

Vergaderjaar 2000–2001

27 401

Zorgnota 2001

Nr. 2

NOTA

INHOUDSOPGAVE

HOOFDSTUK 1 INLEIDING	11
1.1 Beleidsagenda	11
1.1.1 Inleiding	11
1.1.2 VWS en zijn omgeving	11
1.1.3 Activiteiten in 2001	16
1.1.4 Bestuurlijke vormgeving	25
1.1.5 Toezicht en inspectie	27
1.2 Sectoroverstijgende thema's	27
1.2.1 De patiënt in het centrum van het volksgezondheidsbeleid	27
1.2.2 Sturing en verantwoordelijkheidsverdeling	28
1.2.3 ICT in de zorg	30
1.3 Financieel beleid op hoofdlijnen	33
HOOFDSTUK 2 GEZONDHEIDSBEVORDERING EN -BESCHERMING	39
2.1 Terreinbeschrijving	39
2.2 Gezondheidsbeleid in uitvoering	40
2.2.1 Openbare gezondheidszorg	40
2.2.2 De bevordering van langer gezond leven	42
2.2.3 Infectieziektebestrijding	48
2.2.4 Programmatische preventie	51
2.2.5 Voedselveiligheid	53
2.2.6 Arbeid en gezondheid	56
2.2.7 Milieu en Gezondheid	56
2.2.8 Veiligheid (consumenten) producten	57
2.2.9 Patiëntenbeleid	58
2.2.10 Onderzoeks- en Researchbeleid (PEO)	60
2.2.11 Gezondheidsonderzoek vuurwerkcramp Enschede/zorgnota	61
HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	63
3.1 Terreinbeschrijving	63
3.2 Evaluatie	68
3.2.1 Toegankelijkheid van de zorg	68
3.2.2 Meerjarenafspraken	70
3.2.3 Kwaliteitsbeleid	71
3.2.4 Beroepen in beweging	72
3.2.5 Honorering medisch specialisten	74
3.2.6 Kraamzorg	74
3.2.7 Farmaceutische zorg	74
3.2.8 Wet op bijzondere medische verrichtingen	75
3.2.9 Orgaandonatie	76
3.2.10 Huisartsen	77
3.2.11 Ambulancezorg	78
3.2.12 Zittend ziekenvervoer	78

3.2.13	Financieel beleid	79
3.3	Beleidsvoornemens	79
3.3.1	Inleiding	79
3.3.2	Toegankelijkheid van de zorg	81
3.3.3	Organisatie van de zorg	82
3.3.4	Bekostiging van de zorg	87
3.3.5	Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg	89
3.3.6	ICT	90
3.3.7	Beroepen en opleidingen	91
3.3.8	Bijzondere aspecten curatieve zorg	94
3.3.9	Bouw	98
3.3.10	Financieel beleid	98
HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMS-MATERIALEN		101
4.1	Terreinbeschrijving	101
4.1.1	Geneesmiddelen	101
4.1.2	Medische hulpmiddelen	102
4.1.3	Lichaamsmaterialen en biotechnologie	103
4.2	Evaluatie	104
4.2.1	Geneesmiddelenbeleid	104
4.2.2	Medische hulpmiddelen	107
4.2.3	Lichaamsmaterialen en biotechnologie	108
4.3	Beleidsvoornemens	109
4.3.1	Geneesmiddelen	109
4.3.2	Hulpmiddelen	113
4.3.3	Lichaamsmaterialen en biotechnologie	115
HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAAT-SCHAPPELIJKE OPVANG		117
5.1	Terreinbeschrijving	117
5.2	Evaluatie	120
5.2.1	Wachlijsten	120
5.2.2	Versterken eerstelijns-GGZ	121
5.2.3	Kinder- en jeugdpsychiatrie: loeerfunctie en gehandicapten	121
5.2.4	Zorg op maat, zorgvernieuwing en PGB	122
5.2.5	Wet BOPZ: stand van zaken wetswijzigingen	122
5.2.6	Preventie en psychische arbeidsongeschiktheid: terugblik	123
5.2.7	Maatschappelijke opvang en openbare GGZ	123
5.2.8	Verslavingszorg herijkt en Resultaten scores	124
5.2.9	Overlastbeleid verslaafden	124
5.2.10	Kwaliteit en doelmatigheid in de GGZ	124
5.2.11	Meerjarenafspraken zelfstandig gevestigde psychiaters	125
5.2.12	Benchmarking in de GGZ	126
5.3	Beleidsvoornemens	126
5.3.1	Inleiding	126
5.3.2	Intensivering forensische psychiatrie	126
5.3.3	Versnellen realisatie Beleidsvisie GGZ	127
5.3.4	Psycho-gerontogische problematiek: GGZ-zorg aan ouderen	127
5.3.5	Nazorg psychische gevolgen ramp Enschede	128
5.3.6	Wachttijden/aanvullende productie	128
5.3.7	Versterking eerstelijns-GGZ: vooruitblik	128
5.3.8	Indicatiestelling in de GGZ	128
5.3.9	Wet BOPZ: voorgenomen wetswijzigingen	129
5.3.10	Preventie: vooruitblik	129
5.3.11	Diversiteitsbeleid en cliëntgerichte hulpverlening	129
5.3.12	Vermaatschappelijking	130
5.3.13	Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en overlastbeleid	130
5.3.14	Wijziging welzijnswet	131
5.3.15	Kwaliteit en doelmatigheid in GGZ: vooruitblik	131
HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG		133
6.1	Terreinbeschrijving	133
6.2	Evaluatie	136
6.2.1	Dagbesteding ernstig gehandicapten	136
6.2.2	Dagbesteding gericht op arbeid	137
6.2.3	Kleinschaligheid – transformatie infrastructuur	138
6.2.4	Arbeidsmarktbeleid	138
6.2.5	Persoonsgebonden budget	138
6.2.6	Voortgang bouw	139
6.2.7	Licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVG)	139
6.3	Beleidsvoornemens	140
6.3.1	Plan van aanpak wachlijsten 2000, 2001 en 2002	140
6.3.2	Kwaliteitsontwikkeling	143

6.3.3	Persoonsgebonden budget	145
6.3.4	Flexibilisering zorgaanpakken lichamelijk gehandicapten	145
6.3.5	Indicatiestelling	146
6.3.6	Vraagsturing: bekostiging en zorgzwaarte/ketenbenadering	146
6.3.7	Informatievoorziening ZRS/RIVM	147
6.3.8	Benchmarking	147
6.3.9	Woonzorgstimulering en transformatie infrastructuur	148
6.3.10	Werkdruk	149
HOOFDSTUK 7 VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN		151
7.1	Terreinbeschrijving	151
7.2	Evaluatie	153
7.2.1	Indicatiestelling	153
7.2.2	Persoonsgebonden budget (PGB)	154
7.2.3	Nieuwe financiering thuiszorg	154
7.2.4	Modernisering Ouderenzorg	155
7.2.5	Najaarsakkoord 1998 en Voorjaarsakkoord 1999	156
7.2.6	Resultaten Taskforce	156
7.3	Beleidsvoornemens	157
7.3.1	Inszet middelen 2001 en verdere jaren	157
7.3.2	Verdere aanpak wachtlijsten en werkzaamheden Taskforce	158
7.3.3	PGB	160
7.3.4	Thuiszorg	160
7.3.5	Geneesmiddelen en hulpmiddelen als aanspraak in de verzorgingshuizen	160
7.3.6	Benchmarking	162
7.3.7	Woonzorgstimuleringsregeling	162
HOOFDSTUK 8 BEHEER ZORGVERZEKERINGEN		165
8.1	Terreinbeschrijving	165
8.2	Evaluatie	168
8.2.1	Zelfstandigen in de Ziekenfondswet	169
8.2.2	Regresrecht AWBZ en Ziekenfondswet	169
8.2.3	Zelfstandige bestuursorganen in de topstructuur van de zorgsector	169
8.2.4	Reserves ziekenfondsen	170
8.2.5	Grensoverschrijdende zorg	170
8.3	Beleidsvoornemens	171
8.3.1	Modernisering en zelfstandiging toezicht zorgverzekeringen	171
8.3.2	Versterking van de rol van zorgverzekeraars	172
8.3.3	Vrijwillige AWBZ-verzekering	174
8.3.4	Terugdringen van de administratieve lasten in de zorg	174
HOOFDSTUK 9 ARBEIDSMARKTBELEID		175
9.1	Terreinbeschrijving	175
9.2	Evaluatie	176
9.2.1	Arbeidsmarktmiddelen	176
9.2.2	Convenanten Arbeidsmarktbeleid	178
9.2.3	Speerpunten arbeidsmarktbeleid	179
9.2.4	Arbeidskosten	186
9.3	Beleidsvoornemens	186
9.3.1	Convenanten Arbeidsmarktbeleid	186
9.3.2	Speerpunten arbeidsmarktbeleid	187
9.3.3	MDW-traject toetredingsbelemmeringen	191
HOOFDSTUK 10 FINANCIERING		193
10.1	Terreinbeschrijving	193
10.2	AWBZ	195
10.3	Ziekenfondswet	197
10.3.1	Ziekenfondsbudgettering	197
10.3.2	Ziekenfondsverzekering	198
10.4	Particuliere ziektekostenverzekering	202
10.5	Overheid	205
10.6	Eigen betalingen en overige financiering	205
Trefwoordenregister		211
BIJLAGE 1 FINANCIËLE TOELICHTING		B4
1.1	Inleiding	B4
1.2	Financiële kerncijfers zorguitgaven en Budgettair Kader Zorg	B4
1.3	Mutaties in de netto BKZ-uitgaven	B5
1.4	Uitgavenontwikkeling naar hoofdstuk	B11
1.5	Mutaties in het Budgettair Kader Zorg	B11
1.6	Realisatie van de in de Zorgnota 2000 opgenomen maatregelen	B12
1.7	Aansluiting met de ontwerp-begroting VWS 2001	B13

BIJLAGE 2	GEZONDHEIDSBEVORDERING EN -BESCHERMING	B14
2.1	PEO-beleid (projecten, experimenten en onderzoek)	B14
2.2	Thema: Arbeid en gezondheid	B14
2.3	Thema: Etnische minderheden	B17
2.4	Thema: Ouderen	B19
2.5	Thema: wachtlijsten	B21
2.6	Tot slot	B23
BIJLAGE 3	CURATIEVE SOMATISCHE ZORG	B24
BIJLAGE 4	FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMS-MATERIALEN	B26
4.1	Capaciteit	B26
4.2	Voorschriften per verzekerde	B26
4.3	Kosten per verzekerde	B26
4.4	Kosten per voorschrift	B27
4.5	Voorschriften en basisvergoeding WTG-artikelen per verzekerde	B27
4.6	Voorschriften per verzekerde naar leeftijd en geslacht	B28
4.7	Geneesmiddelenkosten naar hoofdgroepen	B28
4.8	Receptregelvergoeding: opbouw en ontwikkeling, 1996–2000	B29
4.9	Realisatie en raming uitgaven farmaceutische hulp	B29
4.10	Deelmarkten medische hulpmiddelen	B30
BIJLAGE 5	GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG, MAATSCHAPPELIJKE OPVANG	B31
5.1	Ontwikkelingen in het aanbod	B31
5.2	Ontwikkelingen in de zorgvraag	B33
BIJLAGE 6	GEHANDICAPTENZORG	B35
6.1	Verpleeg- of verzorgingsdagen	B35
6.2	Overige kerngegevens	B35
BIJLAGE 7	VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN	B37
7.1	Enkele kerngegevens	B37
7.2	Eigen bijdragen thuiszorg 2000	B37
7.3	Ontwikkeling tarieven en productieafspraken 2000 thuiszorg	B38
7.4	Meerjarenafspraken	B39
BIJLAGE 8	BEHEER ZORGVERZEKERINGEN	B40
8.1	Achtergrondinformatie zorgverzekeraars	B40
8.2	Uitgavenontwikkeling	B41
BIJLAGE 9	ARBEIDSMARKTBELEID	B44
BIJLAGE 10	FINANCIERING	B50
BIJLAGE 11	INFORMATIEVOORZIENING ZORGNOTA	B58
11.1	Inleiding	B58
11.2	Algemene themas	B58
11.3	Realisatie	B60
11.4	Verantwoording	B62
BIJLAGE 12	BOUWBELEID, BOUWKADERS EN CAPACITEITEN INSTELLINGEN	B65
12.1	Planning- en bouwbeleid	B65
12.1.1	Inleiding	B65
12.1.2	Uitgangspunten	B65
12.1.3	Ontwikkelingen in het beleid	B66
12.1.4	Meldingsregeling instandhoudingsbouw	B71
12.2	Budgettaire gevolgen planning- en bouwbeleid	B72
12.2.1	Inleiding	B72
12.2.2	Bouwkaders instandhoudingsbouw	B72
12.2.3	Bouwkaders uitbreidingsbouw	B74
12.2.4	Het bouwprogramma 1999–2002	B74
12.2.5	Ramingen meldingsbouw	B77
12.2.6	Bouwcijfers op de aanvullende post	B78
12.2.7	De investeringskosten van het bouwprogramma	B78
12.2.8	Investeringskosten in academische ziekenhuizen	B79
12.3	Overige onderwerpen	B79
12.3.1	Waarborgfonds en rentenormering	B79
12.3.2	Verbetering van informatievoorziening bouw	B81
12.3.3	Modernisering jaarverslaggeving	B82
BIJLAGE 13	RESERVES INSTELLINGEN	B83

BIJLAGE 14	FINANCIËLE MUTATIES PER SECTOR SINDS ZORGNOTA 2000	B88
BIJLAGE 15	GEBRUIKTE TERMEN EN HUN BETEKENIS	B240
BIJLAGE 16	LIJST MET AFKORTINGEN	B252

Leeswijzer Zorgnota 2001

Na deze leeswijzer komt in hoofdstuk 1 de beleidsagenda van VWS aan bod. Vervolgens komen in afzonderlijke hoofdstukken de verschillende zorgsectoren aan de orde (hoofdstuk 2 tot en met 7). De hoofdstukken 3 tot en met 7 zijn uniform van opzet: ze beginnen met een terreinbeschrijving, bevatten vervolgens een paragraaf met een evaluatie van het beleid van de afgelopen jaren en eindigen met een paragraaf beleidsvoornemens.

In de paragraaf evaluatie staan de beleidsprestaties op het betreffende terrein. De paragraaf beleidsvoornemens schetst de voor de komende periode ingezette ontwikkeling van het beleid. Hierbij speelt de nadere uitwerking van de meerjarenafspraken voor 2001 een belangrijke rol. De hoofdstukken 8, 9 en 10 zijn sectoroverstijgend. Zij beschrijven respectievelijk de onderwerpen beheer zorgverzekeringen, arbeidsmarktbeleid en financiering van de zorg.

Bij de Zorgnota zijn ook bijlagen uitgebracht, gesplitst in een A-, B-, C- en D-gedeelte. De A-bijlagen horen bij de zorginhoudelijke hoofdstukken 2 tot en met 7; daarin staan onder meer kerncijfers over de deelsectoren. De nummeringen van de A-bijlagen komt dan ook overeen met de hoofdstuknummers uit de Zorgnota.

In de B-bijlagen komen sectoroverstijgende onderwerpen aan de orde, zoals het bouwbeleid. De C-bijlage heeft betrekking op de wijzigingen in uitgaven en financiering per sector sinds de Zorgnota 2000. In de D-bijlage zijn de lijst met gebruikte termen en de lijst met afkortingen opgenomen.

HOOFDSTUK 1 INLEIDING

In dit hoofdstuk geven wij de hoofdlijnen van ons beleid weer. Voor het eerst presenteren wij deze hoofdlijnen in een beleidsagenda. De beleidsagenda treft u aan in paragraaf 1.1. Deze tekst is ook terug te vinden in de ontwerpbegroting VWS 2001. Een tweetal sectoroverstijgende thema's – patiënten- en consumentenbeleid en de ontwikkelingen in de sturing van de zorg – wordt nader uitgewerkt in paragraaf 1.2. Vervolgens worden in paragraaf 1.3 de financiële hoofdlijnen van het beleid samengevat.

1.1 Beleidsagenda

1.1.1 Inleiding

'Zorg voor mensen in een gezonde samenleving' is het motto van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Het Regeerakkoord 1998 brengt het toenemende maatschappelijke belang van gezondheid, welzijn en sport duidelijk tot uitdrukking. Investeren in de kwaliteit van de samenleving, in het behouden en verbeteren van een goede gezondheid en in het tijdig verlenen van goede zorg, is het uitgangspunt van ons beleid.

De Nederlandse samenleving kenmerkt zich in deze tijd door enkele belangrijke ontwikkelingen. Individualisering, verandering van de bevolkingssamenstelling, economische voorspoed, een steeds sterkere internationale context en toenemende technologische ontwikkelingen drukken een stempel op onze samenleving. Vanuit de kansen en bedreigingen die uit deze ontwikkelingen voortvloeien, presenteren wij in deze beleidsagenda onze activiteiten voor de nabije toekomst.

Halverwege deze kabinetsperiode blikken wij terug op de stappen die gezet zijn en kijken wij vooruit naar de komende twee jaar. In die komende twee jaar willen wij, naast het verder aanpakken van bestaande knelpunten, de fundamenten leggen voor een hervorming van het besturings- en verzekeringsstelsel van de gezondheidszorg, zodat het systeem bestand zal zijn tegen de bovengenoemde ontwikkelingen.

Deze beleidsagenda geeft de hoofdlijnen van het te voeren beleid aan, voorzover deze betrekking hebben op de zorg (het BKZ). De verdere hoofdstukken geven gedetailleerder onze voornemens voor komend jaar weer. In het Algemeen Deel van de Memorie van Toelichting van de Begroting 2001 is de integrale beleidsagenda opgenomen. Daarin wordt ook aandacht besteed aan onze beleidsvoornemens voorzover deze betrekking hebben op de budgetdisciplinesector 'rijksbegroting-eng'.

1.1.2 VWS en zijn omgeving

1.1.2.1 Terugblik

Het kabinet is nu halverwege deze regeerperiode. Veel voornemens uit het regeerakkoord zijn op de rails gezet; een aantal plannen staat nog in de steigers. Soms zijn we te kort bezig om concrete resultaten te kunnen vaststellen. Ook de laatste jaren van deze kabinetsperiode zal het regeerakkoord – de meerjarige beleidsagenda van het kabinet – richtinggevend zijn bij het vormgeven van ons beleid en de prioriteiten die wij stellen. De gunstige economische situatie biedt ons de ruimte tot versnelde en zelfs extra intensiveringen, waardoor doelen eerder bereikt kunnen worden. In tabel 1.1 geven wij een overzicht van de intensiveringen in 2001 en 2002. Het gaat daarbij in de eerste plaats om middelen die reeds bij regeerakkoord zijn gereserveerd voor onze sectoren. Daarnaast is dit jaar besloten tot omvangrijke additionele intensiveringen. Met de inzet van deze middelen trachten wij een forse reductie van de wachtlijsten te bereiken. Voor de aanpak van de wachtlijsten en de wachttijden zijn

met de branche- en koepelorganisaties, binnen de context van de meerjarenafspraken, gedetailleerde afspraken gemaakt over de prestaties die gaan worden geleverd. Zo stellen wij de extra middelen voor de sector verpleging en verzorging en de gehandicaptensector alleen beschikbaar voor de aanbieders als zij de productieafspraken die zij met de zorgkantoren maken, daadwerkelijk omzetten in capaciteit: boter bij de vis. De afrekening zal geschieden op basis van de feitelijk geleverde zorg. Ook in de cure-sectoren en de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) zal het uitgangspunt zijn dat met het extra geld meer zorg dient te worden geleverd. Het moet duidelijk zijn dat extra investeringen in bijvoorbeeld het terugdringen van wachttijden, er inderdaad toe leiden dat meer mensen binnen acceptabele tijden die zorg ontvangen waaraan zij behoefte hebben. Om dat goed te kunnen beoordelen wordt dit jaar een registratiesysteem ontwikkeld waarmee wachtlijsten in de verschillende sectoren in kaart kunnen worden gebracht (voor de sector verpleging en verzorging is de omvang van de wachtlijst recent in kaart gebracht) en in de tijd kunnen worden gevolgd. Met de betrokken brancheorganisaties zullen vervolgens aanvullende afspraken worden gemaakt over het beschikbaar stellen van informatie en de verantwoordingsplicht over de inzet van gelden. De verantwoording zal de inzet van alle middelen betreffen: niet alleen de intensiveringen, maar de volledige instellingsbudgetten. Duidelijk moet zijn, én blijven, dat het geld de zorg volgt. Overigens tekent zich de ontwikkeling af dat niet zozeer budgettaire grenzen als wel tekorten op de arbeidsmarkt het knelpunt vormen bij het kunnen leveren van de gevraagde zorg. Dat brengt ons bij onze tweede beleidsprioriteit: de vermindering van de werkdruk van de beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. Wij zullen alles doen wat in ons vermogen ligt om de sector aantrekkelijk te houden om te gaan werken. Zorg is, en blijft immers mensenwerk en de kwaliteit van de gezondheidszorg wordt in belangrijke mate bepaald door de arbeidssatisfactie van de medewerkers. Voldoende gekwalificeerd personeel is onontbeerlijk voor het realiseren van de extra zorg die nodig is om de te lange wachtlijsten in de zorg te bestrijden. Wij werken aan een instrument om beleidsprestaties vast te kunnen stellen. Er wordt een algemene indicator voor werkdruk ontwikkeld die voor alle sectoren kan worden ingezet. Om de werkdruk van huisartsen te verminderen is geld beschikbaar voor de dienstenstructuur en praktijkondersteuning. Naast de inzet van middelen voor de wachtlijsten en de werkdruk is veel extra geld beschikbaar voor uitgaven aan geneesmiddelen en voor ICT.

Tabel 1.1 Volume intensiveringen (in f mln)

	2001	2002
Reeds bij Regeerakkoord gereserveerde middelen		
Tranches 2001 en 2002, BKZ ¹	1.415	2.830
Additionele intensiveringen		
Versnelling capaciteitsuitbreiding cure	10	
Versnelling capaciteitsuitbreiding care	250	
Capaciteitsuitbreiding cure	364	364
Capaciteitsuitbreiding care	259	275
Arbeidsmarktbeleid	207	229
Geneesmiddelen	770	725
<i>Overig</i>		
Indicatiestelling AWBZ	20	20
Beheerskosten zorgkantoren i.v.m. wachtlijstaanpak	45	45
Uitvoeringskosten uitvoeringsinstellingen	27	27
ICT in de zorg	110	
Verhoging zak- en kleedgeld	30	30
Subtotaal additionele intensiveringen	2.092	1.715
Totaal²	3.507	4.545

¹ Het gaat hier om intensiveringen in onder meer verpleging en verzorging, curatieve zorg en genees- en hulpmiddelen.

² Exclusief de incidentele middelen die zijn toegekend voor de vuurwerkcramp Enschede (f 22 mln in 2001 en f 1 mln in 2002).

Onze prioriteiten richten zich niet louter op het inzetten van financiële middelen. In een aantal gevallen gaat het vooral om een betere vormgeving van het beleid. Het kabinet zal het komende jaar dan ook veel energie steken in het verbeteren van de organisatie en de besturing van de zorg, de kinderopvang, de jeugdzorg en de jeugdgezondheidszorg. Een gezamenlijke aanpak met bestuurlijke partners en maatschappelijke organisaties is hierbij noodzakelijk. In paragraaf 1.1.4 geven wij aan welke verdere aanpassingen op het bestuurlijk vlak ons op langere termijn voor ogen staan. Hieronder gaan wij eerst in op de context van ons beleid.

1.1.2.2 De rol van het individu

Burgers zijn in de afgelopen jaren zelfbewuster en kritischer geworden. Ze verlangen, of eisen zelfs, zeggenschap over hun eigen leefsituatie. Deze houding gaat gepaard met een verdergaande individualisering, en in het verlengde daarvan, een toenemende diversiteit aan verlangens, voorkeuren en behoeften. De rijke verscheidenheid aan nationaliteiten, culturen en mensen in Nederland vergroot deze heterogeniteit. Dit is een belangrijk uitgangspunt voor ons beleid. De introductie van het persoonsgebonden budget en de snelle uitbreiding daarvan is een voorbeeld van de wijze waarop wij inspelen op de wens van het individu: een grotere keuzevrijheid. Bij de modernisering van de AWBZ staat een sterkere vraaggerichtheid centraal. Eveneens moet in de jeugdzorg en de kinderopvang een

herdefiniëring van de rollen en de verantwoordelijkheden tot meer op het individu toegesneden zorg of opvang leiden. Ook in het sociaal beleid nemen wij een complex van maatregelen en activiteiten die werkelijke participatie van burgers moeten bevorderen, ook van hen die dat minder makkelijk aangaat.

Niet alleen op het niveau van de individuele burger of zorggebruiker wil het kabinet tegemoet komen aan de behoefte van mensen om zelf invulling te geven aan hun leefsituatie. Ook op landelijk niveau vraagt de mondige burger om inspraak en eventueel om aanpassingen in het beleid. Wij stimuleren dat en doen ook in toenemende mate een beroep op patiënten- of cliëntenorganisaties bij het vormgeven van het beleid. Wij doen dat bijvoorbeeld bij het maken van de meerjarenafspraken op landelijk niveau, maar ook bij het regionaal toedelen van de beschikbare AWBZ-middelen en bij het ontwikkelen van de regiovisie. De bestuurlijke samenstelling van cliëntenorganisaties wisselt echter nogal eens. Daardoor kampen deze organisaties soms met een gebrek aan continuïteit in kennis. Wij vinden het daarom van groot belang deze organisaties goed te faciliteren. Om die reden hebben wij het convenant met het Interprovinciaal Overleg (IPO) en de Nederlandse Patiënten- en Consumentenfederatie ondertekend. Dit convenant beoogt een versterking van de positie van de patiënt op regionaal niveau. Begin 2001 zullen wij daar in een brief over het patiënten- en consumentenbeleid nader op ingaan.

1.1.2.3 *Nederland vergeleken met andere landen*

Recente publicaties van de OESO¹ en WHO² hebben het bestaan van aanzienlijke internationale verschillen in gezondheid en zorg bevestigd. Nederland scoort daarbij op sommige onderdelen beter en op andere slechter dan landen, die in sociaal-economische opzicht redelijk met ons land vergelijkbaar zijn. De relatief langzaam toenemende levensverwachting van Nederlandse vrouwen en de enigszins stagnerende daling van onze zuigelingensterfte zijn voorbeelden van gezondheidsaspecten die om verklaring en actie vragen.

Vermijdbare sterfte wordt door veel verschillende factoren bepaald, uiteenlopend van leefstijlfactoren, sociale factoren en omgevingsfactoren tot directer aan zorggebruik gerelateerde invloeden. Bij veranderingen in de levensverwachting spelen vooral leefstijlfactoren zoals voeding, roken, alcoholgebruik en lichaamsbeweging een rol. De WHO stelt bovendien dat de gezondheid en het welzijn van mensen overal in de wereld afhangt van de kwaliteit en de toegankelijkheid van de gezondheidszorg en voegt daar aan toe dat er in veel landen, ook in Nederland, nog onbenutte kansen liggen.

Enige maanden geleden analyseerde de OESO de financiering en de organisatie van onze zorg. Daarbij komt Nederland er gemiddeld goed vanaf. Wel vindt de OESO dat verzekeraars meer ruimte moeten krijgen om meer zorg te contracteren, als de wachttijden voor geïndiceerde zorg onaanvaardbaar lang blijven. In een recent verschenen rapport van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid³ over onze verzorgingsstaat werden al relevante aspecten van ons zorgstelsel vanuit een internationale sociale context besproken. Hieruit bleek ook dat Nederland in vergelijking met andere landen gunstig scoort op toegankelijkheid van het zorgstelsel en op de gezondheidssituatie in het algemeen. De Raad voor de Volksgezondheid en Zorg (RVZ)⁴ concludeerde enige tijd geleden dat er sprake is van een sterker wordende invloed van de Europese Unie op het gebied van de gezondheidszorg, bijvoorbeeld ten aanzien van medicijnen, apparatuur en hulpmiddelen, opleidingen en arbeidsvoorwaarden. Ook dit maakt het scheppen van een helder internationaal perspectief belangrijk. Een aantal rapporten en studies – onder meer die van de OESO en de WHO – vormt hiertoe een belangrijke

¹ *A System of Health Accounts*, OECD, Parijs, mei 2000.

² *World Health Report 2000*, WHO, Genève, juni 2000.

³ *De Nederlandse verzorgingsstaat, sociaal beleid en economische prestaties in internationaal perspectief*, Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Den Haag, juni 2000.

⁴ *Europa en de gezondheidszorg*, Raad voor de Volksgezondheid en Zorg, Zoetermeer, december 1999.

inspiratiebron. Door vergelijkingen met andere landen wordt ons immers duidelijk wat wij goed doen en wat wij beter moeten gaan doen. Wij moeten leren van de ervaringen van omringende landen. Wij zijn daarom van plan om de eerdergenoemde internationaal vergelijkende rapporten naast elkaar te leggen en grondig te analyseren. Het resultaat daarvan zal rond de jaarwisseling aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Overigens bevat ook het Sociaal en Cultureel Rapport, dat in september verschijnt, veel internationale vergelijkingen die van belang zijn voor de context waarin wij ons beleid gestalte geven. De vergelijking met het buitenland geeft daarnaast aan dat volksgezondheidsbeleid en gezondheidsbevordering meer aandacht verdienen. Het accent in discussies ligt vaak sterk op voorzieningen, waarbij gemakkelijk over het hoofd wordt gezien dat met gezondheidsbescherming en bevordering (ook) nog veel winst is te boeken. Deze beleidsagenda speelt daarop in. Voor het bevorderen van de algemene gezondheidstoestand van de bevolking neemt de invloed van goede zorgvoorzieningen enigszins af. Voor zieken, met name chronisch zieken, ouderen en gehandicapten, blijft de betekenis van een goede gezondheidszorg daarentegen onverminderd hoog.

1.1.2.4 De gevolgen van economische voorspoed

De economische groei in Nederland is nu al een aantal jaren achtereenvolgend uitzonderlijk hoog. Veel bedrijven, organisaties en instituties draaien al lange tijd 'op volle toeren'. Van de medewerkers wordt elke dag een grote betrokkenheid en een hoge inzet verwacht. Een goede gezondheid van de bevolking is in dat licht een belangrijke voorwaarde voor economische groei. Ook de Wereldbank deelt deze mening en getuigt van een veranderende visie op gezondheid en gezondheidszorg. Wereldwijd wordt de gezondheidszorg steeds minder gezien als een kostenpost en steeds meer als een nuttige investering. Ook in Nederland tekent zich deze omslag in het denken af. De huidige economische situatie wordt gekenmerkt door aan de ene kant een krappe arbeidsmarkt en aan de andere kant een hoog ziekteverzuim en een groot aantal arbeidsongeschikten. Gezondheidsbevordering en preventie, en zonnig goede curatieve zorg, leveren een belangrijke bijdrage aan het oplossen van deze knelpunten. Dit verklaart ook de grote belangstelling van werkgevers voor een goede, op de vraag toegesneden volksgezondheid- en gezondheidszorgbeleid.

De gunstige economische omstandigheden hebben ook gevolgen voor het beleid dat het kabinet wil voeren. Zo brengt de groei van de welvaart steeds meer voorzieningen en activiteiten binnen het bereik van steeds meer mensen. In materiële zin lijken er voor velen geen belemmeringen te zijn om behoeften te bevredigen; mensen kopen wat ze willen hebben. Deze ervaringen worden ook op de overheid geprojecteerd: zodra er een behoefte aan zorg ontstaat – door ziekte, gebrek, of anderszins – eist de burger dat adequaat in die zorgbehoefte wordt voorzien. Cliënten en patiënten ervaren het ontbreken van voldoende keuzemogelijkheden steeds meer als een gebrek en burgers accepteren niet langer dat zorg niet tijdig wordt geleverd. Burgers eisen dat hun verwachtingen worden waargemaakt, of anders gezegd: burgers eisen waar voor hun (premie-) geld, desnoods bij de rechter. Ook werkgevers zoeken nieuwe wegen om snelle en adequate zorg voor zieke en arbeidsongeschikte werknemers te kunnen waarborgen. Budgettaire beperkingen worden daarbij steeds minder als verklaring voor uitblijvende zorg geaccepteerd. 'Er is geld op zoek naar zorg', wordt steeds vaker gehoord.

Er is echter een toenemende spanning tussen de vraag naar zorgen welzijnsdiensten en onze mogelijkheden om hieraan, op basis van de huidige collectieve financiering, tegemoet te komen. Deze spanning vraagt om beleid dat méér wordt gestuurd door de reële vraag dan door de wens om de kosten zoveel mogelijk te beperken. Anders gezegd: de

capaciteit moet dichter bij de vraag worden gebracht. Doen wij dat niet, dan dreigt de ontwikkeling van een alternatief privé-gefinancierd aanbod naast het collectief gefinancierde zorgaanbod. Tegelijkertijd blijft de doelmatigheid van de zorgverlening een cruciale voorwaarde om de uitgaven te beheersen en zodoende de essentiële zorg voor iedereen bereikbaar te houden. Dit geldt ook bij een meer door de vraag gestuurde capaciteitsontwikkeling.

De huidige economische groei heeft ook een schaduwzijde. De krapte op de arbeidsmarkt en de oplopende werkdruk voor de medewerkers in de gezondheidszorg zijn daar voorbeelden van. Pijnlijk is dat door de voor velen toegenomen welvaart het contrast tussen hen die meegroeien en degenen voor wie dat moeilijker is, scherper wordt. Een samenleving met een hoge sociale kwaliteit moet de ruimte bieden aan alle burgers om daarin een rol te spelen. Investerings in de sociale infrastructuur, in jeugd, minderheden en achterstandswijken zijn daarom naar onze mening van groot belang. Gelukkig bieden de economische omstandigheden ook de ruimte om extra geld in te zetten om de participatie en integratie van deze mensen in de samenleving te bevorderen. Het gaat daarbij ook om het verkleinen van sociaal-economische (gezondheids-)verschillen door een combinatie van direct gezondheidsbeleid en facetbeleid (onderwijs, huisvesting, milieu, leefomgeving en inkomen). Dat vereist een actieve, open opstelling naar andere beleidsterreinen en het maken van afspraken om te komen tot optimale onderlinge afstemming. Het kabinet heeft hiertoe extra geld vrijgemaakt voor onder meer vroeg- en voorschoolse educatie, kinderopvang, jeugdgezondheidszorg en algemeen maatschappelijk werk.

1.1.3 *Activiteiten in 2001*

In deze paragraaf gaan wij nader in op onze activiteiten en voornemens in de komende jaren. In paragraaf 1.1.3.1 gaan wij in op het volksgezondheidsbeleid. Onze voornemens ten aanzien van de gezondheidszorg bespreken wij in paragraaf 1.1.3.2. Hierbij wordt ook aandacht besteed aan de informatievoorziening, technologische ontwikkelingen en de arbeidsmarktbeleid.

1.1.3.1 *Volksgezondheid: naar een gezondere bevolking*

De onderwerpen waar VWS voor staat, raken alle inwoners van ons land. Gezondheid staat bij hen hoog op de agenda. Een goede gezondheid is van vele factoren afhankelijk, erfelijke factoren, maar ook gedrags- en sociale factoren. In een goed volksgezondheidsbeleid is aandacht voor al deze factoren afzonderlijk en in hun onderling verband van belang. Onvermijdelijk is dat mensen ondanks dit beleid toch op zorgvoorzieningen zijn aangewezen. De aandacht daarvoor lijkt wel eens de aandacht voor volksgezondheid in het algemeen te overschaduwten. In deze beleidsagenda wordt mede daarom het onderscheid nog eens extra belicht. Eerst bespreken wij het volksgezondheidsbeleid, te weten het beleid gericht op het bevorderen van de algemene gezondheidstoestand, het bevorderen van gezond gedrag, het wegnemen of terugdringen van gezondheidsbedreigende factoren en het waar mogelijk beschermen tegen schadelijke invloeden. Daarbij hanteren wij twee uitgangspunten: het behouden van reeds behaalde gezondheidswinst en het versterken van de aandacht voor gebieden met de grootste nog te behalen gezondheidswinst.

Eerst enkele kenmerken van preventie en gezondheidsbevordering: preventie maatregelen komen niet altijd op basis van een specifieke vraag tot stand. Zij zijn niet voor elk individu even effectief, maar voor de bevolking als geheel leveren zij een grote gezondheidswinst op. Voorts is

preventie per Qaly (Quality adjusted life year) relatief goedkoop. In het gezondheidszorgbeleid gaat het vervolgens om de kwaliteit, kwantiteit en financiering van de zorgvoorzieningen.

Een goede volksgezondheid is om individuele, sociale, en economische redenen van belang. Wat de laatste betreft, geldt dat het behouden en bevorderen van de gezondheid van werkenden een gedeelde verantwoordelijkheid is van de overheid, werkgevers, werknemers, arbodiensten en de preventieve en curatieve gezondheidszorg. Wij streven naar een verdere integratie van preventie, begeleiding, behandeling en reïntegratie van (zieke) werknemers. Daarbij richten wij ons op de volgende activiteiten: het verbeteren van de samenwerking tussen de arbosector en de preventieve en curatieve zorgsector; op een toegankelijke kennisinfrastructuur; op een verdere professionalisering van de bedrijfs- en verzekeringsgeneeskunde; op het versterken van de positie van chronisch zieken en arbeidsgehandicapten op de arbeidsmarkt; en op het stimuleren van gezondheidsbevordering op de werkplek.

Er is vaak een relatie tussen ziekteverzuim en psychische aandoeningen. Maar er is nog weinig bekend over preventie, zorg, begeleiding en reïntegratie bij ziekte of uitval uit arbeid om psychische redenen. Daarom hebben we, samen met staatssecretaris Hoogervorst van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, de Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid – onder leiding van mr. J.P.H. Donner – ingesteld. Deze commissie analyseert dit vraagstuk en zorgt ervoor dat betrokken partijen afspraken voor verbetering maken. Een eerste analyse van de problematiek is inmiddels verschenen. De commissie werkt intussen met alle betrokkenen verder aan meerjarenafspraken op dit terrein.

Uit internationaal vergelijkende studies blijkt dat er grote verschillen in de levensverwachting van de bevolking tussen landen zijn, maar ook binnen landen. Zo blijkt uit nationale studies dat er in Nederland nog steeds relatief grote sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn. Mensen met een lage opleiding leven gemiddeld 3,5 jaar korter dan mensen met een hogere opleiding. Bovendien brengen laagopgeleiden bijna twaalf jaar minder door in goede gezondheid dan hoger opgeleiden. In bepaalde wijken van grote steden concentreren zich groepen met een gezondheidsachterstand. Met name bij allochtonen is deze concentratie zichtbaar. Voor de Volksgezondheidstoekomst Verkenningen (VTV 2002) wordt de gezondheid van de bevolking in de grote steden in kaart gebracht. Tevens gaan wij na op welke wijze gezondheidsbeleid een plaats kan krijgen in het grotestedenbeleid. Eerder, in het najaar van 2000, zal de Commissie Albeda ons adviseren hoe wij de verschillen in gezondheid tussen sociaal-economische klassen kunnen verkleinen. Daarbij gaat het niet alleen om VWS-beleid, maar vooral om zaken als onderwijs, werk, inkomen en woon- en leefomgeving.

De grote verschillen geven aan hoe belangrijk het is om gezond gedrag te stimuleren. Daarbij gaat het om meer bewegen, niet roken, matig alcoholgebruik, veilig vrijen, gezonde voeding en veiligheid in en rond het huis.

De hoeveelheid lichaamsbeweging neemt met name bij jongeren tussen de twaalf en de achttien drastisch af. Terwijl bewezen is dat beweging goed is voor lijf en leden, voldoet slechts 30% van de Nederlandse bevolking aan de norm van vijf keer per week minstens dertig minuten matig intensieve activiteiten. Wij willen een campagne starten om bewegen te stimuleren. Ook met het project Jeugd in Beweging hopen wij jongeren te stimuleren meer en blijvend sportactiviteiten te ontplooien. Overigens ondernemen ook gemeenten, op basis van de Breedtesportregeling, activiteiten om jeugdigen aan te sporen tot meer bewegen. Al met

al willen wij bereiken dat een aanzienlijk hoger percentage aan de genoemde norm voldoet; in 2004 zou dat circa 40% moeten zijn. Een belangrijke oorzaak van de relatief niet sterk stijgende levensverwachting is het roken. We ondervinden nu de gevolgen van het grote tabaksgebruik in het verleden. Het tabaksgebruik is gelukkig wel iets afgenomen, maar met name onder vrouwen en jongeren is weer sprake van een stijging. Die zal onvermijdelijk leiden tot een scherpe stijging van aan roken gerelateerde kwalen, zoals hart- en vaatziekten, longkanker en andere luchtwegziekten.

In het regeerakkoord is een intensivering van het tabaksontmoedigingsbeleid afgesproken. Inmiddels is een voorstel tot wijziging van de Tabakswet gereed voor behandeling in de Tweede Kamer. Met deze wijziging kan een wezenlijke stap worden gezet ter bescherming van niet-rokers en preventie onder de jeugd. Het kabinet komt binnenkort met een tweede wijzigingsvoorstel van de Tabakswet (reclamebeperking als invulling van EU-regelgeving). Komend voorjaar sturen wij de Tweede Kamer de Tabaksnota II waarin alle beleidsinstrumenten aan de orde komen, aangevuld met alternatieve maatregelen. In het bijzonder voorlichting en preventie en het bevorderen van stoppen met roken krijgen daarbij onze aandacht. Ons doel is om het aantal rokers te reduceren van 34% naar 28% in 2004. Daarbij gaat onze aandacht vooral uit naar reductie bij jongeren; één op de twee achttienjarigen rookt namelijk.

Ook het tegengaan van overmatig alcoholgebruik is een van de prioriteiten uit het regeerakkoord. Circa 85% van de volwassen bevolking gebruikt alcohol; 9% behoort tot de probleemdrinkers. Onlangs is de Drank- en Horecawet aangescherpt met enkele matigingsbepalingen. De gewijzigde wet zal naar verwachting dit najaar ingaan. Verder is het NIGZ op ons verzoek gestart met twee campagnes om alcoholmisbruik onder jongeren te beperken. Bovendien is via Postbus 51 een massamediale voorlichtingscampagne gevoerd, gericht op volwassenen. Eind 2000 zal een nieuwe integrale Alcoholnota aan de Tweede Kamer worden aangeboden. In deze nota zullen alle beleidsinstrumenten van het alcoholmatigingsbeleid aan de orde komen.

De individuele burger kan veel doen op het gebied van veiligheid. Het bevorderen van veilig vrijen, waaronder het promoten van condoomgebruik, is van belang voor de preventie van SOA. Landelijk wordt hier aandacht aan besteed via massamediale voorlichting. Daarnaast vinden regionale activiteiten plaats. Doelstelling is om het veilig vrijen bij wisselende seksuele contacten te bevorderen van 73% in 1999 tot 77% in 2002. Dit geldt zowel voor Nederlanders van allochtone als autochtone afkomst.

In de privé-sfeer en tijdens sportbeoefening gebeuren veel ongevallen. Het aantal ongevallen dat bij kinderen en ouderen tot ziekenhuisbehandeling leidde, is de afgelopen jaren met 15% gestegen. Dit aantal mag niet verder stijgen.

Voor iedere burger is gezonde voeding een belangrijke factor om gezondheid te behouden en te bevorderen. Dit betreft zowel de samenstelling van de maaltijd als de kwaliteit van de producten zelf. De samenleving verwacht van de overheid dat zij toeziet op de kwaliteit en de veiligheid van het voedsel. De dreiging van incidenten versterkt deze verwachting alleen maar. Het is onze verantwoordelijkheid de burger de veiligheid van producten te garanderen. Met onze collega's van het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij (LNV) werken wij aan een kadernota Voedselveiligheid. Daarin komt onder meer de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en bedrijfsleven en het stroomlijnen van de controle op levensmiddelen aan de orde. Wij sturen de Tweede Kamer deze nota begin 2001 toe. Ook onderzoeken wij samen met LNV de realisatie van één voedselcontrolebureau. In dit kader vindt tevens een

analyse van hiaten in de wet- en regelgeving plaats. De kadernota is bepalend voor de Nederlandse inbreng in Brussel bij de bespreking van het Witboek voedselveiligheid.

Wat betreft de samenstelling van de maaltijd geldt dat een toenemend aantal Nederlanders geconfronteerd wordt met de gevolgen van een slecht voedingsen bewegingspatroon. Deze gevolgen kennen twee uitersten. Aan de ene kant lijdt een groeiend aantal mensen aan obesitas. 40% van de Nederlanders boven de twintig jaar is te zwaar. Bij 9% is er zelfs sprake van ernstig overgewicht. Als wij nu niets doen, lijdt over dertig jaar een meerderheid van de bevolking aan overgewicht, met alle gezondheidsproblemen van dien. Aan de andere kant lijdt een toenemend aantal mensen in Nederland, met name ouderen, aan ondervoeding. Bij niet-poliklinische ziekenhuisgrepen leidt dit bijvoorbeeld tot langere opnames. Gezond eten, dat wil zeggen minder vet eten, en voor ouderen vooral een rijker dieet, moet dan ook worden gestimuleerd. In de nota *'Nederland: Goed gevoed'*, die wij naar de Tweede Kamer hebben gestuurd, schetsen wij de maatregelen op dit terrein.

Resumerend:

	Nu	Streefcijfer	Termijn
	circa	circa	
Voldoende bewegen	30%	40%	2004
Roken	34%	28%	2004
Probleemdrinkers	9%	8%	2004
Veilig vrijen	73%	77%	2002
Ongevallen (in aantallen)	1,1 mln	1,1 mln	2002
Te vet eten (verzadigd vetiname)	14%	12%	2002

Voor een goed volksgezondheidsbeleid is de openbare gezondheidszorg van groot belang. Het accent ligt daarbij op het lokale en regionale niveau. Door uitvoering van de adviezen van de Commissie Lemstra wordt hieraan een belangrijke impuls gegeven. Het verhogen van de kwaliteit en slagvaardigheid van GGD-en krijgt hierbij de nodige aandacht. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) vormt in de openbare gezondheidszorg een belangrijk element. Een gedegen JGZ draagt bij aan de algehele volksgezondheid. Het kabinet streeft ernaar de huidige verschillen in invulling van de zorg voor onze jeugd te overbruggen en één toegankelijk systeem te ontwerpen, waarvoor de verantwoordelijkheid op gemeentelijk niveau komt te liggen. In dit gemoderniseerde stelsel schrijft de rijksoverheid voor welke activiteiten onder regie van de gemeenten verplicht moeten worden aangeboden in het kader van de JGZ. Het gemoderniseerde JGZ-stelsel zal worden verankerd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv).

Bijzondere aandacht in ons volksgezondheidsbeleid gaat uit naar het bestrijden van infectieziekten. De afgelopen tijd hebben zich diverse incidenten voorgedaan. De legionella-besmettingen staan nog vers in het geheugen. Aan de ene kant maken deze incidenten duidelijk dat infectieziekten niet overwonnen zijn, maar een reële bedreiging blijven vormen. Aan de andere kant laten deze gebeurtenissen zien dat – bij de bestrijding van infectieziekten – de verantwoordelijkheden van internationale organisaties, de landelijke en de lokale overheid beter kunnen en moeten worden afgebakend. In 2001 komt het kabinet met een nota over dit onderwerp. Hierin zullen ook de prioriteiten op het gebied van vaccinatie aan de orde worden gesteld.

Bij gezondheidszorg gaat het niet om de bevordering van de algemene gezondheidstoestand, maar om het geheel van voorzieningen dat nodig is als iemand zorg nodig heeft. Een van onze hoofddoelstellingen is en blijft een adequaat stelsel van zorgvoorzieningen. Wij willen burgers tijdig die zorg en diensten verlenen waarvoor zij verzekerd zijn en waarop zij recht hebben. Voldoende capaciteit en keuzemogelijkheid zijn daarbij centrale begrippen, gekoppeld aan optimale doelmatigheid. Op de langere termijn vereist dit een gewijzigde inrichting van ons zorgstelsel (zie ook paragraaf 1.1.4.1) Een van de belangrijkste ontwikkelingen van de afgelopen jaren betreft de veranderende rol van de patiënt die, terecht, steeds meer het karakter krijgt van cliënt of kritische consument. Deze ontwikkeling heeft grote, overwegend positieve consequenties en die willen wij dan ook stimuleren.

Het is onze ambitie om aan het eind van deze kabinetsperiode een forse stap te hebben gezet op weg naar aanvaardbare wachttijden, zowel in de care (verpleging en verzorging, gehandicaptenzorg, GGZ) als in de cure (ziekenhuizen, medisch specialisten). Wij stellen hier veel extra middelen voor beschikbaar. Naast de eerder in het regeerakkoord gereserveerde middelen voor de reductie van de wachtlijsten komt in 2001 voor de curesectoren structureel f 364 mln extra beschikbaar; voor de caresectoren is dat f 259 mln extra in 2001 en f 275 mln vanaf 2002.

Wachttijden – levertijden – zijn de resultante van enerzijds de vraag naar en anderzijds de beschikbare capaciteit van voorzieningen. Beide factoren zijn complexe grootheden waarvoor geldt dat de beschikbare informatie vaak (nog) niet adequaat is. Wat de vraag – de behoefte – betreft, is in de sector verpleging en verzorging inmiddels een grote slag gemaakt door het opschonen van de wachtlijsten. Wij hebben daardoor nu een betrouwbaar, zij het verontrustend, beeld van de situatie. Eenzelfde opschoningsactie gaan wij dit najaar maken voor de gehandicaptensector respectievelijk de GGZ. In het kader van het Treekoverleg zijn de zorgverzekeraars en zorgaanbieders streefnormen voor acceptabele wachttijden overeengekomen. In het najaar zullen zij hierover in overleg treden met de zorgvragers. Gelijktijdig wordt door ons bezien hoe deze overeengekomen streefnormen input kunnen vormen voor een wettelijke verankering van redelijke levertijden in de care.

Voor de capaciteitsvergroting in de verpleging en verzorging is in het regeerakkoord veel extra geld vrijgemaakt. Bovenop dat bedrag is inmiddels opnieuw extra geld ter beschikking gekomen, zodat de wachtlijsten verder kunnen worden gereduceerd. Daarnaast speelt de Taskforce wachtlijsten een belangrijke rol bij het stimuleren van alternatieve wegen om tot extra zorg te komen voor de drie genoemde sectoren. Tot slot hebben wij in de plannen van aanpak wachtlijsten voor zowel de sector gehandicapten als de sector verpleging en verzorging – en binnenkort ook voor de GGZ een ‘totaalpakket’ aan maatregelen benoemd waarmee wij de wachttijden uiteindelijk tot een acceptabel niveau willen terugbrengen.

De verantwoordelijkheid voor een goede aansluiting van vraag naar en aanbod van zorg in de regio en daarmee de aanpak van de wachtlijsten ligt bij het zorgkantoor. Om de toebedeelde verantwoordelijkheid naar behoren te kunnen uitvoeren is een versterking van de zorgkantoren noodzakelijk. Hiervoor worden extra middelen beschikbaar gesteld. Om de kwaliteit van het proces van indicatiestelling te verbeteren zal er worden geïnvesteerd in de indicatieorganen. Vanaf 2001 is er structureel f 20 mln beschikbaar gesteld voor een verbetering van de kwaliteit in de indicatiestelling. In het jaar 2000 zullen incidenteel extra middelen ingezet worden voor een herindicatie-operatie in het kader van de wachtlijstaanpak en voor het oplossen van een aantal knelpunten.

In de curatieve sector zijn inmiddels ook diverse stappen gezet om tot een betere informatievoorziening te komen. Er is voor ziekenhuizen een uniform registratiesysteem van wachtlijsten en wachttijden ontwikkeld. Ook maken ziekenhuizen hun wachttijden bekend op Internet. De uitvoering hiervan behoeft overigens nog wel verbetering, hoewel niet te voorkomen is dat indicatiecriteria die medisch specialisten hanteren enig verschil zullen blijven vertonen.

De vraag naar medisch specialistische hulp blijft groeien. Een van de oorzaken hiervan is dat operatieve ingrepen tot op steeds hogere leeftijd kunnen worden verricht. Het gaat dan vaak om ingrepen die de persoon in kwestie langer zelfredzaam maken, zoals vervanging van heup- en kniegewrichten. Zulke ingrepen leiden tot besparingen in verpleging en verzorging en zijn om die reden ook toe te juichen. Mede als gevolg van deze ontwikkeling is er echter nog steeds een duidelijke spanning tussen aanbod en vraag in de curatieve zorgsector. Het plan van aanpak van het Platform wachttijden is erop gericht om deze spanning sterk te verminderen: de eerste effecten zijn inmiddels zichtbaar. Maar daarnaast vraagt ook het structurele capaciteitstekort om een oplossing. Wij hebben daartoe f 150 mln vrij gemaakt opdat het aantal medisch specialistenplaatsen kan worden uitgebreid. Daarnaast stellen wij f 150 mln beschikbaar ten behoeve van de ziekenhuiszorg in brede zin. Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het overbruggen van de zogenoemde zorgkloof en kan ook feitelijk gewerkt gaan worden aan een verkorting van de wachttijden. De capaciteit binnen de huisarts- en ziekenhuiszorg wordt niet alleen bepaald door de financiële ruimte, maar ook door de beschikbaarheid van mensen. De wens van steeds meer mensen om parttime te werken en de krapte op de arbeidsmarkt werken belemmerend op het uitbreiden van de capaciteit. De aantrekkelijkheid en doelmatigheid in de curatieve sector kan door diverse maatregelen worden versterkt. Wij denken daarbij niet alleen aan een verbetering van de secundaire arbeidsvoorwaarden (verlof Faciliteiten, kinderopvang, buitenschoolse opvang en een flexibele vorm van 24-uurs opvang), maar ook aan nieuwe functies voor verpleegkundigen (praktijkverpleegkundige, nurse practitioner), aan een verkorting van de opleiding tot basisarts én tot medisch specialist en aan de invoering van de functie ziekenhuisarts. Hierover wordt momenteel overleg gevoerd door de betrokken instanties. Eerst na advisering door het Capaciteitsorgaan in 2001 zullen wij hierover rapporteren. Het verbeteren en moderniseren van de (logistieke) organisatie van de zorgverlening draagt ook bij aan het oplossen van de genoemde spanning tussen vraag en aanbod. De diverse zorgvormen dienen optimaal op elkaar te worden afgestemd om een snellere behandeling en doorstroming van patiënten mogelijk te maken, maar ook om behandeling en verzorging dicht bij huis of zelfs thuis te realiseren. Wat betreft de ziekenhuissector maken wij met de versnelling van de invoering van een systeem van producttypering een eerste stap op weg naar meer transparantie. Dit jaar moet er zicht komen op de inhoudelijke belemmeringen om tot invoering over te gaan; tegelijkertijd willen wij duidelijkheid creëren over de invoeringsdatum van het nieuwe bekostigingssysteem. Maar ook andere ontwikkelingen, zoals die naar het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf en de vorming van samenwerkingsverbanden in de eerste lijn dragen bij aan een verdere verbetering van de organisatie van de zorgverlening. Dat alles met het doel om de zorgvrager te omringen met kwalitatief hoogstaande zorg, geleverd door een efficiënt en kostenbewust netwerk van zorgaanbieders.

In de GGZ concentreren wij ons naast de aanpak van de wachtlijsten op de versterking van de eerstelijnszorg, waar het grootste deel van de mensen die kampen met psychische en psychosociale problemen wordt opgevangen. De behoefte aan en de vraag naar GGZ neemt toe en wijzigd

als gevolg van demografische en maatschappelijke ontwikkelingen. Wij hebben de Commissie Kuypers gevraagd een analyse uit te voeren naar de oorzaken die leiden tot de groeiende hulpvraag in de GGZ. De commissie zal ook aanbevelingen doen over de wijze waarop wij de geestelijke volksgezondheid kunnen verbeteren. De commissie brengt begin 2001 een eindrapportage uit.

Het versterken van de eerstelijnszorg vullen wij in door het vergroten van de capaciteit en de toegankelijkheid, het verbeteren van de samenwerking en het bevorderen van de deskundigheid en kwaliteit. In lijn met de motie Melkert c.s.¹ wordt momenteel gewerkt aan de versterking van de eerstelijns psychische zorg. Inmiddels is aan circa 500 gemeenten een uitkering van in totaal f 25 mln verstrekt voor de uitbreiding van het maatschappelijk werk. Deze gemeenten stellen – conform de voorwaarden in de Stimuleringsregeling AMW – ook eigen middelen beschikbaar en geven daarmee invulling aan de afspraak in het Bestuursakkoord Nieuwe Stijl (BANS). De resterende f 15 mln zetten wij in om de samenwerking tussen de eerstelijnsparitijen te versterken. Het onderzoek naar de (financiële) toegankelijkheid van eerstelijns psychologen wordt in december 2000 afgerond. De resultaten hiervan zullen wij betrekken bij onze standpuntbepaling over de hulp door eerstelijns psychologen in het verzekeringsstelsel. Ten slotte zullen wij dit jaar beslissen over de aard en vorm van de consultatie van de gespecialiseerde GGZ door de beroepsgroepen uit de eerste lijn.

Een adequaat stelsel van zorgvoorzieningen en voldoende capaciteit heeft ook betrekking op de forensisch-psychiatrische zorg. Recente gebeurtenissen hebben geleid tot een versterkte aandacht voor mensen met een psychische stoornis die ernstige misdrijven begaan. Wij hebben daarom gekozen voor een extra impuls voor de forensische psychiatrie, namelijk f 24 mln in 2001 en f 40 mln in 2002. Door de psychiatrische hulpverlening aan psychisch gestoorde gedetineerden tijdens hun detentie uit te breiden en te verbeteren, het aantal speciale plaatsen voor de forensisch-psychiatrische zorg in GGZ-instellingen uit te breiden en de nazorg aan psychisch gestoorde (ex-) delinquenten te verbeteren, geven wij invulling aan hun recht op psychische zorg en hopen wij tevens een bijdrage te kunnen leveren aan het voorkomen van recidive en aan de preventie van criminaliteit. Met de inzet op de verbetering van de psychiatrische zorg aan jeugdigen (tussen twaalf en achttien jaar) hopen wij op latere leeftijd langdurige, intramurale forensische zorg te voorkomen. Najaar 2000 zullen wij u nader informeren over de uitbreiding van de capaciteit van de forensische zorg.

Kenmerkend voor de hierboven genoemde ontwikkelingen in de verschillende sectoren is dat de zorgverzekeraars een steeds grotere verantwoordelijkheid voor de (regionale) toedeling van de middelen zullen krijgen. Het Rijk houdt vanzelfsprekend wel de verantwoordelijkheid voor het vaststellen van de wettelijke kaders en de verdeling van de middelen over de diverse sectoren.

1.1.3.3 Informatievoorziening

De zorg kan worden getypeerd als een informatieverwerkend systeem. Informatie is immers een onmisbaar element in het zorgproces. Het is daarom opvallend dat informatie- en communicatietechnologie (ICT) in de zorg vooralsnog een relatief bescheiden plaats in neemt. Naar verwachting zal dat de komende jaren fors veranderen. Omdat dit ook de zorg ten goede zal komen, stimuleren wij dat met grote kracht. Een voorbeeld van een toepassing van ICT in de zorg is de oprichting van het Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC). Het HIC wordt een kenniscentrum vóór en dóór

¹ Tweede Kamer, 1999/2000, 26 800, nr. 8.

het veld en is bedoeld om de transparantie in de hulpmiddelensector te vergroten en de vraagzijde te versterken.

Het verbeteren van de zorgkwaliteit wordt ook bevorderd door een – ongeacht tijd en plaats – toegankelijk elektronisch patiëntendossier (EPD) en een toenemend gebruik van elektronische informatievoorziening en consultatie. Daarnaast biedt een brede toepassing van ICT in de zorg mogelijkheden om beter zicht te krijgen op de beschikbare capaciteit en om vraag en aanbod beter op elkaar af te stemmen. Bij de aanpak van de wachtlijstenproblematiek willen wij deze mogelijkheden ten volle benutten.

Het ICT-platform voor de zorg (IPZ) is, onder leiding van de heer L.C. Brinkman, de afgelopen tijd meer en meer gaan fungeren als een bestuurlijk afstemmingsoverleg tussen de vele initiatieven die op dit terrein zijn ontstaan.

Hoewel het IPZ is opgezet in het kader van de meerjarenafspraken voor de cure, vindt geleidelijk aan een verbreding plaats naar de care-sectoren. Zo is kort geleden bijvoorbeeld de Landelijke Vereniging van Thuiszorg tot het IPZ toegetreden. Het is een ontwikkeling die wij van harte ondersteunen. In het IPZ is het afgelopen jaar overeenstemming bereikt over de wijze waarop het EPD breed in de gezondheidszorg kan worden ingevoerd.

Ook het kabinet onderschrijft het belang van het toepassen van ICT in de zorg en heeft besloten hiervoor extra geld uit te trekken: twee keer f 110 mln, in 2000 en 2001. Met deze middelen wordt een injectie gegeven aan een aantal voorwaardenscheppende zaken, zoals standaardisatie en infrastructuur. De sterke versnippering, die tot dusver een kenmerk is van ICT in de zorg, zal door gerichte investeringen plaats maken voor een kader waarin deelactiviteiten elkaar kunnen versterken. Een betrouwbare informatievoorziening is ook een cruciale voorwaarde voor het afleggen van verantwoording door de sector over de besteding van publieke middelen.

1.1.3.4 Technologie: mag alles wat kan?

De effecten van de voortschrijdende technologisering gaan veel verder dan toepassingen van ICT in de zorg; in feite is technologie niet meer weg te denken uit ons dagelijks leven. Sommige technologische innovaties stuiten echter op maatschappelijke weerstand. Niet altijd is datgene wat kán, ook zonder meer gewenst. Het kabinet hecht eraan het maatschappelijk debat over waarden en normen zorgvuldig te voeren. Niet alleen om inzicht te krijgen in de maatschappelijke issues, maar ook om te zoeken naar draagvlak voor keuzes, bijvoorbeeld op het gebied van medische ethiek.

Het terrein van de medische ethiek heeft zich de afgelopen decennia aanzienlijk verbreed. Ontwikkelingen op het gebied van de genetica zullen naar verwachting binnen afzienbare tijd gevolgen hebben voor de gezondheidszorg en voor de positie van patiënt en consument. Wij achten het van belang dat de implicaties en de reikwijdte van die ontwikkelingen tijdig worden onderkend, zodat waar nodig maatregelen kunnen worden getroffen om die ontwikkelingen in goede banen te leiden. Daarom sturen wij dit najaar een beleidsnota over de toepassing van genetica in de gezondheidszorg naar de Tweede Kamer.

Ethiek wordt ook steeds meer herkend als een integraal onderdeel van individuele zorg. In de dagelijkse praktijk komen met name bij chronisch zieken en wilsonbekwame patiënten situaties voor waarbij waarden en normen in het geding zijn. Het herkennen van dergelijke situaties en het ontwikkelen van handvatten om hier op een goede manier mee te leren omgaan, is een belangrijk onderwerp van studie en onderzoek van de zorgethische stroming binnen de medische ethiek. Wij hechten veel belang aan verder onderzoek op dit gebied om de kwaliteit van de

hulpverlening te verbeteren. Daarom faciliteren wij het NWO-onderzoekprogramma 'Ethiek en Beleid' en hebben wij de RVZ gevraagd een advies uit te brengen. Dit advies is inmiddels verschenen, ons standpunt bereikte de Tweede Kamer in april.¹ Het komende begrotingsjaar zal het kabinet een aantal belangrijke wetsvoorstellen uitbrengen: het Wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's, het Wetsvoorstel zeggenschap lichaamsmateriaal en een Tijdelijk verbod Xenotransplantatie. Van het Wetsvoorstel toetsing levensbeëindigend handelen op verzoek en hulp bij zelfdoding ontving de Tweede Kamer in juli de nota naar aanleiding van het Verslag.

Ook biotechnologie vergt veel aandacht. Enerzijds dienen de kansen van innovatieve ontwikkelingen in de geneeskunde verhelderd te worden, anderzijds moet aan de ethische aspecten aandacht geschonken worden. Zulke aspecten zijn bijvoorbeeld aan de orde bij kiembaangetherapie en bij xenotransplantatie. Ook de productie van genetisch gemodificeerde levensmiddelen is onderwerp van dit debat. Ten aanzien van genetisch gemodificeerde organismen (ggo's) in de voeding gelden als uitgangspunten van het beleid dat deze veilig moeten zijn voor de consument en dat de consument door voldoende etikettering ook werkelijk een keuzemogelijkheid heeft. Het kabinet zendt de Integrale Nota Biotechnologie met de Prinsjesdagstukken naar de Tweede Kamer.

1.1.3.5 Arbeidsmarktbeleid

Zorgverlening is mensenwerk: de kwaliteit van zorg wordt bepaald door de kwaliteit van de hulpverleners. Voor het goed functioneren van de zorg- en de welzijnssector is het dan ook van groot belang om voldoende gemotiveerde mensen aan te trekken en te behouden. Dit vergt ook de komende jaren extra aandacht. Samen met de sociale partners zullen wij de nodige stappen zetten binnen het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid. Daarbij moeten gerichte maatregelen worden getroffen om de verwachte arbeidsmarkttekorten in onze sectoren tegen te gaan. Die tekorten manifesteren zich met name bij de verzorgenden (niveau 3) en helpenden in de thuiszorg, verpleeg- en verzorgingshuizen. Daarnaast zijn er voortdurende zorgen over vraag en aanbod van sommige categorieën van gespecialiseerd personeel, waar relatief kleine fluctuaties toch gevoelig kunnen uitwerken. Een goede monitoring en analyse is essentieel en de overheid heeft hierin een verantwoordelijkheid. Gericht beleid kan ook betrekking hebben op prikkels om mensen te stimuleren om in de zorg te gaan werken. Het gaat natuurlijk altijd om zaken waar het management van de instellingen in eerste instantie verantwoordelijk voor is, doch wij willen dat wel stimuleren: personeelsbeleid speelt zich af op instellingsniveau, maar de rijksoverheid schept daartoe voorwaarden. In het meerjarig convenant en de daarvan afgeleide jaarplannen zijn de afgelopen periode initiatieven ontplooid om voldoende personeel aan te kunnen trekken en te behouden. De sectorfondsen geven uitvoering aan deze plannen. Voor het komende jaar hebben wij hiertoe f 94 mln extra beschikbaar gesteld. Deze middelen zullen wij in overleg met onze partners inzetten met het oog op het verminderen van het ziekteverzuim, maar bijvoorbeeld ook om het volgen van cursussen en opleidingen te stimuleren, opdat personeel voor de sector behouden blijft. Een groot deel zal via de Kaderregeling Arbo- en verzuimbeleid de instellingen bereiken.

Daarnaast hebben wij voor enkele beroepsgroepen extra geld vrijgemaakt om meer mensen te kunnen aantrekken en op te leiden, zoals bij de huisartsen (waar het aantal opleidingsplaatsen wordt uitgebreid tot 456 opleidingsplaatsen in 2004) en verloskundigen (waar een uitbreiding plaatsvindt tot 160 opleidingsplaatsen in 2001). Schaarste aan bepaalde beroepsbeoefenaren kan ook nog op andere wijze worden bestreden,

¹ Tweede Kamer, 1999/2000, 26 800 XVI, nr. 87.

namelijk door taken over te dragen naar andere beroepsbeoefenaren met een kortere opleiding. Goede voorbeelden hiervan zijn al te vinden in de oogzorg en de mondzorg. Soortgelijke ontwikkelingen zullen ook op andere terreinen worden gestimuleerd.

De zorg is en blijft een aantrekkelijke sector om in te werken. Met de beeldvormings- en wervingscampagnes die wij faciliteren wordt duidelijk gemaakt dat zorgberoepen volop appelleren aan moderne waarden zoals professionaliteit en verantwoordelijkheid.

1.1.4 Bestuurlijke vormgeving

In de paragraaf hiervoor is aangegeven dat het kabinet op tal van terreinen wil investeren in de samenleving. Hier moet echter niet het beeld uit voortkomen dat wij somber zijn over de kwaliteit van de samenleving. Integendeel: ons land scoort bij internationale vergelijkingen op welvaart en welzijn telkens hoog. Het gaat in sociaal, cultureel en economisch opzicht de laatste jaren steeds beter, en op onderdelen zelfs beter dan in andere landen. Dat is niet alleen een gevolg van de economische groei, maar ook een resultaat van de wijze waarop onze samenleving is ingericht. Deze inrichting kan worden gekenschetst als een breed aanbod van voorzieningen dat – op basis van gelijkheid – beschikbaar is voor een ieder. Het is echter juist deze wijze van inrichting die op gespannen voet kan komen te staan met de wensen van deze tijd. Hierboven is toegelicht dat de samenleving steeds individualistischer wordt. De burger, de cliënt, de zorggebruiker wordt steeds mondiger en eist zeggenschap over zijn leefsituatie, bijvoorbeeld in de vorm van keuzevrijheid bij de invulling van zijn behoeften en verlangens. Hierdoor ontstaat een toenemende spanning tussen de vraag naar en het aanbod van 'producten' van de verzorgingsstaat, zowel in kwalitatief als kwantitatief opzicht. Voor veel burgers is de gezondheidszorg te weinig dynamisch en flexibel en zitten er in de zorg te weinig prikkels voor een klantvriendelijke organisatie. Veel mensen herkennen zich steeds minder in de aangeboden activiteiten, diensten en voorzieningen. Zij verlangen snelle levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling. Als wij dat niet faciliteren en zorggebruikers zich op grote schaal wenden tot alternatieve (commerciële) zorgaanbieders dan bestaat op termijn het gevaar dat hun bereidheid om bij te dragen aan het collectief afbrokkelt. Daarmee zouden belangrijke fundamenteën in onze samenleving – een grote mate van sociale cohesie en solidariteit, in tal van opzichten – uiteindelijk verloren gaan. Het is van groot belang dat dit wordt voorkomen. Naar onze mening kan en moet dat door in de toekomst ook in de publieke dienstverlening veel meer tegemoet te komen aan de door velen gewenste zeggenschap over de eigen leefsituatie. Deze notie – tegemoet komen aan de vraag, ruimte bieden aan de burger – is enerzijds de kern van de noodzaak tot een nieuw verzekeringsstelsel en anderzijds de sleutel tot dat nieuwe stelsel. De opgave is om op een beheerste manier een transformatie tot stand te brengen waarin vraagsturing veel nadrukkelijker een plek krijgt. Dat betekent dat opnieuw gekeken moet worden naar de verdeling van verantwoordelijkheden. Op verschillende plaatsen binnen het VWS-domein zijn wij bezig bestuurlijke verhoudingen en verantwoordelijkheden in overleg met het veld opnieuw te definiëren. Doel van deze 'stelsel-aanpassingen' is om de dienstverlening aan de burgers op een hoger niveau te brengen en het aanbod meer sluitend te maken.

Op het terrein van de gezondheidszorg worden stappen gezet om de zorgvrager meer centraal te stellen. Dat gebeurt onder meer door aanpassingen in de organisatiestructuur en de wijze waarop verantwoordelijkheden worden verdeeld. Dat geldt bijvoorbeeld voor de modernisering van de AWBZ, de onafhankelijke indicatiestelling, de zorgketenbepaling in de regionale aansturing van de cure en de care en de patiënt-

georiënteerde procesorganisatie die in sommige ziekenhuizen wordt ingevoerd. Er is echter aanleiding ook naar de basis van de inrichting van het zorgstelsel te kijken.

1.1.4.1 Toekomst Zorgstelsel

In het regeerakkoord van Paars II is opgenomen dat 'het kabinet zal bezien of, in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij rekening houdende met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen'. Dit voornemen dient bezien te worden binnen de huidige context van de gezondheidszorg. Enerzijds kunnen wij constateren dat het relatief stabiele Nederlandse zorgstelsel goed scoort, ook internationaal gezien. Dit geldt zowel voor de standaard gezondheidsindicatoren als voor de financieel economische kenmerken van het zorgstelsel. Anderzijds lopen wij tegen knelpunten aan. Een van die knelpunten betreft de wet- en regelgeving, die het voor zorginstellingen en zorgverleners, maar ook voor zorgverzekeraars, vaak lastig maakt om adequaat in te spelen op hedendaagse ontwikkelingen. Een ander belangrijk knelpunt vormen de wachttijden en -lijsten. Gedeeltelijk moeten deze worden toegeschreven aan de dominantie van de aanbodssturing en de nadrukkelijke wens tot kostenbeheersing. De ontwikkeling naar een meer door de vraag gestuurd stelsel, vraagt een herdefiniëring van het kostenbeheersingsinstrumentarium. Kostenbeheersing zal immers een belangrijke doelstelling blijven om de afwenteling van collectieve lasten te voorkomen. Tevens verdienen vraagstukken als technologie, vergrijzing en Europese wet- en regelgeving de aandacht.

Gezien deze brede invalshoek verwachten wij dat het debat over de toekomst van het Nederlands zorgstelsel langs een drietal lijnen zal verlopen. Ten eerste zal het debat moeten gaan over de vraag naar de verzekering als zodanig. In dit perspectief komen vragen aan de orde als de toekomst van de WTZ, de afstemming tussen de ZFW en de AWBZ, de verhouding tussen inkomensafhankelijke en nominale premies en de mogelijke samenvoeging van het Ziekenfonds en de particuliere verzekering. Ten tweede zal een discussie moeten worden gevoerd over de vraag wat precies verzekerd wordt. Welke zorg dient in een basispakket te worden opgenomen? Ten derde zal het besturingsmodel onderwerp van debat moeten zijn. Daarbij gaat het om het verder vormgeven aan de hierboven beschreven omslag naar klantgerichtheid, ofwel keuzevrijheid en variatie in het aanbod. Maar het gaat ook om vragen als: wat is in de zorg een goede verhouding tussen doelmatigheid, kwaliteit en toegankelijkheid enerzijds en de beleidsvrijheid van de zorgverzekeraars en zorgaanbieders anderzijds? Ook de vraag naar de aard, omvang en reikwijdte van het besturingsinstrumentarium van de overheid verdient in dat opzicht nadrukkelijk aandacht.

Om dit debat in goede banen te leiden, bereiden wij de komende tijd plannen voor. Daarbij kunnen wij gebruik maken van de inzichten van externen, in de vorm van bouwstenen voor de discussie over de toekomst van het zorgstelsel. Recente rapporten zijn *Generatiebewustbeleid* (2000) en *Volksgezondheidszorg* (1997) van de WRR; *De toekomst van de AWBZ* (1997) en *Europa en de gezondheidszorg* (1999) van de RVZ, en *Gezondheid in het licht van de toekomstige vergrijzing* (1999), van de SER en nog uit te brengen adviezen, zoals het SER-advies over solidariteit (oktober 2000) en het advies van de RVZ over de samenhang tussen care en cure. Het is onze ambitie om in deze kabinetsperiode reeds zoveel mogelijk uitgangspunten en conclusies vast te leggen.

1.1.5 Toezicht en inspectie

De burger moet er op kunnen vertrouwen dat de overheid basale normen stelt en daarop toezicht houdt. Toetsing en toezicht hangen samen met het stellen van minimumkwaliteitsnormen. Het veld heeft echter zijn eigen verantwoordelijkheid voor de kwaliteit van de gezondheidszorg en de volksgezondheid. De partijen in de gezondheidszorg hebben met het rapport Healthcare Governance laten zien dat zij op dit gebied voor zichzelf een grote verantwoordelijkheid zien weggelegd en deze via zelfregulering ook willen nemen. Waar het veld deze verantwoordelijkheid onvoldoende neemt of niet het gewenste effect realiseert, zal kwaliteitsborging een verantwoordelijkheid van de overheid zijn. Wij menen dat om het minimumniveau te borgen het zeker moet zijn dat inspectietaken worden waargemaakt. Waar dat privaat gebeurt is dat zeker toe te juichen, maar de rijksoverheid mag hierin haar verantwoordelijkheid niet uit de weg gaan.

De IGZ en de Keuringsdienst van Waren dienen hun taken af te stemmen op de uitgangspunten van het beleid. In dit beleid stellen wij de burger centraal, het toezicht moet hierop aansluiten. De burger moet als ontvanger van zorg kunnen vertrouwen op de kwaliteit en de veiligheid van de geboden zorg en producten. Dat geldt niet alleen voor de afzonderlijke onderdelen van de gezondheidszorg, maar ook voor de overdracht tussen verschillende schakels in de zorg en de communicatie. Inspectiewerkzaamheden zullen zich meer op systeemtoezicht moeten richten en meer geïënteerd moeten worden op de aansluiting tussen zorgvormen. Waar het om de Inspectie voor de Gezondheidszorg gaat, wordt op deze aspecten in de startnotitie *Opmaat voor een nieuwe strategie* die de Tweede Kamer 9 augustus jongstleden is toegezonden, nadrukkelijk ingegaan. Pas na vaststelling van de kerntaken en de risicoanalyse, kan de meest wenselijke inspectiebezoekfrequentie voor de verschillende deelsectoren en daarmee tevens de benodigde menskracht worden berekend. Wij hopen de Tweede Kamer begin 2001 de eerste resultaten te kunnen presenteren.

1.2 Sectoroverstijgende thema's

In de voorgaande paragraaf is op hoofdlijnen aangegeven welke activiteiten wij voornemens zijn. In de volgende hoofdstukken – de zogenaamde sectorhoofdstukken – zullen deze voornemens nader aan de orde komen. In deze paragraaf willen wij een drietal sectoroverstijgende onderwerpen expliciet aan de orde stellen. In paragraaf 1.2.1 bespreken wij de plaats en positie van de patiënt en in paragraaf 1.2.2 bespreken wij de ontwikkelingen in de sturing van de zorg. In paragraaf 1.2.3 ten slotte wordt ingegaan op de ICT in de zorg.

1.2.1 De patiënt in het centrum van het volksgezondheidsbeleid

Al vele jaren voert het kabinet beleid om de positie van de patiënt en consument in de gezondheidszorg en de maatschappelijke dienstverlening te versterken. Het beleid is daarbij vooral gericht op voorlichting, de positie van patiënten- en consumentenorganisaties, patiëntenrechten en actieve deelname van patiënten en consumenten aan beleidsontwikkeling en vormgeving van de zorg. Beleidsinstrumenten die daarbij worden gebruikt zijn: financiering van vernieuwende projecten en patiëntenorganisaties en wetgeving. Door het invoeren van deze 'patiëntenwetgeving' is de positie van de patiënt formeel aanmerkelijk versterkt. In de praktijk moet er echter nog veel gebeuren.

Het kabinet wil dan ook een nieuwe impuls geven aan zowel het patiënten- en consumentenbeleid als het chronisch ziekenbeleid. De ambities om de patiënt in het centrum van het volksgezondheidsbeleid te

positioneren zijn hoog. De voornemens om de daad bij het woord te voegen zullen in het voorjaar van 2001 neergelegd worden in een nota 'Patiënten- en consumentenbeleid' en een nota 'Chronisch-ziekenbeleid'. Deze laatste nota wordt opgesteld in nauwe samenwerking met het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Niet alleen de inhoud van bovengenoemde nota's is belangrijk, ook de wijze van totstandkoming. Deze beleidsnota's zullen via een open voorbereidingsproces tot stand komen. Tijdens dit voorbereidingsproces zal in een aantal bijeenkomsten met sleutelfiguren, vertegenwoordigers van betrokken organisaties en andere veldpartijen gesproken worden over het gewenste beleid op dit terrein. Op deze wijze hopen wij te komen tot haalbare en breed gedragen beleidsdoelen.

Leidend principe in ons beleid zal zijn dat de positie van patiënten en hun organisaties op landelijk en regionaal niveau verder wordt versterkt. Patiënten en hun organisaties moeten de countervailing power in de gezondheidszorg gezicht gaan geven. Zij moeten evenveel te zeggen krijgen over de gezondheidszorg als zorgaanbieders en zorgverzekeraars. In het kader van de transformatie van het grotendeels centraal bestuurd voorzieningen- en verzekeringenstelsel naar een grotendeels decentraal georganiseerd en bestuurd stelsel betekent dit dat er een machtsbalans in de onderhandelingspositie tussen verzekeraars, zorgaanbieder en patiënten en consumenten ontstaat.

Ook de ontwikkelingen in de informatie- en communicatietechnologiesector zullen grote gevolgen hebben voor de consumenten en patiënten. Op 20 maart 2000 heeft de RVZ haar advies *Patiënt en Internet* aan de minister aangeboden. In dit advies heeft de RVZ de waarde van het medium internet bekeken voor patiënten en consumenten. Het gaat daarbij om de nieuwe kansen die het internet biedt om de gezondheid van individuen en de aan hen te verlenen zorg te verbeteren én om de bedreigingen bij het gebruik van dit nieuwe medium. Ook gaat het om de vraag of de overheid en het veld iets kunnen en moeten ondernemen om de nieuwe kansen die internet biedt te stimuleren en de mogelijke risico's te beperken. Een groot aantal partijen in het veld heeft al laten weten dat zij concrete ideeën en plannen hebben naar aanleiding van het advies. Deze hebben voornamelijk betrekking op het bouwen van een 'portal site'. In het kabinetsstandpunt dat binnenkort verschijnt zal worden aangegeven welke activiteiten wij gaan ondernemen op basis van het advies, waaronder de ontwikkeling van een 'portal site'. Ook gaat het standpunt in op het certificeren van websites en het ontwikkelen van gedragscodes en checklists. Deze zaken hebben allemaal betrekking op de betrouwbaarheid van aanwezige informatie op internet. Betrouwbare informatie kan de positie van patiënten en consumenten versterken. Onbetrouwbare informatie daarentegen kan een reëel gevaar voor de gezondheid opleveren. De overheid heeft hier een taak: het scheiden van het kaf van het koren.

