

Vergaderjaar 2001–2002

28 008

Zorgnota 2002

Nr. 8

LIJST VAN VRAGEN EN ANTWOORDEN

Vastgesteld 16 november 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft een aantal vragen voorgelegd aan de regering over de Zorgnota 2002.

De minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport heeft deze vragen beantwoord bij brief van 16 november 2001.

Vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,
Van Lente

De griffier van de commissie,
Teunissen

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Middel (PvdA), Van Lente (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Bakker (D66), Rouvoet (ChristenUnie), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Gortzak (PvdA), Hermann (GroenLinks), Buijs (CDA), Atsma (CDA), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Kant (SP), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Mosterd (CDA), Cörüz (CDA), Pitstra (GroenLinks).
Plv. leden: Lambrechts (D66), Rehwinkel (PvdA), Apostolou (PvdA), Örgü (VVD), Verburg (CDA), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Slob (ChristenUnie), Van 't Riet (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Belinfante (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Ross-van Dorp (CDA), Th. A. M. Meijer (CDA), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Marijnissen (SP), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Rietkerk (CDA), Visser-van Doorn (CDA), Van Gent (GroenLinks).

1

Kan de minister inzicht geven in het aantal situaties waarin het niet mogelijk is gebleken een huisarts te vinden?

Uit voorlopige gegevens van de IGZ blijkt, dat er medio 2001 circa 160 praktijken waren die moeite hadden met het vinden van opvolging. Amstelveen en Den Haag zijn concrete voorbeelden van gemeenten waar zich dit voordoet. Overigens betekent dit niet, dat aan patiënten geen huisartsenzorg geboden wordt: veelal nemen de overige huisartsen de praktijk (tijdelijk) waar.

2

Deelt de minister de opvatting dat haar aangezegde wijziging van de WOG betekent dat de positie van de apotheekhoudende huisarts verdwijnt? Klopt het dat de minister daarvoor met name het argument van scheiding van de functies voorschrijven en afleveren bezigt? Heeft de minister aanwijzingen dat deze functievermenging tot problemen heeft geleid in de afgelopen decennia waarin tot genoeg van patiënten en verzekeraars het fenomeen apotheekhoudende huisarts is geaccepteerd? Zo ja, kan zij daarin inzicht geven? Deelt de minister de opvatting dat het EVS sowieso zal leiden tot een situatie waarin objectief op basis van standaarden wordt voorgeschreven, en dus de functiescheiding in een ander perspectief brengt?

De positie van de apotheekhoudende huisartsen behelst thans een achtervangfunctie: alleen in die gevallen waar er geen apotheker in de nabijheid van patiënten gevestigd is, kan een huisarts een vergunning krijgen om de artseneerbereidkunst ten behoeve van zijn patiënten uit te oefenen. Ook in de ons omringende landen bestaat een vergelijkbare regeling met betrekking tot apotheekhoudende huisartsen.

Met de voorgenomen wijziging van de WOG wordt een versterking van de rechtspositie van de reeds praktiserende apotheekhoudende huisartsen gerealiseerd. Zij zullen niet langer bij de komst van een apotheker hun vergunning verliezen maar in concurrentie met elkaar kunnen dingen om het contract met de zorgverzekeraar. Tegelijkertijd worden er geen nieuwe vergunningen afgegeven aan huisartsen om de artseneerbereidkunst uit te oefenen. Zonder deze beëindiging van de vergunningverlening was een verbetering van de rechtspositie van de reeds praktiserende apotheekhoudende huisartsen uit juridisch-technisch oogpunt niet te realiseren. Tegelijkertijd zijn wij van opvatting dat door onder meer de toegenomen mobiliteit van de burger, de verbetering van de infrastructuur in combinatie met de liberalisering van wetgeving waardoor de apotheker zich gemakkelijker kan vestigen en zijn werkzaamheden uitoefenen, de noodzaak bestond tot een herbezinning op de positie van de apotheekhoudende huisarts.

Deze herbezinning heeft geleid tot ons beleidsvoornemen met betrekking tot de apotheekhoudende huisartsen, zoals verwoord in onze brief van 28 juni jl. Overigens is er voor geen enkele andere zorgvorm een wettelijke noodvoorziening geregeld. Het is aan de zorgverzekeraar om voldoende zorg te contracteren.

Het is mij bekend dat men bezorgd is over het voorzieningenniveau in de landelijke gebieden. Men is bevreesd dat de huisartsenpraktijk op het platteland zonder een apotheek niet aantrekkelijk genoeg is zal zijn om de praktijken ook in de toekomst te continueren. Wij vinden het belangrijk dat de praktijk van de huisarts op het platteland in economische zin niet afhankelijk is van inkomsten uit een andere bron. Er dient een goede beloning tegenover de werkzaamheden te staan, die regionaal/lokaal behoort te kunnen verschillen. Dit sluit aan bij het door mij reeds op hoofdlijnen overgenomen advies van de commissie Tabaksblad.

Ik ben van opvatting dat de huisarts en apotheker ieder hun eigen specifieke deskundigheid hebben en aanvullend, in samenwerking met elkaar, een eigen rol hebben te vervullen in de zorg. Zoals reeds eerder is gesteld in het Algemeen Overleg in juli jl., moet de apotheker in een behoorlijk aantal recepten corrigerend optreden.

Naast het argument van de deskundigheid speelt voor mij nog het argument dat de huisarts in de door de Kamer voorgestane situatie zowel de indicatie bij de patiënt stelt, de keuze voor de therapie maakt, het geneesmiddel voorschrijft en aflevert. Het voorschrijfbeleid kan hierdoor meer onder druk van de farmaceutische industrie komen te staan. Wij kiezen er juist voor om artsen meer verantwoording over hun voorschrijfbeleid te laten afleggen, richting zorgverzekeraars maar ook richting apothekers met wie mogelijk afspraken in het FTO-verband over het voorschrijfbeleid zijn gemaakt.

Met inachtneming van de belangen die spelen in het geneesmiddelen-dossier, zijn wij van opvatting dat het een goede zaak is dat de functies van het voorschrijven en het afleveren van geneesmiddelen bij twee verschillende beroepsbeoefenaren liggen die beiden, vanuit hun eigen deskundigheid en ervaring, de optimale farmacotherapie voor de individuele patiënt beoordelen. De apotheker zal zijn inbreng in dit proces nog kunnen verbeteren door in bepaalde situaties ook de onderliggende redenen van het voorschrift te kennen. Dit proces wordt nog versterkt met het onderbrengen van de apotheker onder de reikwijdte van de bepalingen inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst. Het wetsvoorstel dat dit realiseert zal binnenkort worden voorgelegd aan de Raad van State. Hoewel wij het eens zijn met de stelling dat het EVS bijdraagt aan een meer objectieve wijze van voorschrijven, verandert dit ons standpunt over de functiescheiding tussen het voorschrijven en het afleveren in essentie niet. Ook dan blijven wij van opvatting dat de beide beroepen naast elkaar en in samenwerking met elkaar bijdragen aan een zo optimaal mogelijke farmacotherapie voor de patiënt.

3

Een aantal huisartsen heeft nog steeds geen elektronisch voorschrijfsysteem ingevoerd. Welke financiële gevolgen heeft dit voor hen aangezien dit een resultaatsverplichting is uit de meerjarenafspraken?

Het nog niet gebruiken van het EVS heeft geen directe financiële gevolgen voor de individuele huisarts. De periode van implementatie van het EVS loopt tot en met 2002. De implementatie wordt uitgevoerd door de LHV met subsidie van het departement. De verwachting is dat aan het einde van de implementatieperiode vrijwel alle huisartsen zullen beschikken over een EVS.

De financiële verplichting waarvan sprake is, heeft betrekking op het feit dat de beroepsgroep zich verbonden heeft aan een opbrengst als gevolg van besparingen op geneesmiddelen door het gebruik van het EVS van € 136,1 mln (f 300,0 mln) netto. De prognose voor de besparing over 2002 die door het NIVEL is berekend in de evaluatie van de invoering van het EVS bedraagt echter minder: € 23,6 mln (f 52,0 mln). De beroepsgroep is recentelijk verzocht aan te geven op welke wijze de toegezegde besparing alsnog gerealiseerd kan worden.

4

Is de minister bereid om in het vervolg een trefwoordenregister op te nemen?

In de Zorgnota 2001 is een trefwoordenregister opgenomen. In de Zorgnota 2002 «nieuwe stijl» is om een tweetal redenen ervoor gekozen om het trefwoordenregister weg te laten.

Allereerst kunnen er vraagtekens worden geplaatst bij de toegevoegde waarde van een trefwoordenregister. Een aantal in de zorg veelvuldig gebruikte termen (bijv. geneesmiddelen, wachtlijsten, werkdruk, zorg...) komen op veel pagina's in de Zorgnota terug. Hierdoor neemt de gebruikswaarde van de trefwoordenlijst af. Een lijst met in de Zorgnota 2002 gebruikte termen en hun betekenis (zie Bijlage 3) in combinatie met de inhoudsopgave zou voldoende inzicht moeten geven. Verder is de Zorgnota dit jaar meer vormgegeven (in lijn met VBTB) als beleidsdocument. Dit betekent onder meer dat feiten en cijfers, die achtergrondinformatie over de verschillende sectoren in de zorg verschaffen, afzonderlijk gepresenteerd worden in brancherapporten en dat ook overige informatie (onder meer uit de bijlagen) is heroverwogen. Vanuit deze gedachte (een meer beleidsmatig document van geringere omvang) en gezien de vraagtekens ten aanzien van de toegevoegde waarde van het trefwoordenregister, is het trefwoordenregister in de Zorgnota 2002 weggelaten.

Wij zullen echter bezien of het mogelijk is om in de Zorgnota 2003 een (vorm van een) trefwoordenregister op te nemen, dat ook daadwerkelijk aan de beoogde functie kan voldoen.

5

Kan aangegeven worden hoe vaak het gedurende het afgelopen jaar niet mogelijk is gebleken een huisarts te vinden voor een bestaande praktijk, en op welke wijze dan de (eerste) opvang voor medische klachten plaatsvindt? Kan tevens aangegeven worden op welke wijze voor de korte termijn deze problematiek wordt aangepakt, los van de uitbreiding van het aantal opleidingsplaatsen dat de lange termijn behelst?

Uit voorlopige gegevens van de IGZ blijkt, dat er medio 2001 circa 160 praktijken waren die moeite hadden met het vinden van opvolging. De (eerste) opvang bij medische klachten wordt in die situaties veelal verzorgd door de overige huisartsen uit de huisartsengroep, die de praktijk waarnemen zolang geen opvolger is gevonden.

Over de aanpak van deze problematiek zal worden ingegaan in de brief over de modernisering van de huisartsenzorg die de Tweede Kamer zeer binnenkort zal ontvangen als vervolg op het standpunt op hoofdlijnen over het advies van de Commissie Tabaksblad.

6

Kan aangegeven worden wat bedoeld wordt met de opmerking dat de aanpak van wachtlijsten de laatste jaren in een stroomversnelling is gekomen? Gaat het hier om het terugdringen of om initiatieven om de wachtlijsten in kaart te brengen?

Het gaat om beide facetten. Het in kaart brengen van de wachtlijsten levert de benodigde informatie op om gericht een beleid inzake de wachtlijstenaanpak te voeren. Daarnaast is in het kader van de wachtlijstenaanpak aan alle partijen gevraagd om initiatieven te nemen, zoals de onorthodoxe maatregelen, om versneld extra zorgcapaciteit te genereren. Hiervoor zijn ook extra middelen ter beschikking gesteld. Indien meer zorg wordt geleverd kunnen zorgaanbieders ook de extra gelden daarvoor ontvangen (het zgn. «boter bij de vis» principe).

7

Wordt bij de uitbreiding van de plaatsen voor kinderopvang en bij de voorbereiding van de Wet basisvoorziening kinderopvang (WBK) rekening gehouden met of tegemoet gekomen aan flexibele werktijden?

Bij de Regeling uitbreiding kinderopvang en buitenschoolse opvang (RKB) is als gevolg van de motie De Graaf, rekening gehouden met flexibele

werktijden. Gemeenten kunnen namelijk een hogere bijdrage ontvangen voor kindplaatsen die opvang bieden tussen de 2850 en 3240 uren per jaar (vermenigvuldigen met factor 1,3): voor plaatsen tussen de 3240 en 6120 uren per jaar (factor 1,5): en voor plaatsen met 6120 of meer uren openstelling per jaar (factor 3,5). Ook voor de buitenschoolse opvang kunnen de plaatsen die meer dan 1650 uur per jaar zijn opengesteld, vermenigvuldigd worden met een factor 1,2.

Uitgangspunt bij de ontwikkeling van de WBK is dat de systematiek van vraagfinanciering leidt tot een voldoende op die vraag afgestemd aanbod aan flexibele opvang.

8

Welke invloed heeft de dreiging van een economische recessie op de voorgenomen extra inspanningen in de gezondheidszorg?

De geactualiseerde raming van het CPB voor 2001 en 2002 van 1 november jl. rechtvaardigt niet de verwachting van een naderende recessie. De bijgestelde verwachting omtrent de economische groei is niet van dien aard dat de voorgenomen extra inspanningen in de zorg in gevaar komen.

9

Als de vergrijzing als belangrijkste, meest voorspelbare, trend waarmee het overheidsbeleid voor de middellange termijn rekening zal moeten houden, wordt aangemerkt, waarom is hier bij de planning van de capaciteit een aantal jaren geleden geen rekening mee gehouden?

Het inschatten van de toekomstige zorgvraag gebeurt op basis van de demografische ontwikkeling (omvang en bevolkingsopbouw) en de ontwikkeling van de zorgvraag in het verleden. Naast de demografische ontwikkeling spelen echter nog tal van andere factoren een rol, zoals bijvoorbeeld de technologische ontwikkeling, sociaal-culturele ontwikkeling, epidemiologische ontwikkeling. De gevolgen van deze factoren op de zorgvraag in de toekomst zijn moeilijk op voorhand te voorspellen.

10

Geeft de overheid voldoende ruimte aan zorgaanbieders om flexibel en creatief met veranderingen in de zorgvraag om te gaan? Is de overheid bereid «los te laten» en zo ja, kan worden aangegeven op welke wijze dit in de praktijk vorm krijgt?

Op 6 juli 2001 is een brief aan de Kamer gezonden over de vernieuwing van het zorgstelsel en is opnieuw benadrukt dat een herziening van de sturing van de zorg noodzakelijk is («Vraag aan bod»; TK 2000–2001, 27 855, nrs. 1–2). Het streven is de verantwoordelijkheden en de instrumenten zo te herzien dat een zelfregulerend systeem ontstaat. De overheid blijft echter, via het stellen van kaders en het houden van toezicht, verantwoordelijk voor de publieke belangen in de gezondheidszorg (toegankelijkheid, kwaliteit, doelmatigheid/betaalbaarheid en een evenwichtige kostenontwikkeling).

Bij de overgang van aanbodsturing naar vraaggerichte zorg, is het noodzakelijk waar mogelijk concurrentiemechanismen te activeren. Belangrijke voorwaarde hierbij is het onderkennen van de relevante karakteristieken per zorgdeelmarkt. Dan kan het transformatieproces, het «los laten», plaatsvinden zoals in «Vraag aan bod» beschreven: gefaseerd, gedifferentieerd en geëigend. In dat kader worden rond diverse zorgdeelmarkten nadere analyses gemaakt. Vervolgactiviteiten op deze analyses resulteren uiteindelijk in een uitgewerkt implementatieplan voor de betreffende zorgdeelmarkt, inclusief verantwoordelijkheidsverdeling en tijdpad. Uitgangspunt daarbij is zorgaanbieders waar dat enigszins mogelijk is de ruimte te laten flexibel en creatief op de zorgvraag in te spelen. «Vraag

aan bod» bevat een eerste schets voor vijf zorgdeelmarkten, en de toezegging dat het kabinet vóór het einde van de kabinetsperiode een nadere toelichting geeft op de deelmarktanalyses. In het najaar van 2001 is bij twee tranches gestart met het eerste deel van de analyse, het maken van een «foto» van de karakteristieken van de desbetreffende markt. De eerste twee tranches omvatten vijf zorgmarkten: fysiotherapie, overige paramedische beroepen, psychologen, mondzorg, en verloskunde en kraamzorg. De resultaten komen in het voorjaar van 2002 beschikbaar. Mede op basis van evaluatie volgen analyses bij VWS, vervolgonderzoeken en onderzoeken bij andere deelmarkten. De bevindingen van de evaluatie vormen de basis voor de toegezegde Kabinetsbrief aan de Kamer in het voorjaar van 2002.

11

In hoeverre wordt er aandacht besteed aan de versterking van de positie van de zorgvrager in het proces van vraagsturing? Bestaat er bereidheid te investeren in deze rol van de zorgvrager bovenop de € 1,4 mln (f 3,1 mln) die voor informatievoorziening is vrijgemaakt en zo ja, waaruit blijkt dit?

De (individuele) vragen en behoeften van zorggebruikers moeten zo veel mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Dit uitgangspunt vormt al geruime tijd de leidraad voor het beleid, zowel in de manier waarop de inrichting van de zorg als het verzekeringsstelsel wordt bijgestuurd. De afgelopen jaren zijn al de nodige maatregelen genomen om aanbieders van zorg en zorgverzekeraars te stimuleren meer tegemoet te komen aan de vragen en behoeften van degenen die van de zorg gebruik maken. In de in juni aan uw Kamer toegestuurde nota «Met zorg kiezen» is beschreven hoe een vraagegeoriënteerde zorg dichterbij gebracht kan worden door zorggebruikers zelf meer instrumenten in handen te geven. Doel van het beleid is dat zorggebruikers op een zodanige wijze worden toegerust en/of ondersteund, dat zij zelf hun vragen en behoeften kunnen formuleren waardoor zorgaanbieders en -verzekeraars (nog) meer rekening houden met deze vragen en behoeften. Ook worden zorggebruikers verder toegerust en ondersteund bij het maken van keuzes voor zorg en een verzekering. In de nota worden hiertoe vijf toerustingsniveaus onderscheiden:

- een adequate rechtspositie;
- actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie;
- onafhankelijke, betrouwbare en laagdrempelige vormen van advies en begeleiding;
- individuele en collectieve inkoopmacht;
- collectieve onderhandelingsmacht.

Voor de uitvoering van activiteiten in de nota «Met zorg kiezen» is € 1,4 mln (f 3,1 mln) uitgetrokken. ZON-Mw is gevraagd door middel van haar programma's bij te dragen aan de realisatie van de beleidsvoornemens in «Met zorg kiezen». Hiermee is een bedrag gemoeid van circa € 9 mln (f 19,8 mln). Verder is in 2001 een bedrag van € 22 mln (f 48,5 mln) naar de Stichting Patiëntenfonds gegaan. Deze stichting subsidieert met middelen van VWS een groot aantal organisaties uit de patiënten/consumentenbeweging.

12

De verantwoordelijkheid van de overheid wordt meer kaderstellend en toezichthoudend in plaats van uitvoerend. Deze omslag vergt een forse beleids- en regie-inspanning van de overheid, niet alleen wat betreft wijziging van wet- en regelgeving, maar ook om maatschappelijke organisaties goed voor te bereiden en te komen tot een omslag in het sturings-instrumentarium.

In de beoogde eindsituatie, waarin sprake is van een in gereguleerde concurrentie tot stand te brengen evenwicht tussen vraag naar en aanbod van zorg, is een sterke rol en eigen verantwoordelijkheid vastgelegd voor de partijen; zorgvragers, zorgaanbieders en zorgverzekeraars. De overheid stelt hiervoor de kaders; de kaders waarbinnen partijen hun eigen taken, bevoegdheden en verantwoordelijkheden, met de hen ter beschikking staande instrumenten, moeten realiseren. De overheid draagt ook zorg voor het waarborgen van de publieke belangen als toegankelijkheid, betaalbaarheid, kwaliteit en een evenwichtige kostenbeheersing. Zij toetst daarop het feitelijk handelen van partijen die zich daarover op een transparante en toegankelijke wijze periodiek moeten verantwoorden. Dat toezicht is een belangrijke taak van de overheid en verschaft de overheid, de argumenten, de legitimatie om, daar waar nodig te interveniëren. Voor het tot stand brengen van deze situatie is een omslag nodig van het huidige sterk aanbodgeruleerde sturingsstelsel naar een systeem van decentrale vraagsturing. Dat vergt een zorgvuldig transitieproces waarin partijen moeten worden aangespoord hun verantwoordelijkheid daadwerkelijk te nemen, waarin de wet- en regelgeving moet worden aangepast, waarin de markten moeten worden gemaakt en nieuwe instrumenten moeten worden ontwikkeld. In dat transitieproces is het een taak van de overheid de regie te houden over de ontwikkeling van het proces. Is dat proces voltooid dan zal de overheid ook terugvallen op haar eigen kaderstellende taak voor het kunnen blijven waarborgen van de publieke belangen. Kaderstellend en toezichhoudend is de rol van de overheid in de eindsituatie; in de overgangsfase voert de overheid een regie-inspanning om het proces in goede banen te leiden en te houden en waar nodig het instrumentarium of de wet- en regelgeving bij te stellen.

13

Welke spanningen in de overgang van centrale aanbodsturing naar decentrale vraagsturing zijn er tot op heden geïdentificeerd en opgelost?

Een belangrijke spanning die tot op heden is geïdentificeerd bij de overgang van centrale aanbodsturing komt voort uit het dilemma: zorgvuldigheid versus snelheid. De overgang naar een meer marktgeoriënteerde omgeving vergt aanpassingen op vele onderdelen van de bestaande regelgeving, zowel bij de inrichting van zorgverzekeringen (ZFW/AWBZ) als bij de aanbodregulerende wetten (WTG/WZV). Het is verleidelijk om vanuit de roep om snelheid te proberen in onderlinge samenhang vele onderdelen tegelijk te veranderen. Enkele ervaringen in de negentiger jaren (eerst de revalidatiezorg en later de thuiszorg) hebben echter aangetoond dat dit niet de juiste weg is. Voor een succesvolle overgang zijn de factoren kennis en cultuur zeer bepalend. Kennis moet stapsgewijs worden opgebouwd en cultuurverandering kan slechts stapsgewijs plaatsvinden. Voorbeelden van processen die op dit moment op deze wijze plaatsvinden zijn het opbouwen van de risicodragendheid van zorgverzekeraars, het aanpassen van bekostigingssystemen van instellingen en zorgverleners, het leggen van verantwoordelijkheid en keuzemogelijkheden bij de burgers en het losser maken van de aanbodsturende wet- en regelgeving.

Een andere spanning die zich manifesteert is die tussen macrokostenbeheersing en het vergroten van decentrale verantwoordelijkheid (van verzekeraars). In het actieplan «Zorg verzekerd» van een jaar geleden heeft het kabinet ingestemd met een aanvulling op de budgettaire spelregels, die het twee keer per jaar mogelijk maakt om afspraken tussen verzekeraars en aanbieders die tot daadwerkelijke productieverhoging leiden bij de reguliere budgettaire afwegingsmomenten te betrekken. Dit kan worden

gezien als een eerste stap. Meer algemeen is in de nota Vraag aan bod uiteengezet dat de huidige macrokostenbeheersing, die is gericht op het budgetteren van uitgaven van zorgaanbieders, zich moeilijk verdraagt met een model waarin zorgverzekeraars in onderhandeling met de zorgaanbieders aan de vraag van verzekerden/patiënten tegemoet moeten komen, gegeven de wettelijke zorgaanspraken. Als een cruciale randvoorwaarde waarbinnen een toekomstig aangepast systeem van macrokostenbeheersing zal moeten functioneren is daarbij in ieder geval genoemd dat de beschikbare budgettaire ruimte gebaseerd moet zijn op een realistische raming van de vraag.

14

Ziet u een spanning tussen het nemen van eigen verantwoordelijkheid als ideaal én het feitelijk capabel zijn daartoe? Zo ja, op welke wijze heeft u aandacht voor de positie en de mogelijkheden van verstandelijke gehandicapten en oudere mensen bij de vereenvoudiging van het persoonsgebonden budget?

Een belangrijke opgave voor de modernisering van de AWBZ is in te spelen op de maatschappelijke ontwikkeling waarbij burgers zich steeds mondiger opstellen en uitdrukkelijk te kennen geven zelf vorm en inhoud te geven aan hun leven. Het vergroten van de keuzevrijheid, keuzemogelijkheden en meer zorg op maat staat hierbij centraal. De vereenvoudiging van het PGB moet er voor zorgen dat mensen die daar bewust voor kiezen de mogelijkheid krijgen om zelf en onder eigen verantwoordelijkheid hun zorg te organiseren zonder een overdaad aan bureaucratie. Anderzijds zal ook het natura systeem zo gewijzigd worden dat ook mensen die niet zelf deze verantwoordelijkheid willen nemen, in staat gesteld worden een zorgpakket op maat te ontvangen.

15

Hoe worden de belangen van de zorgvragers gewaarborgd wanneer de zorgverzekeraars in het nieuwe stelsel de zorgverlening gaan regisseren en organiseren? Hebben zorgverzekeraars wel voldoende kennis van de zorgvraag in huis om de gewenste zorg in te kopen?

Het is van belang dat ook in het toekomstige verzekeringsstelsel de publieke belangen van de zorg (kwaliteit, toegankelijkheid en kostenbeheersing) voldoende zijn geborgd. Daartoe voorziet het kabinetsvoorstel in enkele waarborgen die als het ware zijn ingebakken in het verzekeringsstelsel. De algemene verzekering curatieve zorg geldt voor alle Nederlandse ingezetenen. De zorgverzekeraars die deze wettelijke verzekering uitvoeren, hebben een acceptatieplicht (ongeacht het gezondheidsrisico van de verzekerde). Desgewenst kan de verzekerde jaarlijks van verzekeraar veranderen. Voorts komt er een sluitend systeem van risicoverevening. Het doel daarvan is te voorkomen dat verzekeraars zich meer gaan richten op het selecteren van verzekerden dan op hun eigenlijke rol in het nieuwe systeem: die van actieve zorginkoper. De verzekering dekt noodzakelijke zorg. De omvang van het pakket is in de wet vastgelegd in functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken. De verzekeraar heeft hierdoor de mogelijkheid om, gegeven de wettelijke aanspraken, die zorg te contracteren die het beste aansluit bij de behoefte van de verzekerden.

Een goed werkend verzekeringsstelsel stelt hoge eisen aan de informatievoorziening en aan de transparantie. Om de gewenste zorg te kunnen contracteren moet een verzekeraar enerzijds inzicht hebben in de wensen van de verzekerden en anderzijds op de hoogte zijn van aard en omvang van het zorgaanbod. Tegelijkertijd zal het contracteerbeleid dusdanig transparant moeten zijn zodat kan worden nagegaan in hoeverre de verzekeraar de wettelijke zorgplicht nakomt en wat de resultaten daarvan zijn.

Overigens hebben de meeste verzekeraars al ervaring in het contracteren van zorg. Daarbij is de afgelopen jaren meer aandacht besteed aan het selectief contracteren, bijvoorbeeld bij de aanpak van wachtlijsten.

16

Welke invloed krijgen verzekerden op het beleid van de zorgverzekeraar in het nieuw stelsel? Welke rol ziet de overheid voor zichzelf?

Een belangrijk beïnvloedingsinstrument is de vrije verzekeraarskeuze, waarbij verzekerden de mogelijkheid krijgen om (jaarlijks) van verzekeraar te veranderen. Daarnaast wordt onderzocht hoe de invloed van verzekerden op het gedrag van verzekeraars vergroot kan worden. De commissie Health Insurance Governance (commissie Glasz) zal advies uitbrengen over de eisen die gesteld moeten en mogen worden aan zorgverzekeraars over hun in- en externe verantwoording.

De overheid zal in de wijze waarop de publieke belangen worden geborgd meer optreden als kadersteller en toezichthouder. De daartoe benodigde herziening van de verantwoordelijkheidsverdeling tussen overheid en veldpartijen laat de verantwoordelijkheid van de overheid voor de publieke belangen in de zorg intact. Daarbij dient de overheid ook over een effectief instrumentarium te beschikken om die rol waar te maken. Een dekkend toezichtsregime, mogelijkheden om in te grijpen als de publieke belangen onvoldoende gewaarborgd blijken en systematische beschikbaarheid van informatie maken daar onderdeel van uit.

17

Waarom doet de overheid geen poging om ook in de cure over te gaan tot het instellen van PGB's?

Persoongebonden budgetten lenen zich vooral voor het inkopen van zorg door mensen die langdurig op die zorg zijn aangewezen. Bij de cure gaat het vaak om korte, niet lang tevoren voorziene contacten met hulpverleners. Huisartsenhulp, ziekenhuiszorg en dergelijke lenen zich minder voor persoonsgebonden budgetten. Mogelijk ligt dat anders voor productgebonden budgetten. In dat verband wijzen wij op het productgebonden budget voor hulpmiddelen dat met ingang van 1 juli 2001 is ingevoerd.

18

Kan aangegeven worden welke deelmarktonderzoekingen in 2002 zullen worden afgerond in het kader van MCZ 2005?

Zie het antwoord op vraag 10.

19

De hervorming van het zorgstelsel is de omslag van een aanbodgestuurd stelsel naar een vraaggericht zorgsysteem, met prikkels voor alle partijen om de premiemiddelen zo doelmatig mogelijk te besteden. Kunnen per partij «de prikkels» genoemd worden?

Om de doelmatigheid en een beheerste ontwikkeling van de kosten te bevorderen, kent de nieuwe verzekering prikkels voor de afzonderlijke betrokkenen. De nota «Vraag aan bod» vermeldt onder meer de volgende prikkels. Functioneel gedefinieerde verzekeringsaanspraken en een contracteervrijheid bieden de verzekeraar de mogelijkheid om selectief te contracteren. Tegelijkertijd zal de verzekeraar voldoende rekening moeten houden met de wensen van de verzekerde, zowel qua verzekeringsaanbod als qua premie, omdat deze de mogelijkheid heeft om jaarlijks van verzekeraar te veranderen.

Het loslaten van de contracteerplicht, wijzigingen in de bekostiging en het persoonsgebonden budget in de AWBZ stimuleren zorgaanbieders tot een

doelmatig zorgaanbod, dat aansluit bij de wensen van de klant. Tegelijkertijd komen er voor nieuwe zorgaanbieders meer toetredingsmogelijkheden. Prikkels ten aanzien van de verzekerde zijn onder meer een nominale premie van voldoende omvang en keuzemogelijkheden als een vrijwillig – aan een maximum gebonden – eigen risico of een preferred provider arrangement. Ook de eventuele invoering van een systeem van verplichte eigen betalingen (eigen bijdragen of een eigen risico) kan voor de verzekerde een extra prikkel vormen.

20

Hoe stelt de regering zich voor dat de financiering van startende gezondheidscentra gegarandeerd kan worden als verzekeraars (vanaf 2005) de zorgverlening vraaggericht registeren en organiseren?

Zoals in de antwoorden op kamervragen van het lid Kant (SP) d.d. 14 september 2001 is aangegeven, wordt gewerkt aan het omzetten van de huidige subsidieregelingen voor gezondheidscentra en samenwerkingsverbanden in een financieringsregeling in het kader van de Wet Tarieven Gezondheidszorg (WTG). Deze wordt geconcretiseerd in een aanvraag om een uitvoeringstoets aan het College Tarieven Gezondheidszorg (CTG). De voorgenomen overgang van de (in principe tijdelijke) subsidieregeling voor gezondheidscentra naar reguliere financiering via WTG biedt de banken een degelijker basis voor kredietverlening. Het onderwerp van de aanloopkosten van startende centra zal in de uitvoeringstoets meegenomen worden. Daarmee wordt in lijn met het beleid rond de modernisering van de curatieve zorg de basis gelegd voor een meer vraaggerichte aanpak, waarin de zorgverzekeraars en aanbieders flexibeler kunnen inspelen op lokale behoeften en omstandigheden. Beoogd wordt toepassing op de financiering van gezondheidscentra en andere samenwerkingsverbanden in de curatieve zorg, met uiterlijke invoering per 1 januari 2003. Een overgangsregeling voor de huidige gezondheidscentra naar een nieuwe financieringssystematiek is daarin voorzien.

21

De minister sluit zich aan bij het advies van de SER om een basispakket tegen eenzelfde premie verplicht te stellen. Waarom komt de minister nu met deze mededeling? Wordt een nominale of een procentuele premie bedoeld?

De pakketafbakening en de premiestelling zijn belangrijke elementen in de door het kabinet gepresenteerde profielschets van een algemene verzekering voor curatieve zorg. Die profielschets maakt onderdeel van de in het regeerakkoord aangekondigde voornemens van het kabinet voor vernieuwing van het zorgstelsel, beschreven in de nota «Vraag aan bod». Het kabinet is van oordeel dat afspraken over de premiestructuur onderdeel dienen te zijn van politieke besluitvorming aan het begin van de volgende kabinetsperiode, als het volledige afwegingskader met betrekking tot de te verwachten budgettaire ruimte, de voorziene inkomensontwikkelingen en het geheel van beleidsmatige prioriteiten beschikbaar is. In de visie van het kabinet zal de nominale premiecomponent van voldoende omvang dienen te zijn om als prikkel voor concurrentie tussen verzekeraars en kostenbewustzijn bij de burgers effectief te zijn.

Nominale premies kunnen tussen verzekeraars uiteraard verschillen, maar een zorgverzekeraar moet voor het basispakket voor al zijn verzekerden dezelfde premie heffen (risicosolidariteit).

22

Kan de regering zichtbaar maken met welke autonome groei van de zorgvraag door demografische factoren en nieuwe medische mogelijkheden rekening moet worden gehouden de komende 8 jaar?

Het CPB en het SCP hebben in samenwerking met het RIVM de publicatie «Een scenario voor de zorguitgaven 2003–2006» uitgebracht. Men richt zich hierin – zoals de titel al aangeeft – op de komende kabinetsperiode. Een doorkijk naar de komende *acht* jaar wordt niet gegeven. Voor de komende kabinetsperiode ramen de planbureaus 1,1% volumegroei voor demografische ontwikkelingen (0,6% bevolkingsgroei + 0,5% vergrijzing). Voor de moeilijk te scheiden factoren technologie en sociaal-culturele trends gezamenlijk (waaronder de nieuwe medische mogelijkheden) ramen de planbureaus een volumegroei van 1,4% per jaar. In deze laatste raming is rekening gehouden met algemeen restrictief beleid ter grootte van 0,3% per jaar.

23

Is de minister bereid om eenvoudige indicatiestellingen over te laten aan de huisarts (motie Dankers)?

In de brief aan de Tweede Kamer van 17 juli 2001 (TK 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 225) is beschreven hoe het achterliggende doel van de motie Van Vliet – een snelle en klantvriendelijke indicatiestelling – kan worden gerealiseerd op een andere wijze dan in de motie is voorgesteld. Na overleg met betrokken partijen is ervoor gekozen een versnelde procedure te ontwikkelen voor de korte en enkelvoudige indicatiestelling zonder dat daarbij van extra administratieve belasting sprake is bij huisartsen en ziekenhuizen. Onderdeel van deze aanpak is snelle mandatering op grond van eenvoudige regels en toetsing achteraf onder formele verantwoordelijkheid van de indicatieorganen. Daarbij wordt ook gewaarborgd dat de juridische positie van de cliënt niet verzwakt wordt en dat hij of zij na de indicatiestelling in vrijheid moet kunnen kiezen voor hetzij een persoonsgebonden budget, hetzij voor zorg in natura. De LVIO (Landelijke Vereniging van Indicatieorganen) heeft inmiddels een concept procedure opgesteld. Hierover zal met de betrokken partijen afrondend overleg worden gevoerd waarna een definitieve procedure kan worden vastgesteld. Bij het opstellen van het nieuwe functiegerichte indicatieprotocol wordt hiermee rekening gehouden, zodat deze deel uit maakt van de voorgeschreven protocolerings.

24

Het is de verwachting dat de in sommige regio's zichtbare aanzienlijke afname in wachttijd in de thuiszorg, zich landelijk doorzet. Waarop is die verwachting gebaseerd?

Verwacht wordt dat de thuiszorg een groter deel van de productieafspraken 2001 zullen realiseren. Instellingen die in 2000 door een moeilijke arbeidsmarkt weinig extra personeel konden werven, hebben daar nu deels in kunnen voorzien. De verwachting betekent overigens niet dat in het gehele land de trend zich in dezelfde mate zal voordoen. In sommige delen van het land, met name het westen, blijft het werven van extra personeel moeilijk.

25

De productie in de ziekenhuissector is in de eerste helft van dit jaar toegenomen ten opzichte van vorig jaar, met een stabilisering van de wachttijden. Deze tendens zal zich in 2002 versterkt moeten voortzetten, met een daling van de wachttijden. Hoeveel extra productie is in de eerste helft van dit jaar ten opzichte van vorig jaar geleverd?

Is hiermee voldaan aan de zogenoemde «Treeknormen»?

Zorgverzekeraars Nederland (ZN) heeft medio 2001 geïnventariseerd hoeveel productie is afgesproken voor 2001 en voor welke specialismen dan wel specifieke verrichtingen. Op pagina 21, tabel 5, van de Zorgnota

wordt de toename in de ontwikkeling gepresenteerd voor cataract-, knie- en heupoperaties. Verder meldt ZN dat er ten opzichte van de eerste helft 2000 meer is afgesproken voor dagopname en minder voor klinische opname. Het aantal eerste polikliniekbezoeken neemt ook toe. Het aantal verpleegdagen daalt. De definitieve uitkomst voor 2001 is nu nog niet bekend. Dit komt mede doordat het hele jaar door productie-afspraken kunnen worden gemaakt. Mei 2002 zal het CTG hierover rapporteren. De ervaring met de electieve zorg in de afgelopen jaren heeft geleerd dat een toename van de productie niet hoeft te leiden tot verkorting van de wachttijden doordat de toenemende vraag het effect teniet doet. Het niveau van de Treeknormen is nog niet voor alle specialismen gerealiseerd. Met name orthopedie, oogheelkunde en plastische chirurgie blijven lange wachttijden kennen ten opzichte van de Treeknormen.

26

Het verschil in ziekteverzuim tussen de zorgsector en het bedrijfsleven moet in de komende vier jaar met ten minste de helft dalen. Wat is op dit moment het ziekteverzuimpercentage in de zorgsector? Wat is op dit moment het ziekteverzuimpercentage in het bedrijfsleven?

Bij de ondertekening van het arbeidsmarktconvenant is uitgegaan van de ziekteverzuimcijfers 1999 van het CBS van zorg en welzijn en Nederland als geheel. Het ziekteverzuimpercentage van zorg en welzijn was in 1999 7,8 en het ziekteverzuimpercentage van Nederland als geheel was in 1999 5,4.

De ondertekenaars van het arbeidsmarktconvenant hebben wat het onderwerp ziekteverzuim betreft de doelstelling geformuleerd dat aan het eind van de convenantsperiode (begin 2004) het verschil in ziekteverzuimpercentage moet zijn gehalveerd. Dit betekent voor de cijfers van 1999 dat het verschil 2,4 procentpunt was en dat op basis van die cijfers het verschil gereduceerd moet worden met 1,2 procentpunt.

