

## Antwoorden op kamervragen naar aanleiding van de Zorgnota 2003

1. *Hoe beoordelen de bewindspersonen van VWS het VBTB-niveau van deze Zorgnota/begroting? Kan worden aangegeven op welke punten de VBTB is verbeterd ten opzichte van eerdere edities van de Zorgnota/begroting?*

Het VBTB-niveau van deze Zorgnota/begroting is verbeterd ten opzichte van die van 2002. Verbeteringen zijn met name gerealiseerd op het gebied van:

- de structuur: deze is in de hoofdstukken van de Zorgnota en in de beleidsartikelen van de begroting meer in overeenstemming gebracht met het VBTB-gedachtegoed;
- de doelstellingen: deze zijn zowel in de begroting 2003 als in de Zorgnota 2003 aangescherpt;
- het beleidsprogramma: de beleidsagenda is uitgewerkt in een beleidsprogramma waarin voornemen, doelen, acties en budget zijn weergegeven;
- de prestatiegegevens: er zijn meer en betere prestatiegegevens opgenomen.

2. *In het nieuwe stelsel wordt een systeem van eigen betalingen/eigen risico geïntroduceerd. Echter, invoering hiervan laat op zich wachten tot na 2005. Waarom wordt nu niet reeds begonnen met het introduceren van eigen risico's?*

Op dit moment kennen de particuliere- en de publiekrechtelijke zorgverzekeringen al een systeem van eigen risico / eigen betalingen. Als in 2005 de nieuwe zorgverzekeringswet van kracht wordt zullen de huidige ziekenfondsverzekerden ook met een dergelijk systeem te maken krijgen. Het kabinet heeft ervoor gekozen om vooruitlopend op de invoering van de nieuwe zorgverzekeringswet geen eigen risicosysteem binnen de bestaande ziekenfonds wet op te nemen.

3. *Leidt een contractloonstijging van meer dan 2,5% in de zorg automatisch tot overschrijding van het BKZ? Kan een toelichting worden gegeven? Hoe gaat de minister een contractloonstijging in de zorg van meer dan 2,5% opvangen? Is het juist dat in de Zorgnota wordt uitgegaan van 2,5% groei, maar in de Miljoenennota een contractloonstijging van 3,25% is voorzien? Indien dit juist is, hoe kan dan nog sprake zijn van groei om demografische ontwikkelingen, technologische ontwikkelingen op te vangen en de wachttijsten te verkorten?*

Over de groei van het BKZ (Budgettair Kader Zorg) in 2003 als gevolg van loon- en prijsontwikkelingen is afgesproken dat er daarbij van een gematigde loonontwikkeling van 2,5% wordt uitgegaan. Het kabinet is in overleg met de sociale partners om loonmatiging te verwezenlijken.

De groeiraming in de Zorgnota 2003 voor het volume luidt in euro's van 2002. De indexering voor de loon- en prijsontwikkeling in 2003 komt daar bovenop. Door deze systematiek kan het VWS-veld de bestaande relatieve arbeidsmarktpositie handhaven. Wel is het zo dat indien de loonontwikkeling uitgaat boven de ova (overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling), dit in principe ten koste zal gaan van de volumegroei in de zorg, tenzij instellingen dit terugverdienen door efficiënter werken en lager ziekteverzuim.

4. *Wat houdt toegang tot de zorg in? Geldt dit voor alles?*

Toegang tot de zorg houdt in dat er voldoende, betaalbare zorg binnen een acceptabele afstand is. Dit betekent ook dat mensen niet (te) lang hoeven te wachten op voorzieningen in de gezondheidszorg, alhoewel de aanvaardbaarheid van wachttijden en van afstand naar gelang de concrete zorgvraag kan verschillen.

De toegang tot de zorg geldt voor die vormen van zorg die zijn opgenomen in de pakketten van de wettelijke ziektekostenverzekeringen.

5. *Hoe staat de minister tegenover de registratietermijn van homeopathische geneesmiddelen. Is de minister bereid deze registratietermijn voor alle, dus niet alleen de bij het CBG aangemelde middelen, homeopathische geneesmiddelen tot nader order uit te stellen?*

Nee, er zijn geen voornemens de registratietermijn opnieuw uit te stellen. Daarvoor zijn een aantal redenen te noemen. Allereerst is de registratieplicht inmiddels bijna een jaar van kracht. Nu opnieuw de registratieplicht uitstellen zou geen blijk geven van consistent beleid, bovendien zou het de bedrijven die wel hebben geïnvesteerd in registratiedossiers benadelen. Overigens zijn de homeopathiefabrikanten zelf sterk verdeeld over het wel of niet verlengen van de registratietermijn.

Daarnaast heeft de overgangstermijn nu al zo'n zeven jaar geduurd. De fabrikanten zijn zelf verantwoordelijk voor het al dan niet benutten van die overgangstermijn.

Ten aanzien van het toezicht merk ik op dat de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) wel rekening houdt met fabrikanten die tijdig een registratiedossier hebben ingediend maar niet tijdig beoordeeld zijn door het College ter Beoordeling van Geneesmiddelen (CBG). Dit is een gevolg van de ophoping van ingediende dossiers kort voor de sluitingstermijn.

Inmiddels blijkt dat door de handhaving van de IGZ de kwaliteit van de registratiedossiers verbetert alsmede de kwaliteit en veiligheid van homeopathische producten. Daar staat tegenover dat de eerdere verlenging van de registratietermijn in 2000 niet heeft geleid tot indiening van registratiedossiers en verbetering van kwaliteit en veiligheid van de producten. Tenslotte heeft de Raad van State heeft met betrekking tot de vorige verlenging eerder negatief geadviseerd.

6. *Kan schematisch worden aangegeven hoe de ziektekostenpremies (werknemers en werkgevers/ziekenfonds en particulier) zich de afgelopen tien jaar hebben ontwikkeld (per inkomenscategorie)?*

De onderstaande tabel bevat de gevraagde informatie voor de Ziekenfondswet en de WTZ 65+. De nominale premie ZFW is een gemiddelde. Ziekenfondsen stellen immers zelf hun nominale premie vast.

Informatie over de hoogte van de particuliere premies is helaas niet beschikbaar. De premie die een particulier verzekerde betaalt is namelijk afhankelijk van zijn leeftijd, het verzekerde pakket, het eigen risico en de gekozen verzekeraar. De premies die burgers betalen lopen daarom ook sterk uiteen.

**Premieoverzicht**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>ZFW 65-</b>										
procentuele premie	6,35%	6,35%	8,35%	7,00%	6,90%	6,80%	7,40%	8,10%	7,95%	7,95%
- werknemer	1,30%	1,20%	1,10%	1,65%	1,35%	1,20%	1,55%	1,75%	1,70%	1,70%
- werkgever	5,05%	5,15%	7,25%	5,35%	5,55%	5,60%	5,85%	6,35%	6,25%	6,25%
nominale premie	90	90	90	155	98	98	180	186	188	181
<b>ZFW zelfstandigen</b>										
procentuele premie								8,10%	7,95%	7,95%
nominale premie								186	188	181

**Premieoverzicht (vervolg)**

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
<b>ZFW 65+</b>										
procentuele premie										
- AOW	0,80%	0,75%	1,40%	4,00%	5,40%	6,80%	7,40%	8,10%	7,95%	7,95%
- aanvullend pensioen	6,35%	6,35%	8,35%	7,00%	6,90%	4,80%	5,40%	6,10%	5,95%	5,95%
nominale premie	90	90	90	155	98	98	180	186	188	181
<b>WTZ-polis 65+</b>										
SP/SPP	694	719	806	1042	1126	1170	1275	1367	1503	1632
MOOZ	12	10	41	36	56	61	86	81	81	65
WTZ	150	150	150	118	118	0	0	0	0	0

7. *Hoe zal de voor 2003 ingeboekte ombuiging geneesmiddelen ad € 280 mln concreet worden ingevuld?*

Op dit moment worden de maatregelen voorbereid om de ombuigingen (incl. de taakstelling ad € 280 mln) te verwezenlijken. Binnenkort zal ik de Kamer bij afzonderlijke brief hierover informeren.

8. *Tijdens de algemene en politieke beschouwingen is door de minister-president toegezegd dat voor de behandeling van de begroting VWS een plan van aanpak beschikbaar komt. Mag de Kamer er van uitgaan dat in dit plan kwantitatieve doelen zijn opgenomen met betrekking tot alle VWS-beleid, inclusief doelen met betrekking tot doelmatigheidswinst? Wordt in dit plan van aanpak ook een nulmeting opgenomen?*

Vóór de behandeling van de VWS-begroting ontvangt u de brancherapporten over de jaren 1998 – 2001. Deze geven een feitelijke stand van zaken-rapportage over alle VWS-beleidsterreinen (cure, care, GGZ, preventie en ‘welzijn en sport’). De rapporten bevatten informatie over wachtlijsten en personeelsvoorziening over de jaren 1998 tot en met 2001. De brancherapporten bevatten een compilatie van reeds bekende en objectieve informatie over de afgelopen vier jaar. Wat tot nu toe is verzameld in de brancherapporten, beschouwen wij als een goede uitgangsbasis. De brancherapporten kunnen daarmee worden gezien als eerste aanzet tot een nulmeting in de zorg. Wij willen doorgaan met het op deze wijze gestructureerd verzamelen van informatie en het verdergaand verbeteren van de kwaliteit van de gegevens in samenwerking met het veld.

9. *Hoe wordt het recht op zorg juridisch geborgd in het kader van de AWBZ-modernisering? Waarom is in de Zorgnota sprake van tijdelijke invoering van de vraaggestuurde bekostiging in de gehandicaptenzorg in plaats van functiegerichte bekostiging?*

Het recht op zorg is reeds verankerd in art. 6, eerste lid, van de AWBZ. Dit recht is de afgelopen jaren in verschillende rechterlijke uitspraken bevestigd en is ook laatstelijk nog eens uitdrukkelijk onderstreept in het Strategisch Akkoord. Wat de modernisering van de AWBZ kenmerkt is dat het in de praktijk kunnen realiseren van dit recht het centrale aangrijpingspunt is bij de vormgeving van de sturing en financiering van de zorg. In het eindperspectief van de modernisering AWBZ vindt sturing voor alle care-sectoren plaats op het niveau van de in termen van functies gedefinieerde aanspraken in de AWBZ. Het AWBZ-breed invoeren van een bekostigingsmodel op functieniveau laat onverlet dat het te verwachten valt dat tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken worden

gemaakt over te leveren producten/zorgarrangementen met inachtneming van de functionele aanspraken. De bekostiging vindt in de overgangssituatie op een ander sturingsniveau plaats, te weten het productniveau.

De ontwikkeling van de vraaggestuurde bekostiging is reeds in 1998 in gang gezet en zal op 1 april 2003 daadwerkelijk worden ingevoerd. De vraaggestuurde bekostiging gaat uit van een sturing middels producten waarbij zowel de bekostiging als de registratie en de verantwoording in die termen plaatsvindt.

De producten zoals nu ontwikkeld in de vraaggestuurde bekostiging zullen op termijn niet meer functioneren als onderdeel van de centrale sturing door de overheid maar als instrument voor zorgkantoren en zorgaanbieders om zorg in te kopen, resp. zorgarrangementen te ontwikkelen met het oog op de verzekerden, resp. de zorgvragers. Door invoering van de vraaggestuurde bekostiging zal de overgang voor de gehandicaptensector naar een functiegericht systeem betrekkelijk eenvoudig zijn. Vanuit deze optiek past de investering in de vraaggestuurde bekostiging in de gehandicaptenzorg in het concept van de modernisering van de AWBZ als stap om zorgarrangementen te ontwikkelen die aansluiten op de functies.

10. *Met ingang van 1 januari a.s. maakt vervoer integraal onderdeel uit van de aanspraak. Voor wat betreft het vervoer in dagverzorgingsprojecten door verzorgingshuizen is hier sprake van verruiming van de aanspraak. Kan de staatssecretaris aangeven of de verzorgingshuizen hiervoor budgettair gecompenseerd worden?*

Het besluit zorgaanspraken dat bij u voorhangt is functioneel gericht. Verpleeghuizen en verzorgingshuizen leveren vanaf 2003 naast andere functies, ondersteunende begeleiding en/of activerende begeleiding in plaats van dagbehandeling of dagverzorging. Het is geen uitbreiding van de aanspraak maar een noodzakelijke uniformering.

Voor deze ondersteunende en activerende begeleiding in groepen kan op basis van een medische noodzaak vervoer onderdeel van de aanspraak uitmaken. Het CTG is bezig een beleidsregel te ontwerpen voor de financiering van dit vervoer voor de instellingen, die begeleiding in groepen aan thuiswonenden leveren.

11. *Kan een overzicht gegeven worden waarbij van de verschillende posten de cijfers uit de voorgaande Zorgnota, de cijfers van de financiële verantwoording en de cijfers uit de Voorjaarsnota 2002 worden aangegeven?*

Met de Zorgnota nieuwe stijl is expliciet een onderscheid gemaakt tussen vooruitblik en terugblik. De vooruitblik is opgenomen in de Zorgnota. De terugblik in het Jaarbeeld Zorg, dat op de derde woensdag in mei als separaat verantwoordingsdocument aan de Kamer wordt gestuurd. In bijlage 1 van de Zorgnota 2003, waarin de financiële mutaties per hoofdstuk zijn opgenomen, is juist beoogd om voor de jaren 2002 t/m 2007 alle mutaties te laten zien van de stand Zorgnota 2002 tot de stand Zorgnota 2003. Meerjarige mutaties die voortvloeien uit de evaluatie van voorgaande jaren (1998 - 2001), dan wel de Voorjaarsbrief Zorg, zijn in deze mutaties verwerkt.

12. *Is het juist dat eigen bijdragen buiten de ijklijn vallen en premieverhoging daarbinnen? Betekent dit dat, indien de ijklijn overschreden dreigt te worden omdat het recht op zorg het gehele jaar bestaat, de eigen bijdragen zullen stijgen? Zo ja, aan welke eigen bijdragen wordt dan met name gedacht?*

Zoals op pag. 70 van de Zorgnota schematisch is weergegeven, vallen zorguitgaven die gefinancierd worden uit eigen bijdragen, niet onder de netto-BKZ-uitgaven. Omdat de uitgavenijklijn zorg het collectief gefinancierde deel (86¼%) van het netto-BKZ weergeeft, valt de door eigen bijdragen gefinancierde zorg dus ook niet onder de ijklijn zorg. Uitgaven die door premies worden gefinancierd, vallen onder het netto-BKZ, mits ze niet tot het zogenaamde derde compartiment (de aanvullende verzekeringen) behoren. Voor zover

deze premies een verplicht karakter dragen (ZFW, wettelijke bijdragen WTZ en MOOZ) behoren de daarmee gefinancierde uitgaven tot de ijklijn zorg.

Op het moment dat een overschrijding in de zorg zichtbaar wordt, beslist het kabinet over de wijze van compensatie. De instrumenten om de zorguitgaven te beïnvloeden zijn aanpassing van het verzekerde pakket, de hoogte van de eigen betalingen en maatregelen op grond van de WTG. Op dit moment zijn er praktisch alleen eigen bijdragen in de AWBZ. Bij de invoering van het nieuwe zorgstelsel zal ook een eigen risico in de curatieve zorg geïntroduceerd worden. Op het moment dat de overschrijding zichtbaar wordt, zal het kabinet bezien welk beschikbaar instrument het meest geëigend is om het budgettaire probleem op te lossen.

*13. Kunnen zorgorganisaties in de sector verpleging en verzorging ook in 2003 het gehele jaar door aanvullende productieafspraken maken? Zo ja, hoe worden deze gefinancierd?*

De geïndiceerde cliënten in de sector verpleging en verzorging hebben ook in 2003 recht op zorg. Het is voor de zorgkantoren mogelijk om de benodigde productieafspraken te maken voor de zorg door instellingen of voor persoonsgebonden budgetten. Het CTG heeft hiervoor beleidsregels gemaakt.

In de Zorgnota 2003 is in tabel 27 op pagina 110 de daarvoor beschikbare financiering aangegeven onder het kopje gereserveerde groei ruimte. Deze bedraagt:

2002	€	54,2 mln
2003	€	316,2 mln
2004	€	562,8 mln
2005	€	829,5 mln
2006	€	1.090,7 mln

*14. Is de uitbreiding van het Budgettair kader Zorg (€ 316 mln extra in 2003, € 247 mln extra in 2004, € 267 mln extra in 2005 en € 261 mln extra in 2006) voldoende om alle wachtlijsten, alsmede de te verwachten toename in productie weg te werken? Waar is deze raming op gebaseerd? In hoeverre is rekening gehouden met de huidige omvang van de wachtlijsten (i.c. de meest recente wachtlijstpeiling)?*

In het strategisch akkoord is voor de periode 2003-2006 een raming opgenomen waarin rekening is gehouden met de ontwikkeling van de vraag en met de kosten van extra productie voor het terugdringen van wachtlijsten/-tijden. Het is nu nog te vroeg om te oordelen over de toereikendheid van deze middelen. Er zijn inmiddels wel indicaties voor een hoger dan geraamd uitgavenverloop over 2002. Een nadere analyse in het voorjaar zal moeten uitwijzen of dit verloop past in de groei ruimte voor 2003.

Tevens moet bedacht worden dat voor het realiseren van extra productie budgettaire ruimte wel een noodzakelijke, maar geen voldoende voorwaarde is. Er moet immers ook voldoende productiecapaciteit (personeel, gebouwen) beschikbaar zijn. De terugdringing van de wachttijden is met andere woorden niet louter een kwestie van meer geld.

*15. Kan aangegeven worden hoeveel extra financiering beschikbaar gesteld wordt voor de subsidieregeling extramurale dienstverlening?*

Het CVZ is gevraagd een subsidieregeling extramurale dienstverlening voor te bereiden. Het betreft een care brede subsidieregeling die beoogt mensen met zorgbehoeften in staat te stellen langer zelfstandig thuis te blijven functioneren, een toenemend beroep op AWBZ-functies te voorkomen en een extra stimulans voor extramuralisatie te zijn.

De subsidieregeling wordt in eerste instantie gevuld met de zogenaamde reikwijdtemiddelen die tot en met 2002 via de CTG-beleidsregel overige reikwijdteverbreding worden verstrekt

aan verzorgingshuizen voor activiteiten die niet onder de zorgaanpakken vallen. Deze reikwijdtemiddelen bedragen in 2002 € 31 mln.

16. *Moeten de 6000 gerealiseerde ID-banen in de sector verpleging en verzorging behouden blijven? Bent u van mening dat de openvallende plaatsen door de instellingen opnieuw bezet dienen te worden, zodat de sector V&V een geprioriteerde sector blijft bij de toedeling van deze banen in een nieuw regime? Hoe denkt het kabinet het behoud van deze ID-banen te garanderen?*

Het kabinet kan en wil het behoud van ID-banen niet garanderen. Niet in het algemeen en niet in bepaalde sectoren in het bijzonder. Het kabinet ziet ID-banen als instrument van reïntegratie. Het volume ID-banen wordt teruggebracht van 53.500 banen ultimo 2002 naar 45.500 banen ultimo 2003. Gemeenten worden vanaf 2003 vrijer in het inzetten van reïntegratie-instrumenten. De inzet van de ID-banen is een zaak tussen gemeenten en individuele werkgevers.

Naarmate instellingen meer uitstroom naar reguliere arbeid weten te realiseren, zijn ze voor gemeenten aantrekkelijker om afspraken te maken over die uitstroom, opleiding van ID-medewerkers en financiering en duur van gesubsidieerde arbeidsplaatsen. Instellingen dienen dan ook vooral het heft in eigen handen te nemen.

17. *Dienen voor het afsluiten van een Arboconvenant in de sector verpleging en verzorging extra financiële middelen beschikbaar gesteld te worden om de in het Arboconvenant vastgelegde prestaties te kunnen verwezenlijken?*

De branche verpleging en verzorging is de enige grote zorgbranche waar nog geen arboconvenant tot stand is gekomen. Aanleiding – en ruimte – om meer middelen beschikbaar te stellen is er niet. Ook de andere zorgbranches hebben niets extra's gehad. Overigens geldt dat vorig jaar in de branche verpleging en verzorging een CAO Arbeid en Zorg tot stand is gekomen, waarin ook vergaande afspraken over de terugdringing van arbeidsrisico's zijn opgenomen.

18. *Kan de invoering van fase drie van de AWBZ brede zorgregistratie doorgang vinden, nu het voorstel van het CTG om de afschrijvingstermijnen voor ICT investeringen terug te brengen van vijf naar drie jaar, is afgewezen? Zo nee, hoe wordt dit voorkomen?*

De afschrijvingstermijn van ICT-investeringen heeft gevolgen voor de snelheid waarmee vervangingsinvesteringen gedaan kunnen worden. Bij de invoering van de zorgregistratie in de AWBZ zal aangesloten worden bij het bestaande automatiseringsniveau van de zorgaanbieders. Waar aanpassingen in de automatisering nodig zijn, zal dit in maatwerk plaatsvinden. De zorgkantoren zijn door middel van een subsidie ondersteund bij het verwerven van hard- en software. Voor de indicatie-organen geldt hetzelfde. Samenvattend zie ik geen grote problemen bij de invoering van de zorgregistratie als gevolg van de vastgestelde afschrijvingstermijn voor ICT-investeringen.

19. *Met ingang van 1 januari 2003 maakt vervoer integraal onderdeel uit van de aanspraak. Voor wat betreft het vervoer in dagverzorgingsprojecten door verzorgingshuizen is hier sprake van een verruiming van de aanspraak. Hoe worden verzorgingshuizen hier voor budgettair gecompenseerd?*

Zie het antwoord op vraag 10.

20. *Welk deel van de uitgavenstijging in de zorg komt door prijsstijging en welk deel door volumestijging?*

Het bruto Budgettair Kader Zorg stijgt van (afgerond) € 39,6 mld in 2002 tot € 49,3 mld in 2006. Dat is een totale uitgavenstijging van ruim € 9,6 mld. Hiervan is € 3,9 mld volumestijging en € 5,9 mld nominale ontwikkeling. Door statistisch/technische factoren (financieringsachterstanden) is het restant van -€ 0,2 mld te verklaren.

21. *De concepten van de formulierenset t.b.v. het AWBZ brede traject van de indicatiestelling lijken slechts te leiden tot maximaal 5 nachten een indicatie voor bijzondere zorg. In welk opzicht past dit bij het voornemen om de palliatieve zorg te versterken?*

In het concept indicatieformulier kan in het onderdeel C per functie worden aangegeven in welke mate de aanvrager op grond van zijn aandoening of beperking is aangewezen op die functie. De mate waarin is uitgewerkt in klassen. Gerelateerd aan de aandoening of beperking is daarbij in het formulier een onderverdeling opgenomen, waarbij de klassen in uren of dagdelen zijn uitgedrukt. De klassen zullen op basis van ervaringsgegevens zo worden bepaald, dat deze voor het merendeel van de aanvragen toereikend zijn. Indiciestellers kunnen –mits voldoende gemotiveerd- een indicatie stellen buiten de aangegeven klassen. De klasse-indeling tot 5 dagdelen stelt dus geen beperking aan de noodzakelijke omvang van de palliatieve zorg.

“Palliatieve zorg” (of bijzondere zorg) is overigens geen aanspraak in de zin van het Besluit zorgaanspraken AWBZ. Palliatieve zorg is een zorgarrangement, dat binnen het kader van de geïndiceerde functie of combinatie van functies zoals vastgelegd in het indicatiebesluit kan worden aangeboden. Naast verpleegkundige zorg kan het ook de functies huishoudelijke of persoonlijke verzorging, of ondersteunende of activerende begeleiding en behandeling omvatten.

Ook indien de inzet van bijvoorbeeld de functie verpleging is beperkt kan door een combinatie van functies toch een 7 x 24 –uurs inzet worden gerealiseerd.

22. *Hoe kan de stijgende vraag naar zorg door en voor ouderen ten gevolge van demografische ontwikkeling en veranderde zorgvraag opgevangen worden zonder dat extra middelen zijn vrijgemaakt voor uitbreiding van opleidingsplaatsen van geriater, de uitbreiding van klinische en poliklinische zorg en voor preventie en vroegsignalering ter voorkoming van geriatrische problematiek, zoals sociaal isolement en vereenzaming?*

Het is een misverstand dat er geen extra middelen beschikbaar worden gesteld voor de opvang van de demografische groei. In de ramingen wordt rekening gehouden met demografie.

Bovendien is de opleiding tot geriater uitgebreid met 6 opleidingsplaatsen per jaar.

Overigens hoeft in de opvang van demografische groei niet altijd te worden gedacht in termen van uitbreiding van capaciteit. In casu wordt met name gedacht verbetering aan te brengen in de geriatrische zorg door een betere samenwerking tussen de eerste en tweede lijn op het terrein van de geriatrie. Daarnaast wordt in de sector Verpleging en Verzorging (thuiszorg, verpleeghuiszorg en verzorgingshuiszorg, beide ook nadrukkelijk buiten hun muren) sinds een aantal jaren gewerkt volgens het “Boter bij de vis” principe. Dit betekent dat noodzakelijke extra productie indien daadwerkelijk geleverd bekostigd wordt. Hiermee is eveneens in de ramingen rekening gehouden.

23. *Door het Actieplan Zorgverzekerd konden zorgorganisaties in de sector verpleging en verzorging het gehele jaar door aanvullende productieafspraken maken. Wordt deze beleidsregel uit het Actieplan onverkort voortgezet?*

Zie het antwoord op vraag 13.

24. *Is de huidige oploop van het Budgettair Kader Zorg voldoende om alle wachtlijsten alsmede de te verwachten toename in de vraag weg te werken?*

Zie het antwoord op vraag 14.

25. *Bij de verantwoordelijkheidsverdeling zoals aangegeven door het kabinet ontbreekt de patiënt. Hoe ziet het kabinet de rol van de patiënt en hoe waarborgt het kabinet de keuzevrijheid van de patiënt voor zorgverzekeraar, arts en zorginstelling? Aan welke verbeteringen van zijn positie wordt gedacht?*

Vraaggerichtheid in de zorg vereist een versterking van de positie van patiënten/consumenten zodat zij hun vragen en behoeften zo kunnen formuleren dat zorgaanbieders en -verzekeraars (nog) meer rekening met hen houden. De keuzemogelijkheden van de patiënt voor een zorgverzekeraar worden in de wettelijke algemene verzekering gewaarborgd door de mogelijkheid om jaarlijks van verzekeraar te wisselen waarbij de verzekering wordt voorzien van een acceptatieplicht voor de uitvoerende zorgverzekeraar. De zorgverzekeraar sluit adequate contracten met aanbieders van zorg. De nota 'Met zorg kiezen' van juni 2001 beschrijft hoe zorggebruikers beter toegerust kunnen worden en hoe ze ondersteund kunnen worden bij het maken van keuzes voor zorg of een verzekeraar. De toerusting van de zorggebruiker zal op vijf niveaus plaatsvinden: via een adequate rechtspositie van zorggebruikers, via actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie op basis waarvan zorggebruikers zicht krijgen op de kwaliteit van de dienstverlening in de zorg en bij verzekeraars, via onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding, via individuele en collectieve inkoopmacht en via de aanwezigheid van collectieve onderhandelingsmacht die representatief is voor zorggebruikers en transparant handelt. Conform het overleg van maart 2002 in de Tweede Kamer wordt binnenkort over de voortgang van de uitvoering van deze nota gerapporteerd.

26. *Toezicht op de kwaliteit van de zorg en de betaalbaarheid zijn verantwoordelijkheden van de overheid. Tot voor kort werd bereikbaarheid van de zorg als één van de kerntaken van de overheid beschouwd. Is dit nu niet langer een kerntaak? Welke instrumenten staan de overheid ten dienste om deze kerntaken te verwezenlijken?*

Het behoort tot de verantwoordelijkheid van de overheid om een systeem te ontwikkelen en in stand te houden dat waarborgt dat mensen, die dat nodig hebben, zorg van goede kwaliteit krijgen binnen een redelijke termijn en tegen een betaalbare prijs. In dat systeem hebben zorgverzekeraars, zorgaanbieders en zorggebruikers elk een eigen verantwoordelijkheid. Zorgverzekeraars en -aanbieders hebben de taak om die zorg van goede kwaliteit binnen redelijke termijnen zo doelmatig mogelijk te organiseren daarbij geprikkeld door een wettelijke systeem dat de partijen ook daadwerkelijk daarvoor de mogelijkheden biedt. Daarbij hoort dat de overheid er vervolgens op toeziet dat de partijen hun verantwoordelijkheden waarmaken.

Bereikbaarheid van de zorg is een kwaliteitsaspect dat, mede in het licht van de wachtlijstproblematiek, de afgelopen jaren specifieke aandacht heeft gekregen. In de taakstelling van de overheid, zoals die hiervoor is geformuleerd, komt dit tot uitdrukking in het bieden van zorg van goede kwaliteit binnen een redelijke termijn. Als zodanig behoort ook de bereikbaarheid van de zorg tot de verantwoordelijkheid van de overheid, in die zin dat de overheid in het ontwerp van zijn systeem ervoor moet zorgen dat die bereikbaarheid voldoende is gewaarborgd. De overheid hoeft daarvoor niet zelf de bereikbaarheid te regelen maar moet partijen die daarvoor rechtsreeks verantwoordelijk zijn wel het instrumentarium bieden om die doelstelling te realiseren. De instrumenten van de overheid voor de verwezenlijking van deze kerntaken zijn gepaste wetgeving en toezicht.

27. *Kan een uitputtend overzicht worden gegeven van alle financiële prikkels waarvan optimaal gebruikt zal worden gemaakt?*

De financiële prikkels hebben tot doel om partijen een belang te geven bij het nemen van beslissingen die tot een doelmatige zorgverlening leiden. Centraal element daarin is concurrentie. Een evenwichtige set prikkels heeft betrekking op alle partijen in de driehoek: verzekerde/patiënt - zorgverzekeraar - zorgaanbieder.

Verzekerden/patiënten zijn uiteindelijk de klanten om wier gunst de zorgverzekeraars (en zorgaanbieders) moeten dingen. Een nominale premie (1) die maandelijks moet worden betaald draagt in ieder geval bij aan een kritische opstelling. Die zal door de overheid verder worden aangewakkerd door van verzekeraars te eisen zich publiekelijk te verantwoorden over hun prestaties (2). Om te voorkomen dat verzekerden te gemakkelijk een beroep op de zorgverlening doen vanuit de gedachte dat ze "toch verzekerd zijn" (moral hazard), wordt een eigen financiële bijdrage (eigen risico) ingevoerd (3).

Verzekeraars worden door een samenstel van prikkels in een risicodragende positie gebracht waardoor ze worden aangezet tot onderlinge concurrentie. Die concurrentie moet zich toespitsten op het voor de verzekerden inkopen van zorg en niet op het selecteren van risico's. Daarom komt er een zorgplicht (4), een acceptatieplicht (5), een verbod op premiedifferentiatie (6) en een risicovereveningssysteem (7). Dit systeem houdt in dat verzekeraars voor elke verzekerde vooraf een normvergoeding (8) ontvangen die zo goed mogelijk rekening houdt met het gezondheidsrisico van de verzekerde; hierdoor worden ze risicodragend. Als aanvulling op hun normvergoeding zijn de zorgverzekeraars voor hun inkomsten afhankelijk van de al genoemde nominale premie, waarvan zij zelf de hoogte vaststellen. Een extra prikkel voor een goede uitvoering van de zorgplicht is de mogelijkheid om winst te maken (9).

Om verzekeraars in concurrentie zorg in te laten kopen zullen ze selectief contracten met zorgaanbieders (10) moeten kunnen afsluiten. Daarvoor is het nodig dat men aan de zorgaanbodzijde voldoende handelingsvrijheid krijgt (11) en dat de vergoeding van de zorgaanbieders is gekoppeld aan prestaties (12) over de prijs waarvan kan worden onderhandeld. Ook bij zorgaanbieders kan het winstmotief een extra prestatieprikkel zijn (13).

28. *Hoe wordt recht op zorg hard gemaakt indien gelijktijdig de uitgaven binnen het budgettair kader zorg moeten passen?*

Het kabinet heeft zich zowel in de zorg als met betrekking tot de begroting doelen gesteld. De basis voor de realisatie van deze doelen is de raming van de zorguitgaven. Het uitgavenkader voor de zorg voorziet in een groei van 2,5% per jaar. Daar komen middelen bij voor de verkorting van wachttijden. Een spanning tussen recht op zorg en budgettair kader, zoals in de vraagstelling bedoeld, is alleen aan de orde voorzover deze uitgavenruimte zou worden overschreden.

Gedurende het jaar is het recht op zorg niet ondergeschikt aan het uitgavenkader.

29. *Hoeveel doelmatigheidswinst zal precies uit de ziekenhuissector worden gehaald, en in hoeverre is doelmatigheidswinst in de care nog te verwezenlijken?*

Concrete doelstellingen zullen, voor zover mogelijk, pas worden geformuleerd bij het aantreden van het nieuwe kabinet.

30. *Certificeren kan slechts indien getoetst kan worden aan eenduidige normen. Wie gaat die normen opstellen, en op welke aspecten wordt de nadruk gelegd? Is het mogelijk het aspect bereikbaarheid vanuit elke plek van het verzorgingsgebied hierbij te betrekken?*

Normeren van kwaliteit van zorg is een verantwoordelijkheid van de zorgsector zelf, uitgevoerd voor en door de bij de zorg betrokken partijen (tripartitemodel - aanbieders, verzekeraars, patiënten).

Dit principe van zelfsturing is in de Kwaliteitswet Zorginstellingen vastgelegd en bij de onlangs gehouden evaluatie en het standpunt hierop nogmaals bevestigd. Een aantal instituten, zoals de Stichting Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector ([www.hkz.nl](http://www.hkz.nl)) en het Nederlands Instituut voor Accreditatie van Ziekenhuizen ([www.NIAZ.nl](http://www.NIAZ.nl)) faciliteren partijen daarbij. Voor veel extramurale deelsectoren zijn inmiddels (ISO-compatibele) certificatieschema's ontwikkeld. Ook zijn er voor een groot aantal sectoren accreditatieschema's in ontwikkeling.

De schema's en normen bestrijken alle gebieden die in de kwaliteitsmodellen staan beschreven (structuur, proces en uitkomst). Het gaat om schema's en normen die zich richten op een algehele verbetering van de bedrijfsvoering en borging van de veiligheid van de zorg, waarbij de cyclische benadering van het permanent verbeteren uitgangspunt is. In het systeem van normontwikkeling en certificatie behoort het element van bereikbaarheid dus ook een plaats te hebben.

De Inspectie voor de Gezondheidszorg als handhavende instantie zal voor die onderwerpen waarop het veld nog onvoldoende kwaliteitsnormen heeft ontwikkeld, betrokken partijen moeten aanspreken. Het is overigens een taak van de zorgkantoren en de zorgverzekeraars om instellingen bij de zorginkoop te stimuleren, respectievelijk te eisen dat er sprake is van accreditatie van het kwaliteitssysteem door peer review (NIAZ) respectievelijk certificatie (op basis van certificatieschema HKZ) van het kwaliteitssysteem door een onafhankelijke certificatie-instelling. Voor de public healthdiensten zijn de gemeenten de aangewezen zorginkoper.

31. *Waarom ontbreekt in het hoofdstuk preventie de ouderenpreventie; bijvoorbeeld valpreventie?*

De algemene doelstelling voor letselpreventie is het terugdringen van het aantal behandelingen van letsel door privé-ongevallen op spoedeisende hulp afdelingen tot het niveau van de eerste helft van de jaren negentig (700.000). Hierin is ook verdisconteerd een afname van ongevallen met ouderen.

Zo zullen bijvoorbeeld, om het aantal valongevallen bij zelfstandig wonende ouderen te verlagen, door Stichting Consument en Veiligheid een handleiding, materialen en begeleiding worden aangeboden aan Nederlandse gemeenten en GGD-en voor projecten op dit terrein. Ook voor ouderen die in zorginstellingen verblijven is een dergelijke projectopzet ontwikkeld.

De ontwikkeling hiervan is grotendeels door het ministerie van VWS gefinancierd vanuit de begroting en het programma Gezond Leven van ZONMw.

De financiering van de uitvoering van deze projecten ligt bij de gemeenten en de verzorgings- en verplegingsbranche.

32. *Het is de bedoeling van dit kabinet om ziekenhuizen die meer produceren dan hun budget groot is, meer geld ter beschikking te stellen. Gaat de minister de ziekenhuizen (specialisten, zorgverzekeraars) die minder produceren dan volgens hun budget wordt toegestaan, budget afnemen? Zo ja, op welke wijze, en wat zijn de daarbij te hanteren marges en wanneer gaat dit in?*

Met ingang van het jaar 2001 wordt reeds het "boter bij de vis"-principe toegepast.

Dit houdt in dat niet langer de afgesproken productiewaarde maatgevend is voor de omvang van het budget maar de realisatiewaarde. Blijkt na afloop van het jaar dat het ziekenhuis

kans heeft gezien méér te produceren dan de productieomvang waar het voorlopige budget in eerste instantie op is gebaseerd, dan wordt het budget opgehoogd. Omgekeerd, blijkt na afloop van het jaar dat het ziekenhuis minder heeft geproduceerd dan de productieomvang waar het voorlopige budget in eerste instantie op was gebaseerd, dan wordt het budget verlaagd.