1.2.2 Sturing en verantwoordelijkheidsverdeling

In deze zorgnota wordt een aantal maatregelen en beleidsvoornemens beschreven die volgend jaar onder meer de keuzevrijheid van de consument zullen vergroten, de verzekeraar meer armslag zullen geven of een beter inzicht opleveren in prestaties en kostprijzen van de geleverde diensten in deze sectoren. Deze maatregelen staan beschreven in de achtereenvolgende sectorhoofdstukken. De maatregelen hebben echter ook een betekenis en een belang dat de afzonderlijke sector overstijgt. Zij dragen bij aan de ontwikkeling van de besturingsmodellen voor de verschillende verzekeringssystemen in de door ons gewenste richting.

De grote lijn in deze ontwikkeling is de transformatie van een grotendeels centraal bestuurd voorzieningen- en verzekeringstelsel naar een meer decentraal georganiseerd en bestuurd stelsel. Vanaf de jaren zeventig is de sturing van de zorgsector gedomineerd door de relatie tussen de overheid en de zorgaanbieder. De verzekeraar vervulde in dit model hoofdzakelijk de rol van betaal- en administratiekantoor. De consument was beperkt in zijn keuzen en diende zich te schikken naar het gerantsoe-nerde en gesegmenteerde aanbod. Dit sturingsmodel bracht in toenemende mate problemen met zich mee. In vogelvlucht noemen wij de soms moeizame aansluiting tussen vraag en aanbod, zowel kwalitatief als kwantitatief, het geringe aanpassingsvermogen van het zorgaanbod aan veranderingen in zijn omgeving, te weinig prikkels voor doelmatig handelen voor instellingen en behandelaars, de trage absorptie van innovatie, de slechte aansluiting tussen de verschillende zorgvormen en de tekortschietende informatie over de prestaties in de zorg. Het stelsel dreigde langzaam uit balans te raken.

Vanuit dat perspectief is door ons een ontwikkeling in gang gezet om de organisatie van de zorg zoveel mogelijk naar het regioniveau te brengen, waarbij de zorgketenbenadering in toenemende mate centraal kwam te staan. Tegelijkertijd hebben wij ingezet op een versterking van de rol van zorgverzekeraars als opdrachtgever voor de zorg en op een ondersteuning van de positie van patiënten en consumenten ten opzichte van zorgaanbieders. Waar mogelijk hebben wij gekozen voor een verschuiving van centrale regelgeving naar gereguleerde marktwerking.

Naar een nieuwe balans tussen partijen

Belangrijk element in de ontwikkeling van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling is dat de dominantie van de as overheid–zorgaanbieder geleidelijk verschuift naar de driehoek verzekeraar–zorgaanbieder–consument. Dit houdt een verandering van verantwoordelijkheden voor alle partijen in, maar schept ook nieuwe relaties en verandert de onderlinge krachtsverhouding tussen de partijen.

De overheid treedt in dit proces terug door minder gedetailleerde regels uit te vaardigen en uit te voeren en zich te concentreren op de waarborging van publieke belangen als goede toegankelijkheid, betaalbaarheid en kwaliteit. Daarnaast blijft de overheid uiteindelijk verantwoordelijk voor de goede doelmatige werking van de besturing.

In 1994 werd de keuze gemaakt om de AWBZ-zorg en de curatief somatische zorg op verschillende wijze te besturen: het twee compartimentenmodel. Gegeven de verschillen in het beheersregime tussen de twee compartimenten worden voor beide vergelijkbare instrumenten ontwikkeld om verzekeraars en zorgaanbieders eenzelfde taal en een vergelijkbaar speelveld te geven. Voor beide compartimenten zijn ook vergelijkbare dereguleringsbeslissingen (zoals op het terrein van WTG en WEZ) nodig. Het aspect van dezelfde taal wordt verder vormgegeven door de dienstverlening in de zorg niet langer in termen van het traditionele sectorale zorgaanbod te beschrijven, maar vanuit het perspectief van de zorgvragers (functionele aanspraken).

In beide compartimenten zullen de beide structuurwetten, de prijzenwet en de bouwwet worden herzien om toetredingsdrempels tot de sector te verlagen. Wij willen de partijen zo meer ruimte geven, opdat uiteindelijk meer rekening kan worden gehouden met de specifieke behoefte van de individuele zorggebruiker. Het hier beschreven transitieproces is nog volop aan de gang. Het is onze ambitie het in deze kabinetsperiode zoveel mogelijk af te ronden. Hieronder beschrijven wij kort de stand van zaken.

Stand van zaken in het eerste compartiment

In de jaren negentig zijn verschillen in accent en tempo in de ontwikkeling van de besturing van beide compartimenten ontstaan. In het eerste compartiment is gepoogd de invloed van de consument op de zorgverlenersmarkt te vergroten. Zo is door de introductie van het persoonsgebonden budget de onderhandelingspositie van de consument tegenover de aanbieder versterkt. Ook de onafhankelijke indicatiestelling door de regionale indicatieorganen draagt bij aan een sterkere positie van de cliënt. Het begin van de functionele, vanuit de zorgvraag ingegeven omschrijving van zijn aanspraken verschaft tenslotte de consument meer mogelijkheden om het zorgaanbod op zijn wensen af te stemmen. Op de zorginkoopmarkt zijn de krachtsverhoudingen tussen zorgaanbieder en verzekeraar in het eerste compartiment in de afgelopen jaren nog weinig veranderd. De verzekeraar, het zorgkantoor, maakt weliswaar productieafspraken en beslist mede over de besteding van het geld voor zorgvernieuwing. De zorgaanbieder heeft echter nog steeds de zekerheid van een zorgbudget, contracteerzekerheid. Er zijn daarnaast nog hoge toetredingsdrempels voor nieuwe aanbieders. In de sector thuiszorg beschikt het zorgkantoor over een stelsel van maximum productprijzen waarmee het daadwerkelijk de productie van de zorgaanbieder kan sturen. Een verdergaande verschuiving van verantwoordelijkheden op deze zorginkoopmarkt zal nog moeten plaatsvinden. De aanpak van de wachtlijsten en de rol daarbij van zorgkantoren bij informatievoorziening en toewijzing van middelen is daartoe een belangrijke aanzet.

Stand van zaken in het tweede compartiment

In het tweede compartiment is vooral de relatieve onderhandelingspositie van de verzekeraar versterkt. Er is een financieringsmodel dat de ziekenfondsen meer risico laat dragen voor de kostenbeheersing en dat effectieve prikkels voor mededinging bevat. Dit financieringsmodel is nu nagenoeg voltooid voor genees- en hulpmiddelen, huisartsenzorg en paramedische zorg. Voor de geneesmiddelen is een uitgewerkte aanpak ontwikkeld waarbij zorgverzekeraars een actieve rol kunnen vervullen op de inkoopmarkt en richting voorschrijvers. Het zorgaanbod kan, uitgezonderd de ziekenhuiszorg, vrij worden gecontracteerd¹. Uitgezonderd de ziekenhuiszorg, bestaan in het tweede compartiment uitsluitend maximum tarieven – met het idee dat voor een lager tarief gecontracteerd kan worden, hetgeen in de praktijk nog te weinig voorkomt. De risicodragende budgettering zal dit geleidelijk moeten veranderen.

Relatie met stelseldiscussie

De hiervoor geschetste beleidslijnen voor de sturing en verantwoordelijkheidsverdeling in de zorg hebben uiteraard betekenis voor de herziening van het financieringsstelsel. De sturing in de zorgsector maakt onderdeel uit van dat debat. Het financieringsstelsel moet passen bij de gewenste ontwikkeling van sturing en verantwoordelijkheden.

1.2.3 ICT in de zorg

Dat het gebruik van informatie- en communicatietechnologie (ICT) een onmisbaar onderdeel van de infrastructuur voor de zorg vormt, ligt voor de hand. Helaas blijkt de praktijk ernstig achter te lopen op de mogelijkheden die er thans zijn. Om ICT in de zorg te stimuleren is het ICT platform in de zorg (IPZ) opgericht, een bestuurlijk platform waarin het veld, VWS en het ministerie van Economische Zaken zijn vertegenwoordigd.

¹ Zie verder het kabinetsstandpunt inzake het IBO-rapport 'marktconcentraties in de zorgsector'.

Inhoudelijk gaat het om een aantal essentiële zaken. Medische kennis, aangepast aan de nieuwste inzichten moet, willen patiënten een optimale behandeling krijgen, breed beschikbaar zijn voor zorgverleners. ICT leent zich bij uitstek voor het beschikbaar stellen van nieuwe inzichten in de vorm van beslissingsondersteuning, waarbij gebruik kan worden gemaakt van kennis van specialisten op vele terreinen. Een nauw verwant onderwerp is geprotocolleerd medisch handelen. Ook deze wordt door ICT krachtig gesteund. Geprotocolleerd voorschrijven van geneesmiddelen via het EVS (elektronisch voorschrijfsysteem) kan zinnig en zuinig voorschrijven bevorderen.

Samenwerking is cruciaal in de zorg. Patiënten worden door hun huisarts verwezen naar het ziekenhuis; er wordt eventueel besloten tot een ingreep, al dan niet poliklinisch. Vervolgens keert de patiënt terug naar huis, waar nog de nodige nazorg wordt gegeven, of hij of zij verblijft mogelijk enige tijd in een revalidatiecentrum, verpleeghuis en dergelijke. Het is duidelijk dat een elektronisch patiëntendossier, dat toegankelijk is voor alle respectievelijke hulpverleners in de zorgketen rond de patiënt, een doeltreffende behandeling ondersteunt. Beschikbaarheid van dossiers op deze wijze – waarin bijvoorbeeld ook röntgendiagnostiek digitaal kan worden opgeslagen – betekent dat de essentiële gegevens van de patiënt te allen tijde aanwezig zijn op de juiste plaats, en beschikbaar voor de juiste personen.

De samenwerkingsvormen die zich in de zorg aftekenen – zorgketens, huisartsengroepen, samenwerkingsverbanden van paramedici – vragen eveneens alle om snelle en betrouwbare communicatie, dus alweer, om goed communicerende ICT-systemen. Een voorbeeld is de dienstenstructuur voor huisartsen (avond-, nacht- en weekenddiensten) die op korte termijn in het hele land zal worden ingevoerd: ook daar is ICT zonder meer een noodzaak.

Er komt een nieuwe manier om de kosten van de ziekenhuiszorg realistischer te gaan berekenen, en ook efficiënter te verrekenen met verzekeraars. Bedoeld wordt de invoering van diagnose behandelcombinaties (DBC's) ofwel producttypering. Deze 'producten' zullen alle een prijs krijgen, die de werkelijke kosten weerspiegelt. Dit vereist zonder meer een goed werkende landelijk ICT-voorziening. Op dit moment wordt een project voorbereid om DBC's in Nederland een goede start te geven. Tien tot vijftien ziekenhuizen zullen een pilot gaan uitvoeren, waarbij deze ziekenhuizen beschikking krijgen over adequate ICT. Dit systeem zal vervolgens in alle ziekenhuizen in Nederland worden ingevoerd, aangepast op grond van bevindingen uit de pilot. Overigens is het huidige verrekeningssysteem tussen zorgverleners en verzekeraars in zijn geheel aan een grondige vernieuwing toe: voor een snelle financiële afwikkeling is op elkaar afgestemde ICT bij partijen onmisbaar.

Een grote hinderpaal voor een landelijk efficiënt werkende ICT in de zorg is het feit dat instellingen en zorgverleners veelal werken met (sterk) verouderde, onderling niet compatibele systemen. Dat levert uiteraard problemen op met goede communicatie over patiënten via bijvoorbeeld het EPD, maar staat ook een efficiënt wachtlijstbeheer in de weg.

De huidige situatie werkt contraproductief op de zorginhoudelijke ontwikkelingen, die gericht zijn op (veel) meer samenwerking, en (dus) communicatie. Bij huisartsen bijvoorbeeld is een goed werkend huisartseninformatiesysteem voorwaarde voor een juiste toepassing van het elektronisch voorschrijfsysteem. Met partijen in IPZ-verband zijn besprekingen gaande over de aanpak van de noodzakelijke herstructurering van de ICT markt.

In het ICT Platform in de Zorg is afgelopen jaar gewerkt aan een samenhangende aanpak. Hierover is onlangs overeenstemming bereikt. Het gaat vooral om een eenduidige infrastructuur, zodat betrokken partijen in

principe met elkaar kunnen communiceren. Standaardisatie is daarbij cruciaal, waarbij aangesloten wordt bij internationale normen. Om het elektronisch patiëntendossier verder te operationaliseren, en mede met het oog op een betrouwbare ketenzorg, wordt thans in samenwerking met de Registratiekamer de invoering van een landelijk persoonsgebonden nummer voor patiënten voorbereid. Zaken als de privacy van de patiënt komen uiteraard aan de orde: alleen die hulpverleners die hier recht op hebben, krijgen toegang tot het systeem. Daarbij heeft het punt van autorisatie (voor degenen die toegang moeten hebben tot het systeem) de aandacht.

Een initiatief vanuit het veld door de Zorgpasgroep om in de praktijk een infrastructuur voor ICT te testen die aansluit bij de huidige behoeften, krijgt nu substantiële financiële steun van de overheid en voorts begeleiding door het IPZ. Gestart wordt in de regio Eemland. Alle bewoners zullen eind dit jaar over een persoonsgebonden nummer beschikken; de ICT bij zorgverleners wordt op het vereiste niveau gebracht. Slaagt deze proef, dan wordt dit geleidelijk aan landelijk uitgebreid.

Voor het zorginhoudelijk berichtenverkeer ontwikkelt het project Virtuele Integratie van Zorginformatie (VIZI) een referentiemodel. Voorts is afgelopen jaar het platform Ondernemingen in de Zorg (OIZ) opgericht. Hierin werken ICT-ondernemingen samen. Er vindt afstemming plaats met het ICT platform in de zorg.

Met het internet is een breed kennisterrein opgelegd met allerlei informatie over ziekte en gezondheid. Omdat wij het belangrijk vinden dat de burger betrouwbare informatie kan vinden, neemt VWS het voortouw om met veldpartijen tot een internetportaal te komen (zie ook paragraaf 1.1.3.3). Een andere, veelbelovende, mogelijkheid is de ontwikkeling van de telegeneeskunde, waardoor diagnostiek en (begeleiding van) behandeling op afstand kan plaatsvinden.

Het kabinet ondersteunt het grote belang van invoering van ICT in de zorg ook materieel. Het gaat dan om de feitelijke uitwerking en implementatie. Samen met de veldpartijen is een krachtige start gemaakt om te komen tot grootschalige invoering van hoogwaardige ICT. De komende twee jaar wordt dat ondersteund met projectgeld – twee maal *f* 110 mln – maar daarna moet het gebruik van deze wezenlijke infrastructuur structureel zijn ingebed in de bestedingen. Recapitulerend: het gaat onder meer om standaardisatie ten behoeve van elektronische patiëntendossiers, om een infrastructuur voor informatie-uitwisseling door zorgverleners, om implementatie van het elektronisch voorschrijfsysteem, en om een verbetering van de informatievoorziening, waarbij expliciet middelen beschikbaar worden gesteld voor uniformering van wachtlijstregistratie. Deze registratie wordt vervolgens verbreed tot een registratie van het gehele zorgproces. Met het veld zijn afspraken gemaakt over het ontwikkelen van een landelijke minimum gegevensset, waarover men ten minste moet gaan rapporteren. Onderwerpen die eveneens de aandacht van VWS hebben zijn patiënt en internet (zie ook paragraaf 1.1.3.3), telegeneeskunde en elektronische handel in bijvoorbeeld genees- en hulpmiddelen.

Op dit moment pakt Nederland ICT in brede zin krachtig op: het bevorderen van het gebruik van internet, van ICT in bredere zin, van 'Nederland kennisland'. Ook in het kader van Europa wordt men actiever. De Europese Raad heeft onlangs het eEurope actieplan aanvaard, waarbij eHealth (inschakeling van internet in de gezondheidszorg) een belangrijk onderdeel vormt. Bovenstaande ontwikkelingen van ICT in de gezondheidszorg sluiten bij deze bredere stromingen aan. Zo wordt door het ministerie van Economische Zaken en VWS in het kader van de Digitale

Delta thans een zogeheten ICT-toets uitgevoerd. Hierin wordt gekeken welke factoren een rol spelen bij het gebruik van ICT in de zorg in diverse landen, zoals stimulering door de overheid, de rol van de veldpartijen etc. De rapportage hierover wordt nog dit jaar verwacht. Voorts wordt eind dit jaar een 'Actieplan ICT in de zorg' voorgelegd aan de Kamer. Daarin wordt de praktische aanpak van bovengenoemde onderwerpen beschreven voor de komende tijd.

1.3 Financieel beleid op hoofdlijnen

Deze paragraaf geeft een overzicht op hoofdlijnen van de ontwikkeling van de uitgaven voor zorg en van de financiering van deze uitgaven binnen het Budgettair Kader Zorg.

In het Regeerakkoord is vastgelegd, dat in de periode van 1999 tot en met 2002 ten opzichte van 1998 *f* 5,66 mld beschikbaar komt voor volume-groei van het zorgbudget. In deze periode komt jaarlijks een kwart van deze groeiruumte, *f* 1 415 mln, voor volume-groei beschikbaar.

In het Regeerakkoord zijn afspraken gemaakt over de verdeling van de groeiruumte over de zorgsectoren op basis van politieke prioriteitsstelling. Het hoofddaccent ligt op versterking van de ouderenzorg en thuiszorg. Tabel 1.2 toont de verdeling van de volume-groei voor 2001 op basis van de budgettaire afspraken in het Regeerakkoord.

Tabel 1.2 Verdeling groeiruumte zorgvolume 2001 volgens Regeerakkoord (in *f* mln)

Hoofdsector	intensiveringen	maatregelen	totaal
Gezondheidsbevordering	9		9
Curatieve somatische zorg	416	-52	364
Genees- en hulpmiddelen	612	-225	387
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	69	-7	63
Gehandicaptenzorg	107	-11	96
Verpleging en verzorging	505	-31	474
Beheer zorgverzekeringen	16		16
ova-sectoren buiten BKZ	7		7
Totaal	1.740	-325	1.415

Over de aanwending van de groeiruumte in diverse sectoren worden in het kader van de nieuwe bestuurlijke aanpak meerjarenafspraken gemaakt. De intensiveringsruimte voor de diverse sectoren is opgebouwd uit extra middelen voor demogroei en voor overige intensiveringen. De demogroei is primair bestemd voor het ondervangen van de groeiende zorgvraag als gevolg van de demografische ontwikkeling en wordt langs twee wegen ingezet: via toegestane autonome groei en via intramurale capaciteitsuitbreiding op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen (WZV). De totale ruimte voor intensiveringen wordt in de meerjarenafspraken gekoppeld aan de opbrengst van de maatregelen, waarover in het Regeerakkoord afspraken zijn gemaakt, in totaal *f* 325 mln in 2001. Voor de intramurale sectoren gaat het om de tweede tranche van *f* 100 mln van de taakstelling gericht op een doelmatiger inkoop door zorginstellingen, bij geneesmiddelen om de doelmatigheidswinst ad *f* 225 mln als gevolg van een aanpassing van de structuur van inkoop en aflevering.

Afhankelijk van de stand van zaken bij de meerjarenaafspraken is een deel van de intensiveringsruimte voor sectoren in deze Zorgnota vooralsnog op de zogenaamde aanvullende post 'geparkeerd'. Deze post maakt onderdeel uit van hoofdstuk 8 'Beheer en diversen'. De betreffende middelen zijn echter wel geormerkt voor de bestemde sector; in de hoofdstukken 2 tot en met 7 van de Zorgnota wordt de sectorspecifieke omvang van de geparkeerde middelen apart aangegeven. Sedert de vaststelling van de Zorgnota 2000 hebben er diverse ontwikkelingen plaatsgevonden, die van invloed zijn op het budgettaire beeld van de zorg. Deze mutaties hebben geen gevolgen voor de verdeling van de f 1 415 mln intensiveringsruimte in 2001 over sectoren conform Regeerakkoord, zoals in tabel 1.2 weergegeven.

Tabel 1.3 geeft een overzicht van de mutaties in de netto BKZ-uitgaven die sinds de Zorgnota 2000 zijn opgetreden.

Tabel 1.3 Overzicht mutaties zorguitgaven en BKZ sinds de Zorgnota 2000 (in f mln)

Uitgavenmutaties	1999	2000	2001
Gezondheidsbevordering	-8	71	36
Curatieve somatische zorg	183	546	522
Hulpmiddelen	-19	-17	-19
Geneesmiddelen	331	601	786
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	-76	42	149
Gehandicaptenzorg	-27	121	240
Verpleging en verzorging	-177	261	179
Beheer en diversen	139	127	186
Eigen bijdragen	-377	-237	-236
Bouw	-81	-468	-260
Loon- en prijsbijstelling	-54	217	1.498
Overig	-121	109	147
Totaal	-286	1.371	3.227

In bovenstaande tabel is een clustering weergegeven van alle mutaties in de netto BKZ-uitgaven vanaf de Zorgnota 2000. (De netto BKZ-uitgaven zijn de zorguitgaven minus de eigen betalingen, ontvangsten en opschooning.) Het gaat hierbij dan bijvoorbeeld om mee- en tegenvallers of extra intensiveringen en dus niet om de uitdeling van de in het Regeerakkoord afgesproken groeiruimte vanuit de aanvullende post. Een gedetailleerd overzicht van de mutaties per sector staat in bijlage 14. Hieronder wordt een korte toelichting gegeven op bovenstaande mutaties.

- De mutaties bij gezondheidsbevordering komt met name voort uit een intensivering op het gebied van jeugdgezondheidszorg en de oprichting van het noodfonds slachtoffers Bijlmerramp.
- Bij curatieve somatische zorg is de mutatie voornamelijk veroorzaakt door een overschrijding bij de medisch specialisten en verschillende intensiveringen. Zo is er onder meer geld beschikbaar gesteld voor de bestrijding van de wachtlijsten, verlaging van de normproductie van verloskundigen, ontdooiing van de medisch specialistenplaatsen en een bijdrage aan de overbrugging van de zorgkloof, de dienstenstructuur van huisartsen en de nazorg van de vuurwerkcramp in Enschede.

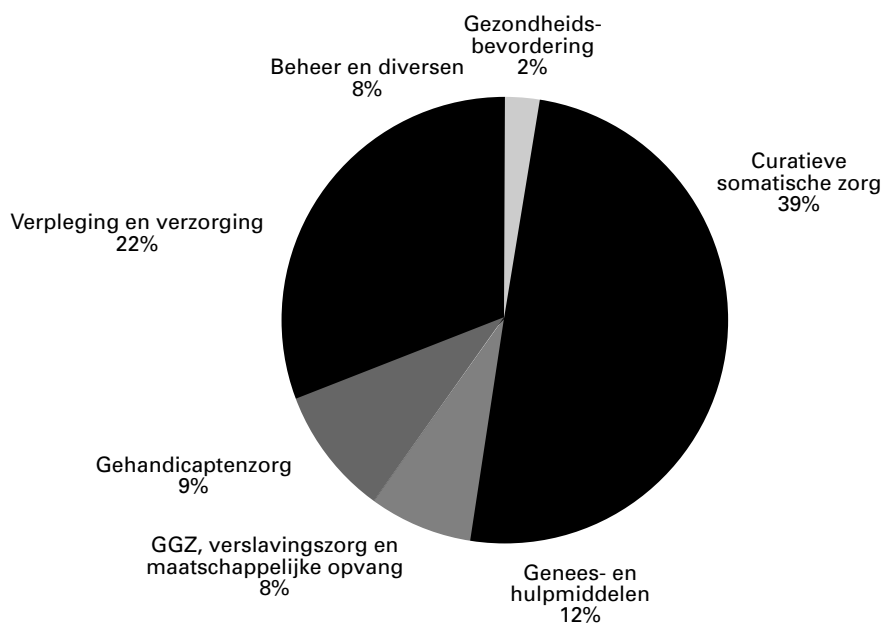
- De mutatie bij de hulpmiddelen is in 1999 voornamelijk het saldo van een besparingsverlies van 65 mln en een meevaller van ruim 80 mln. Een deel van deze meevaller is structureel.
- Voor de mutatie bij de geneesmiddelen geldt dat deze voornamelijk wordt veroorzaakt door een bijstelling van het groeipad van de uitgaven voor geneesmiddelen naar 11%.
- Evenals bij de curatieve somatische zorg is bij de GGZ besloten tot een aantal intensiveringen. Het gaat onder andere om intensivering van de eerstelijns GGZ, de forensische zorg, om versnelling van de beleidsvisie en om terugdringing van de wachtlijsten.
- Bij de gehandicaptenzorg is in 2000 en volgende jaren eveneens sprake van intensiveringen. Er zijn extra middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van wachtlijsten en verlaging van de werkdruk.
- De mutatie bij verpleging en verzorging komt met name voort uit aanpassing van de eigen bijdrage AWBZ ofwel het zak- en kleedgeld. Deze verlaging levert een uitgavenmutatie van 130 mln. Daarnaast heeft onder andere een aanpassing van het kader verzorgingshuizen plaatsgevonden.
- De mutaties bij beheer en diversen worden voornamelijk veroorzaakt door intensiveringen van de beheerskosten van zorgkantoren en een impuls ter bestrijding van het ziekteverzuim.
- De meevaller bouw is voor 1999 samengesteld uit een groot aantal kleinere mee- en tegenvallers, die volgen uit de evaluatie 1999. Voor de jaren na 2000 komt de meevaller voort uit een bijstelling van het verwachte investeringsgedrag voor instandhouding van de zorginstellingen, vertraging in de classificatie van de instellingen en de gevolgen van de doorwerking van de relatief lage rentestand in de afgelopen jaren.
- De mutatie bij de eigen betalingen wordt voornamelijk veroorzaakt door een meevaller bij de eigen betalingen ziekenhuizen. Daarnaast zijn er ook meeropbrengsten bij de eigen betalingen AWBZ.
- Op basis van de macro-economische ramingen voor onder andere de contractloonstijging in de marktsector en de prijs particuliere consumptie worden de ramingen van de materiële en personele uitgaven aangepast. Hiertegenover staan aanpassingen in het Budgettair Kader Zorg.

Tabel 1.4 geeft een overzicht van de (bruto) zorguitgaven per hoofdsector, zoals vastgelegd in deze Zorgnota. De tabel richt zich op de hoofdsectoren van de zorg conform de indeling naar hoofdstukken van de Zorgnota.

Tabel 1.4 Bruto uitgaven zorg 2001 naar sector (in f mld)

	2001
Gezondheidsbevordering	1,9
Curatieve somatische zorg	31,2
Genees- en hulpmiddelen	9,5
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	6,6
Gehandicaptenzorg	7,3
Verpleging en verzorging	18,3
Beheer en diversen	6,9
- waarvan aanvullende post	3,9
Totale zorguitgaven 2001	81,6

Figuur 1.1 Procentuele verdeling uitgaven zorg 2001 naar sector (totaal: f 81,6 mld)

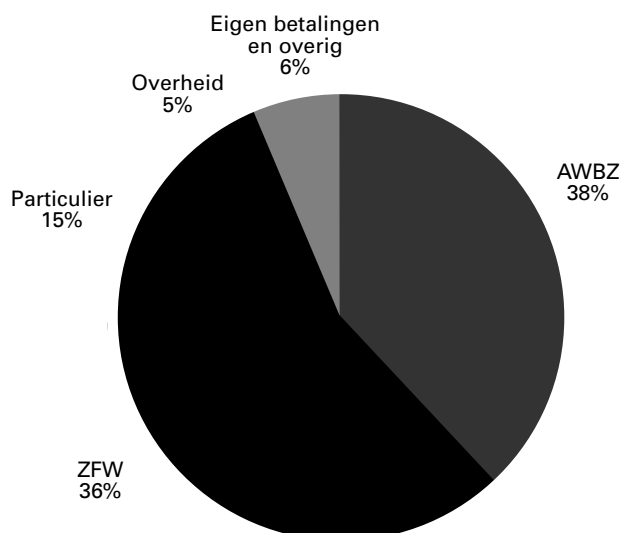


Tabel 1.5 toont de verdeling van de financiering van de totale zorguitgaven in 2001.

Tabel 1.5 Financiering zorguitgaven (in f mld)

Financieringsbron	2001
AWBZ	31,4
ZFW	29,5
Particulier	11,9
Overheid	4,0
Eigen betalingen en overig	5,2
Totaal	81,9

Figuur 1.2 Financiering zorguitgaven in percentages (totaal: f 81,9 mld)



Tabel 1.6 schetst de ontwikkeling van de premies voor ZFW en AWBZ in de periode van 1997 tot en met 2001.

Tabel 1.6 Ontwikkeling premies voor ZFW en AWBZ

Premie	1998	1999	2000	2001
AWBZ				
-procentuele premie (in %)	9,60	10,25	10,25	10,25
ZFW				
-procentuele premie (in %)	6,80	7,45	8,10	7,95
-nominale premie (in f)	216,00	394,00	414,00	414,00

De premiestelling in 2001 vertaalt zich in een gemiddelde bijdrage van ongeveer f 5 100,- per inwoner per jaar aan de uitgaven voor gezondheidszorg.

HOOFDSTUK 2 GEZONDHEIDSBEVORDERING EN -BESCHERMING

In dit hoofdstuk staan de beleidsontwikkelingen op het terrein van de gezondheidsbevordering en -bescherming centraal. In paragraaf 2.1 treft u de terreinbeschrijving aan. In paragraaf 2.2 en verder worden de prioritaire beleidsthema's besproken waarbij de evaluatie en de beleidsvoornemens per thema in samenhang worden besproken.

2.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

Gezondheid is van eminent belang. Niet alleen voor elk individu, maar ook voor de samenleving als geheel. Zoals reeds beschreven in onze beleidsagenda zal een actief beleid gericht op het bevorderen van de algemene gezondheidstoestand een prominente plaats krijgen. De regering beoogt de gezondheid van de burger te beschermen en te bevorderen. Gezondheid is gedeeltelijk beïnvloedbaar. Hiertoe dient gedrag gestimuleerd te worden wat leidt tot onder meer niet-roken, goede voeding, matig alcoholgebruik en voldoende bewegen. Maar ook de leefomgeving draagt bij aan de gezondheid van de bevolking. Het planmatig bevorderen van de volksgezondheid biedt kansen om de gezondheid van mensen te verbeteren en om gezondheidsverschillen tussen bevolkingsgroepen te verkleinen.

In het volksgezondheidsbeleid zijn twee domeinen te onderscheiden: enerzijds de gezondheidsbevordering en -bescherming, anderzijds het gezondheidszorgbeleid. In dit hoofdstuk gaat het om beleidsactiviteiten binnen het eerste domein. Bij dat domein horen de onderwerpen die samenhangen met de organisatie van de openbare gezondheidszorg (waaronder de jeugdgezondheidszorg en de infectieziektebestrijding), de collectieve en programmatische preventie en de bescherming tegen ondeugdelijke waren (inclusief voedselveiligheid).

De gezondheid van burgers wordt niet alleen bevorderd door voorzieningen voor de gezondheidszorg maar ook door factoren van sociaal-economische en culturele aard en door omgevingsfactoren. In dit hoofdstuk wordt ook ons beleid behandeld dat met deze aspecten van het gezondheidsbeleid te maken heeft.

Tabel 2.1 Uitgaven gezondheidsbevordering en -bescherming (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
2.01 Preventieve zorg (premie)	289,3	292,1	279,8	302,9	347,8	367,1	366,6	366,6	366,6	366,6
2.02 Preventieve zorg (begroting)	98,8	122,3	240,2	188,2	325,3	256,5	254,0	250,2	251,7	251,7
2.03 Inspectie waren en veterinaire zaken	102,3	103,4	106,5	131,6	127,7	124,7	121,1	121,1	121,1	121,2
2.04 Gemeentelijke (intergemeentelijke) gezondheidsdiensten	556,0	610,2	678,0	713,0	738,0	738,0	738,0	738,0	738,0	738,0
2.05 Ouder- en kindzorg/ dieetadvisering gereserveerde groeiruumte	290,0	297,2	306,7	322,1	335,9	373,9	373,9	373,9	373,9	373,9
							11,3	11,3	11,3	11,3
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	1.336,4 606,4	1.425,2 646,7	1.611,2 731,1	1.657,8 752,3	1.874,7 850,7	1.860,2 844,1	1.864,9 846,3	1.861,1 844,5	1.862,6 845,2	1.862,7 845,3

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de gezondheidsbevordering en -bescherming. In deze kaders zijn tevens de maatregelen en intensive-ringsruimte verwerkt, voor zover de verdeling daarvan in de meerjarenafspraken is overeengekomen. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeiruumte is onderaan de tabel apart weergegeven. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd. Voor de jaren ná 2002 is bovendien nog geen groeiruumte toegewezen.

2.2 Gezondheidsbeleid in uitvoering

2.2.1 Openbare gezondheidszorg

2.2.1.1 Lokaal gezondheidsbeleid

Evaluatie

In de openbare gezondheidszorg – het beschermen en bevorderen van de volksgezondheid – hebben de lokale overheden een bijzondere rol. Tevreden constateren wij dat de gemeenten zich in toenemende mate bewust zijn van hun verantwoordelijkheden en hun kansen op het terrein van de volksgezondheid. Niet alleen komen er steeds meer 'zorgtaken' bij hen terecht, maar steeds meer gemeenten geven invulling aan het motto 'een gezonde burger in een gezonde gemeente' en nemen maatregelen om de gezondheid van hun inwoners te bevorderen.

Al enkele jaren voert het ministerie van VWS in samenwerking met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) en GGD Nederland het actieprogramma 'versterking openbare gezondheidszorg' uit om gemeenten te stimuleren een actief gezondheidsbeleid te voeren en om

de kwaliteit van functioneren van GGD-en te verbeteren. Regionale bijeenkomsten, een opleidingsprogramma voor beleidsmedewerkers en ondersteuning van gemeenten door de VNG en GGD Nederland maken onderdeel uit van dit programma.

Voorts is het toezicht op de GGD-en gestandaardiseerd en zijn basistaken voor de GGD-en geformuleerd. De Inspectie voor de Gezondheidszorg oefent toezicht uit op de GGD-en volgens een gestandaardiseerde werkwijze, zodat de gegevens van de GGD-en onderling vergelijkbaar zijn. Elke GGD wordt tenminste eens per vier jaar geïnspecteerd. In elk geval gaat de inspectie na of de basistaken worden uitgevoerd, of de vereiste deskundigheid aanwezig is, of er voor vitale functies een 24-uurs bereikbaarheid bestaat en of de oproepsystemen voor de jeugdgezondheidszorg en voor de bevolkingsonderzoeken goed functioneren.

Het Platform Openbare Gezondheidszorg (onder leiding van prof. W. Lemstra) constateerde in zijn slotdocument een toenemende belangstelling voor de openbare gezondheidszorg, mede als gevolg van het ingestelde actieprogramma. Enthousiasme van gemeenten blijkt bijvoorbeeld uit het feit dat er (door de gemeenten zelf en met ondersteuning van de VNG) in 34 van de 50 GGD-regio's conferenties zijn georganiseerd over het gemeentelijk gezondheidsbeleid en dat de NSPH zijn cursus voor gemeenteamttenaren meerdere malen extra heeft aangeboden wegens overinschrijving. Veel gemeenten hebben inmiddels een nota gezondheidsbeleid ontwikkeld of bereiden deze voor.

Asielzoekers

Om de medische zorg voor asielzoekers en vluchtelingen te verbeteren is per 1 januari 2000 de medische opvang van asielzoekers overgedragen van het Centraal Orgaan opvang Asielzoekers (COA) naar de GGD-en. Deze bieden preventieve zorg en doorverwijzing naar de reguliere zorgaanbieders.

Beleidsvoornemens

Op basis van het in januari 2000 uitgekomen visiedocument van het Platform Openbare Gezondheidszorg (aan de Tweede Kamer toegezonden op 3 februari 2000) werken wij met de VNG en GGD Nederland verder aan het traject ter versterking van de openbare gezondheidszorg/gemeentelijk gezondheidsbeleid. Een concrete uitkomst is dat alle gemeenten verplicht gaan worden vierjaarlijks een gemeentelijke nota uit te brengen. In de voorgenomen wijziging van de Wcpv zal worden voorgesteld dat gemeenteraden voor 1 juli 2003 een eerste gemeentelijke nota gezondheidsbeleid dienen te hebben vastgesteld.

De Rijksoverheid krijgt vanaf 2002 de plicht om vierjaarlijks de prioriteiten op dit terrein te benoemen. Een beleidsnota hiertoe zal in 2002 verschijnen. Via afspraken in een 'nationaal contract voor de openbare gezondheidszorg' zal de inhoudelijke samenhang tussen het landelijke en lokale gezondheidsbeleid- en de nota's waarin dat beleid wordt weergegeven worden gerealiseerd.

Alle gemeenten moeten via hun GGD-en een basispakket aan hun inwoners gaan aanbieden. Dit pakket bevat medische milieukunde, technische hygiënezorg, openbare geestelijke gezondheidszorg, infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en gezondheidsbevordering. Deze basistaken zullen worden opgenomen in de algemene maatregel van bestuur op basis van de Wcpv.

Voorts werken VWS, VNG en GGD Nederland verder aan het stimuleren van gemeenten en GGD-en tot het formuleren en uitvoeren van lokaal gezondheidsbeleid. In een gezamenlijk project geven zij verder vorm en inhoud aan het lokale gezondheidsbeleid, waarbij de GGD-en een

belangrijke ondersteunende rol krijgen toebedeeld. De NSPH intensiveert het opleidingsaanbod voor gemeente- en GGD-medewerkers. Ter ondersteuning van het Nationaal contract en ter facilitering van de wijziging van de WCPV wordt er een stimuleringsfonds Openbare gezondheidszorg opgericht. In dit fonds wordt door het Kabinet éénmalig f 50 mln gestort.

Tot slot zal in de komende periode het gezondheidsbeleid beter verankerd gaan worden in het grotestedenbeleid.

2.2.1.2 De jeugdgezondheidszorg is in beweging

De Sectie Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van het Platform Openbare Gezondheidszorg heeft in december 1999 een advies uitgebracht over de basistaken van de jeugdgezondheidszorg. Haar visie op inhoud en positie van de JGZ heeft zij in juli 2000 vastgelegd in een visiedocument met bijhorend actieplan. Het advies vormt één van de bouwstenen voor de verdere uitwerking van de op 4 februari 2000 aan de Kamer toegezonden kaderstellende 'Beleidsnotitie Positionering Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar'. Met deze notitie heeft ons streven naar een kwalitatief hoogwaardige JGZ een nieuwe impuls gekregen. Daarbij is rekening gehouden met het eerder genoemde advies over de basistaken.

In goed overleg met de bestuurlijke partners LVT, VNG en GGD Nederland is een traject ingezet waarin het geformuleerde basispakket een wettelijke verankering krijgt onder gemeentelijke regie. Over de inhoud van het in de Wcpv te verankeren basistakenpakket bestaat consensus. In overleg met genoemde bestuurlijke partners is besloten binnen het basispakket JGZ een differentiatie aan te brengen, bestaande uit een uniform deel en een maatwerkdeel. Met deze differentiatie wordt bereikt dat gemeenten via het maatwerkdeel beleidsvrijheid hebben om activiteiten af te stemmen op de specifieke gezondheidssituatie van jeugdigen in hun regio. Het voorne- men is deze pakketdifferentiatie in oktober 2000 af te ronden.

In een bestuurlijk overleg met LVT, VNG en GGD Nederland is afgesproken dat in samenwerking met betrokken partijen een aantal vraagstukken waarover nog geen overeenstemming is bereikt, nader zal worden ingevuld. Met name de concrete invulling van de gemeentelijke regie en de financiering verkeren nog in een fase van nadere analyse en besluitvor- ming. In samenwerking met gemeenten zullen extra inspanningen worden verricht voor een sluitende aanpak van de jeugdgezondheidszorg ('ketenmanagement'). Speerpunt van beleid zijn kinderen in achterstands- situaties van 0-6 jaar. Om de toekomstige positionering van de JGZ te faciliteren wordt f 35 mln ter beschikking gesteld. De extra middelen komen beschikbaar voor het maatwerkdeel van het basispakket JGZ. Met name de consultatiebureaus zullen hierdoor in staat worden gesteld in dit kader extra inspanningen te verrichten.

2.2.2 De bevordering van langer gezond leven

2.2.2.1 Gezondheidsbevordering (algemeen)

Gezondheidsbevordering wordt als onderdeel van het Public-Healthbeleid op twee manieren ingezet om 'langer gezond leven' te kunnen realiseren. Op individueel niveau wordt gezond gedrag gestimuleerd door voorlich- ting over de determinanten meer bewegen, niet roken, matig alcoholge- bruik, veilig vrijen, veiligheid en gezonde voeding. Op collectief niveau wordt facetbeleid gevoerd om gezondheidsaspecten meer mee te laten wegen in het beleid van andere departementen met als doel gezondheids- winst.

Voor effectieve gedragsbeïnvloeding van de bevolking geeft een combinatie van interventies de meeste kans op succes. Dat wil zeggen dat voorlichting planmatig gepaard moet gaan met andere instrumenten uit:

- de armoedebestrijding;
- het huisvestingsbeleid;
- het integratiebeleid (achterstandsgroepen);
- het arbeidsomstandighedenbeleid;
- het milieubeleid en
- het onderwijsbeleid.

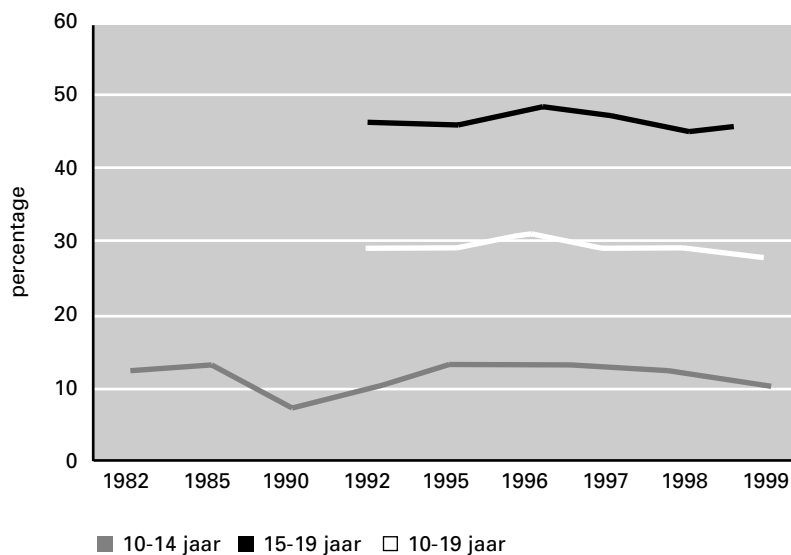
Als eerste uitkomsten van een herbezinning op het beleid voor gedragsbeïnvloeding zal meer gestreefd worden naar coalitiepartners en draagvlak. Verder zal er overleg met de veldorganisaties plaatsvinden over de activiteit van de GGD-en op dit gebied. Een voorwaarde voor effectieve gedragsbeïnvloeding is ook het aansluiten bij de eigen beleving van de doelgroep. Via inzichten uit de economische, psychologische en sociale wetenschappen willen we proberen meer greep te krijgen op het moeizame proces van gedragsverandering. De activiteiten in het kader van het ZON-stimuleringsprogramma 'Gezond Leven' zullen mede hierop gericht zijn. Het RIVM zal in 2001 een deelrapport in het kader van de VTV-2002, getiteld 'Bevorderen van gezond gedrag bij specifieke groepen', presenteren.

2.2.2.2 Tabaksontmoedigingsbeleid

Evaluatie

Roken is de belangrijkste vermijdbare doodsoorzaak. De WHO voert hierom een krachtig beleid om wereldwijd het roken terug te dringen, onder andere met het 'Tobacco Free Initiative'. Ook in Nederland veroorzaakt het gebruik van tabaksproducten een enorme volksgezondheidsschade (waaronder ten minste 23 000 doden per jaar) en hoge maatschappelijke kosten (ongeveer f 6,5 mld per jaar).

Figuur 2.1 Percentage regelmatig rokers per leeftijdsgroep



Een belangrijke oorzaak van de relatief niet sterk stijgende levensverwachting is het roken. We ondervinden nu de gevolgen van het grote tabaksgebruik in het verleden. Dat is gelukkig wel iets afgenomen, en de afgelopen

tien jaar vrijwel stabiel gebleven, maar met name onder vrouwen en kinderen is weer sprake van een stijging. Die zal onvermijdelijk leiden tot een scherpe stijging van aan roken gerelateerde kwalen, zoals hart- en vaatziekten, longkanker en andere luchtwegziekten.

Succesvolle preventie van roken levert dan ook een grote gezondheidswinst en veel maatschappelijk rendement op. In termen van kosten per gewonnen gezond levensjaar gaat het hier om de kosten-effectiefste interventie binnen het volksgezondheidsdomein.

De beleidsdoelstelling is het verlagen van het percentage rokers door te bewerkstelligen dat minder jongeren beginnen met roken, meer rokers ermee stoppen en niet-rokers goed worden beschermd.

In april 1999 is een wijzigingsvoorstel van de Tabakswet ingediend. In mei jongstleden is een uitgebreide nota naar aanleiding van het verslag aangeboden. Wij vertrouwen erop dat dit wetsvoorstel binnenkort openbaar kan worden behandeld.

De Stichting Volksgezondheid en Roken (Stivoro) heeft in de afgelopen periode in opdracht van VWS een aantal voorlichtings- en 'stoppen-met-roken'-campagnes gevoerd zoals 'Als je echt wilt' en 'Dat kan ik ook'. Beide zijn multimediale campagnes met een looptijd van drie jaar (1998–2000) en gericht op rokers met de intentie te stoppen. De multimediale campagne 'Roken nee dank je' heeft als doelgroep migranten (Turken, Marokkanen, Surinamers). De campagne is bedoeld om hun te informeren over de nadelen van het roken en te stimuleren te stoppen met roken. Deze campagne loopt vanaf 1994. De multimediale campagne 'Maar ik rook niet' is gericht op jongeren van twaalf tot zestien jaar en heeft een meerjarenlooptijd van 1998 tot 2001. Verder was er veel aandacht voor de, eveneens multimediale, campagne 'Roken? Niet waar de kleine bij is'. In een NIPO-onderzoek zijn de gegevens van 1999 vergeleken met de nulmeting, gehouden voor de campagne. Het roken in huis in aanwezigheid van kleine kinderen in huishoudens met kinderen van nul tot vier jaar is gedaald van 48% in 1996 tot 39% in 1999.

Beleidsvoornemens

In het Regeerakkoord staat dat het tabaksontmoedigingsbeleid wordt geïntensiveerd. Dit gebeurt door een samenhangende inzet op de volgende zeven clusters van instrumenten:

- meer voorlichting en preventie (vooral om te voorkomen dat jongeren met roken beginnen) (vraagzijde);
- bevorderen van stoppen-met-roken ('hulpverlening');
- striktere wetgeving (minder reclame, meer rookverboden, minder verkooppunten, leeftijdsgrens, scherpere regulering van teer, nicotine, koolmonoxyde en additieven, duidelijker waarschuwingen op verpakking, betere sanctiëring enzovoort) (aanbodkant);
- adequate zelfregulering (maatschappelijk draagvlak);
- hogere prijs (accijnsverhoging);
- nieuwe internationale initiatieven (EU, WHO);
- betere handhaving.

Het momenteel beschikbare budget voor een tabakspreventie-aanpak bedraagt nu ongeveer f 4 mln op de rijksbegroting en jaarlijks f 3 mln campagnebudget vanuit ZON voor de Stichting Volksgezondheid en Roken. Momenteel wordt een grootscheeps programma voor tabakspreventie, vooral gericht op jongeren (van 0–25 jaar), voorbereid.

Daarnaast is er een tweede wijzigingsvoorstel van de Tabakswet in voorbereiding. Daarbij gaat het om het implementeren van de EU-richtlijn

inzake reclamebeperking. Wij komen zo spoedig als mogelijk met het wijzigingsvoorstel. Bovendien is een Tabaksnota II met nieuwe, aanvullende maatregelen aan de Tweede Kamer toegezegd. Naar verwachting zal deze in het voorjaar van 2001 verschijnen.

Internationaal zijn er ook de nodige tabakspreventie-initiatieven gaande. Zo is er tijdens de EU-Gezondheidsraad van 29 juni jongstleden een gemeenschappelijk standpunt bereikt over het richtlijnvoorstel van de Europese Commissie om tabaksproducten scherper te reguleren. Naar verwachting zal de tweede lezing door het Europese Parlement in het najaar kunnen plaatsvinden en zal deze richtlijn nog tijdens het Franse EU-Voorzitterschap definitief kunnen worden vastgesteld. Vervolgens zal de richtlijnimplementatie via een nieuwe wijziging van de Tabakswet moeten plaatsvinden. Op mondiaal niveau werkt de Wereldgezondheidsorganisatie (WHO) aan het totstandkomen van een 'Framework Convention on Tobacco Control' vóór 2003. Tijdens de laatste World Health Assembly is hiertoe het fiat gegeven.

Het doel met dit samenhangend tabaksontmoedigingspakket is het aantal rokers te reduceren van 34% naar 28% in 2004. Daarbij gaat de aandacht vooral uit naar reductie bij jongeren, want de helft van de achttienjarigen rookt.

2.2.2.3 Alcoholmatigingsbeleid

Evaluatie

De afgelopen jaren is het percentage alcoholgebruikers binnen de bevolking van 16 jaar en ouder gestegen van 80% naar 85%. Thans drinkt 91% van de mannen en 80% van de vrouwen. Gezamenlijk drinken zij zo'n 10,5 miljard glazen alcoholhoudende drank per jaar. Het percentage Nederlanders van 16 jaar en ouder dat zwaar drinkt en daar problemen door ondervindt wordt op grond van diverse onderzoeken geschat op 9%.

Tabel 2.2 Prevalentie van probleemdrinken naar geslacht (in % leeftijdscategorie)

	16-24 jaar	25-34 jaar	35-44 jaar	45-54 jaar	55-69 jaar	Totaal
Mannen	23,6	12,6	18,1	13,0	10,4	15,4
Vrouwen	5,4	2,9	2,0	2,7	1,9	2,9
Totaal	x	x	x	x	x	8,9

Bron: Instituut voor Verslavingsonderzoek, 1998, Rotterdam

Uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenning blijkt dat afhankelijkheid van alcohol behoort tot de top-10 van aandoeningen, als je kijkt naar het verlies aan gezondheid dat zij veroorzaken. Daarnaast wordt men in het bedrijfsleven en de sociale verzekeringsgeneeskunde geconfronteerd met problemen door overmatig alcoholgebruik, zoals arbeidsverzuim, bedrijfsongevallen en arbeidsongeschiktheid. Verder veroorzaakt rijden onder invloed nog steeds een aanzienlijk aantal slachtoffers. Onderzoek laat zien dat alcohol bovendien als belangrijke factor wordt gezien bij agressief gedrag, zowel in uitgaanscentra als binnen het gezin.

Succesvolle preventie van alcoholmisbruik levert grote gezondheidswinst en veel maatschappelijk rendement op. De afgelopen jaren is het nodige gedaan, maar de alcoholproblematiek is omvangrijk en ook weerbarstig.

Het gebruik van alcohol is zowel in cultureel als in sociaal-economisch opzicht diep in onze samenleving geworteld. Daarom is in het Regeerakkoord bepaald dat het alcoholmatigingsbeleid wordt geïntensiveerd.

In 1999 is zowel op het terrein van preventie en voorlichting, als op het terrein van wetgeving belangrijke voortgang geboekt. Het NIGZ heeft in 1999 twee campagnes gestart. De eerste is een grootschalige zomercampagne op strandcampings. Uniek aan deze zomercampagne is dat de voorlichting niet alleen aan jongeren maar ook door jongeren wordt gegeven. Jonge vrijwilligers worden getraind om vakantie vierende leeftijdsgenoten te benaderen met een boodschap over matig drinken. Met deze campagne zijn naar schatting 50 000 jongeren bereikt. De tweede campagne is in 1999 gestart en heeft als doelgroep volwassen drinkers. Door middel van tv-spots, internetprogramma's, brochures en pamfletten zal de komende jaren getracht worden het drinkgedrag van bovenmatige drinkers te beïnvloeden. De campagne heeft inmiddels ongeveer de helft van de volwassenen weten te bereiken. 14% van de respondenten die zich de campagne herinneren geeft aan meer te zijn gaan nadenken over de risico's van alcoholgebruik.

In het najaar van 1999 heeft de Tweede Kamer met algemene stemmen het wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet aangenomen. De Eerste Kamer heeft het wetsvoorstel in april 2000 ook met algemene stemmen aanvaard. De wijzigingen komen neer op het aanscherpen van de wet met enkele matigingsbepalingen. De belangrijkste zijn:

- de alcoholverstrekker wordt verplicht aan de hand van een leeftijdsdocument vast te stellen of de koper van alcohol de minimaal vereiste leeftijd heeft.
- er mag geen alcohol meer worden verkocht in niet-levensmiddelenzaken en tankshops;
- er komen verplichte huisregels in sportkantines en andere kantines; in deze huisregels staan in elk geval de tijden waarop in de kantine alcohol wordt verstrekt;
- gemeenten kunnen de verkoop van alcohol in supermarkten en snackbars tijdelijk verbieden (bijvoorbeeld voor en na risicovolle voetbalwedstrijden). Deze wetsbepaling is in verband met het Europees Kampioenschap voetbal al op 26 mei 2000 in werking gesteld;
- er zijn wettelijke grondslagen voor diverse algemene maatregelen van bestuur ter beperking van de reclame en distributie.

De nieuwe Drank- en Horecawet zal naar verwachting 1 november 2000 in werking treden.

Beleidsvoornemens

Momenteel wordt er gewerkt aan een nieuwe Alcoholnota. In deze nota zal een brede, integrale visie op de alcoholproblematiek worden gegeven, en zal worden ingegaan op de knelpunten en voornemens voor de komende 5 jaar. Aan de orde komen de beleidsinstrumenten voorlichting en preventie, wetgeving, zorgverlening, accijnsheffing en facetbeleid. Het is de bedoeling de nieuwe Alcoholnota nog in 2000 naar de Tweede Kamer te sturen. Ook is er een nieuw wijzigingsvoorstel Drank- en Horecawet in de maak. Daarin zal de mogelijkheid worden geïntroduceerd om overtreders van deze wet, bijvoorbeeld ondernemers die de leeftijdsgrenzen niet naleven, bestuurlijke boetes op te leggen. De nieuwe wetswijziging zal het voor gemeenten mogelijk maken horeca-inrichtingen en slijterijen tijdelijk te sluiten. Voor de intensivering van het alcoholmatigingsbeleid is vanaf 2001 f 2 mln extra op jaarbasis beschikbaar.

De belangrijkste primaire doelgroepen van het beleid zijn jongeren en (ex)probleemdrinkers. Voor de komende vijf jaar wordt als beleidstarget

nagestreefd een verlaging van het percentage probleemdrinkers met 1 procentpunt (van 9% nu, naar 8% in 2005).

2.2.2.4 Gezonde voeding

Voeding is een belangrijke gezondheidsdeterminant. In de afgelopen tien jaar is in Nederland in opdracht van VWS driemaal een voedselconsumptiepeiling (Vcp) (laatst nog in 1999) uitgevoerd. Die peilingen hebben een goed beeld gegeven van het consumptiepatroon van Nederlanders. Het vergelijken van de resultaten van de drie peilingen maakt een analyse van trends mogelijk, zoals bijvoorbeeld het verloop van de vetinname en de consumptie van groenten en fruit.

Tabel 2.3 Gemiddelde energie-inname in % van vet en vetzuren per dag

	Vcp-1 1987-1988	Vcp-2 1992	Vcp-3 1997-1998	
Vet totaal	38,7	36,8	35,9	in energie %
Verzadigde vetzuren	14,5	12,9	14,2	in energie %
Meervoudig onverzadigde vetzuren	6,6	6,1	6,8	in energie %

Uit de tabel blijkt dat de vetinname een continue dalende tendens vertoont, maar dat de consumptie van verzadigd vet, na een daling in 1992, weer toeneemt. Deze stijging is vooral te wijten door de consumptie van producten waarin het vet niet zichtbaar is. Te denken valt aan snacks, vleeswaren, gebak en dergelijken.

De minister van VWS heeft de Gezondheidsraad verzocht te adviseren over de betekenis van deze trends voor de volksgezondheid. Tijdens de laatstgehouden voedselconsumptiepeiling is ook de consumptie onder de allochtone bevolking gemeten. De publiekscampagnes zoals 'Let op Vet!' en 'Goede Voeding, wat let je?' waren gericht op het verbeteren van het eetgedrag van consumenten.

In de Nota 'Nederland; goed gevoed?' wordt voorgesteld het voedingsbeleid sterk te richten op specifieke doelgroepen zoals jongeren, bewoners van instellingen en tehuizen en personen met een lage sociaal-economische status. Het operationaliseren van de in de nota opgenomen actiepunten heeft de nodige tijd in beslag genomen. Inmiddels is een plan van aanpak voor deze operationalisering gereedgekomen. Op grond hiervan zal in het komende jaar een begin worden gemaakt met de verdere operationalisering van de voornemens uit de Nota 'Nederland: Goed gevoed?' die we eerder naar de Tweede Kamer hebben gestuurd. De beleidsinspanning zal zich vooral richten op specifieke groepen van de bevolking. De inspanning uit de afgelopen jaren om de vetinname terug te dringen en de consumptie van groenten en fruit te bevorderen, zullen onverminderd worden voortgezet. De hieraan gekoppelde doelstelling is het terugbrengen van de verzadigde vetinname van circa 14% naar circa 12% in 2002.

Parallel hieraan is het Voedingscentrum verzocht te adviseren over interventiemogelijkheden bij categorieën van doelgroepen met een lage sociaal-economische status om hun voedingspatroon te verbeteren. Nadat de minister van VWS ook het advies van de Gezondheidsraad heeft ontvangen, zullen in de komende jaren stapsgewijs de nodige acties worden ondernomen.

2.2.3 Infectieziektebestrijding

2.2.3.1 Crisismanagement

De ontwikkelingen van de afgelopen jaren geven aan dat aandacht voor het bestrijden van infectieziekten noodzakelijk blijft. Doordat medische en maatschappelijke ontwikkelingen bijdragen aan een toename van het optreden van infectieziekten zijn extra inspanningen nodig om deze te bestrijden. Vaak gaat dit samen met enige publieke onrust en mediabelangstelling. Daarbij is gebleken dat het afbakenen van de verantwoordelijkheden tussen landelijke en lokale overheden enerzijds en met internationale gremia als EU en WHO anderzijds noodzakelijk is voor adequaat optreden. De toename van het aantal incidenten legt behalve bij de landelijke overheid een grote druk op de lokale infectieziektebestrijding. Het aantal lokale taken op dit terrein is de laatste jaren toegenomen door de nieuwe infectieziektewet, het invoeren van een kwaliteitsprofiel en extra taken ten aanzien van crisismanagement zoals 24-uurs bereikbaarheid. Ook landelijk is aandacht nodig voor versterking van taken rond crisismanagement zoals diagnostiek, surveillance en ondersteuning van lokale infectieziektebestrijding. Daarnaast zijn er ontwikkelingen die van belang zijn voor de toekomst van dit beleidsterrein. Dit betreft bijvoorbeeld de resistentie van micro-organismen tegen antibiotica en diverse ontwikkelingen op het gebied van vaccins. In 2001 komt het Kabinet met een nota waarin aangegeven zal worden hoe versterking op dit terrein plaats zal vinden.

Ook de afgelopen periode is gebleken dat bijzondere aandacht voor infectieziekten noodzakelijk is. Naast een aantal incidenten onder andere op het gebied van legionella en meningitis is er veel aandacht geweest voor de nazorg van de legionella-epidemie die begin 1999 in Bovenkarspel uitbrak. Dit betrof zowel de nazorg voor de slachtoffers van de epidemie als het nemen van maatregelen ter preventie van toekomstige besmettingen. De gezondheidstoestand van de slachtoffers is onderzocht en de geboden (na)zorg is geëvalueerd. Ook is meegewerkt aan het tot stand brengen van een fonds om aan slachtoffers en hun nabestaanden een financiële tegemoetkoming te verlenen. Hiertoe is onder meer f 2 mln in het fonds gestort.

In april 2000 is op basis van enkele meldingen uit EU-lidstaten over meningokokken W-135 bij Mekkagangers actie ondernomen om mogelijke gevallen in Nederland vroegtijdig te onderkennen en verspreiding van de besmetting te voorkomen. Zo veel mogelijk Mekkagangers zijn in dat kader persoonlijk of via imams geïnformeerd. In totaal zijn in Nederland zes personen vermoedelijk of zeker besmet geraakt met deze bacterie. De doelgroep heeft positief gereageerd op de acties vanuit VWS. De snelle reactie op dit incident geeft tevens aan dat de Europese signalering op dit gebied, het zogenoemde 'Early Warning'-systeem, effectief en nuttig is.

2.2.3.2 Vaccinatieprogramma voor jeugdigen

In het afgelopen jaar is veel aandacht besteed aan het Awbz-vaccinatieprogramma voor jeugdigen: het Rijksvaccinatie Programma (RVP). Het doel is het blijvend hoog houden van de vaccinatiegraad van jeugdigen en een optimale bescherming tegen verschillende ziekten. De belangrijkste ontwikkelingen op dit terrein betreffen:

- onderzoek van TNO-PG naar de effectiviteit van een actief aanbod van DTPen BMR-vaccin aan onvolledig gevaccineerde zestienjarigen; de verhouding tussen kosten en baten kwam niet gunstig uit het onderzoek. Het CVZ heeft geadviseerd geen speciaal inhaalprogramma in het leven te roepen maar te overwegen om een aanbod te incorpo-

- renen in het basispakket voor de JGZ. Wij nemen dit advies over en zullen dit verder meenemen in het JGZ-traject;
- onderzoek van TNO-PG en het Nederlands Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie (NIGZ) naar de tevredenheid van de burger over het RVP; uit dit onderzoek blijkt dat de onderzochte burgers nauwelijks twijfelen aan het nut van het RVP. Wel is de informatievoorziening voor verbetering vatbaar. Inmiddels is in verband hiermee een vaccinatie-website geopend;
 - naar aanleiding van een motie van het kamerlid Arib inzake de vraag of zuigelingen gevaccineerd moeten worden tegen hepatitis B heeft het RIVM desgevraagd een kosteneffectiviteitsstudie gemaakt. Op basis hiervan zijn wij vooralsnog van mening dat deze vaccinatie in Nederland niet kosteneffectief is. Ook zou bij het invoeren van de hepatitis B-vaccinatie de deelname aan het RVP kunnen verminderen. Na overleg met de Tweede Kamer hierover is de Gezondheidsraad gevraagd het advies uit 1996 over bescherming tegen hepatitis B te heroverwegen. Dit advies zal eind december 2000 uitkomen. Uiterlijk eind februari 2001 zal daarop een standpunt worden ingenomen;
 - ook het afgelopen jaar is de incidentie van kinkhoest hoog gebleven. Na de piek in 1996 (2771 aangegeven gevallen) trad in 1997 en 1998 een daling op. In 1999 trad weer een stijging op en werden 6914 gevallen van kinkhoest aangegeven 509 kinderen werden in het ziekenhuis opgenomen (148 in 1998). Het RIVM heeft onderzoek gedaan naar het effect van het invoeren van een extra vaccinatie met a-cellulair vaccin voor kinderen van vier jaar. De resultaten hiervan zijn gunstig. Op advies van de Gezondheidsraad hebben we besloten zo spoedig mogelijk kinderen van vier jaar een extra vaccinatie tegen kinkhoest aan te bieden met a-cellulair kinkhoestvaccin. Met deze extra vaccinatie zullen de kinderen beter beschermd zijn tegen ernstige kinkhoestinfecties. De kosten voor deze zogenoemde extra 'boostering' zijn geraamd op f 7 mln per jaar;
 - Het RIVM voert onderzoek uit naar de opname van a-cellulair kinkhoestvaccin in het DKTP-vaccin.

Naast deze 'vaccinaties voor jeugdigen' zullen het komende jaar beslissingen genomen worden over:

- het invoeren van vaccinatie tegen pneumokokken bij ouderen en risicogroepen;
- verdere investeringen in het ontwikkelen en toepassen van een meningokokkenvaccin.

Het RIVM heeft in kaart gebracht welke ontwikkelingen met betrekking tot vaccinaties op middellange termijn te verwachten zijn. De minister heeft de Gezondheidsraad gevraagd om op basis hiervan te adviseren over prioriteiten in het ontwikkelen en implementeren van nieuwe vaccinaties. Op basis hiervan zal verdere besluitvorming plaatsvinden.

2.2.3.3 HIV/Aids en ander seksueel overdraagbare aandoeningen

Wat betreft het voorkomen van HIV/Aids en andere seksueel overdraagbare aandoeningen zijn er aanwijzingen dat er een toename is van onveilig vrijgedrag. Gegevens over het voorkomen van Soa in Amsterdam wijzen hierop. Dit is een zorgelijke ontwikkeling. De organisaties die zich bezig houden met de bestrijding van Soa in Nederland (Aids Fonds, Stichting Soa-bestrijding en SAD-Schorerstichting) hebben aangegeven hun inspanningen op het terrein van de voorlichting en preventie ten aanzien van Soa en Aids te versterken. Landelijk wordt hier aandacht aan besteed via massamediale voorlichting. Uit onderzoek gekoppeld aan de Vrij Veilig campagnes blijkt dat 73% van de respondenten aangeeft bij

contacten met losse partners veilig te vrijen. Doel is dit percentage te verhogen tot 77% in 2002.

Harde gegevens over het aantal gevallen van Soa in Nederland ontbreken momenteel. De RGO brengt naar verwachting eind dit jaar een advies uit over hoe de HIV-surveillance in Nederland kan worden aangepast zodat er beter inzicht komt in het voorkomen en de dynamiek van infecties in Nederland. Ook hebben we onlangs een rapport van de Werkgroep SOA-surveillance ontvangen waarin zij adviseert over de wijze waarop de surveillance van andere SOA geoptimaliseerd kan worden. Beide rapporten zullen leiden tot een vernieuwd surveillancesysteem dat beter aansluit bij de behoeften van deze tijd, uiteraard rekening houdend met de privacy van de betrokken personen. We gaan ervan uit dat deze wijzigingen budgettair neutraal plaatsvinden.

2.2.3.4 Hepatitis B

Het optimaliseren van vaccinatie tegen hepatitis B van risicogroepen is een blijvend punt van aandacht, los van de vraag of tot vaccinatie van zuigelingen moet worden overgegaan. Het afgelopen jaar is onderzoek uitgevoerd om na te gaan hoe de vaccinatiegraad onder druggebruikers en hetero- en homoseksuelen met sterk wisselende contacten verhoogd kan worden. Op basis van de resultaten hiervan zullen voorbereidingen getroffen worden voor landelijke implementatie van een vaccinatieprogramma voor druggebruikers en hetero- en homoseksuelen met veel wisselende partners. Met dit laatste programma is een bedrag van f 5 mln per jaar gemoeid. Dat wordt in de MJA Cure meegenomen. Dit jaar zijn diverse activiteiten ontplooid om de vaccinatiegraad voor hepatitis B bij mensen die in de gezondheidszorg werken te verhogen. De Gezondheidsraad gaf in haar rapport over hepatitis B van 1996 aan dat naar schatting 50–60% van de gezondheidswerkers gevaccineerd is. De bescherming van patiënten staat daarbij centraal. Hierbij is vooral aandacht besteed aan vrijgevestigde artsen die niet onder de Arboret vallen en aan studenten/stagiaires. In het kader van de Arboret heeft de minister samen met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid eind 1999 een circulaire gestuurd naar alle beroepsgroepen en instellingen voor de gezondheidszorg om aan te geven dat werkgevers verplicht zijn vaccinatie aan te bieden aan een groot aantal nader omschreven beroepsgroepen. Het komende jaar zal overleg met de beroepsgroepen worden voortgezet om te zorgen dat risicogroepen onder de gezondheidswerkers voldoende gevaccineerd zijn. Daarnaast zal gezocht worden naar mogelijkheden om kinderen in asielzoekerscentra te vaccineren.

2.2.3.5 Ziekenhuisinfecties

Ziekenhuisinfecties treden op bij 5–10% van alle ziekenhuispatiënten. Ziekenhuisinfecties brengen extra lijden met zich mee voor de patiënt en resulteren in een kostenverhoging in de intramurale gezondheidszorg. De laatste jaren is door de werkgroep Prezies gewerkt aan het opzetten van een landelijk surveillance systeem van ziekenhuisinfecties. Een goed surveillancesysteem vormt voor ziekenhuizen een referentie om hun eigen cijfers aan te koppelen en is eveneens een goede basis voor nader interventie-onderzoek. Met deze surveillance is een forse aanzet gemaakt tot een kwaliteitssysteem op het gebied van infectiepreventie in ziekenhuizen.

De registratie van ziekenhuisinfecties zal verder geoptimaliseerd worden. Hiermee wordt beoogd het aantal ziekenhuisinfecties in de toekomst met eenderde omlaag te brengen.

2.2.4 Programmatische preventie

De VTV uit 1997 geeft aan dat er door het programmatisch aanpakken van preventieactiviteiten nog veel gezondheidswinst is te behalen. Sinds 1995 wordt actief het totstandkomen van preventieactiviteiten op programmatische basis bevorderd. Een ZON-werkgroep van deskundigen rapporteert welke onderwerpen zich lenen voor landelijke implementatie. Een voorwaarde hierbij is dat het in beginsel gaat om bewezen effectieve interventies.

Ook in het verleden zijn reeds diverse preventieactiviteiten op programmatische wijze ingevoerd, bijvoorbeeld het AWBZ-vaccinatieprogramma, het programma voor zwangerschapsimmunisatie, de PKU- en CHT-screening, de screening op borst- en baarmoederhalskanker enzovoort. Recentelijk zijn bijvoorbeeld de griepvaccinatie, de screening op het adrenogenitaal syndroom, preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen en preventie van decubitus geïmplementeerd.

In onderstaande tabel staat een overzicht van de programmatische preventieactiviteiten die momenteel op basis van de AWBZ worden uitgevoerd.

Tabel 2.4: Programmatische preventieactiviteiten ex AWBZ (x f 1 mln)

	1997	1998	1999	2000	2001
Rijksvaccinatieprogramma	72,3	75,4	83,7	85,8	92,8
Borstkankerscreening	57,5	62,4	73,8	79,4	80,3
Cervixscreening	48,1	48,7	50,0	48,0	49,4
Preventiefonds	49,0	25,0			
Griepvaccinatie	55,7	50,8	64,0	68,7	69,4
Pre- en postnatale screening	0,0		21,9	31,0	31,6
Overige: w.o. SOA-klinieken	9,5	17,5	9,5	34,4	43,1
Totaal	292,1	279,8	302,9	347,3	366,6

2.2.4.1 Borstkankerscreening

De doelgroep van borstkankerscreening omvat ruim 2,1 miljoen vrouwen en vertoont een stabiel opkomstpercentage tussen de 75% (leeftijdsgroep 70–75 jaar) en 79% (50–70 jaar). Met dit programma worden jaarlijks naar schatting ongeveer 750 levens gespaard. Om één geval van borstkanker te voorkomen, zijn 900 mammogrammen nodig. De kosten van het programma waren in 1999 f 72,2 mln, dat is ongeveer f 96 000,- per gespaard leven. Nadat het CVZ eind 1998 de verantwoordelijkheden voor het kwaliteitsbeleid in een regeling heeft vastgelegd, werkt elk van de betrokken partijen hard aan het implementeren van een integraal kwaliteitsbewakingssysteem. Dit systeem zal komend jaar functioneren en omvat zowel de werkorganisatie, het werk in de screeningseenheden, de medisch-inhoudelijke uitvoering en de nadere diagnostiek en behandeling.

2.2.4.2 Cervixkankerscreening

In 1999 zijn 792 000 vrouwen voor het bevolkingsonderzoek naar cervixkanker uitgenodigd. Ongeveer 60% daarvan gaf aan de oproep gehoor. Met dit programma worden naar schatting jaarlijks ruim 150 sterfgevallen aan kanker voorkomen. Anders uitgedrukt: om één geval van

sterfte aan baarmoederhalskanker te voorkomen, zijn ruim 3200 onderzoeken nodig. De kosten van het programma waren in 1999 f 50 mln, dat is f 327 000,- per gespaard leven. De laatste jaren is vanwege deze hoge kosten de cervixscreening, zowel in de vak- als in de lekenpers, herhaaldelijk onderwerp van kritische reflectie geweest. In opdracht van het CVZ is daarom in 1999 de kostenontwikkeling van deze screening voor het eerst geëvalueerd. Daaruit blijkt een (mede door tariefstijgingen veroorzaakte) stijging van 50% van de kosten van de screening in 1999 ten opzichte van de kosteneffectiviteitsschatting uit 1993. In 1999 is in grote delen van het land het Cervix Informatie Systeem (CIS) ingevoerd. Dit geautomatiseerde systeem ondersteunt het primaire proces van de deelnemende screeningsorganisaties, levert managementinformatie en maakt effect- en procesevaluatie mogelijk en borgt de kwaliteit.

2.2.4.3 Preventie van hart- en vaatziekten

Mede op grond van de resultaten van een pilotproject en een evaluatiestudie naar effecten op mortaliteit en morbiditeit van hart- en vaatziekten (HVZ), is besloten gefaseerd over te gaan tot het landelijk invoeren van programmatische preventie van HVZ bij hoogrisicogroepen in de huisartsenpraktijk. In 2001 en volgende jaren zal de oorspronkelijke pilot elk jaar worden uitgebreid met ongeveer duizend huisartsen. De invoeringskosten voor de periode 2001 tot en met 2003 bedragen in totaal ruim f 12 mln en zullen worden gefinancierd uit het beschikbare budget voor het bevorderen van programmatische preventie. De structurele kosten, oplopend van f 2,03 mln in 2001 tot ruim f 6,65 mln in 2005 en verder zijn vrijgemaakt binnen het meerjarencader Cure.

2.2.4.4 Griepvaccinatie

In 1995 is gestart met een programmatische aanpak van de griepvaccinatie, uitgevoerd door de huisartsen. In 1996 is de doelgroep voor deze vaccinatie, de bekende risicogroepen, uitgebreid met alle 65-plussers. De vaccinatiegraad is de afgelopen jaren voortdurend gestegen en lijkt zich nu te stabiliseren. Voor het seizoen 1998–1999 was de vaccinatiegraad 76,8%. Een lichte toename is wellicht de komende jaren nog mogelijk.

Uit eerder onderzoek komt naar voren dat soms de deelname van allochtone ouderen aan preventieprogramma's geringer is dan die van autochtone ouderen. Ook voor de influenzavaccinatie is dit nu nader onderzocht. Verheugend is dat uit de onderzoeksresultaten blijkt dat allochtone ouderen even vaak gevaccineerd zijn als autochtone ouderen. Maar ook blijkt dat er nog 'winst' te behalen is als men met name meer gebruikmaakt van oproepen in de eigen taal. Hieraan zal aandacht worden gegeven.

Voorgenomen is een evaluerend onderzoek door het CVZ naar de effectiviteit/doelmatigheid van de griepvaccinatiecampagne in het najaar van 2000. Voor het uitvoeren van de griepvaccinatie voor het seizoen 2001–2002 is een budget beschikbaar van f 69,4 mln.

2.2.4.5 Pre- en postnatale screening

Onder pre- en postnatale screening worden begrepen de programmatische preventie-activiteiten bij zwangeren en pasgeborenen. Het betreft de preventie van zwangerschapsimmunisatie, inclusief de screening op andere irregulaire antistoffen, de screenings op perinatale hepatitis B en syfilis en de zogenoemde 'hielprik'-onderzoeken (Phenylketonurie, Congenitale hypothyreoïdie en Adrenogenitaal syndroom). Voor deze activiteiten exclusief die rond de 'hielprik', heeft het CVZ een subsidiere-

geling getroffen. Naar aanleiding van discussie over met name de screening op irregulaire antistoffen is in het voorjaar 2000 de Gezondheidsraad om nader advies gevraagd over de wetenschappelijke onderbouwing hiervan.

Na een geslaagde pilot is de screening op het Adrenogenitaal syndroom (AGS) per 1 juli 2000 met succes landelijk ingevoerd. Het bloed van de pasgeborene dat verkregen is door middel van de hielprik, wordt onderzocht op het voorkomen van AGS. Bij een positieve uitslag wordt zo spoedig mogelijk gestart met behandeling. De ziekte is goed behandelbaar en het tijdig onderkennen ervan voorkomt onder meer hersenschade, onjuiste geslachtstoekenning of overlijden. Het CVZ heeft hiertoe desgevraagd een subsidieregeling getroffen; er is maximaal f 2 mln per jaar beschikbaar.

2.2.4.6 Gehoorscreening

In 2001 zal worden begonnen met het landelijk invoeren van een gehoorscreening bij at risk pasgeborenen met behulp van een geautomatiseerde brainstem response methode (ALGO-1). Deze kinderen verblijven doorgaans op een neonatale intensive care unit (NICU). In Nederland gaat het jaarlijks om vierduizend tot vijfduizend kinderen. In deze populatie komt ten minste 25% van het totaal aantal kinderen met een bepaald gehoorverlies voor. In een pilot is vastgesteld dat deze vroege opsporing heel goed mogelijk is waardoor tijdig met revalidatie kan worden gestart. Effecten zijn een verbetering van de communicatieve, intellectuele en sociale mogelijkheden van het gehoorgestoorde kind, vermindering van gedragsproblemen, een verbeterde ouder-kindrelatie en een verbeterd perspectief ten aanzien van het onderwijs.

De hiermee gemoeide kosten bedragen structureel ruim f 0,5 mln per jaar. Deze gelden zijn vrij gemaakt binnen het meerjarencader Cure.

De opzet is dat over enige tijd ook de overige pasgeborenen gescreend zullen worden met deze nieuwe screeningsmethode. De huidige reguliere gehoorscreening bij kinderen van negen maanden met behulp van de Ewing/Capas-methode kan dan na een overgangsfase vervallen.

2.2.4.7 Overige activiteiten

In het kader van de bevordering van programmatische preventie lopen er meerjarige projecten op het terrein van preventie van bepaalde vormen van depressie, van preventie van decubitus en van preventie van seksueel overdraagbare aandoeningen. In 2000 zijn er projecten gestart op het terrein van de promotie van borstvoeding en op het terrein van stoppen-met-rokenprogramma's bij verloskundigen en bij cardiologen en hart- en vaatverpleegkundigen.

2.2.5 Voedselveiligheid

2.2.5.1 Crisismanagement

Het afgelopen jaar is er veel aandacht geweest voor de problematiek van de voedselveiligheid. Naar aanleiding van de dioxine-affaire in 1999 heeft het Bureau Berenschot onderzoek gedaan naar de wijze waarop de betrokken departementen dit soort crises aanpakken. Daarbij is gekeken naar de wet- en regelgeving, de verantwoordelijkheidsverdeling en de communicatie van overheidswege richting consument. De aanbevelingen van Berenschot spitsen zich toe op een analyse van mogelijke leemten in de regelgeving, het versterken van de coördinatie tussen departementen en het verbeteren van de communicatie met de consument. De regering heeft in belangrijke mate deze aanbevelingen overgenomen en haar standpunt kenbaar gemaakt aan de Kamer. Naar verwachting zullen de

aanbevelingen grotendeels voor het eind van het jaar geïmplementeerd zijn of zal het realiseren ervan in werking zijn gezet. Gelet op de wijze waarop sinds de dioxine-affaire een aantal incidenten is afgehandeld, kan worden geconcludeerd dat de coördinatie tussen de departementen daadwerkelijk is verbeterd. Wel moet een aantal procedures nog worden geformaliseerd.

2.2.5.2 De verdere ontwikkeling van het voedselveiligheidsbeleid

Het Nederlandse voedselveiligheidsbeleid kan niet los gezien worden van hetgeen op dit terrein in Brussel en in het bredere internationale verband van de Codex Alimentarius gebeurt. Naar verwachting zal de Europese Commissie voortgang willen boeken met het verder uitwerken van het 'Witboek Voedselveiligheid' met als belangrijkste voorstellen het instellen van een EVA, één levensmiddelenrichtlijn en een integrale herziening van de bestaande communautaire wetgeving op het gebied van levensmiddelen en voedselveiligheid. Nederland heeft steeds aangedrongen op het herzien van de communautaire levensmiddelenwetgeving. Een dergelijk proces sluit goed aan bij het 'Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit' (MDW)-project levensmiddelenwetgeving dat enkele jaren geleden succesvol is afgerond. De ministers van VWS en LNV zullen zich samen actief inzetten in de onderhandelingen rond dit dossier in Brussel. Het streven om ook nationaal een onafhankelijke en hoogwaardige onderzoeksinstelling voor voedselveiligheid in te stellen sluit goed aan bij de ontwikkelingen binnen de EU. Anticiperend hierop bereidt VWS samen met LNV en andere betrokken departementen de 'Kadernota Voedselveiligheid' voor. In deze nota zullen de beleidslijnen voor de komende jaren worden uiteengezet. In de nota zal onder meer de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en bedrijfsleven aan de orde komen. In het kader van de voorbereiding van deze nota worden ook de leemten in de wet- en regelgeving nader geanalyseerd, zoals aanbevolen door Berenschot. Een belangrijk thema daarbij is het verder moderniseren van de controle van levensmiddelen en de voedselveiligheid. Het kabinet heeft zich recent uitgesproken voor het vormen van één nationaal voedselcontrolebureau. Daarnaast zal de rol van het Voedingscentrum op het terrein van de voedselveiligheid worden versterkt. Zo is het Voedingscentrum belast met het uitwerken van een meerjarenstrategie voor de communicatie op het terrein van de voedselveiligheid.