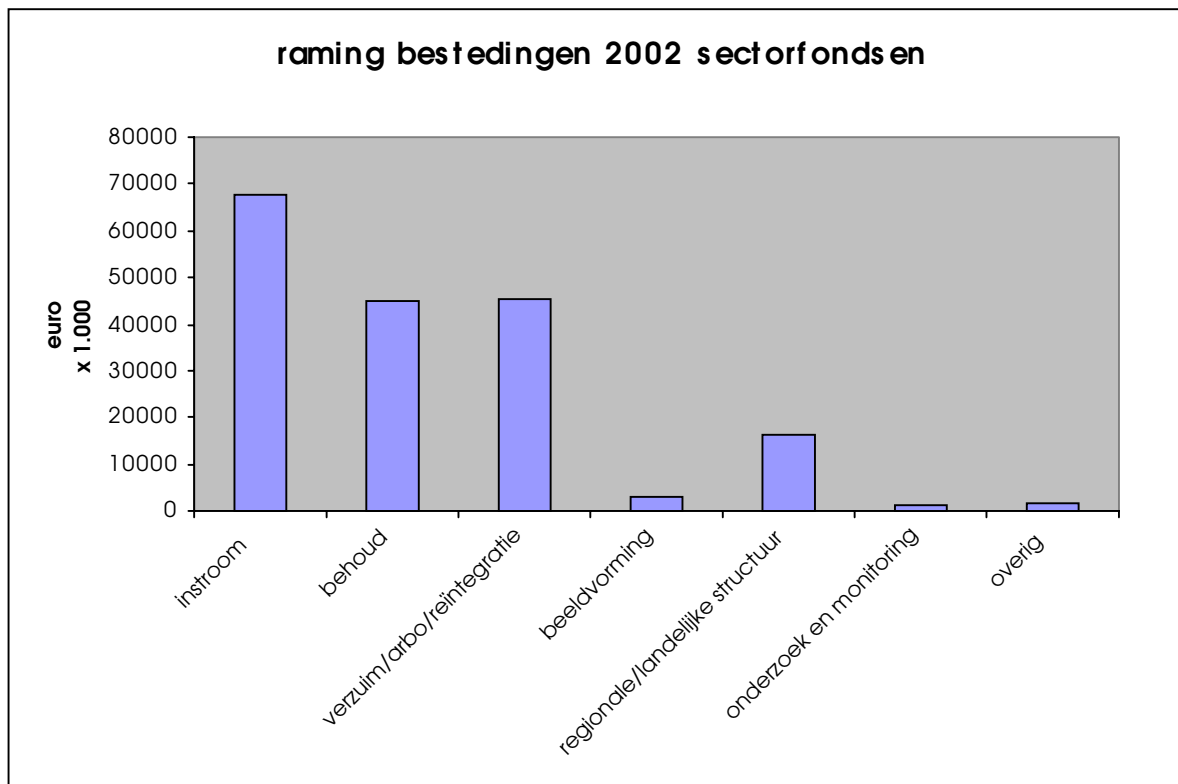
De meest recente ziekteverzuimcijfers van zorg en welzijn en Nederland als geheel zijn de ziekteverzuimcijfers 2000 van het CBS. In 2000 is het ziekteverzuimpercentage van zorg en welzijn gestabiliseerd op 7,8. Het ziekteverzuimpercentage van Nederland als geheel is licht gestegen naar 5,5.

Volgens de letter kan de doelstelling worden gehaald doordat het ziekteverzuim in Nederland stijgt. Volgens de geest van het convenant doelen we nadrukkelijk op een daling van het ziekteverzuim in zorg en welzijn.

27

Hoeveel geld wordt jaarlijks overgemaakt aan de sectorfondsen? Wordt al dit geld jaarlijks door de sectorfondsen besteed? Kan worden aangegeven hoeveel geld de sectorfondsen waaraan besteden? Welke resultaten worden geboekt?

De laatste jaren zijn, met het oog op de toenemende arbeidsmarkt-knelpunten, de sectorfondsmiddelen aanzienlijk toegenomen om gericht faciliterend arbeidsmarktbeleid te voeren. In 2002 komt, na toetsing van de bestedingsplannen door VWS, een bedrag van ongeveer € 200 mln (f 440,7 mln) beschikbaar voor de sectorfondsen. De middelen worden ingezet op de volgende speerpunten:



De middelen worden ingezet voor onderzoek en instrumentontwikkeling enerzijds en anderzijds voor subsidieregelingen, die instellingen stimuleren om actief aan de slag te gaan met goed personeels- en arbeidsmarktbeleid. Voorbeelden van projecten zijn opgenomen in bijlage 1. Het is niet eenvoudig om resultaten van bijvoorbeeld de Kaderregeling Arbo, Verzuim en Reïntegratie (AVR) direct te koppelen aan een daling van het ziekteverzuim. Resultaten van investeringen op dit gebied zijn immers pas na enkele jaren te verwachten en daarnaast hangt een daling van het ziekteverzuim van meer af dan alleen de ondersteuning van het sectorfonds. Het grote gebruik van de Kaderregeling AVR geeft in ieder geval wel aan dat de regeling duidelijk in een behoefte voorziet. Inmiddels is het bereik van deze Kaderregeling gegroeid tot instellingen die 80% van de werkzame personen vertegenwoordigen.

In de systematiek van de sectorfondsen, worden verstrekte subsidies aan de instellingen in jaar t voor een deel pas in jaar t+1 volledig uitbetaald. De lasten zijn dan wel in jaar t aangegaan, maar de definitieve betaling vindt in dat geval vertraagd in het begin van jaar t+1 plaats. De kaspositie op het eind van het jaar t kan dan op het eerste gezicht ruim ogen, maar hier staan betalingen in het begin van het jaar t+1 tegenover. Rekening houdend met deze vertraagde liquiditeitsbehoefte heeft VWS de bevoorschotting van de sectorfondsen in 2001 getemporeerd.

Overigens kunnen sectorfondsen geen middelen oppotten. Jaarlijks mag, conform de Kaderwet Volksgezondheidssubsidies, slechts 10% van de middelen (waar geen lasten tegenover staan) worden overgeheveld naar het volgende jaar. Het eventuele meerdere dient te worden terugbetaald aan het ministerie van VWS.

28

Op grond waarvan mag verondersteld worden dat de uitbreidingsdoelstelling van circa 70 000 kinderopvangplaatsen eind 2002 ruimschoots wordt verwezenlijkt?

De ontwikkelingen en uitbreidingen in de kinderopvang worden al meerdere jaren gevolgd via de SGBO monitor. Deze monitor wordt ingevuld door gemeenten en, indien van toepassing, door stadsdelen. Sinds vorig jaar wordt er eveneens een monitor gehouden naar de recente uitbreidingen in het kader van de taakstelling van 72 000 kindplaatsen. Deze monitor wordt verzorgd door Deloitte en Touche en het Netwerkbureau. Hieruit is gebleken dat eind 2000 reeds 45% van de taakstelling was gerealiseerd. Met nog ruim twee jaar te gaan en rekening houdend met de zekere uitbreidingsverwachting die gemeenten opgaven, is in positieve zin geconcludeerd dat de uitbreiding goed gelijk oploopt met de taakstelling. Binnenkort volgt een nieuwe meting.

29

Hoe verhoudt zich de ontwikkeling van de vraag naar kinderopvang tot de uitbreidingsdoelstelling van circa 70 000 kinderopvangplaatsen?

De groei van het aantal kinderopvangplaatsen lijkt vooralsnog niet tot verdwijning of oplossing van de wachtlijsten te leiden. Verklaring hiervoor kan gevonden worden vanuit het credo dat het aanbod de vraag doet ontstaan: meer bekendheid en vanzelfsprekend gebruik van kinderopvang, doet de vraag naar kinderopvang toenemen. Dit heeft tevens tot gevolg dat meer gebruikers ook langer van opvang gebruik zullen maken: kinderen die eerst naar kinderopvang voor 0–4-jarigen gaan, gaan zodra ze naar school gaan ook naar de buitenschoolse opvang. Het toenemende aanbod van kinderopvang en de verbeterde mogelijkheden (zoals steeds meer werkgevers die dit in hun CAO opnemen) en de krappe arbeidsmarkt beïnvloeden de arbeidsdeelname van ouders (vrouwen, herintreders). Hierdoor ontstaat er ook steeds minder aanbod aan informele opvang, zoals de buurvrouw of grootouders. Volgens berekening van het SCO/SCP-rapport is dit in 2003 in evenwicht.

30

Wordt met de doelstelling, i.c. halvering verzuim, bedoeld halvering ten opzichte van het verzuim in het bedrijfsleven op dit moment of halvering ten opzichte van het bedrijfsleven over vier jaar?

Zie het antwoord op vraag 26.

31

Hoeveel geld hebben de sectorfondsen op dit moment in kas?

Zie het antwoord op vraag 27.

32

Is de minister op de hoogte van buitenlands onderzoek waarin wordt gesteld dat het instellen van extra middelen niet automatisch in kortere wachttijden resulteert? Inputsturing komt voort uit een onderschatting van de complexiteit van de wachtlijst problematiek enerzijds en een overschatting van de mogelijk van beleidsmakers in het aansturen van complexe systemen anderzijds (oratie professor Kenis, p. 14). Deelt u deze mening? Zo ja, bent u bereid uw beleid inzake het oplossen van wachtlijsten middels het oplossen van personeelsschaarste in dit licht aan te passen?

In Nederland is vergelijkbare informatie beschikbaar. Ook Prismant concludeert in haar evaluatie rapport over de wachtlijstmiddelen 2000 dat ondanks alle extra middelen en de toegenomen productie de wachttijden niet korter worden.

De wachtlijstproblematiek is zeer complex en kent vele facetten. Eén en ander wordt ook aangegeven op pagina 21 van de Zorgnota. Zowel het functioneren van het ziekenhuis zelf, van de instellingen onderling, de arbeidsmarkt en als de bekostiging spelen een rol in het geheel. Zorg wordt via vele schakels ontvangen en elke schakel moet van goede kwaliteit zijn. De afstemming tussen die hele keten is zeer ingewikkeld en vele belangen spelen daarin een rol. Daarom wordt meer ruimte overgelaten aan het lokaal overleg zodat op het instellingsniveau, waar de zorg geleverd moet worden, ook de keuzes ten aanzien van alle aspecten van de zorg kunnen worden gemaakt.

Het oplossen van de personeelsschaarste is en blijft een heel belangrijk aspect waaraan ook de overheid een bijdrage kan en moet leveren. Binnenkort zal de Kamer het plan van aanpak uitbreiding capaciteit zorgverleners ontvangen waarin het capaciteitsbeleid aan de orde komt.

33

Waarom gaat u uit van de «boter bij de vis» benadering bij het toekennen van extra geld aan zorgverzekeraars bij het terugdringen van de wachtlijsten en wachttijden? Hoe staat u tegenover het argument van Arcares dat voorinvesteringen voorafgaand aan het daadwerkelijk realiseren van productie óók uit de wachtlijstmiddelen zou moeten kunnen worden onttrokken?

Bij de beoordeling om extra middelen in het kader van de wachtlijsten toe te kennen, gaan de zorgkantoren eerst na of de zorginstellingen hun eigen mogelijkheden voor het leveren van zorg ten volle benut hebben. Bij de extra productieafspraken geldt het «boter bij de vis»-principe, dat wil zeggen dat alleen de daadwerkelijk gerealiseerde extra productie aanvullend gefinancierd wordt. Voor deze extra productie worden tarieven per uur op basis van de integrale kostprijs gehanteerd, waarin ook de kosten van werving inbegrepen zijn. Er zijn derhalve geen argumenten om in het kader van de aanvullende productieafspraken voorinvesteringen te plegen, zoals door Arcares wordt voorgesteld.

34

Bent u bereid om de oorzaak van de dreigende tekorten aan verplegend en verzorgend personeel ook te zoeken in de sterke doorstroom van dergelijk personeel in managementfuncties? Bent u bereid om maatregelen te treffen om deze doorstroom te verminderen door het «werk aan bed» aantrekkelijker te maken ten opzichte van het «werk aan het bureau»? Zo ja, aan welke concrete maatregelen denkt de minister?

Eén van de speerpunten van het arbeidsmarktbeleid is het (zorg)personeel voor de zorgsector te behouden. Om dat te bereiken worden er onder andere allerlei activiteiten ontplooid om «het werk aan bed» aantrekkelijker te maken. Een neveneffect van het aantrekkelijker maken van «het werk aan bed» zal ongetwijfeld zijn dat een aantal zorgverleners niet of later zal overstappen naar een managementfunctie. Dat is prima. Maar het zal niet een doel op zich moeten worden om zorgpersoneel niet of later door te laten stromen naar managementfuncties. Dat staat namelijk haaks op de noodzaak om werknemers, waaronder verpleegkundigen en verzorgenden, ruime loopbaanperspectieven te bieden.

Overigens ligt de primaire verantwoordelijkheid voor het oplossen van de problemen op de arbeidsmarkt bij sociale partners en – zeker in de onderhavige casus – bij het instellingsmanagement.

Kan nu reeds aangegeven worden waar de opleidingsduur van opleidingen bekort kan worden, waar administratieve ontlasting mogelijk is en waar zorgtaken kunnen worden overgedragen aan lager opgeleiden?

Goede mogelijkheden voor het bekorten van de duur van opleidingen lijken aanwezig te zijn voor de huidige relatief lange en uniforme opleidingstrajecten voor medisch specialisten. Door een betere fasering en meer differentiatie aan te brengen in het opleidingscontinuüm van arts tot medisch specialist kunnen eerder en meer uitstroommomenten worden ingebouwd. Zo kan met de beroepsuitoefening beter aangesloten worden op in gang zijnde vernieuwingen (ketenzorg, differentiatie van het zorgaanbod) in de zorgsector. Winst is ook te behalen door het verbeteren van de doorstroming binnen opleidingen alsmede van de aansluiting en doorstroommogelijkheden tussen verwante beroepsopleidingen in het mbo, hbo en wo.

Taakherschikking oftewel het overdragen van zorgtaken aan lager opgeleiden is reeds gaande op het gebied van de zorg voor chronisch zieken in de huisartsenzorg, in de mondzorg, de oogzorg, de farmaceutische zorg, de spoedeisende hulpverlening, de intensive care, de radiologie en op het gebied van de chirurgie. De in voorbereiding zijnde herziening van het medisch opleidingscontinuüm heeft uitdrukkelijk ook de bedoeling taakherschikking en het overdragen van zorgtaken aan lager opgeleiden binnen andere zorgclusters of deelgebieden van de medische beroepsuitoefening mogelijk te maken.

Administratieve ontlasting is mogelijk door beroepsbeoefenaren niet langer te belasten met taken op het gebied van beheer en management doch deze uit te besteden aan daartoe beter geëquipeerden. Te denken valt aan taken op het gebied van automatisering, huisvesting en financiën, inkoop en werkgeverschap. In sommige sectoren, zoals op het gebied van de ziekenhuiszorg en huisartsenzorg worden daar al goede resultaten mee geboekt. Ook het tegengaan van onnodige bureaucratiesering in de zorg zal ertoe bijdragen dat beroepsbeoefenaren meer ruimte krijgen om zich te kunnen richten op zorgtaken.

Hoe verhoudt het overdragen van zorgtaken aan lager opgeleiden zich tot signalen uit de zorgsector dat terzake kundige als gevolg van de Wet BIG buiten spel komen te staan? Heeft u deze signalen ook ontvangen? Bent u van plan knelpunten te onderzoeken en op te lossen en zo ja, op welke wijze?

Het aangrijpen van de mogelijkheden die de Wet BIG biedt om zorgtaken over te dragen aan lager opgeleiden brengt met zich mee dat posities, rollen en werkdomeinen van beroepsbeoefenaren ter discussie worden gesteld. Het dient echter altijd te geschieden op basis van een zorgvuldige beoordeling van voor specifieke zorgtaken benodigde en bij beroepsbeoefenaren aanwezige competenties. Alleen dán kunnen (hoger en lager opgeleide) beroepsbeoefenaren hun expertise optimaal inzetten, kan een kwalitatief verantwoord zorgaanbod gewaarborgd blijven én wordt voorkomen dat ter zake deskundigen buiten spel komen te staan of dat hun expertise miskend wordt.

De wijze waarop bijgedragen wordt aan het oplossen van knelpunten maakt onderdeel uit van de uitwerking van het programma modernisering curatieve zorg. Bovendien is taakherschikking tussen de beroepen in de zorg één van de speerpunten van het plan van aanpak uitbreiding capaciteit zorgverleners. In de daarop betrekking hebbende beleidsbrief wordt uitgebreid ingegaan op de wijze waarop daar uitwerking aan wordt gegeven.

Wordt de constatering van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap, van het Capaciteitsorgaan, Prismant etc. gedeeld dat de wachttijden in de oogheelkunde gemiddeld rond de dertien à veertien weken zijn, en dat deze cijfers in tegenstelling tot de geruststellende berichten van de minister in de afgelopen tijd niet zijn veranderd en in een aantal regio's zelfs nog veel langer zijn geworden? Wat is hiervan de oorzaak en waarom zijn deze signalen niet opgevangen en doorgegeven aan de minister? Welke concrete initiatieven gaat de minister nemen om daar het hoofd aan te bieden? Betreft het hier uitsluitend lange wachttijden voor cataract-operaties?

De informatie in de Zorgnota is gebaseerd op de evaluatie van Prismant. Prismant heeft op 23 augustus jl. in haar rapportage over de evaluatie van het wachtlijstfonds 2000 de ontwikkeling laten zien van de oogheelkunde vanaf 1996. Op pagina 44 van deze rapportage wordt de ontwikkeling geschetst van het specialisme oogheelkunde als geheel van de productie en de wachttijd voor dagbehandeling en klinische behandeling. Daaruit blijkt dat de productie in dagverpleging fors is toegenomen en de wachttijden een lichte daling laten zien. Voor dagbehandeling naar 11 weken en voor klinische behandeling naar 15 weken in maart 2000. De meest recente informatie uit de databank van de NVZ laat, hoewel anders gemeten en dus niet direct vergelijkbaar met de wachtlijstgegevens van Prismant, landelijk eveneens een stabiel beeld zien. Voor het specialisme als geheel liggen de wachttijden gemiddeld rond de 13 weken voor dag- en klinische behandeling. De wachttijden voor cataractpatiënten liggen bij de polikliniek rond de 9 weken en voor een dagbehandeling rond de 15 weken. Gedurende het jaar zijn er schommelingen zichtbaar, maar deze zijn niet sterk afwijkend. Van het totaal aantal wachtenden voor oogheelkunde, wacht ongeveer 89% op een cataractbehandeling. Het directe effect van de wachtlijstmiddelen op de omvang van de wachtlijsten voor cataractoperaties is helaas beperkt. Dit komt doordat de vraag in veel sterkere mate is toegenomen dan op grond van sec de demografische ontwikkelingen verwacht had kunnen worden. Als de vraag naar cataractoperaties vanaf 1996 puur de demografische ontwikkeling had gevolgd, zou de extra productie hebben geleid tot een daling van de wachtlijst in de periode 1996–1999 met bijna 28 000. In dat geval zou de wachtlijst voor cataractoperaties nagenoeg zijn verdwenen. Per regio zijn er verschillen. Het landelijk beeld blijft redelijk stabiel omdat er naast stijgers ook dalers zijn. Prismant toont op pagina 38 de regio's die dalen en stijgen. Verder heeft er substitutie plaatsgevonden van klinische behandeling naar dagbehandeling. Zoals in de Zorgnota aangegeven is een dagbehandeling minder belastend voor de patiënt. Geconcludeerd kan worden dat de inzet van het wachtlijstfonds doelmatig was. Er zijn immers beduidend meer mensen geholpen waardoor het niet nodig was (naast de reguliere voortgangsrapportages) de minister te informeren. Deze productiestijging is de afgelopen jaren inzet van beleid geweest, waarvan de doelstellingen zijn behaald. Op dit moment vindt binnen het departement onderzoek plaats naar wijzen waarop VWS, naast het verstrekken van financiële middelen, bij kan dragen aan het verlagen van wachttijden.

Door een andere werkverdeling tussen de artsen en verpleegkundigen nemen de carrièreperspectieven van verpleegkundigen toe en kunnen artsen zich meer op hun eigenlijke taken richten. Waar gebeurt dit al concreet?

Het realiseren van een andere werkverdeling tussen artsen en verpleegkundigen is onder meer gaande op het gebied van de zorg voor chronisch zieken als onderdeel van de huisartsenzorg (praktijkverpleegkundige) en de medisch specialistische zorg (diabetesverpleegkundige, reuma-verpleegkundige), alsmede op het gebied van de spoedeisende medische hulpverlening en de intensive care (nurse practitioner). Een ander voorbeeld is de onlangs gestarte inservice-opleiding physician assistent – onder meer bedoeld voor verpleegkundigen met enkele jaren werkervaring – op het gebied van de cardiothoracale chirurgie.

39

Wat is de reden dat in de Zorgnota geen aandacht wordt besteed aan de stand van zaken betreffende de norminkomens van vrije beroepsbeoefenaren? Wat is de stand van zaken?

Vorig jaar december is het CTG gevraagd de inkomens van de vrije beroepsbeoefenaren nader te beschouwen. Conform de procedure van de WTG zijn allereerst het CTG en de betrokken veldpartijen aan zet. Pas vanaf augustus zijn de eerste voorbereidende studies van de huisartsen (rapport Hay) en de medisch specialisten (commissie Ginjaar) ontvangen. Laatstgenoemd rapport dient zelfs nog een finaal oordeel van zowel het bestuur als de leden van de Orde te ontvangen. In het eerste kwartaal van 2002 wordt van het CTG een integrale notitie verwacht aangaande de inkomenspositie van de vrije beroepsbeoefenaren. In de Zorgnota waren er derhalve geen nieuwe ontwikkelingen te melden.

40

Na hoeveel jaar moet de Nederlandse zorg op het gebied van de ICT tot de top behoren? Hoeveel mag dit kosten?

Toename van ICT is geen doel op zichzelf maar wel onmisbaar bij innovatie en het bevorderen van doelmatigheid. De toepassing van ICT moet onderdeel zijn van een veranderingsoperatie van de zorg. VWS is niet het ministerie van ICT, maar het ministerie van zorg. VWS bepaalt niet hoe ICT in de zorg er uit moet zien, dat doet het veld, met IPZorg als regisseur. De rol van VWS is het scheppen van voorwaarden, wegnemen van belemmeringen, het stimuleren van ontwikkelingen en het bijdragen in aanloopverliezen.

Aan de VWS-begroting is twee maal € 49,9 mln (f 110 mln) toegevoegd, in 2000 en 2001.

41

Welk deel van de € 1,4 mln (f 3,1 mln) ten behoeve van het patiënten/consumentenbeleid is bestemd om de bestuurskracht van deze organisaties te verstevigen?

Zie het antwoord op vraag 11.

42

Kan de staatssecretaris aangeven op welke wijze de aanzuigende werking alsmede de wachtlijsten in verband staan met het nieuw ontwikkelde recht op jeugdzorg?

Het nieuwe recht op jeugdzorg gaat om het recht op geïndiceerde jeugdzorg. In de huidige situatie bestaat reeds het recht op geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen, een recht op zorg voor jeugdigen met een licht verstandelijke handicap en het recht van jeugdigen op bescherming tegen verwaarlozing, mishandeling en misbruik. Omdat het hier gaat om het recht op geïndiceerde jeugdzorg is de verwachting niet dat dit zal leiden tot toename van de vraag. Immers, de voorwaarde is dat het bureau

jeugdzorg in het indicatiebesluit heeft bepaald dat de jeugdige een aanspraak heeft op jeugdzorg. Het bepalen van de benodigde zorg dient daarbij objectief en onafhankelijk van het zorgaanbod te gebeuren. Het gaat hierbij dus niet om een verwachte aanzuigende werking en daarmee dus ook niet om een verwachte toename van de wachtlijsten. Wel betekent het nieuw te introduceren recht op jeugdzorg dat het extra belangrijk is om de wachtlijsten in de jeugdzorg terug te dringen om het recht ook te kunnen verwezenlijken. Om die reden is extra geld ter beschikking gesteld en een taskforce ingesteld, beide met het doel de wachtlijsten in de jeugdzorg zoveel mogelijk terug te dringen zodat het nieuwe stelsel niet met een erfenis aan wachtlijsten wordt belast.

43

Hoe zal de stimulans ter bevordering van de samenhang tussen buitenschoolse opvang en andere naschoolse activiteiten vorm krijgen?

De samenhang tussen buitenschoolse opvang en andere naschoolse activiteiten kan op vele manieren vorm krijgen. Te denken valt aan de combinatie kinderopvang met muziek, met natuureducatie of met sport. Dergelijke samenwerkingsverbanden zijn in het belang van de kinderopvang: er ontstaat zo een gevarieerd aanbod dat is toegespitst op de wensen en behoeften van de kinderen die de buitenschoolse opvang bezoeken. Voor bijvoorbeeld de sportverenigingen betekent samenwerken met kinderopvang dat ze zich kunnen profileren als maatschappelijke organisaties en hiermee meer leden kunnen trekken, maar ook betere benutting van de accommodaties. Indien de kinderopvang plaatsvindt op het sportterrein, kan dit bovendien een oplossing voor het capaciteitsproblemen van kinderopvang betekenen. Gezien het belang van de combinatie sport en kinderopvang is € 0,5 mln (f 1 mln) beschikbaar gesteld voor de ondersteuning van veelbelovende projecten op dit terrein.

44

Bent u bereid om initiatieven van aanbieders van zorg om de veiligheid te bevorderen financieel te ondersteunen?

Het begrip «veiligheid» kan betrekking hebben op zowel veilige werk-omstandigheden als veiligheid op straat. Het eerste is vooral urgent binnen de maatschappelijke opvang. Daarom is met ingang van 2002 hiervoor € 4,5 mln (f 10 mln) extra beschikbaar gesteld. Daarnaast zijn voor verbetering van de arbeidsomstandigheden de Van Rijn-gelden (€ 2,0 mln, f 4,3 mln structureel) toegevoegd aan de uitkeringen. Voor wat betreft de veiligheid op straat en het terugdringen van overlast door verslaafden, (ex-)psychiatrische patiënten en dak- en thuislozen zijn in de afgelopen jaren in tal van gemeenten, mede op basis van (extra) rijksmiddelen, voorzieningen gerealiseerd om deze kwetsbare mensen (sneller) hulp en opvang te bieden en overlast terug te dringen. Te noemen vallen de extra middelen voor de maatschappelijke opvang en de subsidie-regeling OGGZ. Voorstellen van zorgaanbieders om de veiligheid te bevorderen, zullen wij op hun merites beoordelen en bekijken of hiervoor – binnen de bestaande financiële kaders – middelen voor beschikbaar kunnen komen. Aanbieders van zorg kunnen vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid hiervoor natuurlijk ook zelf middelen voor vrijmaken.

45

Hoe worden de middelen van de «aanvullende post» over de diverse sectoren verdeeld?

De aanvullende post bevat de middelen waarvan de verdeling over de sectoren nog niet bekend is. Het betreft onverdeelde volumeruimte en onverdeelde ruimte voor nominale bijstellingen.

De verdeling van de volumemiddelen uit het regeerakkoord en wat daar door het kabinet aan is toegevoegd is wel per sector bekend, maar niet naar subsector. Gedurende de regeerperiode zijn de middelen onder andere op basis van de meerjarenafspraken over de subsectoren verdeeld. Zo was voor de curatieve somatische zorg voor het jaar 2002 in de Zorgnota 2001 nog € 175 mln (f 385 mln) onverdeeld. In de Zorgnota 2002 is het overgrote deel van dit bedrag verdeeld over de subsectoren zoals de ziekenhuizen, huisartsen en specialisten. Een relatief klein deel (€ 6,7 mln, f 14,8 mln) blijft vooralsnog onverdeeld op de aanvullende post staan.

Voor de volgende regeerperiode is op de aanvullende post een volume-groei van 1,1% per jaar opgenomen. Dit komt overeen met de volumemiddelen die benodigd zijn om de demografische ontwikkeling op te vangen. Afhankelijk van de prioriteiten van het volgende kabinet zullen deze middelen over de sectoren verdeeld worden.

De ruimte voor nominale bijstellingen wordt over de sectoren verdeeld in overeenstemming met de ramingen van het CPB voor de loon- en prijsontwikkeling enerzijds en de loon- en prijsgevoeligheid per sector anderzijds. Daarnaast zijn er middelen opgenomen voor instandhoudingsbouw. Dit betreft de geraamde indexatie van lopende bouwprojecten, nog niet belegde ruimte voor instandhoudingsbouwprojecten en de geraamde gevolgen van de definitieve classificatie op de exploitatiegevolgen. De verdeling van de indexatiemiddelen vindt jaarlijks plaats op basis van de lopende bouwprojecten en de ontwikkeling van de bouwkostenindex. Van de overige instandhoudingsbouwmiddelen is de verdeling over de sectoren wel bekend, maar de verdeling over de subsectoren nog niet.

46

De laatste jaren wordt steeds vaker de vraag gesteld wat de verantwoordelijkheid en rol van de overheid zouden moeten zijn bij het voorkomen, bestrijden en verhelpen van risico's in de maatschappij. Duidelijkheid over de rol van de overheid is een basisvoorwaarde voor het publieke vertrouwen. Is de opzet en uitvoering van het «genen en eten» debat naar uw mening een adequate uitwerking van de rol van de overheid op dit terrein?

Vanuit haar verantwoordelijkheid voor een heldere verdeling van verantwoordelijkheden en rollen heeft de overheid het debat «genen en eten» geïnitieerd. Om daarbij zélf als één van de betrokken partijen te kunnen deelnemen is voor dit debat een onafhankelijke gezaghebbende voorzitter aangezocht. Omdat het debat nog loopt, is het nu te vroeg om hierover een oordeel te hebben. Dit is pas na de evaluatie van dit debat in februari 2002 aan de orde.

Overigens is het publieke debat op zich één van de instrumenten die kunnen worden ingezet; wetenschappelijke risico-analyse is het vertrekpunt, waarna politiek en publiek debat de maatschappelijke opvattingen duidelijk maken, zodat tenslotte de regering dit alles overwegende, de juiste maatregelen kan treffen.

47

In tabel 1 is weergegeven welke investering zal plaatsvinden in de diverse sectoren ten opzichte van 1998. Is in deze tabel voor wat betreft de uitgaven 1999 en 2000 de eventuele onderuitputting al verdisconteerd? Zo nee, kan dit alsnog worden aangegeven (per sector)? Wilt u hetzelfde voor tabel 2 aangeven?

De overzichten in tabel 1 en tabel 2 zijn gebaseerd op de actuele standen van de Zorgnota 2002 en de ontwerpbegroting 2002. Voor zover zich onderuitputting heeft voorgedaan in 1999 en 2000, is deze in de overzichten verwerkt.

48

Uit tabel 1 blijkt dat de volume-intensivering in 2002 ten opzichte van 2001 € 933 mln (f 2 miljard) is. Hoe strookt dat met de stelling dat in 2002 f 3,5 miljard extra wordt uitgetrokken voor de zorg, extra ten opzichte van wat, en is een deel van dit geld al uitgetrokken in de Voorjaarsnota?

De Zorgnota geeft, evenals de Miljoenennota, over het algemeen inzicht in verticale mutaties, dat wil zeggen de mutaties sinds de voorafgaande editie van de Zorgnota/Miljoenennota. Voor het jaar 2002 is er sprake van een uitgavenimpuls van f 3,5 mld (€ 1,6 mld) voor de zorg en voor 2001 bedraagt de uitgavenimpuls f 2,4 mld (€ 1,1 mld). Dit zijn verticale volumemutaties, de bedragen die extra voor volume beschikbaar zijn gesteld, bovenop het uitgavenniveau van de Zorgnota/Miljoenennota 2001. Hiervan was in de Voorjaarsnota al f 2,2 mld (€ 1 mld) voor 2001 aangekondigd (TK 2000–2001, 27 734 nr. 1), terwijl bij de Voorjaarsnota vermeld is dat besloten is tot een uitgavenimpuls van circa f 3,1 mld (€ 1,4 mld) in 2002 (TK 2000–2001, 27 734 nr. 2).

De tabellen 1 en 2 van de Zorgnota geven inzicht in de horizontale ontwikkeling van de uitgaven. Dit is in de toelichting en in de kop («ten opzichte van 1998») vermeld. De bedragen in deze tabellen geven aan welke volumebedragen volgens de actuele stand extra beschikbaar zijn ten opzichte van het uitgavenniveau van 1998. Hieruit is af te leiden dat voor het BKZ-deel van de zorg- en VWS-uitgaven voor 2002 € 0,9 mln (f 2,1 mld) meer aan volumemiddelen beschikbaar is dan voor 2001. Dit bedrag is het resultaat van de extra Regeerakkoordmiddelen in 2002 ten opzichte van 2001, de extra middelen die daar tot en met de Miljoenennota 2001 vooral voor 2001 en in mindere mate voor 2002 zijn bijgekomen en de eerdergenoemde uitgavenimpuls van € 1,1 mld (f 2,4 mld) in 2001 en € 1,6 mld (f 3,5 mld) in 2002.

49

Worden woningbouwcorporaties die voldoen aan de voorwaarden om als zorgaanbieder verpleging en verzorging in de thuissituatie te leveren als nieuwe instellingen toegelaten? Zo ja, zijn er al woningcorporaties erkend als zorgaanbieder? Zo nee, waarom niet? Welke ruimte bestaat er in de regelgeving om zorgaanbieders fusies met woningbouwcorporaties te doen aangaan?

Voor het antwoord op het eerste deel van de vraag kan verwezen worden naar het antwoord van staatssecretaris Remkes van VROM op een gelijklopende vraag van de Vaste Commissie voor VROM over de AMvB tot wijziging van het Besluit Beheer Sociale Huursector, ter voorbereiding op het AO Wonen en zorg d.d. 9 oktober jl. Daarin stelt hij dat woningcorporaties zelf geen zorg mogen aanbieden. De Woningwet bepaalt dat toegelaten instellingen (in de zin van de Woningwet) uitsluitend op het gebied van de volkshuisvesting werkzaam mogen zijn en geen uitkeringen mogen doen anders dan in het belang van de volkshuisvesting. De achtergrond hiervan is gelegen in het feit dat de primaire deskundigheid van corporaties op het terrein van het vastgoed ligt en dat het maatschappelijk gebonden vermogen bij corporaties voor de volkshuisvesting behouden blijft. Verder merkt hij op dat hij, zoals tijdens de behandeling van de Nota Mensen Wensen Wonen toegezegd, een nadere analyse zal plegen naar de eventuele maatschappelijke meerwaarde van het leveren van zorg door corporaties. De resultaten van die analyse zullen hun weerslag vinden in het Rijksbeleidskader en de bijbehorende toelichting, waarin het speelveld

voor corporaties zal worden vastgelegd. Een en ander zal in nauw overleg met het Ministerie van VWS geschieden.

Er is in de bestaande regelgeving geen ruimte voor fusies tussen zorgaanbieders en woningcorporaties.

50

Kan een globaal inzicht worden gegeven in de wachtlijsten in de ziekenhuissector, de verpleeg- en verzorgingshuizen, de thuiszorg, de gehandicaptenzorg en de psychiatrie in 1994, 1998 en nu?

Hieronder treft u aan een globaal overzicht van wachtlijstgegevens per sector voor zover deze gegevens bekend zijn. Per sector is verschillend over welke jaren er gegevens beschikbaar zijn. In de ziekenhuissector is in 1996 begonnen met het bijhouden van de wachttijden, zij het dat nog niet alle ziekenhuizen volledige informatie leveren. In de AWBZ-zorg is er door periodieke onderzoeken een beeld van de omvang van de wachtlijsten per deelsector. Voor wat betreft het verleden zijn lacunes helaas onvermijdelijk. Wachtlijstregistratie vond toen plaats op instellingsniveau.

Wachtlijst in de verpleging en verzorging

	2000	2001
Verpleeghuis Somatisch	3 340	3 561
Verpleeghuis Psychogeriatric	8 035	7 819
Verzorgingshuis	36 000	35 505

Bron: Hoekmans, Homans en Menting 2000 en 2001

Wachtlijst in de thuiszorg*

	2000	2001
Huishoudelijke verzorging verzorging	22 165	12 540
Alphahulp	13 879	9 801
Gespecialiseerde verzorging	1 417	949
Verpleging	5 639	1 840
Advies, instructie en voorlichting	498	245
Gespecialiseerde verpleging	109	120
Verzorging	8 796	4 926
Mantelzorgondersteuning	234	62

* Het totaal aantal wachtenden over alle producten is groter dan het totaal aantal wachtende mensen. Een persoon kan namelijk voor meer dan één product op de wachtlijst voorkomen.

Bron: Hoekmans Homans en Menting 2000 en 2001

Wachtlijsten in de gehandicaptenzorg

Bron: Brancherapport care Tabellen 3.3, 3.4 en 3.5

	1997	1998	1999	2000
Verstandelijk gehandicapten				
VG Wonen	7 072	7 116	7 707	6 019
VG dagbesteding	3 605	3 708	3 856	3 150
Ambulante zorg	1 258	1 266	2 184	2 582

Bron: ZRS

Bron: Brancherapport care Tabellen 3.23 en 3.24

	1997	1998	1999	2000
Lichamelijk gehandicapten				
LG Wonen*	888	1 064	1 182	905
LG dagbesteding	1 027	1 160	1 383	1 051

* 2000 per 1-september

Bron: Rapportage Wachtlijstgegevens Gehandicaptenzorg

Gemiddelde wachttijden in algemene en categorale ziekenhuizen

Ontwikkeling gemiddelde wachttijden op peildatum in weken, 1997–2000, Algemene en categorale ziekenhuizen

	Kliniek						Dagopname					
	Juli 97	Mrt 98	Okt 98	Mrt 99	Okt 99	Mrt 00	Juli 97	Mrt 98	Okt 98	Mrt 99	Okt 99	Mrt 00
Cardiologie	3	3	3	4	5	4	2	0	2	3	2	2
Chirurgie	9	9	11	9	10	9	7	8	10	8	9	8
Dermatologie	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	6
Gastro-enterologie	1	2	2	2	2	4	2	2	2	2	3	2
Gynaecologie	6	6	6	6	6	6	5	5	5	6	6	8
Interne geneeskunde	2	3	2	3	4	6	3	3	2	3	3	4
Kaakchirurgie	5	6	5	4	6	8	7	6	4	3	4	6
Keel-, neus- en oorheelkunde	9	8	8	8	9	9	6	5	6	5	6	5
Kindergeneeskunde	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	3
Klinische geriatrie	1	1	1	1	1	2	0	0	1	1	1	0
Longziekten	2	2	1	2	2	4	1	1	1	1	1	6
Neurochirurgie	4	5	4	4	6	5	2	5	4	3	3	4
Neurologie	3	3	2	3	4	6	2	2	1	2	2	6
Oogheelkunde	16	16	16	16	15	15	13	13	13	13	12	11
Orthopedie	16	13	14	14	14	12	7	8	10	9	9	8
Plastische chirurgie	20	21	23	24	25	24	12	15	16	16	15	15
Reumatologie	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	1
Urologie	6	6	6	6	7	6	5	5	6	6	7	7

Bron: Het Wachttijdfonds 2000

51

In welke sectoren zijn nu aanvaardbare wachttijden vastgesteld, welke zijn deze en welke status hebben deze?

De (koepelorganisaties van) zorgverzekeraars en zorgaanbieders, verenigd in het zogenoemde Treekoverleg, hebben voor de cure- en de caresectoren normen voor aanvaardbare wachttijden vastgesteld. Bij brief van 14 maart 2000 (TK, Niet-Dossierstuk 1999–2000, vws0000384) is de Tweede Kamer over de streefnormering voor de cure geïnformeerd. De partijen hebben daarmee voor de verschillende vormen van zorg in de cure en de care zelf termijnen vastgesteld. De afgesproken termijnen fungeren als streefnormen voor aanvaardbare wachttijden of – anders geformuleerd – tijdige zorgverlening. De zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben afgesproken zich ervoor in te spannen de zorg binnen deze termijnen te realiseren.

52

Het personeel is de bottleneck bij het leveren van nog meer productie. In hoeverre mogen en worden de gelden in het kader van Zorg Verzekerd ingezet om meer personeel te werven en op te leiden?

De gelden in het kader van «Zorg verzekerd» zijn niet bestemd voor personeelwerving. Wel heeft het kabinet in dit voorjaar extra middelen beschikbaar gesteld in het kader van het rapport van de Commissie-Van Rijn. Deze middelen kunnen ook worden aangewend voor het werven van personeel. Zie in dit verband ook het antwoord op vraag 138.

Voor de ziekenhuissector is met ingang van 2001 € 158,9 mln (f 350 mln) structureel beschikbaar voor het bestrijden van capaciteitstekorten, zowel qua personeel als qua infrastructuur (IC-bedden, bestralingsapparatuur, e.d.).

53

De maximale wachttijden worden in de wet verankerd. Het CVZ heeft hier veel kritiek op geuit, het zal de rechtspositie van de patiënt aantasten en er is kans dat de maximale tijd als standaardwachttijd beschouwd gaat worden, en de maatregel kan een enorme bureaucratische last opleveren. Kan hierop een reactie gegeven worden?

Zowel het College voor zorgverzekeringen (CVZ) als het College van toezicht op de zorgverzekeringen (CTZ) heeft zich gebogen over het beleidsvoornemen redelijke termijnen in de ZFW en AWBZ wettelijk te regelen. Het CVZ heeft hierover in op 27 september 2001 een rapportage uitgebracht. Het CTZ heeft zijn rapport vastgesteld op 10 oktober 2001. Beide organen hebben vanuit hun eigen verantwoordelijkheden op het vlak van sturing en toezicht gekeken naar dit voorstel. Het is inderdaad zo dat zij ten aanzien van de gevolgen en de werking van de voorgestelde maatregel verschillende kanttekeningen hebben geplaatst. De gedachtevorming over de consequenties die deze rapportages hebben voor het oorspronkelijke idee van het in de wet verankeren van redelijke termijnen, is nog niet afgerond.

