
Vergaderjaar 2000 - 2001

Nr. 303

**BRIEF AAN DE MINISTER VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN
EN SPORT**

Van de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport

Den Haag, 20 april 2001

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ is voornemens met u in het openbaar van gedachten te wisselen over de zorg in Nederland.

Ter voorbereiding van dit debat, waarvoor een datum nog moet worden vastgesteld, heeft de commissie een aantal vragen geformuleerd. Deze vragen heeft de commissie ingedeeld in een categorie vragen van feitelijke aard en één van meer beleidsinhoudelijke aard.

De commissie spreekt de hoop uit dat de feitelijke vragen op de kortst mogelijke termijn worden beantwoord. Op de vragen die betrekking hebben op de inhoud van het beleid ziet de commissie de antwoorden nog vóór het zomerreces (11 juli 2001) tegemoet.

De griffier van de commissie,
mr. drs. B. Nieuwenhuizen.

¹ Samenstelling:

Boorsma (CDA)

Werner (CDA)

Van Leeuwen (CDA)

(plv. voorzitter)

Van den Berg (SGP)

Ter Veld (PvdA) *(voorzitter)*

Dees (VVD)

Hessing (D66)

Ruers (SP)

Dupuis (VVD)

Stekelenburg (PvdA)

Van Schijndel (GL)

Swenker (VVD)

Vragen met betrekking tot de inhoud van beleid

I. Beleid/wachtlijsten/capaciteitstekorten

1. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en de voorgangers van deze minister is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze wachtlijsten een onverantwoorde proportie hebben aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?
 - a) Kan de minister aangeven wanneer haar duidelijk werd dat de wachtlijsten voor de zorg, cure en care, dusdanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de betreffende zorgvraag?
 - b) Kan de minister meedelen wanneer haar duidelijk werd dat de budgetten voor de zorgvoorzieningen dusdanig laag door haar vastgesteld waren dat niet meer tijdig in de zorgbehoefte van patiënten kon worden voorzien?
 - c) Kan de minister aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn?

2. De laatste decennia is er een zeer terughoudend en restrictief beleid gevoerd ten aanzien van de soort en omvang van zorgaanbieders.

Toen de zorgkloof begin van de jaren '90 manifest werd en kostenbeheersing nodig was, had erkenning van nieuwe zorgaanbieders die bereid waren op meer doelmatige wijze zorg te bieden bij kunnen dragen tot oplossing van in ieder geval een deel van de problemen.

 - a) In het begin van de jaren '90 manifesteerden de wachtlijsten zich steeds duidelijker en waren er inmiddels privéklinieken die deze wachtlijsten mede konden bestrijden. Waarom zijn deze niet door de minister erkend in het kader van de Ziekenfondswet (inclusief het stellen van kwaliteitscriteria etc.)?
 - b) Het verstrekkingenbesluit van de Ziekenfondswet is zeer precies en strak geschreven. In de loop der jaren zijn er mede op grond van nieuwe technologieën nieuwe zorgvormen ontstaan die echter niet pasten binnen de diverse verstrekkingenbesluiten. Zorgvormen zoals, rugadviescentra e.a. zijn op basis van particulier initiatief ontstaan. Deze bevorderden niet alleen meer zorg op maat maar werkten ook zeer klantvriendelijk. Bovendien leverden deze nieuwe zorgvormen vaak de zorg op meer, doelmatige wijze dan de reguliere instellingen.
 - c) Waarom heeft de minister niet in een vroeger stadium de aanspraken van de Ziekenfondswet aangepast aan de nieuwe zorgvormen en de desbetreffende aanbieders van zorg erkend in dit kader? Hetzelfde kan worden gesteld ten aanzien van de instellingen en aanspraken in het kader van de AWBZ.

3. Hoeveel fusies van erkende ziekenhuizen zijn er in Nederland? Is het juist dat de WZV niet toestaat dat een functie van ziekenhuis X in locatie A wordt uitgeoefend in de fusiepartner Y in de andere locatie B? Hoe kunnen dan fusievoordelen, bijv. op het punt van de gezamenlijke

administratie worden gerealiseerd? Of wordt de situatie geaccepteerd dat de WZV op dergelijke punten wordt overschreden?