Hierbij wordt een marge van 1% gehanteerd: indien het absolute verschil tussen de productiewaarde en de realisatiewaarde minder dan 1% bedraagt van de productiewaarde, dan wordt het definitieve budget gebaseerd op de productiewaarde. Deze marge wordt niet gehanteerd in de situatie waarin het ziekenhuis gebruik maakt van de mogelijkheden om extra afspraken tegen hogere toeslagen te maken in het kader van de wachtlijstaanpak. In die situatie wordt altijd uitgegaan van de realisatiewaarde.

Vanaf 2001 kan de lumpsum van de medisch specialisten eveneens worden aangepast op basis van de gerealiseerde ziekenhuisproductie. Dit gebeurt door de lumpsum met hetzelfde percentage te muteren als waarmee het variabele deel van het ziekenhuisbudget muteert als gevolg van de boter-bij-de-vis-methodiek.

Het voornemen in de Zorgnota 2003 is er op gericht het nu bestaande onderscheid tussen de budgettaire vergoeding voor reguliere productie en de hogere budgettaire vergoeding (incl. toeslagen) voor wachtlijstproductie op te heffen. Het voornemen is dit op 1 januari 2003 in te laten gaan.

33. *Een van de redenen waarom ziekenhuizen niet hun productieafspraken haalden was omdat zij naast de werkelijke productieafspraken ook zogenaamde grijze productieafspraken maakten met de zorgverzekeraars. Deze grijze productieafspraken waren nodig om vergoeding te geven voor bijvoorbeeld een gouden handdruk voor een niet-functionerend specialist. Kan aangegeven worden welke kosten via de grijze productieafspraken vergoed werden? Is de minister bereid de praktijk van de grijze productieafspraken op te heffen door het CTG toestemming te geven om via bijvoorbeeld een categorie 'overige' een vergoeding voor dergelijke kosten te geven indien de instelling en de zorgverzekeraar de noodzaak kunnen aantonen, respectievelijk onderschrijven?*

Met de budgetopbrengst aan grijze productieafspraken werden met name de kosten als gevolg van onevenwichtigheden in de budgetsystematiek ziekenhuizen, de kosten van zorgvernieuwing en de kosten als gevolg van het bevrozen van de specialistenplaatsen (niet elke uitbreiding van het aantal specialistenplaatsen leidde tot een budgettaire vergoeding voor het ziekenhuis terwijl bezette extra specialistenplaatsen wél tot hogere kosten voor het ziekenhuis leidden) vergoed.

De genoemde oorzaken zijn inmiddels aangepakt door een herijking van de budgetsystematiek, aparte regels voor vergoeding van zorgvernieuwing (thans "productiegebonden toeslag" genoemd) en het mogelijk maken dat extra specialistenplaatsen leidden tot een toename van het ziekenhuisbudget.

De praktijk van grijze productieafspraken is dan ook inmiddels opgeheven door het invoeren van het "boter bij de vis"-principe waarbij het budget op basis van gerealiseerde productie, vermenigvuldigd met de variabele FB-parameterwaarden, wordt vastgesteld en niet meer op basis van de afgesproken productie.

De hoogte van de vergoeding voor de productiegebonden toeslag komt in lokaal overleg tussen instelling en zorgverzekeraar tot stand en vormt onderdeel van het totale budget van het ziekenhuis. Uit het budget dienen vervolgens de exploitatiekosten te worden gedekt.

34. *De Diagnose Behandel Combinaties (DBC's), zoals voorgesteld, gaan over de kosten van het geïntegreerde medische bedrijf. In hoeverre kunnen de kosten van de rest van de keten niet hierbij betrokken worden, denk daarbij bijvoorbeeld aan de revalidatie in een verpleeghuis en thuiszorg bij een heupvervanging?*

De DBC is een medische procesbeschrijving en geeft de combinatie aan van de zorgvraag, de gestelde diagnose en de bijbehorende reeks van acties die door de specialisten en ziekenhuispersoneel uitgevoerd worden om de patiënt (met zijn of haar klacht) te behandelen.

Vooralsnog omvat de DBC productbeschrijving de activiteiten die plaats hebben tijdens een poliklinisch consult, gedurende dagbehandeling en gedurende een ziekenhuisopname. Echter, het departement hecht veel waarde aan een gelijkgerichte bekostiging in de gehele zorgketen, waardoor er een betere prikkel is de aansluiting tussen zorgaanbieders beter op elkaar af te stemmen. Om die reden is er reeds dit jaar met de ontwikkeling van transmurale DBC's begonnen; dit wordt gesubsidieerd door het departement. Concreet zijn dit: de Nederlandse Diabetes Federatie (Ndf) en het CVA-project van thuiszorg Maatzorg (DWO; Delfland Westland en Omstreken). Diabetes en CVA zijn twee belangrijke aandoeningen waarvan de patiënten met verschillende zorgaanbieders te maken heeft. Vooralsnog zal zorg die niet binnen de ziekenhuissetting wordt geleverd, zoals verpleeg- en thuiszorg, niet binnen het bereik van DBC's vallen.

35. *Kan een overzicht worden gegeven van de investering in de ontwikkeling van de DBC's in de afgelopen jaren alsmede welke kosten worden voorzien voor 2003 en volgende jaren? Wil de regering beargumenteren waarom niet gekozen is voor een "Diagnosis Related Group"-systeem wat ook in andere Europese landen in ontwikkeling/gebruik is?*

#### **Overzicht van investeringen in het kader van DBC2003**

Onder de ontwikkelings- en implementatiekosten van het DBC2003 project vallen alle activiteiten van de projectleiding DBC2003. De projectleiding is in handen van het externe bureau Cap Gemini Ernst & Young.

De kosten kunnen worden onderscheiden in de volgende activiteiten:

projectorganisatie	€ 2,9 mln
implementatie	€ 1,0 mln
ICT	€ 1,9 mln
werklastmeting medisch specialisten	€ 6,7 mln
studie naar kostprijzen	€ 0,3 mln
juridische inbedding	€ 0,4 mln
en het internationale onderzoek	€ 0,1 mln.

Circa € 80 mln is in 2000 en 2001 aan zo'n 200 instellingen als subsidie verstrekt om hun organisatie (waaronder aanpassing van de administratieve systemen en scholing van de medewerkers) klaar te stomen voor de DBC-systematiek.

#### **Voorziene kosten voor 2003**

De kosten voor volgend jaar worden geschat op € 8 mln.

#### **DBC versus DRG (zie ook het antwoord op vraag 102)**

DRG's zijn een patiëntenclassificatiesysteem, die de patiënt typeren aan de hand van de diagnose. DBC's zijn een medische procesbeschrijving, die het behandelprofiel (wat heeft hij/zij, wat gebeurt er met hem/haar?) van een patiënt typeert.

Toen in ons land behoefte ontstond aan een producttypering in de zorg, is het DRG-systeem als eerste optie onderzocht. De DRG's hebben enkele belangrijke nadelen; ze zijn alleen hanteerbaar voor ziekenhuiskosten en niet voor de kosten van vrijgevestigde medisch specialisten.

Daarnaast is een belangrijk verschil dat de DBC in tegenstelling tot de DRG ook de gehele polikliniek en de dagbehandeling omvat. In Nederland waren in 2002 circa 1,3 miljoen opnamen, circa 0,9 miljoen dagopnamen en circa 8,0 miljoen eerste polikliniek bezoeken. DRG's richten zich louter op de eerste groep, DBC's op alle groepen en dus een integrale bekostiging van alle activiteiten in een ziekenhuis.

Een ander onderscheid tussen het DRG en DBC systeem is het moment van codering. De DRG codering vindt achteraf plaats door hiervoor opgeleide administrateurs. Binnen het DBC systeem vindt episoderegistratie plaats aan de bron. Registratie aan de bron maakt het mogelijk het systeem ook te gebruiken is voor andere doeleinden zoals planning en kwaliteitsbeleid.

De DBC-systematiek is ontstaan eind jaren 90, uitgaande van de behoefte om het *gehele ziekenhuis zorgtraject* van de patiënt te typeren, vanaf het eerste contact met de medisch specialist tot het einde van de behandeling. Uitgangspunt is het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf. Dit is vastgelegd in de Integratiewet en de wijziging van de Ziekenfondswet.

36. *Is het waar dat de stuurgroep 'invoering DBC' per brief heeft laten weten dat het mogelijk nog een jaar kan duren eer de DBC's zijn ingevoerd en dat de deugdelijkheid van de productstructuur te wensen over laat? Wat betekent dit voor invoering van DBC's?*

De stuurgroep DBC2003 heeft aangegeven dat per september 2003 de productstructuur solide is. Dat is geheel conform planning en is dus niet verontrustend. Deze vernieuwingsslag is voornamelijk gericht op het volledig zicht krijgen op de relatie tussen de typering en de zorgprofielen (de onderliggende elementen van de DBC). Volgend jaar zal conform planning de invoering aanvangen met een administratief telltarief; de eerste fase in het overgangsmodel van huidige naar nieuwe bekostiging.

37. *Waarom is er voor gekozen het inkomen/salaris van de medisch specialist onderdeel te laten zijn van de DBC's die hij immers zelf bepaalt? Waarom maakt diagnose deel uit van de DBC's? Zouden diagnoses niet losgekoppeld kunnen worden van de DBC's?*

Een belangrijke component van de DBC systematiek betreft de incorporatie van het specialistendeel. Uitgangspunt van de nieuwe bekostigingssystematiek is het Geïntegreerd Medisch Specialistisch Bedrijf en daarmee gelijkgerichte bekostiging voor ziekenhuizen en specialisten. Een DBC bestaande uit een ziekenhuis en specialisten deel voorziet in deze behoefte. De DBC systematiek is de basis voor een prestatiegerichte bekostiging waarin een specialist 'loon naar werken' ontvangt in tegenstelling tot de huidige lumpsum-financiering waarin er onverklaarbare inkomensverschillen bestaan tussen specialisten en specialismen. Daarnaast kan inzicht in de werklust ook zijn vertaling hebben naar de benodigde capaciteit, op zowel het niveau van het ziekenhuis als op landelijk niveau.

De DBC is een medische procesbeschrijving en geeft de combinatie aan van de zorgvraag, de gestelde diagnose en de bijbehorende reeks van acties die door de specialisten en ziekenhuispersoneel uitgevoerd worden om de patiënt (met zijn of haar klacht) te behandelen. De diagnose is een essentieel onderdeel van de DBC (Diagnose Behandeling Combinatie) producttypering, immers de zorgvraag en daaraan gekoppelde diagnose vormt de basis voor de keuze voor de behandeling. Deze koppeling van diagnose en behandeling geeft transparantie in het zorgproduct: enerzijds wordt de zorgvraag gelabeld, anderzijds wordt de keuze voor behandeling onderbouwd. Daarnaast is de codering van de diagnose essentieel voor internationale vergelijking, de LMR (Landelijke Medische Registratie) en kwaliteitsmetingen. Loskoppeling van de diagnose zal alle bovengenoemde voordelen wegnemen maar bovenal de kracht van de DBC systematiek in termen van transparantie te niet doen.

38. *Welke bureaucratische belemmeringen doen zich voor bij de invoering van de DBC-systematiek? Welke uitvoeringsproblemen doen zich voor bij de experimenten? Hoe wordt bijvoorbeeld de huidige ziekenhuisbudgettering gecombineerd met marktwerking voor een deel van de behandelingen? Aan welke randvoorwaarden moet zijn voldaan wil de DBC-systematiek kans van slagen hebben? Welke gevolgen kan eventuele mislukking van de experimenten hebben voor de herziening van het zorgstelsel als geheel?*

Voor de introductie van het DBC experiment dienen voor de voor het experiment geselecteerde DBC's vrijstellingen te worden vastgelegd in een AmvB ex WTG. Het experiment is zodanig vorm gegeven dat de huidige ziekenhuisbudgettering en het experiment naast elkaar kunnen bestaan en dat de geldstromen binnen beide systemen duidelijk gescheiden blijven. De zorgverzekeraar en zorgaanbieder besluiten over welke ingrepen binnen het experiment afspraken gemaakt worden. Zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder hebben de keuze voor welke geselecteerde zorgproducten zij zullen deelnemen aan het experiment. Voor de zorgproducten waarover zowel de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder overeenkomen te onderhandelen worden er afspraken gemaakt over prijs, volume en kwaliteit. Daarnaast zijn afspraken mogelijk over o.a. protocollering en wachttijdreductie. De verzekeraar en aanbieder bepalen welk gedeelte uit het FB-budget gehaald wordt. Dit is (inhoudelijk, niet het bedrag!) het equivalent van het gedeelte dat vervolgens wordt bekostigd door DBC-prijzen.

Het experiment is een succes als wordt aangetoond dat er meer wordt gedaan tegen reële prijzen en er een positief effect op de wachttijden zichtbaar is. Dit experiment geeft met name inzage in hoeverre het veld gereed is voor het nieuwe paradigma 'van aanbod naar vraaggestuurde zorg middels de introductie van marktmechanismen'. Indien over de hele linie blijkt dat er minder wordt geproduceerd tegen een gemiddeld hogere prijs, lijkt de marktmacht van de inkopers nog te klein om van een goed functionerende zorgmarkt te spreken.

39. *Welke budgettaire risico's kleven aan landelijke invoering van de DBC-systematiek en wat zijn de budgettaire gevolgen van de experimenten met DBC's?*

In het eindmodel van de DBC-systematiek (dat bereikt zal worden na een paar overgangsfasen) wordt de prijsvorming door de lokale partijen uitonderhandeld. Prijzen zullen daarom variëren per contract van de verschillende aanbieder-inkoper-relaties. Een budgettair risico is daarom niet te geven. Dat vraagt een inzicht in voorspelling over benodigde zorg en prijsontwikkeling.

Wel is, met de principes van gereguleerde marktwerking in het achterhoofd, de verwachting dat transparantie in prijs en product, vergelijkbaarheid van prijzen tussen aanbieders en de wetenschap dat –in tegenstelling tot de huidige bekostiging- een betere doelmatigheid toekomt aan de instelling doordat zij een lagere prijs kunnen vragen en daarmee onderscheidend vermogen hebben, de gemiddelde prijs per eenheid product minder hard zal toenemen dan de prijsontwikkeling indien dit systeem niet zou worden ingevoerd.

Belangrijk is de inkoopkracht van de verzekeraar; indien er door capaciteitstekort te weinig keuzevrijheid is om aanbieders ook niet te contracteren, zal geliberaliseerde prijsstelling minder zijn dan wanneer aanbieders 'hun best moeten doen' de medische producten aan de verzekeraars te contracteren.

De budgettaire gevolgen van het experiment zijn evenwel niet te duiden. Vanzelfsprekend worden deze goed gemonitord. Binnenkort ontvangt u over het experiment een nadere uiteenzetting.

40. *Wanneer kan de Kamer een zorgvuldig onderbouwd voorstel inzake de DBC-experimenten tegemoet zien?*

Op korte termijn. Binnenkort wordt over het experiment in de ministerraad besloten. Door het affreden van minister Bomhoff is dit enigszins vertraagd.

41. *Hoe wordt voorkomen dat bij de experimenten ziekenhuizen bijvoorbeeld twee keer een verrichting declareren: één keer onder het huidige systeem en één keer in het experimentele deel? Welke overige technische problemen zijn te verwachten?*

De huidige tarieven vormen de cashflow om het (FB-)budget te vullen. Het gedeelte van het budget dat niet is gevuld, ontvangt het ziekenhuis alsnog via het sluittarief. Met andere woorden: een ziekenhuis ontvangt altijd zijn budget, ongeacht het aantal te declareren verrichtingen. Wil men tegen het fenomeen “één keer uitvoeren, twee keer betalen” iets doen, zal een budgetcorrectie plaats moeten vinden. De verzekeraar en aanbieder bepalen welk gedeelte uit het FB-budget gehaald wordt. Dit is (inhoudelijk, niet het bedrag!) de equivalent van het gedeelte dat vervolgens wordt bekostigd door DBC-prijzen. Het FB-budget wordt dus met dit bedrag verlaagd, opdat het niet meer in het gegarandeerd inkomen zit.

Het is vervolgens vanuit financieel perspectief (inkomstenmaximalisatie) niet interessant voor de instelling het tarief te declareren, omdat dit in directe zin het sluittarief verlaagt.

42. *Hebben zorgverzekeraars op dit moment voldoende prikkels om serieus werk te maken van (prijs)onderhandelingen?*

Een prikkel voor zorgverzekeraars om te onderhandelen over de prijs is zeker aanwezig. Primair werken de zorgverzekeraars op een concurrerende markt. Goede onderhandelingen vertalen zich onder andere in een lagere nominale premie.

Verder is er in de systematiek van de Wet tarieven gezondheidszorg in de eerstelijnszorg – behoudens een enkele uitzondering - sprake van maximumtarieven. De ziekenfondsen zijn hier 100% risicodragend. Zorgverzekeraars geven echter op verschillende wijze invulling aan de prijsonderhandelingen. Op sommige dossiers, bijvoorbeeld fysiotherapie en geneesmiddelen, is door enkele gekozen voor –vormen van – aanbesteding. Andere verzekeraars kiezen een meer traditionele benadering.

In de tweede lijn ben ik doende door de introductie van DBC's (prijs)onderhandelingen te stimuleren.

43. *Hoe groot is de omvang van de besparingen welke naar verwachting voortvloeien uit het implementatieplan naar aanleiding van de commissie de Beer?*

De Commissie De Beer heeft drie grote wetgevingscomplexen in de zorgsector onderzocht (bouw, financiering en prijzen) alsmede enkele specifieke deelonderwerpen als farmacie en enquêtes. Binnen dit gebied bedragen de administratieve lasten volgens de Commissie circa € 1 mld. Ongeveer tweederde hiervan heeft betrekking op zorgaanbieders.

Indien alle door de Commissie gedane verbetervoorstellen worden opgepakt en doorgevoerd, kan hiermee volgens de Commissie maximaal circa € 300 mln worden bespaard.

Naast besparingen in financiële zin doet de Commissie De Beer tevens voorstellen die leiden tot de niet in geld uit te drukken vermindering van irritatie.

44. *Welke initiatieven en op welke termijn worden genomen om de onderhandelingsvrijheden van verzekeraars en aanbieders te vergroten?*

Op korte termijn, dat wil zeggen per 1 januari 2003, zijn voor zowel de AWBZ-sector als voor de ziekenhuissector maatregelen voorzien die de onderhandelingsvrijheden van verzekeraars en aanbieders vergroten.

Voor de AWBZ-sectoren is het, u recent toegezonden, besluit zorgaanspraken van belang. Kern daarvan is dat de AWBZ-aanspraken met ingang van 1 januari 2003 in plaats van voorzieningsgericht, functiegericht zijn omschreven. De indicatiestelling vindt vanaf dat moment plaats op basis van zorgfuncties plaats waardoor het mogelijk wordt de zorg beter

op maat, in onderhandeling tussen verzekeraar (zorgkantoor) en instelling, te leveren. Bovendien wordt het voor alle AWBZ-instellingen mogelijk om alle vormen van zorg te gaan leveren.

Voor de ziekenhuissector zijn ook maatregelen per 1 januari 2003 in voorbereiding. Verwezen zij daarvoor naar de brief van 27 september 2002 waarmee mijn ambtsvoorganger u op de hoogte heeft gesteld van zijn verzoek aan het College tarieven gezondheidszorg om een pakket maatregelen uit te werken die het prestatiegerichte karakter van de bekostiging versterken en de mogelijkheden verruimen om lokaal tot maatwerkafspraken te komen. Concreet gaat het daarbij om zaken als de vergroting van de vrije marge in het ziekenhuisbudget, invoering van een eerste, beperkte, tranche DBC's, ombouw van de lumpsumbekostiging van specialisten naar een meer prestatiegerichte bekostiging. In aanvulling hierop moet het voornemen worden gezien om voor ziekenfondsen de flexizorgregeling te verruimen en te dereguleren. Met het van kracht worden van de nieuwe zorgverzekeringswet zullen ook de aanspraken voor de curatieve zorg functiegericht worden omschreven om substitutiemogelijkheden en onderhandelingsmogelijkheden tussen verzekeraars en aanbieders te verruimen.

Voor zowel de curatieve sector als voor de AWBZ-sector is een versoepeling van het overeenkomstenstelsel aan de orde. Voorstellen daarvoor zijn voor advies aan de Raad van State voorgelegd.

45. *Hoe groot is het huisartsentekort? Hoe ontwikkelt zich dit tekort (kwalitatief als ook kwantitatief) de komende jaren? Wat zijn de oorzaken van dit tekort? Is uitbreiding van de capaciteit van de huisartsenopleiding (+ 50%) voldoende om het huisartsentekort op te lossen?*

In 2002 zullen naar schatting iets meer dan 250 huisartsen hun praktijk neerleggen. Het huisartsentekort is een relatief probleem: op 1 januari 2002 zijn er zo'n 620 praktijkzoekende huisartsen. Voor 52% bestaat deze groep uit waarnemers en voor 32% uit HIDHA's (afgestudeerde huisartsen die langer dan een half jaar in loondienst van een zelfstandig gevestigde huisarts werkzaam zijn).

De huidige praktijkorganisatievorm (solopraktijken), de hoge feminisatiegraad, de onhaalbaarheid van de combinatie zorg en werk en de toenemende behoefte aan deeltijdwerken lijken evenals de hoge waarnemingstarieven belemmerende factoren voor vestiging.

In de komende 10 jaar zal ca. 35% van de huisartsen stoppen met de praktijk.

Op dit moment beginnen per jaar meer dan 400 mensen met de opleiding tot huisarts.

De uitbreiding van de opleidingscapaciteit loopt van 420 in 2001 tot 670 in 2004.

Dat is ruimschoots voldoende om de uitstromers te vervangen. Het is waarschijnlijk te weinig om daarnaast ook te voldoen aan de toenemende zorgvraag en aan de wens van veel huisartsen om korter te werken. Volgens het Capaciteitsorgaan zou de opleidingscapaciteit bij ongewijzigd beleid dan ook nog verder moeten doorgroeien tot 861 in 2012. Hiervan acht het Capaciteitsorgaan slechts 516 daadwerkelijk realiseerbaar in 2005 met het oog op het afnemende animo onder basisartsen om huisarts te worden.

'Opleiden wat er mogelijk is' is het motto voor overheid en partijen uit het veld. Maar alleen meer opleiden zal de nood op korte termijn niet verlichten. Zelfs met een onbeperkt opleidingsaanbod zijn onvoldoende gegadigden te vinden om in de opleiding in te stromen. De aanpak van het probleem zal daarom een bredere inzet moeten hebben.

Taakherschikking en de inzet van nieuwe beroepen, zoals de 'physician assistants' en de praktijkverpleegkundigen, kunnen daarbij een belangrijke bijdrage leveren, doordat zij een deel van het werk van de huisarts overnemen.

46. *Denkt het kabinet dat de verhoging van de instroom van geneeskundestudenten, specialistenopleidingen en huisartsen voldoende is om de schaarste aan artsen, specialisten en huisartsen om te buigen? Kan dit kwantitatief worden onderbouwd per beroepsgroep? Hoe is de procentuele verhoging van de instroomplaatsen onderbouwd? Wat is het budgettaire effect hiervan?*

Nee, zie ook de beantwoording van de vorige vraag. Voor de uitbreiding van het opleidingscapaciteit is de financiële ruimte niet zo zeer het probleem. Opleidingscapaciteit (opleiders, praktijkplaatsen) kan niet onbepert toenemen zonder kwaliteitsverlies. Bovendien moet er voldoende belangstelling zijn bij kandidaten. Ook andere wegen dan verhoging van de instroom zullen bewandeld moeten worden zoals taakdifferentiatie en substitutie tussen beroepsgroepen.

Voor de kwalitatieve onderbouwing per beroepsgroep op hoofdlijnen verwijs ik naar het Capaciteitsplan 2001 respectievelijk 2002 voor de medische en tandheelkundige vervolgoedingen van het Capaciteitsorgaan. Daarin is tevens de procentuele verhoging van de instroomplaatsen onderbouwd.

Op geleide van de Capaciteitsplannen zijn voor de instroom van 300 extra agio's in 2002 aanvullend middelen beschikbaar gesteld. De kostengevolgen van deze extra instroom bedragen € 10 mln voor de loonkosten van de agio's en € 25 mln vanwege de bijdrage van de agio's aan het wegwerken van wachtlijsten (extra productie). De uitbreiding van de huisartsenopleiding van 420 plaatsen in 2001 tot 670 in 2004 is reeds in de meerjarencijfers verwerkt.

47. *Hoeveel procent van alle medische klachten wordt verholpen door de huisarts? Hoeveel kost dit? Hoeveel procent vormt dit van de totale kosten voor de gezondheidszorg?*

De huisarts verwijst ongeveer 15% van zijn patiënten naar medisch specialisten. Aan huisartsenzorg wordt ongeveer € 1,3 miljard op jaarbasis besteed, hetgeen circa 3% bedraagt van de totale kosten voor de gezondheidszorg.

48. *Mag gezien het huisartsentekort een huisarts na zijn 65e doorwerken (vrijwillig)? Zo niet, waarom niet?*

Ja, het is een huisarts toegestaan zijn beroep ook na het behalen van de 65-jarige leeftijd te continueren. De Wet BIG kent geen leeftijdsgrens. De systematiek van de inschrijving in het HVRC-register van erkende huisartsen kent ook geen leeftijdsgrens.

De standaardovereenkomst huisarts-ziekenfonds kent als leeftijdsgrens het bereiken van de 65-jarige leeftijd. Huisartsen en zorgverzekeraars kunnen overeenkomen daarvan af te wijken.

49. *Hoe verhoudt zich de honorering van waarnemend huisartsen tot de honorering van 'fulltime' huisartsen? Kan het meer lonend zijn om slechts enkele dagen per week waar te nemen? Zo ja, in welke gevallen is dit het geval?*

De waarneemtarieven zoals die de LHV die als richtlijn hanteert zijn afgeleid van het norminkomen van de vrijevestigde huisarts. De LHV richtlijn is € 32.50 per uur en voor de avond-, nacht- en weekenddienst € 45. De feitelijke betaling varieert in het land afhankelijk van regionale verschillen. Door de schaarste aan huisartsen worden in de praktijk soms hogere vergoedingen gehanteerd. Dit kan variëren tussen € 32,45 en € 60,=. Omdat de feitelijke vergoedingen niet bekend zijn is ook onduidelijk hoe de honorering van beide groepen huisartsen zich tot elkaar verhoudt.

Bij hogere vergoedingen voor waarneming dan de LHV-richtlijn, kan het lonend zijn om een aantal dagen per week als waarnemer te gaan werken. Behalve om financiële redenen kan

dit echter ook om een andere reden aantrekkelijk zijn. De hoeveelheid niet-patiëntgebonden activiteiten (met name van administratieve aard) is voor een waarnemer beperkter, waardoor deze zich meer met direct patiëntgebonden activiteiten kan bezighouden.

50. *Wat doen gemeenten om huisartsen aan te trekken? Welke vestigingsproblemen ervaren huisartsen?*

Huisartsen hebben soms moeite met het vinden van een betaalbare locatie (hoge grondprijzen): bij investeringen in eigendom, vragen oudere huisartsen zich af of ze de investering eruit zullen halen en hebben jongere artsen vaak geen zin in zo'n financiële last. Ook spelen zaken als parkeerfaciliteiten en faciliteiten voor patiënten die minder mobiel zijn (bereikbaarheid openbaar vervoer) een belangrijke rol bij de vestiging van huisartsen. De Vereniging Nederlandse Gemeenten heeft de gemeenten via ledenbrieven aandacht gevraagd voor deze problematiek. Gemeentebestuurders erkennen het probleem en een aantal van hen is ook metterdaad overgegaan tot het treffen van maatregelen. Deze liggen onder andere in de faciliterende sfeer als:

- het opnemen van voorzieningen als gezondheidscentra in de gemeentelijke bestemmingsplannen;
- het hanteren van niet-commerciële grondprijzen;
- het verstrekken van subsidies.

51. *Hoeveel huisartsen zijn er in Nederland actief werkzaam? Hoe ziet dit aantal er uit onderverdeeld in fulltime en parttime huisartsen? Hoe ziet het totale aantal er uit, verbijzonderd naar leeftijd?*

Per 31 december 2001 werken er 7.933 huisartsen in Nederland, waarvan 39,5% werkt in deeltijd en 60,5% voltijds. Naar leeftijdscategorie verdeeld:

Tot 30 jaar:	3,9% van de huisartsen
Van 35 tot 50 jaar:	56,7% van de huisartsen
50 jaar en ouder:	39,4% van de huisartsen.

52. *Is het waar dat wanneer huisartsen gemiddeld vijf uur per week langer werken dat er nu en in de toekomst geen huisartsentekort is?*

Rekentechnisch gezien is dit juist, maar het is de vraag of dit uitvoerbaar is. De werkdruk onder huisartsen is reeds hoog. Volgens het Nivel bedroeg de gemiddelde werkweek van een fulltime werkende huisarts exclusief de avond-, nacht- en weekenddiensten circa 54 uur. Het beleid is momenteel juist gericht op maatregelen om de werkbelasting van huisartsen te normaliseren. Voorbeelden hiervan zijn zoals de invoering van de Huisartsendienstenstructuren en de intrede in de praktijk van de praktijkondersteuner. Het verder verlengen van de werkweek ligt daarom ook niet voor de hand.

53. *Welke nieuwe maatregelen gericht op laten dalen van het ziekteverzuim zal dit kabinet concreet nemen en wanneer? Is het kabinet bereid naast de mogelijke introductie van positieve prikkels ook negatieve prikkels te introduceren?*

Het beleid van dit kabinet gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim wordt op verschillende manieren vormgegeven.

In de eerste plaats door verbetering van arbeidsomstandigheden op de werkvloer. Hiertoe zijn in 2000 en 2001 met bijna alle zorgsectoren arboconvenanten afgesloten door sociale partners en de ministers van SZW en VWS. In de arboconvenanten staan concrete afspraken over de reductie van fysieke en psychische belasting van werknemers.

In de tweede plaats zijn in de arbeidsmarktconvenanten concrete afspraken gemaakt het verschil in ziekteverzuim tussen zorg & welzijn en de rest van Nederland te halveren in de periode 2000 tot en met 2003. Hiertoe stelt het kabinet middelen beschikbaar via een stimuleringsregeling voor bijvoorbeeld de aanschaf van tilhulpmiddelen.

In de derde plaats kan door de instroom van nieuw personeel en het reduceren van verloop van bestaand personeel door instellingen worden voorkomen dat de werklast (en dus de werkdruk) van personeel stijgt bij behoud van de productiecapaciteit.

Het kabinetsbeleid gericht op het terugdringen van het ziekteverzuim en van de kosten van arbeidsongeschiktheid krijgt vorm in de sociale zekerheidswetgeving. De verantwoordelijkheid voor die wetgeving is ondergebracht bij de minister van SZW.

Voorzover het bereik van de Zorgnota betreft, is het zo dat de werkgevers in het VWS-veld uiteraard ook vallen onder die sociale zekerheidswetgeving. In de Zorgnota wordt echter het beleid van VWS gepresenteerd. Voorzover de verantwoordelijkheid van VWS aan de orde is, staat de toelichting op de activiteiten rond vermindering van ziekteverzuim specifiek in het VWS-veld vermeld in paragraaf 4.4.1 "Arbo, verzuim en reïntegratie" van onderdeel B "Sectoroverstijgende thema's".

Uiteraard hebben de sociale partners in het VWS-veld de mogelijkheid om in hun CAO's afspraken neer te leggen die de doelstellingen uit de arbeidsmarkt- en de arboconvenanten kunnen ondersteunen.

54. *Bij extramuralisering van de verpleeg- en verzorgingshuiszorg valt de dienstverlening weg. Dienstverlening moet dan lokaal in plaats van via de AWBZ gefinancierd worden. Op welke wijze denkt het kabinet aan deze lastenverzwaring voor de lokale overheid tegemoet te komen?*

Zelfstandig wonende burgers met beperkingen kunnen aanspraak maken op de AWBZ voor zorg. Voor dienstverlening zijn ze aangewezen op hun gemeente die op grond van de Welzijnswet de taak heeft algemene maatschappelijke voorzieningen te organiseren. Niet alle gemeenten voeren daarbij hetzelfde beleid. Momenteel is een subsidieregeling extramurale dienstverlening in voorbereiding om de dienstverlening bij extramuralisering niet tussen de wal en het schip te laten vallen. Via deze tijdelijke subsidieregeling zal (zorg)geld beschikbaar gesteld worden voor dienstverlening aan mensen met beperkingen die zelfstandig willen (blijven) wonen en die door tekorten in hun sociale zelfredzaamheid behoren tot een risicogroep om opgenomen te worden of te blijven.

Gemeenten moeten wel in een evenredige mate financieel bijdragen aan de te realiseren dienstverlening. Uit de subsidieregeling kan dienstverlening bekostigd worden voor de risicogroep voor opname in een intramurale voorziening; de gemeente blijft verantwoordelijk voor de overige burgers die maatschappelijke dienstverlening nodig hebben. Met het verouderen van de bevolking zullen de gemeenten inderdaad een groter deel van hun budget voor deze groep burgers moeten inzetten.

De subsidie extramurale dienstverlening zal worden verstrekt aan zorgkantoren die het vervolgens beschikbaar stellen aan zorginstellingen of welzijnsinstellingen in overeenstemming met de gemeenten. De subsidieregeling zal tijdelijk worden ingesteld als een tussenoplossing op weg naar een meer definitieve regeling. U heeft reeds een ambtelijke bouwstenennotitie ontvangen over de langere termijn, waarin ook de mogelijkheid van een dienstenwet is genoemd.

55. *Waarom wordt er voorlopig geen PGB ingesteld voor behandeling en verblijf conform bijvoorbeeld de regeling kleinschalige wooninitiatieven in de gehandicaptensector? Kan uit het woord 'voorlopig' worden geconcludeerd dat dit in de toekomst wel het geval zal zijn? Kan het woord 'voorlopig' geconcretiseerd worden in een jaartal?*

De keuze om voor behandeling voorlopig geen PGB te verstrekken is van technische aard. Gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandelingsfuncties en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ-sectoren wordt het niet

mogelijk geacht op korte termijn te komen tot een verantwoorde PGB-systematiek voor de functie behandeling. Dit neemt evenwel niet weg dat indien iemand geïndiceerd is voor (een of meer van) de eerste vijf functies (huishoudelijke verzorging, persoonlijke verzorging, verpleging, ondersteunende en activerende begeleiding) én de functie behandeling, men wel voor de eerste vijf functies een PGB kan verkiezen. Behandeling zal echter als zorg in natura worden verstrekt.

Het buiten het PGB houden van de (financiering van) verblijf hangt samen met de doelstelling om in het beleid naar de toekomst toe wonen en zorg in de AWBZ zoveel mogelijk te scheiden. Het verankeren van de financiering van verblijf met een PGB zou niet sporen met deze gewenste ontwikkeling.

Omdat tijdelijk verblijf, zoals logeeropvang, niet ingaat tegen het beleid van scheiden van wonen en zorg, zal tijdelijk verblijf wel in PGB-vorm verstrekt kunnen worden.

Indien te zijner tijd tot een verantwoorde PGB-systematiek voor de functie behandeling kan worden gekomen, zal bezien worden of behandeling in PGB-vorm verstrekt kan worden. Het woord 'voorlopig' kan op dit moment nog niet geconcretiseerd worden in een jaartal.

*56. Wordt in de AWBZ-brede PGB-regeling ook rekening gehouden met het PVB? Kan de PVB-regeling ook voor de niet-gehandicaptensectoren worden ingevoerd?*

In de AWBZ-brede PGB-regeling wordt geen rekening gehouden met het PVB. Dat is gegeven het in het kader van de PGB-regeling beschikbaar stellen van een budget ook niet nodig. Ook is het niet mogelijk de PVB-regeling voor de niet-gehandicaptensector in te voeren. De reden daarvan is dat het PVB een bekostigingssysteem is voor zorg in natura. In het kader van de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg is het PVB gekozen als financieringsmodel voor de af te spreken aanvullende productie tussen zorgkantoor en zorgaanbieders. Deze beleidskeuze is gebaseerd op de overweging naast het oplossen van de wachtlijsten ook de vraagsturing te bevorderen. Momenteel is er een splitsing tussen PVB (bij scheiding van wonen en zorg) en zorg in natura. In het kader van de modernisering van de AWBZ gaan PVB en zorg in natura over in de functiegerichte benadering, gecombineerd met de zorgzwaartebekostiging (in de gehandicaptenzorg).

*57. Kan, als het gaat om de andere landen van de EU, schematisch worden aangegeven of en zo ja in welke landen waarvoor wachtlijsten bestaan? Kan tevens worden aangegeven hoe landen die geen wachtlijsten kennen dit hebben tot stand gebracht?*

Op dit moment zijn er nog weinig gegevens beschikbaar over het wel of niet bestaan van wachtlijsten voor verschillende onderdelen van zorg binnen andere landen van de EU. In het rapport "Zorg voor het ziekenhuis", Nyfer mei 2002, staat vermeld dat in België, Duitsland en Frankrijk geen wachtlijsten bestaan.

Landen waar wel wachtlijsten bestaan zijn: Denemarken, Zweden en het Verenigd Koninkrijk. Data waarover de wachtlijsten gaan zijn niet beschikbaar.

