

Vragen en antwoorden 1^e Suppletore Wet

1.

Wanneer zal er sprake zijn van overheveling van de VWA naar de begroting LNV? Waarom is besluitvorming over het eigen vermogen VWA/RVV nog niet afgerond? Is er overeenstemming tussen alle betrokken ministeries over het verdelen van de kosten die samenhangen met de agent-schapvorming en de overheveling van de VWA/RVV van VWS naar LNV?

Bij de overheveling van de RVV vanuit het ministerie van LNV naar VWS zijn ultimo 2002 uitgebreide afspraken gemaakt over alle consequenties van de overheveling. Tot de "losse eindjes" behoorden de opstelling van de openingsbalans (die eerst na afronding van de controle 2002 kon worden opgesteld) en de vaststelling van het exploitatietekort (hangende de afronding van het RVV-jaarplan 2003). In het traject van opstelling van de eerste suppletore wet zijn de definitieve openingsbalans en het jaarplan vastgesteld, zoals ze ook in de suppletore wet zijn opgenomen. Uit de openingsbalans bleek dat het eigen vermogen nihil is. Het tijdspad naar de eerste suppletore wet bleek te krap om interdepartementale overeenstemming te bereiken over de vragen 1) of de RVV een buffer meekrijgt om risico's mee op te vangen of dat LNV en VWS die risico's dragen op het moment dat ze zich voordoen en 2) zo ja, hoe zo'n buffer precies vorm te geven. Door het besluit om de VWA onder te brengen bij het ministerie van LNV zijn die vragen in een ander daglicht komen te staan. Ze worden betrokken bij de overheveling van de VWA naar de begroting van LNV. Het streven is erop gericht dat zoveel mogelijk bij ontwerpbegroting 2004 te doen, maar naar alle waarschijnlijkheid zullen op dat moment nog niet alle consequenties tot in detail kunnen zijn verwerkt.

2.

Hoeveel van het totale budget voor 2003 is er bij de sectorfondsen gekort in het kader van de subsidietaakstelling?

Het totale budget in 2003 van de sectorfondsen vóór de korting uit het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I bedroeg € 196,9 miljoen. De taakstelling uit het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I is voor de sectorfondsen geconcretiseerd in een korting op het budget in 2003 van € 10,1 miljoen. Dit is 5,1% van het toenmalige budget.

3.

Kan inzicht gegeven worden, inclusief de gevolgen van een eventueel doorlopende korting, in het meerjarenbudget dat voor de sectorfondsen thans geraamd wordt?

Op basis van de taakstelling uit het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I en de daaruit voortvloeiende korting op de sectorfondsen voor 2003 en verder, geeft het meerjarenbudget van de sectorfondsen het volgende beeld. De invulling van de taakstelling uit het Hoofdlijnen Akkoord van het kabinet Balkenende II is in dit overzicht nog niet verwerkt.

Tabel budgetten sectorfondsen inclusief korting taakstelling Balkenende I

	2003	2004	2005	2006
Totaal budgetten sectorfondsen vóór korting Balkenende I	196,9	181,7	171,8	172,1
-/- korting taakstelling Balkenende I	-10,1	-29,9	-30,8	-34,8
Totaal budgetten sectorfondsen -/- Balkenende I	186,8	151,8	141,0	137,3

2

4.

Waarom wordt een taakstelling op de VWS begroting voor 20 miljoen euro gedekt uit premiegelden?

(Tevens antwoord op de vragen 5 en 12)

In de augustusbesluitvorming is voorzien om in 2003 € 20 miljoen en in 2004 en verder € 30 miljoen via de begroting structureel in te zetten voor flankerend (arbeidsmarkt)beleid ter nadere uitwerking van maatregelen uit het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I.

In het najaarsakkoord is vervolgens afgesproken dat er voor 2003 een (incidentele) stimuleringsregeling door SZW zou worden gemaakt voor het regulier maken van ID-banen.

Daarop is besloten om de korting in 2003 op de sectorfondsen te mitigeren door de voor VWS in 2003 gereserveerde middelen voor flankerend (arbeidsmarkt)beleid van € 20 miljoen in te zetten.

Aanvullend heeft VWS vanaf 2004 met de structurele € 30 miljoen per jaar een structurele stimuleringsregeling gemaakt waarmee invulling is gegeven aan het convenant ID-banen in de zorg waarin is afgesproken met sociale partners dat structureel 2500 personen jaarlijks doorstromen naar een reguliere baan in de zorgsector.

5.

Is in het najaarsakkoord besloten om premiemiddelen voor gesubsidieerde arbeid met 20 miljoen euro in 2003 te verminderen in het kader van een subsidietaakstelling?

Zie antwoord op vraag 4.

6.

Waaruit bestaat de "problematiek van ZonMw" ad. 18,5 miljoen euro die is meegenomen bij de taakstellingen? Waarom is de oplossing van deze problematiek niet afzonderlijk zichtbaar gemaakt, maar geschaard onder de noemer "subsidietaakstelling"?

De problematiek betreft een ophoging van het budget voor ZonMw. Dit om de lopende programmering van ZonMw, die als gevolg van een korting op de bijdrage aan de ZON-programmering in gevaar dreigde te komen, veilig te stellen, alsmede enkele nieuwe prioritaire onderzoeksprogramma's in 2003 conform de wens van uw Kamer te kunnen financieren.

Ter dekking van deze extra uitgaven is besloten de subsidietaakstelling te verhogen. Betreffende ophoging is gebaseerd op een liquiditeitsprognose van ZonMw, die in augustus 2002 voor het eerst een reëel beeld schetste van de benodigde middelen voor de lopende ZON-programmering. (zie ook mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 22 november 2002, kenmerk FEZ-U-2336888).

7.

Welke door VWS gesubsidieerde instellingen hebben als gevolg van de subsidietaakstellingen 2003 een aanzegging gekregen van verlaging of intrekking van subsidie met ingang van 2003 of 2004?

De instellingen die als gevolg van de subsidietaakstellingen 2003 een aanzegging hebben gekregen van verlaging van de subsidie zijn Sectorfonds Zorg, Sectorfonds Welzijn en Sectorfonds SoFoKles.

8.

Heeft het Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen met ingang van 2003 of 2004 vermindering van het budget aangezegd gekregen als gevolg van subsidietaakstelling?

Het Fonds Patiënten Gehandicapten en Ouderen heeft niet met ingang van 2003 of 2004 vermindering van het budget aangezegd gekregen. Een eventuele vermindering van het budget is onderwerp van nadere besluitvorming.

9.

Wat is de ratio achter het besluit om budget voor onderzoek naar weesgeneesmiddelen voortaan niet meer op de begroting te verantwoorden maar uit premiemiddelen te bekostigen?

Ten tijde van het beschikbaar komen van de middelen was de precieze verdeling van de middelen nog niet bekend. Uiteindelijk bleek het merendeel van de middelen naar het CVZ te gaan voor de subsidiëring via de premiemiddelen van de verstrekking van bepaalde weesgeneesmiddelen. Een aantal andere activiteiten van onder meer ZonMw op het gebied van de weesgeneesmiddelen zijn uiteindelijk wel via de begroting gefinancierd.

10.

Op grond van welke criteria wordt bepaald of een bepaalde uitgave begrotings-gefinancierd, dan wel premie-gefinancierd moet zijn? Welk criterium speelde een rol om het onderzoek naar weesgeneesmiddelen niet meer uit de begroting maar uit de premiemiddelen te bekostigen?

Artikel 1p van de Ziekenfondswet (ZFW) vormt de grondslag voor verstrekking van subsidies door het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) uit de Algemene Kas (AK) of het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). De in dit artikel genoemde gronden voor verstrekking van een subsidie ten laste van de AK of de AFBZ zijn:

- a. voor voorzieningen, ten aanzien waarvan het voornemen bestaat deze te doen opnemen in de aanspraken ingevolge deze wet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- b. voor voorzieningen die aan verzekerden ingevolge deze wet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten kunnen worden geboden in plaats van een voorziening waarop ingevolge die wetten aanspraak bestaat;
- c. voor activiteiten welke ten doel hebben verbetering van de zorgverlening te bevorderen;
- d. ten behoeve van verzekerden ingevolge deze wet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten om hen de mogelijkheid te geven om in plaats van het tot gelding brengen van een aanspraak ingevolge die wetten zelf te voorzien in de zorg die zij behoeven;
- e. voor onderzoek met betrekking tot de uitvoering van deze wet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten;
- f. voor andere bij die regeling aan te wijzen doeleinden, verband houdende met de verzekering ingevolge deze wet of de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten of de volksgezondheid in het algemeen.