4. De gezondheidszorg vertoont sterk de trekken van een olietanker. Tussen het moment dat geconstateerd wordt dat een koerswijziging geboden is en in de praktijk daadwerkelijk het roer is omgegooid zit te veel tijd. Al geruime tijd immers dienen zich knelpunten aan tussen aanbod en vraag in de zorg. En die knelpunten uiteten zich thans onder meer in hardnekkige wachtlijsten en schrijnende tekorten aan verplegend personeel, huisartsen en medische specialisten. Buiten twijfel staat voorts dat op beleidsniveau tijdig en indringend signalen zijn ontvangen dat de olietanker zou vastlopen. Niettemin bestaat de indruk dat de tijdgeest niet tijdig en adequaat is opgepakt, zodat thans meer moet worden ingehaald dan wellicht nodig was geweest.
 - a) Kan in een meer algemene beschouwing worden aangegeven op welke momenten op beleidsniveau – ambtelijk en politiek – het inzicht is gerijpt dat aanbodsturing zijn langste tijd heeft gehad en een omslag naar meer vraaggestuurde zorg voor wenselijk moet worden gehouden?
 - b) Kan daarbij in een overzichtelijk tijdspad worden aangegeven welke beleidsvisies op welk moment successievelijk zijn ontwikkeld en welke maatregelen zijn getroffen om deze omslag naderbij te brengen? Kortom, op welke wijze en op welk moment heeft de stap van denken naar doen vorm gekregen?
 - c) In hoeverre heeft de hardnekkigheid van het vigerende beleid van aanbodsturing frustrerend gewerkt op de wenselijk geachte koerswending?

5.
 - a) Is het mogelijk om – in retrospectief – de momenten te duiden en de ambtelijke en/of politieke beslissingen te identificeren die per saldo een betekenisvolle bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van de wachtlijsten en het tekortschieten van bijvoorbeeld verpleegzorg en de huisartsenzorg?
 - b) In hoeverre hebben de (financiële) afspraken in de regeerakkoorden van de laatste drie kabinetten herkenbaar een rem gezet op de wens om tot verandering te komen?
 - c) Uitgaande van de veronderstelling dat op ambtelijk en politiek niveau al geruime tijd geleden is geconstateerd dat in toenemende mate een zorgkloof aan het ontstaan is, valt dan aan te geven op welke momenten er pogingen zijn gedaan om aan de beklemming van de vigerende afspraken te ontkomen en welke resultaten hebben die inspanningen vervolgens opgeleverd?
 - d) Anders geformuleerd, in hoeverre had beter dan thans het geval is geweest, in zeg de afgelopen 10 à 15 jaar geanticipeerd kunnen worden op ontwikkelingen in de zorgvraag? Welke garanties zijn er overigens dat – tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing – thans beter dan voorheen tijdig de zorgvraag in beeld wordt gebracht en het aanbod daarop wordt afgestemd?

II. Financieel beleid/budgettering

6. De signalen van toenemende tekorten zijn de afgelopen 10 jaar steeds heftiger geworden. Naar de opvatting van de vaste commissie zijn de bepalingen van de AWBZ en Ziekenfondswet met betrekking tot de zorgplicht en de WZV met betrekking tot de planning gericht op het voldoen aan de behoefte, systematisch door de overheid genegeerd ten faveure van het budgetmechanisme. Ook de rechter heeft uitgesproken dat ten principale het budget toereikend dient te zijn om de aanspraken van verzekerden te kunnen honoreren.
 - a. Is het waar dat de budgetten de afgelopen 10/15 jaar naar het oordeel van de bewindslieden inderdaad te laag zijn geweest om in redelijkheid aan de reële vraag te kunnen voldoen?
 - b. Waarom is dan toch steeds het beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten nu de cijfers laten zien dat de kosten BNP de afgelopen 10/15 jaar drastisch naar beneden zijn gegaan?
 - c. Is er in het verleden niet een vertekend beeld door de overheid gegeven omtrent de uit de hand lopende kosten?
7. Kan de minister een overzicht geven van de subsidieregelingen ex A.W.B.Z. ter bevordering van ketenvorming en zorgvernieuwing in de care sector? Zijn de tariefstructuren in de zorgsector voldoende op elkaar afgestemd om substitutie van zorg te bevorderen?
8. De minister heeft gezegd dat “geld geen probleem mag zijn.”
 - a. Wil de regering elke financiële regulering, elke macro-budgettering, loslaten?
 - b. Is zorgbehoefte evenwel niet onbegrensd? Voorkomen moet worden dat een zo sterke expansie van het macro-budget optreedt, dat de regering bij tegenvallende groeicijfers het macro-budget weer moet korten.
9. Halverwege de negentiger jaren, toen structureel beleidsmatig werd geraamd door de minister hebben “Treekpartijen” voorgesteld om te komen tot een onafhankelijk informatie- instituut als input voor een reële begroting. Waarom heeft de minister dit voorstel niet aanvaard?
10. Hoewel de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB) een goede zaak was, is de uitvoering ervan volstrekt gebureaucratiseerd. Vanaf het begin is hiertegen door alle betrokkenen geprotesteerd. Waarom is niets ondernomen tegen deze bureaucratisering?