Over de overige landen zijn helemaal geen gegevens beschikbaar. De OESO heeft vorig jaar geconstateerd dat er te weinig bekend is over dit onderwerp. Daarom is een onderzoek gestart dat mede door VWS wordt gefinancierd. De resultaten van dit onderzoek komen in het najaar van 2003 beschikbaar.

*58. Fysiotherapie is thans een onderdeel van de ziekenhuiszorg. Betekent de zinsnede "de markt voor fysiotherapie is anders dan de markt voor ziekenhuizen" dat de klinische en/of poliklinische fysiotherapie uit het budget van de ziekenhuiszorg gehaald wordt?*

Neen. Met de zinsnede is bedoeld om in algemene zin aan te geven, dat de diverse zorgbranches niet onder één titel kunnen worden gebracht, als het gaat om beleid over het introduceren van marktwerking. De diverse zorgbranches zijn te verschillend van aard en structuur om één algemeen geldend beleid te kunnen voeren. Er moet dus separaat per

deelmarkt worden gekeken. In die zin is als voorbeeld fysiotherapie en ziekenhuiszorg genoemd. Waarbij met "fysiotherapie" de extramurale fysiotherapie is bedoeld.

59. *Hoe groot zal de opbrengst zijn van de genoemde doelmatigheid, kan dit worden aangegeven in zowel kwalitatieve als kwantitatieve termen?*

Door de overgang van centrale aanbodsturing naar een stelsel van gereguleerde marktwerking en decentrale vraagsturing is een substantiële toename van de doelmatigheid haalbaar. De mogelijkheden hiertoe zijn volop aanwezig. En, minstens zo belangrijk, ook de wil en het enthousiasme in het veld zijn breed aanwezig. Vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van verzekeraars en aanbieders, introductie van een consistent geheel van marktprikkels en ombuiging van de top-down aanbodsturing met de daarbij behorende bureaucratie zal een brede range van innovaties en best practices kunnen opleveren. Zowel het kabinet als de sector zelf zijn er van doordrongen dat deze kansen zoveel mogelijk moeten worden benut. Gegeven de noodzaak van uitgavenbeheersing, gaat ondoelmatigheid immers ten koste van de hoeveelheid en kwaliteit van de geleverde zorg.

De extra doelmatigheid wordt gestimuleerd door wijzigingen in de prikkelstructuur; het meest aansprekende voorbeeld daarvan is de wijze van bekostiging. De te verwachten baten zijn divers, deels kwalitatief van aard en deels kwantificeerbaar. Essentieel is dat er ruimte komt om de bedrijfsvoering af te stemmen op de zorgcliënten. Dat betekent dat meer productie kan worden geleverd, wat van belang is voor de voorkoming van onaanvaardbare wachttijden. Tevens kan zo veel mogelijk rekening worden gehouden met de (gedifferentieerde) wensen en behoeften van de patiënten. Tegelijkertijd kan het werkklimaat in de instellingen verbeteren, met name door beheersing van de werkdruk, waarmee een bijdrage wordt geleverd aan de bestrijding van ziekteverzuim en de positie van de zorg op de arbeidsmarkt.

60. *Wanneer zullen de verschillende instrumenten om de zorguitgaven te beheersen worden ingezet?*

In het strategisch akkoord is een raming van de zorguitgaven voor de gehele kabinetsperiode opgenomen. Hierbij is bijzondere aandacht gegeven aan de opgave om het recht op zorg waar te maken. Deze raming kent onzekerheidsmarges omdat de uitgavenontwikkeling in de zorg mede afhankelijk is van een complex van externe ontwikkelingen. Overschrijdingen zijn dus niet uit te sluiten, bijvoorbeeld als zou blijken dat de aanpak van wachttijden zo succesvol is dat deze niet binnen de geraamde middelen kon worden bekostigd. In dat geval treden de begrotingsregels in werking. In de kern komen deze er op neer dat een overschrijding van het uitgavenkader op de een of andere wijze - primair binnen de eigen sector - gecompenseerd moet worden. Over de wijze van compensatie beslist het kabinet. Afhankelijk van de totale budgettaire situatie en de aard van de omstandigheden die hebben geleid tot overschrijding van het kader voor de zorg, zullen dan ook maatregelen in de sfeer van de zorg aan de orde kunnen komen. De instrumenten om de zorguitgaven te beïnvloeden zijn aanpassing van het verzekerde pakket, de hoogte van de eigen betalingen en maatregelen op grond van de WTG.

61. *Kan een overzicht worden gegeven van de verwachte groei van de vraag naar zorg als gevolg van technologische vernieuwingen en als gevolg van de vergrijzing tot 2006, uitgesplitst naar zorg, medicijnen, hulpmiddelen, bouw?*

Het Centraal Planbureau komt in zijn studie uit op een (beleidsarme) basisvolumegroei van 2,5% gemiddeld per jaar voor de zorg in het geheel. Deze groei zou benodigd zijn om de gevolgen van demografische ontwikkeling, epidemiologische factoren, technologische ontwikkeling en overige factoren op te vangen. Het onderdeel technologische ontwikkeling is in deze studie niet als apart onderdeel onderscheiden.

Voor de demografische ontwikkeling, dat wil zeggen omvang en leeftijds- en

geslachtssamenstelling van de bevolking zijn recente gegevens beschikbaar van de studie "Kosten van Ziekten 1999". Voor de zorg (incl. bouw) komt de benodigde groei op basis van de demografische ontwikkeling in de periode 2003 tot en met 2006 uit op 1,2% per jaar. Voor de genees- en hulpmiddelen op 1,3%.

62. *In het Strategisch Akkoord is afgesproken dat de lonen in de zorg met niet meer dan 2,5% mogen stijgen. Betekent dit dat extra looneisen bovenop de 2,5% ten koste gaan van de 2,5% volumegroei?*

Zie het antwoord op vraag 3.

63. *Is er in tabel 1 sprake van extra groei of is de gerealiseerde groei geëxtrapoleerd? Indien er sprake is van extra groei, waar en met welke bedragen is die dan terug te vinden? Is het juist dat in tabel 1 slechts nominale bedragen zijn opgenomen? Zullen nog prijsbijstellingen plaatsvinden? Zo ja, wanneer?*

In tabel 1 is sprake van een basisvolumegroei van 2,5% per jaar bovenop het uitgavenniveau van 2002. Naast deze volumegroei zijn de gevolgen van diverse specifieke maatregelen van het vorige kabinet in de cijferopstelling meegenomen. Vervolgens zijn de intensiveringen en ombuigingen uit het Strategisch Akkoord verwerkt.

De verdeling van de groei ruimte per sector is voor 2003 weergegeven in tabel 15.

De bedragen in tabel 1 zijn weergegeven in lopende prijzen, dat wil zeggen inclusief de loon- en prijsbijstellingen volgens de huidige raming. De raming van de loon- en prijsbijstellingen wordt steeds aangepast aan het actuele macrobeeld op basis van informatie van het Centraal Planbureau. In het voorjaar van ieder jaar wordt voor het lopende jaar de loon- en prijsraming vastgezet op basis van het dan te verschijnen Centraal Economisch Plan (CEP). Op basis van de relevante loon- en prijscijfers uit het CEP wordt ook de nominale mutatie in de budgetten en de tarieven bepaald.

64. *Met de academische ziekenhuizen is overleg gevoerd over trekkingsrechten voor instandhoudingsbouw. Omdat academische ziekenhuizen a fond perdu werden gefinancierd, kunnen de trekkingsrechten niet gefinancierd worden uit vrijvallende kapitaalslasten. Zijn de resultaten van het overleg met de academische ziekenhuizen verwerkt in de ramingen, ofwel krijgen de academische ziekenhuizen ook trekkingsrechten?*

De financiering van de instandhoudingsbouw voor academische ziekenhuizen in het kader van een nog af te kondigen regeling zal hetzelfde stramien kennen als het huidige PBA (Planning Bouwvolume Academische ziekenhuizen). Voor een deel gefinancierd vanuit de begroting van OC&W, voor een ander deel vanuit het BKZ. De besluitvorming over de invoering van genoemde regeling is nog niet afgerond..

65. *De trekkingsrechten bedragen nu 50% van de nieuwbouw. Er was echter sprake van het optrekken van dit bedrag tot 65% en tot 100%. Wil het kabinet mede in het kader van deregulering deze bedragen optrekken en is dit verwerkt in de begroting?*

Het verhogen van de trekkingsrechten betekent in feite een verkleining van het vergunningsplichtige deel uit het bouwkader en een vergroting van het niet-vergunningsplichtige deel. Het gaat dus om een verschuiving binnen een gegeven kader. Het besluit tot verhoging van de trekkingsrechten van 50% naar 65% wil ik aan mijn opvolger laten.

66. *Door de extra procedure die per brief van 9 september 2002 is ingevoerd, kan ook extra vertraging en dus een extra besparing worden verwacht. Is dit verwerkt in de cijfers? Is de minister bereid, mede in het kader van deregulering, deze extra onnodige procedure in te trekken?*

Herhaaldelijk is met de Tweede Kamer gesproken over ziekenhuizen die functies willen concentreren of heralloceren. Op aandrang van en conform de toezeggingen aan de Kamer zijn daarom de beleidsregels ex artikel 3 WZV, alsmede de meldingsregeling aangepast (respectievelijk 3 september 2001 en 9 september 2002). In beide gevallen ging het erom te waarborgen dat ziekenhuizen die plannen hebben om functies te concentreren of heralloceren, daarover serieus overleg voeren met hun stakeholders. In het langetermijnhuisvestingsplan dat ziekenhuizen periodiek moeten maken, laat het ziekenhuis zien hoe serieus dat overleg was, wat het resultaat was en wat het daarmee heeft gedaan. Er is geen sprake van een onnodige extra procedure.

67. *Kan reeds worden aangegeven op welke concrete wijze de taakstellingen (zorgvuldig en gericht) zullen worden ingevuld?*

Op dit moment kan nog niet aangegeven worden op welke concrete wijze de taakstellingen zullen worden ingevuld. Interne besluitvorming bevindt zich in de afrondende fase. Zodra over de concrete invulling van de taakstellingen besloten is, zullen wij uw Kamer hierover afzonderlijk per brief informeren.

68. *Kan worden aangegeven of en zo ja op welke wijze er een inkomenscompensatie zal komen voor het verhogen van de nominale premie?*

De stijging van de nominale ziekenfondspremie in 2003 past binnen een pakket aan lastenverzwarende en lastenverlichtende maatregelen waarmee voor volgend jaar een evenwichtig inkomensbeeld wordt gegeneerd. Daarnaast vormt de stijging van de nominale premie een belangrijke prikkel ten behoeve van een groter bewustzijn bij verzekerden van de kosten van de zorg en de doelmatigheidsverschillen tussen verzekeraars. Concurrentie tussen zorgverzekeraars kan pas echt goed plaatsvinden als een dergelijk kostenbewustzijn aanwezig is. Inderdaad is deze verhoging daarmee een eerste stap op weg naar een volledig nominaal werknemersdeel van de premie van de basisverzekering. Bij de herziening van het verzekeringsstelsel per 2005 zijn maatregelen voorzien ter compensatie van de hogere nominale premie, zoals invoering van een zorgtoeslag, afschaffing van de OZB voor woningen en invoering van een inkomensafhankelijke kinderkorting. Vanzelfsprekend zal daarbij rekening gehouden worden met de maatregelen die reeds in de aanloop naar 2005 zijn getroffen, zowel wat betreft de premiestijging, als wat betreft de inkomenscompensatie. Van jaar tot jaar zal er daarbij naar worden gestreefd een evenwichtig koopkrachtbeeld tot stand te brengen.

69. *Kan een overzicht worden gegeven van de basisgroei per sector in cijfers en percentageel, van de middelen voor extra productie per sector (eveneens in cijfers en percentages)?*

De basisgroei per sector is weergegeven in tabel 15 van de Zorgnota. Als percentage van de uitgaven die relevant zijn voor het Bruto BKZ is de verdeling als volgt:

<b>Sector</b>	<b>Basisgroei 2003 in %</b>
Gezondheidsbevordering en -bescherming	0,7
Curatieve zorg	2,0
Geneesmiddelen (*)	11,0
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	1,7
Gehandicaptenzorg exclusief hulpmiddelen	1,6
Hulpmiddelen (*)	9,5
Verpleging, verzorging en ouderen	3,0
Beheer en diversen	1,2

(\*) : bij geneesmiddelen waardegroei; bij hulpmiddelen waardegroei excl. kunstgebitten

Daarnaast heeft het kabinet besloten extra productie toe te staan bij de diverse sectoren, op basis van de realisatie 2001 en de verwachting van dat moment voor de realisatie 2002. De genoemde bedragen zijn ook al in 2002 beschikbaar.

<b>Extra productie per sector in 2003</b>	<b>in € mln</b>	<b>in % van de sector</b>
Curatieve zorg	319	2,0
GGZ, verslavingszorg en maatschappelijke opvang	40	1,2
Gehandicaptenzorg en hulpmiddelen	102	2,0
Verpleging, verzorging en ouderen	200	2,0

70. *Uit welke post worden de nieuwe regeling voor avond-, nacht- en weekenddiensten van huisartsen, aanvullende productieafspraken in de sector GGZ en de bijdrage aan de oprichting van de nieuwe Voedsel- en Warenautoriteit?*

Alle drie zijn onderdeel van de post "Overig" in tabel 1. Hiervoor is dus in het Strategisch Akkoord ruimte beschikbaar gekomen.

71. *Wat gaat de versnelde invoering en verhoging van de taakstellingen op subsidies precies inhouden, om welke subsidies gaat het?*

Op dit moment kan nog niet aangegeven worden op welke concrete wijze de versnelde invoering en verhoging van de taakstellingen op subsidies zullen worden ingevuld. Interne besluitvorming bevindt zich in de afrondende fase. Zodra over de concrete invulling van de taakstellingen besloten is, zullen wij uw Kamer hierover afzonderlijk per brief informeren.

72. *Op welke manier zal de versnelde taakvoering van de volumetaakstelling plaats vinden?*

De versnelde invoering van de volumetaakstelling en de subsidietaakstelling betekent dat deze taakstelling zwaarder drukt op de eerste jaren van de periode 2003-2006. Zoals in de begroting 2003 is aangegeven wordt de Kamer uiterlijk bij de 1e suppletore wet voor 2003 geïnformeerd over de invulling van de verschillende taakstellingen voor het ministerie van VWS. Momenteel wordt binnen VWS wordt hard gewerkt aan de invulling van deze taakstellingen.

73. *Het zorgkantoor bestaat formeel nog niet. Wanneer wordt de status van het zorgkantoor geregeld, zodat ook de verantwoordelijkheden en bevoegdheden van het zorgkantoor geregeld zijn?*

Het begrip zorgkantoor komt in de AWBZ niet voor. Toch is het zorgkantoor wel degelijk juridisch verankerd in de regelgeving die is gebaseerd op de AWBZ. In dit verband is van belang het Administratiebesluit Bijzondere Ziektekosten, een algemene maatregel van bestuur op grond van artikel 16 van AWBZ, waarin de ministeriële aanwijzing en de administratie- en controletaken van de zogenaamde verbindingkantoren zijn geregeld. In aanvulling daarop hebben zorgverzekeraars die formeel verantwoordelijk zijn voor de AWBZ-uitvoering, op basis van een vrijwillig verstrekt mandaat en volmacht, ook de overige uitvoeringstaken aan deze verbindingkantoren opgedragen. Inmiddels is in de praktijk het begrip verbindingkantoor vervangen door zorgkantoor, omdat deze benaming beter aansluit bij het (gewijzigde) takenpakket. Op de hiervoor beschreven wijze is geregeld dat de zorgkantoren, namens de zorgverzekeraars, de gehele AWBZ-uitvoering voor hun rekening nemen. Om de zorgkantoren in staat te stellen de uitvoeringstaken goed uit te voeren, is een aantal ontwikkelingstrajecten opgezet gericht op versterking van de verzekeraarsfunctie. In het "Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren" tussen het departement, het College voor zorgverzekeringen en Zorgverzekeraars Nederland zijn hierover bestuurlijke afspraken vastgelegd. Over de uitvoering van dit convenant, wordt de Tweede Kamer regelmatig geïnformeerd in de voortgangsrapportages modernisering AWBZ. De verantwoordelijkheden en bevoegdheden van de zorgkantoren zijn aldus op deze wijze geregeld. Met de hiervoor beschreven uitvoeringsstructuur is een adequate verzekeringsuitvoering mogelijk. Tevens is het een geschikte structuur voor de moderniseringsstappen die in de komende periode in de AWBZ zullen worden gezet.

74. *Welke concrete maatregelen neemt de minister om de bureaucratie in de zorg te verminderen ten behoeve van het wegwerken van de wachtlijsten?*

Concreet voorgenomen maatregelen zijn verwoord in het binnenkort aan de Tweede Kamer aan te bieden Implementatieplan terugdringing administratieve lasten zorgsector. Dit Implementatieplan is gebaseerd op de voorstellen die de Commissie Terugdringing Administratieve Lasten zorgsector (Commissie De Beer) in het begin van dit jaar heeft gedaan aan de toenmalige minister van VWS. De maatregelen die zijn opgenomen in het Implementatieplan strekken zich uit over meerdere jaren en hebben betrekking op een groter deel van de zorgsector dan alleen het terugdringen van de wachtlijsten.

Voor een inschatting van de te behalen besparingsresultaten wordt verwezen naar het antwoord op vraag 43.

*75. Is de minister voornemens ook de wachtlijsten van niet-levensbedreigende ziekten te laten rapporteren door de zorgverzekeraars?*

Nu de Treeknormen door zorgverzekeraars en zorgaanbieders zijn vastgesteld, is het zaak om de aandacht vooral te vestigen op het naleven van deze normen. Vooralsnog rapporteren de zorgverzekeraars niet inzake niet-levensbedreigende ziekten, de aanbieders rapporteren wel. Echter voor de kwaliteit van het eigen product is het ontegenzeggelijk van belang dat zorgverzekeraars de wachttijden van hun contractpartners goed kennen.

*76. Is de minister voornemens de zorgkantoren op eenzelfde wijze de wachtlijsten van de care-sectoren per kwartaal te laten verstrekken?*

Op dit moment is de frequentie van de wachtlijstmeting per sector verschillend, evenals de instrumenten die voor deze meting worden gebruikt. Naarmate de ontschotting in de AWBZ zijn beslag krijgt is er aanleiding om ook de wijze waarop wachtlijstgegevens worden verzameld AWBZ-breed vorm te geven. Belangrijke randvoorwaarde daarvoor is dat de zorgkantoren voor alle sectoren de indicatieberichten ontvangen alsmede de meldingen dat de zorg is aangevangen. De frequentie waarmee zorgkantoren in de toekomst wachtlijstgegevens moeten verstrekken is niet op voorhand aan te geven.

*77. Op welke wijze zal de aansluiting van de AWBZ op de ZF worden verbeterd?*

In het strategisch akkoord is voorzien in de invoering van een verplichte verzekering voor iedereen naast de AWBZ. Dat betekent sprake zal zijn van gescheiden financiering van zorg in de AWBZ en de ZFW. Daarmee is het vraagstuk van de afstemming van zorg actueel. Door de modernisering van de AWBZ waaronder de uitbreiding en vereenvoudiging van de persoonsgebonden budgetten, ontstaat er ook voor de cliënt meer ruimte om de geïndiceerde zorgvraag zelf in te vullen hetgeen bijdraagt aan de aansluiting bij eventueel via de ZFW gefinancierde zorgaanpakken. Daarenboven zullen de uitvoeringsorganen van de ZFW en van de AWBZ, die naar verwachting in belangrijke mate dezelfde zijn, worden aangesproken op een doelmatige verlening van de zorg aan hun verzekerden. Daarbij hoort dat de uitvoeringsorganen, vanuit de vraag van de verzekerden, de zorg organiseren. Het feit dat de financiering van die zorg langs verschillende wegen plaatsvindt behoeft voor de uitvoeringsorganen geen belemmering te zijn in de levering van zorg.

*78. In het beleidsprogramma ontbreken heldere doelen om de kwaliteit van de care te verbeteren. Waarom ontbreekt bijv. een kwantitatieve doelstelling als het gaat om belangrijke items zoals terugdringing van de wachttijden en bevordering zorgaanbod? Kan de minister dit toelichten?*

Wij beschouwen het als onze plicht om ook in deze demissionaire periode de inspanningen die gericht zijn op verkorting van wachttijden onverminderd doorgang te doen vinden. Voor alle aandoeningen geldt dat verzekeraars en zorgaanbieders ernaar streven wachttijden terug te brengen naar de zogeheten Treeknormen. De Treeknormen betreffen geen in regelgeving verankerde wachttijden, maar levertijden die door zorgaanbieders en verzekeraars in het zogenaamde Treekoverleg zijn afgesproken. Voor ons zijn de Treeknormen een belangrijk oriëntatiepunt bij de aanpak van de wachttijden. Wij verwijzen op dit punt ook naar het antwoord op vraag 95 en het antwoord op vraag 3 bij de VWS-begroting 2003.

Voor de zorg bij levensbedreigende ziektes streven wij naar directe toegankelijkheid van zorg. Het realiseren van aanvaardbare wachttijden voor diagnoses en behandelingen bij deze ziektes heeft voor ons de hoogste prioriteit. Hierover sturen we nog een aparte brief

aan de Kamer.

Gezien de demissionaire status van het kabinet en de onzekere financieel-economische omstandigheden waarin een nieuw kabinet komt te verkeren, kunnen wij kwantitatieve doelstellingen en ambities omtrent het terugdringen van wachttijden in de sectoren, nu niet verbinden aan een tijdspad. Daarbij speelt mee dat de mate van beschikbaarheid van voldoende personeel en de ontwikkeling van de zorgvraag (ook van de 'verborgen' zorgvraag die bij een groter aanbod zichtbaar wordt) moeilijk voorspelbaar zijn. Dit maakt het lastig een meer precieze raming van de vermindering van de wachttijden voor de verschillende sectoren op te stellen. Wij laten de vraag of en hoe dit zou kunnen gebeuren over aan een nieuw kabinet.

*79. Kunnen bij al de genoemde acties genoemd onder "6. terugdringing van wachttijden" bij het beleidsprogramma op pagina 22 en 24, heldere kwantitatieve doelstellingen worden genoemd voor 2003, 2004, 2005 en 2006?*

Voor alle vormen van zorg geldt dat verzekeraars en zorgaanbieders ernaar streven wachttijden terug te brengen naar de zogeheten Treeknormen. De Treeknormen betreffen geen in regelgeving verankerde wachttijden, maar levertijden die door zorgaanbieders en verzekeraars in het zogenaamde Treekoverleg zijn afgesproken. Voor ons zijn de Treeknormen een belangrijk oriëntatiepunt bij de aanpak van wachttijden en de inhaalslag die daarin gemaakt moet worden.

Voor de zorg bij levensbedreigende ziektes streven wij naar directe toegankelijkheid van zorg. Het realiseren van de aanvaardbare wachttijden voor diagnoses en behandelingen bij deze ziektes heeft voor ons de hoogste prioriteit. Hierover sturen we nog een aparte brief aan de Kamer.

*80. Kan de Kamer het aangekondigde actieprogramma voor het wegwerken van de wachtlijsten nog voor de begrotingsbehandeling tegemoet zien?*

Vóór de begrotingsbehandeling ontvangt u een plan van aanpak over het terugdringen van de wachttijden in de care-sector.

Tevens ontvangt u nog een brief over de vergroting van de mogelijkheden van prestatiegerichte bekostiging van de ziekenhuizen en een brief over de aanpak van wachttijden voor levensbedreigende ziektes, voorzien van een nulmeting van wachttijden voor reguliere (niet-acute) zorg. Deze stukken zijn een vervolg op de brief van 9 september die mijn voorganger heeft gestuurd aan het CTG met een groot aantal voorstellen op het terrein van de ziekenhuisbekostiging. Deze brief is in afschrift gestuurd aan de Kamer. De voorstellen in deze brief en de vervolgstukken zijn erop gericht om de wachttijden in de curatieve sector aan te pakken en de effecten van die aanpak te kunnen toetsen aan de wachttijden in de nulmeting.

*81. Wanneer wordt de Kamer geïnformeerd over de nadere besluitvorming over juridische vormgeving van de nieuwe zorgverzekering?*

Besluitvorming over de nieuwe zorgverzekering, waaronder die over de juridische vormgeving, wordt overgelaten aan het nieuwe kabinet. Zie overigens ook het antwoord op vraag 146.

82. *Welke nieuwe toetreders zullen op de markt worden toegelaten? Worden ook toetreders met winstoogmerk toegelaten?*

Er kan op dit moment niet precies worden aangegeven welke toetreders op de markt worden toegelaten. Wel kunnen de overwegingen die daarbij een rol spelen worden geschetst.

In de zorg vindt een verschuiving plaats van centrale aanbodsturing naar vraaggerichtheid, een meer decentrale sturing van het voorzieningenaanbod. Op de zorginkoopmarkt krijgen de zorgverzekeraars dan een belangrijke rol als makelaar tussen patiënten en zorgaanbieders. Waar nuttig en mogelijk wordt in de toekomst ook gebruik gemaakt van marktprikkels zoals risicodragendheid, onderlinge concurrentie en winstprikkels. Dit geldt zowel voor de zorginkoopmarkt als voor de zorgverzekeringsmarkt.

Concurrentie ontstaat als er voldoende rivaliteit is tussen de zorgaanbieders respectievelijk de zorgverzekeraars. Concurrentie heeft tot gevolg dat verzekeraars en patiënten/verzekerden een vrije keuze maken uit de beschikbare diensten op basis van de kwaliteit/prijs-verhouding en de beschikbaarheid van deze diensten. Voldoende rivaliteit vereist dat zorg- en verzekeringsdiensten toereikend zijn gespecificeerd. Rivaliteit vereist ook dat er voldoende aanbieders zijn en/of dat er de dreiging is dat nieuwe aanbieders toetreden. Daarom dienen onnodige toetredings-belemmeringen te worden weggenomen, zodat potentiële aanbieders de mogelijkheid krijgen hun product of dienst aan te bieden. Een voorbeeld hiervan is de verruiming van de toelatingen in de AWBZ begin dit jaar. Vanaf januari 2002 mogen verzorgingshuizen en verpleeghuizen voortaan ook zorg thuis leveren en mag een thuiszorginstelling ook in een verpleeghuis- of verzorgingshuis zorg leveren. Nieuwe toetreders, en huidige zorgaanbieders en –verzekeraars, zullen moeten voldoen aan de randvoorwaarden die de overheid stelt in het kader van de borging van de publieke belangen (kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid).

Het kabinet onderzoekt nog de voor- en nadelen van de keuze waarbij zorgaanbieders en zorgverzekeraars zich mede laten leiden door het winstmotief. Winst kan worden omschreven als het saldo tussen inkomsten en uitgaven. Voor de continuïteit van elke onderneming of instelling is een positief bedrijfsresultaat een voorwaarde. Op dit moment kunnen de ziekenfondsen de winst uitsluitend aanwenden binnen het systeem van de verzekering; de zorgaanbieders kunnen winst uitsluitend (volgens bepaalde regels) bestemmen binnen de zorg. Het verschil met een uitvoerder met winstoogmerk is dat laatstgenoemde de winst ook mag uitkeren.

83. *De nominale premie wordt versneld ingevoerd per 2003. Waarom wordt deze premie niet ook al volgend jaar gecompenseerd, zoals staat aangegeven in de beleidsvoornemens?*

Zie het antwoord op vraag 68.

84. *Wat is conform het SA het budget voor gefaseerde invoering van prestatiebekostiging per 1 januari 2003? Waarop is dit budget gebaseerd?*

Het strategisch akkoord heeft hiervoor geen geld vrijgemaakt; niet in het premiecircuït en ook niet in uitvoeringskosten (in de vorm van projectkosten).

Zie voor een reactie op eerstgenoemde mogelijke budgettaire risico's het antwoord op vraag 39.

Voor laatstgenoemde kosten wordt een beroep gedaan op de partijen (ziekenhuizen, specialisten, verzekeraars) bij te dragen aan de projectkosten, nadat het departement de ontwikkeling en implementatie van de DBC-systematiek van de eerste stappen tot het eind van dit jaar heeft gefinancierd.

Voor de care blijft in 2003 de bekostigingssystematiek voor de zorg in natura ongewijzigd. Gedurende dit jaar zal de nieuwe functiegerichte en prestatiegerichte bekostiging worden ontwikkeld. De ontwikkelingskosten worden gefinancierd uit de begroting van het project "Modernisering AWBZ".

85. *Wanneer kan de Kamer het voorstel voor het beperken van het pakket op het gebied van geneesmiddelen dat voor september 2002 is toegezegd daadwerkelijk tegemoet zien? Met hoeveel procent wil de minister het geneesmiddelengebruik in 2003 terugdringen? Waarom is de genoemde deadline voor het voorstel afremming groei geneesmiddelenuitgaven van 1 september 2002 niet gehaald?*

De mogelijkheden van pakketbeperkingen, onder meer op basis van de ziektelast, zijn in kaart gebracht en worden momenteel nader onderzocht op haalbaarheid, administratieve belasting, controleerbaarheid door verzekeraars, nadelige gezondheidseffecten en financiële consequenties voor patiënten.

Over de invulling van de voor 2003 ingeboekte ombuiging geneesmiddelen zal de Kamer binnenkort schriftelijk worden geïnformeerd. De genoemde deadline van 1 september 2002 is niet gehaald omdat de voorbereiding en met name de onderbouwing van de maatregel meer tijd heeft gekost dan oorspronkelijk werd verwacht.

86. *Hoe zal de efficiencykorting zorg precies gestalte krijgen, en wanneer zal hiermee worden aangevangen?*

De efficiencytaakstelling zorg bedraagt € 50 mln in 2005 en € 100 mln vanaf 2006. De invulling van deze taakstelling wordt meegenomen bij de vormgeving van de toekomstige uitvoeringsstructuur van de algemene verzekering. Zie ook het antwoord op vraag 168.

87. *Is er sprake van vraaggerichte zorg in de ons omringende EU-landen? Zo ja, hoe is deze georganiseerd?*

Op deze vraag is niet zonder meer een eenduidig antwoord te geven. De term "vraaggerichte zorg" is in Nederland vooral geïntroduceerd om het onderscheid zichtbaar te maken tussen een systeem van centrale aanbodregulering (zoals we dat in de afgelopen periode kenden) en een systeem van decentrale vraagsturing. Dat betekent niet dat andere EU-landen geen vraaggerichte zorg kennen. België en Duitsland bijvoorbeeld kennen beide systemen van persoonsgebonden budgetten in de zorg voor ouderen en mensen met een handicap. De sturing van de zorg verschilt nadrukkelijk van land tot land en vertoont een sterk verband met bijvoorbeeld de mate waarin specialisten zelfstandig in een eigen praktijk kunnen werken. Aan de andere kant zijn er ook landen waar de overheid zelf de instellingen van zorg beheert.

88. *Kan worden aangegeven hoe hoog de eigen bijdragen op dit moment zijn in België en Frankrijk en andere EU-landen?*

Uit de publicatie 'Eigen betalingen in perspectief. Beschrijving van de theorie achter eigen betalingen en de praktijk in België en Frankrijk' blijkt dat het aandeel eigen betalingen uitgedrukt als aandeel van de totale uitgaven aan gezondheidszorg in België 18% (1994), in Frankrijk 10% (1998) en in Nederland 6% (1998) is. Deze publicatie, die aan de Tweede Kamer is toegezonden op 12 februari 2002 [PTZ-2255163] geeft bovendien inzicht in de hoogte van de eigen betalingen per verstrekking stand 2001.

Hieronder treft u een tabel aan met het aandeel eigen betalingen voor enkele EU-landen uitgedrukt als aandeel van de totale uitgaven aan gezondheidszorg stand 1998.

**Aandeel eigen betalingen uitgedrukt als aandeel van de totale uitgaven aan gezondheidszorg**

Land	Aandeel eigen betalingen (1998)
Nederland	6%
Luxemburg	8%
Frankrijk	10%
Ierland	12%
Duitsland	13%
Verenigd Koninkrijk	16% (1994)
Denemarken	17%
Portugal	17% (1994)
België	18% (1994)
Griekenland	18% (1994)
Italië	25%
Spanje	26%

89. *Kan worden aangegeven met welk percentage de zorgquote onder het huidige kabinet de komende jaren zal stijgen? In hoeverre heeft de verwachting dat de zorgquote groeit te maken met een dalend BBP?*

Figuur 2 in de Zorgnota laat onder meer zien hoe de zorgquote zich de komende vier jaar naar verwachting ontwikkelt. De zorgquote stijgt tussen 2002 en 2006 van 9,3% naar 9,6%. De zorgquote wordt bepaald door de zorguitgaven te delen door het bruto binnenlands product. Dit impliceert dat zowel de ontwikkeling van de zorguitgaven (de "teller") als het BBP (de "noemer") bepalend zijn voor veranderingen van de zorgquote. De verwachte stijging 2002-2006 is echter primair het resultaat van intensivering, onder meer gericht op het wegwerken van de wachtlijsten. Het moge duidelijk zijn dat bij een tegenvallende groei van het BBP de zorgquote (ceteris paribus) meer zal stijgen.

90. *Welke concrete doelstellingen stelt de minister zich met betrekking tot de wachtlijsten in de ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg en de verpleging en verzorging?*

Zie het antwoord op vraag 78.

91. *Hoever staat het met de ontwikkeling van DBC's voor de GGZ? Is er in de GGZ wel sprake van een eenduidige relatie tussen diagnose en behandeling?*

Analoog aan de ontwikkeling van de DBC systematiek in de somatische zorg wordt ook in de GGZ gewerkt aan de ontwikkeling van DBC's.

In september jl. is het voortraject ten behoeve van de ontwikkeling en implementatie van de DBC-systematiek in de GGZ afgerond. Hierin werd aandacht besteed aan het ontwikkelen van de uitgangspunten voor producttypering op basis van DBC's, het bepalen van uitgangspunten voor het te ontwikkelen kostprijzenmodel, het bepalen van de uitgangssituatie in de betrokken instellingen op het gebied van ICT/registratie, en het ontwikkelen van communicatiemiddelen en een communicatieplan ten behoeve van het hoofdtraject.

Uit het voortraject blijkt dat het goed mogelijk is om in de GGZ met DBC's te werken. De verdere invoering van DBC's in de GGZ wordt nu voorbereid.

Het voortraject voor de invoering van DBC's in de GGZ laat tevens zien dat er een duidelijke koppeling bestaat tussen diagnose en behandeling in de GGZ. Zo'n koppeling is ook een noodzakelijke voorwaarde voor de invoering van DBC's.

92. *Hoe verhoudt zich zodanige verhoging van de zorgproductie dat de wachtlijsten en wachttijden verkort worden tot het bestaan van het BKZ? Met hoeveel kunnen de wachtlijsten en wachttijden worden verkort eer het plafond wordt bereikt?*

Zie ook het antwoord op vraag 28. Hoewel het doel van extra productie het verkorten van de wachtlijsten en wachttijden is, blijft de werkelijke ontwikkeling van de wachtlijsten en wachttijden moeilijk voorspelbaar. De zorgvraag is namelijk niet constant, maar staat onder invloed van een veelheid aan factoren. Met name latente vraag, die door het bestrijden van wachtlijsten juist naar voren komt, is daarbij een onberekenbare factor die ervoor kan zorgen dat het verlagende effect van extra productie op de wachtlijsten (gedeeltelijk) teniet wordt gedaan.

Daarbij komt dat de kosten van een verhoging van de zorgproductie sterk afhankelijk zijn van de vraag van welk zorgproduct de geproduceerde hoeveelheid zal stijgen. Al met al is het niet mogelijk aan het plafond voor de BKZ-uitgaven een kwantificering van de verkorting van wachtlijsten en wachttijden te koppelen.

93. *Kan de minister aangeven welke termijnen hij redelijk vindt met betrekking tot de wachtlijsten in de ziekenhuizen, de GGZ, de gehandicaptenzorg en in de verpleging en verzorging?*

Zie het antwoord op vraag 78.

94. *Waarom worden zelfs minder extra wachtlijstmiddelen ingezet dan in 2002 in de sector verpleging en verzorging, terwijl het CSO verwacht dat in het licht van de demografische ontwikkelingen 'accommodering van het niveau van 2002' al onvoldoende is?*

De reeks wachtlijst middelen in de Zorgnota 2003 in tabel B.7 op pagina 135 ligt vanaf 2003 iets lager dan 2002, omdat in een eerdere bijstelling van het kader een equivalente oploop zat. Het totaal dat beschikbaar is loopt dan ook niet af. Daarmee is het bestedingsprogramma structureel voor 100% gefinancierd.

In de Zorgnota 2003 zijn extra middelen voor het opvangen van de zorg als gevolg van de demografische groei geregeld (zie het antwoord op vraag 13).

95. *Wat vindt de minister redelijke termijnen bij wachttijden? De Treeknorm is opgesteld door de zogenaamde Treekpartijen, ofwel de zorgaanbieders. Stelt de minister voor deze Treeknormen als aanvaardbare wachttijd over te nemen, of heeft de minister een ander voorstel? Kan een overzicht worden gegeven van aanvaardbare wachttijden?*

Zie het antwoord op vraag 78.

