

## **I. Wachlijsten/capaciteitstekorten**

### **Vraag 4**

Kan het zijn dat zorgverzekeraars in de discussies over de reductie van de wachlijsten 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?

### **Antwoord**

Zorgverzekeraars ontvangen een verstrekkingenbudget uit de Algemene Kas om hun wettelijke taak, zoals die is omschreven in de Ziekenfondswet, uit te kunnen voeren. Deze taak bestaat eruit dat zij ervoor dienen te zorgen dat er voldoende zorg gecontracteerd is voor hun verzekerden. Een deel van deze zorg bestaat uit ziekenhuiszorg. Verzekeraars maken jaarlijks afspraken met ziekenhuizen over de (verwachte) productie door dat ziekenhuis. Uitgangspunt daarbij is dat het verstrekkingenbudget dat ziekenfondsen hiervoor ontvangen voldoende ruimte geeft om invulling te kunnen geven aan de zorgplicht van de verzekeraar. Een financieel risico hierop prikkelt de ziekenfondsen dit doelmatig te doen.

Eind vorig jaar is aan de verzekeraars toegezegd dat, als er extra middelen ter beschikking worden gesteld om wachlijsten af te bouwen, het ziekenfondsdeel daarvan zal worden doorgeleid aan de verzekeraars in de vorm van aanvullingen op het macroverstrekingenbudget. Op basis hiervan hebben de verzekeraars zich flink ingespannen om te inventariseren welke instellingen tot extra productie in staat zijn. Vervolgens zijn er met de instellingen afspraken gemaakt teneinde de zorgvraag te realiseren. Als in de praktijk geen of onvoldoende afbouw van wachlijsten plaatsvindt, is mijn inschatting dat de oorzaak daarvan niet gezocht moet worden in een te passieve rol van de risicodragende verzekeraar.

### **Vraag 5**

Wil de minister op basis van de bevolkingsprognoses van het CBS ramingen geven voor de komende twintig 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<sup>1</sup>. 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?

### **Antwoord**

Vraag en aanbod worden in de curatieve zorg in steeds grotere mate tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars onderling op elkaar afgestemd. De klassieke planmatige rol van de overheid is daarmee aan het veranderen. Het veranderingsperspectief en de bijbehorende activiteiten op weg daar naartoe zijn

---

<sup>1</sup> Kamerstuk 2000-2001, 27 401, nr. 49, Tweede Kamer

geschetst in de beleidsbrief van 27 februari 2001 Modernisering curatieve zorg, tweede fase<sup>2</sup>.

Om aan de veranderende rol van de overheid en de grotere vrijheid en verantwoordelijkheid van aanbieders en verzekeraars vorm te geven, is een aantal stappen al eerder – in de eerste fase - gezet. Eén daarvan is, dat de planning per instelling van bedden en specialistenplaatsen halverwege de jaren negentig is afgeschaft. Het is immers in het nieuwe model aan instellingen en verzekeraars om gezamenlijk vast te stellen, welke vraag naar zorg er per type instelling en per type behandeling zal zijn, en daarover passende (productie)afspraken te maken. Het zijn daarbij, ook nu al, de ziekenhuizen zelf, die in overleg met de verzekeraars bepalen hoeveel bedden zij daadwerkelijk in gebruik hebben en hoeveel behandelaars voor de instelling werkzaam zijn.

Op het gebied van de opleidingen houdt de overheid wel een nadrukkelijker rol. Het aantal beschikbare opleidingsplaatsen bepaalt immers voor langere tijd de maximaal beschikbare capaciteit (afgezien van het grensoverschrijdend verkeer). Het Capaciteitsorgaan voor de medische en tandheelkundige vervolgoopleidingen heeft mij met zijn capaciteitsplan 2001 aanbevelingen gedaan voor de benodigde opleidingscapaciteit. Daarbij houdt het orgaan uiteraard rekening met onder meer de bevolkingsontwikkeling. Ik heb de Tweede Kamer toegezegd, vóór 1 november van dit jaar met een plan van aanpak te komen voor het capaciteitsvraagstuk. Ik zal dit ook uw Kamer doen toekomen.

In reactie op de vraag uit welke landen extra aanbod van behandelaars en verplegers kan worden verwacht wil ik benadrukken dat voorop staat dat men aan de minimum-eisen voor kwaliteit en vakbekwaamheid moet voldoen.