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

11. a. Door achtereenvolgende kabinetten is jarenlang een dereguleringsbeleid gevoerd. Wat is er nu echt op dit terrein gedaan en wat heeft het opgeleverd in de WTG, het Ziekenfonds, de AWBZ, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen? Is het aantal regulerende instanties vergroot of kleiner geworden de afgelopen 15 jaar? Denk aan de invoering van de RIO's, zorgkantoren etc.
 - b. Hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot de tevens voorgestane grotere verantwoordelijkheid van partijen en de introductie van meer marktwerking? Is de indruk juist

dat de ontwikkeling van de adviesorganen naar ZBO's de verstarring en bureaucratie heeft vergroot en dat de initiatieven tot de deregulering gepaard zijn gegaan met zeer veel nieuwe regulering. Hoe past de WEZ in deze ontwikkeling?

12. Waarom is de minister dan nog (jarenlang) bij het opstellen van de jaaroverzicht zorg uitgegaan van het toekennen van gelden aan zorgaanbieders en het zelfs ad hoc geven van extra gelden aan zorgaanbieders (verloskundigen, huisartsen, ambulances etc.)? Voorts zijn vrij recent nog maatregelen genomen gericht op aanbodsturing (b.v. poliklinische geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget) of heeft zij de regelgeving op een aantal terreinen niet verminderd (b.v. loslaten van de prijzen van het GVS).
13. In beginsel is het lange termijnbeleid van de minister gericht op de regulering en meer klantgerichtheid. Echter, op korte termijn blijken er steeds maatregelen te worden genomen die als het ware hier haaks op staan en met name de greep op de aanbodbeheersing versterken. Verwezen zij bijvoorbeeld naar het advies van de commissie De Vries "Een helder recept" waarin dit t.a.v. de geneesmiddelen wordt verwoord.
14. Waarom heeft de minister niet consequenter aan haar langetermijnvisie vasthouden? Waarom heeft zij, indien de kostenbeheersing dit vergde, haar langetermijnbeleid niet herzien?
15. De invoering van de onafhankelijke indicatiestelling werd ingegeven door het gegeven dat zorgaanbieders bij indicatiestelling keuzen moesten maken vanwege de schaarste. Ware het niet beter geweest toen reeds te onderkennen dat meer geld een betere reactie zou zijn geweest dan tientallen miljoenen over te hevelen naar de Gemeenten voor inrichting van een bureaucratisch systeem, met als gevolg dat er nu wachtlijsten voor indicatie zijn ontstaan.

IV. Verzekeringskarakter

16. Zowel de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn verzekeringen. De burger betaalt premie en heeft vervolgens recht op zorgproducten indien hij deze nodig heeft. Door de aanbodsturing is de premievaststelling sluitstuk geworden voor de exploitatie van de zorgaanbieders. Wordt daarmee niet het verzekeringskarakter miskend? De omslag die nu ingang gezet wordt is de verzekeraars meer verantwoordelijkheid te geven en te budgetteren zodat de aanbodsturing kan worden losgelaten. Echter, de budgettering van ziekenfondsen is al enige jaren van kracht en met uitzondering van de vaste kosten van ziekenhuizen volledig.
17.
 - a. Kan de minister een overzicht geven van de beleidsmaatregelen die de afgelopen 10-15 jaar zijn genomen en korte tijd later weer zijn ingetrokken of ongedaan gemaakt? Bedoeld worden hier maatregelen in de sfeer van de eigen bijdragen, beperkingen in het pakket, overheveling van verstrekkingen tussen A.W.B.Z. en ziekenfondswet, eigen risico etc.
 - b. Kan een overzicht gegeven worden van de daarmee gepaard gaande perceptie-kosten?