96. *Volgens de Zorgnota zijn de zorgaanbieders een zorgverzekeraars primair verantwoordelijk voor de afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag. Betekent dit dat elke zorgaanbieder en –verzekeraar meer vrijheid krijgt? Zo ja, tot hoever reikt deze vrijheid gelet op de financiële consequenties? Wie zijn secundair verantwoordelijk en waaruit bestaat die verantwoordelijkheid?*

De afstemming van het zorgaanbod op de zorgvraag vindt plaats op lokaal niveau. De zorgverzekeraar, in casu het ziekenfonds, maakt daarvoor afspraken met de aanbieders van zorg over doelmatige zorgverlening van goede kwaliteit aan de bij hen verzekerde zorgvragers. Het ziekenfonds heeft immers zorgplicht, dat wil zeggen, moet ervoor zorgen dat er tijdig voldoende zorg van goede kwaliteit voor zijn verzekerden beschikbaar is. De zorgverlener levert de zorg op zo doelmatig mogelijke wijze en met inachtneming van de daarover met de verzekeraar gemaakte afspraken over de kwaliteit en de prijs (individuele

zorgaanbieders) dan wel binnen de budgettaire kaders (voor de instellingen). Deze vrijheid geldt in ieder geval de omvang van de productie. Voor de prijsstelling zijn de vastgestelde tarieven respectievelijk budgetten bepalend. Ook de ziekenfondsen zijn voor hun uitgaven gebudgetteerd. Dat zet hen aan tot het maken van afspraken over productie en prijs die de budgettaire ruimte niet overschrijden. De particuliere ziektekostenverzekeraars daarentegen kennen thans geen zorgplicht. Zij sluiten dan ook veelal geen overeenkomsten met aanbieders en instellingen van zorg. Wel gelden ook voor de particulier verzekerden ten algemene de maximumprijzen als de prijzen waarvoor de verzekerde de verkregen zorg bij zijn particuliere ziektekostenverzekeraar kan declareren. Secundair is de overheid er voor verantwoordelijk dat het totaal aan uitgaven voor de zorg van het eerste en tweede compartiment het budgettair kader zorg niet overschrijdt.

97. *Waaruit wordt de extra wachtlijstaanpak gefinancierd wanneer blijkt dat voor de gerealiseerde productie extra middelen nodig zijn?*

Zie ook het antwoord op vraag 60. Extra productie vergt in de regel extra middelen. Dit uitgangspunt is al door het vorige kabinet vastgelegd onder het motto "boter bij de vis". Maar om te beginnen moet de noodzaak van extra middelen zoveel mogelijk worden beperkt. Maatregelen om de doelmatigheid van de zorgverlening te vergroten hebben daarom altijd de voorkeur. In dit verband is onder andere de ontwikkeling van prestatie-indicatoren van belang. Daarmee kunnen de aanbieders in de zorgsector het inzicht in de eigen prestaties verwerven dat noodzakelijk is om beter en doelmatiger te kunnen gaan werken. Als zou blijken dat de aanpak van wachttijden niet binnen de geraamde middelen kon worden bekostigd treden de begrotingsregels in werking. In de kern komen deze er op neer dat een overschrijding van het uitgavenkader op de een of andere wijze gecompenseerd moet worden. Over de wijze van compensatie beslist het kabinet. Afhankelijk van de totale budgettaire situatie zullen dan ook maatregelen in de sfeer van de zorg aan de orde kunnen komen.

98. *Bij specifieke wachtlijstverrichtingen wordt een toename in de productie verwacht. Worden deze extra verrichtingen straks onder de DBC-systematiek geschaard of blijven extra middelen beschikbaar voor deze verrichtingen? In hoeverre gaat dit ten koste van andere verrichtingen waardoor nieuwe wachtlijsten dreigen?*

In de brief aan het CTG van 9 september jl., waarin voormalig minister Bomhoff zijn beleidsplannen uiteenzet (ook wel bekend als 'de perestrojka') is aangegeven dat wachtlijstmiddelen niet langer worden ingezet. De wachtlijstmiddelen geven een ongewenste prikkel om wachtlijsten te hebben.

Dat betekent geenszins dat we niets aan knelpunten doen. De 17 DBC-verrichtingen die binnenkort worden ingevoerd zijn wachtlijst gerelateerd, dit was één van de criteria voor het selecteren hiervan.

Zodra er knelpunten dreigen te ontstaan moeten de zorgverzekeraars en zorgaanbieders afspraken maken om deze weg te nemen. Het past goed bij de rol en de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars de ontwikkeling in vraag en aanbod goed te monitoren en hierop te anticiperen.

99. *Wat wordt concreet bedoeld met het "afstappen van de separate wachtlijstaanpak", betekent dit het loslaten van het zgn. "boter bij de vis-principe" dat de lasten jaren opgeld deed?*

Met het afstappen van de separate wachtlijstaanpak wordt bedoeld dat het onderscheid tussen reguliere en aanvullende behandelingen of productie vervalst.

Het afstappen van de separate wachtlijstaanpak betekent niet het loslaten van het "boter bij de vis-principe". Het "boter bij de vis-principe" gaat uit van prestatiebekostiging. De

zorgaanbieder krijgt geld voor het verrichten van een behandeling of het maken van productie.

*100. Waar zal de minister binnen zijn eigen begroting dekking vinden indien in het voorjaar 2003 zou blijken dat aanvullende middelen nodig zijn?*

Zie het antwoord op vraag 60.

*101. Kan voor de begrotingsbehandeling een nulmeting als het gaat om de wachtlijsten naar de Kamer worden gezonden?*

Zie het antwoord op vraag 8.

*102. Kan inzichtelijk worden gemaakt wat de grootste voor- en nadelen van DBC's ten opzichte van DRG's zijn en waarvoor de regering kiest?*

In Nederland is expliciet gekozen voor de DBC-systematiek als uitgangspunt voor de bekostiging van ziekenhuizen. De DBC-systematiek is ontstaan eind jaren 90, uitgaande van de behoefte om het gehele ziekenhuis zorgtraject van de patiënt te typeren, vanaf het eerste contact met de medisch specialist tot het einde van de behandeling.

De DRG-systematiek en de DBC-systematiek zijn gelijksoortige toepassingen in het kader van de bekostiging van ziekenhuizen. De DBC-systematiek biedt echter belangrijke aanvullingen op de DRG-systematiek. De DRG-systematiek beperkt zich tot de kosten van het ziekenhuis, terwijl in de DBC-systematiek zowel de kosten van het ziekenhuis als het honorarium van de medisch specialisten wordt opgenomen. Een andere aanvulling ten aanzien van de DRG systematiek betreft de uitbreiding naar niet opname gebonden ziekenhuisactiviteiten als polikliniek en dagbehandeling.

DRG registratie vindt achteraf plaats door hiervoor opgeleide administrateurs, binnen het DBC systeem vindt episoderegistratie plaats aan de bron door de specialist. Een voordeel van registratie aan de bron is dat het systeem ook te gebruiken is voor andere doeleinden zoals planning en kwaliteitsbeleid.

De keuze voor de DBC systematiek, een verbreding van de reeds bestaande DRG variant, lijkt een keuze voor de moeilijke weg. Echter ook de DRG is geen "ready made" concept. Ook de implementatie van de DRG systematiek behelst een langdurige investering in het aanpassen en verfijnen van het concept. Hierbij is het belangrijk aan te merken dat internationaal gezien het DRG concept zich richting de DBC systematiek ontwikkelt: verbreding van de systematiek voor dagbehandeling en polikliniek en verfijning van de bekostigingssystematiek middels toevoeging van behandeling binnen de codering.

*103. Hoe zal de logistiek en planning concreet worden verbeterd?*

In ziekenhuizen is nog capaciteitswinst te behalen door ingrepen beter te plannen en de patiëntenstroom te verbeteren. Dit zorgt er voor dat met hetzelfde aantal medewerkers meer zorg kan worden geboden. Bovendien –minstens even belangrijk- is snellere en kortdurender zorg patiëntvriendelijker.

DBC's geven veel inzicht in het zorgproces. Nu worden losse verrichtingen geregistreerd zonder dat deze gekoppeld zijn aan een patiënt met een bepaalde zorgvraag en behandelplan. Hiermee kunnen DBC's de vehikel vormen om het zorgproces te stroomlijnen. Voorts staan in de Zorgnota 2003 op pag. 37/38 –de bladzijden waarnaar de vraag verwijst- diverse goede voorbeelden hoe op andere wijze de planning en logistiek kan worden verbeterd.

104. *Wat betekent nacalculatie conform de hiervoor bestaande prestatiebekostiging? Wat gebeurt er indien sectoren meer productie leveren dan de hiervoor gereserveerde middelen in tabel 4?*

Met de "nacalculatie conform de hiervoor bestaande prestatiebekostiging" wordt het boter-bij-de-vis-principe bedoeld: extra productieafspraken leiden slechts dan tot budgetverhoging voorzover de extra afspraken ook gerealiseerd worden.

Indien sectoren meer productie leveren dan de productie waarop de budgettaire kaders zijn gebaseerd, dan zal een overschrijding van deze kaders ontstaan. In de Ministerraad zal in een dergelijk geval afgewogen worden hoe met de ontstane situatie wordt omgegaan. Zie daarbij het antwoord op vraag 60.

105. *Mogen de middelen voor extra productie ook worden ingezet voor noodzakelijke investeringen in infrastructuur en opleidingen voor personeel?*

Instellingen hebben bestedingsvrijheid binnen hun eigen budget. Dat geldt ook voor middelen die zijn verkregen voor het leveren van extra productie. Het staat de instellingen dus vrij de middelen voor de genoemde doelen in te zetten, mits de afgesproken productie maar wordt gehaald. Er wordt immers nagecalculeerd op de gerealiseerde (wachttijst)productie.

106. *Wat is uw doelstelling precies ten aanzien van terugbrengen van de wachttijden in de curatieve zorg zowel voor levensbedreigende als andere aandoeningen?*

Voor alle aandoeningen geldt dat wachttijden moeten worden teruggebracht naar redelijke termijnen. Daarbij richten wij ons op de zogenoemde Treeknormen. Voor de zorg in levensbedreigende situaties streef ik naar directe toegankelijkheid van zorg. Zie verder het antwoord op vraag 78.

107. *Kan tabel 6 op pagina 37 en figuur 3 op blz. 38 worden aangevuld met een kolom betreffende de kwantitatieve doelstellingen voor de gemiddelde wachttijden voor 2003, 2004, 2005 en 2006?*

Zie het antwoord op vraag 78.

108. *Hoe groot is het arbeidsgerelateerd ziekteverzuim in de zorg?*

De OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek) heeft langdurend ziekteverzuim onderzocht op de mate van arbeidsgerelateerdheid. Het langdurig ziekteverzuim is ongeveer 6,4 tot 6,6 procentpunt van het totale ziekteverzuim van 7,5%. Op dit moment ligt bij de OSA het verzoek ook het kortdurend ziekteverzuim op arbeidsgerelateerdheid in kaart te brengen.

In het Trendrapport Aanbod van arbeid in zorg en welzijn 2001 geeft de OSA aan dat bijna de helft van het langdurig ziekteverzuim in 1999 in de zorg en welzijnssector met werk te maken heeft. Dit betekent dat ongeveer 3,2 tot 3,3 procentpunt van het ziekteverzuim in de zorg en welzijnssector arbeidsgerelateerd is.

109. *Wat zijn de budgettaire gevolgen van het ontwikkelen van prestatie-indicatoren om wachttijsten aan te pakken?*

Door gebruik te maken van goede prestatie-indicatoren krijgt men inzicht in de geleverde prestatie en kan deze geëvalueerd en vervolgens geoptimaliseerd worden.

Wanneer prestaties van de zorg niet gemeten kunnen worden, zoals nu, is het niet duidelijk of organisatie hun doelstellingen waarmaken. Wanneer de prestatie helder is kan de organisatie gericht werken aan het verbeteren ervan. Dit moet er uiteindelijk toe leiden dat

met hetzelfde budget meer en/of betere zorg zal worden verleend, dan wel dat kwantitatief en kwalitatief dezelfde zorg met een kleiner budget kan worden gerealiseerd. In de gewenste situatie dat wachtlijsten zullen zijn weggewerkt, zou –ceteris paribus – het budgettaire beslag inzake de wachtlijstgerelateerde aandoeningen kunnen afnemen ten opzichte van de periode ervoor.

110. *In hoeverre functioneert de Task Force wachtlijsten nog? Wie zijn thans de leden en hoe vaak heeft men het laatste jaar vergaderd?*

De Taskforce aanpak wachtlijsten bestaat uit de partijen die een verantwoordelijkheid hebben bij de uitvoering van de AWBZ, te weten het ministerie van VWS, Zorgverzekeraars Nederland, het College voor Zorgverzekeringen, het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen en het College Bouw Ziekenhuisvoorzieningen, met als adviseurs de voorzitter begeleidingscommissie plan van aanpak wachtlijsten en de voorzitter van de Wachtlijstbrigade.

De Taskforce had tot taak een impuls te geven aan een drietal zaken: inzicht in de wachtlijsten, een start maken met een AWBZ-brede zorgregistratie en het bevorderen van (onorthodoxe) maatregelen ter bekorting van de wachtlijsten. Over de resultaten is de Tweede Kamer geïnformeerd.

De Taskforce is in maart 2002 bijeen geweest, waarbij geconstateerd is dat de taken goeddeels waren uitgevoerd en geleidelijk konden worden teruggelegd in de reguliere organisatie(s), hetgeen sindsdien is opgepakt. Verder is specifiek voor het aanjagen van bouwinitiatieven het Operationeel team aanpak wachtlijsten onder leiding van dhr Van Kempen ingesteld.

111. *In de omschrijving van de AWBZ-brede zorgregistratie, fase 2, hebben het indicatieorgaan en de zorgaanbieder contact met de cliënt. Het zorgkantoor echter niet. Wie doet in de visie van het zorgkantoor de vertaling van functiegerichte indicatie naar concrete zorgvraag? Wat is de functie van het zorgkantoor in het opnameproces in uw visie? Moet het zorgkantoor de regisseur zijn in de zorg? Moet het zorgkantoor de cliënt en diens vraag kennen en moet het zorgkantoor samen met de cliënt de functiegerichte indicatie omzetten in een concrete zorgvraag (PGB, natura)? Zo niet, wie is daar dan wel voor verantwoordelijk?*

In de gemoderniseerde AWBZ worden de taken en verantwoordelijkheden binnen de zorgketen indicatieorganen – zorgkantoren - zorgaanbieder veel duidelijker dan voorheen van elkaar onderscheiden. De aanvrager zal zich rechtstreeks of op verwijzing van anderen wenden tot het indicatieorgaan voor een indicatie. De cliënt kiest nadat de indicatie gesteld is zelf of hij de voorkeur geeft aan zorg in natura of aan een persoonsgebonden budget. Het zorgkantoor sluit met de zorgaanbieders contracten zodat de geïndiceerde zorg ook geleverd kan worden. De contracten tussen de aanbieders en het zorgkantoor zijn geformuleerd in zorgproducten en/of zorgarrangementen. Omdat het zorgkantoor met verschillende aanbieders contracten afsluit ontstaan er keuzemogelijkheden voor de verzekerden.

De verzekerde kan zich rechtstreeks wenden tot de zorgaanbieder van zijn keuze.

Het is de taak van het zorgkantoor om de klanten te informeren welke aanbieders zijn gecontracteerd, c.q. welke keuzemogelijkheden de klant heeft.

Indien aanvragers niet zelf tot een keuze kunnen komen of indien blijkt dat geen of niet voldoende zorg beschikbaar is in de vorm die de aanvrager nodig heeft of wenst, is het zorgkantoor verantwoordelijk voor de zorgbemiddeling. De wijze, waarop het zorgkantoor de bemiddelingstaak heeft georganiseerd kan per regio anders worden ingevuld. De verantwoordelijkheid voor de zorgbemiddeling ligt echter altijd bij het zorgkantoor.

Indien de cliënt de voorkeur geeft aan een PGB wendt hij zich direct tot het zorgkantoor als uitvoerder van de PGB-regeling, het zorgkantoor draagt er zorg voor dat de cliënt zijn PGB ontvangt.

*112. Waarom wordt er bij de AWBZ-brede zorgregistratie, fase 3, uitgegaan van zorgtoewijzing? Het ligt toch in de bedoeling, zoals eerder afgesproken, te komen tot een zodanige capaciteit dat de cliënt kan kiezen en niet overgeleverd is aan instellingen die voor hem kiezen?*

Het is inderdaad de bedoeling te komen tot een zodanige capaciteit, dat de keuzevrijheid van de cliënt niet wordt belemmerd door schaarste aan zorg.

Of voldoende zorg beschikbaar is die voldoet aan de vraag van cliënten wordt echter niet uitsluitend bepaald door kwantiteit, maar ook door kwaliteit. Voorkeuren van cliënten spelen eveneens een rol. Ook bij een toereikende capaciteit kan daardoor sprake zijn van wachttijden. Het is de taak van het zorgkantoor in dergelijke situaties de 'wachttijstbemiddeling' te organiseren.

De term zorgtoewijzing is overigens de gebruikelijke aanduiding van de formele toewijzing van zorg door het zorgkantoor, voortkomend uit de verantwoordelijkheid voor de levering van zorg.

*113. De AWBZ-brede zorgregistratie zou volgens de oorspronkelijke opzet reeds zijn afgerond voor de V&V-sector. Is dit inderdaad het geval? Zo nee, wanneer is deze registratie gereed? Blijft het project binnen het door de Kamer toegestane bedrag van ongeveer € 20 mln (f 55 mln)?*

De planning van de zorgregistratie dateert uit het jaar 2000. Destijds is geen rekening gehouden met enkele onderdelen van de modernisering AWBZ, met name de invoering van de functiegerichte indicatiestelling en de omschakeling van producten naar functies. Ook de visie op het proces van zorgtoewijzing is afgelopen jaar ter discussie komen te staan. Deze ontwikkelingen hebben vertragend gewerkt op de voortgang in de zorgregistratie. Huidige situatie is dat fase 2 van de zorgregistratie in de meeste regio's is ingevoerd. In de praktijk van het werken met fase 2 is gebleken dat er op enkele punten verbeteringen aangebracht moeten worden. Deze acties zijn naar verwachting medio 2003 gereed. In verschillende regio's wordt reeds gewerkt aan de volgende fase van de zorgregistratie.

De komende maanden zal de scope van de vervolgstap in de ontwikkeling van de zorgregistratie opnieuw worden bepaald. Daaraan verbonden is het opstellen van een herziene planning voor de realisatie van de volgende fase van de zorgregistratie, zowel op regionaal als landelijk niveau. Als deze planning is vastgesteld zal ik u daarover informeren via de 'voortgangsrapportage AZR' waardoor u elk kwartaal geïnformeerd wordt over de voortgang van de werkzaamheden.

De lokale kosten van de zorgregistratie zijn begroot op ca € 20 mln. Deze middelen zijn aan de zorgkantoren verstrekt. Uit een recente peiling is gebleken dat ongeveer de helft van deze middelen is uitgegeven. Op dit moment is er geen reden te veronderstellen dat de aan de zorgkantoren verstrekte middelen ontoereikend zijn voor het realiseren van de zorgregistratie.

Daarnaast is ca € 11 mln bestemd voor de centrale projectkosten. Het totale budget komt daarmee op ca € 31 mln, zoals in eerdere voortgangsrapportages reeds is vermeld.

114. *Wie is secundair verantwoordelijk voor de afstemming zorgaanbod op zorgvraag? Waarom gaat de Zorgnota in afwijking van de eerdere gerechtelijke uitspraken er vanuit dat niet alleen het zorgkantoor verantwoordelijk is indien er voldoende financiële middelen ter beschikking zijn gesteld? Betekent het aanspreken van het zorgkantoor op deze verantwoordelijkheid dat de concessie van het zorgkantoor, die in principe voor 4 jaar verleend wordt, ingetrokken wordt? Wat zijn de criteria voor voortzetting van de concessie? Zijn andere zorgverzekeraars bereid een concessie over te nemen? Op welke wijze vindt overdracht plaats van de AWBZ-brede zorgregistratie van de betreffende zorgregio naar de nieuwe concessiehouder?*

Het is primair aan het zorgkantoor ervoor te zorgen dat de AWBZ-verzekerde zijn recht op zorg tot gelding kan brengen. De verwezenlijking van dit recht is echter mede afhankelijk van de inspanningen van andere partijen. Voor op de vraag afgestemde zorg is in de eerste plaats noodzakelijk dat een objectieve indicatiestelling van de zorgbehoefte plaatsvindt. Deze taak ligt in handen van de door gemeenten ingestelde regionale indicatieorganen. Binnen de gestelde indicatie dient de zorgaanbieder een zorgarrangement te bieden dat aansluit bij de wensen en behoeften van de verzekerde. Het is de taak van het zorgkantoor hiertoe overeenkomsten te sluiten met zorgaanbieders en erop toe te zien dat deze worden nageleefd. Daarnaast heeft het zorgkantoor een bemiddelingstaak, bijvoorbeeld indien de geïndiceerde zorg niet direct beschikbaar is. Het zorgkantoor dient dan in overleg met de verzekerde te voorzien in een vorm van overbruggingszorg.

De betrokkenheid van de genoemde partijen bij het tot gelding brengen van de zorgaanpak doet echter niets af aan de zorgplicht van het zorgkantoor. In lijn met de gerechtelijke uitspraken over de zorgplicht, kan de verzekerde het zorgkantoor c.q. de zorgverzekeraar die de uitvoering aan het zorgkantoor heeft opgedragen (juridisch) aanspreken indien, om wat voor reden dan ook, de zorgverlening niet of (kwalitatief) onvoldoende tot stand komt. Het zorgkantoor dient - om zijn taken adequaat te kunnen uitvoeren - te beschikken over voldoende instrumenten en (financiële) middelen. In het "Convenant inzake taken en beheerskosten zorgkantoren" zijn hierover bestuurlijke afspraken gemaakt tussen het departement, het College voor zorgverzekeringen en Zorgverzekeraars Nederland. Over de uitvoering van dit convenant en de daarin afgesproken ontwikkelingstrajecten gericht op versterking van de verzekeraarsfunctie, wordt de Tweede Kamer geïnformeerd in de voortgangsrapportages modernisering AWBZ. De adequate taakuitoefening en naleving van de in het convenant gemaakte afspraken is bij de concessieverlening aan de zorgkantoren als voorwaarde gesteld. Dit biedt voor het toezicht aangrijpingspunten zorgkantoren hierop aan te spreken. Dit 'aanspreken' heeft niet automatisch intrekking van de concessieverlening tot gevolg. Het College toezicht zorgverzekeringen (CTZ) geeft, indien daartoe aanleiding bestaat, concreet aan op welke punten de taakuitoefening verbetering behoeft en hoe het zorgkantoor daaraan invulling dient te geven. Intrekking van de concessieverlening is hierbij een ultimum remedium. Het functioneren van de zorgkantoren speelt uiteraard een rol bij de (voortzetting van de) concessieverlening. Bij wijziging of intrekking van de concessieverlening, zullen andere zorgverzekeraars de AWBZ-taken moeten overnemen. In dat geval zullen de nieuwe concessiehouders moeten voldoen aan de gestelde vereisten, waaronder die op het terrein van de ontwikkeling en toepassing AWBZ-brede zorgregistratie.

115. *Wat zijn uw doelstellingen ten aanzien van de wachttijden in de care?*

Zie het antwoord op vraag 78.

116. *Wat is de concrete kwantitatieve doelstelling voor het ziekteverzuim in de zorgsector, de lopende WAO-uitkeringen, de instroomkans WAO en de uitstroomkans WAO voor de jaren 2003, 2004, 2005 en 2006? Kan tabel 11 op blz. 44 met die data worden aangevuld?*

In het in 1999 door de minister van VWS met sociale partners afgesloten arbeidsmarktconvenant zijn concrete doelstellingen geformuleerd voor de periode 2000 tot en met 2003. In deze vier jaar moet het verschil in ziekteverzuim en WAO-instroom tussen de zorg en welzijnssector en de rest van Nederland zijn gehalveerd met als uitgangspunt de stand in het jaar 1999. Op basis van een ziekteverzuimpercentage in 1999 van 7,8% in de zorg en welzijnssector en 5,4% in Nederland betekent een afname van het ziekteverzuim in de zorg en welzijnssector van 1,2 procentpunt in vier jaar. Dit betekent dat gestreefd wordt naar een daling van het ziekteverzuim van minstens 0,3 procentpunt in 2003.

In 2001 was het ziekteverzuimpercentage voor de zorg en welzijnssector 7,5% en in de rest van Nederland 5,4%. Ten opzichte van 1999 is dit een daling van het verschil van 0,3 procentpunt. Het gaat wat ver om dit een significante afname te noemen, maar het belangrijkste is dat zich wat betreft het ziekteverzuimbeleid in de zorg en welzijnssector een omslag lijkt af te tekenen.

De WAO-instroomkans was in 1999 in de zorg en welzijnssector 1,8% en voor de rest van Nederland 1,4%. Dit betekent dat in vier jaar tijd de WAO-instroom in de zorg en welzijnssector met 0,2 procentpunt moet afnemen.

In 2001 is de WAO-instroomkans overigens gestegen naar 1,9%, maar door het gedaalde ziekteverzuim in 2001 en de eerste kwartalen van 2002 wordt verwacht dat de WAO-instroomkans zal dalen in 2002 en 2003.

Over de lopende WAO-uitkeringen en de uitstroomkans zijn geen doelstellingen geformuleerd in de arbeidsmarktconvenanten. Wel heeft de doelstelling van de WAO-instroom eveneens tot doel de lopende WAO-uitkeringen te reduceren. Daarnaast is ook in de arbeidsmarktconvenanten afgesproken eind 2003 3.000 arbeidsgehandicapten te reïntegreren. Ook deze doelstelling dient ertoe het aantal lopende WAO-uitkeringen te verminderen en leidt ook tot een hogere WAO-uitstroomkans.

Het meerjarig beleidskader van de arbeidsmarktconvenanten loopt van 2000 tot en met 2003. De doelstellingen over de jaren 2004 tot en met 2007 moeten nog worden geformuleerd in een nieuw meerjarig beleidskader.

117. *Een aantal instellingen krijgen al financiering op basis van zorgzwaarte. Echter mede in verband met de indicatiestelling is dat niet overal het geval. In hoeverre vindt alsnog correctie van de financiering van instellingen voor 2002 plaats voor zorgzwaarte?*

In 2003 zullen de beleidsregels en bijbehorende prijzen worden vastgesteld. In principe kan op dat moment de volledige invoering van bekostiging naar zorgzwaarte van start gaan. Omdat instellingen voldoende rekening moeten kunnen houden met een eventuele herallocatie zal deze echter niet direct worden geëffectueerd. Vaststelling van de omvang van de herallocatie vindt plaats na aanscherping van de gescoorde gegevens van instellingen halverwege 2003. Vervolgens zal de herallocatie vanaf 1 januari 2004 stapsgewijs worden doorgevoerd zodat geleidelijk een betere verdeling naar zorgzwaarte ontstaat.

118. *Blijft "zorg op maat" gehandhaafd?*

De subsidieregeling zorgvernieuwing voor verpleeghuisgeïndiceerden, ook wel kortweg de regeling "zorg op maat" genoemd, is per 1 januari 2001 beëindigd. De financiering voor de bestaande projecten vindt vanaf 1 januari 2001 plaats via productieafspraken tussen zorgkantoren en verpleeghuizen op basis van de CTG-beleidsregels.

In het kader van de modernisering AWBZ worden de mogelijkheden vergroot om zorg op maat te leveren doordat ook andere zorginstellingen daarover productieafspraken mogen maken.

119. *Betekent de opmerking, dat bij bestrijding van de wachtlijsten de latente vraag naar voren komt, dat de huidige wachtlijsten en wachttijden in de GGZ geen betrouwbaar beeld geven en mag worden verwacht dat de latente vraag wel zichtbaar wordt door de verdere ontwikkeling van de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling en de landelijke databank?*

De huidige wachttijden en wachtlijsten in de GGZ geven een betrouwbaar beeld van de manifeste zorgvraag. De latente zorgvraag blijkt echter niet uit het aantal wachtenden, omdat deze groep mensen (nog) geen hulp zoeken en dus niet op de wachtlijst staan. In de GGZ hebben twee peilingen plaatsgevonden waarmee het aantal wachtenden en de wachttijden in kaart zijn gebracht. De wachtlijsten zijn tevens opgeschoond. Deze peilingen vonden plaats per 1 januari 2001 en 1 januari 2002. Op 1 januari 2001 waren er in totaal 77.037 wachtenden en op 1 januari 2002 waren dat er 76.964; het aantal wachtenden in de GGZ is gestabiliseerd. De GGZ kent echter een latente zorgvraag; slechts een deel van de mensen met psychische klachten zoekt daadwerkelijk hulp. In het systeem van de landelijke databank wachtlijsten wordt de latente zorgvraag ook niet zichtbaar, omdat daarin alleen de mensen worden geregistreerd die zich hebben aangemeld met een hulpvraag. Door objectieve en onafhankelijke indicatiestelling wordt de latente zorgvraag ook niet zichtbaar, omdat het hier voor een groot deel gaat om cliënten gaat die al op de wachtlijst staan (beoordelingswachttijdst).

De toenemende vraag naar psychische hulp, als gevolg van de latente zorgvraag, kan voor een belangrijk deel heel goed in de eerstelijns worden beantwoord via kortdurende generalistische hulp. De versterking van de eerstelijns GGZ is een belangrijke pijler van het overheidsbeleid. De achterliggende gedachte daarbij is dat zo doelmatig en doeltreffend mogelijk wordt ingesprongen op de zorgvraag: niet minder zorg geven dan nodig, maar ook niet meer dan noodzakelijk. De zorgverlening in de eerstelijns is laagdrempelig en het tijdig ingrijpen bij psychische problemen kan voorkomen dat een cliënt onnodig lang rondloopt met onbegrepen klachten, of naar de (duurdere) tweedelijns doorstroomt, terwijl de problematiek heel goed in de eerstelijns kan worden behandeld. Waar nodig is een adequate en tijdige doorverwijzing naar de gespecialiseerde GGZ mogelijk.

120. *In sommige gevallen betekent het betrekken van woningbouwverenigingen bij de bouw van zorgcapaciteit aanzienlijke vertraging. Er zijn bijvoorbeeld problemen met bestemmingsplannen en woningtoewijzing. Wil de minister ook instellingen toestaan om zelf capaciteit te verwezenlijken?*

Het betrekken van woningbouwverenigingen bij de bouw van intramurale capaciteit leidt op zichzelf niet tot vertragingen. Problemen met betrekking tot ruimtelijke ordening hebben te maken met de functie en omvang van de betreffende bouwinitiatieven in het kader van o.m. gemeentelijke bestemmingsplannen en de beschikbaarheid van goede locaties. De hoedanigheid van de initiatiefnemer, in casu een woningbouwvereniging of zorgorganisatie, doet daarbij niet terzake.

Met betrekking tot woningtoewijzing kan het volgende worden opgemerkt.

Bij *intramurale* capaciteit zijn vragen met betrekking tot woningtoewijzing niet aan de orde omdat het gemeentelijk woningtoewijzingsbeleid niet van toepassing is op verblijf in combinatie van verzorging en gefinancierd via de AWBZ.

Bij *extramurale* capaciteit, waar het gaat om voor zorgverlening geschikte woningen, is de situatie als volgt. Bij het realiseren van woningen die geschikt zijn voor zorgverlening en bestemd worden voor zorgbehoevenden ligt het voor de hand dat woningbouwverenigingen hierbij de woningen realiseren. De zorgorganisatie levert de gevraagde zorg. Op die wijze zijn wonen en zorg gescheiden producten die in samenhang met elkaar kunnen worden aangeboden.

Hierbij is het noodzakelijk dat afspraken worden gemaakt tussen de woningbouwvereniging en de zorgorganisatie over de woningtoewijzing aan specifieke doelgroepen (zorgbehoevenden). De gemeenten hebben hierbij een rol als het gaat om het bieden van

ruimte voor deze afspraken in het kader van het gemeentelijk woningtoewijzingsbeleid. In het algemeen lijken gemeenten hiertoe bereid.

Indien zorginstellingen zelf woningen willen realiseren zijn ze net als woningbouwverenigingen gebonden aan het gemeentelijk beleid aangaande woningtoewijzing. Voor dergelijke initiatieven is geen toestemming van de minister vereist. Wel moet de instelling zorgdragen voor een heldere financiële en juridische scheiding tussen het intramurale bezit en het woningbezit.

*121. AWBZ-zorg is aanvullend op mantelzorg. In verband hiermee kunnen mantelzorgers niet in aanmerking komen voor PGB. Kunnen mensen die vrij nemen via de levensloopverzekering in aanmerking komen voor (aanvullende) PGB? Welke rol zal of moet de mantelzorg in de toekomst krijgen gelet op de ontwikkeling van de personele capaciteit?*

Iemand die zorg nodig heeft kan op grond van een daartoe strekkende indicatie aanspraak maken op zorg in natura of op een PGB. Het gaat hier om een aanspraak van de zorgvrager en niet van de mantelzorger. Dit geldt ook wanneer iemand vrij neemt in het kader van een levensloopverzekering.

Mantelzorg wordt meegenomen bij de indicatiestelling en wel dusdanig dat de mantelzorger niet onevenredig wordt belast. Voor het meerdere wat nodig is aan zorg, kan de klant kiezen voor zorg in natura of PGB. Met het PGB kan de klant er voor kiezen om dat meerdere aan zorg in te kopen bij een hulpverlener naar keuze. In de PGB-markt kunnen ook individuen de rol van zorgverlener op zich nemen.

*122. Uit CTG-realisatiecijfers over 2001 blijkt dat 100% van de beschikbare wachtlijstmiddelen daadwerkelijk zijn omgezet in extra productie. Waaruit blijkt dit? Om hoeveel extra productie gaat het hier?*

De CTG-realisatiecijfers laten zien dat er in 2001 voor € 1.675 mln aan productie is gerealiseerd. Dit bestaat uit de reguliere afspraken voor 2001 à € 1.597 mln en de € 78 mln beschikbare wachtlijstmiddelen waarmee extra productie is gerealiseerd. Aangezien voor de extra productie het principe van 'boter bij de vis' geldt en dit deel volledig wordt nagecalculeerd, zijn al deze extra middelen daadwerkelijk omgezet in € 78 mln extra productie.

*123. De subsidieregeling extramuraal dienstverlening beoogt wachtlijsten te reduceren en financiert preventie, ondersteuning en coördinatie. Hoeveel geld is hiervoor beschikbaar?*

Zie het antwoord op vraag 15.

*124. Wat is een 'aanvaardbaar' niveau van de wachtlijsten en wachttijden in de GGZ?*

De doelstelling is om de wachttijden tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen. De veldpartijen hebben in 2000 in het zogenoemde Treekoverleg overeenstemming bereikt over de normering van de aanvaardbare levertijden c.q. streefnormen van zorg voor de gehele gezondheidszorg (cure en care). Deze streefnormen zijn niet wettelijk vastgelegd, maar kunnen als uitgangspunt gehanteerd worden. Voor de GGZ care (RIBW en specialistische functies) ligt de treeknorm op maximaal 13 weken. Voor toegang tot de GGZ cure ligt de treeknorm op maximaal 4 weken.

*125. Waarop is de begroting van € 65 mln voor de STIP-regeling op gebaseerd?*

De Stimuleringsregeling Integraal Personeelsbeleid (STIP) is een jaarlijks terugkerende subsidieregeling van het sectorfonds zorg. De regeling heeft tot doel instellingen te stimuleren en in staat te stellen beleid te ontwikkelen en activiteiten uit te voeren op het terrein van arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim, instroom en behoud van personeel. De STIP is opgenomen in het jaarlijks in te dienen activiteitenplan van het sectorfonds zorg. Dit activiteitenplan wordt door het ministerie van VWS beoordeeld voordat tot subsidie wordt overgegaan. De in de Zorgnota 2003 genoemde middelen van de STIP-regeling zijn een prognose gebaseerd op het budget van de subsidieregeling van voorgaande jaren.

*126. Kan de minister aangeven of de voorgenomen bezuinigingen op de Melkertbanen in de zorg ertoe leiden dat de banen verdwijnen of zullen zij worden omgezet in reguliere banen?*

De bezuiniging op de ID-banen kan ertoe leiden dat een aantal ID-banen verdwijnt. In welke mate dat het geval is, is afhankelijk van de afspraken die instellingen weten te maken met gemeenten over uitstroom naar reguliere arbeid, opleiding van ID-medewerkers en financiering en behoud van plaatsen voor gesubsidieerde arbeid. Omzetten van ID-banen in regulier gefinancierde banen is mogelijk.

*127. Hoe moet de arbeidsmarkt zorg en welzijn zich de komende jaren ontwikkelen om gelijke pas te houden met de toenemende zorgvraag? Welke knelpunten doen zich voor?*

In de Zorgnota wordt uitgegaan van een basisgroei van het uitgavenvolume met 2,5% per jaar. Dit brengt volgens het CPB een werkgelegenheidsgroei in de zorg en welzijnssector met zich mee van 1,5%. Daarbovenop komt een aantal intensiveringen van gemiddeld 0,4% per jaar, waardoor de groei van de werkgelegenheid in de zorg en welzijnssector door het CPB is aangepast tot ruim 2% per jaar in de periode 2003-2006.