In het kader van de uitwerking van het 'Witboek Voedselveiligheid' doet de Europese Commissie voorstellen voor het integreren van de bestaande verticale richtlijnen inzake de veterinaire volksgezondheid met de horizontale richtlijn inzake levensmiddelenhygiëne. Nederland is voorstander van deze benadering. De kerngedachte bij deze herziening van de hygiënevoorschriften is dat de levensmiddelenproducenten volledig verantwoordelijk zijn voor de veiligheid van hun producten. Het biedt tevens een opening om de vleeskeuring te moderniseren, en deze te steunen op een risicobenadering waarbij ook de voorgeschiedenis van een te keuren dier in ogenschouw wordt genomen.

Het terugdringen van besmetting van pluimveevlees met Salmonella en Campylobacter is nationaal met kracht ter hand genomen. Op grond van de Warenwet zullen maatregelen genomen worden om pluimveevlees dat niet vrij is van besmetting alleen nog verpakt en voorzien van een etiket op de markt te brengen. Daarnaast is het bedrijfsleven verzocht bestaande plannen van aanpak aan te scherpen om binnen een termijn van enkele jaren de besmettingsgraad tot aanvaardbare niveaus terug te dringen, om uiteindelijk tot een situatie te komen waarbij in principe alleen onbesmet pluimveevlees aan de consument wordt aangeboden. In Europees

verband wordt met belangstelling het voorstel van de Commissie afgewacht inzake het moderniseren van de Zoönosenrichtlijn.

2.2.5.3 BSE

Vooruitlopend op communautaire wetgeving heeft Nederland enkele jaren geleden zelf maatregelen getroffen om de consument te beschermen tegen mogelijke overdracht van de verwekker (prionen) van de 'gekke koeienziekte' van herkauwers op de mens. Deze verwekker kan bij de mens namelijk de ziekte van Creutzfeldt-Jacob veroorzaken. Om deze overdracht te voorkomen mag het zogenoemde 'specified risk material' (SRM-materiaal) van herkauwers niet meer tot diervoer worden verwerkt. Het betreft organen en weefsels als hersenen en ruggenmerg waarin prionen zich kunnen ophopen. Deze maatregel is een voorbeeld van het toepassen van het voorzorgbeginsel. De kosten van het vernietigen van SRM-materiaal, die jaarlijks ongeveer f 20 mln beliepen, zijn een aantal jaren ten laste van de VWS-begroting gekomen. Hieraan is een eind gekomen met het van kracht worden van een wijziging van de Destructiewet eerder dit jaar. De kosten zijn nu voor rekening van de aanbieders van SRM-materiaal zoals veehouders en slachthuizen. Dit heeft een lastenverzwaring voor het bedrijfsleven met zich mee gebracht. Om het illegaal dumpen van kadavers van herkauwers tegen te gaan heeft VWS het bedrijfsleven uitgenodigd om met voorstellen te komen voor alternatieve financiering, waarbij de uitgangspunten blijven: kostendekkend door het bedrijfsleven én beperking van de fraudegevoeligheid. Op verzoek van de Tweede Kamer heeft VWS een onderzoek laten instellen naar de mogelijkheid om de kosten van het vernietigen van SRM te verminderen door middel van directe verbranding. Zodra de resultaten bekend zijn, zullen die aan de Kamer worden aangeboden.

Met betrekking tot BSE heeft de Europese Commissie na een patstelling van enkele jaren een beschikking getroffen die wat betreft inhoud goed overeenkomt met het beleid dat in Nederland al enkele jaren van kracht is. Het gaat om de vernietiging door middel van verbranding van die delen van gestorven en geslachte runderen, schapen en geiten die het meest riskant zijn voor de verspreiding van BSE. In aansluiting daarop is komend jaar een voorstel te verwachten voor een geheel herziene Destructierichtlijn. Nederland is er voorstander van om het verwerken van kadavers tot diermeel als grondstof voor diervoeder integraal te verbieden. Dit voornemen is kenbaar gemaakt in het Beleidsbesluit Diervoeders. Dit zal een fundamentele wijziging van het destructiebestel met zich meebrengen.

2.2.5.4 Biotechnologie en levensmiddelen

Biotechnologie zal ook het komend jaar onverminderd aandacht vragen. Op het brede terrein van de biotechnologie volgen de ontwikkelingen elkaar snel op. Het kabinet zendt de Integrale Nota Biotechnologie met de Prinsjesdagstukken naar de Tweede Kamer. Ten aanzien van het specifieke terrein van genetisch gemodificeerde levensmiddelen blijft het beleid gestoeld op twee uitgangspunten: de veiligheid voor de consument en de herkenbaarheid van deze producten door middel van etikettering. Met name de etikettering en de handhaving daarvan behoeft verbetering. Het komende jaar zal in nauw overleg met het maatschappelijk veld bezien worden op welke wijze de etiketteringsregels kunnen worden aangepast zodat recht wordt gedaan aan het uitgangspunt dat de consument een keuze mogelijkheid moet hebben. De uitkomst van dit overleg zal ook de basis zijn voor de Nederlandse inzet in Brussel om de regelgeving op dit punt aan te passen. Voorts zal een maatschappelijk debat worden georganiseerd over biotechnologie en levensmiddelen. De uitkomst van

dit debat zal worden gebruikt om de gevolgde beleidslijnen te spiegelen en waar nodig bij te stellen aan de maatschappelijke opvattingen. Het voedingscentrum is verzocht een breed opgezette voorlichtingscampagne over voedselproductie te verzorgen.

2.2.5.5 Proefdierbeleid

Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de consument is nauw verweven met het beleid rond proefdieren. Voor het bereiden van vaccins maar ook voor het testen van de risico's van stoffen zoals geneesmiddelen en bestrijdingsmiddelen is het nog onvermijdelijk om gebruik te maken van proefdieren. Het beleid is er wel op gericht om het gebruik van proefdieren te verminderen of, waar dat (nog) niet mogelijk is, het lijden of ongemak voor proefdieren te verlichten. De afgelopen vier jaar heeft VWS extra gelden beschikbaar gesteld voor onderzoek naar alternatieven voor proefdieronderzoek. In reactie op het amendement-Rouvoet is ook voor het jaar 2000 extra geld beschikbaar gesteld. Inmiddels heeft ZON een evaluatie van het onderzoek naar alternatieven afgerond. VWS betreft de uitkomst van deze evaluatie bij de afweging om ook in de komende jaren het alternatievenonderzoek extra te financieren.

2.2.6 Arbeid en gezondheid

Het beschermen en bevorderen van de gezondheid van de werkende bevolking is een gedeelde verantwoordelijkheid van werkgevers, werknemers, arbodiensten, preventieve en curatieve gezondheidszorg. Een integrale benadering, waarbij preventie, begeleiding, behandeling en reïntegratie op elkaar afgestemd zijn, is hierbij het uitgangspunt. Vanuit de ministeries van VWS en SZW is met dat doel aan ZorgOnderzoek Nederland (ZON) opdracht gegeven de programma's 'Samenwerken bij Sociaal-Medische Begeleiding' 'Programma Klachten Bewegingsapparaat' uit te voeren. Voor deze programma's hebben de ministeries respectievelijk f 2,5 mln en f 1,5 mln beschikbaar gesteld. In het kader van deze programma's zijn in 1999 en begin 2000 diverse projecten van start gegaan:

- projecten gericht op deskundigheidsbevordering en op het ontwikkelen en op elkaar afstemmen van richtlijnen;
- projecten gericht op het terugdringen van fysieke belasting in bedrijven;
- projecten met betrekking tot de effectiviteit van bewegingsprogramma's (waaronder rugscholing);
- projecten die gericht zijn op het bevorderen van reïntegratie na verzuim.

In april 2000 heeft TNO Arbeid de resultaten gepresenteerd van het in opdracht van VWS uitgevoerde onderzoek naar samenwerking tussen bedrijfsartsen en medisch specialisten. Dit heeft de betrokken beroepsgroepen ertoe aangezet om met elkaar verdere initiatieven voor te bereiden voor het verbeteren van de samenwerking. De beroepsverenigingen van de huisartsen en de bedrijfartsen zijn begin 2000 van start gegaan met het opzetten van zes regionale pilots waarin hun afspraken over samenwerking in de praktijk gestalte gaan krijgen. De ministeries van VWS en SZW hebben hiervoor gezamenlijk f 3 mln beschikbaar gesteld.

2.2.7 Milieu en Gezondheid

De invulling van National Environmental and Health Action Plan (NEHAP) in de Nederlandse situatie is vooral toegespitst op het versterken van het lokale milieu-gezondheidsbeleid. Risicocommunicatie en risicosignalering op lokaal niveau krijgen in de huidige situatie onvoldoende invulling en zullen verder moeten worden ontwikkeld in samenwerking met het

ministerie van VROM. Een centrale rol daarbij spelen de GGD's en de medisch milieukundigen. Risicocommunicatie over gezondheidsrisico's en gevaren van afgegeven milieuvergunningen is primair gericht op de bevolking. Deze communicatie dient te worden verzorgd door goed getrainde medewerkers; niet noodzakelijker wijs door artsen. De risicosignalering betreft meer de bestuurlijke kant. Versterking houdt onder meer in: het instellen van een meldpunt/database voor milieu-incidenten met onderbouwde gezondheidsgevolgen, het realiseren van een epidemiologische en toxicologische ondersteuningsfunctie en het vergroten van de communicatieve impact van (het geringe aantal) medisch milieukundigen.

2.2.8 Veiligheid (consumenten) producten

2.2.8.1 Invoering Bestuurlijke boeten

Bij wijzigingswet van 11 november 1999 is in de Warenwet aan de minister van VWS de bevoegdheid gegeven bestuurlijke boeten op te leggen aan overtreders van warenwettelijke voorschriften. De wetswijziging beantwoordt aan de wens van het kabinet om de handhaving in het algemeen en die van de Warenwet in het bijzonder, te verbeteren. De boete zal als handhavinginstrument naast de strafrechtelijke afdoening worden gehanteerd. De bestuurlijke boete maakt, in tegenstelling tot het strafrechtelijk afdoen van overtredingen van de Warenwet, een lik-op-stukbeleid mogelijk. Een ander voordeel is dat een en hetzelfde bestuursorgaan, dus de minister van VWS, verantwoordelijk is voor de vanuit de gezondheidsbescherming wenselijke normstelling en het handhaven daarvan.

De strafrechtelijke afdoening verdwijnt niet maar zal worden beperkt tot overtredingen die specifiek om deze wijze van afdoening vragen zoals die waarbij de gezondheid of veiligheid van de consument opzettelijk in gevaar is gebracht. Voor het operationeel maken van de bevoegdheid van de minister is bij algemene maatregel van bestuur (Warenwetbesluit bestuurlijke boeten) een bijlage vastgesteld waarin alle overtredingen van warenwettelijke voorschriften en de daarop gestelde boeten zijn opgenomen. De boete wordt namens de minister door de Hoofdinspecteur van de Keuringsdienst van Waren opgelegd. Daartoe is binnen de dienst een uitvoeringorganisatie ingericht die ook belast zal zijn met de behandeling van bezwaarschriften.

2.2.8.2 Uitbreiding werkzaamheden College Toelating Bestrijdingsmiddelen (CTB)

Het CTB is op basis van de Bestrijdingsmiddelenwet 1962 (BMW) belast met het toelaten van de bestrijdingsmiddelen. Per 1 januari jongstleden is het CTB verzelfstandigd tot een zelfstandig bestuursorgaan. Ingevolge de BMW is de minister van VWS de primair verantwoordelijke bewindspersoon voor de bestrijdingsmiddelen op het onderdeel biociden. Met de verzelfstandiging zijn extra kosten gemoeid. Het betreft onder meer kosten voor het verbeteren van het administratieve proces van het toelaten van biociden, het bekostigen van de benodigde wetenschappelijke externe expertise om een toelating te beoordelen en het instellen van een commissie voor de behandeling van tegen een toelating ingesteld bezwaar en beroep.

Daarnaast is er sprake van een structurele verhoging van de kosten in verband met de werkzaamheden van het CTB rond het operationaliseren van de biocidenrichtlijn. Deze richtlijn heeft ten doel het toelaten van biociden in de Europese Gemeenschappen te harmoniseren en bij te dragen aan het tot stand brengen van de interne markt.

2.2.9 Patiëntenbeleid

2.2.9.1 Patiëntenfonds

Het Patiëntenfonds ontvangt vanaf 1999 jaarlijks een bedrag van ruim f 32 mln voor het versterken van landelijk werkzame patiëntenorganisaties. Daarbij ligt de nadruk op categoriale organisaties. In 2000 wordt de bijdrage in de exploitatiekosten die zij van het fonds hiervoor ontvangen opnieuw verhoogd. Voor wat betreft de financiering van koepelorganisaties start het Patiëntenfonds in 2000 met een experiment rond bottom-up financiering van de Nederlandse Patiënten/Consumenten Federatie (NC/PF). De bedoeling is dat binnen enkele jaren ongeveer een derde deel van het totale budget van de NP/CF niet vanuit het Patiëntenfonds, maar via de aangesloten lid-organisaties wordt ingebracht. Aan het Patiëntenfonds is gevraagd ook voor andere koepelorganisaties te komen tot een systeem van bottom-up financiering. Ruime aandacht van het Patiëntenfonds gaat in 2000 verder uit naar het stimuleringsprogramma van het fonds, dat zich richt op het opheffen van enkele duidelijk omschreven lacunes en knelpunten in het patiëntenbeleid.

Ten slotte houdt het fonds zich met ingang van 2000 in opdracht van het ministerie van VWS bezig met het uitvoeren van de meerjarenafspraken cure en verpleging en verzorging. Hiervoor wordt additioneel een bedrag van f 8,7 mln per jaar beschikbaar gesteld. Het inzetten van de middelen zal met name via regionale patiënten-/consumentenorganisaties verlopen.

Het Patiëntenfonds wordt in 2000 geëvalueerd. Daarbij wordt zowel aandacht besteed aan de kwaliteit, effectiviteit en doelmatigheid van het fonds als aan de tevredenheid van de 'gebruikers'.

2.2.9.2 Samenwerking koepels patiëntenorganisaties

Op het terrein van het patiënten-/consumentenbeleid zijn veel organisaties actief die de belangen van patiënten/consumenten behartigen. Veel van deze organisaties hebben hun krachten gebundeld in een koepelorganisatie. De voordelen van zo'n bundeling – samen sterker, meer mogelijkheden, behartiging van punten van algemeen belang enzovoort – passen in het overheidsbeleid om een sterke patiënten-/consumentenbeweging te bevorderen.

In de Voortgangsrapportage Chronisch Ziekenbeleid heb ik een bundeling van krachten aangekondigd tussen NP/CF, Gehandicaptenraad (GR) en Werkverband Organisaties van Chronisch Zieken (WOCZ), 'met als eindperspectief een niet-vrijblijvende samenwerking c.q. integratie van het veld van (koepels van) patiënten/cliëntenorganisaties daar waar het tot versterking en efficiëntie leidt'. De werkprogramma's van de drie koepels vertonen een zodanige overlap dat mij dat mogelijk leek. Het leek mij nuttig om alvorens de samenwerking tussen de verschillende koepels verder te bevorderen, eerst na te gaan hoe de stand van zaken is op het terrein van samenwerking en afstemming tussen de NP/CF, de GR en het WOCZ. Daarom heb ik aan het onderzoeksbureau PriceWaterhouseCoopers (PWC) opdracht gegeven om na te gaan hoe het met de samenwerking gesteld is, of er punten van overlap zijn en of er eventueel sprake is van leemten.

PWC heeft in nauwe samenwerking met de betrokken koepels het onderzoek uitgevoerd. Helaas kon er op basis van de beschikbare informatie bij de koepels geen duidelijk beeld verkregen worden van hun onderlinge taakverdeling en samenwerking. De betrokken koepels hebben op grond van de uitkomsten van het onderzoek aangegeven te willen werken aan een systematiek voor

managementinformatie systematiek die de betrokken organisaties transparanter en onderling beter vergelijkbaar maakt. Een eerste resultaat op het terrein van samenwerking valt te verwachten uit de beoogde fusie tussen GR en WOCZ.

2.2.9.3 Patiënten- en beleidsontwikkeling; RP/CP's

Begin 2000 hebben de 28 Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RP/CP's) hun plannen afgerond voor het besteden van de f 8,7 mln die hen uit de meerjarenafspraken zijn toebedeeld. In de plannen worden activiteiten benoemd die gericht zijn op het aanpakken van de knelpunten die door de patiëntenorganisaties in de regio worden ervaren. Thema's zijn onder andere: consumenteninformatie, vertegenwoordiging in zorgkantoren en RIO's en kwaliteitstoetsing vanuit patiëntenperspectief. De partijen in de regio's werken samen de plannen uit. Hier is een groot winstpunt behaald: RP/CP's, Ouderenbonden en Landelijk Organisatie Cliëntenraden (LOC) hebben een convenant gesloten over de besteding van de extra gelden. Tevens hebben ze afgesproken samen te werken aan het versterken van de 'derde partij'. Elk jaar zal er een evaluatie van de activiteiten plaatsvinden. De basis voor die evaluatie is een nulmeting van de huidige stand van zaken in de regio op die terreinen waarop activiteiten worden ondernomen.

Het belang van het versterken van de regionale infrastructuur wordt ook onderkend door de provincies; de provincies zijn sinds 1994 verantwoordelijk voor de RP/CP's. Op 3 juli 1999 hebben VWS, IPO en NP/CF een convenant gesloten met als doel afspraken en verantwoordelijkheden vast te leggen met betrekking tot de rol van de verschillende partijen bij het versterken van de positie van de patiënt/consument in de regio voor de periode 1999–2002.

Figuur 2.2 Locatie Regionale Patiënten/Consumenten Platforms (RPCP's), situatie op 1 januari 2000



2.2.9.4 *Disease-management*

Door de zorgvrager, de mens met diabetes, centraal te plaatsen in het zorgproces, kan de kwaliteit van de diabeteszorg worden verbeterd. In het project Integrale Kwaliteitszorg Diabetes, een initiatief van het departement, de IGZ en de Nederlandse Diabetes Federatie, wordt uitgegaan van de principes van disease-management. Een samenhangende aanpak van zorg biedt kansen tot het realiseren van gezondheidswinst. Deze samenhangende aanpak kan gestimuleerd worden door het aanstellen van regiocoördinatoren. De reguliere financiering van regionale diabeteszorg is in principe een zaak van regionale verzekeraars. Een peiling bij regionale verzekeraars laat zien dat zij het belang van disease-management onderschrijven maar dat financiering van regiocoördinatoren op dit moment nog een brug te ver is. Gelet op de noodzaak van het realiseren van samenhangende zorg stelt het departement een overbruggingssubsidie beschikbaar voor het aanstellen van dergelijke regiocoördinatoren.

2.2.10 **Onderzoeks- en Researchbeleid (PEO)**

Het belangrijkste doel van het beleid met betrekking tot projecten, experimenten en onderzoek (PEO) volksgezondheid en zorg is het doelgericht en planmatig genereren van 'evidence based' en vernieuwende inzichten in specifieke vraagstukken op het gebied van volksgezondheid en zorg en op het effect van concrete interventies. Een belangrijk middel om hierbij meer samenhang en afstemming te bewerkstelligen, is de programmatische werkwijze. Daarbij staan geen losse projecten maar aandachtsgebieden en thema's centraal. Het ontwikkelen en uitvoeren van programma's gebeurt in de meeste gevallen door intermediaire organisaties, waarvan voor VWS ZON de belangrijkste is. In bijlage 2 wordt een aantal eerste resultaten van projecten, experimenten en onderzoeken gepresenteerd die mede het gevolg zijn van het op programmatische aansturing via de intermediaire organisatie ZON.

Nieuwe activiteiten

In 2001 zullen diverse nieuwe programma's worden gestart. Zo zal onder meer aandacht worden besteed aan onderzoek op het gebied van de personele infrastructuur. Daarmee wordt beoogd een bijdrage te leveren aan een adequate personeelsvoorziening voor de zorg, waarmee kan worden ingespeeld op veranderingen in de zorgvraag, in de zorgorganisatie en op technologische ontwikkelingen.

In het programma 2001 zal ook het thema kwaliteit nieuwe aandacht krijgen. Daarbij gaat het vooral om de vraagstukken die behandeld zijn in de vierde Leidschendamconferentie. Een belangrijke ontwikkeling is de verschuiving die gaandeweg optreedt van aanbodgerichte naar vraaggerichte zorg. Daarnaast zal het programma ook een omslag te zien geven van ontwikkelen naar implementeren, van projectmatig naar integraal werken en van procesgerichtheid naar effectgerichtheid. In het verlengde hiervan zal in het programma 2001 eveneens aandacht worden besteed aan het tot stand brengen van materiaal om patiënten te informeren omtrent hun (ruimere) keuzemogelijkheden en de consequenties van hun keuzen, zodat zij hun keuzemogelijkheden goed kunnen benutten.

In de jaarlijkse brief inzake PEO zal ik uitgebreid ingaan op de nieuwe PEO-activiteiten.

2.2.10.1 *ZorgOnderzoek Nederland (ZON)*

Tweederde van de PEO-middelen wordt via ZON tot besteding gebracht. De Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland echter gaat slechts in beperkte mate in op het financieel beheer van ZON. Daarom is op

1 januari 2000 een ministeriële regeling in werking getreden die hiervoor nadere regels geeft.

De Wet op de organisatie ZorgOnderzoek Nederland trad op 1 juli 1998 in werking maar de organisatie was al vanaf eind 1995 in een oprichtingsconstructie operationeel. In verband hiermee vindt in 2000 een evaluatie van ZON plaats. Daarbij werd gekeken naar doeltreffendheid, doelmatigheid en kwaliteit van de organisatie. De samenwerking van ZON met het Gebiedsbestuur Medische Wetenschappen van de Nederlandse organisatie voor wetenschappelijk onderzoek (NWO) krijgt steeds verder vorm. Begin 2001 zullen de beide organisaties gezamenlijk worden gehuisvest in de nieuwbouw van NWO. Afstemming en synergie tussen fundamenteel onderzoek en praktijkgericht onderzoek zullen hierdoor verbeteren.

2.2.11 Gezondheidsonderzoek vuurwerkramp Enschede/zorgnota

Gezondheidsonderzoek als bijdrage aan de nazorg

Op basis van eerdere calamiteiten (zoals de Bijlmerramp) is direct na de vuurwerkramp in Enschede (mei 2000) besloten tot een gezondheidsonderzoek onder getroffenen en hulpverleners. Dit onderzoek betreft zowel onderzoek naar eventuele blootstelling aan gevaarlijke stoffen als de impact van de ramp op de psychische gezondheid. Het doel van het onderzoek is met name om een bijdrage te leveren aan de nazorg van de betrokkenen. Zo kon in de eerste tussenrapportage (juli 2000) bevestigd worden dat het zeer onwaarschijnlijk is dat bewoners en/of hulpverleners lichamelijke gevolgen hebben ondervonden aan de blootstelling aan gevaarlijke stoffen. Daarnaast geven de resultaten van het onderzoek inzicht in de problematiek van zowel individuen als groepen, die gebruikt kunnen worden als basis voor het organiseren van de hulpverlening. De komende jaren zal het gezondheidsonderzoek gegevens opleveren over de ontwikkeling van de gezondheidstoestand van de betrokkenen.

Concreet gaat het om de volgende activiteiten:

- Bloed en urineonderzoek uitgevoerd door het RIVM. Het gaat daarbij om een aantal per jaar uit te voeren tests, geënt op stoffen die ook in relatie tot de ramp kunnen worden gebracht;
- Monitoren psychische gezondheid, uitgevoerd door het Instituut voor psychotrauma (IVP). Regelmatige controle van de groep middels een vragenlijst en de daarop volgende analyse.

Het onderzoek vindt plaats in opdracht van de Minister van VWS. De verantwoordelijkheid voor de uitvoering is in handen van GGD Twente, die gedeelten van de uitvoering van het onderzoek uitbesteedt.

Andere activiteiten op het gebied van gezondheidsmonitoring

De beroepsgroepen en instellingen, die betrokken zijn bij de hulpverlening aan de getroffenen zullen zelf ook de ontwikkelingen in de gezondheid van hun cliënten gaan volgen. Dit zal bijdragen aan een goede afstemming van hulpvraag en -aanbod. Van belang voor een efficiënte werkwijze is dat de verschillende monitoringsactiviteiten én het gezondheidsonderzoek goed op elkaar zijn afgestemd. GGD Twente is door de Minister van VWS verzocht om de coördinatie van de verschillende initiatieven en ideeën te verzorgen. Hierbij zullen geëigende onderzoeksinstellingen ondersteuning gaan bieden. Het kabinet heeft voor 2000 en 2001 f 6 mln per jaar uitgetrokken voor het gezondheidsonderzoek en overige monitoringsactiviteiten. In 2001 zal een op grond van de bevindingen tot dan toe gezien worden in hoeverre in de volgende jaren extra middelen benodigd zijn.

HOOFDSTUK 3 CURATIEVE SOMATISCHE ZORG

In dit hoofdstuk staan de beleidsontwikkelingen op het terrein van de curatieve somatische zorg.

In paragraaf 3.1 treft u de terreinbeschrijving aan en in paragraaf 3.2 de evaluatie van het beleid. Paragraaf 3.3 ten slotte bevat de beleidsvoorname voor het komende jaar.

3.1 Terreinbeschrijving

De curatieve zorg omvat een breed scala aan instellingen en beroepsbeoefenaren. Ze wordt traditioneel onderverdeeld in extramurale en intramurale zorg. Het extramurale aanbod van zorg wordt geleverd door beroepsbeoefenaren als huisartsen, verloskundigen, tandartsen en paramedici. Ook het ziekenvervoer valt eronder, zowel ambulancehulpverlening als zittend ziekenvervoer. De intramurale curatieve zorg omvat de ziekenhuiszorg en de medisch-specialistische zorg. Medisch-specialistische zorg wordt overigens ook op beperkte schaal extramuraal aangeboden.

Bovenstaande traditionele onderverdeling raakt geleidelijk aan wat uit de tijd doordat het accent steeds meer komt te liggen op transmurale zorg. Met andere woorden: op een samenhangend zorgaanbod, waarbij de plek waar die zorg geleverd wordt, in hoge mate bepaald wordt door de zorgbehoefte van de patiënt. Overigens blijft de huisarts daarbij de poortwachter tot de zorg.

Voor het overheidsbeleid worden de basale gegevens over de zorg bijeengebracht in het Brancherapport Curatieve Somatische Zorg. Een verdere verbetering hiervan wordt nagestreefd. In het kader van het Brancherapport worden zogeheten verdiepingsstudies uitgevoerd. Dit jaar komen in ieder geval de onderwerpen orgaandonatie en de ontwikkeling van werklastericatoren aan de orde.

Hoofddoelstelling beleid

De hoofddoelstelling van de curatieve zorg is het bewerkstelligen van patiëntgerichte curatieve en palliatieve zorg voor lichamelijke aandoeningen inclusief de genees- en hulpmiddelenvoorziening. Om dit doel te bereiken wordt gestreefd naar transmuraal en integraal geleverde, doelmatige, kwalitatief verantwoorde en toegankelijke zorg.

Tabel 3.1 Kerncijfers Curatieve Somatische Zorg (1996-1999)

	1996	1997	1998	1999	Abs. groei	Proc. groei	Gem. jrl.%
Aantal praktiserende huisartsen (incl. HIDHA'S*)	7.377	7.456	7.572	7.704	327	4,4	4,4
Aantal in Nederland gevestigde tandartsen	6.993	7.096	7.215	7.336	343	4,9	4,8
Aantal tandheelkundige specialisten	pm	456	464	488			
Aantal fysiotherapeuten (extramuraal)	11.607	-	11.936	-			
Aantal ergotherapeuten	1.750	1.850	1.915	2.015	265	15,1	14,4
Aantal logopedisten	3.359	3.900	3.880	3.910	551	16,4	16,4
Aantal oefentherapeuten-Mensendieck	850	895	900	905	55	6,5	6,4
Aantal oefentherapeuten-Cesar	813	808	870	876	63	7,7	7,7
Aantal diëtisten	2.242	2.133	2.172	2.201	-41	-1,8	-1,7
Aantal mondhygiënisten	1.375	1.427	1.570	1.789	414	30,1	27,8
Aantal orthoptisten	274	287	359	338	64	23,4	24,0
Aantal podotherapeuten	291	314	355	380	89	30,6	28,0
Aantal radiologisch laboranten	9.736	9.841	10.100	-			
Aantal verloskundigen	1.357	1.416	1.515	1.578	221	16,3	15,5
Aantal personeelsleden ambulancediensten	-	3.712	-	-			
Aantal ziekenhuizen, waarvan:	143	142	137	-			
- algemene ziekenhuizen	105	105	101	-			
- categorale ziekenhuizen (incl. rev.)	29	28	28	-			
- academische ziekenhuizen	9	9	8	-			
Aantal erkende bedden, waarvan:	59.440	59.123	58.970	58.786	-654	-1,1	-1,1
- algemene ziekenhuizen	47.858	47.591	47.578	47.504	-354	-0,7	-0,7
- categorale ziekenhuizen (incl. rev.)	3.980	3.931	3.787	3.557	-423	-10,6	-11,0
- academische ziekenhuizen	7.602	7.601	7.605	7.725	123	1,6	1,6
Aantal werkzame specialisten (fte) algemene ziekenhuizen, waarvan:	5.977	6.043	6.218				
- poortspecialisten	4.700	4.730	4.884	-			
- ondersteunende specialisten	1.277	1.314	1.344	-			
Aantal personeel ziekenhuizen (alg. en acad. ziekenhuizen)	184.358	188.211	196.925	-			
waarvan patiëntgebonden functies	118.501	121.754	126.835	-			

* huisartsen in dienst van een huisarts

Bron: Prismant/Nivel

Toelichting bij de tabel

Het aantal werkzame beroepsbeoefenaren neemt nog steeds toe. De grootste groei deed zich voor bij de beroepsgroep van podotherapeuten (jaargemiddelde +28%), waarvan het beroep pas in 1982 wettelijk is geregeld en de uitval nog gering is. De groei bij ergotherapeuten (+14,4%), mondhygiënisten (+27,8%) en verloskundigen (+15,5%) wordt mede veroorzaakt door een toeneming van het aantal opleidingsplaatsen vanaf eind jaren tachtig. Het effect van een uitbreiding van de opleidingscapaciteit komt pas na verloop van een aantal jaren tot uiting. Ook de nieuwste gegevens per 31 december 1999 laten een groei zien. Zo nam het aantal huisartsen in 1999 toe tot 7704 (+1,8%) en het aantal verloskundigen tot 1578 (+ 4,2%).

Tot slot kan ten aanzien van het genoemde aantal patiëntgebonden functies in ziekenhuizen worden opgemerkt, dat 55% hiervan betrekking heeft op verplegenden en verzorgenden.

Figuur 3.1 Hoofdlocaties ziekenhuizen 1998



In het kader van de Regeling zelfstandige behandelcentra hebben in 1999 circa veertig instellingen een aanvraag ingediend voor het verkrijgen van de, op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Wzv), noodzakelijke vergunning. Hiervan hebben er inmiddels 38 een verklaring van behoefte als bedoeld in art. 7 WZV gekregen. Deze zelfstandige behandelcentra zullen na het onherroepelijk worden van de verklaring een vergunning ontvangen.

Figuur 3.2 Locaties zelfstandige behandelcentra 1999



Tabel 3.2 Uitgaven Curatieve Somatische Zorg (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
3.01 Huisartsenzorg	2.017,0	2.179,1	2.222,4	2.313,0	2.595,3	2.430,5	2.430,5	2.472,5	2.472,5	2.472,5
3.02 Gezondheidscentra	32,4	38,2	44,2	52,7	52,4	59,9	59,9	59,9	59,9	59,9
3.03 Tandheelkundige zorg (wettelijk deel)	993,3	1.055,3	1.082,3	1.112,2	1.158,3	1.167,8	1.167,8	1.167,8	1.167,8	1.167,8
3.04 Fysiotherapie	1.001,8	1.071,9	1.152,2	1.260,9	1.314,9	1.340,5	1.340,5	1.340,5	1.340,5	1.340,5
3.05 Oefentherapie (Mensendieck/ Cesar)	70,0	63,1	66,1	82,6	77,2	80,9	80,9	80,9	80,9	80,9
3.06 Logopedie	77,8	74,6	74,0	92,8	89,5	95,2	95,2	95,2	95,2	95,2
3.07 Ergotherapie	2,4	8,3	12,4	11,6	8,3	13,6	13,6	13,6	13,6	13,6
3.08 Verloskundige zorg	134,3	140,8	147,1	157,5	185,3	214,3	221,1	220,9	220,9	220,9
3.11 Kraamzorg	370,0	391,3	399,5	416,3	436,1	449,6	449,6	449,6	449,6	449,6
3.15 Algemeen maat- schappelijk werk	231,0	234,0	236,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0	238,0
3.16 Algemene en categorale ziekenhuizen	13.016,0	13.403,1	13.985,6	14.168,6	14.926,7	14.988,9	15.059,6	15.371,0	15.640,5	15.710,6
3.17 Academische ziekenhuizen	4.004,3	4.163,5	4.399,4	4.867,8	5.423,1	4.902,6	4.918,8	4.935,5	4.941,5	4.948,1
3.18 Overig curatieve zorg	541,4	522,0	651,2	802,5	858,8	636,2	632,2	638,3	638,2	638,2
3.19 Medisch specialistische zorg	2.420,4	2.467,1	2.568,5	2.742,1	2.594,0	2.571,4	2.571,4	2.571,4	2.571,4	2.571,4
3.20 Tandheelkundig specialistische zorg	120,1	129,6	136,9	142,1	148,3	149,5	149,5	149,5	149,5	149,5
3.21 Ambulancevervoer	352,0	374,5	392,7	416,4	450,6	462,1	463,2	464,3	465,4	466,5
3.22 Overige ziekenvervoer	312,0	328,0	341,0	353,0	312,3	312,3	312,3	312,3	312,3	312,3
3.23 Wet bijzondere medische verrich- tingen WBMV gereserveerde groeiruinimte				0,0	16,5	10,6	385,1	392,0	390,9	389,8
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	25.696,2 11.660,4	26.644,4 12.090,7	27.911,5 12.665,7	29.230,1 13.264,0	30.885,6 14.015,3	31.240,4 14.176,3	31.705,7 14.387,4	32.089,7 14.561,7	32.365,1 14.686,6	32.441,8 14.721,4

In tabel 3.2 zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de curatieve somatische zorg. Hierin zijn tevens de maatregelen en intensiveringen verwerkt. Op de aanvullende post zijn de resterende indicatief toegedeelde middelen opgenomen. Dit wordt in de tabel apart weergegeven. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd.

3.2 Evaluatie

3.2.1 Toegankelijkheid van de zorg

3.2.1.1 Inleiding

Eén van de knelpunten die zich helder aftekenen bij een evaluatie van de cure de afgelopen periode, is de toegankelijkheid van de zorg, ofwel de wachttijden. Daarbij moet het volgende worden opgemerkt. Verreweg de meeste mensen die zich aanmelden bij de huisarts worden meteen in de eerstelijns behandeld (ongeveer 90%). Tien procent wordt verder doorverwezen. Daarvan moet een betrekkelijk klein deel langere tijd wachten op de behandeling. Voor de betrokkene zelf en zijn omgeving is het natuurlijk van groot belang dat de wachttijd zo kort mogelijk is. Helaas moeten wij constateren dat alle maatregelen ter verbetering die tot nu toe zijn genomen, vrijwel onmiddellijk weer voor een groot deel geabsorbeerd worden door de groeiende vraag, onder meer als gevolg van de vergrijzing en de toenemende technische mogelijkheden. Uit cijfers van het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG) over de gerealiseerde productieafspraken 1999 blijkt dat dankzij de extra ingezette middelen ook een groot aantal extra verrichtingen zijn uitgevoerd. Voor sommige operatieve ingrepen, zoals hart-, heup- en oogoperaties, heeft dat ook tot merkbare verkorting van de wachtlijst geleid (zie ook de rapportage van het Wachtlijstfonds 1999 van Prismant, augustus 2000). Bij sommige nieuw toegelaten behandelingen zoals cochleaire implantaten bij kinderen, sinds 1 januari 2000 een verstrekking en voorheen een beperkt aantal verrichtingen op basis van de subsidieregeling, ontstaan onmiddellijk aanzienlijke wachtlijsten. Ook voor het oplossen van deze wachtlijst is voor 2000 en 2001 f 10 mln beschikbaar gesteld.

Een gecombineerde aanpak, gericht op verruiming van financiële én personele middelen, is noodzakelijk. Zo wordt gewerkt aan een inhaalslag door het realiseren van tijdelijke volumegroei, bovenop de structurele demogroei. Verder zullen ook verzekeraars zich inspannen om wachttijden terug te dringen. Tijdens het zogeheten Treek-overleg hebben zij aangekondigd te gaan werken met genormeerde wachttijden. Daarbij werd overigens door hen aangetekend, dat dit niet haalbaar is binnen de bestaande kaders. Inmiddels zijn er extra middelen beschikbaar gesteld voor de curatieve somatische zorg. De genormeerde wachttijden zijn door verzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk gedefinieerd. Voorts worden de opleidingen verder gedifferentieerd. Meer zorgverleners op HBO-niveau (bijvoorbeeld bij het behandelen van oogaandoeningen of bij de mondzorg) kunnen tekorten in de zorg opvangen. Een doelmatiger opzet van de artsopleidingen, plus een ontzorging van het aantal medisch specialistenplaatsen zal ook daar het aanbod verruimen. Een betere implementatie van ICT in de zorg kan zowel de logistiek als de behandeling zelf nog aanzienlijk verbeteren.

Voor de huisartsen geldt dat de werkomstandigheden beduidend kunnen worden verbeterd indien een gewijzigde dienstenstructuur voor de zorg in de avonden, nachten en weekends daadwerkelijk van de grond komt. Dit kan tot een rationelere praktijkvoering leiden. Invoering van de extra praktijkondersteuning draagt daaraan bij, evenals het gebruik van het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS), waarbij met besparingen die het EVS zou opleveren de praktijkondersteuning bekostigd kan worden. Werken in groepsverband kan eveneens tot meer doelmatigheid en voorts tot meer ruimte voor een gevarieerd zorgaanbod leiden. De huisartsen zelf beginnen hiervan de voordelen in te zien, zodat langzamerhand gespreken kan worden van een omslag.

De toegankelijkheid van de zorg kent een aantal, onderling samenhangende, aspecten. Het gaat bijvoorbeeld om beschikbaarheid (voldoende

beroepsbeoefenaren, plaatsen in instellingen enzovoort), om het financieringsstelsel, om opleidingen voor beroepsbeoefenaren en om organisatie van de zorg. Als het verschil tussen vraag en aanbod groot wordt, kunnen burgers via de rechter hun rechten gaan opeisen. Dat is de afgelopen periode ook enkele keren gebeurd. Tussen de wettelijke aanspraken op zorg van de burger en de taak van de overheid om de kosten van de zorg te beheersen, ligt een spanningsveld. Wij streven ernaar om – onder de randvoorwaarden van harde indicatie én doelmatig werken – het aanbod zo dicht mogelijk bij de vraag te brengen.

3.2.1.2 Wachtlijsten

Het plan van aanpak Wachttijden, opgesteld door betrokken veldpartijen, is momenteel in uitvoering. In de afgelopen periode heeft dit onder meer geleid tot het vaststellen van streefnormen voor wachttijden door aanbieders en verzekeraars en tot het openstellen van een landelijke databank wachttijden door de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), die onder www.nvz-ziekenhuizen.nl te raadplegen is. De afgelopen periode heeft laten zien dat gericht beleid resultaat heeft. Zo heeft de zogeheten inhaalslag – het toekennen van tijdelijke volumegroei met als doel het sterk terugdringen van te lange wachttijden – onder meer opgeleverd dat er extra ingrepen konden worden verricht in 1999.

Tabel 3.3 Aantal extra verrichte ingrepen in 1999

	aantal	als percentage van de totale realisatie 1999
staaroperaties	17.137	23%
knie-operaties	1.283	19%
heupoperaties	2.430	12%

Voor het uitvoeren van de inhaalslag zijn aanzienlijke middelen beschikbaar gesteld, boven op de financiële ruimte voor volumegroei. Voor de curatieve somatische zorg ging het om f 90 mln per jaar (f 50 mln voor de algemene ziekenhuizen, f 18 mln voor de medische specialisten, f 22 mln voor de academische ziekenhuizen). In 1999 is tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen nog eenmalig f 50 mln extra toegekend aan de ziekenhuizen.

Zonder de inzet van de extra middelen zou de wachtlijstproblematiek dan ook aanzienlijk groter zijn dan nu het geval is.

Wachtlijsten doen zich voornamelijk voor bij te plannen, niet-acute zorg. Als de zorgverlening in een zelfstandig behandelcentrum (voorheen 'privékliniek') in een goede afstemming en samenwerking met de ziekenhuizen plaatsvindt, achten wij dat een goede zaak. Daarbij heeft het uitdrukkelijk onze voorkeur dat de ziekenhuizen de eindverantwoordelijkheid voor die zorg expliciet op zich nemen. Op die manier wordt het behandelcentrum omgevormd tot een buitenkliniek van het ziekenhuis, bestemd voor poliklinische zorg en dagbehandeling.

3.2.1.3 *Arbozorg*

Uit het plan Structurele aanpak van wachttijden in de zorgsector, dat werd opgesteld door organisaties uit het veld (maart 1998), bleek dat er een dringende behoefte bestaat aan het verbeteren van de kwaliteit van zorg inzake arbeidsrelevante aandoeningen. Het gaat om aandoeningen die – al dan niet door het werk veroorzaakt – het functioneren op het werk nadelig beïnvloeden.

Meer kennis over deze aandoeningen is onmisbaar. Daarom heeft VWS in september 1999, in afstemming met de staatssecretaris van SZW, vier landelijke kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen aangewezen, die inmiddels, in april jongstleden, van start zijn gegaan. Het gaat om clusters van aandoeningen die een belangrijke rol spelen bij ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid: aandoeningen van het bewegingsapparaat (Academisch Ziekenhuis Rotterdam), psychische aandoeningen (Parnassia Psycho-Medisch centrum te Den Haag namens vijf GGZ-instellingen), aandoeningen aan de luchtwegen (Universitair Longcentrum Dekkerswald te Groesbeek), huidaandoeningen (Academisch Ziekenhuis Vrije Universiteit te Amsterdam en het Academisch Ziekenhuis Groningen gezamenlijk).

3.2.1.4 *Voorstel wijziging Hoofdlijnenakkoord academische ziekenhuizen*

Op verzoek van de Vereniging academische ziekenhuizen (VAZ) is in het bestuurlijk overleg tussen VWS, VAZ en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) gesproken over een nieuwe systematiek van het Hoofdlijnenakkoord. Die systematiek moet mede een bijdrage leveren aan het terugdringen van de wachttijden. Het gaat om het volgende voorstel. Aan het begin van het jaar maken VAZ en verzekeraars per academisch ziekenhuis harde en realistische afspraken over de benodigde zorgproductie. Met realistisch wordt bedoeld: zoveel mogelijk aansluitend op de reële vraag, binnen de mogelijkheden van infrastructurele en personele capaciteit. Deze productieafspraken worden bij het CTG ingediend. Vervolgens wordt het budget van het betreffend academisch ziekenhuis overeenkomstig de ingediende productieafspraken opgehoogd. Als een academisch ziekenhuis uiteindelijk meer heeft gerealiseerd dan was afgesproken, dan vindt naderhand niet alsnog een ophoging van het ziekenhuisbudget plaats. Wanneer minder gerealiseerd is dan afgesproken was, dan betaalt het betreffende academisch ziekenhuis het deel samenhangend met de niet-gerealiseerde productie terug. Elk academisch ziekenhuis wordt dus afzonderlijk afgerekend op de gerealiseerde productie in het afgelopen jaar. Mocht de gerealiseerde productie desondanks hoger zijn dan het beschikbare macrokader, dan kan het noodzakelijk zijn dat deze overschrijding specifiek per academisch ziekenhuis moet worden gecompenseerd. Het primaat van het toedelen van de middelen ligt bij het lokaal overleg, waardoor de regie van verzekeraars tot uitdrukking komt. Het is een aanpak die een nadere uitwerking verdient. Gezien de voorgaande gevolgen is het overleg hierover nog niet afgerond.

3.2.2 *Meerjarenafspraken*

In 1998 werden de meerjarenafspraken tussen overheid en partijen in de zorg geïntroduceerd, als hulpmiddel bij het gezamenlijk realiseren van inhoudelijke doelstellingen binnen overeengekomen meerjarige financiële kaders.

De voortgangsrapportage Meerjarenafspraken zorgsector, die op 17 mei jongstleden naar de Kamer verzonden is, geeft een eerste inzicht in de resultaten die tot nu toe geboekt zijn met deze nieuwe sturingsfilosofie. Vaststaat dat het introduceren van de meerjarenafspraken tot een groot aantal gezamenlijke activiteiten van partijen en overheid heeft geleid. Als

onderdeel van de meerjarenaafspraken zelf zijn vele verbetertrajecten in gang gezet, ook op het gebied van de informatievoorziening. Bedoeling is de zorguitgaven transparanter te maken.

In januari 2000 hebben ZN en de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (NMT) het Convenant mondzorg gesloten. Dit convenant bevat meerjarenaafspraken over de toekomstige zorgverleningstructuur, het oplossen van het tekort aan menskracht, de financierings- en honoreringsstructuur en het kwaliteitsbeleid. De voornemens en afspraken worden begeleid vanuit de Regiegroep meerjarenaafspraken mondzorg. Daarvan maken naast de ondertekenende partijen ook de Nederlandse Vereniging van Mondhygiënist(en) (NVM) en de Organisatie van Nederlandse Tandprothetic(en) (ONT) deel uit.

3.2.3 Kwaliteitsbeleid

3.2.3.1 Leidschendam-conferentie

Op 25 mei jongstleden is de vierde Leidschendam-conferentie gehouden. Deze had als doel nieuwe afspraken te maken over het kwaliteitsbeleid in de zorgsector. In het VWS-rapport 'Zorg van betekenis' staan uitgangspunten en aandachtspunten voor het kwaliteitsbeleid voor de komende jaren. Verder heeft het Nivel in opdracht van VWS een landelijk onderzoek verricht naar de stand van zaken bij het implementeren van kwaliteitssystemen in zorginstellingen. Voorts is een overzichtsstudie Kwaliteitssystemen beroepsbeoefenaren uitgevoerd.

Het Landelijk Coördinatiepunt Kwaliteitsbeleid Zorgsector (LCKZ) heeft samen met het Verwey-Jonker instituut en de Stuurgroep LCKZ een discussienotitie opgesteld. Daarin staan de volgende thema's met bijbehorende actiepunten: het continueren van de implementatie van kwaliteitsbeleid; professioneel handelen; regionalisering en ketenkwaliteit; transparantie en externe beoordeling; voorwaardenscheppende zaken; herijking van rollen.

3.2.3.2 Kwaliteitsbeleid medisch specialisten

De Orde van Medisch Specialist(en) heeft een belangrijke rol bij het ontwikkelen en vormgeven van kwaliteitsbeleid van medisch specialist(en). Mede gelet op de meerjarenaafspraken, heeft de Orde een plan van aanpak opgesteld. Centraal daarin staan het ontwikkelen van richtlijnen (waaronder transmurale), het ontwikkelen van een elektronische complicatieregistratie en van visitaties, ofwel onderlinge toetsing. Er wordt nagegaan of er kwaliteits- en toetsingssystemen aanwezig zijn en of deze functioneren. Aangetekend moet worden dat dit moet leiden tot meer transparantie.

3.2.3.3 Kwaliteitsbeleid paramedici

In het convenant dat vorig jaar is gesloten voor de logopedie, fysiotherapie en oefentherapie Cesar/Mensendieck staat het verhogen van de kwaliteit en het verbeteren van de informatievoorziening centraal. Het kwaliteitsbeleid in de paramedische zorg ligt op schema. In de voortgangsrapportage die VWS 17 mei 2000 naar de Kamer heeft gestuurd, is per beroepsgroep de stand van zaken aangegeven. De opbouw van de infrastructuur blijkt voortvarend te verlopen. Bij de fysiotherapie zijn inmiddels ongeveer 1000 intercollegiale overleggen fysiotherapie (IOF's) tot stand gekomen, waaraan ongeveer 13 000 fysiotherapeuten deelnamen. In de fysiotherapie zijn eind 2000 naar verwachting tien richtlijnen ontwikkeld. Voor de oefentherapeuten Cesar zijn er inmiddels vier gereed. Voor Mensendieck zijn er richtlijnen in ontwikkeling. In de logopedie wordt gewerkt aan het meetinstrument

stemstoornissen. Ook de deelname aan intercollegiale toetsing groeit gestaag.

Voor de fysiotherapie is het systeem van geaccrediteerde na- en bijscholing operationeel sinds 1 januari 2000. De criteria voor het accrediteren van bij- en nascholing zijn gereed voor de oefentherapie Cesar/Mensendieck.

Het kwaliteitsregister van het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) voor de beroepsgroep fysiotherapie is inmiddels opengesteld voor de algemeen praktiserende fysiotherapeuten en heilgymnasten. Voor de overige paramedische beroepsgroepen zijn criteria ontwikkeld voor de basisregistratie en herregistratie in het Kwaliteitsregister Paramedici.

De basissubsidie voor het Nederlands Paramedisch Instituut is met een verhoging dit jaar van f 1,0 mln nu f 2,3 mln. In overleg met de afnemers van het NPI, de paramedische beroepsgroepen, wordt de inhoud van het werkprogramma vastgesteld.

Daarnaast is een plan van aanpak opgesteld voor het vervolgprogramma Implementatie Kwaliteitsbeleid Paramedische Zorg. Dit programma heeft een looptijd van drie jaar.

3.2.4 Beroepen in beweging

3.2.4.1 Het clusteren en moderniseren van de beroepenstructuur

Recent zijn drie publicaties verschenen die alle een analyse geven van maatschappelijke ontwikkelingen, ontwikkelingen in de gezondheidszorg, ontwikkelingen binnen en tussen beroepen en de gevolgen daarvan voor professionals. Het gaat om: 'Professionals in de gezondheidszorg' (RVZ april 2000), het eindrapport van de verkenningscommissie HGZO 'De toekomst van het Hoger Gezondheidszorg Onderwijs' (HBO-raad februari 2000) en 'Gezondheidszorgberoepen in beweging' (VWS voorjaar 2000). De kern van de aanbevelingen is gericht op het versterken van de rol van professionals in de gezondheidszorg en in het te voeren beleid. Daarvoor is het nodig, zo stelt men, om gericht te investeren in professionals en in de zorg die zij leveren. Niet alleen van de overheid, maar ook van opleidingen, zorginstellingen, verzekeraars en professionals zelf zijn investeringen nodig. Een groot aantal aanbevelingen ligt op het snijvlak van onderwijs en zorg. Deze sluiten aan bij de discussie over de taken en positie van professionals in de zorgsector en bij ontwikkelingen op het gebied van taakverschuiving tussen beroepen. Mei 2000 stuurde VWS een notitie aan de Kamer met een integrale visie inzake de personeelsvoorziening in de zorg. Gesteld wordt dat bovengenoemde adviezen aanknopingspunten bieden voor het verder moderniseren van de beroepenstructuur en de opleidingen. De personeelvoorziening in de zorg, mede gelet op de huidige krapte op de arbeidsmarkt en een dreigende demotivatie van professionals, verdient meer inzet van alle partijen. Daarbij moet nadrukkelijk de verbinding gelegd worden met ontwikkelingen in de zorgvraag en de organisatie van de zorg. Het in september van dit jaar uit te brengen standpunt op het advies van de RVZ, waarin ook de beide andere rapporten betrokken worden, gaat hierop nader in. Belangrijke elementen zijn: verkorting opleidingen waar dat verantwoord is; herziening van de taakverdeling tussen en binnen beroepen en functiedifferentiatie (motie Weekers en Oudkerk) binnen beroepsgroepen.

3.2.4.2 Oogzorg

De wettelijke regeling van het beroep optometrist is nu een feit. De bij de oogzorg betrokken beroepsorganisaties, vertegenwoordigd in het Landelijk Platform Oogzorg (LPO), hebben de in de oogzorg te onderscheiden taken en functies in kaart gebracht. Ook is op hoofdlijnen overeen-

stemming bereikt over het aandeel dat elk beroep daarin het beste kan hebben. De werkzaamheden van het LPO zijn nu gericht op het opstellen van een landelijk referentiekader voor kwaliteit en doelmatigheid in de oogzorg.

3.2.4.3 Mondzorg

Over het tekort aan menskracht heeft de Adviesgroep capaciteit mondzorg in de zomer van 2000 aan VWS advies uitgebracht. De Adviesgroep verwacht veel van het verhogen van de instroom eerstejaarsstudenten tandheelkunde van 260 naar 300 vanaf het studiejaar 2001/2002; voorts van het versterken van het teamconcept en van de eventuele inzet van op HBO-niveau opgeleide mondverzorgenden, die elementair preventief en curatief werk verrichten.

In lijn met de voorstellen uit het MDW-project Beroepsbeoefenaren zijn met de mondhygiënist en tandprotheticus gesprekken gevoerd over de wijze waarop en onder welke voorwaarden deze beroepsgroepen onder de WTG kunnen worden gebracht. Dit overleg is nog niet afgerond. Tandartsen met een buitenlands diploma dat niet gelijkwaardig is aan het Nederlands tandartsdiploma, worden verwezen naar de tandheelkundige subfaculteiten. In de praktijk blijken ze echter moeilijk een studieplaats te kunnen krijgen. VWS overlegt met de Vereniging van Samenwerkende Universiteiten (VSNU) en de minister van OCenW over het starten van een afzonderlijke opleiding voor deze doelgroep.

3.2.4.4 Farmaceutische zorg

Met de KNMP is in het kader van het uitwerken van de meerjarenafspraken overeengekomen het opleidingscontinuüm van de apotheker en de positie van de apothekersassistent onder de loep te nemen (Akkoord op hoofdlijnen, 8 oktober 1999). In het kader daarvan is dit voorjaar in opdracht van VWS en de KNMP een inventariserend onderzoek 'Beroepen en opleidingen in de farmaceutische zorg' verricht (juli 2000). Bovendien is in het kader van het door VWS geïnitieerde project Farmaceutische deskundigheid onder meer bezien hoe de inzet van farmaceutische en farmacotherapeutische expertise, en de kwaliteit van de beroepsuitoefening op het gebied van de farmaceutische zorg en in de farmaceutische zorgketen kan worden versterkt. De resultaten van dat project, van het hiervoor genoemde onderzoek en het rapport van de visitatiecommissie opleidingen farmacie (VSNU juni 2000) vormen het uitgangspunt voor de werkzaamheden van een inmiddels door VWS en KNMP ingestelde commissie. Zoals onder meer met de KNMP overeengekomen in het Akkoord op hoofdlijnen van oktober 1999, zal de commissie voorstellen doen om het opleidingscontinuüm van apotheker en de samenhang en afstemming tussen beroepen en opleidingen op het gebied van de farmaceutische zorg te verbeteren. De commissie rondt haar werkzaamheden omstreeks de jaarwisseling 2000–2001 af.

3.2.4.5 Verpleging en verzorging

Alle betrokken partijen monitoren door middel van rondetafelconferenties, georganiseerd door de OVDB (landelijk orgaan voor het beroepsonderwijs), OCenW en VWS, de ervaringen met het nieuwe opleidingsstelsel en de ontwikkelingen daarin.

De vervolgoopleidingen voor verpleegkundigen en verzorgenden zijn eveneens onderwerp van overleg. Het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging (LCVV), opdrachtgever van een project voor nadere structurering, verwacht in de loop van 2000 alle partijen in een convenant betrokken te hebben. De beroepsprofielen voor de verpleegkundige, de verzorgende en de helpende worden in 2000 afgerond.

3.2.5 *Honorering medisch specialisten*

Vorig jaar hebben de VAZ en de AC/LAD en CMHF/Orde een akkoord bereikt over een honoreringsregeling voor medisch specialisten in de academische ziekenhuizen. Met het tot stand komen van dit akkoord is vanaf 1 april 1999 sprake van een transparant loongebouw met vijf functiegroepen voor medisch-specialistische zorg in de academische ziekenhuizen.

Het ministerie van VWS gaat ervan uit dat het akkoord een positieve invloed heeft op het handhaven van de hoge kwaliteit van de medisch-specialistische zorg in de academische ziekenhuizen. Ook beschouwt VWS het akkoord als een goede richtinggevende opmaat bij het verder ontwikkelen van het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf bij de algemene ziekenhuizen en als ondersteuning van de beleidsinzet om de honoraria van de medisch specialisten zo veel mogelijk te harmoniseren. Het nieuwe honoreringssysteem voor de academische ziekenhuizen zal hen beter in staat stellen een in voldoende mate concurrerende positie op de arbeidsmarkt voor medisch specialisten in te nemen.

3.2.6 *Kraamzorg*

In februari 2000 heeft VWS een voortgangsrapportage naar de Tweede Kamer gestuurd met de stand van zaken van in 1999 getroffen dan wel in 2000 te treffen maatregelen om randvoorwaarden te creëren voor het behoud van een kwalitatief volwaardige kraamzorg.

Het streven is de basiskwaliteitseisen op te nemen in de 'Uitkomst van Overleg, overeenkomst zorgverzekeraars-kraamcentrum' met als doel die eisen breed te implementeren in de individueel door verzekeraars en instellingen te sluiten overeenkomsten.

In 2000 zijn twee onderzoeken naar de kraamzorg van start gegaan. Allereerst onderzoekt de IGZ de aard, omvang en kwaliteit van de kraamzorg, het functioneren van de zogenaamd 'callcentra', de kwaliteit van de verkorte opleidingen en de positie van risicogroepen. Verder verricht TNO Preventie en Gezondheid onderzoek met als doel het ontwikkelen van een kwantitatief en kwalitatief verantwoord begrip van kraamzorg.

3.2.7 *Farmaceutische zorg*

Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS)

In het kader van de MJA heeft VWS met de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) afspraken gemaakt over het breed invoeren van het elektronische voorschrijfsysteem (EVS) door huisartsen. In het huisartsenconvenant van juni 1999 is vastgelegd dat alle huisartsen uiterlijk in 2002 met het EVS zullen werken. Het EVS is een belangrijk middel om de uitgaven voor geneesmiddelen te beheersen. Ook de Orde van Medisch Specialisten heeft zich bereid verklaard het EVS onder medisch specialisten te stimuleren.

Zoals opgenomen in het convenant huisartsenzorg zullen de huisartsen een deel van de besparing inzetten om de kosten van praktijkondersteuning te dekken. Het streven is dat eind dit jaar iedere huisarts de beschikking heeft over een EVS. De LHV en het Nederlandse Huisartsengenootschap (NHG) zijn bezig met de implementatie. Momenteel is ruim 30% (2150 van de 7000) van de huisartsen aangesloten op het EVS. Voor de overige 70% zijn de onderhandelingen met de leveranciers van de Huisartsen-informatie-systemen (HIS) in volle gang. Ondanks alle positieve voornemens verloopt de daadwerkelijke toepassing van het EVS nog traag.

Het Nivel heeft een monitoringsysteem ontwikkeld waarbij gekeken wordt naar het gebruik van het EVS en de feitelijke besparing op de geneesmid-

delenkosten. Het eerste rapport met een monitoring over het jaar 1999 is onlangs verschenen. De besparing is nog niet exact vast te stellen. Het NIVEL voert een analyse uit om de besparing nauwkeurig in beeld te brengen.

Proeftuinen/FTTO's

Sinds mei 1999 zijn acht proeftuinen voor samenwerking tussen apothekers, huisartsen en medisch specialisten van start gegaan. De meeste proeftuinen lopen goed. Een van de proeftuinen echter is al spoedig gestopt omdat een deel van de specialisten niet verder wilden meewerken. De meeste proeftuinen zijn gericht op farmacotherapeutisch transmuraal therapie-overleg (FTTO). Daartoe is of wordt een regionale overleg- en werkstructuur opgezet, die FTTO-instrumenten ontwikkelt en toepast. Voorbeelden daarvan zijn een indicatiegericht transmuraal formularium en het introduceren en gebruiken van een EVS. Alle proeftuinen hebben veel tijd nodig voor de voorbereiding. Een extern bureau zal in november 2000 de evaluatie van het proeftuinjaar afronden. Deze is grotendeels op de procesmatige aspecten gericht, maar heeft op onderdelen ook betrekking op het beoogde resultaat. Mede op basis daarvan neemt VWS een besluit over de wijze van voortzetting. Het is de bedoeling dat de proeftuinen van langere duur zijn. Het continueren ervan is mede afhankelijk van de rol van de regionale zorgverzekeraar, waarbij VWS er rekening mee houdt dat de activiteiten van de proeftuinen zichzelf terugverdienen. VWS heeft toegezegd eventueel voor aanvullende financiële overbrugging te kunnen zorgen, tot uiterlijk 1 januari 2001.

Er vindt afstemming plaats met proeftuinactiviteiten die in het kader van 'FTTO-klaar voor de start' onder regie van de Orde van Medisch Specialisten plaats gaan vinden.

De partijen in het veld, waaronder de Stichting Doelmatige Geneesmiddelen Voorziening, ondernemen activiteiten voor een implementatie op grotere schaal.

3.2.8 Wet op bijzondere medische verrichtingen

Implementatie beleidsvisie hemofilie

Op 26 augustus 1999 heeft VWS de nota 'Beleidsvisie Hemofilie' (Staatscourant 1999, nr. 161) uitgebracht. Hemofilie is een aangeboren stollingsstoornis van het bloed, die (nog) niet te genezen maar wel goed te behandelen is. In Nederland lijden circa vijftienhonderd patiënten aan hemofilie. Kennis van hemofilie en hemofiliebehandeling wordt in een aantal centra geconcentreerd. Daarmee wordt ingegaan op de uitdrukkelijke wens van de patiëntenvereniging en de behandelaars. Inmiddels zijn met ingang van het jaar 2000 zestien ziekenhuisinstellingen aangewezen als Hemofilie Behandelcentrum op basis van artikel 8 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV). Deze centra krijgen de kosten voor de (zeer dure) stollingsgeneesmiddelen vergoed boven het reguliere ziekenhuisbudget.

Implementatie beleidsvisie dialyse

Met de wijziging van het Besluit bijzondere verrichtingen en apparatuur Wet ziekenhuisvoorzieningen, nu Besluit aanwijzing bijzondere medische verrichtingen genoemd, is dialyse met ingang van 1 januari 2000 buiten de werkingssfeer van artikel 2 van de WBMV gebracht. In de Beleidsvisie dialyse van januari 1999 is aangegeven dat uit het oogpunt van kwaliteit tijdelijk nog enige regulering nodig is. Daarom blijft dialyse met ingang van 1 januari 2000 voor de duur van twee jaar onder artikel 8 WBMV. VWS heeft in het najaar van 1999 aan alle 46 bestaande dialysecentra een aanwijzing verstrekt. Hiermee komen deze centra in aanmerking voor vergoeding van de kosten.

Het CVZ evalueert het toepassen van de Beleidsvisie dialyse. De uitkomst hiervan is van invloed op de beslissing van de minister eind 2001, of deze functie volledig buiten de werkingssfeer van de WBMV wordt gebracht. Inmiddels heeft VWS diverse maatregelen getroffen om knelpunten rond de capaciteit en financiering van dialyse op te lossen. Zo kunnen dialysecentra nu zelf, op basis van de in het kader van de meldingsregeling WZV opgebouwde trekkingsrechten, besluiten de capaciteit uit te breiden. Naar verwachting past het CTG nog dit jaar de beleidsregels voor dialyse aan. Hiermee is f 15 mln per jaar gemoeid. Daarnaast kunnen de zorgaanbieders door het maken van productieafspraken tegemoetkomen aan de stijging van het aantal hemodialysebehandelingen per week. Het CTG zal indien nodig ook de beleidsregels voor hemodialyse en kinderdialyse aanpassen. De minister heeft voorts een vergunning verleend aan twee ziekenhuizen om een nieuwe dialyse-afdeling op te richten.

Platform Pijn en Pijnbestrijding

Het platform Pijn en Pijnbestrijding is van start gegaan. In het platform zijn beroepsvertegenwoordigers en patiëntenverenigingen vertegenwoordigd. Door de medewerking van veel partijen, waaronder de Samenwerkende Pijnkenniscentra, wordt verdergaande coördinatie en onderlinge afstemming van pijnbestrijding bereikt. Het platform is een aanspreekpunt voor zowel de overheid als patiënten.

Traumazorgnetwerk

Op dit moment zijn tien traumacentra aangewezen. Hun taak is een landelijk traumanetwerk te realiseren. Vier van deze traumacentra met een helikoptervervoorziening hebben via een gezamenlijk inkoopbeleid helikopters aangeschaft. Deze zijn in het najaar 2000 operationeel.

Figuur 3.3 Reistijd tot dichtstbijzijnd traumacentrum 1998



3.2.9 Orgaandonatie

Evaluatie voorlichting 1999 Orgaandonatie

Als eerste deelonderzoek van de evaluatie van de Wet op de orgaandonatie (WOD) is de afgelopen periode de voorlichting en communicatie

rondom de invoering van de WOD onderzocht. De eerste aanschrijving aan burgers heeft ertoe geleid dat ruim 37% van de bevolking een wilsverklaring over orgaandonatie heeft laten opnemen in het Donorregister. De evaluatie had moeten uitwijzen hoe mensen die zich niet hebben laten registreren daartoe alsnog te bewegen zijn. Het blijkt echter dat mensen vele uiteenlopende redenen aanvoeren om zich niet te laten registreren. Hoewel men soms aangaf te weinig geïnformeerd te zijn, is er weinig te verwachten van een nieuwe grootschalige voorlichtingscampagne. Meer effect kan een beperkte en doelgroepgerichte informatievoorziening hebben. Voorlichting gericht op jongeren en op bepaalde groepen allochtonen is inmiddels al ontwikkeld. In een experiment met een regionale herinneringsactie zullen ook de mogelijkheden voor een zo goed mogelijke vorm voor het aanbieden van informatie worden uitgewerkt.

Onderzoek IGZ naar het toepassen van het protocol orgaandonatie

In de eerste helft van 2000 heeft het aanbod van orgaandonoren, dat in 1999 zorgwekkend terugliep, zich weer hersteld met 29% tot op het niveau van 1998. In de eerste zes maanden van dit jaar waren er 103 postmortale orgaandonoren, terwijl dat er in dezelfde periode in 1999 slechts 80 waren. Een duidelijke oorzaak is niet aan te geven. Wel zijn in meer ziekenhuizen dan in 1999 donorwervende projecten opgezet en is het aantal raadplegingen van het donorregister met 14% gestegen naar 2.233. In 1999 heeft VWS aan de IGZ gevraagd onderzoek te doen naar de invoering in ziekenhuizen van het protocol voor orgaandonatie, zoals dat sinds de inwerkingtreding van de Wet op de orgaandonatie (WOD) in 1998 verplicht is. Een tweede vraag was om oorzaken op te sporen van de daling van het aanbod aan postmortale donororganen sinds 1996. Uit een pilot-onderzoek blijkt dat waarschijnlijk de meeste ziekenhuizen een protocol omtrent orgaandonatie voeren. Een oorzaak van de daling van het orgaanaanbod tussen 1996 en 1999 lijkt allereerst het verminderde aantal potentiële donoren te zijn, onder meer door een andere behandeling van CVA-patiënten, waardoor deze vaker weer herstellen. Daarnaast lijken de onbekendheid met donatieprocedures en de onderbreking van de normale werkzaamheden die het uitvoeren van donatieprocedures met zich meebrengt, een negatieve invloed te hebben.

3.2.10 Huisartsen

Convenant huisartsenzorg

In het convenant huisartsenzorg van juni 1999 zijn nadere afspraken met de LHV en ZN gemaakt over het uitwerken van de meerjarenafspraken. De stand van zaken bij de belangrijkste onderwerpen is als volgt. De capaciteit van de huisartsenopleiding is vanaf het voorjaar van 1999 vergroot. In 1999 zijn er 12 extra plaatsen bijgekomen en in het jaar 2000 nog eens 24 plaatsen. De uitbreiding van de instroomcapaciteit huisartsopleiding, die tot en met 2004 gefaseerd verhoogd zal worden tot 456, ligt daarmee op het afgesproken schema.

Praktijkondersteuning

Eind 1999 zijn de eerste praktijkondersteuners in dienst getreden bij huisartsengroepen. ZN en LHV hebben pas medio 2000 overeenstemming bereikt over tarieven en financiering van de implementatie van praktijkondersteuning, wat betreft het ziekenfondsdeel. Voor particulier verzekerden is nog geen tarief voor praktijkondersteuning tot stand gekomen.

In de Voorjaarsbrief heeft de minister de Kamer al op de hoogte gebracht van een overschot van f 35 mln in 1999 bij de praktijkondersteuning. In financiële zin wordt dan gesproken over een meevaller; zorginhoudelijk echter is het een tegenslag. Het gaat namelijk om geld dat niet besteed

kon worden doordat er startproblemen waren bij het aantrekken van praktijkondersteuners.

Scheiding inkoop en zorg

In een aantal regio's hebben huisartsen en regionale verzekeraars een experiment scheiding inkoop en zorg met apotheekhoudende huisartsen voorbereid. Naar verwachting zullen de eerste experimenten in het najaar van 2000 beginnen.

Asielzoekers

VWS is in gesprek met Zorg Onderzoek Nederland over de opzet van een speciaal onderzoeksprogramma 'Gezondheidszorg voor asielzoekers en vluchtelingen'.

3.2.11 Ambulancezorg

Regionale ambulancevoorzieningen

De ambulancezorg is een basisvoorziening, vooral waar het gaat om acute hulpverlening aan zieken en ongevalslachtoffers. De oprichting van regionale ambulancevoorzieningen (RAV) moet de organisatie en de kwaliteit van de ambulancezorg versterken. Het gaat om integrale samenwerkingsverbanden van alle ambulancediensten en de Centrale Post Ambulancevervoer in de regio. In alle regio's zijn partijen met elkaar in overleg om te komen tot een RAV. Hier en daar is men dat overleg al aan het afronden. De wijziging van de wet- en regelgeving voor de ambulancezorg is in voorbereiding.

Knelpunten

In de afgelopen periode zijn regelmatig signalen gekomen vanuit de ambulancesector en vanuit de IGZ dat er knelpunten zijn in de ambulancezorg. Een eenduidig beeld is er echter nog niet. Daarom verrichten het RIVM, de IGZ en het CTG in opdracht van VWS een onderzoek naar de knelpunten in de ambulancezorg. Dat moet in april 2001 afgerond zijn. Op verzoek van de Tweede Kamer wordt in september 2000 een tussenrapportage uitgebracht. Op dit moment lijken de belangrijkste knelpunten te zijn: het aantal standplaatsen van ambulances, de spreiding van die standplaatsen en het aantal beschikbare ambulances.

3.2.12 Zittend ziekenvervoer

In de meerjarenaafspraken curatieve zorg zijn procesafspraken gemaakt over het realiseren van de taakstelling van f 48 mln voor het zittend ziekenvervoer. Gelet op de spilfunctie van verzekeraars bij deze verstreking als degenen die de vervoerders contracteren, ligt het voor de hand acties voor besparingen hier te laten starten. ZN vormt het eerste aanspreekpunt en vervult hierin een faciliterende rol voor de verzekeraars. Dat wordt nu ook opgepakt. Zo heeft een verzekeraar, met positieve resultaten, een model tot kostenbeheersing toegepast waarbij de voorschrijvende artsen beïnvloed worden en het vervoer gereorganiseerd wordt. Een andere verzekeraar heeft door middel van aanbesteding van het vervoer een verlaging van de kosten gerealiseerd. Deze individuele initiatieven krijgen thans navolging. Zo neemt een aantal verzekeraars dit jaar deel aan een experiment waarbij het zittend ziekenvervoer wordt georganiseerd volgens het model waarbij actief de kosten via de voorschrijvers worden beïnvloed. Dit is een andere invalshoek dan bij de aanbesteding waarbij de nadruk ligt op de vervoerder en niet op de voorschrijver.

3.2.13 Financieel beleid

Budgetkortingen ziekenhuizen

Voor het uitvoeren van de ministeriële aanwijzing ex artikel 14 WVG heeft het CTG in 1999 een beleidsregel vastgesteld. De aanwijzing betreft een structurele volumekorting vanaf 2000 van f 46,7 mln om de geconstateerde overschrijding van het macrokader 1998 te redresseren. De korting betreft een generieke aanpassing van 0,46% van het FB-budget algemene ziekenhuizen, inclusief de eerste lijn.

Ook is in de aanwijzing voor 2000, overeenkomstig het Regeerakkoord, een inkoopkorting opgelegd van f 41,6 mln voor de algemene en categorale ziekenhuizen, voor de epilepsiecentra en de revalidatie-instellingen. Voor de academische ziekenhuizen geldt een korting van f 10,2 mln. Deze korting wordt toegepast op de materiële kosten die in de budgetten zijn opgenomen. Voor de academische ziekenhuizen is het kortingspercentage 0,93%, voor de overige genoemde categorieën 1,14%.

Ongedaan maken tweede korting en tranche 1999 fysiotherapie

In het jaar 1999 is de tweede korting van f 27 mln op het tarief van de fysiotherapie ongedaan gemaakt door middel van het verhogen van de tarieven van de fysiotherapeuten. Daarnaast is f 15 mln beschikbaar gesteld voor de herijking van het praktijkkostenbestanddeel in het tarief. Het voornemen is, de tweede en derde tranche van de afgesproken herijking te laten volgen in 2001 en 2002 onder de voorwaarde dat de afspraken worden nageleefd die gemaakt zijn in het convenant over het verbeteren van het kwaliteitsbeleid en informatievoorziening. Het deel praktijkkosten van het tarief voor de fysiotherapeut is hiermee structureel verhoogd.

3.3 Beleidsvoornemens

3.3.1 Inleiding

Voor de cure zijn in de jaren negentig contouren uitgezet voor een ingrijpende modernisering, zowel in de medisch-specialistische zorg als in de eerstelijnszorg. Men denke daarbij aan rapporten als 'Modernisering Curatieve Zorg' (1993), 'Het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming' (1996) en 'Het ziekenhuis; a human enterprise?' (1998). Op dit moment begint het vele voorbereidende werk tot daadwerkelijke resultaten te leiden, in alle geledingen van de curatieve zorg. De rode draad is te komen tot intensievere en betere samenwerking, ten behoeve van een betere, meer op de patiënt toegesneden zorg. Het ziekenhuis zoals het was, met vaak geïsoleerd van elkaar en de buitenwereld werkende specialisten, ontwikkelt zich tot een geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, dat georganiseerd is rond de vraag om zorg van de patiënt, of die zorg nu binnen het ziekenhuis geleverd wordt of daarbuiten. Solistisch werkende huisartsen – tot voor kort nog een forse meerderheid – sluiten zich steeds meer aan bij huisartsgroepen of andere samenwerkingsverbanden zoals gezondheidscentra. Men ziet in dat samenwerken in een groep veel voordelen biedt. Er zijn daardoor meer mogelijkheden van ondersteuning door praktijkverpleegkundigen, meer mogelijkheden voor het opzetten van een dienstenstructuur – iets waar veel huisartsen enthousiast voor zijn –, meer mogelijkheden voor een gestroomlijndere administratie, met ondersteuning door ICT, en meer mogelijkheden voor differentiatie binnen het artseneroep. Hetzelfde beeld is te zien bij verloskundigen, bij fysiotherapeuten en andere paramedici.

Deze omslag in de organisatie van de zorg, maar vooral ook in de mentaliteit van hoe die zorg geleverd moet worden, raakt aan veel onderdelen van de zorgorganisatie. Bij de oude manier van werken

hoorde bijvoorbeeld de goodwill. Dat heeft altijd wat verstarrend gewerkt op nieuwe initiatieven. Een ander voorbeeld zijn de tarieven voor verrichtingen van medisch specialisten. Die waren hier en daar dermate uitgegroeid, dat ze weinig meer te maken hadden met de werkelijke medische inspanningen die zo'n verrichting kostte. Op dit moment wordt gewerkt aan een systeem dat internationaal al bekend is, namelijk de diagnose-behandelcombinaties (DBC's), waaraan vergoedingen gekoppeld worden op een veel reëlere basis.

Ook de houding van de jongere generatie zorgverleners ten aanzien van het werk laat een omslag zien. Specialisten bijvoorbeeld kiezen steeds minder voor zeer lange werkweken en het daar meestal bijbehorende inkomen. Een aanstelling in dienstverband heeft vaak de voorkeur, eventueel ook nog in deeltijd. Inmiddels is het dienstverband van medisch specialisten in de academische ziekenhuizen op orde; voor de algemene ziekenhuizen is dit een goed voorbeeld.

De organisatie van de curatieve zorg zal zich nog verder ontwikkelen. Hightech zorg zal geconcentreerd worden in enkele topklinische ziekenhuizen. De zorg in bredere zin zal veel dichterbij de patiënten plaatsvinden, bijvoorbeeld in gedeconcentreerde poliklinieken of in gezondheidscentra. Dat alles biedt de mogelijkheid van een breed en diep aanbod, maar geeft de zorgverlener ook de kans het niveau van werken te kiezen dat het beste bij hem of haar past. Meer differentiatie, daar gaat het hier om, van bijvoorbeeld basisarts tot en met hightech specialist. Of van verpleegkundige in het ziekenhuis tot en met de praktijkverpleegkundige met een ruime zelfstandige inbreng. Bij deze ontwikkelingen moeten de beroepsopleidingen aansluiten. Enkele jaren geleden heeft de minister al gesteld, in een lezing voor beroepsbeoefenaren, dat het een goed begaanbare weg zou zijn om meer flexibiliteit in de opleidingen te brengen. Ook hier lijkt het nu tijd om te oogsten, want er zijn al nieuwe opleidingen in deze geest gestart, of er liggen concrete plannen gereed om dit te verwezenlijken. Nieuwe mogelijkheden zijn er eveneens op hbo-niveau, bijvoorbeeld in de opleiding voor optometrist of farmakundige. Uiteraard is samenwerking met het ministerie van OCenW hierbij de sleutel.

Meer samenwerking en ketenzorg vraagt om goede communicatie, om een voortreffelijke logistiek. Daarbij is ICT onmisbaar. Ook de inbreng van verzekeraars laat een omslag zien: zij treden steeds meer op de voorgrond bij deze nieuwe ontwikkelingen. Zij pakken hun regierol in de tweede compartimentszorg nu ook concreet op, bijvoorbeeld bij de geneesmiddelen, bij het aanpakken van de wachttijden en bij het inzetten van meer medisch specialisten, als dat tenminste aantoonbare effecten heeft op het terugdringen van de, inmiddels genormeerde, wachttijden. Zo wordt de verzekeraar ook de bewaker van de belangen van zijn cliënten.

Het huidige beeld van de zorg heeft veel facetten, maar kent toch ook duidelijk convergentie. Alle nieuwe ontwikkelingen, zoals in het voorgaande in grote lijnen neergezet, sluiten bij elkaar aan, vullen elkaar aan, bieden gezamenlijk een meerwaarde. Het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf vormt het complement van de geïntegreerde eerstelijns; samen vormen zij de zorgketen waarin de patiënt die zorg kan vinden die nodig is. De flexibiliteit die momenteel bij de opleidingen tot stand komt, sluit aan bij de flexibilisering van de zorg.

De richting die destijds ingeslagen is, blijkt een werkbaar. Ze blijkt ook aan te sluiten bij de behoeften van deze tijd. Het is daarom zaak de komende tijd ook goed door te zetten, om de winst die nu gerealiseerd wordt, respectievelijk nog gaat worden, vast te houden, stevig te verankeren in de organisatie van de zorg. Het scala van beleidsontwikkelingen dat wordt

geschetst, moet gezien worden in dit perspectief: een veelheid van ontwikkelingen, maar wel ontwikkelingen die in dezelfde richting wijzen.

3.3.2 Toegankelijkheid van de zorg

Extra impuls aanpak wachttijden

Hoewel aanzienlijk extra productie is geleverd (zie ook paragraaf 3.2.1.2) dalen de wachttijden nog bescheiden en in wisselende mate. De groei van de vraag naar zorg blijkt zo groot dat het beoogde doel, terugdringen van de wachttijden naar aanvaardbare gemiddelden, ook bij de huidige extra inzet moeilijk te realiseren is. Extra inspanningen zijn hiervoor noodzakelijk.

