet door in financiële problemen raken. De Van Rijn-gelden zijn dus niet meer geweest dan op de juiste tijd een steuntje in de rug. VWS onderneemt dan ook geen actie om de dekking van de invoeringskosten van FWG 3.0 te gaan onderzoeken.

2

3.

*De ervaren werkdruk is in de ziekenhuizen niet afgenomen. Zijn er wel werkdrukmiddelen aan ziekenhuizen ter beschikking gesteld? En zo ja, wat zijn de oorzaken dat de werkdruk toch niet is afgenomen? Is een mogelijk oorzaak gestegen personeelskosten, waardoor werkdrukmiddelen wegvloeien naar hogere personeelsuitgaven?*

In het Jaarbeeld Zorg staat op blz. 48 dat de ervaren werkdruk in alle zorgbranches (en dus ook bij de ziekenhuizen) is verlaagd. De verlaging van de ervaren werkdruk is bij de ziekenhuizen echter minder in vergelijking met de overige zorgbranches. De gegevens hebben overigens betrekking op de periode 1998 tot en met 2000. De ziekenhuizen hebben, evenals de andere zorgbranches ook na 2000 (extra) werkdrukmiddelen gehad. Gegevens over de werkdruk na 2000 zijn evenwel nog niet beschikbaar. Het ziekteverzuimpercentage (excl. zwangerschapsverlof) in de algemene ziekenhuizen is overigens wel het laagst van de hele zorgsector en is volgens het peilstation ziekteverzuim Vernet ook in 2002 weer gedaald; naar 5,6%.

In juli 2001 hebben wij het onderzoeksrapport "Werklastmeting: lastig?" van Prismant aangeboden aan de Tweede kamer. Uit dit onderzoek blijkt dat het effect van werklastontwikkeling op de subjectieve werkdrukbeleving niet eenduidig is aan te geven. Daarnaast blijkt uit het onderzoek dat werklast vooralsnog moeilijk meetbaar is en dat de interpretatie van werklastcijfers niet eenvoudig is. Uit de medewerkersraadplegingen in de algemene ziekenhuizen blijkt bovendien dat doelmatig opererende instellingen (instellingen die per fte veel productie leveren) ook goed scoorden op de punten medewerkerstevredenheid, cliënttevredenheid en ziekteverzuim. Het blijkt dat een hogere werklast niet per definitie een lagere medewerkerstevredenheid betekent. Goed management blijkt ook hier van cruciaal belang te zijn.

4.

*Volgens commissie de Beer zijn de kosten van de naleving (specialisten, huisartsen, AWBZ etc) nog eens bijna 30 miljoen Euro, waarmee het totaal op ruim 1200 miljoen Euro komt. Door de huidige werkwijze worden in de praktijk veel administratieve lasten ervaren. Op welke manier gaat u dat terugbrengen en hoeveel denkt u daar precies mee te besparen?*

In de meting die door een extern bureau is uitgevoerd op het niveau ultimo 2002, de zogenaamde éénmeting, zijn de totale kosten voor de vijf door de Commissie De Beer onderzochte wetten (WTG, WTZ, WZV, AWBZ en ZFW) berekend op 1.170 miljoen euro. Hiervan bedragen de nalevingskosten 818 miljoen euro, de kosten van uitvoering 352 miljoen euro. De totale toename ten opzichte van het niveau per ultimo 2000 bedraagt 124.1 miljoen euro. Hiervan bedragen de kosten van loonstijgingen 108,4 miljoen. Reëel betekent dit een stijging van 15,8 miljoen euro. Daarvan is 9 miljoen nalevings- en 6,8 miljoen uitvoeringskosten (zie ook de VWS-bijlage bij de door het ministerie van EZ aan de Tweede Kamer op 21 mei jl. toegezonden voortgangsrapportage over de reductie van administratieve lasten).

In het implementatieplan van de Minister van VWS als follow-up op de voorstellen van de Commissie De Beer, zijn de maatregelen aangekondigd die gezamenlijk moeten leiden tot het terugdringen van de administratieve lasten. Deze maatregelen bestaan deels uit voorstellen met een direct meetbaar resultaat (zoals het afschaffen van enquêtes) en deels uit voorstellen waarvan de resultaten pas later zichtbaar zijn. Dit implementatieplan is in november 2002 aan de Tweede Kamer toegezonden.