Het beroep van de zorginstellingen op de arbeidsmarkt zal dan ook de komende jaren groot zijn. De beleidslijnen die uitgezet zijn (aantrekkelijke loopbanen, langere gemiddelde werktijd, vergroten instroom, vermindering uitstroom (Zorgnota 2003, pagina 48-49)) dienen dan ook doorgezet te worden. Daarnaast kan ingezet worden op vermindering van het beroep op de arbeidsmarkt door daar waar mogelijkheden zijn productiviteitswinsten te realiseren.

Recente onderzoeksgegevens laten overigens zien dat met het ingezette beleid goede resultaten worden geboekt. Het ziekteverzuim daalt verder; de instroom in zorgopleidingen stijgt aanzienlijk; de uitstroom daalt. Resultaat is dat de werkgelegenheid in de zorgsectoren naar verwachting met circa 5% stijgt in 2002. In het voorjaar van 2003 komt Prismant met een toekomstverkenning omtrent specifieke knelpunten bij het verplegend, verzorgend en sociaal-pedagogisch personeel. Over de uitkomsten daarvan zullen wij u nader informeren.

*128. Kan een overzicht worden gegeven van de vacatures in de verschillende sectoren van de cure en de care?*

De gegevens over de vacatures in de Zorgnota zijn afkomstig van het CBS. De onderzoeksmethode van het CBS laat het niet toe uitsplitsingen te maken voor afzonderlijke branches in zorg en welzijn. Wel wordt een ander onderscheid gehanteerd door het CBS, dat niet direct te herleiden is naar de afzonderlijke branches. In onderstaande tabel staan de resultaten.

	Vacature-intensiteit	Intensiteit moeilijk vervulbare vacatures
Intramuraal cure	2,0%	1,1%

Rest cure	3,2%	1,5%
Intramuraal care	2,0%	0,9%
Rest care en welzijn	3,2%	1,2%
Totaal zorg en welzijn	2,6%	1,1%

Intramuraal cure omvat de branches ziekenhuizen, academische ziekenhuizen en een deel van de geestelijke gezondheidszorg. Rest cure omvat een aanzienlijk aantal kleine branches en daarnaast een deel van de geestelijke gezondheidszorg. Intramuraal care omvat de verpleging en verzorging en een deel van de gehandicaptenzorg. Rest care en welzijn omvat onder andere de branches welzijn, thuiszorg, een deel van de gehandicaptenzorg, een deel van de geestelijke gezondheidszorg, kinderopvang en jeugdhulpverlening.

*129. Kan een overzicht worden gegeven van de hoeveelheid uitzendkrachten en ongediplomeerden die in de verpleging en verzorging werken?*

Volgens cijfers van Prismant heeft 85% van de medewerkers in de sector zorg en welzijn in 2000 een vaste aanstelling. 5% heeft een tijdelijke aanstelling met uitzicht op een vast contract. 2% heeft een tijdelijke aanstelling en 10% heeft een 'overige' aanstelling. Deze categorie bestaat onder andere uit werken op afroep, gedetacheerd via een uitzendbureau of een stagecontract. Circa 56% van de instellingen in de zorg heeft uitzendkrachten in dienst. Zij zijn voornamelijk werkzaam in de directe patiëntenzorg. De tijd die door uitzendkrachten in de zorg wordt gewerkt in verhouding tot het totale arbeidsvolume in een organisatie is beperkt en bedraagt gemiddeld 1,4%.

Uit onderzoek van de OSA (Organisatie voor Strategisch Arbeidsmarktonderzoek) blijkt dat circa 3,5% van de verpleegkundigen en verzorgenden ongediplomeerd is. Het gaat met name om helpenden en assistenten.

*130. Deelt u de mening dat ter behoud van goed personeel in de zorg en het bewerkstelligen van de noodzakelijke nieuwe instroom van personeel in de zorg betere arbeidsvoorwaarden dan een loonontwikkeling van 2,5% nodig is?*

Zie het antwoord op vraag 3.

*131. Hoeveel geld is de afgelopen vijf jaar gegaan naar de Sectorfondsen Zorg en Welzijn? Waaraan is dit geld vervolgens besteed (doelstellingen) en welke effecten heeft dit gesorteerd? Hoeveel geld gaat de komende jaren (SA) naar de Sectorfondsen Zorg en Welzijn?*

In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de middelen welke de afgelopen vijf jaar aan de Sectorfondsen Zorg en Welzijn en hun rechtsvoorgangers AWO, AWOB en AWOZ beschikbaar zijn gesteld voor de uitvoering van het arbeidsmarktbeleid.

**Tabel 1:**

(bedragen in miljoenen euro)	1998	1999	2000	2001	2002
<b>Sectorfonds Zorg*</b>	38,5	61,2	98,6	157,4	161,8
<b>Sectorfonds Welzijn**</b>	5,6	8,9	14,5	23,7	22,2
<b>Totaal</b>	44,1	70,1	113,1	181,1	184,0

Toelichting:

\* Tot en met 2000 zijn dit de sectorfondsen AWOB en AWOZ. Zij zijn 1 januari 2001 gefuseerd in het Sectorfonds Zorg.

\*\* Tot en met 2000 is dit het sectorfonds AWO.

De middelen voor de extramuraal gehandicaptenzorg (DTG) en de Thuiszorg zijn in dit overzicht ondergebracht bij het Sectorfonds Zorg.

In tabel 2 wordt een overzicht gegeven van de sectorfondsmiddelen van de sectorfondsen zorg en welzijn naar speerpunt. In de tabel zijn cijfers vanaf 1999 weergegeven omdat in dat jaar de speerpunten in het meerjarig beleidskader zijn geformuleerd.

**Tabel 2**

(bedragen in miljoenen euro)*	1999	2000	2001	2002
instroom	18,2	16,1	52,3	52,9
behoud	21,7	23,5	52,7	44,1
verzuim/arbo/reïntegratie (AVR)	15,8	44,0	39,9	53,7
aantrekkingskracht	1,4	1,0	4,1	3,9
regionale structuur	8,4	16,0	19,1	14,4
onderzoek en monitoring	1,9	1,7	2,5	1,8
overig**	2,5	10,8	10,9	12,9
<b>Totaal</b>	<b>70,1</b>	<b>113,1</b>	<b>181,5</b>	<b>183,8</b>

\* op basis van activiteitenplannen

\*\* Overig betreffen reserveringen voor actuele ontwikkelingen, knelpunten en vraagstukken die door de politiek om aanvulling van beleid vragen en de bureaunkosten (uitvoeringskosten en personeelskosten van de sectorfondsbureau's).

Ten aanzien van de effecten die speerpunten van de sectorfondsen zorg en welzijn hebben gesorteerd, richten de projecten van de sectorfondsen zich op het complex van factoren dat van invloed is op de arbeidsmarktparticipatie. Ze richten zich zowel op het aantrekkelijk maken van een loopbaan in de zorg, voorwaarden scheppen voor een langere gemiddelde werktijd, het vergroten van de instroom en het tegengaan van de uitstroom.

In 2001 is het ziekteverzuim in de zorg en welzijnssector gedaald en is de instroom in de zorgopleidingen toegenomen, er zijn veel nieuwkomers geworven en het verloop neemt af. Het aantal banen in de zorg en welzijnsector heeft zich in 2001 naar een situatie ontwikkeld dat één op de vier nieuwe banen in Nederland een baan in de zorg is. Kortom de zorgsector heeft het niet slecht gedaan.

Onlangs is het project 'Veilige zorg' onderscheiden met een prijs als een van de beste initiatieven ter verbetering van de arbeidsomstandigheden. Bovendien is het project genomineerd voor de 'European Good Practices Award In Safety And Health At Work'. Het is natuurlijk niet zo dat dit alleen dankzij de projecten van de sectorfondsen gerealiseerd is, maar de projecten van de sectorfondsen stimuleren en hebben een bewustwordingsfunctie. Momenteel werkt een onafhankelijk onderzoeksbureau aan de evaluatie van het arbeidsmarktconvenant welzijn, jeugdhulpverlening en kinderopvang. De evaluatie richt zich onder andere op het bij het convenant behorende meerjarig beleidskader, activiteiten die in het kader daarvan zijn uitgevoerd en de effectiviteit daarvan. De resultaten van de evaluatie komen in de eerste helft van volgend jaar beschikbaar.

Nog dit jaar zullen wij met sociale partners in de zorgsector, die het sectorfonds Zorg besturen, nadere afspraken maken over een evaluatie van het beleid in de zorgsector. Het betreft een onafhankelijk onderzoek naar de effectiviteit van arbeidsmarktmaatregelen voor de zorgsectoren, de uitvoering van arbeidsmarktmaatregelen door het bureau van de sectorfondsen Zorg en Welzijn en de effectiviteit van het besluitvormingsproces. Wij streven er naar het onderzoek in de eerste helft van volgend jaar af te ronden.

In het Strategisch Akkoord is een subsidietaakstelling opgenomen waaraan eveneens de sectorfondsen een substantiële bijdrage zullen moeten leveren. Tabel 3 laat echter vooral nog de begrote middelen van de sectorfondsen zorg en welzijn zien zoals in de Begroting 2003 van VWS opgenomen omdat op dit moment nog niet duidelijk is hoe hoog deze subsidietaakstelling zal uitvallen.

**Tabel 3**

(bedragen in miljoenen euro)	2003	2004	2005	2006
<b>Sectorfonds Zorg</b>	156,6	142,5	133,3	133,3
<b>Sectorfonds Welzijn</b>	19,8	18,6	18,5	18,6
<b>Totaal</b>	176,4	161,1	151,8	151,9

132. *Kan worden aangegeven welke beginsituatie wordt genomen in cijfers bij de doelstellingen voor het terugdringen van het ziekteverzuim, wat is met andere woorden het percentage van 1999 in het bedrijfsleven?*

Zie het antwoord op vraag 116.

133. *Deelt u de mening dat voor het afsluiten van een Arboconvenant in de branche verpleging en verzorging extra financiële middelen beschikbaar dienen te worden gesteld teneinde de in het Arboconvenant vastgelegde prestaties te kunnen verwezenlijken? Zo ja, waar zijn deze extra financiële middelen te vinden? Zo nee, waarom niet?*

Zie het antwoord op vraag 17.

134. *Is het verschil in ziekteverzuim tussen de zorg en welzijnssector en de rest van Nederland significant afgenomen?*

Zie het antwoord op vraag 116.

135. *Welke concrete kwantitatieve doelstellingen heeft het kabinet voor het behoud van het personeel, de verdere daling van het netto verloop en stijging van de gemiddelde arbeidsduur voor de jaren 2003, 2004, 2005 en 2006?*

In de Begroting 2003 van VWS wordt een overzicht gegeven van de indicatoren van de doelstellingen uit het arbeidsmarktconvenant voor de zorgsector over de jaren 2000 tot en met 2003. In het met sociale partners afgesloten arbeidsmarktconvenant zijn concrete doelstellingen geformuleerd voor de periode 2000 tot en met 2003.

In het meerjarig beleidskader is binnen het speerpunt Behoud als kwantitatieve doelstelling geformuleerd dat het netto verloop met 20% is gedaald ten opzichte van 1999. Ook dient eind 2003 de gemiddelde arbeidsduur tenminste 0,5% te zijn gestegen ten opzichte van eind 1999. Het meerjarig beleidskader van de arbeidsmarktconvenanten loopt van 2000 tot en met 2003.

De doelstellingen over de jaren 2004 tot en met 2007 moeten nog worden geformuleerd in een nieuw meerjarig beleidskader.

136. *In welke CAO's is nog geen sprake van de mogelijkheid op vrijwillige basis meer te werken dan een volledige werkweek en dienen dergelijke CAO's nog wel algemeen verbindend te worden verklaard?*

In alle CAO's bestaat de mogelijkheid tot incidenteel overwerken binnen de marges die de Arbeidstijdenwet dan wel nadere CAO-afspraken bieden. Ook komt in de praktijk voor dat de mogelijkheid wordt benut om arbeidsovereenkomsten aan te gaan met meerdere werkgevers die opgeteld op een hoger tijdsbeslag dan 36 uur in de week uitkomen.

Structureel overwerk in de vorm van afspraken over een meer dan een 36-urige werkweek is

in alle grote CAO's (ziekenhuizen, academische ziekenhuizen, GGZ, gehandicaptenzorg, verpleeg- en verzorgingshuizen) in enigerlei vorm mogelijk.

*137. Hoe denkt de minister over het invoeren van een grote-stedentoeslag voor het verplegend en verzorgend personeel, zoals bepleit door het Platform zorginstellingen grote steden?*

Het Platform zorginstellingen grote steden ijvert al geruime tijd voor compensatie voor de hogere personeelskosten waarmee zorginstellingen in de vier grote steden naar hun mening worden geconfronteerd. Op die manier zou volgens hen de arbeidsmarktkrapte in de vier grote steden worden opgelost. De vraag is echter of dit wel een oplossing biedt. De achtergrond dat veel gezinnen de stad uittrekken, betreffen huisvesting, vervoer, parkeren en veiligheid. Het is niet logisch om middelen die voor zorg zijn bedoeld aan te wenden voor deze problemen. De kans dat zorginstellingen in de grote stad met elkaar in concurrentie gaan om het lokale personeel, lijkt groter dan dat er van buiten of op de lokale markt extra personeel wordt aangetrokken. Het is daarom van belang op lokaal niveau naar oplossingen te zoeken bijvoorbeeld door samenwerking met de instellingen, de stadsbesturen en de zorgverzekeraars.

Tot slot geldt dat de problematiek tussen de grote steden onderling aanzienlijk verschilt, en bovendien dat ook in meerdere niet stedelijke regio's sprake is van knelpunten op de arbeidsmarkt.

*138. Hoe kunt u de incidentele loonontwikkeling terugbrengen naar 0,5% terwijl bijvoorbeeld de ziekenhuissector al te maken heeft gehad met een incidentele loonontwikkeling van 1,4% in de periode 1998-2001 en is dit ook niet een zaak voor het overleg tussen werkgever en werknemers?*

Van de loonkostenpost "incidenteel" wordt verondersteld dat die niet of nauwelijks is te beïnvloeden in het CAO-overleg. Een simpele definitie van die post is dan ook: dié stijging van de gemiddelde loonkosten per uur die niet wordt veroorzaakt door nieuwe CAO-afspraken of door de mutatie van de werkgeverslasten sociale zekerheid en pensioen. Als concrete voorbeelden worden dan meestal genoemd de kosten van promoties en van periodieken. En die resulteren alleen in een van nul afwijkend getal wanneer er met het personeelsbestand iets apart aan de hand is, namelijk wanneer in- en uitstroom in kwantitatief en/of kwalitatief opzicht uit balans zijn. Dat doet zich bijvoorbeeld voor bij een stijging van de gemiddelde tijd dat het personeel aan de instelling is verbonden waardoor het gemiddeld personeelslid op een hogere trede in de salarisschaal zit (vergrijzing van het personeel), een ranginflatie (hetzelfde werk als eerst wordt om wat voor reden dan ook – een gespannen arbeidsmarkt - in een hogere salarisschaal ingedeeld of de bestaande salarisschaal wordt in minder stappen doorlopen naar het maximum toe) of een stijging van de zwaarte van een functie waardoor die in een hogere salarisschaal moet worden beloond. In een normaal functionerend bedrijf en onder normale arbeidsmarktomstandigheden is de loonkostenpost incidenteel dan ook dicht bij nul. Het is in ieder geval over de jaren heen een zeer volatiel cijfer dat door nieuwe gegevens pas na verloop van tijd op een stabiel niveau kan worden vastgesteld.

In de ova (= de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling) wordt voor de post "incidenteel" een over de jaren heen stabiel cijfer verdisconteerd. Het was over 2002 0,6%. Door de verwachte ontspanning op de arbeidsmarkt verwacht het CPB dat de incidentele loonontwikkeling in de markt in 2003 daalt tot 0,5%. Mede op basis daarvan is in het Strategisch Akkoord uitgegaan van een verlaging van de vergoeding voor incidenteel loon naar 0,5% voor zowel de overheidssectoren als de zorgsector.

*139. Waar blijft de uitvoering van de conclusies en aanbevelingen van de commissie-Van Rijn voor deze kabinetsperiode?*

In alle sectoren zijn CAO's afgesloten waarin de door de commissie-Van Rijn voorgestelde 'korte termijn' maatregelen zijn verwerkt. Daarnaast zijn door Van Rijn 'lange termijn' maatregelen voorgesteld. Het gaat hierbij om innovatieve maatregelen ter oplossing van arbeidsmarktknelpunten, gericht op management en sturing; informatie- en communicatietechnologie; en human resource management. Binnen zorg en welzijn loopt reeds een groot aantal initiatieven, deze zullen wel verder moeten uitwaaiëren over de sector. Let wel, het gaat hierbij om 'lange termijn' maatregelen. Zichtbare resultaten zullen daarom niet van de één op de andere dag aangetoond kunnen worden.

*140. Hoe wil de minister het percentage werkenden in de zorg verhogen dat zegt voldoende tijd te hebben voor zorg en persoonlijke aandacht (nu ongeveer eenderde)? Welk percentage stelt hij zich ten doel?*

Het hebben van voldoende tijd voor zorg en persoonlijke aandacht zijn aspecten die te maken hebben met de (ervaren) werkdruk. Sinds 1998 heeft een positieve ontwikkeling plaatsgevonden: de ervaren werkdruk is dalende. Dat laat onverlet dat deze nog steeds hoger is dan in andere sectoren. Ook in 2003 moeten maatregelen de ervaren werkdruk nog verder laten dalen. Via instellingsbudgetten (werkdrukbudgetten) en subsidiemogelijkheden vanuit de sectorfondsen is geld beschikbaar waarmee het instellingsmanagement maatregelen kan nemen die zowel direct (meer personeel) als indirect (via arbeidsbeleving) invloed hebben op de ervaren werkdruk. Het gaat hierbij dan bijvoorbeeld om het terugdringen van ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid, combinatie van arbeid & zorg en instroomprojecten. Ook in de CAO's worden afspraken gemaakt over werkdrukverlagende activiteiten.

Uit het antwoord blijkt al dat het om een complex van factoren gaat, waarbij ook (de kwaliteit van) het management van een instelling een belangrijke rol speelt, maar ook de persoonlijke perceptie van de medewerker over de benodigde hoeveelheid zorg en persoonlijke aandacht. Een absoluut percentage kan hier dan ook niet benoemd worden.

*141. Op welke wijze zal de overheid een stap terug doen bij de centrale toelating voor zorgaanbieder?*

Het ligt niet zozeer in de lijn der verwachting dat de overheid een stap terug zal doen bij de toelating van zorginstellingen, maar meer dat de accenten verbonden aan de toelating anders gelegd gaan worden. De aanbodplanning verdwijnt, de hoeveelheid en soort zorg die op de markt komt wordt een zaak van veldpartijen. Capaciteiten in de toelating zijn eventueel nog nodig, maar alleen om spreiding en bereikbaarheid van zorg te kunnen bewaken. Verder is de toekomstige rol voor de toelating gelegen in het bewaken van een transparant management en bedrijfsvoering van zorginstellingen. Meer verantwoordelijkheid krijgen betekent tegelijk beter verantwoording afleggen. Niet alleen het zorgaanbod moet transparant zijn, maar ook de zorgaanbieder. Daar kunnen verzekeraars en cliënten hun voordeel mee doen.

*142. In hoeverre is de minister bereid om, bijvoorbeeld via een marktmeester, het fuseren van zorginstellingen die een monopoliepositie dreigen op te bouwen, te verbieden? Gaat de Minister instellingen met een monopoliepositie, zoals dat bijvoorbeeld het geval is in de V&V-sector in Noord-Limburg, verplicht laten opsplitsen (fusie was door de NMA toegestaan omdat er geen concurrentie in prijs was)? Hoe gaat de minister optreden tegen "koffierondjes" in de sector over uitbreiding van de capaciteit in een regio waarbij uitgangspunt is handhaving van tekorten om monopolieachtige positie te handhaven? Hoe kijkt de minister in dit opzicht aan tegen regio-overleggen al dan niet geformaliseerd in stichtingen, regioplannen, verplicht overleg over elkaars lange-termijn huisvestingsplannen en verplicht overleg in de gehandicaptensector indien een nieuwe zorgaanbieder zich in een regio wil vestigen*

*en het feit dat indicatieorganen, instellingen en zorgkantoren elkaars besturen en raden van toezicht bemannen?*

In de transitie naar een situatie van meer gereguleerde marktwerking dient voorkomen te worden dat op het moment dat mededinging op deelmarkten gaat ontstaan, deze mededinging door eerdere fusies effectief beperkt is. Het vorige kabinet heeft daar in de Nadere uitwerking Vraag aan Bod (TK 2001-2002, 27855, nr. 17) reeds eerder op gewezen. Het kabinet beziet thans wat het nut en de noodzaak is voor eventueel aanvullend instrumentarium naast de reeds bestaande mededingingsregulering om fusies waar nodig tegen te kunnen houden. De (vergaande) optie om scheiding van eigendom te kunnen opleggen, zal daarbij ook aan de orde komen. In dit geheel zullen ook de ontwikkelingen in het toezicht van de NMa op naleving van de Mededingingswet worden betrokken (zie bijvoorbeeld de uitspraak van de NMa in zaak 2877/17, Sint Antonius Ziekenhuis – Mesos Medisch centrum d.d. 14 maart 2002). De eventuele formalisering van sectorspecifieke regulering voor de zorg zal worden meegenomen bij de nadere uitwerking van een sectorspecifieke zorgautoriteit.

De andere, in de vraag genoemde, vormen van collectieve afspraken en afgestemd gedrag zijn ongewenst, voorzover dit gedrag vooral is bedoeld om de eigen marktpositie te beschermen. De Mededingingswet geeft de NMa mogelijkheden om dit gedrag waar nodig te bestrijden.

*143. Zorgverzekeraars is de prominente rol toebedacht van makelaars tussen patiënten en zorgaanbieders. Zij moeten gaan concurreren om de gunst van hun 'opdrachtgevers': de verzekerden. Hoe wordt in deze voorkomen dat de makelaar gezien de huidige schaarste een te hoge 'courtage' ontvangt van verzekerden? Welk belang hebben/krijgen verzekeraars om het huidige schaarsteprobleem op te lossen? Hoe groot is de schaarste van het aanbod op dit moment? Is deze schaarste in 2005 opgelost?*

Ter inleiding op dit antwoord zij verwezen naar het antwoord op vraag 27, waarin in kort bestek het model van gereguleerde concurrentie met bijbehorende prikkels is beschreven. Aangenomen wordt dat in de vraag met “de huidige schaarste” wordt bedoeld de schaarste aan de zorgaanbodzijde. In dat geval zullen verzekeraars worden geconfronteerd met partijen die in een relatieve machtspositie verkeren en zo een te hoge prijs voor hun prestaties kunnen vragen. Verzekeraars zullen deze (te hoge) prijzen doorberekenen in hun premie. Cruciaal voor de werking van het systeem is dat er voldoende zorgaanbod is zodat er voor de verzekeraars iets te onderhandelen valt. Veel komt hier neer op de dereguleringsprestaties van de overheid, ook ten aanzien van de opleidingen van medici. Verwacht mag worden dat het verruimen van toetredingsmogelijkheden tot zorgmarkten en opleidingen nieuw aanbod genereert.

Ter bevordering en begeleiding van een evenwichtige concurrentie zal de overheid bovendien een autoriteit moeten instellen die als “marktmeester” optreedt. Zorgverzekeraars zelf kunnen iets aan de grote schaarste doen door zelf zorginstellingen te gaan exploiteren. Dat de schaarste in 2005 geheel is opgelost is niet waarschijnlijk.

*144. Wat zijn de ontegenzeggelijke voordelen van volledig privaatrechtelijke vormgeving van een nieuw stelsel? Welke effecten hebben publiekrechtelijke danwel privaatrechtelijke vormgeving van een nieuw stelsel op de snelheid waarmee technische en organisatorische innovatie (bijv. geneesmiddelen) doordringt tot de verzekerden?*

De insteek van het strategisch akkoord voor een privaatrechtelijke verzekering komt voort uit de behoefte om de kans op een vraaggericht zorgstelsel zo groot mogelijk te maken en, in samenhang daarmee, bij burgers zo groot mogelijke betrokkenheid bij de gezondheidszorg teweeg te brengen. De keuze voor een nominale premie met een aparte zorgtoeslag voor het opvangen onbedoelde inkomensgevolgen moet in dat licht worden gezien. Het gaat evenwel te ver om te spreken van ontegenzeggelijke voordelen. Bij de opstelling

van het strategisch akkoord werd onderkend dat de overheid ook aan een privaatrechtelijk stelsel de nodige wettelijke voorwaarden zou moeten stellen om de toegankelijkheid voor iedereen te waarborgen.

In zowel een privaatrechtelijk- als een publiekrechtelijk stelsel zal voor optimale uitkomsten een evenwicht gevonden moeten worden tussen regelgeving en concurrentiemechanismen. Daardoor zullen beide elkaar materieel niet veel behoeven te ontlopen qua mogelijkheden voor vraaggerichtheid en kostenbewustzijn.

Ook in een publiekrechtelijk stelsel kunnen technische en organisatorische innovatie snel doordringen, als er een juiste verantwoordelijkheidsverdeling met bijbehorende prikkels wordt gekozen. Het systeem zoals op hoofdlijn is beschreven in het antwoord op vraag 27 is ook in een publiekrechtelijk stelsel mogelijk.

*145. Welke factoren bemoeilijken de concurrentiemogelijkheden voor verzekeraars in een publiekrechtelijk ziektekostenstelsel? Hoe kunnen deze factoren worden uitgeschakeld? Hoe kunnen adequate prikkels in een publiekrechtelijk systeem worden ingebouwd om de voordelen van privaatrechtelijke vormgeving te kunnen evenaren? Aan welke prikkels moeten we dan denken?*

Zie het antwoord op de vorige vraag.

*146. Welke wet- en regelgeving, uitspraken van het Hof, etc. (o.a. EU) zijn relevant voor de keuze tussen een privaatrechtelijk dan wel publiekrechtelijk ziektekostenstelsel? Hoe verhoudt zich winsttoogmerk in een publiekrechtelijk systeem tot Europese regelgeving, uitspraken, etc.. Is het waar dat geen enkele uitspraak van het Hof een privaatrechtelijk ziektekostenverzekeringssysteem in de weg staat? Zo niet, waarom niet?*

Bij de keuze tussen een privaatrechtelijk dan wel publiekrechtelijk systeem van ziektekostenverzekeringen is in feite het volledige complex van nationale en internationale wet- en regelgeving relevant. Niettemin is een aantal juridische instrumenten hierbij van meer belang dan andere. Dit geldt allereerst natuurlijk voor het EG-Verdrag zelf. Maar ook de Europese Richtlijnen inzake het directe schadeverzekeringsbedrijf, de Europese sociale zekerheidsverordening 1408/71, de Europese Code inzake sociale zekerheid van de Raad van Europa en verschillende verdragen van de Internationale Arbeidsorganisatie (ILO) zijn bij de hiervoor aangehaalde keuze van belang.

De inpasbaarheid van winsttoogmerk in een publiekrechtelijk systeem, alsook andere relevante vraagstukken voor de keuze tussen een privaatrechtelijk dan wel publiekrechtelijk systeem zijn onderwerp van nadere studie. Gelet op de demissionaire status van het kabinet zal de besluitvorming over de vormgeving van de ziektekostenverzekering aan het komende kabinet worden overgelaten.

Daarbij speelt dat er in twee ILO-verdragen een verbod is gesteld op winstbeogende uitvoering van de sociale verzekering.

Er is geen uitspraak van het Hof van Justitie over een privaatrechtelijk ziektekostenstelsel. Het Hof heeft in dit verband nog geen rechtsvraag voorgelegd gekregen omdat geen enkele andere lidstaat van de Europese Unie een privaatrechtelijk ziektekostenverzekeringssysteem heeft.

*147. Welke gevolgen heeft publiekrechtelijke vormgeving van het nieuwe stelsel voor het voortbestaan van particuliere verzekeraars?*

Particuliere verzekeraars zullen voortbestaan bij een publiekrechtelijke vormgeving van het nieuwe stelsel. Zoals ook nu al het geval is hebben veel publiekrechtelijk verzekerden een aanvullende verzekering gesloten met een (particuliere) verzekeraar. Dat zal bij een nieuw stelsel zeker niet anders zijn. Daarnaast zullen particuliere verzekeraars de mogelijkheid hebben om binnen eenzelfde concern de nieuwe verzekering uit te voeren, ongeacht of deze verzekering een publiekrechtelijke of een privaatrechtelijke vormgeving kent.

148. *Nederland kent al geruime tijd een gemixt systeem van ziektekostenverzekeringen. In hoeverre is dit systeem uniek in Europa? Op grond van welke Europese regelgeving, uitspraken, bestaat dit systeem al zo lang? Welke parallellen bestaan er in Europees opzicht tussen ons huidige systeem en privaatrechtelijke vormgeving van een nieuw stelsel?*

De inrichting van het Nederlandse systeem van ziektekostenverzekeringen is uniek in Europa. Nederland is het enige land in Europa waar de particuliere verzekering voor een groot deel van de bevolking een meer dan aanvullende betekenis heeft. Ons systeem is niet zozeer gegrond op Europese regelgeving of rechterlijke uitspraken maar is van oudsher zo gegroeid. Nederland heeft zich in een aantal verdragen verbonden om een stelsel van sociale zekerheid in te richten en te onderhouden. Bij de inrichting van dat stelsel van sociale zekerheid is Nederland vrij, zolang ons systeem past binnen de kaders van die verdragen. Er kan dus niet gesproken worden over parallellen in Europees opzicht tussen het huidige systeem en de privaatrechtelijke vormgeving van een nieuw stelsel, eenvoudigweg omdat Nederland een uniek systeem heeft.

149. *Zal het kabinet tot het uiterste gaan om het nieuwe ziektekostenstelsel, zoals afgesproken in het Strategisch Akkoord, geheel privaatrechtelijk te laten zijn?*

Zie de antwoorden op vraag 81 en 146.

150. *Wat kost invoering van een nieuw zorgstelsel? Waaruit bestaan deze kosten? Welke factoren zijn van invloed op deze kosten?*

Een eenduidig en exact antwoord op deze vraag kan niet worden gegeven. Op verschillende plaatsen ontstaan verschillende soorten kosten (evenals baten overigens) waarvan de hoogte afhankelijk is van de nog te maken definitieve beleids/uitvoeringskeuzes.

In directe zin ontstaan kosten bij het overheidsapparaat als gevolg van de voorbereiding en invoering van de wet. Er wordt vanuit gegaan dat dit binnen het beschikbare apparaatbudget wordt opgevangen.

In meer indirecte zin ontstaan kosten door de werking van de wet.

- Zo zullen de zorgverzekeraars éénmalig omschakelkosten moeten maken. Met name geldt dit voor de particuliere ziektekosten verzekeraars die, voor zover zij op het terrein van de ziektekosten actief willen blijven, van het vrije verzekeringsbedrijf moeten overschakelen naar een verzekering die, binnen wettelijke voorwaarden (zorgplicht, acceptatieplicht, verbod op premiedifferentiatie) moet worden uitgevoerd. Echter ook aan de bestaande ziekenfondsen en de uitvoerders van de publiekrechtelijke ziektekostenverzekeringen gaat de omschakeling niet zonder kosten voorbij.

- Voor het repareren van ongewenste inkomensgevolgen zullen structureel kosten worden gemaakt via de uitgaven die voortvloeien uit de zorgtoeslag.

- Voor de uitvoering van de zorgtoeslag zullen structurele apparaatskosten worden gemaakt.

- Tot slot zullen door de werking van de nieuwe wet ook bij alle werkgevers éénmalig administratieve kosten ontstaan door de aanpassing aan de nieuwe wet.

151. *Hoe wordt in een nieuw zorgstelsel voorkomen dat het zogeheten 'free-riders-probleem' optreedt oftewel dat de goede aanbieders de dupe zijn van de slechte zoals thans het geval is? Hoe verhoudt zich een BKZ tot dit probleem?*

Een free rider probleem ontstaat als een bepaalde groep zonder eigen inspanningen of kosten gebruik kan maken van de inspanningen (of kosten) van anderen. Op dit moment doet free rider gedrag zich zowel aan verzekeraarszijde voor als aan zorgaanbiederszijde. Particuliere verzekeraars hebben geen zorgplicht en zijn niet gedwongen om contracten te sluiten met zorgaanbieders. Zij profiteren wel van de inspanningen die ziekenfondsen zich

(gedwongen door hun zorgplicht) getroosten om doelmatig zorg in te kopen. Aan zorgaanbiederszijde doet het free rider gedrag zich voor omdat er landelijke tarieven zijn, die alle zorgaanbieders, ongeacht de geleverde kwaliteit, in rekening kunnen brengen. In het nieuwe zorgstelsel worden de mogelijkheden voor free rider gedraag aan verzekeraarszijde opgeheven omdat het onderscheid tussen particulier en ziekenfonds verdwijnt en de “nieuwe zorgverzekeraar” een zorgplicht heeft.

Daarnaast zal er in het nieuwe zorgstelsel zoveel mogelijk sprake zijn van selectieve contractering van zorg tussen verzekeraar en zorgaanbieder. Hierdoor wordt de kwaliteit van elke zorgaanbieder mee beoordeeld bij de onderhandeling over de prijs.

*152. Op weg naar een nieuw stelsel worden centraal deelmarkten gedefinieerd en uitgewerkt. Wat is het nut hiervan gezien vanuit het perspectief van de patiënt?*

In aanloop naar de stelselherziening vindt geleidelijk een verschuiving plaats van centrale aanbodsturing naar vraaggerichtheid. De patiënt profiteert hiervan, omdat er meer ruimte ontstaat voor keuze en voor innovatie. De zorg kan dan beter aansluiten bij de behoeften van de patiënt. Deze transitie dient wel op verantwoorde wijze plaats te vinden, dit wil zeggen zonder dat de zorgverlening aan de patiënt in het geding wordt gebracht.

Waar mogelijk en nuttig wordt in de toekomst gebruik gemaakt van mogelijkheden om concurrentiemechanismen in de zorg te activeren. De gezondheidszorg is echter niet één systeem, maar bestaat in werkelijkheid uit een aantal deelmarkten die onderling verschillen. Het is belangrijk om bij de overgang de relevante kenmerken en (on)mogelijkheden per deelmarkt te onderkennen. Daarom worden rond diverse deelmarkten nadere analyses gemaakt en worden stappen geformuleerd die erop zijn gericht de mogelijkheden van een meer marktconforme prikkelstructuur te ondersteunen. Aldus worden ook tijdens de transitieperiode de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorgverlening zo goed mogelijk geborgd.

*153. Hoe zal de overgang naar een meer concurrerende omgeving verantwoord plaatsvinden voor intramurale instellingen met hoge kapitaallasten?*

Naarmate in bepaalde sectoren partijen in een meer concurrerende omgeving zullen moeten gaan opereren, zullen instellingen in staat gesteld moeten worden in goede conditie aan de start te verschijnen. Op weg naar die ‘goede start’ zullen een aantal maatregelen genomen moeten worden. Zo zullen de tarieven waarmee een instelling de markt opgaat een meer markt- en kostenconforme opbouw dan tot nog toe moeten kennen. Denk hierbij bijvoorbeeld aan meer marktconforme afschrijvingstermijnen. Een tweede element betreft versterking van de solvabiliteit van instellingen. Op dit moment is de solvabiliteit van veel instellingen zwak. Zodanig zwak dat in een aantal gevallen in een meer marktconforme omgeving de toegang tot de kapitaalmarkt in gevaar kan komen. Versterking van die solvabiliteitspositie lijkt derhalve gewenst om de financierbaarheid veilig te stellen. Een derde aandachtspunt is het management van instellingen. Een meer marktconforme omgeving zal andere eisen stellen aan de kwaliteit van het management van een instelling dan men tot nu toe gewend is. De concretisering van deze drie elementen zal de komende periode nader worden uitgewerkt, waarbij vanzelfsprekend ook mogelijke financiële effecten worden meegenomen.

*154. Wanneer precies zal het nader onderzoek naar de premiestructuur, de wijze van inkomenscompensatie, de financiële prikkels, de vormgeving van de risicoverevening, de functionele pakketomschrijving, de preferred provider-arrangementen en de collectieve contracten, precies gereed zijn en de Kamer worden aangeboden?*

De resultaten van het onderzoek naar de in deze vraag genoemde zaken zijn nodig om het ontwerp van de nieuwe verzekeringswet te kunnen maken. Er wordt naar gestreefd dit wetsontwerp voor 1 mei 2003 voor advies naar de Raad van State te sturen. Het moge duidelijk zijn dat dit ter besluitvorming van het komende kabinet is.

*155. In hoeverre komen de compenserende maatregelen ten aanzien van de algemene inkomenseffecten ten goede aan specifieke groepen zoals ouderen met alleen AOW?*

De belasting- en premietarieven voor 2003 zijn in onderlinge samenhang vastgesteld, tegen de achtergrond van het integrale lasten-, koopkracht- en budgettaire beeld. In die zin is niet specifiek sprake van partiële compenserende maatregelen. Wel is er voor gekozen te voorkomen dat het koopkrachtbeeld voor AOW-ers met een laag inkomen negatief wordt door verhoging van de ouderenkorting (voor gehuwde AOW-ers met €46, voor alleenstaanden met per saldo €22). Voorzover wordt bedoeld op de inkomenseffecten van de stijging van de nominale ziekenfondspremie, zij verwezen naar het antwoord op vraag 68.