Voor een extra incidentele impuls zal binnenkort gestart worden met een inhaalslag op grond van het plan van PvdA en VNO-NCW uit maart van dit jaar. In de huidige versie van het aanvalsplan is er geen sprake meer van pure aanbesteding. De drie koepels kwamen in de uitwerking zoveel hindernissen tegen dat dit (zeker op korte termijn) niet uitvoerbaar blijkt te zijn. In het huidige voorstel wordt er lokaal door de verzekeraar en de instellingen gekeken naar de extra capaciteit die instellingen kunnen leveren buiten de reguliere uren. Deze extra capaciteit wordt tegen een onderling overeen te komen prijs ingezet voor mensen op de wachtlijst. Omdat de ziekenhuizen wel, maar de verzekeraars géén inzicht hebben in deze wachtlijst is er een, enigszins ingewikkelde, constructie bedacht om uiteindelijk een verantwoorde toewijzing te realiseren. En wel zodanig dat ook buiten de regio kan worden gecontracteerd. Het plan wordt binnen de WTG budgetteringssystematiek uitgevoerd en het CTG is bij de voorbereiding ook uitdrukkelijk betrokken.

Het aanvalsplan zal dus nadrukkelijk binnen een aantal randvoorwaarden plaats vinden:

- er vindt verantwoording plaats over de extra productie en de daarover gemaakte prijsafspraken. Hierbij wordt expliciet gemaakt dat er geen verdringing heeft opgetreden, zowel in de reguliere wachtlijstverrichtingen als de reguliere niet-wachtlijst verrichtingen;
- het aanvalsplan is nadrukkelijk van tijdelijke aard. Op korte termijn wordt samen met de drie koepels en het CTG verder uitwerking gegeven aan een structurele aanpak. Die structurele aanpak zal vanaf januari 2001 gaan werken met als doel ook om alle tijdelijke constructies voor verkorting van de wachttijden overbodig te maken.

Het aanvalsplan is nadrukkelijk een tijdelijke, kortdurende actie. Gezien de blijvende grote spanning tussen vraag en aanbod is daarnaast een structurele aanpak noodzakelijk.

Het ontdooien van het aantal specialistenplaatsen vanaf 2000 is in dat kader een belangrijke maatregel; verzekeraars en ziekenhuizen kunnen daardoor structureel voldoende zorg tot stand brengen. De verzekeraar bekijkt dan of het ontdooien van de specialistenplaatsen effect heeft op het terugdringen van wachttijden. Een concreet voorbeeld is de afspraak tussen de IJsselmeerziekenhuizen en de betrokken verzekeraars. De verzekeraar staat extra specialisteneenheden voor de ziekenhuizen toe, onder voorwaarde dat de ziekenhuizen op hun beurt de zorg leveren binnen de zogenoemde Treeknormen. Dat zijn de streefnormen die aanbieders en verzekeraars landelijk hebben vastgesteld. Hiervoor stellen wij f 100 mln in 2000 en f 150 mln structureel beschikbaar.

Voorts is het, om de spanning tussen vraag en aanbod tot acceptabele proporties terug te brengen, nodig om de budgettaire kloof waarmee de ziekenhuizen kampen te overbruggen. Daarvoor wordt eveneens f 100 mln in 2000 en f 150 mln structureel uitgetrokken voor de ziekenhuiszorg in den brede. Mede in overleg met alle partijen zal dit najaar een meer specifieke invulling plaatsvinden.

Om de wachttijden en wachtlijsten in de zorg verder aan te pakken, streeft het platform Aanpak wachttijden curatieve zorg een aantal actiepunten na. Eén daarvan behelst de doelmatige en logistieke organisatie van de zorg. Een belangrijk voorbeeld hiervan is het project 'Doorstroomtijden', welke onlangs veel publiciteit heeft gekregen. Het gebruik van de BPR methode staat hierin centraal. Het BPR is een middel gebleken dat ziekenhuizen kunnen gebruiken om de patiënt centraal te stellen in het zorgproces. Een middel waarmee, als het goed en enthousiast wordt toegepast, de doorstroomtijden van bepaalde zorgprocessen aanzienlijk verkort kunnen worden.

Zo is onder meer aangetoond dat de individuele wachttijd van de patiënt beheerst kan worden, door de zorg rondom de patiënt te organiseren. Dan denk ik aan de aanzienlijk verkorte toegangstijden voor patiënten:

- knieklachten Twenteborg Ziekenhuis: doorstroomtijd van vier maanden naar één maand;
- diabetische voetproblemen Maasland Ziekenhuis: alle patiënten in plaats van in drie maanden binnen één week;
- ook in Bosch Medisch Centrum: Posttraumatische Reflexdystrofie: toegangstijd van zestien weken naar één week.

Het Centraal Begeleidingsorgaan (CBO) komt in september 2000 met een plan van aanpak om een verdere implementatie van deze logistieke verbetering in ziekenhuizen te waarborgen.

3.3.3 *Organisatie van de zorg*

3.3.3.1 *Organisatie ziekenhuiszorg*

De medisch-technologische vooruitgang is een belangrijke factor bij het organiseren en structureren van de curatieve zorgketen. Bepaalde ingrepen worden steeds complexer, waardoor meer infrastructuur en apparatuur nodig is. Anderzijds kunnen ingrepen, waarvoor vroeger opname vereist was, tegenwoordig op eenvoudiger wijze poliklinisch of in dagbehandeling worden uitgevoerd. De veranderende wijze van beroepsuitoefening door de medisch specialist en voorts het probleem van veel ziekenhuizen om vacatures vervuld te krijgen, dragen eveneens bij aan de dynamiek in de sector. Het aantal uren dat per week gewerkt wordt, neemt af, waardoor maatschappen groter moeten zijn dan vroeger, wil men een 7x24-uursrooster kunnen organiseren. Het vergroten van de omvang maakt ook specialisatie binnen de maatschap mogelijk, waardoor beter tegemoetgekomen kan worden aan bijzondere zorgvragen. De algemene lijn daarbij is de ontwikkeling op één centrale locatie van een interventiecentrum, waar complexe, intensieve medisch-specialistische behandelingen plaatsvinden, met daarom heen basisziekenhuizen, gedeconcentreerde poliklinieken en dagbehandelingscentra. Op deze laatste locaties kan overigens, vooral dankzij de medisch-technologische ontwikkelingen, een steeds groter deel van de curatieve zorg worden verleend.

Deze nieuwe profilering draagt bij aan een doelmatige inzet van mensen en middelen, garandeert de continuïteit en de kwaliteit van zorg en houdt tegelijkertijd het grootste deel van de specialistische hulp dicht bij de woonplaats van de patiënt. In de specialistenopleiding zal deze nieuwe profilering van de ziekenhuiszorg moeten terugkomen: werken in een hightech interventiecentrum stelt andere eisen dan werken in een van de andere vormen van medisch-specialistische zorg.

Bij een uitvoeringstoets over de gewenste spreiding van ziekenhuizen die op verzoek van de Tweede Kamer aan het College Bouw is voorgelegd, is het College tevens verzocht hoe het moderniseringsproces van de ziekenhuizen gefaciliteerd kan worden met fysieke en virtuele infrastructuur. In de uitvoeringstoets is speciale aandacht gevraagd voor de gevolgen voor de verloskunde.

Aan Gedeputeerde Staten van Overijssel en Limburg is gevraagd om in twee concrete gevallen (Oldenzaal en Venray) te onderzoeken of het mogelijk is het regionaal draagvlak voor de functieherverdelingsvoorstellen van de betrokken ziekenhuisdirecties te vergroten, dan wel de voorstellen zodanig aan te passen dat het gewenste regionaal draagvlak alsnog ontstaat.

In samenwerking met de NVZ en de Orde is een nota tot stand gekomen over de positionering van de algemene ziekenhuizen de komende jaren. Deze is onlangs naar de Kamer gestuurd. Hierin komen de onderwerpen die in paragraaf 3.3 kort zijn geschetst uitvoerig aan de orde. Het gaat onder andere om een meer decentrale sturing, het GMSB, ketenzorg, de bekostigingssystematiek, huisvesting, ICT-infrastructuur, geneesmiddelen (FTTO en ziekenhuisapotheken) en arbeidsmarkt.

In overleg met betrokken partijen (de Orde van Medisch Specialisten, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen en Zorgverzekeraars Nederland) worden afspraken gemaakt over het afschaffen van de goodwill. De goodwill beperkt de mobiliteit van de medisch specialisten. Bovendien vormt het een belemmering bij de werklust- en inkomensharmonisatie.

3.3.3.2 *Organisatie huisartsenzorg*

Hoewel de dringende noodzaak van een omslag in de organisatie van de huisartsenzorg door vele beroepsbeoefenaren wordt onderschreven, blijkt dat de daadwerkelijke totstandkoming te traag verloopt. De huidige situatie is zodanig, dat een ingrijpende aanpak noodzakelijk is, wil een goede huisartsenzorg in Nederland – de spil van onze gezondheidszorg – gewaarborgd blijven. Op dit moment zijn er al gebieden waar het bijzonder moeilijk blijkt nieuwe huisartsen aan te trekken. Ook de vergrijzing onder de huisartsen dwingt tot een voortvarende aanpak: het komende decennium bereiken velen van hen de pensioensgerechtigde leeftijd, en bij een voortijdige uitstroom door afhakende huisartsen is het de vraag of de nieuwe aanwas dit de komende jaren kan opvangen. Grote bezorgdheid van huisartsen zelf blijkt uit de media of uit brieven die het ministerie bereiken, juist ook van ervaren huisartsen die sterk betrokken zijn bij hun vak. Het is duidelijk: er moeten drastische veranderingen plaatsvinden, wil de situatie bij de huisartsen niet op grote schaal vastlopen.

In het kort een paar punten die een ander kader vereisen. Ten eerste is de maatschappij aanzienlijk aan het veranderen. Het oude model van de solitair werkende huisarts past niet meer bij de levenswijze van jongeren. Steeds meer jonge artsen – waarbij het aandeel van vrouwelijke artsen snel toeneemt – hebben een voorkeur voor werken in deeltijd. Avond-, nacht- en weekenddiensten blijken problemen op te leveren. Het werken als solistische huisarts wordt in steeds meer gebieden een welhaast onmogelijke opgave.

Dan de extramuralisering. Men gaat sneller naar huis na een ziekenhuisoperatie of wordt poliklinisch behandeld. Verder is het streven om ouderen of gehandicapten zo lang mogelijk thuis te laten verblijven. Dat betekent een verzwaring van de huisartsentaak. Er wordt meer samenwerking met de tweedelijng gevraagd, of specifiekere kennis ten behoeve van mensen die thuis verblijven met chronische aandoeningen. Ook zijn patiënten steeds beter geïnformeerd (betere scholing, internet) en stellen ze steeds meer eisen aan kwaliteit en service.

De oplossing voor de toenemende eisen aan de huisartsen wordt, ook internationaal, gezocht en gevonden in samenwerkingsverbanden, in het oprichten van groepspraktijken dan wel gezondheidscentra en in een professionele praktijkondersteuning. In Engeland bijvoorbeeld, waar men in achterstandswijken geen solitair werkende huisarts meer kon krijgen,

bieden zogeheten 'Personal Medical Services' een uitkomst. Deze kunnen door aantrekkelijke dienstverbanden, ook in deeltijd, wel artsen werven. Een dergelijk centrum kan bovendien een op de bevolking toegesneden gezondheidszorg bieden. Een samenwerkingsverband biedt tevens veel meer ruimte voor een goede dienstenstructuur, met andere woorden voor een werkbare aanpak van de avond-, nacht- en weekenddiensten. Op dit moment echter gaan de financiële en organisatorische arrangementen nog hoofdzakelijk uit van de huisarts als solist, en dat, terwijl de huisartsen zelf steeds meer in groepsverband gaan werken. De huidige Hagro's (huisartsengroepen), organisatieverbanden van circa tien huisartsen, vormen in de praktijk het meest logische organisatieniveau om de omslag van solist naar een professioneel ondersteund samenwerkingsverband van huisartsen te realiseren. De Hagro's zouden daarbij goed ondersteund kunnen worden door de districtshuisartsenvereniging (DHV) waarbij zij zijn aangesloten. Een deel van de ondersteuning van een Hagro zou ook desgewenst bij de DHV kunnen worden ingekocht. De bekostiging van de gezamenlijke infrastructuur en verdere ondersteuning van de huisarts is echter nog voor een belangrijk deel gebaseerd op de individuele huisarts: ondersteuning etc. vormt namelijk een bestanddeel van het abonnementstarief. De LHV vult dit aan vanuit diverse landelijke financieringsbronnen, waarbij een deel weer via de DHV loopt. Het is de indruk van VWS dat deze complexe context een voortvarende aanpak van plaatselijke Hagro's, samen met lokale verzekeraars, afremt. De problemen rond de implementatie van de praktijkverpleegkundige kunnen als een voorbeeld hiervan worden gezien. Weliswaar zijn LHV en ZN het landelijk na lange tijd eens geworden over de wijze waarop de praktijkverpleegkundige kan worden geïntroduceerd. Er liggen nu ook concrete voorstellen gereed over de bekostiging. Maar het blijft de vraag of hiermee de slag op de werkvloer nu voortvarend kan worden gemaakt.

De huisartsenzorg in Nederland is een groot goed. Deze zorg moet behouden blijven. Ontwikkelingen als praktijkondersteuning, een adequate dienstenstructuur en meer samenwerkingsverbanden zijn daarom onmisbaar. Dit vergt inzet van de huisartsen zelf, maar ook van verzekeraars: zij vervullen een essentiële rol bij de voorgenomen structuurveranderingen van de huisartsenzorg. Instrumenten om te sturen zijn bijvoorbeeld de onderhandelingen bij het contracteren van beroepsbeoefenaren, of het gezamenlijk met de huisartsen opstellen van een plan van aanpak om de knelpunten in de regio op te lossen. Er is ook een structureel aspect, zoals de ervaringen de afgelopen jaren hebben geleerd. De modernisering van de huisartsenzorg wordt afgeremd door de huidige versnipperde wijze waarop de huisartsenzorg is gefinancierd (abonnement en tarief, toelage leeftijd of achterstandswijk, middelen ten behoeve van preventie etc.). De vraag is aan de orde of de huidige wijze van financiering niet aan herziening toe is. Om deze vraag te kunnen beantwoorden, zal VWS het initiatief nemen om, in het perspectief van geschetste ontwikkelingen, samen met betrokken partijen na te gaan of een herziening dan wel aanpassing van de huidige financieringssystematiek noodzakelijk is. Daarbij wordt de component 'samenwerking' uitdrukkelijk betrokken, omdat de huidige financiering zoals gezegd nog steeds vooral gebaseerd is op de solistisch werkende huisarts. Binnen deze modernisering van de huisartsenzorg is het belang van een uitstekende ICT-ondersteuning zonder meer duidelijk. De huidige malaise rond de huisartseninformatiesystemen (HIS'en) vraagt een stevige aanpak. LHV, ZN en VWS zullen hiertoe op korte termijn, in afstemming met het Platform ICT in de zorg, de noodzakelijke initiatieven nemen.

ICT, een beter aangepast financieringsstelsel, zijn onmisbare structurele randvoorwaarden voor de omslag in de huisartsenzorg. Het gaat echter vooral om een omslag in mentaliteit. Alle partijen – huisartsen, verzeke-

raars, koepels, overheden – moeten ervan doordrongen zijn dat een grondige en snelle aanpak noodzakelijk is, wil het niet echt mislopen met de huisartsenzorg in Nederland.

Voor het einde van het jaar besluit de minister of in aanvulling op de lopende activiteiten een aanvullende aanpak nodig is om op het concrete niveau van de Hagro – in samenwerking met de verzekeraars – de gewenste ontwikkelingen verder te faciliteren.

Gedacht kan worden aan een ontwikkelingsfonds en eenvoudige randvoorwaarden. Belangrijk daarbij is ook dat de dienstenstructuur nu zo snel mogelijk overal kan worden gerealiseerd. Gebeurt dat niet, dan is de kans groot dat nog meer huisartsen voortijdig afhaken, of besluiten naar iets anders uit te zien. Ter stimulering van deze dienstenstructuur hebben wij f 20 mln in 2001 en f 40 mln vanaf 2002 beschikbaar gesteld. Geld echter hoort in zekere zin ook tot de randvoorwaarden. Het gaat er nu om dat partijen dat ook op de juiste wijze gaan inzetten.

3.3.3.3 Gezondheidscentra

Gezondheidscentra kunnen een belangrijke plaats innemen bij het verbeteren van de samenwerking binnen de eerste lijn en de afstemming met de tweede lijn. Zij bieden immers een totaalpakket aan zorg aan vanuit meerdere disciplines. Daardoor kunnen steeds meer mensen thuis blijven die vroeger in ziekenhuizen en verpleeghuizen werden verzorgd. Tevens kunnen patiënten snel naar de juiste eerstelijns hulpverlener worden doorverwezen (maatschappelijk werk, sociaal verpleegkundigen, eerstelijns psycholoog, fysiotherapeut). Met name in grote stedelijke gebieden en Vinex-locaties, waar de samenhang in de zorg een extra punt van aandacht is, kunnen gezondheidscentra een belangrijke rol vervullen. De komende tijd wordt bekeken hoe gezondheidscentra zich verder kunnen positioneren in de eerstelijnszorg. De financiering speelt hierbij een belangrijke rol. Op dit moment worden de gezondheidscentra gefinancierd via twee subsidieregelingen. Bezien wordt of dat door middel van de WTG kan. Wij hebben voor 2000 f 9,4 mln extra beschikbaar gesteld en vanaf 2001 f 16,9 mln. Dit is met name voor nieuwe centra.

3.3.3.4 Positie apotheker in de farmaceutische zorgverlening

Een van de ontwikkelingen die is ingezet bij het Regeerakkoord is een nieuwe positionering van apothekers. In het akkoord op hoofdlijnen met de KNMP zijn in dit kader afspraken gemaakt. De apotheker wordt naast de arts medeverantwoordelijk gesteld voor het resultaat van de behandeling met geneesmiddelen. Hiertoe worden apothekers onder de reikwijdte van de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) gebracht en blijft het bereiden en afleveren van geneesmiddelen als voorbehouden handeling van apothekers wettelijk gehandhaafd. De apothekersopleiding en de positie van de apothekersassistent worden onder de loep genomen en waar nodig aangepast, om te voldoen aan de veranderende vraag naar farmaceutische zorg.

3.3.3.5 Verloskunde

De Stuurgroep Modernisering Verloskunde (SMV) is aan de slag gegaan met het uitwerken van de afspraken in het Najaarsakkoord 1998 over verloskunde. Omdat de signalen over grote problemen in de verloskunde steeds sterker werden, is de SMV op verzoek van de minister op 10 maart 2000 met een tussenrapportage gekomen. Eind augustus 2000 heeft de SMV de minister en de betrokken partijen haar eindrapport aangeboden. De analyse van de SMV leidt tot de conclusie dat de verloskundige zorg zich in een crisissituatie bevindt. Als voor deze crisis geen oplossing geboden wordt, dan zal op termijn thuis bevallen niet langer mogelijk zijn.

Op 30 maart 2000 is over de problemen in de verloskunde met de Tweede Kamer gesproken.

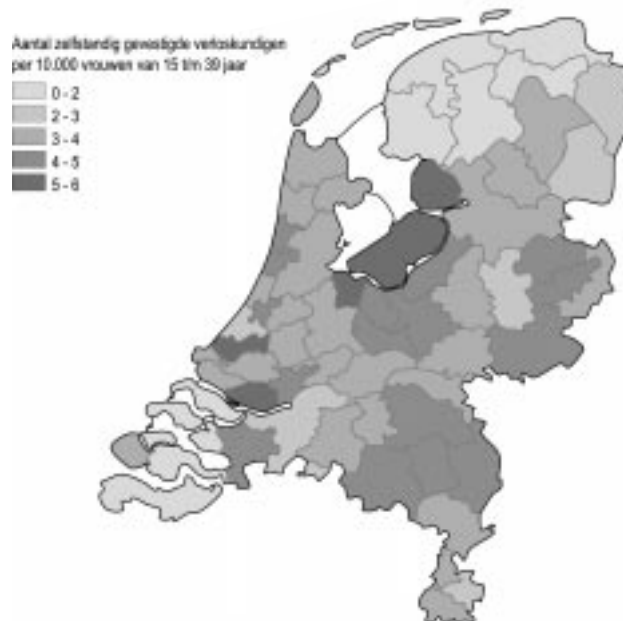
Uitgangspunt bij het realiseren van een oplossing voor de problemen in de verloskunde is dat de thuisbevalling moet worden gehandhaafd. De zwangere die thuis wil bevallen moet daarvoor ook de mogelijkheden krijgen. Daartoe wordt een samenhangend pakket aan maatregelen genomen.

Op 3 juli 2000 is een brief aan de Tweede Kamer gezonden waarin dieper wordt ingegaan op het integrale pakket van maatregelen en het vervolgtraject. Het gaat om de volgende componenten:

- De normpraktijk wordt verlaagd van 150 naar 120 partussen per jaar. In het WVG-verband wordt bekeken of de gehanteerde uitgangspunten voor het bepalen van de normpraktijk wellicht moeten worden aangepast.
- De niet-cliënt-gebonden activiteiten van verloskundigen moeten zo veel mogelijk worden gereduceerd. Dat kan door het opzetten van geformaliseerde samenwerkingsverbanden, het opzetten van een regionale ondersteuningsstructuur en het faciliteren van gestructureerde informatie- en communicatietechnologie. Daarnaast zal de financiering en de samenhang van de verloskundige registraties worden verbeterd.
- Er wordt een inkomenscompensatie vastgesteld voor de toegenomen inconvenïënten.
- De opleidingscapaciteit wordt met 40 plaatsen verhoogd tot 160 plaatsen.
- Academisering van de fysiologische verloskunde, om wetenschappelijke kennis te genereren en hierdoor de kwaliteit te vergroten.
- De samenwerking met de kraamzorg moet worden verbeterd.
- Om na te gaan of deze maatregelen het beoogde effect hebben, zal in de komende jaren de ontwikkeling van de capaciteit van verloskundigen en van de werkdruk onder verloskundigen worden gemonitord.

Ook in de tweedelijns verloskunde doen zich problemen voor. Deze worden eveneens voor een deel veroorzaakt door capaciteitsproblemen. Daarom heeft VWS, mede naar aanleiding van het advies van de Gezondheidsraad over intensive care voor pasgeborenen en ernstig zieke zwangeren, een overleg geopend met de perinatologische centra, de betrokken beroepsgroepen en verzekeraars om een nieuw planningsbesluit voor te bereiden.

**Figuur 3.4 Dichtheid verloskundigen 1998
per WGR-regio**



3.3.4 Bekostiging van de zorg

3.3.4.1 Bekostiging geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf

Bij brief van 16 maart 2000 heeft de minister aan het CTG een reactie gegeven op hun uitvoeringstoets over het moderniseren van de bekostiging van medisch-specialistische hulp. Het betrof een advies op hoofdlijnen. Nu is een nadere invulling aan de orde.

Over de eindsituatie van de gewenste modernisering bestaat inmiddels brede overeenstemming. Doel is het geïntegreerde medisch-specialistisch bedrijf (GMSB). In het GMSB zijn de medisch specialisten organisatorisch en financieel geïntegreerd in het ziekenhuis. Bovendien krijgen de zorgverzekeraars een grotere verantwoordelijkheid voor de kostenontwikkeling van het GMSB.

Ten aanzien van de financiële integratie is een belangrijke stap gezet met de invoering van de wijziging van de Ziekenfondswet en de Wet op toegang tot ziektekostenverzekeringen, die per 1 februari 2000 in werking is getreden. Het doel van deze zogenaamde Integratiewet is de aparte aanspraken op medisch-specialistische zorg in een ziekenhuis en overige ziekenhuiszorg samen te voegen tot één aanspraak. Deze samengevoegde aanspraak wordt wel geïntegreerde verstrekking genoemd. Met de invoering van een geïntegreerde verstrekking is er geen ruimte meer voor medewerkersovereenkomsten tussen ziekenfondsen en vrijgevestigde medisch specialisten voor zover zij hun beroep in het ziekenhuis uitoefenen.

In dit kader hebben betrokken partijen, te weten Orde van Medisch Specialisten en de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen, een nieuw model toelatingsovereenkomst en het daarbij behorende document medische staf opgesteld.

Voor het bekostigen en het financieren van het GMSB (exclusief kapitaal-lasten, opleidingen en topreferente zorg) worden de Diagnose Behandel Combinaties (DBC's ofwel producttypering), die thans in ontwikkeling zijn, van belang. De DBC's zullen de variabele kosten van de integrale zorg bevatten: de variabele kosten van behandeling (inclusief genees- en hulpmiddelen) door medisch specialisten en ziekenhuis, klinisch en poliklinisch. Het proces van producttypering zal per 2003 afgerond zijn, zo hebben de betrokken partijen van zorgaanbieders en zorgverzekeraars toegezegd. Het CTG zal dan aan de DBC's de variabele kosten van het ziekenhuis hebben gekoppeld, evenals het uurhonorarium van de medisch specialisten. Daardoor wordt een beter inzicht in de noodzakelijke kosten mogelijk. De DBC's gaan de basis vormen van de onderhandelingen tussen de zorgverzekeraars en het ziekenhuis over de te leveren productie. Dit proces kan aldus transparanter en daarom effectiever verlopen. De huidige inkomensverschillen tussen de verschillende specialismen komen door het verrekenen van het uurhonorarium van de medisch specialisten in de DBC's te vervallen.

Via de DBC's worden de variabele kosten van het ziekenhuis met de zorgverzekeraars verrekend. De vaste kosten van het ziekenhuis (kapitaal-lasten, opleidingen en topreferente zorg) blijven buiten de DBC's en worden vooralsnog via een sluittarief verrekend.

Totdat deze situatie bereikt is, blijft het huidige FB-systeem van kracht. Op dit moment wordt onderzocht wat de feitelijke kosten van het ziekenhuis zijn, zodat eventuele verbeteringen in het FB-systeem kunnen worden ingevoerd.

Door de voortgang van de budgettering van de zorgverzekeraars worden deze voor een steeds groter deel van de verleende zorg in steeds grotere mate risicodragend. Teneinde de zorgverzekeraars meer invloed te geven op het toedelen van de budgetten aan ziekenhuizen zullen op verzoek van VWS op korte termijn in elk geval ook aanpassingen in het FB-systeem worden aangebracht. Voorbeelden daarvan zijn het introduceren van de systematiek van maximumtarieven voor ziekenhuizen en het geconditioneerd ontdooien van de bevroren uitbreiding van specialistenplaatsen.

Voor de voortgang van het totstandkomen van de financiering en bekostiging van het GMSB heeft VWS het CTG gevraagd om, in overleg met de betrokken partijen, een plan van aanpak te maken met een tijdschema en eind- en tussenproducten.

3.3.4.2 Bekostigingsmodel academische ziekenhuizen

De VAZ heeft ZN en de minister het rapport 'Budgettering academische ziekenhuizen' aangeboden. Het NZi-onderzoek 'Bekostiging Bepaald' en de implementatievoorstellen van de VAZ vormen de peilers van het Bekostigingsmodel academische ziekenhuizen. Uitgangspunt van het model van de VAZ vormen de zorgeenheden. Indien dit systeem voor de reguliere zorg bij academische ziekenhuizen zou worden ingevoerd, dan geldt dit tot uiterlijk het moment van operationeel worden van de DBC-systematiek. Belang van het hanteren van zorgeenheden is het gefaseerd doorvoeren van herallocaties. De onderdelen van het rapport worden nader getoetst.

3.3.4.3 Reserves academische ziekenhuizen

Conform de aanbevelingen van de Commissie reserves academische ziekenhuizen (Creaz) wordt het CTG verzocht om de reserves van de academische ziekenhuizen beginnend over het boekjaar 2001 te normeren op 8% van het budget van de individuele academische ziekenhuizen. De

academische ziekenhuizen moeten reserves boven de 8% omzetten in concrete zorg.

3.3.4.4 Ergotherapie

Op dit moment wordt ergotherapie nog via een subsidieregeling van het CVZ vergoed, in afwachting van eventuele opname in het pakket. In oktober 1999 bracht het CVZ een evaluatierapport uit. Het blijkt dat van de cliënten die enkelvoudige extramurale ergotherapie ontvangen, 65% ouder dan zestig jaar is. Met ergotherapie wordt de zelfredzaamheid van de cliënt in de eigen omgeving gesteund. Het gaat daarbij om revalidatie, reactivering en resocialisatie. Deze vorm van ergotherapie kan voorkomen dat patiënten opgenomen moeten worden in een verzorgings- of verpleeghuis. Op basis van dit rapport is besloten ergotherapie per 1 januari 2001 in het ziekenfonds- en standaardpakket op te nemen.

3.3.4.5 Paramedici

De afspraken over de praktijkkosten paramedici uit het convenant liggen op koers. Wij zullen dan ook de tweede tranche voor de praktijkkosten fysiotherapie, oefentherapie en logopedie beschikbaar stellen.

3.3.5 Kwaliteit en doelmatigheid van de zorg

Kwaliteit

In het verlengde van de Kwaliteitsconferentie Leidschendam 2000, werkt de stuurgroep LCKZ de komende maanden het verslag van de conferentie uit tot een actieplan voor de komende jaren. Het LCKZ legt dit plan aan het veld voor ter accordering.

VWS heeft vanaf 2000 voor de komende vijf jaar in totaal f 10 mln beschikbaar gesteld, via Zorgonderzoek Nederland (ZON), ter stimulering van het kwaliteitsbeleid. In het kwaliteitsbeleid moet centraal staan het implementeren van kwaliteitsinstrumenten die gericht zijn op vooraf aangegeven doelen en resultaten. Andere kernelementen zijn transparantie en een patiëntgerichte benadering.

Beheersing van poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen

Op basis van het advies van de Commissie Koopmans is in het Regeerakkoord opgenomen dat de geneesmiddelen die medisch specialisten op de polikliniek voorschrijven, zouden worden gebudgetteerd via het ziekenhuis. Dit stimuleert specialisten om zich ook op de polikliniek te binden aan een overeengekomen formularium, net zoals ze dat binnen de kliniek doen. Tot op heden hebben deze uitgaven namelijk een openeind karakter, met (dus) een onbeheerste groei. Het onderbrengen van de beheersing van de poliklinische receptuur bij de invloedssfeer van het geïntegreerd medisch specialistisch bedrijf, zowel kwalitatief als financieel, staat eigenlijk niet meer ter discussie. Deze kosten zullen dan ook meegenomen worden in de DBC's. De vormgeving tot aan het moment van invoering van DBC's is evenwel nog niet uitgekristalliseerd.

Aan het budgetteren van poliklinische geneesmiddelen is echter een belangrijk risico verbonden. Deze kosten kunnen verschoven worden naar de huisarts. Zoals bekend zijn huisartsen niet gebudgetteerd voor de kosten van geneesmiddelen. Dit is een belangrijke reden om in eerste instantie de risicodragende verzekeraars in overleg met de direct betrokken partijen deze risico's te laten beheersen. Gegeven de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars moeten maatregelen hiertoe lokaal inhoud krijgen. De veranderende verantwoordelijkheden van de zorgverzekeraars betekenen dat alle partijen een veranderende rol in de regio hebben. Enige steun bij het groeien in de nieuwe situatie zal dit proces versnellen. Het CTG is gevraagd, om indien gewenst, partijen bij te

staan bij de uitvoering van die afspraken. Indien de risicodragende verzekeraars het komende jaar onvoldoende in staat zijn gebleken de kosten van poliklinische geneesmiddelen te beheersen, zal ik bezien welke maatregelen ik zal moeten nemen om op landelijk niveau de besparing te realiseren in 2002. Het administratiebesluit zal de daartoe noodzakelijke informatie moeten opleveren. Essentieel is onder meer de verdere ontwikkeling van ICT in ziekenhuizen. Oorspronkelijk zou de maatregel per 1 januari 2000 worden ingevoerd. Deze datum is echter niet gehaald. Wel zijn in 2000 een aantal belangrijke stappen gezet. Op 1 april jl. is artikel 13 van de WOG aangepast, zodat ziekenhuisapotheken extramuraal kunnen afleveren. Op die datum is eveneens een administratiebesluit van kracht geworden waarmee de omvang van de geneesmiddelen uitgaven kan worden geregistreerd.

Het is de bedoeling dat er een paar experimenten van de grond komen waarin het lokale initiatief inzake de honorering van medisch specialisten aangevuld wordt met afspraken over onder andere de poliklinisch voorgeschreven geneesmiddelen. Met de academische ziekenhuizen is afgesproken dat zij een geneesmiddelenformularium zullen opstellen en dat zij dit vanaf 1 januari 2001 zullen hanteren op de poliklinieken. Over de invoering en het gebruik zal in het najaar een convenant met partijen worden gesloten.

3.3.6 ICT

In de toekomstplannen van bijvoorbeeld ziekenhuizen wordt nadrukkelijk rekening gehouden met de mogelijkheden die ICT-toepassingen bieden voor met name transmurale samenwerking, het verbeteren van het gegevensbeheer en het verder ontwikkelen van het inhoudelijke, primaire zorgproces. Infrastructurele ICT-investeringen kunnen vanuit het WZV-bouwkader worden gefinancierd, als onderdeel van een aanvraag verklaring/vergunning of vanuit de zogenoemde trekkingsrechten. Het kabinet onderschrijft het grote belang van het meer gebruik maken van ICT in de zorg. Het kabinet heeft besloten extra geld ter beschikking te stellen voor investeringen in instellings-/aanbiederoverstijgende projecten.

3.3.6.1 Ziekenhuizen en EVS

In navolging van het EVS-systeem voor de huisartsen wil de Orde van Medisch Specialist geautomatiseerde beslissingsondersteunende systemen voor medisch specialisten ontwikkelen. Bij de toepassing van de administratie- en declaratievoorschriften biedt ICT ondersteuning aan de specialisten. Met de invoering van de DBC's wordt gebruik van ICT in de ziekenhuizen zelfs essentieel. Het is hierbij zaak dat alle bij het zorgproces betrokken partijen met elkaar goed elektronisch kunnen communiceren. Dit geldt binnen de ziekenhuizen, maar zeker ook transmuraal.

3.3.6.2 Elektronische visitatieformulieren

ICT kan het systeem van visitatie krachtig ondersteunen. Het elektronisch verwerken van gegevens is van belang bij het evalueren van de visitatiegegevens en het vergelijken daarvan op geaggregeerd niveau. Deze gegevens doen ook dienst als basis voor de kwaliteitsnormen/criteria per Wetenschappelijke Vereniging van medisch specialisten.

3.3.6.3 Informatievoorziening paramedici

Het Nivel gaat in opdracht van het CVZ peilstations opzetten voor de fysiotherapie en oefentherapie. Meer dan de helft van de fysiotherapeuten leveren inmiddels volgens de Standaard externe integratie geautomati-

seerde gegevens aan. Ongeveer de helft van de logopediepraktijken is geautomatiseerd. Naar verwachting zullen eind 2000 alle logopedisten de scholing hebben gevolgd in het hanteren van Logopedie Informatie Systemen (LIS).

3.3.6.4 ICT en registratie verloskundigen

De verloskundigen hebben in vergelijking met andere beroepsgroepen op dit moment een achterstand op het gebied van automatisering. Om hen in staat te stellen deze achterstand weg te werken is vanaf 1 januari 2001 jaarlijks f 4 mln beschikbaar. Daarnaast is voor het verbeteren van de verloskundige registraties – onmisbaar voor inzicht in de omvang en kwaliteit van de verloskundige zorg – vanaf 1 januari 2001 jaarlijks f 2 mln beschikbaar.

3.3.7 Beroepen en opleidingen

3.3.7.1 Investeren in professionals en modernisering beroepenstructuur en opleidingen

Het domein van beroepsbeoefenaren ofwel de begrenzing van beroepen staat steeds meer ter discussie. De beroepsbeoefenaren moeten vaak met meer disciplines samenwerken om adequate zorg en behandeling te kunnen bieden. Het beleid zal er dan ook op gericht zijn om, waar dat nuttig en mogelijk is, de samenwerking tussen de verschillende beroepsbeoefenaren en de scholing daartoe te stimuleren. Samenwerking kan gefaciliteerd worden door opleidingen deels te combineren: men leert elkaar daardoor al vroeg kennen. Gestructureerde samenwerking is hier het kernbegrip, ten dienste van de kwaliteit van zorg; duidelijke afspraken over verantwoordelijkheden zijn daarbij van eminent belang. Functiedifferentiatie en taakdelegatie zijn de beschikbare instrumenten om gestructureerde samenwerking gestalte te geven. Met verdergaande samenwerking, functiedifferentiatie en taakdelegatie zal naar verwachting ook een optimale inzet van het beschikbare arbeidspotentieel in de zorg worden bereikt. Zo bezien zijn deze ontwikkelingen ten gunste van zowel de kwaliteit als de kwantiteit van de zorg, maar ook ten gunste van de arbeidssatisfactie van de betrokkenen.

De minister zal ZON de opdracht geven om met ingang van 2001 te starten met de uitwerking van een PEO-programma 'Modernisering beroepenstructuur en opleidingen in de zorg'. Dit programma, met een looptijd van tien jaar, heeft tot doel bovengenoemde ontwikkelingen te stimuleren. Het biedt de mogelijkheid om initiatieven te ondersteunen op het gebied van taakherschikking binnen zorgclusters, multiprofessionele beroepsuitoefening en multiprofessioneel onderwijs, modernisering van de beroepenstructuur en vernieuwing van opleidingen. Dit alles om professionals beter toe te rusten voor de nieuwe eisen die aan hen worden gesteld.

3.3.7.2 Capaciteitsorgaan

Het Capaciteitsorgaan voor de planning van de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen is in 1999 gestart met haar werkzaamheden. Het ontvangt vanaf 2000 een jaarlijkse subsidie van f 1,0 mln gulden. De basis voor de ramingsmethodiek is gelegd. De kamers voor huisartsen, verpleeghuisartsen, medisch specialisten, sociaal-geneeskundigen en tandheelkundige specialisten en het College van Toezicht zijn inmiddels ingesteld. Het orgaan verwacht eind september 2000 met een eerste overzicht te komen. In februari 2001 zal het een capaciteitsplan voor het begrotingsjaar 2002 uitbrengen. Het capaciteitsplan wordt aan de minister

van VWS aangeboden. Aan de hand van dit plan vindt verdere besluitvorming plaats.

3.3.7.3 *Visie opleiding artsen en toekomstverkenning medisch onderwijscontinuüm*

De opleiding tot een volledig gespecialiseerde arts beslaat thans een lange periode, tussen de negen en soms – vertraging meegerekend – vijftien jaar. Daarom is het opleiden van artsen relatief duur. Bovendien kost het veel tijd en inzet van de opleiders. Daarnaast is er een steeds grotere vraag naar kortere opleidingen en opleidingen in deeltijd en ook naar het werken in deeltijd en dienstverband. Om deze redenen is het nodig kritisch naar de opleiding van de arts en de medische vervolgoopleidingen te kijken. Hierbij moeten onder meer de volgende aspecten aan de orde komen: de inhoud en de duur van de opleiding tot arts en die van de vervolgoopleidingen, de kwalificaties/competenties van de te onderscheiden categorieën van artsen en de relatie met andere beroepsbeoefenaren (taakdelegatie/substitutie, differentiatie en clusters van zorg met multiprofessionele samenwerking). Het ontwikkelen van een visie is niet alleen van belang voor de opleiding van artsen maar ook voor de werkzaamheden van het Capaciteitsorgaan voor de planning van de capaciteit van de medische vervolgoopleidingen.

De KNMG heeft een projectplan ingediend voor een toekomstverkenning van het medisch onderwijscontinuüm. Deze verkenning die samen met de sector verpleging en verzorging en het universitair medisch en het hoger gezondheidszorg onderwijs zal worden uitgevoerd, moet leiden tot een visie op de toekomst van de opleiding tot arts, de medische vervolgoopleidingen alsmede van differentiaties na de artsopleiding zoals de ziekenhuisarts. VWS onderschrijft de noodzaak hiervan en ondersteunt het KNMG-project. De KNMG is inmiddels met partijen in gesprek. Er wordt naar gestreefd het project begin 2001 te laten starten. De afronding is gepland eind 2003.

De derde fase van het onderwijscontinuüm, de na- en bijscholing, moet aansluiten op de eindtermen van de medische vervolgoopleidingen respectievelijk op de differentiaties.

3.3.7.4 *Verloskunde*

Uitbreiding opleidingscapaciteit

Door de toegenomen werkdruk onder verloskundigen, het verlagen van de normpraktijk, en door het feit dat veel verloskundigen de wens te kennen gegeven hebben meer dan voorheen in deeltijd te willen werken, heeft de minister besloten de capaciteit van de opleiding verloskunde uit te breiden van 120 naar 160 plaatsen. De bestaande drie opleidingen hebben de uitbreiding met 40 nieuwe opleidingsplaatsen al met ingang van het studiejaar 2000–2001 kunnen realiseren.

Applicatiecursus voor in het buitenland opgeleide verloskundigen

Om op korte termijn het tekort aan verloskundigen te verminderen is aan de beroepsorganisatie van de verloskundigen, de KNOV, de toezegging gedaan dat dit jaar eenmalig een applicatiecursus voor in het buitenland gediplomeerde verloskundigen kan worden gestart. De cursus is bedoeld voor in het buitenland (veelal binnen Europa) opgeleide verloskundigen, die hier op grond van erkenning van hun diploma bevoegd zijn te werken, maar nog niet bekwaam genoeg zijn om zelfstandig het beroep uit te oefenen. De KNOV werkt dit voornemen uit.

Academisering fysiologische verloskunde

Er bestaat een breed draagvlak om de fysiologische verloskunde te academiseren. Vanaf 2000 is hiervoor f 1 mln structureel per jaar beschikbaar. Het overleg met de betrokken partijen over de gewenste vormgeving van de academisering van de fysiologische verloskunde loopt op dit moment nog.

Verbeteren relatie met kraamzorg; implementatie aanbevelingen IGZ-onderzoek

De maatregelen zoals afgesproken in de meerjarenafspraken curatieve zorg zijn inmiddels uitgevoerd, met uitzondering van het introduceren van een minimumtarief en het treffen van een afzonderlijke voorziening in de opleidingskosten voor instellingen. Het bepalen van een minimumtarief is uit hoofde van de WTG niet mogelijk gebleken en is, met het afnemen van de 'tarievenstag', ook niet meer urgent. Wat betreft de opleidingen: de betrokken partijen hebben met het CTG gesproken over een andere wijze van financieren. Aangezien er toch mogelijkheden lijken te zijn om de benodigde instroom van nieuwe kraamverzorgenden te realiseren, is voorlopig afgezien van een afzonderlijke voorziening in de opleidingskosten. De partijen hebben afgesproken om in 2000 nauwkeurig te monitoren of de omvang van de instroom voldoende is.

3.3.7.5 Buitenslands Gediplomeerden Volksgezondheid

Een nog steeds toenemend aantal buitenslands gediplomeerde beroepsbeoefenaren wil in het BIG-register worden ingeschreven. De behandelprocedure verloopt volgens ministerieel beleid. De Algemene Wet Bestuursrecht is hierbij van toepassing. Daardoor worden er termijnen aan het afhandelen van de verzoeken gesteld. Toch is nog te vaak de periode tussen het moment van aankomst van de buitenslands gediplomeerde in Nederland en de plaatsing op de zorgmarkt te lang. Die periode wordt bovendien onvoldoende gebruikt voor het begeleiden van de buitenslands gediplomeerde, voor interculturalisatie, het leren van de Nederlandse taal op het niveau van het uit te voeren beroep, kennismaken met het Nederlandse zorgstelsel en voor deskundigheidsbevordering op andere gebieden.

De minister heeft daarom besloten een systeem tot stand te brengen waardoor de buitenslands gediplomeerde zich in een zo vroeg mogelijk stadium kan aanmelden bij een centraal meldpunt in Nederland, dat voor verdere verwijzing en begeleiding zorg draagt.

Met de Arbeidsvoorziening Nederland is overeenstemming bereikt voor een het verkorten van de periode van de behandelprocedure inzake het afgeven van een tewerkstellingsvergunning aan buitenlandse beroepsbeoefenaren.

3.3.7.6 Mondzorg

De mondzorg heeft baat bij een systematische en integrale aanpak van de zorgverlening. Het teamconcept, waarbinnen tandartsen, mondhygiënisten en tandprotheticen samenhangende zorg aan de patiënt verlenen, biedt hiervoor een goed uitgangspunt. In overleg met de minister van OCenW en met de opleidingsinstellingen wordt momenteel in kaart gebracht op welke manier de opleidingen voor tandarts, mondhygiënist en tandprotheticus in deze lijn kunnen worden aangepast. Daarbij is het bovendien van belang om te bezien of de beroepenstructuur voor de mondzorg aanpassing behoeft. In de loop van 2001 gaat VWS onderzoeken in hoeverre er plaats is voor een beroepskracht die preventieve werkzaamheden combineert met basaal tandheelkundig werk (boren/vullen). Daarmee zou wellicht een belangrijke bijdrage kunnen worden geleverd aan het terugdringen van het tekort aan menskracht in de mondzorg.

Eind december 2000 wordt de subsidie van het CVZ aan de NMT voor het ontwikkelen van een kwaliteitstraject beëindigd. Het traject heeft ertoe geleid dat de tandheelkundige professie tal van kwaliteitsinstrumenten ter beschikking heeft gekregen, zoals intercollegiale toetsing, visitatie of na-en bijscholing. Met de NMT is afgesproken om VWS op de hoogte te houden over de voortgang van de invoering. De gegevens uit de tandartsenpeilstations met betrekking tot zorgconsumptie, praktijkvoering en enquêtering blijven eveneens beschikbaar.

3.3.8 Bijzondere aspecten curatieve zorg

3.3.8.1 Arbozorg

Samenwerking op regionaal niveau en tussen de regio's onderling is van belang voor resultaten op het gebied van zorg rondom arbeidsrelevante aandoeningen. Het Platform aanpak wachttijden heeft op 16 maart 2000 een advies aan de minister van VWS gestuurd over de wijze waarop die samenwerking gestalte kan krijgen. Zowel de kennis van arbeidsrelevante aandoeningen als het toeleiden van zieke werknemers en andere patiënten naar de juiste behandelaar en behandeling behoeven verbetering. Naast de vier Nederlandse kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen en de bestaande regionale initiatieven die gericht zijn op verbeterde communicatie en samenwerking, komen er regionale samenwerkingsverbanden tot stand. Het gaat daarbij om lichte en flexibele infrastructurele voorzieningen op regionaal niveau, waarbij voldoende recht wordt gedaan aan regionale verschillen en behoeften. Voor 1 januari 2001 gaat een aantal projecten van start. Het gaat daarbij onder meer om het feitelijk verbeteren van het toerusten van eerstelijns-hulpverleners. Andere aandachtspunten zijn de multidisciplinaire samenwerking en afstemming bij sociaal-medische begeleiding, het toeleiden en verwijzen van werknemers en patiënten door hulpverleners. Eveneens van belang is de vraag of er geen ongewenste neveneffecten optreden, zoals een (onterechte) voorkeursbehandeling. De evaluatie zal bouwstenen leveren voor de verdere structurele aanpak.

3.3.8.2 Wet bijzondere medische verrichtingen (WBMV)

Eén financieel kader voor de WBMV-zorg VWS, NVZ, VAZ, OMS en ZN zijn in een bestuurlijk overleg overeengekomen dat voor de zorg die onder de Wet op bijzondere medische verrichtingen (WBMV) ressorteert, wordt uitgegaan van één macrobudget. De aanleiding hiervoor is tweeledig. De WBMV geeft de minister van VWS een instrument om op maat te sturen in het aanbod van medische verrichtingen. Dit vraagt om inzicht in WBMV-voorzieningen, zowel op het punt van aantallen verrichtingen als in budgettaire zin. Verder moet bekeken worden wat de (gewenste) groei van deze specifieke vorm van zorg is ten opzichte van de reguliere zorg. Vooralsnog zijn in het WBMV-kader alleen opgenomen de budgettaire vergoedingen voor de capaciteitskosten (bedden en apparatuur) en de specifieke productiekosten voor de algemene en academische ziekenhuizen, de honoraria medisch specialisten, de radiotherapeutische instituten en de centra voor klinisch genetisch onderzoek. Op termijn zal het realiseren van hetzelfde WBMV-kader voor de algemene en categorale ziekenhuizen, de academische ziekenhuizen en de medisch-specialistische zorg tevens betekenen dat er één budgettair kader voor het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf tot stand kan komen. Dankzij dit kader kunnen de verzekeraars beter dan tot nu toe de productieafspraken voor topzorg tussen algemene en academische ziekenhuizen op elkaar afstemmen. De omvang van het WBMV-kader en de toelichting daarop is weergegeven in bijlage 14 bij deze Zorgnota.

Wetsevaluatie WBMV

De WBMV, in werking getreden in 1997, bepaalt dat de verantwoordelijke minister binnen vier jaar na het in werking treden en daarna om de vier jaar een evaluatieverslag stuurt aan de Staten Generaal. ZON coördineert deze wetsevaluatie. Zij zal daarover midden 2001 rapporteren.

Beleidsvaluatie-onderzoek

Het aantal voorzieningen dat geëvalueerd kan worden is met de inwerkingtreding van de WBMV toegenomen. In de afgelopen periode heeft de minister vier beleidsvisies opgesteld: over dialyse, traumazorg, kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen en hemofilie. Het CVZ is verzocht deze visies en het planningsbesluit in-vitrofertilisatie in 2001 te evalueren. Vervolgens worden de bestaande regelingen geactualiseerd. Bij traumazorg en hemofilie kan dit leiden tot het bijstellen van de aanwijzingen. De evaluatie van de kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen is van belang voor de besluitvorming rond het financieren en voortzetten van deze centra. De evaluatie van de beleidsvisie dialyse is relevant voor de besluitvorming rond het dereguleren van dialyse.

Hemofilie

In de 'Beleidsvisie Hemofilie' is gesteld dat het verstrekken van stollingsproducten via huisartsen en lokale apothekers gebaseerd moet zijn op een behandelplan van een hemofiliecentrum. Dit wordt als voorwaarde opgenomen in de aanspraak op de extramurale verstrekking in het kader van het ziekenfondspakket.

Aidscentra onder de WBMV

Een aantal ziekenhuizen werd in 1990 op grond van de richtlijnen ex artikel 3 WZV aangewezen als aidscentrum. Met de introductie in 1996 van de zogenoemde triple-medicatie is de functie van de aidscentra aanmerkelijk gewijzigd. Er vond een verschuiving plaats van (vaak) klinische behandeling van aidspatiënten naar het poliklinisch verstrekken van de triple-medicatie aan HIV-patiënten, en naar het monitoren van deze patiënten. Dit, naast een advies van de Gezondheidsraad en het besef dat de huidige aanwijzingen een sterkere onderbouwing behoeven, heeft geleid tot het voornemen de behandeling van HIV-patiënten bij de WBMV onder te brengen. Er zal daarom opnieuw een aanwijzing van centra plaatsvinden. Uitsluitend deze centra zullen in aanmerking komen voor vergoeding van de kosten van de triple-medicatie en van de monitoring. Een en ander moet per 1 januari 2001 ingaan.

Klinisch-genetisch onderzoek en erfelijkheidsadvisering

In de klinische genetica wordt de eerstkomende jaren vooral een sterke groei van het aantal DNA-onderzoeken verwacht. Ook neemt de vraag naar erfelijkheidsadvisering door klinisch genetici toe door de toenemende kennis over de genetische component van een aantal ziekten. Bij positieve bevindingen na DNA-diagnostiek ontstaan vaak zorgvragen vanuit de betrokken families. Met ingang van 1 januari 2001 wordt een nieuw planningsbesluit voor Klinisch-genetisch onderzoek vastgesteld. Dat krijgt in de loop van 2001 zijn verdere beslag. In dit planningsbesluit wordt ook het toepassen van de pre-implantatie genetische diagnostiek geregeld. Met ingang van 1 januari 2001 zullen daartoe alle zeven zelfstandige klinisch-genetische centra geïntegreerd moeten zijn in de academische ziekenhuizen. Om een soepele overgang te bewerkstelligen is een overgangsregeling van twee jaar voor het bekostigen daarvan vastgesteld. Het budget voor de instellingen voor klinisch-genetisch onderzoek blijft gedurende deze periode geormerkt. Daarna wordt dit

onderzoek meegenomen bij de overleggen in het kader van de meerjarenafspraken met de academische ziekenhuizen.

Bij de overgang van het klinisch-genetisch onderzoek en de erfelijkheidsadvisering naar de academische ziekenhuizen, is ook de complexe situatie rond de hemato-oncologie betrokken. Ten aanzien van de diagnostiek van hematologische maligniteiten schat de Gezondheidsraad dat het totaal aantal bepalingen per jaar ongeveer 9000 is en dat daarmee *f* 4,5 tot *f* 9 mln gemoeid is. In het planningsbesluit klinische genetica, dat op dit moment wordt voorbereid, wordt het kostenaspect mede betrokken.

Nieuwe functie beenmergtransplantatie

Al geruime tijd – bijvoorbeeld in adviezen van de Gezondheidsraad uit 1994 en 1995 – wordt gepleit voor het reguleren van het aantal centra voor beenmergtransplantaties. Die transplantaties vinden momenteel op circa twintig ziekenhuisafdelingen plaats bij patiënten met – vaak als gevolg van intensieve radiotherapie en/of chemotherapie – te weinig of geen bloedaanmakende cellen. Voor het verantwoord toepassen van stamceltransplantaties (vooral als het cellen afkomstig van anderen betreft) zijn gespecialiseerde kennis en hoogwaardige apparatuur nodig. Het voornemen is in 2001 een op de WBMV gebaseerd planningsbesluit te effectueren. Daardoor krijgt een beperkt aantal ziekenhuizen een vergunning voor het uitvoeren van deze verrichting. Bij het verstrekken van vergunningen zijn de rapporten ter zake van de IGZ en het CVZ uit 1999 richtinggevend.

Radiotherapie

Volgens onderzoek van de Gezondheidsraad bestaan bij ruim de helft van de bestralingscentra relatief lange wachttijden voor een radiotherapiebehandeling: drie tot zeven weken. De oorzaken daarvan zijn de huidige krapte aan bestralingscapaciteit en een tekort aan personeel. Verder constateert de Nederlandse Vereniging voor Radiotherapie en Oncologie (NVRO) in het rapport 'Radiotherapie: onze zorg' dat de benodigde capaciteitsuitbreiding wat betreft personeel en apparaten (lineaire versnellers) de afgelopen jaren sterk achtergebleven is bij de groei van het aantal patiënten. Gedeeltelijk kon deze groei opgevangen worden door efficiencymaatregelen en uitbreiding van de bedrijfstijd van de apparatuur. Om de achterstand in te lopen zijn volgens de NVRO tot en met 2005 ongeveer 65 extra radiotherapeuten nodig en ongeveer dertig lineaire versnellers. In een nieuw vast te stellen planningsbesluit radiotherapie op grond van art. 2 van de WBMV zal op het capaciteitsaspect worden ingegaan. Dit besluit wordt naar verwachting dit najaar genomen.

Neonatologie en kinder-IC's

Diverse ontwikkelingen in de intensive care voor pasgeborenen hebben geleid tot een brede multidisciplinaire benadering, die vaak al voor de geboorte begint. Voorjaar 2000 heeft de Gezondheidsraad advies uitgebracht over de behoefte aan deze vorm van zorg, de perinatologie. Zij signaleert dat de behoefte groter wordt. Dat komt door de toegenomen medische mogelijkheden, maar ook door veranderingen van demografische aard. Vrouwen krijgen namelijk op latere leeftijd kinderen, en bovendien neemt het relatieve aantal van niet-Nederlandse moeders toe. Beide categorieën vrouwen hebben een verhoogde kans op een problematische zwangerschap. De behoefte aan IC-bedden voor pasgeborenen zal toenemen tot 2,4% van de geboorten in 2005. Verder heeft de Gezondheidsraad geconstateerd dat er momenteel veel te weinig IC-bedden voor pasgeborenen zijn. Om goede zorg te kunnen bieden is het bovendien belangrijk dat er ook genoeg high-care-bedden beschikbaar zijn, en plaatsen voor ernstig zieke zwangeren. Om voldoende en kwalitatief hoogwaardige perinatologische zorg te kunnen bieden, wordt hiervoor in 2000 een nieuw planningsbesluit ontwikkeld. Dit gebeurt in

samenspraak met de betrokken beroepsbeoefenaren. Een extra punt van aandacht daarbij is de langdurige follow-up van behandeling, omdat uit het advies van de Gezondheidsraad blijkt dat daar tot nu toe onvoldoende aandacht aan is besteed.

Overige regelingen op basis van artikel 2 WBMV

Het planningsbesluit neurochirurgie wordt in 2000 geactualiseerd. De nadruk ligt vooral op een kwaliteitsslag die op het gebied van bijvoorbeeld registratie nodig is.

3.3.8.3 Orgaandonatie

In het voorjaar van 2000 heeft het ministerie van VWS een plan van aanpak voor orgaandonatie opgesteld. De aanleiding hiervoor was het recente tekort aan orgaandonoren. Het doel van het beleid is het versterken van twee trajecten. Het eerste is het verbeteren van de gang van zaken binnen de ziekenhuizen. Dat moet een groter aantal te transplanteren organen opleveren. Het tweede traject is het streven om de voorlichting aan de bevolking meer op bepaalde doelgroepen te richten. Het is de bedoeling dat ziekenhuizen zich vooral concentreren op een betere opsporing van potentiële donoren binnen het ziekenhuis. Omdat Spanje de hoogste donatiecijfers ter wereld heeft, hebben ambtenaren van VWS en een delegatie uit het veld in het voorjaar van 2000 een werkbezoek in Spanje afgelegd. Het Spaanse model is gericht op actieve donordetectie waarbij de donorcoördinator een centrale rol speelt. Gezien de positieve ervaringen wordt, in overleg met het veld, bezien welke elementen uit het Spaanse model in Nederland kunnen worden geïmplementeerd. Zo zal, in samenwerking met de Nierstichting, in zes ziekenhuizen een donatiefunctionaris worden aangesteld. Als dit ook in Nederland een positief effect heeft op het aantal donatieprocedures, wordt het systeem naar meer ziekenhuizen uitgebreid. Voorts wordt bekeken of het uitbreiden van uitnameteams met een anesthesist zinvol is. Ook wordt onderzoek gedaan naar mogelijke financieel nadelige gevolgen van orgaandonatie bij leven, bijvoorbeeld van een nier.

Vanuit de overheid zal voortaan meer nadruk liggen op de positieve kanten van orgaandonatie. De diverse organisaties die verantwoordelijk zijn voor communicatie zullen deze goed met elkaar afstemmen. Er wordt toegewerkt naar een centrale organisatie die hiervoor zorgt. Het donorformulier wordt doorgelicht op begrijpelijkheid en klantvriendelijkheid.

3.3.8.4 Evaluatie Wet BIG

Bij de parlementaire aanvaarding van de wet BIG is toegezegd deze wet op de kernpunten te evalueren. Deze evaluatie komt in de loop van 2002 beschikbaar.

3.3.8.5 Spoedeisende hulpverlening

Er is veel in gang gezet om de organisatie van de spoedeisende hulpverlening (SEH) en de geneeskundige hulp bij ongevallen en rampen (GHOR) te vernieuwen en verbeteren. In het verlengde daarvan worden zowel in als buiten ziekenhuizen initiatieven ontplooid om beroepen, functies en opleidingen te vernieuwen en aan te passen. VWS is bereid dergelijke initiatieven te ondersteunen. Door de veelheid aan initiatieven dreigt echter ook versnippering te ontstaan. In overleg met de betrokken organisaties zal worden bezien welke aanpak bij het ondersteunen van initiatieven op dit terrein het beste gekozen kan worden, om innovatie een kans te geven, maar tegelijkertijd versnippering te voorkomen.

Teneinde de kwaliteit van de geneeskundige hulpverlening bij ongevallen en rampen te verbeteren, hebben de daarbij betrokken hulpverleningsinstanties en de ministeries van VWS en BZK gezamenlijk een Platform Urgentiegeneeskunde opgericht.

3.3.9 *Bouw*

3.3.9.1 *Bouwinitiatieven die in 2001 tot exploitatie komen*

In 2001 wordt een aantal bouwprojecten van enige omvang in exploitatie genomen. Blijkens de in december 1999 gepubliceerde prioriteitenlijst gaat het bijvoorbeeld om de vervangende nieuwbouw van de verpleegafdelingen van het Diaconessenhuis in Leiden, de eerste fase van de herindeling van het Haagse Leyenburg-ziekenhuis en het uitbreiden van de polikliniek en het renoveren van enkele afdelingen van het oogziekenhuis in Rotterdam. Ook de ingebruikname van de uitbreiding van de radiotherapie bij het Catharinaziekenhuis in Eindhoven staat voor 2001 op de planning. Bij het Medisch Spectrum Twente in Enschede wordt een traumacentrum in gebruik genomen. Ook wordt het ok-complex uitgebreid.

Te verwachten valt verder dat het jaar 2001 een toenemend gebruik van de trekkingsrechten ex meldingsregeling te zien zal geven. De definitieve classificatie van de gebouwen zal binnenkort bekend zijn. Ziekenhuisdirecties hebben dan een nauwkeurig overzicht van de omvang en de opbouw door de jaren heen van de incidentele en jaarlijkse trekkingsrechten. Dit zal de tendens om opgebouwde trekkingsrechten te activeren verder versterken.

3.3.9.2 *Meldingsregeling academische ziekenhuizen*

Het is nog steeds de bedoeling de meldingsregeling voor academische ziekenhuizen, in grote lijnen conform de al bestaande meldingsregeling voor de algemene en categorale ziekenhuizen, per 1 januari 2001 in te laten gaan. Het blijkt echter dat het verzamelen van de daarvoor noodzakelijke gegevens door de VAZ meer tijd kost dan oorspronkelijk werd aangenomen. Er moet dus nog een aanzienlijke inspanning geleverd worden om de nieuwe regeling daadwerkelijk per 1 januari 2001 te laten ingaan.

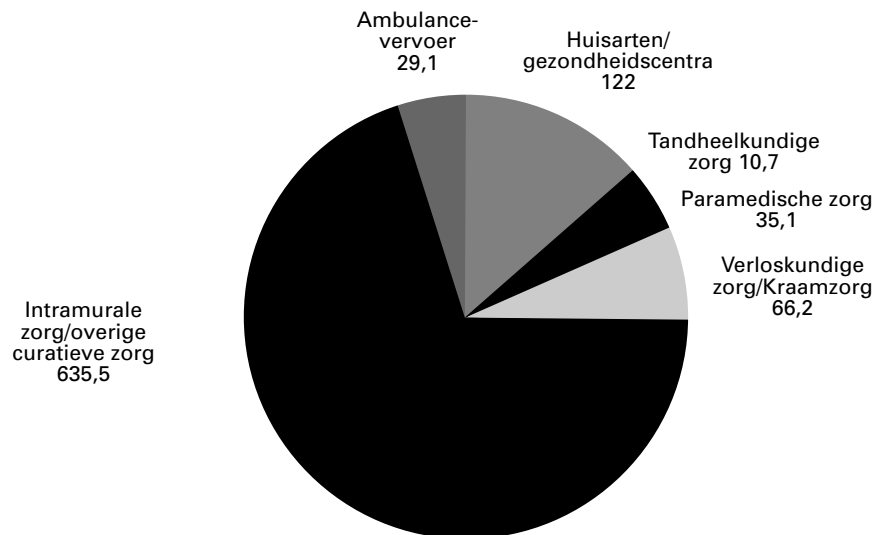
3.3.10 *Financieel beleid*

Uit hoofde van het Regeerakkoord is voor 2001 ten behoeve van de meerjarenafspraken cure een bedrag van f 416,5 mln aan extra middelen beschikbaar voor demografische ontwikkelingen (f 260,5 mln) en voor nieuw beleid (f 156,0 mln). Van de voor demografische ontwikkelingen beschikbare middelen is circa de helft bestemd voor volumegroei bij de algemene en categorale ziekenhuizen en is hoofdzakelijk bestemd is voor productieafspraken en capaciteitswijzigingen. Daarnaast is f 11,7 mln ingezet voor de exploitatiegevolgen als gevolg van uitbreidingsbouw van ziekenhuizen. De voor nieuw beleid beschikbare middelen waren in het Najaarsakkoord meerjarenafspraken curatieve zorg van november 1998 indicatief toegedeeld. Dit wordt nu grotendeels gerealiseerd.

Bovenop de in het Regeerakkoord beschikbare middelen, heeft het kabinet besloten tot een forse extra financiële impuls door voor 2001 een bedrag van f 436,8 mln aan extra middelen voor de cure vrij te maken. Hiervan is f 150,0 mln beschikbaar gesteld voor het oplossen van de nijpende capaciteitsproblemen bij ziekenhuizen. Met dit geld wordt het mogelijk het aantal erkende specialistenplaatsen bij ziekenhuizen uit te breiden. Eveneens is f 150,0 mln is beschikbaar gekomen om de extra specialisten ook daadwerkelijk extra verrichtingen te laten doen. Dit betreft dan zowel

de reguliere productie als de bijzondere verrichtingen (WBMV). Hiermee wordt een bijdrage geleverd aan het overbruggen van de zogenoemde zorgkloof overbrugd en kan ook feitelijk gewerkt gaan worden aan een verkorting van de wachttijden. Overigens moet de specifieke toedeling over de betrokken deelsectoren nog plaatsvinden. Daarnaast is extra geld beschikbaar voor de huisartsen, de verloskunde, de ambulancehulpverlening en academische ziekenhuizen (honorering medisch specialisten en academische ziekenhuizen). Naast extra geld voor de cure is binnen de cure geld vrijgemaakt voor het oplossen van specifieke knelpunten waardoor voor 2001 in totaal f 912,6 mln extra beschikbaar is. Dit wordt als volgt toegevoegd aan de volgende clusters (in f mln) (zie bijlage 14 voor een nadere detaillering):

Figuur 3.5 Verdeling intensiveringsmiddelen 2001



Tot slot is het voornemen, overeenkomstig het regeerakkoord, het CTG een aanwijzing te geven ten aanzien van het realiseren van de tweede tranche van de inkoopkorting. Voor de sector algemene en categorale ziekenhuizen en de sector academische ziekenhuizen betekent dit een korting van f 40,9 mln respectievelijk f 11,0 mln.

HOOFDSTUK 4 FARMACEUTISCHE HULP, MEDISCHE HULPMIDDELEN EN LICHAAMSMATERIALEN

In paragraaf 4.1 van dit hoofdstuk treft u de terreinbeschrijving aan en in paragraaf 4.2 de evaluatie van het beleid. Paragraaf 4.3 ten slotte bevat de beleidsvoornemens voor het komende jaar.

4.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

De hoofddoelstelling van dit beleidsterrein is het bevorderen van de kwaliteit en doelmatigheid van de voorziening van genees- en hulpmiddelen, lichaamsmaterialen en biotechnologie. Het in dit hoofdstuk beschreven beleid betreft de uitgaven aan extramurale genees- en hulpmiddelen. De uitgaven voor de intramuraal verstrekte genees- en hulpmiddelen vallen binnen de intramurale zorg.

Tabel 4.1 Uitgaven Farmaceutische Hulp, Medische Hulpmiddelen en Lichaamsmaterialen (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
4.01 Farmaceutische hulp	5.605,4	5.790,8	6.403,0	6.953,3	7.547,9	7.852,0	8.155,4	8.683,8	9.454,2	10.404,6
4.02 Hulpmiddelen	1.127,0	1.332,2	1.521,0	1.551,8	1.621,1	1.544,7	1.631,2	1.731,0	1.879,0	2.040,0
4.03 Subsidies*	10,7	52,6	26,7	34,8	84,6	60,0	61,0	38,5	38,5	38,5
gereserveerde groeiruimte					0,0	0,0	13,7	13,7	13,7	13,7
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	6.743,1 3.059,9	7.175,6 3.256,1	7.950,7 3.607,9	8.539,9 3.875,2	9.253,6 4.199,1	9.456,7 4.291,3	9.861,3 4.474,9	10.467,0 4.749,7	11.385,4 5.166,5	12.496,8 5.670,8

* Inclusief de begrotingsgeldten voor genees- en hulpmiddelen en lichaamsmaterialen

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de farmaceutische hulp en hulpmiddelen. In deze kaders zijn tevens de maatregelen en intensiveringsruimte verwerkt. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeiruimte is onderaan de tabel apart weergegeven.

Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd.

Bij de herijking van de uitgavenkaders is rekening gehouden met een basisgroei (exclusief de opbrengsten van maatregelen) van 11% bij de geneesmiddelen en 9,5% bij de hulpmiddelen.

4.1.1 Geneesmiddelen

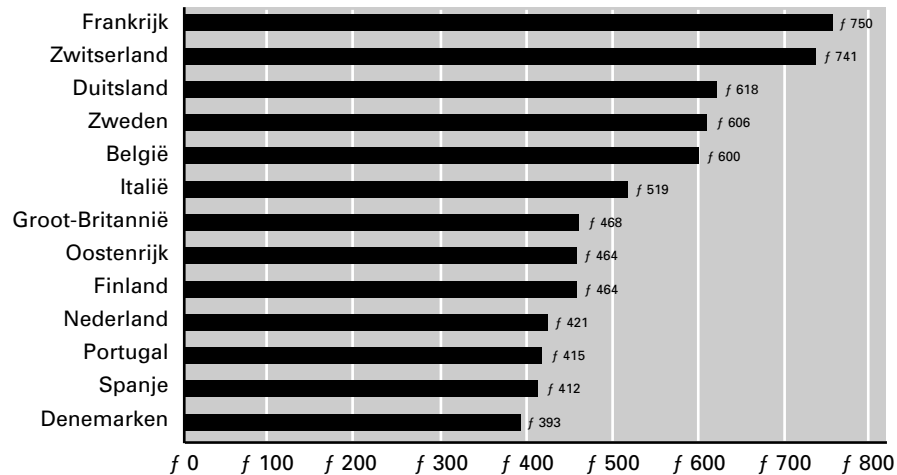
Het beleid richt zich op de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de farmaceutische zorg. In de gehele westerse wereld stijgen de uitgaven voor geneesmiddelen sterk. Bepalende factoren bij deze stijging zijn de toename van het aantal recepten per inwoner, het toenemende langdurig gebruik en het feit dat er steeds meer nieuwe (en dure) geneesmiddelen op de markt komen.

Deze stijging brengt een dilemma met zich mee. Geneesmiddelen leveren een belangrijke, vaak onmisbare bijdrage aan de gezondheid en aan de kwaliteit van het leven van mensen. Ook kunnen zij andere duurdere medische interventies vervangen. Door hoge kosteneffectiviteit kunnen ze

leiden tot het beperken van de uitgavengroei bij de intramurale zorg, de geestelijke gezondheidszorg en de thuiszorg. Daar staat tegenover dat door de snelle stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen andere uitgaven in de gezondheidszorg kunnen worden verdrongen. De spanning tussen het beschikbare budget en de groei van de uitgaven is de afgelopen jaren steeds een punt van zorg geweest. Geneesmiddelen die een bewezen meerwaarde hebben voor de patiënt moeten kunnen worden voorgeschreven, waarbij wel sprake moet zijn van een realistische raming. Het groeipad is dan ook vanaf 2000 aangepast om hiervoor ruimte te geven.

In internationaal perspectief zijn de geneesmiddelenuitgaven in Nederland relatief laag; in andere landen zijn de uitgaven voor geneesmiddelen gemiddeld hoger dan in Nederland.

Figuur 4.1 Geneesmiddelenuitgaven per persoon via de openbare apotheek in 1998



Bron:
Stichting Farmaceutische Kengetallen/Pharmaceutical Group of the European Union

Binnen Europa behoort Nederland tot de groep landen met de laagste geneesmiddelenuitgaven per hoofd van de bevolking. De geneesmiddelenconsumptie ligt in deze landen ongeveer 50% lager dan het Europees gemiddelde. Toch blijft ook in de toekomst matiging van de groei nodig om te voorkomen dat geneesmiddelen andere uitgaven in de zorg verdringen.

4.1.2 Medische hulpmiddelen

Een medisch hulpmiddel is een voorwerp dat bestemd is voor diagnose en/of behandeling van aandoeningen en/of verlichting van handicaps. Rondom het medisch hulpmiddel bestaat het nodige aan overheidsbehoefenis. Zo is er beleid en regelgeving gericht op de kwaliteit van het middel, op de inzet en het gebruik ervan en op het beheersen van de collectieve uitgaven aan medische hulpmiddelen. De afgelopen jaren is herhaaldelijk stilgestaan bij het toegenomen gebruik van hulpmiddelen in de samenleving. De toename van gebruik is op zichzelf een positieve ontwikkeling: meer inzet van hulpmiddelen maakt het mogelijk chronisch zieken en mensen met beperkingen een zo volwaardig mogelijk leven te laten leiden. Deze ontwikkeling is gepaard gegaan met forse uitgavengroei. In de Zorgnota 2000 is het budgettair kader voor de hulpmiddelen aanzienlijk verruimd. Daarmee is grotendeels tegemoetgekomen aan de

verwachte groei van 9,5% bij ongewijzigd beleid. Niettemin blijft het noodzakelijk – mede gezien de toename van het aantal gebruikers van hulpmiddelen – om maatregelen te nemen om de uitgaven voor hulpmiddelen te beheersen.

4.1.3 Lichaamsmaterialen en biotechnologie

4.1.3.1 Lichaamsmaterialen

In de gezondheidszorg zijn de huidige (bio-)technologische ontwikkelingen dusdanig dat gebruik van medische producten van humane oorsprong zich niet meer beperkt tot de van oudsher bekende bloedproducten; diverse soorten lichaamsmaterialen kunnen tegenwoordig worden gebruikt. Voorbeelden daarvan zijn organen maar ook weefsels zoals hartklep en hoornvlies en cellen zoals geslachtscellen. Verder is het nu mogelijk lichaamsmaterialen via biotechnologische processen te bewerken tot medisch toepasbare producten (biomaterialen). Het toepassen van (menselijk) lichaamsmateriaal in de gezondheidszorg brengt bijzondere risico's met zich mee, zoals de overdracht van bekende en onbekende ziekteverwekkers. In het kader van de volksgezondheid is het daarom noodzakelijk dat de veiligheid en kwaliteit van het gebruikte lichaamsmateriaal – voorzover mogelijk – wordt gewaarborgd. Daarnaast zal de te verwachten toename van het gebruik van deze producten een duidelijk beleid voor onder meer de beschikbaarheid vergen.

4.1.3.2 Biotechnologie – algemeen

Biotechnologie is een sleuteltechnologie omdat het biochemie, microbiologie en procestechnologie integreert en daarmee de mogelijkheden biedt voor het ontwikkelen van breed inzetbare industriële en maatschappelijke toepassingen. Het omvat nu onder meer technieken als DNA-analyse, gen-overdracht, biokatalyse en bio-informatica. Daarnaast gaat er bijzondere aandacht uit naar het gebied van de 'genomics'. Dit deelgebied van de biotechnologie omvat onderzoek naar de werking van genen en de manier waarop de erfelijke eigenschappen, zoals vastgelegd in deze genen, zich vertalen naar het functioneren van het levende organisme. Deze kennis heeft ingrijpende veranderingen tot gevolg, zowel in het wetenschappelijk onderzoek als voor de uiteindelijke toepassingen in de gezondheidszorg, voeding, landbouw, procesindustrie en het milieu.

4.1.3.3 Medische biotechnologie

Eén van de stuwende krachten achter de vernieuwingen in de gezondheidssector is de toename van de fundamentele kennis over allerlei ziekten. Deze kennis is onder meer afkomstig uit het zogenoemde 'Human Genome Project', een wereldwijd project van onderzoeksinstituten en universiteiten dat erop gericht is de volledige basevolgorde van het menselijk genoom te bepalen en dat nagenoeg voltooid is. Op basis van deze informatie kan de komende jaren kennis beschikbaar komen over de oorzaak van bepaalde ziekten. Die wordt ingezet voor het ontwikkelen van nieuwe methoden van preventie en therapie. Met name de ontwikkeling van nieuwe werkzame geneesmiddelen kan een hoge vlucht gaan nemen. Wij stimuleren het toepassen van de biotechnologie teneinde nieuwe methoden voor de diagnostiek, preventie of behandeling van ziekten bij mensen te realiseren. Overigens verkeren veel toepassingen nog in de onderzoeksfase en is er nog een lange weg te gaan voordat er van klinische toepassing sprake kan zijn. Aspecten zoals maatschappelijke en ethische aanvaardbaarheid, kwaliteit van de zorg en kwaliteit van leven bepalen uiteindelijk de mogelijke inzetbaarheid van deze nieuwe methoden in de gezondheidszorg. Ten aanzien van de effecten van de

biotechnologie op de kosten van de gezondheidszorg zijn zowel kostenverlagende (zoals extramuralisering door betere toepassing van medicijnen) als kostenverhogende (behandeling van nu nog onbehandelbare ziektes) trends te onderscheiden. Daarnaast is er invloed van de biotechnologie op de organisatie en infrastructuur van de zorg te verwachten, waaronder een toename van preventieve behandelingen door het toepassen van voorspellende geneeskunde en verdere extramuralisering van de zorg.

4.2 Evaluatie

4.2.1 Geneesmiddelenbeleid

4.2.1.1 Maatregelen kostenbeheersing 1999

De uitgaven voor geneesmiddelen blijven stijgen; ze zijn in 1999 8,6% hoger dan in 1998. Een veel grotere stijging zou zich hebben voorgedaan als niet een aantal maatregelen was ingezet om de kosten te beheersen. Met die inzet van maatregelen hebben wij de afspraken uit het Regeerakkoord 1998 ingevuld. In dat Regeerakkoord zijn de aanbevelingen van de commissie-Koopmans overgenomen. Door verschillende oorzaken hebben niet alle maatregelen in 1999 het verwachtte effect gehad. Soms komt dat door uitvoeringstechnische aspecten, soms doordat de maatregel gewijzigd is, zoals de buiten-WTG maatregel waar chronisch gebruik binnen de vergoeding blijft. Maar in totaal is er door het inzetten van maatregelen toch ruim f 340 mln bespaard op de uitgaven aan geneesmiddelen.

Herberekening vergoedingslimieten GVS

Op 1 februari 1999 zijn de vergoedingslimieten van het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) geactualiseerd en daarmee naar beneden bijgesteld. Doordat de meeste fabrikanten hun prijzen verlaagd hebben tot de nieuwe vergoedingslimieten is met de aanpassing een besparing bereikt van f 145 mln in 1999 (voor latere jaren betekent dat f 158 mln op jaarbasis).

Buiten-WTG maatregel

Per 1 september 1999 zijn de buiten-WTG geneesmiddelen die bedoeld zijn voor niet-chronisch gebruik uitgesloten van vergoeding. De overige middelen komen alleen nog in aanmerking voor vergoeding als de arts op het recept aangeeft dat er sprake is van chronisch gebruik. Deze maatregel heeft in 1999 f 25 mln opgeleverd. Voor 2000 en verder is een besparing ingeboekt van f 80 mln.

Clawback kortingen en bonussen

Midden 1998 is de clawback ingevoerd. Dit is een korting op de inkoopvergoeding voor apothekhoudenden. Per 1 januari 1999 is het clawbackpercentage gewijzigd in 3,3%. Deze clawback heeft in 1999 f 170 mln opgebracht. Geneesmiddelen waarvoor fabrikanten geen kortingen en bonussen geven, waren uitgesloten van de maatregel door middel van plaatsing op de zogenaamde nullijst. Die is later echter ingetrokken naar aanleiding van rechterlijke uitspraken. Een verdere toelichting op het bekostigen van apothekers en clawback vindt u in paragraaf 4.2.1.3.

Korting stimulansregeling

Per 1 september 1999 zou er een korting op de stimulansregeling voor apothekers ingevoerd worden. Die moest leiden tot een opbrengst van f 12 mln. Door vertraging bij de invoering heeft deze maatregel niet geleid tot opbrengsten in 1999. Voor latere jaren is deze opbrengst onderdeel

geworden van het akkoord met de Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie (KNMP) (zie paragraaf 4.2.1.3).

Hardlopers

Door vertraging in de uitvoering heeft onze inzet bij de snelgroeiende geneesmiddelen (hardlopers) in 1999 nog niet geleid tot opbrengsten. In paragraaf 4.3.1.2 staat een toelichting op de te nemen vervolgstappen.

Elektronisch Voorschrijfsysteem (EVS)

Met de LHV zijn afspraken gemaakt over het invoeren van het EVS door huisartsen. Dit moet leiden tot besparingen op de uitgaven voor geneesmiddelen. Voor 1999 zijn nog geen concrete besparingen geconstateerd die zijn te herleiden tot de invoering van het EVS. Een nadere toelichting op de invoering van elektronisch voorschrijven vindt u in paragraaf 3.2.7.

4.2.1.2 Nieuwe geneesmiddelen

Wachtkamergeneesmiddelen

Op 1 juli 1999 is bijlage 1B van het vergoedingssysteem weer geopend. Op bijlage 1B worden nieuwe geneesmiddelen geplaatst waarvoor geen vergoedingslimiet kan worden vastgesteld. De beoordeling van geneesmiddelen die tijdens de sluiting van bijlage 1B waren afgewezen, de zogenoemde wachtkamergeneesmiddelen, is afgerond. In totaal zijn per 1 mei 2000 negen geneesmiddelen in de vergoeding opgenomen en zeven geneesmiddelen afgewezen. Geneesmiddelen zijn afgewezen als de therapeutische waarde niet voldoende aangetoond is of als de therapeutische meerwaarde de hoge extra kosten niet rechtvaardigt.