18. Door de scheiding van beheerskosten en verstrekingskosten bij ziekenfondsen was extra investering door ziekenfondsen (mankracht, en dus verhoging van de beheerskosten) in de doelmatigheid van het zorgaanbod niet erg aantrekkelijk omdat doelmatigheidswinst terugvloeyde naar de centrale kas. Ook de invoering van de zogenaamde flexiregeling verliep zeer bureaucratisch. Onlangs is de regeling maximering reserves ziekenfondsen, beleggingsvoorschriften ingevoerd en de regelgeving voor ziekenfondsen is alleen maar toegenomen. In hoeverre zijn de mogelijkheden met betrekking tot het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenfondsen niet systematisch ondergraven?
19. Wat is nu precies de verhouding van de minister tot de ziektekostenverzekeraars? Heeft zij voldoende middelen om beleid te voeren, terwijl in feite 80% van alle kosten van gezondheidszorg via de ziektekostenverzekeraars loopt?
20. Is de minister van mening dat de ziektekostenverzekeraars voldoende hun best doen voor “gepast gebruik” en voor een goed reilen en zeilen van (vraag en aanbod in) de gezondheidszorg?

V. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

21.
 - a. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van een tekort aan werkers(sters) in de zorg te laat door de regering en haar voorgangers is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze tekorten onverantwoorde proporties hadden aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?
 - b. Hoe verklaart de minister dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is geweest dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen?
 - c. Welke maatregelen heeft de minister genomen om de opleidingscapaciteit voor artsen en verpleegkundigen aan te passen teneinde de tekorten aan werkers(sters) in deze sectoren op te heffen en wanneer zal dit laatste het geval zijn?
 - d. Al minstens 10 jaar geleden en sedertdien meermalen herhaald, zijn studies en rapporten verschenen (veelal door de overheid geïnitieerd en bekostigd) over de personeelsvoorziening in de zorgsector. Waarom is daar nooit iets mee gedaan en wordt pas gereageerd nu het te laat is?

VI. Slot

22.
 - a. Gegeven de vele simultane ontwikkelingen - opheffen van financiële beperkingen aan het totale budget, wachtlijsten die dreigen te groeien, groeiend aantal vacatures in de zorg, tegelijk sterke stijging van de vraag in de komende 20 jaar, initiatieven in de zorg welke strijdig zijn met wet- en regelgeving, wettelijke kaders (WZV en WTG) welke qua parameters veelal zijn afgestemd op verhoudingen van 20 jaar geleden, etc. – rijst de vraag aan de minister: Is de sector macro-bestuurlijk nog “in control”?

b. In welke mate is de organisatie van het departement thans op orde voor een goede taakuitoefening?

23. Wat is de reactie van de minister op de kritiek van de Ondernemingsraad van het Ministerie van VWS, inhoudende dat de minister haar departement te weinig en te weinig zichtbaar aanstuurt?