*156. In welk opzicht verschillen de voornemens, DBC's daargelaten, met betrekking tot de 'modernisering cure' tot vorige edities van de Zorgnota? Wat zijn de belangrijkste verschillen?*

In de vorige editie van de Zorgnota zijn de hoofdlijnen beschreven van het programma modernisering curatieve sector. In de Zorgnota 2003 worden deze hoofdlijnen herhaald en op onderdelen nader geconcretiseerd. Er is derhalve geen verschil in voornemens tussen deze zorgnota en de voorafgaande edities.

*157. Op welke concrete wijze zullen domeinmonopolies concreet worden aangepakt?*

Verantwoorde zorg kan op verschillende manieren georganiseerd worden. In de nota "Zorg aan bod" is aangekondigd dat ook voor de curatieve zorg bezien zal worden of een meer functionele omschrijving van zorgaanspraken mogelijk is. De uitwerking daarvan wordt ter hand genomen als onderdeel van het beleid gericht op modernisering van de curatieve zorg. Voor zover domeinmonopolies een grotere keuzevrijheid, een meer doelmatige werkwijze en vernieuwing van de inhoud en organisatie van de zorg in de weg staan, zullen ook deze ter discussie staan. Taakherschikking en functiedifferentiatie zijn belangrijke instrumenten om te komen tot een doelmatige organisatie van het zorgaanbod dat in staat is adequaat in te spelen op zo'n systeem.

Bij een toekomstig systeem van functiegerichte aanspraken gaat het dan om globale omschrijvingen van zorgfuncties die niet gebonden zijn aan beroepsgroepen. Een systeem van functiegerichte aanspraken moet marktwerking bevorderen. De burger moet wat te kiezen hebben. Een systeem van functiegerichte aanspraken moet dan ook ruimte laten aan verzekeraars om in hun contracteerbeleid te kunnen kiezen uit verschillende zorgarrangementen.

*158. Geldt de richtlijn van 2 weken ook voor de WVG-indicaties door het RIO?*

Advisering door het indicatieorgaan, in het kader van de Wvg als onderdeel van geïntegreerde indicatiestelling, vindt plaats op verzoek van het college van burgemeester en wethouders en wordt beheerst door de van toepassing zijnde centrale regelgeving (wet, amvb) alsmede door de decentrale regelgeving (verordening, financieel besluit) alsmede door het in de gemeente vastgestelde verstrekkingenbeleid. De richtlijn van twee weken als de termijn waarbinnen RIO's alle AWBZ-aanvragen gemiddeld afhandelen kan dus niet, gegeven de gemeentelijke verantwoordelijkheid voor de Wvg, op dezelfde manier daar van toepassing zijn.

Wanneer het College inzake de afhandeling van Wvg-aanvragen afspraken heeft gemaakt met het RIO over onderzoek en advisering dienen hierbij wel de relevante bepalingen uit de Algemene wet bestuursrechts in acht genomen te worden. Derhalve dient het RIO ertoe bij te dragen dat de termijn voor het tijdig nemen van een beschikking op de Wvg-aanvraag (acht weken, tenzij anders bepaald) door het gemeentebestuur kan worden gerealiseerd.

159. *Betekent de zin “Bij een keuze voor ZIN moet de klant de zorg kunnen krijgen op basis van de zorg die het zorgkantoor heeft gecontracteerd.” dat een zorgkantoor niet meer alle erkende zorgaanbieders in Nederland hoeft te contracteren en dat de cliënt tot de ontdekking kan komen dat hij niet in een bepaald huis opgenomen kan worden omdat het zorgkantoor het betreffende huis niet gecontracteerd heeft of omdat het aantal gecontracteerde plaatsen, net als bij vliegtuigstoelen, al vol is?  
Kan een cliënt met PGB een reguliere plaats inhuren in een instelling die al dan niet gecontracteerd is door het zorgkantoor?*

Bij de modernisering van de AWBZ is ervoor gekozen eerst een concurrentieel zorgaanbod tot stand te brengen en pas als dat het geval is de contracteerverplichting formeel op te heffen. Zolang de contracteerverplichting niet is opgeheven dient het zorgkantoor met elke toegelaten zorgaanbieder een contract te sluiten. De materiele waarde van dat contract is daarbij echter afhankelijk van de zorgprestaties die de zorgaanbieder levert ( boter bij de vis).

Een cliënt met een PGB kan geen reguliere plaats inhuren in een instelling die gecontracteerd is door het zorgkantoor. Zorginkoop door middel van een PGB mag namelijk niet leiden tot dubbele bekostiging, doordat instellingen capaciteit die reeds in natura bekostigd is nog eens doorverkopen aan PGB-cliënten. Evenmin mag zorginkoop door middel van een PGB leiden tot verdringing, doordat bestaande capaciteit niet langer voor zorg in natura beschikbaar is. Bij levering van zorg door reguliere instellingen aan PGB-cliënten moet het dus altijd om aanvullende productie gaan.

Bij een instelling die niet gecontracteerd is door het zorgkantoor, kan een PGB-cliënt altijd een plaats inhuren (niet zijnde een verblijfplaats).

160. *Bij een keuze voor PGB kent het zorgkantoor aan de klant een budget in de vorm van een som geld toe dat bij de indicatie past. Kan worden toegezegd dat de hoogte van het verleende budget los staat van de beschikbare ondersteuning door familie, vrienden en bekenden?*

Bij de indicatiestelling wordt bepaald op welke functies de cliënt op grond van zijn aandoening en/of beperking is aangewezen en in welke mate, uitgedrukt in klassen. Daarbij wordt geen onderscheid gemaakt tussen persoonsgebonden budget of zorg in natura. De keuze voor een van beide zijn in handen van de cliënt. Het PGB-budget wordt bepaald door het aan de klassen verbonden tarief. Bij de bepaling of een aanvrager is aangewezen op zorg wordt uiteraard rekening gehouden met individuele leefsituatie en de onderlinge zorg die in dat verband wordt geboden, zoals de zorg van ouders voor hun gehandicapte kind, de zorg van oudere partners voor elkaar en de onderlinge zorg van samenwonende lotgenoten. Daarnaast vormt de indicatiesteller zich een oordeel over de feitelijk beschikbare vormen van mantelzorg.

Over de vraag in welke mate bij de indicatiestelling rekening wordt gehouden met de beschikbaar zorg en ondersteuning door familie, vrienden en bekenden is met alle relevante landelijke organisaties uitvoerig overleg gevoerd in het kader van de ontwikkeling van een landelijk protocol voor de indicatiestelling.

De conclusie is dat een via regelgeving opgelegd wegingscriterium voor de mate, waarin rekening wordt gehouden met mantelzorg geen recht doet aan de specifieke individuele omstandigheden van aanvragers. In het concept-protocol voor de indicatieorganen is hierover een passage opgenomen, waarbij is vastgesteld dat de nadruk ligt op het professionele oordeel van de indicatiesteller.

*161. Wordt er naast het sneller afhandelen van indicatieaanvragen, overwogen mandaten op te stellen voor eenvoudige indicaties?*

Het mandateren van het indicatieonderzoek of de indicatiestelling doet niets af aan de verantwoordelijkheid van de mandaatgever. De indicatieorganen blijven ten allen tijde verantwoordelijk voor de indicatiestelling. De vraag of, in welke situaties en onder welke voorwaarden mandatering plaatsvindt is een verantwoordelijkheid van de individuele indicatieorganen. Eenvoudige indicaties kunnen worden gemandateerd. Ook is er een verkorte procedure, die het indicatieorgaan voor eenvoudige indicaties hanteert. Overigens is met het oog op de daarvoor noodzakelijke expertise ook mandatering van complexe indicaties een optie. In de formulierenset voor de indicatiestelling en in het protocol is daarmee rekening gehouden.

*162. Denkt u dat ontschotting werkelijk kan werken indien de ASWBZ niet meegenomen wordt in de herziening van het zorgstelsel?*

Ja. Als gevolg van de modernisering van de AWBZ vindt er ontschotting van de drie sectoren in de AWBZ plaats (ouderen, gehandicapten en geestelijke gezondheidszorg). Deze ontschotting binnen de AWBZ wordt ook gerealiseerd als de AWBZ (eerste compartiment) niet wordt meegenomen in de herziening van het zorgstelsel (tweede compartiment). De modernisering van de AWBZ heeft overigens niet tot doel ontschotting tussen het eerste en tweede compartiment te bewerkstelligen.

*163. Is er ervaring opgedaan met de modelprojecten die in 2002 gestart zijn waarin op onderdelen van de modernisering van de AWBZ wordt proefgedraaid?*

In verband met de implementatie per 1 april 2003 van de invoering van AWBZ-brede functies en de nieuwe AWBZ-brede, vereenvoudigde PGB-regeling zijn in een aantal modelprojecten vanaf april 2002 een aantal zaken uitgetest en is "gereedschap" ontworpen voor de uitvoering van de nieuwe regelgeving door de indicatieorganen en zorgkantoren. Deze modelprojecten zijn inmiddels succesvol afgerond en dat heeft geleid tot de totstandkoming van een op AWBZ-brede functies gebaseerde formulierenset en protocol voor de indicatiestelling, een uitvoeringsprotocol met formulieren en procedures rond de PGB-regeling en een PGB-brochure voor de klanten. Tevens zijn een aantal modelprojecten gestart rond de zorg in natura in verband met de op termijn in te voeren functiegerichte bekostiging.

*164. Wanneer dienen de doelstellingen met betrekking tot het informatiebeleid in de zorg verwezenlijkt te zijn? Welke kosten zijn hiermee gemoeid?*

De doelstellingen van het informatiebeleid zoals verwoord in de Zorgnota 2003 worden zo veel mogelijk analoog aan de ontwikkeling van het nieuwe zorgstelsel gerealiseerd. Aangezien gepland is om met ingang van 2005 het nieuwe zorgstelsel tot stand te brengen, zullen op dat moment ook de doelstellingen van het informatiebeleid zorg gerealiseerd moeten zijn. Een raming van de hiermee samenhangende kosten is nog in ontwikkeling.

*165. Hoe groot zijn de uitgaven aan ICT in de zorgsector in Nederland? Welk deel hiervan gaat rechtsreeks naar de instellingen en welk deel wordt via centrale organen besteed? Welke verschuivingen vinden plaats in de budgetten voor de toepassing van ICT in de zorg? Komt hier meer of minder geld vrij dan in voorgaande jaren? Hoe verhoudt dit zich tot het nog te verschijnen standpunt over o.a. e-health waar sprake van is in het antwoord van de minister van 1 oktober op vragen van de leden Tonkens en Vendrik? In hoeverre is er daarmee financiële ruimte om tegemoet te komen aan de aanbeveling van het RVZ om geld voor de ontwikkeling van open source software beschikbaar te stellen?*

Het is de primaire en eigen verantwoordelijkheid van de individuele zorginstellingen en zorgverleners om het instrumentarium te kiezen dat nodig is voor het verlenen van veilige en doelmatige zorg. Het inzetten van het instrument ICT maakt daarvan onderdeel uit. Dat laatste is onderschreven door alle partijen in de zorg in de Intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg in september 2000.

De exacte uitgaven aan ICT in de zorg door de instellingen of via intermediaire organisaties zijn niet bekend. Internationale ramingen geven aan dat in de zorg 1,5 - 2% van het beschikbare budget wordt vrijgemaakt voor ICT. Er is geen reden om aan te nemen dat Nederland hierop een uitzondering vormt. Dat betekent dat jaarlijks ruwweg € 800 mln wordt uitgegeven aan ICT in de Zorg. Die uitgaven betreffen de aanschaf en exploitatie van ICT toepassingen, maar ook de uitgaven voor opleiding van personeel en al het overige dat nodig is om ICT toepassingen te laten renderen.

De beleidsinzet is om de uitgaven aan ICT integraal onderdeel te laten zijn van de kostprijs van een zorgproduct. De link met de DBC kostprijs is daardoor snel gelegd. Daarmee krijgt ICT ook de juiste plaats: een instrument om de kwaliteit en doelmatigheid van zorg te verbeteren. Er is daarbij geen sprake van opgelegde verschuiving van de uitgaven, maar van marktwerking waarbij ICT zich als onderscheidend criterium moet bewijzen.

Dat is overigens volstrekt in lijn met de strekking van de aanbevelingen van de RVZ over e-Health. In het standpunt daarop, dat in voorbereiding is, zal ik ook ingaan op de toepassing van open source software waarover het Nationaal ICT in de Zorg (NICTIZ) om een nadere reactie is gevraagd.

Het NICTIZ, dat een centrale rol speelt, ontvangt overigens van VWS een jaarlijkse financiële bijdrage van ongeveer € 10 mln om de toepassing van ZorgICT te faciliteren, door het ontwikkelen van standaarden en het realiseren van een architectuur voor vertrouwelijke berichtenuitwisseling in de zorg, voor zowel zorginhoudelijke als administratieve en logistieke informatie.

*166. Waarom wordt de nieuwe infrastructuur bottom-up opgebouwd? Waarom worden niet alle partijen gehoord en wordt er vervolgens één landelijke informatiesysteem ontwikkeld? Waarom biedt de overheid deze zorg niet in natura aan?*

Uitgangspunt voor het nieuwe informatiebeleid zorg, is dat de informatiebehoefte van de partijen in de zorg in alle gevallen zijn terug te voeren op vastleggingen rond de geleverde zorg aan de aanbieder aan een zorgvrager en de betaling daarvan door de verzekeraar. Door het kiezen van dit uitgangspunt en daarop voort te bouwen ontstaan zekerheden rond de getrouwheid van de gegevens en een zo beperkt mogelijke administratieve lastendruk. Uiteraard zullen alle partijen die een rol spelen in de zorg een betrokken worden bij deze bottom-up opbouw. Op basis van een eerste concept opbouw, zullen de verschillende partijen geraadpleegd worden. Juist daarmee ontstaat ook draagvlak om tot een landelijk systeem te komen.

Veel van de gegevens die noodzakelijk zijn om tot een goede informatievoorziening zorg te komen worden nu reeds vastgelegd. Het gaat in de eerste plaats om het ontsluiten van deze gegevens. De rol van de overheid hierbij is in eerste instantie het faciliteren van het proces van ontsluiting hiervan, en het stellen van eisen aan de wijze waarop dat gebeurt zodat zekerheden bestaan omtrent de juistheid van de gegevens.

*167. Benchmarking wordt (in)direct via belastinggelden of via de AWBZ betaald en zal in de toekomst structureel plaatsvinden. Door wie zal de benchmarking worden uitgevoerd?*

Benchmark van organisaties in de zorgsector is een gezamenlijk belang van zowel individuele instellingen als brancheorganisaties en de overheid. Het benchmarkinstrument is in de eerste plaats een managementinstrument. Door de uniforme ordening van informatie zijn de gegevens uit het benchmarkinstrument ook geschikt om de stand van zaken in een specifieke branche weer te geven. Om deze reden zal de benchmark van een specifieke branche door de branche zelf worden uitgevoerd. Dit betekent niet dat de informatie uit deze onderzoeken niet meer toegankelijk zullen zijn voor de overheid. Met de verschillende

branches zullen afspraken worden gemaakt over de informatie die op landelijk niveau en dus openbaar beschikbaar zullen komen. Omdat het mes van de benchmark aan twee kanten snijdt, managementinformatie voor individuele instelling en de branche enerzijds en publiek beschikbare informatie anderzijds, zijn er voldoende waarborgen voor een goede informatievoorziening.

*168. Wanneer kunnen bureaucratische instellingen als CVZ, CTZ, CTG, CBZ, CSZ en SUO worden opgeheven? Kan per ZBO apart worden aangegeven wat de taken nog zijn na de invoering van het nieuwe stelsel en kan een extra inspanning worden gepleegd zoveel mogelijk bureaucratische instituties waar mogelijk zo snel mogelijk op te heffen, te beginnen met het CVZ?*

Het terugbrengen van de organisatie van de zorg naar het lokaal niveau en introductie van marktwerking als mechanisme voor het bereiken van doelmatigheid in de zorgverlening brengt niet alleen met zich dat de rol en de taak van de overheid worden herzien maar ook die van de zelfstandige bestuursorganen die met specifieke uitvoeringstaken zijn belast. Van een van de in de vraag genoemde ZBO's staat onomstotelijk vast dat zij zal verdwijnen bij de invoering van de algemene verzekering en dat is de SUO. Met name taken op het gebied van de prijsvorming (CTG) en de sanering (CSZ) zullen naar verwachting de komende jaren op die segmenten van de zorg waar meer marktwerking mogelijk is, veranderen en daarmee ook de bestuurlijke taak van het CVZ. Voor toezicht (CTZ) geldt dat niet. De taakstellingen die voortvloeien uit het Strategisch Akkoord waar het gaat om het terugdringen van de administratieve lasten, en daarmee de bureaucratie, gelden onverminderd voor de Zorg-ZBO's. De nieuwe taken en posities van de zorg ZBO's maken deel uit van de voorstellen die de regering voorbereidt ten aanzien van de invoering van een nieuw stelsel van zorgverzekeringen.

*169. Momenteel zijn er diverse identificatienummers in de AWBZ-zorg aanwezig zoals onder meer:*

- GBA, Gemeentelijke Basis Administratie voor persoonsgegevens (burgerlijke stand; wordt gebruikt in de AWBZ-registratie om dubbelingen en overlijden en opname intramurale zorg uit wachtlijstbestand te halen; koppeling is dus al aanwezig)*
- SoFi-nummer, Sociaal Fiscaal nummer, mag gebruikt worden bij volksverzekeringen zoals ook AWBZ*
- RIO/Cliëntnummer (niet landelijk dekkend)*
- ZIN, Zorg Identificatienummer*
- BSN, Burger Service Nummer*
- VIN, Verzekerden Identificatie Nummer (nummer dat verzekeraars willen gaan hanteren).*

*Waarom wordt niet zoals de Wachtlijstbrigade V&V in haar eindadvies voorstelde, volstaan met het gebruik van het SoFi-nummer?*

Met de Kamer ben ik het eens dat voor alle informatieuitwisseling (zowel medisch inhoudelijk als administratief) over personen er één identificatienummer moet zijn. Daarom is in de zorgnota de actie opgenomen te komen tot één identificatienummer voor de gehele zorgsector. Op dit punt wordt het eindadvies van de Wachtlijstbrigade V&V gevolgd. De keuze voor een Zorg Identificatienummer (ZIN) in plaats van het SoFi-nummer is mede ingegeven door het specifieke karakter van de zorginhoudelijke gegevens die worden uitgewisseld. Dit vraagt om een afzonderlijk nummer voor de volksgezondheidssector. Dit nieuwe nummer – het Zorgidentificatienummer (ZIN) – vervangt op termijn alle andere nu in de sector gebruikte nummers. De introductie van het ZIN draagt bij aan de behoefte aan veilige informatie-uitwisseling van gevoelige gegevens. Een sectoraal aanspraakpunt zal, als betrouwbare derde partij de – onder andere voor het nieuwe stelsel noodzakelijke fiscale koppeling – noodzakelijke intersectorale informatie-uitwisseling op zich nemen. Zolang het voorgenomen ZIN niet operationeel is zal voor uitwisselingsdoeleinden in de AWBZ het RIO-nummer gebruikt blijven worden.

170. *Waarom moet de care-sector geëxtramuraliseerd worden? Kunnen kleinschalige woonvormen en vermaatschappelijking van de zorg niet in/door intra- of semimurale instellingen gerealiseerd worden?*

Doelstelling van het beleid is om zorgvragers zo lang mogelijk zelfstandig te kunnen laten wonen met zorg en dienstverlening op maat. Dat is ook waar steeds meer ouderen en mensen met verstandelijke, lichamelijke of een psychische handicap voor kiezen. Ook wanneer zij aangewezen zijn op intramurale zorg heeft een kleinschalige woonvorm, in de wijk, vaak de voorkeur. Intra- of semimurale instellingen kunnen in hun aanbod ook kleinschalige woonvormen realiseren. In de care-sector gebeurt dit al in toenemende mate.

171. *Het investeringskader is mede gebaseerd op de bouwkundige kwaliteit van de instelling en de normatieve oppervlakte. Vaststelling van die kwaliteit zou volgens de circulaire in de curatieve sector eens in de vier jaar plaatsvinden (1996, 2000, 2004, etc.). De kwaliteit is slechts per 1996 bepaald. De normatieve oppervlakte wordt voor instellingen ad hoc aangepast door het CTG, hetgeen in strijd is met de Derde meldingscircularie van 25 november 1997 waarin omschreven staat dat het COTG geen bevoegdheid heeft tot bepaling van een andere indeling in classificatie en normering dan door de minister of staatssecretaris is aangegeven (blz. 3). Wat wordt het beleid ten aanzien van vaststelling van de kwaliteit en oppervlakte ten behoeve van de bepaling van het investeringskader?*

Op 31 mei 2001 is een circulaire gezonden aan de WZV-instellingen over enkele wijzigingen die, met terugwerkende kracht tot 1 januari 2001, in de meldingsprocedure zijn aangebracht (Vierde meldingscircularie, Z/PB-2138202). Deze circulaire gaat onder punt 5 in op de classificatie van de bouwkundige kwaliteit van instellingsgebouwen en op de manier waarop voortaan wordt omgegaan met wijzigingen in de normatieve m2. De classificatie van de bouwkundige kwaliteit in de ziekenhuissector is afgerond; de ziekenhuizen zijn individueel op de hoogte gesteld van de resultaten. Wat betreft de normatieve m2 is de hoofdlijn dat het College tarieven gezondheidszorg (CTG) voortaan zelfstandig, dus zonder tussenkomst van de Minister van VWS, de wijzigingen in de toegelaten capaciteit of in het aantal normatieve m2 per capaciteitsseenheid zal bepalen. Het CTG ontvangt de hiervoor noodzakelijke informatie van het College voor zorgverzekeringen (toegelaten capaciteit) en van het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (normatieve m2 per capaciteitsseenheid zoals vastgelegd in de bouwmaatstaven). Vanwege technische redenen geldt dit echter nog niet voor de ziekenhuissector. Daarvoor geldt dus nog de procedure beschreven in de Derde meldingscircularie.

172. *In de Zorgnota wordt uitgegaan van eenmalige toetsing van het LTHP per 5 jaar door het Cbz terwijl volgens de circulaire van 26 augustus 1996 het LTHP minimaal elke 4 jaar aan de minister, p/a Cbz moet worden gestuurd. Het LTHP wordt aldus de circulaire (pag. 3) niet inhoudelijk beoordeeld. Is de minister van plan een goedkeuringsproces inclusief beoordelingscriteria voor LTHP in te stellen conform de Zorgnota?*

Aard en periodiciteit van een eventueel goedkeuringsproces voor het LTHP maken onderdeel uit van de besluitvorming die gerealiseerd moet worden in het kader van de verdere deregulering van het bouwbeleid. Daarbij verwijs ik u naar mijn antwoord op vraag 65 waar ik vermeld de besluitvorming over de verdere deregulering over te laten aan het volgende kabinet.

173. *In de Zorgnota staat aangegeven dat voor bouw ten behoeve van uitbreiding van het zorgniveau met functie-eenheden geen WZV-vergunning meer moet worden aangevraagd. Volgens de regeling van 19 december 1995 moet voor nieuwbouw een Vergunning ex WZV worden aangevraagd en is onder andere nieuwbouw (artikel I, Bb): bouw gericht op de uitbreiding van het zorgniveau van een bestaande ziekenhuisvoorziening gemeten in bedden of plaatsen en functie-eenheden. Is de minister van plan de genoemde regeling te wijzigen?*

Het Besluit begripsomschrijvingen WZV van 19 december 1995 is gewijzigd op 31 mei 2001 (Stcrt. 2001, nr. 110). Hierdoor verviel het begrip "functie-eenheden" als onderdeel van de definitie van het begrip "nieuwbouw". Kleinere bouwkundige ingrepen die nodig kunnen zijn als er enkele specialisten bijkomen in een ziekenhuis, zijn daardoor niet meer als "nieuwbouw" aan te merken, maar als "instandhoudingsbouw" waarvoor de WZV-meldingsregeling geldt.

De regeling hoeft dus niet meer te worden gewijzigd.

174. *Hoe wordt bij de overheveling van reservering voor vergunningsplichtige bouw naar meldingsplichtige bouw rekening gehouden met de inbrengverplichting bij vergunningsplichtige projecten en met de vrijvallende kapitaalslasten?*

Het verhogen van de trekkingsrechten betekent in feite een verkleining van het vergunningsplichtige deel uit het bouwkader en een vergroting van het niet-vergunningsplichtige deel. Het gaat dus om een verschuiving binnen een gegeven kader. Het definitieve besluit tot verhoging van de trekkingsrechten van 50% naar 65% wil ik aan mijn opvolger laten (zie ook het antwoord op vraag 65). En dientengevolge ook de overheveling van reservering voor vergunningsplichtige instandhoudingsbouw naar meldingsbouw.

175. *Wanneer vindt de vaststelling van de prioriteitenlijst voor de curatieve sector plaats?*

Het vaststellen van de prioriteitenlijst voor de curatieve sector zal plaatsvinden onder verantwoordelijkheid van het volgende kabinet.

176. *Uit de wachtlijstgegevens, aldus de Zorgnota, blijkt behoefte aan intramurale verzorgingscapaciteit. Indien dit correct is, waarom wil het kabinet "waar mogelijk" bestaande verzorgingshuiscapaciteit extramuraliseren?*

Er zijn inderdaad wachtlijsten voor de zorg die thans intramuraal wordt geboden. Een deel van de behoefte aan verzorgingshuiscapaciteit komt echter voort uit het gebrek aan extramurale alternatieven.

Steeds meer ouderen kiezen er echter voor om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen, met zorg en dienstverlening op maat. Ook uit onderzoek naar de tevredenheid van mensen op de wachtlijst voor een verzorgingshuis, die overbruggingszorg thuis geboden krijgen, blijkt dat veel mensen die overbruggingszorg als zeer adequaat ervaren.

Bij het extramuraliseren gaat het om vervangen van de bestaande capaciteit door de gewenste extramurale capaciteit. Daarnaast is uitbreiding van de extramurale capaciteit nodig in verband met het terugdringen van de wachtlijsten.

177. *Kan een overzicht worden gegeven van de hoeveelheid meerpersoonskamers in verpleeghuizen die in de afgelopen vier jaar zijn afgebouwd tot een- of tweepersoonskamers?*

Uit de enquête Jaarcijfers Verpleeghuizen (Arcares/Prismant) over verschillende jaren is af te leiden dat in de periode tussen 1 januari 1996 en 2001 het aantal kamers met drie of meer bedden in verpleeghuizen is afgenomen met circa 2000, terwijl het aantal 1-/2-bedskamers is toegenomen met ongeveer 5.700.

178. *Volgens de Zorgnota 2002 (pag. 82) zouden alle vijf- en zesbedskamers in verpleeghuizen opgeheven zijn tijdens de vorige kabinetsperiode. In de Zorgnota 2003 worden zij niet meer genoemd. Betekent dit dat er geen vijf- en zesbedskamers in verpleeghuizen zijn?*

In de Zorgnota 2002 is de verwachting verwoord dat in de kabinetsperiode van Paars II de laatste kamers met vijf of zes bedden zullen verdwijnen. Deze verwachting is niet uitgekomen. In het najaar van 2001 is nader onderzoeksmateriaal beschikbaar gekomen (een raming uitgevoerd door het College bouw) waaruit bleek dat bij de meeste verpleeghuizen met vijf- en zesbedskamers plannen in uitvoering waren of voorbereidingen waren getroffen voor omzetting van deze capaciteit in een- en tweebedskamers. Circa 15 verpleeghuizen bleven wat achter. Deze huizen zijn actief gestimuleerd om plannen te ontwikkelen.

In de Zorgnota 2003 is hiervan geen melding gemaakt omdat nog geen nadere gegevens beschikbaar waren en bouwplanvoorbereiding en uitvoering nu eenmaal tijd kost. Uit recente gegevens, op basis van een onderzoek van het College bouw van 7 oktober 2002, blijkt dat op dit moment nog een kleine 3000 bewoners op vijf- en zesbedskamers verblijven.

179. *In de Zorgnota 2003 staat slechts vermeld dat de inzet bij de privacy erop gericht is om vierbedskamers zo snel mogelijk om te zetten in één- en tweebedskamers. Volgens de Zorgnota 2002 (pag. 82) moesten verpleeghuizen in hun LTHP aangegeven hebben op welke wijze zij een einde zouden maken aan hun vier- en driebedskamers en zouden zij eind 2004 concrete plannen in voorbereiding moeten hebben (een plan ingediend bij het Cbz). Betekent de term “zo snel mogelijk” dat inderdaad eind 2004 alle verpleeghuizen concrete plannen in voorbereiding hebben? Wil de staatssecretaris ook driebedskamers opheffen?*

De term “zo snel mogelijk” betekent in dit verband dat ook nu nog geldt dat verpleeghuizen eind 2004 concrete plannen in voorbereiding dienen te hebben om een einde te maken aan hun drie- en vierbedskamers. De aandacht daarbij gaat vooral uit naar de vierbedskamers omdat deze een veel groter aantal vertegenwoordigen dan de driebedskamers en het gebrek aan privacy op vierbedskamers nu eenmaal groter is (uit gegevens van het College bouw van 7 oktober 2002 blijkt dat per nog circa 18.000 bewoners op vierbedskamers verblijven en ruim 1.000 op driebedskamers). De driebedskamers bevinden zich in het algemeen in verpleeghuizen waar vooral vierbedskamers aanwezig zijn. In de plannen om vierbedskamers aan te pakken worden dan ook impliciet de driebedskamers meegenomen. Het streven om de wachtlijsten weg te werken kan tot vertraging van het wegwerken van driebedskamers leiden. Initiatieven tot het snel uitbreiden van de capaciteit leiden in sommige gevallen tot het tijdelijk opnieuw in gebruik nemen van meerbedskamers.

180. *De bouwopgave bestaande uit “uitdunning” van het aantal verpleeghuisbedden met gelijktijdig de verbouwing van een deel van een verzorgingshuis tot verpleeghuis wordt genoemd als voorbeeld van geheel vergunningsplichtige bouw in de bijlage (blz. 4) bij de derde meldingscirculaire van 25 november 1997. Volgens de Zorgnota kan deze bouwopgave via de meldingsregeling verwezenlijkt worden zonder tussenkomst van de overheid. Gaat de meldingscirculaire daarop aangepast worden?*

In de zorgnota is niet bedoeld aan te geven dat het ombouwen van verzorgingshuiscapaciteit tot verpleeghuiscapaciteit in het kader van uitdunning van verpleeghuizen t.b.v. privacy, volledig uit de meldingsregeling kan worden gerealiseerd zonder tussenkomst van de overheid. Bedoeld is slechts te wijzen op de situatie dat veel plannen ten behoeve van privacy door verpleeghuizen voor een belangrijk deel (in toenemende mate) gefinancierd kunnen worden met gebruikmaking van de meldingsregeling.

Het ombouwen van verzorgingshuiscapaciteit in verpleeghuiscapaciteit is vergunningsplichtig

conform de derde meldingscirculaire van 25 november 1997. Immers, het gaat hier om bestemmingswijziging. Hierin wordt op dit moment geen verandering beoogd.

*181. Na hoeveel jaar heet onderuitputting niet meer incidenteel?*

De onderuitputting komt voort uit het feit dat bouwprojecten later worden gerealiseerd dan verwacht. De exploitatielasten die voortkomen uit het bouwproject vallen daardoor ook later dan geraamd. Hierdoor ontstaat incidentele onderuitputting. Op het moment dat de exploitatiegevolgen van de bouw in het budget van een instelling is verwerkt, is er geen sprake meer van onderuitputting.

De incidentele onderuitputting kan structureel voorkomen als er vertragingen in de bouw blijven bestaan en de raming niet verder verbeterd wordt.

Om vertragingen in de bouw te verminderen is door het CBZ in 2001 een Aanjaagteam ingesteld. Aan het verbeteren van de raming wordt continu gewerkt.

*182. Welk concreet doel stelt de minister met betrekking tot het vergroten van privacy in verpleeghuizen?*

In de zorgnota is aangegeven dat "het afbouwen van drie- en vierbedskamers vanuit oogpunt van kwaliteit nog steeds hoogst wenselijk is ondanks de behoefte aan capaciteit in verband met de aanpak van de wachtlijsten". Het huidige kabinet handhaaft deze doelstelling.

Planontwikkeling voor bouw en renovatie en vervolgens het realiseren van bouwplannen is echter een proces dat veel tijd in beslag neemt.

Ook de benodigde middelen voor deze plannen, met name de renovatieplannen, komen geleidelijk via de meldingsregeling dan wel via de vergoeding van rente- en afschrijvingskosten voor WZV-vergunningsbouw voor de instellingen beschikbaar.

In de Zorgnota 2003 is aangegeven dat plannen voor verbetering van privacy in toenemende mate uit de meldingsregeling kunnen worden gefinancierd. In de meldingsregeling komen de middelen ten behoeve van renovatie in de periode van het tiende tot het twintigste jaar na de bouw van een verpleeghuis beschikbaar. In het twintigste jaar na de bouw is er dan voldoende financiële ruimte om de renovatie te financieren. Plannen voor privacyverbetering via de meldingsregeling kunnen daarom het best plaatsvinden op het moment van renovatie. Het beleid is erop gericht te bevorderen dat de verpleeghuizen de mogelijkheden die er zijn met de beschikbare middelen aangrijpen, en zo goed mogelijk te voorkomen dat onderuitputting van de beschikbare middelen ontstaat.

*183. De jurisprudentie van het Hof van Justitie van de EU over grensoverschrijdende gezondheidszorg neemt toe, waarbij de teneur van de uitspraken is dat er zo weinig mogelijk hobbels moeten zijn om in een andere lidstaat de zorg te verkrijgen die mogelijk is. Is de verwerking hiervan onderwerp van gesprek binnen de Raad? Is er inmiddels duidelijkheid over de rol die dit thema in 2003 gaat spelen?*

Thans wordt onder het Deense voorzitterschap in het kader van de Europese Unie ter voorbereiding van de Raad in december gewerkt aan de vereenvoudiging van het hoofdstuk "Ziekte en moederschap" van de Europese sociale zekerheidsverordening. Deze herziening en actualisering moet leiden tot een vereenvoudigd kader ter ondersteuning van, onder andere, de mobiliteit van patiënten. Het ligt in de bedoeling deze vereenvoudiging in het volgend jaar af te ronden. De Raad heeft verder oog voor de toenemende interactie tussen de stelsels van gezondheidszorg in de Europese Unie, met name als gevolg van het vrije verkeer van de burgers, en voor de wens van de burgers om toegang te hebben tot een kwalitatief hoogwaardige gezondheidszorg. De Raad is van mening dat de samenwerking tussen de verschillende lidstaten met het oog hierop moet worden geïntensiveerd. Wel moet erop worden toegezien dat de financiële levensvatbaarheid van de gezondheidszorgstelsels in de Europese Unie gehandhaafd blijft. De komende uitbreiding van de Europese Unie waaraan in 2003 veel aandacht zal worden besteed maakt dit nog noodzakelijker. De

deelnemers van de Gezondheidsraad van 26 juni 2002 in Luxemburg onderstreepten het nut als de Commissie zich in nauwe samenwerking met de Raad en alle lidstaten - met name de ministers van volksgezondheid en andere essentiële belanghebbenden - op hoog niveau op het voorgaande beraadt. Dit reflectieproces op hoog niveau dient gericht te zijn op de tijdige opstelling van conclusies ten behoeve van eventuele verdere maatregelen. Het ligt in de bedoeling dat dit onderwerp ook op de volgende (Gezondheids) Raad wordt geagendeerd.

*184. Welke VWS-thema's komen in aanmerking voor extra aandacht bij het Nederlandse voorzitterschap van de EU in de tweede helft van 2004?*

VWS heeft alleen nog intern de mogelijke thema's voor het voorzitterschap besproken. Hieruit is een groslijst voortgekomen, waaruit de komende tijd nog een definitieve selectie zal moeten worden gemaakt. Bij deze definitieve selectieronde zullen relevante departementen, het VWS-veld en andere relevante actoren worden betrokken.

De voorlopige thema's zijn in zekere zin een dwarsdoorsnede van de beleidsterreinen van VWS. Zo, gaat het om thema's op het gebied van Jeugd, sociaal beleid, geneesmiddelen, Beroepen & Opleidingen en Voedselveiligheid. Thema's op de huidige groslijst zijn:

- Verbreiding Gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte;
- Het sociaal potentieel van ICT;
- Technologische innovatie t.b.v. de patiënt: snel, veilig en kostenbewust;
- Geneesmiddelen voor kinderen en andere bijzondere groepen;
- ICT & beroepen en opleiding in de zorg;
- Preventie en samenhang in de jeugdketen voor jeugdigen van 0 tot 25 jaar;
- Vermaatschappelijking van de zorg: oud worden in de eigen omgeving;
- Naar een betere aanpassing van het geneesmiddelenonderzoek aan de Europese markt;
- Geneesmiddelen voor kinderen en andere bijzondere groepen;
- De mogelijkheden van ICT benutten voor grotere Europese samenwerking op het terrein van beroepen & opleidingen in de zorg;
- Bescherming tegen Bioterrorisme;
- Kwaliteit van zorg en het belang van onafhankelijk toezicht;
- De relatie Markt en gezondheid;
- Technologische innovatie ten behoeve van de patiënt: snel, veilig en kostenbewust;
- Voedselveiligheid;
- Internationale crisisbeheersing.