Voor de EU – en straks dus ook voor de toetredingslanden - gelden daarbij de richtlijnen voor vrij verkeer van beroepsbeoefenaren. Voor potentiële toetreders van buiten de EU wordt de vakbekwaamheid individueel beoordeeld. De instroom is vooralsnog beperkt. Ik verwacht geen specifiek grote instroom uit bepaalde landen.

### **Vraag 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 wachtlijstenproblematiek, 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?

### **Antwoord**

Vanwege de sluitingsdatum (1 september) die het Ctg hanteert voor afspraken over extra specialisten, is deze vraag nog niet op basis van cijfers van die zijde te beantwoorden. Wel kan gebruik worden gemaakt van de inventarisatie die de leden van Zorgverzekeraars Nederland (ZN) in het kader van het Actieplan Zorg Verzekerd hebben gemaakt en die zij mij op 1 augustus jl. hebben aangeboden.

ZN geeft daarin aan dat er 493 specialisten zijn bijgekomen sinds in het jaar 2000 de erkenningbeschikkingen volledig zijn ontdooid. Naast deze 493 specialisten zijn er ook nog 122 agio's bijgekomen.

Van de genoemde 493 specialisten zijn er 325 bijgekomen voor het 'witten' van al aanwezige grijs gefinancierde specialisten. Financiering van deze specialisten heeft plaatsgevonden door middel van grijze productieafspraken, door bekostiging vanuit het

---

<sup>2</sup> Kamerstuk 2000-2001, 23 619, nr. 18, Tweede Kamer

ziekenhuisbudget of door bijdragen van al aanwezige specialisten gericht op werkdrukverlichting. Het 'witten' van deze 325 specialisteneenheden vindt plaats in het kader van de herijkingoperatie functiegerichte budgettering 2001. Dit betreft een budget-neutrale operatie.

De overige 168 specialisten betreffen daadwerkelijk afgesproken nieuwe uitbreidingen, die worden bekostigd uit middelen die daarvoor beschikbaar zijn gesteld in de Zorgnota.

#### **Vraag 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?

#### **Antwoord**

De commissie 'Willems' meldt in de inleiding van hoofdstuk 4 van zijn rapport Onderzoek besluitvorming volksgezondheid<sup>3</sup> het volgende:

*"De doelstelling van de stelselherziening ziektekostenverzekeringen is steeds gericht geweest op vergroting van de doelmatigheid c.q. kostenbeheersing, met behoud van kwaliteit en toegankelijkheid. De subcommissie stelt vast dat deze doelstelling nog immer onomstreden is. Ook over de middelen die daarvoor door de commissie Dekker werden voorgesteld: meer flexibiliteit, versterking van de marktgerichtheid, handhaving van solidariteit en rechtvaardigheid, deregulering en een krachtig substitutiebeleid, leek steeds een grote mate van overeenstemming te bestaan."*

De wijze waarop deze samenhangende doelen in een nieuw stelsel van ziektekostenverzekeringen vorm moeten krijgen, liet echter *"een breed scala van opvattingen zien."*

De subcommissie heeft zich terughoudend opgesteld in het doen van aanbevelingen. In zijn rapportage zegt de subcommissie dat zij *"na haar onderzoek nog beter beseft dat verschillen in opvattingen en belangen uiteindelijk vragen om uitdrukkelijke politieke keuzes."* De subcommissie heeft gepoogd *"daarvoor enige handreikingen te doen in de overtuiging dat de samenhang tussen de inhoudelijke kant van de zorg en de herziening van het stelsel van zorgverzekering- en financiering noodzaakt tot een integrale aanpak."*

De commissie noemt:

- *"Verhullend taalgebruik, het gebruik van mythen en metaforen en het verdoezelen van belangen ontnemen de burger het zicht op de essentie van het debat. Discussies met als voornaamste invalshoek koopkrachtplaatjes en -reparatie werken versluierend en frustrerend in de besluitvorming. Dat geldt eveneens voor het voortdurend gehannes met de definities van de collectieve lastendruk. Zo heeft het kabinet Lubbers II de nominale premie buiten en de WTZ-omslagpremies binnen de definitie van collectieve lastendruk gebracht. Handhaving van de in het regeerakkoord overeengekomen norm voor de collectieve lastendruk kan leiden tot een wijziging van de definitie van de collectieve lastendruk of tot een voorkeur voor financieringsvormen die buiten deze definitie vallen. De reële betekenis van de lastendruk blijft daardoor buiten beeld."*  
(paragraaf 5.2)
- *"De discussie over de herziening van de ordening van de zorg in Nederland gaat in essentie over twee samenhangende vragen. Hoe organiseert de overheid voor de burger een goede, doelmatige en toegankelijke (gezondheids)zorg, alsmede hoe regelt de overheid met betrekking tot de kosten van die zorg dat de betalende burgers (jong-oud-gezond-ongezond) inkomenssolidariteit tonen. Het antwoord op deze samenhangende ordenings- en solidariteitsvraag moet centraal (blijven) staan bij de voortzetting van het debat."*  
(paragraaf 5.3)

---

<sup>3</sup> Kamerstuk 1993-1994, 23 666, nr. 1, Tweede Kamer, blz. 51 e.v.

- *"Voor complexe operaties, zoals de stelselwijziging in de zorgsector, is een langdurig maatschappelijk, en dus politiek draagvlak noodzakelijk. De wetgever dient gegeven de conflicterende belangen in het belang van de burger het stelsel te bepalen."* (paragraaf 5.4)
- *"Ook bij de ordening van de zorg is het van belang dat de wetgever - regering en parlement - uitgaat van heldere probleemstellingen en daarvoor oplossingen zoekt. Het goed analyseren van huidige en toekomstige posities en belangen van de maatschappelijke actoren in de sector, de burger/patiënt daarbij inbegrepen, zal bijdragen aan de effectiviteit van de vastgestelde maatregelen. De subcommissie heeft onder meer uit het actorenonderzoek kunnen afleiden dat op een aantal cruciale momenten in de politieke besluitvorming prioriteit is gegeven aan politieke opportuniteitskwesties, soms als gevolg van druk van maatschappelijke actoren. Ook de inbedding van belangenverstrengeling in gedetailleerde en complexe regelgeving belemmert politieke besluitvorming. Meer globale instrumenten en overheidsinterventie zijn daarom naar de opvatting van de commissie aantrekkelijker. De wetgever zal zijn verantwoordelijkheid ook moeten tonen ten aanzien van het openbreken van de uiterst complexe advies- en overlegstructuur in de zorgsector."*

*Hoewel dit probleem slechts zijdelings raakvlakken vertoont met de opdracht van de subcommissie, komt uit een eerste globale analyse van het uitgevoerde actorenonderzoek onmiskenbaar naar voren dat in de zorgsector op volstrekt ondoorzichtige wijze advisering, overleg en belangenbehartiging worden vermengd, met andere woorden er ontstaat een verstrengeling van belangen en verantwoordelijkheden."*

(paragraaf 5.5)

- *"De subcommissie heeft geconstateerd dat de politieke en maatschappelijke consensus, ook in de zorgsector, groot lijkt zolang vage begrippen als uitgangspunten worden gehanteerd. Noties als doelmatigheid en toegankelijkheid van de zorg roepen nauwelijks weerstand op. Dat wordt snel anders indien dit soort noties worden geconcretiseerd en geoperationaliseerd. Het gebruik om in nota's en rapporten - ter wille van het bereiken van consensus - vage omni-begrippen te hanteren is contraproductief. Ook het gebruik van de term marktwerking in de gezondheidszorg heeft tot veel verwarring aanleiding gegeven."* (paragraaf 5.6)
- *"De huidige ordening van de zorg kan worden getypeerd als een rafelige lappendeken. Gedeeltelijk is dit het gevolg van het niet afronden van de stelselwijziging. Dit biedt sterke marktpartijen de gelegenheid tot strategisch gedrag. De ordening van de Nederlandse zorgsector bevat kenmerken van verschillende stelsels. Grof getypeerd: het Britse/Sovjetmodel, het gildesysteem en het marktmodel. Door de ingrepen in het kader van de stelselherziening verschuift deze ordening. De subcommissie is zich ervan bewust dat veel deelmarkten voor gezondheidsdiensten imperfect zijn. Bij de ordening van een dergelijke markt speelt de overheid een rol. Zij dient ervoor te zorgen dat er in de diverse marktsegmenten voor zover die zich daarvoor lenen sprake kan zijn van eerlijke concurrentie."* (paragraaf 5.7)
- *"Bij de pogingen om meer marktelementen in te voeren in de ordening luistert tuning nauw. Verzekeraars en aanbieders hebben andere doelstellingen dan de overheid. Verzekeraars streven naar omzet- en winstmaximalisatie. Afwenteling van risico's ligt in dit verband voor de hand. Aanbieders streven eveneens naar omzet- en winstmaximalisatie. Burgers hebben twee petten op, namelijk die van patiënt enerzijds en van bekostiger anderzijds. Over zijn bijdrage in de kosten van de zorg heeft de burger bovendien veelal onvoldoende informatie. Zijn patiëntenpet en het uitdijende aanbod leiden tot een in beginsel oneindige vraag. Zorgverzekeraars zullen slechts onder bepaalde condities een belang hebben bij kostenbeheersing. Aan die condities is thans nog niet voldaan."*