VRAGEN VAN FEITELIJKE AARD

I. Wachtlijsten/capaciteitstekorten

1. Er is veel door de minister gepubliceerd over de wachtlijsten. Wil de minister met het oog op het debat op een rij zetten per type zorg en per type behandeling welke wachtlijsten thans bestaan, zowel landelijk, als regionaal, als per instelling.
2. Welke wachtlijsten bestaan er daarnaast bij de indicatie-organen?
3. Hoe zal de minister de wachtlijstproblematiek in de nabije toekomst aanpakken? Wil de minister bij de beantwoording ingaan op het probleem dat wachtlijsten kennelijk “van onder op” worden aangevuld door voorheen latente zorgvraag (zie recent onderzoek in Friesland)? Welke initiatieven ontwikkelen de aanbieders op dat gebied zelf?
4. Kan het zijn dat zorgverzekeraars in de discussies over de reductie van de wachtlijsten eerder remmend dan stimulerend werken? Heeft dat te maken met de budgettering van het ziekenfondsdeel van de verzekeraars? Indien dat het geval is, wat zal de minister daar op korte termijn aan doen?
5. Wil de minister op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS ramingen geven voor de komende 20 jaar voor de vraag naar zorg per type instelling en per type behandeling en daarbij aangeven hoe het aanbod van behandelaars en van “bedden” zich daarbij ontwikkelt? (Zie ook de Bijlage bij de brief van de minister m.b.t. de opleidingscapaciteit Verloskunde, kamerstuk 27 401, nr.49). Uit de confrontatie kan worden afgeleid hoe vraag en aanbod zich ontwikkelen. Wil de minister vervolgens aangeven hoe eventuele tekorten zullen worden aangepakt? In de brief m.b.t. de verloskunde wordt ook gewezen op een eventueel aanbod van verloskundigen uit andere EU-landen. Ook andere EU-landen (Duitsland, Frankrijk) kampen met vergrijzing. Uit welke landen zou een extra aanbod van behandelaars en verplegers kunnen worden verwacht?
6. Hoe heeft het werkelijke aantal specialisten zich sedert de bevrozing van het aantal specialistenplaatsen in 1995 ontwikkeld? Hoe is een eventuele groei bekostigd? Indien nu extra gelden voor specialistenplaatsen beschikbaar worden gesteld i.v.m. de bestrijding van de wachtlijstproblematiek, en de gelden worden gebruikt voor het “witten” van plaatsen, wat is dan het effect op de wachtlijsten? In welke mate komen er thans extra plaatsen bij en in welke mate worden plaatsen gewit?
7. Kan de minister aangeven tot welke concrete maatregelen de conclusies en “handreikingen” uit het rapport “Onderzoek besluitvorming volksgezondheid”(24 maart 1994) van een subcommissie van de Tweede Kamer (“commissie Willems”) hebben geleid?

II. Financieel belast/budgettering

8. Indien geen beperking zou worden opgelegd vanwege het macro-begrotingsbeleid, welk macro-budget voor de zorg zou gegeven de onder vraag 5 geschetste ontwikkelingen in demografie en medisch-technische ontwikkeling nodig zijn om wachtlijsten te voorkomen?
9. Wil de minister voor de afgelopen 10 jaar aangeven hoe de loonprijsontwikkeling in (delen van) de zorg is geweest, en welke compensatie in het budget daarvoor is gegeven?
10. De minister wil de functionele budgettering vervangen door bekostiging op basis van diagnose behandeling combinaties (DBC's) . De analyse van de minister (zie de brief van de minister, Kamerstuk 27401, nr. 45) wordt gedeeld. De minister wil in 2003 DBC's invoeren waarvan de prijzen de variabele kosten van het ziekenhuis en de honorering van de specialisten moeten bevatten.
 - a. Hoe moeten dan de vaste kosten van de ziekenhuizen worden vergoed? Komt de minister niet op glad ijs, omdat in de praktijk het verschil tussen variabele en vaste kosten niet altijd zo scherp is? Er is een haalbaarheidsonderzoek uitgevoerd onder 20 koploperziekenhuizen.
 - b. Is daarbij aandacht geschonken aan dat probleem? Indien "op termijn" de prijzen een integraal karakter krijgen, welke consequenties worden daarna verbonden aan de kapitaalslastenproblematiek, aan de benadering van de investeringen, etc.?
 - c. Is op dat laatste punt deregulering te verwachten in die benadering?
11. De regering heeft extra geld toegekend aan de ziekenhuizen om "kaalslag" uit het verleden goed te maken (350 miljoen), om vernieuwingsexperimenten te betalen (100 miljoen), om de wachtlijsten te korten (700 miljoen: inclusief de eerder genoemde 350 miljoen?).
 - a. Wil de minister het budgettaire beeld, dat door de verschillende maatregelen vertroebeld is geraakt, verhelderen?
 - b. Wanneer hebben de instellingen de zekerheid over hun budget?
12. In de afgelopen jaren zijn extra gelden voor speciale doelen aan het budget toegevoegd en zijn tegelijk budgetkortingen opgelegd.
 - a. Is er nog enig verband tussen de vergoedingen per verrichting en de daarvoor gemaakte kosten? Dat geldt voor de ziekenhuizen maar ook voor de thuiszorg.
 - b. Wanneer zijn voor de laatste sector de vergoedingsparameters onderbouwd op basis van kosten per verrichting?
 - c. Is er nog enige relatie tussen het vergoedingstelsel en de werkelijke kosten?
13.
 - a. Op welk moment is een instelling op de hoogte van haar budget voor het komende jaar?
 - b. Hoe verhoudt zich dat tot marktbedrijven dan wel tot overheidsorganisaties?