De subsidie voor weesgeneesmiddelen is gebaseerd op de onder a genoemde grond. In het kader van het implementatieplan "Minder Regels, Meer zorg" gericht op de vermindering van de administratieve lasten is aangegeven dat besloten is de subsidies op grond van 1p te beperken tot de eigenlijke doelstelling, namelijk pseudo-verstrekkingen. De in beginsel tijdelijke financiering via de premiesubsidies van de pseudo-verstrekkingen is met name bedoeld om te beoordelen of de financiering van de betreffende verstrekking moet worden gestopt dan wel wordt opgenomen in de reguliere financiering. De weesgeneesmiddelen zijn bij uitstek aan te merken als pseudo-ver-

strekkingen. De periode dat deze geneesmiddelen door middel van subsidies worden verstrekt wordt benut om de therapeutische werking van deze middelen te kunnen beoordelen.

11.

Hoeveel van het totale budget voor 2003 is er bij de Sectorfondsen gekort in het kader van de subsidie taakstelling? Waarom wordt een taakstelling op de VWS begroting voor 20 miljoen (gereserveerd voor gesubsidieerde arbeid) gedekt uit de premiemiddelen? Hoeveel geld wordt jaarlijks uitgegeven aan de sectorfondsen?

Bestaat voldoende zicht op wat met dit geld gebeurt? M.a.w. wordt met het geld datgene bereikt wat wij met het geld willen bereiken? Waarop is de korting van 10100 (x€1000) gebaseerd?

Voor wat betreft de korting in 2003 op de sectorfondsen en het jaarlijkse budget van de sectorfondsen, zie de beantwoording van vraag 2 en 3.

Voor wat betreft de dekking van € 20 miljoen voor de taakstelling op de VWS begroting, zie de beantwoording van vraag 4.

In 2002 is € 191 miljoen ingezet via de sectorfondsen voor de uitvoering van de speerpunten van de arbeidsmarktconvenanten (zie Jaarbeeld Zorg 2002 op blz. 43). Op blz. 44 tot en met 48 van Jaarbeeld Zorg 2002 staat een uitgebreide opsomming en beschrijving van de kwantitatieve doelstellingen van deze speerpunten. Ook wordt er vermeld wat de stand van zaken is ten aanzien van het behalen van de doelstellingen en in hoeverre een operationele doelstelling binnen een speerpunt op schema ligt.

In het Jaarverslag VWS 2002 zijn in tabel 2 op blz. 95 de belangrijkste indicatoren weergegeven met een raming van vier kwantitatieve doelstellingen uit het meerjarig beleidskader 2000 - 2004 van het arbeidsmarktconvenant zorg (CAZ). Dit betreft doelstellingen als de daling van het ziekteverzuim, de daling van de WAO-instroom, de daling van het netto-verloop en de toename van de instroom in de opleidingen. Op basis van deze ramingen (het zijn voorlopige cijfers) is het de verwachting dat deze doelstellingen eind 2003 zullen worden behaald.

Op 22 november 2002 heeft de minister van VWS in een brief aan de Tweede kamer verwoord hoe de invulling van de subsidietaakstelling en van de efficiency- en volumetaakstelling van VWS zou worden ingevuld. Hierbij is gemeld dat de taakstelling VWS voor een belangrijk deel gerealiseerd wordt door een korting op het budget van de sectorfondsen.

In de eerste plaats betreft het een doorvertaling van de efficiency- en volumetaakstellingen zoals die voortvloeien uit het Strategisch Akkoord en de augustusbesluitvorming. Daarnaast geldt dat de uitvoering van het arbeidsmarktbeleid door de sectorfondsen doelmatiger kan. Het rapport "Een carrière aan het bed" van de MDW-werkgroep "Verpleegkundigen en verzorgenden in het ziekenhuis" plaatst serieuze kanttekeningen bij de doelmatigheid en doeltreffendheid van deze middelen. Ook blijkt uit het rapport "Minder regels, meer zorg" van de Commissie terugdringing administratieve lasten zorgsector (Commissie-De Beer), dat de regelingen van sectorfondsen uit het oogpunt van administratieve lasten verbetering behoeven. Hieruit hebben wij de conclusie getrokken dat een korting op de sectorfondsen mogelijk is, zonder dat dit ten koste hoeft te gaan van het arbeidsmarktbeleid in de zorgsector in brede zin.

12.

Structureel zijn premiegelden gereserveerd voor gesubsidieerde arbeid. Dit bedrag wordt eenmalig besteed aan dekking van de subsidietaakstelling. betekent dit dat het geld niet wordt gebruikt voor gesubsidieerde banen? Betekent dit dat niet, of pas met vertraging wordt voldaan aan de bedoeling van de subsidietaakstelling?

Zie antwoord op vraag 4.

13.

Waarop is de efficiency- en volumetaakstelling in niet-beleidsartikel 14 (2 194) gebaseerd?

Dit is een optelsom van de efficiency- en volumetaakstellingen die de verschillende niet-beleidsdirecties, SCP, RIVM, CIBG, CBG en raden toebedeeld hebben gekregen. Het gaat om een toedeling conform het strategisch akkoord (een efficiencytaakstelling van 1% in 2003 oplopend tot 4% in 2006 en een volumetaakstelling van 1,5% in 2003 oplopend tot 3% in 2005 en 2006). Daarnaast hebben sommige departementsonderdelen een extra taakstelling gekregen gezien de afnemende beleidsdruk.

14.

Hoe kunnen de gevolgen van de aanzienlijke kortingen op prijs- en loonbijstelling worden opgevangen?

De loonbijstelling is meerjarig volledig toegedeeld. De prijsbijstelling tranche 2002 is gedeeltelijk toegedeeld (Brede Doeluitkering Jeugdhulpverlening). Voor de korting op de prijsbijstelling worden geen specifieke maatregelen genomen.

15.

Kan met bepaalde waarborgen de vaccintaak ook worden uitgeoefend door andere instanties (farmaceutische industrie, etc.)? Waarom is de productie van vaccins slechts voorbehouden aan RIVM en/of RVP?

De overheid is verantwoordelijk voor de beschikbaarheid van vaccins voor het Rijksvaccinatieprogramma (RVP) en in crisissituaties. Gezien de huidige kwetsbaarheid van de vaccinmarkt en het bestaan van marktfalen is er voor gekozen om de mogelijkheid om vaccins te ontwikkelen en produceren te handhaven onder overheidsverantwoordelijkheid. Daartoe is besloten het Nederlands Vaccin Instituut (NVI) in te stellen en dit niet in z'n geheel over te laten aan andere instanties. Daarbij is de productie van vaccins niet voorbehouden aan het NVI. Per vaccin wordt de afweging gemaakt tussen inkopen bij de industrie of eigen ontwikkeling en/of productie. Ook van de vaccins die op dit moment in het RVP zijn opgenomen wordt een deel ingekocht bij de industrie.

16.

Wat kost algehele invoering van DBC's in de curatief somatische zorg? Is hiervoor voldoende geld gereserveerd?

In de jaren 2000 t/m 2002 heeft het project ruim € 114 miljoen gekost. Hiervan is ruim € 21 miljoen naar de projectorganisatie gegaan en de resterende middelen naar ziekenhuizen en wetenschappelijke verenigingen van specialisten. In 2003 zijn de begrote kosten ca. € 8,5 miljoen. De dekking hiervoor is geregeld.

Kamervragen Voorjaarsbrief Zorg 2003

1.

Kan van alle majeure overschrijdingen die in de Voorjaarsbrief Zorg 2003 worden aangegeven in welk deel dit rechtstreeks voortvloeit uit extra productie, en in welk deel dit te maken heeft met overige factoren die tot deze kostenstijging hebben geleid (bijvoorbeeld tariefsverhogingen, loonstijging etc)?

In de Voorjaarsbrief Zorg is een vijftal majeure overschrijdingen (groter dan € 50 miljoen) gemeld. De onderbouwing van deze overschrijdingen is als volgt (bedragen x € miljoen):

Sector	Totale Overschrijding	Volume			Nominaal
		Extra productie	Arbeidsmarkt / werkdruk	Kwaliteit	
Ziekenhuizen	53,9	8,7	10,0	27,8	7,4
Medisch specialisten	112,1	88,4			23,7
Gehandicaptenzorg	225,0	216,4			8,6
Verpleging, verzorging en ouderen	480,0	476,1			3,9
Geestelijke gezondheidszorg	83,0	83,0			

2.