*185. Is in het aandeel van het Ministerie van OCW rekening gehouden met de bijdrage van 25% aan de investeringskosten van academische ziekenhuizen? Is het niet mogelijk om deze ad hoc-regeling om te zetten in een reguliere regeling waarbij OCW zijn investeringen afkoopt?*

OC&W draagt inderdaad 25% bij aan de investeringskosten van academische ziekenhuizen. Dat is een afspraak die al vele jaren gehanteerd wordt en om die reden dus ook geen ad-hoc regeling genoemd kan worden. In de techniek levert deze verdeling tussen OC&W en VWS een complicatie op omdat het OC&W-deel via de jaarlijkse rijksbijdrage beschikbaar komt terwijl het VWS-deel vanaf het moment dat de eindafrekening is vastgesteld in de tarieven verdisconteerd wordt. In de praktijk levert dat echter geen problemen op omdat betrokkenen met deze verdeling zeer goed bekend zijn.

Met OC&W en VAZ is overleg geweest over de meldingsregeling voor academische ziekenhuizen. De mogelijkheid van afkoop is daarbij niet aan de orde geweest.

*186. Kan een overzicht worden gegeven van de volume- en nominale groei per jaar onder paars 1 en paars 2 en de door u voorgestelde volume en nominale groei, in cijfers en in percentages?*

De onderstaande tabel geeft een overzicht van de volumegroei en de nominale groei in de perioden 1994-1998, 1998-2002 en 2002-2006. Ook is het gemiddelde groeipercentage per jaar weergegeven. De mutaties zijn geschoond voor technische mutaties. De percentages zijn berekend ten opzichte van de totale uitgaven Zorgnota (zie voor de uitgavenbegrippen paragraaf 2.1 van de Zorgnota).

Periode	Volume		Nominaal	
	in € mld	in %	in € mld	in %
1994 – 1998	1,7	1,5%	2,1	1,9%
1998 – 2002	6,0	4,5%	5,2	3,9%
2002 – 2006	3,9	2,3%	5,9	3,4%

Merk op dat deze perioden niet helemaal overeenkomen met de regeerperioden van Paars 1, Paars 2 en het huidige kabinet. De uitkomst van de uitgaven in het jaar 1998 staan sterk onder invloed van Paars 2. Evenzo wordt de uitkomst van het jaar 2002 voor een belangrijk deel bepaald door het beleid van huidige kabinet. Zo heeft dit kabinet voor het jaar 2002 nu al aan het onder Paars 2 beschikbare bedrag € 0,8 mld aan volumemiddelen toegevoegd.

*187. Leidt de extramuralisering van de AWBZ niet tot een verlaging van de eigen bijdrage?*

De door het kabinet beoogde en breed gesteunde extramuralisering leidt ertoe dat verzekerden in minder gevallen behoeven te worden opgenomen in een instelling. Het feit dat dan geen eigen bijdrage voor verblijf is verschuldigd, brengt met zich dat de opbrengst aan eigen bijdragen afneemt. De eigen bijdrage gekoppeld aan extramurale zorg is immers lager dan de bijdrage verschuldigd ingeval van verblijf in een instelling. Vooralsnog echter zal de opbrengst aan eigen bijdragen niet dalen, omdat, zoals ook in de brief van 30 oktober 2002 (DBO-CB-U-2316802) ten aanzien van de verpleeghuiscapaciteit is aangegeven, de beschikbare capaciteit voor intramurale zorg niet alleen niet zal dalen, doch zelfs nog zal toenemen.

*188. Wordt de forse verhoging van de nominale ziekenfondspremie ingevoerd vanwege de voorbereiding van een nieuw verzekeringsstelsel of als inkomensmaatregel?*

Zie het antwoord op vraag 68.

*189. Als de forse verhoging van de nominale ziekenfondspremie gezien moet worden als een eerste stap op weg naar de volledig nominale premie, waartoe in het Strategisch Akkoord is besloten, waarom wordt de burger dan niet nu, zoals immers ook in het Strategisch Akkoord is besloten, volledig gecompenseerd?*

Zie het antwoord op vraag 68.

190. *Kan voor de verschillende inkomensgroepen duidelijk worden aangegeven welke invloed de stijging van de nominale ziekenfondspremie heeft op de koopkracht; kan daarbij tevens worden aangegeven wat de invloed op de koopkracht is vanwege de verhoging van de nominale ziekenfondspremie ten gevolge van beleidsmaatregelen en wat de invloed is ten gevolge van endogene stijging bij de ziekenfondsen? Welk deel van de stijging van de nominale ziekenfondspremie wordt daadwerkelijk gecompenseerd?*

De verhoging van de nominale ziekenfondspremie is vrijwel volledig het gevolg van de verhoging van de nominale rekenpremie. De verhoging van de nominale rekenpremie voor ziekenfondsverzekerden heeft in 2003 een partieel negatief effect van -1 ¼ %-punt voor gezinnen met kinderen met een inkomen op het sociaal minimum en rond WML, voor alleenstaanden is het partiële negatieve effect - ¼ %-punt. Het negatieve inkomenseffect bedraagt -1% respectievelijk - ½ % rond modaal. Particulier verzekerden (inkomens boven modaal) ondervinden geen negatief effect van de verhoging van de nominale ZFW-premie; wel hebben zij te maken met inkomensgevolgen uit hoofde van de stijging van de particuliere ziektekostenpremies (inclusief MOOZ- en WTZ-bijdragen). Bij deze partiële cijfers zij bedacht dat ze onderdeel uitmaken van een totaalpakket waarin bijvoorbeeld ook voor hogere inkomens lastenverzwarende maatregelen zijn opgenomen. Als gekeken wordt naar het integrale koopkracht- en lastenbeeld is sprake van een evenwichtig beeld.

191. *Hoeveel zullen de premies voor particuliere ziektekostenverzekeringen/de maatschappijpolissen precies stijgen in 2003? Hoeveel was dat in de vorige vijf jaar en wat is de inschatting voor de komende vijf jaar?*

Het kabinet verwacht dat de premies voor de maatschappijpolissen (exclusief WTZ en MOOZ) in 2003 met circa 6% stijgen. Zie ook pagina 75 in de Zorgnota.

De overheid heeft echter geen invloed op de hoogte van deze premies. De verzekeraars stellen de premies immers vast. Het is dan ook niet bij voorbaat uit te sluiten dat de premiestijging hoger zal uitvallen. In de periode 1997-2002 is de stijging 8,3% per jaar geweest.

De premies volgen ook de komende jaren globaal de stijging van de zorguitgaven voor de particulier verzekerden. Daarnaast kunnen de premies extra stijgen doordat verzekeraars anticiperend op toekomstige ontwikkelingen extra reserves aanleggen of doordat zij eventuele verliezen in eerdere jaren willen compenseren.

192. *Hoe kan het beleid ten aanzien van het terugdringen van de SEGV worden gerijmd met een nominalisering van de premies en mogelijk meer eigen betalingen?*

Bij het terugdringen van sociaal-economische gezondheidsverschillen spelen naast een goede en toegankelijke zorg vele andere aspecten een rol, zoals huisvesting, opleiding, inkomen, arbeid en leefstijl.

De effecten van veranderingen in de financiering van de zorg op de sociaal-economische gezondheidsverschillen zijn dan ook beperkt. Bovendien is het kabinet van mening dat de nominalisering van de premies de toegankelijkheid van de zorg niet beperkt. Er is immers sprake van een verplichte verzekering, er geldt een acceptatieplicht en premiedifferentiatie is verboden. Daarmee is de toegang tot de zorg gegarandeerd en goede verankering van risicosolidariteit gewaarborgd. Daarnaast zet het kabinet een breed scala aan instrumenten in (waaronder vanaf 2005 de zorgsubsidie) om een evenwichtig koopkrachtbeeld tot stand te brengen.

In het Strategisch Akkoord is gekozen voor een verplicht eigen risico in het nieuwe zorgstelsel. Daarnaast wordt de mogelijkheid geboden om vrijwillig een hoger eigen risico te kiezen. Het kabinet ziet geen redenen om aan te nemen dat de lagere inkomensgroepen door een relatief bescheiden eigen risico afzien van noodzakelijke zorg. Nominalisering en

de introductie van een eigen risico staat volgens het kabinet dan ook niet op gespannen voet met het SEGV-beleid.

*193. Waarom zijn arbeidsgerelateerde ziekten (o.a. RSI, rugklachten) niet opgenomen in het gezondheidsbevorderingsbeleid van het kabinet?*

In de beleidsagenda wordt aangegeven dat er in 2003 extra aandacht zal zijn voor preventieve openbare gezondheidszorg. In de nog uit te brengen nota preventiebeleid van het volgende kabinet kunnen de prioriteiten – waaronder gezondheid op het werk – op het terrein van de collectieve preventie voor de komende kabinetsperiode worden beschreven. Daarbij kan nader worden ingegaan op de aanpak van arbeidsgerelateerde ziekten. Voorts merk ik op dat in de paragraaf 'preventie van psychisch ziekteverzuim' van de Zorgnota 2003 wordt ingegaan op bepaalde arbeidsgerelateerde ziekten.

*194. Hoe denkt het kabinet de gestelde doelen te bereiken onder het kopje gezondheidsbevordering zonder hier extra in te investeren?*

Om de gestelde doelen te bereiken, hanteren we een samenhangende aanpak. Dit houdt in een combinatie van wet- en regelgeving en handhaving daarvan, inzet van goede, wetenschappelijk onderbouwde voorlichting, subsidies, onderzoek, overleg, productregulering, adequate zorg- en hulpverlening en een krachtig facetbeleid.

Voor tabaksontmoediging wordt in 2003 een bedrag van in totaal € 4.6 mln uitgetrokken voor voornamelijk voorlichting en informatie. Het gaat daarbij ondermeer om het in de zorgnota genoemde marketingexperiment van niet roken (€ 1,4 mln), de jongerencampagne 'maar ik rook niet' (€ 1,4 mln) en ondersteuning van het partnership stoppen met roken, een 06 info- en advieslijn en de ontwikkeling van stoppen met roken richtlijnen.

Voor gezonde voeding wordt in 2003 een bedrag besteed van € 1 mln aan een kenniscentrum overgewicht, een actieplan en een campagne tegen overgewicht en het introduceren van schoolfruit.

Voor het alcoholmatigingsbeleid is recent een bedrag van € 13,5 mln op jaarbasis beschikbaar gesteld. € 4,5 mln voor handhaving drank- en horecawet en € 9 mln voor alcoholverslavingszorg.

Voor veilig vrijen wordt een bedrag van € 4,1 mln besteed aan voornamelijk voorlichting via de Stichting SOA-bestrijding, de Schorerstichting en het AIDS-fonds.

De streefcijfers met betrekking tot meer bewegen zijn vervat in de meerjarencijfers van de nota Sport, bewegen en gezondheid. In het kader van genoemde nota is in 2003 een bedrag van ruim € 1,1 mln extra beschikbaar voor projecten ter bevordering van een actieve leefstijl. Daarnaast is een bedrag van ruim € 3 mln beschikbaar voor de activiteiten van het NIGZ dat zich naast een aantal inhoudelijke zaken als alcohol, seksualiteit en mondgezondheidszorg richt op effectieve methoden van gezondheidsbevordering en het bereiken van specifieke doelgroepen.

*195. In 2003 is het terugdringen van Hepatitis B door vaccinatie een van de speerpunten van het ziektepreventiebeleid. Waarom wordt hier niet duidelijk gemaakt dat rekening gehouden moet worden met opname van nieuwe vaccins in het RVP in 2003, naast de hepatitis B?*

Er zijn geen voornemens om in 2003 nog andere vaccins op te nemen in het RVP. Aan de Gezondheidsraad is gevraagd te adviseren over de toekomst van het RVP. De Gezondheidsraad zal dit advies naar verwachting in 2003 uitbrengen. Dit leidt mogelijk voor de toekomst tot wijzigingen in het RVP, maar het is onwaarschijnlijk dat dit al in 2003 het geval zal zijn.

196. *In hoeverre zullen de gemeentelijke overheden, in het kader van decentralisatie, al in 2003 beleidsruimte krijgen voor de invulling van lokaal vaccinatiebeleid, wanneer het RVP nog centraal wordt opgelegd door de rijksoverheid?*

Het RVP behoort tot het uniforme deel van het basistakenpakket binnen de Jeugdgezondheidszorg. Dit uniforme deel wordt landelijk vastgesteld en in een franchiseachtige constructie lokaal uitgevoerd, zoals aangegeven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid. Voor de uitvoering hiervan bestaat geen beleidsruimte voor gemeentelijke overheden. Welke vaccinaties worden toegediend via het RVP wordt vastgesteld door de minister van VWS, die zich hierover laat adviseren door de Gezondheidsraad. Financiering van het RVP blijft ook vanaf 2003 plaatsvinden via de AWBZ, en niet door gemeenten.

Binnen het maatwerkdeel van de JGZ hebben gemeenten de vrijheid om afhankelijk van de lokale omstandigheden beleid te voeren. Dit kan leiden tot een lokaal vaccinatieaanbod buiten het RVP, gebaseerd op de noodzaak dit te doen aan de hand van landelijk vastgestelde protocollen. Zo bieden sommige gemeenten aan risicogroepen vaccinatie aan tegen tuberculose (BCG) of tegen hepatitis A. Als die protocollen er niet zijn, zal ik GGD Nederland vragen deze ten spoedigste te ontwikkelen.

197. *Waarom is er discussie over de bekostiging van de infrastructuur ZBC's? Door het ministerie van VWS erkende ZBC's kunnen toch via de WZV en de WTG hun infrastructuur vergoed krijgen?*

ZBC's die beschikken over een vergunning ex WZV kunnen bij het CTG een tariefverzoek indienen. In het vast te stellen tarief zit een aparte vergoeding voor de infrastructurele kosten. De discussie tussen het CTG en de Nationale Raad voor Particuliere Klinieken (NRPK) over de hoogte van de vergoeding voor infrastructurele kosten is nog niet tot een einde gebracht.

198. *Wanneer vindt het kabinet het moment wel aangebroken om de standstill voor fusies en klinische concentraties op te heffen?*

In de brieven van 27 september en 10 oktober staat het beleid ten aanzien van fusies en klinische concentraties verwoord. Daarin staat ook dat een aantal zaken nog nader uitgewerkt moet worden (onderscheid voorzienbaar/niet voorzienbaar, toepassing criteria op gerealiseerde of voorgenomen fusies, etc.). Totdat daarover met de Kamer gesproken is, blijft de afgekondigde standstill in ieder geval van kracht.

199. *Kan de Kamer meer gedetailleerd worden geïnformeerd over het door de Stuurgroep IC ontwikkelde programma inzake het waarborgen van de toegankelijkheid van de intensive care?*

Bij brief van 29 oktober jl. heeft de voorzitter van de Stuurgroep het programma aangeboden aan de besturen van de bij de Stuurgroep betrokken organisaties alsmede aan de Minister van VWS. Zodra de standpuntbepaling en besluitvorming op bestuurlijk niveau heeft plaatsgevonden, zal ik u nader over het programma informeren.

200. *Kan het CTG-advies over het normatieve uurloon voor medisch specialisten naar de Kamer worden gezonden?*

Ja, het advies is inmiddels naar u verzonden.

201. *Kunt u garanderen dat u voldoende realistisch raamt ten aanzien van (nieuwe) geneesmiddelen in ziekenhuizen mede gezien het onderzoek van Pharma waaruit blijkt dat de kosten voor geneesmiddelen binnen de ziekenhuismuren bij zinnig en zuinig voorschrijven jaarlijks met 20% stijgen en het onderzoek van PricewaterhouseCoopers dat uitwijst dat ziekenhuizen al weinig efficiënter kunnen inkopen dan ze nu al doen?*

Een garantie dat voldoende realistisch wordt geraamd is in zijn algemeenheid niet te geven; een raming heeft immers altijd betrekking op de (onbekende) toekomst. Dat geldt à fortiori voor de kosten van geneesmiddelen in ziekenhuizen. Niet alleen het traject van ontwikkeling en toelating is onduidelijk, maar ook de mate waarin ziekenhuizen nieuwe geneesmiddelen toepassen.

202. *Kunnen concrete kwantitatieve doelstellingen voor de jaren 2003, 2004, 2005 en 2006 worden geformuleerd als het gaat om de genoemde gewenste innovatie en doelmatigheid in de curatieve zorg?*

Zie het antwoord op vraag 78.

203. *Klopt het dat dit jaar 6000 mensen hebben meegeloot voor de opleiding geneeskunde en dat er maar 20000 zijn geplaatst?*

Neen, de genoemde getallen zijn onjuist. Uit gegevens van de Informatie Beheer Groep blijkt dat er dit studiejaar circa 4000 geschikte gegadigden waren voor de opleiding geneeskunde. In september jl. zijn 2550 studenten begonnen met hun opleiding geneeskunde.

204. *Heeft de LHV al aangegeven hoe de nettobesparingen van het EVS-systeem alsnog kunnen worden gerealiseerd? Zo ja, op welke wijze kan dat; zo neen, waarom niet?*

Nee, ondanks herhaalde pogingen –zowel in bestuurlijke overleggen als schriftelijk– heeft de LHV geen alternatief plan gepresenteerd om de netto besparing alsnog te halen, via het EVS of anderszins.

205. *Wordt het aantal medici uitgebreid aan de hand van de ramingen van het Capaciteitsorgaan, en wordt er niet naar meer gestreefd? Indien de ramingen correct zouden zijn, zou er net voldoende capaciteit ontstaan, hetgeen geen goede basis is voor concurrentie.*

De ramingen van het Capaciteitsorgaan dienen als leidraad voor de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen. Het daadwerkelijk realiseren van deze plaatsen is afhankelijk van de beschikbare opleidingsruimte. Zowel aan de faculteiten, voor basisartsen, als bij de specialistenopleiders is de opleidingscapaciteit niet onbeperkt zonder kwaliteitsverlies uit te breiden. Daarnaast geldt dat opleidingsplaatsen kostbaar zijn en de uitbreiding van plaatsen tevens begrensd is door de ruimte in het Budgettair Kader Zorg.

Belangrijk in dit verband is tevens de aandacht voor nieuwe beroepen en een herbezinning op de taakverdeling tussen beroepen in de zorg. De capaciteitsraming van de ‘klassieke beroepen’ moet ook gezien worden in een context van opkomende nieuwe beroepen die een deel van de zorgtaken voor hun rekening gaan nemen.

206. *Kan inzicht worden gegeven in de wijze waarop en met hoeveel plaatsen de opleidingscapaciteit van artsen in de toekomst verder wordt verhoogd?*

Het kabinet wil binnen de huidige infrastructuur van de bestaande 8 medische faculteiten de capaciteit van de opleiding geneeskunde geleidelijk verder uitbreiden. Vanwege de co-assistentenschappen zullen de opleidingen daarbij in toenemende mate een beroep gaan doen op klinische capaciteit van affiliatie-ziekenhuizen. Het streven van het ministerie van OC&W is er op gericht per september 2003 een additionele ophoging van 250 tot 2800 plaatsen te realiseren.

207. *Kan rekening worden gehouden en/of is reeds rekening gehouden met internationale samenwerking om de opleidingscapaciteit te verhogen? Zo ja, hoe vindt deze samenwerking concreet plaats?*

Bij het plannen van de opleidingscapaciteit wordt rekening gehouden met internationale migratie van beroepsbeoefenaren.

Binnen de Europese Economische Ruimte (EER) bestaan regelingen voor de onderlinge erkenning van diploma's en competenties door de lidstaten om het vrije verkeer van beroepsbeoefenaren in goede banen te leiden. De ervaring leert echter dat de aantallen beroepsbeoefenaren die vanuit andere lidstaten in Nederland hun beroep willen uitoefenen tot nu toe zodanig bescheiden zijn dat ze niet wezenlijk van invloed kunnen zijn op de te plannen opleidingscapaciteit. Binnen de EER geldt overigens in dit verband het beginsel van 'subsidiariteit' hetgeen betekent dat elke lidstaat in beginsel zelf de verantwoordelijkheid heeft voor de inrichting van de structuur van haar gezondheidszorg, inclusief de capaciteit van het aanbod van zorg.

Het gestelde over de kleine aantallen beroepsbeoefenaren van binnen de EER geldt in nog sterkere mate voor de aantallen beroepsbeoefenaren van buiten de EER die hier willen werken. Ook deze aantallen zijn van dien aard dat ze de te plannen Nederlandse opleidingscapaciteit niet kunnen beïnvloeden.

Behalve initiatieven van diverse opleidingsinstellingen in Nederland en andere landen om buitenlandse studenten de gelegenheid te bieden een deel van hun opleiding te volgen in een ander land is er geen sprake van internationale samenwerking om de opleidingscapaciteit te verhogen.

208. *Wanneer kan en zal het GVS in het geheel worden ontmanteld? Kan een concrete datum worden genoemd?*

Op welke datum de stapsgewijze ontmanteling van het GVS (het afschaffen van de GVS-vergoedingslimieten) afgerond zal zijn, is op dit moment niet precies aan te geven. De beslissing daartoe en het verdere tijdpad voor de ontmanteling is afhankelijk gesteld van de uitkomsten van een evaluatie van de inspanningen en resultaten van zorgverzekeraars die begin 2004 zal worden genomen.

209. *Op welke manier bent u van plan seeding trials terug te dringen?*

De op handen zijnde wijziging van de Wet medisch wetenschappelijk onderzoek met mensen (WMO) intensificeert het toezicht op geneesmiddelenonderzoek. Hierin is opgenomen dat de te verrichten prestatie in een redelijke verhouding moet staan tot de beloning voor deze prestatie. Onderzoek dat hier niet aan voldoet mag niet worden uitgevoerd. Hierdoor wordt het aantal seeding trials teruggedrongen.

Voor wat betreft het geneesmiddelenonderzoek (met name postmarketingonderzoek) dat niet onder de WMO valt, is het beleid erop gericht dat betrokken veldpartijen dit zelf ter hand nemen. De Stichting Code Geneesmiddelenreclame beoogt al dit onderzoek preventief te toetsen. De toets ziet toe op een redelijke verhouding tussen de vergoeding voor de te verrichten prestatie en de inspanningen hiervoor.

210. *Wat is een "aanvaardbaar niveau" voor wachttijden? Kan een concrete tijdsduur worden genoemd?*

De doelstelling is om de wachttijden tot een maatschappelijk aanvaardbaar niveau terug te brengen. De veldpartijen hebben in 2000 in het zogenoemde Treekoverleg overeenstemming bereikt over de normering van de aanvaardbare levertijden c.q. streefnormen van zorg voor de gehele gezondheidszorg (cure en care). Deze streefnormen zijn niet wettelijk vastgelegd, maar kunnen als uitgangspunt gehanteerd worden. Voor de GGZ care (RIBW en specialistische functies) ligt de treeknorm op maximaal 13 weken. Voor toegang tot de GGZ cure ligt de treeknorm op maximaal 4 weken.

211. *Wat zijn de bureaucratische consequenties van het onderbrengen van de LZA-commissies onder de RIO?*

De huidige indicatiecommissies voor de langdurige GGZ (LZA-commissies) zijn opgericht door de zorgaanbieders. Deze LZA-commissies indiceren de psychiatrische zorg voor chronische psychiatrische patiënten.

In de afgelopen twee jaar is gewerkt aan het integreren van deze LZA-commissies in de regionale indicatiorganen (RIO's). Per 1 april 2003 is het RIO ook formeel verantwoordelijk voor de indicatiestelling in de langdurige GGZ. Door deze overgang wordt de onafhankelijkheid en integraliteit van de indicatiestelling voor deze groep patiënten groter. Van een toename van bureaucratie is in principe geen sprake, eerder van een afname: momenteel moet bijvoorbeeld een chronische GGZ-patiënt die thuiszorg nodig heeft zowel bij de LZA-commissie als bij het RIO langs. Na 1 april 2003 wordt de indicatie carebreed gesteld door het RIO. Verder streven we ernaar het bureaucratisch gehalte van het RIO tot een noodzakelijk minimum te beperken.

212. *Wat houdt de aanwijzing tot landelijke kenniscentra in?*

De aanwijzing tot landelijke kenniscentra door VWS maakt deel uit van het beleid om in de sector van de geestelijke gezondheidszorg te komen tot een kennisinfrastructuur. Het doel is de kennisontwikkeling en de kennisoverdracht te verbeteren. Langs deze weg dienen kwaliteit, doelmatigheid, effectiviteit en transparantie van preventie, diagnostiek en behandeling in deze sector naar een hoger niveau te worden gebracht.

De aanwijzing houdt in dat VWS voor een periode van vijf jaar met subsidie de kenniscentra steunt in hun ontwikkeling, waarvoor de doelen en criteria zijn neergelegd in de "Beleidsvisie voor landelijke kenniscentra in de geestelijke gezondheidszorg ex artikel 8 Wet bijzondere medische verrichtingen" (TK, 25 424, nr. 34) die op 11 juni 2001 aan de TK is toegezonden en behandeld tijdens het AO van 7 maart 2002. Het gaat hier om kenniscentra die onder de werking vallen van de Wet Bijzondere Medische Verrichtingen. Het is bekend dat ook vele andere initiatieven in de GGZ op kennisgebied de titel voeren van kenniscentrum.

213. *Waarom kan iemand niet direct naar het RIAGG gaan, maar moet dat via de huisarts verlopen?*

De indicatiestelling van de curatieve GGZ is georganiseerd op dezelfde wijze als bij de curatief somatische zorg: dat wil zeggen dat de huisarts bepaalt of verwijzing naar de gespecialiseerde tweedelijnd nodig is. Verwijzing door de huisarts waarborgt de onafhankelijkheid van de indicatiestelling. Voor alle gespecialiseerde GGZ, behalve de RIAGG, gold al sinds een aantal jaren dat verwijzing van de huisarts nodig was. Voor de RIAGG is dit nu (per 1 juli 2002) ook geformaliseerd.

214. *Is het handhaven van de huidige capaciteit voor de behandeling met heroïne voldoende is om het probleem met heroïneverslaafden voldoende het hoofd te bieden? Wanneer zullen concrete voorstellen worden gedaan om verslaafden onder drang tot ontwenning te brengen?*

De huidige capaciteit is onvoldoende om alle voor behandeling in aanmerking komende verslaafde patiënten te behandelen. De Commissie Invoeringsaspecten Behandelingen Heroïneverslaving zal mede daarom aan het kabinet over de gewenste capaciteit rapporteren. Maar zelfs met een optimale capaciteit voor heroïnebehandeling en een uitbreiding van de medische indicatie zal een aantal heroïneverslaafden lichamelijk, geestelijk en sociaal onvoldoende blijven functioneren.

Met betrekking tot ontwenning onder drang: deze interventie is bedoeld voor verslaafden met herhaaldelijk crimineel gedrag. Dit hoeft overigens niet dezelfde groep te zijn als de zeer langdurig, therapieresistente heroïneverslaafden waarvoor de heroïnebehandeling bestemd is.

Ontwenning onder drang is nu al mogelijk in de Intramurale Motivatiecentra (IMC's) en de Forensische Verslavingskliniek (FVK). Deze nemen verslaafden op justitiële titel: de verslaafde wordt gesteld voor de keuze tussen het uitzitten van een vrijheidsstraf of deelname aan een zorgprogramma. Als de verslaafde afhaakt bij de zorg dan wordt hij alsnog voorgeleid, respectievelijk gedetineerd. Deze bestaande drangvoorzieningen kunnen worden uitgebreid, nu het per 1 januari 2003 ook voor de GGZ en verslavingszorginstellingen mogelijk wordt alle verzekeringsaanspraken te honoreren

215. *Wat is een 'voldoende mate' van plaatsing van cliënten die zich melden voor maatschappelijke opvang en vrouwenopvang, en in welke mate wordt daarbij ingespeeld op vormen van bemoeizorg?*

Met het in voldoende mate kunnen plaatsen wordt bedoeld dat het streven is dat niemand tegen zijn zin op straat moet verblijven. Daartoe is in de afgelopen jaren het budget voor de maatschappelijke opvang verhoogd. Bemoeizorg kan bijdragen aan dit streven omdat een deel van de dak- en thuislozen zorg en opvang mijden.

Op basis van de uitkomsten van het Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) maatschappelijke opvang zal het kabinet maatregelen voorbereiden die bijdragen aan een effectieve en efficiënte keten van maatschappelijke opvang.

216. *Is een voldoende mate van plaatsing van cliënten in de maatschappelijke opvang wel realiseerbaar, gelet op de toenemende vraag naar maatschappelijke opvang?*

Het feit dat nu niet iedereen in de maatschappelijke opvang geplaatst kan worden heeft te maken met diverse oorzaken waaronder de geringe doorstroming van cliënten naar andere voorzieningen. Mede daarom heeft het kabinet besloten een Interdepartementaal Beleidsonderzoek (IBO) in te stellen naar de maatschappelijke opvang. Op basis van de uitkomsten van het IBO zal het kabinet maatregelen voorbereiden die bijdragen aan een effectieve en efficiënte keten van maatschappelijke opvang.

217. *Wat zijn de consequenties van het stimuleren van vermaatschappelijking voor de omvang van de vraag naar gespecialiseerde GGZ?*

Het stimuleren van de vermaatschappelijking leidt in alle zorgsectoren tot zorginhoudelijke verschuivingen: werden mensen vroeger langdurig intramuraal verzorgd, als gevolg van het streven naar vermaatschappelijking zijn er nieuwe zorgvormen ontwikkeld waardoor zorg zoveel mogelijk thuis kan worden gegeven. GGZ-patiënten die voorheen hun hele leven doorbrachten in de psychiatrische instelling kunnen nu, met intensieve ambulante zorg, zelfstandig blijven wonen. De vermaatschappelijking van de GGZ leidt er tevens toe dat zorg die voorheen werd gegeven door de gespecialiseerde GGZ in toenemende mate wordt geleverd door algemene, voor iedereen toegankelijke, voorzieningen. Denk daarbij aan

bijvoorbeeld aan voorzieningen op het terrein van dagbesteding & werk, wonen, vervoer, tafeltjedekje enz.

De vraag naar gespecialiseerde GGZ neemt als gevolg van deze vermaatschappelijking in principe niet af, wel de omvang en aard van de (per patiënt) door de gespecialiseerde GGZ geleverde zorg: de gespecialiseerde GGZ levert in toenemende mate alleen de gespecialiseerde psychiatrische zorg gericht op het behandelen van psychische stoornissen waarbij de bijbehorende 'algemene' zorg en dienstverlening wordt geleverd door algemene voorzieningen.

*218. Aan welk hulpverleningsaanbod wordt gedacht voor de categorie van zorgwekkende zorgmijders?*

Zorgwekkende zorgmijders maken onderdeel uit van de bredere groep verkommerden en verloederden. Het gaat om mensen met complexe problematiek die niet of onvoldoende bereikt worden door de hulpverlening. Voor deze groep is veelal intensieve persoonlijke begeleiding in de vorm van casemanagement, nodig. Verder moet ook acute hulp in noodsituaties beschikbaar zijn. Dit is de verantwoordelijkheid van lokale en regionale partijen zoals gemeenten, politie, maatschappelijke opvang en GGZ. Gemeenten hebben de regierol in het organiseren van een sluitende keten op het terrein van de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ). In veel gemeenten zijn in de afgelopen jaren initiatieven tot stand gebracht voor een beter bereik van de groep verkommerden en verloederden. Het OGGZ-rijksbeleid wordt op dit moment geëvalueerd. Op basis hiervan zal bekeken worden welke verdere maatregelen nodig zijn ter ondersteuning van het lokale beleid.

Binnenkort verschijnen twee, samenhangende, onderzoeksrapporten naar de verkommerden en verloederden in Nederland. Ik zal beide rapporten aan de Kamer toesturen.

*219. In hoeverre is de geboden zorg in een justitiële tbs-kliniek vergelijkbaar met de tbs-zorg in de GGZ-instellingen?*

Uitgangspunt van de zorg voor TBS-gestelden is dat behandeling en beveiliging op maat van de individuele patiënt plaatsvindt. Van oudsher zijn er in justitiële TBS-klinieken meer patiënten opgenomen met persoonlijkheidsstoornissen en seksuele stoornissen en in de GGZ-instellingen meer patiënten met psychotische stoornissen. Als gevolg hiervan zijn er ook verschillen ontstaan in het behandel- en beveiligingsaanbod.

*220. Waarom wordt de observatiemachtiging in 2002 opnieuw geïntroduceerd?*

De observatiemachtiging is bij aanvaard amendement (TK, 27 289, nr. 31) onderdeel geworden van het wetsvoorstel voorwaardelijke machtiging. Dit wetsvoorstel is in februari 2002 door de Tweede Kamer aangenomen. In juli 2002 is dit wetsvoorstel door de Eerste Kamer aanvaard. Er is dan ook geen sprake van het 'opnieuw introduceren' van de observatiemachtiging in 2002.

Terzake van de observatiemachtiging is door de Eerste Kamer een motie aangenomen (EK 27 289, nr. 239f) waarin het kabinet wordt verzocht om vóór de inwerkingtreding van de observatiemachtiging gedurende één jaar te registreren in welke praktijksituaties de observatiemachtiging uitkomst kan bieden en op grond waarvan de huidige Wet bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen (Wet Bopz) geen andere toereikende mogelijkheden bevat. Aan de hand van de uitkomsten daarvan zal het kabinet besluiten over het al dan niet inwerking treden van de observatiemachtiging.

221. *Kan worden gemotiveerd waarom het RIO een indicatie voor een forensische patiënt (TBS) moet afgeven?*

De zorg voor forensisch-psychiatrische patiënten wordt bekostigd uit de AWBZ. Voor AWBZ-zorg (uitgezonderd de GGZ-cure) is in principe een indicatiebesluit van het RIO nodig. Dit is vastgelegd in het Zorgindicatiebesluit en geldt dus ook voor forensisch-psychiatrische patiënten met chronische problematiek die langdurige zorg in de GGZ-instellingen behoeven. Vooralsnog is afgesproken dat de instroom van TBS-gestelden in TBS-klinieken verloopt via de minister van Justitie vanwege zijn bijzondere verantwoordelijkheid voor de ten uitvoerlegging van de TBS.

Op dit moment zijn besprekingen gaande met de betrokken partijen over hoe de indicatiestelling voor de forensisch psychiatrische doelgroep - met inachtneming van de wettelijke vereisten en de justitiële context – het beste kan worden vormgegeven. Hierbij is tevens aandacht voor de wijze waarop het RIO haar verantwoordelijkheid kan nemen.

222. *Zou het verschil tussen intramurale en semimurale instellingen gezien de cliëntenpopulaties niet moeten vervallen? Het eventuele verschil in zorgzwaarte wordt via de zorgzwaartefinanciering reeds opgelost.*

Er is nog steeds een behoorlijk verschil in zorgzwaarte tussen de gemiddelde cliënten van intramurale en die van semimurale instellingen. Er is echter ook een aantal gebieden waar deze subsectoren elkaar overlappen. Op die gebieden verdwijnen ook het eerst de verschillen, bijvoorbeeld via de maatregel kleinschalige woonvoorzieningen die voor zowel intra- en semimurale voorzieningen geldt. Op dit moment zijn er nog steeds verschillen, bijvoorbeeld op het gebied van de aanspraken, de huisvesting en het vervoer naar dagbesteding. Bij elke nieuwe maatregel (bijvoorbeeld de nieuwe bekostiging) wordt gekeken welke verschillen er mee opgelost kunnen worden. Op termijn zal het verschil tussen intra- en semimuraal volledig verdwijnen.

223. *De sector voor audiologische hulpmiddelen had al begin 2003 een plan gereed met objectieve classificatiecriteria. De geformuleerde uitgangspunten zijn op eenvoudige wijze in een protocol neer te leggen. Kan de stand van zaken van het overleg met de sector voor audiologische en otologische hulp worden geschetst? Is het te verwachten dat het protocol met ingang van 1 januari 2003 zal zijn ingevoerd? Zo niet, wat is daarvan dan de oorzaak?*

Sinds begin 1999 voert de sector hulpmiddelen van het College voor zorgverzekeringen het secretariaat van de gestructureerde overleggen tussen het Nationaal Overleg Audiologische Hulpmiddelen (NOAH), Zorgverzekeraars Nederland (ZN), VWS en CVZ. Veelsoortige aandachtspunten op het terrein van de audiologische hulpmiddelenzorg zijn in de loop der tijd de revue gepasseerd; daaronder knelpunten in de regelgeving, te verrichten onderzoek en de verdeling van de taken en verantwoordelijkheden bij de aanpassing van hoortoestellen. Wellicht dat het door u bedoelde 'al begin 2003 gereed plan met objectieve classificatiecriteria' op dit laatste betrekking heeft.

In de vergadering van 11 maart jl. heeft het NOAH notities ingebracht over 'hoe te komen tot een stelsel waar de noodzakelijke audiologische en otologische zorg is gegarandeerd'. In de vergadering van 4 juni jl. is daarop een nader uitgewerkt NOAH-protocol aan de orde gesteld.