- c. Als het waar is dat de budgetten voor jaar T pas in maart van T door het CTG worden toegewezen, en indien de directies de eerste maanden om die reden een terughoudend productiebeleid voeren, is dan niet de oorzaak gecreëerd voor een tekortschieten van de productie over het hele jaar?
 - d. Kan de minister aangeven voor een steekproef van instellingen hoeveel over de afgelopen 15 jaar een overschot dan wel een tekort hebben vertoond?
14. a) Leidt de ontwikkeling van het wegwerken van de lumpsumbenadering voor de instellingen niet in toenemende mate tot nieuwe subsidiepotjes (al dan niet buiten het CTG om), ruimere bandbreedtes en aparte al dan niet regionale financieringsstromen om daarmee experimenten, zorgvernieuwing en regionale initiatieven te kunnen ontplooiën?
- b) Op welke wijze moet deze beweging van enerzijds het wegwerken van lumpsumbedragen en anderzijds het opkomen van andere extra financieringsvormen worden gezien en
 - c) hoe wordt daarvan de output beoordeeld/gecontroleerd?
 - d) Is het de bedoeling de regionale initiatieven en verschillen bijvoorbeeld uit de nominale premie te doen financieren buiten de reguliere tariefstelling om?
 - e) Speelt de vaste tarievenstructuur een rol bij die situaties waar een bepaalde dienst of instelling dan wel regio extra geld buiten de tarieven om kan ontvangen in geval van noodsituaties zoals zich dat bijvoorbeeld heeft voorgedaan bij een aantal ambulancediensten of is hier eerder sprake van een te krap budget?
 - f) kan het zijn dat de boter bij de vis-gedachte, waarbij geen sprake is van vrije ruimte en nacalculatie ook een zekere vertraging bewerkstelligt bij het aangaan van productieafspraken?
15. a) Zal naast de ontwikkeling van DCB's in de ziekenhuizen ook gekomen worden tot DCB's (wellicht aansluitend) voor de verpleeghuis en thuiszorgsector opdat de financiering ook daar op die basis plaats kan vinden waardoor een betere zorgketen tussen ziekenhuiszorg/verpleeghuiszorg en thuiszorg zou kunnen ontstaan?
- b) Wordt aan een dergelijke ontwikkeling gewerkt?
16. a) Kan worden aangegeven welke ontwikkelingen de tarieven doormaken daar waar het CTG geen tarief per verrichting of verrichtingencluster vaststelt maar wordt uitgegaan van maximumtarieven?
- b) Klopt het beeld dat in dergelijke gevallen bijna altijd het maximumtarief wordt gehanteerd tussen aanbieders en verzekeraars omdat bijvoorbeeld de marktwerking ontbreekt (kraamzorg bijvoorbeeld)?
 - c) Worden er experimenten overwogen met het loslaten van tarieven in bepaalde sectoren om meer aan te sluiten bij "marktwerking" en vraaggerichte zorg? En aan welke onderdelen wordt dan gedacht (bijvoorbeeld onderdelen van de zorg waar vanuit de aanbieders sprake is van een echte marktpositie?)

17. Bestaat het recht uit de benodigde aantal uren zorg of is het een afgeleid recht in de vorm van een beschikbaar budget?

toelichting:

Met betrekking tot het vraaggestuurde aanbod wordt veel waarde gehecht aan het persoonsgebonden budget. Wat onhelder blijft is de vraag wat nu werkelijk wordt toegekend wanneer een persoon recht krijgt op het persoonsgebonden budget. De indicatie wordt gesteld voor de omvang van de zorg. Het budget wordt gemaximeerd op een bedrag maximaal gelijk aan de gemiddelde verpleeghuisprijs. Achtergrond van die keuze is geweest dat mensen op die wijze in eigen omgeving zorg kunnen organiseren. Het vermindert bovendien de druk op de thuiszorg en op de intramurale zorg. Echter, de eigen omgeving kan niet altijd die zorg bieden die gewenst is.