Hoe kan het dat de ramingen omtrent gerealiseerde productieafspraken in de care-sector (AWBZ) te laag zijn ingeschat?

Zie het antwoord op vraag 14.

3.

Kan een toelichting worden gegeven op de verhoging van de eigen bijdragen in de AWBZ, zoals aangekondigd in het Hoofdlijnenakkoord? Hoe hoog zullen de eigen bijdragen worden?

In de VWS-begroting 2004 zal een toelichting gegeven worden op de maatregelen die aangekondigd zijn in het Hoofdlijnenakkoord.

4.

Kan worden toegelicht welke gevolgen het uit het pakket halen van fysiotherapie, oefentherapie en bepaalde vormen van psychische hulp hebben op de instroom in de WAO?

In de Voorjaarsbrief Zorg staat geen van de bovengenoemde maatregelen vermeld. Bovengenoemde pakketmaatregelen staan aangekondigd in het Hoofdlijnenakkoord. Derhalve zult u over de precieze vormgeving en eventuele gevolgen van deze mogelijke maatregelen nader geïnformeerd worden in de VWS-begroting 2004.

5.

Kan worden aangegeven welke argumenten ten grondslag liggen aan het stopzetten van de subsidie aan de Stichting Korrelatie, in het bijzonder de Gezondheidslijn? Waarom is met het besluit hierover niet gewacht totdat er een voorstel voor bundeling van informatie en communicatie over zorg en gezondheid is?

In 2003 bedraagt de totale begroting van Korrelatie ruim € 2 miljoen. VWS verleent een structurele subsidie aan de Stichting Korrelatie voor de uitvoering van de telefonische psychosociale hulpverlening (€ 0,68 miljoen). Deze subsidie draagt voor ongeveer eenderde bij aan de totale inkomsten van de Stichting Korrelatie.

De inkomsten voor de Korrelatie Gezondheidslijn (een projectsubsidie van het Fonds Patiënten, Gehandicapten en Ouderen van 2001 tot en met 2003) bedragen tot en met dit jaar € 0,88 miljoen. Met ingang van 1 januari 2004 loopt de financiering van de Korrelatie Gezondheidslijn door het Fonds Patiënten, Gehandicapten en Ouderen af. De stichting Korrelatie is hiervan reeds jaren

op de hoogte. Voorwaarde voor de projectsubsidie was dat Korrelatie na afloop van de projectperiode elders naar financiering zou zoeken. Het is dus niet zo dat onlangs een besluit tot stopzetting van de subsidie is genomen.

In mijn brief van 5 juni jl. (kenmerk DBO-CB-U-2385460) heb ik reeds laten weten dat ik de Kamer zal informeren over een voorstel van bundeling van informatie en communicatie over zorg en gezondheid. Die informatie behelst ook de plaats van de telefonische verwijzingsfunctie, zoals de stichting Korrelatie met de Gezondheidslijn.

6.

Leidt het feit dat de loonontwikkeling in 2003 thans een half procentpunt lager wordt geraamd dan ten tijde van de Zorgnota 2003, niet in veel sectoren van de zorg tot meevallers? Zo ja, wat is de omvang ervan en waar zijn deze terug te vinden in de Voorjaarsbrief Zorg?

Het feit dat de contractloonontwikkeling in 2003 in het CEP 2003 een half procentpunt lager uitvalt dan in de MEV 2003, leidt bij alle sectoren van de zorg tot meevallers. Deze zijn echter niet zichtbaar in de Voorjaarsbrief omdat de opwaartse nominale bijstelling van € 36,2 miljoen het resultaat is van meevallers bij de contractloonontwikkeling en de consumentenprijzen en tegenvallers bij de inkomensontwikkeling van vrije beroepsbeoefenaren en de sociale lastenontwikkeling (incl. pensioenpremies). Overigens is de meevaller bij de contractloonontwikkeling minder dan ½ % van de loonsom, omdat in de Zorgnota 2003 reeds een loonmatiging was verondersteld.

Tegenover deze meevaller in de uitgaven staat een neerwaartse aanpassing van het BKZ (€ 134,8 miljoen), omdat de prijs Nationale Bestedingen lager uitkomt dan bij de MEV 2003 verwacht werd.

7.

De lonen stijgen minder hard dan destijds bij de raming 2003 werd aangenomen (2,75% i.p.v. 3,25%, zoals blijkt uit tabel 1 van de Voorjaarsnota). Wat is de omvang van deze meevaller voor de zorgsector en waar is dit terug te vinden in de Voorjaarsbrief Zorg? Wat is de invloed van de invoering van de functie-indeling FWG 3.0 op de loonkosten in de zorg?

In antwoord op de door u gestelde (nagekomen) vragen over het Jaarbeeld Zorg 2002 heb ik toegelicht welke gevolgen de invoering van FWG 3.0 heeft voor de loonkosten in de zorg. Zie verder het antwoord op vraag 6.

8.

Kan worden aangegeven wat de gevolgen zijn van de efficiencykortingen van 0.8% op de instellingsbudgetten op het terrein van het personeelsbestand in verschillende sectoren en voor de kwaliteit van de dagelijkse zorgverlening? Kan een toelichting worden gegeven waarom de huisartsendienstenstructuren en de DBC-experimenten zijn uitgezonderd?

Bij brief van 4 juni 2003 heb ik de Kamer geïnformeerd over de in de Voorjaarsbrief Zorg aangekondigde efficiencykorting. Ook de gemaakte keuzes ten aanzien van de huisartsendienstenstructuren en de DBC's worden daarin toegelicht. De maatregel zal per 1 juli 2003 ingaan en dus niet met terugwerkende kracht worden ingevoerd.

De ombuigingsbijdrage wordt aan de instellingen opgelegd omdat de algemene budgettaire situatie bijzonder nijpend is. De ombuiging maakt deel uit van een evenwichtig pakket aan maatregelen, zoals gepresenteerd in de Voorjaarsbrief Zorg. De gerealiseerde volumegroei (5½ % in 2001 en 7 % in 2002) moet op vele plaatsen van de zorg hebben geleid tot een situatie waarin productiviteitsverhoging mogelijk is. Wellicht heeft een dergelijke productiviteitsverbetering reeds plaatsgevonden. Het CTG wijst in de genoemde brief in die richting, door te spreken over een overdekking van overheadkosten. De ombuigingsbijdrage kan dus in veel gevallen worden ingevuld door efficiencyverbetering.

Omdat niet bekend is welke efficiencywinsten er op decentraal niveau behaald zijn, is gekozen voor een generieke aanpak met een beperkt percentage. Alles afwegend heb ik het redelijk gevonden een bijdrage van 0,8% van de instellingen en vrije beroepsbeoefenaren te vragen, waar-

mee de budgettaire problematiek met € 250 miljoen kan worden verlicht. Gegeven de vrijstelling voor kapitaallasten die niet aan de productieomvang gerelateerd zijn (10% van de uitgaven) betekent deze maatregel voor de verschillende betrokken sectoren en groepen beroepsbeoefenaren een gemiddelde budget- of tariefkorting van 0,7%. Deze gematigde korting moet door betrokken instellingen en vrije beroepsbeoefenaren te dragen zijn. Deze korting gaat niet ten koste van het extra geld dat dit jaar beschikbaar is voor het verminderen van wachtlijsten en wachttijden.

9.

Hoeveel extra productie kan verwezenlijkt c.q. in stand worden gehouden met de € 225 miljoen die in 2003 voor de gehandicaptenzorg beschikbaar is gesteld, respectievelijk met de € 480 miljoen die voor de sector VVO beschikbaar is gesteld? In welke mate kunnen ook in 2003 weer extra productieafspraken gemaakt worden in alle sectoren waar nog wachtlijsten zijn? Welke bedragen zijn naar verwachting in totaliteit nodig indien in de diverse zorgsectoren uitsluitend door middel van extra productieafspraken gestreefd zou worden naar het volledig wegwerken van de huidige wachtlijsten? Kan worden aangegeven hoe de € 480 miljoen per sector tot besteding is gekomen in 2002, aan de hand van tabel 19 (blz. 36) van Jaarbeeld Zorg 2002? Gaarne ook het groeipercentage in 2002 per categorie t.o.v. 2001.