5.

*Volgens de commissie de Beer worden de kosten van uitvoering bij de RIO's zelf geschat op 78 miljoen Euro in 2000. Hoeveel schat u de kosten van uitvoering van de RIO's zelf op dit moment? Welk bedrag is er bij de invoering van de RIO's van de thuiszorg naar de RIO's gegaan?*

*Welk bedrag gaat er nu naar de RIO's? Leggen de gemeenten hier geld bij, zo ja om hoeveel gaat dit dan?*

De gemeenten financieren de RIO's en hanteren daarvoor uiteenlopende methoden (exploitatie-subsidie, budgetsubsidie, uitputsubsidie, productsubsidie). De totale kosten van de RIO's zijn bij het ministerie van VWS derhalve niet rechtstreeks bekend. Voor een schatting van de totale kosten van de RIO's wordt daarom jaarlijks een beroep gedaan op de Landelijke vereniging van indicatieorganen (LVIO), die beschikt over een overzicht van de jaarbegrotingen van de RIO's.

De kosten van de RIO's in 2003 zijn op dit moment nog niet bekend. De cijfers zijn in dit jaar van invoering van de functiegerichte indicatiestelling en verbreding van het takenpakket met aanvragers met een handicap of psychiatrische aandoening bovendien niet representatief, omdat tijdelijk extra middelen zijn ingezet; deels voor hogere exploitatielasten en deels voor investeringen in bijvoorbeeld automatiseringsapparatuur. Er is overigens geen aanleiding om te veronderstellen dat de exploitatiekosten van indicatiestelling ten opzichte van vorige jaren aanmerkelijk zijn gestegen of gedaald.

Om een goed inzicht te verwerven in de kosten van RIO's kan gebruik worden gemaakt van het benchmarkproject dat thans door de RIO's met steun van VWS wordt uitgevoerd. Doel is te komen tot een zodanige structurering van de begrotingssystematiek van de betrokken instellingen dat de kosten van indicatiestelling AWBZ kunnen worden onderscheiden van de kosten van andere activiteiten van de RIO's waarvoor afzonderlijke financiering is geregeld. Voorbeeld zijn de kosten van advisering voor de voorzieningen van de Wvg, waarvoor RIO's op een verschillende manier door gemeenten worden ingeschakeld en verschillend worden gefinancierd.

Voor de thuiszorg is structureel een bedrag van 72,5 mln gulden (prijspeil 1998) toegevoegd aan het gemeentefonds en sedertdien onderhevig aan de algemene mutaties op het gemeentefonds. Uit onderzoek van een extern bureau is gebleken dat dat bedrag niet in grote mate afweek van de werkelijke kosten. De bijdrage is geen jaarlijkse specifieke of doeluitkering waarvan de omvang jaarlijks door VWS wordt vastgesteld. Gemeenten financieren de indicatieorganen uit hun algemene middelen. De kosten van indicatiestelling voor verpleeghuizen en verzorgingshuizen behoorden reeds tot de verantwoordelijkheid van de gemeenten.

6.

*Kunt u een inschatting maken hoeveel de door u ingezette maatregelen zullen opbrengen aan besparingen? De commissie de Beer deed de aanbeveling een deel van de opbrengsten van de besparing te investeren in ICT, in hoeverre wordt dit ook gedaan?*

Commissie de Beer heeft berekend dat de besparingen kunnen oplopen tot maximaal 300 miljoen euro als alle voorstellen van de Commissie ook daadwerkelijk worden gerealiseerd. Voorwaarde is onder andere dat er geïnvesteerd wordt in ICT. De Commissie De Beer heeft echter geen indicatie gegeven van de omvang van de benodigde investeringen. In het verlengde van het rapport van de Commissie De Beer wordt momenteel door het ministerie van VWS onderzocht hoe groot de omvang van de benodigde investeringen zal zijn.

7.

*Voor welke drie grootschalige ziekenhuisprojecten zijn verbouw-, nieuwbouw vergunningen verleend?*

Het betreft projecten van de ziekenhuizen in Apeldoorn, Schiedam/Vlissingen en Leiderdorp

4

8.