- a) Is het nu de bedoeling dat personen met een dergelijk budget daarmee het aantal uren zorg ook kunnen inkopen zonodig via de thuiszorginstellingen en voor het door het CTG vastgestelde tarief voor thuiszorg resp. verpleeghulp of
- b) komen betrokkenen nog in aanmerking voor de inkomensafhankelijke cliëntenprijs, dan wel een marginale prijs van de thuiszorginstelling?

In het eerste geval is het evident dat het budget slechts toereikend kan zijn voor een beperkt aantal zorguren. In het tweede geval zou er sprake zijn van een dubbele wijze van financiering. En ook zou daarmee alsnog een extra druk op de thuiszorg worden gelegd. Nog anders gevraagd: heeft de cliënt recht op het bedrag of moet de cliënt ook buiten de intramurale sector kunnen rekenen op het aantal uren zorg ook als dat eventueel gesubsidieerd middels het reguliere thuiszorgcircuit dient te worden verstrekt?

18. In de jaren zestig en zeventig is een omvangrijk circuit van intramurale werksoorten ontstaan als gevolg van indirecte financiering vanuit de Algemene bijstandswet aan de cliënt. Gedacht kan worden aan pensions voor alleengaanden die in toenemende mate met het verstrijken van de leeftijd ouder en meer zorgbehoevend werden; zelfopvanggroepen zoals de blijf van mijn lijfhuizen en dergelijke. Begin jaren tachtig is de indirecte financiering afgesloten.

Vragen:

- a) Is het de minister bekend of zich situaties voordoen waarbij een aantal personen met behulp van het persoonsgebonden budget kiezen voor een gezamenlijke inzet van middelen en het gezamenlijk inhuren/inkopen van huisvesting en zorg?
- b) Is er als dit zich voordoet sprake van nieuw te ontwikkelen vormen van indirecte financiering van intramurale zorg?
- c) Vereist een dergelijke ontwikkeling kwaliteitsnormen of toezicht?

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

19. a. Heeft de minister, of de vorige staatssecretaris, niet enkele jaren geleden meegedeeld de WZV

grondig te willen aanpakken? Heeft de minister dat niet onlangs bij het Gezondheidsdebat 2000 herhaald? In welke richting?

- b. Hoe groot is de administratieve last voor de instellingen ten aanzien van de instandhoudingsinvesteringen?
 - c. Hoe moet een instelling omgaan met instandhouding van in het verleden opgebouwde capaciteit welke groter is dan de normatieve capaciteit?
 - d. Leidt instandhouding van de vroeger opgebouwde surpluscapaciteit niet tot aantasting van het volume beschikbaar voor de echte zorg?
 - e. Wil de minister nog eens de werking van de zgn. trekkingsrechten in dit verband uitleggen?
20. In welke mate treedt er verspilling op door de (meer globale) onderzoeken van het Regionale Indicatie Orgaan welke vervolgens door het verpleeghuis worden overgedaan om een behandelplan op te stellen?
21. Hoe vaak worden thans overbruggende verpleeghuisvoorzieningen geleverd door algemene ziekenhuizen, onder regie van een verpleeghuis? Hoe kunnen die worden gefinancierd? Onder welk budget vallen die? Hoe wordt de AWBZ-voorziening in die gevallen afgerekend?
22. De minister wil de bureaucratie in de zorg aanpakken. “Vorig jaar al bracht een adviesbureau de hinder in kaart, die ... door allerlei wetten en regelingen worden veroorzaakt.” (Zie NRC 23/1/01) Een commissie moet voor 1 januari voorstellen doen.
- a. Wil de minister kort aangeven welke hinder door welke regelingen wordt veroorzaakt?
 - b. Om hoeveel overhead personeel en overhead geld gaat het?
 - c. Is de aanpak los van de besluiten over het stelsel mogelijk?
23. a. Kent de minister de uitspraak van de directeur van Arcares (Fin.Dagblad 16-10-00) dat extra geld voor de aanpak van wachtlijsten is gebruikt om al bestaande initiatieven van het veld alsnog in overeenstemming met de regelgeving te brengen? De leden van de organisatie voor verpleeg- en verzorgingshuizen “voelen zich gedwongen het keurslijf van de regelgeving te doorbreken.”
- b. Welke aanwijzingen heeft de minister dat dit reeds gebeurt?
 - c. Heeft de minister informatie over initiatieven op dit gebied die niet in overeenstemming zijn met de regelgeving?
24. Vanuit de invalshoek vraaggestuurde zorg ontstaat een toenemende behoefte aan meer privacy en een meer aan het zelfstandig wonen gelijkstaande zorgvorm.
- a) Kan worden aangegeven hoeveel extra investering en hoeveel afschrijvingsverlies zal optreden wanneer binnen 5 jaar alle bestaande verpleeghuizen over gaan naar kleinere units met eenpersoonsruimten?
 - b) Als scheiden van wonen en zorg ook in de intramurale ouderenzorg zal worden ingevoerd welke componenten worden dan geacht bij het wonen en welke bij de zorg te worden ondergebracht?