Bij Najaarsbrief Zorg 2002 zijn voor de gehandicaptenzorg meeruitgaven gemeld van € 225 miljoen. De extra uitgaven zijn het gevolg van extra productie bij de aanpak van wachtlijsten. Door de € 225 miljoen aan extra middelen door te trekken naar het jaar 2003 kunnen de in 2002 gerealiseerde productie afspraken in 2003 gehandhaafd blijven. Dit betreft mede het voor een volledig jaar bekostigen van cliënten die in 2002 niet voor een volledig jaar in zorg waren.

In het Jaarbeeld Zorg 2002 (pagina 32 en 33) is de extra productie in de gehandicaptenzorg in 2002 gemeld. Over 2002 hebben we 2.071 personen extra met behulp van een Persoonsgebonden budget (PGB) geholpen ten opzichte van 2001. Daarnaast hebben 7.207 personen extra zorg ontvangen op basis van de beleidsregel wachtlijstaanpak, in de vorm van een persoonsvolgend budget (PVB), en zijn er 1.617 extra plaatsen door middel van bouw gerealiseerd. Binnen de verstandelijk gehandicapten sector hebben daarnaast 3.390 personen extra zorg ontvangen via de toeslag voor "sterk gedragsgestoord licht verstandelijk gehandicapte cliënten" (SGLVG). Deze extra zorg heeft ca. € 125 miljoen gekost.

De in de Voorjaarsbrief Zorg genoemde € 480 miljoen voor de sector verpleging en verzorging is nodig om - boven de reeds in de Zorgnota 2003 verwerkte middelen ad € 48 miljoen voor extra productieafspraken - in het jaar 2003 de daadwerkelijk gerealiseerde productieafspraken 2002 te kunnen blijven financieren voor de sector verpleging en verzorging.

Binnen de sector verpleging en verzorging wordt de productie in de AWBZ gemeten in dagen, uren of plaatsen. In de verpleging en verzorging zijn de resultaten op basis van de meest recente voorlopige realisatiegegevens voor het jaar 2002 van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG):

- 182.000 dagen intramurale verpleeghuiszorg en 52.000 dagen dagbehandeling meer dan in 2001;
- 60.000 dagen intramurale verzorgingshuiszorg, 165.000 dagen dagverzorging en 121.000 dagen kortdurend verblijf meer dan in 2001;
- ongeveer evenveel verpleeghuiszorg buiten de muren als in 2001;
- 1.421.000 uur verzorging, 199.000 uur verpleging en 348.000 uur begeleiding meer door het verzorgingshuis buiten de muren meer dan in 2001;
- 7,2 miljoen uur meer thuiszorg dan in 2001;

Uit cijfers van de Sociale Verzekeringsbank (SVB) blijkt dat het aantal PGB's is gestegen met 7.700 in 2002 (zie tabel 19 op bladzijde 36 van het Jaarbeeld Zorg 2002).

In tabel 19 van het Jaarbeeld Zorg 2002 worden de op dit moment meest recente gegevens gepresenteerd. De hierboven weergegeven cijfers van het CTG zijn in deze tabel verwerkt. Zodra er recentere meer betrouwbare gegevens zijn, wordt deze tabel aangepast.

De groeipercentages 2002 ten opzichte van 2001 uit de tabel cliënten in zorg zijn als volgt

Cliënten in zorg	2001	2002	Procentuele groei 2002 t.o.v 2001
Verpleeghuis intramuraal	57.200	58.300	2
Dagbehandeling	3.800	4.000	5
Zorg op maat	33.700	42.200	25
Verzorgingshuis intramuraal	106.300	104.800	-1
Dagverzorging	27.200	28.400	4
Extramurale zorg	18.800	22.700	21
Thuiszorg	346.900	376.200	8
Intensieve thuiszorg	2.800		
Persoonsgebonden budget	26.800	34.500	29

Het overgrote deel van de hierboven genoemde productieafspraken is gerealiseerd uit de € 480 miljoen. Voor het jaar 2003 mogen er wederom extra productieafspraken gemaakt worden zolang er nog mensen op de wachtlijst staan. Deze productieafspraken kunnen naar behoefte worden gemaakt tussen instelling en zorgverzekeraar.

Het is bijzonder lastig om aan te geven wat het wegwerken van alle wachtlijsten middels het realiseren van extra productieafspraken in de AWBZ kost. Enerzijds omdat altijd met frictie moet worden rekening gehouden, anderzijds vanwege de latente vraag en mogelijke knelpunten op de arbeidsmarkt.

Voor de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) gold tot voor kort een maximum van het macrobudget, waarmee het aantal te helpen personen in de praktijk begrensd was. Per 1 januari j.l. is dit budgetmaximum voor de GGZ opgeheven en geldt ook in de GGZ een 'boter bij de vis' principe, zodat alle verzekeringsaanspraken kunnen worden gehonoreerd. Pas in 2004 zullen de eerste effecten van het opheffen van het budgetmaximum goed zichtbaar worden.

10.

Bij Najaarsbrief Zorg zijn meer uitgaven gemeld van € 225 miljoen in de gehandicaptensector als gevolg van extra productie. Deze extra productie wordt verduidelijkt in tabel 15 van het Jaarbeeld Zorg 2002 (blz. 33). Kan worden aangegeven hoe de € 225 miljoen over de diverse vormen van hulpverlening tot besteding is gekomen in 2002? Kan ook het groeipercentage in 2002 per categorie ten opzichte van 2001 worden verschaft? In welke mate kunnen ook in 2003 weer extra productieafspraken worden gemaakt? Welke bedragen zijn nodig indien gestreefd zou worden naar het volledig wegwerken van de wachtlijsten? Welk deel van de € 225 miljoen betreft extra productie en welk soort productie; welk deel daarvan betreft uitgavenstijging als gevolg van andere factoren, zoals loon- en prijsbijstelling, werkdrukverlichting, het aannemen van extra personeel of andere? Indien er een incidentele component inzet, welk deel is dat?

Uit tabel 15 in het Jaarbeeld Zorg kan slechts een gedeelte van de extra productie afgeleid worden, zoals ook in de toelichting bij deze tabel is vermeld (pagina 33).

Zie voor het antwoord op het eerste deel van de vraag het antwoord op vraag 9.

De vraag over het groeipercentage is uitgewerkt in de vorm van de groei van de extra gerealiseerde productie in 2002 ten opzichte van de gerealiseerde extra productie in 2001. Ten opzichte van de extra gerealiseerde productie in 2001 is er een groeipercentage van ca. 9% geweest bij de persoonsvolgende budgetten. De extra productie in 2001 was 6632 cliënten en in 2003 was er sprake van 7207 extra geholpen cliënten door middel van een persoonsvolgend budget. Het groeipercentage van de bouw was ca. 103% (van 796 extra plaatsen in 2001 naar 1.617 extra plaatsen in 2002). Voor de SGLVG-toeslagen was het groeipercentage ca. 202%. Deze toeslag heeft tijdelijk bestaan (tot 1 april 2003) en als gevolg daarvan is er in 2002 een sterke concentratie van aanvragen ontstaan. Alleen voor de persoonsgebonden budgetten is de groei gedaald en wel met ca. 32%. Het aantal extra toegekende PGB's was in 2001 3.026 terwijl dit aantal in 2002 2.071 personen betrof. Dit wordt waarschijnlijk veroorzaakt doordat het PGB niet voor alle zorgvragers een uitkomst biedt. De inhaalslag die met de wachtlijstaanpak in 2000 is gestart, is inmiddels voor PGB cliënten voor een groot deel ingehaald.

Voor 2003 geldt ook voor de gehandicaptenzorg het 'boter bij de vis' principe voor extra gerealiseerde productie. In het Hoofdlijnenakkoord zijn extra middelen uitgetrokken zodat de aanpak van de wachtlijsten/tijden door volume-uitbreidingen verder kan gaan.

De uitgavenstijging van € 225 miljoen is slechts voor een klein deel (€ 8,6 miljoen, zie het antwoord op vraag 1) het gevolg van reguliere nominale bijstellingen. Het resterende bedrag heeft geleid tot extra productie die deels neerslaat in het aannemen van extra personeel.

11.

Er is een meevaller van € 50 miljoen in de uitgaven van geneesmiddelen. Welk deel daarvan is het gevolg van meevallende dagdoseringen, welk deel het gevolg van het uit patent lopen van maagzuurremmer?