54

NU'91 signaleert een toenemend ziekteverzuim, WAO-instroom, netto uitstroom en steeds geringere instroom. Dit duidt volgens haar op een steeds hogere werklust. Wat is uw reactie hierop? In hoeverre wordt er geld specifiek voor de verpleging en verzorging gereserveerd?

De instroom in de zorg is de afgelopen jaren beduidend hoger geweest dan de uitstroom. Bovendien is de instroom in de opleidingen voor verpleging en verzorging in 1998 en 1999 gegroeid. De instroom in 2000 was weer wat lager, maar nog altijd hoger dan in 1997. De groei van het nettoverloop wordt voor een belangrijk deel verklaard door de opgaande conjunctuur van de afgelopen jaren. De verwachting is dat het verloop met de huidige verwachte economische ontwikkeling weer gaat dalen. Tenslotte is de vacaturegraad ten opzichte van de marktsector relatief laag. Dit duidt erop dat de zorgsector nog altijd een aantrekkelijke werkgever is.

Het hoge ziekteverzuim en de WAO-instroom baart ons echter zorgen. VWS draagt daarom bij aan een gericht ziekteverzuimbeleid (o.m. in de vorm van arboconvenanten). Voorzover ziekteverzuim leidt tot onderbezetting stijgt de werklust voor het overige personeel. In die zin heeft NU91 gelijk. De ontwikkeling van de werklust hangt echter niet alleen af van de ontwikkeling van het ziekteverzuim. Zo was de groei van het personeelsvolume, gecorrigeerd voor het stijgende ziekteverzuim, de laatste jaren in een aantal sectoren groter dan de groei van het productievolume. Dit duidt op een werklustverlaging, ondanks een stijging van het ziekteverzuim.

Bij de inzet van de werkdrukmiddelen, de inzet van de sectorfondsmiddelen voor arbo en verzuim en de arboconvenanten staan de «hoogrisico beroepen» centraal. De verpleegkundige en verzorgende beroepen vallen hieronder vanwege de veelal grote fysieke en emotionele belasting die het werk met zich meebrengt.

55

Van de ruim € 11 miljard die tussen 1994 en 2001 extra is uitgegeven aan wachtlijstreductie, blijkt slechts € 2,7 miljard (25%) te zijn besteed aan productiegroei. Waaraan is de overige € 8,3 miljard besteed? Wat is hiervan de reden? Waarom is niet meer geld aan productiegroei besteed?

Van de f 11,7 mld (€ 5,3 mld) die tussen 1994 en 2001 voor volume-intensivering is ingezet, is f 6,0 mld (€ 2,7 mld), dus ruim de helft,

besteed aan extra productie. De andere helft is grotendeels besteed aan arbeidsmarktmaatregelen en werkdrukbestrijding (f 2,2 mld of € 1 mld) en aan meer en betere genees- en hulpmiddelen (f 3,1 mld of € 1,4 mld). De aanpak van te lange wachttijden is samen met de aanpak van de werkdruk een speerpunt van het beleid. Arbeidsmarktmaatregelen en werkdrukbestrijding dienen daarbij tevens om de arbeidsmarkt knelpunten op te lossen die een adequate productiegroei nu nog in de weg staan. Hiermee wordt een maximale inspanning geleverd om de wachtlijsten aan te pakken.

56

Hoe vindt de beoordeling plaats bij het toekennen van wachtlijstmiddelen aan instellingen die extra productie leveren? Is het mogelijk om uitbreiding van infrastructuur, gericht opleiden van personeel e.d. ten behoeve van het leveren van extra productie met wachtlijstmiddelen te financieren?

Curatieve zorg

Binnen de curatieve zorg is het voortouw voor de wachtlijstaanpak neergelegd bij de zorgverzekeraars. Zij hebben samen met de koepels van aanbieders (NVZ, OMS, VAZ) op 6 december 2000 een convenant gesloten. In dit convenant zijn afspraken neergelegd over de aanwending van middelen voor de extra productie. In het lokaal overleg worden de afspraken voor extra productie gemaakt, inclusief extra productie tegen een hogere parameterwaarde. Gedurende het hele jaar kunnen deze productieafspraken worden gemaakt.

Geestelijke gezondheidszorg

De toekenning van de wachtlijstmiddelen in de sector GGZ vindt plaats aan de hand van de regionale wachtlijstplannen die zijn ingediend door de zorgkantoren (in overleg met de zorgaanbieders en cliëntenorganisaties) en op basis van de (geprognosticeerde) realisatiecijfers over de productie 2001. De regionale wachtlijstplannen GGZ worden getoetst aan de landelijke beleidskaders. De toekenning van de wachtlijstmiddelen in de GGZ vindt vooralsnog plaats binnen de geldende budgettaire kaders.

Verpleging en verzorging

In de sector verpleging en verzorging zijn in 2000 door de zorgkantoren bestedingsplannen met de instellingen gemaakt om de wachtlijsten te mitigeren. Deze bestedingsplannen besloegen, gelet op het meerjarig karakter van uitbreiding van capaciteit door middel van bouw, de periode tot 2006.

Vanaf 2001 kunnen de zorgkantoren met de instellingen aanvullende productieafspraken maken om de wachtlijst te verminderen. In aanvulling op de in de bestedingsplannen genoemde initiatieven kunnen de zorgkantoren daardoor ook nieuwe initiatieven honoreren. Hiermee wordt dynamisch ingespeeld op de vraag. Dit kunnen ook bouwinitiatieven betreffen.

De geplande aanvullende productieafspraken worden jaarlijks per 1 maart aangeleverd bij het CTG. In aanvulling op deze planning kan jaarlijks per 1 december gemuteerd worden. Er vindt uiteraard nacalculatie plaats op het niet realiseren van deze planning.

Gehandicaptenzorg

Indien een cliënt met een aanbieder tot een zorgarrangement is gekomen, voert het zorgkantoor een controle daarop uit. Nagegaan wordt of de zorg daadwerkelijk totstandkomt, en past binnen de indicatie. Indien het overeengekomen arrangement hieraan voldoet, wordt dit door de instellingen bij het CTG gemeld. Het CTG verhoogt op basis van de beleidsregel wachtlijsten het budget van de aanbieder met het betrokken PVB-bedrag.

Eén van de uitgangspunten bij de wachtlijstaanpak is dat de wachtlijstmiddelen die beschikbaar worden gesteld, direct voor extra zorg worden

ingezet en aantoonbaar bijdragen aan een verkorting van de wachtlijst. Daarvoor geldt het bekende «boter bij de vis»-principe: alleen de daadwerkelijk gerealiseerde extra productie wordt aanvullend gefinancierd. De wachtlijstmiddelen zijn niet bedoeld om uitbreiding van infrastructuur te financieren. Daarvoor kunnen de Van Rijn-gelden worden ingezet. Naast extra Van Rijn-middelen die in de tarieven voor de instellingen worden verwerkt zijn ook Van Rijn-middelen beschikbaar gesteld voor de sectorfondsen. Deze extra middelen voor de sectorfondsen worden door de sectorfondsen grotendeels ingezet voor bijdragen aan de instellingen in verband met werving en scholing van personeel in de zorg (waaronder herintreders en gespecialiseerd zorgpersoneel).

57

Gesteld wordt dat aanzienlijk meer productie is geleverd. Waardoor is deze productiestijging veroorzaakt? Wat is de relatie tussen deze productiestijging en het grote personeelstekort? Wat is de relatie tussen de productiestijging en de arbeidsproductiviteit? Wat is de relatie tussen de productiestijging en de geleverde kwaliteit? Wat is de relatie tussen de productiestijging en de toegenomen zorgvraag?

De toename van de extra productie(-afspraken) in de eerste helft van 2001 is vooral voortgekomen uit het realiseren van meer dagbehandeling en minder opnames. Zorgverzekeraars Nederland geven aan dat er niet alleen meer volume is gerealiseerd maar dat er tevens sprake is van een meer efficiënte productiewijze. Het gericht inzetten van personele capaciteit heeft mede bijgedragen aan, daar waar mogelijk, de substitutie van opname naar dagbehandeling. Met hetzelfde personeel kunnen op deze wijze meer mensen geholpen worden. Omdat een dagbehandeling over het algemeen minder belastend is voor de patiënt, kun je stellen dat de kwaliteit van zorg is verbeterd. Door meer mensen te behandelen is de toename in de zorgvraag voor een deel opgevangen en is een verdere stijging van de wachtlijst en wachttijd voorkomen.

58

Gesproken wordt over meer doelmatige productie. Hoe concreet (cijfermatig) is deze doelmatigheidsverhoging? In welke mate heeft deze doelmatigheidsverbetering bijgedragen aan het oplossen van de wachtlijsten?

De productie wordt, mede dankzij medisch technologische ontwikkelingen, in toenemende mate in dagverpleging gerealiseerd. Dit is efficiënter. Een operatie of behandeling kan in dagverpleging met minder middelen en inzet vanuit het ziekenhuis plaatsvinden. Bovendien kunnen op die manier meer patiënten worden geholpen, hetgeen van belang is voor het oplossen van het wachtlijstprobleem. Wel moet worden bedacht dat deze vorm van hulpverlening intensiever is en dat binnen het huidige budget meer zorg geleverd kan worden. De vraag of een patiënt in dagverpleging kan worden geholpen is natuurlijk afhankelijk van de aard van de ingreep.

59

De koepels van ziekenhuizen, verzekeraars en specialisten hebben als streefdoel gesteld dat in 2003 de patiënten binnen de zogenoemde Treeknormen worden behandeld. Welke randvoorwaarden zijn door deze koepels gesteld bij dit streefdoel? Zijn deze randvoorwaarden vervuld?

In het convenant van deze drie partijen in december 2000 hebben zij de noodzakelijk geachte randvoorwaarden opgenomen. Deze randvoorwaarden betroffen extra financiële middelen en verantwoordelijkheid van

de overheid op het gebied van bouw, opleidingen en ICT. De extra financiële middelen zijn conform het convenant beschikbaar gesteld. Naast deze in het convenant afgesproken middelen is extra geld ter beschikking gesteld voor opleidingen. Ook op het gebied van ICT zijn vorderingen gemaakt. Hoewel VWS het convenant niet mede heeft ondertekend, faciliteert zij de invulling van de randvoorwaarden die onder haar directe verantwoordelijkheid blijven ressorteren zodat noodzakelijk geachte afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders in het lokaal overleg kunnen worden gerealiseerd.

60

De zorgvraag stijgt nog steeds snel. Wie zijn de zorgvragers; met name ouderen?

Inderdaad zijn ouderen belangrijke zorgvragers. Extra levensjaren gaan gepaard met relatief meer ziekte en ongemak. Dit blijkt bijvoorbeeld uit gegevens van CBS, RIVM en Prismant. Bij een bevolkingsaandeel van 13% namen 65-plussers in 1994 ruim 40% van de totale zorgkosten voor hun rekening. Begin 2002 komt het RIVM-rapport «Kosten van ziekten 1999» uit met daarin meer recente kwantitatieve informatie. Dit onderzoek komt één keer in de vier à vijf jaar uit. Gelet op het stijgend aantal ouderen, zullen de chronische aandoeningen de komende decennia sterk stijgen. Maar ook in de curatieve sfeer stijgt de zorgvraag. Periodieke controle en begeleiding worden soms afgewisseld met acute ziekenhuisopnames. Bovendien zijn er nieuwe behandel mogelijkheden beschikbaar gekomen. Technieken zijn verfijnd en minder belastend voor de patiënt, en stellen dus ook minder hoge eisen aan de conditie en leeftijd van de patiënt. Tien jaar geleden gold de maximumleeftijd van 65 jaar voor een cataract-behandeling, nu kan een gezonde negentigjarige nog nieuwe lenzen krijgen. Belangrijke factoren die de zorgvraag beïnvloeden zijn demografie, medisch-technologische ontwikkelingen, epidemiologie en sociaal-culturele trends. Het aantal 65-plussers als percentage van het aantal 20–64 jarigen neemt toe van ruim 20% nu tot meer dan 40% in 2040.

61

Betekent het feit dat de wachtlijsten voor orthopedie, voor zowel klinische opname als dagbehandeling, worden afgemeten aan de zogenaamde Treeknormen (7 weken) dat deze Treeknormen inmiddels officieel door de regering als vaststaand worden aangenomen? Zo ja, op grond van welke inhoudelijke argumenten heeft dit plaatsgevonden?

De Treeknormen zijn geformuleerd door de vertegenwoordigers van verzekeraars, medisch specialisten en ziekenhuizen. Hiermee hebben de partijen zelf normen gesteld voor redelijke wachttijden. Verzekeraars en aanbieders hebben vervolgens zelf een termijn (2003) gesteld waarbinnen deze normen gerealiseerd moeten worden. Deze aanpak is zeer bemoedigend. De Treeknormen zijn niet officieel door de regering als vaststaand aangenomen.

62

Welke verklaring heeft u voor de regionale verschillen in de wachttijd dagverpleging orthopedie?

Figuur 1 van de Zorgnota (pagina 22) met de wachttijden naar regio voor de orthopedie dagbehandeling is gebaseerd op de wachttijden zoals geregistreerd in de NVZ databank. De verschillen tussen de regio's lopen uiteen van 6 tot 10 weken. Een verklaring voor deze verschillen is niet eenduidig. Naast de zorgvraag naar orthopedie spelen de leeftijdsopbouw in de regio, het aantal ziekenhuizen, de ziekenhuisorganisatie, de ziekenhuisproductie en de indicatiestelling een rol.

63

Kunt u, naast het gegeven voorbeeld met betrekking tot activiteiten die erop gericht zijn om een deel van de vraag naar ziekenhuiszorg te voorkomen, nog meer voorbeelden geven van ervaringen in het jaar 2001? Kunt u een overzicht geven van de bijstellingen en verfijningen in dit beleid?

Onder de noemer zorgvernieuwing wordt overal in het land gewerkt aan het voorkomen van ziekenhuisopname, aan de verbetering van de samenwerking tussen ziekenhuis en bijv. thuiszorg om patiënten weer zo snel mogelijk naar huis te kunnen laten gaan. Dit gebeurt met afstemming op de locale/regionale situatie. Tot verfijning en bijstellingen van dit beleid is sinds het verschijnen van de Zorgnota 2002 nog geen sprake geweest.

64

Kunt u aangegeven met welke onorthodoxe initiatieven is getracht de wachtlijsten in de care weg te werken? Kunt u een overzicht geven van de resultaten van deze initiatieven?

De bijna 3600 initiatieven in de bestedingsvoorstellen 2001 van de zorgkantoren bevatte ruim 500 onorthodoxe voorstellen. In de analyse van de bestedingsvoorstellen 2001 is door de TaskForce aangegeven om wat voor voorstellen het gaat. Over deze analyse is de Kamer geïnformeerd bij schrijven van 15 december 2000 (TK 2000–2001, 25 170, nr. 22).

Bij nadere bestudering blijkt het merendeel van deze voorstellen binnen de reguliere kaders uitgevoerd te kunnen worden. Deels kwam dat omdat het toen al mogelijk was aanvullende productieafspraken te maken die boven de toelating uitgingen. Door een aantal zorgkantoren is dat nog als onorthodox aangemerkt. De overige voorstellen (190) betreffen veelal:

- een versnelling van de procedures, bijvoorbeeld bij het gebruiken van leegstaande capaciteit in verzorgingshuizen, verpleeghuizen, maar ook van ziekenhuizen;
- het scheiden van wonen en zorg, waaronder het financieren van de zorginfrastructuur in woon-zorg-complexen;
- flexibel budget.

Voorstellen op het terrein van de arbeidsmarkt zijn in de bestedingsvoorstellen niet gehonoreerd omdat zij geen volumecomponent bevatten. Hiervoor zijn de zogenaamde Van Rijn-middelen beschikbaar gekomen en zijn de tarieven op dit punt opgehoogd.

Over de resultaten van deze onorthodoxe initiatieven is op dit moment niet separaat te rapporteren. Deze onorthodoxe oplossingen zijn door het toestaan toegevoegd aan de reguliere mogelijkheden voor het uitbreiden van de zorgcapaciteit. Dit laat onverlet dat voor zowel de onorthodoxe initiatieven als voor de extra productieafspraken, met uitzondering van de bouwcomponent, het boter bij de vis principe gehanteerd wordt. De afrekening van de extra productieafspraken en de onorthodoxe voorstellen vindt echter plaats na november van het jaar t+1. De resultaten van alle bestedingsplannen voor 2001 komen bij het maken van de nieuwe productieafspraken voor 2002 derhalve beschikbaar. In 2002 zal de realisatie van zorgproductie structureel door zorgkantoren worden gevolgd. Ten behoeve van het Jaarbeeld Zorg en de Zorgnota zal ZN twee maal per jaar de geaggregeerde resultaten aan VWS rapporteren.

Uit de tweede wachtlijstpeiling van 1 maart 2001 blijkt dat de nieuwe aanpak zijn vruchten reeds heeft afgeworpen, de wachtlijst is met bijna 20% gedaald. Door extra productie in de thuiszorg is de wachtlijst met ruim 19 000 mensen verminderd. Ook verpleeg- en verzorgingshuizen dragen bij aan het resultaat. De omvang van de wachtlijst voor verpleeg- en verzorgingshuizen is in de tweede meting gestabiliseerd ten opzichte van de peiling op 15 mei 2000. De verpleeg- en verzorgingshuizen hebben de toename van de zorgvraag met 8% weten op te vangen.

65

Uit de peiling per 1 maart 2001 bleek dat vooral de wachtlijsten in de thuiszorg zijn afgenomen. Betekent dit dat er daadwerkelijk een evenredig aantal uren meer thuiszorg is verleend en dat er geen substitutie (verlaging) van het aantal uren thuiszorg bij oudere, reeds thuiszorggenietende cliënten heeft plaatsgevonden?

De wachtlijsten in de thuiszorg zijn afgenomen door meer mensen in zorg te nemen. Het totaal aantal mensen in zorg is gestegen tot circa 345 000 mensen gelijktijdig in zorg. Het aantal uren zorg die de 345 000 mensen ontvangen is gemiddeld genomen iets lager dan het gemiddelde over de voorgaande jaren. Dit komt omdat nu ook de mensen met een zeer beperkte zorgvraag, van minder dan 3 uur zorg per week, de zorg van de thuiszorg ontvangen. Van rantsoenering van de zorg om meer mensen te kunnen bedienen is hier geen sprake. Zorgrantsoenering is het aanbieden van minder zorg dan waar de zorgvrager voor geïndiceerd is. In de bestedingsplannen 2001 heeft een aantal zorgkantoren juist aangegeven dat het opheffen van de zorgrantsoenering de hoogste prioriteit heeft. Bovendien huldigt de LVT sinds half 2000 het standpunt dat zorgrantsoenering, geen geoorloofd middel is bij schaarste in de zorg.

66

In het Brancherapport Volksgezondheid, deelrapport Care, staat dat de prognoses van de demografische ontwikkelingen laten zien dat het aantal oudere gehandicapten zal toenemen, en het aantal jonge gehandicapten zal afnemen. Waardoor neemt het aantal jonge gehandicapten af? Wat betekent bovenstaand beeld – rekening houdend met de intensievere zorgbehoeften van ouderen in de gehandicaptenzorg – voor de financiële ramingen voor de komende vier jaar?

Uit diverse onderzoeken blijkt dat de vergrijzing van de verstandelijk gehandicaptenpopulatie veel groter is dan in de Nederlandse bevolking als geheel. Door verbetering van medische zorg en begeleiding is – met name bij de ernstig verstandelijk gehandicapten – sprake van een toegenomen levensverwachting. Het aantal oudere gehandicapten neemt hier – door relatief toe ten opzichte van het aantal jongere gehandicapten. Hierbij dient opgemerkt te worden dat de veroudering en de daarmee gepaard gaande lichamelijke problemen bij verstandelijk gehandicapten zich doorgaans vroeg inzet, vanaf circa 50 jaar. Deze ontwikkelingen leiden in het algemeen tot een intensivering van de zorgvraag in de gehandicaptensector.

Om voldoende zicht te krijgen op de ontwikkelingen binnen de gehandicaptensector en de betekenis hiervan voor de financiële ramingen van de zorgsector ontwikkelen RIVM, SCP en de Universiteit van Maastricht in opdracht van het Ministerie van VWS een cliëntenstroommodel van het gebruik van gehandicaptenvoorzieningen. Met dit model moet meer inzicht gekregen worden in de korte en lange termijn ontwikkeling van de zorgvraag, het zorgaanbod, het zorggebruik en de wachtlijsten in de verstandelijk gehandicaptenzorg. Tevens kan met behulp van het model de effectiviteit van voorgenomen beleidsontwikkelingen worden ingeschat door middel van simulaties.

67

Met wel percentage zijn de wachttijden in de intramurale gehandicaptenzorg gedaald?

De in tabel 8 gepresenteerde cijfermatige vergelijking heeft betrekking op een totaalcijfer voor de ZRS-categorie wonen, die een optelsom is van 5 woontypen met resp. intramurale, semimurale en ambulante zorg. Een uitsplitsing van de wachttijden voor de intramurale zorg uit dit cijfer is niet

goed mogelijk, omdat de woontypen geen strikt onderscheid maar een vloeiende overgang tussen deze zorgvormen inhouden.

In het kader van de rapportage wachtlijstgegevens voor de gehandicaptenzorg moest een uniformering van het urgentie criterium plaatsvinden, omdat in de regio's nog verschillende criteria werden gehanteerd. Een cliënt is volgens dit criterium urgent, indien de bij de indicatie bepaalde datum van de gewenste start van de zorg verstreken is. Hiermee wordt voorkomen, dat een cliënt uit voorzorg op de wachtlijst kan worden geplaatst.

Dit criterium is in overleg met alle MJA-partijen gekozen. Het protocol wordt nu algemeen gebruikt bij de indicatiestelling door het LCIG en is standaard bij de ZRS-registratie geworden.

68

Kunt u aan de hand van de wachtlijstgegevens van oktober 2001 een overzicht geven van de omvang van de nieuwe instroom? Kunt u hierbij tevens een overzicht geven van de gevolgen hiervan voor de wachtlijsten en de wachttijden bij de verschillende onderdelen van de gehandicaptenzorg?

De door het CVZ (als landelijk houder van ZRS) ingezette overdracht van het zorgregistratiesysteem (ZRS) naar de zorgkantoren heeft inderdaad tot eind september 2001 geduurd. De technische installatie van het systeem bij de zorgkantoren en de LCIG-regiokantoren bleek in een aantal gevallen meer tijd te vergen, terwijl ook het opzetten van de datacommunicatieverbindingen tussen zorgkantoor en LCIG-regiokantoor soms een technisch knelpunt vormden. Inmiddels is in alle zorgkantoorregio's het systeem operationeel en wordt er in een aantal regio's door het LCIG of het zorgkantoor nu gewerkt aan het invoeren van het deel van de cliëntgegevens, dat tijdens de overdrachtsperiode niet ingevoerd konden worden.

Consequentie van deze overdrachtsproblemen is wel, dat door LCIG en ZN is aangegeven dat een onderbreking in de activiteiten is opgetreden en er een vertraging in het leveren van wachtlijstgegevens is ontstaan. In verband met deze overdrachtsproblemen kon er geen stand van de wachtlijstgegevens over het eerste half jaar 2001 aan het CVZ en VWS worden geleverd. Door CVZ is gemeld, dat de voor oktober 2001 beoogde wachtlijstcijfers nu helaas niet beschikbaar zijn. Zoals gebruikelijk wordt in elk geval begin 2002 door CVZ gerapporteerd over de ZRS-jaarcijfers 2001. In de nieuwe opzet bij de zorgkantoren is het ZRS toegankelijk voor de regionale LCIG-teams om de indicatiegegevens in te voeren en voor het zorgkantoor om daaraan de gegevens over de zorgtoewijzing en zorgrealisatie door zorgaanbieders toe te voegen. In deze opzet hebben de zorgaanbieders zelf nog geen toegang. Door de zorgkantoren worden regionale overzichten opgesteld, die met ondersteuning van Prismant als landelijk systeembeheerder, door CVZ worden gebundeld tot landelijke overzichten.

Per 1 januari 2002 zijn de gegevens over de zorg aan verstandelijk en lichamelijk gehandicapten in het ZRS opgenomen. In de loop van 2002 zullen ook de gegevens over de zorg aan zintuiglijk gehandicapten in het ZRS opgenomen gaan worden.

De verdere ontwikkeling van het ZRS vindt plaats in het kader van de geplande ontwikkeling van de brede AWBZ-zorgregistratie, zoals ook voor de GGZ en de V&V-sector geldt.

69

Wat is het oordeel van de regering over de zorgboerderijen? In hoeverre is het mogelijk op dit moment AWBZ-toelating tot stand te brengen?

Het gaat bij zorgboerderijen steeds om een bijzondere combinatie van de functies wonen en dagbesteding. In enkele gevallen is bijvoorbeeld de woonfunctie toegelaten tot de AWBZ als gezinsvervangend tehuis- en wordt de dagbesteding – het boerenbedrijf – aangemerkt als buitenobject van de Sociale Werkvoorziening. Ook is wel toelating gerealiseerd van het bedrijfsdeel als dagverblijf AWBZ. Intramurale voorzieningen gebruiken boerderijen soms om een deel van de dagopvang bij in te kopen, soms hebben zij die zorgboerderij in eigen beheer. Binnen de randvoorwaarden van een beschikbaar financieel kader en van een objectieve indicatiestelling voor de desbetreffende AWBZ-aanspraak, kunnen derhalve initiatieven gerealiseerd worden en kunnen deze bijdragen aan een gedifferentieerd zorgaanbod.

70

Kunt u aangeven op welke wijze in de gehandicaptenzorg het extra geld voor de dagbesteding is ingezet? Kunt u hierbij tevens per doelgroep een cijfermatige onderbouwing geven van de toename van het aantal dagbestedingsuren?

Ja, dit is gedaan met een brief van 14 november 2000 (DGB/ZVG-2121814) gericht aan de Voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS. Hierin wordt ingegaan op de extra middelen die respectievelijk in 1998, 1999 en 2000 extra ter beschikking zijn gesteld.

De f 41 mln (€ 18,6 mln) voor 1998 is via de normale beleidsregels van het College tarieven gezondheidszorg (CTG) aan het budget van de instellingen toegevoegd. Hierover is gerapporteerd dat achteraf is vastgesteld dat de desbetreffende middelen ook voor andere zaken dan dagbesteding zijn aangewend.

Over de f 24 mln (€ 10,9 mln) voor 1999 en f 46,3 mln (€ 21,0 mln) voor 2000 is tussen de Vereniging gehandicaptenzorg Nederland (VGN) en Zorgverzekeraars Nederland (ZN) de afspraak gemaakt dat deze extra middelen voor een groep van in totaal 6600 zeer ernstig verstandelijk gehandicapten alleen ter beschikking worden gesteld als daaraan een gezamenlijk plan van een aantal instellingen voor het realiseren van dagbesteding ten grondslag zou liggen. Als het zorgkantoor zijn goedkeuring hechtte aan dit plan, werden ook deze extra middelen via de normale CTG-beleidsregels aan de budgetten van de instellingen toegevoegd. Op verzoek heeft het Trimbos-instituut een onderzoek gedaan naar de inhoud van genoemde plannen voor de jaren 1999 en 2000. Uit dat onderzoek blijkt, dat het geld voor het overgrote deel besteed is voor het aantrekken van extra personeel voor dagbesteding en heeft geleid tot toename van de dagbesteding voor mensen in intramurale instellingen. Iedere bewoner uit de onderzochte instellingen heeft gemiddeld 1 à 2 uur dagbesteding of bezigheden per week extra gekregen.

71

Kunt u voor de gehandicaptenzorg de ontwikkeling t.a.v. de groepsgrootte vanaf 1999 tot en met 2001 aangeven?

In 1999 was de groepsgrootte gemiddeld 8 in de algemene instellingen voor verstandelijk gehandicapten (intramuraal) en 5 in gezinsvervangende tehuizen (semimuraal). Over recentere totaalgegevens beschikken we nog niet. Naar verwachting zijn de cijfers over 2000 pas begin 2002 beschikbaar, vanuit de landelijke enquête van de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland.

72

De beschikbaar gestelde bedragen voor de aanpak van de wachtlijsten zijn een nauwkeurige raming van de extra productie. Hoe wordt deze extra productie geraamd? Hoe wordt de extra productie in de andere sectoren geraamd?

Het kabinet heeft begin 2000 besloten de wachtlijstaanpak binnen de gehandicaptensector te intensiveren. Eind maart 2000 bood het Kabinet daartoe ruimte aan zorgaanbieders en verzekeraars in de gehandicaptenzorg om aanvullende productieafspraken te maken. Hiervoor zijn in Zorgnota 2001 en Zorgnota 2002 extra middelen geraamd.

Op 9 mei 2001 is in een separate brief de Tweede Kamer geïnformeerd over de stand van zaken omtrent de aanpak van de wachtlijsten (TK 2000–2001, 24 170, nr. 64). Daarin is de stand van de gerealiseerde zorg tot en met eind maart 2001 aangegeven. Op basis van de bereikte resultaten is een extrapolatie gemaakt, waarbij is uitgegaan van een gelijkblijvend tempo waarin extra zorg tot stand komt in de gehandicaptenzorg. Deze raming is vertaald naar middelen, op basis waarvan het Kabinet tot besluitvorming is gekomen.

Voor wat betreft de andere care sectoren geldt het volgende.

«De toekenning van de wachtlijstmiddelen in de sector GGZ vindt plaats aan de hand van de regionale wachtlijstplannen die zijn ingediend door de zorgkantoren (in overleg met de zorgaanbieders en cliëntenorganisaties) en op basis van de (geprognostiseerde) realisatiecijfers over de productie 2001. De regionale wachtlijstplannen GGZ worden onder andere getoetst aan de landelijke beleidskaders. De toekenning van de wachtlijstmiddelen in de GGZ vindt plaats binnen de geldende budgettaire kaders.»

In de sector verpleging en verzorging hebben de zorgkantoren op 1 september 2000 bij VWS bestedingsplannen ingediend. Over deze bestedingsplannen, welke door VWS zijn goedgekeurd, is de Kamer op 15 december 2000 (TK 2000–2001, 25 170 nr. 22) geïnformeerd. Deze bestedingsplannen vormen de basis voor het wegwerken van de wachtlijsten. Op 27 april 2001 is de Kamer naar aanleiding van de tweede meting in de sector verpleging en verzorging over de eerste resultaten geïnformeerd (TK 2000–2001, 25 170 nr. 23). In de loop van het jaar kunnen zorgaanbieders en zorgverzekeraars verdere aanvullende productieafspraken maken. Als voorwaarde bij deze afspraken geldt dat alle overige middelen reeds gebruikt moeten zijn en dat feitelijke uitbreiding van zorgproductie plaatsvindt («boter bij de vis»).

73

Wat zijn de overwegingen om alleen urgent wachtenden mee te nemen bij het bepalen van de wachttijd in de care? Welke urgentiecriteria worden gehanteerd? Kunt u aangeven hoe deze criteria tot stand zijn gekomen? Kunt u in kwantitatieve zin aangeven in welke mate het protocol op basis waarvan de urgentie wordt bepaald ingang heeft gevonden?

Zie het antwoord op vraag 67.

74

Kunt u aangeven hoe hulpvraagverduidelijking in zijn werk gaat? Kunt u tevens aangeven hoe hulpvraagverduidelijking en uitbreiding van zorg met elkaar samenhangen, zowel in kwantitatieve als kwalitatieve zin?

Hulpvraagverduidelijking staat aan het begin van de zorgketen, voorafgaand aan de indicatiestelling. Bij hulpvraagverduidelijking worden – door SPD medewerkers – cliënten en hun verzorgers (gestructureerd) gevraagd wat zij echt willen, welke soort zorg en ook de wijze waarop hun zorg georganiseerd zou moeten worden, dus hoe vaak en door wie. Uitgangspunt is de persoon met zijn mogelijkheden en wensen op alle terreinen van het leven. Voor hulpvraagverduidelijking zijn diverse methodieken ontwikkeld. De uitkomsten van de hulpvraagverduidelijking zijn het beginpunt bij de indicatiestelling.

Hulpvraagverduidelijking is belangrijk omdat daarmee voorkomen wordt dat het beschikbare aanbod toch de vraag bepaalt. Door vanuit de daadwerkelijke behoefte te redeneren kunnen alternatieve wijzen van zorg-

verlening ontwikkeld worden. In plaats van categorale voorzieningen kunnen reguliere voorzieningen of bepaalde vormen van dienstverlening bijvoorbeeld de gewenste ondersteuning leveren. Hulpvraagverduidelijking is niet meer dan het zuiver stellen van de hulpvraag. Naarmate meer inzicht ontstaat in de verschillende producten die de gehandicaptenzorg rijk is kan die hulpvraag zuiverder worden geformuleerd. Bedoeld inzicht zal mede toenemen met de voorgenomen nieuwe wijze van bekostiging in de gehandicaptenzorg. Die nieuwe wijze van bekostiging houdt, op individueel niveau, zowel rekening met kwalitatieve aspecten (zorgzwaarte) als met de duur van de zorg. Hulpvraagverduidelijking maakt de zorgvraag explicieter waardoor doelmatiger zorg kan worden verleend; met andere woorden door hulpvraagverduidelijking kan de indicatiestelling en vooral de zorgtoekenning effectiever worden ingezet.

75

Tot eind september 2001 zal het ZKS (ZRS) in alle zorgkantoorregio's worden ingevoerd. Is de datum gehaald? Zo nee, wat zijn hiervan de oorzaken en consequenties?

Zie het antwoord op vraag 68.

76

Voor 2002 wordt de succesvolle aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg voortgezet. De regering zorgt dat de AWBZ meer dan voorheen het gewenste verzekeringskarakter heeft teruggekregen. Op welk moment verwacht de regering dat het gewenste verzekeringskarakter van de AWBZ daadwerkelijk bereikt zal zijn, en wat betekent dit voor de praktijk?

Het verzekeringskarakter van de AWBZ, dat met zich brengt dat aanspraken tijdig tot gelding moeten kunnen worden gebracht, heeft als zodanig nooit ter discussie gestaan. In de afgelopen tijd is echter gebleken dat bij het bestaan van lange wachtlijsten, afbreuk wordt gedaan aan de zorgaanspraken van verzekerden. Dit is ongewenst. Daarom is het een belangrijke prioriteit van het kabinet om de wachtlijsten weg te werken, zodat recht kan worden gedaan aan de aanspraken van de verzekerde en daarmee aan het verzekeringskarakter van de AWBZ. Aangezien het ontstaan van wachtlijsten verschillende oorzaken heeft, zijn hiervoor uiteenlopende maatregelen nodig, bijvoorbeeld reductie van werkdruk, oplossen van personeelstekorten, verminderen van ziekteverzuim en verhogen van productieafspraken etc. Voor de verschillende zorgsectoren, waaronder de gehandicaptenzorg, zijn hiervoor plannen van aanpak ontwikkeld en worden nu de noodzakelijke maatregelen getroffen. Deze maatregelen zijn erop gericht de wachtlijsten te verminderen. Omdat hierbij ook factoren een rol spelen waar het kabinet geen (directe) invloed op heeft, kan niet worden aangegeven op welk moment sprake zal zijn van tijdige zorgverlening die – gegeven het verzekeringskarakter van de AWBZ – volledig recht doet aan de aanspraken van verzekerden. Eveneens is hierbij van belang dat een geleidelijke ombouw plaatsvindt van aanbodsturing naar vraagsturing. Ook hiermee wordt het verzekeringskarakter van de AWBZ versterkt. In de brief van 17 juli 2001 over de vereenvoudiging van het PGB en de modernisering van de AWBZ (TK 2000–2001, 26 631, nr. 14), staat op hoofdlijnen aangegeven welke stappen daarvoor zullen worden gezet. Voor het naturasysteem betekent dit dat de zorgverzekeraars – via functioneel omschreven aanspraken, een daarop afgestemde bekostigingssystematiek, verruiming van het zorgaanbod – de instrumenten krijgen om sturing te kunnen geven aan de uitvoering van de AWBZ op zodanige wijze dat verzekerden in staat worden gesteld zorg te ontvangen die is afgestemd op de vraag.

77

Het zorgregistratiesysteem (ZRS) komt in de loop van 2001 onder verantwoordelijkheid van het zorgkantoor. Welke organisaties hebben toegang tot gegevens in dit systeem? Aanbieders ook bijvoorbeeld?

Zie het antwoord op vraag 68.

78

Hoe zal er verder gewerkt gaan worden aan het verder uitbouwen van de zorgregistratie in de gehandicaptenzorg? Wat wordt het aandeel van het ministerie hierin?

Zie het antwoord op vraag 68.

79

Kan aangegeven worden hoe bij een substantiële uitbreiding van intramurale capaciteiten in de bestedingsplannen 2001–2005 wordt voorzien in de kwalitatieve verbetering van die intramurale zorg? Met andere woorden welk planmatig programma wordt gericht op het terugbrengen van 3 en 4 persoonskamers naar louter 1 en 2 persoonskamers in bestaande en nieuwe verpleegtehuizen?

Uit enquêtes bij de verpleeghuizen, uitgevoerd door Prismant over 1997–1999, komen de volgende gegevens beschikbaar.

VERPLEEGHUIZEN

Aantal kamers naar beddengrootte op 31-12:

	1997	1998	1999	mutatie	%
Aantal kamers met 1 bed	10 553	11 423	11 812	1 259	11,93
Aantal kamers met 2 bedden	9 038	9 708	10 031	993	10,99
Aantal kamers met 3 bedden	784	752	726	- 58	- 7,4
Aantal kamers met 4 bedden	5 446	5 189	4 988	- 458	- 8,41
Aantal kamers met 5 bedden	404	399	397	- 7	- 1,73
Aantal kamers met 6 bedden of meer	526	443	400	- 126	- 23,95
Totaal aantal kamers	26 751	27 914	28 354	1 603	5,99

In de laatste twee kolommen van het schema zijn de mutaties tussen 1997 en 1999 weergegeven in aantallen kamers en percentages. Het aantal 3- en meerbedskamers laat een afname zien. In bedden uitgedrukt een afname met 2 800 plaatsen in twee jaar. Eind 1999 verblijven volgens de Prismant-gegevens nog 24 000 personen op 4- en meerbedskamers. Over de jaren 2000 en 2001 zijn nog geen enquêtegegevens beschikbaar. Wel is er in september 2001 een raming uitgevoerd door het College bouw ziekenhuisvoorzieningen, op basis van dossieronderzoek, naar de stand van zaken op dit moment. Hieruit blijkt dat er op dit moment voor circa 13 000 verpleeghuisplaatsen nog vier- (of meer) bedskamers bestaan. Het onderzoek van het College betreft een raming op basis van de vóór 1 januari 2000 afgegeven vergunningen. Enige voorzichtigheid met deze gegevens is op zijn plaats, want het is mogelijk dat nog niet alle projecten die door het College in de raming zijn betrokken reeds in gebruik zijn genomen. Ook is, gelet op de verschillende onderzoeksmethoden, voorzichtigheid geboden met de vergelijking van de Prismant-gegevens met de College-gegevens. De College-raming geeft wel een indicatie van de omvang van de bouwinspanning van de laatste jaren waaruit kan worden

geconcludeerd dat een duidelijke versnelling van de afbouw van meerbedskamers is bereikt.

De meeste verpleeghuizen waar nog een aantal 5- en 6-bedskamers in gebruik zijn hebben inmiddels plannen ter omzetting naar 1- en 2-bedskamers in vérgaande staat van voorbereiding of reeds in uitvoering. Circa 15 instellingen blijven wat achter. Met deze instellingen heeft het aanjaagteam van het College contact opgenomen. Het aanjaagteam stimuleert en ondersteunt deze instellingen om snel concrete plannen te ontwikkelen.

Voor de instandhouding (renovatie en vervanging waarbij o.a. meerbedskamers worden omgezet in één- en tweebedskamers) van verpleeghuizen zijn verschillende financiële mogelijkheden beschikbaar. Dit betreft de meldingsregeling en de bouwprioriteitenlijst voor instandhoudingbouw. Door de meldingsregeling is de procedure met betrekking tot de omzetting van 3 en 4 persoonskamers naar louter 1 en 2 persoonskamers versoepeld. Instellingen kunnen door middel van trekkingsrechten veel projecten zonder tussenkomst van de overheid realiseren.