Toelating nieuwe geneesmiddelen

Met de heropening van bijlage 1B is het toelaten van nieuwe geneesmiddelen aangescherpt. De aanvraag om toelating moet voorzien zijn van een kostenconsequentieanalyse, zodat een afweging tussen de therapeutische meerwaarde en de meerkosten van een geneesmiddel kan worden gemaakt. In de toekomst zal gebruik gemaakt worden van farmacoeconomische studies. Zie hiervoor de beleidsvoornemens in paragraaf 4.3.1.3.

4.2.1.3 Akkoord op hoofdlijnen met de KNMP

Bekostiging apothekers en clawback kortingen en bonussen

Op 8 oktober 1999 is met de KNMP een akkoord afgesloten, het zogenoemde Akkoord op hoofdlijnen. Daarin is onder meer afgesproken dat kortingen en bonussen gefaseerd worden teruggehaald: f 350 mln in 2000, f 385 mln in 2001 en f 425 mln in 2002. De fasering moet voorkomen dat onevenredige financiële gevolgen bij individuele apotheehouders ontstaan (daarom ook is de clawback gemaximeerd tot f 15,- per receptregel). Tegelijkertijd worden voor tariefsverbetering en zorgvernieuwing – eveneens gefaseerd – financiële middelen ter beschikking gesteld: f 35 mln in 2000, f 70 mln in 2001 en f 110 mln in 2002. Verder is door het introduceren van een vast-variabele kostensystematiek een eerste stap gezet in de richting van een minder volume-afhankelijke tariefstructuur. Hiermee is de basis gelegd voor het introduceren van zorgvernieuwingsmodules in de honoreringssystematiek. Daarmee wordt de verantwoordelijkheid van veldpartijen voor zorgvernieuwing vergroot en de rol van de risicodragende zorgverzekeraar versterkt. Met ingang van 1 januari 2000 zijn de desbetreffende tariefbeschikkingen van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) in werking getreden. Daarnaast heeft de KNMP, met steun van VWS, in 1999 een begin gemaakt met het registreren en monitoren van de specialistenreceptuur, ter ondersteuning van de poliklinische beheersing van geneesmiddelen.

Positie apotheker in de farmaceutische zorgverlening

In het akkoord op hoofdlijnen met de KNMP zijn tevens afspraken gemaakt over de positie van de apotheker. Een toelichting hierop vindt u in paragraaf 3.2.4.4.

4.2.1.4 Overige ontwikkelingen

Hemostatica (stollingsproducten)

De behandeling van hemofilie is in een beperkt aantal gespecialiseerde behandelcentra geconcentreerd. In dat kader is per 1 januari 2000 de financiering van hemostatica overgeheveld van het extramurale geneesmiddelenbudget naar het budget van de ziekenhuizen die beschikken over een behandelcentrum. Een toelichting op de beleidsvisie hemofilie vindt u in paragraaf 3.2.8.

Farmaceutische deskundigheid

VWS heeft met mensen uit de dagelijkse praktijk een visie geformuleerd op de toekomstige positie van de apotheker en andere farmaceutisch deskundigen. In het project 'Farmaceutische deskundigheid in de zorg' participeerden naast apothekers ook verzekeraars, patiënten, voorschrijvers, assistenten, drogisten en vertegenwoordigers van industrie en groothandel. Ook zijn via internet twee discussies gevoerd: het 'Farmadebat' gericht op professionals en, in samenwerking met de Consumentenbond, een debat over 'de apotheek van de toekomst'. Tijdens de eindconferentie op 21 juni 2000 is afgesproken dat verzekeraars en professionals in de zorg een aantal initiatieven nemen om zich voor te bereiden op de toekomst. Hierbij staan een nieuwe verdeling van taken en verantwoordelijkheden en het organiseren van de farmaceutische zorgketens rondom de patiënt centraal. In het najaar brengt een aantal deelnemers aan het proces hierover een publicatie uit. Ook zullen de deelnemers bij elkaar komen om de voortgang van de initiatieven te bespreken.

Monitoring gebruik en kosten geneesmiddelen

Voor een effectieve beïnvloeding van de kwaliteits- en kostenontwikkeling is het van groot belang deze ontwikkelingen nauwlettend te volgen. Zoals mede blijkt uit het in 1999 afgeronde determinantenonderzoek van het RIVM zijn hiervoor gegevens nodig over het gebruik en de kosten van geneesmiddelen met extra aandacht voor beleidsvraagstukken als hardlopers en nieuwe geneesmiddelen. Daarom heeft VWS de beschikking gekregen over een databank met gegevens over geneesmiddelen die in de openbare apotheek worden verstrekt. Dit maakt het mogelijk de prijs- en volume-ontwikkelingen op korte termijn te volgen. Daarnaast stelt de minister jaarlijks f 20 mln aan een onderzoekscommissie van het CVZ beschikbaar. Die commissie evalueert de beleidsmaatregelen, toetst geneesmiddelen op doelmatigheid en volgt de effectiviteit van geneesmiddelen in de dagelijkse praktijk.

Groei geneesmiddelenuitgaven

Bij het opstellen van het Regeerakkoord is voor het inschatten van de uitgavenontwikkeling van geneesmiddelen gebruik gemaakt van het rapport van de interdepartementale werkgroep Kosten geneesmiddelen (WKG). Hierin werd een structurele of onderliggende groei van de uitgaven voor geneesmiddelen voorspeld van tussen de 9% en de 12%. Met onderliggende groei wordt bedoeld de uitgavengroei zonder rekening te houden met de effecten van beleidsmaatregelen. Uiteindelijk is de onderliggende groei voor deze kabinetsperiode vastgesteld op 10,4%. Daarnaast is in het WKG-rapport rekening gehouden met enkele ramingsveronderstellingen. Het betrof hier de effecten van het geclausuleerd gesloten houden van bijlage 1B, de opbrengst van verzekeraarsbudgettering en de korting voor apotheekhoudenden. Op basis van deze veronder-

stellingen is de raming in de Zorgnota 2000 feitelijk bijgesteld naar 8,5%. Inmiddels is, op basis van de ontwikkelingen in de jaren 1998 en 1999, het kader vanaf 2000 bijgesteld. Nu gaan wij uit van 11% kostengroei in plaats van 10,4% (exclusief de opbrengsten van maatregelen). Deze verhoging was noodzakelijk omdat de bovengenoemde veronderstellingen uit het WKG-rapport achterhaald waren. Daarnaast zijn de uitgaven voor met name nieuwe geneesmiddelen sterker gestegen dan geraamd en is het aantal voorgeschreven geneesmiddelen sterker gegroeid dan werd verwacht.

4.2.2 Medische hulpmiddelen

4.2.2.1 Kwaliteit

De Wet op de medische hulpmiddelen biedt een basis om regelingen te treffen om de kwaliteit van medische hulpmiddelen te waarborgen en ondeskundig gebruik van deze middelen te voorkomen. In de onlangs verschenen jaarrapportage van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) over het jaar 1999 wordt melding gemaakt van de opgetreden calamiteiten bij het gebruik van medische hulpmiddelen. De Inspectie gaat ervan uit dat de toename in het aantal meldingen wijst op het toenemend functioneren van de meldplicht als onderdeel van het beoogde kwaliteitsstelsel onder de Wet op de medische hulpmiddelen.

4.2.2.2 Uitgavenbeheersing

In de periode 1995–1998 zijn de uitgaven voor hulpmiddelen fors gestegen (gemiddelde jaarlijkse groei van 11%). Zoals ook uit de eerste publicatie van de 'Monitor hulpmiddelen' van het CVZ blijkt wordt de uitgavenstijging veroorzaakt door demografische ontwikkelingen, toenemende technologische mogelijkheden, maar vooral ook door bewust beleid voor verbeterde zorg, extramuralisering, zelfredzaamheid en maatschappelijke participatie. Zo concludeert het CVZ dat de extramuralisatie tenminste 15% van de uitgavenstijging verklaart in de periode 1995–1999. De afgelopen jaren zijn diverse maatregelen genomen om de doelmatigheid bij het verstrekken van hulpmiddelen te bevorderen en het prijsniveau te beperken. Voorbeelden daarvan zijn de regelwijziging voor het nauwkeuriger omschrijven van de aanspraken, het aanscherpen van de indicaties en het invoeren en preciseren van gebruiksnormen en gebruikstermijnen. Het CVZ concludeert dat de wijziging van de Regeling hulpmiddelen effect heeft gehad (Monitor Hulpmiddelen, mei 2000). Na diverse forse tegenvallers in voorgaande jaren blijkt het gevoerde beleid, gericht op uitgavenbeheersing en doelmatigheid, nu ook uit de uitgavencijfers. Voor een aantal categorieën hulpmiddelen is de uitgavenstijging in 1999 duidelijk beperkt gebleven ten opzichte van de periode 1995–1998. Ten opzichte van de stijgingspercentages in de periode 1995–1998 geeft dit in 1999 een trendbreuk: in 1999 is de uitgavenstijging beperkt gebleven tot 1,9%. Het uitgavenniveau 1999 voor de ziekenfondsverzekerden komt daarmee op f 1 221 mln.

4.2.2.3 Prijsbeheersing

De prijsontwikkeling bij hulpmiddelen speelt zich af buiten de directe invloedssfeer van de overheid. Indirect heeft het budgetteren van zorgverzekeraars geleid tot prijsverlagingen. Hoewel niet alle zorgverzekeraars in gelijke mate, bedingen zorgverzekeraars op steeds grotere schaal kortingen bij het contracteren van leveranciers. De mogelijkheden van prijsverlagingen zijn afhankelijk van de wijze waarop de distributiekolom georganiseerd is en variëren sterk per deelmarkt. Voor verzorgingsmiddelen is bekend dat prijsafspraken hebben geleid tot prijsverlagingen van

meer dan 15%. Verder wijkt de gemiddelde prijsontwikkeling van medische hulpmiddelen niet af van de algemeen geldende inflatie.

4.2.2.4 Evaluatie wijziging Regeling hulpmiddelen

Het CVZ heeft de wijziging van 1 april 1999 van de Regeling hulpmiddelen 1996 geëvalueerd. De evaluatie was onder andere gericht op klachten ten aanzien van de ingevoerde gebruiksnormen en -termijnen, ervaringen van zorgverleners en de wijze waarop de nieuwe regels in de praktijk worden gehanteerd. Het CVZ concludeert dat de wijziging van de regeling geen grote problemen heeft opgeleverd. Op enkele onderdelen van het verstrekken van hulpmiddelen signaleert het CVZ een knelpunt. Onderzocht zal worden of die knelpunten moeten leiden tot het aanpassen van de regeling.

4.2.2.5 Productgebonden budget

Bij de ontwikkeling naar een meer vraaggestuurde zorg past ook een grotere keuzevrijheid en verantwoordelijkheid van de gebruiker bij de verstrekking van een hulpmiddel. Het productgebonden budget (PGB) vormt een middel om die keuzevrijheid ook daadwerkelijk aan de gebruiker te laten. Op verzoek van het ministerie van VWS heeft het CVZ een rapport uitgebracht over de consequenties voor de uitvoeringspraktijk van PGB's. Hierin worden onder andere randvoorwaarden genoemd voor het invoeren van een PGB. Die hebben betrekking op de prijs en de kwaliteit van hulpmiddelen en op de informatie die een verzekerde nodig heeft voor een verantwoorde besteding van het budget.

4.2.2.6 Informatievoorziening

In 1999 hebben Vektis en TNO op verzoek van VWS een aantal rapporten uitgebracht over de mogelijkheden om de informatievoorziening rond hulpmiddelen te verbeteren. In vervolg daarop zijn stappen ondernomen om de informatievoorziening op deelgebieden te verbeteren of de daarvoor benodigde randvoorwaarden in te vullen. Bij het CVZ is het Hulpmiddelen Informatieproject (HIP) in een operationeel stadium gekomen. Het HIP bevat gedetailleerde volume- en prijsgegevens van de hulpmiddelen zoals verstrekt in het kader van de Ziekenfondswet. Daarnaast is in mei 2000 de eerste rapportage van de Monitor Hulpmiddelen uitgebracht. De Monitor geeft inzicht in de ontwikkelingen van de uitgaven voor hulpmiddelen, in de oorzaken daarvan en in de kwaliteit, toegankelijkheid en doelmatigheid van de geboden zorg. ZN en Vektis hebben een traject in gang gezet voor het verbeteren van de declaratietandaar zodat hulpmiddelverstrekkingen uniform geregistreerd kunnen worden. Tevens is door VWS, CVZ en ZN een gezamenlijk project gestart dat zich richt op het tot stand brengen van een uniforme classificatie voor hulpmiddelen zodat verdere verbetering van de registratie mogelijk wordt.

4.2.3 Lichaamsmaterialen en biotechnologie

4.2.3.1 Bloedvoorziening

Met het totstandkomen van het ministerieel plan 'Bloedvoorziening 2000' zijn de zorginhoudelijke en financiële kaders aangegeven waarbinnen de bloedvoorziening in Nederland moet opereren. De per 1 januari 1998 landelijk aangewezen instantie, Stichting Sanquin Bloedvoorziening, heeft conform de Wet inzake bloedvoorziening voor de eerste maal haar beleidsplan en begroting voor het jaar 2000 bij VWS ingediend ter goedkeuring. Het beleidsplan en de begroting zijn met nadere aanpassingen per 15 februari 2000 goedgekeurd.

Onlangs zijn de overlegstructuren Platform hemofilie en Commissie bloedvoorziening ingesteld. Met het platform kan bij calamiteiten in de voorziening, zoals een (dreigend) tekort aan stollingsproducten, snelle besluitvorming plaatsvinden. Met het instellen van een commissie voor de bloedvoorziening is er een overlegorgaan waarin het gewenste beleid door de direct dan wel indirect betrokkenen binnen de bloedvoorziening wordt (uit)gedragen.

4.2.3.2 Weefsels en organen

In 1999 is gestart met het formuleren van het wetsvoorstel aangaande de veiligheid en kwaliteit van lichaamsmateriaal. Daarmee moeten de volksgezondheidsrisico's die kunnen optreden bij het gebruik van lichaamsmateriaal voor geneeskundige behandeling worden geminimaliseerd. Ook wordt in dit wetsvoorstel aandacht besteed aan het reguleren van de kwaliteit en veiligheid van niet in Nederland verkregen lichaamsmateriaal. Zowel de onbewerkte lichaamsmaterialen als de industrieel bewerkte lichaamsmaterialen vallen binnen de reikwijdte van het wetsvoorstel. Het traject van het wetsvoorstel zal in twee fases worden doorlopen. De eerste fase betreft de regelgeving voor de onbewerkte lichaamsmaterialen. In de tweede fase komen de bewerkte lichaamsmaterialen aan de orde.

4.2.3.3 Medische biotechnologie

In maart 2000 is het kabinetsstandpunt 'Octrooiering van biotechnologische uitvindingen in relatie tot de volksgezondheid en de gezondheidszorg' naar de Tweede Kamer gestuurd. Dit in reactie op het advies 'Octrooiering biotechnologie' van de RVZ. Het kabinetsstandpunt is totstandgekomen in samenwerking met de ministeries van OCenW, EZ en LNV. Het kabinet staat positief tegenover octrooiering van biotechnologische uitvindingen op het terrein van de gezondheidszorg. Het is een instrument om de innovatie in de gezondheidszorg te bevorderen. Daardoor verbetert de kwaliteit van de zorg.

Wij juichen in het standpunt de oprichting van het Platform Medische Biotechnologie toe. Dit platform is eind 1999 opgericht en heeft als voornaamste doelstelling de biotechnologie in de gezondheidszorg tot haar recht te laten komen. Het platform doet dat door de mogelijkheden van de medische biotechnologie voor de kwaliteit van de gezondheidszorg beter te belichten en door objectief voorlichting en informatie te verschaffen over ontwikkelingen op dit terrein.

4.3 Beleidsvoornemens

4.3.1 Geneesmiddelen

4.3.1.1 Kabinetsstandpunt geneesmiddelenbeleid (TK, 1999–2000, 24 124, nr. 101)

De maatregelen die door onder andere de commissie-Koopmans aanbevolen werden en die verankerd zijn in het Regeerakkoord zijn met kracht ingezet. Duidelijk werd evenwel dat ondanks de aanzienlijke besparingen die hiermee gerealiseerd konden worden zich toch weer budgettaire problemen dreigden voor te doen. Verder werd een zekere spanning gevoeld tussen het kortetermijnbeleid met een actief ingrijpende overheid en het langetermijnbeleid met een regierol voor de zorgverzekeraars. In 1999 is een aantal belangrijke rapporten uitgebracht over dit onderwerp. De adviezen van de commissie-De Vries, de MDW-werkgroep geneesmiddelen, de Boston Consulting Group (op initiatief van de zorgverzekeraars) en de Klankbordgroep Farmaceutische Zorg (met

praktijkdeskundigen) wijzen alle in dezelfde richting en ondersteunen de ingezette koers waarbij de zorgverzekeraars de regie in de geneesmiddelenvoorziening op zich nemen. Het eindresultaat is een stelsel van gereguleerde marktwerking met zorgverzekeraars als volwaardige spelers aan de vraagzijde. Bij uitstek zorgverzekeraars met directe relaties met zorgaanbieders, verzekerden en leveranciers van geneesmiddelen kunnen een gedragsverandering bij betrokkenen bewerkstelligen die de kwaliteit en de beheersbaarheid van de uitgaven voor de geneesmiddelenvoorziening bevordert. Bij zorgaanbieders gaat het dan met name om het bevorderen van doelmatig voorschrijven en van zorgvernieuwing. Hierbij zal de expertise van patiënten(verenigingen) worden betrokken. Ten opzichte van leveranciers van geneesmiddelen gaat het om efficiënt inkopen en distribueren en om de prijsvorming. Ten aanzien van verzekerden zijn het flexibiliseren van de verzekerde pakketten (formulairum per zorgverzekeraar) en de verzekeringspremies punten waarmee ook de concurrentie tussen de zorgverzekeraars kan worden aangewakkerd. De overheid voert een fors dereguleringsprogramma uit teneinde belemmeringen voor de nieuwe rol van de zorgverzekeraar weg te nemen en geeft hen de noodzakelijk instrumenten. Het kabinet neemt dan ook op hoofdlijnen de adviezen over. Ten aanzien van het verwezenlijken daarvan is met name een goede volgorde en fasering van het deregulerings- en instrumenteringsproces noodzakelijk en een afstemming met de activiteiten van de zorgverzekeraars zelf. Een nadere toelichting op de activiteiten van de zorgverzekeraars staat in paragraaf 8.3.2.

4.3.1.2 Maatregelen kostenbeheersing 2000 en verder

Aanpassing receptregelvergoeding en stimulansregeling

Per 1 januari 2000 is binnen de receptregelvergoeding de zogenoemde vast-variabel systematiek van kracht geworden, volgens de afspraak in het convenant met de KNMP. Dit houdt in dat de stijging van het aantal receptregels maar voor 40% doorvertaald wordt in een aanpassing van het tarief. De opbrengst van deze maatregel bedraagt f 40 mln in 2000, oplopend tot f 120 mln jaarlijks vanaf 2002. Deze maatregel komt in de plaats van de voorgenomen aanwijzing voor een macro-kader op de receptregelvergoeding met een geraamde opbrengst van f 75 mln. De korting op de stimulansregeling levert, met ingang van 2000, structureel f 35 mln op.

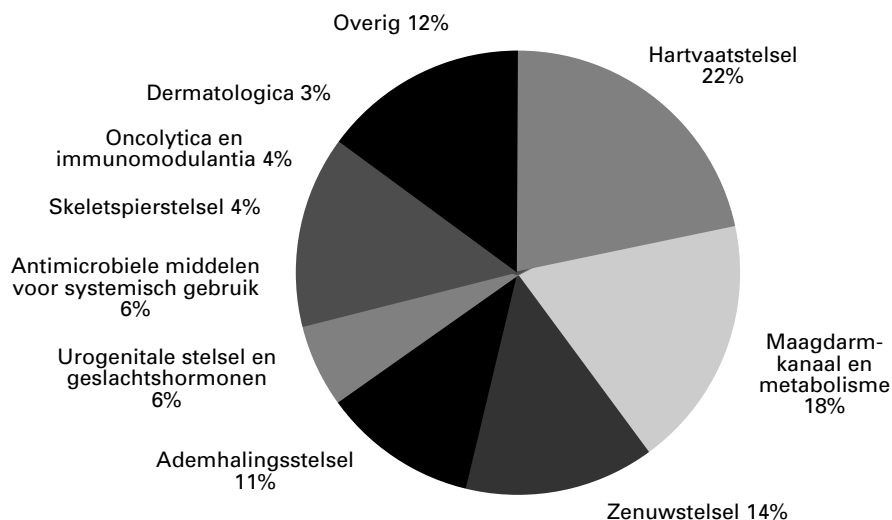
Beheersen poliklinisch voorgeschreven middelen (zie ook paragraaf 3.3.5)

Met ingang van 2001 moet met het beheersen van poliklinisch voorgeschreven middelen f 20 mln bespaard worden op geneesmiddelen. Deze besparing moet in 2004 oplopen tot f 240 mln.

Aanpak veel voorgeschreven geneesmiddelen (hardlopers)

De meest voorgeschreven geneesmiddelen hebben betrekking op het maag-darmstelsel en het hart- en vaatstelsel. Binnen deze groepen is vooral de groei van maagzuurremmers en cholesterolverlagers hoog. In figuur 4.2 zijn de geneesmiddelenkosten onderverdeeld naar anatomie. In 1999 betrof 22% van de kosten geneesmiddelen voor het hart- en vaatstelsel (zoals cholesterolverlagers) en 18% geneesmiddelen voor het maag-darmstelsel (zoals maagzuurremmers). Tabel 4.2 illustreert de hoge groei van deze middelen.

Figuur 4.2 Procentuele verdeling geneesmiddelenkosten over aandoeningen, 1999



Bron: SFK

Tabel 4.2 Ontwikkeling hardlopers

	Totale kosten (mln)		groei 1998-1999
	1998	1999	
Maagzuurremmers	567,9	632,0	11,3%
waaronder OMEPRAZOL	362,3	426,7	17,8%
Cholesterolverlagers	393,5	448,8	14,1%
waaronder ATORVASTATINE	70,3	121,8	73,3%

Bron: SFK

Het beheersen gebeurt door het beïnvloeden van het voorschrijfgedrag van huisartsen en specialisten. Voor de maagzuurremmers heeft het CVZ in 1999 een basisbehandelprotocol ontwikkeld in samenwerking met de beroepsgroepen. De invoering van het protocol vindt plaats in 2000, onder andere door het aanpassen van de betreffende NHG-standaard. Effecten daarvan worden pas in 2001 verwacht. Voor cholesterolverlagers onderzoekt het CVZ of het mogelijk is de aanspraak te beperken tot gepast gebruik. Dat wil zeggen dat de aanspraak vervalt als er geen reëel verhoogd risico is en de patiënt in eerste instantie de levenswijze moet aanpassen. Over het in de zomer van 2000 uitgebrachte advies van de Gezondheidsraad over cholesterolverlagende therapie zal de minister eind 2000 een standpunt innemen. Op de beheersing van cholesterolverlagers is een besparing ingeboekt van f 65 mln met ingang van 2002.

Gepast gebruik geneesmiddelen

Aan het CVZ wordt in het najaar van 2000 een uitvoeringstoets gevraagd over gepast gebruik van geneesmiddelen¹. Vooralsnog is hiervoor een bezuiniging als stelpost opgenomen van f 230 mln met ingang van 2002.

¹ Dit betreft doelmatigheid, pakketdifferentiatie, flexibilisering van de verzekeringsaanspraken en verkleining van de therapeutische breedte.

Dit bedrag en de te nemen maatregelen zullen worden bezien op basis van de uitkomsten van de uitvoeringstoets die begin 2001 wordt verwacht.

FTTO's

Een van de instrumenten om zinnig en zuinig gebruik van geneesmiddelen te realiseren is het contact tussen de verschillende partijen in het FTTO-verband en de daarvoor opgezette 'proeftuinen'. Een beschrijving van de ontwikkelingen bij de FTTO 's vindt u in paragraaf 3.2.7.

4.3.1.3 Overige ontwikkelingen

Vereenvoudiging GVS

De mogelijke aanpassing van het GVS behelst vooral het vereenvoudigen en dereguleren van het systeem. Dat gebeurt onder andere door het verbeteren van de criteria voor het in groepen indelen van onderling vervangbare geneesmiddelen en het vereenvoudigen van de berekenings-systematiek van de vergoedingslimieten. Het CVZ heeft midden 2000 een uitvoeringstoets naar VWS gestuurd, op basis waarvan eind 2000 een standpunt gereed komt. Het is niet de verwachting dat de wijzigingen zullen leiden tot een substantiële verlaging van de uitgaven.

Toelating nieuwe geneesmiddelen (farmaco-economie)

Bij het toelaten van nieuwe geneesmiddelen tot het verstrekkingspakket wordt in de toekomst gebruik gemaakt van farmaco-economische studies. Met de definitieve invoering hiervan is een aantal jaren gemoed. Momenteel wordt volstaan met een kostenconsequentieanalyse. Het gebruik van farmaco-economische richtlijnen moet ertoe leiden dat inzicht verschaft wordt in de therapeutische waarde van een geneesmiddel, in de kosten die het gebruik van het geneesmiddel tot gevolg zal hebben en in de mogelijke besparingen op andere geneesmiddelen en/of therapieën. Bovendien kunnen aan de hand van dergelijke studies besparingen buiten de volksgezondheid in beeld worden gebracht.

Akkoord op hoofdlijnen met de KNMP

De meerjarenafspraken met de KNMP hebben een concreet gevolg gekregen in het Akkoord op Hoofdlijnen. Voor het uitvoeren daarvan in 2000, 2001 en 2002 wordt respectievelijk f 19, f 20 en f 21 mln beschikbaar gesteld aan de KNMP. Het gaat om projecten rond kwaliteitsbeleid en FTTO, informatievoorziening en monitoring, het opzetten van een regionale begeleidingsstructuur en patiëntenvoorlichting via internet.

Wijziging Wet op de Geneesmiddelenvoorziening (WOG)

In 1999 is het project Wijziging WOG gestart. Het doel van het project is het aanpassen van de wet, die dateert uit 1958, aan de eisen van de huidige tijd. Een onderdeel hiervan is het liberaliseren van de distributie van zelfzorgmiddelen. Verder wordt bezien op welke manier er meer duidelijkheid gegeven kan worden over de positie van het agentschap van het College ter beoordeling van geneesmiddelen, het opnieuw implementeren van Europese regelgeving en het aanpassen van definities en regelgeving aan de huidige praktijk en tijdgeest. De planning is dat de wetwijziging halverwege 2001 naar de ministerraad gaat.

Geneesmiddelenreclame

Naar verwachting treedt eind 2000 het nieuwe Besluit geneesmiddelenreclame in werking. Belangrijke veranderingen zijn de transparantie van de geld- en goederenstroom van de ondernemer naar de beroepsbeoefenaar en het aanscherpen van de normen voor gunstbetoon. Gelijktijdig is er een voorstel tot wijziging van de WOG (wetsvoorstel 23 959). In dit wetsvoorstel worden administratieve boetes geïntroduceerd voor het

overtreden van de normen uit het reclamebesluit. Het gaat om boetes van maximaal f 200 000,- per overtreding. Ook wordt een snellere sanctionering van overtredingen mogelijk.

Internet

De invloed van internet op de geneesmiddelensector neemt toe. Meer en meer zoekt de consument informatie over een bepaald geneesmiddel via internet. De farmaceutische industrie biedt die informatie ook steeds meer aan. Deze informatie kan tot gevolg hebben dat de consument zonder tussenkomst van zijn arts geneesmiddelen gaat bestellen. Als dit gaat om geneesmiddelen die in Nederland niet of uitsluitend op recept verkrijgbaar zijn, kan dit leiden tot gezondheidsschade. VWS stimuleert dat de consument betrouwbare informatie krijgt en speelt een bemiddelende rol bij het samenbrengen van de veldpartijen zodat de verschillende initiatieven van deze partijen op elkaar kunnen worden afgestemd.

Medicinale cannabis

Het gebruik van cannabis als geneesmiddel is op dit moment niet toegestaan. De rechtvaardiging daarvan is nog onvoldoende wetenschappelijk onderbouwd. Voor het coördineren en stimuleren van onderzoeksprojecten, en voor de toevoer van cannabis van medicinale kwaliteit voor deze onderzoeken zal een zogenoemd 'national agency' in de zin van het Enkelvoudig verdrag inzake verdovende middelen bij de internationale toezichthouder worden aangemeld.

Internationale ontwikkelingen

Weesgeneesmiddelen

Bij het merendeel van de zeldzame ziekten is geen medicamenteuze therapie voorhanden. Een belangrijke oorzaak hiervan is dat vanwege de kleine afzonderlijke markten er te weinig stimulansen zijn voor farmaceutische industrieën om geneesmiddelen te ontwikkelen. Om verandering in deze situatie te brengen is binnen de Europese Unie een verordening aangenomen met een aantal stimuleringsmaatregelen die van toepassing zijn zodra een geneesmiddel via de centrale Europese procedure is geregistreerd. Daarnaast moet elke lidstaat afzonderlijk maatregelen nemen om onderzoek, ontwikkeling en het in de handel brengen van zogenoemde weesgeneesmiddelen te bevorderen. Wij stellen ter bevordering van de ontwikkeling van weesgeneesmiddelen een nationale structuur in. Die zal gericht zijn op het bevorderen van het ontwikkelen van weesgeneesmiddelen en op het verbeteren van de informatievoorziening over zeldzame ziekten aan patiënten, behandelaren en onderzoekers. De bovengenoemde beleidsmaatregelen zijn in lijn met het advies van de Raad voor Gezondheidsonderzoek. Die adviseerde namelijk om een nationale, coördinerende structuur op te zetten die gericht is op belanghebbenden en adviseerde ook om aan te sluiten bij de ontwikkelingen binnen de Europese Unie.

4.3.2 Hulpmiddelen

De toenemende technologische mogelijkheden blijven een opwaartse druk op de prijzen veroorzaken. Ook het toenemend aantal gebruikers zal ervoor zorgen dat de uitgaven aan hulpmiddelen blijven stijgen. Het budgettair beheersen van de hulpmiddelen blijft dan ook van belang.

4.3.2.1 Actieprogramma 2000

Het erkennen van de rol van hulpmiddelen in de gezondheidszorg heeft zich vertaald in ruimere groeimogelijkheden in het budgettair kader. Voor het realiseren van de resterende taakstelling zijn in januari 2000 in het

'Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen' (Tweede Kamer, 1999/2000, 24 124, nr. 100) plannen neergelegd. De kernpunten daarvan zijn:

- het blijven zorg dragen voor een kwalitatief goede hulpmiddelenzorg waarbij pakketbeperking of hogere eigen bijdragen worden voorkomen;
- het vergroten van de budgettaire beheersbaarheid door het optimaliseren van de doelmatigheid van het gebruik, door prijsconcurrentie, het bevorderen dat de (potentiële) gebruiker door middel van onder andere productgebonden budgetten afwegingen maakt en door het bevorderen van integrale afweging door een deel van de hulpmiddelen onderdeel te maken van het ziekenhuisbudget en het budget van verzorgingshuizen;
- deregulering zodat de overheid een faciliterende rol heeft en de verantwoordelijkheid voor de uitvoering van een doelmatige hulpmiddelenverstrekking bij de risicodragende zorgverzekeraars ligt die de beleidscontouren nader invullen.

4.3.2.2 *Stappenplan 2000–2001*

Uit het actieprogramma komt voor 2000 en 2001 een aantal stappen voort.

- Met ZN is de regierol van de zorgverzekeraars nader ingevuld. Op 20 juni 2000 hebben VWS en ZN een convenant gesloten met als kern dat ZN zal bevorderen dat zorgverzekeraars zich inspannen om de kostenontwikkeling van de hulpmiddelenvoorziening te beheersen. Dit zal gebeuren via drie sporen. Ten eerste zal de bestaande rol van verzekeraars bij de hulpmiddelenvoorziening worden versterkt. Ten tweede zal ZN zorgverzekeraars stimuleren om bestaande instrumenten voor doelmatiger hulpmiddelenverstrekking optimaal te benutten. Het derde spoor ten slotte is dat ZN zorgverzekeraars zal stimuleren experimenten te ontwikkelen met nieuwe instrumenten om een doelmatiger hulpmiddelenvoorziening te realiseren.
- In lijn met het rapport van het CVZ wordt voor drie deelverstrekkingen in het najaar van 2000 geëxperimenteerd met PGB's. Bij een positief resultaat zal getracht worden het PGB voor een aantal hulpmiddelen in de loop van 2001 in te voeren.
- Ingepast in het belastingplan 2001 zal voor een groter deel van de hulpmiddelen een verlaagd BTW-tarief worden toegepast.
- Inmiddels is een start gemaakt met de oprichting van het zogenoemde Hulpmiddelen Informatie Centrum (HIC). In dit onafhankelijke centrum zal objectieve productinformatie, die nu vaak versnipperd is, bij elkaar worden gebracht en toegankelijk worden voor de belanghebbenden. Door ook informatie op te nemen over wet- en regelgeving, het verstrekkingenpakket en de verkrijgbaarheid van producten, wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het transparanter maken van de hulpmiddelenmarkt. Het oogmerk daarvan is de keuzevrijheid en een doelmatiger hulpmiddelenverstrekking te bevorderen. Op de Invitatie Conference van 14 juni 2000 hebben de diverse belangenpartijen het belang van het HIC onderschreven en hebben verschillende aanbieders zich bereid verklaard hierin te participeren. Er wordt naar gestreefd om zo veel mogelijk aansluiting te vinden bij Europese initiatieven.

Zoals wordt voorgesteld in het 'Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen' zal naar analogie van de overheveling van het geneesmiddelenbudget en de huisartsenzorg naar verzorgingshuizen, een deel van de huidige extramurale verstrekking van hulpmiddelen worden overgeheveld naar de verstrekking uit het budget van verzorgingshuizen. Voor een verdere toelichting op deze maatregel wordt verwezen naar paragraaf 7.3.5. Tenslotte wordt onderzocht hoe een deel van de hulpmiddelen naar de ziekenhuisbudgetten kan

worden overgeheveld. Het gaat hierbij om hulpmiddelen die een integraal onderdeel vormen van de medisch-specialistische behandeling.

4.3.2.3 Kwaliteit

De EU-richtlijn In-vitro diagnostica zal zo spoedig mogelijk worden omgezet in nationaal recht. Vooral nog ontbreekt specifieke regelgeving ten aanzien van de kwaliteit van deze producten. Het erkennen van wederzijdse veiligheidssystemen ligt aan de basis van de onderhandelingen over de uitvoering van de handelsverdragen tussen de VS, Canada en Japan die de Europese Commissie ook op het terrein van de medische hulpmiddelen voert. Vanwege de samenhang tussen de veiligheid en doeltreffendheid van een implantaat en het welbevinden van de geïmplanteerde, moet de mogelijkheid bestaan om identificatiegegevens van implantaat en gebruiker te koppelen. Op verzoek van het ministerie van VWS voert het Nederlands Normalisatie Instituut een haalbaarheidsstudie uit naar de opzet van een Algemene Implantaten Register (AIR). Daarbij komt ook zicht op de mogelijkheden bij het registreren van siliconenborstimplantaten. De voorlichting aan vrouwen die overwegen over te gaan tot de implantatie van siliconenborstimplantaten zal op een aantal punten worden verbeterd.

4.3.2.4 Doelmatigheid

Om hulpmiddelen in de toekomst doelmatiger in te zetten heeft VWS het CVZ verzocht voor diverse hulpmiddelen het bevorderen van de doelmatigheid te onderzoeken. Waar nodig zal het CVZ aanbevelingen doen om het hulpmiddelenbeleid bij te sturen.

4.3.3 Lichaamsmaterialen en biotechnologie

4.3.3.1 Bloedvoorziening

Met het inwerkingtreden van het Verdrag van Amsterdam op 1 mei 1999 is het mogelijk om op Europees niveau juridisch bindende maatregelen te treffen voor het stellen van hoge kwaliteits- en veiligheidseisen aan producten uit bloed, weefsels en organen van menselijke oorsprong. Binnen de Europese Unie is een voorstel voor een richtlijn met betrekking tot volbloed, bloedbestanddelen en voorlopercellen van bloed in voorbereiding. Deze richtlijn is een eerste stap op weg naar één algehele Europese zelfvoorziening voor cellulaire bloedproducten. Voor de geneesmiddelen bereid uit plasma is er al sprake van één Europese interne markt. Europese harmonisatie op dit gebied zal een (hernieuwde) discussie met zich meebrengen omtrent de keus voor een optimale dan wel een maximale veiligheid. Een maximaal veiligheidsbeleid zou erop neerkomen dat ongeacht de te behalen gezondheidswinst en kosten, alle beschikbare veiligheidsmaatregelen, hoe marginaal dan ook, worden ingevoerd. Bij een optimaal veiligheidsbeleid wordt hiermee rationeler omgegaan: keuzes zullen afhangen van de te behalen gezondheidswinst, mede in het licht van de kosten die hiermee zijn gemoeid. Nederland zal bij de discussie haar standpunt – kiezen voor een optimale veiligheid – nogmaals naar voren brengen; een maximale veiligheid is immers bij dit soort producten nooit haalbaar. Een voorbeeld hiervan is dat bij het gebruik van producten van menselijke oorsprong bepaalde ziekteverwekkers (zoals virussen) in een bepaalde periode niet aangetoond kunnen worden, de zogenaamde window periode. Patiënten die op deze wijze besmet zijn geraakt en hierdoor met medische schade achterblijven, worden in sommige landen schadeloos gesteld. In opdracht van VWS zal ZON een onderzoek starten naar de voor- en nadelen van een no-fault

compensation systeem voor medische schadeclaims als alternatief voor het bestaande systeem van medische aansprakelijkheid. Dit onderzoek moet inzicht verschaffen in de wijze van afwikkeling van medische schadeclaims, in Nederland en andere landen, waarbij de bloedvoorziening als voorbeeld zal dienen.

4.3.3.2 *Weefsels en organen*

Binnen het traject van het wetsvoorstel met betrekking tot de geformuleerde kwaliteits- en veiligheidseisen van menselijk lichaamsmateriaal zal vanaf half 2000 een consultatieronde in het veld plaatsvinden. Het wetsvoorstel met betrekking tot de eerste fase zal in december 2000 aangeboden worden aan de ministerraad. In 2001 start de tweede fase van het wetstraject. Dit houdt de regulering van de kwaliteit en veiligheid van de industrieel bewerkte lichaamsmaterialen in. Nederland zal ten aanzien van het voorgaande door middel van een 'invitationale conference' haar gedachtegoed hierover binnen Europa uitdragen. Naast de nog te ontwikkelen kwaliteits- en veiligheidseisen van menselijk lichaamsmateriaal kent Nederland al diverse toepassingen op dit gebied. Een voorbeeld hiervan is het gebruik van stamcellen. Stamcellen geïsoleerd uit navelstrengbloed worden onder andere toegepast bij het behandelen van leukemie. Om in de groeiende behoefte van deze stamcellen te kunnen voorzien zal een, al in kleine omvang bestaande navelstrengbloedbank, met steun van VWS worden uitgebreid tot een zo grote navelstrengbloedbank dat Nederland kan bijdragen aan de wereldwijde voorziening van passende stamcellen.

4.3.3.3 *Medische Biotechnologie*

Het biotechnologiebeleid van VWS maakt deel uit van het integrale kabinetsbeleid dat zal worden verwoord in de Integrale Beleidsnota Biotechnologie. Deze beleidsnota zal een nationale invulling geven aan de mondiale ontwikkelingen op het terrein van de biotechnologie. Naar aanleiding van het kabinetsstandpunt Octrooiering van biotechnologische uitvindingen zal overwogen worden wat de mogelijkheden zijn omtrent een netwerk voor biotechnologische uitvindingen in de gezondheidszorg. Dat kan bijdragen aan de innovatie in de gezondheidszorg. In praktische zin kan gedacht worden aan één centraal punt, met een achterliggend netwerk dat faciliterend werkt en, met het oog op innovatie, zich vooral op de praktijk kan richten.

Ook in het rapport van TNO 'Haalbaarheid Centrale Faciliteit voor Vectorproductie' (maart 2000) wordt melding gemaakt van een centraal loket met onder meer als functie het bieden van technisch advies en technische begeleiding aan onderzoekers. Dit rapport is het eindresultaat van een inventariserend onderzoek naar de oprichting van een centrale faciliteit voor de productie van klinisch proefmateriaal voor genterapie-onderzoek en ander hoogwaardig biotechnologisch onderzoek. Ten aanzien van de in het rapport genoemde aanbevelingen zal in het komende jaar een standpunt worden ingenomen. Tot slot hebben wij samen met de minister van OCenW de Raad voor Gezondheidsonderzoek om advies gevraagd over het in kaart brengen van de kennislacunes ten aanzien van de klinische toepassing en maatschappelijke effecten van genomics (DNA-technologie). De ministers ontvangen ook graag advies over de manier waarop het onderzoek naar deze thema's het beste gestalte kan krijgen binnen de Nederlandse kennisinfrastructuur.

HOOFDSTUK 5 GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG, VERSLAVINGSZORG EN MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

In dit hoofdstuk staat het beleid in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), de Verslavingszorg en de Maatschappelijke Opvang centraal. Paragraaf 5.1 bevat een terreinbeschrijving, waarin onder meer de hoofddoelstelling en prioriteiten voor de komende jaren aan de orde komen. In paragraaf 5.2 volgt een terugblik op het gevoerde beleid tot midden 2000. Paragraaf 5.3 eindigt met de beleidsvoornemens.

5.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

De hoofddoelstelling is om op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, de verslavingszorg en de maatschappelijke opvang van kwetsbare groepen een samenhangend en kwalitatief verantwoord aanbod van preventie, bescherming en hulp- en zorgverlening te realiseren.

Belangrijke prioriteiten zijn:

- de toenemende vraag naar (met name ambulante) GGZ-hulp beantwoorden, waarbij rekening gehouden wordt met de vraagbehoefte in verschillende circuits en met raakvlakken met andere zorg;
- een eerstelijns-GGZ opbouwen waar mensen met psychosociale problemen en met eenvoudige psychische problematiek voor behandeling en begeleiding terecht kunnen;
- bevorderen dat het zorgaanbod meer toegesneden wordt op de (specifieke) behoefte van cliënten (maatwerk) en het waarborgen van cliëntenrechten;
- bijdragen aan het verbeteren van de geestelijke volksgezondheid en daarmee samenhangende maatschappelijke problemen zoals psychische problematiek in gevangenissen, psychische arbeidsongeschiktheid en psychische ziektelast, zorg voor verkommerden en verloederden en de gezondheidszorg voor vreemdelingen zonder wettig verblijf (illegalen);
- stimuleren dat centrumgemeenten beleid ontwikkelen voor de regionale aanpak van de problematiek van mensen in een sociaal kwetsbare positie (waaronder dak- en thuislozen) en daartoe een gevarieerd aanbod van opvangvoorzieningen aanbieden, zoals tijdelijk onderdak en begeleiding;
- stimuleren dat centrumgemeenten ambulante hulp verlenen voor verslavingsproblemen, preventief verslavingsbeleid voeren en de overlast door verslaving bestrijden;
- de vermaatschappelijking stimuleren: enerzijds door cliënten van psychiatrische ziekenhuizen te rehabiliteren en integreren in de samenleving en anderzijds door het versterken van de openbare GGZ met het doel overlast en problemen die worden veroorzaakt door mensen met psychiatrische stoornissen of verslavingsproblematiek te beperken;
- de doelmatigheid en effectiviteit in de geestelijke gezondheidszorg op het gebied van behandeling, medicatie- en voorschrijfbeleid en onderzoek bevorderen.

Zorgvraag

Jaarlijks doet ongeveer 5% van de Nederlanders een beroep op de geestelijke gezondheidszorg voor behandeling, begeleiding of verzorging. De behoefte en vraag naar hulp neemt toe en wijzigt als gevolg van demografische en maatschappelijke ontwikkelingen. Factoren die van invloed zijn, zijn onder meer de vergrijzing, individualisering, multicultura-

lisatie, ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid en ontwikkelingen in criminaliteit.

Zorgaanbod

Om te voorzien in de behoefte aan geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang bestaat een breed scala aan instellingen: algemene psychiatrische ziekenhuizen, instellingen voor kinderen jeugdpsychiatrie, psychiatrische afdelingen van algemene en academische ziekenhuizen, regionale instellingen voor beschermd wonen, RIAGG-en, TBS-klinieken, vrijevestigde psychiaters, psychotherapeuten, instellingen voor verslavingszorg en -preventie, instellingen voor maatschappelijke opvang, vrouwenopvang en crisisopvang. De samenwerking tussen instellingen in de GGZ krijgt in toenemende mate vorm via (regionale) fusies en circuitvorming. Daarnaast vervullen huisartsen, maatschappelijk werkers en de eerstelijnspsychologen in toenemende mate een belangrijke rol bij de zorg- en hulpverlening. Onderstaande tabel geeft cijfers over de toegestane capaciteit in het jaar 1999.

Tabel 5.1 Toegestane capaciteit in de GGZ in 1999

Instellingen	Eenheid	Formele capaciteit
Algemeen psychiatrische ziekenhuizen	Bedden	23.508
Kinder- en jeugdpsychiatrie	Bedden	943
PAAZ-en	Bedden	1.639
Zelfstandige Verslavingsklinieken	Bedden	1.199
TBS-instellingen	Bedden	912
Regionale Instelling Begeleid Wonen	Plaatsen	6.375
RIAGG-en	Contacten	3.052.434
Maatschappelijke opvang	Bedden	11.638

Bron: CTG, Justitie (voor TBS), CBS (voor Maatschappelijke Opvang)

Tabel 5.2 Uitgaven Geestelijke Gezondheidszorg, Verslavingszorg en Maatschappelijke Opvang (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
5.01 Algemene psychiatrische ziekenhuizen	2.701,2	2.802,6	2.990,7	3.141,1	3.303,8	3.426,6	3.510,7	3.650,5	3.710,0	3.734,9
5.02 Herstellingsoorden	10,0									
5.03 Instellingen voor kinder- en jeugd-psychiatrie	168,3	199,6	214,7	240,4	253,6	263,1	280,4	296,7	300,1	299,6
5.04 Psychiatrische Afdelingen Algemene Ziekenhuizen (PAAZ)				257,0	267,2	267,2	267,2	267,2	267,2	267,2
5.05 Zelfstandige verslavingsklinieken	122,1	139,7	151,6	162,6	175,4	178,2	188,6	198,0	201,9	201,9
5.06 TBS-instellingen	168,1	198,6	244,0	270,5	328,4	358,4	352,4	349,4	346,4	346,4
5.07 Regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW)	239,7	255,0	303,9	329,7	337,6	347,3	355,0	361,5	367,2	368,8
5.08 Psychiatrische woonvoorzieningen	25,8	21,8								
5.09 RIAGG-en	703,3	727,5	789,7	838,5	932,9	951,4	951,4	951,4	951,4	951,4
5.10 Vrijgevestigde psychiaters	97,0	107,3	91,8	118,6	113,5	117,5	121,0	127,2	127,2	127,2
5.11 Overige ambulante geestelijke gezondheidszorg	20,4	15,8	15,4	16,0	74,1	77,2	77,0	70,8	45,8	45,8
5.12 CAD's, maatschappelijke opvang en vrouwenopvang	132,0	147,4	441,6	489,1	522,2	523,1	522,3	522,3	522,3	522,3
5.13 Overige verslavingszorg	52,2	52,2	59,0	43,5	47,5	46,6	39,3	39,3	37,7	37,7
5.14 Subsidiereregelingen GGZ gereserveerde groeiruumte	73,4	81,6	37,4	42,3	48,5	48,5	48,5	48,5	48,5	48,5
					9,7	32,7	18,6	18,6	18,6	18,6
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	4.513,5 2.048,1	4.749,1 2.155,0	5.339,8 2.423,1	5.949,3 2.699,7	6.414,4 2.910,7	6.637,8 3.012,1	6.732,4 3.055,0	6.901,4 3.131,7	6.944,3 3.151,2	6.970,3 3.163,0

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang. In deze kaders zijn tevens de maatregelen en intensiveringsruimte verwerkt, voor zover de verdeling daarvan in de meerjarenafspraken is overeengekomen. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeiruumte is onderaan de tabel apart weergegeven.

Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd. Voor de jaren ná 2002 is bovendien nog geen groeiruimte toegewezen.

5.2 Evaluatie

5.2.1 Wachtlijsten

Voor het terugdringen van de wachttijden in de ambulante GGZ is vanaf 1999 f 32,5 mln beschikbaar gesteld. Hiervan is f 30 mln beschikbaar voor afspraken in de regio tussen de zorgaanbieders en de zorgkantoren. Deze gelden worden toegekend onder de volgende voorwaarden: de zorgaanbieders realiseren hun productieafspraken volledig, zij werken samen met andere zorgaanbieders waaronder de eerstelijns-GGZ en voeren een betrouwbaar wachtlijstbeleid. Een objectieve indicatiestelling wordt gewaarborgd door de geprotocolleerde werkwijze van GGZ-hulpverleners (die aan de voordeur van de GGZ de indicatie stellen) verder te verfijnen. Dit geldt met name op het punt van eenduidige criteria, procedures voor het bepalen van de urgentie van de problematiek en de maximale wachttijd (brief TK, indicatiestelling, 31 mei 2000).

De overige f 2,5 mln is ingezet voor het uniformeren van de wachtlijstregistratie en voor het uitvoeren van experimenten in drie regio's. Daarbij wordt het verband tussen het verkorten van de wachttijden en het ziekteverzuim om psychische redenen onderzocht. Inmiddels is in 1999 met GGZ-Nederland, de vrijevestigden (psychiaters en psychotherapeuten) en Zorgverzekeraars Nederland een minimumgegevensset voor wachtlijstregistratie vastgesteld. Sinds begin 2000 werkt de GGZ aan de invoering daarvan. Die moet in 2002 zijn afgerond. Tot die tijd zal Prismant tweemaal per jaar de omvang van wachtlijsten en de lengte van de wachttijd peilen.

Uit de eindrapportage 'Wachtlijstfonds 1999' van Prismant blijkt dat dankzij de wachtlijstmiddelen meer cliënten zijn geholpen. Bovendien is de behandelplanning bij de helft van de instellingen verbeterd. Het effect op de wachttijden valt echter niet geïsoleerd vast te stellen, omdat dit zowel bepaald wordt door de beschikbare middelen voor de totale aanbodcapaciteit als door ontwikkelingen in de zorgvraag. In kinder- en jeugdpsychiatrie en de volwassenenpsychiatrie is zowel de gemiddelde wachttijd als het aantal wachtenden afgenomen bij ruim de helft van de gepeilde instellingen die daadwerkelijk wachtlijstmiddelen hebben ontvangen. Uit de peiling blijkt dat de wachttijden in de ouderenpsychiatrie zijn gedaald, maar dat het aantal wachtenden is gestegen. Dat laat zich waarschijnlijk voor een deel verklaren door de sterk stijgende vraag als gevolg van de vergrijzing en door problemen bij de doorstroming naar psychogeriatrische verpleeg- en verzorgingshuizen.

Tabel 5.3 De gemiddelde daling/stijging van de wachttijd door de inzet van middelen bij de gepeilde instellingen

	aantal instellingen	gemiddelde wachttijd voor inzet middelen	gemiddelde wachttijd na inzet middelen	procentuele daling wachttijd
Kinder en Jeugd	9	39	28	-28%
Volwassenen	12	32	26	-20%
Ouderen	6	19	16	-15%

5.2.2 Versterken eerstelijns-GGZ

Het versterken van de eerstelijns-GGZ is een speerpunt van ons beleid. In 1999 hebben de drie kernpartijen (huisartsen, algemeen maatschappelijk werk en eerstelijnspsychologen) hiertoe een samenwerkingsconvenant afgesloten. De Stuurgroep 'Tussen de Lijnen', die eind 1999 is gestart, zet zich in voor het versterken van de eerstelijns-GGZ en samenwerking met tweedelijns-GGZ.

Tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen in 1999 is via aanvaarding van de motie-Melkert cs. vanaf 2000 structureel f 40 mln beschikbaar gesteld voor het versterken van de eerstelijns-GGZ. Hiervan komt f 25 mln ten goede aan de stimuleringsregeling Algemeen maatschappelijk werk. Deze regeling, waarop gemeenten een beroep kunnen doen, geldt voor een periode van vier jaar (2000–2003). Gemeenten kunnen een beroep op de regeling doen als ze ook eigen middelen beschikbaar stellen. Inmiddels is aan 492 gemeenten van de 538 gemeenten een uitkering verstrekt. Hiervoor kunnen ongeveer 369 maatschappelijk werkers (fte's) worden aangesteld.

De resterende f 15 mln wordt als volgt ingezet:

- voor het uitwerken van bovengenoemd samenwerkingsconvenant (door LVE, LHV en VOG-AMW) is f 3 mln bestemd;
- aan de consultatieregeling is f 3 mln toegevoegd. De gespecialiseerde GGZ kan in dat verband ook consultatie verlenen aan de eerstelijns-GGZ bij patiënten met psychische problematiek. Overigens is er voor consultatie in totaal f 12 mln beschikbaar omdat de extra middelen zijn toegevoegd aan de f 9 mln die reeds beschikbaar was. Inmiddels zijn ongeveer negentig projecten gestart;
- verder wordt f 9 mln ingezet voor verschillende trajecten die gericht zijn op het ondersteunen en het bevorderen van de deskundigheid van de huisarts.

5.2.3 Kinder- en jeugdpsychiatrie: logeerfunctie en gehandicapten

Voor het uitbreiden van de logeerfunctie hebben wij f 5 mln beschikbaar gesteld (kabinetsstandpunt logeerfunctie 1 november 1999). De logeerfunctie is bedoeld om kinderen met chronisch psychiatrische problematiek regelmatig (een weekend of een paar weken in de vakantie) in een logeershuis te laten logeren. Dit ontlast familie, ouders en verzorgenden. Door de vervroegde inzet van de intensiveringsmiddelen (zie paragraaf 5.3.3) streven wij ernaar om begin volgend jaar al 68 plaatsen te creëren.

Voor het verbeteren van de zorg op het raakvlak van de GGZ en verstandelijk gehandicaptenzorg is f 1,2 mln op jaarbasis beschikbaar (TK, 1999/2000, 25 424, nr. 8). Hiermee kunnen raakvlakprojecten worden gestart, met name op het terrein van de ambulante hulpverlening. Inmiddels zijn vijf projecten gestart. De capaciteit voor Multifunctionele Centra (MFC's) voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen met psychiatrische stoornissen wordt uitgebreid. Prismant onderzoekt de actuele behoefte. Een evenwichtige spreiding over het land en aansluiting op de zorgketen voor kinderen en jeugd wordt nagestreefd. Een platform van VGN en GGZ Nederland (opgericht in 1999) vult de raakvlakzorg verder in.

5.2.4 *Zorg op maat, zorgvernieuwing en PGB*

Flexibilisering en zorg op maat

De GGZ-aanspraken zijn sinds 1998 geflexibiliseerd. Toegelaten aanbieders kunnen sindsdien zorgonderdelen zowel in onderdelen als in verschillende combinaties aanbieden. Hiermee wordt beoogd de zorg transparanter te maken en een verdere impuls te geven aan het ontwikkelen van meer vraaggestuurde en doelmatige zorg. Aanbieders moeten een minimumpercentage van hun budget aan zorg op maat besteden. In 1998 bedroeg dit 5%. In 1999 liep dit op tot 6,5% en voor de jaren 2000 en 2001 loopt dit op tot 8,5% respectievelijk 10%. Eind 2000 beziet VWS op welke wijze de regeling wordt voortgezet na 2001.

Subsidiereregelingen zorgvernieuwing

Het CVZ subsidieert een aantal zorgvernieuwingprojecten. In 2000 is f 5,9 mln beschikbaar voor ongeveer tachtig 'consumer run' projecten, die uitgevoerd worden door niet-toegelaten aanbieders en cliëntgestuurde initiatieven. Voor het begeleiden van GGZ-geïndiceerden in de maatschappelijke opvang en de vrouwenopvang is in 2000 f 23,5 mln beschikbaar. Dit jaar wordt deze regeling geëvalueerd. Sinds 1995 worden initiatieven op het terrein van de openbare GGZ gesubsidieerd, waarvoor ook niet-AWBZ-instellingen in aanmerking kunnen komen. Hiermee wordt beoogd de samenwerking tussen AWBZ-instellingen en overige (gemeentelijke) instellingen te bevorderen. In 2000 is hiervoor f 12,5 mln beschikbaar.

PGB-experiment voor begeleiding in GGZ

In 1997 is in drie regio's een experiment gestart met PGB's in de GGZ voor de functie begeleiding. Dit experiment wordt met twee jaar verlengd en het aantal regio's is uitgebreid van drie naar vijf. Naast Rotterdam, Oost-Brabant en Groningen nemen nu ook Alkmaar en Twente deel aan het experiment. In totaal is hiervoor f 5 mln beschikbaar. Momenteel wordt een 'quick scan' uitgevoerd naar mogelijke knelpunten. Landelijke invoering van het PGB in de GGZ kan starten vanaf 2001 op basis van de conclusies uit de quick scan en als er voldoende middelen beschikbaar komen om de landelijke invoering te financieren. Vooralsnog hebben wij hiervoor geen middelen gereserveerd, zodat invoering in 2001 niet plaatsvindt.

5.2.5 *Wet BOPZ: stand van zaken wetswijzigingen*

In het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie van de Wet BOPZ (Bijzondere Opnemingen Psychiatrisch Ziekenhuis) is een aantal wijzigingen van de wet aangekondigd. De Tweede en Eerste Kamer hebben het wetsvoorstel (nr. 26 527) dat betrekking heeft op technische en procedurele aspecten in het voorjaar van 2000 aanvaard. Het ligt nu bij de Eerste Kamer. Over het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging, waarbij het

mogelijk wordt om een rechterlijke machtiging voorwaardelijk op te leggen, is inmiddels het advies van de Raad van State ontvangen.

5.2.6 Preventie en psychische arbeidsongeschiktheid: terugblik

Het GGZ-preventiebeleid is gericht op het voorkomen van (verergering van) psychische problematiek. Er wordt gestreefd naar integrale zorgprogramma's voor de patiënt (inclusief curatie). Een knelpunt bij het uitvoeren van preventie is het gebrek aan kennis over effectieve interventiemethoden. Om landelijke prioriteiten voor preventie vast te kunnen stellen voor de komende jaren is eind 1999 de commissie Kuypers ingesteld. Centrale vraagstukken voor die commissie zijn de oorzaken van de toenemende vraag en het voorkomen van psychische problematiek.

Dit jaar is de commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid (commissie Donner) ingesteld. Deze heeft de taak de preventie, sociaal-medische begeleiding en reïntegratie van mensen met arbeidsrelevante psychische aandoeningen te verbeteren en de zorg voor hen te optimaliseren. Ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid om psychische redenen kunnen daarmee worden teruggedrongen. In 1999 is een landelijk kenniscentrum opgericht. Dat heeft tot taak kennis en deskundigheid op het terrein van arbeidsrelevante psychische aandoeningen te ontwikkelen, verzamelen en verspreiden. GGZ Nederland en de zorgaanbieders voeren drie pilots uit naar een doelmatiger arbeidshulpverlening en samenwerking in de regionale zorgketen. Deze lopen tot 2003.

5.2.7 Maatschappelijke opvang en openbare GGZ

In 1999 waren er voor de opvang van dak- en thuislozen en mishandelde vrouwen ruim 11.500 plaatsen. Sinds 1997 is de opvangcapaciteit gestegen mede omdat in 1997 en 1998 extra gelden beschikbaar zijn gesteld.

Tabel 5.4 Capaciteit maatschappelijke opvang (plaatsen) in 1999

Dak- en thuislozenzorg	7.884
Algemene crisisopvang	1.138
Vrouwenopvang	2.153
Evangelische opvang	89
Overige maatschappelijke opvang	374

Bron: CBS/Federatie Opvang (2000)

Opvang sociaal kwetsbare groepen

Voor het versterken van de zorg voor kwetsbare personen, zoals verslaafden en dak- en thuislozen, is vanaf 2000 f 35 mln beschikbaar. Deze middelen zijn een bijdrage aan het creëren van een sluitend aanbod van 24-uursopvang. Uit de f 35 mln is f 19,1 mln toegevoegd aan de specifieke uitkeringen voor de maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid. De resterende f 15,9 mln is bestemd voor de bijdrageregeling Sociale integratie en veiligheid G-25.

Landelijk covenant openbare GGZ

Een belangrijk doel van vermaatschappelijking van de GGZ is dat GGZ-cliënten succesvol kunnen deelnemen aan het maatschappelijk leven. Voor rehabilitatie en reïntegratie van GGZ-cliënten is op lokaal niveau een samenhangend steun- en zorgaanbod op het terrein van wonen, werken, zorg en welzijn nodig. Eind 1999 heeft VWS een landelijk covenant Openbare GGZ gesloten met de VNG, GGZ Nederland, ZN en de Federatie Opvang met het doel de openbare GGZ op lokaal niveau te versterken. Hiervoor is een landelijk platform OGGZ opgericht.

5.2.8 *Verslavingszorg herijkt en Resultaten scoren*

Het project 'Verslavingszorg herijkt' is gestart naar aanleiding van het gelijknamige advies van de RVZ en de Raad voor de Maatschappelijke Ontwikkeling (RMO) over het aansturen van de verslavingszorg. Over de voortgang is de Kamer op 22 juni geïnformeerd. In Limburg zal een pilot starten.

Het meerjarig programma 'Resultaten scoren' heeft tot doel de kwaliteit in de verslavingszorg te verbeteren. De speerpunten zijn kwaliteit en innovatie van zorg, preventie en sociaal verslavingsbeleid. In 1999 zijn drie ontwikkelcentra ingesteld. Daarin werken instellingen en wetenschappelijke onderzoeksinstituten samen. Dit jaar komen de eerste producten beschikbaar, waaronder het behandelprotocol voor kortdurende interventies.

Het onderzoek naar heroïne op medisch voorschrift is van start gegaan. Ongeveer 650 personen zullen eraan deelnemen. De onderzoeksresultaten zullen 2002 bekend zijn. In Amsterdam en Rotterdam hebben nu twee groepen deelnemers de onderzoeksfase doorlopen. In Groningen, Utrecht, Den Haag en Heerlen zijn inmiddels behandel eenheden geopend. Eind 1999 is in Den Haag en Brabant het onderzoek naar afkicken onder narcose gestart. Daaraan zullen 320 personen deelnemen. Over de voortgang is de Tweede Kamer geïnformeerd (brief, 5 april 2000). De resultaten worden eind 2003 verwacht.

5.2.9 *Overlastbeleid verslaafden*

Het in de afgelopen jaren ontwikkelde beleid om de overlast van harddrugsverslaafden te verminderen heeft de verslavingszorg gestimuleerd om een gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen (verslavingszorg en justitiële zorg) te ontwikkelen. De ervaringen met het drugsoverlastbeleid kunnen gebruikt worden in de voorstellen om te komen tot een sluitende structuur van opvang van overlastgevenden in het kader van het integraal veiligheidsbeleid. Laagdrempelige opvangvoorzieningen blijken onder bepaalde condities bij te dragen aan het verminderen van de overlast in het publieke domein. Een belangrijke succesfactor is de samenwerking tussen politie en hulpverlening. Een effectief vervolgbeleid vergt wel realistische doelen; gedragsverandering van overlastgevende harddrugsverslaafden blijkt in veel gevallen te hoog gegrepen. Bovendien wordt overlast door meer groepen dan alleen harddrugsverslaafden veroorzaakt.

5.2.10 *Kwaliteit en doelmatigheid in de GGZ*

Kwaliteitsbeleid

Tijdens de kwaliteitsconferenties over de GGZ (eind 1999) is geconcludeerd dat de GGZ als geheel op koers ligt, maar dat er tussen instellingen onderling nog verschillen in tempo bestaan in het vormgeven van het kwaliteitsbeleid. De komende jaren leggen wij het accent op transparantie

en doelmatigheid van de zorg en op concrete toetsing aan de hand van van tevoren vastgelegde uitkomstindicatoren. Dit is tijdens de Leidschen-damconferentie van mei 2000 in afspraken vastgelegd. GGZ Nederland werkt dit vernieuwde kwaliteitsbeleid uit in een plan van aanpak met daarin aandacht voor benchmarking, interinstitutionele toetsing en certificering (verwachte einddatum: 2003).

Doelmatigheid zorg

Multidisciplinaire en kosteneffectieve behandelrichtlijnen worden planmatig ontwikkeld en ingevoerd. Dat doen samenwerkende beroepsverenigingen van psychiaters, psychologen, psychotherapeuten, huisartsen en verpleegkundigen. Ook cliënten participeren daarin. Het Trimbos-instituut en het Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg (CBO) bieden ondersteuning. Volgens de planning worden dit jaar multidisciplinaire richtlijnen voor depressie en angststoornissen ontwikkeld. Die zijn begin 2002 gereed. Het ontwikkelen van richtlijnen bij alcoholproblematiek en ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) start in 2001. Die richtlijnen zijn in 2003 gereed. Daarnaast wordt gewerkt aan een programmatische opzet van de GGZ-zorg. GGZ Nederland ontwikkelt, toetst en implementeert daartoe sinds eind 1999 in samenwerking met het Trimbos-instituut wetenschappelijk getoetste zorgprogramma's (evidence based). Verder wordt het onderzoeksprogramma Doelmatigheid ambulante psychotherapie uitgevoerd en is in 1999 een grootschalig vergelijkend onderzoek gestart naar de (kosten-)effectiviteit van drie vormen van (kortdurende) psychotherapie bij depressie en angststoornissen.

Interculturalisatie GGZ-zorg

In september 1999 is er tussen VGZ/IZA, de uitvoerder van de Ziektekosten Regeling Asielzoekers (ZRA), en GGZ-Nederland een convenant 'GGZ-aanbod asielzoekers' gesloten. Een belangrijke doelstelling van het convenant is het realiseren van een landelijk dekkend GGZ-netwerk voor asielzoekers door onder meer deskundigheidsbevordering en het actief opzetten van een gestructureerde regionale samenwerking tussen GGZ-instellingen voor hulp aan asielzoekers. Het ministerie van Justitie financiert de ZRA.

Kennis en onderzoek

Zoals vermeld in de voorgaande Zorgnota, stellen wij vanaf 2001 gedurende een periode van tien jaar een bedrag van f 4 mln beschikbaar voor praktijkgericht onderzoek en systematische overdracht en implementatie van behaalde resultaten. ZON en NWO-MW werken daartoe een programma uit dat verbreed kan worden als andere instellingen (zoals NWO-algemeen, universiteiten en zorginstellingen) willen participeren. Wij beogen hiermee de door het RGO geconstateerde achterstanden te verminderen. Dit jaar hebben wij de Robert Fleurystichting aangewezen als landelijk kenniscentrum voor eetstoornissen. Deze instelling werkt samen met behandelcentra en het Trimbosinstituut. Op basis van het plan van aanpak, dat is opgesteld door het Trimbosinstituut, voor het aanwijzen van kenniscentra zullen wij in 2001 enkele kenniscentra aanwijzen.

5.2.11 Meerjarenafspraken zelfstandig gevestigde psychiaters

Begin 2000 hebben wij voor een periode van drie jaar meerjarenafspraken gemaakt met ZN en de Orde van Medisch Specialisten. Daarin staan afspraken over kwaliteit en doelmatigheid, verspreiding en de tarief- en declaratiestructuur centraal. Het verbeteren van kwaliteit en doelmatigheid krijgt vorm via projecten op het terrein van intercollegiale toetsing en visitatie, consultatie aan de eerste lijn, farmaciebeleid, indicatietoetsing en ICT. Voor deze projecten is in 2000 f 3 mln beschikbaar. Als eerste stap is

in het kader van de verspreiding in 2000 een bedrag van f 1,4 mln specifiek toebedeeld aan regio's met een relatief lage psychiaterdichtheid. De verschillen tussen diverse regio's zijn hierdoor verkleind. Een verdere herverdeling vindt plaats in 2001.

5.2.12 *Benchmarking in de GGZ*

In de voortgangsrapportage Benchmarking AWBZ is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang in de verschillende AWBZ-sectoren. In de GGZ neemt de branchorganisatie GGZ Nederland het voortouw bij het ontwikkelen van het benchmarkmodel. In drie verschillende deelprojecten (zogenoemde 'werkplaatsen') worden verschillende kengetallen getest bij tien grote (regionale) instellingen. Na een evaluatie midden 2002, wordt overgegaan tot een gefaseerde landelijke invoering en test van het benchmarkmodel. Enkele belangrijke randvoorwaarden voor een landelijke benchmarking in de GGZ worden nog deze kabinetsperiode verregaand vervuld. Deze substantiële voortgang legt een basis voor het gefaseerd landelijk invoeren van benchmarking in de navolgende periode en voor het testen van het in de werkplaatsen ontwikkelde benchmarkmodel.

5.3 **Beleidsvoornemens**

5.3.1 *Inleiding*

In deze paragraaf komen de beleidsvoornemens in de GGZ aan de orde. Allereerst worden de intensiveringen uit onderstaande tabel toegelicht.

Tabel 5.5 Intensiveringen 2000 - 2003 (in f x mln)

	2000	2001	2002	2003
Forensische psychiatrie		24,0	40,0	57,0
Versnellingen Beleidsvisie GGZ		35,0		
Transmurale GGZ-zorg ouderen	8,3	8,3	8,3	8,3
Wachttijden/aanvullende productie	35,0	50,0	50,0	50,0
Psychosociale nazorg Enschede	7,5	12,5		

5.3.2 *Intensivering forensische psychiatrie*

Forensisch-psychiatrische zorg is bedoeld voor personen met een psychiatrische stoornis die een delict hebben gepleegd. Adequate zorg kan zowel bijgedragen aan het voorkomen van recidive als aan criminaliteitspreventie. Deze zorg wordt gedeeltelijk geleverd door justitiële en gedeeltelijk door GGZ-instellingen. Voor het uitbreiden van GGZ-capaciteit voor forensische psychiatrie stellen wij in 2001 f 24 mln, in 2002 f 40 mln en vanaf 2003 structureel f 57 mln beschikbaar. Deze bedragen zijn gebaseerd op CTG-kengetallen 1999. De minister van Justitie stelt daarnaast f 25 mln beschikbaar voor het uitbreiden van forensisch-psychiatrische zorg binnen justitiële inrichtingen.

Met het inzetten van de extra middelen beogen wij:

- het uitbreiden en verbeteren van de psychiatrische hulpverlening aan psychisch gestoorde gedetineerden gedurende detentie. Hiertoe wordt

- de capaciteit uitgebreid om ambulante behandeling in gevangenissen mogelijk te maken vanuit GGZ-instellingen;
- het verminderen van de plaatsingsproblematiek van PZ-passanten en het bevorderen van de doorstroom van ernstig psychisch gestoorde gedetineerden en TBS-gestelden naar GGZ-instellingen. Hiertoe wordt de semi- en intramurale capaciteit (open en gesloten Forensisch Psychiatrische Kliniekplaatsen (FPK), Forensisch Psychiatrische Afdeling-plaatsen (FPA) en RIBW-plaatsen) uitgebreid;
- het verbeteren van nazorg (na afloop van detentie) aan psychisch gestoorde (ex-)gedetineerden en andere forensisch-psychiatrische patiënten. De capaciteit om (ex-)gedetineerden na afloop van hun detentie te behandelen wordt uitgebreid. Dat gebeurt bij ambulante GGZ-instellingen, forensische poliklinieken en door het uitbreiden van deeltijdbehandeling;
- het verbeteren van de psychiatrische zorg voor jeugdigen (tussen twaalf en achttien jaar) om daarmee te voorkomen dat zij op latere leeftijd langdurige, intramurale forensische behandeling nodig hebben.

Over het uitbreiden van de capaciteit voor de forensische zorg wordt de Tweede Kamer najaar 2000 nader geïnformeerd. De onderstaande tabel geeft een indicatie van de uitbreidingen waarnaar wij in 2003 streven. Deze zijn gebaseerd op CTG-kengetallen 1999.

Tabel 5.6 Indicatie uitbreidingen forensische psychiatrie (2003)

Behandeling	2003
Gesloten plekken in FPK	24
Open / long stay plekken in FPK	44
Plekken in FPA	80
Plaatsen in forensische RIBW	14
Poliklinische verrichtingen volwassenen	63.000
Forensische deeltijdbehandeling volwassenen	62
Poliklinische verrichtingen jeugd	8.500
Forensische deeltijdbehandeling jeugd	14

5.3.3 Versnellen realisatie Beleidsvisie GGZ

Om vervoegd doelstellingen uit de 'Beleidsvisie GGZ' te kunnen realiseren hebben wij f 35 mln toegevoegd aan het GGZ-kader 2001. Hiermee zal een jaar eerder dan voorzien, in het jaar 2001, onder meer de uitbreiding van de logeerfunctie, de consultatiefunctie, het experiment met de eerstelijnspsycholoog en het opzetten van kenniscentra worden gerealiseerd.

5.3.4 Psycho-gerontogische problematiek: GGZ-zorg aan ouderen

Voor ouderen op het grensvlak van ouderenzorg en GGZ is vanaf 2000 in totaal f 20 mln toebedeeld aan de regio's. Deze middelen zijn geoormerkt en kunnen alleen worden ingezet voor initiatieven waarbij beide sectoren samenwerken. Op basis van voorstellen van de zorgkantoren en zorginstellingen wordt f 8,3 mln toegevoegd aan het GGZ-kader. De resterende f 11,7 mln maakt onderdeel uit van de middelen voor verpleging, verzorging en ouderen.

5.3.5 Nazorg psychische gevolgen ramp Enschede

Voor de psychische nazorg voor getroffen en van de vuurwerk ramp in Enschede stellen wij vooralsnog f 7,5 mln in 2000 en f 12,5 mln in 2001 beschikbaar. Deze middelen worden ingezet om bovenreguliere capaciteit vanwege de vuurwerk ramp te realiseren. De gemeente Enschede coördineert deze hulp. De extra middelen zijn onder meer bestemd voor de regionale GGZ-instellingen, de huisartsenzorg, het AMW en de GGD. Deze middelen worden verantwoord op de VWS-begroting (artikel 25.02.04).

5.3.6 Wachttijden/aanvullende productie

In 2000 hebben wij f 35 mln extra beschikbaar gesteld voor de aanpak van wachtlijsten (naast de in 5.2.1 genoemde f 30 mln). Een deel wordt ingezet voor het invoeren van uniforme wachtlijstregistratie op basis van een overeengekomen minimumgegevensset. In het Treekoverleg zijn aanvaardbare wachttijdnormen overeengekomen voor de cure en de care. In mei is de Tweede Kamer geïnformeerd over de versnelde aanpak van wachtlijsten in de GGZ. De uitvoering hiervan wordt uitgewerkt door GGZ Nederland en ZN in een plan van aanpak onder regie van de Taskforce Wachttijsten. Vanaf 2001 is hiervoor f 50 mln beschikbaar.

5.3.7 Versterking eerstelijns-GGZ: vooruitblik

Eind 2000 wordt de consultatieregeling geëvalueerd. Ook zijn dan waarschijnlijk de resultaten beschikbaar van een onderzoek naar de toegankelijkheid van eerstelijnspsychologen voor verschillende bevolkingsgroepen, een onderzoek naar de knelpunten die huisartsen ervaren bij verwijzing en een onderzoek naar de mogelijke kosten van opname in het ziekenfondspakket. De positie van de eerstelijnspsycholoog en de gevolgen van de eventuele opname van eerstelijnspsycholoog in het basispakket zullen nader bezien worden.

5.3.8 Indicatiestelling in de GGZ

Evenals in de andere AWBZ-sectoren wordt in de GGZ gewerkt aan het invoeren van een cliëntgerichte, integrale, onafhankelijke en objectieve indicatiestelling. Het GGZ-veld heeft de afgelopen jaren procedures en protocollen ontwikkeld om de indicatiestelling inhoudelijk vorm te geven. Bij de procedures wordt het volgende onderscheid gemaakt: snelle en eenvoudige indicatiestelling als het kan (bij enkelvoudige/kortdurende problemen) en een zwaardere procedure als het moet (bij complexe/langdurige problemen). De bestuurlijke vormgeving van indicatiestelling wordt langs dezelfde lijnen uitgewerkt. In 1999 is besloten dat het voor wat betreft de indicatiestelling bij kortdurende/enkelvoudige GGZ-problematiek niet zinvol is om aan te haken bij de al bestaande indicatieorganen voor de beide andere AWBZ-sectoren. Voor de langdurige en meervoudige GGZ-problematiek wordt aanhaken wel zinvol geacht. In de brief aan de Tweede Kamer over indicatiestelling van 31 mei 2000 is het invoeringstraject in de GGZ nader uitgewerkt.

De toegang tot de Jeugd-GGZ

Vooruitlopend op de nieuwe Wet op de Jeugdzorg is in de Jeugd-GGZ in de afgelopen periode hard gewerkt aan het tot stand brengen van een meer integrale zorg voor jeugdigen. In veel regio's werkt de Jeugd-GGZ al samen met de andere sectoren van de jeugdzorg. Deze samenwerking zal verder worden geïntensiveerd. Dit is in overeenstemming met de uitgangspunten van het beleidskader Wet op de Jeugdzorg waarin onder meer de rol van de Jeugd-GGZ in het Bureau Jeugdzorg is geschetst. In

de toekomst zal het Bureau functioneren als de centrale toegang voor de gehele jeugd-GGZ. Alleen bij ernstige psychiatrische problematiek kan rechtstreeks door een arts naar de Jeugd-GGZ worden verwezen. Dit is vastgelegd in een protocol. Inmiddels is dit beleidskader besproken in de Tweede Kamer.

5.3.9 Wet BOPZ: voorgenomen wetswijzigingen

Onderzoek Wet BOPZ

In vervolg op het kabinetsstandpunt op de eerste evaluatie van de Wet BOPZ en vooruitlopend op de wetswijziging, wordt er onderzoek verricht naar de ethische en juridische aspecten van zelfbindingsverklaringen en de mogelijkheden van het uitbreiden van de regeling voor dwangbehandeling voor personen zonder ziekte-inzicht. Gelet op de onderzoeksperiode geldt voor beide onderwerpen dat daarover op zijn vroegst in 2001 duidelijkheid zal zijn. Onderzoek naar verkommering en verloedering – een probleem dat de reikwijdte van de Wet BOPZ te buiten gaat – zal in 2002 worden afgerond. Het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging wordt in oktober 2000 naar de Tweede Kamer gestuurd.

De tweede evaluatie van de wet BOPZ

Momenteel is de tweede evaluatie van de wet BOPZ, die uiterlijk begin 2002 aan de Kamers wordt gezonden, in voorbereiding. Het periodiek evalueren van de wet is als verplichting in de wet BOPZ opgenomen. ZON voert de evaluatie uit.

Evaluatie van de richtlijn kinder- en jeugdpsychiatrie

Sinds 1999 wordt in intramurale instellingen voor kinder- en jeugdpsychiatrie gewerkt met de Richtlijn over de toepassing van de Wet BOPZ en van pedagogische maatregelen. Ook deze Richtlijn is een product van de eerste evaluatie. Dit najaar evalueert het Trimbos-instituut de effectiviteit van het werken met de richtlijn. In 2001 is de evaluatie afgerond en kan worden gezien op welke onderdelen de richtlijn mogelijk gewijzigd moet worden.

5.3.10 Preventie: vooruitblik

In 2001 zullen wij mede op basis van de bevindingen van de landelijke commissie geestelijke volksgezondheid (commissie-Kuypers) een speerpuntenbeleid preventie geestelijke volksgezondheid ontwikkelen.

5.3.11 Diversiteitsbeleid en cliëntgerichte hulpverlening

Kwaliteit van zorg houdt ook in dat de zorg cliëntgericht is en rekening houdt met de context van de cliënt (onder andere met verschillen naar sekse, culturele achtergrond, sociaal-economische positie, leeftijd). Nog dit jaar zullen wij ons standpunt kenbaar maken over het advies 'Interculturalisatie van de gezondheidszorg' van de RVZ van 6 juli 2000. Het ZON-programma 'M/V; de factor sekse in de gezondheidszorg' voert een groot deel van de aanbevelingen uit die de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening vorig jaar deed. Het gaat voor een groot deel om top-down projecten in de sfeer van regionaal zorgbeleid, kwaliteitsbeleid, patiënten- en consumentenbeleid en vrouwenzelfhulp. Daarnaast zullen projecten starten binnen de basisopleiding tot arts. Wetenschappelijk onderzoek naar seksespecifieke hulpverlening krijgt in het programma een stimulans.

Integratie in de zorg en in het zorgbeleid van seksespecifieke en culturele factoren en dan met name van de verbinding tussen beide, wordt het onderwerp van een externe commissie van experts op deze terreinen die we gaan instellen. Verder zijn wij van plan om (nieuwe) inzichten in

diversiteit te integreren in het te ontwikkelen beleid op het gebied van vraagsturing en patiëntenbeleid. De hoofdvraag daarbij is hoe rekening gehouden kan worden met factoren als sekse, etniciteit en sociaal-economische status.