Aan de uitgaven van maagzuurremmers is in 2002 ongeveer € 20 miljoen minder uitgegeven dan op grond van de uitgavenontwikkeling van de voorgaande jaren kon worden verwacht. Dit kan worden toegeschreven aan marktontwikkelingen, mede als gevolg van het aflopen van het patent van Losec (omeprazol).

De resterende € 30 miljoen wordt hoofdzakelijk verklaard door een minder sterke stijging van het aantal dagdoseringen dan in de voorgaande jaren.

12.

Welk deel van de tegenvaller van € 30 miljoen is toe te schrijven aan het toenemende extramuraal gebruik van hulpmiddelen. Leidt dit bij de uitgaven voor intramuraal hulpmiddelen tot een waarneembare besparing? Mag worden aangenomen dat hier sprake is van een verschuiving van lasten van intra- naar extramuraal?

Wie is verantwoordelijk voor het structureel afboeken van versnelde opbrengsten van activiteiten voor doelmatigheidsverbetering. Welke activiteiten betrof dat?

De omvang van het gebruik van hulpmiddelen in instellingen wordt niet afzonderlijk geregistreerd. Het is daarom niet bekend welk deel van de extramuraal uitgavengroei van hulpmiddelen is toe te schrijven aan extramuralisatie.

Een besparing intramuraal is, gelet op de budgetfinanciering en het niet afzonderlijk registreren, niet waarneembaar. Bovendien is het, mede gezien de wachtlijsten, niet zo dat door extramuralisering intramuraal plaatsen vrijkomen die vervolgens niet door cliënten bezet worden. Er worden momenteel méér cliënten van extramuraal zorg voorzien, terwijl de intramuraal capaciteit eveneens bezet blijft.

VWS is zelf verantwoordelijk voor het structureel afboeken van te verwachten besparingen. Dit gebeurt op basis van veronderstellingen.

Activiteiten voor doelmatigheidsverbetering liggen op het vlak van zorginkoop, voorschrijven en distributie. Zorgverzekeraars gaan in toenemende mate over op het aanbesteden van hulpmiddelzorg. Daarnaast maken verzekeraars steeds vaker afspraken met zorgaanbieders over een doelmatige uitvoering, bijvoorbeeld door middel van geprotocolleerd werken.

13.

Welk deel van de verwachte uitgaven verpleging, verzorging en ouderen, zoals hier gemeld voor 2003 betreft hier geld dat daadwerkelijk wordt ingezet voor extra productie en welk soort productie betreft dit? Welk deel van de genoemde bedragen zijn ingezet voor andere uitgaven zoals loon en prijsbijstelling of het aannemen van extra personeel waarmee de werkdruk is verlicht?

Het bedrag van € 480 miljoen dat genoemd wordt op pagina 4 van de Voorjaarsbrief Zorg is voor het overgrote deel (€ 476,1 miljoen) de doorwerking van de extra productie in het jaar 2002. Voor de soorten productie verwijs ik u naar de voorlopige realisatiegegevens van het CTG in het jaar 2002 die worden weergegeven in het antwoord op vraag 9.

14.

Kan worden gesteld dat in de ramingen voor zorguitgaven eerder rekening had moeten worden gehouden met de uitgavenstijging zoals die zich nu voordoet, gegeven de bewuste politieke keuze voor het verminderen van wachtlijsten en wachttijden via extra productie?

De uitgavenontwikkeling in de zorg heeft sinds het Actieplan Zorg Verzekerd een voortdurende versnelling ondergaan, die in die omvang tevoren niet was te voorspellen.

15.

In welke mate kunnen ook in 2003 weer extra productieafspraken gemaakt worden in alle sectoren waar nog wachtlijsten zijn? Welke bedragen zijn naar verwachting in totaliteit nodig indien in de diverse zorgsectoren uitsluitend door middel van extra productieafspraken gestreefd zou worden naar het volledig wegwerken van de wachtlijsten?

Zie het antwoord op vraag 9.

16.

Leidt het feit dat de loonontwikkeling in 2003 thans een half procentpunt lager wordt geraamd dan ten tijde van de Zorgnota 2003, niet in vele sectoren van de zorg tot meevallers? Zo ja, wat is de omvang ervan en waar zijn deze terug te vinden in de Voorjaarsbrief Zorg? Waarom wordt op blz. 5 van de Voorjaarsbrief Zorg gesteld dat het CPB in het CEP 2003 hogere ramingen heeft opgenomen voor loon- en prijsontwikkeling dan in de MEV 2003, terwijl in de Voorjaarsnota het omgekeerde lijkt te gelden?

Zie het antwoord op vraag 6.

17.

Waarom wordt op van de Voorjaarsbrief Zorg gesteld dat het CPB in het CEP 2003 hogere ramingen heeft opgenomen van loon- en prijsontwikkelingen dan in de MEV 2003, terwijl nu juist in de Voorjaarsnota (zie tabel 1, Voorjaarsnota) het omgekeerde lijkt te gelden?

Zie het antwoord op vraag 6.

18.

Kan worden toegelicht waarom de afrekening van het jaar 2001 bij ziekenhuizen van € 53,9 miljoen, nog leidt tot een overschrijding in het jaar 2003? Welke uitgaven betrof dit? Er wordt melding gemaakt van een tegenvaller bij medisch specialistische zorg van € 112,1 miljoen. Gaarne enige toelichting. Betekent dit hogere kosten zonder dat sprake was van extra productie?

Door de vigerende nacalculatiesystematiek bij ziekenhuizen kunnen de ziekenhuisbudgetten nog enkele jaren na afsluiting van het boekjaar 2001 bijgesteld worden. Deze bijstelling van de afrekening 2001 heeft een structureel karakter waardoor deze ook doorwerkt in de latere jaren. De bijstelling voor 2001 wordt deels verklaard door een toename van het aantal specialisten die meetellen voor de berekening van de ziekenhuisbudgetten. Dit aantal was hoger dan het aantal waarmee vorig jaar in de afrekening 2001 rekening is gehouden. Zo werd vorig jaar in de budgetten 2001 van bij de algemene ziekenhuizen nog uitgegaan van 5.343 medisch specialisten en 1.284 assistent-geneeskundigen in opleiding (agio's), terwijl nu 5.373 medisch specialisten en 1.301 agio's structureel in de budgetten zijn meegenomen. De tegenvaller bij de medisch specialistische zorg van € 112,1 miljoen in 2002 bestaat voor € 88,4 miljoen uit een volumecomponent en voor € 23,7 miljoen uit een nominale component. De volumecomponent vloeit voort uit de doorwerking van aanpassingen van de lumpsums die zich nog in de jaren 2000 tot 2002 hebben voorgedaan. Eind 2000 is namelijk besloten dat met ingang van 2000 wederom nieuwe specialisten konden worden aangetrokken waarop in 2000 de lumpsums voor extra erkende specialistenplaatsen konden worden aangepast. De effecten hiervan zijn onlangs verwerkt. Tevens zijn de lumpsums gestegen als gevolg van de koppeling van de lumpsums aan de stijging van de gerealiseerde ziekenhuisproductie (incl. zorgvernieuwing) in 2001. Ook over 2002 zal dit

het geval zijn. Als gevolg van deze koppeling stijgen de lumpsums. Dit heeft geleid tot volumeoverschrijdingen van € 44,7 miljoen in 2000, € 74,7 miljoen in 2001 en € 88,4 miljoen in 2002.

De nominale component van € 23,7 miljoen in 2002 hangt samen met de nacalculaties op de loon- en prijsbijstellingspercentages in voorgaande jaren.

Gezien bovenstaande, betekent dit dat de tegenvaller bij medisch specialistische zorg voor het volumedeel samenhangt met extra ziekenhuisproductie.

19.

In het najaarsakkoord is besloten voor gesubsidieerde arbeid € 20 miljoen aan premiemiddelen te reserveren voor 2003. Is dit bedrag inmiddels uitgegeven aan gesubsidieerde arbeid? Hoeveel banen zijn er mee gesubsidieerd en waar? Als het geld niet is uitgegeven aan gesubsidieerde arbeid, waaraan dan wel?

In de augustusbesluitvorming is voorzien om in 2003 € 20 miljoen en in 2004 en verder € 30 miljoen via de VWS-begroting structureel in te zetten voor flankerend (arbeidsmarkt)beleid ter nadere uitwerking van maatregelen uit het Strategisch Akkoord van het kabinet Balkenende I. In het najaarsakkoord is vervolgens afgesproken dat er voor 2003 een (incidentele) stimuleringsregeling door het ministerie van SZW zou worden gemaakt voor het regulier maken van ID-banen.