De bouwprioriteitenlijst is van belang voor projecten waarvoor de trekkingsrechten ontoereikend zijn. Voor deze projecten is via de Zorgnota een macro budget beschikbaar.

De technische actualisatie van de bouwprioriteitenlijst 1997–2001 heeft in de zomer 2001 plaatsgevonden. De bestuurlijke actualisatie vindt thans plaats. Dit betreft nieuwe initiatieven voor de periode 2001–2006. Dit gebeurt op basis van een inventarisatie van plannen voor instandhouding die door de verpleeghuizen worden geëntameerd. Deze inventarisatie is uitgevoerd door de zorgkantoren. Er zal bij de vaststelling van de bouwprioriteitenlijst zo veel mogelijk prioriteit worden gegeven aan projecten waarmee 3- 4- en meerbedskamers worden omgezet in of vervangen door 1- en 2-bedskamers.

80

Welke acties zullen er ondernomen worden om de overbruggingszorg nog sneller aan te kunnen bieden en deze wachtlijstvrij te maken?

Doordat in het kader van het actieplan «Zorg verzekerd» de zorgvraag leidend is, kan nu als er zorg nodig is en de zorgaanbieder deze zorg ook daadwerkelijk kan geven, de zorg worden gegeven. Dat betekent dat met name door extramurale verpleging en verzorging in te zetten meer overbruggingszorg geboden kan worden.

Het bieden van overbruggingszorg betekent nog niet dat deze mensen ook van de wachtlijst verdwijnen, omdat overbruggingszorg in strikte zin niet volledig de geïndiceerde zorg biedt. De verwachting is wel dat de overbruggingszorg in een groot aantal gevallen adequate zorg is. Op dit moment gebeurt de indicatiestelling nog in aanbodtermen, maar wel onafhankelijk van het beschikbare zorgaanbod. Het is goed mogelijk, dat de huidige omvang van de overbruggingszorg afneemt vanaf het moment, dat de indicatie in functionele vraagtermen wordt gesteld.

81

In antwoord op Kamervragen van de leden Van der Hoek, Van Vliet en Passtoors (aanhangsel Handelingen nr. 1319, vergaderjaar 2000–2001) werd gesteld dat het systeem van geclausuleerde openeinderegeling in de GGZ pas toegepast zou worden zodra de objectieve indicatiestelling voor de kortdurend en langdurige GGZ geïmplementeerd zou zijn. Dat zou het geval zijn per 1 januari 2002. Wordt de openeinderegeling voor de GGZ van kracht per 1 januari 2001? Zo nee, wat zijn hiervan de oorzaken?

De indicatiestelling speelt inderdaad een rol in de afweging om een geclausuleerde open-einde-regeling ook in de GGZ te laten gelden. De indicatiestelling voor de langdurige GGZ (LZA=langdurig zorgafhanke-

lijken) verloopt feitelijk al op objectieve, onafhankelijke en integrale wijze conform het AWBZ-brede traject, via regionale LZA-commissies en wordt per 1 januari 2003 ondergebracht bij het RIO. De objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling voor de kortdurende gespecialiseerde GGZ wordt naar verwachting in de loop van 2002 geïmplementeerd (dus niet per 1 januari 2002). Een geclausuleerde open-einde-regeling is voornog niet van kracht in de GGZ.

82

Kunt u aangeven welk deel van de wachtlijst moet worden aangemerkt als voorzorg (zorgbehoevenden die uit oogpunt van voorzorg een indicatie voor opname in een verzorgingshuis vragen)?

Bij de tweede wachtlijstmeting op 1 maart 2001 staan 35 505 mensen op de wachtlijst met een verzorgingshuisindicatie. Hiervan ontvangen 25 796 mensen overbruggingszorg. Bijna 91% van de mensen die deze overbruggingszorg ontvangen krijgen deze zorg door middel van thuiszorg of extramurale verzorgingshuiszorg. Uit een aantal onderzoeken blijkt dat 50% van deze 23 431 mensen met de huidige overbruggingszorg zorg ontvangen die overeenstemt met de huidige zorgvraag. Hoewel het sterke vermoeden bestaat dat deze bijna 12 000 wachtenden uit voorzorg zijn geïndiceerd voor een verzorgingshuis, staan deze mensen formeel gezien terecht op de wachtlijst. Om dit probleem op te lossen is het belangrijk dat de zorgvrager weer vertrouwen krijgt in het zorgaanbod. Mensen zijn bereid hun indicatie voor opname in het verzorgingshuis te laten vervallen als ze er op kunnen vertrouwen dat als de «nood aan de man komt», er direct intramurale zorg beschikbaar is. In de TaskForce aanpak wachtlijsten is afgesproken dat de zorgkantoren in overleg met de zorgtoewijzingsteams en de indicatieorganen gaan bezien hoe toch in deze gevallen tot herindicatie kan worden overgegaan. Hierdoor zal de wachtlijst door het omzetten van overbruggingszorg naar first best zorg worden verkort.

83

Volgens GGZ Nederland is er voor 2002 € 72,6 mln (f 160 mln) nodig om de wachtlijsten aan te pakken. Wat heeft u doen besluiten om, ondanks volgens GGZ Nederland eerder gedane toezeggingen, (slechts) (€ 40,8 mln (f 90 mln) ter beschikking te stellen in 2002?

Aan GGZ-Nederland is niet toegezegd dat in 2002 € 72,6 mln (f 160 mln) extra beschikbaar zou komen voor het wegwerken van de wachtlijsten. Voor het jaar 2002 is in totaal € 78,3 mln (f 172,5 mln) beschikbaar voor het wegwerken van wachtlijsten in de GGZ. Indien uit de (geprognosticeerde) realisatiecijfers over de productieafspraken 2001 én de geactualiseerde wachtlijstplannen blijkt dat er aanvullende middelen nodig zijn voor de uitvoering van de wachtlijstplannen, zal het kabinet dit betrekken bij de besluitvorming over de Voorjaarsnota 2002. Dit is conform de afspraken in Actieplan Zorg Verzekerd.

84

Kunt u aangeven op welke wijze de overgang naar vraagsturing in de GGZ vorm krijgt?

Vraagsturing in de GGZ krijgt vorm door ook in deze sector de keuzevrijheid van de cliënt te vergroten en de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg en de beschikbaarheid ervan neer te leggen bij de partijen zelf: cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders. In de brief van 18 mei, (kenmerk GVM/2 172530) over cure en care in de GGZ, is aangegeven dat voor de belangrijke thema's met betrekking tot de omslag naar vraaggestuurde zorg wat betreft de care wordt aangesloten bij de voorstellen

voor de modernisering AWBZ en de vereenvoudiging PGB en wat betreft de cure bij het moderniseringstraject curatieve zorg. Overigens kan bij een belangrijk deel van de GGZ geen sprake zijn van vraagsturing (gedwongen opnames, forensische psychiatrie).

85

De GGZ geeft aan f 80 mln (€ 36,3 mln) nodig te hebben voor het aanpakken van wachtlijsten. De regering stelt minder middelen ter beschikking. Betekent dit dat de regering het bedrag van f 80 mln te hoog gesteld acht?

Zie het antwoord op vraag 83.

86

Welke oorzaak ligt ten grondslag aan het feit dat het ziekteverzuim in de thuiszorg veel hoger is dan in de ziekenhuiszorg (10,2% respectievelijk 6,6%)? Zijn er in het ziekteverzuim in deze sectoren ook grote regionale verschillen?

Het verschil qua ziekteverzuim, zoals dat in de Zorgnota vermeld wordt, is niet eenduidig te verklaren. Een voorname oorzaak voor het verschil is, dat de ziekenhuizen hun personeel betrekken van een ander segment van de arbeidsmarkt dan de thuiszorg. Ook is de werkring verschillend, in het ziekenhuis werkt men samen in een team en in de thuiszorg werkt men alleen bij de cliënten. Dit levert een andere vorm van werkdruk op. Ook binnen de sectoren is de spreiding van het ziekteverzuim groot. De spreiding betreft niet zozeer regionale verschillen, maar met name instellingsverschillen.

87

Hoe verklaart u de relatie tussen het aantal werkenden in de gezondheidszorg (ongeveer 1 miljoen) en de relatieve stijging van het aantal werkenden in deze sector (hoger dan in andere sectoren) en de dreigende tekorten aan met name verplegend en verzorgend personeel en aan artsen en paramedici?

Het aantal werkzame personen in zorg en welzijn en de meer dan evenredige stijging van dit aantal zegt iets over de werkgelegenheidsgroei in zorg en welzijn, waarbij het aantal werkzame personen laat zien dat de werkgelegenheidsgroei ook daadwerkelijk is ingevuld met ingestroomde kandidaten. De vacaturegraad in zorg en welzijn laat de spanning op dit moment zien om geschikt zorgpersoneel te vinden. Deze vacaturegraad is overigens lager dan van Nederland als geheel. De dreigende (toekomstige) tekorten zijn gebaseerd op een ramingsmodel waarbij de ontwikkeling van de zorgvraag is gerelateerd aan verwachtingen omtrent toekomstige ontwikkelingen van het aanbod van zorgpersoneel.

Een belangrijke factor bij het feitelijk tekort aan inzetbaar personeel is het hoge ziekteverzuim in de sector. De reductie van het ziekteverzuim is daarom een belangrijk speerpunt in de (uitvoering van de) arbeidsmarktconvenanten voor zorg en welzijn/jeugdhulpverlening en er zijn – op nog twee branches na – arboconvenanten per branche afgesloten met concrete doelstellingen over de verbetering van arbeidsomstandigheden door de reductie van de fysieke- en psychische belasting, werkdruk, agressie en onveiligheid en gevaarlijke- en allergene stoffen.

Gezien de groeiende vraag en het relatief verminderen van het aanbod kunnen – zonder aanvullend beleid – verdere spanningen op de arbeidsmarkt zich voordoen. Ons beleid is er op gericht er aan bij te dragen om die spanningen te voorkomen.

88

Arbeidsomstandigheden, ziekteverzuim en reïntegratie zijn onderwerpen die topprioriteit moeten blijven door de sector zo blijkt uit de Zorgnota. Uit welke (toekomstige) maatregelen blijkt die topprioriteit?

Vanuit verschillende invalshoeken worden maatregelen vormgegeven. Zo zijn in het voorjaar 2001 naar aanleiding van het rapport-Van Rijn voor 2001 f 600 mln (€ 274,5 mln) en voor 2002 f 998 mln (€ 452,9 mln) aan extra middelen beschikbaar gekomen voor de uitvoering van de vier-sporenaanpak waarbij het tegengaan van de uitstroom van personeel een van de vier sporen is.

Daarnaast zijn er in het arbeidsmarktconvenant ook voor 2002 concrete afspraken gemaakt om het ziekteverzuim en de WAO-instroom terug te dringen. Hieruit voortvloeiend is een kaderregeling ontwikkeld waaruit zorginstellingen subsidie kunnen krijgen voor activiteiten op het gebied van verbetering van arbeidsomstandigheden, reductie van ziekteverzuim en stimulering van reïntegratie. Ook zijn per zorgsector concrete afspraken gemaakt in arboconvenanten tussen sociale partners en de ministeries van SZW en VWS.

Tenslotte heeft het kabinet in deze kabinetsperiode extra middelen beschikbaar gesteld voor werkdrukbeleid.

89

In verschillende sectoren komen duidelijk signalen dat er een CAO-gat is. Hoeveel bedraagt dat en hoe wordt dat opgelost?

Deze problematiek is aan de orde geweest in de vraag (d.d. 4 oktober 2001) van de vaste kamercommissie VWS en het antwoord van VWS d.d. 31 oktober 2001) over de budgettaire ontwikkelingen in de zorgsector. De vraag was gesteld naar aanleiding van een brief van de Stichting Gelders Hof aan de Kamer. Korthedshalve verwijzen wij u deze brief aan de voorzitter van de Vaste Commissie voor VWS (kenmerk DBO-CB-2221001).

90

Welke inzet heeft u bij het tripartiete overleg tussen sociale partners en overheid bij de versterking van het arbeidsmarktbeleid?

In de VWS-sectoren fungeert het ministerie niet als werkgever en draagt derhalve ook geen verantwoordelijkheid voor eventuele personeelstekorten. Maar het ministerie wordt wel aangesproken op de maatschappelijke gevolgen van die personeelstekorten. Het ministerie heeft er dus alle belang bij om binnen de mogelijkheden die het heeft, er toe bij te dragen dat personeelstekorten zich niet voor zullen doen dan wel dat bestaande personeelstekorten zo spoedig mogelijk ongedaan worden gemaakt. Dat bepaalt de inzet van het ministerie in het tripartiete overleg: sociale partners stimuleren en faciliteren om hun verantwoordelijkheid voor het arbeidsmarktbeleid – en in concreto voor het voorkomen danwel ongedaan maken van personeelstekorten – vorm en inhoud te geven.

91

Bent u bereid om ook voor de collectieve sector een vorm van winstuitkering mogelijk te maken, bijvoorbeeld op basis van de economische ontwikkeling? Wat vindt u van een fiscaal vriendelijke behandeling van deze regeling?

In het wetsvoorstel Belastingplan 2002 deel I – Arbeidsmarkt en inkomensbeleid (27 431) is een regeling voor flexibele beloning aangekondigd. Zoals in de Nota naar aanleiding van het verslag bij dat wetsvoorstel is aangegeven, kan een dergelijke flexibele beloningsregeling alleen worden toegepast in de marktsector. Voorwaarde voor de toepassing van de flexi-

bele beloningsregeling is dat werknemers een uitkering krijgen die afhankelijk is van de gemaakte winst. Omdat in de collectieve sector geen winst wordt behaald, kan de regeling in deze sector niet worden toegepast. Het kabinet heeft naar aanleiding van de voorstellen van de Commissie-Van Rijn al besloten tot een forse extra intensivering van de arbeidsvoorwaardenruimte in de collectieve sector. De flexibele beloningsregeling zal in 2003 worden geëvalueerd. Bij deze evaluatie zal onder meer worden onderzocht of de fiscale faciliteit tot een achterstand van de collectieve sector ten opzichte van de marktsector heeft geleid. Tijdens het voorjaars-overleg dat op 18 juni 2001 plaatsvond heeft het kabinet met de sociale partners afgesproken dat – mocht volgens deze evaluatie van zo'n achterstand sprake zijn – op dat moment met de Stichting van de Arbeid in overleg zal worden getreden over het eventueel nemen van gepaste maatregelen.

92

Met welke concrete fiscale maatregelen wilt u de participatie in de zorgsector bevorderen?

In het Belastingplan 2002 (deel I, Arbeidsmarkt en inkomensbeleid) wordt in het kader van de bevordering van de arbeidsparticipatie een aantal fiscale maatregelen voorgesteld. Het betreft onder meer de invoering van een toetrederskorting en de invoering van een afdrachtvermindering voor werkgevers van toetreders. Door de gekozen vormgeving zijn de voorgenoemde maatregelen ook interessant voor de zorgsector, waar een relatief groot beroep wordt gedaan op herintreders. Overigens bestaat al langere tijd een aantal fiscale en niet-fiscale regelingen die ook voor de zorgsector van belang zijn ter bevordering van arbeidsparticipatie. In het bijzonder gaat het daarbij om de afdrachtvermindering lage lonen en de afdrachtvermindering langdurig werklozen, en de regeling voor I/D-banen.

93

Een onderdeel van de viersporenaanpak uit de commissie-Van Rijn is het stimuleren van de instroom. Hoe wordt het aantal stageplaatsen vergroot en de problemen die hierover bestaan tussen de opleidingsfondsen en de gezondheidszorginstellingen opgelost?

Over de beschikbaarheid en de kwaliteit van stageplaatsen bestaat onvrede. Via een aantal maatregelen proberen we zowel de beschikbaarheid als de kwaliteit van stageplaatsen te verbeteren. In 2001 heeft het sectorfonds Zorg de Kaderregeling Instroom en Behoud ontwikkeld. Instellingen kunnen een investeringspremie krijgen voor de kosten van stages. Ook is er een premie voor praktijkbegeleiding voor specialistische en vervolgopleidingen en is subsidie mogelijk in de loonkosten van nieuwe praktijkbegeleiders, voor scholing van begeleiders en P&O-functionarissen alsmede voor innovatie van de praktijkbegeleiding. Daarnaast bevorderen we regionale samenwerking tussen zorginstellingen, onderling en met opleidingsinstellingen. Ook werken we aan een betere planning en matching van BPV-plaatsen. In steeds meer regio's komen stagebureaus. Deze goede ontwikkelingen worden gestimuleerd via de Stimuleringsregeling BPV+ van de OVDB en het Sectorfonds Zorg. Regio's kunnen een plan indienen voor een betere match van BPV-plaatsen en tot een verbetering van de kwaliteit ervan. Daarnaast wordt ook door de Bve Raad en de HBO-raad uitgedragen dat onderwijsinstellingen rekening houden met regionale afstemming. Tevens zijn in alle regio's regionale arbeidsmarktverbanden opgebouwd, door VWS via de sectorfondsen financieel ondersteund. Die aanpak verbreden en versterken we, omdat juist in de regio zorginstellingen en scholen afspraken kunnen maken en elkaar aanspreken op de kwaliteit van de opleidingen en het werven en matchen van stageplaatsen.

Naar aanleiding van het rapport Van Rijn zijn in de recent afgesloten cao's afspraken gemaakt over betere werk- en praktijkbegeleiding voor stagiaires en stagevergoeding voor leerlingen. Ook deze afspraken dragen bij aan het vergroten van het aantal stageplaatsen en de kwaliteit daarvan.

94

Hoe vindt de toekenning van extra arbeidsmarktmiddelen van sectorfondsen aan individuele instellingen plaats?

Het overgrote deel van de extra arbeidsmarktmiddelen, die aan het sectorfonds Zorg ter beschikking zijn gesteld, loopt via de Kaderregelingen AVR (Arbo, Verzuim en Reïntegratie) en Instroom en Behoud. Een individuele instelling kan op basis van een door die instelling opgesteld plan op het gebied van AVR onderscheidenlijk Instroom en Behoud subsidie van de sectorfondsen verkrijgen. De extra middelen, die aan het sectorfonds voor de academische ziekenhuizen (SoFoKles) ter beschikking zijn gesteld, zijn grotendeels bestemd voor het extra opleiden van gespecialiseerd zorgpersoneel. Op basis van extra opgeleide aantallen gespecialiseerd zorgpersoneel kan een academisch ziekenhuis een bijdrage van SoFoKles verkrijgen.

95

Zijn er in de diverse CAO's en Arbo-overeenkomsten nog afspraken gemaakt over de mogelijkheid om vervanging van ziekteverlof op verzoek van betrokkenen te verzilveren (uit te betalen) i.p.v. om te zetten in vrije tijd (verschuiving van het probleem) en om vrijwillig op verzoek van de betrokken werknemer de fulltime arbeidstijd te vergroten, bijv. van 36 naar 38, 40 of meer uren (herbezetting eigen arbeidstijdverkorting of structurele overuren) met de daarbij behorende evenredige salarisverhoging?

Het flexibiliseren van de CAO's is een continu proces. Met name in de onderhandelingen over de CAO-Ziekenhuizen heeft dit jaar het thema van een verhoging van de wekelijkse arbeidstijd van gemiddeld 36 naar gemiddeld 40 uren per week gespeeld. Aangezien de v+v-functies merendeels in deeltijd worden uitgeoefend, is een discussie van een volledige werkweek van 36 dan wel 40 uur per week voor deze (deeltijd)functies van een andere orde dan voor werknemers die voltijdswaarden uitoefenen. De omvang van het dienstverband is immers het resultaat van een bewuste keuze van de werknemer voor het aantal uren dat hij/zij wél respectievelijk niet wil werken. Bij een keuze om meer uren te draaien, door ofwel het dienstverband uit te breiden ofwel door overuren of onregelmatige uren niet in tijd maar in geld te laten compenseren, zal de totale omvang van de werkweek meestal toch onder de voltijdsgrens blijven. Uit de vraag blijkt ongerustheid over de mate van flexibiliteit in de CAO's in het VWS-veld. Op dat punt kunnen wij u geruststellen. In alle CAO's in het VWS-veld is een grote mate van flexibiliteit aanwezig voor het bepalen van de balans tussen werken en niet werken. VWS krijgt dan ook geen signalen dat medewerkers in de zorg door CAO-bepalingen worden geconfronteerd met een zodanig aantal compensatie-uren dat ze die niet meer op kunnen krijgen. Indien nodig kan compensatie voor overwerken en voor onregelmatig werken over het algemeen ook (deels) in geld worden opgenomen in plaats van in vrije tijd. Ook het verkopen van verlofdagen door medewerkers (voorzover uitstijgend boven het wettelijke minimum) is over het algemeen overal mogelijk. Deeltijders kunnen altijd meer werken indien zij zulks wensen en het formatiebudget van de instelling dat toelaat. De CAO-norm van een voltijdswaarde ligt weliswaar op de 36 uur per week, maar het is voltijders niet verboden om over te werken. De situatie waar de vraag op doelt, bestaat dus al.

Wij willen wel een kanttekening maken bij de suggestie uit de vraag om privétijd te vervangen door werktijd. Er zijn namelijk grenzen aan het meerwerken. De Arbeidstijdenwet ziet daar – ondermeer uit het oogpunt van bescherming van de gezondheid van de werknemer – op toe want in Nederland geldt het uitgangspunt dat er een goede balans moet zijn tussen werk en privé, nog afgezien van de kans op ongelukken die overmatige arbeidstijden ook in zorg- en welzijnsinstellingen met zich kan brengen.

96

Voor de sectoren verpleging en verzorging en ziekenhuizen verwacht VWS nog dit jaar een arboconvenant te kunnen afsluiten, op basis van eerder getekende interventieverklaringen. Arcades sluit geen contract omdat er in hun visie te weinig financiële middelen voor beschikbaar zijn gesteld. Wat is hierop uw reactie?

Het overleg met sociale partners in de sector verpleging en verzorging over het arboconvenant is nog niet afgesloten/afgerond. Arcades stelt zich op het standpunt dat een arboconvenant alleen kan worden afgesloten indien substantiële extra financiële middelen beschikbaar worden gesteld voor met name een aantal maatregelen in de sfeer van de fysieke belasting. Wij zijn daarentegen van oordeel dat binnen de bestaande financiële kaders (met inbegrip van werkdrukmiddelen en Van Rijn-middelen) tot een voor alle partijen aanvaardbaar arboconvenant moet kunnen worden gekomen. Alle betrokken partijen hebben nog steeds de intentie om tot een arboconvenant te komen. De komende paar maanden zal duidelijk moeten worden of betrokken partijen alsnog tot een oplossing kunnen komen.

Overigens wordt het arboconvenant voor de ziekenhuizen naar verwachting in december a.s. afgesloten.

97

Welke zaken liggen ten grondslag aan het verschil in instroom WAO tussen de sector zorg en welzijn (1,8%) en de landelijke (gemiddelde) instroom (1,5%)?

Uit onderzoek is gebleken dat de hoogte van het ziekteverzuim de WAO-instroomkans vergroot. Ook blijkt dat met name langdurig ziekteverzuim de WAO-instroomkans vergroot.

Nu is in de sector zorg en welzijn niet alleen het ziekteverzuimpercentage gestegen, maar heeft er ook een verschuiving plaatsgevonden van kortdurend naar langdurig ziekteverzuim. Hierdoor is in de sector zorg en welzijn ook de kans op WAO-instroom toegenomen.

Daarnaast heeft de sector zorg en welzijn als sector specifieke kenmerken die een verhoogde kans op een hoog ziekteverzuim betekenen. Zo is uit onderzoek gebleken dat het ziekteverzuim van vrouwen hoger is dan van mannen en is het ziekteverzuim in grote organisaties hoger dan in kleinere organisaties.

98

Is er onderzoek gedaan naar de redenen die instellingen hebben om geen gebruik te maken van de mogelijkheid om subsidie aan te vragen voor plannen op het gebied van arbeidsomstandigheden, verzuim en reïntegratie?

Hoewel er in de Zorg uitgebreid onderzoek is gedaan naar de oorzaken van (en de oplossingen voor) de AVR-problematiek (Arbidsomstandigheden, Verzuim en Reïntegratie), is geen specifiek onderzoek gedaan naar de redenen van instellingen om hiervoor geen subsidie aan te vragen. Zo'n onderzoek lijkt me vooralsnog ook niet nodig. Recentelijk is de Kader-

regeling AVR van start gegaan. Zorginstellingen kunnen zo subsidie krijgen voor hun AVR-beleid. Volgens de meest recente cijfers zijn tot nu toe al circa 1000 subsidieverzoeken ingediend. Het bereik van de regeling is inmiddels gegroeid tot instellingen die 80% van het aantal werkzame personen vertegenwoordigen. Wij constateren derhalve dat de Kaderregeling AVR goed loopt. Er wordt nu al veel gebruik gemaakt van de mogelijkheid om subsidie aan te vragen, en het aantal aanvragers zal zeer waarschijnlijk nog stijgen.

99

In welke mate maken instellingen gebruik van het op 6 juni 2001 opgerichte Arbokenniscentrum? Welke organisaties participeren in dit centrum en hoe wordt de kwaliteit van de adviesverlening beoordeeld?

Het Arbokenniscentrum is een gezamenlijk initiatief van het ministerie van VWS, sociale partners en het Sectorfonds Zorg en Welzijn. Gebruikers zijn P&O-functionarissen van zorginstellingen, arbocoördinatoren, directies en managers, ondernemingsraden en beleidsmakers.

Het arbokenniscentrum wil uitgroeien tot een landelijk aanspreekpunt voor arbeidsomstandigheden, reïntegratie en verzuim in zorg en welzijn. Deze doelstelling is ook nader geconcretiseerd in meetbare resultaten. Per 1 januari 2003 moet 90% van de relevante instellingen, dienstverleners en beleidsmakers het centrum kennen, moet 80% van hen positief tegenover de dienstverlening staan en heeft 50% tot 70% minstens eenmaal gebruik gemaakt van de diensten van het centrum. Deze indicatoren zijn tevens maatstaf voor de kwaliteit van de adviesverlening.

100

Wat zijn de (voorlopige) resultaten van het regionale arbeidsmarktbeleid? Wanneer vindt er een evaluatie van dit beleid plaats?

Vanaf januari 2000 kunnen in het kader van de Subsidieregeling Regionale Aanpak en Intensivering Zorgsectorbreed Arbeidsmarktbeleid (RAIZA) regio's subsidie van het sectorfonds Zorg verkrijgen op basis van door hen ingediende projectplannen. Onlangs is een rapportage door het sectorfonds Zorg gemaakt, waarin aangegeven wordt welk type projectplannen in 2000 door de regio's zijn uitgevoerd en welk type projectplannen in 2001 door de regio's bij het sectorfonds zijn ingediend. Medio november ontvangt de Kamer van het ministerie een brief, met daarbij ondermeer een uitvoerige toelichting op de activiteiten van het sectorfonds. In deze toelichting worden de belangrijkste uitkomsten van vernoemde rapportage weergegeven.

Een evaluatieonderzoek naar de bereikte resultaten van het regionaal beleid heeft over de periode 2000/2001 nog niet plaatsgevonden. Met sociale partners wordt overlegd hoe en met welk tijdpad een evaluatie van het ingezette beleid het beste vorm kan worden gegeven.

101

Naar welke succesvolle activiteiten uit de landelijke campagne «De zorg, het echte werk» wordt gewezen? Kan enige toelichting worden gegeven, alsmede de bereikte resultaten?

Ook de komende twee jaar zal het doel van de beeldvormingactiviteiten zijn het op een positief-realistische manier (her)positioneren van de zorgsector op de arbeidsmarkt, i.c. het verbeteren van het beroepsbeeld van de zorgsector. De nadruk zal komen te liggen op het ondersteunen van regionale wervingsactiviteiten. Concrete activiteiten zijn onder meer: actualisering van een handboek open dagen, inzet van een campagnebus die door instellingen kan worden ingehuurd, beschikbaarstelling van een toolkit voor het management, stimulering van het museum V&V, verspreiding van een landelijke krant, voorafgaand aan een landelijke open dag op

2 maart 2002. Een deel van de beeldvormingactiviteiten zal gericht zijn op doelgroepen, waaronder m.n. jongeren en herintreders.

De bereikte resultaten van de campagne «De zorg het echte werk», vormen mede een basis ten behoeve van het positioneren van de beeldvorming van de zorgsector bij de voorgenomen vervolgvorming. Het gaat hierbij om de volgende resultaten: na de campagne is een positiever beeld ontstaan over de waardering die je krijgt voor je werk; het werken in de zorgsector is belangrijk voor de maatschappij; het werken in de zorg is afwisselend; men werkt in een aantal zorgsectoren met hoogwaardige technologische middelen.

102

Wordt er bij het hanteren van de ruwe indicator van de werklast (productievolumen afgezet tegen de ontwikkeling van het personeelsvolumen) rekening gehouden met hefboomeffecten, zoals de inzet van ICT?

Het is lastig om werklast op een eenduidige wijze te meten. Om toch een indicatie van de werklast te krijgen gaat VWS uit van een ruwe indicator. Hierbij wordt de ontwikkeling van het productievolumen afgezet tegen de ontwikkeling van het personeelsvolumen. Zoals wij in onze brief van 3 juli (MEVA/2185818) aan de Tweede Kamer hebben aangegeven zijn hierbij de nodige kanttekeningen te maken. Technologische ontwikkeling (waaronder de inzet van ICT) kan er bijvoorbeeld toe leiden dat de er minder personeel nodig is om een zelfde productieniveau te bereiken. De indicator geeft dan een werklastverhoging aan, terwijl in de praktijk de werklast juist zou kunnen dalen. Het is bovendien de vraag of veranderingen in de kwaliteit van de zorg en de zorgzwaarte adequaat in de productie worden meegenomen. Ondanks deze kanttekeningen blijft het zinvol om de ontwikkeling van het arbeids- en productievolumen te blijven volgen. Harde uitspraken over de werklast kunnen op basis van deze indicator niet worden gedaan. Het levert echter wel inzicht op over de ontwikkeling van twee belangrijke factoren die de werklast bepalen.

103

Wat is de verhouding tussen onderzoek naar werkdruk en maatregelen om werkdruk tegen te gaan in de besteding van middelen beschikbaar in het werkdrukbeleid?

De precieze verhouding tussen onderzoek naar werkdruk en maatregelen om de werkdruk tegen te gaan is ons niet bekend. Per instelling zal de werkdrukproblematiek verschillen en het is dan ook aan het instellingsmanagement om de werkdruk instellingsspecifiek aan te pakken. Over het algemeen zal een instelling eerst onderzoek doen naar de aard van de werkdrukproblematiek, waarna vervolgens gerichte maatregelen kunnen worden genomen. Aangenomen mag worden dat onderzoek slechts een fractie zal kosten van de feitelijke werkdrukmaatregelen zoals het aannemen van extra personeel en het implementeren van faciliterend werkdrukbeleid.

104

Kunt u een beeld schetsen waaraan een goed werkende incentive-structuur moet voldoen waarin ondermeer alle verzekeraars risicodragend zijn?

Financiële risicodragendheid is een instrument om het doelmatig handelen van verzekeraars (ziekenfondsen) op de zorginkoopmarkt aan te moedigen. Het doel is immers om kwalitatief goede zorg, die de verzekerde wenst, voor een scherpe prijs te realiseren. Een systeem van risicoverevening is noodzakelijk om de concurrerende verzekeraars, die een acceptatieplicht hebben en verplicht zijn voor al hun verzekerden een

zelfde premie te hanteren, in een gelijke uitgangspositie te brengen. De verevening bestaat er uit dat vooraf rekening wordt gehouden met een ongelijke verdeling van «dure» verzekerden tussen verzekeraars. De vormgeving van dit systeem van risicoverevening dient prikkels te bevatten om inspanningen op de zorginkoopmarkt te belonen, en inspanningen te ontmoedigen om zich op de verzekerdenmarkt vooral te richten op gezonde verzekerden.

105

Welke lessen heeft u getrokken uit de recente problemen bij de thuiszorg met betrekking tot de toekomstige borging van publieke belangen en het voorkomen van marktfalen bij de gereguleerde zorgmarkten in 2005?

Ontwikkelingen in de thuiszorg, maar ook in andere deelmarkten van de zorg, vormen belangrijke input voor het vormgeven van gereguleerde marktwerking ten behoeve van de overgang van aanbodsturing naar vraaggerichte zorg. Op dit moment worden analyses gemaakt van een aantal deelmarkten in de curatieve zorg (zie ook het antwoord op vraag 18). Ook de ontwikkelingen in de thuiszorg worden onder de loep genomen. Eén van de aspecten van deze onderzoeken betreft de identificatie van de publieke belangen die er spelen, de wijze waarop deze geborgd zijn en wat het resultaat hiervan is. Eerst na de uitkomst van deze deelmarktanalyses is een systematisch overzicht te geven van de lessen die te trekken zijn. In het voorjaar van 2002 verwachten wij de eerste resultaten te kunnen presenteren.

106

Als zorgverleners en verzekeraars in vrijheid vraag en aanbod op elkaar afstemmen, wat is dan de rol van Rijksoverheid, Provinciaal bestuur en gemeente? Hoe wordt de afstemming, taakverdeling en verantwoordelijkheid van de drie overheidslagen bij de borging van het publieke belang geregeld?

Het is de taak en de verantwoordelijkheid van de rijksoverheid om de publieke belangen via het verzekeringsstelsel te waarborgen en kaders te ontwikkelen en zonodig bij te stellen waarbinnen zorgverzekeraars en zorgverleners in gereguleerde concurrentie, vraag naar en aanbod van curatieve zorg op elkaar afstemmen. Voor die vormen van zorg (of zorgdeelmarkten) waar gereguleerde marktwerking onvoldoende waarborgen biedt voor het tot stand komen van voldoende aanbod van voldoende kwaliteit zal de overheid een actieve rol blijven spelen in het tot stand brengen van een evenwicht tussen de vraag naar die zorg en het aanbod daarvan.

107

Op welke termijn zullen de indicaties binnen twee weken gesteld kunnen worden?

In de reactie op de motie Van Vliet per brief aan de Kamer van 17 juli (24 036, 26 631, nr. 225) zijn onder meer ook de resultaten gemeld die door de RIO's in 2001 zijn bereikt bij het wegwerken van de achterstanden. De eindconclusie van het onderzoek naar het wegwerken van de achterstanden luidde: «Op basis van deze inventarisatie kan worden gesteld dat het beleid gericht op het wegwerken van de achterstanden zijn vruchten afwerpt. Wanneer deze lijn zich doorzet mag worden verwacht dat aan het eind van 2001 het merendeel van de indicatieorganen er in slaagt alle aanvragen gemiddeld binnen twee weken af te handelen, waardoor er vrijwel geen aanvragen langer dan zes weken blijven liggen». Vooralsnog zijn er geen redenen om aan te nemen dat deze conclusie niet gehandhaafd kan worden. In het kader van de rapportage Groot Project

wordt de Kamer in februari 2002 wederom geïnformeerd over de stand van zaken met betrekking tot de afhandelingssnelheid van de RIO's.

108

Kan verzekerd worden dat de modernisering van het PGB op schema ligt?

De vereenvoudiging van het PGB kent twee belangrijke elementen, te weten het omzetten van de huidige 5 regelingen tot een AWBZ-brede PGB-regeling op basis van functies en een wijziging en vereenvoudiging in de uitvoeringstructuur van de regeling. Enerzijds kan dit niet snel genoeg gerealiseerd worden en anderzijds is een zorgvuldige en uitvoerbare vormgeving van de nieuwe regeling voor de cliënt die zorg nodig heeft een vereiste. Tempo en zorgvuldigheid moeten bij de invoering hand in hand gaan. In overleg met veldpartijen is dit nog eens nadrukkelijk door hen aangegeven. In de implementatiebrief modernisering AWBZ en vereenvoudiging PGB d.d. 9 november 2001 (PP/AWBZ/2228131) wordt het tijdpad van invoering geschetst.

109

Welke overwegingen liggen ten grondslag aan de keuze om de PGB-systematiek voorlopig niet van toepassing te verklaren voor de functies behandeling en verblijf?

Aan deze keuze verblijf en behandeling vooralsnog buiten het PGB nieuwe stijl te houden liggen de volgende redenen ten grondslag. Het buiten het PGB houden van (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. De keuze om behandeling buiten het PGB te houden is gelegen in het feit dat het, gelet op de grote verschillen qua aard en omvang van behandeling en de grote mate van diversiteit in specialismen in de verschillende AWBZ-sectoren, niet mogelijk wordt geacht op een korte termijn te komen tot een verantwoorde AWBZ-brede PGB-systematiek voor deze functie. Dit neemt evenwel niet weg dat indien iemand geïndiceerd is voor (een of meer van) de eerste vijf functies én de functie behandeling, men wel voor de eerste vijf functies een PGB kan verkiezen. Behandeling zal echter als functie via de natura systematiek worden verstrekt.

110

Welke actoren hebben zitting in de programmaorganisatie die de projecten in het kader van de modernisering cure aanstuurt?

In de programmaorganisatie die de projecten in het kader van de modernisering cure aanstuurt, zitten diverse actoren. Het programmabureau Modernisering Curatieve Zorg (MCZ) wordt aangestuurd door een programmadirecteur binnen VWS. Aangezien de projecten zich uitstrekken over diverse directies binnen het departement, zijn er deelprojectleiders benoemd. Deze zijn vrijgesteld uit de staande organisatie om zodoende op een adequate wijze hun bijdrage aan het programmabureau te kunnen leveren. Via een aantal MCZ-projecten wordt al intensief samengewerkt met de partijen in het veld. De projecten DBC, Verzekeraarsbudgettering of deelmarktonderzoeken zijn daar voorbeelden van. Voor DBC2003 wordt bijvoorbeeld intensief samengewerkt met NVZ, VAZ, Orde van Medisch Specialisten, ZN en CTG. De vele partijen in het zorgveld worden de komende maanden betrokken bij de uitvoering van de voor hen relevante overige MCZ-projecten.

111

Welke maatregelen neemt u om in een gespannen arbeidsmarkt een soepele overgang van het huidige stelsel naar het toekomstige vraaggestuurde stelsel mogelijk te maken?

De overgang naar een vraaggestuurd stelsel dient gepaard te gaan met een verruiming aan de aanbodzijde. De overheid zal deze verruiming voornamelijk mogelijk moeten maken door deregulering (zoals vergroting toetredingsmogelijkheden). Deze verruiming kan in de praktijk worden bemoeilijkt door krapte op de arbeidsmarkt. In de huidige krapte faciliteert het kabinet de sociale partners om de arbeidsmarktknelpunten voor de zorgsector weg te nemen, dan wel te verlichten. Dat gebeurt langs de vier sporen die in de Zorgnota 2002 zijn beschreven. In principe zou de overheid een dergelijke aanpak ook kunnen toepassen in een meer vraaggestuurde omgeving.

Een niet onbelangrijk aspect van de arbeidsmarktontwikkeling is de arbeidsvoorwaardenontwikkeling in de sector. Recent is een Interdepartementaal Beleidsonderzoek gestart om onder andere na te gaan wat de veranderende verantwoordelijkheidsverdeling in de sturing van de zorgsector voor gevolgen heeft voor de totstandkoming van arbeidsvoorwaarden.

112

Is de minister bereid om een deel van de indicatiestelling (bijvoorbeeld de enkelvoudige) terug in handen van de huisarts te geven? Zo neen, waarom niet?

In de brief van 17 juli 2001 aan de Tweede Kamer (TK 2000–2001, 24 036, 26 631, nr. 225) is uiteengezet op welke wijze het achterliggende doel van de motie Van Vliet wordt gerealiseerd. De procedure waarvoor gekozen is, is mede ingegeven door het overleg dat hierover gevoerd is met huisartsen en ziekenhuizen.

113

Hoe wordt bij het nieuw te ontwerpen AWBZ-brede indicatieprotocol voorkomen dat de administratieve belasting van alle uitvoerders wederom toeneemt?

Het is van groot belang om bij het ontwerpen van een nieuw AWBZ-breed indicatieprotocol er op toe te zien dat de administratieve belasting voor de uitvoerders en verwijzers niet alleen niet toeneemt, maar juist afneemt. Dat kan op de eerste plaats omdat het nieuwe AWBZ-brede formulier de huidige drie sectorspecifieke formulieren zal vervangen. Dat is al een vermindering van de administratieve belasting op zich. Daarnaast zal bij het opstellen van het nieuwe formulier gebruik gemaakt worden van een zogeheten modulaire opbouw, waarbij alleen voor de onderhavige cliënt relevante onderdelen ingevuld behoeven te worden. Omdat er bovendien nieuwe software pakketten gebouwd worden waardoor de verwerking van gegevens wordt geautomatiseerd zal de administratieve belasting van de uitvoerders kunnen verminderen.