Dit protocol is een voorstel voor het nader regelen van 'door wie welke inbreng moet worden geleverd om te komen tot een adequate verstrekking'. Zoals in eerdere beantwoording<sup>1</sup> van vragen van de cie. voor VWS is aangegeven, is het -in lijn met de in gang gezette deregulering van de hulpmiddelenzorg- aan de (individuele) ziekenfondsen om hierover

---

<sup>1</sup> 'Niet-Dossierstuk' 2001-2002, vws0001741, Tweede Kamer.

afspraken te maken met de te contracteren zorgleveranciers. Via het gestructureerde overleg is het NOAH-protocol nadrukkelijk als een wellicht te overwegen wijze van handelen onder de aandacht van de zorgverzekeraars gebracht. Het blijft de individuele zorgverzekeraars echter vrij om met hun zorgleveranciers een van het NOAH-protocol afwijkende wijze van handelen af te spreken, zolang met de afgesproken wijze van handelen adequate zorg wordt gegarandeerd. Centrale invoering per enige datum is dan ook buiten de orde van de afspraken rondom deregulering.

*224. Welke visie wordt door u gehanteerd betreffende het omschrijven van de aanspraken in functiegerichte termen?*

Het omschrijven van aanspraken in functiegerichte termen beoogt de rechten van de verzekerde zodanig te omschrijven dat aan verzekerden en zorgverzekeraars de ruimte wordt geboden om -in overleg- te kunnen komen tot die zorg die het beste aansluit bij de zorgvraag van de verzekerde.

*225. Met ingang van 1 januari 2003 moet de tweede fase van de Deregulering Regeling Hulpmiddelen 1996 zijn afgerond. Kan een overzicht worden gegeven van de stand van zaken betreffende het overleg tussen de zorgverzekeraars en de sector? Welke verwachting bestaat er dat de tweede fase van de deregulering inderdaad op 1 januari 2003 zal zijn afgerond? Als deze datum onverhoopt niet wordt gehaald, wat zijn daarvan dan de oorzaken?*

Na de implementatie van de eerste tranche deregulering hulpmiddelenzorg is in 2002 fors geïnvesteerd om te komen tot gestructureerd gezamenlijk overleg tussen gebruikers van hulpmiddelen, zorgverzekeraars en VWS. De overleggen zijn met name gebruikt om te bezien hoe verdergaande deregulering vorm kan krijgen. Duidelijk is geworden dat de beoogde deregulering naar functiegerichte aanspraken een complexe uitdaging is die meer tijd vergt.

Inmiddels zijn wel eerste concepten van plannen van de benodigde aanpak besproken voor verdere besluitvorming tot implementatie.

Als tussenresultaat zijn verder concrete voorstellen (een tweede tranche) gedaan voor verdere deregulering van de regeling hulpmiddelen in zijn huidige vorm. Deze voorstellen zullen worden meegenomen bij de aanpassing van de regeling per 1 januari 2003.

*226. Hoeveel voorzieningen specifiek voor mensen met beperkingen in het verleden gecreëerd blijven er over gezien de operationele doelstelling: "De gescheiden leefsituatie van mensen met beperkingen is opgeheven"?*

Onder het motto 'gewoon waar kan, bijzonder waar moet' dient ook de gescheiden leefsituatie van mensen met beperkingen zoveel waar kan te worden opgeheven. Dit is ook in sterke mate afhankelijk van de individuele situatie van een cliënt. Daarom is een systeem dat uitgaat van de cliënt op dit moment niet in concrete getallen te vatten. Overigens staan niet alle specifiek voor mensen met een beperking gecreëerde voorzieningen het geïntegreerd leven in de maatschappij in de weg.

*227. Het kabinet stelt als prioriteit de toegankelijkheid van de samenleving, die geheel open dient te staan voor personen met een handicap. Wat is het kabinet concreet van plan om deze doelstelling te verwezenlijken; bijvoorbeeld in de vorm van financiële ondersteuning?.*

Voor het beleidsdomein gehandicaptenbeleid is een aantal beleidsdoelstellingen geformuleerd. Deze doelstellingen zijn de basis voor het kabinetsbeleid en daarmee dus de inzet voor alle departementen. In de Zorgnota is aangegeven dat de ontschotting van de AWBZ nieuwe mogelijkheden biedt om de komen tot een toegankelijker samenleving. Omdat

de vraag van de cliënt centraal staat, kunnen meer passende (functionele) vormen van zorg worden verleend. Het is niet langer van belang tot wat voor doelgroep iemand behoort, maar welke zorg zijn beperking kan opheffen.

Voor het komende jaar worden de volgende activiteiten ondernomen:

- het stimuleren van de integratie van mensen met beperkingen in de lokale samenleving (projecten in het kader van het Europees Jaar voor mensen met een handicap);
- verdere verkenning van de mogelijkheden tot uitbreiding van de Wet gelijke behandeling op grond van handicap of chronische ziekte;
- bevordering van de toegankelijkheid van internet en het stimuleren van "design for all".

Op het terrein van sport wordt een project gestart rond de organisatorische integratie van de reguliere en specifieke sportbeoefening.

Verder vindt afstemming plaats tussen de kinderdagcentra en het onderwijs; ook hier is integratie van leerlingen met een handicap het leidend principe. De leerlinggebonden financiering is hierbij voor het kabinet een middel om de doelen te verwezenlijken.

Juist op deze terreinen biedt het Europees jaar van mensen met een handicap handvatten om in de lokale samenleving initiatieven van de grond te krijgen.

*228. Kan inzicht worden gegeven in de kosten van de indicatiestelling in de ouderenzorg, uitgesplitst naar verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg en thuiszorg?*

De regionale indicatieorganen (RIO's) worden door de gemeenten uit de hun beschikbaar staande algemene middelen gefinancierd. In totaal is er voor 2002 door de gemeenten een bedrag van ca. € 136 mln begroot voor indicatiestelling.

De groeiende professionalisering van de bedrijfsvoering van de RIO's heeft er inmiddels toe geleid dat de prijs van een indicatiestelling niet meer zorginhoudelijk, bijvoorbeeld naar een aanvraag voor verpleeghuiszorg, verzorgingshuiszorg of thuiszorg wordt getypeerd maar naar werkroute. Afhankelijk van de tijd en de deskundigheid die gemoeid is met het onderzoeken van een zorgvraag kan een indicatieaanvraag bijvoorbeeld voor thuiszorg tot meer of minder kosten leiden.

*229. Deelt u de mening dat de motie Dankers ten aanzien van kwaliteit in de gehandicaptenzorg waaronder groepsmaat, privacy en dagbesteding, uitgevoerd dient te worden? Zo ja, hoeveel middelen zijn hiervoor beschikbaar?*

Ja, ik deel de mening dat de motie Dankers uitgevoerd dient te worden. Vooralsnog zijn er geen middelen specifiek voor dit doel beschikbaar. Ik ontwikkel momenteel een actieplan voor Kwaliteit in de care. De Motie Dankers en de hiervoor benodigde middelen zullen daarin aan de orde komen.

*230. Denkt u werkelijk dat de financiering naar zorgzwaarte zonder extra middelen uitgevoerd kan worden en zo dat niet het geval blijkt te zijn bent u dan bereid hier extra middelen voor in te zetten?*

De afgelopen jaren zijn reeds vele extra middelen beschikbaar gesteld voor de aanpak van de wachtlijsten in de sector (kwantiteit) en kwaliteitsverbetering. In de brief die mijn ambtsvoorganger in oktober 2001 aan de Tweede Kamer heeft gezonden is gemeld dat voor kwaliteitsverbeteringen in de gehandicaptenzorg in de Zorgnota 2002 een bedrag van € 22,7 mln structureel beschikbaar is gesteld als eerste stap. Dit bedrag is via een CTG beleidsregel toegevoegd aan de instellingsbudgetten ten behoeve van mensen in de twee zwaarste categorieën. Tevens geldt dat in het kader van de wachtlijstaanpak een groot bedrag is besteed aan het voldoen aan de zorgbehoefte van cliënten met bijzonder grote en ingewikkelde zorgvragen namelijk de SGLVG en de SGEVG. Hiermee is een tweede belangrijke stap op het pad van de benodigde zorgzwaartebekostiging gezet. Met de

invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek ontstaat niet alleen een betere en meer op zorgzwaarte gebaseerde verdeling van de middelen in de sector maar ook een verhoogde transparantie.

*231. Hoe denkt het kabinet het verlies aan I/D banen op te kunnen vangen in de ouderenzorg?*

Zie het antwoord op vraag 16.

*232. Bent u bereid extra middelen in te zetten voor beroepsopleidingen in de ouderenzorg en is het u bekend dat het tekort aan financiering in deze branche € 51 mln bedraagt?*

Via de STIP ( Stimuleringsregeling Integraal Personeelsbeleid) van het Sectorfonds Zorg bevorderen we in alle zorgsectoren het beschikbaar stellen van stageplaatsen en alternatieve leerroutes, het intensiveren en versterken van praktijk- en werkbegeleiding, studiefaciliteiten voor studenten en een financiële tegemoetkoming in verband met inkomensderving voor zij-instromers. Deze regeling wordt in 2003 voortgezet. Ook de sector verpleeg- en verzorgingshuizen kan van deze regeling in 2003 weer gebruik maken. Het door u genoemde bedrag van € 51 mln voor een extra investering in de opleidingen van de ouderenzorg is ons niet bekend.

*233. Zullen er voldoende reële extramurale alternatieven zijn om de vraag naar zorg in een intramurale setting te verminderen? In hoeverre sluiten die extramurale alternatieven aan bij de vraag van de zorgvrager?*

Op verschillende manieren wordt in samenwerking met het ministerie van VROM gestimuleerd dat er meer en meer verschillende extramurale alternatieven tot stand worden gebracht, onder andere via de woonzorgstimuleringsregeling. Ik verwijs u hiervoor naar de brief wonen en zorg op maat d.d. 25 juni 2001. Het blijkt dat steeds meer ouderen ervoor kiezen om zelfstandig te blijven wonen, ook als ze meer zorg nodig hebben. Het is aan de aanbieders (corporaties en zorginstellingen) om aan deze vraag tegemoet te komen. Hierbij is het voor hen van belang de vraag in de betreffende regio goed in kaart te brengen en bij de ontwikkeling van het aanbod samen te werken met cliëntenorganisaties.

*234. Wordt PVB ook ingevoerd in de V&V- en GGZ-sector?*

Neen.

*235. Waarom is het fysiek onmogelijk om in voldoende mate te voorzien in intramurale voorzieningen? Neemt een verpleeghuisplaats meer volume in dan een woning? Of wordt het verkeerde gepland?*

Het is fysiek niet absoluut onmogelijk om in voldoende mate te voorzien in intramurale voorzieningen. Het kost echter tijd om projecten ten behoeve van capaciteitsuitbreiding voor te bereiden en te realiseren. De voorbereiding blijkt vaak complex te zijn. Voor extra capaciteit zijn vaak nieuwe locaties nodig. Deze voor zorgfuncties geschikte locaties zijn binnen bestaande bestemmingsplannen vaak niet onmiddellijk beschikbaar. In nieuw te plannen wijken wordt soms onvoldoende rekening gehouden met de noodzaak ook voor zorgfuncties grond te reserveren.

In het snelst mogelijke scenario moet voor de voorbereiding en realisering van een permanent gebouw van enige omvang ten behoeve van de zorg worden uitgegaan van een periode van minimaal vier jaar. In de praktijk duurt dit echte gemiddeld langer. Daarnaast moet men zich realiseren dat in de afgelopen periode er gemiddeld zo'n vijfhonderd verpleeghuisbedden per jaar tot stand kwamen. Als gevolg hiervan is het in de

praktijk nagenoeg onmogelijk om te veronderstellen dat de verpleeghuiscapaciteit evenredig met de behoefte zal kunnen toenemen. Daarom is het beter te streven naar een situatie waarin mede gebruik wordt gemaakt van aangepaste woningen waarin de verpleeghuiszorg kan worden geleverd. Deze woningen vertegenwoordigen dan (extramurale) capaciteit als aanvulling op de intramurale verpleeghuizen.

De planning van verpleeghuiscapaciteit was tot 1999 geregeld via een landelijke planningsnorm. Deze genormeerde planning is verlaten toen in 1999 de eerste capaciteitsuitbreidingen op basis van bestedingsvoorstellen van de zorgkantoren werden gehonoreerd. De capaciteitsplanning wordt thans vormgegeven op basis door de in de zorgregio's werkelijk geconstateerde behoefte, ondermeer gebaseerd op wachtlijstgegevens.

*236. Samenwerking met de minister van VROM en de wooncorporaties is een belangrijke succesfactor bij het tot stand brengen van geschikte woningen met zorg en dienstverlening op maat. Kan, eventueel in overleg met de minister van VROM, worden aangegeven over welke besteedbare reserves wooncorporaties beschikken om daarmee geschikte woningen tot stand te brengen?*

Op basis van informatie van de Minister van VROM kan ik u het volgende melden. Uit onderzoek van het Centraal Fonds voor de Volkshuisvesting komt naar voren dat de gezamenlijke woningcorporaties een zogeheten 'vermogensovermaat' hebben van € 10 miljard in 2000 groeiend naar € 18 miljard in 2005. Deze vermogensovermaat is het vermogen waarover de corporaties beschikken boven het door het CFV minimaal noodzakelijk geachte weerstandsvermogen en rekening houdend met de investeringsopgaven waar de wooncorporaties voor staan. In principe kan deze vermogensovermaat mede worden ingezet voor het tot stand brengen van geschikte woningen met zorg en dienstverlening op maat. Bij deze berekening dienen echter twee belangrijke kanttekeningen te worden geplaatst.

Ten eerste betreft de vermogensovermaat een berekening op basis van de bedrijfswaarde van de corporatiewoningen. De vermogensovermaat is dus geen indicatie voor concreet aanwendbare liquide middelen, het vermogen zit voornamelijk 'in de stenen'. Wel geeft de vermogenspositie op basis van de bedrijfswaarde een indicatie voor de financieringscapaciteit van corporaties.

Ten tweede moet worden opgemerkt dat de vermogenspositie van corporaties zeer ongelijk kan zijn. Er zijn momenteel ongeveer 570 wooncorporaties. De 100 rijkste hiervan hebben een gezamenlijke vermogensovermaat van € 2,5 miljard in 2000. De 100 armste hebben echter een gezamenlijke ondermaat van € 1,5 miljard.

*237. Om het aanbod van zorgvoorzieningen en dienstverlening geschikt te maken voor allochtone ouderen is het noodzakelijk om voldoende verzorgend en verplegend personeel van allochtone afkomst te werven. In hoeverre wordt hier rekening mee gehouden?*

Werving en selectie van medewerkers is de verantwoordelijkheid van de werkgevers, zij bepalen hoe ze hun personeelsbestand samenstellen. Er zijn geen specifieke regelingen ten bate van het aanstellen van allochtone medewerkers. Werkgevers kunnen wel gebruik maken van de STIP regeling (Stimuleringsregeling Integraal Personeelsbeleid) van het Sectorfonds Zorg waarbij men subsidie kan aanvragen voor het opleiden van specifieke doelgroepen waaronder allochtone medewerkers. Hierbij kan gedacht worden aan scholing in het kader van taal of werkbegeleiding.

Uit ervaring blijkt dat werkgevers zeker rekening houden met achtergrond van hun bewoners / cliënten en de achtergrond van hun medewerkers. Overigens betekent een goed intercultureel zorgbeleid niet dat het zorgpersoneel per definitie van de desbetreffende allochtone afkomst moet zijn. Er is wel een licht positief verband tussen goed intercultureel personeelsbeleid en goede interculturele zorg ( en omgekeerd).

238. *Welke voorwaarden worden geschapen zodat instellingen hun verantwoordelijkheid als werkgevers en CAO-partij zullen en kunnen nemen?*

Dat is allemaal weergegeven in paragraaf 4 "Arbeidsmarktbeleid" van deel B "Sectoroverstijgende thema's" op de pagina's 43 t/m 50 van de Zorgnota 2003. Daar wordt ondermeer de viersporenaanpak vermeld, de arbeidsmarktconvenanten, de arboconvenanten en de versterking van de rol van de regio.

239. *Deelt u de mening dat een herhaling van de uitvoering van de WVG dient te worden voorkomen, en in hoeverre komt er een wet voor alle zorg thuis die alle recht op zorg wettelijk goed vastlegt?*

Ik wil voorop stellen dat uit de laatste evaluatie van de Wvg is gebleken dat 85% van de mensen met beperkingen die een Wvg-voorziening hebben ontvangen daarover tevreden is. 15% niet tevreden is teveel, maar de beeldvorming rond de Wvg is mijns inziens wel eens negatiever dan deze wet verdient.

Over de toekomst van de Wvg heeft het vorige kabinet een 'Bouwstenennotitie' aan de Tweede Kamer gezonden, waarin een aantal varianten wordt onderscheiden. Beleidsmatige keuzen worden daarin niet gemaakt; gezien de demissionaire status zal ook het huidige kabinet daarin geen keuzen maken.

240. *Is de maatregel voor de realisering van infrastructuur bij extramuralisering via de WZV niet ingesteld omdat uit de praktijk bleek dat via de Woonzorgstimuleringsregeling onvoldoende middelen ter beschikking kwamen?*

Nee, de mogelijkheid tot het realiseren van zorginfrastructuur via de WZV is tegelijkertijd ingesteld met de uitbreiding van de woonzorgstimuleringsregeling met een categorie E, zorginfrastructuur. Beide zijn bestemd voor de financiering van bouwkundige zorginfrastructuur en financieren ook dezelfde bouwkundige componenten. Deze financieringsmogelijkheden zijn geboden omdat financiering van zorginfrastructuur een knelpunt bleek bij het scheiden van wonen en zorg. Van belang voor het maken van twee regelingen was dat zowel niet WZV-instellingen (bijvoorbeeld woningcorporaties en thuiszorgorganisaties) als WZV-instellingen mogelijkheden tot het realiseren van zorginfrastructuur zouden krijgen. De beschikbaarheid van (veronderstelde) onvoldoende middelen voor de categorie E van de woonzorgstimuleringsregeling speelde hierbij dus geen rol.

241. *Wanneer en onder wiens verantwoordelijkheid wordt gestart met de benchmarking van instellingen in de verpleging en verzorging ten einde het inzicht in de kwaliteit van de zorg en de bedrijfsvoering te bevorderen? Zijn er middelen gereserveerd om de dringend vereiste kwaliteitsverbetering te bewerkstelligen?*

De benchmarking onder instellingen voor verpleging en verzorging is reeds begonnen. In april van dit jaar is een rapport uitgebracht van de eerste test-benchmarking. Hieraan hebben circa 90 instellingen meegedaan. Met het oog op het beperkte aantal deelnemers kunnen de hierin vermelde resultaten niet worden gegeneraliseerd. Eind dit jaar verschijnt de rapportage van de tweede test-benchmarking. Daaraan hebben 120 instellingen deelgenomen.

Voor het implementeren van eventuele aanbevelingen uit het benchmarkonderzoek (gericht op kwaliteitsverbetering) zijn geen middelen gereserveerd. Ik acht het primair de verantwoordelijkheid van de instellingen zelf om binnen de grenzen van de hen geboden mogelijkheden tot een betere bedrijfsvoering te komen. Naar mijn mening kan veel worden verbeterd in bijvoorbeeld bepaalde zorgverleningsprocessen zonder dat daarvoor extra geld nodig is.

242. *Waarom kunnen hospices niet direct gefinancierd worden vanuit de middelen die voor palliatieve zorg beschikbaar zijn maar moet daar een tussenpersoon van thuiszorg of verpleeghuis aanwezig zijn?*

Op dit moment is het noodzakelijk dat een instelling –om als zelfstandige instelling toelating tot de AWBZ te kunnen krijgen- het gehele zorgpakket moet kunnen aanbieden. Bij hospices is dat niet het geval. In het kader van de modernisering van de AWBZ kunnen aanbieders van zorg ook afzonderlijke functies of delen daarvan aanbieden. In principe is het dan wel mogelijk voor een hospice om toelating voor de levering van zorgfuncties in het kader van de AWBZ aan te vragen.

243. *Waarom wordt gekozen voor een geheel van samenwerking tussen regionale en lokale partijen in de zorg voor dementerenden in plaats van het gewenste concurrentiemodel waarbij de verschillende partijen zorg kunnen aanbieden en de cliënt kan kiezen?*

De noodzakelijke samenwerking in de zorg voor dementerenden hoeft gezonde concurrentie in de zorg niet in de weg te staan. In de zorg voor dementerenden heeft echter geen van de zorgverleners in de keten alleen alle kennis en kunde in huis heeft om de vraag van de cliënt ten volle te kunnen beantwoorden. Het is juist daarom dat tussen huisartsen, geriateren, ouderen psychiaters, thuiszorg, verzorgingshuizen en verpleeghuizen samenwerkingsverbanden tot stand moeten komen die waarborgen dat ieder van de betrokkenen, zich bewust van de grenzen aan diens eigen kennis en ervaring, een cliënt naadloos verwijst naar een collega (beroepsbeoefenaar / instelling). Hierdoor verbetert de kwaliteit van zorg voor dementerenden. Overigens betekent dit niet dat individuele beroepsbeoefenaren en aanbieders van zorg niet alles in het werk dienen te stellen om de kwaliteit van zorg die zij individueel bieden, trachten te vergroten. Het bovenstaande laat onverlet dat aanbieders verschillende samenwerkingsverbanden kunnen aangaan.

244. *Er komt een landelijk zorgprogramma, waarin zowel kwaliteitseisen staan voor de zorg aan dementerenden als waarin de taken en verantwoordelijkheden van een aantal betrokken organisaties zullen worden vastgelegd. Wat staat het kabinet, gezien de urgentie van het probleem, in de weg om dit zorgprogramma vóór 2004 op te stellen? Kan een overzicht worden gegeven van lopend onderzoek naar dementie en de daarvoor beschikbare onderzoeksgelden? Is er sprake van een toe of afname in beschikbaar onderzoeksgeld?*

Zoals in antwoord op vraag 247 reeds is aangegeven is het de bedoeling om juist in 2003 vorm te (doen) geven aan het landelijk geriatrie programma, waarvan dementie een belangrijk onderdeel is. De doorvertaling van dat programma in regionale acties om ketens voor dementerenden te vormen (eerste en tweede lijn gezamenlijk) en om zorgarrangementen specifiek voor deze groep cliënten binnen de V&V te ontwikkelen zal vervolgens onverwijld ter hand worden genomen. Overigens is o.a. de Stichting Proact (de Zonnehuizen, NIZW, Alzheimer Nederland, e.a.) uit eigen beweging bezig om de zorg voor dementerenden nader invulling te geven. Hiermee zal waar mogelijk rekening gehouden worden bij de uitwerking van het landelijk programma.

Het is niet mogelijk een overzicht te geven van het lopende onderzoek naar dementie, omdat dementie geen onderdeel uitmaakt van een apart onderzoeksprogramma. In allerlei onderzoeksprogramma's wordt onderzoek gedaan naar dementie.

245. *Waarom zijn er geen extra middelen vrijgemaakt voor de uitbreiding van de opleidingsplaatsen van geriateren, de uitbreiding van klinische en poliklinische zorg voor preventie en vroegsignalering ter voorkoming van geriatrische problematiek zoals sociaal isolement en vereenzaming?*

Zie het antwoord op vraag 22.

246. *In hoeverre wilt u projecten voor kleinschalige verpleeghuiscapaciteit voor dementeren stimuleren en kan hierbij worden gereageerd op de brief van de provincie Limburg van 23 juli 2002, u welbekend?*

Het realiseren van projecten voor kleinschalige verpleeghuiscapaciteit, zowel kleinschalige woonprojecten met zorg en dienstverlening op maat als intramuraal, voor dementerenden wordt door mij gestimuleerd. Dit doe ik op meerdere manieren. Ten eerste is de doelgroep dementerenden een prioritaire doelgroep in de derde tender van de woonzorgstimuleringsregeling van VWS en VROM. Het innovatieprogramma Wonen en Zorg (IWZ) medegefinancierd door VWS en VROM, stimuleert instellingen zich te oriënteren op kleinschaligheid.

Daarnaast legt het nieuwe referentiekader verpleging en verzorging van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen de nadruk op kleinschaligheid. Hierdoor zijn er meer mogelijkheden voor kleinschalige woonprojecten voor dementerenden. Daarnaast is er een ontwikkeling gaande waarbij binnen de huidige verpleeghuizen 'kleinschalige zorg' geleverd wordt. Dit gebeurt bijvoorbeeld in de vorm van huiskamerprojecten en leefstijlgroepen binnen verpleeghuizen.

Uitbreiding van kleinschalige verpleeghuiscapaciteit geschiedt via het plaatsen van een project op de prioriteitenlijst voor capaciteitsuitbreiding intramurale bouw, dan wel via de financiële middelen van woningcorporaties, als het om zelfstandig wonen gaat. Ik heb hierbij niet voor ogen stimuleringsmiddelen via de provincies uit te keren, zoals in de brief van de provincie Limburg wordt voorgesteld.

247. *Wanneer wordt gestart met het vormgeven van een landelijk zorgprogramma voor dementerenden? Welke middelen en instrumenten zijn daarvoor beschikbaar?*

Op dit moment worden de mogelijkheden om te komen tot een landelijk zorgprogramma voor dementerenden verkend. Dit is onderdeel van het een programma op het gebied van de geriatrie. Tegelijkertijd worden in het veld projecten gestart die op instellingsniveau de zorg voor dementerenden trachten te beschrijven zowel zorginhoudelijk als kostentechnisch. In de verdere vormgeving van het programma zullen deze ontwikkelingen een plaats krijgen. In het eerste kwartaal van 2003 zal een conferentie worden georganiseerd van deskundigen op dit terrein om met hen de mogelijke vormgeving van het programma gestalte te geven.

Overigens ligt het in de bedoeling om op landelijk niveau te komen tot overeenstemming op hoofdlijnen op een aantal belangrijke organisatorische en randvoorwaardelijke zaken, om vervolgens de daadwerkelijke totstandkoming van "dementieketens" aan regionale partijen op te dragen. Uiteraard kunnen instellingen eveneens binnen de eigen organisatie verder invulling geven aan zorg voor dementerenden, mede als uitwerking van zorgarrangementen die geformuleerd zullen gaan worden in het kader van de functionele aanspraken.

Functionele aanspraken verzorging, verpleging, begeleiding en behandeling zullen door aanbieders op geleide van de vraag nader uitgewerkt worden in concrete zorgprogramma's.

248. *Waarom wordt volstaan met maatregelen voor medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen en wordt in het project niet ook de medische en farmaceutische zorg bij extramurale verpleeg- en verzorgingshuiszorg meegenomen?*

De aanleiding voor de pilots in het kader van de medische en farmaceutische zorg in verzorgingshuizen werd gevormd door het besluit van de Tweede Kamer ten aanzien van de onderbrenging van de verzorgingshuizen onder de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten. Tijdens de politieke debatten over de inhoud en omvang van de aanspraak verzorgingshuiszorg is komen vast te staan dat van onderbrenging van de medische en farmaceutische zorg onder de AWBZ geen sprake kon zijn. Verzekerden die geïndiceerd zouden worden voor opname in een verzorgingshuis, zouden bij opname hun medische zorg blijven ontvangen van een huisarts. Het principe van vrije huisartsenkeuze was daarvoor zeer belangrijk.

De eerdergenoemde pilots zijn uitgevoerd om randvoorwaarden, knelpunten en oplossingen duidelijk te maken als alle betrokken actoren de samenwerking meer expliciet organiseren. In het bovenvermelde debat is extramurale verzorgings- en verpleeghuiszorg uiteraard niet aan de orde geweest. Overigens betekent dit niet dat niet ook voor die situaties gebruik kan worden gemaakt van de bevindingen uit de pilots en de proeftuinen. Belangrijkste aangrijpingspunt blijft ook op dit punt de verbetering van de samenwerking van bij de zorg voor ouderen betrokkenen.

Overigens heeft de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) op 5 november 2002 twee rapporten openbaar gemaakt betreffende medische zorg in psychogeriatrische substitutie projecten en betreffende farmaceutische zorg in verzorgingshuizen. De IGZ is bezorgd over deze aspecten van zorg in verzorgingshuizen en haar belangrijkste aanbeveling is dat het management van verzorgingshuizen, huisartsen, verpleeghuisartsen en apothekers hun verantwoordelijkheid meer waar moeten maken.

De bezorgdheid en aanbevelingen van de IGZ deel ik. Ik ben echter ook van mening dat er in bestuurlijke zin meer duidelijkheid in verantwoordelijkheden en transparantie moet komen en bestudeer de manier waarop dit gerealiseerd kan worden.

*249. Wanneer wordt het wetsvoorstel ter afschaffing van de contracteerplicht ingediend?*

Het wetsvoorstel 'Herziening overeenkomstenstelsel Zfw/AWBZ' omvat onder meer het afschaffen van de wettelijke verplichting voor de landelijke brancheorganisaties om collectieve raamafspraken te maken (Uitkomsten van Overleg). Daarnaast omvat het voorstel het afschaffen van de contracteerplicht in de Ziekenfondswet. Ook neemt het wetsvoorstel de formele belemmeringen weg voor het contracteren van hulp in het buitenland. Het afschaffen van de contracteerplicht leidt tot een toename van het risico voor instellingen; zij zijn dan immers niet langer verzekerd van een contract met één of meer ziekenfondsen. In verband daarmee moet een aantal flankerende maatregelen worden genomen. Over die maatregelen bestaat op dit moment nog onvoldoende duidelijkheid. Daarom valt op dit moment niet te zeggen wanneer het wetsvoorstel wordt ingediend.

*250. Kan in de cijfermatige tabellen (B.2 t/m B.8) in bijlage 1 van de Zorgnota een onderscheid gemaakt worden in enerzijds de mutaties die nog voortvloeien uit het beleid van het voorgaande kabinet ( resulterend in een tussenstand) en anderzijds - in aansluiting daarop - de mutaties die samenhangen met maatregelen die het kabinet doorvoert ( resulterend in de actuele stand Zorgnota 2003)?*

Dit onderscheid is te maken. In bijlage 1 treft u deze overzichten per hoofdstuk aan. In de tabellen zijn in het eerste deel de mutaties opgenomen waarvoor het oude Kabinet verantwoordelijk is. Het oude Kabinet is verantwoordelijk voor de besluitvorming tot en met de Voorjaarsnota en uiteraard de structurele doorwerking van deze besluitvorming. Dit is opgenomen in de bijgevoegde tabellen bij het onderdeel "Uitgaven stand na besluitvorming vorig Kabinet". De mutaties na de Voorjaarsnota-besluitvorming, vallen onder de besluitvorming van het nieuwe Kabinet en deze leiden uiteindelijk tot in de bijlage opgenomen stand "Uitgaven Zorgnota 2003".

*251. Wat is de reden dat na 2005 niet meer wordt geïnvesteerd in opleidingen in de curatieve zorg, en dat na 2003 daarop wordt bezuinigd?*

De reeks bedragen in tabel B.3 geeft de eenmalige intensivering weer voor de vergoeding van extra opleidingsplaatsen in 2002 voor een aantal meerjarige vervolgoopleidingen in het kader van het reduceren van wachtlijsten alsook voor het extra opleiden van verloskundigen. Door het feit dat het eenmalige opleidingen zijn, nemen de bedragen af na 2002; het gaat hier dus niet om een bezuiniging.

252. *Wanneer en op welke exacte wijze zal invulling worden gegeven aan de verhoging clawback/verlaging verzekeraarsbudgettering ad € 90 mln vanaf 2003?*

Op dit moment worden maatregelen voorbereid om de ombuigingen (incl. de taakstelling ad € 280 mln) te verwezenlijken. Binnenkort zal ik de Kamer bij afzonderlijke brief hierover informeren.

253. *Wanneer zal de taakstelling "gepast gebruik" ad € 104,6 mln alsnog worden gerealiseerd door het nemen van een pakketmaatregel?*

Zie het antwoord op vraag 252.

254. *Uit de herschikkingen blijkt dat € 0,7 mln voor de intensivering in de palliatieve zorg wordt weggezet via de VWS-begroting. Wat is hiervan de reden?*

Het bedrag van minus € 0,7 mln dat u in tabel B7 (verpleging, verzorging en ouderen) op pagina 135 aantreft bij herschikkingen voor palliatieve zorg, betreft niet het totale bedrag dat via de VWS-begroting wordt uitgegeven voor palliatieve zorg. Het betreft het bedrag dat vanuit de sector verpleging, verzorging en ouderen naar de sector curatieve zorg is overgeheveld. Het bedrag is dan ook als plus € 0,7 mln terug te vinden in tabel B3 (curatieve zorg) op pagina 125.

Bij de gelden die voor palliatieve zorg via de VWS-begroting worden uitgegeven gaat het om bekostiging van een aantal activiteiten die gericht zijn op onderzoek of ondersteuning en monitoring van de versterking van de palliatieve zorg.

255. *Waarop zijn de kosten van de invoering van DBC's bij ZBO's in 2002 gebaseerd? Waarom zijn deze kosten enkel voor 2002 opgenomen?*

Het gaat hier om een verzamelpost die de volgende subposten omvat:

- a) Een bedrag ad € 0,5 mln dat is opgenomen in de goedgekeurde begroting 2002 van het CVZ ter uitvoering van de subsidieregeling invoering DBC's. De desbetreffende middelen komen ten gunste van de koploperziekenhuizen in het invoeringstraject voor de DBC's.
- b) Een bedrag ad € 133.000, opgenomen in de goedgekeurde begroting 2002 van het CTG, in verband met werkzaamheden die gericht zijn op de invoering van de DBC's.
- c) Een bedrag ad € 54.000, eveneens opgenomen in de goedgekeurde begroting 2002 van het CTG, in verband met werkzaamheden die door het CTG moeten worden verricht met betrekking tot de huisartsendienstenstructuren.

Voorzover de onderhavige activiteiten doorlopen na 2002, is er voorshands van uitgegaan dat de daaraan verbonden kosten worden opgevangen binnen de goedgekeurde begroting(en) 2003 van genoemde ZBO's.

256. *Waarom kennen sommige sectoren in tabel B.9 (zoals curatieve zorg en gehandicaptenzorg) een negatieve groeiruumte in het jaar 2002?*

De in tabel B.9 vermelde bedragen zijn mutaties in de verschillende categorieën groeiruumte. Indien er sprake is van een negatief bedrag in het jaar 2002, dan is dat het gevolg van de aanwending van de op de groeiruumte gereserveerde middelen. Daartoe wordt het bedrag overgeheveld vanuit de groeiruumte op de Aanvullende post naar de betreffende sector.

257. *Op basis van welke criteria is de verdeling van de groeiruumte over de sectoren in tabel B.9 tot stand gekomen?*

De groeiruumte is in een aantal stappen verdeeld. Voor de genees- en hulpmiddelen is uitgegaan van de gemiddelde groei die al langer voor deze sectoren als uitgangspunt geldt: 11% waardegroei voor de geneesmiddelen en 9,5% waardegroei voor de algemene hulpmiddelen. De overige sectoren krijgen uit de groeiruumte ten eerste het deel dat nodig is om de gevolgen van de demografische ontwikkeling op te vangen. Deze is afgeleid van de studie Kosten van Ziekten 1999 van het RIVM. Vervolgens is de resterende volumeruumte evenredig verdeeld over de sectoren die met het Actieplan "Zorg Verzekerd" het meest waarschijnlijk een hogere groei te zien zullen geven.

258. *Waarom is in tabel B.9 een relatief groot deel (€ 396,8 mln in 2003 oplopend tot € 1.777,6 mln in 2006) van de budgettaire groeiruumte in de totale zorgsector nog niet verdeeld naar sectoren? Hoe en wanneer vindt de definitieve toedeling van de totale groeiruumte plaats? Kan een overzicht gegeven worden van de meest recente inschatting van de verdeling van de beschikbare groeiruumte per sector, zowel in euro's als in percentages (met andere woorden: hoeveel groeit een sector per jaar indien de thans beschikbare groeiruumte ook daadwerkelijk in de toekomst wordt toebedeeld vanuit de aanvullende post)?*

De onder "groeiruumte onverdeeld" opgenomen bedragen betreffen hier de bedragen die in de Zorgnota 2003 zijn afgeboekt van deze categorie die in de Zorgnota 2002 nog op de Aanvullende Post stond. De oorsprong van "groeiruumte onverdeeld" was een technische extrapolatie van de zorguitgaven die in de vorige kabinetsperiode werd gehanteerd voor de jaren na afloop van die kabinetsperiode. Er werd wel rekening gehouden met een groei van de zorguitgaven in de periode vanaf 2003, maar niet werd ingevuld aan welke sector die groei ten goede zou komen.

Bij het begin van de nieuwe kabinetsperiode is het beschikbare bedrag opnieuw vastgesteld en nu wel verdeeld over de sectoren. Zolang echter nog geen concrete invulling is gegeven aan de per sector beschikbare bedragen voor volume-groei, blijft die als voor een sector geormerkte groeiruumte op de aanvullende post staan. In de tabellen die voor ieder hoofdstuk in deel D van de Zorgnota 2003 zijn opgenomen, staat deze voor de sector gereserveerde groeiruumte ook vermeld.