5.3.12 Vermaatschappelijking

Taskforce extramuralisering

In september 2000 wordt de Taskforce extramuralisering ingesteld. Deze zet zich in voor de integratie van ex-psychiatrische patiënten op lokaal niveau en geeft invulling aan de motie-Van der Hoek (TK, 1999/2000, 25 424, nr. 19). Het uitgangspunt daarbij is dat sociaal kwetsbare mensen met vaak (chronische) psychiatrische problematiek zo veel mogelijk kunnen (blijven) deelnemen aan het maatschappelijk leven. Het vervangen van bedden in psychiatrische inrichtingen door kleinschaliger vormen van opvang en behandeling in de maatschappij is al sinds het eind van de jaren zeventig een belangrijk uitgangspunt. De aandacht voor overlast en zorgmijders is daar bijgekomen. Dit hele proces van zorgvernieuwing, opnamepreventie, overlastbestrijding, het bevorderen van zelfstandig wonen en het versterken van de positie van de cliënt wordt aangeduid als vermaatschappelijking van de zorg. De vraag aan de Taskforce is om aan te geven hoe dit proces nu verloopt en om een beleidskader voor mensen in de thuissituatie te schetsen. Eind 2001 verwachten wij hierover een rapportage.

Begin 2001 bepalen wij ons standpunt rond het onderzoek 'mensen zonder zorg' van de Inspectie voor politie en de IGZ. Het betreft een onderzoek in twee delen over de rol van de politie bij de opvang van mensen in acute noodsituaties. Het eerste deel (beleidsmatige beschouwing van de problematiek) van deze rapportage is in juni 2000 ter informatie aan de Kamer gestuurd. Het tweede deel (onderzoek naar dagelijkse politiepraktijk) zal rond de jaarwisseling van 2000 verschijnen.

5.3.13 Strafrechtelijke Opvang Verslaafden en overlastbeleid

Het wetsvoorstel Strafrechtelijke Opvang Verslaafden (SOV-dwang), dat de Tweede Kamer inmiddels heeft behandeld, regelt gedwongen opname van verslaafden in een gesloten voorziening. Gedwongen opname gebeurt op basis van een door de rechter op te leggen maatregel. Er is geen sprake van een dwangbehandeling. Verslaafden die deze maatregel opgelegd krijgen, hebben de keuze te participeren in een zorgprogramma dat gericht is op hun terugkeer in de maatschappij en het verlagen van de recidivekans. De nadruk van het zorgprogramma ligt op gedragstherapeutische interventies. De Kamer heeft een motie aangenomen die het voortbestaan van de SOV-dwang voor de komende drie jaar veiligstelt. VWS draagt in de periode 2001 tot en met 2003 jaarlijks maximaal f 1,5 mln bij onder voorwaarde dat deze interventies en andere interventies die gericht zijn op de problematiek van criminele verslaafden worden geëvalueerd. VWS zal met Justitie een gezamenlijk evaluatieprogramma opstellen, met daarin ook de evaluatie van de Forensische Verslavingskliniek.

Het in de afgelopen jaren ontwikkelde beleid om de overlast van hard-drugsverslaafden te verminderen heeft de verslavingszorg gestimuleerd om een gedifferentieerd aanbod van zorgvoorzieningen (verslavingszorg en justitiële zorg) te ontwikkelen. De ervaringen van het drugoverlastbeleid zijn gebruikt in het kader van het integraal veiligheidsbeleid. Over de stand van zaken van de uitvoering van het Integraal Veiligheidsprogramma informeert de minister van BZK de Kamer in de Voortgangsrapportage over het Integraal Veiligheidsprogramma.

Dit en volgend jaar verschijnen de evaluatierapporten van de elf Intramurale Motivatie Centra (IMC). Op basis van de totaalevaluatie (september 2001) beslissen wij over het voorzetten van de IMC's.

5.3.14 Wijziging welzijnswet

Samenvoeging uitkeringen maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid

In verband met de samenhang tussen voorzieningen op het terrein van maatschappelijke opvang en het verslavingsbeleid is een voorstel voorbereid om de Welzijnswet art. 10a. te wijzigen om zodoende de specifieke uitkeringen op deze terreinen samen te voegen. Dit najaar is het wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gestuurd. Verder wordt een voorstel voorbereid om de Welzijnswet zodanig te wijzigen dat de minister op landelijk niveau het gemeentelijk beleid op deze terreinen kan monitoren. Op deze wijze kan de minister invulling geven aan de verantwoordelijkheid van het Rijk voor het beleid inzake de landelijke functie. Het streven is om deze wetswijziging in oktober aan de Raad van State voor te leggen. Eind 2000 zal de eerste rapportage van de Monitor maatschappelijke opvang vrouwenopvang over 1999 verschijnen.

5.3.15 Kwaliteit en doelmatigheid in GGZ: vooruitblik

Geneesmiddelengebruik en farmaceutische zorg in de GGZ

In het najaar van 2000 starten voor een periode van twee jaar enkele proeftuinen. In die proeftuinen worden vernieuwingen getest die gericht zijn op het verhogen van de kwaliteit en doelmatigheid van de farmaceutische zorg in de GGZ. Onderdelen hiervan zijn het invoeren van een transmuraal farmacotherapeutisch overleg en regionale formularia, het bevorderen van de therapietrouw en ten slotte benchmarking. De beroepsgroepen ondersteunen deze vernieuwingen door het uitgeven van onderbouwde farmacotherapie-richtlijnen. Daarnaast streven wij naar het invoeren van een samenhangend pakket maatregelen om de intra- en extramuraal poliklinische voorgeschreven middelen in de GGZ en daarvoor noodzakelijke voorwaarden (registratie, monitoring en toepassing van administratie- en voorschriftendeclaratie) te beheersen. GGZ Nederland stelt daarvoor een plan van aanpak op.

Geneesmiddelen: psychofarmaca

In 1999 bedroegen de kosten voor extramurale psychofarmaca f 692 mln. Dit is ongeveer 10% van de totale geneesmiddelenuitgaven. Het merendeel, ongeveer 70% (f 486 mln) wordt door de huisarts voorgeschreven. De ambulante GGZ (polikliniek, RIAGG, zelfstandig gevestigde psychiaters) schrijft ongeveer 30% voor (f 206 mln). Binnen de psychofarmaca zijn de antidepressiva de grootste (f 319 mln in 1999) en snelst groeiende uitgavenpost (een stijging van 184% t.o.v. 1995). Vooral huisartsen schrijven meer en duurdere antidepressiva voor. Geneesmiddelen zijn niet alleen een kostenpost; ze vergroten ook de kansen tot maatschappelijk participatie van patiënten (vermaatschappelijking).

* de cijfers over 1999 zijn voorlopige cijfers.

Herordening beroepenstructuur in GGZ

Een inzichtelijke en doelmatige beroepenstructuur is een belangrijke voorwaarde voor het scheppen van juiste verhoudingen tussen hulpvraag en hulpaanbod en een efficiënte inzet van de beschikbare hulpverleningscapaciteit. Eind 2000 zullen wij over het advies van het Coördinerend Orgaan Nascholing en Opleiding (CONO) een standpunt presenteren. Ons voornemen is om de indeling van het beroepenveld te vereenvoudigen tot vijf clusters: verpleegkundigen, medici, psychologen, agogen en vakthera-

peuten. Dit leidt tot aanpassing van de Wet BIG. Tevens zullen wij de gevolgen voor de opleidingsstructuur in beeld brengen.

HOOFDSTUK 6 GEHANDICAPTENZORG

In dit hoofdstuk staat het beleid voor de gehandicaptenzorg centraal. In paragraaf 6.1 worden de belangrijkste doelen in de zorg voor gehandicapten besproken. In paragraaf 6.2 draait het om de vraag of de afspraken voor 1999 en 2000 zijn gehaald. In paragraaf 6.3 ten slotte zijn de beleidsvoornemens voor de komende periode verwoord. Enige overlap tussen 6.2 en 6.3 is daarbij onvermijdelijk.

6.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

Het hoofddoel van het gehandicaptenbeleid is het bieden van een doelmatige en kwalitatief hoogwaardige ondersteuning en begeleiding aan gehandicapten, gericht op het volwaardig participeren van gehandicapten in de samenleving.

Vermaatschappelijking

'Volwaardig burgerschap' is daarbij de leidraad voor de komende jaren. Met dit begrip wordt tot uitdrukking gebracht dat wij streven naar een situatie voor mensen met functiebeperkingen waarin sprake is van formeel en materieel gelijke rechten. Principes van non-discriminatie en gelijke kansen moeten daarbij wettelijk zijn vastgelegd. Voor de zomer van 2001 zal een wetsvoorstel daarover de Kamer bereiken.

Zorg, in welke vorm dan ook, kan – naast toegankelijkheid, mobiliteit en informatie en naast ontwikkelingen in de technologie – gezien worden als een voorwaardelijke, ondersteunende functie voor de belangrijkste gebieden van het maatschappelijk leven: wonen, educatie/onderwijs, vrije tijd en arbeid. De keuzevrijheid van de zorgvrager staat daarbij centraal. Verschillende vormen van zorg-, hulp- en dienstverlening moeten zo dicht mogelijk bij de betrokken mensen worden georganiseerd.

De combinatie van hulp in de thuissituatie (kleinschalige ondersteuning) en het bevorderen van maatschappelijke participatie wordt ook wel getypeerd met de term 'community care'. Community care is het bieden van zorg en ondersteuning aan mensen met (ernstige) beperkingen, voor het leven in de lokale samenleving.

Behalve hulp in de thuissituatie kan ook zorg in een institutionele of beschermende setting geboden worden aan mensen die zodanig ernstig gehandicapt zijn dat zelfstandig wonen niet (meer) tot de mogelijkheden behoort of die niet zelfstandig willen wonen.

In het voorjaar van 2000 is een ingrijpende omslag gemaakt in de aanpak van de wachtlijsten, op basis van een vraaggestuurde benadering. Het wegwerken van de wachtlijsten is daarmee een speerpunt van het beleid geworden. In paragraaf 6.2 en 6.3 wordt daarop ingegaan.

Tabel 6.1 Kerncijfers gehandicaptenzorg

	budgetten		capaciteiten		aantal instellingen	
	x 1mln		1998	1999	1998	1999
	1998	1999				
verstandelijk gehandicapten	3.659,5	3.962,1	35.310	35.412	148	152
instellingen zintuiglijk gehandicapten	154,6	161,4	1.434	1.444	12	12
grote woonvormen	99,3	100,9	725	725	4	4
dagverblijven (1)	769,7	797,7	17.723	17.857	373	373
GVT'en (1)	1.108,1	1.164,4	19.752	20.051	687	687
SPD's	117,6	145,2	50.580	53.516	32	32
totaal	5.908,8	6.331,7	125.524	129.005	1.256	1.260

	budgetten		gegevens	
	1998	1999	1998	1999
CVZ subsidies (2)	150,8	132,4	nvt	nvt
PGB (3)	67,7	90,9	3.101	3.641
Zorgvernieuwingsfonds (ZVF) (4)	144,5	3,1	nvt	nvt
zorg op maat semimuraal (5)	-	56,1	nvt	nvt
begroting	-	29,5	nvt	nvt
totaal	363,0	312,0		
eind totaal	6.271,8	6.643,6		

BRON: CTG

(1) Zowel de Dagverblijven (37,9 mln) als de GVT'en (77,4 mln) hebben middelen gereserveerd voor Zorg Op Maat Semimuraal. Deze middelen zijn in de bijlage 14-tabellen van de Zorgnota 2001 op een aparte tabel ZOM Semimuraal geboekt (tabel 6.14). Overigens omvat het bedrag GVT eveneens de kinder GVT'en.

(2) Daling van het budget hangt samen met een technische herschikking binnen de gehandicaptenzorg.

(3) Bedragen op kasbasis.

(4) Met ingang van 1999 opgenomen in budgetten instellingen behalve voor lichamenlijk gehandicapten.

(5) Betreft Zorgvernieuwingsfonds. Met ingang van deze Zorgnota zijn gegevens vanaf 1999 separaat opgenomen.

(4) Met ingang van 1999 opgenomen in budgetten instellingen behalve voor lichamenlijk gehandicapten.

(5) Betreft Zorgvernieuwingsfonds. Met ingang van deze Zorgnota zijn gegevens vanaf 1999 separaat opgenomen.

Tabel 6.2 Uitgaven Gehandicaptenzorg (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
6.01 Instellingen voor verstandelijk gehandicapten	3.293,4	3.445,8	3.659,5	3.962,1	4.196,9	4.402,7	4.433,7	4.550,9	4.606,5	4.640,9
6.02 Instellingen voor zintuiglijk gehandicapten	141,1	149,3	154,6	161,4	167,1	170,7	171,6	175,9	176,8	177,0
6.03 Grote woonvormen	94,8	95,7	99,3	100,9	107,2	112,0	112,3	113,4	113,7	113,7
6.04 Kortverblijftehuizen	18,4	18,7	20,0							
6.05 Dagverblijven gehandicapten (DV)	710,9	733,0	769,7	759,8	802,9	809,7	819,2	828,5	837,8	837,8
6.06 Gezinsvervangende tehuizen (GVT)	919,9	949,3	1.019,3	1.087,0	1.097,9	1.103,9	1.113,3	1.122,5	1.131,7	1.131,7
6.07 Gezinsvervangende tehuizen voor kinderen	75,1	76,6	88,8							
6.08 Overige subsidies art. 39 WFV gehandicapten	94,3	119,0	150,8	132,4	123,1	119,2	119,2	119,2	119,2	119,2
6.09 Sociaal pedagogische diensten (SPD)	84,4	106,7	117,6	145,2	159,6	161,9	161,9	161,9	161,9	161,9
6.10 Persoonsgebonden budgetten lichamelijke gehandicapte					2,8	5,1	5,1	5,1	5,1	5,1
6.11 Persoonsgebonden budgetten verstandelijk gehandicap	42,5	65,4	67,7	90,9	158,6	185,9	134,9	134,9	134,9	134,9
6.12 Zorgvernieuwingsfonds gehandicapten	134,0	144,3	144,5	3,1	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2	3,2
6.13 Gehandicapten begroting				29,5	41,0	40,3	40,3	40,3	40,3	40,3
6.14 Zorg op maat semimuraal gereserveerde groeiruumte				171,4	178,3	178,3	178,3	178,3	178,3	178,3
					2,2	41,9	104,4	105,6	105,6	105,6
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	5.608,8 2.545,2	5.903,8 2.679,0	6.291,8 2.855,1	6.643,7 3.014,8	7.040,8 3.195,0	7.334,8 3.328,4	7.397,4 3.356,8	7.539,7 3.421,4	7.615,0 3.455,5	7.649,6 3.471,2

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de gehandicaptenzorg. In deze kaders zijn tevens de maatregelen en intensiveringsruimte verwerkt, voor zover de verdeling daarvan in de meerjarenafspraken is overeengekomen. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeiruumte is onderaan de tabel apart weergegeven.

Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet

worden toegevoegd. Voor de jaren na 2002 is bovendien nog geen groeirimte toegewezen.

6.2 Evaluatie

Ervaringen met het instrument meerjarenafspraken (MJA)

Eind 1998 werd in de gehandicaptenzorg het najaarsakkoord meerjarenafspraken ondertekend. Daarmee werd niet alleen de agenda bepaald voor de onderwerpen die deel zouden mogen uitmaken van de meerjarenafspraken, maar werd ook de intensiveringstranche 1999 beschikbaar gesteld. De uitvoering in 1999 is goed verlopen. Behoudens een enkele uitzondering zijn de concrete afspraken uitgevoerd. De informatievoorziening over de resultaten (zowel in middelen als in prestaties) is dankzij de meerjarenafspraken gehandicaptenzorg aanzienlijk verdiept. De resultaten hiervan zijn opgenomen in de voorjaarsrapportage meerjarenafspraken die min of meer parallel met de Voorjaarsbrief aan de Tweede Kamer is gezonden.

Wellicht van even groot belang is dat de partijen in de gehandicaptenzorg meer dan voorheen met elkaar in dialoog zijn gegaan over de te bereiken resultaten met de middelen in de gehandicaptenzorg. De positie en invloed van de partijen is evenwichtiger dan voorheen terwijl de diepgang en samenhang van de beleidsontwikkeling is toegenomen.

Over de verdeling van de tranche 2001 en 2002 is overeenstemming bereikt over het volgende:

- over de analyse van de problematiek zijn partijen het eens;
- het gaat om meerjarenafspraken, dat zijn afspraken voor zowel 2001 als 2002;
- bij ieder onderwerp zijn concrete resultaten aangegeven in de vorm van prestatieafspraken.

6.2.1 Dagbesteding ernstig gehandicapten

In 1999 is voor de dagbesteding van ernstig verstandelijk gehandicapten in instellingen in totaal f 24 mln via de meerjarenafspraken toegevoegd aan de budgetten voor de intramurale instellingen. Om te bevorderen dat dat bedrag ook daadwerkelijk zou resulteren in een uitbreiding van het aantal uren dagbesteding hebben VGN en ZN gezamenlijk een protocol gemaakt. Daarin zijn de uitgangspunten vastgelegd op grond waarvan het zorgkantoor gelden toekent aan instellingen. De kern is dat gelden alleen voor een instelling beschikbaar komen als een plan door een aantal instellingen gezamenlijk bij het zorgkantoor in de regio ingediend is en als het plan door het zorgkantoor is goedgekeurd.

Nadat in 1998 al een eerste meting van de omvang van het aantal dagbestedingsuren in 1998 plaatsgevonden heeft, is begin 2000 de meting herhaald. Daaruit blijkt dat de meeste instellingen voor verstandelijk gehandicapten actief zijn in het uitbreiden van dagbestedingsmogelijkheden voor hun cliënten. De extra middelen die hiervoor beschikbaar gesteld zijn in 1999 en 2000 komen vooral ten goede aan de ernstig en zeer ernstig verstandelijk gehandicapten.

Voor het jaar 2000 is voor dagbesteding van ernstig verstandelijk gehandicapten f 46,3 mln extra beschikbaar gesteld. Daarvan was f 16,3 mln vrijgemaakt in het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken en f 30 mln extra beschikbaar gesteld bij de algemene politieke beschouwingen bij de begrotingsbehandeling 2000. Deze intensivering is aan instellingen toegewezen op basis van een protocol zoals dat ook voor 1999 heeft gegolden. In de beleidsregel van het CTG is de verplichting opgenomen om een voorgeschreven sjabloon te gebruiken voor het beschrijven van

de productie. Het doel hiervan is om de aggregatie naar landelijk niveau te vergemakkelijken, waardoor beter kan worden gevolgd in welke mate extra dagbestedingsmiddelen bijdragen aan het oplossen van de achterstanden in dagbesteding van mensen met een handicap in intramurale instellingen.

Het Trimbos-instituut heeft een onderzoek gedaan naar de inhoud van de projectvoorstellen 1999 en 2000 en naar de omvang van de extra te realiseren dagbesteding volgens die projectvoorstellen. Uit het onderzoeksrapport (juli 2000) blijkt dat enige instellingen al in het verleden volledige dagbesteding hebben bereikt en dat de meeste instellingen bezig zijn volledige dagbesteding te realiseren. De intensiveringen hebben daaraan bijgedragen. Uit een enquête waaraan 66% van de instellingen heeft meegedaan blijken de volgende cijfers.

Tabel 6.3 Projectvoorstellen dagbesteding

kerngegevens uit onderzoek Trimbos-instituut ¹	1999		2000	
	totaal	per instelling	totaal	per instelling
aangevraagd budget			f 33,6 mln	f 442.000,=
toegekend budget	f 17,3 mln	f 233.000,=		
besteed budget	f 15,2 mln	f 215.000,=		
gepland aantal fte's			488 fte	7,2 fte
gerealiseerd aantal fte's	241,9	3,6 fte		
geplande uitbreiding aantal uren			2,2 mln uur	32.000 uur
gerealiseerde uitbreiding aantal uren	9 mln uur	13.600 uur ²		

(1) gegevens over het aantal fte's en de uitbreiding van dagbestedingsuren zijn berekend mede aan de hand schattingen.

(2) 1-2 uur dagbesteding extra per bewoner per jaar in 1999.

Op 1 december 1999 is het standpunt op het advies van de Gezondheidsraad 'Dagbesteding voor mensen met een ernstige meervoudige handicap' naar de Kamer gestuurd. De kern van dit standpunt was dat ervaringskennis en wetenschappelijk onderzoek bij elkaar moeten worden gebracht teneinde de kennis over de effecten van dagbesteding op mensen met een ernstige meervoudige handicap te bevorderen. Zo is in overleg met de Rijksuniversiteit Groningen opdracht gegeven om, ter uitvoering van genoemd standpunt en in samenwerking met instellingen die over ervaringskennis beschikken, een onderzoeksprogramma uit te voeren dat de noodzakelijke kennis moet opleveren over de gewenste aard, omvang en locatie van het dagactiviteitenaanbod.

6.2.2 Dagbesteding gericht op arbeid

In het Voorjaarsakkoord meerjarenafspraken 1999 is vanaf het jaar 2000 een bedrag uitgetrokken van f 8 mln voor het stimuleren van doorstroming van mensen vanuit AWBZ-gefinancierde dagbesteding naar reguliere of gesubsidieerde arbeid. Hiervan is f 3,5 mln bedoeld voor in elk geval 32 extra arbeidsconsulenten van de Sociaal Pedagogische Diensten (SPD's) om voor cliënten en schoolverlaters van het onderwijs voor zeer moeilijk lerende kinderen de overgang naar arbeid te ondersteunen. Deze consulenten zullen ieder gemiddeld vijftien gehandicapten naar betaalde arbeid begeleiden. Alle consulenten zijn inmiddels in dienst. Het overige deel van de intensivering (f 4,5 mln) is toegevoegd aan de budgetten van de dagverblijven om toeleidingstrajecten naar arbeid en de

aansluiting met het arbeidsintegratie-instrumentarium van SZW te stimuleren.

In totaal moeten ongeveer (en gemiddeld) 480 mensen per jaar doorstromen als gevolg van deze intensivering van f 8 mln. Het monitoren hiervan zal via de meerjarenafspraken-procedures plaatsvinden, dat wil zeggen dat in de MJA-voorjaarsrapportage de realisatie aan de Tweede Kamer zal worden gemeld.

6.2.3 Kleinschaligheid – transformatie infrastructuur

Er bestaat overeenstemming tussen de partijen dat in verband met de hoge graad van institutionalisering in de gehandicaptenzorg de trend tot het uitbreiden dan wel het instandhouden van de bestaande infrastructuur niet langer wordt voortgezet.

Na de zomer 1999 is het uitwerken van de meerjarenafspraken Transformatie Infrastructuur begonnen. Het doel daarvan is het bevorderen van de omslag van grootschalige naar kleinschalige zorginfrastructuur. Hiertoe is een definitie van kleinschaligheid ontwikkeld, die gebruikt wordt voor diverse trajecten. Op korte termijn moet die worden toegepast voor een procedure kleinschalig wonen, die het realiseren van woningen die aan deze definitie voldoen sterk vereenvoudigt.

6.2.4 Arbeidsmarktbeleid

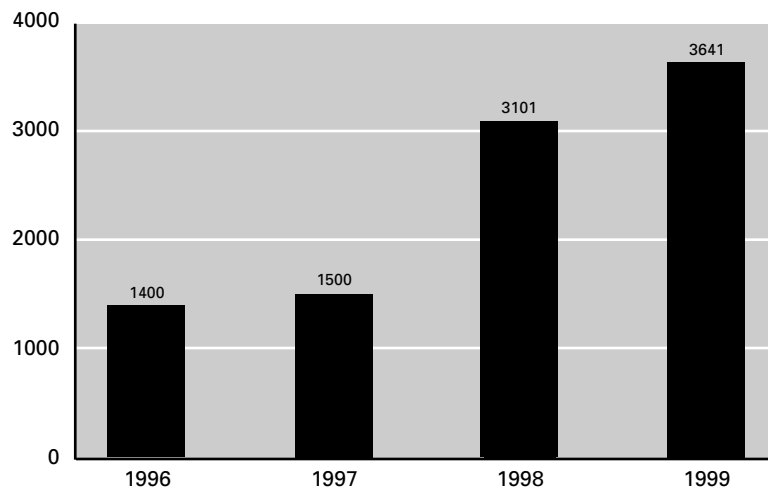
Personeelsvoorziening

In het kader van de personeelsvoorziening is het terugdringen van het ziekteverzuim van het personeel en het verlagen van de werkdruk belangrijk. Volgens voorlopige cijfers van het AWOZ-peilstation ziekteverzuim (AWOZ staat voor Arbeidsmarkt, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Zorgsectoren) is het verzuim in de sector gehandicaptenzorg gestegen van 6,6% in 1998 naar 7,2% in 1999. Een grotere deelname van de instellingen aan de peilstations ziekteverzuim is echter noodzakelijk.

6.2.5 Persoonsgebonden budget

Steeds meer mensen kiezen voor een persoonsgebonden budget om zorg in te kunnen kopen. Het aantal budgethouders is gestegen van 1500 in 1997 tot 3641 budgethouders ultimo 1999. In januari 2000 registreerden zorgkantoren dat er 5800 mensen op de wachtlijst voor een PGB verstandelijk gehandicapten staan, waarmee de wachtlijst ten opzichte van begin 1999 is toegenomen met ruim 800 personen. Via de aanpak van de wachtlijsten moet dit aantal substantieel afnemen. De ontwikkeling van het aantal budgethouders de afgelopen jaren is:

Figuur 6.1 Ontwikkeling aantal budgethouders



De Tweede Kamer heeft op 23 november 1998 een motie van de leden Van Blerck-Woerdman en Van Vliet aangenomen¹. Deze motie heeft als strekking dat minimaal 10% van de groeimiddelen besteed moeten worden aan intensivering van het PGB. Aan deze motie is in 1999 en 2000 ruim invulling gegeven.

De onderuitputting is sinds 1996 procentueel met meer dan de helft teruggedrongen. Zorgkantoren werd toegestaan voor 110% verplichtingen aan te gaan. Onder meer deze beleidsmaatregel heeft de uitputting van het PGB-budget bevorderd. Naast de maatregel om de jaarlijkse onderuitputting van het PGB tegen te gaan zijn er tevens nieuwe maatregelen aangekondigd (TK, 1999/2000, 25 657 en 26 801, nr. 14). Zo kunnen budgethouders vanaf 2001 een gedeelte van hun budget meenemen naar het jaar daarop en is het CVZ gevraagd viermaandelijks effectrapportages uit te brengen over de uitvoering van de PGB-regeling door zorgkantoren.

6.2.6 Voortgang bouw

In 1999 zijn via de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zeven projecten in exploitatie genomen. Hiermee waren 156 plaatsen gemoeid. Het totale bedrag dat met het in exploitatie nemen van deze 156 plaatsen is gemoeid, is f 16,3 mln. Via de Tijdelijke Verstrekkings Wet Maatschappelijke Dienstverlening (TVWMD) zijn 229 plaatsen in exploitatie genomen. Hiermee is een exploitatiebedrag van f 7,9 mln gemoeid.

6.2.7 Licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (LVG)

Het beleidskader voor de zorg voor LVG-jeugdigen is de gehandicaptenzorg. In 1999 is de noodzakelijke capaciteitsuitbreiding (257 plaatsen) verder ingevuld. Verder is in verschillende trajecten aandacht besteed aan de raakvlakken met andere sectoren en aan vernieuwing.

Specifieke aandacht ging uit naar het vormen van Multifunctionele Centra (MFC's) voor LVG-jeugdigen met psychiatrische problemen (zie voor de voorgeschiedenis daarvan de voortgangsrapportage 2000–2003, pagina 45). Het Platform is midden 1999 daadwerkelijk van start gegaan. Het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NZi), nu Prismant, is gestart met de behoefteeraming (af te ronden in september 2000). In 1999 zijn in verband

¹ TK, 1998/1999, 26 204, nr. 23.

met het verkrijgen van extra middelen in het kader van de Meerjarenafspraken Gehandicaptenzorg zorgaanbieders in Zuid-Holland uitgenodigd om plannen in te dienen onder voorwaarde dat deze snel kunnen worden gerealiseerd. Na een korte adviesprocedure zullen de initiatieven in 2000 van start gaan.

De vier pilot-projecten 'Families First' zijn in 1999 met succes voortgezet. De instroom kwam na aanloopproblemen goed op gang. Er is een informatiebijeenkomst gehouden om de interesse te wekken bij die instellingen die niet aan de vier pilots hadden deelgenomen. Daarbij werd duidelijk dat diverse instellingen een nieuw project willen starten. De vijf meldpunten voor moeilijk plaatsbare LVG-jeugdigen hebben ook in 1999 veel werk verzet. Per 1 december 1999 waren er 245 aanmeldingen. In de regio Zuid-Holland en Zeeland is de problematiek groot: daar werden 82 aanmeldingen geregistreerd. Er is een protocol 'toeleiding' naar de achtervang opgesteld. De landelijke coördinator heeft het initiatief genomen voor het inventariseren van het beschikbare aanbod en de relatiepatronen in de vijf regio's. De meldpuntcoördinatoren hebben namelijk geconstateerd dat zij wel inzicht hebben gekregen in de vraagpatronen maar niet genoeg in het aanbod in hun regio. Hiermee wil men bereiken dat er bij moeilijk te plaatsen jeugdigen meer gebruik gemaakt wordt van de aanwezige kennis in orthopedagogische centra en dat er meer aan netwerkvorming gedaan wordt.

6.3 Beleidsvoornemens

6.3.1 Plan van aanpak wachtlijsten 2000, 2001 en 2002

Een wachtlijst is het verschil tussen de geïndiceerde zorgvraag en het beschikbare zorgaanbod. Al tijdens de vorige kabinetsperiode ontstond het inzicht dat de vraag en het aanbod niet op elkaar waren afgestemd. In de jaren 1997 en 1998 is een begin gemaakt met het aanpakken van de wachtlijsten. Voor het doeltreffend en doelmatig kunnen aanpakken van de wachtlijsten is gedegen beleidsonderbouwende informatie nodig, in dit geval voldoende gegevens over de zorgvraag en het zorgaanbod. Vooruitlopend op het beschikbaar hebben van deze gegevens is destijds bescheiden geïnvesteerd in het uitbreiden van capaciteit. In de periode 1995–1998 zijn ongeveer 3000 intramurale en semimurale plaatsen in de gehandicaptenzorg gecreëerd. Daarnaast zijn 1400 gehandicapten zelfstandig gaan wonen. Na een toename van de wachtlijsten in 1995–1997 is door de intensiveringen een trendbreuk tot stand gebracht: de stijging van het aantal wachtenden verdween, het aantal wachtenden bleef gelijk maar wel op een hoog niveau.

Figuur 6.2 Aantal wachtenden voor de functie wonen, peildatum 31-12-1999



Figuur 6.3 Aantal wachtenden voor de functie dagbesteding, peildatum 31-12-1999



Behalve met het uitbreiden van capaciteit is in de periode 1997/1998 ook een begin gemaakt met het op orde brengen van de registraties in de gehandicaptenzorg. De registratie van de zorgvraag werd in het Zorgregistratiesysteem (ZRS) op landelijk niveau vormgegeven. Het ZRS registreert de actuele zorgvraag. Om zicht te krijgen op de ontwikkeling van de zorgvraag op de middellange termijn is het RIVM verzocht een model te ontwikkelen waarmee een projectie voor de toekomst zou kunnen worden gemaakt.

Eind 1999 verscheen het RIVM-rapport met daarin de projectie voor de toekomstige ontwikkelingen rond de zorgvraag. Deze projectie gaf aan dat de wachtlijst aanzienlijk zal oplopen. Deze groei van de wachtlijsten wordt veroorzaakt door onder meer de toegenomen levensverwachting van gehandicapten (vergrijzing) en de mede daardoor toenemende zorgzwaarte.

Behalve de kwantiteit van de zorgvraag blijkt ook de inhoud, de kwaliteit van de zorgvraag te veranderen. Mensen met een handicap willen minder afhankelijk zijn van zorgaanbieders/instellingen en andere dienstverleners. Gehandicapten willen de vrijheid hebben om zelf te beslissen over de inrichting van hun bestaan.

Aan de hand van deze nieuwe, voldoende gekwantificeerde en onderbouwde inzichten, heeft het kabinet besloten met ingang van 2000 ruimte te bieden om de ontwikkelingen van de oplopende wachtlijsten en de veranderende zorgvraag in samenhang aan te pakken. Met de meerjarenafsprakenpartijen is een set van gemeenschappelijke uitgangspunten opgesteld voor de aanpak van de wachtlijsten. Deze set van uitgangspunten is vertaald in het plan van aanpak Wachtlijsten dat op 12 mei 2000 aan de Tweede Kamer is gezonden.

Het plan van aanpak Wachtlijsten bevat twee kerndoelstellingen: het uitbreiden van het volume van zorgaanbod zodat zorgvragers kunnen krijgen waarop zij recht hebben en het stimuleren van de omslag in de sector naar een vernieuwing van de zorg die aansluit op de veranderde zorgvraag.

De uitbreiding van zorglevering wordt niet langer gestuurd door het aanbod maar juist vanuit de vraag. Het plan bevat daarvoor heldere procedures. Eerst vindt er hulpvraagverduidelijking plaats zodat de zorgvraag precies in beeld komt. Een zorgaanbieder vertaalt deze zorgvragen in een daarbij passend aanbod. De verzekeraar toetst dit aanbod. Per cliënt wordt dan een persoonsvolgend budget toegekend. Dit is vooralsnog niet een daadwerkelijk persoonsvolgend budget maar het deel van het instellingsbudget dat aan de cliënt is toegerekend. Er vindt niet langer uitbreiding plaats door meer gebouwen te exploiteren, maar juist door het toekennen van een budget aan een cliënt. Dit budget wordt door de instelling beheerd. Niettemin is dit een eerste en concrete stap in de richting van vraaggestuurde levering en bekostiging (zie paragraaf 6.3.6). Het is belangrijk om aan te geven dat dus niet alleen gestuurd wordt op het uitbreiden van capaciteit maar op het leveren van zorg die past bij de zorgvraag.

Boven de reeds in het Regeerakkoord afgesproken kaders heeft het kabinet additioneel middelen ter beschikking gesteld om de wachtlijsten aan te pakken. Op grond van een raming van de mogelijkheden in 2000 extra productie te leveren is f 50 mln extra beschikbaar gesteld. Voor 2001 is het budgettaire kader verhoogd met f 200 mln. Deze verhoging bestaat uit het vervroegen van de vrije ruimte 2002 (f 85 mln) en een uitbreiding van het budgettaire kader met f 115 mln structureel (aanvullend op de nog vrije intensiveringsmiddelen van het Regeerakkoord). Als het tempo waarin de uitbreiding van capaciteit plaatsvindt, daartoe aanleiding geeft

zal deze raming in 2001 worden herzien. De raming voor 2002 zal in de Zorgnota voor dat jaar worden opgenomen.

6.3.2 Kwaliteitsontwikkeling

6.3.2.1 Advies specifieke doelgroepen

Naar aanleiding van overleg met de meerjarenafspraken-partners is in opdracht van VWS een 'kwartiermaker' specifieke groepen aangesteld om te adviseren over het te voeren beleid voor cliënten met bijzondere dan wel gespecialiseerde zorgvragen. Dit betreft in het bijzonder de besteding van de f 9 mln uit het Voorjaarsakkoord 1999 voor het jaar 2000 en latere jaren voor bijzondere groepen. Van dit bedrag is overigens met ingang van 2000 f 3 mln beschikbaar gesteld voor MFC's (toeslag van f 58 000,- op (52) bestaande plaatsen). Het advies betreft dan ook de resterende f 6 mln.

Eind maart 2000 heeft de kwartiermaker advies uitgebracht. Het advies is met name gericht op het scheppen van voorwaarden voor een infrastructuur die dienstbaar is aan het verzamelen en verspreiden van deskundigheid. Via een uitbreiding van de taken van de consultantenteams zullen enkele expertisecentra worden vormgegeven.

In paragraaf 6.3.6. is het omvormen van de bekostigingssystematiek in de gehandicaptenzorg toegelicht. Het is de bedoeling om financiering naar zorgzwaarte te introduceren. Zodra hiervan sprake is, zullen de specifieke doelgroepen worden gefinancierd conform hun zorgzwaarte.

Midden 2000 is gestart met het uitvoeren van de zogenoemde pilots autistenzorg. Daarvoor is f 1,5 mln uitgetrokken. De bedoeling hiervan is inzichtelijk te maken welke accenten er binnen de zorg gelegd moeten worden om mensen met autisme adequaat zorg te kunnen verlenen. Dat wil zeggen dat telkens de individuele persoon met autisme als vertrekpunt wordt gekozen en het streven erop gericht is te komen tot een flexibilisering op basis waarvan individueel maatwerk geleverd wordt.

Uit de door Prismant uitgevoerde evaluatie van het functioneren van de hersenletselteams kwam naar voren dat de teams een belangrijke bijdrage leveren aan de zorg voor mensen met niet-aangeboren hersenletsel. Daarom wordt de subsidiëring van de teams voorlopig voortgezet.

6.3.2.2 Auditief gehandicapten

Aan het College voor zorgverzekeringen (CVZ) is verzocht advies uit te brengen over het herstructureren van de zorg voor auditief en/of communicatief gehandicapten. Dat is gevraagd in verband met de inhoud van de aanspraak en de als ontoereikend ervaren spreiding van de voorzieningen.

De advisering bestaat uit twee delen. In het eerste advies, dat is uitgebracht in juni 1999, zijn de zorgonderdelen omschreven die wenselijk zijn in een nieuwe verstrekking. Het tweede advies heeft betrekking op de vraag op welke wijze een geïntegreerd hulpaanbod bestuurlijk-organisatorisch vorm kan worden gegeven. Het uitgangspunt daarbij is dat de zorg voor auditief en/of communicatief gehandicapten zodanig wordt georganiseerd dat de diverse zorgonderdelen zo goed mogelijk gespreid, toegankelijk en bereikbaar zijn voor verzekerden.

Het CVZ heeft het tweede advies in de loop van juni 2000 aan het ministerie aangeboden. Op beide adviezen wordt een reactie opgesteld. Gepland is in de loop van 2001 in overleg met het CVZ en de zorgaanbieders zodanige maatregelen te nemen dat aan de uitgangspunten van

beide adviezen, namelijk het zorgaanbod en een evenwichtige spreiding van dit zorgaanbod, recht kan worden gedaan.

6.3.2.3 *Begeleidersvoorziening doofblinden*

Met de begeleidersvoorziening doofblinden wordt beoogd dat doofblinde mensen in staat zijn om meer dan nu het geval is zelfstandig te participeren in de samenleving met behulp van ambulante zorg. Het CVZ heeft in 2000 het Besluit College voor Zorgverzekeringen subsidiëring begeleiding doofblinden 2000 vastgesteld. Doofblinde mensen komen op grond van deze regeling in aanmerking voor maximaal 208 uur begeleiding per jaar. In het Najaarsakkoord Gehandicaptenzorg is met ingang van 1999 f 2,5 mln uitgetrokken voor deze begeleidersvoorziening voor doofblinden. Van dit bedrag is f 2,3 mln bestemd voor het uitvoeren van de begeleidersvoorziening en f 0,2 mln voor het evaluatieonderzoek.

6.3.2.4 *LVG-zorg*

In de periode 2000 en volgende jaren heeft het kabinet via het plan van aanpak Wachtlijsten ruimte gegeven voor het aanpakken van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg, waaronder de zorg voor LVG-jeugdigen. Hiermee kan een impuls worden gegeven aan het verbeteren van de situatie van deze jeugdigen. De verantwoordelijkheid voor het daadwerkelijk inzetten van de beschikbare middelen is bij de verantwoordelijke instanties in de regio's neergelegd.

In 2001 wordt de uitvoering van het regeringsstandpunt over LVG-jeugdigen met psychiatrische problemen (MFC-vorming) voortgezet. Dan zal de concrete behoefte aan specifieke zorg voor deze doelgroep in kaart zijn gebracht. Nieuwe plannen kunnen op basis daarvan ingediend worden en de huidige plannen kunnen daaraan worden getoetst. De subsidieregeling voor de meldpunten wordt met een jaar verlengd. De meldpunten zullen aansluiting moeten vinden met het traject dat (nog in 2000) in gang wordt gezet inzake het Bureau Jeugdzorg (BJZ). In het kader van de nieuwe Wet op de jeugdzorg wordt de toegang tot de LVG-zorg immers via de BJZ gerealiseerd. Hiertoe wordt in nauwe samenwerking met het veld een aantal pilotprojecten opgezet en uitgevoerd. Afstemming met het Landelijk Centrum Indicatiestelling gehandicaptenzorg (LCIG) is noodzakelijk. De pilots moeten midden 2001 resultaat hebben opgeleverd.

Families First wordt verankerd en verder verspreid met het doel om uiteindelijk een landelijk dekkend aanbod van zestien projecten te krijgen. De resultaten zijn positief en geconcludeerd kan worden dat er sprake is van een geslaagd experiment. Uit de eerste resultaten van het evaluatieonderzoek blijkt dat Families First een zinvolle aanvulling is op het bestaande aanbod. De methodiek sluit goed aan bij de doelgroep. Ouders blijken tevreden over de geboden hulp en geven aan meer inzicht gekregen te hebben in hoe ze met de problematiek van hun kind kunnen omgaan. Met het project is ook de beoogde doelgroep bereikt: wat betreft leeftijd, IQ, aard en complexiteit van de problematiek komt de groep die Families First heeft gekregen sterk overeen met de doelgroep die in een orthopedagogisch centrum wordt opgenomen. Daarnaast lijkt de problematiek sterk op die van kinderen die door Families First in de jeugdzorg zijn geholpen. Het overgrote deel van de door Families First behandelde LVG-jeugdigen blijkt zes maanden na het afronden van de hulp nog thuis te wonen.

Er zijn inmiddels voorbereidingen getroffen zodat met ingang van 2001 een subsidieregeling van het CVZ voor Families First in de LVG-zorg van kracht kan worden. Ook de ondersteuning van bestaande en nieuwe teams en een vorm van evaluatieonderzoek maken deel uit van het vervolgtraject.

6.3.3 *Persoonsgebonden budget*

Voor de uitvoering van de regeling College voor zorgverzekeringen subsidiëring persoonsgebonden budget 2000 is voor de sector verstandelijk gehandicapten (VG) regulier een bedrag van f 124,5 mln op kasbasis geraamd. Het PGB verstandelijk gehandicapten speelt een belangrijke rol bij de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg. Zie voor een toelichting op de aanpak van de wachtlijsten § 6.3.1. Om deze reden is het genoemde bedrag niet het maximum tot waartoe in 2000 PGB's kunnen worden toegekend; uit de extra intensivering voor de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg zijn middelen aan te wenden om PGB's toe te kennen en zo mensen die nu nog op de wachtlijst staan van zorg te voorzien.

De onderuitputting van de PGB-regeling is sinds 1996 procentueel met meer dan de helft teruggedrongen. Met de toename van de uitputting van het beschikbare budget in combinatie met de volumegroei is een aanzienlijk groter bereik gerealiseerd.

De systematiek waarmee het PGB wordt uitgevoerd, staat een 100% uitputting van het budget in de weg. Een belangrijke maatregel die genomen is om de onderuitputting terug te dringen is het toestaan van het aangaan van verplichtingen tot 110%. Omdat de ervaring leert dat budgethouders uiteindelijk een bestedingpercentage realiseren van onder de 85%, is het zeer verantwoord dat zorgkantoren vasthouden aan een toekenningspercentage van 110%. Naast deze maatregel zijn er tevens andere maatregelen aangekondigd (TK, 1999/2000, 25 657 en 26 801, nr. 14) om de onderuitputting terug te dringen. Zo kunnen budgethouders vanaf 2001 een gedeelte van hun budget meenemen naar het jaar daarop en is het CVZ gevraagd viermaandelijks effectrapportages uit te brengen over de uitvoering van de PGB-regeling door zorgkantoren. Per zorgkantoor zal een gericht plan van aanpak opgezet worden voor nadere acties tegen onderuitputting. Daarnaast wordt het mogelijk gemaakt om gelden van de ene regio naar de andere regio over te hevelen wanneer blijkt dat onvoldoende budgetten worden toegekend als gevolg van onvoldoende vraag naar PGB.

Voor experimenten PGB voor lichamelijk gehandicapten is f 4,3 mln in 2000 beschikbaar. Medio 2000 zal gestart worden met deze experimenten, waarmee uitvoering gegeven wordt aan de uitbreiding van het PGB naar andere (deel)sectoren.

Zoals is aangegeven in het kabinetsstandpunt op het MDW II-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' zal voortvarend verder worden gewerkt aan het in alle sectoren van de AWBZ realiseren van de technische voorwaarden die nodig zijn voor een brede toepassing van een PGB of een Persoonsvolgend budget (PVB). De hieraan gekoppelde voorwaarden hebben betrekking op het helder omschrijven van de te onderscheiden zorgproducten met bijbehorende prijzen en het opzetten van daaraan gekoppelde cliëntenregistraties. Voorlopig blijft het PGB een subsidieregeling.

6.3.4 *Flexibilisering zorgaanpakken lichamelijk gehandicapten*

In een brief van 30 november 1998 is het CVZ verzocht de Regeling Ziekenfondsraad substitutie zorg voor lichamelijk en zintuiglijk gehandicapten 1998 te verlengen naar 1999. Ook is het CVZ toen gevraagd een uitvoeringstoets uit te brengen over de flexibilisering van de AWBZ-aanspraken binnen het zorgcircuit voor ernstig lichamelijk gehandicapten. De uitvoeringstoets zou niet alleen de flexibilisering van de aanspraken dagverblijf en gezinsvervangende tehuis voor lichamelijk gehandicapten

moeten betreffen, maar ook de afdelingen voor jongeren in verpleeghuizen, de grote woonvormen, het Dorp, de Fokuswoningen en de voorzieningen voor logeeropvang respectievelijk de ambulante zorg. Doelstelling van de uitvoeringstoets was het verbeteren van de onderlinge samenhang tussen deze voorzieningen en bevorderen van een zekere mate van onderlinge substitutie.

Inmiddels heeft VWS het rapport van het College ontvangen. Bezien wordt hoe uiteindelijk de bedoelde flexibilisering kan worden gerealiseerd in samenhang met die van de sector verpleging en verzorging.

6.3.5 *Indicatiestelling*

De indicatiestelling voor de gehandicaptenzorg wordt door een wijziging van het Zorgindicatiebesluit met ingang van 1 januari 2002 formeel de taak van de regionale indicatieorganen. Die worden zo nodig ondersteund door regionale teams met specifieke deskundigheid op de terreinen van de gehandicaptenzorg. De toegang tot de indicatiestelling in de gehandicaptensector wordt dan verlegd naar het Regionale indicatieorgaan. Dat zal weer worden ondersteund door de regionale LCIG-teams met specifieke deskundigheid op de terreinen van de gehandicaptenzorg. Over de integratie van de functie van de regionale adviesteams in het indicatieproces bestaat overeenstemming tussen de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) en het in september 1999 opgerichte Landelijk Centrum Indicatiestelling Gehandicaptenzorg (LCIG). Het kabinet heeft besloten geld te reserveren voor de toenemende beheerskosten van indicatiestelling (zie paragraaf 7.3.2).

6.3.6 *Vraagsturing: bekostiging en zorgzwaarte/ketenbenadering*

Op basis van hulpvraagverduidelijking zal vanaf 2001 professionele indicatiestelling plaatsvinden waarbij rekening wordt gehouden met urgentie. Instrumentele hulpmiddelen hierbij zijn bekostigingscategorieën naar zorgzwaarte. Vervolgens vindt zorgtoewijzing plaats door de zorgkantoren. Deze aanpak zal moeten leiden tot de reductie van de wachtlijsten. Op 12 mei 2000 is het plan van aanpak wachtlijsten gehandicaptenzorg aan de Tweede Kamer gezonden.

Een onderdeel van de aanpak van de wachtlijsten is het aansluiting vinden bij de maatschappelijke ontwikkelingen die leiden tot een gewijzigde zorgvraag. Die is voor een deel ontstaan als gevolg van schaarste. Maar ook door het vermaatschappelijken van de zorg willen gehandicapten meer mogelijkheden om sturing te hebben op hun leven. Het tastbaarst kan dat door de bekostiging van de gehandicaptenzorg daarop aan te passen. Daarvoor worden momenteel in de gehandicaptenzorg (samen met de meerjarenafsprakenpartijen), stappen gezet. De eerste belangrijke stap was het verschijnen van het rapport 'Vraaggestuurde dienstverlening aan mensen met een verstandelijke handicap'. Dit rapport heb ik in april 1999 naar de kamer gezonden.

Het rapport gaf belangrijke bouwstenen om te komen tot vraaggestuurde levering en bekostiging in de gehandicaptenzorg. Het doel daarvan is dat uit de indicatiestelling, de toegang tot de AWBZ, een budget per cliënt voortvloeit dat past bij zijn vraag aan zorg. Dit budget wordt dan aan de cliënt toegekend die daarmee de zorg kan inkopen die het beste past bij zijn zorgvraag. De toekenning van het budget aan de cliënt zal hetzij rechtstreeks, hetzij via het instellingsbudget plaatsvinden. De zorg die de cliënt daarmee inkoopt, zal uitgedrukt zijn in zorgproducten. Deze zorgproducten zijn geprijsd en aan de hand daarvan worden de zorgaanbieders bekostigd. Hiermee krijgt vraagsturing een forse impuls; het

budget behoort bij de cliënt en deze kan kiezen bij welke aanbieder van zorg hij inkoop.

Voordat het systeem zoals hiervoor beschreven toegepast kan worden zal nog aan enkele voorwaarden moeten worden voldaan. Het hiervoor genoemde rapport bevat waardevolle bouwstenen die echter nadere concretisering behoeven. Het rapport betreft bovendien alleen de verstandelijk gehandicapten sector terwijl ook de sectoren voor lichamelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten moeten worden meegenomen. Ook de SPD's zullen een plaats moeten hebben in dit systeem. Deze nadere concretisering wordt momenteel onderzocht. De planning is dat deze onderzoeken in september/oktober van dit jaar zullen zijn afgerond. Het CTG zal de effecten voor het macrobudget moeten doorrekenen zodat ook daarover gedegen besluitvorming kan plaatsvinden.

De planning is dat in 2001 een vorm van schaduwdraaien zal plaatsvinden waarbij ondervonden kan worden welke eventuele problemen opgelost moeten worden bij de implementatie. Directe implementatie is onmogelijk om de volgende redenen:

- er moet gelegenheid zijn om 'kinderziekten' in de nieuwe systematiek te ontdekken en te verhelpen;
- instellingen moeten de gelegenheid hebben ervaring op te doen met de nieuwe systematiek, bijvoorbeeld door hun managementstijl erop aan te passen, het personeel te laten wennen, administraties aan te passen, daarmee te leren werken enzovoort.

Indien mogelijk zal nog deze kabinetsperiode, in 2002, tot daadwerkelijke implementatie over worden gegaan. De planning is de Tweede Kamer door middel van een wat uitgebreidere notitie zal informeren.

6.3.7 Informatievoorziening ZRS/RIVM

Het Zorgregistratiesysteem (ZRS) is de wachtlijstregistratie in de verstandelijk-gehandicaptensector. Om het functioneren van de registratie te verbeteren zal de registratie per 1 januari 2001 onder verantwoordelijkheid van de zorgkantoren worden gebracht. Ter voorbereiding van deze stap is per 1 juli 1999 het CVZ Landelijk Houder ZRS geworden. Ook de overige sectoren van de gehandicaptenzorg, die van de lichamelijk en de zintuiglijk gehandicapten, zullen in het ZRS worden geïntegreerd. Om meer inzicht te krijgen in de ontwikkeling van de wachtlijsten in de gehandicaptensector heeft het RIVM op verzoek van het ministerie VWS een model ontwikkeld op basis van de ZRS-gegevens. Het RIVM concludeerde dat de komende jaren door de sterke vergrijzing in de gehandicaptensector rekening moet worden gehouden met extra druk op de wachtlijst voor ondersteund wonen. Het model van het RIVM zal de komende jaren verder worden ontwikkeld tot een algemeen model voor de gehandicaptenzorg. Daartoe zijn het RIVM en het SCP een samenwerking aangegaan.

6.3.8 Benchmarking

In de meerjarenafspraken gehandicaptenzorg zijn concrete afspraken gemaakt over het omgaan met benchmarking in de sector. Daarbij is 2000 gereserveerd voor modelontwikkeling; in 2001 en 2002 zal benchmarking gefaseerd in de gehandicaptenzorg worden ingevoerd. In verband met het invoeren van een productgerelateerde bekostiging in de gehandicaptenzorg en de nog door te voeren aanpassingen in de administraties van de zorgaanbieders is een volledige benchmark over alle sectoren van de gehandicaptenzorg (verstandelijk gehandicapten, lichamelijk gehandicapten en zintuiglijk gehandicapten) pas in 2003 mogelijk. Vanaf 2001 wordt

sectorbreed een benchmark uitgevoerd voor die aspecten van het model (kwaliteit, personeel) waar dit mogelijk is.

Eind 1999 is begonnen met het ontwikkelen van een benchmarkmodel. Dat heeft in mei 2000 geresulteerd in een benchmarkmodel dat in de gehandicaptensector breed wordt gedragen. In de loop van 2000 zal het model nader geoperationaliseerd worden zodat daadwerkelijk in 2001 met benchmarking kan worden begonnen. Ook zal het model geschikt gemaakt worden voor de SPD's.

6.3.9 Woonzorgstimulering en transformatie infrastructuur

Bij Transformatie Infrastructuur zijn twee thema's van belang:

- de relatie tussen eigen bijdrage in de AWBZ en de cliënt die zelf huur betaalt;
- het via de WVG financieren van het aanpassen van de woning.

In 2000 is een begin gemaakt met de AMvB die kleinschalig wonen voor gehandicapten voor een deel buiten de WZV plaatst. Deze ontwikkeling past binnen het voorstel Wet Exploitatie Zorgvoorzieningen en is gebaseerd op de ervaring met het realiseren van kleinschalige initiatieven met het scheiden van wonen en zorg.

Woonzorgarrangementen in de gehandicaptenzorg zullen meer en meer via de scheiding van wonen en zorg tot stand komen. In dat geval heeft de cliënt een huurcontract, bij voorkeur bij een niet-zorginstelling. Financiering van de zorg blijft plaatsvinden ten laste van de AWBZ. De cliënt ontvangt bovendien huursubsidie. Aanpassing van de gehuurde woning komt ten laste van de WVG.

In het Regeerakkoord (TK 1997/98, 26 024, nr. 10) is aangekondigd dat de mogelijkheden van een woonzorgstimuleringsfonds worden onderzocht. De regeling beoogt een bijdrage te leveren aan een goede samenhang tussen wonen, zorg en dienstverlening voor verschillende doelgroepen in de samenleving door het stimuleren van:

- meer diversiteit van woonzorgcombinaties;
- vernieuwende initiatieven om aan de extra vraag (vanwege extramuralisering en demografische ontwikkelingen) te kunnen voldoen;
- het verbeteren van de samenwerking tussen de betrokkenen: vragers en aanbieders zowel vanuit de zorg als vanuit het wonen.

Hiermee kunnen activiteiten op het snijvlak van wonen, zorg en dienstverlening worden ondersteund. Hierover is op 20 december 1999 een schrijven aan de Tweede Kamer gezonden (TK 1999/2000, 24 333, nr. 46). Het Kabinet heeft besloten met dit doel in 2000 een woonzorgstimulerings-(subsidie)regeling vast te stellen. De subsidie kan worden aangevraagd voor:

- de kosten van het voorbereiden en ontwikkelen van een project;
- rechtstreeks aan een project toe te rekenen kosten als deze hoger zijn dan de normale kosten en er sprake is van investeringen in woningen en gebouwen;
- de kosten van kennisverzameling en kennisoverdracht inzake projecten.

De subsidie kan worden aangevraagd door of namens samenwerkende niet-winst beogende instellingen op het terrein van wonen en zorg. Het is niet zo dat het gehele aangemelde project ten laste van de regeling wordt gefinancierd; de doelstelling is dat de instelling zelf ook een deel van de projectkosten draagt. De woonzorgstimuleringsregeling draagt bij aan de realisering van initiatieven met scheiden van wonen en zorg.

6.3.10 Werkdruk

Onderzoek in de gehandicaptenzorg en een verdiepingsstudie in het kader van het brancherapport Curatieve Somatische Zorg hebben uitgewezen dat de ontwikkeling van de werkdruk als subjectief begrip op macroniveau niet of nauwelijks te meten is. Daarom is het voornemen om in plaats daarvan te trachten het objectievere begrip 'werklast' in kaart te brengen. Werklast is de verhouding tussen de productie en de personele inzet. In principe is besloten een dergelijk werklastonderzoek, waarbij gebruik gemaakt wordt van nu beschikbare registraties, bij vier sectoren uit te laten voeren. Naar verwachting zullen de resultaten in oktober 2000 bekend zijn. Cijfers over de ontwikkeling van de werklast kunnen, samen met bijvoorbeeld gegevens over ziekteverzuim en verloop, meer inzicht geven in de werkdruk bij een bepaalde sector.

Het kabinet heeft besloten om f 35 mln voor het jaar 2000 beschikbaar te stellen om de werkdruk in de gehandicaptensector aan te pakken. Voor de jaren 2001 en verder zal in overleg met de meerjarenpartijen een structurele uitwerking gegeven worden aan deze werkdrukverlaging. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan (een onderdeel van) het amendement van de leden Lambrechts en Oudkerk.

Zie voor werkdruk ook hoofdstuk 9, arbeidsmarktbeleid.

HOOFDSTUK 7 VERPLEGING, VERZORGING EN OUDEREN

In dit hoofdstuk staat de stand van zaken in de sector verpleging en verzorging centraal. In paragraaf 7.1 wordt ingegaan op de hoofddoelstelling van het beleid en wordt deze verder uitgewerkt. Daarnaast staan de kerncijfers in deze paragraaf. In paragraaf 7.2 vindt u de resultaten van het reeds vastgestelde beleid en in paragraaf 7.3 ten slotte de voorgenomen stappen voor de verdere ontwikkeling in de sector.

7.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

De hoofddoelstelling van het beleid in de sector verpleging en verzorging (V&V) is het stimuleren en faciliteren van een samenhangend, vraaggestuurd zorgaanbod. De zorgvragers ondervinden daardoor minder belemmeringen dan voorheen om hun in hun zorgbehoefte te voorzien. Dit streven naar meer op maat gerichte zorg leidt zowel lokaal als landelijk tot een belangrijke ontwikkeling.

Op lokaal niveau uit zich dit in toenemende samenwerking, niet alleen tussen de verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorginstellingen maar ook tussen de V&V-sector en de ziekenhuis- en GGZ-sector. Er worden veel initiatieven gestart op het snijvlak van de V&V en de GGZ, die door VWS zijn ondersteund door f 20 mln aan extra middelen, die hiervoor specifiek bestemd waren. De subsidieregeling Zorg op Maat vervalt per 1 januari 2001. De zorg die daaruit bekostigd wordt, is vanaf dat tijdstip onderdeel van de geflexibiliseerde aanspraken en zal via de reguliere kanalen worden bekostigd.

Per 1 januari 2000 is Arcares, een brancheorganisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen, totstandgekomen. Arcares is het resultaat van de fusie tussen de Nederlandse Vereniging van Verpleeghuiszorg (NVVZ) en de Woonzorg Federatie (WZF).

In het Regeerakkoord heeft het plan van aanpak van wachtlijsten prioriteit. De gerechtelijke uitspraken inzake de zorgplicht van de zorgkantoren krachtens de AWBZ hebben geleid tot een versnelling in het beleid. Verbetering van de informatie over de wachtlijsten geeft een basis om tot een effectieve aanpak te komen. Een doelgerichte aanpak van de wachtlijsten is in samenwerking met de regio's ontwikkeld.

Naast het flexibiliseren van de zorgproducten en de aanpak van de wachtlijsten is ook de werkdruk een belangrijk thema. Ouderen wonen uit eigen keuze, maar ook door het bestaan van wachttijden, langer thuis zodat pas bij een hogere zorgbehoefte intramurale opname aan de orde komt. Deze ontwikkeling leidt zowel binnen de thuiszorg als binnen de intramurale instellingen tot een hogere zorgzwaarte. Dit heeft als gevolg dat de werkdruk in de sector V&V in het algemeen als hoog wordt ervaren. Een gericht beleid van meer handen aan het bed is in gang gezet.

Het kabinetsbeleid is erop gericht beide aspecten, volume en werkdruk, in samenhang aan te pakken. Op basis van het Regeerakkoord is in totaal f 2 mld beschikbaar, waarvan f 1,3 mld voor volume en f 0,75 mld voor werkdruk. In 2001-2002 is op basis van het Regeerakkoord jaarlijks f 505 mln beschikbaar. In het kader van het versneld wegwerken van de wachtlijsten kan in de jaren 2000 en 2001 f 130 mln van de groei uit latere jaren worden ingezet voor het versneld realiseren van capaciteitsgroei.

Tabel 7.1 Capaciteit verpleeghuizen, dagbehandelingsplaatsen en intramurale capaciteit verzorgingshuizen

	1996	1997	1998	1999
Verpleeghuizen				
Somatisch	26.184	26.165	26.015	26.051
Psychogeriatrisch	29.514	30.035	30.766	31.301
Dagbehandelingsplaatsen				
Somatisch	1.995	2.028	2.070	2.120
Psychogeriatrisch	2.196	2.266	2.352	2.423
Verzorgingshuizen	123.187	117.719	113.970	111.600

Bron: Prismant, CTG en CBS

De bezettingsgraad bij de verpleeghuizen is 97,4% en de bezettingsgraad bij de verzorgingshuizen is 97,2%.

De zorg komt ten goede aan ruim een half miljoen personen, waarvan de meeste ouder zijn dan 75 jaar. De intramurale zorg komt voornamelijk ten goede aan personen die ouder zijn dan 80 jaar. Ongeveer de helft van de personen van 90 jaar en ouder verblijft in een verpleeghuis of verzorgingshuis.

De meeste ouderen ontvangen echter zorg in de thuissituatie. De thuiszorgorganisaties en in toenemende mate de verzorgingshuizen en verpleeghuizen dragen hieraan bij.

Naast bovengenoemde intramurale capaciteit wordt ook veel inzet gepleegd op de extramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg. Dit is echter niet in 'aantallen plaatsen' uit te drukken.

Tabel 7.2 Duur en gebruik van thuiszorg

	Realisatie 1998	Realisatie 1999
Gemiddeld aantal cliënten per periode	313.201	323.667
Aantal uren zorg per jaar	56.383.765	56.227.258
Gemiddeld aantal uren zorg per cliënt per week	3,46	3,34

Bron: CVZ

Tabel 7.3 Uitgaven Verpleging, Verzorging en Ouderen (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
7.01 Verpleeghuizen	5.558,6	5.720,1	6.016,6	6.328,1	6.795,7	6.991,8	7.136,1	7.311,1	7.345,8	7.264,5
7.02 Verzorgingshuizen	5.297,8	5.370,6	5.701,7	5.964,8	6.373,2	6.548,1	6.529,9	6.531,7	6.531,7	6.531,7
7.03 1-Oktober-regeling	9,8	3,3	3,0	1,3						
7.04 Zorgvernieuwings- fonds ouderen	314,2	395,0	455,8	529,2	704,1	714,7	701,6	701,6	701,6	701,6
7.06 Gezinsverzorging	2.166,0									
7.07 Kruiswerk	778,0									
7.08 Intensieve thuiszorg	61,3									
7.09 Thuiszorg		3.143,1	3.307,6	3.457,9	3.700,2	3.704,6	3.701,1	3.722,0	3.741,5	3.752,8
7.10 Persoonsgebonden budgetten	85,4	120,0	99,6	124,9	241,8	241,8	236,8	236,8	236,8	236,8
7.12 Ouderen begroting				30,1	67,5	46,5	43,1	44,5	45,6	45,6
7.13 Subsidierelaties V&V-sector gereserveerde groeirimte					3,8	3,8	3,8			
					33,8	503,2	897,6	908,7	911,3	913,9
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	14.271,1 6.475,9	14.752,1 6.694,2	15.584,3 7.071,8	16.436,3 7.458,5	17.920,1 8.131,8	18.754,5 8.510,4	19.250,0 8.735,3	19.456,4 8.828,9	19.514,3 8.855,2	19.446,9 8.824,6

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van de verzorging, verpleging en de ouderen. In deze kaders zijn tevens de maatregelen en intensiveringsruimte verwerkt, voor zover de verdeling daarvan in de meerjarenafspraken is overeengekomen. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeirimte is onderaan de tabel apart weergegeven. Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd. Voor de jaren na 2002 is bovendien nog geen groeirimte toegewezen.

7.2 Evaluatie

7.2.1 Indiciestelling

Sinds 1 januari 1999 wordt de indiciestelling voor de sector V&V volledig uitgevoerd door de regionale indicatieorganen. Zo'n tachtig indicatieorganen beoordelen de zorgvragen op dit terrein. Ze doen dat aan de hand van de door het Breed Indicatie Overleg ontwikkelde formulieren. In februari 2000 is een start gemaakt met de evaluatie van het Zorgindicatiebesluit. Dat onderzoek zal in augustus 2001 zijn afgerond; een tussenrapportage is eind september 2000 voorzien. Behalve op het verbreden van het werkterrein van de indicatieorganen naar de gehandicaptensector en geestelijke gezondheidszorg zullen de inspanningen zich de komende tijd vooral richten op de verdere professionalisering en kwaliteitsverbetering van de indiciestelling en de positionering van de indicatieorganen als startpunt in de keten indiciestelling-zorgtoewijzing-zorgverlening.

Met de brief van 2 mei 2000 is de Tweede Kamer op de hoogte gebracht van de ontwikkelingen op het terrein van indicatiestelling.

7.2.2 *Persoonsgebonden budget (PGB)*

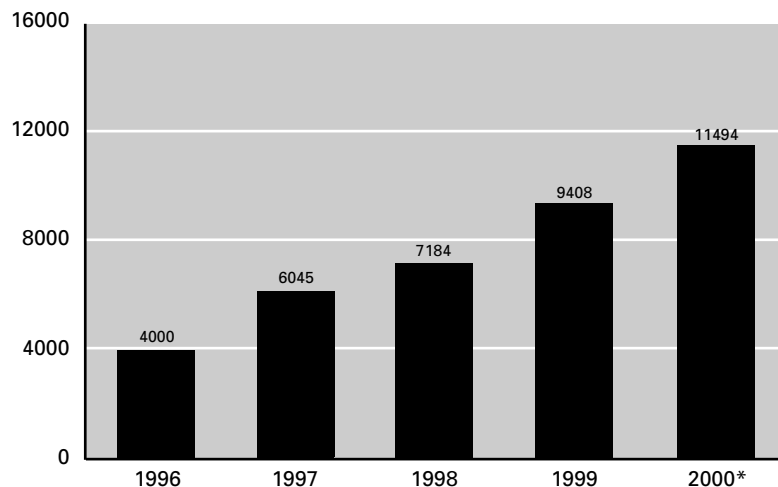
Voor een PGBVV bestonden aan het begin van het jaar 1999 aanzienlijke wachtlijsten. In 1999 kende de wachtlijst een daling van ruim 4.700 wachtenden tot ongeveer 1.700 wachtenden. Inmiddels zijn de wachtlijsten nagenoeg verdwenen. De daling van het aantal wachtenden werd mogelijk door een groei van het macrobudget tot f 157,66 mln (exclusief loon- en prijsbijstelling).

Een nieuwe ontwikkeling was dat de zorgkantoren in 1999 bij de toekenning van de persoonsgebonden budgetten rekening hebben gehouden met de geïndiceerde urgentie.

Om de uitputting van de budgetten nauwlettend te kunnen blijven volgen, heeft VWS het CVZ verzocht de uitputting van de budgetten voor het PGB VV en voor het PGB VG in effectrapportages weer te geven.

De beschikbare extra middelen en de verbeterde toekenning hebben het aantal gebruikers PGBVV aanzienlijk doen toenemen. Ultimo 1999 bedroeg het aantal budgethouders PGB VV 9.408. Tijdens het eerste kwartaal van dit jaar is het aantal budgethouders volgens cijfers van de SVB toegenomen met ruim 2.000 personen.

Figuur 7.1 Ontwikkeling aantal budgethouders PGB in de V&V-sector



* tot en met mei 2000

7.2.3 *Nieuwe financiering thuiszorg*

De beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) voor de thuiszorg zijn in 2000 op een aantal essentiële punten gewijzigd. Ten eerste zijn op basis van het eerste benchmarkonderzoek in de sector thuiszorg de productdefinities aangepast. Door deze aanpassing is een logischer indeling van de producten ontstaan. Hierdoor is het eenvoudiger geworden om deze producten te registreren. De administratieve werklust van de uitvoerende medewerkers is hierdoor afgenomen en de verwerking van deze registratie is eenvoudiger geworden. Bovendien krijgt de thuiszorgcliënt een beter gespecificeerde nota voor de eigen bijdrage.

Ten tweede zijn de tarieven van de thuiszorgproducten aangepast. Ook hier is het benchmarkonderzoek een belangrijke informatiebron geweest. Deze aanpassing is noodzakelijk in het kader van de afbouw van de lumpsum financiering in de thuiszorg. In 2001 zal de laatste stap in de afbouw van de lumpsum worden gezet. Dit betekent dat vanaf 2001 de (productie)afspraken tussen thuiszorginstelling en zorgkantoor het volledige budget aanvaardbare kosten bepalen. De tarieven voor producten moeten dan een integrale dekking geven voor alle directe en indirecte kosten. Doordat in 2001 de lumpsum afgebouwd is, kan een één-op-één relatie worden gelegd tussen extra middelen voor de thuiszorg en de extra uren zorg. Het is hierdoor zelfs mogelijk geworden om extra middelen gericht in te zetten op een of meer producten in de thuiszorg. Met inachtneming van een beperkte nacalculatiebandbreedte van 2% wordt het resterende deel van het budget aanvaardbare kosten volledig nagecalculeerd. Voorlopig is in het kader van de doelmatigheid de normering gelegd op het gemiddelde van de sector. Over de 'best practice norm' is afgesproken dat deze normering op basis van de gegevens uit het tweede benchmarkonderzoek wordt vastgesteld. Ten derde is in het kader van de aanpak wachtlijsten ook voor 2000 een beleidsregel aanvullende productieafspraken van kracht. In deze beleidsregel is het principe van 'boter bij de vis' opgenomen. Dit betekent dat bij het maken van afspraken tussen thuiszorginstelling en zorgkantoor een relatie gelegd moet worden tussen wachtlijst en extra afspraken. Er moet een grote mate van zekerheid bestaan inzake het realiseren van de afspraak over het extra aantal uren. Als de uren onverhoopt niet gerealiseerd worden, wordt alles nagecalculeerd.

Met het realiseren van het project Productregistratie is een belangrijke stap gezet naar het verbeteren van de informatievoorziening van en over de sector. Een verbredende stap naar een bindend programma van eisen voor de informatievoorziening is gezet. Deze stap heeft betrekking op de inrichting van de informatievoorziening in de volgende ketens: zorgketen: indicatiestelling → zorgtoewijzing → zorgrealisatie; verantwoordingsketen: productieafspraken → het realiseren van productie; eigen bijdrageketen: het registreren van geleverde zorg → het opleggen van een eigen bijdrage.

De stappen in de tweede helft van 2000 zijn bepalend voor de informatievoorziening in 2001 en verder. Het maatschappelijke, bestuurlijke en politieke belang van deze sector brengt met zich mee dat het realiseren van de informatieverbetering onder grote tijdsdruk staat. Snelheid is dus zeker geboden maar overhaaste beslissingen zijn om twee redenen niet goed: ze demotiveren en leiden tot een grote kapitaalvernietiging.

De huidige regeling voor Intensieve Thuiszorg (ITZ) wordt gecontinueerd in 2001. De evaluatie van de ITZ-regeling heeft onvoldoende gegevens opgeleverd om te besluiten de ITZ-regeling in de aanspraak Algemene Thuiszorg op te nemen. Een besluit over het blijven voortbestaan van de ITZ-regeling wordt nu volgend jaar genomen.

7.2.4 Modernisering Ouderenzorg

Met de brief van 26 mei 2000 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de voortgang van de modernisering van de ouderenzorg. Daarbij is met name ingegaan op de uitwerking van de lijn die al eerder met de Kamer was uitgezet, namelijk die inzake het onderbrengen van verzorgingshuiszorg onder de AWBZ-aanspraken. Per 1 januari 2001 zal verzorgingshuiszorg als aanspraak in de AWBZ worden opgenomen. Dit zal in flexibele vorm gebeuren. Daarnaast wordt per dezelfde datum de aanspraak op verpleeghuiszorg opnieuw en flexibel omschreven. Omdat de aanspraak

op thuiszorg al geflexibiliseerd was, kent de totale sector verpleging en verzorging per 1 januari 2001 een flexibel zorgaanbod, dat overigens nog wel instellingsgebonden is. Uitdrukkelijk geldt dat de stand van zaken per 1 januari 2001 geen eindstand is, maar een tussenstap op weg naar een ontschotte AWBZ die meer is toegesneden op de zorgvraag. De komende jaren zal daarom worden toegewerkt naar één integrale aanspraak op verpleging en verzorging. Daarbij horen een goede productomschrijving in combinatie met een integrale kostprijsberekening en financiering op basis van zorgzwaarte.

Behalve aan het omschrijven en flexibiliseren van de aanspraken in de sector verpleging en verzorging is bij de modernisering de afgelopen tijd gewerkt aan het totstandkomen van een systeem waarin, parallel aan de verpleeghuizen, in de bekostiging van de verzorgingshuizen wordt voorzien door de beleidsregels van het CTG en de productieafspraken met het zorgkantoor. Zowel voor de intramurale zorg als voor de extramurale zorg worden CTG-beleidsregels ontwikkeld. Ook wat betreft de capaciteit en bouw van verzorgingshuizen is het wettelijk kader uitgewerkt. Voorop staat de doelstelling uit het Regeerakkoord wanneer het gaat om het stimuleren van scheiden van wonen en zorg bij nieuwe of te vernieuwen voorzieningen. Daarom wordt niet alleen bij het uitbreiden van het zorgvolume maar ook bij beslissingen over het instandhouden van bestaande capaciteit telkens de vraag gesteld of scheiden van wonen en zorg aan de orde moet zijn. Pas als het wonen onlosmakelijk verbonden is met de benodigde zorg, is de Wet ziekenhuisvoorzieningen van toepassing.

De provincies en de vier grote steden konden het toegestane kader tijdens de periode van de Overgangswet verzorgingshuizen verhogen met het bedrag aan WBO-reserves waarover zij rechtens beschikten. Deze reserve van f 325 mln geldt voor de periode van vier jaar, 1997–2000. De provincies en vier grote steden melden jaarlijks aan VWS welk deel van de reserve zij dat jaar willen aanwenden. Het reguliere zorgkader, dat overeenkomt met het subsidieplafond voor de Overgangswet verzorgingshuizen, wordt incidenteel met deze bedragen verhoogd.

7.2.5 Najaarsakkoord 1998 en Voorjaarsakkoord 1999

Op basis van het Regeerakkoord is binnen de sector V&V een start gemaakt met de nieuwe bestuurlijke aanpak. Deze aanpak sluit aan bij de gedachte dat de sector V&V als een zorgketen beschouwd kan worden. In het Najaarsakkoord 1998 zijn veel punten opgenomen die nader uitgewerkt moeten worden en zijn afspraken gemaakt over de verdeling van een intensivering van f 368,2 mln. Het op 6 juli 1999 getekende Voorjaarsakkoord V&V bestaat uit een nadere uitwerking van de actiepunten uit het Najaarsakkoord en behelst de verdeling van de intensiveringsmiddelen, respectievelijk f 651,5 mln in 2000, f 505,1 mln in 2001 en f 505,2 mln in 2002.

Met de brief van 13 mei 2000 is de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken en voortgang in de meerjarenafspraken. Het instrument van de meerafspraken blijkt goed te werken. Er is meer duidelijkheid gekomen voor de zorginstellingen ten aanzien van het komende beleid. Het gezamenlijk tot afspraken komen vergt echter wel grote inzet van alle betrokkenen.

7.2.6 Resultaten Taskforce

De taskforce Wachtlijsten is ingesteld om een versnelling in c.q. intensivering van de aanpak wachtlijsten te realiseren. De taskforce concentreert zich daarbij op een drietal thema's te weten:

- opschoning van de wachtlijsten;

- versnelling capaciteitsuitbreiding middels onorthodoxe initiatieven;
- extra impuls uniforme wachtlijstregistratie.

De taskforce heeft opdracht gegeven een gedetailleerde telling te houden van de huidige wachtlijsten alsmede de wachtlijstgegevens op te schonen door middel van een vergelijking met CAK- en GBA-gegevens. Voor het eerst heeft er een gedetailleerde, eenduidige en volledige telling van de wachtlijstgegevens plaatsgevonden. Ook zijn daarbij de mensen die twee jaar of langer geleden waren geïndiceerd, opnieuw geïndiceerd. Hieronder staat een overzicht van het aantal wachtenden.

Tabel 7.4 Wachtlijstgegevens sector V&V per 15 mei 2000

Aantal wachtenden	wachtende met overbruggingszorg	geen zorg	totaal
Geïndiceerde zorg			
Thuiszorg (incl. pgb)	24.000	30.300	54.300
Verzorgingshuiszorg	19.700	12.700	32.400
Verpleeghuiszorg	8.500	2.500	11.000
Totaal	52.200	45.500	97.700

Om de capaciteit snel uit te kunnen breiden kunnen instellingen onorthodoxe initiatieven indienen. De respons is groot. Deze initiatieven dienen door de zorgkantoren in het bestedingsplan 2001 te worden opgenomen en de komende maanden daadwerkelijk te worden gerealiseerd. In de loop van het volgende jaar zal blijken of de onorthodoxe methode daadwerkelijk heeft geleid tot het versneld uitbreiden van de capaciteit. Ook komend jaar kunnen nog onorthodoxe initiatieven worden ingediend.

De extra impuls uniforme wachtlijstregistratie bestaat uit:

- een financiële impuls van f 31 mln voor versterking van de ICT in de care-sector om een goede wachtlijstregistratie te realiseren. Een projectteam heeft recentelijk bij alle zorgkantoren geïnventariseerd welke middelen zij daartoe nodig hebben. Door de zorgkantoren wordt er een plan van aanpak opgesteld dat in het najaar verder wordt geïmplementeerd. Het afstemmen, implementeren en uniformeren van de registratie voor de gehele care-sector zal zeker nog een aantal jaren in beslag nemen. Het streven is begin 2001 de fundering voor een eerste uniforme wachtlijstregistratie in werking te hebben.
- de mogelijkheid de geschoonde wachtlijstgegevens de komende periode up-to-date te houden en landelijk uniform te registreren. Hiertoe krijgen alle zorgaanbieders een diskette met een vast stramien voor het registreren van de wachtenden.

7.3 Beleidsvoornemens

7.3.1 Inzet middelen 2001 en verdere jaren

De inzet van de intensiveringsmiddelen en de f 130 mln die bovenop de Regeerakkoordmiddelen beschikbaar is gesteld, zal in 2001 voor een belangrijk deel via de bestedingsplannen van de zorgkantoren lopen. Uiterlijk op 1 september 2000 hebben de zorgkantoren deze bestedingsplannen bij VWS ingeleverd waarna de 'marginale toets' door het departement plaatsvindt. De ingediende projecten zullen na een positieve

toets in de reguliere procedures van de WTG productie-afspraken en WZV-bouw worden betrokken. In het kader van het versneld inzetten van capaciteit wordt aandacht besteed aan deze procedures. De bestedingsplannen worden opgesteld op basis van de reële behoefte in de regio. Het kabinet gaat er daarbij vanuit dat de wachtlijstaanpak met de extra middelen voldoende kan worden gefaciliteerd. De geschoonde wachtlijstgegevens zullen een belangrijke rol spelen bij de planvorming door de zorgkantoren.

Voor wat betreft de bouw leveren de zorgkantoren ook een lange termijn plan in dat betrekking heeft op de jaren 2001–2006. Op basis hiervan wordt de zogenaamde bouwprioriteitenlijst vastgesteld. Instellingen die hierop voorkomen kunnen aldus direct werk maken van het vervolgtraject in de procedure, het aanvragen van verklaring en/of vergunning.

7.3.2 Verdere aanpak wachtlijsten en werkzaamheden Taskforce

De volgende activiteiten zullen met betrekking tot de aanpak van de wachtlijsten worden gecontinueerd dan wel geïntensiveerd:

- Uitbreiding capaciteit
- Registratie
- Periodieke opschoning en telling wachtlijsten
- Gedrageregels omgaan met schaarste
- Zorgkantoren faciliteren om wachtlijstbeheer ook daadwerkelijk uit te voeren
- Intensivering arbeidsmarktbeleid
- Betere, snellere verantwoording inzet middelen

In 2000 is de mogelijkheid geboden aanvullende productieafspraken te maken in de regio's op basis van de daadwerkelijk bestaande vraag. Er zijn geen belemmeringen meer om niet direct tot capaciteitsuitbreiding in de regio's over te gaan. Dit heeft in de thuiszorg al geleid tot 4 445 827 uren aanvullende productieafspraken in 2000.

Ook de wachtlijst van PGB, ongeveer 150 mensen, toont aan dat capaciteitsuitbreiding een belangrijke factor is in het terugdringen van wachtlijsten. Het faciliteren van capaciteitsuitbreiding middels aanvullende productieafspraken en onorthodoxe initiatieven blijft dan ook hoge prioriteit hebben. Onorthodox in de zin dat de procedures waarmogelijk zo veel mogelijk worden bekort en initiatieven zo min mogelijk worden vertraagd door wringende wet- en regelgeving.