114

Kan de regering helder maken wat de feitelijke meerwaarde voor de cliënt is van de steeds toenemende inzet van mensen en middelen voor het indicatieproces?

De objectieve, onafhankelijke en integrale indicatiestelling versterkt de positie van de cliënt. Het indicatiebesluit maakt volstrekt helder welke aanspraken de cliënt heeft op zorg. De cliënt is na indicatiestelling in staat om in alle vrijheid te kiezen voor hetzij een persoonsgebonden budget of

voor zorg in natura. Als gekozen wordt voor zorg in natura kan de cliënt op basis van het indicatiebesluit bovendien in onderhandeling met het zorgkantoor of de zorgaanbieder over de mogelijkheden om een zorgpakket naar de wens van de cliënt samen te stellen. In het kader van de ontschotting van de AWBZ neemt de meerwaarde van de indicatiestelling verder toe door de AWBZ-brede functionele indicatiestelling. Tot slot is het van belang vast te stellen dat de onafhankelijke en objectieve indicatiestelling de cliënt de mogelijkheid biedt bezwaar en beroep aan te tekenen tegen het indicatiebesluit.

115

Is bekend hoe vaak cliënten vragen om een second opinion, resp. bezwaar aantekenen tegen een indicatie van het RIO? Wat zijn de resultaten van deze procedures?

Uit een externe inventarisatie van september 2001 blijkt, dat het aantal bezwaren met betrekking tot indicaties voor verzorging en verpleging weliswaar is toegenomen van 221 in 1999 tot 673 in 2000 doch verhoudingsgewijs slechts gering is: 0,13%. Deze inventarisatie (Bureau HHM) is als bijlage gevoegd bij de Rapportage Groot Project aan de Tweede Kamer d.d. 17 juli 2001. Het evaluatie-onderzoek van prof. Schrijvers dat binnenkort wordt gepubliceerd biedt ook het beeld van een toename, doch in verhouding een gering aantal bezwaren. Dit beeld geldt ook voor vragen om een second opinion. Uit inventarisaties van de LVIO blijkt dat ook hiervoor geldt dat het percentage laag is.

Veelal wordt in overleg met de cliënt een oplossing gevonden.

De resultaten van gevoerde procedures zijn in het algemeen, dat een reeds genomen besluit in stand blijft.

116

Zijn en functioneren de nu huidige RIO's alle geheel onafhankelijk van de zorgaanbieders. Zo niet hoe is deze onafhankelijkheid dan te waarborgen?

Gemeentebesturen, patiënten en consumenten-organisaties, zorgkantoren en zorgaanbieders kunnen deel uitmaken van het bestuur van een RIO. Dat laat onverlet dat de indicatiestelling wordt uitgevoerd door professionals, die op basis van een protocol tot een beoordeling van de hulpvraag komen. In dat kader is er sprake van onafhankelijke indicatiestelling. Daar waar sprake is van mandatering van de indicatiestelling blijven de RIO's verantwoordelijk voor de indicatiestelling.

117

Op welke termijn verwacht de regering dat de cliënt niet alleen keuzevrijheid van zorgaanbieder en financieringswijze heeft, maar dat ook de monopoliepositie van het zorgkantoor verdwijnt?

Zoals ook aangegeven in de Voortgangrapportage Groot Project modernisering AWBZ van 28 september jl. (TK 2000–2001, 26 631 nr. 15) worden in de juridische constructie van de zorgkantoren vooralsnog geen wijzigingen aangebracht. In de nota «Vraag aan bod. Hoofdlijnen van vernieuwing van het zorgstelsel» van 6 juli 2001 (TK 2000–2001, 27 855, nr. 1–2) wordt voorgesteld dat (risicodragende) zorgverzekeraars op termijn de functie van de zorgkantoren overnemen. Het ingezette beleid in het kader van de modernisering van de AWBZ, namelijk de versterking van de verzekeringsfunctie en het creëren van instrumenten waarmee de verzekeringsfunctie waar kan worden gemaakt, is in lijn met de doelstellingen verwoord in «Vraag aan bod». Gedurende de overgangssituatie zal de bestaande mandaatconstructie gehandhaafd blijven. Gelet op het tijdspad geschetst in «Vraag aan bod», waarbij allereerst wordt gewerkt aan het vervangen van het huidige duale stelsel voor het tweede compar-

timent door één verzekering curatieve zorg, zal de overgangssituatie in ieder geval de periode tot 2005 beslaan.

118

Is het PVB, c.q. het PGB in absolute zin gemaximeerd en niet volledig afhankelijk in hoogte van de omvang van de noodzakelijke zorg? Wat is daarvoor de reden? Wat betekent dit op termijn voor de financieringsmogelijkheden voor instellingen (groot en klein) voor gehandicapten?

Zowel voor het PGB als het PVB geldt dat aan een cliënt op basis van zijn/haar indicatie een budgetcategorie wordt toegekend. Deze budgetcategorie kent een bedrag dat in beginsel toereikend is om de zorg samenhangend met de zorgzwaarte van de cliënt te financieren. Voor de twee hoogste budgetcategorieën geldt bovendien dat de zgn. hardheidclausule kan worden toegepast. Indien uit de indicatie van een cliënt blijkt dat er sprake is van een bovengemiddelde zorgintensiteit en/of bijzondere omstandigheden, kan het zorgkantoor besluiten om een hoger bedrag toe te kennen. Op deze manier kan ook voor cliënten met een hogere zorgzwaarte een adequaat arrangement worden ontwikkeld en worden de samenhangende kosten gefinancierd.

Bij de aanpak van de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg wordt van deze mogelijkheid voor de cliënten met een zwaardere handicap gebruik gemaakt door de zorgkantoren. Voor de instellingen betekent dit dat zij naar zorgzwaarte worden gefinancierd. Op termijn speelt binnen de gehandicaptenzorg bovendien dat in het kader van de nieuwe bekostigingssystematiek instellingen op basis van de werkelijk te leveren zorg zullen worden bekostigd. Hierover is onlangs een brief aan de Kamer gestuurd (TK 2000–2001, 28 008 / 24 170, nr. 4).

119

Wanneer is de schets voor de modernisering van de GGZ concreet te verwachten? Kan deze nog naar de Kamer voor de begrotingsbehandeling VWS of komen eventuele financiële gevolgen van het bijbehorende actieplan 2002 bij de Voorjaarsnota aan de orde?

De voorstellen voor de modernisering van de GGZ zijn door de Minister op 18 mei jl. aan de Kamer gezonden (TK 2000–2001, 25 424, nr. 32), en zullen door de Kamer besproken worden tijdens een «verzamel AO» over de GGZ (NB datum nog onbekend). Op basis van de uitkomsten van dit AO zal worden bekeken hoe de modernisering van de GGZ verder vormt krijgt.

120

Op welk termijn is de minister van plan de eerstelijnspsycholoog in het pakket op te nemen en welke financiële consequenties heeft een en ander?

De geografische en financiële toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog is in 2000 door het NIVEL onderzocht. Daarnaast is in oktober 2001 gestart met pilots waarin wordt onderzocht wat de effecten zijn van een volledige toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. De eerste resultaten van deze pilots worden begin 2002 verwacht. Op basis van de uitkomsten van beide onderzoeken zal begin 2002 een brief aan de Kamer verstuurd worden waarin de verschillende opties beschreven worden die mogelijk zijn om de bestaande knelpunten in de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog op te lossen. Daarbij zullen ook de financiële consequenties van een eventuele opname in het pakket worden meegenomen. Het is echter aan een volgend Kabinet om op basis van de geformuleerde pro's en contra's een afgewogen beslissing te nemen. Op de korte termijn is opname in het pakket niet aan de orde.

121

Ondersteunt u initiatieven om gezondheidscentra en wijkcentra in te zetten ten behoeve van een betere afstemming tussen eerstelijns GGZ en de somatische gezondheidszorg en de welzijnssector? Zo ja, welke ondersteuning geeft u aan deze initiatieven? Zo nee, waarom niet?

Ja, een goede afstemming tussen eerstelijns GGZ, somatische gezondheidszorg en welzijnssector vinden wij heel belangrijk. Een manier om deze afstemming te verbeteren is door het samenbrengen van eerstelijns-hulpverleners (huisarts, eerstelijnspsycholoog en algemeen maatschappelijk werker) in een gezondheidscentrum. Maar samenwerking kan ook op andere wijzen gestalte krijgen. Wij geven dan ook ondersteuning aan dergelijke initiatieven door middel van het stimuleren van nauwe samenwerking en consultatie vanuit de tweedelijnszorg. Daarnaast is begin 2001 gestart met het Diaboloproject. De doelstelling van dit project is het initiëren, ondersteunen en faciliteren van lokale samenwerkingsinitiatieven op het terrein van de eerste- en tweedelijns GGZ, zodat aan cliënten in de GGZ een snelle en adequate hulpverlening kan worden verleend. Voor het Diaboloproject is in de periode 2001–2003 € 2,7 mln (f 6,0 mln) per jaar beschikbaar.

122

Een onderdeel van het departementale informatiebeleid is de toegang tot informatie over zorg en welzijn voor de burger verbeteren. Welke maatregelen neemt u om protoprofessionalisering en de gevolgen daarvan te ondervangen?

Onder protoprofessionalisering wordt verstaan dat leken de grondhoudingen en basisbegrippen van beroepsbeoefenaren overnemen in hun eigen interpretatiekaders. Protoprofessionalisering kan bij mensen met gezondheidsklachten helpen bij het definiëren en interpreteren van de klachten en het zoeken naar oplossingen hiervoor. Protoprofessionalisering heeft een grote betekenis voor zelfzorg, ziekte- en lichaamsbeleving. Zorggebruikers krijgen hierdoor een betere kijk op te vermijden of juist onvermijdelijke aspecten van de ziekte. Hierdoor weten zij wat zinvol dan wel zinloos is om te doen ter bevordering van hun gezondheid en daarmee wat zij wel en niet moeten accepteren in verband met hun ziekte of handicap. Hiermee levert protoprofessionalisering een positieve bijdrage aan de bestaanskwaliteit van gebruikers van zorg. Protoprofessionalisering houdt een versterking van de positie van de zorggebruiker in («patiënt empowerment»). Hierdoor kan hij/zij als (meer) volwaardige gesprekspartner in het gesprek met de professionele zorgverlener functioneren. Hierbij is het van belang dat de zorggebruiker beschikt over actuele, toegankelijke en betrouwbare informatie en dat hij/zij eventueel een beroep kan doen op ondersteuning en begeleiding bij het formuleren van vragen en behoeften. Het tegemoetkomen aan de (individuele) vragen en behoeften van de zorggebruiker moet zo veel als mogelijk richtinggevend zijn voor het aanbod van zorg. Het beleid is er dan ook op gericht zorggebruikers (verder) toe te rusten en te ondersteunen bij het formuleren van hun vragen en behoeften, zodat zorgaanbieders en zorgverzekeraars (nog) meer rekening houden met deze vragen en behoeften.

123

Welke proefprojecten zijn gestart?

In de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg – onder leiding van de heer Brinkman – worden 5 proefprojecten genoemd: Integrale Kwaliteit van Diabeteszorg (IKD), de Parkinsonpas, een samenwerkingsproject in de regio Zwolle (Isalaklinieken), het Rheco project in Eindhoven

en het Corpusproject in Breda. Inmiddels is een samenwerkingsverband ontstaan tussen IKD, Parkinsonpas en de Isalaklinieken onder de paraplu van VIZI. De projecten kennen een verschillende fasering en tijdsas. Inmiddels zijn ook 2 projecten uit de care sector toegevoegd: RAIView en CareMore.

Naast deze proefprojecten lopen ook nog andere projecten onder meer met betrekking tot verwijsindex (door Stichting U-zorg) en diverse zorg-identificatienummers voor patiënt en zorgverlener door respectievelijk ZPG en CIBG.

124

Wat heeft de regering gedaan of gaat de regering doen met het rapport «Houtskoolschets ICT zorgstructuur»?

Het rapport *Houtskoolschets ICT zorgsector* is dit voorjaar in opdracht van de Zorgpasgroep opgesteld. Het document heeft bijgedragen aan de discussies die werden gevoerd tussen de Zorgpasgroep, VIZI en het Coördinatiepunt Standaardisatie Informatievoorziening in de Zorgsector CSIZ. Het document heeft bijgedragen aan de gedachtevorming rond het Nationaal ICT Instituut in de Zorg NICTIZ.

125

Het elektronisch patiëntendossier zou vanaf 2003 in grote delen van de zorg kunnen worden ingevoerd. Is deze invoeringstermijn nog steeds haalbaar?

Er wordt nu reeds veelvuldig gebruik gemaakt van patiëntendossiers. Deze systemen zullen echter aanpassing behoeven om tot een landelijk dekkend netwerk te komen. De DBC ontwikkeling vormt een belangrijke schakel hiertoe.

Sinds de ondertekening van de intentieverklaring van het ICT Platform in de Zorg is veel bereikt. Zo is bijvoorbeeld steeds meer samenwerking ontstaan tussen (koepels van) zorgaanbieders en ICT industrie. Hierdoor wordt een belangrijke bijdrage geleverd aan het tegengaan van de versnippering. Er is inmiddels een precompetitief samenwerkingsverband ontstaan van aanbieders in de zorg die onlangs duidelijk hebben gemaakt ook verantwoordelijkheid te willen nemen bij de vorming van het ICT Instituut in de Zorg dat vorig jaar in de beleidsbrief en actieplan ICT in de Zorg (TK 2000–2001, 27 529, nr. 1) onder de werknaam NICTIZ aan u gepresenteerd is. Dat instituut bundelt de krachten van de nu lopende projecten en kan naar verwachting snel komen tot de formulering van wensen en eisen waarmee de industrie aan de slag kan gaan.

126

Hoe verhouden de maatregelen en plannen in de Zorgnota 2002 (AWBZ-brede zorgregistratie, wachtlijstregistratie) zich tot de doelstelling om de administratieve lasten in de gezondheidszorg terug te dringen?

De AWBZ-brede zorgregistratie moet op termijn inzicht bieden in de geïndiceerde zorg, de geleverde zorg en de geïndiceerde zorg, die niet geleverd kan worden (wachtlijst) of waarvoor een second best oplossing wordt getroffen (overbruggingszorg). Het stroomlijnen en automatiseren van deze informatie zal bijdragen aan het terugdringen van de administratieve lasten in de zorg.

127

De algemene beleidsdoelstelling is het scheppen van de randvoorwaarden voor en het bevorderen van een bredere en efficiëntere toepassing van informatie en communicatie technologie in de zorg, zodat de kwaliteit van de zorg en de transparantie van het zorgproces wordt verbe-

terd. Waarom is gekozen voor een convenantsvorm in plaats van deze beleidsdoelstelling om te zetten in wetgeving?

In de Beleidsbrief en Actieplan ICT in de Zorg (TK 2000–2001, 27 529, nr. 1) is in meer detail aangegeven hoe ons ICT beleid gestalte heeft gekregen. Daarin wordt ondermeer aangegeven dat het instellen van het ICT Platform in de Zorg (IPZorg), onder leiding van mr. drs. L.C. Brinkman, is voortgekomen uit de meerjarenafspraken Curatieve Somatische Zorg. De intentieverklaring van het IPZorg is een uitvloeisel daarvan. In de beleidsbrief is aangegeven welke acties wij nemen naar aanleiding van die intentieverklaring. Deze inzet past binnen het ICT beleid van het kabinet zoals dat bijvoorbeeld is verwoord in de nota De Digitale Delta. Uitgangspunt daarbij is dat de overheid de randvoorwaarden waarvoor zij eerste verantwoordelijke is op orde brengt en de resterende belemmeringen, voor zover het veld deze niet zelf kan oplossen, helpt wegnemen. Daarmee wordt niet uitgesloten dat naast het gezamenlijk optrekken van het veld en VWS, ook wetgeving wordt ingezet om de beleidsdoelen te realiseren, bijvoorbeeld op het gebied van de privacybescherming.

128

Op pagina 40 van de Zorgnota wordt ICT in samenhang met het Europese ICT-beleid besproken. Kunt u aangeven welke gevolgen de Europese context voor de overige elementen uit de Zorgnota 2002 betekent?

Voor verschillende thema's van de Zorgnota 2002 is meer of minder expliciet vermeld welke internationale dan wel Europese ontwikkelingen het betreffende beleidsveld beïnvloeden (bijvoorbeeld: (medische) biotechnologie (p. 41, 68), consumentenbescherming (p. 57), geneesmiddelen (p. 67), medische hulpmiddelen (p. 68), stralingsbescherming (p. 68), Europese regelgeving inzake veiligheid van bloed en bloedbestanddelen (p. 68)).

129

Op welke wijze wordt de burger betrokken bij de ontwikkelingen op het gebied van (medische) biotechnologie? Is de opzet die gekozen is bij het (publieks)debat «genen en eten» bijvoorbeeld maatgevende voor de opzet van het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG)? Welke voorlopige conclusies trekt u uit de organisatie van de inspraak tot nu toe?

Bij de beleidsontwikkeling rondom de medische biotechnologie wordt door ons bewust stil gestaan bij het aspect communicatie van en naar de burger. Wij zijn van mening dat de beleidsontwikkeling over dit onderwerp niet los kan worden gezien van de opvattingen die daarover in de maatschappij leven. Een manier waarop deze koppeling tussen overheid en maatschappij kan worden gelegd is bijvoorbeeld via een publiek debat. De ervaringen van de publieke debatten zijn tot nu toe wisselend. Het is nog te vroeg om een oordeel te geven over het debat «Eten en Genen» omdat dit debat nog loopt. Pas na afloop zal een afgewogen oordeel kunnen worden gegeven over het bereik van dit debat. Overigens is de opzet die gekozen is bij het (publieks)debat «Eten en Genen» niet maatgevend voor het Centrum voor Ethiek en Gezondheid (CEG). Het CEG heeft als hoofdtaak het signaleren aan de minister van VWS van nieuwe ontwikkelingen die ethische implicaties kunnen hebben, hetgeen een andere taak is.

130

Zijn er nieuwe ontwikkelingen in onderzoek naar xenotransplantanten waarbij de tot nu toe erkende ontoelaatbare risico's niet meer voorkomen? Zo nee, waarom wordt dan gesteld «Tenslotte vermelden we de mogelijke ontwikkeling van xenotransplantanten» zonder vermelding dat vooralsnog

Dat in de Zorgnota ook de mogelijke ontwikkeling van xenotransplantaten is vermeld heeft te maken met het feit dat ook al vindt in Nederland ontwikkeling van xenotransplantaten in de zin van levende bestanddelen van een dier niet plaats, dat natuurlijk nog niet betekent dat er ergens anders ook geen ontwikkeling van xenotransplantaten plaats zou kunnen hebben. Het is daarmee ook niet uitgesloten dat elders inderdaad toepassingen van xenotransplantatie worden ontwikkeld waarbij de tot nu toe erkende risico's niet voorkomen. Als dat inderdaad werkelijkheid blijkt, kan er zo toch een bijdrage worden geleverd aan het oplossen van het orgaantekort.

131

Kan de minister aangeven in welke richting de gedachten uitgaan bij het beantwoorden van de vraag hoe de Nederlandse overheid met mondialisering in het kader van biotechnologie moet omgaan?

De Europese Unie en andere internationale gremia (zoals de Raad van Europa, WHO, OECD etc.) winnen aan belang en bepalen steeds meer de speelruimte voor het nationale beleid. Het is belangrijk te weten welke rol de Nederlandse overheid in het algemeen en het ministerie VWS in het bijzonder kan en wil spelen in bovengenoemde internationale gremia op het gebied van de medische biotechnologie. Het ministerie van VWS is inmiddels een verkenning gestart naar het internationale krachtenveld (organisaties, landen) op dit terrein. Na deze verkenning zal het ministerie bepalen hoe zij haar internationale doelstellingen kan en wil behalen.

132

De totale ruimte voor intensivering is in de MJA gekoppeld aan de opbrengst van de maatregelen waarover in het regeerakkoord afspraken zijn gemaakt. Een deel van de taakstelling is gericht op doelmatiger inkoop door zorginstellingen. Hoe groot is in de afgelopen drie jaar de opbrengst in de intramurale sectoren geweest als het gaat om een doelmatiger inkoop? Is hiermee de taakstelling zoals neergelegd in de MJA gehaald?

In het Regeerakkoord is afgesproken aan de zorginstellingen een budgetkorting op te leggen, omdat was gebleken dat de zorginstellingen hun inkoop doelmatiger konden realiseren. Dit is weergegeven in de nota «Gepaste Zorg 2» van de PvdA-fractie, (TK 1996–1997, 25 000 XVI, nr. 39). De korting loopt op tot in totaal € 136,1 mln (f 300 mln) in 2002. De maatregel is vormgegeven door verschuiving van materieel naar personele budgetten/beleidsregels. Hiermee worden middelen vrijgespeeld die de instellingen voor andere doelen kunnen inzetten.

De instellingen zijn echter zelf verantwoordelijk voor de inzet van hun budgetten. De extra middelen hebben zij dus zelf moeten verwerven en slechts voorzover zij erin slagen doelmatiger met hun middelen om te gaan, kunnen zij de bespaarde middelen opnieuw inzetten.

In hoeverre de instellingen daadwerkelijk doelmatiger zijn gaan inkopen is als zodanig niet gemeten.

133

In hoeverre is de doelmatigheidswinst van € 122,5 mln (f 270,0 mln) als gevolg van een aanpassing van de structuur van inkoop en aflevering daadwerkelijk verwezenlijkt?

Gevraagd wordt naar de realisatie van doelmatigheidswinst door aanpassing van inkoop- en afleverstructuur. Dit betreft de doelmatigheidswinst door maatregelen als poliklinisch voorschrijven, het EVS, hardlopers en

buiten-WTG. Het genoemde bedrag van de besparing heeft betrekking op de extra besparing in 2002 ten opzichte van 2001 zoals die in het regeerakkoord 1998 was ingeboekt. Sinds die tijd is een aantal bijstellingen van de bedragen aan de Tweede Kamer gemeld. Voor de stand van de besparingen zoals die nu in het geneesmiddelenbudget is verwerkt verwijzen wij u naar het antwoord op vraag 187. De realisatie van de genoemde doelmatigheidswinst heeft nog niet plaatsgevonden aangezien deze het jaar 2002 betreft.

134

Waarom staan bij de gehandicapten en hulpmiddelen dit jaar weer inkoopkortingen opgenomen. Was het eerdere overleg hierover niet structureel voor de toekomst van uitkomst? Hoe verhoudt deze doelmatigere inkoop door zorginstellingen zich tot het streven naar extramuralisering en meer zelfstandig wonen? Hoe kwam de meevaller van € 18,3 mln (f 40,3 mln) tot stand?

Onderdeel van de dekking van de intensiveringen zoals opgenomen in het RA'98 was de taakstelling doelmatige inkoop. Deze taakstelling is bij de gehandicaptenzorg, evenals bij de andere sectoren, structureel verwerkt en gerealiseerd door middel van het geven van een daartoe strekkende aanwijzing aan het CTG. Voor wat betreft het realiseren van de taakstelling neemt de gehandicaptenzorg geen andere positie in dan andere sectoren. Wel anders is dat in de gehandicaptenzorg de MJA-partijen hebben vastgelegd de opbrengst niet ten gunste van de personeelscomponent van de CTG-beleidsregels te brengen, maar aan te wenden voor andere intensiveringen.

De meevaller van € 18,3 mln heeft betrekking op de hulpmiddelensector. Bij de uitgaven aan hulpmiddelen heeft zich een structurele meevaller voorgedaan. Het hulpmiddelenbeleid gericht op kostenbeheersing en doelmatigheid is succesvol gebleken en de uitgaven van hulpmiddelen zijn daarmee ruim binnen de gestelde kaders gebleven.

135

Kunt u aangeven welke meevallers bij de uitgavenontwikkeling geneesmiddelen en hulpmiddelen een structureel effect hebben?

Bij de uitgavenontwikkeling van geneesmiddelen zijn twee meevallers met structurele doorwerking.

Eén van deze meevallers is het gevolg van een geringere stijging van de toename van het aantal recepten dan verwacht (structurele meevaller van f 117,9 mln (€ 53,5 mln) met ingang van 2000).

De andere meevaller betreft het BTW-tarief. In de prijsaanpassing is rekening gehouden met een verhoging van het (hoge) BTW-tarief. Aangezien op geneesmiddelen alleen het lage BTW-tarief van toepassing is, levert de wijziging van het BTW-tarief met ingang van 2001 een nominale meevaller op van f 30,0 mln (€ 13,6 mln).

Bij de uitgaven aan hulpmiddelen hebben zich drie structurele meevallers voorgedaan. Er kan worden geconstateerd dat een meevaller van f 40,3 mln (€ 18,3 mln) is ontstaan doordat het hulpmiddelen beleid gericht op kostenbeheersing en doelmatigheid succesvol is en de uitgaven van hulpmiddelen daarmee ruim binnen de gestelde kaders blijven. Een deel van de meevaller wordt ingezet als dekking voor de robotarm en een bijdrage aan het project modernisering AWBZ: € 2,9 mln (f 6,4 mln) in 2001, oplopend tot € 8,3 mln (f 18,3 mln) in 2006.

Verder is in de prijsaanpassing rekening gehouden met een verhoging van het (hoge) BTW-tarief. Voor hulpmiddelen geldt een verscheidenheid in de hoogte van de BTW-heffing. Op een groot deel van hulpmiddelen rust het lage BTW-tarief; echter voor een aantal hulpmiddelen geldt het hoge BTW-tarief van 17,5%.

Aangezien het bij hulpmiddelen deels om het lage BTW-tarief gaat, levert wijziging van het BTW- tarief een nominale meevaller van f 7,0 mln (€ 3,2 mln) op.

136

Waar wordt de tegenvaller van f 32,0 (€ 14,5 mln) in 2000 bij de uitvoering van de PGB's door de Sociale Verzekeringsbank door veroorzaakt?

Eerder werden de uitgaven voor PGB's door de Sociale Verzekeringsbank verantwoord op een andere sector. Daarbij werd verondersteld dat de uitvoeringskosten in het bedrag aan PGB-uitgaven waren begrepen. Door de verbeterde informatievoorziening van het CVZ over de subsidies werd duidelijk dat deze beheerskosten onvolledig in beeld waren. Op basis van deze informatie zijn de kosten voor de uitvoering van het persoonsgebonden budget vanaf 2000 afzonderlijk zichtbaar. De omvang van de uitvoeringskosten wordt bepaald door een grote toename in het aantal PGB-houders.

137

Welke overwegingen liggen ten grondslag aan de verdeling van de extra middelen aan huisartsen en medische specialisten in loondienst bij algemene ziekenhuizen? Heeft u bij het vaststellen van deze bedragen overleg gevoerd met de betrokken beroepsgroepen?

De voorstellen van de huisartsen en specialisten zijn ieder op hun eigen mérites beoordeeld. Daarbij is met de betrokken beroepsgroepen overleg gevoerd. Er is dus niet zozeer sprake van één totaalbedrag dat over twee beroepsgroepen is verdeeld, maar afweging van afzonderlijke voorstellen, waarna het kabinet middelen beschikbaar heeft gesteld voor elk der voorstellen afzonderlijk.

138

Het grootste deel van de beleidsmaatregelen en intensiveringen heeft betrekking op het terugdringen van wachtlijsten en het verminderen van arbeidsmarktknelpunten in de zorgsector. Waarom wordt motie Arib c.s. (27 401, nr. 16) niet uitgevoerd?

In de motie wordt gevraagd wachtlijstmiddelen in te zetten voor werving en scholing van personeel in de zorg. Het kabinet heeft invulling aan deze motie gegeven – zie de brief van de Minister van VWS aan de Kamer van 18 juli 2001, kenmerk MEVA\ABA2 198 294 – door vanaf 2001 naast extra Van Rijn-middelen die in de tarieven voor de instellingen verwerkt worden ook Van Rijn-middelen beschikbaar te stellen voor de sectorfondsen. Deze extra middelen voor de sectorfondsen worden door de sectorfondsen grotendeels ingezet voor bijdragen aan de instellingen in verband met werving en scholing van personeel in de zorg (waaronder herintreders en gespecialiseerd zorgpersoneel).

139

De loongrens Ziekenfondswet wordt ook in 2002 geïndexeerd met de tabelcorrectiefactor. Kunt u aangeven hoe deze tabelcorrectiefactor exact functioneert? Welke gevolgen heeft de doelstelling om de instroom van de zelfstandigen in de Ziekenfondswet te compenseren met een uitstroom door de loongrens tijdelijk lager vast te stellen?

Het hanteren van de tabelcorrectiefactor i.p.v. de loonindex betekent dat de loongrens achterblijft bij de gemiddelde loonontwikkeling in bedrijven. De tabelcorrectiefactor is namelijk gebaseerd op de gemiddelde prijsstijging van consumptiegoederen terwijl de loonindex is gebaseerd op de

gemiddelde loonontwikkeling in bedrijven en de gemiddelde prijsontwikkeling is lager dan de gemiddelde prijsontwikkeling.

Het hanteren van de tabelcorrectiefactor leidt er dus toe dat de loongrens lager wordt vastgesteld dan wanneer de loonindex wordt gebruikt. Door de lager vastgestelde loongrens zullen ziekenfondsverzekerden vanwege een inkomensverbetering sneller het ziekenfonds moeten verlaten en zich particulier moeten verzekeren. Het aantal verzekerden dat als gevolg hiervan uitstroomt compenseert het aantal verzekerden dat de ziekenfondsverzekering is ingestroomd als gevolg van het onder de ziekenfondsverzekering brengen van zelfstandigen.

140

Kunt u aangeven welke ontwikkelingen hebben geleid tot een stijging van het aantal particulieren dat de omslagbijdrage (MOOZ) betaalt?

De indexering van de loongrens ziekenfondswet met de tabelcorrectiefactor leidt tot een uitstroom van ziekenfondsverzekerden die zich vervolgens particulier moeten gaan verzekeren. Het aantal particulier verzekerden dat de MOOZ-omslagbijdrage gaat betalen stijgt dus als gevolg hiervan.

141

Welke oorzaken liggen ten grondslag aan het verkeerd inschatten van het aantal verzekerden jonger dan 65 jaar in het jaar 2000?

De in- en uitstroom van ziekenfondsverzekerden wordt door zeer veel factoren bepaald. Het tijdelijk lager vaststellen van de loongrens ziekenfondsverzekering leidt tot een uitstroom van verzekerden, maar daarnaast zijn er ook een aantal andere factoren die leiden tot in- en uitstroom van verzekerden. Ten eerste leidt de bevolkingsgroei tot een toename van het aantal verzekerden en dus ook ziekenfondsverzekerden. Ten tweede zijn er zelfstandigen die weliswaar als verplicht verzekerd zijn aangewezen maar er toch voor kiezen om particulier verzekerd te blijven en zich niet aan te melden bij een ziekenfonds. In de telling van het aantal ziekenfondsverzekerden worden deze zelfstandigen niet als ziekenfondsverzekerd meegeteld. Ten derde zijn er door de gunstige economische ontwikkeling van de laatste jaren steeds meer mensen gaan werken die voorheen geen betaalde baan hadden. Voor een deel waren dit huisvrouwen die samen met hun partner een particuliere verzekering hadden. Tenslotte leidt niet iedere inkomensverbetering tot een verhoging van het inkomen dat gebruikt wordt om te bezien of een verzekerde boven de loongrens ziekenfondsverzekering uitkomt. Deze laatste twee ontwikkelingen zijn heel moeilijk in te schatten en met zeer grote onzekerheden omgeven.

142

Waar kan exact worden gelezen hoe de geplande capaciteitsuitbreiding intramurale zorg in verpleeg- en verzorgingshuizen (zoals verwoord op pagina 25) zich in 2001–2005 ontwikkeld?

Verpleeghuizen

De ontwikkeling van de capaciteit van verpleeghuizen kan als volgt worden geraamd.

Het bouwprogramma 1997–2001 is in augustus 2001 geactualiseerd.

Afgaande op de geraamde exploitatiebedragen voor volumebouw in dat programma is nog een capaciteitstoename met 970 bedden geraamd voor de periode 2001–2004.

Daarnaast vindt in de sector verpleging en verzorging ook uitbreiding van intramurale capaciteit plaats in het kader van de wachtlijstaanpak. In de bestedingsplannen stonden talloze initiatieven om door middel van

volumebouw de intramurale capaciteit in verpleeghuizen en verzorgingshuizen te vergroten in de periode 2001–2005.

Hoeveel de capaciteit in verpleeghuizen hierdoor zal groeien is nog niet zeker, want er kunnen nog steeds initiatieven worden ingediend. In de analyse van de bestedingsplannen (bijgevoegd bij TK 2000–2001, 25 170, nr. 22) is een eerste ruwe raming gemaakt van de extra plaatsen die voortkomen uit de ingediende bestedingsplannen. Deze raming komt uit op een toename van 2 278 plaatsen in de verpleeghuizen in de periode 2001–2005.

Verzorgingshuizen

Voor de capaciteitsontwikkeling verzorgingshuizen geldt dat in de achtereens liggende periode de intramurale capaciteit per saldo is afgenomen. De capaciteit bedraagt thans circa 110 000 plaatsen.

Zoals hierboven vermeld, zijn in het kader van de wachtlijstaanpak bestedingsplannen ingediend om door middel van volumebouw de intramurale capaciteit in verzorgingshuizen te vergroten.

Hoeveel de capaciteit in verzorgingshuizen hierdoor zal groeien is nog niet zeker, want er kunnen nog steeds initiatieven worden ingediend. In de analyse van de bestedingsplannen is een eerste ruwe raming gemaakt van de extra plaatsen die voortkomen uit de bestedingsplannen. Deze raming komt uit op een toename van 1207 plaatsen in de verzorgingshuizen in de periode 2001–2005.

Tegelijkertijd moet worden vastgesteld dat in het kader van extramuralisering van verzorgingshuiscapaciteit de verwachting is dat in de toekomst de intramurale capaciteit in de verzorgingshuizen zal afnemen ten gunste van wooncomplexen, waarin het scheiden van wonen en zorg heeft plaatsgevonden.

143

Volgens tabel 23 zijn aanzienlijke bedragen bestemd voor bouwplannen verder naar de toekomst geschoven. Dit is de afgelopen jaren vaker gebeurd. Waarom lukt het nog steeds niet om het geplande volume ook volgens het voorziene schema te bouwen? Wat zijn de consequenties voor de beschikbare capaciteit, de kwaliteit van de zorg en de wachtlijsten?

Er dient onderscheid te worden gemaakt tussen instandhoudingsbouw en uitbreidingsbouw.

Binnen de instandhoudingsbouw dient weer onderscheid te worden gemaakt tussen vergunningsplichtige bouw, waarvoor een WZV-vergunning nodig is, en niet-vergunningsplichtige bouw, waarvoor met een melding kan worden volstaan.

De middelen voor niet-vergunningsplichtige instandhoudingsbouw komen op twee manieren beschikbaar. Voor kleinere instandhoudingsinvesteringen krijgt elke instelling een genormeerd en geoordeeld budget voor jaarlijkse instandhouding. Voor incidentele instandhoudingsinvesteringen (renovaties) bouwt een instelling op basis van de bouwkundige en functionele staat van de gebouwen in een bepaalde periode trekkingsrechten op.

Tabel 23 heeft betrekking op de benutting van de trekkingsrechten oftewel de incidentele instandhoudingsbouw. Het doorschuiven van de benutting van de trekkingsrechten naar de toekomst heeft dan ook geen gevolgen voor de totale beschikbare capaciteit en de wachtlijsten. In dit kader dient nadrukkelijk vermeld te worden dat vrijval van trekkingsrechten incidenteel is, aangezien instellingen het recht op reeds opgebouwde trekkingsrechten behouden. Het gaat hier dus om ramingen in verband met opgebouwde rechten waarbij geen relatie ligt met de planning.

In zijn algemeenheid kan worden opgemerkt dat onderuitputting vooral plaatsvindt bij instandhoudingsbouw.

Om de vertraging tijdens de WZV-vergunningenbouw zoveel mogelijk in te dammen heeft het CBZ vorig jaar een aanjaagteam ingesteld. Uit een eerste evaluatie van het CBZ blijkt dat het team nuttige werkzaamheden verricht om de voortgang van projecten praktisch te bevorderen. Over de eerste helft van 2001 is 27% van de vertraagde projecten een fase verder gekomen. Hoofdoorzaak voor vertraging van de WZV-bouwiniciatieven zijn concernvorming en directiewisselingen. Daarnaast heeft de verschuiving van aanbodsturing naar vraagsturing tevens tot veranderde uitgangspunten van zorgverlening geleid. Instellingen hebben hierdoor hun bouwinitiatieven heroverwogen waardoor een incidentele vertraging is ontstaan.

Met betrekking tot de onderuitputting van de trekkingsrechten (niet-WZV vergunningenbouw) wordt geen specifieke actie ondernomen, aangezien instellingen het recht op reeds opgebouwde trekkingsrechten behouden en de vrijval dus incidenteel is.

144

De commissie Albeda wijst op de gezondheidsverschillen tussen «arm» en «rijk». Is bekend in hoeverre hierbij sprake is van causaliteit (armoede veroorzaakt gezondheidsverschillen) of correlatie (dezelfde factoren die leiden tot een hogere resp. lager inkomen leiden tot een beter resp. slechtere gezondheid)?

Naar de causaliteit van de relatie tussen lage sociaal-economische status (laag inkomen, maar ook lage opleiding en laag beroep) en ongezondheid is veel onderzoek gedaan. Omdat experimenteel onderzoek op dit gebied in het algemeen niet mogelijk is, moet worden volstaan met zorgvuldige observaties, bij voorkeur in longitudinaal onderzoek en met controle voor andere relevante factoren. Uit dit type onderzoek, in Nederland met name verricht in het kader van de longitudinale studie naar sociaal-economische gezondheidsverschillen, komen sterke aanwijzingen naar voren, dat een belangrijk deel van de samenhang tussen lage sociaal-economische status en ongezondheid op een causale relatie berust.

Zoals toegezegd aan de tweede Kamer zal het geïntegreerde kabinetsstandpunt over de eindrapportage van de programmacommissie Sociaal-Economische Gezondheids Verschillen-II en de VTV-studie «Gezondheid in de grote steden» voor het eind van de maand november aan de Tweede Kamer worden aangeboden.

145

In het kader van preventie wordt gestreefd naar een verlaging van de consumptie van vet van 36% nu naar 32% in 2004. Tevens wordt gestreefd naar het verhogen van de consumptie van groente en fruit. Wil de regering nog andere middelen inzetten dan voorlichting om deze doelen te bereiken? Welke maatregelen zullen genomen worden als deze doelen niet gehaald worden?

In het streven naar verlaging van de vetconsumptie en verhoging van de consumptie van groente en fruit worden verschillende instrumenten ingezet. Vanuit de overheid is voorlichting het belangrijkste instrument. Daarnaast wordt aanpassing van producten nagestreefd, zodat zij vanuit het voedingsbeleid een gunstiger samenstelling hebben. Hiertoe vindt overleg met het bedrijfsleven plaats o.a. via de Stuurgroep Goede Voeding. Door het bedrijfsleven is in het verleden actief ingespeeld, bijv. door het op de markt brengen van velerlei producten met een verminderd vetgehalte of met een veranderde, gunstiger vetzuursamenstelling. Voor wat betreft de voedselkeuze van jongeren zijn er speciale projecten om zowel de voorlichting als het aanbod in schoolkantines te verbeteren. Daarnaast wordt, zoals bekend, gewerkt aan een voorziening voor schoolfruit (zie ook het antwoord op vraag 55). Het is moeilijk om op dit terrein

van gedragsbeïnvloeding een correcte inschatting te maken wanneer de kwantitatieve doelen gerealiseerd worden. Indien de streefcijfers niet gehaald worden dan zal nagegaan moeten worden wat daar de oorzaken van zijn en of en op welke wijze de aanpak geïntensiveerd moet worden. Van groot belang zijn hierbij de bevindingen van Zorgonderzoek Nederland (ZON), die de campagnes en de verschillende interventiestrategieën evalueert op effectiviteit en werkzaamheid.

146

Is de minister bereid om extra te investeren in hulpverleners met kennis van niet-westerse culturen om zo betere in staat te zijn vrouwen met een verhoogd risico op HIV-prevalentie selectief te benaderen?