*"De subcommissie vraagt zich af of in sommige gevallen de algemene en Europese antikartelwetgeving kan worden gebruikt of aangepast. Ook waarneembare concentratietendenzen in Nederland bij ziektekosten(zorg)verzekeraars en prijsafspraken tussen zorgaanbieders kunnen worden onderzocht op kartelaspecten. De subcommissie heeft de indruk dat de huidige ordening prijsskartels faciliteert onder meer in de farmaceutische sector en bij zorgverzekeraars."*  
(Paragraaf 5.8, Kostenbeheersing en stelsel)

- *"Het onderzochte besluitvormingsproces over de herziening van de ordening van de zorg wordt gekenmerkt door een aantal eigenaardigheden. Alle betrokkenen hadden kort door de bocht geformuleerd, eigen agenda's, strategieën en belangen. Zij hebben geprobeerd om hun eigen posities te maximaliseren. Kan het anders? Het was niet de taak van de subcommissie op deze vraag antwoord te geven. Het onderzoeksmateriaal van de subcommissie bevat wel vingerwijzingen. Een ondoorzichtige ordening van de zorgsector leidt in ieder geval tot frustratie van overheidsdoelstellingen. Het lijkt de subcommissie gewenst over een aantal vragen spoedig helderheid te verschaffen.*

*Noodzaakt de huidige internationale regelgeving daadwerkelijk tot een verplicht breed en diep pakket in de basisverzekering of bestaan daarvoor andere zwaarwegende motieven?*

*Dient de verplichte basisverzekering het karakter van een schadeverzekering of werknemers-/volksverzekering te hebben?*

*Hoe kan de eigen verantwoordelijkheid van de burger voor gezondheid in financieel opzicht effectief vorm worden gegeven?*

*Hoe wordt de inkomenssolidariteit tussen jong en oud, ziek en gezond ook in fiscaal opzicht nader uitgewerkt?*

*Een helder en breed gedragen antwoord op deze vragen zou een doorbraak kunnen opleveren voor de impasse in het debat over de stelselherziening."*

(paragraaf 5.9 Tenslotte)

De subcommissie had dus niet tot doel de basis te leggen voor concrete maatregelen, maar veeleer politiek en samenleving een spiegel voor te houden "*over de besluitvorming tot dat moment over de herziening van de ordening van de zorgsector*" en zo een stimulans te zijn voor verdere gedachtevorming over de vormgeving van het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg. De neerslag daarvan is terug te vinden in de latere regeerakkoorden.

In het regeerakkoord uit 1998<sup>4</sup> is aangekondigd dat: "*Het kabinet zal bezien, of in het licht van de vergrijzing en andere ontwikkelingen, het wenselijk is om voor de langere termijn verdergaande aanpassingen van het verzekeringsstelsel voor te bereiden, daarbij mede rekening houdend met systemen en ontwikkelingen in andere EU-landen.*"

Op 21 september 2000 heeft de minister-president tijdens de algemene politieke beschouwingen in de Tweede Kamer toegezegd, dat voor de zomer van 2001 aan het parlement een nota over dit onderwerp wordt toegezonden. Inmiddels heeft het kabinet deze belofte gestand gedaan met zijn brief van 6 juli 2001 en de daarbij gevoegde nota Vraag aan bod.<sup>5</sup> In deze nota stelt het kabinet vast, dat inmiddels een breed gedeelde consensus is ontstaan over de noodzaak het zorgstelsel te vernieuwen. De overeenstemming tekent zich, anders dan ten tijde van de rapportage van de

<sup>4</sup> Kamerstuk 1997-1998, 26 024, nr. 10, Tweede Kamer

<sup>5</sup> Kamerstuk 1993-1994, 23 666, nr. 1, Tweede Kamer, blz. 51

commissie 'Willems', niet alleen af rond de analyse van de problemen. Ook voor de hoofdlijnen van de oplossingsrichting bestaat nu een gemeenschappelijk draagvlak.