*De doelstellingen wat betreft privacy in verpleeghuizen wordt niet gehaald, het aantal vijf- en zespersoons kamers is zelfs toegenomen. Kunt u aangeven hoeveel bedden nog op drie- of meerpersoonskamers staan? Op welke termijn denkt u dat dit teruggebracht kan worden tot een- en tweepersoonskamers?*

Verwezen wordt naar de antwoorden op de vragen 39 en 44 over het Jaarbeeld Zorg 2002 in mijn brief van 5 juni 2003 (FEZ/U 2386508).

9.

*Hoe is de handhaving van de standstill, als het gaat om fusies en concentratie van ziekenhuizen, te rijmen met de afgifte van vergunningen?*

Standstill betekent niet dat er geen vergunningen kunnen worden afgegeven. In veel gevallen is namelijk geen sprake van fusie- of concentratievoornemens. Wel is het zo dat bij gelegenheid van de afgifte van WZV-verklaringen nagegaan wordt of de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV zijn nageleefd. De betrokkenheid van de stakeholders bij fusie- en concentratievoornemens is daarbij van groot belang. De verklaringen voor de (eerder genoemde) projecten die in 2002 een vergunning ontvingen dateren al van enkele jaren geleden toen van een standstill nog geen sprake was. Over de afgifte van de vergunning aan het ziekenhuis in Schiedam/Vlaardingen informeerde mijn voorganger u al in antwoord op schriftelijke vragen.

10.

*Wat is de mening over de conclusies uit een onderzoek van een van de afdelingen orthopedie van een van de pilot-ziekenhuizen (Medisch Contact 2 mei 2003), dat bij ruim eenderde van de patiëntengroep een DBC code wordt ingevoerd die niet in overeenstemming is met de uiteindelijke diagnose ten aanzien van de betrouwbaarheid van de DBC systematiek? Wordt hiermee het bereiken van het doel; een relatie vinden tussen de kwaliteit van de geleverde zorgprestaties en de daarvoor gemaakte kosten, niet sterk in twijfel getrokken?*

Per 1 januari 2003 is de DBC-registratie breed in de ziekenhuizen van start gegaan teneinde ervaring op te bouwen en gegevens te verkrijgen voor een verdere invoering per 1 januari 2004. De registratie-ervaringen zoals opgedaan door de orthopeden in het betreffende pilotziekenhuis bevestigen het breed onderstreepte belang dat de DBC-registratie dient te worden verbeterd. In het DBC-project zijn de risico's van een onjuiste en onvolledige DBC registratie onderkend. Er worden maatregelen genomen om een betrouwbare vastlegging en facturering van DBCs te garanderen. De maatregelen betreffen o.a.:

- Het vereenvoudigen en verbeteren van de DBC-productdefinities.
- Het geautomatiseerd ondersteunen van de DBC registratie en declaratie, waarbij DBC-gegevens in toenemende mate wordt afgeleid uit gegevens die ten behoeve van het primaire zorg worden vastgelegd. Hieronder valt nadrukkelijk het verder stimuleren van de invoering van een elektronisch patiëntendossier
- Het opstellen van een met externe accountants en zorgverzekeraars ontwikkeld controleprotocol, waarin nadere eisen zijn vastgelegd rondom de administratieve organisatie/interne controle.

11.

*Wat is de mening over het advies van het CTG dat invoering van DBC's in 2004 te risicovol acht, de kosten van de zorg daardoor te zeer oplopen?*

Het advies van het CTG wordt betrokken bij de verdere beleidsvorming. Het heeft betrekking op een scenario waarbij DBC's per 1-1-2004 integraal zullen worden ingevoerd zoals uitgewerkt in het Gemeenschappelijk Plan van Aanpak. Integrale invoering betreft hier volledige DBC registra-

tie en vrije onderhandelingen over DBC-prijzen. In september 2003 vindt definitieve besluitvorming plaats (go-no go) over de invoering van de DBCs. Het moge duidelijk zijn dat de te verwachten budgettaire gevolgen bij de besluitvorming een belangrijke rol spelen.

12.