Wij hebben niet het voornemen om vrouwen met een verhoogd risico op HIV-prevalentie in het algemeen selectief te benaderen. Wel is door VWS in overleg met de betrokken beroepsgroepen geld vrijgemaakt om aan alle zwangere vrouwen een vrijwillige HIV-test aan te bieden. Reden hiervoor is dat zwangere vrouwen met een verhoogd risico moeilijk te selecteren zijn, mede omdat onveilig seksueel gedrag niet altijd goed bespreekbaar is. Door deze algemene benadering zullen ook de zwangere vrouwen afkomstig uit niet-westerse culturen benaderd worden. Wij gaan er van uit dat het tot de professionaliteit van de hulpverleners behoort om op een goede manier met vrouwen met een verschillende culturele achtergrond om te gaan.

147

Is de uitkomst van het onderzoek naar de introductie van schoolfruit reeds bekend? Wanneer wordt deze verstrekking geïntroduceerd, en hoe wordt bevorderd dat in het bijzonder scholen met veel leerlingen uit sociaal economisch zwakke gezinnen deelnemen?

Zoals eerder meegedeeld aan de Kamer is het de bedoeling om het schoolfruit mede uit de promotiegelden van de Europese Unie te financieren. (50% EU, 30% Nederlandse bedrijfsleven, 20% overheid). De procedure in de EU is echter vertraagd. Verwacht wordt dat de desbetreffende verordening eind dit jaar wordt aangenomen, waarna projecten begin volgend jaar bij de Europese Commissie kunnen worden ingediend. Halverwege volgend jaar zal de Europese Commissie dan een definitief besluit nemen over de projecten die in aanmerking komen voor Europese gelden. Omdat het financieel niet mogelijk is om alle leerlingen van alle basisscholen met het begrote budget dagelijks van schoolfruit te voorzien wordt overwogen om het project te richten op de 15 grootste steden, waardoor relatief veel kinderen uit sociaal economisch zwakke gezinnen zullen deelnemen. Vooruitlopend op de Europese besluitvorming wordt momenteel binnen de middelen voor gezondheidsbevordering nagegaan of al een deelproject schoolfruit in 2002 kan worden geïnitieerd.

148

Wat zijn de uitkomsten van de wetenschappelijke evaluatie van de opsporing op experimentele basis naar het aantal mensen met familiale hypercholesterolemie?

De evaluatiestudie, uitgevoerd door de afdeling Sociale Geneeskunde van het Academisch Medisch Centrum van de Universiteit van Amsterdam, behelsde meer dan een schatting van de prevalentie van FH in Nederland, maar strekte zich uit tot de kosten, effecten en maatschappelijke gevolgen van screening op familiale hypercholesterolemie. De evaluatoren plaatsten kanttekeningen bij de hoge kosten per gewonnen levensjaar die volgens hen aan FH-screening en -behandeling van gevonden gen-dragers verbonden zijn. Op grond van een recentere Health Techno-

logy Assessment studie van de Britse National Health Service kan echter worden aangenomen dat een FH-screeningsprogramma, mits doelmatig uitgevoerd, kosten-effectief zal zijn. In de loop van december 2001 zal het College voor Zorgverzekeringen de resultaten van een uitvoeringstoets met betrekking tot deze screening aan de minister meedelen.

149

Wanneer ontvangt de Kamer het actieprogramma gezondheid en milieu? Bevat dit ook een uitbreiding van de functie medische milieukunde bij de GGD-en?

De notitie Gezondheid en Milieu is een dezer dagen aan de Tweede Kamer verzonden. De notitie zet de beleidsversterking gezondheid en milieu in via twee sporen. Als eerste versterking van het lokale gezondheids- en milieubeleid. Het inzetten van een traject om te komen tot versterking van de medisch milieukundige functie bij GGD'en is hiervan een belangrijk onderdeel (enerzijds gericht op vergroting van de uitvoeringscapaciteit en bevordering van de deskundigheid en anderzijds een goede bestuurlijke inkadering). Ten tweede een verdere invulling van het NMP4-beleidsprogramma milieu en gezondheid. Het actieprogramma dat hier uitvoering aan geeft zal de minister van VROM in het voorjaar van 2002 aan de Kamer zenden.

150

Wat betekent de versterking van de Keuringsdienst van Waren in termen van bezoekfrequentie van instellingen en bedrijven? Hoe vaak kan een gemiddeld bedrijf een inspecteur verwachten?

In 2002 zullen 4346 extra inspecties voedselveiligheid en 6590 extra inspectie Drank en Horecawet worden uitgevoerd. Hiermee komt het totaal aantal inspecties voor 2002 op 130 147. Het totaal aantal te inspecteren levensmiddelenbedrijven bedraagt in Nederland ongeveer 150 000. De financiële versterking van de Keuringsdienst van Waren op de terreinen van levensmiddelen (inclusief voedselveiligheid) en alcohol en tabak heeft met name op het terrein van alcohol betekenis voor de inspectiefrequentie van bedrijven die zich met de verkoop van alcohol bezighouden. Dit betreft een activiteit waarvoor dit jaar 45 medewerkers geworven worden en worden opgeleid. Volgend jaar zal de bezetting verder worden uitgebreid met ca. 20 fte., ook zal de frequentie worden opgevoerd.

Dit jaar (2001) zijn in het kader van het toezicht op het vergunningenstelsel Drank en Horecawet al 518 horecabedrijven geïnspecteerd, 84 sport- en andere kantines en 75 slijterijen. In het kader van handhaven van het verkoopverbod van alcoholhoudende dranken bij tankstations en – niet levensmiddelenzaken zijn al 1281 tankstations en 122 non-food winkels geïnspecteerd.

Voorts is er gewerkt aan de ontwikkeling van een handhavingmethode voor de controle op het in acht nemen van de leeftijdsgrenzen door de alcoholverstrekker. Hiertoe is een experimenteel team ingericht. Dit team bestaat uit controleurs met daaraan toegevoegd enkele gedetacheerde politiemensen. Na een eerste fase van observeren en experimenteren is dit team de afgelopen zomer overgegaan tot het opmaken van processen-verbaal in zoveel mogelijk uiteenlopende situaties. Het team heeft trainingen gehad in het omgaan met jongeren en wordt begeleid door deskundigen op juridisch en handhavinggebied. Zo wordt nauw contact onderhouden met het Expertisecentrum Economische Delicten van het OM en met het Expertisecentrum Rechtshandhaving van het ministerie van Justitie.

De extra inspecties voor voedselveiligheid (e 4,1 mln, oftewel f 9,0 mln structureel) hebben een geringere invloed op de toename inspectie-

frequentie dan bij de inzet op de Drank- en Horecawet. Dit gelet op het grote aantal bedrijven waar het hier om gaat (n.l. ongeveer 150 000 bedrijven). De versterking wordt op dit terrein meer bereikt met scherpere prioritering op de belangrijkste voedselveiligheidsitems dan met verhoging van de inspectiefrequentie per bedrijf. Tenslotte zij vermeld dat naast de intensiveringen rekening gehouden dient te worden met de overbezoldigingsproblematiek die bij de fusie/reorganisatie (1998) is ontstaan. De omvang hiervan bedraagt structureel uiteindelijk € 1,8 mln (f 4,0 mln). Daarbij zij wel opgemerkt dat beoogd wordt het totaal aantal inspecties/monsters jaarlijks met 5% te laten stijgen door het verhogen van de efficiency.

151

In 2002 worden per zorgsector informatieconvenanten gesloten. Heeft de regering al een einddatum voor ogen waarop de verschillende sectoren transparant moeten zijn voor de consument?

In een overgangperiode van twee jaar (2002 en 2003) worden zorgaanbieders en zorgverzekeraars in de gelegenheid gesteld om informatie over de eigen dienstverlening en leveringsvoorwaarden openbaar en inzichtelijk te maken. Vanaf 2004 moet een en ander transparant zijn voor de zorggebruiker. Ook vergelijkende informatie met betrekking tot kwaliteit van de aangeboden zorgproducten en -diensten en toegankelijkheid dient vanaf 2004 beschikbaar te zijn voor de zorggebruiker.

152

Op welke termijn worden de DBC's ingevoerd?

De beoogde invoering van de DBC-systematiek is per 1 januari 2003.

153

Is de regering bereid de problemen rond kredietverlening bij gezondheidscentra in met name Vinexgebieden op te lossen? Zo ja, op welke wijze denkt de regering dit te doen? Wat vindt de regering van het voorstel van de Landelijke Vereniging Gezondheidscentra om twee bepalingen aan de subsidieregeling gezondheidscentra toe te voegen, namelijk een bepaling op basis waarvan bij de subsidieafrekening het subsidiebedrag wordt verhoogd met een bedrag van maximaal 10% van de gemaakte kosten, zodat al vanaf het eerste jaar een Egalisatiereserve kan worden gevormd, en een bepaling die aan het College voor Zorgverzekeringen de bevoegdheid toekent om onder voorwaarden aanvullende financiering boven de plafondsubsidie van f 0,6 mln (€ 0,3 mln) toe te kennen?

In verband met deze problematiek is het College Sanering Ziekenhuisvoorzieningen (CSZ) gevraagd uit te zoeken wat de precieze aard en omvang is van de problematiek en ons te informeren over mogelijke oplossingen. Inmiddels is de rapportage van het CSZ ontvangen. Tevens is overleg gevoerd met het College voor Zorgverzekeringen (CVZ), dat de subsidieregeling uitvoert. Het CVZ is in samenwerking met de LVG bezig voorstellen voor wijzigingen uit te werken. Gebleken is dat de subsidieregeling met name in de startfase op sommige VINEX locaties in de randstad tekort schiet. Op basis van het voorgaande zal ik het CVZ verzoeken mij een voorstel te doen om de subsidieregeling voor startende nieuwe gezondheidscentra op korte termijn aan te passen, zodat deze knelpunten worden opgelost. Tevens zal ik het CVZ verzoeken toe te zien op de doelmatigheid van de voorgenomen investeringen. Voor de acute problemen/knelpunten in dit jaar en volgend jaar heeft het CVZ mij geadviseerd gebruik te maken van onderuitputting van de subsidieregeling in 2001 en 2002.

In het algemeen overleg met de minister over ambulancevervoer, de minister aan om met ingang van 1 januari 2002 een bedrag van € 20,4 mln (f 45,0 mln) extra ter beschikking te stellen voor het ambulancevervoer. Uit de Zorgnota blijkt slechts een bedrag van € 12,8 mln (f 28,2 mln) extra beschikbaar ten opzichte van 2001. Kan de regering dit verschil verklaren?

Uit tabel 25 op pagina 59 van de Zorgnota blijkt dat de geraamde uitgaven ambulancevervoer in 2002 € 12,8 mln meer bedragen dan in 2001. Dit verschil is als volgt opgebouwd:

verschil in beginstand 2002 en 2001 cf Zorgnota 2001: € 0,5 mln meer dan in 2001

mutatie toegestane volumegroei:	€ 2,2 mln meer dan in 2001
mutatie GMS/C2000 ambulances:	€ 2,3 mln meer dan in 2001
mutatie kwaliteitsbeleid:	€ 2,0 mln meer dan in 2001
mutatie commissie Van Rijn:	€ 1,3 mln meer dan in 2001
mutatie extra intensivering:	€ 4,5 mln meer dan in 2001

In het algemeen overleg is aangegeven dat met ingang van 2002 een bedrag van € 20,4 mln extra ter beschikking is ten opzichte van het jaar 1999. Dit is dus in overeenstemming met de aanbevelingen in het rapport «Niet zonder zorg». Het bedrag is als volgt opgebouwd:

Toegevoegd aan macrokader in 2000:	€ 4,5 mln
Toegevoegd aan macrokader in 2001:	€ 11,4 mln

Deze bedragen zijn reeds verwerkt in het bedrag voor 2001, zoals vermeld in tabel 25.

Toegevoegd aan macrokader in 2002 vanwege het RIVM-rapport: € 4,5 mln

Voor artsen en tandheelkundige specialisten stelt het Capaciteitsorgaan voor medische en tandheelkundige vervolgopleidingen sinds 2000 ramingen op. Kan de minister uitleggen waarom de middelen voor de uitbreiding van de opleidingscapaciteit van artsen achterblijven bij het niveau van de aanbevelingen van het Capaciteitsorgaan?

De middelen voor de uitbreiding van de instroomcapaciteit van de huisartsopleiding van 420 plaatsen in 2001 tot 670 in 2004 en de gevolgen ervan voor de totale opleidingscapaciteit zijn beschikbaar. Deze middelen komen uit de Rijksbegroting. De Huisarts en Verpleeghuisarts Registratie Commissie (HVRC) heeft op ons verzoek nagegaan of deze uitbreiding mogelijk is.

Zij heeft VWS bericht dat de mogelijkheid daartoe aanwezig is.

Wat betreft de opleiding van medisch specialisten zijn wij voorlopig uitgegaan van een structurele uitbreiding van de instroomcapaciteit van 651 tot 815 plaatsen per jaar. Extra instroom in de opleidingen radiotherapie en psychiatrie komt hier nog bovenop. De totale opleidingscapaciteit neemt hierdoor op termijn toe met ruim 900 plaatsen tot 4600 per jaar.

De middelen daarvoor komen uit het premie- en tarievencircuit. Aan de Medisch Specialisten Registratie Commissie (MSRC) is gevraagd welke mogelijkheden er zijn om deze uitbreiding te kunnen realiseren. Met de KNMG, de Orde van Medisch Specialisten (OMS), de MSRC, de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), Zorgverzekeraars Nederland en het Capaciteitsorgaan wordt overlegd over de verdeling van de opleidingsplaatsen per specialisme en per ziekenhuis. Het Capaciteitsorgaan komt eind november met een uitsplitsing voor het jaar 2002 en een nieuwe raming.

Voor de orthodontie zijn middelen gereserveerd voor het beginnen van een opleiding orthodontie in Groningen met om het andere jaar een instroom van vier tandartsen.

156

Wanneer wordt welke wet- en regelgeving aangepast?

Zoals toegezegd, zullen wij in november 2001 ons standpunt over de besturingssystematiek voor de ambulancezorg aan de Tweede Kamer zenden. Hiervoor is een wijziging van de WAV nodig. Wanneer erg veel wijzigingen optreden, is het vaak beter een geheel nieuwe wet te maken. Want ook de RAV (Regionale Ambulance Voorziening) zal in de wetgeving worden verankerd. Het is weliswaar mogelijk om ook binnen de huidige Wet ambulancevervoer een RAV te vormen, maar de huidige wet biedt niet de mogelijkheid om een RAV af te dwingen. De nieuwe wet zal op zijn vroegst per 2003 kunnen worden ingevoerd.

Teneinde te komen tot één budget voor de ambulancezorg in de regio (i.c. de RAV) zullen de richtlijnen van het College Tarieven Gezondheidszorg moeten worden aangepast.

157

Klopt het bericht van CNV-bedrijvenbond dat er geen geld beschikbaar is voor harmonisatie van arbeidsvoorwaarden en dat de regering deze discussie en besluitvorming wilt uitstellen tot na de Tweede kamerverkiezingen in mei 2002 (brief CNV aan haar leden vallend onder de werksfeer voor het personeel in de Ambulancezorg d.d. 11 oktober 2001)? Hoe verhoudt zich dit met de mededeling met het gestelde in de Zorgnota op pagina 94?

Wij kennen het bericht niet, maar uitgaande van de korte samenvatting in de vraag moeten wij concluderen dat het bericht niet juist is. De stand van zaken is volgens ons dat sociale partners in het particuliere deel van de ambulancesector druk bezig zijn het rapport over de harmonisatie af te ronden en dan met name de paragraaf met cijfers over modaliteiten en bijbehorende kosten.

Wij hebben aan sociale partners ten behoeve van het opstellen van dit rapport laten weten dat VWS zich over het algemeen op het standpunt stelt dat harmonisatie-operaties in principe budgettair neutraal moeten verlopen. Net als bij de laatste privatiseringsoperatie binnen het VWS-veld in 1995 zou daar voor incidentele overgangskosten alleen een eveneens incidentele tegemoetkoming voor beschikbaar kunnen komen (en hiervoor is in het kader van de besluitvorming over Van Rijn in ieder geval dekking gevonden). Maar bij iedere harmonisatie-operatie bestaat bij aanvang de neiging om het beste van de samenstellende delen, en dus ook het duurste, te willen combineren tot een nieuwe regeling. En dat zou hier het beschikbare budgettaire kader ver te boven gaan. Wellicht dus dat het citaat als zou er geen geld beschikbaar zijn, slaat op een opvatting van CNV-bedrijvenbond dat er geen geld *genoeg* is om de harmonisatie vorm te geven conform de eigen (CNV-)wensen.

Het harmonisatie-onderzoek gaat uit van sociale partners in de particuliere ambulancezorg, maar de harmonisatie treft ook sociale partners bij de andere onderdelen van de ambulancezorg: het publiekrechtelijke deel dat bij diverse GGD-en is ondergebracht én de enkele organisaties die de CAO-Ziekenhuizen hanteren. Een principe-beslissing om het harmonisatietraject daadwerkelijk in te gaan zetten, vergt dan ook nog de instemming van de andere betrokken sociale partners. Dat stadium is nog niet bereikt. Het nog niet voorhanden zijn van een overzicht van de kosten van de diverse modaliteiten afgezet tegen het beschikbare budgettaire kader is daar mede debet aan, zo is ons geworden.

De opmerking uit de Zorgnota is gebaseerd op onze indruk dat dat stadium van «alle sociale partners hebben gekozen voor één marsroute» in 2002 door de betrokken sociale partners wél kan worden bereikt. En wanneer de harmonisatie dan binnen het bovengenoemde budgettaire kader kan worden afgewikkeld, is de rol van VWS in dat traject verder een non-existente. Daarom is het nu aan de betrokken sociale partners zelf om een keuze te maken over wat zij willen op het rechtspostionele terrein en daarvoor voldoende steun en dekking te zoeken. Wat dat laatste betreft komen dus ook de betrokken gemeenten in beeld waar de ambulancezorg via de publieke weg is vormgegeven.

Harmonisatie-operaties zijn bij alle betrokkenen gevoelige kwesties die alleen op het juiste moment moeten worden doorgevoerd als er én voldoende draagvlak is én voldoende dekking. Daar moet geen onnodige tijdsdruk op worden gezet omdat dit afbreuk kan doen aan de zorgvuldigheid van de besluitvorming.

158

Hoeveel middelen zijn in het kader van de commissie Van Rijn beschikbaar gekomen voor de harmonisering van arbeidsvoorwaarden in de ambulancezorg?

Zie het antwoord op vraag 157.

159

Wanneer dienen de arbeidsvoorwaarden geharmoniseerd te zijn en hoe denkt de minister dat te kunnen bewerkstelligen?

Zie het antwoord op vraag 157.

160

Klopt het dat publieke (ambtelijke) ambulancediensten onlangs nieuwe arbeidsvoorwaarden zijn overeengekomen waardoor de arbeidsvoorwaarden binnen de totale sector verder zijn gaan divergeren?

De rechtspostitie van de publieke ambulancediensten sluit aan bij de collectieve arbeidsvoorwaardenregeling die de VNG voor de gemeenten overeenkomt. En die is in de afgelopen maanden niet gewijzigd. Dat is pas in het voorjaar van 2002 aan de orde.

161

Op welke wijze worden de middelen voor een betere beschikbaarheid van Mobiele Medische Teams (MMT's) aangewend?

De MMT's zijn er ter aanvulling op de – in Nederland hoogwaardige – ambulancezorg. De MMT's zijn er voor die situaties waarbij medische handelingen vereist zijn die uitstijgen boven de bevoegdheid of de vaardigheid van het ambulancepersoneel en waarbij – gelet op de toestand van de patiënt – niet gewacht kan worden tot de patiënt in het ziekenhuis is. In de aanwijzingen tot traumacentrum is bepaald dat de vier traumacentra met een helikoptervoorziening een paraat MMT dienen te hebben in de periode van schemer tot schemer en dat de overige traumacentra een MMT *beschikbaar* dienen te hebben als back-up voorziening voor inzet bij grootschalige incidenten of indien de helikopter niet kan vliegen. Om de beschikbaarheid van MMT's te verbeteren is het Landelijk Beraad Traumacentra gevraagd scenario's te ontwikkelen voor de verbetering van de beschikbaarheid van MMT's. Afhankelijk van deze scenario's zal ik besluiten op welke wijze de extra middelen zullen worden verdeeld.

Is overwogen de mobiele trauma- en ambulancezorg te integreren? In hoeverre vindt afstemming plaats tussen trauma en ambulancezorg?

De MMT's vormen een onderdeel in de keten van spoedeisende medische hulpverlening en kunnen worden beschouwd als een verlengstuk van de ambulancezorg (preklinische hulpverlening) en als medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis.

Er is, bij de ontwikkeling van de beleidsvisie traumazorg (1998), overwogen de voorzieningen voor traumahelikopters onder te brengen bij de regionale ambulancevoorzieningen (RAV's). De RAV's waren – en zijn nog steeds – echter nog onvoldoende tot ontwikkeling gekomen om dit verantwoord te kunnen doen. Wij hebben er daarom voor gekozen om, vanuit de gedachte dat MMT's medisch-specialistische zorg buiten het ziekenhuis leveren, de verantwoordelijkheid voor de MMT's onder te brengen bij de traumacentra.

In de Beleidsvisie traumazorg (oktober 1998) is aangegeven dat de traumacentra, teneinde een netwerk tot stand te brengen, afspraken tot samenwerking moeten maken met alle partijen die een rol vervullen bij de hulp aan ongevalslachtoffers, dus ook met de RAV's. In de Beleidsvisie traumazorg hebben wij ook aangegeven dat het wenselijk is dat er vooraf afspraken worden gemaakt tussen de ziekenhuizen en de RAV's over de wijze van toedelen van ongevalpatiënten op basis van de ernst van de verwondingen.

Het College voor Zorgverzekeringen voert een evaluatie uit van de Beleidsvisie traumazorg. De resultaten van deze evaluatie zullen naar verwachting eind dit jaar aan VWS worden aangeboden.

Als de DBC's worden ingevoerd wordt een nieuwe financieringsstructuur van opleidingen noodzakelijk. Wanneer wordt bekend hoe deze nieuwe financieringsstructuur er uit zal zien?

Kosten die buiten de DBC's vallen zullen over het algemeen de door verzekeraar niet direct beïnvloedbare kosten zijn. Er is sprake van verschillende typen opleidingen in de ziekenhuiszorg, variërend van kortdurende reguliere na- en bijscholing tot de langdurige en kostbare opleiding tot medisch specialist. Per soort opleiding moet worden gezien om welke kosten het gaat en op welke wijze de opleidingskosten in DBC's kunnen terugkomen en of een centrale planning en bekostiging noodzakelijk zijn. Binnen het kader van de Modernisering Curatieve Zorg valt ook het deeltraject om voor deze type kosten een andere vorm van financieren te bewerkstelligen. Dit zal resulteren in een onderzoek gedurende 2002. Dit onderzoek zal verschillende concrete alternatieven en oplossingen moeten aanreiken. In 2002 zal dus pas bekend worden of en zo ja hoe de financieringsstructuur van ziekenhuisopleidingen in 2003 verandert.

Wat zijn de eerste resultaten van het werken met DBC's in de koploperziekenhuizen?

Vanaf januari 2001 is de eerste groep van 19 koploperziekenhuizen gestart met de registratie van DBC's. In deze groep ziekenhuizen werden eind september door 91% van de specialismen DBC's geregistreerd.

In juli en oktober 2001 heeft deze groep DBC gegevens aangeleverd aan de landelijke projectorganisatie DBC2003, conform een datacontract dat tussen de koploperziekenhuizen, VWS en de landelijke projectorganisatie is afgesloten. Aan de hand van deze gegevens zijn inmiddels de eerste analyses uitgevoerd. Deze analyses omvatten rechte tellingen (welke DBC's komen in de praktijk voor en hoeveel van elke soort), zorgprofielen

(welke activiteiten komen voor bij een DBC label), kostprijzen en overzichten om de kwaliteit van de data te toetsen.

De eerste analyses moeten vooral beschouwd worden als een leerproces, inhoudelijke conclusies kunnen hier nog slechts zeer beperkt aan verbonden worden. Aan de hand van de eerste analyses hebben ziekenhuizen hun registratie- en kostprijsystematiek verder verbeterd. Aan de hand van de DBC data die in oktober zijn aangeleverd worden meer inhoudelijke analyses uitgevoerd.

In de tweede groep koploperziekenhuizen, die per 1 juli 2001 zijn gestart met de DBC-registratie, worden op dit moment door 88% van de specialisten DBC's geregistreerd. Deze groep hoeft pas in februari 2002 DBC gegevens aan te leveren.

165

Hoe is de verantwoordelijkheidsverdeling in de ambulance georganiseerd wanneer er sprake is van een rampsituatie?

Bij een ramp of zwaar ongeval heeft de burgemeester het opperbevel. De regionaal geneeskundig functionaris (RGF) is belast met de leiding over de geneeskundige hulpverlening. Op grond van de Wet geneeskundige hulpverlening bij rampen is de RGF bevoegd aan degene die is belast met de leiding van de Centrale Post Ambulancevervoer aanwijzingen te geven omtrent de te treffen maatregelen. Die geeft vervolgens weer de opdracht aan de vervoerder (Wet ambulancevervoer).

166

Kan de minister aangeven op welke wijze de ambulancezorg vanaf 2004 een doelmatigheids-winst van € 4,5 mln (f 9,9 mln) kan verwezenlijken? Waarom wordt deze doelmatigheidswinst pas vanaf 2004 beoogd?

Het beleid is erop gericht om vanaf 2003 overal regionale ambulancevoorzieningen te hebben. Uit het RIVM-rapport blijkt dat de RAV een voorwaarde is voor een verbetering van de doelmatigheid en de kwaliteit. Volgens het rapport kan door een betere organisatie van de ambulancezorg uiteindelijk een doelmatigheidswinst worden behaald van € 9 mln (f 9,8 mln), uitgaande van een normscore van 90% voor doelmatigheid. De score voor doelmatigheid bedroeg in 1999 gemiddeld 88%. De doelmatigheidswinst van € 4,5 mln (f 9,9 mln) wordt niet eerder dan in 2004 beoogd omdat verwacht wordt de RAV's nog enige tijd nodig hebben om optimaal te functioneren.

167

In de nieuwe situatie komt voor de financiering van ziekenhuisopleidingen via het College tarieven gezondheidszorg (CTG) een normbedrag beschikbaar per opleidingsplaats. Verandert deze financieringsstructuur ook in 2003?

Zie het antwoord op vraag 163.

168

Is er een vergelijking gemaakt van de kosteneffectiviteit van ambulances en mobiele medische teams? Is de regering bereid een analyse van de opbrengst in termen van gezondheidswinst van standaard ambulancezorg, versus mobiele medische teams te maken?

Neen. Ambulancezorg en MMT's zijn twee verschillende vormen van zorg; het maken van een vergelijking van kosteneffectiviteit is daarom niet aan de orde.

De zorg die wordt geleverd door de mobiele medische teams is een aanvulling op de ambulancezorg. Het gaat hier om handelingen die

uitstijgen boven de bevoegdheid of de vaardigheid van het ambulancepersoneel en waarbij – gelet op de toestand van de patiënt – niet gewacht kan worden tot de patiënt in het ziekenhuis is.

In het kader van de proef met de traumahelikopter vanuit het VU Medisch Centrum in Amsterdam is in opdracht van de toenmalige Ziekenfondsraad een kosteneffectiviteitsanalyse gemaakt van de inzet van een MMT per helikopter. In onze Beleidsvisie traumazorg (oktober 1998) hebben wij gesteld dat het onderzoeksrapport voldoende aanknopingspunten biedt om vast te stellen dat de inzet van MMT's per helikopter een toegevoegde waarde heeft als aanvulling op de ambulancezorg en daarmee als onderdeel van het traumazorgnetwerk.

169

Hoe wordt voorkomen dat de 7x24-uursbeschikbaarheid voor mobiele medische teams van gespecialiseerde artsen en verpleegkundigen die geen patiëntgebonden activiteiten mogen verrichten ten koste gaat van patiëntgebonden activiteiten in de desbetreffende ziekenhuizen?

De voorwaarde dat het MMT geen patiëntgebonden activiteiten mag verrichten heeft alleen betrekking op de MMT's die paraat moeten zijn (i.c. de helikopter-MMT's met een paraatheid van schemer tot schemer). Het is een verantwoordelijkheid van de desbetreffende ziekenhuizen dat zij die MMT-diensten zodanig inrichten dat de patiëntgebonden activiteiten daar niet onder leiden.

170

Huisartsen hebben een verdubbeling van de vergoeding voor reguliere huisartszorg afgesproken als het verstandelijk gehandicapte patiënten betreft. Geeft dit garanties voor het verlenen van die zorg, ook bij bijzondere omstandigheden, en ook aan de patiënten die in een grootschalige instelling in bijvoorbeeld kleinere gemeentes verblijven? Hoe is en blijft de vrije artskenus en de waarneming verzekerd?

Het betreft hier een overeenkomst tussen twee landelijke organisaties, nl. de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de Vereniging Gehandicaptenzorg Nederland (VGN) op grond waarvan een modelovereenkomst is opgesteld die wordt gehanteerd tussen de individuele huisarts en de instelling. Het gaat daarbij om gedeconcentreerd wonende cliënten van de instelling, en om de zorgzwaarte van die groep in relatie tot het tarief. Instellingen en huisartsen zijn aan die modelovereenkomst op zich niet gebonden. Een garantie voor zorgverlening is er niet. Indien een grootschalige instelling geen eigen arts in loondienst heeft kan dit in een kleinere gemeente voor de bewoners van de instelling mogelijk problemen opleveren. Hierover zijn echter nog geen signalen ontvangen. De afspraken tussen de LHV en de VGN moeten bijdragen aan het voorkomen van problemen met betrekking tot de beschikbaarheid van huisartsen ten behoeve van deze groep.

171

Welke zijn de oorzaken van het ontbreken van overeenstemming tussen partijen over de bekostiging van het particuliere deel bij de implementatie van praktijkondersteuning van huisartsen?

Inmiddels zijn partijen het eens geworden over de bekostiging van het particuliere deel bij de implementatie van praktijkondersteuning en heeft het CTG hiervoor per 1 augustus 2001 de tarieven vastgesteld.

172

Wat is uw reactie op de uitspraak van de NVZ dat de claim van de NVZ en de Orde van Medische specialisten om f 1,4 miljard te investeren in de

opleiding van medische specialisten en verpleegkundigen, arbeidsvoorwaarden in ICT bijna geheel is genegeerd in de Zorgnota?

Vanzelfsprekend begrijpen wij dat de Orde en de NVZ teleurgesteld zijn dat hun wensen niet geheel zijn gehonoreerd. Desalniettemin is het kabinet van mening dat het met de Van Rijn-middelen, de ICT-middelen en de extra uitbreiding van de opleidingscapaciteit voldoende op dit vlak is gedaan.

173

Hoe denkt de regering over een gemengde tariefsstructuur voor huisartsen met praktijkkosten in het abonnement en het inkomen in een consulttarief?

Aan de Tweede Kamer zal de toegezegde brief over modernisering van de huisartsenzorg als vervolg op het standpunt op hoofdlijnen over het advies van de Commissie Tabaksblat van 29 juni jl. worden toegestuurd. In die brief zal worden ingegaan op de aanpak die het kabinet voorstaat om een vernieuwde tariefstructuur voor huisartsen te realiseren.

174

Hoe draagt de regering zorg dat onderscheiden verzekeraars de middelen voor praktijkondersteuning van de huisarts volledig ten goede doen komen aan daadwerkelijke invulling van de praktijkondersteuning? Wordt hiermee voorkomen dat particuliere verzekeraars zich distantiëren van hun verantwoordelijkheid?

Voor de financiering van de praktijkondersteuning zijn tarieven vastgesteld, zowel voor de ziekenfondssector als voor de particuliere sector. Als de huisarts een overeenkomst met een ziekenfonds heeft gesloten op basis waarvan de module voor praktijkondersteuning in rekening mag worden gebracht, dan mag deze huisarts ook de betreffende module uit het particulier tarief in rekening brengen. Particuliere verzekeraars kunnen zich dus niet distantiëren van hun verantwoordelijkheid.

Partijen – huisartsen en verzekeraars – werken thans in gezamenlijke verantwoordelijkheid aan invoering van de praktijkondersteuning. Er is niet gebleken dat een der partijen geneigd is zich te distantiëren van zijn verantwoordelijkheid. De verwachting is dan ook dat de beschikbare middelen volledig ten goede zullen komen aan de praktijkondersteuning.

175

Kan de regering bespoedigen dat praktijkondersteuning van huisartsen wordt ingevoerd, zodat eind 2002 een hoger percentage dan 38 wordt bereikt?

In de eerste plaats zijn Zorgverzekeraars Nederland (ZN) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) gezamenlijk verantwoordelijk voor het invoeren van praktijkondersteuning. Partijen gaan hier zorgvuldig mee om. Middels praktijkanalyses (een traject van vier maanden) wordt de komst van de praktijkverpleegkundige voorbereid. ZN en de LHV hanteren hierbij al het hoogst mogelijke tempo.

176

Is de regering bereid de medewerking van gemeenten bij het materieel en financieel beschikbaar stellen van vestigingsmogelijkheden voor huisartsen te stimuleren?

Ja. Wij zullen op dit punt ingaan in de brief waarin een uitgewerkt standpunt op het advies van de commissie Tabaksblat, dat vóór de begrotingsbehandeling naar de Tweede Kamer wordt gestuurd.

177

Is de regering bekend met de ideeën van de «groep van 100 huisartsen», teneinde de dreigende gevolgen van een huisartsentekort op te vangen? Zo ja, kan daar een reactie op gegeven worden? (Verontruste huisartsen luiden de noodklok, Trouw, 22 oktober 2001)

Het artikel in Trouw is bekend. De ideeën van de «club van 100» bevatten ongetwijfeld zinvolle oplossingen voor het huisartsentekort. Deze plannen zijn echter niet aan de regering aangeboden. Derhalve is het niet mogelijk hier een reactie op te geven.

178

De kostenbesparing EVS over 2000 bedraagt f 14,1 mln (€ 6,4 mln). Hoeveel bedraagt de ingeboekte kostenbesparing voor 2002? Als de besparingen door gebruik van EVS in 2001 en 2002 tegenvallen, op welke wijze worden de investeringen in praktijkondersteuning dan bekostigd?

Voor 2002 bedraagt de ingeboekte kostenbesparing EVS € 18,2 mln (f 40 mln). De Landelijke Huisartsen Vereniging is recentelijk verzocht, in relatie tot de praktijkondersteuning, op welke wijze de gewenste besparingen gerealiseerd kunnen worden, zodat de investeringen in praktijkondersteuning niet in gevaar komen.

179

Welke afspraken heeft u met de medische specialisten gemaakt in het kader van de «goodwill»? Op welke wijze klinken deze afspraken door in de Zorgnota?

Allereerst hechten wij er aan te melden dat de overheid bij de vorming van goodwill geen enkele rol heeft gespeeld; het heeft een bedrijfseconomische oorsprong bij de vrijgevestigde medisch specialisten. Omtrent de afschaffing van goodwill zijn dan ook in 1998 afspraken gemaakt in het Meerjarenakkoord Cure. Daarbij zijn inbegrepen zowel de problematiek van de honorering van medisch specialisten als de afschaffing van de goodwill. Daarvoor was een bedrag olopend tot € 47,6 mln (f 105 mln) in 2002 gereserveerd. Dit bedrag is inmiddels volledig belegd. Thans vindt overleg plaats over een voorstel van de OMS om via fondsvorming de afschaffing van de goodwill vorm te geven. Vanwege de status van deze overleggen is er in de Zorgnota (en in de VWS-begroting) geen financiële vertaling van de goodwillafpraak te vinden.

180

Extra inspanningen zijn nodig om op diverse niveaus een set van processen uitkomstindicatoren te ontwikkelen. Heeft de regering een einddatum voor ogen waarop dit proces moet zijn afgerond?

De activiteiten, die er op gericht zijn, dit mogelijk te maken, vormen onderdeel van het project «kwaliteitsmanagementsystemen en prestatie-indicatoren». Dit bevindt zich momenteel in de opstartfase. Het maakt onderdeel uit van het programma Modernisering Curatieve Zorg 2005. De bespreking in de Tweede Kamer van dit programma is voornamelijk gepland voor januari 2002. Voor het onderdeel, waar de vraag over gaat, is de ambitie om uiterlijk 2005 een eerste set te kunnen leveren voor de belangrijkste zorgprocessen en daarmee stappen gezet te hebben om het publieke belang aangaande (het leveren en kunnen aantonen van) kwaliteit te kunnen borgen.

181

Wat is de stand van zaken betreffende de snelle uitbreiding van capaciteit aan IC's voor pasgeborenen en voor ernstig zieke kinderen?

De rapportage van de inspectie is vanwege capaciteitsproblemen helaas vertraagd en zal in de loop van december beschikbaar komen. Bij aparte brief hebben wij de Kamer daarover al eerder geïnformeerd. Aan de hand van een binnenkort te ontvangen rapportage van de heer Breederveld (de door mij benoemde regisseur) hopen wij antwoord te kunnen geven op de vraag wat er op korte termijn al te realiseren is, resp. wat al gerealiseerd is aan capaciteitsuitbreiding.

182

Wat is het beleid rond orgaandonatie van een donor die thuis overlijdt?

Een donor die thuis overlijdt kan alleen weefsel doneren. De arts die de dood vaststelt (veelal zal dat de huisarts zijn) zal moeten nagaan of weefseldonatie mogelijk is, en of er een wilsverklaring aanwezig is.

183

Waarop baseert u de stelling dat de toename van het gebruik aan geneesmiddelen over het algemeen een positief effect heeft op de gezondheid? Kunt u enkele voorbeelden noemen?

Deze stelling is onder meer gebaseerd op de achtergrondstudie «Geneesmiddelen nu en in de toekomst» van het RIVM. Hierin heeft het RIVM voor zeven ziektebeelden (diabetes mellitus, schizofrenie, hartfalen, beroerte, reumatoïde artritis, astma en depressie) de mogelijke effecten van nieuwe geneesmiddelen op de gezondheidstoestand gekwantificeerd. Voor alle ziektebeelden wordt ingeschat dat in 2020 de negatieve effecten van groei en vergrijzing van de bevolking op de gezondheidstoestand gedeeltelijk zullen worden gecompenseerd door verbetering in de medicamenteuze behandeling. Voor drie ziektebeelden, t.w. reumatoïde artritis, depressie en astma, geldt dat door de toepassing van nieuwe geneesmiddelen deze negatieve effecten op de gezondheidstoestand mogelijk zelfs meer dan volledig worden gecompenseerd, waardoor de gezondheidstoestand ten aanzien van deze ziektebeelden in 2020 gemiddeld zelfs beter zal zijn dan in de huidige situatie.

Een ander voorbeeld zijn de weesgeneesmiddelen. Voor een aanzienlijk aantal zeldzame ziekten worden thans geneesmiddelen ontwikkeld. Daar er voor deze ziekten doorgaans nog geen behandeling beschikbaar is, zal het effect op de gezondheidstoestand van geneesmiddelen die werkzaam en effectief zijn bevonden, relatief groot zijn.

In het algemeen geldt dat, daar waar werkzame geneesmiddelen op juiste indicatie worden voorgeschreven, een positief effect op de gezondheid optreedt.

184

Klopt het dat de wijziging van de WOG betekent dat de positie van de apotheekhoudende huisarts zo bemoeilijkt wordt dat deze op termijn zal verdwijnen? Klopt het dat de reden van deze wijziging is de scheiding van de functies voorschrijven en afleveren? Zo ja, geeft het feit dat dit nu niet gescheiden is in de dagelijkse praktijk problemen?

Zie het antwoord op vraag 2.

185

Leidt het EVS niet tot een automatische functiescheiding (voorschrijven en afleveren), omdat wordt voorgeschreven op stofnaam en gewerkt wordt met standaarden?

Nee. De apotheekhoudende huisarts schrijft dan namelijk nog altijd zelf voor én levert ook zelf af.

186

Wat is de stand van zaken met betrekking tot de ontmanteling van het GVS met betrekking tot de generieke geneesmiddelen?

Bij brief van 5 oktober 2001 hebben wij de Voorzitter van de Vaste cde voor VWS meegedeeld dat wij, in verband met het uitblijven van de rapportage over de juridische mogelijkheden om generieke geneesmiddelen op een andere manier te behandelen in het (GVS), de Kamer later – maar wel ruimschoots voor de behandeling van de Zorgnota – zullen informeren over het stappenplan tot ontmanteling van het GVS en over generieke geneesmiddelen.