Behoudens de aanvullende productieafspraken zullen de zorgkantoren wederom bestedingsplannen opstellen voor 2001 en bouwplannen tot en met 2006 en op uiterlijk 1 september 2000 indienen. Om de realisatie van extra capaciteit ook de komende periode te stimuleren blijft de mogelijkheid om in 2001 net als in 2000 aanvullende productieafspraken te maken als de bestedingsplannen niet synchroon lopen met de vraagontwikkeling in een regio. Tevens blijft de mogelijkheid bestaan onorthodoxe initiatieven te realiseren.

Om regio's een goed inzicht te geven in de vraagontwikkeling is er ter ondersteuning een intensief registratietraject uitgezet, waarover in de volgende alinea.

Het ingezette traject voor een integrale en uniforme wachtlijstregistratie zal worden voortgezet. In eerste instantie heeft dit al plaatsgevonden door alle zorgaanbieders en zorgkantoren een diskette te geven met een basaal wachtlijstregistratiesysteem, aansluitend bij registratie die gebruikt is voor de opschoning van de wachtlijsten. De zorgaanbieders en zorgkantoren zijn gevraagd vanaf heden deze diskette te gebruiken zodat er sprake is van uniforme registratie door alle betrokken partijen. Daarnaast is een traject ingezet om tot een daadwerkelijk uniform en regionaal wachtlijstregistratiesysteem te komen waarbij de verantwoordelijkheid bij de

zorgkantoren komt te liggen. In antwoord op de motie-Van Vliet (Tweede Kamer, 1999/2000, 26 801, nr. 25) meld ik bij deze dat landelijk een minimale gegevensset is overeengekomen ten behoeve van de registratie. De uniformiteit en betrouwbaarheid wordt dus niet bereikt middels het opleggen van een uniform registratiesysteem, maar door de verplichting gegevens op basis van de landelijk minimale gegevensset aan te leveren. Deze verplichting zal nader worden vastgelegd in een ministeriële regeling. Ten behoeve van landelijke rapportages zullen de zorgkantoren de wachtlijstgegevens periodiek moeten doorgeleiden naar het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), die op basis van deze gegevens landelijke overzichten genereert. Medio april 2001 zal in de eerste regio's een basis wachtlijstregistratie in werking zijn. Het registratietraject zal op termijn worden uitgebreid naar een integrale, uniforme care-brede registratie van zorgvraag naar zorgaanbod.

De zorgkantoren zullen zo spoedig mogelijk verantwoordelijk worden voor het wachtlijstbeheer, inclusief de wachtlijstregistratie. Zij worden verantwoordelijk voor het zowel up-to-date houden als het opschonen van wachtlijsten. Om de zorgkantoren in deze tak te laten groeien zijn zij gevraagd in november regionaal opnieuw een telling te houden van de wachtlijstgegevens. Deze telling heeft een expliciet regionaal karakter en is gericht op het opbouwen van routine en vaardigheid bij het tellen en opschonen van wachtlijsten. Een landelijke telling en opschoning zal op 1 maart 2001 worden gehouden. Vervolgens zal er een half jaarlijks inzicht in de wachtlijstgegevens worden gevraagd. Met de voor- en najaarsbrief zal de Kamer daar telkens over worden geïnformeerd.

Dit najaar zullen de MJA-partijen zich uitspreken over een verdere uitwerking van de ketenbenadering als over landelijke criteria om de urgentie bij de indicatie vast te stellen. Indien landelijke overeenstemming bestaat over beide documenten kunnen deze, mogelijk na testen middels pilots, regionaal worden geïmplementeerd.

Om de zorgkantoren in staat te stellen ook daadwerkelijk vorm te geven aan het wachtlijstbeheer zullen de zorgkantoren worden gefaciliteerd. Om de toegang tot de zorg te beheersen is professionele en uniforme indicatiestelling nodig. Voor de verpleeghuizen en verzorgingshuizen geldt dat hiervoor structureel extra middelen beschikbaar zijn gesteld om zowel het aantal indicaties te vergroten als de kwaliteit van de indicaties te verbeteren. In 2000 zullen de extra middelen vooral worden ingezet om de achterstanden in de (her-)indicaties weg te werken (onder andere indicaties ex. AAW). Daarnaast zal daarmee de kwaliteit van de bedrijfsvoering, registratie en informatisering alsmede de kwaliteit van de indicatiestelling worden verbeterd.

Bij de aanpak van de wachtlijsten blijkt dat de krapte op de arbeidsmarkt een groot obstakel is in de aanpak van dit probleem (zie ook hoofdstuk 9 Arbeidsmarktbeleid).

Het toekennen van intensiveringsmiddelen in het kader van de aanvullende productieafspraken is aan een aantal voorwaarden verbonden. Allereerst dient alle reeds aanwezige productie te zijn ingezet, tevens moeten de reserves tot een aanvaardbaar niveau worden aangesproken en mag alleen financiering plaatsvinden als de capaciteit ook daadwerkelijk wordt gerealiseerd. In overleg met partijen wordt gezien hoe sneller en op welke wijze inzicht kan worden gegeven in de daadwerkelijke realisatie van toegekende intensiveringsmiddelen. Volgend jaar kan de dit jaar gerealiseerde capaciteit dan daadwerkelijk een rol spelen bij de nieuw te maken productieafspraken. De zogenaamde boter-bij-de-vis-methode.

7.3.3 PGB

In 2001 neemt het budget voor PGB verpleging en verzorging *f* 50,5 mln toe ten opzichte van de beschikbare middelen in het jaar 2000. Bij een gemiddeld jaarbudget van ongeveer *f* 15 000 zou het aantal budgethouders met ruim 3000 kunnen groeien. Inmiddels is de wachtlijst PGBVV nagenoeg verdwenen.

De tarieven voor het PGBVV worden in de loop van het jaar 2000 herzien. De tarieven worden gebaseerd op de loonkosten, vermeerderd met een toeslag voor werkgeverslasten (zoals secundaire arbeidsvoorwaarden en onkostenvergoedingen). Daarnaast is het CVZ verzocht om de combinatie van een PGB met zorg in natura mogelijk te maken.

7.3.4 Thuiszorg

Zoals hiervoor reeds is aangegeven werd in 2000 de laatste stap gezet bij de afbouw van de lumpsum bij thuiszorginstellingen. In 2001 zullen de thuiszorginstellingen voor de gehele aanvaardbare kosten productieafspraken met het zorgkantoor moeten maken. Daarboven kunnen de thuiszorginstellingen productieafspraken met de zorgkantoren maken in het kader van het plan van aanpak Wachtlijsten.

In een algemeen overleg op 24 mei 2000 heeft de Kamer het groene licht gegeven voor het duale stelsel voor de alphahulpen. Dit stelsel is uiteengezet in een brief aan de Kamer van 23 december 1999. Begin 2000 zijn daar nog Kamervragen over gesteld en beantwoord. Kort geformuleerd komt het er op neer dat naast de positie van alphahulp een gelijkwaardig alternatief wordt gecreëerd in de vorm van een loondienstverband met de thuiszorginstelling in een speciale functie net onder die van de Thuishulp A. Het is de bedoeling dat dit duale stelsel per 1 januari 2001 van kracht wordt.

De complexe materie brengt met zich mee dat er in de loop van het najaar nog invoeringsproblemen kunnen blijken die de beoogde invoeringsdatum in de weg zouden kunnen staan. In dat geval wordt in ieder geval geregeld dat de beloning van de alphahulpen per 1 januari 2001 wordt verhoogd. Deze verhoging hangt samen met de gefaseerde afschaffing van de invorderingsvrijstelling, die deel uit maakt van het nieuwe belastingstelsel. Met deze verhoging van de beloning voor de alphahulpen wordt beoogd te voorkomen dat het voor de betrokkenen minder lonend is om als alphahulp aan de slag te gaan respectievelijk aan de slag te blijven.

Met medewerking van de LVT (landelijke vereniging voor de thuiszorg) voor de verspreiding, hebben alle alphahulpen in juli 2000 een brief van de staatssecretaris ontvangen met de aankondiging van de beloningsaanpassing om de onrust over de gevolgen van de wijziging van het belastingstelsel weg te nemen. In het najaar van 2000 is een gedetailleerdere informatiecampagne voorzien.

De thuiszorg kent naast de zorgproducten ook het product advies, informatie en voorlichting (AIV). Het voornemen bestaat de eigen bijdrageregeling thuiszorg met ingang van 1 januari 2001 niet meer van toepassing te laten zijn op het product AIV.

7.3.5 Geneesmiddelen en hulpmiddelen als aanspraak in de verzorgingshuizen

Per 1 januari 2001 treedt de AMvB in werking waarmee de aanspraak op zorg door een verzorgingshuis, zoals die nu wordt gesubsidieerd, wordt

geregeld. Een tweede AMvB, die erop gericht is de zorg door een verzorgingshuis (als er sprake is van verblijf gedurende het etmaal) uit te breiden met behandeling van algemeen medische aard (huisartsenzorg), farmaceutische hulp en hulpmiddelen is inmiddels aan de Raad van State aangeboden.

7.3.5.1 Geneesmiddelen/farmaceutische zorg

Wanneer de geneesmiddelen en medische zorg in de verzorgingshuizen per 1 januari 2001 onder de AWBZ zijn gebracht, is het nodig de ontwikkelingen kritisch te volgen, om zo ook te kunnen anticiperen op potentiële onvoorziene problemen. Daartoe zal er gedurende een jaar periodiek overleg zijn tussen VWS en de relevante veldpartijen.

Voor de kosten van geneesmiddelen wordt het budget van de verzorgingshuizen verhoogd met f 159,2 mln. Dit is gebaseerd op het niveau van de kosten van geneesmiddelen in verpleeghuizen. Voor het overbrengen van de kosten van geneesmiddelen naar de AWBZ is bij de geneesmiddelen twee jaar nacalculatie van de kosten afgesproken. Een belangrijk doel bij deze operatie is het realiseren van een duidelijke verantwoordelijkheid voor de medische zorg en een betere en doelmatigere geneesmiddelenverstrekking. In 2001 zal een evaluatie worden voorbereid die in 2002 uitgevoerd zal worden. Deze evaluatie moet duidelijk maken welke kwaliteit bereikt is en een oordeel uitspreken over de vraag of deze kwaliteit toereikend is.

In 2001 worden diverse proeftuinen in de ouderenzorg gerealiseerd. De resultaten van deze proeftuinen moeten zorgvuldig worden gecommuniceerd om zo veel mogelijk voorbeeldwerking te genereren en zo het ingezette beleid op het gebied van farmaceutisch beleid te versterken. De evaluatie van deze experimenten kan ook aanknopingspunten bieden voor nieuw beleid.

In 2001 worden ook de resultaten bekend van het onderzoek naar de ontwikkelingen van de prijzen van geneesmiddelen in de verpleeghuizen. Het is te verwachten dat op basis van de resultaten beleid moet worden ontwikkeld op het gebied van de financiering van de kosten van geneesmiddelen in verpleeghuizen en mogelijk ook op de inhoud van dit beleid.

7.3.5.2 Hulpmiddelen

Niet alle hulpmiddelen zullen onder het budget van de verzorgingshuizen worden gebracht. Alleen die hulpmiddelen zullen meegenomen worden die samenhangen met het verblijf en met de specifieke verzorging of niet-complexe verpleging in een verzorgingshuis. Daarnaast is gezien de mogelijkheid van hergebruik, een snelle verstrekking aan de bewoner vanuit het magazijn van het verzorgingshuis en de prijsvoordelen uit schaalvergroting door inkoopcombinaties een reële bijdrage aan het bevorderen van de doelmatigheid kunnen leveren. Op basis van de eerdergenoemde uitgangspunten is een lijst opgesteld van hulpmiddelen die voor onderbrenging onder het budget van de verzorgingshuizen in aanmerking komen. Deze lijst dient als uitgangspunt voor een Uitkomst van Overleg tussen Arcades en Zorgverzekeraars Nederland (ZN).

De kosten van het gebruik van hulpmiddelen die op voornoemde lijst staan, worden voor 2001 geraamd op ongeveer f 105 mln. Dit bedrag minus de taakstelling van f 5 mln zal per 1 januari 2001 aan het macrokader van de verzorgingshuizen worden toegevoegd (Actieprogramma uitgavenbeheersing hulpmiddelen, Tweede Kamer 1999/2000, 24 124, nr. 100). Het CTG is verzocht beleidsregels te ontwikkelen voor het ophogen van de budgetten van individuele instellingen.

Na een periode van twee jaar zal een evaluatie plaatsvinden. Daarbij wordt onder meer bezien hoe de geraamde kosten zich verhouden tot de werkelijke kosten en hoe daarmee moet worden omgegaan.

7.3.6 Benchmarking

In de meerjarenafspraken voor de sector verpleging en verzorging is neergelegd dat in 1999 en 2000 een benchmarkinstrument voor verzorgingshuizen en verpleeghuizen wordt ontwikkeld. Dit model heeft primair tot doel het management van instellingen te ondersteunen bij het individuele instellingsbeleid. Het instrument richt zich in zijn analyse op de onderdelen kwaliteit, doelmatigheid en omgevingsfactoren. Het onderdeel omgevingsfactoren wordt ook voor de thuiszorg ontwikkeld. Hierdoor wordt een goed inzicht verkregen op de zorgverlening, bedrijfsvoering, infrastructuur en sociaal beleid. De drie pijlers van het benchmarkmodel moeten een integraal oordeel geven over de kwaliteit en doelmatigheid van de individuele instelling ten opzichte van de andere instellingen.

Het project bestaat uit drie fasen:

- invullen van de noodzakelijke randvoorwaarden om het te ontwikkelen instrument te kunnen toepassen. Deze fase omvat onder meer het opstellen van productdefinities, het uitwerken van het begrip kwaliteit en het ontwikkelen van indicatoren daarvan, het ontwikkelen van een nieuw instrument voor zorgzwaartemeting. Deze fase loopt tot eind 2000.
- het ontwikkelen van het benchmarkinstrument en het houden van een pilot. De ontwikkelfase zal eind 2000 zijn afgerond. Het instrument zal dan in het eerste kwartaal van 2001 worden getoetst door middel van een pilot onder een representatieve groep van instellingen.
- de derde fase behelst het houden van een brede benchmark onder verpleeg- en verzorgingshuizen. Deze activiteit vindt plaats in 2001. Een en ander wordt afgerond met een evaluatie.

Voor de thuiszorg is de tweede benchmark in voorbereiding. In 2001 zal op een nog nader te bepalen tijdstip een tweede benchmark worden uitgevoerd. De tweede benchmark is openbaar.

7.3.7 Woonzorgstimuleringsregeling

In het Regeerakkoord (Tweede Kamer 1997/1998, 26 024, nr. 10) is aangekondigd dat de mogelijkheden van een woonzorgstimuleringsfonds nader moeten worden onderzocht. Uit tal van signalen uit het veld is namelijk gebleken dat er behoefte bestaat aan een regeling die activiteiten op het snijvlak van wonen, zorg en dienstverlening faciliteert. Daarmee zou dan kunnen worden geanticipeerd op de effecten van ontwikkelingen op het vlak van de bestaande wet- en regelgeving. Hierop wordt uitgebreid ingegaan in de brief aan de Tweede Kamer van 20 december 1999 (Tweede Kamer 1999/2000, 24 333, nr. 46). Het kabinet heeft besloten met dit doel in 2000 een woonzorgstimulerings(subsidie)regeling vast te stellen. Deze subsidieregeling wordt rond 1 september 2000 gepubliceerd. De regeling beoogt een bijdrage te leveren aan een goede samenhang tussen wonen, zorg en dienstverlening voor verschillende doelgroepen in de samenleving door het stimuleren van:

- meer diversiteit van woonzorgcombinaties;
- vernieuwende initiatieven om aan de extra vraag (vanwege extramuralisering en demografische ontwikkelingen) te kunnen voldoen;
- het verbeteren van de samenwerking tussen de betrokkenen: vragers en aanbieders, zowel vanuit de zorg als vanuit het wonen.

Er kan subsidie aangevraagd worden voor de kosten van het voorbereiden en ontwikkelen van een project, voor de rechtstreeks aan een project toe te rekenen kosten, voorzover die hoger zijn dan de normale kosten en er

sprake is van investeringen in woningen of gebouwen, voor de totale kosten van een project als het niet gaat om investeringen in woningen en gebouwen, en voor de kosten van kennisverzameling en kennisoverdracht inzake projecten. De subsidie kan aangevraagd worden door of namens samenwerkende niet-winstbeogende instellingen op het terrein van wonen en zorg. Zorginstellingen moeten overigens wel reserves inzetten voor het realiseren van woonzorginitiatieven.

HOOFDSTUK 8 BEHEER ZORGVERZEKERINGEN

In dit hoofdstuk staat het beleid voor het beheer van het stelsel van zorgverzekeringen centraal. Het hoofdstuk begint met een terreinbeschrijving waarin ingegaan wordt op de begrippen 'beheer' en 'verzekeren' en op de hoofddoelstelling van het beleid voor dit terrein. Daarna volgen achtergrondgegevens over de organisatiestructuur van het beheer en gegevens over de kosten die aan het beheer zijn verbonden. In paragraaf 8.2 vindt u een overzicht van hetgeen VWS in de periode 1999 tot midden 2000 op dit terrein heeft gerealiseerd. Paragraaf 8.3 ten slotte bevat de beleidsvoornemens.

8.1 Terreinbeschrijving

Onder beheer verstaan we het geheel van regels, beslissingen en handelingen om activiteiten in het stelsel van zorgverzekeringen te sturen en te verantwoorden. Het betreft het stelsel van zorgverzekeringen zoals verankerd in Ziekenfondswet en AWBZ.

Verzekeren, wat houdt dat in?

Het begrip 'verzekeren' heeft verschillende betekenissen. In de oorspronkelijke betekenis gaat het om het 'poolen' van specifieke risico's voor een afgebakende groep deelnemers. Die deelnemers betalen een premie die voor elke groep berust op het verwachte gemiddelde risico van de groepsleden. Op die manier dragen de leden van de groep 'elkanders lasten'. Dat is een vorm van inkomensbescherming op basis van risicosolidariteit.

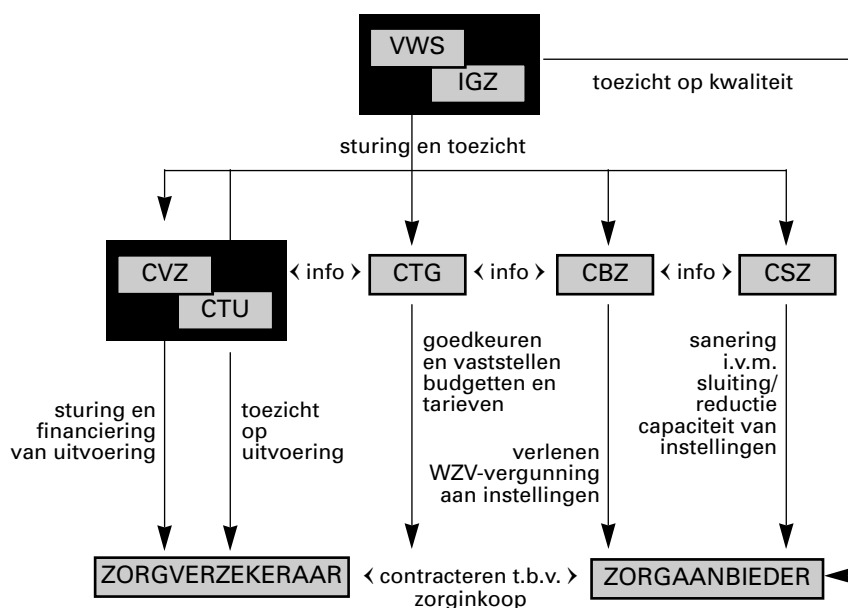
Sociale verzekeringen bieden inkomensbescherming in geval van ziekte, invaliditeit, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, voor de oude dag en voor grote gezinnen. Die bescherming geldt voor iedereen die onder de verzekering valt. De AWBZ geldt voor de hele bevolking; het is een volksverzekering. De Ziekenfondswet is in oorsprong een werknemersverzekering. De AWBZ en de Ziekenfondswet kennen premies naar draagkracht, maar aanspraken zijn vooral gebaseerd op behoefte. Wanneer mensen zorg nodig hebben, speelt het inkomen of de betaalde premie geen rol. Daarmee is de risicosolidariteit uitgebreid naar inkomenssolidariteit.

Een belangrijk verschil tussen particuliere en sociale verzekering is dat de laatste geen condities stelt bij de acceptatie van verzekerden. Dat kan een particuliere verzekering wel doen. Dat heet risicoselectie. Bovendien zijn de sociale verzekeringen verplicht voor iedereen die de wet voorschrijft. Een particuliere verzekering is niet verplicht. De sociale zorgverzekeringen gaan uit van betalingen in natura; de ziekenfondsen betalen de hulpverlenende instellingen en beroepsbeoefenaren rechtstreeks. Particulier verzekerden betalen doorgaans eerst zelf en kunnen achteraf de kosten vergoed krijgen van hun verzekeraar. Dat heet ook wel het restitutiesysteem.

Hoofddoelstelling beleid

De hoofddoelstelling van het beleid is om een evenwichtig en solide stelsel van zorgverzekeringen te creëren en te onderhouden opdat verzekerden hun aanspraak op zorg tot stand kunnen brengen op een manier die aansluit bij hun behoeften en tegen een aanvaardbare prijs. Om dit te bereiken hebben we diverse organisaties taken in het beheer van het stelsel van zorgverzekeringen opgedragen. Het volgende schema geeft deze organisaties en hun taken in onderling verband weer:

Figuur 8.1: Schema organisatie zorgverzekeringsstelsel



- IGZ Inspectie voor de Gezondheidszorg
- CVZ College voor zorgverzekeringen
- CTU Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie van het CVZ
- CTG College tarieven gezondheidszorg
- CBZ College bouw ziekenhuisvoorzieningen
- CSZ College sanering ziekenhuisvoorzieningen

De zorgverzekeraars in het schema voeren de Ziekenfondswet (ziekenfondsen) en de AWBZ uit. De AWBZ wordt bovendien uitgevoerd door particuliere ziektekostenverzekeraars en uitvoerende organen van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren. De bijlage bij dit hoofdstuk (bijlage 8) bevat nadere gegevens over onder meer de marktaandelen van de zorgverzekeraars.

In de volgende tabel staan de uitgaven voor beheer. Dit zijn de kosten van beleid, beheer en administratie die de organisaties uit het schema maken. De apparaatskosten van het ministerie vallen hier niet onder, met uitzondering van de kosten van de IGZ. Ook de administratiekosten van de zorginstellingen rekenen we niet mee.

Tabel 8.1 Uitgaven Beheer en Diversen (in f mln)

	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
8.01 Beheerskosten verzekeraars en uitvoeringsorganen	978,2	993,7	1.024,8	2.320,7	2.255,2	2.263,8	2.256,1	2.256,1	2.256,1	2.256,1
8.02 Beheerskosten ZBO's topstructuur zorg-sector en IGZ	1.295,5	1.367,6	1.264,8	167,3	179,0	173,5	172,1	173,2	173,2	173,2
8.03 Diversen (premie)	232,3	274,2	134,0	18,6	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7	35,7
8.04 Diversen (begroting) gereserveerde groeiruumte	640,9	805,6	867,0	1.120,6	602,6	606,6	581,9	534,2	519,8	519,8
				0,0	9,4	55,0	80,2	80,2	80,2	80,2
Totaal Zorgnota 2001 in mln euro	3.146,9 1.428,0	3.441,1 1.561,5	3.290,6 1.493,2	3.627,2 1.646,0	3.081,9 1.398,5	3.134,6 1.422,4	3.126,0 1.418,5	3.079,4 1.397,4	3.065,0 1.390,8	3.065,0 1.390,8

In bovenstaande tabel zijn de uitgavenkaders zichtbaar voor de verschillende sectoren op het terrein van beheer en diversen. De resterende, op de Aanvullende Post gereserveerde, groeiruumte is onderaan de tabel apart weergegeven.

Bij de interpretatie van de uitgavenontwikkeling dient bedacht te worden, dat voor de jaren tot en met 2000 de loon- en prijsontwikkeling al verwerkt is, terwijl voor 2001 en latere jaren de loon- en prijsruimte nog moet worden toegevoegd. Voor de jaren ná 2002 is bovendien nog geen groeiruumte toegewezen.

De uitgaven voor beheer zijn verder uitgesplitst in bijlage 14.

Tabel 8.2 Ontwikkeling beheerskosten (-budgetten) 1996-2000

	1996	1997	1998	1999	2000
Beheerskosten AWBZ (1)	91,9	107,0	141,2	155,1	166,3
in % van de zorguitgaven AWBZ	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Beheerskosten ZFW (2)	956,3	982,7	1.002,6	1.029,2	1.028,0
% van de zorguitgaven ZFW	4,4	4,2	4,0	4,0	3,6
Beheerskosten particulier incl. WTZ	965,0	1.011,5	980,5	1.136,4	1.060,9
in % van de particuliere zorguitgaven	9,1	9,2	9,1	9,5	8,7
Overige beheerskosten (3)	81,2	85,8	98,1	101,0	114,6
Totaal	2.094,4	2.187,0	2.222,4	2.421,7	2.369,8
in % van de totale zorguitgaven	3,3	3,3	3,2	3,3	3,0

1 Beheerskostenbudget AWBZ en subsidies werkzaamheden zorgkantoren en CAK t.b.v. verzorgingshuizen .

2 Beheerskostenbudget ZFW en kosten premie-inning.

3 Dit zijn beheerskosten van de zelfstandige bestuursorganen in de topstructuur van de zorgsector.

De tabel laat zien dat het aandeel van de beheerskosten in de totale uitgaven de afgelopen jaren is gedaald, vooral bij de ZFW. Een belangrijke oorzaak hiervan is, naast de groei van de zorguitgaven, de budgettering van de beheerskosten ZFW en de kortingen die op deze budgetten hebben plaatsgevonden. Opgemerkt moet worden dat de cijfers in de tabel niet de werkelijke beheerskosten ZFW weergeven, maar het verstrekte budget. Uit een onderzoek van de CTU van juli 2000 blijkt dat bij de ZFW de totale beheerskosten ZFW aanzienlijk hoger liggen dan het toegekende budget. Het verschil wordt betaald uit de nominale premie ZFW. Het beheerskostenbudget ZFW moet dan ook gezien worden als een bijdrage in de beheerskosten ZFW.

Naast het beheerskostenbudget AWBZ ontvangen de zorgkantoren in 2000 eenmalig f 31 mln voor ICT-investeringen ten behoeve van de registratie van wachtlijsten. Structureel wordt in het kader van de wachtlijstbestrijding van 2001 f 45 mln toegevoegd aan de beheerskosten AWBZ.

De hoogte van de particuliere beheerskosten kan worden verklaard uit het systeem van de particuliere verzekeringen, waarbij de gemaakte ziektekosten aan de verzekerde worden vergoed (restitutiesysteem). Dit in tegenstelling tot de ZFW en AWBZ die de verzekerde recht op zorg geven (naturasysteem). Daarnaast kennen de particuliere verzekeraars een grotere diversiteit aan polissen waarvoor zij marketingactiviteiten verrichten en acceptatieprocedures toepassen.

8.2 Evaluatie

In de sector beheer zijn geen meerjarenafspraken gemaakt. VWS heeft beleidsvoornemens vooral gerealiseerd door middel van wetswijzigingen en de nadere implementatie van deze wijzigingen. Op de belangrijkste resultaten gaan we hier nader in.

8.2.1 Zelfstandigen in de Ziekenfondswet

Op 1 januari 2000 is de Wet zelfstandigen in de Ziekenfondswet in werking getreden. Het resultaat hiervan is dat zelfstandigen verplicht verzekerd zijn ingevolge de Ziekenfondswet als zij aan bepaalde voorwaarden voldoen. Zo moet hun gemiddeld belastbaar inkomen lager zijn dan f 41 200. Omdat zelfstandigen in de regel een jaarlijks wisselend inkomen hebben, gaat de wet uit van het gemiddeld inkomen over een periode van drie jaar. Tevens is er een tijdelijke regeling voor het geval er sprake zou zijn van een sterk afwijkend inkomen in een van deze drie jaren. Op 27 april 2000 heeft het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) een rapport uitgebracht over uitvoeringstechnische gevolgen van de wet. Bij het totstandkomen van het rapport zijn de grootste brancheorganisaties, LTO Nederland en MKB Nederland, nauw betrokken. Het CVZ adviseert in het rapport de tijdelijke regeling voort te zetten en bovendien een regeling te treffen voor zelfstandigen die na het bereiken van de 55-jarige leeftijd hun bedrijf beëindigen. Zelfstandigen die ziekenfondsverzekerd zijn, kunnen dan na het beëindigen van hun bedrijf ook ziekenfondsverzekerd blijven. Overeenkomstig het advies van het CVZ heeft VWS de regeling aangepast.

8.2.2 Regresrecht AWBZ en Ziekenfondswet

Regresrecht AWBZ

Het regresrecht geeft de uitvoeringsorganen AWBZ het recht om de kosten van een uitkering of verleende zorg te verhalen op degene die door onrechtmatig handelen veroorzaakte dat een verzekerde een beroep moest doen op de AWBZ. Sinds 1 juli 1999 is het wettelijk mogelijk dat het CVZ, namens de uitvoeringsorganen AWBZ, de schade voor een toekomstige periode laat afkopen door de gezamenlijke schadeverzekeraars. Inmiddels hebben het CVZ en het Verbond van Verzekeraars een convenant gesloten over de collectieve afkoop van het regresrecht in de AWBZ. Het convenant geldt vanaf 1 juli 1999 tot en met 2002. Voor de periode daarna is een verlengingsbepaling in het convenant opgenomen. Teneinde zo snel mogelijk te kunnen overgaan tot collectief regres hebben het CVZ en het Verbond van Verzekeraars afkoopsommen voor 1999 en 2000 afgesproken ter hoogte van f 15 en f 30 mln. Deze bedragen komen overeen met de bedragen die in het Regeerakkoord staan. Voor de daaropvolgende jaren zullen het CVZ en het Verbond van Verzekeraars op basis van reële schadegegevens tot een overeenkomst komen.

Regresrecht Ziekenfondswet

Voor de Ziekenfondswet bestond reeds het verhaalrecht. Hierbij was het probleem dat de ziekenfondsen wel kosten maakten om verhaal te plegen maar dat hier voor hen geen opbrengsten tegenover stonden. Ziekenfondsen mogen daarom sinds 1998 een derde deel van de door hen gerealiseerde opbrengsten van verhaal behouden. Verwacht wordt dat ziekenfondsen zich hierdoor meer zullen inspannen voor verhaal. Na een redelijke aanpassingsperiode zullen we evalueren of het inbouwen van deze prikkel inderdaad geleid heeft tot een toename van de opbrengsten van verhaal.

8.2.3 Zelfstandige bestuursorganen in de topstructuur van de zorgsector

Sinds 1 januari 2000 zijn drie zelfstandige bestuursorganen van naam, samenstelling en taken veranderd. Het gaat om het College tarieven gezondheidszorg (CTG), het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (CBZ) en het College sanering ziekenhuisvoorzieningen (CSZ). Dit is geregeld in de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid. Deze wet was per 1 juli 1999

al in werking getreden voor het CVZ, de voormalige Ziekenfondsraad. De wet had onder meer tot doel om beleid, advies en uitvoering te scheiden en de taak, werkwijze en samenstelling van de organen aan de eisen van deze tijd aan te passen.

De colleges bestaan nu geheel uit onafhankelijke leden. Ook heeft een herschikking van taken plaatsgevonden tussen VWS en de colleges. Zo stelt VWS voortaan de regelingen vast voor de subsidies op grond van Ziekenfondswet en AWBZ. Tot dusver deed het CVZ dat. Het CBZ heeft de bevoegdheid gekregen om vergunningen af te geven voor de bouw van ziekenhuisvoorzieningen. Deze overdracht van het departement naar het CBZ wordt geëffectueerd nadat het ontwerp van de Wet exploitatie zorginstellingen aan de Tweede Kamer is aangeboden. Voor het CSZ is de belangrijkste wijziging dat instellingen zich bij het CSZ moeten melden als zij onroerend goed afstoten. Voor CBZ en CSZ zullen in 2001 de taken verder worden uitgebreid omdat dan ook de verzorgingshuizen onder hun werkgebied vallen.

De aansturing van de colleges door het departement is en wordt verder gestructureerd. Inmiddels zijn binnen VWS normen geformuleerd voor onder andere het beoordelen van de werkplannen die de colleges indienen. Ook heeft het ministerie een regeling opgesteld waarin de eisen voor de inrichting van de begroting en het financieel verslag van de bestuursorganen staan.

8.2.4 Reserves ziekenfondsen

Op 30 november 1999 heeft de Tweede Kamer het wetsvoorstel Maximering reserves ziekenfondsen aanvaard. Het doel van deze wet is allereerst om het mogelijk te maken een maximum te stellen aan de reserves van de ziekenfondsen. Daarnaast is nu in de wet vastgelegd dat overschotten alleen besteed mogen worden aan de wettelijke verzekering. Ook de budgettering van de ziekenfondsen is nu in de wet geregeld. Op grond van deze wetswijziging bereidt VWS twee ministeriële regelingen voor: de feitelijke maximering van de reserves en de voorschriften voor de beleggingen van ziekenfondsen.

Over het besteden van de reserves van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering hebben de betrokken ziekenfondsen een convenant gesloten. Zij zullen gedurende twintig jaar jaarlijks f 42 mln uitgeven aan voor de gezondheidszorg nuttige doelen. Daarvan wordt jaarlijks f 10 mln gedoteerd aan een speciaal daartoe opgericht fonds voor landelijke projecten. Dat betekent dat in 2019 de erfenis van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering definitief zal zijn verdwenen. Na een impasse van dertien jaar worden op deze wijze de reserves van de voormalige vrijwillige ziekenfondsverzekering alsnog in hun geheel op nuttige wijze voor de gezondheidszorg aangewend, zonder dat dit onderlinge concurrentieverhoudingen tussen de verzekeraars verstoort.

8.2.5 Grensoverschrijdende zorg

Het thema grensoverschrijdende gezondheidszorg is volop in ontwikkeling. Dit blijkt onder andere uit het toenemende aantal vragen op dit terrein dat de nationale rechters voorleggen aan het Europese Hof van Justitie van de Europese Gemeenschappen.

In 1999 zijn in diverse Euregio's experimenten inzake grensoverschrijdende zorg afgerond. Het gaat om de Euregio's Maas-Rijn (Limburg), Scheldemond (Zeeuws-Vlaanderen) en Rijn-Waal (Nijmegen). De projecten kwamen tegemoet aan de behoefte van de bewoners in de grensregio's om over de grens medische verzorging te verkrijgen. Ook is ervaring opgedaan met het inroepen van gezondheidszorg over de grens. Een belangrijk doel van deze projecten was het grensoverschrijdend

contracteren van zorg. De projecten hebben aangetoond welke moeilijkheden zich daarbij kunnen voordoen. Verder bleek uit de projecten dat grensoverschrijdende gezondheidszorg niet ten koste gaat van de verzorgingsstructuur in de Nederlandse regio's. Men maakte namelijk vooral gebruik van voorzieningen waarvoor in eigen land tekorten bestaan.

De ervaringen die bij de bovengenoemde projecten opgedaan zijn en de uitspraken van het Hof van Justitie van de EG vormen de basis voor het toekomstige beleid inzake grensoverschrijdende gezondheidszorg.

8.3 Beleidsvoornemens

De belangrijkste voornemens voor deze kabinetsperiode in het beleid voor het beheer van het stelsel van zorgverzekeringen betreffen het moderniseren van het toezicht op het stelsel, de wijzigingen in de rol van de zorgverzekeraars en het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg. Daarnaast wordt gewerkt aan het invoeren van een vrijwillige AWBZ-verzekering. Ten slotte worden bouwstenen ontwikkeld voor een herziening van het verzekeringsstelsel die in de volgende kabinetsperiode zijn beslag zou moeten krijgen (zie ook paragraaf 1.2.4.1).

8.3.1 Modernisering en verzelfstandiging toezicht zorgverzekeringen

Het kabinet besloot begin 1997 de Commissie Toezicht Uitvoeringsorganisatie (CTU) los te maken van de Ziekenfondsraad (nu College voor Zorgverzekeringen). Op deze wijze wilde men het toezicht op de uitvoering van de ziekenfondsverzekering en de AWBZ beter tot zijn recht laten komen. Dit leidde ertoe dat in maart 2000 een wetsontwerp tot verzelfstandiging en modernisering van het toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ bij de Tweede Kamer is ingediend.

In het wetsontwerp wordt het nieuwe College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) belast met het toezicht op de rechtmatige en doelmatige uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ door de uitvoeringsorganen. Rechtmatigheidstoezicht betreft de vraag of de Ziekenfondswet en AWBZ volgens de regels worden uitgevoerd. Doelmatigheidstoezicht is gericht op de efficiënte en effectieve uitvoering door de uitvoeringsorganen. Tot het doelmatigheidstoezicht behoort nadrukkelijk ook het toezicht op de inspanningen van de uitvoeringsorganen om kwalitatief goede en doelmatige zorg te contracteren. Het tot nu toe gehanteerde principe van getrappt toezicht blijft bestaan: het uitvoeringsorgaan controleert de naleving van zijn overeenkomsten met zorgaanbieders, het CTZ houdt toezicht op de uitvoeringsorganen Ziekenfondswet en AWBZ, de minister houdt toezicht op het CTZ en legt verantwoording af aan het parlement.

Het wetsvoorstel legt tegelijkertijd de basis voor het moderniseren van het toezicht. De kerngedachte daarbij is dat elk uitvoeringsorgaan verantwoordelijk is voor het tot stand brengen van zijn eigen recht- en doelmatigheid en daarover tijdig verantwoording moet afleggen. De uitvoeringsorganen doen dat door middel van een uitvoeringsverslag en een financieel verslag dat zij jaarlijks voor 1 maart moeten indienen.

In technische zin betekent de modernisering dat de 'toezichtketen' gesloten is en efficiënt is ingericht. Opeenvolgende controleurs maken zo veel mogelijk gebruik van in voorgaande schakels verrichte controles. Met het wetsontwerp wordt het verantwoordingstraject niet alleen opnieuw ingericht maar ook versneld.

Het CTZ krijgt de wettelijke bevoegdheid tot het geven van aanwijzingen, het toepassen van bestuursdwang en het onder bewind stellen van een ziekenfonds. Verder worden de informatieverplichtingen voor de uitvoeringsorganen en de toelatingscriteria van ziekenfondsen aange-

schert. Het CTZ is met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel goed toegerust om het toezicht op de uitvoering van de Ziekenfondswet en de AWBZ te waarborgen in het huidige tijdperk met een veranderende rol van ziekenfondsen (marktwerking) en voortgaande samenwerkingsverbanden tussen publieke zorgverzekeraars met private verzekeringsondernemingen (concernvorming).

Vooruitlopend op de voorziene inwerkingtreding van het wetsvoorstel in 2001 hebben het CVZ en de CTU de nodige ontwikkelingen in gang gezet om naar de nieuwe situatie toe te groeien. Het betreft onder meer het organisatorisch en functioneel ontvlechten van beide organisaties en het ontwikkelen van een nieuw sturings- en toezichtbeleid. Aan de begroting van het CVZ is hiervoor vanaf 2000 jaarlijks f 4 mln toegevoegd. De ziekenfondsen en de uitvoeringsorganen AWBZ krijgen voor het ontwikkelen van de verantwoordingsdocumenten gezamenlijk eenmalig f 25 mln, verspreid over drie jaar.

8.3.2 Versterking van de rol van zorgverzekeraars

Ons beleid is erop gericht om de rol van zorgverzekeraars te versterken. Dit beleid past binnen de door het kabinet ontwikkelde nieuwe bestuurlijke aanpak. Deze aanpak houdt in dat de betrokken partijen zelf meer verantwoordelijkheden nemen, binnen door de overheid gestelde randvoorwaarden voor de kwaliteit, financiering en toegankelijkheid van de zorg. De sturing van het zorgproces moet plaatsvinden op lokaal niveau, waarbij een belangrijke rol toebedacht is aan de zorgverzekeraar. Om zorg in natura te kunnen verstrekken sluiten verzekeraars namelijk overeenkomsten met zorgaanbieders. De verzekeraar heeft daardoor direct contact met de lokale zorgverlener. Ook heeft hij inzicht in enerzijds de behoeften en belangen van de verzekerden en anderzijds het feitelijke gedrag van zorgverleners, dat hij kan afleiden uit de declaraties. Met andere woorden, de zorgverzekeraar bevindt zich in een ideale positie om de zorg op lokaal niveau bij en aan te sturen. Stappen om dit te bewerkstelligen moeten we dan ook nu zetten. Hierbij maken we onderscheid tussen het tweede en het eerste compartiment.

In het tweede compartiment geeft VWS deze versterking van de sturende rol van de zorgverzekeraars vorm vanuit twee invalshoeken. Ten eerste maakt VWS ziekenfondsen steeds meer financieel risicodragend (zie hiervoor hoofdstuk 10). Ten tweede willen we hen via deregulering en instrumentering meer mogelijkheden geven om deze kosten daadwerkelijk te kunnen beïnvloeden en moeten zij dit ook feitelijk doen.

De deregulering en instrumentering komt onder andere aan de orde bij het aanpassen van het overeenkomstenstelsel. Dat aanpassen is erop gericht verzekeraars en aanbieders van zorg te stimuleren om zelf meer invulling te geven aan hun contractuele relatie. Nu sluiten zij individuele overeenkomsten nog op basis van de Uitkomst van Overleg en de Modelovereenkomst op centraal niveau. Door deze af te schaffen leggen we de verantwoordelijkheid voor de organisatie en de prijs van de zorg en het onderhandelingsproces op het niveau van verzekeraar en aanbieder. De partijen zullen de overeenkomst zelf moeten vormgeven. In dit kader past ook het beleidsvoornemen om de contracteerplicht voor verzekeraars ten aanzien van instellingen af te schaffen. Verzekeraars zijn nu nog verplicht om met alle toegelaten instellingen overeenkomsten voor hun verzekerden te sluiten. De afschaffing van de contracteerplicht zal niet onmiddellijk veel effect hebben. Dat wordt veroorzaakt door de looptijd van bestaande contracten en door een al jarenlang bestaande relatie, die niet van de ene op de andere dag kan worden beëindigd. Wanneer het aanbod schaars is, zullen de verzekeraar vrijwel alle

instellingen opnieuw moeten contracteren. Over deze zaken zijn uitvoeringstoetsen gevraagd.

Een beleidsterrein waarop VWS momenteel veel doet aan het instrumenteren van verzekeraars is de farmacie. Zorgverzekeraars zijn inmiddels nagenoeg volledig financieel risicodragend voor de kosten van (extramurale) geneesmiddelen. Om de verantwoordelijkheid van zorgverzekeraars voor de doelmatigheid van de geneesmiddelen ook echt gestalte te geven, voert VWS samen met de zorgverzekeraars een programma van maatregelen uit. De maatregelen zijn onder meer gericht op:

- het stimuleren van doelmatige (vernieuwende) farmaceutische zorg;
- het bewerkstelligen van gedragsverandering bij de voorschrijvers;
- het bevorderen van doelmatige inkoop van geneesmiddelen;
- het dereguleren van belemmerende regelgeving zoals de Ziekenfondswet en de Wet tarieven gezondheidszorg;
- het versterken van de kennisinfrastructuur.

Om dit proces te begeleiden heeft het ministerie een coördinatiegroep ingesteld met ambtenaren van verschillende ministeries en vertegenwoordigers van zorgverzekeraars en betrokken bestuursorganen zoals het CVZ en het CTG.

De sturende rol van de verzekeraar komt ook aan de orde bij de inkoop van zorg in natura. Dit speelt bijvoorbeeld bij de hulpmiddelen. De verzekeraar organiseert een doelmatig inkoopbeleid en onderhandelt over het aanbod en de prijs, kwaliteit en service op de hulpmiddelenmarkt. Ook moeten verzekeraars de verzekerde stimuleren tot een zo efficiënt mogelijk gebruik van hulpmiddelen. Ook hier is ons beleid erop gericht de verzekeraar een financieel belang en voldoende instrumenten te geven. De ziekenfondsbudgettering prikkelt ziekenfondsen in toenemende mate om tot een zo doelmatig mogelijke hulpmiddelenverstrekking te komen. Daarnaast maken we het gemakkelijker voor een verzekeraar om zorg in eigen beheer te verstrekken en om zijn invloed op een zorgaanbieder te vergroten door een bestuurlijke of financiële deelneming. Dit onderwerp nemen we mee in het wetsvoorstel herziening overeenkomstenstelsel.

In het eerste compartiment richt het beleid zich op het vergroten van de vraagsturing. In zijn rapport 'De ontvoogding van de AWBZ' doet de MDW-werkgroep AWBZ hier heldere voorstellen voor. Vraagsturing definieert de werkgroep als de mogelijkheid die de verzekerde zelf heeft om de geïndiceerde zorg in te kopen. De belangrijkste instrumenten die de werkgroep daarvoor onderscheidt zijn het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgend budget. In het kabinetsstandpunt op het MDW-rapport onderschrijft het kabinet het belang van de verdere ontwikkeling van deze instrumenten en zet het daarvoor ook een tijdpad uit. Evenals de MDW-werkgroep wijst ook het kabinet op de praktische toepasbaarheid voor de verschillende AWBZ sectoren en de consequenties voor de uitvoering, meer in het bijzonder het aansprakenkarakter van de AWBZ. Met name deze twee aspecten bepalen de mate waarin de verdere uitbreiding van het persoonsgebonden budget en de invoering van het persoonsvolgend budget binnen de AWBZ in de komende jaren gestalte krijgt.

Ook dienen zorgverzekeraars in staat te worden gesteld om invulling te geven aan hun rol in het beleid en aan hen toegewezen taken. De aanpak van de wachtlijsten in de zorg en de daarmee samenhangende aanscherping van het lokale contracteerbeleid met de aanbieders en instellingen van zorg, dragen bij aan het meer centraal stellen van de zorgvraag in het proces van zorgtoewijzing. Zorgkantoren vervullen daarin een spilfunctie. De beheerskosten AWBZ worden daarvoor verruimd met f 31 mln in 2000, olopend naar f 45 mln in 2001.

8.3.3 Vrijwillige AWBZ-verzekering

Op 1 januari 1999 is het Besluit uitbreiding en beperking kring verzekerden volksverzekeringen 1999 (KB 746) in werking getreden. Een gevolg van dit besluit is dat bepaalde personen met een langlopende sociale zekerheidsuitkering die in het buitenland woonachtig zijn, met ingang van 1 januari 2000 niet langer AWBZ-verzekerd zijn. Het besluit voorziet in een overgangsregeling voor personen die al intramurale AWBZ-zorg genoten op het moment waarop het besluit op hen van toepassing werd. Zij kunnen zonder dat zij AWBZ-verzekerd zijn ten laste van de AWBZ hun aanspraken voortzetten.

Het beëindigen van de AWBZ-verzekering leidde tot tal van bezorgde reacties. Die hebben als gevolg gehad dat een vrijwillig voortgezette AWBZ-verzekering in het leven zal worden geroepen. Personen met een langlopende uitkering van wie de AWBZ-verzekering eindigt omdat ze niet in Nederland wonen, zal de gelegenheid geboden worden de AWBZ-verzekering voort te zetten. Als overgangsregeling wordt aan deze voortgezette AWBZ-verzekering terugwerkende kracht verleend tot en met de datum waarop voor betrokkenen de AWBZ-verzekering werd beëindigd. Over de periode van terugwerkende kracht zal geen premie verschuldigd zijn. Er wordt aan gedacht om de belanghebbenden een termijn te geven voor de aanmelding van één jaar na inwerkingtreding van de voortgezette AWBZ-verzekering.

8.3.4 Terugdringen van de administratieve lasten in de zorg

Het kabinet heeft besloten dat ieder departement werk maakt van het terugdringen van de administratieve lasten op zijn beleidsterrein. Ook VWS heeft daarvoor een plan van aanpak opgesteld. De essentie van het plan van aanpak van VWS is:

Een commissie aan het werk te zetten bestaande uit vertegenwoordigers van alle betrokken partijen. Naast VWS zijn dit onder anderen; het CTG, CVZ, het college bouw, het CBS. Ook degenen die worden 'getroffen' door de administratieve lasten maken deel uit van de commissie, bijvoorbeeld enkele personen die in de zorg direct worden geconfronteerd met de administratieve lasten.

Deze commissie staat onder voorzitterschap van een onafhankelijke voorzitter die het zorgveld en VWS voldoende kent of zich daar snel in kan werken.

De taak van de commissie is het doen van concrete voorstellen om de administratieve lasten in de zorg substantieel terug te dringen. De commissie wordt daartoe bijgestaan door een secretariaat vanuit VWS. Input voor hun werkzaamheden is het grootschalige onderzoek dat door PWC in de zorgsector is uitgevoerd. Dit onderzoek heeft een groslijst van bij voorrang aan te pakken administratieve verplichtingen opgeleverd. De commissie wordt uiterlijk dit najaar geïnstalleerd. Het eindrapport zal rond de zomer van 2001 gereed zijn.

HOOFDSTUK 9 ARBEIDSMARKTBELEID

Dit hoofdstuk is sectoroverstijgend. We beschrijven daarin het beleid dat wij samen met sociale partners en Arbeidsvoorziening op een aantal speerpunten voeren om kwantitatief en kwalitatief voldoende personeel aan te trekken en te houden. Een goed arbeidsmarktbeleid is van belang voor de kwaliteit van de zorg. Voldoende personeel is daarnaast een noodzakelijke voorwaarde voor de aanpak van de wachtlijsten. In paragraaf 9.1 staan de doelstellingen van het arbeidsmarktbeleid van het ministerie van VWS en de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt centraal. Paragraaf 9.2 is gewijd aan de verschillende maatregelen die in 1999 en de eerste helft van 2000 zijn getroffen. Tot slot komen in paragraaf 9.3 de beleidsvoornemens voor 2001 en verder aan de orde.

9.1 Terreinbeschrijving

Hoofddoelstelling beleid

Het arbeidsmarkt- en arbeidskostenbeleid van VWS kent een aantal algemene doelstellingen: een beheerste ontwikkeling van de arbeidskosten, een goed functionerende arbeidsmarkt gericht op een adequate personeelsvoorziening en de implementatie van het algemene arbeidsmarkt- en werkgelegenheidsbeleid van het kabinet. Het beleid richt zich onder meer op het reduceren van de dreigende tekorten aan met name verplegend en verzorgend personeel en daarmee onder meer op het reduceren van de werkdruk.

De arbeidsmarkt in de zorg- en welzijnssector

De zorg- en welzijnssector is een grote speler op de arbeidsmarkt. Er waren, volgens het CBS, in 1999 ongeveer 867.000 werknemers en 84.000 zelfstandigen werkzaam in deze sector. Uitgedrukt in arbeidsjaren is dit respectievelijk 609.000 en 52.000 arbeidsjaren. In totaal zorgt deze sector voor ongeveer 12% van de totale Nederlandse werkgelegenheid in personen en ruim 10% van het landelijke arbeidsvolume. Kenmerkend voor de arbeidsmarkt in zorg en welzijn is dat er relatief veel vrouwen werkzaam zijn (78% tegenover 44% landelijk) en dat veel banen in deeltijd worden uitgeoefend (73% tegenover 42% landelijk). Bij het verplegend en verzorgend personeel is zelfs 90% vrouw en komt de gemiddelde werkweek uit op 20 à 25 uur.

De Nederlandse economie kent nog steeds een hoog groeitempo. Voor 2000 en 2001 verwacht het Centraal Planbureau (CPB) een groei van het BBP van 4,5% respectievelijk 4%. Dit heeft uiteraard consequenties voor de arbeidsmarkt. De krapte op de arbeidsmarkt neemt toe en de werkloosheid daalt verder. Zowel landelijk als in de zorg- en welzijnssector blijft het aantal vacatures stijgen (zie tabel 9.5 in de bijlage). Hoewel het aantal vacatures in de zorg- en welzijnssector nu nog relatief laag is, worden met name voor de verplegende en verzorgende beroepen op de middellange termijn serieuze tekorten verwacht. Uit berekeningen met RegioMarge (december 1999) blijkt dat het tekort aan gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden, bij ongewijzigd beleid, in 2004 ongeveer 44.000 personen zal bedragen, ofwel 13% van het benodigde personeel. Dit betekent een verdere verkrapping van de arbeidsmarkt; een jaar eerder werd nog uitgegaan van een tekort van 12% in 2004. Deze verslechtering wordt met name veroorzaakt door een lichte toename van het vertrek uit de sector. De toename van de instroom in de opleidingen is niet zodanig van omvang dat deze het effect van het gestegen verloop uit de sector kan 'goedmaken'. Bij ongewijzigd beleid worden de grootste tekorten verwacht in de ouderenzorg (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) en de gehandicaptenzorg (zie tabel 9.6 in de bijlage). Regionaal worden de grootste problemen verwacht in de regio's Flevoland, Gooi en

Vechtstreek, Rijnstreek en Utrecht (zie figuur 9.1). Om de dreigende tekorten te voorkomen, wordt in convenantsverband door VWS, sociale partners en Arbeidsvoorziening op een aantal speerpunten stevig ingezet. Wanneer alle doelstellingen uit het convenant voor de zorg gehaald worden, resteert in het beleidsscenario van RegioMarge, een tekort van 3,3% in 2004. De volgende paragrafen gaan over het gevoerde en voorgenomen beleid.

figuur 9.1 Tekorten verpleegkundig en verzorgend personeel in 2004



9.2 Evaluatie

9.2.1 Arbeidsmarktmiddelen

Sectorfondsen

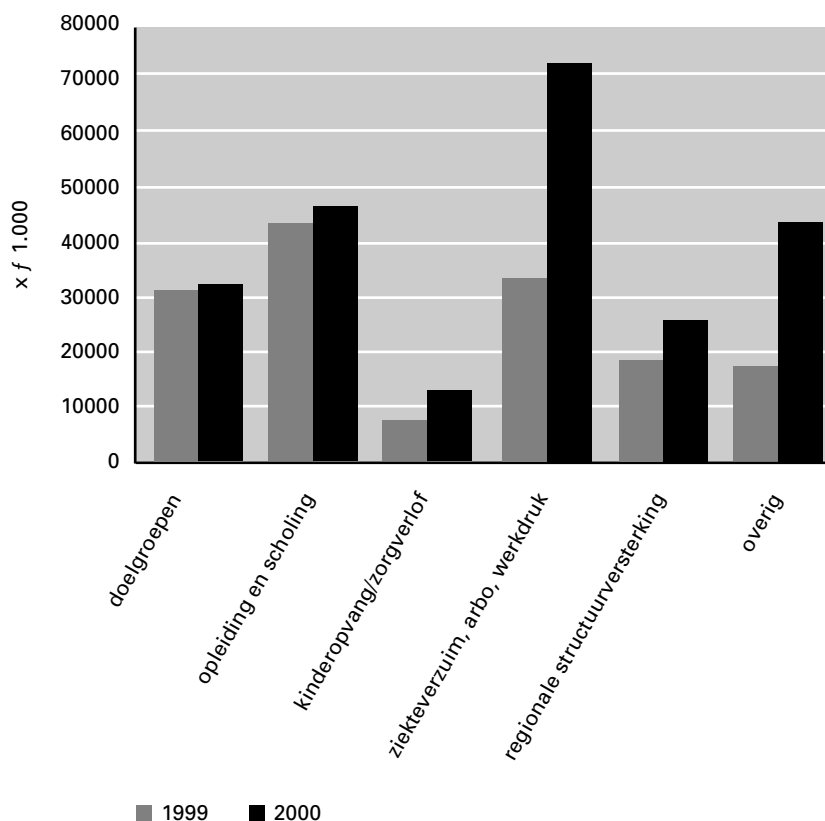
Sectorfondsen voeren het arbeidsmarktbeleid voor de zorg- en welzijnsectoren uit. Deze fondsen zijn opgericht en worden bestuurd door sociale partners. VWS subsidieert de fondsen op basis van hun jaarlijkse activiteitenplannen.

In 1999 en 2000 heeft VWS extra middelen beschikbaar gesteld om de dreigende arbeidsmarktknelpunten aan te pakken. Voor de sectorfondsen zijn in 1999 al additionele middelen beschikbaar gekomen voor initiële opleidingen (f 15,4 mln), werkdruk en arbo (f 20 mln) en regionale structuurversterking (f 8 mln). Dit voorjaar is besloten om voor 2000 f 68,6 mln extra beschikbaar te stellen voor arbeidsmarktbeleid in de zorg- en welzijnssector. Hiervan wordt het grootste deel ingezet voor arbeidsomstandighedenbeleid en ziekteverzuimbestrijding.

Het uitsplitsen van de ingezette middelen per speerpunt leidt tot het volgende beeld (zie figuur 9.2). In de zorg worden steeds meer middelen ingezet voor regelingen die zorgsectorbreed gelden, dus voor alle CAZ-sectoren (zie tabel 9.7 in de bijlage). In 1999 betrof het de uitgaven

voor regionale structuurversterking en de beeldvormingscampagne en in 2000 worden ook de additionele middelen zorgsectorbreed ingezet. Op deze manier wordt een impuls gegeven aan een gezamenlijke, effectieve en doelmatige aanpak van de knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorg.

Figuur 9.2 Inzet van middelen per speerpunt in 1999 en 2000



Totale additionele middelen voor arbeidsmarkt/werkdruk

Ook in het kader van de meerjarenafspraken zijn additionele middelen beschikbaar gekomen voor arbeidsmarkt/werkdruk. De instellingsbudgetten zijn ten opzichte van 1998 in 2000 verhoogd met ongeveer f 520 mln voor arbeidsmarktbeleid/werkdruk. Hiervan wordt een groot deel, ongeveer f 300 mln, in de ouderenzorg (verpleeghuizen, verzorgingshuizen en thuiszorg) ingezet. De instellingen in deze sectoren hebben in de eerste helft van 2000 aan de zorgkantoren plannen overlegd met daarin de voorgenomen aanwending van de werkdrukmiddelen in 2000. Op basis van de thans bij VWS bekend zijnde plannen (gezamenlijk goed voor 75% van het totaal aan extra middelen 2000) kan worden opgemaakt, dat de middelen voor een belangrijk deel worden ingezet voor het verhogen van de personeelsformatie. Onze inschatting is dat dit zal leiden tot een toename van 1.325 personen. Hiervan komen er ongeveer 700 bij de verpleeghuizen, 500 bij de verzorgingshuizen en 125 bij de thuiszorg terecht. Verreweg het meeste aantal formatieplaatsen (810) wordt toegekend in de sfeer van het personeel verpleging en verzorging. Ook het scheppen van leerlingplaatsen krijgt veel aandacht: 367. Dit laatste is uiteraard van belang met het oog op de heersende arbeidsmarktproblematiek. Naast uitbreiding van de personeelsformatie worden de middelen ingezet voor flankerend werkdrukbeleid.

Tabel 9.1 Additionele arbeidsmarktmiddelen (x f mln) 1999 t/m 2002

	1999	2000	2001	2002
Intensiveringen facilitering arbeidsmarktbeleid	167,6	171,6	186,6	201,6
Werkdruk via budgetten	75,9	79,9	94,9	109,9
Werkdruk via sectorfondsen	10,0	10,0	10,0	10,0
Initiële opleidingen via budgetten	48,3	48,3	48,3	48,3
Initiële opleidingen via sectorfondsen	15,4	15,4	15,4	15,4
Arbobeleid via sectorfondsen	10,0	10,0	10,0	10,0
Structuurversterking via sectorfondsen	8,0	8,0	8,0	8,0
Extra arbeidsmarkt/werkdrukmiddelen (meerjarenafspraken)	145,0	427,9	573,6	734,3
Gehandicaptenzorg	24,0	75,3	50,3	40,3
Cure	40,0	58,0	73,0	88,0
Ouderenzorg	81,0	294,6	450,3	606,0
Overige intensiveringen	17,1	104,6	124,0	89,0
w.v. tilmiddelen	10,0	25,0	15,0	10,0
Totaal arbeidsmarkt/werkdruk	329,7	704,1	884,2	1.024,9

9.2.2 Convenanten Arbeidsmarktbeleid

Deze paragraaf gaat in op twee convenanten: het convenant Arbeidsmarktbeleid Zorgsector (CAZ) en het convenant Arbeidsmarktbeleid Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ)

Met Arbeidsvoorziening en sociale partners in de zorgsector en de sector welzijn/jeugdhulpverlening heeft het ministerie van VWS in 1998 respectievelijk 1999 arbeidsmarktconvenanten afgesloten. De convenanten scheppen een landelijk overlegkader voor een sectorbrede, meerjarige en integrale aanpak van de arbeidsmarktknelpunten. Op basis van de convenanten hebben de convenantpartijen Meerjarige Beleidskaders 2000–2004 opgesteld met doelstellingen en speerpunten. Een overzicht hiervan staat in bijlage 9 Arbeidsmarktbeleid.

De doelstellingen zijn in de jaarplannen voor 2000 voorzien van middelen en maatregelen. Sectorfondsen van sociale partners zijn belangrijke actoren bij het opstellen en uitvoeren van deze maatregelen.

CAZ-Jaarplan 2000

In het CAZ-Jaarplan 2000 worden zes speerpunten onderscheiden:

- ziekteverzuim en arbeidsomstandigheden
- behoud van zittend personeel
- instroom van personeel
- regionale structuur
- beeldvorming
- monitoring en onderzoek

Per speerpunt zijn kwantitatieve doelstellingen opgenomen en worden verschillende maatregelen aangegeven. Het voor de maatregelen beschikbare bedrag was aanvankelijk f 238,4 mln. Hieraan is in mei/juni nog f 61,3 mln door VWS toegevoegd. Zoals eerder opgemerkt is een groot deel hiervan, ongeveer f 50 mln, bestemd om instellingen te

stimuleren plannen te maken voor het verbeteren van arbeidsomstandigheden en terugdringen van verzuim. De rest gaat naar de speerpunten instroom en behoud. De maatregelen worden nu grotendeels uitgevoerd. In het kader van het CAZ-onderzoeksprogramma vindt monitoring plaats. Begin 2001 zal daarover informatie beschikbaar komen.

CAWJ-jaarplan 2000

Het CAWJ-jaarplan 2000 bevat maatregelen op de volgende acht speerpunten:

- monitoring, onderzoek en effectmeting
- regionale beleidsvorming
- kinderopvang en zorgverlof
- doelgroepenbeleid
- initiële opleidingen
- scholing, employability en loopbaanbeleid
- kwaliteit van arbeid, verzuim en invalidering
- beeldvorming en wervingspositie

Hiermee was aanvankelijk een bedrag van ongeveer f 40 mln gemoeid. In mei/juni 2000 voegde VWS daaraan nog f 7,3 mln toe. Het grootste deel wordt ingezet om het ziekteverzuim te bestrijden. Verder zijn er extra projecten opgezet voor regionale instroombevordering en behoud (scholing en loopbaan). De maatregelen worden momenteel uitgevoerd. Medio 2000 zijn afspraken gemaakt over een systeem om de effecten van de maatregelen in de jaarplannen te onderzoeken.

9.2.3 Speerpunten arbeidsmarktbeleid

9.2.3.1 Ziekteverzuim, WAO en werkdruk

In vergelijking met de meeste andere sectoren is het ziekteverzuim in de zorg- en welzijnssector relatief hoog. Zowel landelijk als in zorg en welzijn is het ziekteverzuim in 1999 verder toegenomen.

Tabel 9.2 Ziekteverzuimpercentage (exclusief zwangerschapsverlof)

	1996	1997	1998	1999
Gezondheids- en welzijnszorg	6,7	6,9	7,3	7,8
Ziekenhuizen	6,3	6,4	6,8	7,2
Verpleeg- en verzorgingshuizen	7,0	7,3	7,8	8,4
Overige gezondheids- en welzijnszorg	6,5	6,7	7,1	7,5
Landelijk (excl. Overheid)	4,6	4,6	5,0	5,4

Bron: CBS

De toename van het ziekteverzuimpercentage in 1999 wordt vrijwel geheel veroorzaakt door de toename van het langdurig verzuim. De verschillen in de hoogte van het ziekteverzuimpercentage tussen de zorgsectoren worden voor het overgrote deel eveneens verklaard door verschillen in het voorkomen van langdurig verzuim.

Naast een hoog ziekteverzuim kent de sector zorg en welzijn ook een relatief hoge instroom in de WAO. In 1999 bedroeg de instroomkans in zorg en welzijn 1,7% tegenover 1,4% landelijk. Tegenover de hoge WAO-instroom in de sector zorg en welzijn staat een relatief hoge

uitstroom van WAO-ers, maar dit heeft een verdere stijging van het aantal WAO-ers in deze sector niet kunnen voorkomen.

Er wordt op diverse fronten beleid gevoerd om het ziekteverzuim aan te pakken. Sociale partners maken in de eerste plaats in hun CAO's concrete afspraken over het bestrijden van werkdruk en ziekteverzuim. Daarnaast bieden sectorfondsen ondersteuning aan de instellingen door het aanreiken van instrumenten op het gebied van P&O, Arbo- en ziekteverzuimterrein in combinatie met subsidiemogelijkheden. Verder zijn in navolging van de verzorgingshuizen ook in de intramurale zorg, thuiszorg en semi-murale gehandicaptenzorg peilstations ziekteverzuim opgezet. Met deze peilstations kunnen deelnemende instellingen per kwartaal hun ziekteverzuimkengetallen (verzuimontwikkeling, verzuimduur, oorzaken enzovoort) spiegelen aan de verzuimkengetallen in de regio, branche en sector. Hierdoor komt meer zicht op de effectiviteit van de genomen maatregelen.

Werkdrukbestrijding vormde ook een belangrijk speerpunt van de meerjarenafspraken die in 1999 zijn gemaakt. Op basis van deze afspraken zijn de instellingsbudgetten in 1999 met f 220 mln verhoogd om de werkdruk aan te pakken. In 2000 komt daar nog eens f 250 mln bij. De middelen worden niet alleen ingezet voor 'extra handen aan het bed', maar ook voor flankerend beleid zoals leeftijdsgericht personeelsbeleid, ziekteverzuimbeleid, regionale samenwerking en andere vormen van personeelsbeleid.

In 1999 is in het kader van het brancherapport Curatieve Somatische Zorg onderzoek uitgevoerd naar een geschikt monitoringsysteem van werkdruk bij verplegend en verzorgend personeel. Uit deze studie kwam naar voren dat het meten van het objectieve begrip 'werklast' de beste mogelijkheden biedt. Onder werklast wordt hierbij verstaan de verhouding tussen de voor zorgzwaarte gecorrigeerde productie en de effectieve personeelsinzet. Op basis van deze bevindingen heeft VWS aan Prismant opdracht verleend om per zorgsector een werklastindicator te ontwikkelen op basis van bestaande registraties. Met deze werklastindicator kan per sector voor het verplegend en verzorgend personeel inzicht verkregen worden in de ontwikkeling van de werklast, ofwel de 'extra handen aan het bed'. Naar verwachting zullen de resultaten in oktober 2000 bekend zijn. Cijfers over de ontwikkeling van de werklast kunnen, samen met bijvoorbeeld gegevens over ziekteverzuim en verloop, meer inzicht geven in de ontwikkeling van de werkdruk in een bepaalde sector.

Omdat ziekteverzuim de uitkomst is van tal van factoren en omstandigheden, bijvoorbeeld werkindeling (roosterplanning), fysieke en psychische belasting, sociale omstandigheden, regelmogelijkheden en persoonskenmerken is een specifieke aanpak (maatwerk) ter bestrijding ervan noodzakelijk. Dat investeren in ziekteverzuimbestrijding werkt, blijkt uit ervaringen van individuele instellingen (zie onderstaande box).

Thuiszorg Hameland van Nispenhof

Met een voortvarend ziekteverzuimbeleid heeft Thuiszorg Hameland van Nispenhof uit Terborg de afgelopen jaren goede resultaten geboekt. Het ziekteverzuim (exclusief zwangerschapsverlof) onder uitvoerend personeel is van 8,7% in 1995 gedaald naar 5,6% in 1999. De volgende maatregelen hebben mede bijgedragen aan deze daling:

- Op kosten van de werkgever kunnen werknemers met fysieke of psychische klachten naar een fysiotherapeut respectievelijk therapeut en werknemers kunnen op vrijwillige basis jaarlijks een fitheidstest (bloeddruk, cholesterol, conditie enz.) krijgen.

- Met fitnesscentra worden kortingsafspraken gemaakt voor werknemers van de instelling.
- De ziekteverzuimcijfers worden per manager bijgehouden en elke vier weken bekend gemaakt. Elke manager heeft een eigen target voor het ziekteverzuim in zijn/haar team.
- Managers krijgen een cursus ziekteverzuimbeleid.
- De instelling heeft een eigen reïntegratiebureau opgezet. (Langdurig) zieken blijven bij werkzaamheden betrokken door onder meer licht administratief werk of boodschappen te doen met klanten.
- Er zijn ook arbeidsvoorwaardelijke prikkels ingebouwd. Zo krijgen alle werknemers aan het einde van het jaar als het ziekteverzuim van de instelling onder een streefcijfer uitkomt een cadeau. De positieve prikkel is dus niet geïndividualiseerd, maar geldt voor de instelling.
- De arbo-arts houdt spreekuur in de instelling.

Westfries Gasthuis

Het Westfries Gasthuis in Hoorn (een algemeen ziekenhuis met circa 1.800 werknemers) heeft al jaren een laag ziekteverzuim van rond de 5%. In 1998 en 1999 was dit respectievelijk 4,2% en 5,0%. Het ziekenhuis heeft dit bereikt door een actief ziekteverzuimbeleid, waarbij de inbedding in het totale personeelsbeleid en de rol van de leidinggevenden cruciaal zijn. Enkele elementen uit het ziekteverzuimbeleid zijn:

- Het ziekteverzuim staat permanent op de agenda door middel van een jaarlijks terugkerend cyclisch beleidsproces van: ziekteverzuimanalyse, plan van aanpak, uitvoering en evaluatie.
- Er wordt aangedrongen op openheid over de werkelijke redenen van ziekmelding. Dit is van belang bij bijvoorbeeld problematische werksituaties en problemen thuis (bijvoorbeeld een ziek kind). In deze gevallen kan een medewerker een paar dagen betaald verlof krijgen. Deze eerlijke benadering leidt wederzijds tot meer begrip en er is er meer aandacht voor de (oplossing van) achterliggende problemen.
- Met enkele andere zorginstellingen is een 'eigen' arbodienst opgericht. Dit heeft als voordeel dat de lijnen kort zijn en de dienstverlening maximaal op maat gemaakt kan worden.
- Er zijn afspraken gemaakt met een psychologenpraktijk die binnen enkele dagen, op kosten van het ziekenhuis, hulp verleent aan zieke werknemers.
- Er is een programma 'posttraumatische stressverwerking' opgezet, waarin leidinggevenden worden getraind om beter om te gaan met medewerkers die het slachtoffer zijn geworden van traumatische ervaringen.
- Om agressie en geweld tegen te gaan worden o.a. weerbaarheidscursussen gegeven en bouwkundige maatregelen genomen.
- Er is een permanent intern scholingsprogramma voor het omgaan met fysieke belasting.
- Tien jaar geleden is een herplaatsingsbeleid opgezet voor personeelsleden die langdurig uitvallen en niet meer in hun oude werkomgeving kunnen terugkeren.
- Het personeel heeft een grote autonomie over de eigen werkomstandigheden.
- Samenhangend met het vorige punt, blijkt uit exit-interviews dat het personeel zeer tevreden is over de werksfeer, de ontplooiingsmogelijkheden en de houding van de leidinggevenden. Dit heeft een positief effect op het ziekteverzuimgedrag.

9.2.3.2 Arboconvenanten

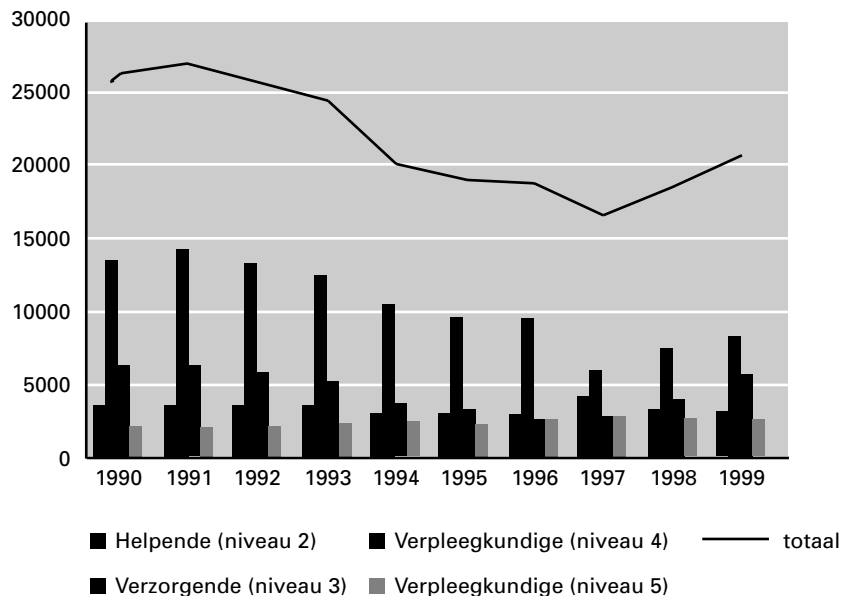
Via arboconvenanten wordt branchegewijs gestreefd naar het verlagen van arbeidsrisico's. In de zorgsector gaat het met name om risico's als fysieke en psychische belasting, werkdruk, schadelijke stoffen, RSI, agressie en onveiligheid en traumatische ervaringen. In 1999 zijn twee arboconvenanten totstandgekomen: een voor de thuiszorg en een voor de kinderopvang. Momenteel worden de afspraken uit de convenanten uitgewerkt en uitgevoerd. In de thuiszorg is een groot onderzoek gedaan naar de medewerkerstevredenheid. In mei jongstleden zijn de uitkomsten daarvan aan de instellingen bekendgemaakt. Daarnaast is over deze materie een brancherapport verschenen. Naar verwachting zullen dit najaar op basis van de uitkomsten van de medewerkersraadpleging in de thuiszorg afspraken gemaakt worden over een plan van aanpak vermindering werkdruk in de thuiszorg. Eind 1999 tekenenden sociale partners, VWS en SZW een intentieverklaring tot het aangaan van een arboconvenant in de GGZ. In juni 2000 volgden vervolgens soortgelijke intentieverklaringen voor de ziekenhuizen, de academische ziekenhuizen, de gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging. In de intentieverklaringen staat dat gestreefd wordt naar het totstandkomen van arboconvenanten, uiterlijk op 31 december 2000.

Fysieke belasting is in het kader van de arboconvenanten een belangrijk aandachtspunt. Een voorwaarde bij het terugbrengen van het risico van fysieke belasting is dat er voldoende apparatuur (zoals tilapparaten en hoog-laagbedden) in de instellingen aanwezig is. Voor het stimuleren van de aanschaf van dergelijke apparatuur heeft het kabinet tijdens deze regeerperiode f 60 mln beschikbaar gesteld.

9.2.3.3 Initiële opleidingen

De instroom van het aantal leerlingen in het verplegend en verzorgend onderwijs liet in 1999, evenals in 1998, een toename zien (zie figuur 9.3 en tabel 9.8 van bijlage 9).

Figuur 9.3 Instroom in het V&V-onderwijs 1990-1999, naar niveau



Bron: RegioMarge en bewerking van gegevens van OCenW.

Vooral op het middenniveau (kwalificatieniveau 3 en 4) is er, zowel in 1998 als 1999, sprake van een toename. Daarnaast doet zich een verschuiving voor in de onderlinge verhoudingen tussen de leerwegen (die de opleidingen in de verschillende kwalificatieniveau's aanbieden); de instroom in de beroepsbegeleidende leerweg (BBL) is aanzienlijk gestegen, de beroepsopleidende leerweg (BOL) daarentegen laat, behalve op niveau 4, een stabilisering zien (zie ook tabel 9.8 in de bijlage arbeidsmarktbeleid). Het ingezette beleid om de instroom in met name de BBL-variant te stimuleren lijkt effect te gaan sorteren.

De instroom in de opleidingen is nog niet toereikend om in de arbeidsmarktbehoefte te kunnen voorzien. Met een beeldvormingscampagne, onder andere gericht op schooldecanen, wordt de aantrekkelijkheid van de zorgberoepen getoond. Ook het gelijkstellen voor de studiefinanciering van de HBO-v aan de andere hbo-opleidingen neemt een obstakel bij de instroom weg.

Daarnaast heeft VWS in 1999 f 64 mln structureel beschikbaar gesteld om werkgevers te stimuleren leerlingen in de BBL-route aan te nemen. De intramurale zorginstellingen hebben ervoor gekozen de middelen aan de instellingsbudgetten toe te voegen. Hierbij worden de middelen naar rato van het aantal BBL-leerlingen over de instellingen verdeeld. Een vergelijking tussen het aantal leerlingen per 1 oktober 1999 en 1 oktober 1998 in intramurale sectoren laat een toename zien van het aantal leerlingen in de ziekenhuizen (+ 1.603), academische ziekenhuizen (+ 205), intramurale gehandicaptenzorg (+ 574) en verpleeghuizen (+ 526) en een lichte daling in de geestelijke gezondheidszorg (- 110).

De thuiszorg heeft ervoor gekozen de opleidingsmiddelen via het sectorfonds AWO (Stichting Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds voor de sector zorg en welzijn) te laten lopen. AWO heeft een stimuleringsregeling in het leven geroepen om een toename van het aantal opleidingsplaatsen te bewerkstelligen. Het gaat hierbij zowel om praktijkopleidingsplaatsen (BBL), stageplaatsen (BOL) als plaatsen voor functiespecifieke brancheopleidingen. In de semimurale gehandicaptenzorg zijn in 1999 ondersteunende en voorlichtende activiteiten uitgevoerd met als doel de kwantiteit en kwaliteit van de opleidingsplaatsen te verbeteren.

Nu enkele jaren ervaring opgedaan is met het nieuwe opleidingsstelsel voor verpleegkundige en verzorgende beroepen, blijkt het voornaamste knelpunt het tekort aan plaatsen voor de beroepspraktijkvorming (zowel voor BOL als BBL) te zijn. In 1999 en 2000 zijn verschillende studies verschenen over de knelpunten rond de beroepspraktijkvorming. Hieruit blijkt, dat het tekort aan plaatsen voor de beroepspraktijkvorming wordt veroorzaakt door onvoldoende afstemming tussen zorginstellingen en onderwijsinstellingen. Op landelijk niveau dringt VWS aan op meer afstemming, die met name op regionaal niveau gestalte moet krijgen. Inmiddels nemen beide sectoren initiatieven tot regionale afstemming en coördinatie van de beroepspraktijk-vormingsplaatsen. Om de knelpunten aan te pakken heeft VWS bovendien extra middelen beschikbaar gesteld. Voor de besteding van deze middelen verwijzen we naar paragraaf 9.3.2.3.

9.2.3.4 Overheveling I/D-zorgbanen

Sinds 1995 kunnen zorg- en welzijnsinstellingen langdurig werklozen in dienst nemen door hen een baan te bieden via de I/D-regeling (voorheen Melkert-regeling). Uit onderzoek is gebleken dat de banen in het algemeen een positief effect hebben op de werkdruk en de kwaliteit van de dienstverlening. Tot en met 1999 is ongeveer één derde van het totaal

beschikbare aantal banen ingezet in de zorg- en welzijnssector via de uitvoeringsorganisaties College Tarieven Gezondheidszorg (CTG), AWO en Stichting Arbeidsmarkt-, Werkgelegenheids- en Opleidingsfonds Bejaarden-oorden (AWOB). De overige tweederde van de banen is via gemeenten uitgezet (gemeentelijke banen).

Tot en met 1 januari 2000 is 86% van de toegewezen arbeidsplaatsen in de zorg- en welzijnssector ingevuld (11.430 bezet van de 13.307 toegewezen arbeidsplaatsen van gemiddeld 32 uur, zie ook tabel 9.9 in de bijlage). Het vervullingstempo ligt daarmee lager dan dat van de gemeentelijke banen. Mede daarom heeft het kabinet besloten de uitvoering van de banen per 1 januari 2000 over te hevelen naar de gemeenten. De strikte scheiding tussen gemeentelijke banen en zorgbanen is hiermee beëindigd; het toewijzen van banen en kandidaten is hiermee onder één paraplu gebracht. Het overhevelingstraject is inmiddels succesvol afgewikkeld.

Een landelijk dekkend netwerk van regiepunten blijft operationeel, om het regionale samenspel tussen instellingen, gemeenten en arbeidsvoorziening te ondersteunen. Regiepunten zijn als netwerkorganisatie onder andere behulpzaam zijn bij de acquisitie van banen, werving en selectie en toeleiding van kandidaten, begeleiding via jobcoaches, scholing op de werkplek en dergelijke.

In het kader van het grotestedenbeleid zijn afspraken gemaakt over het realiseren van I/D-banen in de zorgsector. De intentie van de G-25 gemeenten voor het realiseren van arbeidsplaatsen komt tot uitdrukking in de convenanten die zij met het Rijk hebben gesloten. Het ministerie van SZW toetst de voortgang met behulp van monitoring van de gemaakte afspraken.