Daarop is besloten om de korting in 2003 op de sectorfondsen te mitigeren door de voor VWS in 2003 gereserveerde middelen voor flankerend (arbeidsmarkt)beleid van € 20 miljoen in te zetten. Aanvullend heeft VWS vanaf 2004 met de € 30 miljoen per jaar een structurele stimuleringsregeling gemaakt waarmee invulling is gegeven aan het convenant ID-banen in de zorg. Daarin is afgesproken met sociale partners dat structureel 2.500 personen jaarlijks doorstromen naar een reguliere baan in de zorgsector.

20.

Een tegenvaller van € 44,8 miljoen wordt gemeld bij tandheelkundige zorg. Wat zijn de precieze redenen van deze structurele tegenvaller? Er wordt samenhang gemeld met een aanpassing van het verzekerde pakket. Bestaat de samenhang eruit dat met de € 44,8 miljoen de uitbreiding van het pakket wordt betaald of gaat het om onvoorziene meeruitgaven bovenop het bedrag dat naar raming nodig zou zijn voor de pakketuitbreiding? Is bij de doorvoering van de uitbreiding van het pakket aangegeven wat de verwachte meerkosten zouden zijn?

Per 1 januari 2002 is het tandheelkundig pakket aangepast. De verrichting tandsteen verwijderen voor volwassenen is uit het pakket geschrappt, de aanspraak op periodiek onderhoud ("jaarlijkse controle") is tot eenmaal per jaar beperkt en daarvoor in de plaats is röntgendiagnostiek, extracties bij acute pijnklachten en de vervanging van beschadigde of niet aangelegde fronttanden bij jeugdigen toegevoegd. Daarmee is invulling gegeven aan de gezamenlijke wens van tandartsen en zorgverzekeraars om het pakket sinds de laatste wijziging van 1995 te actualiseren. Voorts zou met de pakketwijziging binnen het Budgettair Kader Zorg ruimte worden geschapen om gestegen praktijkkosten als gevolg van verscherpte richtlijnen op het gebied van infectiepreventie en het afsluiten van een CAO voor tandartsassistenten op te kunnen vangen. Een belangrijke overweging om met de pakketwijziging in te stemmen, was het gegeven dat partijen hadden voorgerekend dat de maatregel budgettair neutraal zou kunnen worden uitgevoerd.

Dat laatste blijkt allerm minst het geval. Gebleken is dat de overschrijding in belangrijke mate is veroorzaakt door een aanmerkelijk gestegen productie van röntgenfoto's. Bij het indienen van de plannen voor de pakketaanpassing zijn tandartsen en zorgverzekeraars uitgegaan van een kostenbeslag binnen het tweede compartiment (ZFW en particuliere verzekeringen) van € 37 miljoen als gevolg van de invoering van röntgenfoto's in het pakket. Op grond van cijfers van het College voor Zorgverzekeringen blijkt dit echter alleen voor de ZFW al € 55 miljoen te zijn. Met het schrappen van de röntgendiagnostiek wordt de overschrijding ongedaan gemaakt.

21.

Waarom heeft het CTG pas onlangs de effecten van een maatregel uit het jaar 2000 verwerkt in de lumpsums medisch specialisten. Zijn meer tegenvallers te verwachten nu er pas uit 2001 een definitieve afrekening is en over 2002 slechts een voorlopige?

De effecten van de aanpassingen van de lumpsums die zich nog in 2000 hebben voorgedaan als gevolg van het besluit van eind 2000 dat met ingang van 2000 wederom nieuwe specialisten konden worden aangetrokken, zijn geheel verwerkt en leiden niet meer tot nieuwe tegenvallers op dit punt.

Als gevolg van de koppeling van de lumpsums aan de stijging van de gerealiseerde ziekenhuisproductie (incl. zorgvernieuwing), kunnen op basis van de realisatie de lumpsums over 2002 nog wél op dit punt aan de bijgestelde ziekenhuisbudgetten worden aangepast. Overigens is met ingang van 2003 de koppeling met het ziekenhuisbudget losgelaten en worden er voor de lumpsum-aanpassing budgetvergoedingen ingevoerd voor het eerste polikliniekbezoek, de dagverpleging en de opname. Uitsluitend de verschillen tussen de productie 2003 en die van 2002 worden vergoed.

22.

Waarom wordt gesteld dat het CPB in het CEP 2003 hogere ramingen heeft opgenomen voor loon- en prijsontwikkeling dan in de MEV 2003, terwijl in de Voorjaarsnota het omgekeerde lijkt te gelden?

Zie het antwoord op vraag 6.

23.

Waarom zijn de besparingen op het overige ziekenvervoer niet gerealiseerd?

De besparingen zijn tot nu toe niet gerealiseerd omdat de knelpunten met betrekking tot het zittend ziekenvervoer, die zorgen voor overschrijdingen, onvoldoende in kaart waren gebracht om adequaat en gericht beleid in te zetten. Na het verzoek aan het CVZ te hebben gedaan deze knelpunten te inventariseren heeft het college in september 2002 de uitvoeringsrapportage 'overig ziekenvervoer' aan de minister aangeboden. Reeds eerder was gestart met een doelmatigheids-experiment zittend ziekenvervoer door VWS en ZN om doelmatigheid bij de uitvoering van de verstrekking te garanderen met daarbij een methode het oneigenlijk gebruik uit te zuiveren. In de periode hieraan voorafgaand hebben zorgverzekeraars en voorschrijvers aangegeven geen oplossing te hebben voor het tegengaan van oneigenlijk gebruik, het gemak waarmee een 'taxibriefje' wordt afgegeven en een doelmatiger uitwerking van de verstrekking. Eén van de knelpunten die door partijen zijn genoemd was het aan herziening toe zijnde Besluit ziekenvervoer Ziekenfondsverzekering 1980. Het CVZ heeft bij het opstellen van de uitvoeringstoets rekening gehouden met het aanpassen van de wet- en regelgeving op de eveneens benoemde knelpunten en daar voorstellen ter verbetering toegevoegd.

24.

Kan worden toegelicht waarom de afrekening van het jaar 2001 nog in 2003, nadat de Zorgnota 2003 al is vastgesteld, nog leidt tot overschrijdingen in het jaar 2003? Waarom konden deze overschrijdingen niet eerder voorzien worden? Is bij de medisch specialisten sprake van een tegenvaller in de zin van hogere kosten dan voorzien zonder dat er extra productie is geleverd? Kan van alle majeure overschrijdingen die in de Voorjaarsbrief 2003 worden aangegeven in welk deel rechtstreeks voortvloeit uit extra productie en welke deel te maken heeft met overige factoren die tot een kostenstijging hebben geleid (zoals tariefsverhogingen, loonstijgingen)?

Dat de afrekening van het jaar 2001 nog kan leiden tot overschrijdingen in het jaar 2003, komt voort uit de bijstellingen van de realisatiecijfers (bijvoorbeeld als gevolg van de nacalculatiesystematiek van de ziekenhuisbudgetten en de lumpsums van de medisch specialisten of vertragen in het declaratieverkeer). Zie tevens het antwoord op vraag 18.

Een deel van deze overschrijdingen werd voorzien, maar de cijfers ten behoeve van de afrekening waren nog niet beschikbaar. Zo werd op pagina 57 van het Jaarbeeld Zorg 2001 onder de para-

graaf "Mee- en tegenvallers volume ziekenhuizen en specialisten" reeds aangegeven dat in het cijfer voor 2000 van het CTG ten aanzien van de deelnemers lumpsum medisch specialisten de effecten van het aantrekken van nieuwe specialisten nog niet waren verwerkt. Daarbij werd de verwachting uitgesproken dat er voor het jaar 2000 met terugwerkende kracht nog mutaties op dat terrein zouden optreden.

Ook werd op pagina 76 van het Jaarbeeld Zorg 2001 onder de paragraaf "Volume ziekenhuizen en specialisten" aangegeven dat de lumpsums nog moeten worden aangepast als gevolg van mutaties in de ziekenhuisproductie en dat bij ziekenhuizen als gevolg van de nacalculatiesystematiek de definitieve omvang van de tegenvallers nog niet met zekerheid was vast te stellen.

Zie verder het antwoord op vraag 18.