Inmiddels is het desbetreffende rapport uitgebracht en bezien op beleidsmatige consequenties.

Wij zullen u dan ook op korte termijn uitvoerig informeren over het stappenplan voor de ontmanteling van het GVS en over het onderzoek naar de juridische mogelijkheden om generieke geneesmiddelen anders te behandelen in het GVS. Daarnaast zullen wij onze beleidsvoornemens om de prijsstelling voor generieke geneesmiddelen aan te pakken via deregulering van de WTG-tariefsystematiek uiteenzetten.

187

De overheid heeft de afgelopen jaren met financiële maatregelen miljarden bespaard op de kosten van geneesmiddelen. Welke financiële onderverdeling is daarin te maken tussen diverse pakketbeperkingen, beperkingen via de Wet geneesmiddelenprijzen en het geneesmiddelenvergoedingensysteem en via het terughalen van kortingen en bonussen?

Met maatregelen die vanaf 1994 zijn genomen is ruim f 1,8 mld (€ 0,8 mld) bespaard op de uitgaven van geneesmiddelen (dit komt bovenop de opbrengsten van ruim f 500 mln (€ 227 mln) die zijn gerealiseerd met maatregelen die vóór 1994 zijn genomen zoals de invoering van het geneesmiddelen vergoedingensysteem). In onderstaande tabel worden de belangrijkste besparingen voor de afgelopen jaren weergegeven, onderverdeeld naar pakketbeperkingen, Wet geneesmiddelenprijzen en geneesmiddelenvergoedingensysteem, terughalen kortingen en bonussen en overige maatregelen.

Tabel: Besparingen geneesmiddelenbudget

	1998	1999	2000	2001
Pakketbeperkingen				
Dunning	75	75	75	75
Buiten WTG 1994	40	40	40	40
Buiten WTG 1999		50	80	80
WGP/GVS				
5%prijsdaling GVS	200	200	200	200
Prijzenwet	700	700	700	700
Herijking GVS		145	158	158
Kortingen en bonussen				
Claw-back	100	220	355	385
Overige				
Voorschrijven stofnaam	50	50	50	50
EVS		10	10	135
				(p.m. besparingsverlies)
Korting receptregelvergoeding/stimulans			75	115
Totaal	1165	1 490	1 743	1 938

(NB Bedragen x mln)

Het aantal slachtoffers van branden moet binnen 5 jaar met 10% dalen, onder meer door kledingvoorschriften en onderzoek naar brandveiligheid van andere consumentenproducten. Waarop is deze doelstelling gebaseerd? Is momenteel al voldoende bekend waar de beste mogelijkheden liggen om het aantal slachtoffers van branden te doen afnemen?

De in de Zorgnota gepresenteerde maatregelen maken een onderdeel uit van een kabinetsbreed beleid waar naast VWS ook BZK en VROM in participeren en aan bijdragen. Het aantal slachtoffers met brandwonden bedraagt 12 000 per jaar. Hiervan zijn 800 gewonden direct het gevolg van woningbranden. Dit aantal laat al een geruim aantal jaren een stijgende lijn zien ondanks een breed scala aan samenhangende maatregelen die zich zowel richten op gedragsbeïnvloeding, productveiligheid en omgevingsfactoren (o.m. rookmelders). Deze stijging is reden om de in het verleden ingezette, iets wat te ambitieus gebleken, beleidslijn voor een reductie van het aantal slachtoffers met 20% aan te passen tot een beoogde vermindering van het aantal slachtoffers met 10%. Menselijk handelen is de grootste oorzaak van branden in woningen. Naast regelgeving blijft voorlichting hét instrument om deze oorzaak van branden te doen verminderen (bron: Nibra 2000: oorzaken en gevolgen van woningbranden). In opdracht van de ministeries van BZK en VWS wordt dan ook een multimediale campagne gevoerd door de Stichting Consument en Veiligheid. Deze campagne «brandpreventie thuis» heeft als doel, de bewustwording van burgers ten aanzien van het belang van brandpreventie en preventieve maatregelen die men zelf kan nemen, te vergroten. De effecten van een soortgelijke voorgaande campagne zijn onderzocht (Research voor Beleid; juli 2000). Deze voorgaande campagne heeft positieve effecten bij burgers bewerkstelligd op de niveaus van bewust worden, attitude en gedrag met betrekking tot brandpreventie. Tevens zal op korte termijn onderzoek worden geïnitieerd naar de effecten van normstelling en regelgeving voor versieringsmaterialen en elektronische apparatuur, op de ongevalsreductie.

Wanneer kan de Kamer het CVZ-rapport over de aanspraak op cholesterolverlagende geneesmiddelen tegemoet zien?

Het CVZ is voornemens het concept-rapport «Aanspraak cholesterolverlagende middelen» in december van dit jaar voor commentaar voor te leggen aan diverse veldpartijen. Naar verwachting zal het rapport in februari 2002 worden afgerond.

Waarom kiest de regering voor een administratieve en niet voor een strafrechtelijke handhaving van de normen, zoals vastgesteld in het Besluit geneesmiddelenreclame?

In de nota van wijziging tot wijziging van het wetsvoorstel 23 959 tot wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening en de Gezondheidswet (reclame, registratie, toezicht/handhaving inzake geneesmiddelen, wordt de bestuurlijke boete geïntroduceerd als instrument voor de handhaving van de voorschriften die betrekking hebben op de bevordering van de verkoop van geneesmiddelen. Voor het gemak spreek ik hier verder over reclamevoorschriften. De bestuurlijke boete is geen nieuw instrument op het gebied van de handhaving. De belastingwetgeving kent zo'n boete al vanaf het begin van haar bestaan. Verder zijn er de laatste jaren tal van wetten in het Staatsblad verschenen waarin de bestuurlijke boete een plaats heeft gevonden, waaronder de Wet geneesmiddelenprijzen.

Voor de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening gaat het echter om een nieuw fenomeen. Als je kijkt naar de randvoorwaarden voor de invoering van de bestuurlijke boete, waar de regering, in het voetspoor van het advies voor de Commissie voor de toetsing van wetgevingsprojecten, van uit is gegaan, dan komt overtreding van de reclamevoorschriften in aanmerking voor bestuurlijke handhaving. Het gaat hier om overtredingen die in het algemeen niet worden ervaren als een ernstige inbreuk op de rechtsorde. Er wordt geen letsel aan personen of schade aan goederen toegebracht. En voor adequate handhaving van deze voorschriften zijn vrijheidsbenemende dwangmiddelen niet strikt noodzakelijk. De regering heeft daarom van de gelegenheid van de wijziging van de Wet op de Geneesmiddelenvoorziening, gebruik gemaakt de bestuurlijke boete mee te nemen in de nota van wijziging, om zo tot de adequatere handhaving van de reclamevoorschriften te komen.

191

In hoeverre wijkt de procedure, op basis van de richtlijnen die het CVZ op uw verzoek heeft opgesteld, van weesgeneesmiddelen af van andere geneesmiddelen?

De vergoedingsprocedure voor weesgeneesmiddelen wijkt niet per definitie af van die van andere middelen, dit hangt vooral af van de hoeveelheid beschikbare gegevens. Wanneer er voldoende gegevens beschikbaar zijn wordt ook bij een weesgeneesmiddel de normale procedure voor toelating tot het verzekeringspakket doorlopen.

Daar met name bij geneesmiddelen bestemd voor ziekten die zeer weinig voorkomen op het moment van registratie veelal te weinig informatie beschikbaar is om ze op dezelfde wijze te beoordelen als de «reguliere» geneesmiddelen, wordt gestreefd naar een speciaal toetsingskader. Dit is met name van belang wanneer geneesmiddelen ook farmaco-economisch getoetst worden.

Er bestaan op dit moment nog geen specifieke richtlijnen voor de beoordeling van weesgeneesmiddelen. Het CVZ legt momenteel de laatste hand aan een uitvoeringstoets over de vergoeding van weesgeneesmiddelen. Eind november van het lopende jaar zal overleg plaatsvinden met belanghebbende veldpartijen en naar verwachting zal in januari 2002 een advies uitgebracht worden. Op basis van deze uitvoeringstoets zal het speciale toetsingskader geconcretiseerd worden.

192

Welke overwegingen liggen ten grondslag aan het niet meer via de Wet op de geneesmiddelenvoorziening (WOG) garanderen van de positie van de apotheekhoudende huisarts? Bent u op de hoogte van de zorgen die er in het land leven met betrekking tot de positie van de apotheekhoudende huisarts, met name in de landelijke gebieden?

Zie het antwoord op vraag 2.

193

Uit internationaal onderzoek blijkt dat de risico's die verbonden zijn aan het voorschrijven en gebruik van geneesmiddelen veel groter zijn dan de risico's van het produceren van en handelen in geneesmiddelen (Zorgnota, pagina 67). Kunt u aangeven welke risico's in deze vergelijking betrokken zijn? Is hier geen sprake van ongelijksoortige risico's?

In de afgelopen decennia is een betrouwbaar systeem van registratie van geneesmiddelen en inspectie van fabricage- en distributieprocessen tot stand gebracht. Geneesmiddelen die niet bewezen werkzaam en veilig zijn en niet conform de normen van goede fabricagepraktijken worden vervaardigd krijgen geen handelsvergunning en komen niet op de markt.

Via een beproefd systeem van geneesmiddelenbewaking worden veiligheidsrisico's snel gesignaleerd, zodat artsen en patiënten geïnformeerd kunnen worden en de producten zonodig van de markt kunnen worden gehaald.

De risico's voor de volksgezondheid als gevolg van verkeerd voorschrijven en verkeerd gebruik van geneesmiddelen zijn veel groter. Voorbeelden daarvan zijn het feitelijk ongecontroleerd via herhaalreceptuur voorschrijven van kalmeringsmiddelen, onvoldoende op elkaar afgestemde voorschriften van verschillende artsen bij vooral oudere patiënten (polyfarmacie), een verschillend behandelbeleid tussen eerste en tweede lijn (medicatiebreuken), of het niet volgens voorschrift gebruiken van geneesmiddelen (onvoldoende therapietrouw). Het Amerikaanse Institute of Medicine heeft deze risico's in kaart gebracht. Deze risico's hebben niet zozeer te maken met de kwaliteit en veiligheid van de producten, maar veel meer met de wijze waarop deze producten in de praktijk worden voorgeschreven en gebruikt. In die zin is sprake van ongelijksoortige risico's. Wel dient een dergelijke risico-analyse bepalend zijn voor de prioriteiten op het gebied van regelgeving, toezicht en bevordering van de kwaliteit van de zorg.

194

Hoe wordt voorkomen dat homeopathische farmaceutische producten van (potentieel) goede kwaliteit als gevolg van de verplichte registratie per 1 januari 2002 van de markt verdwijnen. Welke kosten zijn er met andere woorden verbonden aan de registratie, en op welke wijze worden financieel beperkt draagkrachtige producenten tegemoet gekomen? Heeft u overleg hierover met de betrokken brancheorganisatie gevoerd?

Met ingang van 1 januari 2002 gaat de registratieplicht in voor homeopathische geneesmiddelen. De registratie waarborgt de kwaliteit en veiligheid van deze producten. De registratievergoedingen zijn f 300 voor de klassieke homeopathica (artikel 4 producten) en f 750 voor de niet-klassieke homeopathica (artikel 6 producten).

De hele registratieprocedure, daarin begrepen de kosten van registratie en de duur van de registratietermijn, is in nauw overleg met de koepelorganisaties van de fabrikanten tot stand gekomen. Er is geen voorziening getroffen om fabrikanten financieel tegemoet te komen. Het is immers aan de ondernemer zelf of hij zijn product wel of niet wil laten registreren. Bij een dergelijke beslissing speelt onder andere een rol de vooruitzichten voor het desbetreffende product op de markt en de prijsstelling daarvan. De kosten van registratie zullen hierbij een rol spelen.

Naar verwachting zal het overgrote deel van de homeopathische middelen per 1 januari 2002 geregistreerd zijn.

195

Op welke wijze gaat u de ontwikkeling van medicinale cannabis ondersteunen? Op welke wijze vindt afstemming plaats met het ministerie van Justitie en het ministerie van LNV?

Het Bureau voor Medicinale Cannabis (BMC), dat vanaf 1 januari 2001 fungeert als nationaal bureau in de zin van het Enkelvoudig Verdrag inzake verdovende middelen (EVv), is momenteel in overleg met enkele fabrikanten uit de farmaceutische industrie, om hen ertoe te bewegen een geneesmiddel uit cannabis te ontwikkelen dat in klinisch onderzoek getest wordt. Omdat de ontwikkeling van een geneesmiddel minimaal vijf jaar duurt is gezocht naar een kortere weg. Op 19 oktober 2001 is hierover een brief aan uw Kamer gestuurd. Daarin is aangegeven dat BMC cannabis als grondstof aan apotheken zal gaan leveren ten behoeve van de bereiding van geneesmiddelen. Die cannabis kan dan vervolgens door de apotheken op doktersrecept aan patiënten worden afgeleverd. De overwegingen

daarvoor zijn in genoemde brief uitvoerig beschreven. Kort gezegd komt het erop neer dat veel patiënten bij bepaalde aandoeningen de ervaring hebben dat zij voordeel hebben van cannabis, en dat zij cannabis daarom langs diverse wegen betrekken. Gelet op het voorzichtig beschikbaar komen van aanwijzingen uit wetenschappelijk onderzoek dat cannabis inderdaad werkzaam kan zijn is de handelwijze van deze patiënten voorstelbaar. De wijze waarop zij thans cannabis betrekken loopt echter niet langs kanalen die de kwaliteit garanderen. De levering via BMC en via apotheken kan deze kwaliteitsgarantie wel geven.

Met de minister van Justitie is afgesproken dat het medicinaal gebruik van cannabis beschouwd wordt als een farmaceutisch onderwerp en in principe zelfstandig door VWS zal worden afgehandeld. Dat neemt natuurlijk niet weg dat in voorkomende gevallen afstemming met andere departementen plaatsvindt.

De Kamer heeft in het Verslag bij wetsvoorstel 27 874 onder meer een aantal vragen gesteld met betrekking tot het medicinaal gebruik van cannabis. Deze vragen zullen worden beantwoord in de Nota naar aanleiding van het verslag, die zo spoedig mogelijk aan u zal worden verzonden. Ook over dit wetsvoorstel vindt afstemming plaats met het ministerie van Justitie, en eveneens met het ministerie van BZK.

Medicinale toediening van cannabis aan dieren is tot op heden geen onderwerp van maatschappelijke discussie. De teelt moet volgens het EVV onder verantwoordelijkheid van BMC plaatsvinden. Zonodig zoekt BMC daarvoor zelf deskundigen aan. Derhalve is betrokkenheid van het ministerie van LNV niet nodig.

196

Wat is de stand van zaken omtrent de wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening?

De beleidsmatige en wetgevingswerkzaamheden met betrekking tot de wijziging van de Wet op de geneesmiddelenvoorziening zijn in volle gang. Medio augustus is een werkdocument naar veldpartijen gezonden ter consultatie. Naar aanleiding van dit werkdocument en het schriftelijk commentaar dat van veldpartijen is verkregen worden er medio oktober en november van dit jaar gesprekken gevoerd met veldpartijen. In de komende maanden worden de opmerkingen van veldpartijen bestudeerd en wordt er verder gewerkt aan de totstandkoming van het wetsvoorstel dat de huidige Wet op de Geneesmiddelenvoorziening zal gaan vervangen.

197

Op welke wijze gaat u de productinnovatie op het terrein van de medische biotechnologie in de kliniek stimuleren? Kunt u een aantal concrete voorbeelden noemen?

Het kabinet heeft geconstateerd dat ten aanzien van de productinnovatie bij bepaalde onderzoeksgebieden in de kliniek een gemis wordt ervaren aan translationeel onderzoek. Translationeel onderzoek richt zich op de vertaalslag van het preklinisch onderzoek naar het klinisch onderzoek. In Nederland ontbreekt het vooralsnog aan voldoende aandacht en financiële ondersteuning voor het translationeel onderzoek waardoor de ontwikkeling van nieuwe behandelstrategieën dreigt te worden vertraagd of te worden stopgezet. In het kabinetsstandpunt «Gentherapie» (april 2001) is toegezegd dat een stimuleringsprogramma translationeel onderzoek zal worden ingericht. ZON Mw is benaderd om dit stimuleringsprogramma nader uit te werken waarbij vooralsnog de gentherapie als uitgangspunt wordt genomen. Indien na evaluatie blijkt dat het stimuleringsprogramma aan de verwachtingen voldoet kan worden

bezien of het programma moet worden uitgebreid met andere onderwerpen, zoals celtherapie.

198

Bij het toepassen van menselijke transplantaten in de geneeskunde is een nulrisico niet haalbaar (Zorgnota, pagina 68). Kunt u aangeven wat onder een aanvaardbaar risico moet worden verstaan? Hoe en door wie wordt een dergelijk aanvaardbaar risico vastgesteld? Heeft het Centrum voor Ethiek en Gezondheid hierin een rol te vervullen? Hoe wordt dit centrum te zijner tijd ingericht?

In de discussie over het wel of niet aanvaardbaar zijn van bepaalde veiligheidsrisico's bij geneeskundige handelingen met lichaamsmateriaal dient als uitgangspunt genomen te worden dat een nulrisico niet bestaat. Afhankelijk van de stand van de wetenschap met betrekking tot de bij de behandeling behorende mogelijke gezondheidsrisico's en het al dan niet beschikbaar zijn van alternatieve behandelingsmethodes voor de te behandelen aandoening, zal voortdurend een afweging gemaakt moeten worden over de aanvaardbaarheid van bepaalde risico's. Bij deze afweging speelt ook de ernst van de te behandelen aandoening een grote rol; bij een terminale hartpatiënt spelen mogelijke infectierisico's bij transplantatie van een donorhart een heel andere rol dan bij de patiënt waarbij donorbot in een heupoperatie zal worden gebruikt. Concluderend kan gesteld worden dat de grens tussen het wel en niet aanvaardbaar zijn van veiligheidsrisico's niet statisch is maar afhankelijk van de op dat moment geldende wetenschappelijke inzichten, de beschikbare alternatieven en de ernst van de te behandelen aandoening. Het is de behandelend arts die in samenspraak met de patiënt ofwel met degene die diens belangen behartigd, deze afweging dient te maken.

Het Centrum voor Ethiek en Gezondheid wordt opgezet door de Gezondheidsraad en de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg samen en zal van start gaan op 1 januari 2002. Het centrum heeft als hoofdtaak het signaleren van nieuwe ontwikkelingen in de zorg die ethische implicaties kunnen hebben. Deze signalen worden jaarlijks aan de Minister van VWS aangeboden. Indien zich in de toekomst geheel nieuwe ontwikkelingen mochten voordoen bij de toepassing van menselijke transplantaten in de geneeskunde dan zullen deze vanzelfsprekend worden meegenomen in de rapportage aan de Minister.

199

Waarom is er voor gekozen om de veiligheid van bloed en bloedbestanddelen niet onder te brengen bij het wetsvoorstel Veiligheid en kwaliteit lichaamsmaterialen? Wat is uw oordeel over het standpunt van de SER in deze?

Het wetsvoorstel veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal beoogt eisen te stellen aan lichaamsmateriaal welke voor geneeskundige behandeling worden ingezet. Artikel 2 van deze wet stelt dat producten waarvan de veiligheid en kwaliteit reeds op een goede manier geregeld is, zijn uitgesloten. Hieronder valt ook bloed, afgenomen in het kader van de Wet inzake bloedvoorziening (Wibv). Hoewel het ook hierbij gaat om materiaal van menselijke oorsprong, bestemd voor gebruik bij een geneeskundige behandeling, beogen de in die wet opgenomen regels, met name artikel 5, voldoende kwaliteits- en veiligheidsgaranties te geven, zodat regulering in het kader van het wetsvoorstel veiligheid en kwaliteit lichaamsmateriaal niet meer nodig is.

De uit bloed of plasma bereide geneesmiddelen vallen voor wat betreft de kwaliteit en veiligheid onder de Wet op de geneesmiddelenvoorziening. De veiligheid en kwaliteit van de cellulaire, bloedproducten worden in de Wibv voldoende gewaarborgd. Deze wet voorziet erin dat er kaders

worden gesteld waarbinnen de door de minister aangewezen bloedvoorzieningsorganisatie (Stichting Sanquin Bloedvoorziening) dient te opereren. Dit geschiedt middels het jaarlijks door de minister op te stellen plan bloedvoorziening (gebaseerd op een doelmatige en doeltreffende bloedvoorziening). Daarnaast moeten begroting en beleidsplan van de bloedvoorzieningsorganisatie door de minister worden goedgekeurd. Ook stelt de wet in het bovengenoemde artikel 5, dat de aangewezen bloedvoorzieningsorganisatie de bloedvoorziening op verantwoorde wijze uitvoert. Verantwoord betekent hier: doeltreffend en doelmatig alsmede gericht op een zo hoog mogelijke kwaliteit van de bloedproducten en een zo groot mogelijke veiligheid van donor en gebruiker. Hiermee zijn voldoende garanties aanwezig dat de bloedvoorziening aan hoge eisen van kwaliteit en veiligheid voldoet.

Naar aanleiding van de vraag wat ons oordeel is over het standpunt van de SER kunnen wij melden dat bij navraag blijkt dat de SER over deze kwestie geen standpunt heeft uitgevaardigd.

200

In hoeverre is het verantwoord om in een zo korte tijdspanne een fundamentele deregulering hulpmiddelen toe te passen? Wat zullen de effecten daarvan zijn voor AOW'ers, bijstandtrekkers etc.?

Vooralsnog heeft de voorgenomen deregulering per 1 januari 2002 slechts betrekking op het wegnemen van belemmeringen voor een adequate invulling van de individuele zorgvraag en het voorkomen van onnodige (administratieve) belasting van verzekerde, zorgsector en zorgverzekeraar. Voorop heeft gestaan dat bij het proces van deregulering van de hulpmiddelenzorg de aanspraak op een adequaat hulpmiddel onverlet blijft. De verwachte effecten zijn dan ook een meer klantgerichte benadering door zorgverzekeraars waarmee betere invulling wordt gegeven aan hulpmiddelenzorg die zo optimaal mogelijk tegemoet komt aan de zorgvraag van de verzekerde.

Komende december zal worden gestart met een werkgroep die het komende jaar moet komen tot een voorstel voor fundamentele deregulering middels het formuleren van aanspraken met functiegerichte termen.

201

Wat is de reden dat het onderwerp Gehoor in voorliggende Zorgnota onderbelicht is gebleven, zeker tegen de achtergrond van het gegeven dat vele ouderen en in toenemende mate jongeren (discogehoorgestoordheid!) met gehoorproblemen worden geconfronteerd? Krijgt het onderwerp voldoende aandacht bij ZON-MW? Kan de minister bevorderen dat er een update wordt gemaakt van het uit 1995 daterende TNO-rapport over gehoorschade? Acht de minister een studie naar de economische gevolgen van slechthorendheid, dat onlangs in de VS is verschenen, voor ons land zinvol?

Het onderwerp gehoorschade blijft onze aandacht houden. Het benodigde preventieve beleid willen wij wetenschappelijk onderbouwen aan de hand van de TNO onderzoeken naar de gevolgen van popmuziek op het gehoor van jongeren. Zeer recent is de derde onderzoeksfase naar de gevolgen van disco's, hoofdtelefoons en popconcerten en houseparties afgerond. De onderzoeksresultaten hiervan zijn pas beschikbaar gekomen na het uitkomen van de Zorgnota. De uitkomsten van dit onderzoek zijn voor ons aanleiding geweest om half november een bijeenkomst van experts te beleggen over de interpretatie van de onderzoeksresultaten en de gevolgen hiervan op latere leeftijd.

Nog vóór de begrotingsbehandeling willen wij u op de hoogte stellen van de uitkomsten van de expertbijeenkomst en de consequenties die wij

daaraan verbinden, mede in het kader van de uitvoering van de motie Rouvoet.

Het onderwerp gehoorschade heeft de aandacht binnen ZON-MW en is zelfs opgenomen als prioriteit binnen het Preventieprogramma. Dit betekent echter niet dat alle onderzoeksvoorstellen op dit gebied ook daadwerkelijk worden gehonoreerd. Daarnaast is de RGO om advies gevraagd over de positionering van het benodigde gehooronderzoek in Nederland. Aangezien de recent beschikbaar gekomen onderzoeksresultaten en de uitkomsten van de expertmeeting reeds een update geven voor de uitgangspunt van preventie belangrijkste doelgroep uit het TNO rapport uit 1995, te weten jongeren, ligt het wat ons betreft niet direct voor de hand opdracht te geven tot een update van het gehele rapport.

Onze eerste zorg bij het nemen van preventieve maatregelen ter voorkoming van gehoorschade is dat deze effectief zijn en in overeenstemming zijn met de ernst en omvang van de problematiek.

Het in kaart brengen van de economische gevolgen van slechthorendheid heeft op dit moment niet onze prioriteit.

202

Nederland zal binnen de EU haar beleid voor een optimale (in plaats van maximale) veiligheid uitdragen. Waar is de keuze voor optimale veiligheid op gebaseerd? Kunt u aangeven wat het standpunt is van de overige landen in de EU?

Een maximale veiligheid (nulrisico) is bij producten vervaardigd uit menselijk materiaal (zoals bloedproducten) nimmer haalbaar. Een maximaal veiligheidsbeleid zou erop neerkomen dat ongeacht de te behalen gezondheidswinst en de kosten, alle beschikbare maatregelen, hoe marginaal ook, in relatie tot de veiligheid worden ingevoerd. Het algemene beleid is gericht op optimale veiligheid. Dit betekent voor de praktijk van de bloedvoorziening dat wanneer zich nieuwe veiligheids- of kwaliteitsmaatregelen aandienen tevens gegevens voorhanden dienen te zijn over zowel de baten (zoals de te verwachten gezondheidswinst) als de lasten (zoals de kosten). Pas wanneer er sprake is van een reële gezondheidswinst kan in beginsel de invoer van een nieuwe maatregel in overweging worden genomen.

Ik ben van mening dat niet elke (nieuwe) techniek ten koste van alles zomaar ingevoerd moet worden. Er is derhalve gekozen voor een benadering van optimale veiligheid ten aanzien van bloed en bloedproducten teneinde een verantwoorde verdeling van de collectieve middelen te waarborgen.

Over de standpunten van overige landen in de EU is niet veel bekend: Bij de besprekingen rond het opstellen van een EU-Richtlijn inzake kwaliteit en veiligheid van bloed en bloedproducten is dit niet aan de orde geweest. De Richtlijn beoogt het opstellen van minimale eisen waar lidstaten zich aan verplichten. Er zijn echter lidstaten die, gelet op gebeurtenissen in het verleden zoals de HIV-affaire in Frankrijk, een maximaal veiligheidsbeleid zullen hanteren. Waar mogelijk zullen wij echter het beleid van optimale veiligheid in internationale overleggen naar voren brengen. In dat kader kunnen wij melden dat dit onderwerp in het kader van de discussie rond het verzorgingsbeginsel binnen de Raad van Europa aan de orde is geweest. Het voornemen is dit onderwerp te agenderen voor de in 2003 te houden conferentie van ministers van volksgezondheid van de Raad van Europa.

203

Is de minister bereid om ook onderzoeksprogramma's, waarvoor commerciële bedrijven (vooralsnog) geen belangstelling tonen, financieel te ondersteunen?

Om te voorkomen dat bepaald onderzoek naar nieuwe producten en/of therapieën vertraagd dan wel stopgezet wordt, is het mogelijk om onderzoeksprogramma's financieel te ondersteunen waarvoor commerciële bedrijven (vooralsnog) geen belangstelling tonen. Voorbeelden van financieel ondersteunde onderzoeksprogramma's zijn de ontwikkeling van de weesgeneesmiddelen en de overgang tussen publiek gefinancierd onderzoek en het onderzoek in de kliniek op het gebied van de genterapie. Op het gebied van de weesgeneesmiddelen is een nationale organisatiestructuur weesgeneesmiddelen ingesteld met als belangrijkste taken:

- a) het verzamelen van informatie over zeldzame ziektes en weesgeneesmiddelen;
- b) inventarisatie van ziektes en aantallen patiënten in Nederland;
- c) inventarisatie research; en
- d) het fungeren als een nationaal en internationaal aanspreek- en uitwisselingspunt in deze.

Aansluitend hieraan volgen coördinatie en stimulering van basaal en patiëntgebonden onderzoek.

Op het gebied van de genterapie blijkt er een knelpunt te liggen rondom de vertaalslag van het preklinisch onderzoek naar het klinisch onderzoek, het zogenaamde translationeel onderzoek. Het betreft hier een complexe situatie waarbij wetenschappelijke belangen, validatie van resultaten, veiligheid, effectiviteit en regelgeving een rol spelen. Gezien het grote belang van kwaliteitsborging van genterapeutica voor geneeskundige toepassingen en de naar verwachting veelbelovende mogelijkheden van genterapie is Zon MW benaderd voor de uitwerking van een stimuleringsprogramma translationeel onderzoek op het terrein van de genterapie met als doel de overgang van preklinisch naar klinisch onderzoek te faciliteren.

204

Ruim 70 000 mensen wachten gemiddeld acht maanden op noodzakelijke GGZ-zorg. Vanaf 2001 is f 450 mln (€ 204,2 mln) nodig volgens de GGZ om de wachttijden terug te brengen tot de Treknormen. Op grond van reële productieafspraken is f 160 mln (€ 72,6 mln) nodig. Klopt het dat er slechts f 90 mln (€ 40,8 mln) beschikbaar is?

Het is niet juist dat er slechts f 90 mln (€ 40,8 mln) beschikbaar is voor de wachtlijsten GGZ. Er is in totaal voor het jaar 2002 f 172,5 mln (€ 78,3 mln) beschikbaar voor het wegwerken van de wachtlijsten in de GGZ.

205

Een ruim aanbod van eerstelijns hulpverleners is nog lang niet gerealiseerd (de effecten van de Tijdelijke Stimuleringsregeling Algemeen Maatschappelijk Werk zijn nog niet bekend). Deelt u de mening van de Stuurgroep tussen de lijnen dat nog niet alle gemeenten in dit kader hun verantwoordelijkheid nemen om eigen middelen in te zetten voor capaciteitsuitbreiding? Zo ja, wat bent u van plan te doen om deze verantwoordelijkheid te stimuleren?

De knelpunten die de Stuurgroep Tussen de Lijnen signaleert zijn ons bekend. Wij laten de uitvoering van de tijdelijke stimuleringsregeling AMW op dit moment onderzoeken. De resultaten hiervan zullen in het voorjaar van 2002 beschikbaar komen. Aan de hand van de resultaten van deze evaluatie zullen wij bezien of, en zo ja welke, interventies nodig zijn.

206

De zorgbehoefte van de cliënt staat centraal in de GGZ. Kunt u aangeven hoe de vraagsturing in deze sector concreet vormgegeven wordt?

Vraagsturing in de GGZ krijgt vorm door ook in deze sector de keuzevrijheid van de cliënt te vergroten en de verantwoordelijkheid voor de organisatie van de zorg en de beschikbaarheid ervan neer te leggen bij de partijen zelf: cliënten, zorgkantoren en zorgaanbieders. In de brief van 18 mei, (kenmerk GVM/2172530) over cure en care in de GGZ, is aangegeven dat voor de belangrijke thema's met betrekking tot de omslag naar vraaggestuurde zorg wat betreft de care wordt aangesloten bij de voorstellen voor de modernisering AWBZ en de vereenvoudiging PGB en de cure GGZ bij het moderniseringstraject curatieve zorg. Overigens kan bij een belangrijk deel van de GGZ geen sprake zijn van vraagsturing (gedwongen opnames, forensische psychiatrie).

207

Bent u van plan om ook de eerstelijns GGZ mee te laten profiteren van de investeringen in informatievoorziening en ICT-netwerken? Zo ja, hoe krijgt dit in de toekomst gestalte?

Omdat eerstelijns GGZ-voorzieningen geen AWBZ-voorzieningen zijn kunnen ze niet profiteren van de beleidsregel die in dat circuit is uitgevaardigd voor ICT-ontwikkelingen. Voor de huisartsen geldt verder dat informatievoorziening en ICT gelet op hun GGZ-taak, moet passen bij de algemene automatisering en informatievoorziening van de praktijkvoering. Hiervoor geldt een eigen traject. Voor het Algemeen Maatschappelijk Werk zijn de gemeentes in eerste instantie de aan te spreken partij. Het beleid t.a.v. de eerstelijnspsychologen is op dit moment nog niet uitgekristalliseerd.

De beleidsvorming van de rijksoverheid is nog in een zodanig ontwikkelingsstadium dat er nog geen gerichte beleidslijn en specifieke aandacht is voor informatievoorziening en ICT in de eerstelijns GGZ.

De Stuurgroep Tussen de Lijnen heeft aangegeven het onderwerp in haar werkplan voor 2002 op te nemen.

208

Hoe staat u tegenover het voorstel van het NIVEL om de eerstelijnspsycholoog op te nemen in het basispakket van het ziekenfonds?

Het onderzoek van het NIVEL naar de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog richt zich op de geografische en de financiële toegankelijkheid. In oktober 2001 is daarnaast gestart met pilots waarin wordt onderzocht wat de effecten zijn van een volledige toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog. De eerste resultaten van deze pilots worden begin 2002 verwacht. Op basis van de uitkomsten van beide onderzoeken zal ik begin 2002 een brief aan de Kamer sturen waarin de verschillende opties beschreven worden die mogelijk zijn om de bestaande knelpunten in de toegankelijkheid van de eerstelijnspsycholoog op te lossen. Daarbij zullen ook de financiële consequenties van een eventuele opname in het pakket worden meegenomen. Het is echter aan een volgend Kabinet om op basis van de geformuleerde pro's en contra's een afgewogen beslissing te nemen. Opname in het pakket is nu niet aan de orde.

209

Wanneer is het onderzoek naar verkommerden en verloederden afgerond en wanneer wordt het standpunt van de regering op dit onderzoek naar de Kamer gezonden?

Het onderzoek naar de verkommerden en verloederden zal naar verwachting omstreeks medio 2002 zijn afgerond. Het standpunt van de regering op de onderzoeksresultaten zal daarna naar de Kamer worden gezonden.

210

Bureau jeugdzorg zal de toegangstaken voor de jeugd-GGZ uitvoeren. Alleen bij ernstige psychiatrische problematiek kan een arts rechtstreeks naar de jeugd-GGZ verwijzen (conform een protocol). Wat verstaat de staatssecretaris onder ernstige psychiatrische problematiek? Is overwogen de toegang geheel bij Bureau Jeugdzorg te plaatsen? Zo ja, waarom is hiertoe niet besloten?

Het Bureau Jeugdzorg wordt de centrale toegang voor de gehele jeugdzorg, dus inclusief de Jeugd-GGZ. In sommige gevallen is de gezondheid en het welbevinden van de jeugdige echter beter gediend met een rechtstreekse verwijzing richting de zorgaanbieders. Eén van de redenen om rechtstreeks naar een gespecialiseerde zorgaanbieder te verwijzen is het vermoeden van een ernstige psychiatrische stoornis. Denk daarbij bijvoorbeeld aan jeugdigen met een ernstige depressie of jeugdschizofrenie. Bij dermate ernstige aan crisis grenzende problematiek is het voor de cliënt van belang zo snel mogelijk gespecialiseerde behandeling in te kunnen zetten. Het Bureau Jeugdzorg geeft in deze gevallen achteraf binnen een beperkte termijn het indicatiebesluit af.

211

Valt onder de rechtspositie van patiënten die onder de reikwijdte van de BOPZ vallen ook het recht op een medische behandeling, terwijl men dit vanwege de psychische stoornis op zo'n moment niet lijkt te willen?

Neen. De Wet Bopz gaat uit van het toestemmingsvereiste voor behandeling.

Op grond van artikel 38, eerste lid, van de Wet Bopz draagt de geneesheer-directeur er zorg voor dat zo spoedig mogelijk na een gedwongen opname een behandelingsplan wordt opgesteld in overleg met de patiënt. Voor behandeling van de patiënt is diens toestemming vereist. Dit betekent dat geen behandeling kan worden toegepast als de patiënt niet met de in overleg met hem voorgestelde behandeling instemt of de patiënt zijn eerder gegeven toestemming later intrekt. Behandeling van de patiënt zonder diens toestemming kan op grond van artikel 38, vijfde lid, van de Wet Bopz wel worden toegepast voorzover deze behandeling volstrekt noodzakelijk is om ernstig gevaar voor de patiënt zelf of anderen, dat voortkomt uit de psychische stoornis van de patiënt af te wenden. De omstandigheid dat de patiënt deze noodzakelijke behandeling weigert, al dan niet vanwege zijn psychische stoornis, ontslaat de patiënt derhalve niet van de verplichting om die behandeling te ondergaan.

Voor zover het gaat om somatische behandeling van gedwongen opgenomen patiënten is naast de Wet Bopz ook de WGBO van toepassing. Ook in de WGBO geldt het toestemmingsvereiste voor behandeling. Somatische behandeling zonder toestemming van de patiënt, is uitsluitend mogelijk bij patiënten die niet in staat zijn tot «een redelijke waardering van hun belangen terzake» voor zover deze behandeling kennelijk nodig is om ernstig nadeel voor de betrokkene zelf te voorkomen.

212

De indicatiestelling voor de langdurige (op care gerichte) GGZ zal per 2003 gaan lopen via de regionale indicatieorganen en zal zodoende aansluiten bij de indicatiestelling in de overige caresectoren. Wat betekent «langdurige» hier?

In de door veldpartijen en VWS geaccordeerde Modelprocedure voor indicatiestelling in de GGZ is het onderscheid tussen kortdurende en langdurige GGZ-problematiek uitgewerkt. Van langdurige problematiek is sprake als wordt voldaan aan alle onderstaande criteria:

- er is sprake van psychisch disfunctioneren bij de cliënt (waarbij een

diagnose is gesteld conform het diagnostisch systeem DSM-IV of ICD-10)

- er zijn ernstige beperkingen in het maatschappelijk functioneren van de cliënt (vastgesteld aan de hand van het diagnostisch systeem DSM-IV, as V)
- er is voorafgaand sprake van chronisch (langer dan 2 jaar) of frequent recidiverend (3 x binnen vijf jaar) gebruik van de professionele GGZ, leidend tot een meervoudige (meerdere vormen van hulpverlening, op verschillende levensterreinen, door meer dan een hulpverlener/instelling) en langdurige hulpbehoefte (naar verwachting langer dan 1 jaar).

213

Hoe wordt voorkomen dat de integratie van TBS-klinieken in de GGZ ongewenste sociale druk op kwetsbare verblijfspatiënten in de GGZ met zich meebrengt?

In de vraag wordt uitgegaan dat het vaststaand beleid is dat de TBS-klinieken in de GGZ gaan integreren. Het kabinetsstandpunt op het rapport «Veilig en Wel» waarin ondermeer integratie van de TBS-klinieken in de GGZ wordt voorgesteld, is echter momenteel nog in voorbereiding en zal naar verwachting voor de kerst naar de Kamer gezonden worden.

214

Zal in het landelijk convenant zwerfjongeren ook het capaciteitsvraagstuk aan de orde komen? Zo ja, als blijkt dat de capaciteit voor opvang en behandeling van zwerfjongeren tekort schiet, zal dan in 2002 al begonnen kunnen worden met uitbreiding van de capaciteit?

VWS is van plan om in 2002 een convenant zwerfjongeren met landelijke partijen zoals de Federatie Opvang, Jeugdzorg en de VNG af te sluiten. Dit convenant is er op gericht op het realiseren van een sluitend opvang- en hulpverleningsaanbod voor zwerfjongeren in elke regio in Nederland. Het convenant zal geen gegevens opleveren over eventuele lacunes in het aanbod voor zwerfjongeren. De deelrapportage zwerfjongeren van de monitor maatschappelijke opvang en het onderzoek van de Rekenkamer zal naar verwachting hierin meer inzicht bieden. Beide rapportages verschijnen in de eerste helft van 2002. Op basis van deze rapportages zal worden bekeken welke aanpassingen in het (rijks, gemeentelijk en provinciaal) beleid voor zwerfjongeren nodig is.

215

In de GGZ staat het verder ontwikkelen van de vermaatschappelijking centraal (pagina 15). Tegelijkertijd moet overlastproblematiek beter het hoofd geboden worden. Heeft de vermaatschappelijking niet voor een deel de overlastproblematiek verergerd?