9.2.3.5 Instroom, doorstroom en behoud allochtoon personeel

Kwantitatieve doelstellingen en resultaten

De instroom van allochtoon personeel in de zorgsector heeft een grote groei doorgemaakt. Die groei was mogelijk door het gezamenlijk optreden van sectorfondsen, VWS en Arbeidsvoorziening. In 1994 is hiertoe het Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de zorgsector (TOPAZ) van start gegaan. Werkgevers en werknemers in de intramurale sector en verzorgingshuizen hebben in 1993 kwantitatieve taakstellingen afgesproken voor de instroom van allochtonen: 3.800 in vier jaar. Deze taakstelling is dubbel gehaald. Uit de eindmeting van het Nederlands Ziekenhuisinstituut (NZi)-programma 'Allochtonenbeleid zorginstellingen' van december 1997 blijkt dat in vier jaar tijd ruim 8.000 allochtonen een baan gevonden hebben in de zorgsector. Op basis van subsidieregelingen van de sectorfondsen zijn in 1998 en 1999 jaarlijks 4.000 personen ingestroomd.

Kwalitatieve doelstellingen en resultaten

Niet alleen is er een goed kwantitatief resultaat geboekt, ook is het denken op gang gebracht over de samenhang tussen kwaliteit van zorg en diversiteit in het personeelsbeleid (intercultureel management). Er zijn methodieken ontwikkeld om de instroom, het behoud en de doorstroom te bevorderen. Het allochtonenbeleid staat nu op de agenda van de instellingen. Het Project Implementatie TOPAZ in Nederland (PIT.NL), dat gericht is op het overdragen van expertise en instrumenten met inschakeling van de regionale netwerken, kon daarmee eind 1999 formeel worden afgesloten. De regionale netwerken, die de instellingen ondersteunen bij het ontwikkelen van intercultureel beleid blijven operationeel. Gegeven de groei van het aantal allochtone zorgvragers is ook de komende tijd blijvend aandacht nodig voor interculturalisatie.

9.2.3.6 *Beeldvormingscampagne*

Eind 1999 is de tweejarige landelijke beeldvormingscampagne 'De zorg. Het echte werk' gestart. De campagne is gericht op potentiële (her)intreders, op zogeheten intermediairs (zittende medewerkers en ook bijvoorbeeld schooldecanen) en het brede publiek. De landelijke campagne dient ook ter ondersteuning van regionale en lokale wervingsactiviteiten.

Met beelden en boodschappen wordt uitgedrukt dat de zorg volop appelleert aan moderne waarden: professionaliteit, invloed en verantwoordelijkheid. En dat de zorg de vergelijking met beroepen in andere sectoren goed doorstaat.

De campagne bevat een scala aan activiteiten, waaronder de spotjes op tv en radio. Op verschillende momenten is onderzoek gedaan naar de effecten van de spots en advertenties. De algemene waardering, uitgedrukt in een rapportcijfer, is gedurende de gehele campagne 7,1 bij jongeren en 6,8 bij volwassenen. De spots scoren op de kenmerken 'duidelijk', 'geloofwaardig', 'niet-irritant' en 'informatief' tussen de 5 en 6 op een 7-puntsschaal (1 = negatief, 7 = positief gewaardeerd). Opvallend is de hoge waardering voor werkenden in de zorg. Bij jongeren is deze waardering in de loop van de campagne toegenomen. Wat betreft de belangstelling voor beroepsrichtingen staat de zorgsector op de tweede plaats (28% geeft aan hiervoor belangstelling te hebben) ná commerciële functies (36%) en vóór IT-functies (23%).

9.2.3.7 *Onderzoeksresultaten*

VWS participeert financieel en inhoudelijk in de onderzoeksprogramma's van het CAZ en CAWJ. Daarnaast bekostigt VWS samen met andere departementen (SZW, EZ, OCenW en BZK) het meerjarig Algemeen Beleidsonderzoeksprogramma op het terrein van de arbeidsmarkt.

Hierna volgen enkele concrete onderzoeksresultaten aan de hand van recent verschenen onderzoeksrapporten.

Herintreding in de zorgsector

In het rapport 'Herintreding in de zorgsector. Raming 1997–2008' is aan de hand van een model een gefundeerde raming gemaakt van de instroom van herintreders in de zorgsector in de periode 1997–2008. Onder een herintreder wordt hier verstaan iemand die gaat werken in een betaalde baan van ten minste 12 uur per week en die een jaar eerder niet tot de werkzame beroepsbevolking behoorde (dit met uitzondering van schoolverlaters). De resultaten zijn als volgt. Voor de hele Nederlandse economie bestaat de groep herintreders voor meer dan 90% uit vrouwen. In de zorgsector is het aantal herintredende mannen vrijwel te verwaarlozen. In 1997 waren er in totaal ongeveer 87.000 herintreders en ongeveer een kwart daarvan kwam terecht in de zorgsector. Het aantal herintredende vrouwen zal in de komende jaren slechts langzaam afnemen. Het aantal herintreders in de zorgsector zal ook de komende jaren dus minstens 20.000 per jaar bedragen. Ruim de helft daarvan zal tot de leeftijdscategorie 35–44 jaar behoren. Het aantal laagopgeleiden (ten hoogste vbo of mavo) zal toenemen. Het aantal met een middelbare opleiding (havo/vwo, mbo) zal afnemen, in iets mindere mate geldt dat ook voor de hoger opgeleiden. De toenemende arbeidsparticipatie van vrouwen zal zich dus meer gaan concentreren bij laagopgeleiden. Deze bevindingen geven het grote belang aan van de recente invoering van kwalificatieniveau 1 en verdere functiedifferentiatie.

Veranderingen in het beroep van verpleegkundige

In het onderzoek Contextontwikkelingen en competenties zijn de veranderingen in de beroepspraktijk voor een zestal mbo-beroepen, waaronder dat van verpleegkundige, in kaart gebracht. Van alle onderzochte beroepen is bij verpleegkundigen het specialistische karakter van het beroep het sterkst toegenomen en is het takenpakket het meest verbreed. De belangrijkste externe ontwikkelingen met betrekking tot de beroepspraktijk zijn veranderingen in wet- en regelgeving, veranderende maatschappelijke en politieke behoeften en de schaarste op de arbeidsmarkt. De belangrijkste interne ontwikkelingen met betrekking tot de beroepspraktijk zijn het afplatten van de organisatie, decentralisatie van het instellingenbeleid, kwaliteitszorgsystemen, veranderingen in de bedrijfscultuur en de manier van werken. De toegenomen werkdruk en de grotere eigen verantwoordelijkheid zijn de veranderingen in het werk met de grootste invloed op van verpleegkundigen vereiste competenties.

9.2.4 Arbeidskosten

De indexering van de instellingsbudgetten voor de arbeidskostenontwikkeling heeft in 2000 plaatsgevonden conform de afspraken die zijn neergelegd in het convenant van 20 september 1999 over de nieuwe aanpak voor de bepaling van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling voor het VWS-veld (Tweede Kamer 1999–2000, 25 999, nr. 8). Het convenant heeft ertoe geleid dat de vaststelling van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (de ova) soepel is verlopen. De arbeidsvoorwaarden in het VWS-veld zijn in 2000 mede dankzij de ova-2000 arbeidsmarktconform gegroeid. Voor grote delen van het VWS-veld golden tweejarige CAO's die al in 1999 waren afgesloten. Daarom zijn er in 2000 niet voor het hele VWS-veld nieuwe CAO's afgesloten. Daar waar in 2000 in het VWS-veld CAO-onderhandelingen zijn gevoerd, is dat niet met veel arbeidsonrust en negatieve publiciteit gepaard gegaan. Dat gaf zowel VWS als de betrokken sociale partners de gelegenheid om zich te kunnen wijden aan de in gezamenlijk overleg afgesproken speerpunten om de arbeidsmarktproblemen te lijf te gaan.

In het afgelopen begrotingsjaar 1999/2000 heeft de Kamer twee keer een algemeen overleg gehouden waarbij specifiek de arbeidsmarkt van het VWS-veld aan de orde was. In beide overleggen is naar voren gekomen dat het een misverstand is dat de arbeidsvoorwaarden en de hoogte van het salaris in het VWS-veld ondermaats zouden zijn. Hoewel het een economische wetmatigheid is dat de roep om salarisverbetering almaar sterker wordt wanneer de economie goed draait, is er geen aanleiding tot een meer dan marktconforme salarisaanpassing in het VWS-veld. Een extra procent loongroei, boven het marktgemiddelde, voor het gehele VWS-veld kost ongeveer f 350 mln. De analyses (zie met name TK, 1999/2000, 26 800 XVI, nr. 51 en 67) die bij de twee algemene overleggen zijn gebruikt, duiden er op dat het niet effectief zou zijn om via deze weg van arbeidskostenverhoging de arbeidsmarktproblematiek aan te pakken. Vandaar dat ook hieruit is geconcludeerd dat de aanpak van de arbeidsmarktproblematiek op de wijze zoals die in CAZ en CAWJ is vastgelegd, de voorkeur verdient boven meer dan marktconforme salarisverhogingen.

9.3 Beleidsvoornemens

9.3.1 Convenanten Arbeidsmarktbeleid

Het kabinet heeft dit voorjaar besloten om bovenop de bestaande Regeerakkoordintensivering in 2000 f 65 mln en in 2001 f 94 mln extra in te zetten voor arbeidsmarktbeleid. Deze intensivering loopt langs twee sporen. Het eerste spoor richt zich op reductie ziekteverzuim en verdient

zichzelf naar verwachting op den duur (2004) volledig terug. Het tweede spoor richt zich op overig arbeidsmarktbeleid (waaronder scholing). Hiervoor wordt f 40 mln structureel ingezet.

Jaarplannen CAZ en CAWJ 2001

Het totstandkomen van de jaarplannen CAZ en CAWJ 2001 is in een vergevorderd stadium. De sociale partners hebben aangegeven dat, gegeven de ernst van de knelpunten op de arbeidsmarkt in de zorgsector, extra inspanningen op het gebied van instroom en behoud van personeel in 2001 en volgende jaren noodzakelijk zijn. De extra inspanningen liggen, naast de reeds ingezette intensiveringen bij ziekteverzuim, arbeidsomstandigheden en reïntegratie, vooral op het gebied van instroom en behoud van personeel. Ook de regionale aanpak wordt verder geïntensiveerd, waarbij in de middelenverdeling rekening gehouden zal worden gehouden met regionale verschillen. Hiermee wordt uitvoering gegeven aan de motie-Van Vliet (Tweede Kamer, 1999–2000, nr. 26 800 XVI, nr. 38). Zodra de jaarplannen in het CAZ- en CAWJ-overleg zijn vastgesteld, zullen deze aan de Kamer worden gestuurd.

9.3.2 Speerpunten arbeidsmarktbeleid

9.3.2.1 Ziekteverzuim/WAO/reïntegratie

Terugdringing van het ziekteverzuim, goede arbeidsomstandigheden en reïntegratie is een beleidsterrein waar de convenantpartijen fors op inzetten. Belangrijke maatregelen zijn in dit kader:

- Er is, zowel voor de zorgsector als voor de sector welzijn en jeugdhulpverlening, een kaderregeling arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie ingevoerd. Instellingen kunnen vanaf 2000 bij de sectorfondsen subsidie aanvragen om het ziekteverzuim omlaag te brengen. De kaderregeling stelt ondermeer als voorwaarde voor het toekennen van subsidie dat: (a) de OR moet hebben ingestemd met het plan van aanpak om het ziekteverzuim terug te dringen en (b) dat de instelling deelneemt aan een sectoraal peilstation ziekteverzuim. In 2001 zullen de voorwaarden nader uitgewerkt worden.
- De taakgroep Ziekteverzuim, Arbeidsongeschiktheid en Reïntegratie van Arbeidsgehandicapten (ZARA) is opgericht. Momenteel werkt de taakgroep ZARA aan het opzetten van het kenniscentrum arbo/ziekteverzuim, dat per 1 juli 2001 operationeel moet worden. Het kenniscentrum gaat zich richten op het verzamelen en overdragen van kennis, instrumenten en 'best practices' voor in de eerste plaats de instellingen. Daarnaast wordt aandacht besteed aan de (praktische) wijze waarop partijen hun instrumentarium gezamenlijk kunnen inzetten op het terrein van vroegtijdige signalering van potentieel langdurig verzuim en reïntegratie. Ook wordt gezocht naar mogelijkheden om de bestaande regionale ondersteuningsstructuur sterker te betrekken bij het ondersteunen van instellingen bij het bestrijden van ziekteverzuim.

De beoogde effecten zijn voor 2000:

- vermindering van het in 1999 bestaande verschil tussen het ziekteverzuim in de zorgsector en dat in het bedrijfsleven met een achtste;
- vermindering van het in 1999 bestaande verschil tussen de WAO-instroom landelijk en die in de zorgsector met een achtste;
- reïntegratie vanuit de WAO in de zorgsector van 750 personen extra (t.o.v. realisatiecijfers 1999).

9.3.2.2 *Arboconvenanten*

Voor de sectoren thuiszorg en kinderopvang zijn arboconvenanten totstandgekomen. Voor deze sectoren wordt in 2001 gewerkt aan het verder implementeren van de in de convenanten overeengekomen afspraken, met name op het gebied van fysieke belasting en ergonomie. Verder zullen naar verwachting dit najaar op basis van de uitkomsten van de medewerkersraadpleging in de thuiszorg afspraken gemaakt worden over een plan van aanpak vermindering werkdruk in de thuiszorg. In 2001 kan dan vervolgens een begin gemaakt worden met het implementeren van deze afspraken.

De beoogde resultaten zijn: eind 2000 hebben alle beoogde zorgsectoren arboconvenanten afgesloten. In 2001 moeten de in de convenanten overeengekomen afspraken worden geïmplementeerd. Beoogde effecten zijn, middels het terugdringen van de verschillende arbeidsrisico's, een lager ziekteverzuim en een lagere WAO-instroom.

9.3.2.3 *Initiële opleidingen*

Om de instroom, het rendement en de kwaliteit van beroepspraktijkvormingsplaatsen (BPV-plaatsen) in de zorg te stimuleren heeft VWS vanaf 2000 extra geld ter beschikking gesteld. De sectorfondsen introduceren in samenwerking met de OVDB in 2000 een kaderregeling die bestaat uit drie samenhangende clusters, te weten:

- het versterken van werk- en praktijkbegeleiding in de BPV;
- het verbeteren van de match tussen vraag naar en aanbod van BPV-plaatsen;
- het bevorderen van de kwaliteit van de BPV-plaatsen.

Het eerste cluster is een generieke subsidiemaatregel op het niveau van de individuele zorginstellingen. Het tweede en derde cluster betreffen maatregelen op regionaal niveau, waarbij onder andere regionale BPV-coördinatiepunten worden opgezet en school-zorgcoördinatoren worden aangesteld.

Daarnaast worden in 2001 extra inspanningen verricht om een impuls te geven voor extra instroom op niveau 3-IG, omdat er met name op dit niveau grote tekorten worden verwacht.

In het Jaarplan 2001 voor de sector welzijn en jeugdhulpverlening is ruimte gemaakt voor het scheppen van ten minste 800 leerarbeidsplaatsen in de kinderopvang en JHV.

De beoogde effecten van het beleid voor de zorg in 2000 zijn: toename van de instroom in opleidingen met 5% en het verbeteren van het rendement van de opleidingen met 5%.

9.3.2.4 *Instroom, doorstroom en behoud allochtoon personeel*

In het CAZ is voor de periode 2000–2004 een instroomtaakstelling van in totaal 4.000 allochtonen afgesproken. Daarnaast wordt aandacht besteed aan het behoud van ingestroomde allochtone medewerkers, onder andere door het stimuleren van goed personeelsbeleid en het beschikbaar stellen van een eenmalige behoudpremie. Bovendien hebben CAZ-partijen afgesproken in 2001 een kenniscentrum doelgroepen op te richten.

In het kader van het CAWJ wordt gewerkt met het vierjarige project JeWeL. In 2001 wordt het accent verlegd van het ondersteunen van instellingen naar het ondersteunen van een regionale aanpak, met een

accent op instroombevordering. Dit laatste met het oog op de verwachte personeelstekorten. Eind 2001 wordt het project afgesloten. Met het oog hierop wordt ook aandacht besteed aan het mogelijk maken van de inbedding van de ontwikkelde kennis en methodieken in bestaande structuren (zoals regionale en sectorale steunfuncties).

Het beoogde effect van het beleid voor de zorg in 2000: Instroom van 1.000 allochtonen in 2000.

9.3.2.5 *Werving verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de EER*

Diverse zorginstellingen – in het bijzonder in de Randstad – kampen met acute personeelsproblemen. Het betreft met name verpleegkundigen en verzorgenden vanaf niveau 3. Werving binnen de Europese Economische Ruimte (EER) biedt voor deze instellingen onvoldoende ruimte. Een aantal instellingen is nu bezig personeel van buiten de EER aan te trekken. Daarvoor zijn tewerkstellingsvergunningen, af te geven door Arbeidsvoorziening, nodig.

In CAZ-verband is het initiatief genomen om de toestroom van verpleegkundigen en verzorgenden van buiten de EER in goede banen te leiden. CAZ-partijen – sociale partners in de zorgsector, Arbeidsvoorziening en VWS – hebben afspraken gemaakt over de voorwaarden, waaronder de tewerkstellingsvergunningen zullen worden verleend. Deze voorwaarden zijn de Tweede Kamer toegezonden bij brief van 16 juni 2000 (kenmerk MEVA/ABA2080415).

Belangrijke afspraken zijn ondermeer:

- vergunningen worden voor maximaal twee jaren verleend;
- instellingen moeten eerst al het mogelijke hebben gedaan om binnen de EER te werven;
- er mag niet worden geworven in landen die zelf problemen op de arbeidsmarkt kennen;
- per instelling gelden kwantitatieve beperkingen: maximaal 3% van het betreffende personeelsbestand in het eerste jaar, aflopend tot 1,5% in het vierde jaar.

De afspraken gelden met ingang van 1 juli 2000 en worden na twee jaren geëvalueerd. Daarnaast wordt op korte termijn in CAZ-verband bezien hoe de Nederlandse zorgsector beter gebruik kan maken van het vrije verkeer van werknemers binnen de EU.

9.3.2.6 *Herintreding*

In de zorg stromen jaarlijks ongeveer 22.000 herintreders in. Hiervan zijn ongeveer 5.000 gekwalificeerde verpleegkundigen en verzorgenden. Om zicht te krijgen op wat er nog meer kan en welke maatregelen daarvoor nodig zijn, hebben convenantpartijen onderzoek laten doen naar het onbenutte arbeidspotentieel van gediplomeerde verpleegkundigen, verzorgenden, helpenden enagogisch werkenden. Hoewel het onderzoek nog niet is afgerond, kan nu al gesteld worden dat betrokkenen bij een eventuele herintrede in de zorg veel belang hechten aan werk in de woonomgeving, geschikte werktijden en een bepaald aantal arbeidsuren. Inmiddels is een plan van aanpak opgesteld en is besloten tot een project om herintreders te werven. Het streven is het project in het najaar van 2000 te laten starten.

In relatie tot de beeldvorming en in relatie tot activering van doelgroepen loopt er ook een onderzoek naar het onbenut potentieel aan niet-gediplomeerden. De resultaten daarvan worden afgewacht.

Het beoogde effect van het beleid voor de zorg is in 2000: Verhoging instroom herintreders via contractonderwijs met scholen met 12,5%.

9.3.2.7 *Terugdringing verloop en uitbreiding arbeidsduur*

Vanaf 1997 is het verloop onder verpleegkundigen en verzorgenden behoorlijk gestegen. In 1999 bedroeg het netto-verloop, dus het verloop uit de sector, circa 6,7%. In het kader van het CAZ is afgesproken dat dit verloopcijfer gedurende de periode 2000–2004 moet worden teruggebracht met 20%. In het CAZ-jaarplan 2000 is een scala aan maatregelen opgenomen om in 2000 een vermindering van het verloopcijfer met 5% te realiseren. Deze maatregelen liggen ondermeer in de sfeer van scholing zittend personeel, employability, kinderopvang en arbeidsomstandigheden. Naast kinderopvang kunnen ook andere maatregelen op het gebied van het combineren van arbeid en zorg (bijvoorbeeld de invoering van het kortdurend betaald zorgverlof), het verloop terugdringen. Tenslotte leidt verdere functiedifferentiatie, zoals ook in de motie Weekers en Oudkerk van 28 juni 2000 is aangegeven, tot meer loopbaanperspectief. Dit is van groot belang, omdat het ontbreken van loopbaanperspectief voor het verplegend en verzorgend personeel één van de belangrijkste 'voorkoombare' redenen is om de zorg te verlaten. Zie over functiedifferentiatie ook paragraaf 3.2.4.1 het clusteren en moderniseren van de beroepenstructuur.

De genoemde maatregelen hebben naast een positief effect op het behoud van personeel ook een positief effect op de bereidheid van werknemers om de individuele arbeidsduur uit te breiden. Om een uitbreiding van de arbeidsduur te vergemakkelijken zijn in meerdere CAO's afspraken gemaakt over de flexibilisering van arbeidstijden en -duur.

De beoogde effecten van het beleid voor het beleid in de zorg zijn in 2000: Een vermindering van het netto-verloopcijfer met 5% en een stijging van de gemiddelde arbeidsduur met 5%.

9.3.2.8 *Regionale structuur*

De sectorfondsen AWOB (Verzorgingshuizen) en AWOZ (Ziekenhuiswezen) hebben elk een eigen regionale infrastructuur. Voor AWOZ is het zogenoemde Tripartiet Sector Overleg (TSO) actief; voor AWOB de Regionale Aanpak Personeelsvoorziening Verzorgingshuizen (RAP-V). In het kader van de fusie van de sectorfondsen worden de regionale structuren geïntegreerd. In een aantal regio's is die integratie al gerealiseerd. Behalve de integratie van TSO- en RAP-V-structuren is ook een verbreding van het werkterrein van de regio's ingezet. De regio's gaan ook werken voor de sectoren Thuiszorg, Dagverblijven en tehuizen voor gehandicapten (DTG) en Academische ziekenhuizen. In 1999 is het integreren en verbreden van de regionale structuur gestimuleerd door een subsidieregeling van de gezamenlijke sectorfondsen. TSO en RAP-V moesten een gezamenlijk plan indienen; de activiteiten moesten ook gericht zijn op de sectoren Thuiszorg en DTG.

Zoals eerder aangegeven gaan regio's een grotere rol spelen bij het matchen van BPV-plaatsen tussen opleidingsinstituten en zorginstellingen.

De beoogde resultaten voor de zorg zijn: het versterken en verbreden van de regionale infrastructuur, waarbij de verbreding met thuiszorg, DTG en academische ziekenhuizen uiterlijk per 1 januari 2001 moet zijn afgerond. De effecten van het regionale beleid blijken bij de overige speerpunten.

9.3.2.9 *Onderzoek in uitvoering*

De drie voornoemde onderzoeksprogramma's bestaan naast de periodiek verschijnende rapporten uit incidentele onderzoeken, die aanhaken op

actuele arbeidsmarktproblemen. Onderwerpen die op dit moment hoog op de agenda staan en waarvan de corresponderende onderzoeken op dit moment opgestart worden of al uitgevoerd worden, zijn:

- opleidingen (instroom en rendement);
- allochtonen en 'nieuwkomers';
- onbenut arbeidspotentieel;
- ziekteverzuim en reïntegratie gedeeltelijk arbeidsongeschikten.

9.3.3 MDW-traject toetredingsbelemmeringen

In het kader van Marktwerking, Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) heeft het kabinet besloten een MDW-werkgroep in te stellen die de toetredingsbelemmering voor medische beroepsbeoefenaren onder de loep gaat nemen.

De toetreding tot de markten voor de medische beroepsbeoefenaren kent diverse belemmeringen. Sommige van deze belemmeringen heeft de overheid in het verleden bewust aangebracht. Een voorbeeld hiervan is de numerus fixus in de basisopleiding. Andere belemmeringen zijn door de beroepsgroep zelf gecreëerd. Een voorbeeld hiervan is de verdeling van de markt binnen de regio. Soms lijken deze zo ver te gaan dat er sprake is van een 'closed shop'. Een voorbeeld van een andere orde is de gebruikelijke lange werkweek in bepaalde medische beroepen. Ook dit kan een belemmering zijn voor toetreding.

Toetredingsbelemmeringen beperken het aanbod van medische beroepsbeoefenaren. Dit kan leiden tot tekorten aan beroepsbeoefenaren in relatie tot de zorgvraag. Het kan ook leiden tot beperking van de keuzemogelijkheden voor de zorgverzekeraars en de consumenten en tot relatief hoge prijzen.

De MDW-werkgroep zal een inventarisatie maken van de toetredingsbelemmeringen in brede zin voor een aantal medische beroepsbeoefenaren (artsen, inclusief huisartsen en medisch specialisten, tandartsen, verloskundigen en fysiotherapeuten). Vervolgens zal de werkgroep voorstellen doen om niet-gewenste toetredingsbelemmeringen weg te nemen zodat vraag en aanbod beter op elkaar kunnen aansluiten. De werkgroep start in september 2000 en rapporteert in april 2001.

HOOFDSTUK 10 FINANCIERING

Kwamen in eerdere hoofdstukken de zorguitgaven aan de orde, in dit hoofdstuk staat de financiering ervan centraal. In 2001 gaat er f 82 mld in de zorg om. Dat bedrag wordt in dit hoofdstuk vertaald in de premiestelling voor de verschillende ziektekostenverzekeringen en de te innen eigen betalingen. Een ander belangrijk thema dat aan bod komt, is het beleid ten aanzien van de ziekenfondsbudgettering. Dat is erop gericht doelmatige en flexibele zorgverlening te realiseren door ziekenfondsen meer prikkels en instrumenten te geven.

10.1 Terreinbeschrijving

De te financieren zorguitgaven bedragen f 82 mld. De verschillende financieringsbronnen bepalen de paragraafindeling:

- de AWBZ;
- de ZFW;
- de particuliere ziektekostenverzekeringen, inclusief de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor het personeel van de provincies, de gemeenten en de politie;
- de overheid;
- de eigen betalingen;
- de overige betalingen.

Tabel 10.1 laat de bijdragen van de financieringsbronnen zien in de periode 1996 tot en met 2001.

Tabel 10.1 Financiering totaal (in f mln)¹

	1996	1997	1998	1999	2000	2001
AWBZ	18.990,9	23.789,2	24.764,5	26.199,9	28.555,1	31.425,7
ZFW	21.800,5	23.004,3	24.336,2	25.809,4	28.742,0	29.485,8
Particuliere verzekering	9.455,0	9.462,4	9.491,8	10.377,6	10.822,1	11.877,1
Overheid	5.915,7	2.806,7	3.398,5	3.767,9	3.957,2	3.959,7
Eigen betaling AWBZ	1.639,0	3.220,6	3.534,0	3.391,1	3.424,3	3.521,8
Eigen betaling ZFW		500,0	530,0			
Eigen betaling particulier	1.096,3	1.479,8	1.175,4	1.515,3	1.353,1	1.364,5
Eigen betalingen ongesplitst	2.027,2	53,8	51,6	57,3	49,1	49,1
Overige ontvangsten	191,4	264,4	416,1	577,9	309,6	251,4
Totaal Zorgnota 2001	61.116,0	64.581,2	67.698,1	71.696,4	77.212,5	81.935,1
Relatieve aandelen (%)						
AWBZ	31,1	36,8	36,6	36,5	37,0	38,4
ZFW	35,7	35,6	35,9	36,0	37,1	36,0
Particuliere verzekering	15,5	14,7	14,0	14,5	14,0	14,5
Overheid	9,7	4,3	5,0	5,3	5,1	4,8
Eigen betaling AWBZ	2,7	5,0	5,2	4,7	4,4	4,3
Eigen betaling ZFW		0,8	0,8			
Eigen betaling particulier	1,8	2,3	1,7	2,1	1,8	1,7
Eigen betalingen ongesplitst	3,3	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1
Overige ontvangsten	0,3	0,4	0,6	0,8	0,4	0,3
Totaal Zorgnota 2001	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ Inclusief maatschappelijke opvang vanaf 1999 en exclusief I/D banen vanaf 2000.

In 1997 zijn de uitgaven van verzorgingshuizen van de begroting (WBO) naar de AWBZ overgeheveld. Daarom maken de eigen betalingen verzorgingshuizen vanaf 1997 deel uit van de eigen betalingen AWBZ. De post 'overige betalingen' betreft de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS behorende tot zorg.

Tabel 10.2 geeft de relatieve verdeling in compartimenten. Het eerste compartiment, chronische zorg, beslaat 45% van de totale zorguitgaven. Het relatieve belang van het tweede compartiment, het basispakket geneeskundige zorg, is 52%. Het derde compartiment bevat de zorg met (financiële) verantwoordelijkheid voor de burgers zelf, zoals niet-wettelijke uitgaven voor fysiotherapie en tandheelkunde, niet-noodzakelijke cosmetische chirurgie en klassenverpleging. Het gaat om 3% van de totale zorguitgaven.

Tabel 10.2 Financiering naar compartiment (in %)

	2001	
Eerste compartiment		45
waarvan eigen betalingen	4	
Tweede compartiment		52
waarvan eigen betalingen	2	
Derde compartiment		3
Totale zorg		100

Het aandeel van het Bruto Binnenlands Product dat wordt besteed aan zorg – de 'zorgquote' – komt in 2001 naar verwachting uit op 8,56%, net als in 2000. Overigens scoort Nederland wat uitgavenniveau betreft internationaal gemiddeld -zie ook de box over het OESO-landenexamen.

Nederlandse zorg krijgt goed rapport van de OESO

De Nederlandse gezondheidszorg presteert goed. Zowel wat betreft gezondheidsuitkomsten als op kostenniveau. Dat schrijft de Organisatie voor Economische Samenwerking en Ontwikkeling (OESO) in het landenexamen van de Nederlandse economie dat in het voorjaar van 2000 is verschenen. De OESO neemt dat landenexamen elke anderhalf jaar af. Ditmaal was de zorg het structurele onderwerp.

De uitgaven voor gezondheidszorg liggen ongeveer op het gemiddelde van de andere OESO-landen. Het niveau ligt ook dicht bij hetgeen verwacht mag worden, gegeven het inkomen per hoofd van de bevolking. Internationaal bezien dus zonder meer een goede prestatie. Ook doet Nederland het goed voor wat betreft 'gezondheidsuitkomsten', afgemeten aan gebruikelijke indicatoren daarvoor zoals gegevens over levensverwachting, kindersterfte en de door de bevolking zelf waargenomen gezondheidsstatus. Zo behoort ons land tot de landen met de beste gezondheidsstatus volgens een door de OESO aangehaald onderzoek onder een aantal Europese landen.

Er zijn ook tekortkomingen, waarvan de wachtlijsten de belangrijkste zijn. Daarnaast wijst de OESO onder andere op de negatieve invloed die de aanbod- en prijsregulering kan hebben op de doelmatigheid in de zorg. Verder

baart de snelle stijging van de uitgaven voor geneesmiddelen zorgen. Ontwikkelingen op het terrein van de Europese regelgeving en het stringentere mededingingsbeleid kunnen nopen tot het heroverwegen van een aantal regels in het gezondheidszorgsysteem.

De OESO doet een aantal aanbevelingen. Ze vindt het vooral belangrijk om goed ontworpen elementen van concurrentie en prikkels te introduceren. De concurrentie tussen verzekeraars onderling en tussen verzekeraars en aanbieders moet sterker en de doelmatigheid van zorgaanbieders moet worden gestimuleerd. De aanpak van wachtlijsten moet doorgaan, en waar mogelijk worden verbeterd. Ook zijn er maatregelen nodig om de kosten van het medicijngebruik terug te dringen. Tot slot beveelt de OESO het gebruik-maken van 'evidence based' systemen aan en suggereert ze meer werk te maken van preventief beleid. Volgens de OESO is het zaak de noodzakelijke aanpassingen geleidelijk door te voeren. Wel moet het doel duidelijk en veelomvattend zijn.

10.2 AWBZ

Raming 2000 en 2001

Tabel 10.3 toont de realisatie 1999 en de ramingen 2000 en 2001 van de via de AWBZ gefinancierde uitgaven. De aparte vermelding van eigen betalingen maakt het mogelijk onderscheid te maken tussen netto-uitgaven (gedekt uit premies) en bruto uitgaven gefinancierd via de AWBZ.

Tabel 10.3 Uitgaven gefinancierd via AWBZ (in f mln)

	1999	2000	2001	Mutatie (%) 2000-2001
Gezondheidsbevordering	631,4	683,7	741,0	8,4
Curatieve somatische zorg	403,2	442,8	466,1	5,3
- ziekenhuizen en specialisten	331,3	370,4	385,9	4,2
- extramuraal	71,9	72,4	80,2	10,8
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	6,1	24,5	24,5	
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	5.130,2	5.403,3	5.616,9	4,0
Gehandicaptenzorg	6.065,4	6.502,8	6.692,9	2,9
Verpleging en verzorging	13.753,4	15.117,1	15.543,4	2,8
- verpleging en verzorging	10.442,3	11.358,3	11.810,9	4,0
- thuiszorg	3.311,1	3.758,8	3.732,5	-0,7
Beheer en diversen	210,2	380,9	2.340,9	514,6
Totaal (exclusief eigen betalingen)	26.199,9	28.555,1	31.425,7	10,1
Eigen betalingen	3.391,1	3.424,3	3.521,8	2,8
Totaal (inclusief eigen betalingen)	29.591,0	31.979,4	34.947,5	9,3

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1999 op 2000. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. De loon- en prijsstijging van 2000 op 2001 is nog niet verwerkt in de sectoren, maar gereserveerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën. Verder geldt dat een deel van de aanvullende intensiveringen voor

2001 ook nog op de aanvullende post staat. Met name bij de Verpleging en verzorging en curatief somatische zorg zal de groei daarom uiteindelijk hoger uitvallen dan in tabel 10.3 gepresenteerd.

Tabel 10.4 Premiestelling AWBZ (in f mln)

	1999	2000	2001
Uitgaven	29.591,0	31.979,4	34.947,5
Inkomsten	31.541,4	33.750,0	33.082,9
waarvan premieopbrengsten	27.692,0	30.299,6	25.854,9
waarvan eigen betalingen	3.391,1	3.424,3	3.521,8
waarvan rijksbijdragen	496,8	12,1	12,6
waarvan BIKK			3.685,3
Exploitatiesaldo	1.950,4	1.770,6	-1.864,6
Vermogen Algemeen Fonds	1.489,0	3.259,6	1.395,0
Vermogensnorm	1.245,0	1.338,0	1.395,0
Vermogenssaldo	244,0	1.921,6	0,0
Premieplichtig inkomen (mld)	272,0	286,5	443,4
Procentuele premie (in %)	10,25	10,25	10,25

Jarenlang is er sprake geweest van (grote) vermogenstekorten in het Algemeen Fonds Bijzondere Ziektekosten (AFBZ). In de Zorgnota 2000 was de verwachting uitgesproken dat per ultimo 2000 een groot deel van de tekorten zou zijn weggewerkt door het vaststellen van een bovenlasten-dekkende premie in 1999 en 2000. De huidige cijfers geven aan dat er in 1999 reeds een vermogenoverschot was, dat in 2000 fors oploopt. Dit positieve beeld is in 1999 het gevolg van lagere uitgaven dan geraamd in de Zorgnota 2000 en in 2000 van fors hogere premie-inkomsten samenhangend met de economische ontwikkelingen in Nederland.

Door de herziening van het belastingstelsel per 1 januari 2001 versmalt de grondslag voor de premieheffing bij de volksverzekeringen, waaronder de AWBZ. Dit is onder andere een gevolg van de introductie van de zogenaamde heffingskortingen in het belastingstelsel. De premiederving die hieruit resulteert is voor alle volksverzekeringen samen ongeveer f 14,3 mld, waarvan f 4,9 mld bij de AWBZ. Om de fondsen te compenseren wordt een bijdrage in de kosten van kortingen, de zogenaamde BIKK, ingevoerd. De introductie van de BIKK wordt geregeld via een wijziging van de Wet Financiering Volksverzekeringen.

Louter op grond van de ontwikkeling van de uitgaven, de reguliere premieontvangsten en het aanwezige vermogenssaldo zou kunnen worden besloten tot een daling van de AWBZ-premie. Een dergelijke lastenverlichting ligt, gegeven de stand van de economie en de forse lastenverlichting die al in het kader van de belastingherziening wordt gegeven, echter niet in de rede. Daarom is besloten om de AWBZ-premie op het niveau van 2000 te handhaven. De AWBZ-premie blijft in 2001 derhalve 10,25%.

Om toch iets te doen aan het vermogenoverschot in het AFBZ is besloten om de BIKK in 2001 niet onmiddellijk op het structurele niveau vast te stellen, maar incidenteel lager, zodanig dat het vermogenssaldo in het AFBZ per ultimo 2001 zal zijn weggewerkt.

10.3 Ziekenfondswet

10.3.1 Ziekenfondsbudgettering

De verstrekkingenbudgettering binnen de Ziekenfondswet (ZFW) heeft tot doel ziekenfondsen te stimuleren tot een doelmatige en flexibele uitvoering van de Ziekenfondswet. De laatste jaren streeft het kabinet naar een sterkere regiefunctie van verzekeraars. Ziekenfondsen krijgen meer vrijheden om afspraken te maken met zorgaanbieders over omvang, kwaliteit en prijs van zorg. Daarnaast krijgen ziekenfondsen meer financiële verantwoordelijkheid. In dit sturingsconcept hebben risicodragende verzekeraars een rol bij het bereiken van doelmatige zorg en kostenbeheersing.

Het verdeelmodel dat gehanteerd wordt bij de verstrekkingenbudgettering is in ontwikkeling. Aanpassingen zijn vooral gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek met gegevensmateriaal dat de ziekenfondsen hiervoor beschikbaar hebben gesteld. De Werkgroep Ontwikkeling Verdeelmodel (WOVM)¹ begeleidt de verschillende onderzoeken en adviseert over de aanpassingen. Hieronder volgt een beschrijving van de modelaanpassingen per 1 januari 2000 en van het uitgezette onderzoek in 2000.

Modelaanpassingen per 1 januari 2000

Per 1 januari 2000 zijn de volgende aanpassingen in het verdeelmodel doorgevoerd:

- Bij het berekenen van normbedragen, rechtsgrond- en regiofactoren wordt een verbeterde schattingsmethode toegepast. Dit om te voorkomen dat de hoge-kostenverevening (HKV) leidt tot systematische over- en onderschatting op subgroepniveau (bijvoorbeeld een leeftijdsklasse).
- De HKV-grens is verhoogd van f 7 500,- naar f 10 000,-.
- De generieke verevening over de deelbudgetten overige verstrekkingen en variabele kosten ziekenhuisverpleging is afgeschaft. (Dit was 30%.)
- Een historische-kostencomponent is toegevoegd als nieuw verdeelcriterium bij de deelbudgetten overige verstrekkingen en variabele kosten ziekenhuisverpleging.

Uitgezet onderzoek in 2000

In 2000 zijn twee belangrijke onderzoeken gedaan. Allereerst is het zelfstandig vaststellen van de budgetonderdelen vaste en variabele kosten ziekenhuisverpleging (ZVV) onderzocht. Het tweede onderzoek betrof de mogelijke introductie van farmacie kostengroepen (FKG's) als nieuw verdeelcriterium in het verdeelmodel. Beide onderzoeken zijn al in 1999 van start gegaan. Vanwege de complexiteit en omvang is het onderzoek gefaseerd uitgevoerd.

Het doel van het ZVV-onderzoek is te komen tot een verbetering van het in 1996 ingevoerde splitsingsmodel. Hoewel het splitsingsmodel een oplossing biedt voor de dubbele budgettering, zijn gaandeweg ook steeds meer nadelen aan het licht gekomen. De huidige wijze van het per saldo vaststellen van de vaste kosten ziekenhuisverpleging blijkt verstarrend te werken, en bevat onvoldoende financiële prikkels tot doelmatig handelen door de ziekenfondsen. Ziekenfondsen lopen nu slechts risico op het verschil tussen genormeerde en de werkelijk gerealiseerde aantallen verpleegdagen, opnamen, dagen dagverpleging en eerste polikliniekbezoeken, en nauwelijks over de in werkelijkheid gedeclareerde ziekenhuistarieven. Een van de consequenties daarvan is dat ziekenfondsen op dit moment nauwelijks financiële gevolgen ondervinden als de met ziekenhuizen gemaakte productieafspraken en de werkelijk gerealiseerde

¹ De WOVM fungeert sinds 1993 als begeleidingscommissie voor onderzoeken op het terrein van de ZFW-verstrekkingenbudgettering. In de werkgroep nemen naast VWS negen ziekenfondsen, CVZ, ZN, Vektis en drie onderzoeksbureaus deel.

productie van elkaar verschillen. Het onderzoek naar het ZVV beoogt een methode te vinden om beide deelbudgetten zelfstandig te kunnen vaststellen. Dit is mogelijk als in de gedeclareerde ziekenhuistarieven een onderscheid wordt aangebracht tussen een voor ziekenfondsen variabele component, en een voor ziekenfondsen vaste component. Het onderzoek is thans bijna afgerond. In de eerste fase stond met name centraal of en hoe een splitsing in de ziekenhuistarieven is aan te brengen. De algemene conclusie van de deze fase van het onderzoek is dat het zelfstandig vaststellen van beide budgetonderdelen complex is maar wel mogelijk. In de tweede fase zijn met name de verschillende verdeelmodellen onderzocht, en de gevolgen voor ziekenfondsen van de verschillende varianten geëvalueerd.

Het onderzoek naar FKG's is gericht op het ontwikkelen van een nieuwe gezondheidsvariabele, gebaseerd op het medicijngebruik van de verzekerde. De gedachte is dat verzekeren met een aandoening door hun declaraties van geneesmiddelenvoorschriften herkenbaar zijn. Zo kunnen toekomstige ziektekosten voor deze groepen verzekerden als het ware worden voorspeld. Dit is van belang voor verzekerden met een chronische aandoening die ongelijk verdeeld zijn over ziekenfondsen. Een uitkomst van het onderzoek is dat groepen aandoeningen te 'bundelen' zijn in ongeveer veertien farmacie-kostengroepen (FKG). Vooral de verdelende werking van het verdeelmodel op individueel niveau kan verbeteren als FKG's als verdeelcriterium aan het model worden toegevoegd.

In de zomer van het jaar 2000 wordt onderzoek uitgevoerd naar de samenhang tussen het ZVV en FKG's. Aan de hand van de resultaten van dit onderzoek kunnen de effecten van de belangrijkste alternatieven worden vergeleken met het huidige model.

10.3.2 Ziekenfondsverzekering

Raming 2000 en 2001

In tabel 10.5 staan de realisatie 1999 en de raming 2000 en 2001 van de via de ZFW gefinancierde uitgaven. Omdat de algemene eigen bijdragenregeling ZFW per 1 januari 1999 is afgeschaft is de regel 'eigen betalingen' nul.

Tabel 10.5 Uitgaven gefinancierd via ZFW (in f mln)

	1999	2000	2001	Mutatie (%) 2000-2001
Curatieve somatische zorg	18.485,5	20.738,5	20.443,0	-1,4
- ziekenhuizen en specialisten	14.471,5	16.366,3	16.181,9	-1,1
- vervoer	529,4	539,8	540,0	0,0
- extramuraal	3.484,6	3.832,4	3.721,1	-2,9
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	6.258,2	6.889,6	6.906,2	0,2
Beheer en diversen	1.065,7	1.113,9	2.136,6	91,8
Totaal (exclusief eigen betalingen)	25.809,4	28.742,0	29.485,8	2,6
Eigen betalingen	0,0	0,0	0,0	-
Totaal (inclusief eigen betalingen)	25.809,4	28.742,0	29.485,8	2,6

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1999 op 2000. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. De loon- en prijsstijging van 2000 op 2001 is nog niet verwerkt in de sectoren, maar gereserveerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën.

In 1999 is – op basis van afspraken in het Regeerakkoord 1998 besloten dat de zelfstandigen met winstinkomen verplicht worden verzekerd via de ZFW voorzover hun belastbaar inkomen minder bedraagt dan f 42 000,- (2001). De premiegrens is gelijk aan de toelatingsgrens. Besloten is ook om de per saldo optredende instroom van zelfstandigen te compenseren door de loongrens tijdelijk met de prijsindex in plaats van de loonindex te indexeren. Doel daarbij is het aandeel ziekenfondsverzekerden van de Nederlandse bevolking te doen terugkeren naar het niveau van 1999. Besloten is de prijsindex te hanteren tot het jaar waarin dit niveau bereikt zal worden en het daarop volgende jaar de loongrens zodanig vast te stellen dat het evenwicht per ultimo van dat jaar wordt bereikt. De huidige cijfers geven aan dat er in 2000 ongeveer 280 000 ziekenfondsverzekerden meer zijn dan op basis van de verhouding in 1999. De huidige inschatting is dat bij toepassing van de prijsindex iets meer dan 200 000 personen zullen uitstromen uit het ziekenfonds. Daarmee wordt het beoogde evenwicht niet gehaald. Op grond hiervan wordt de loongrens in 2001 geïndexeerd met de prijsindex.

Als gevolg van deze in- en uitstroom bij de ziekenfondsverzekering doen zich forse fluctuaties voor bij de uitgaven gefinancierd via de ZFW. De uitgaven in 2000 zijn door de per saldo instroom f 0,5 mld hoger dan in 1999, terwijl in 2001 een daling van f 0,4 mld wordt verwacht als gevolg van de voorziene uitstroom.

Tabel 10.6 Premiestelling Ziekenfondswet (in f mln)

	1999	2000	2001
ALGEMENE KAS			
Uitgaven	23.147,0	25.281,9	26.789,9
Inkomsten	24.190,2	27.290,9	28.069,0
waarvan premieopbrengsten	17.683,7	20.181,0	20.520,6
waarvan rijksbijdragen	6.141,5	6.788,5	6.984,2
Exploitatiesaldo	1.043,2	2.009,1	1.279,1
Vermogen Algemene Kas	-2.678,2	-669,1	610,0
Vermogensnorm	-928,8	-1.135,1	-1.272,5
Vermogenssaldo	-1.749,4	466,0	1.882,5
INDIVIDUELE FONDSEN			
Uitgaven	25.592,4	28.463,1	29.322,5
Inkomsten	26.162,4	28.503,2	30.089,4
Exploitatiesaldo	570,1	40,1	766,9
Premieplichtig inkomen (mld)	240,1	250,3	259,3
Procentuele premie werkgevers (in %)	5,85	6,35	6,25
Procentuele premie werknemers (in %)	1,55	1,75	1,70
Nominale premie (gld)	394	414	414
waarvan rekenpremie	296	310	324

In de Zorgnota 2000 werd bij de premiestelling het doel nagestreefd om het per ultimo 1999 bestaande vermogenstekort in 2000 weg te werken. Naar huidige inzichten lijkt het vermogenstekort in de Algemene Kas van de Ziekenfondsverzekering per ultimo 2000 te zijn omgeslagen in een vermogensoverschot van f 0,5 mld. Dit vermogensoverschot hangt samen met een hoger feitelijk vermogen ultimo 1998 alsmede lagere uitgaven in 1999, hogere uitgaven in 2000 en hogere inkomsten in 1999 en vooral in 2000.

De ZFW-premie komt in 2001 uit op 7,95%. Hiervan komt 6,25% ten laste van werkgevers en 1,70% van werknemers. De totale ZFW-premie daalt hiermee 0,15% ten opzichte van de 8,10% in 2000. De premiedaling van 0,15% betreft de compensatie voor de verhoging van de grondslag als gevolg van de brutering van de overhevelingstoeslag. Louter op grond van de ontwikkeling van de uitgaven, de reguliere premieontvangsten en het aanwezige vermogenssaldo zou kunnen worden besloten tot een verdere daling van de ZFW-premie. Net als bij de AWBZ ligt een dergelijke verlaging niet voor de hand. Daarom is besloten om de daling van de ZFW-premie te beperken tot de genoemde 0,15%.

Bij de premiestelling 2001 beweegt de nominale rekenpremie *grosso modo* in dezelfde verhouding mee met de uitgavenontwikkeling. De nominale rekenpremie neemt toe met f 14,- in 2001 tot f 324,-. Overigens wordt aangenomen dat de opslagpremie, die door de ziekenfondsen zelf wordt vastgesteld, iets kan dalen, waardoor de totale geraamde nominale premie in 2001 constant blijft op gemiddeld f 414,-.

Afschaffen nominale premie voor ziekenfondsverzekerden tot 18 jaar.

De nominale premie die ziekenfondsverzekerden jonger dan 18 jaar nu op grond van een baan(tje) betalen wordt met ingang van 1 april 2001 afgeschaft. De Ziekenfondswet moet hiervoor worden gewijzigd. Doorvoering van deze wijziging zal betekenen dat de opbrengst van de nominale premie in 2001 daalt met ongeveer f 28 mln en in latere jaren met f 37 mln. In de Zorgnota 2001 is bij de raming van de opbrengst voor de nominale premie rekening gehouden met deze maatregel.

Indexering grenzen ZFW

De loon- en inkomensgrenzen in de ZFW worden vanwege de compensatie van de instroom van het aantal zelfstandigen in de ZFW en de brutering van de overhevelingstoeslag niet alle op de normaal gebruikelijke wijze herzien. Hieronder wordt een overzicht gegeven.

Indexering loongrens

In de wet Zelfstandigen onder de ZFW is bepaald dat de toename van het aantal ziekenfondsverzekerden als gevolg van de instroom van zelfstandigen gecompenseerd zal worden door een even grote uitstroom van werknemers. Om dit te bereiken wordt de gebruikelijke methodiek, waarbij de loongrens wordt aangepast op grond van de ontwikkeling van de loonindex, tijdelijk vervangen door een indexering op grond van de prijsindex. Omdat het evenwicht volgend jaar naar verwachting nog niet zal worden bereikt, wordt de loongrens voor 2001 aangepast middels de prijsindex.

Indexering premiegrens

De premiegrens voor werknemers (maximaal premiedagloon) wordt (conform de gebruikelijke systematiek) aangepast d.m.v. de loonindex. Daarnaast wordt de premiegrens het komende jaar extra verhoogd omdat de overhevelingstoeslag wordt omgezet in brutoloon. Het brutoloon dat als grondslag voor de

procentuele zf-premie werknemers wordt gebruikt gaat hierdoor omhoog en daarom wordt tevens de premiegrens hiervoor aangepast.

Indexering premie- en inkomensgrens zelfstandigen

De premiegrens voor zelfstandigen is gelijk aan de inkomensgrens voor zelfstandigen. De inkomensgrens voor zelfstandigen en daarmee dus ook de premiegrens wordt op dezelfde wijze geïndexeerd als de loongrens voor de werknemers. Met andere woorden de inkomensgrens wordt aangepast op grond van de prijsindex.

Voor een ziekenfondsverzekerde zelfstandige geldt het belastbaar inkomen in het lopende jaar als grondslag voor de premieheffing. Om vast te stellen of een zelfstandige verplicht ziekenfonds verzekerd is wordt het gemiddelde belastbaar inkomen over drie of twee jaar (t-3, t-4, t-5) gebruikt. Voor startende ondernemers geldt het belastbaar inkomen in het lopende jaar.

Door de belastingherziening 2001 wordt het belastbaar inkomen komend jaar vervangen door het verzamelinkomen. Het kabinet heeft besloten om voor de Ziekenfondswet evenals voor de inkomensafhankelijke regelingen, te werken met een 'berekend belastbaar inkomen'. Dit betekent dat de belastingdienst de komende jaren een belastbaar inkomen zal berekenen op grond van het verzamelinkomen. D.w.z. dat het verzamelinkomen gecorrigeerd wordt voor de veranderingen in de standaard aftrekposten. De belastbare inkomens in de jaren vóór en de verzamelinkomens in de jaren na 2001 blijven daardoor met elkaar vergelijkbaar.

Dit heeft als voordeel dat de inkomensgrens (en dus de premiegrens) niet behoeft te worden aangepast voor de invoering van het nieuwe belaststelsel in het 2001 jaar.

Indexering inkomensgrens Opt-in 65-plussers

Sinds de invoering van de Wet Herstructurering ZFW (datum van inwerking-treding 1 januari 1998) kunnen 65-plussers die particulier verzekerd zijn opteren voor de ziekenfondsverzekering als het (gezamenlijk) belastbaar inkomen beneden een bepaalde grens valt. De inkomensgrens die hiervoor geldt wordt, evenals de loongrens voor werknemers en de inkomensgrens voor zelfstandigen, voor 2001 aangepast op grond van de prijsindex. De premiegrens voor 65-plussers is gelijk aan de premiegrens voor werknemers in de Ziekenfondswet.

Evenals voor de zelfstandigen zal de belastingdienst in 2001 en volgende jaren het verzamelinkomen omzetten in een berekend belastbaar inkomen voor 65-plussers die van de Opt-in mogelijkheid gebruik willen maken.

Grotere verschillen tussen nominale premies

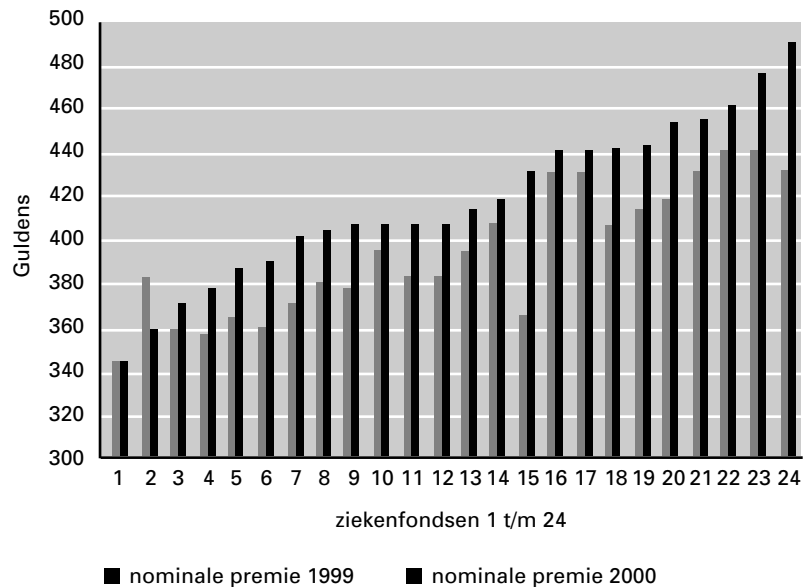
De spreiding in de hoogte van de nominale premies van verschillende ziekenfondsen neemt toe. Bedroeg in 1996 de bandbreedte tussen de laagste en hoogste nominale premie f 36,- op jaarbasis, in 1999 was het verschil f 96,- en in 2000 f 147,- (zie tabel 10.7).

Tabel 10.7 Gemiddelde nominale premie en bandbreedte

	1996	1997	1998	1999	2000
Gemiddelde nominale premie p.j.	343	216	216	394	414
Bandbreedte tussen hoogste en laagste nominale premie	36	95	95	96	147

Bron: CVZ

De percentages nacalculatie en verevening zijn de afgelopen jaren afgenomen. Dat betekent dat ziekenfondsen meer risico dragen, wat ook in de spreiding van nominale premies tot uitdrukking kan komen. Grafiek 10.1 laat de nominale premies op jaarbasis zien voor de verschillende ziekenfondsen in 1999 en 2000.

Figuur 10.1 Nominale premies op jaarbasis in 1999 en 2000

10.4 Particuliere ziektekostenverzekering

Tabel 10.8 geeft de realisatie 1999 en de raming 2000 en 2001 weer van de via particuliere ziektekostenverzekeringen gefinancierde uitgaven. Het gaat om publiekrechtelijke regelingen voor ambtenaren, privaatrechtelijke maatschappijpolissen en privaatrechtelijke omslagregelingen. Uitgaven gedekt uit eigen risico staan vermeld onder eigen betalingen, zodat het mogelijk is onderscheid te maken tussen netto-uitgaven (gedekt uit premies) en bruto uitgaven gefinancierd via particuliere verzekeringen.

Tabel 10.8 Uitgaven gefinancierd via particuliere ziektekostenverzekering (in f mln)

	1999	2000	2001	Mutatie (%) 2000-2001
Curatieve somatische zorg	7.194,6	7.642,0	7.942,8	3,9
- ziekenhuizen en specialisten	5.689,2	6.080,3	6.337,4	4,2
- vervoer	170,1	161,3	172,6	7,0
- extramuraal	1.335,3	1.400,4	1.432,8	2,3
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	2.041,6	2.090,9	2.299,9	10,0
Beheer en diversen	1.141,4	1.089,2	1.634,4	50,1
Totaal (exclusief eigen betalingen)	10.377,6	10.822,1	11.877,1	9,7
Eigen betalingen	1.515,3	1.353,1	1.364,5	0,8
Totaal (inclusief eigen betalingen)	11.892,9	12.175,2	13.241,6	8,8

Bij vrijwel alle uitgavencategorieën doet zich een forse groei voor van 1999 op 2000. Deze groei komt voort uit nominale- en volumeontwikkelingen. In 2000 is het resultaat van de meerjarenafspraken vrijwel volledig verwerkt.

De loon- en prijsstijging van 1999 op 2000 is nog niet verwerkt in de sectoren, maar gereserveerd op de aanvullende post die deel uitmaakt van de post 'beheer en diversen'. Dit verklaart de forse groei bij 'beheer en diversen' en de relatief beperkte groei bij de overige uitgavencategorieën.

In deze tabel is verder rekening gehouden met de in- en uitstroom van verzekerden als gevolg van het indexeren van de loongrens Ziekenfondswet gedurende een aantal jaren met de prijsindex in plaats van de loonindex en het wetsvoorstel om zelfstandigen onder de Ziekenfondswet te brengen (zie ook paragraaf 10.3.2).

Tabel 10.9 Uitgaven en inkomsten particuliere ziektekostenverzekering (in f mln)

	1999	2000	2001
Uitgaven	10.377,6	10.822,1	11.877,1
Inkomsten	10.051,4	10.513,8	11.640,7
Exploitatiesaldo	-326,2	-308,3	-236,4

De hierboven weergegeven uitgaven kunnen worden afgezet tegen de inkomsten. De raming van de premieontvangsten in tabel 10.9 is mede gebaseerd op de veronderstelling dat er voor de maatschappijpolissen (exclusief WTZ en MOOZ) een gemiddelde premiemutatie per verzekerde optreedt van 9% in 2000 en 6,5% in 2001. De gemiddelde premiemutatie in 2001 is het resultaat van een verwachte kostenstijging van ongeveer 5% per verzekerde en de verwachting dat verzekeraars nog een inhaalslag zullen plegen voor voorgaande jaren. De uiteindelijke particuliere premie stellen de afzonderlijke verzekeringsmaatschappijen zelf vast.

De omslagbijdrage WTZ

Naar huidige inschatting gaat de WTZ-omslagbijdrage in 2001 omhoog van f 398,- naar f 465,- per jaar per volwassen particulier verzekerde van 20 tot 65 jaar. Een opbouw staat in tabel 10.10.

Tabel 10.10 Opbouw WTZ-omslagbijdragen 2001

	WTZ-bijdrage (mln per jaar)		WTZ-omslagbijdrage (gld p.j.)	
	2000	2001	2000	2001
a Uitgaven	2.848	3.107		
b Premie-inkomsten	1.516	1.726		
c Tekort	1.332	1.381	396	395
d Tekorten/overschotten vorige jaren	-61	149	-18	42
e Wegwerken resterend tekort 1998 / opbouw voorziening ex artikel 16	210	97	62	28
f Totaal te dekken	1.481	1.627	440	465
g Totaal gedekt	1.333	1.627	396	465
h Volwassenequivalenten (mln)			3.365	3.500

Tekort 2001 en eerdere jaren

Het WTZ-omslagtekort loopt in 2001 ten opzichte van 2000 duidelijk op (f 49 mln) als gevolg van een grotere stijging van de uitgaven dan van de premie-inkomsten. Daarnaast geven de huidige ramingen aan dat de omslagbijdrage 2000 niet voldoende heeft opgeleverd om het thans verwachte tekort 2000 te dekken. Dit is enerzijds het gevolg van een hoger tekort 2000 (thans geraamd op f 1 332 mln tegen f 1 250 mln in de Zorgnota 2000) en anderzijds van een lager dan geraamd aantal volwassenequivalenten (f 3 365 mln tegen f 3 567 mln in de Zorgnota 2000). Hierdoor ontstaat een tekort van f 149 mln dat in 2001 gedekt dient te worden. Mede hierdoor moet de omslagbijdrage in 2001 hoger worden vastgesteld.

Voorziening

Door de inwerkingtreding van de WTZ 1998 worden met ingang van het jaar 1999 de tekorten in de WTZ in hetzelfde jaar omgeslagen. Het omslagtekort 1998 is uit de destijds gevormde voorziening betaald, maar deze was onvoldoende hoog om het gehele tekort 1998 te dekken. In de WTZ 1998 is vastgelegd dat het resterende tekort in drie jaar (1999, 2000, 2001) zou worden ingelopen. Het resterende tekort per ultimo 1998 bedroeg f 353 mln. Hiervan is in 1999 f 128 mln ingelopen. In 2000 wordt f 122 mln ingelopen. De resterende f 97 mln zal in 2001 worden verwerkt in de omslagbijdragen voor het jaar 2001.

De WTZ 1998 verplicht daarnaast (artikel 16) tot het vormen van een voorziening ter dekking van nabijligende schadebedragen indien de omslagregeling op enig moment zou worden beëindigd. Voor de hoogte van de voorziening wordt uitgegaan van een bedrag ter grootte van twee maanden schade. In de toelichting bij de WTZ 1998 is opgenomen dat de opbouw van de voorziening geleidelijk kan plaatsvinden en zal beginnen nadat het resterende tekort over 1998 is weggewerkt. Door een meevalende financiële ontwikkeling in de omslagregeling over 1999 en 2000 was er bij de vaststelling van de omslagbijdrage ruimte voor het reeds gedeeltelijk opbouwen van de voorziening ex artikel 16 (f 90 mln in 1999, f 87 mln in 2000). De huidige ramingen geven aan dat los van het opbouwen van deze voorziening een forse stijging van de omslagbijdrage nodig is. In de raming van de omslagbijdrage voor 2001 is daarom

vooral nog geen bedrag verwerkt voor het opbouwen van de voorziening ex artikel 16.

10.5 Overheid

De uitgaven van het Rijk, de provincies en de gemeenten vormen samen de uitgaven van de overheid. In tabel 10.11 staan netto-uitgaven in het bovenste deel van de tabel, zonder de uitgaven van het Rijk die gedekt zijn door niet-belastingontvangsten. Die uitgaven vallen onder de post overige betalingen. De onderste regel van de tabel toont de totale uitgaven gefinancierd door de overheid.

Tabel 10.11 Uitgaven gefinancierd via overheid (in f mln)

	1999	2000	2001	Mutatie (%) 2000-2001
Gezondheidsbevordering	1.028,0	1.189,5	1.117,7	-6,0
Curatieve somatische zorg	1.442,1	1.516,6	1.488,4	-1,9
- ziekenhuizen en specialisten	1.204,1	1.278,6	1.250,4	-2,2
- extramuraal	238,0	238,0	238,0	
Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	27,5	41,1	15,5	-62,3
Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	528,4	668,5	701,8	5,0
Gehandicaptenzorg	29,5	41,0	40,3	
Verpleging en verzorging	-69,1	67,5	46,5	
Beheer en diversen	781,5	433,0	549,5	26,9
Totaal (exclusief overige ontvangsten)	3.767,9	3.957,2	3.959,7	0,1
Overige ontvangsten	577,9	309,6	251,4	-18,8
Totaal (inclusief overige ontvangsten)	4.345,8	4.266,8	4.211,1	-1,3

De uitgavendaling bij 'beheer en diversen' van 1999 op 2000 is het gevolg van de overheveling van de ID-banen naar gemeenten. Als gevolg hiervan dalen de uitgaven met f 0,5 mld.

De uitgavenstijging bij 'beheer en diversen' van 2000 op 2001 is het gevolg van het vanaf 2001 reserveren van de volledige loon- en prijsbijstelling in de post 'beheer en diversen'. Voor de eerdere jaren is deze loon- en prijsbijstelling volledig aan de sectoren toegedeeld.

10.6 Eigen betalingen en overige financiering

Deze paragraaf geeft een overzicht van de eigen betalingen en de overige financiering. De eigen betalingen bestaan uit de volgende categorieën:

- de eigen bijdragen AWBZ;
- de eigen bijdragen ZFW (in 1999 afgeschaft);
- het algemeen eigen risico aan de voet bij privaatrechtelijke particulier verzekerden;
- eigenbijdrageregelingen bij de publiekrechtelijke verzekeringen voor ambtenaren.

De laatste twee posten staan in tabel 10.12 onder de post particulier. De post overige financiering bestaat voor een deel uit de niet-belastingontvangsten op de begroting van VWS en uit de eigen betalingen

ongesplitst. Deze laatste post betreft eigen betalingen die betaald zijn door ZFW-verzekerden of particulier verzekerden.

Tabel 10.12 Overige financiering (in f mln)

	1999	2000	2001	Mutatie (%) 2000-2001
AWBZ	3.391,1	3.424,3	3.521,8	2,8
- Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijk opvang	225,1	221,4	217,9	-1,6
- Gehandicaptenzorg	559,1	558,7	559,7	0,2
- Verpleging en verzorging	2.382,7	2.400,8	2.443,7	1,8
- Thuiszorg	209,2	213,4	217,7	2,0
- Beheer en diversen	15,0	30,0	82,8	176,0
Particulier	1.515,3	1.353,1	1.364,5	0,8
- Curatieve somatische zorg	1.300,8	1.137,6	1.145,9	0,7
- Farmaceutische hulp en hulpmiddelen	206,5	207,5	210,6	1,5
- Beheer en diversen	8,0	8,0	8,0	
Overig	635,2	358,7	300,5	-16,2
- Gezondheidsbevordering	4,8	1,5	1,5	
- Curatieve somatische zorg	57,3	49,1	49,1	
- Geestelijke gezondheidszorg, verslavingszorg en maatschappelijk opvang	68,5	68,7	68,5	-0,3
- Verpleging en verzorging	99,2			
- Beheer en diversen	405,4	239,4	181,4	-24,2
Totaal	5.541,6	5.136,1	5.186,8	1,0

Intramurale eigen bijdragen AWBZ

De intramurale eigen bijdragen AWBZ worden jaarlijks per 1 juli aangepast op basis van recentere inkomensgegevens. Vanaf 1 juli 2000 is het jaarincome van 1999 bepalend voor de te betalen eigen bijdragen. Bijdrageplichtigen betalen de zogenoemde lage intramurale bijdrage bij kortdurend verblijf en bij langdurige opname als de partner niet is opgenomen. De maximaal verschuldigde lage bijdragen liggen vast in een tabel met vijf inkomensklassen. Met ingang van 1 juli 1999 is een belangrijke verandering van de inkomens tabel ingevoerd. In de nieuwe inkomens tabel zijn de bijdragen per maand, afgezien van indexatie, gehandhaafd. De inkomensklassen zijn echter verbreed zodat deze bijdragen worden betaald door zorgvragers met een hoger bijdrageplichtig inkomen.

Daarnaast zijn per 1 juli 1999 de hoge eigen bijdragen van 65-plussers aanvankelijk behoorlijk toegenomen. Dit hangt vooral samen met het feit dat de data van bijvoorbeeld AOW- en pensioenverhogingen niet samenvallen met de datum van de verhoging van de eigen bijdragen. Hierdoor werd het netto-inkomensvoordeel van de sterke verhogingen van de specifieke fiscale ouderenaftrekken in 1998 vanaf 1 juli 1999 grotendeels afgeroomd via hogere bijdragen. Het kabinet heeft besloten deze onbedoelde inkomensachteruitgang te repareren door de aftrekposten met terugwerkende kracht te verhogen. Dit leidde per maand tot een verruiming van het vrij besteedbaar inkomen, het zak- en kleedgeld. Het betreft een verhoging van f 50 per maand voor alleenstaanden en f 31,12 voor gehuwden. De motie-Melkert (Tweede Kamer 1999-2000, 26 800,

nr. 8) stelt het kabinet in staat per 1 juli 2000 dezelfde verruiming van het zaken kleedgeld in te voeren bij bijdrageplichtige 65-minners. Verder zal bij de beoogde invoering van het belastbaar inkomen als grondslag voor de intramurale bijdragen gestreefd worden naar een wijziging van de eigenbijdragesystematiek waardoor zo veel mogelijk wordt voorkomen dat situaties ontstaan zoals bij 65-plussers per 1 juli 1999.

Vervolgtraject Belastbaar inkomen in het Bijdragebesluit zorg

In het rapport 'Armoede en armoedeval' heeft de commissie-Derksen voorgesteld in alle inkomensafhankelijke regelingen het belastbaar inkomen als inkomensbegrip te nemen. Het vorige kabinet heeft deze aanbeveling overgenomen (Tweede Kamer, 1997–1998, 24 515, nr. 39). In verband met mogelijk negatieve inkomensgevolgen voor bijdrageplichtigen moeten de gevolgen van het invoeren van het belastbaar inkomen zorgvuldig worden onderzocht. Bovendien moet in het oog worden gehouden dat het eigenlijke doel zo eenvoudig mogelijke, transparante regelgeving is.

In de thuiszorg wordt vanaf 1 januari 1997 gewerkt met het belastbaar inkomen als draagkrachtcriterium. De intramurale eigen bijdragen zijn gebaseerd op een inkomen dat enigszins lijkt op het netto-inkomen zoals dat op loonstrookjes staat. In de zomer van 1999 heeft het onderzoeksbureau EIM het onderzoek 'De invoering van het belastbaar inkomen in het Bijdragebesluit zorg' afgerond. De onderzoeksresultaten vormden onvoldoende basis om op verantwoorde wijze het belastbaar inkomen in te voeren als grondslag voor de intramurale eigen bijdragen. Bij het nu gekozen vervolgtraject werken zorgkantoren, Zorgverzekeraars Nederland (ZN), het Centraal Administratiekantoor Bijzondere Ziektekosten (CAK), het College voor zorgverzekeringen (CVZ) en VWS op intensieve wijze samen. Het plan van aanpak kent twee sporen (Tweede Kamer, 1999–2000, 26 800 XVI, nr. 66). Het eerste spoor betreft de vormgeving van de nieuwe eigenbijdrageregeling. De afgelopen maanden is geïnventariseerd op welke wijze het belastbaar inkomen kan worden geïntroduceerd in de nieuwe bijdrageregeling. De ideeën hebben nog een theoretisch karakter omdat een concretere invulling pas mogelijk is als een van de resultaten van het tweede spoor beschikbaar is: het databestand van de zorgkantoren met gegevens over bijdrageplichtigen per 1 juli 2000.

Bij het tweede spoor gaat het om het vernieuwen van de registratie van gegevens die een rol spelen bij de eigen bijdragen. Bij het uitvoeren van deze vernieuwing kan een kortetermijn- en een langetermijndoel worden onderscheiden. Het kortetermijnelement is het hierboven genoemde databestand. Daarbij is het instituut Beleid en Management Gezondheidszorg de vraag voorgelegd of een steekproef voldoende betrouwbare gegevens zou opleveren in vergelijking met een integrale aanlevering van gegevens door alle zorgkantoren. IBMG is tot de conclusie gekomen dat een uitgebreide steekproef die voldoet aan een aantal randvoorwaarden, voldoende is. De gegevens van de zorgkantoren worden op papier aangeleverd aan het CAK. Het CAK zorgt voor het invoeren ervan in een bestand, rekent de opgelegde eigen bijdragen na, vraagt belastbare inkomens op bij de Belastingdienst en analyseert inkomensverschillen. Daarnaast zal het CAK software ontwikkelen waarmee varianten voor de bijdrageregeling kunnen worden berekend.

Het verbeteren van de informatievoorziening is ook een structureel vraagstuk. In dat kader inventariseert het CVZ de bestaande registratiewijze en de mate van automatisering bij zorgkantoren en CAK. Het doel is een uniforme registratie van gegevens van de bijdrageplichtigen tot stand te brengen, en een zodanige uitwisseling van gegevens dat er beleidsinformatie voor de overheid wordt gegenereerd. Bovendien coördineert het CVZ (een ander) onderzoek dat een besluit mogelijk maakt over de vraag of intramurale bijdragen (gedeeltelijk) decentraal of (gedeeltelijk) centraal moeten worden berekend en geïnd.

Baten van de gezondheidszorg

De uitgaven voor de gezondheidszorg zijn de laatste drie decennia flink toegenomen. Voor een goede beoordeling van deze stijging van de macro-uitgaven is inzicht nodig in de ontwikkeling van de bijbehorende macro-baten. Het kwantificeren van de macro-baten van de gezondheidszorg is niet eenvoudig. Slechts van enkele specifieke behandelingen is bekend hoeveel zij – in kwantitatieve zin – bijdragen aan extra levensjaren of levensjaren in een betere gezondheid. Dit biedt onvoldoende basis voor het beoordelen van de totale uitgaven aan de gezondheidszorg. Een globalere indicator moet uitkomst bieden: de levensverwachting. De waargenomen levensverwachting voor de Nederlandse bevolking is een globale maatstaf voor de gezondheid van de bevolking. De levensverwachting is in de bewuste periode toegenomen met vier jaar. Vanzelfsprekend geldt geen één-op-één-relatie tussen de uitgaven aan de gezondheidszorg en de gemiddelde levensverwachting. Betere voeding en een grotere verkeersveiligheid kunnen ook bijdragen aan de stijging van de levensverwachting. Maar er mag verondersteld worden dat een deel van deze vier jaren 'extra' leven te danken is aan verbeteringen in de gezondheidszorg.

Vervolgens is de vraag hoe de toegenomen levensverwachting in financiële termen kan worden gewaardeerd. Uit bijvoorbeeld beloningsverschillen tussen gevaarlijke en minder gevaarlijke beroepen is af te leiden dat impliciet een mensenleven gewaardeerd wordt op *f* 5 mln gulden. Dit betekent overigens niet dat een gezond leven te koop zou zijn voor *f* 5 mln gulden. Een mensenleven blijkt natuurlijk meer waard te zijn dan alleen de gemiddelde verdien capaciteit in Nederland. Uit de waardering van *f* 5 mln gulden voor een heel leven, volgt een waardering van *f* 160 000 voor het komende, gezonde levensjaar¹.

De uitgaven aan zorg zijn sinds 1970 niet alleen als percentage van het BBP toegenomen, maar ook in reële termen per persoon gedurende zijn hele leven. De toename bedraagt *f* 49 000, zie onderstaande tabel. Tegelijkertijd zijn er vier jaren toegevoegd aan een gemiddeld leven. Elk extra levensjaar wordt gewaardeerd op *f* 160 000. De waarde van vier gewonnen levensjaren is dus aanzienlijk groter dan de stijging van de uitgaven aan zorg. Ook als de gezondheidszorg maar voor een deel verantwoordelijk is geweest voor de toegenomen levensverwachting, is het extra geld voor de zorg goed besteed.

Deze analyse nodigt uit om de gezondheidszorg niet alleen als kostenpost te zien. Investerings in de gezondheidszorg kunnen rendabel zijn als ook de welvaartswinst wordt meegeteld. Dit laat onverlet dat het een organisatorische puzzel is om veelbelovende sectoren in de zorg met prioriteit extra middelen te geven en om de minder efficiënte delen van de zorg aan te zetten om de prestaties te verbeteren.

Deze box is gebaseerd op het rapport 'Het rendement van de gezondheidszorg' van prof. dr. E. Bomhoff (Nyfer).

¹ Met een verdisconteringsvoet van 3%.

Tabel 10.13 box in tabelvorm samengevat

	Jaarlijkse uitgaven aan zorg, als %BBP	Uitgaven aan zorg, in gld per persoon, gesommeerd over zijn hele leven	Gemiddelde levensverwachting	Waardering vier extra levensjaren
Toename in de periode 1970-2000	3%	f 49.000	4 jaar	Ruim f 600.000

TREFWOORDENREGISTER

Administratieve 57, 174
Alcoholgebruik 42, 45, 46
Allochtonen 77, 185, 189, 191
Arbeidsongeschiktheid 45, 70, 117, 118, 123, 165, 188
AWBZ 48, 51, 122, 126, 128, 137, 145, 146, 148, 151, 155, 156, 161, 165, 166, 169, 170, 171, 172, 174, 193, 196, 206, 207

Beeldvormingscampagne 176, 183, 185
Behandelcentra 66
Beheer 60, 165, 166, 167, 168, 171, 173
Bekostigingsmodel 88
Bestrijdingsmiddelen 57
Bestuursorganen 169, 170, 173
Bevolkingsonderzoek 51
Bewegen 39, 42
Biotechnologie 101, 103, 104, 108, 109, 115, 116
Bloedproducten 103, 115

Cochleaire 68
Community 133
Convenant 59, 71, 73, 77, 79, 89, 90, 110, 114, 124, 169, 170, 176, 178, 186

Dagbesteding 136, 137
Deregulering 172, 191
Doelmatigheid 52, 58, 61, 68, 73, 89, 101, 106, 107, 108, 114, 115, 117, 124, 125, 131, 155, 161, 171, 173, 195
Doofblinden 144

Eerstelijnspsychologen 118, 121, 128
Ergotherapie 89
Extramuralisering 104, 107, 130, 162

Families 95, 140, 144
Flexibilisering 80, 145
Fysiotherapie 71, 72, 79, 89, 90, 194

Gehandicaptenbeleid 133
Gehandicaptenzorg 133, 136, 138, 139, 140, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 175, 180, 182, 183, 184
Gemeenten 40, 41, 42, 46
Geneesmiddelen 74, 75, 80, 85, 89, 90, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 113, 115, 160, 161, 173, 195
Geneesmiddelenvergoedingssysteem 104
Gezondheidsbeleid 39, 40, 41, 42, 56
Gezondheidscentra 79, 80, 85
Gezondheidsvariabele 199

Hersenletselteams 143
Huisartsen 52, 56, 63, 64, 68, 74, 75, 77, 78, 79, 90, 91, 95, 118, 121, 125, 128, 192
Hulpmiddelen 88, 101, 102, 103, 107, 108, 113, 114, 115, 146, 160, 161, 173

ICT 68, 79, 80, 90, 91, 125
Implantaat 115
Indicatie 69, 146
Infectieziektebestrijding 39, 41, 48
Inkomensharmonisatie 83

Integratiewet 87

Jeugdgezondheidszorg 39, 41, 42

Jeugdpsychiatrie 118, 121, 129

Jeugdzorg 144

Kostenbeheersing 78, 104, 110, 198

Kwaliteitsbeleid 51, 71, 72, 79, 89

Lichaamsmaterialen 101, 103, 108, 109, 115, 116

Logeerfunctie 121, 127

Meerjarenafspraken 40, 58, 59, 70, 71, 73, 77, 78, 93, 96, 112, 125, 136, 137, 138, 140, 142, 143, 146, 147, 156, 168, 177, 180

MFC 139, 143, 144

Oefentherapie 71, 72, 89, 90

Onderwijscontinuüm 92

Opleidingen 68, 69, 72, 73, 74, 80, 88, 91, 92, 93, 97, 175, 176, 179, 182, 183, 188, 189, 191

Orgaandonatie 63, 76, 77, 97

Paramedici 63, 71, 72, 79, 89, 90

Persoonsgebonden budget 154

PGB 108, 114, 122, 139, 145

Praktijkondersteuning 68, 74, 77

Preventie 39, 44, 45, 46, 48, 49, 51, 52, 53, 56, 74, 103, 117, 118, 123, 124, 129

Productieafspraken 68, 70, 76, 81, 94, 120, 198

Proeftuinen 75, 112, 131, 161

Regiefunctie 198

Regionale indicatieorganen 153

Regresrecht 169

Roken 39, 42, 43, 44

Sectorfondsen 176, 178, 180, 185, 187, 188, 191

Specialistenplaatsen 68

Specialisten 56, 69, 71, 74, 75, 79, 80, 81, 83, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 192

Sturing 11, 27, 146, 172

Tandartsen 63, 73, 93, 192

Thuiszorg 102, 175, 177, 180, 182, 183, 188, 191, 208

Toezicht 41, 91, 171, 172

Vacatures 82, 175

Verloskundigen 53, 63, 64, 79, 86, 91, 92, 192

Verpleeghuizen 85, 146, 151, 152, 156, 161, 175, 177, 183

Verslavingszorg 117, 118, 124, 130

Verzekeringsstelsel 171

Voeding 39, 42, 47

Voedselveiligheid 39, 53

Vraagsturing 130

Wachtljsten 68, 69, 133, 138, 140, 142, 144, 145, 146, 147, 175, 195

Wachtljstregistratie 147

Wachttijden 68, 69, 70, 80, 81, 94, 96, 120, 128, 151

Werkdruk 86, 92, 138, 149, 151, 176, 177, 179, 180, 182, 184, 186, 188

Werklastindicator 180

Woonvormen 146

Woonzorgstimuleringsfonds 148, 162
Woonzorgstimuleringsregeling 148

Zelfstandigen 169, 175

ZFW 193, 198, 199, 206, 207

Ziekenfondsbudgettering 173, 193, 198

Ziekenvervoer 63, 78

Ziekteverzuim 70, 118, 120, 123, 138, 149, 178, 179, 180, 187, 188, 191

Zorgkantoor 136, 145, 155, 156, 160

Zorguitgaven 193, 194

Zorgverzekeraars 70, 74, 81, 83, 88, 89, 107, 109, 110, 114, 161, 166, 171,
172, 173, 191, 208

Zorgverzekeringen 143, 144, 145, 165, 169, 171, 208