*De DBC's moeten een rol gaan spelen, in de vervanging van de huidige functiegerichte budgettering. Naast de functiegerichte budgettering bestaat het declaratiesysteem, een zeer hoge kostenpost, volgens de commissie de Beer mede omdat er sprake is van gemiddeld 5% fouten. Kan dit systeem opgeheven worden na invoering van DBC's? Waarom kan dit systeem nu al niet vervangen worden door maandelijkse voorschotten zoals in de AWBZ?*

Het huidige systeem kent een bekostigings- en een financieringskant. De omvang van het budget (bekostigingskant) wordt bepaald op basis van parameters van het Functiegerichte Budgetteringssysteem (FB). Ziekenhuizen krijgen hun budget vervolgens binnen (financieringskant) door het declareren van tarieven voor verrichtingen bij zorgverzekeraars. Het gaat daarbij om grote aantallen declaraties, waardoor relatief veel kosten ontstaan. Naar verwachting zal in de toekomst één DBC-declaratie in de plaats treden van ca. tien declaraties voor afzonderlijke verrichtingen in de huidige situatie. Hierdoor zullen naar verwachting de kosten dalen evenals de kans op fouten.

Het declaratiesysteem is voor de ziekenhuiszorg van belang omdat zorgaanbieders de door hen uitgevoerde activiteiten en de daarmee samenhangende kosten moeten melden aan de zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar is dan in staat om de declaraties te controleren en zo onjuiste declaraties op te sporen. Bovendien blijkt daarmee het onderscheid tussen wel/niet ziekenfondspa-tiënten. Vervanging van het declaratiesysteem door een systeem van bevoorschotting ligt daarom niet voor de hand.

13.

*De invoering van de praktijkondersteuning huisartsen (POH) is gekoppeld aan middelen die vrijkomen door de invoering van het Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS). Is er sprake van dit los te koppelen en een apart budget te maken voor de POH als er niet voldoende middelen blijken vrij te komen van het EVS?*

De koppeling tussen het Elektronisch Voorschrijf Systeem (EVS) en praktijkondersteuning (POH) is vastgelegd in een convenant tussen LHV, ZN en VWS. De looptijd van het convenant is per 31 december 2002 verstreken. Na overleg met partijen ben ik voornemens het convenant per 1 juli 2003 te beëindigen en de koppeling tussen EVS en POH los te laten. Voor POH wordt geen apart budget gemaakt.

14.

*Wat zijn de uitgaven aan preventieve tandzorg volwassenen en totale tandzorg jeugdigen in het tweede compartiment? Wat zijn de totale uitgaven aan curatieve tandzorg volwassenen in het derde compartiment? Er zijn in het verleden onderzoeken gedaan naar een mogelijke toename van de totale kosten (tweede en derde compartiment) na overheveling van een deel van de mondzorg naar het derde compartiment, wat waren hiervan de resultaten?*

In 2002 bedroegen de totale uitgaven tandheelkundige zorg (wettelijk deel) 633,1 miljoen euro, waarvan 358,5 Ziekenfondswet en 263,7 particulier (inclusief eigen betalingen). Uit cijfers van het College voor zorgverzekeringen (CVZ) blijkt dat in 2002 aan preventieve zorg voor volwassenen ongeveer 90 miljoen en voor de jeugd 140 miljoen euro is uitgegeven. Over de uitgaven aan mondzorg binnen het derde compartiment zijn geen cijfers beschikbaar. CVZ registreert die niet omdat het buiten de wettelijke verzekering valt en zorgverzekeraars hebben slechts een on-

volledig beeld doordat niet alle burgers aanvullend verzekerd zijn. Er zijn geen onderzoeken bekend naar kosteneffecten van overheveling van tweede naar derde compartiment.

15.

*De mondzorg in Nederland behoort tot de beste ter wereld vanwege de sterk preventieve aanpak. Is er een belangrijke voorwaarde hiervoor niet dat de preventieve tandzorg, drempelloos toegankelijk is?*

Een drempelloze toegang tot preventieve mondzorg heeft een positief effect op de mondgezondheid. Van evengroot belang is daarnaast de motivatie van de burger om zijn of haar gebit te laten controleren en onderhouden. Die motivatie is in Nederland in de afgelopen jaren aanzienlijk gegroeid. Zo blijkt dat na de stelselwijziging in 1995, waarbij een groot deel van de tandzorg uit het ziekenfondspakket werd geschrapt, ongeveer 70% van de verzekerden zich aanvullend heeft laten verzekeren.