Door de vermaatschappelijking komt er onmiskenbaar meer «gekte en afwijkend gedrag» op straat zichtbaar. Onderzoekresultaten (Pijl & Wiersma, 2001) geven echter aan dat tegenwoordig, met de komst van de vermaatschappelijking, meer en gevarieerder nazorg buiten de instelling wordt geboden. Dit is een grote verbetering want vóór de vermaatschappelijking was vaak onvoldoende begeleiding voorhanden na een periode van intensieve zorg tijdens een opname. Mensen werden na ontslag uit een instelling nogal eens aan hun lot overgelaten. Uit het onderzoek blijkt verder dat psychiatrisch patiënten volop gebruik maken van deze nazorgmogelijkheden. Door flexibilisering van het zorgaanbod via de Zorg op Maat regeling is de continuïteit in behandeling en begeleiding toegenomen.

Bij verslaving valt op dat bij slechts 1,2% van de gevallen alcoholproblematiek aan de orde zou zijn. Uit onderzoek is bekend dat wellicht 10% van de Nederlandse gezinnen een probleem met of door alcohol heeft. Bovendien geven artsen en het Trimbosinstituut aan dat het waarschijnlijk is dat dit probleem nog veel groter is. Uit een recent onderzoek van Van der Stel bleek dat van de kinderen die bij de Raad voor de Kinderbescherming bekend zijn, er in 50% van hun gezinnen alcohol een rol speelde. In Nederland wordt elke dag een kind geboren met FAS (Foetaal Alcohol Syndroom) of FAE (Foetale Alcohol Effecten) – zie literatuur Van der Stel (Kind, gezin en alcohol Dekker en v.d. Vegt). Moet hier in de registratie met betrekking tot de AMK's/Jeugdzorg niet meer aandacht aan besteed worden? («Adviezen en Meldingen over Kindermishandeling in 2000, registratiegegevens van de AMK's» (ten behoeve van de wetswijziging), Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn, Utrecht, 2001).

De weerslag die (alcohol)verslaving van opvoeders kan hebben op kinderen wordt erkend. Zo ook dat (alcohol)verslaving kan leiden tot (lichamelijke of geestelijke) kindermishandeling. De jaarlijkse monitor die het expertisecentrum kindermishandeling uitbrengt in opdracht van VWS en Justitie laat naast het aantal contacten en meldingen een aantal onderliggende factoren zien. Dit betreft ook de onderlinge factoren die in een gezin spelen. Bij deze registratie wordt zoals de Kamer zelf al aangeeft, ook alcoholmisbruik als probleem genoemd. Alcohol misbruik leidt in 1,2% van de gevallen tot kindermishandeling. Kindermishandeling is een multifactorieel probleem waarbij een alcoholprobleem van de opvoeders een van de oorzaken kan zijn. Het AMK registreert in gevallen van kindermishandeling alleen het belangrijkste onderliggende probleem. Het aantal gevallen van kindermishandeling waarbij alcoholproblemen niet de hoofdoorzaak, maar een bijkomend probleem vormen, ligt dus hoger dan uit de registratie van de AMK's naar voren komt. Wij zien echter geen reden om verandering in de registratie door de AMK's aan te brengen daar het AMK zich primair moet focussen op (vermoedens van) kindermishandeling en de hoofdoorzaak voor de (vermoedens van) mishandeling.

Ziet de regering de noodzaak om naaste het probleem van alcoholge-(mis)bruik in gezinssituaties tevens een verbinding te maken naar de kindermishandelingproblematiek?

Algemeen erkend is dat er in geval van (alcohol)verslaving van ouders vaak nog voorbij wordt gegaan aan de problemen van een kind. Naast hulp voor de ouders moet dan ook gezien worden of hulp voor kinderen nodig is. Daarom is in de Alcoholnota 2001–2003 (Kamerstukken II 2000/2001, 27 565, nr. 2) aandacht besteed aan kinderen van probleemdrinkers. Voor deze doelgroep worden in de komende jaren verschillende projecten gestart. Zo zal er een pilot gezinsgerichte alcoholpreventie worden ontwikkeld, gekoppeld aan het programma «De Gezonde School en Genotmiddelen». Vanuit de verslavingszorg worden hulpverleningsprojecten opgezet. Enkele regionale instellingen voor ambulante verslavingszorg zullen (opnieuw) doe- en praatgroepen opzetten voor kinderen van probleemdrinkers. Ook zullen er netwerken worden opgebouwd met de Jeugdzorg ten behoeve van signalering en trajectbegeleiding. Er kan hier sprake zijn van signalering van kindermishandeling. Er is een afspraak dat dit wordt gemeld bij het Advies- en meldpunt Kindermishandeling. Alcoholge-(mis)bruik kan leiden tot verwaarlozing of anderszins (geestelijk of lichamelijk) mishandelen van een kind. Als men een vermoeden heeft dat er sprake is van kindermishandeling dan is het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling de aangewezen instantie.

218

Kan de minister aangeven of zij een overzicht heeft hoever het staat met de realisering van de Meldpunten Open Plaatsen (MOP) ten behoeve van dak- en thuislozen en zwerfjongeren, zoals verwoordt in de motie Dijkstal (TK 2000–2001 27 400, nr. 16)?

De extra middelen die op basis van de motie Dijkstal zijn toegekend, zijn toegevoegd aan de specifieke uitkering maatschappelijke opvang en verslavingsbeleid. De centrumgemeenten zijn primair verantwoordelijk voor de besteding van deze gelden passend binnen de regionale situatie. Voor zover wij weten, zijn er met de extra rijksmiddelen in 2001 geen lokale of regionale Meldpunten Open Plaatsen voor dak- en thuislozen en/of zwerfjongeren gerealiseerd. De rapportage van de Monitor Maatschappelijke Opvang in 2002 zal onder meer informatie bevatten hoe gemeenten de extra middelen van de motie Dijkstal hebben ingezet.

219

De regering stelt voor om in de Wet BIG de psychotherapie als facet aan de specialistische beroepen van klinisch psycholoog en psychiater toe te voegen. Waarom wordt deze keuze gemaakt? Betekent dit niet dat, gezien het feit dat de «psychotherapeut» geen beschermde beroepstitel meer is, mensen het risico lopen bij een kwakzalver terecht te komen die zich psychotherapeut noemt?

De maatregel dient om een einde te maken aan de tegenspraak die bestaat tussen de wettelijke positie van de psychotherapeut, namelijk beoefenaar van een basisberoep, en de waarneming in de praktijk, namelijk beoefenaar van een specialistisch beroep. Door toevoeging van deze deskundigheid aan specialistische beroepen (psychiater en klin. psycholoog) wordt niet alleen deze tegenspraak opgeheven, maar verwerft de psychotherapie ook een duidelijke formele status als specialistische deskundigheid. Psychotherapeuten die zulks wensen kunnen beroep annex beschermde titel op de oude voet voortzetten totdat zij vrijwillig besluiten tot beroepsbeëindiging. Dit impliceert dat gedurende een lange tijd de titel psychotherapeut blijft voortbestaan. Eerst op het moment dat de laatste psychotherapeut zijn beroepspraktijk heeft beëindigd, verliest deze titel zijn wettelijke bescherming.

220

Hoe wil de regering bevorderen dat de huisarts zich van solitaire beroepsbeoefenaar ontwikkelt tot spil in de multidisciplinaire zorg?

Vóór de begrotingsbehandeling zal de Kamer hierover worden geïnformeerd door middel van een uitgewerkt standpunt op het advies van de commissie Tabaksblat.

221

Wat is de meerwaarde van vijf verschillende projecten, resp. commissies of programma's op het terrein van sekse en etniciteit? Verdient het niet de voorkeur om de vijf onderscheiden wijze van aanpak te bundelen?

De verschillende commissies/programma's die werkzaam zijn op het gebied van sekse en etniciteit, hebben elk hun eigen achtergrond en een van elkaar te onderscheiden taakopdracht. Gemene deler is het bevorderen dat in het zorgaanbod rekening wordt gehouden met zorgbehoeften van specifieke groepen.

De projectorganisatie interculturalisatie heeft als taak de implementatie van de aanbevelingen die door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg in het rapport «Interculturalisatie in de gezondheidszorg» zijn gedaan. Het plan van aanpak wordt dit jaar naar de Kamer gestuurd.

ZorgOnderzoek Nederland houdt zich bezig met de factor sekse in de zorg. ZON begeleidt het onderzoeksprogramma «M/V, gender en seksualiteit in de gezondheidszorg». Het doel van dit programma is onder meer dat in de gezondheidszorg (zowel in de praktijk als in het beleid) meer rekening wordt gehouden met sekseverschillen.

Daarnaast is er een Expertcommissie Sekse en Etniciteit ingesteld als opvolger van de Stuurgroep Vrouwenhulpverlening. De expertcommissie ontwikkelt voor het veld en VWS een visie op de integratie van sekse-specifieke en multiculturele hulpverlening in de zorg.

Elk(e) programma/commissie heeft dus een eigen (specifiek) werkterrein. Uiteraard zijn er wel vele onderlinge raakvlakken. Daarom zullen wij ervoor zorgen dat de werkzaamheden van bovenstaande partijen goed worden afgestemd.

222

Volgens de Verstandelijk gehandicaptenzorg is de € 22,7 mln (f 50 mln) die de regering beschikbaar stelt voor de noodzakelijke financiering van vraaggestuurde bekostiging veel te weinig. Wat is hierop uw reactie?

De invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek kent drie doelstellingen, te weten bevordering van vraagsturing, financiering naar zorgzwaarte en vergroting van de transparantie. Door de grotere transparantie is het mogelijk om meer dan in het verleden te komen tot gerichte intensiveringen. De sector heeft enthousiast gereageerd op de invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek.

Zoals aangegeven in de brief van 31 oktober jl. blijkt uit de pilotresultaten van de nieuwe bekostigingssystematiek dat vooral de noodzaak wordt geconstateerd aan kleinere groepen en meer dagbesteding. Het structurele bedrag van € 22,7 mln (f 50 mln) dat in de Zorgnota 2002 beschikbaar is gesteld zal worden ingezet ter verkleining van de groepen in instellingen en vormt hierbij een significante eerste stap. Verbeteren van de kwaliteit vraagt veranderingen in de sector en is een proces dat zorgvuldig en dus geleidelijk zal moeten plaatsvinden. Naast het gereserveerde bedrag van € 22,7 mln is in het kader van de meerjarenafspraken € 12,7 mln (f 28 mln) beschikbaar voor dagbesteding ernstig verstandelijk gehandicapten in instellingen.

Met de beschikbaar gestelde middelen zullen met ingang van 2002, gekoppeld aan de nieuwe bekostigingssystematiek, gerichte kwaliteitsverbeteringen gerealiseerd worden. De inzet van de gelden zal zo plaatsvinden deze middelen primair terechtkomen bij cliënten met de grootste zorgzwaarte. De mate waarin de inzet van gelden tot daadwerkelijke uitbreiding van dagbesteding en kleinere groepen leidt zal nauw worden gevolgd.

223

In 2002 zullen instellingen in de gehandicaptenzorg zowel volgens de huidige (aanbod)systematiek als volgens de nieuwe (vraaggerichte) systematiek productieafspraken maken. Kunnen en moeten in een systeem gebaseerd op PGB's en PVB's productieafspraken gemaakt worden? Als de productie van een aanbieder afhankelijk wordt van het aantal klanten dat voor de betreffende instelling kiest kunnen toch geen afspraken vooraf meer gemaakt worden?

Zorgkantoren hebben een zorgplicht en moeten voldoende zorg contracteren om aan de zorgvraag te kunnen voldoen. Ook na invoering van de nieuwe vraaggestuurde bekostigingssystematiek blijft dit ongewijzigd. Een verschil is dat nu (aanbodsturing) de zorgkantoren capaciteit bij instellingen contracteren waarop cliënten geplaatst worden. In de nieuwe systematiek (vraagsturing) bepaalt de cliënt welk zorgpakket hij wil, uiter-

aard binnen de grenzen van de gestelde indicatie. Het zorgkantoor toetst of het door de cliënt gekozen zorgpakket past binnen die grenzen van de indicatie en legt vervolgens dit zorgpakket vast. De productie van de aanbieder zal niet meer bestaan uit standaardpakketten maar uit maatwerk per cliënt. Door invoering van de nieuwe bekostigingssystematiek treedt een wijziging op in de financiering van instellingen waarbij geen sprake meer is van instellingsbudgettering op basis van gemiddelde tarieven maar een budget van de instelling dat gebaseerd is op de zorgbehoefte per cliënt.

Vooraf moeten nog wel afspraken worden gemaakt over de productie die een instelling waarschijnlijk zal gaan leveren. Dat is voor het budget van de instelling dan een «startpunt». Indien dan gaande het (boek)jaar meer zorg (bijv. meer mensen van de wachtlijsten gehaald) of minder zorg (bijv. omdat cliënten toch kiezen voor een andere aanbieder) wordt gerealiseerd, dan zal het budget van de instelling evenredig groter of kleiner worden.

224

Het kunnen kiezen uit diverse woonsituaties is van groot belang voor de kwaliteit van het bestaan. Hoe staat de minister tegenover identiteitsgebonden instellingen? Volgens een recent NIPO-onderzoek zou 15% van de Nederlanders kiezen voor een christelijke zorginstelling, aldus CVZ/KVZ. Bent u bereid om in het licht van dit gegeven de positie van identiteitsgebonden instellingen te versterken?

De positie van de identiteitsgebonden instellingen is dezelfde als die voor de overige instellingen. Dat wil zeggen, indien cliënten van de wachtlijst kiezen voor deze instellingen en die instellingen de zorg ook daadwerkelijk kunnen leveren staan de wachtlijstmiddelen ter beschikking. Het beleid is er op gericht om ook de keuzevrijheid voor de cliënten die al zorg ontvangen steeds groter te maken. Derhalve lijkt mij een aparte positie versterking van de identiteitsgebonden instellingen niet nodig.

225

Volgens de Federatie van Ouderverenigingen zijn de woon- en leefomstandigheden nog steeds ver onder de maat (zie ook het oordeel van de Inspectie). Acht u het bedrag van € 12,7 mln (f 28,0 mln) voor dagbesteding voldoende om de leefomstandigheden te verbeteren?

Als het gaat om de verbetering van de leefomstandigheden van mensen met een handicap dient de genoemde € 12,7 mln niet geïsoleerd te worden gezien, maar beschouwd te worden als onderdeel van het totaal der bedragen die sedert 1998 jaarlijks extra aan de budgetten van de instellingen ten behoeve van de verbetering van dagbesteding zijn toegevoegd. Daardoor zijn de leefomstandigheden, voorzover het dagbesteding betreft, zeker verbeterd.

Daar verbetering van leefomstandigheden in het algemeen is te beschouwen als een wezenlijk aspect van kwaliteit in de gehandicaptenzorg wordt u in dit verband ook verwezen naar de inhoud van de aan de Voorzitter van uw Kamer gerichte brief DBO-CB-U-2150640 van 9 mei 2001, waarin een opsomming is gegeven van inmiddels door VWS genomen c.q. nog te nemen maatregelen, die beogen de kwaliteit van bestaan van mensen met een handicap te verbeteren.

Tenslotte wordt in dit verband genoemd de brief DGB/FIG 2226858 van 31 oktober 2001 aan de Voorzitter van uw Kamer. Deze brief heeft als onderwerp de nieuwe bekostigingssystematiek gehandicaptenzorg, waarmee o.m. de bevordering van de vraagsturing in zorg in natura wordt beoogd en aldus bijdraagt tot kwaliteitsverbetering in de zorg. Voor deze kwaliteitsverbetering is in de Zorgnota 2002 een bedrag van € 22,7 mln (f 50 mln) structureel beschikbaar gesteld.

226

Klopt het, en zo ja kan toegelicht worden waarom – gezien de algemene beleidsdoelstelling hulpmiddelen – de directie geneeskundige hulpmiddelen verstrekkingen van het ministerie van VWS een negatief advies heeft gegeven over de zogenaamde heupbeschermers? Hoe verhoudt zich dit tot uitkomsten van onderzoek waaruit ten eerste blijkt dat de leefkwaliteit van de patiënt verbetert, ten tweede blijkt dat het kosteneffectief is want goedkoper dan een heupoperatie en ten derde blijkt dat het bijdraagt aan het terugdringen van de wachtlijsten omdat minder mensen een heupoperatie nodig hebben?

De wenselijkheid om heupbeschermers op te nemen in het basispakket hulpmiddelen zal op korte termijn worden beoordeeld door het College voor Zorgverzekeringen. Het CVZ zal komend voorjaar daarover rapporteren aan de bewindslieden in het zogenaamde Signaleringsrapport Hulpmiddelen 2002.

227

Welke middelen worden ingezet om reeds vóór 2004 een begin te maken met het concreet wegwerken van 3- en 4 persoonskamers in verpleeghuizen?

Zie het antwoord op vraag 79.

228

Welke middelen zijn van 1998–heden na de toezeggingen in paars 1 ingezet voor het afbouwen van kamers met 3,4 of meer bedden in bestaande verpleegtehuizen?

Zie het antwoord op vraag 79.

229

Kunt u uitleggen waarom de financieel-technische discussie over scheiden van wonen en zorg niet leidt tot een breder aanbod (zie brancherapport volksgezondheid, deelrapport care, pagina 16)?

Het afgelopen decennium zijn vele discussies gevoerd en adviezen en rapporten verschenen over het scheiden van wonen en zorg en het onderscheiden van de wooncomponent binnen de AWBZ. Gebleken is dat dat een complex vraagstuk is. Een financieel-technische discussie en oplossing leidt bovendien niet automatisch tot een snelle toename van het aanbod van voor zorgbehoevenden geschikte woningen met zorg op maat. Het Kabinet heeft ervoor gekozen nu het zwaartepunt in het wonen en zorg beleid te leggen bij het daadwerkelijk realiseren van een groter – en gevarieerder en kwalitatief hoogwaardig – aanbod aan geschikte woningen met zorg en dienstverlening op maat. Doel is om mensen met een zorgbehoefte optimale keuzemogelijkheden te bieden om zelfstandig te kunnen (blijven) wonen. De verwachting is dat steeds meer mensen daarvoor zullen kiezen. Langs die weg zal geleidelijk een situatie ontstaan waarbij in belangrijke mate sprake is van gescheiden financiering van wonen en zorg. Daarmee wordt ook de aanbeveling van de Commissie Second Opinion (Commissie De Kam, 1996) om te kiezen voor een geleidelijk proces van scheiden van wonen en zorg gevolgd. Bij nieuw aanbod en ook bij vervangende nieuwbouw en verbouw van bestaand zorgaanbod wordt dus zoveel mogelijk uitgegaan van zelfstandig wonen met zorg op maat, waarbij sprake is van scheiden van wonen en zorg, tenzij aangetoond wordt dat een gedeconcentreerde extramurale wijze van zorgverlening in de lokale situatie en gezien de vraag in de betreffende regio niet haalbaar is.

230

Wanneer zijn de conclusies gereed van het onderzoek naar de mate waarin welzijn en zorginstellingen en gemeenten in hun beleid en dagelijkse werkzaamheden aandacht besteden aan de mantelzorgers?

De resultaten van dit onderzoek komen rond juli 2002 beschikbaar.

231

Wat zijn de mogelijkheden die de minister wil benutten mochten de vermeende financiële problemen van mantelzorgers op waarheid berusten?

Het SCP heeft opdracht ontvangen een onderzoek te doen naar de extra kosten die mantelzorgers kunnen ondervinden ten gevolge van het verlenen van mantelzorg. Daarbij zal tevens worden gezien of en in welke mate er sprake is van inkomensderving ten gevolge van het (gedeeltelijk) opzeggen van een betaalde baan wegens het verlenen van mantelzorg. Het gaat hier om een zeer complexe materie. Aangezien op dit moment de aard en de omvang van de problematiek onderwerp van onderzoek vormen, is het niet mogelijk nu reeds aan te geven welke oplossingsrichtingen voor de betreffende problematiek gekozen zullen worden. Het onderzoek van het SCP is in juni/juli 2002 gereed.

232

Leidt het beleid genoemd in de brief «wonen en zorg op maat» ertoe dat de motie Dankers over modernisering van de AWBZ ook volledig uitgevoerd wordt?

In bijlage 3 bij de brief aan de Tweede Kamer «Wonen en zorg op maat» staat aangegeven dat het in de motie Dankers (Tweede Kamer, vergaderjaar 2000–2001, 24 036 en 26 631, nr. 204) gevraagde onderzoek zal worden uitgevoerd. In de motie wordt gesteld dat sprake moet zijn van aanvaardbare tarieven van financieel zelfstandige AWBZ instellingen en wordt de regering verzocht met een plan van aanpak te komen om de uitgangspositie van die instellingen inzichtelijk te maken door het brutoeren van de tarieven van instellingen. Zoals in de brief «Wonen en zorg op maat» is aangegeven wordt onderzoek opgestart naar de uitgangspunten van het bestaande vastgoed, waartoe de waarde, de boekwaarde, de afschrijving, de prijs- of tariefstelling en de ontwikkelingsmogelijkheden in kaart worden gebracht. Aan de hand van de resultaten daarvan zullen voorstellen worden gedaan aangaande aanvaardbare tarieven van financieel zelfstandige instellingen.

233

In hoeveel verpleeghuizen is nog sprake van kamers met drie of vier bedden? Kunt u aangeven op welke termijn deze omgezet zullen zijn in één of tweepersoonskamers?

Zie het antwoord op vraag 79.

234

*Op basis van brancherapport volksgezondheid 2001, deelrapport care (p. 15) de volgende vragen:
Waar ligt de oorzaak voor de onbekendheid van verzorgingshuizen met de aanvraagprocedures voor verpleegunits?
Op welke andere obstakels in het beleid wordt hier gedoeld?
Wanneer is bekend hoeveel initiatiefnemers ervan afzien om de verpleegunits uiteindelijk te realiseren?
Zijn er alternatieven gepland voor de capaciteitsgroei die hierdoor wegvalt?*

De verzorgingshuizen zijn per 1 januari 2001 onder de werking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gebracht. De procedures voor bouw onder deze wet waren dus geen gemeengoed onder de verzorgingshuizen. Voor de ontwikkeling van verpleegunits behoefde dit geen obstakel te vormen, omdat bij de realisering van verpleegunits het verzorgingshuis in ieder geval contact moet leggen met een verpleeghuis. De verpleeghuizen zijn wel goed bekend met de aanvraagprocedures in het kader van de WZV. In vrijwel alle gevallen is bij de oprichting van een verpleegunit het deelnemende verpleeghuis ook de formele initiatiefnemer. Dit aspect kan derhalve m.i. niet als een groot obstakel worden aangemerkt. In veel gevallen bleek het echter niet eenvoudig de juiste partner voor samenwerking te vinden om het bouwplan voor de verpleegunit binnen de gestelde randvoorwaarden te ontwikkelen. Dit betrof met name de financiële randvoorwaarden. Vaak moest een beroep worden gedaan op de provincie voor een bijdrage uit provinciale WBO-reserves en op de huiseigenaar (vaak een woningbouwvereniging) voor een financiële bijdrage. Vanaf 1 januari van dit jaar hebben wij daarom het investeringsplafond voor verpleegunits verhoogd van f 105 000,- tot f 142 000,- per bed, en daarmee gelijkgetrokken met dat van nieuwbouw verpleegafdelingen.

Mij is op dit moment niet bekend hoeveel initiatieven, die wel op de bouwprioriteitenlijst zijn opgenomen, uiteindelijk door de initiatiefnemer worden ingetrokken. De indruk bestaat dat de verruiming van het budget plannen (bestuurlijk en financieel) beter haalbaar heeft gemaakt.

Daarnaast zijn echter de mogelijkheden verruimd om zonder verpleegunit in de zgn. meerzorgafdelingen in verzorgingshuizen verpleeghuiszorg te bieden. Dit kan in een aantal gevallen de noodzaak tot het realiseren van een verpleegunit wegnemen.

Indien dit leidt tot het wegvallen van capaciteitsgroei kan via het zorgkantoor een alternatief voorstel voor capaciteitsuitbreiding ten laste van de volumemiddelen worden ingediend.

235

Wanneer zijn de resultaten van de proeftuinen farmacie bekend?

De resultaten van de proeftuinen farmacie ouderen zijn in juni 2002 bekend.

236

Per zorgkantoor zal een zorgregistratiesysteem een permanent en actueel inzicht geven in de wachtlijsten. Hoe kan zeker gesteld worden dat aanbieders altijd een tijdig en compleet beeld geven van de beschikbare capaciteit?

De gevraagde zekerheid wordt gegarandeerd door de gekozen systematiek binnen de zorgtoewijzingsketen. De modernisering van de AWBZ betekent immers een omslag van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorgverlening. In dit kader is het zorgkantoor gehouden voldoende zorg te contracteren om de geïndiceerde zorg te kunnen realiseren. Het zorgkantoor zal met het oog op de zorgtoewijzing het productieverloop bij de gecontracteerde zorgaanbieders willen monitoren. De aanbieders hebben vanwege het «boter bij de vis» systeem er belang bij dat hun beschikbare capaciteit en de feitelijke inzet van zorg bekend is bij het zorgkantoor.

237

De regering streeft naar versterking van de prikkels naar zorgverzekeraars. Zorgverzekeraars moeten in hoge mate risico lopen op alle productiegebonden onderdelen van de verstrekkingen. Hoe zal dit leiden tot substantiële kostenbesparingen bij de verzekeraars? Wat verwacht de regering

door onderlinge concurrentie tussen verzekeraars aangaande kostenbesparingen?

Een systeem waarin sprake is van concurrerende risicodragende ziekenfondsen dient aan meerdere randvoorwaarden te voldoen om doelmatigheidswinsten te behalen. Een belangrijk element hierbij is dat ziekenfondsen daadwerkelijk in staat zijn tot sturing op de zorginkoopmarkt. Hiervoor moeten ze vrijheden hebben op het gebied van capaciteiten, prijsvorming en contractering. Daarnaast is van belang dat er sprake is van evenwichtige en transparante marktverhoudingen en dat verzekerden reageren op premieverschillen tussen verzekeraars. Dit alles is een proces dat niet van vandaag op morgen te realiseren is. Mede gelet op de huidige marktomstandigheden op de zorginkoopmarkt is het niet reëel te verwachten dat op korte termijn substantiële kostenbesparingen kunnen worden bewerkstelligd.

238

Tabel B.3 bevat alleen voor 2001 een raming van ICT-investeringen. Waarom niet voor 2002?

Voor 2002 is € 22 mln (f 48,5 mln) beschikbaar gesteld voor AWBZ-brede zorgregistratie, DBC's en ICT. Dit bedrag is opgenomen in de Aanvullende Post, Tabel B.9, blz 112 en 113, omdat het (nog) niet aan de afzonderlijke sectoren is toebedeeld.

239

Aan de AVVV wordt vanaf 2001 € 4,5 mln (f 10 mln) beschikbaar gesteld. Ontstaat hierdoor geen rechtsongelijkheid met andere vakbonden en beroepsorganisaties?

De positionering van verpleegkundigen en verzorgenden en de inhoudelijke ontwikkeling en vormgeving van deze beroepen zijn dringend noodzakelijk om de gewenste modernisering in de zorg, zoals in de beroepstructuur, te realiseren. De van oudsher over verschillende beroepsorganisaties en vakbonden versnipperde beroepsgroepen hebben zich vijf jaar geleden verenigd in de AVVV, waarmee een basis is gelegd voor de gewenste positionering en ontwikkeling.

Dat proces ondersteunen wij door de AVVV als landelijk vertegenwoordiger van deze beroepsgroepen te beschouwen en met de financiering van gerichte projecten, olopend tot maximaal genoemd bedrag. Wij achten die ondersteuning vanuit beleidsoogpunt noodzakelijk. Om enkele onderwerpen te noemen: de beroepsgroep moet zo snel mogelijk volwaardig kunnen communiceren in de landelijke besluitvormende organen (bijvoorbeeld over herziening opleidingscontinuüm en taakherschikking), moet op de werkvloer als een volwaardige partner bijdragen aan de besluitvorming rond zorgprocessen in bijvoorbeeld Verpleegkundige Adviesraden en de beroepsuitoefening kunnen baseren op wetenschappelijk onderzoek. Dit vergt organisatie- en kadervorming, richtlijnontwikkeling, regionale ondersteuning en systematiek aanbrengen in de vervolgoopleidingen.

Gerichte beleidsimpulsen aan een bepaalde beroepsgroep, passend bij een beleidsdoel, kunnen niet beschouwd worden als onterechte benadeling van andere organisaties. Overigens zijn nagenoeg alle verpleegkundige en verzorgende organisaties aangesloten bij de AVVV.

240

Is er in de begroting voor de GGZ een voorziening opgenomen voor doventolken in het kader van de BOPZ voor auditief beperkte psychiatrische patiënten?

Neen, daarvoor is geen aparte voorziening opgenomen.

241

Kunt u reageren op de uitspraak van de GGZ-sector dat zij – om de Treeknormen in 2003 te verwezenlijken – aanvullend € 140 mln (f 308,5 mln) nodig hebben?

Eerder is aangegeven in de beantwoording van de kamervragen van het lid Kant (SP) gesteld aan de minister van VWS (ingezonden 21 augustus 2001, TK 2000–2001, 1711), dat op basis van (geprognosticeerde) realisatiecijfers over de productieafspraken 2001 en de geactualiseerde wachtlijstplannen zal worden bezien of, en zo ja, hoeveel aanvullende middelen benodigd zijn voor 2002. Dit uiteraard in relatie tot de in de Zorgnota 2002 opgenomen bedragen. Conform de nota «Zorg Verzekerd» zullen de geactualiseerde wachtlijstplannen worden betrokken bij de budgettaire hoofdbesluitvormingsmomenten in het Kabinet. Indien uit de (geprognosticeerde) realisatiecijfers en regionale wachtlijstplannen blijkt dat aanvullende middelen nodig zijn, zal het Kabinet dit bij de besluitvorming over de Voorjaarsbrief 2002 betrekken.

242

Wat is de reden van het feit dat de in 2000 beschikbare middelen voor het wegwerken van de achterstanden in de (her)indicatiestelling op het terrein van verpleging, verzorging en ouderen in dat jaar niet tot besteding zijn gekomen?

Het in 2000 eenmalig beschikbare bedrag wordt tezamen met het in het jaar 2001 beschikbare bedrag volledig ingezet voor de uitvoering van het Projectplan Robuuste Rio's. Het projectplan Robuuste Rio's heeft krachtige impuls aan de kwaliteitsverbetering van de indicatieorganen. Onderdeel daarvan vormt het wegwerken van achterstanden (circa f 4 mln, € 1,8 mln). Het projectplan is in de loop van het jaar 2000 in overleg met de VNG en de Landelijke Vereniging van Indicatieorganen (LVIO) ontwikkeld en wordt in 2001 uitgevoerd. In 2000 waren nog niet alle RIO's in staat om voldoende extra menskracht in te zetten voor het wegwerken van de achterstanden. Dat was in 2001 wel het geval. Het in 2000 beschikbare bedrag is overgedragen naar het jaar 2001 en komt in dat jaar volledig tot besteding. Over de (positieve) resultaten daarvan is de Kamer op 17 juli per brief (PBO/WIZ/2 197 221) geïnformeerd.

243

Vanaf 2002 wordt € 1,2 mln (f 2,6 mln) structureel aan een viertal zorgverzekeraars beschikbaar gesteld om zo de financiële belemmeringen weg te nemen voor het benodigde administratief/geautomatiseerd systeem voor zorginkoop over de grens en voor de juridische ondersteuning zodat verzekeraars het grensoverschrijdend contracteren beter kunnen organiseren. Welke vier zorgverzekeraars zijn dit en waarom krijgen deze een aparte positie?

De vier ziekenfondsen die met name actief zijn op het gebied van grensoverschrijdend contracteren zijn: CZ-Zorgverzekeringen, Geové-RZG, VGZ-Zorgverzekeringen en OZ Zorgverzekeringen. Overigens is het in de Zorgnota 2002 genoemde bedrag van € 1225 mln (f 2,7 mld,) beschikbaar gesteld voor alle ziekenfondsen die, in het kader van de wachtlijstbestrijding, grensoverschrijdend contracteren en daarvoor een tegemoetkoming in de beheerskosten willen verkrijgen. Er is dus geen sprake van een aparte positie van enkele ziekenfondsen. In de Regeling van 22 oktober 2001 «Regeling beschikbare middelen beheerskosten Zfw 2002» (Stcrt. 2001, nr. 205) is dit vastgelegd.

Het CVZ zal nadere uitvoering geven aan de genoemde Regeling.

244

Op de onderzoeksprogramma's van CVZ vindt een korting plaats van € 4,5 mln (f 10 mln) ter dekking van andere knelpunten. Welke onderzoeken kunnen hiermee niet uitgevoerd worden?

Het College voor zorgverzekeringen (CVZ) heeft de onderzoeksprogramma's gezien op beleidsmatige noodzaak en prioriteit. Al eerder was het budget voor onderzoeksprogramma BOGH (Beleidsonderzoek Genees- en Hulpmiddelen) verlaagd. De verlaging van dit budget was mogelijk, omdat er in de voorgaande jaren een aanzienlijke onderuitputting op dit programma had plaatsgevonden. Het CVZ heeft de korting daarnaast ingevuld door een verlaging van het budget van andere onderzoeksprogramma's. De belangrijkste neerwaartse bijstellingen betreffen het budget voor de onderzoeksprogramma's paramedische zorg en voor het programma doelmatigheid. Voor de overige onderzoeksprogramma's zijn geringere wijzigingen in budgetten toegepast. Het CVZ is er – ook door maximale benutting van de onderuitputting – al met al in geslaagd de korting op verantwoorde wijze te verwerken in de onderzoeksprogramma's.

245

In 2002 is € 22 mln (f 48,5 mln) extra beschikbaar voor ICT en transparantie. Deze worden ingezet voor AWBZ-brede zorgregistratie, DBC's en ICT. Is een verdere specificatie te geven van de besteding van deze € 22 mln over deze 3 posten? Hoeveel wordt inclusief deze bedragen uitgegeven aan AWBZ-brede zorgregistratie? Is al bekend hoeveel in 2003 (het beoogde jaar van voltooiing) nog uitgegeven moet worden aan de AWBZ-brede zorgregistratie?

Aan de AWBZ-brede zorgregistratie is in 2000, conform de planning circa € 13 mln (f 28,7 mln) besteed. Ook voor 2001 wordt voorzien dat de financiële planning (€ 11,3 mln, oftewel f 24,9 mln) ruim wordt gehaald. Geschat wordt dat binnen de beschikbare € 22 mln voor ICT/transparantie in 2002 circa € 2,3 mln (f 5,1 mln) wordt uitgetrokken voor de AWBZ-brede zorgregistratie.

246

Wat is de reden van uitstel van de invoering van de meldingsregeling voor de academische ziekenhuizen tot 2003?

Met de passage op pagina 112 van de Zorgnota 2002 wordt bedoeld dat niet te verwachten valt dat invoering van de meldingsregeling voor academische ziekenhuizen al in 2002 tot een beslag op het beschikbare budget zal leiden. Een dergelijk budgettair beslag ontstaat pas als er daadwerkelijk gebouwd is, vervolgens is afgerekend en de gevolgen daarvan door het CTG in het budget van het ziekenhuis verwerkt zijn. Te voorzien valt dat dat niet in 2002 zal gebeuren, vandaar dat het gereserveerde bedrag 2002 vrij is gevallen.

247

Voor de AWBZ zou op grond van de ontwikkeling van het fondsvermogen een beperkte premiestijging gerechtvaardigd zijn, voor de ZFW een beperkte premiedaling. De regering heeft daar niet voor gekozen i.v.m. inkomenseffecten en het EMU-saldo. Wat zouden de inkomenseffecten zijn geweest (voor minimumloon, modaal en 2x modaal) wanneer de premies vastgesteld waren conform de aanbevelingen van het CVZ? Wat zou de consequentie zijn geweest voor het EMU-saldo?

Wanneer het kabinet de ZFW en AWBZ-premies zou hebben vastgesteld conform het advies van het CVZ, zouden bovenop de op Prinsjesdag

gemelde koopkrachteffecten voor alleenstaanden de volgende extra koopkrachtmutaties zijn opgetreden (voor alleenverdieners met en zonder kinderen treden vergelijkbare effecten op):

	minimumloon	modaal *)	2x modaal **)
Werknemer	0%	0%	-1/4%
Uitkeringsgerechtigde	0%	-	-
65+'er	0%	-1/2%	-1/4%

*) Bij 65+'ers betreft het een AOW'er met een aanvullend pensioen van € 15 000 (f 33 056).

***) Bij 65+'ers betreft het een AOW'er met een aanvullend pensioen van € 40 000 (f 88 148).

Voor ziekenfondsverzekerden wordt de hogere AWBZ-premie gecompenseerd door de lagere ZFW-premie, zodat het koopkrachteffect nihil is. Voor niet-ziekentondsverzekerden treden wel duidelijk inkomenseffecten op. Deze zijn het grootst bij de «modale» 65+'er omdat deze niet profiteert van de lagere ZFW-premie en wel de hogere AWBZ-premie moet betalen. De AOW'er op tweemaal modaal betaalt vrijwel hetzelfde bedrag aan AWBZ-premie, maar heeft een hoger inkomen waardoor het negatieve effect in procenten minder is.

Het EMU-saldo zou in deze variant 0,1% lager zijn uitgekomen.

CAZ-projecten

instroom doelgroepen/arbeidsmarkimpuls

stimuleringsregelingen instroom doelgroepen
herintredersproject
ontwikkeling van maatwerk-leerroutes
kenniscentrum doelgroepenbeleid

scholing en opleiding

stimuleringsregeling scholing zittend personeel
bevordering instroom specialistische en schaarse functies
implementatie kennisproductiviteit
bevordering effectiviteit leeractiviteiten
versterking kwaliteit van praktijkleren

reductie ziekteverzuim

stimuleringsregelingen arbo-, verzuim en reïntegratieinspanningen
kennis- en expertisecentrum arbo en verzuim
peilstation ziekteverzuim
activiteiten met betrekking tot risico-inventarisatie en -evaluatie
benchmark medewerkerstevredenheid
ondersteuning arboconvenanten in zorgsector
project sociale veiligheid thuiszorg

kinderopvang/zorgverlof

stimuleringsregelingen kinderopvang
project regionale samenwerking kinderopvang
informatiepunt kinderopvang
voorlichtingsactiviteiten rondom kinderopvang en (zorg)verlof
handboek kinderopvang ziekenhuizen
inzet faciliteitenmakelaars

regionale/landelijke structuur

stimuleringsregeling landelijke infrastructuur
subsidieregeling transferpunten en reïntegratie
activiteiten regionale stimulering instroom en behoud allochtonen
versterking regionale structuur op terrein van verzuim en arbo

projecten/experimenten/onderzoek

CAZ- onderzoeksprogramma's zorg

CAWJ-projecten

Instroom doelgroepen /arbeidsmarkimpuls

project JEWEL
stimuleringsregeling instroombevordering doelgroepen in reguliere functies
kenniscentrum doelgroepenbeleid
vrouwen en minderheden in leidinggevende functies
campagne Kinderopvang en Jeugdhulpverlening

Scholing en opleiding

leren werken met werkend leren in welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening
stimuleringsregeling praktijkbegeleiding
opleidingen op maat o.b.v. Eerder verworven competenties (EVC)
In Goede Banen
levensfasebewust personeelsbeleid
voorlichting ter bevordering van de doorstroom van vmbo naar beroepsopleidingen

bij- en nascholingsprogramma voor werknemers in welzijn, kinderopvang en jeugdhulpverlening voorlichting en cursussen ter voorkoming van uitval van beginnende groepsleiders in de jeugdhulpverlening
bijdrageregeling brancheopleiding peuterspeelzaalleidsters
loonkostensubsidie voor herintreders in de kinderopvang

Reductie ziekteverzuim in CAWJ

protocol, scholing en preventieve activiteiten t.b.v. omgaan met traumatische gebeurtenissen
Peilstation Ziekteverzuim
gebruik werkdrukinstrument t.b.v. verlaging werkdruk
Convenant Arbeidsomstandigheden Kinderopvang
Kaderregeling Arbo/Welzijn/Jeugdhulpverlening
Arbokenniscentrum

Kinderopvang/Zorgverlof

Stichting Kinderopvangfonds Welzijnssector (SKW)
voorlichtingsproject verlofregelingen
Project Dagindeling

Regionale/landelijke structuur

RegioMarge Welzijn: de arbeidsmarktverkenner
ZorgFormat

Projecten/experimenten/onderzoek

CAWJ Onderzoeksprogramma Arbeidsmarkt Welzijn, Kinderopvang en Jeugdhulpverlening