Op pagina 2 van de Voorjaarsbrief Zorg 2003 is aangegeven dat de doorwerking van de afrekening 2002 voor de curatieve zorg in totaal € 233,2 miljoen bedraagt. De uitsplitsing in een volumecomponent en een nominale component is per onderdeel als volgt:

Sector	Totaal	Volume	Nominaal
Tandheelkundige zorg	44,8	44,8	0,0
Kraamzorg	3,4		3,4
Ziekenhuizen	53,9	46,5	7,4
Medisch specialisten	112,1	88,4	23,7
Overige curatieve zorg	19,0	20,3	-1,3
Totaal	233,2	200,0	33,2

25.

Hoe groot is de kans dat de maatregelen op het geneesmiddelendossier in augustus niet in de oorspronkelijke vorm in werking treden en wat betekent dat voor de omvang van het besparingsverlies? Wat is de actuele stand van zaken op dit terrein? Wat is het maximale besparingsverlies geneesmiddelen indien in 2003 geen enkele maatregel geëffectueerd kan worden? Kan het besparingsverlies geneesmiddelen zoals vermeld nog verder oplopen dit jaar? Welke maatregelen moeten nog worden getroffen om het besparingsverlies niet verder te laten oplopen. Hoe groot is de kans dat voorgenomen maatregelen ook per 1 augustus niet in werking kunnen treden dit jaar of later? Kan via een prijsmaatregel besparingsverlies nog dit jaar worden beperkt?

Het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) heeft op 16 juni 2003 besloten tot aanpassing van de geplande maatregel om bovenmatige kortingen en bonussen bij apotheekhoudenden af te romen. De reden hiervoor zijn de ingebrachte bezwaren van belanghebbenden en de uitspraak van de president van het College van Beroep voor het Bedrijfsleven op 29 april 2003.

De aanpassing, met als doel het voorkomen dat individuele apotheekhoudenden door de maatregel in acute financiële nood komen, is tweeledig. De "aftopping" (maximering van de procentuele korting) voor multi source geneesmiddelen wordt verlaagd van € 40 naar € 20 en er wordt een vangnetconstructie gemaakt.

Ik ga er van uit dat het CTG met de onderhavige aanpassingen in voldoende mate tegemoet komt aan de bezwaren van belanghebbenden en de uitspraak van de President van het CvBB om de tariefbeschikkingen per 1 augustus 2003 in werking te laten treden. Door bovengenoemde aanpassingen in de maatregel loopt het besparingsverlies op. Voor 2003 betekent dit dat het geraamde besparingsverlies stijgt van € 425 miljoen (zoals vermeld in de Voorjaarsbrief Zorg) naar € 465 miljoen.

Indien in 2003 geen enkele maatregel (behoudens de huidige clawback) geëffectueerd kan worden is het maximale besparingsverlies gelijk aan de totale taakstelling, namelijk € 613 miljoen. Het is niet mogelijk om in 2003 het besparingsverlies te beperken via een prijsmaatregel omdat daarvoor een nieuw wettelijk instrument nodig is.

26.

De kostenstijging van 'overige curatieve zorg' (tabel 1) bedraagt € 19 miljoen. Onderdeel daarvan zijn de gestegen kosten van huisartsen laboratoria. Hoe groot is dit bedrag als onderdeel van de € 19 miljoen en worden de kosten van huisartsen laboratoria nu en in het verleden afgetrokken van de uitgavenpost ziekenhuizen? Het betreft hier immers toch een substitutie?

In de € 19 miljoen is nog alleen de doorwerking van de kostenstijging 2001 van de overig curatieve instellingen in de cijfers verwerkt. De realisatiecijfers 2002 zijn onlangs via het CTG beschikbaar gekomen. Hieruit blijkt een sterke stijging van de uitgaven, met name van de huisartsenlaboratoria.

Volgens het CTG zijn de uitgaven voor huisartsenlaboratoria gestegen van € 57,8 miljoen in 2000 naar € 64 miljoen in 2001 en € 79 miljoen in 2002. Deze kosten worden niet afgetrokken van de uitgavenpost ziekenhuizen. Onderdeel van de ziekenhuisbudgetten vormen wel de zogenaamde "onderzoeken voor derden" (bijvoorbeeld huisartsen). Ook deze uitgaven lieten de afgelopen jaren een stijgende lijn zien. In hoeverre sprake is van substitutie valt dus niet uit de uitgavencijfers af te leiden.

27.

Kan een overzicht worden gegeven hoe de efficiencykorting van € 250 miljoen per jaar uitpakt voor de verschillende betrokken sectoren en groepen beroepsbeoefenaren? Kan een toelichting worden gegeven waarom een sterke productietoename in de zorg ruimte biedt om (meer) efficiency winst te behalen? Aan welke concrete maatregelen wordt gedacht? Hoe is het bedrag van € 250 miljoen tot stand gekomen? Is uitgegaan van een bepaald percentage van de groei van de productie die standaard kan worden afgeroomd? Is het juist dat met het korten van een bedrag van € 250 miljoen in feite een kwart wordt weggehaald van het geld dat dit jaar extra naar de zorgsectoren is gegaan voor verminderen wachtlijsten en wachttijden?

Zie het antwoord op vraag 8.

28.

Waarom zijn overeengekomen besparingen op het overig ziekenvervoer niet gerealiseerd. Wie is daarvoor verantwoordelijk?

Zie het antwoord op vraag 23.

29.

De budgetten van instellingen worden met 0,8 % gekort. Op welke manier wordt deze korting uitgevoerd? Wanneer gaat de maatregel in? Wordt ze met terugwerkende kracht ingevoerd? Welke efficiencywinst wordt beoogd? Wat is het effect van een efficiencykorting van 0,8 % op jaarbasis op een instelling die al het maximale aan doelmatigheidswinst heeft weten te realiseren? Kunt u aangeven of de maatregel leidt tot het minder opvullen van vacatures? Verwacht u dat instellingen minder salarisverhogingen toekennen? Verwacht u dat instellingen de productiestijging deels weer ongedaan zullen maken?

Zie het antwoord op vraag 8.

30.

Waarom is geen onderscheid gemaakt tussen instellingen die doelmatig werken en instellingen die minder doelmatig werken?

Zie het antwoord op vraag 8.

31.

Kan een overzicht worden gegeven van de bedragen die afzonderlijke sectoren, zoals ziekenhuizen, gehandicapteninstellingen, verpleeghuizen en dergelijke, door de efficiencykorting moeten inleveren?

Zie het antwoord op vraag 8.

32.

Is de aanname juist dat dit jaar een miljard euro is gebruikt voor productiestijging in de zorg?

Ja. In de Voorjaarsbrief Zorg 2003 is sprake van diverse meeruitgaven ten behoeve van productiestijgingen in de zorg. Het totaal daarvan bedraagt circa € 1 miljard.

33.

Krijgen instellingen in de zorgsector (cure en care) de volledige ruimte voor prijsbijstelling en voor loonontwikkeling. Zo nee, hoeveel wordt daarin gekort en hoe worden instellingen geacht dat te kort op te vangen?

De loon- en prijsbijstelling in het premiegefinancierde deel van de zorg zal in 2003 volledig worden uitgekeerd.

34.

Welke incidentele loonontwikkeling wordt geraamd voor de zorgsector? Wat is de uiteindelijke vergoeding van die incidentele loonontwikkeling (in procenten en euro's) Hoe kunnen instellingen de gevolgen van het niet volledig vergoeden opvangen?

Door het CPB wordt geen afzonderlijke raming van de incidentele loonontwikkeling in de zorgsector gepubliceerd. In de Miljoenennota 2003 is, in overeenstemming met het Strategisch Akkoord, 0,5 procent (= € 125 miljoen) opgenomen als vergoeding voor de incidentele loonontwikkeling. Deze 0,5 procent is gelijk aan de raming van het CPB voor de marktsector. Ten opzichte van 2002 betreft het een daling van 0,1 procentpunt. Deze geringe daling is ingegeven door de meer ontspannen arbeidsmarkt (waardoor arbeidsmarkttoeslagen minder noodzakelijk zijn) en door het feit dat in de zorgsector nog steeds sprake is van een aanzienlijke instroom van jonge relatief goedkope arbeidskrachten (met een neerwaartse druk op de gemiddelde loonkosten). Het volledig vergoeden van de incidentele loonontwikkeling is geen beleidsdoel. Uitgangspunt is een marktconforme vergoeding. De 0,5 procent uit het Strategisch Akkoord voldoet daar aan.

35.

Op welke wijze biedt sterke productietoename in de zorg ruimte voor efficiencywinst?

Zie het antwoord op vraag 8.

36.