- c) Is de overgang van de zorghuizen (bejaardenoorden) naar de AWBZ waarbij bijvoorbeeld ook het recht op WVG voorzieningen vervalt en waarbij de huisarts in principe vervangen wordt door een (of meerdere) artsen verbonden aan de instelling en waarbij de geneesmiddelen gebudgetteerd zijn dan geen ontwikkelingen die haaks op de langere termijn staat?
- d) Kan worden aangegeven op welke wijze de door de vorige staatssecretaris naar voren gebrachte financiële consequenties voor hetzij de overheid/verzekeringssector, hetzij de burger zelf van het hanteren van een scheiding tussen de zorgcomponent en de wooncomponent (het toen wel eens genoemde AWBZ-pluspakket) thans worden ingeschat?

IV. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

- 25. Hoe is de regelgeving t.a.v. het extra budget voor werkdrukvermindering? Weet de minister hoe in het veld geoordeeld wordt over de formulieren om de extra middelen aan te vragen?
- 26. Zijn de extra gelden voor werklastvermindering effectief aan te wenden gegeven de knelpunten op de arbeidsmarkt? Vindt er controle plaats op de aanwending van die extra gelden? Indien de gelden zijn aangewend bijv. om personeel vast te houden, wat zijn dan de consequenties?
- 27. Hoe ontwikkelde zich het aantal huisartsen de afgelopen 15 jaar? Hoe groot is het aantal niet bezette plaatsen thans? Hoe zal het aantal vacatures zich de komende jaren ontwikkelen gegeven de leeftijdsopbouw van huisartsen? (Zie ook de voorzitter van de LHV in Volkskrant van 26 of 27 januari j.l.: “Over vijf jaar zitten drie miljoen mensen zonder huisarts.”) In welke regio’s is er reeds nu een acuut tekort? Welke maatregelen worden door de LHV gesuggereerd? Welke maatregelen worden door de minister genomen? Wordt nog steeds een numerus fixus voor de studie Medicijnen gehanteerd? Zie de brief van de minister inzake Interpellatie inzake de huisartsenzorg, Kamerstuk 27583, nr. 42: “de instroomcapaciteit van de huisartsenopleiding van 360 vorig jaar zal worden verhoogd naar 225 in het jaar 2004.” Zijn die maatregelen voldoende?
- 28. a. Kan worden aangegeven binnen welke bandbreedtes het ziekteverzuim zich beweegt en wat het modale ziekteverzuim is in de onderscheiden zorgsectoren en welke uitstroom naar de WAO zich daarbij voordoet?
- b. Kan een schatting worden gegeven van de daarbij behorende ontwikkeling van de PEMBA-premie in de thuiszorg, de verpleeghuiszorg op termijn? (die gezien het naijl effect ook nog zal optreden als verhoopt het ziekteverzuimpercentage zou dalen)
- c. Op welke wijze wordt met dergelijke ontwikkelingen in de financiering rekening gehouden? (zal evenals dat kennelijk voor beroepsbeoefenaren het geval lijkt te zijn de stijgende premielast in het tarief worden gecompenseerd?)

29. Wordt er bij verbouw of nieuwbouw van intramurale instellingen bij de “vierkante meters” expliciet rekening gehouden met de noodzakelijke ruimte voor kinderopvang voor medewerkers (en de buurt) of is het juist zo dat bij de bouw dergelijke extra vierkante meters niet worden toegestaan?
30. Kan worden aangegeven op welke wijze het personeelstekort doorwerkt naar het kunnen aangaan van extra productieafspraken in die sectoren waar geld ter beschikking is gesteld voor het wegwerken van de wachtlijsten?

De voorzitter van de commissie,
Ter Veld

De griffier van de commissie,
Nieuwenhuizen