Medisch specialisten zullen niet langer volledig worden gecompenseerd indien de gedeclareerde productie meer dan 5% achterblijft bij de lumpsum. Welke regeling betrof dit en wat wordt bedoeld met "niet langer volledig": betekent dit dat een zekere compensatie aanwezig blijft, en zo ja, welke?

De regeling betrof de in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG) door het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) opgestelde beleidsregels inzake de externe lumpsum lokale initiatieven medisch specialistische hulp.

Bij een groot aantal lokale initiatieven bleek de honorariumopbrengst steeds verder achtergebleven te zijn bij het honorariumbudget. De betrokken medisch specialisten ontvingen een inkomenscompensatie voor dit verschil via een opslag op het ziekenhuisverpleegtariaf. Dit zogenoemde volumegat kan voor een deel worden toegeschreven aan achterblijvende productie van de medisch specialisten. Daarom heeft de toenmalige minister van VWS het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) gevraagd een beleidsregel vast te stellen waarin werd bepaald dat de lumpsum van lokale initiatieven met een groot volumegat in 2002 wordt verlaagd.

Voor een volumegat van minder dan 5% geldt geen korting, initiatieven met een volumegat tussen de 5% en de 15% krijgen een korting tussen de 0% tot 5% van de start-lumpsum 2003. Is het volumegat groter dan 15%, dan bedraagt de korting het verschil tussen dit volumegat en 5%.

In 2001 en 2002 werd de jaarlijkse lumpsum-aanpassing afgestemd op de wijzigingen van de ziekenhuisproductie. Bovendien gold het honorariumbudget voor een lokaal initiatief in een be-

paald jaar automatisch als start-lumpsum voor het volgende jaar. Met ingang van 2003 is de koppeling met het ziekenhuisbudget losgelaten en worden er voor de lumpsum-aanpassing budgetvergoedingen ingevoerd voor het eerste polikliniekbezoek, de dagverpleging en de opname. Uitsluitend de verschillen tussen de productie 2003 en die van 2002 worden vergoed.

37.

De leverancier van bloedtesten voor HCV en HIV besmettingen in gedoneerd bloed heeft de licentiekosten verhoogd. Betreft het hier een leverancier met alleenrecht? Graag enige toelichting.

De Nederlandse Bloedvoorzieningsorganisatie Stichting Sanquin Bloedvoorziening gebruikt voor de screening op de aanwezigheid van het Hepatitis-C virus en het HIV-virus een gecombineerde Nucleïnezuur Amplificatie Test (NAT) van de firma Roche. Roche maakt deze test in licentie. De patenthouder is de firma Chiron. Chiron heeft op 1 januari de licentiekosten verhoogd. Roche brengt deze kosten per 1 juli 2002 bij Sanquin in rekening.

Sanquin heeft hiertegen, samen met enkele zusterorganisaties in het buitenland, formeel protest aangetekend bij het Europese Hof van Justitie met als reden vermeend misbruik van de monopoliepositie van Chiron. Hierover is nog geen uitspraak gedaan.

Bij de goedkeuring van de begrotingen over 2002 en 2003 is wel de kanttekening geplaatst dat wanneer Roche de licentiekosten ten onrechte blijkt te hebben doorberekend, de overeenkomstige bedragen met Sanquin worden verrekend.

38.

Kan ten aanzien van het bedrag van € 168 miljoen, dat in 2003 wordt uitgetrokken voor de aanpak van wachtlijsten GGZ, antwoord worden gegeven op de VBTB vragen, wat met dit geld bereikt dient te worden en wat daarvoor zal worden gedaan? Wat is de betekenis van het geclausuleerd zijn van de openeinderegeling indien afspraken gemaakt worden voor een bedrag van € 168 miljoen, terwijl met € 55 miljoen rekening gehouden was?

Met ingang van 1 januari 2003 is in de GGZ het budgetmaximum, conform het Actieplan Zorg Verzekerd, opgeheven. Dit betekent dat alle verzekeringsaanspraken kunnen worden gehonoreerd. Dit heeft er toe geleid dat het CTG voor 2003 aanvragen voor extra productie ten opzichte van vorig jaar ter waarde van € 168 miljoen heeft ontvangen. Het CTG heeft deze aangevraagde productie voor een totaal bedrag van € 126 miljoen gehonoreerd. Dit omdat het CTG, na overleg met de veldpartijen, heeft besloten dat de productie van iedere GGZ-instelling voorlopig niet meer dan 10% stijgt ten opzichte van de afspraken 2002. Mocht gedurende het jaar blijken dat een instelling die 10% daadwerkelijk realiseert, dan kan de instelling, mits het zorgkantoor er mee instemt, tot 1 december 2003 aanvullende productieafspraken maken.

De € 55 miljoen waar rekening mee gehouden is, is gebaseerd op regionale wachtlijstplannen die de sector in 2001 heeft opgesteld. Daar komt nog een gereserveerd bedrag van € 30 miljoen bovenop voor autonome groei. Er resteert dan het in de Voorjaarsbrief Zorg vermelde tekort van € 83 miljoen. Het blijkt dat de sector in haar plannen uit 2001 een te voorzichtige raming heeft opgenomen.

De kern van het geclausuleerd open einde in de GGZ is het honoreren van alle verzekeringsaanspraken. Honoreren van de verzekeringsaanspraken kan alleen als aan de voorwaarden wordt voldaan die in de beleidsregel worden gesteld aan het maken van productieafspraken.

De inventarisatie van 1 januari 2003 van de wachtlijsten en wachttijden in de GGZ laat zien dat er sprake is van een trendbreuk. Zowel de wachttijden in de GGZ als de wachtlijsten dalen. Met de inzet van de extra middelen dient de daling van de wachtlijsten en de wachttijden in de GGZ zich verder voort te zetten. Het streven is om aan het einde van deze Kabinetsperiode (2007) de wachtlijsten/tijden voor de GGZ gehalveerd te hebben en grosso modo gemiddeld in alle gevallen binnen de Treeknormen zorg te realiseren.

39.

Er is een verwachte meevaller in exploitatielasten bij de Bouw. Is de oorzaak volledig het feit dat er minder wordt gebouwd dan aanvankelijk geraamd? In welke sectoren blijft de bouw achter bij de raming? Wat is de oorzaak van het achterblijven van geplande bouw?

Ja, de neerwaartse aanpassing van de raming is gebaseerd op de nieuwe cijfers van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) over de meldingsregeling in het jaar 2002. Op basis hiervan is de raming voor 2003 aangepast.

Voor alle sectoren geldt dat de bouw achterblijft bij de raming. De instellingen bepalen zelf wanneer zij gebruik willen maken van de meldingsregeling. De overheid oefent hier geen invloed op uit.

40.

Waarom is de AWBZ-premie met 0,5 procentpunt verhoogd en niet met een hoger percentage? Is overwogen de grondslag voor de AWBZ-premie te verbreden? Kan worden aangegeven waarom niet al eerder een premieverhoging is overwogen?

Het EMU-saldo staat wegens het verslechterde economische en budgettaire beeld onder druk. De overheidsinkomsten komen in 2003 substantieel lager uit dan ten tijde van de Miljoenennota 2003 werd geraamd. Een verbetering van het saldo vanaf 2003 via de inkomstenkant is alleen mogelijk door de volksverzekeringspremies tussentijds te verhogen. Een verhoging van de belastingtarieven is niet meer tijdig te realiseren.

Daar komt bij dat mede als gevolg van de sterk gestegen zorguitgaven het vermogenssaldo van het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ) negatief is. Op grond van deze overwegingen en mede gelet op de vermogensposities van de andere sociale fondsen, is besloten de AWBZ-premie per 1 juli 2003 met 0,5%-punt te verhogen tot 12,55%.

Een verbreding van de grondslag van de AWBZ-premie is een fundamentele wijziging van de belasting- en premiestructuur. De verhoging van de premieverhoging met 0,5 procentpunt per 1 juli 2003 is een maatregel die beoogt op korte termijn opbrengsten te genereren. Daarbij ligt een fundamentele structuurverandering niet in de rede.

Per 1 januari 2003 is de AWBZ premie reeds met 1,8 procentpunt verhoogd.

41.

Kan ten aanzien van het bedrag van € 168 miljoen dat in 2003 wordt uitgetrokken voor de aanpak van wachtlijsten GGZ antwoord gegeven worden op de VBTB-vragen wat er met dit geld bereikt dient te worden en wat daarvoor gedaan zal worden?

Zie het antwoord op vraag 38.