### **Vraag 8**

Indien geen beperking zou worden opgelegd vanwege het macro-begrotingsbeleid, welk macrobudget voor de zorg zou gegeven de onder vraag 5 geschetste ontwikkelingen in demografie en medisch-technische ontwikkeling nodig zijn om wachtlijsten te voorkomen?

### **Antwoord**

Zoals eerder aangegeven is het in beginsel mogelijk om de zorgvraag te voorspellen op basis van een aantal determinanten van de zorg. Dat neemt niet weg dat ramingen altijd met de nodige onzekerheid omgeven zullen blijven. Herstel van gezondheid en verbetering van de kwaliteit van leven met behulp nieuwe medisch-technische ontwikkelingen brengt kosten en besparingen met zich mee, die tevoren moeilijk zijn in te schatten. Ook de maatschappelijke opvattingen over de kwaliteit van de zorg zijn aan verandering onderhevig (bijvoorbeeld privacy beleid). De mondige cliënt van vandaag de dag acht het overschrijden van redelijke wachttijden (terecht) niet aanvaardbaar. Daar komt nog bij dat geen of slecht heel summier inzicht bestaat in latente en verborgen vraag die manifest wordt op een moment dat deze zorg (weer) in - naar verwachting - voldoende mate beschikbaar is.

Overigens is de hoeveelheid volumemiddelen voor de zorg niet alleen bepalend voor het wegwerken en voorkomen van wachtlijsten. De zorgsector heeft ook door doelmatiger te werken zijn productiviteit opgevoerd. Op dit moment vormt krapte op de arbeidsmarkt een fikse beperking op weg naar het tot een redelijk niveau terugbrengen van wachtlijsten.

### **Vraag 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?

### **Antwoord**

Het bij deze antwoorden gevoegde overzicht biedt inzicht in de contractloon- en prijsmutaties vanaf 1991 en de compensatie die daarvoor is gegeven. Vanaf 1995 is de compensatie gegeven door middel van de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling (in het spraakgebruik ova genoemd). Vóór 1995 verliep de compensatie door middel van de WAGGS.

Uit de tabel blijkt dat de contractloonmutatie vanaf 1991 ieder jaar uit de dekking van de ova (initieel en ADV) (en voor 1995 uit de WAGGS) betaald kan worden. In 1996 en 1997 is in de ova een productiviteitskorting verwerkt.

Deze productiviteitskorting diende ertoe om de reëel beschikbare middelen in overeenstemming te brengen met de gewenste volumegroei en werd alleen om praktische redenen op de beschikbare loonruimte afgeboekt. Vanaf 1998 is de productiviteitskorting komen te vervallen. De productiviteitskorting is niet opgenomen in het bijgevoegde overzicht.

## II. Financieel belast/budgettering

### Vraag 13, onderdeel d

Kan de minister aangeven voor een steekproef van instellingen hoeveel over de afgelopen 15 jaar een overschot dan wel een tekort hebben vertoond?

#### Antwoord

Op 6 juli 2001 is in het antwoord op deelvraag 13d aangegeven dat een dergelijk overzicht niet op korte termijn te geven is en dat de vraag is voorgelegd aan het Ctg. Inmiddels is reactie ontvangen van het Ctg. Daarin geeft het een overzicht over de afgelopen vijftien jaar voor de sectoren ziekenhuizen, verpleeghuizen, psychiatrische ziekenhuizen en zwakzinnigeninrichtingen. Het overzicht is opgenomen bij de bijlagen. Tot en met 1990 heeft het Ctg uitsluitend geënquêteerd naar de mutatie in de reserve aanvaardbare kosten. Later is overgeschakeld naar mutatie in het niet-vreemde vermogen, een breder begrip dan de RAK, omdat ook andere reserves en voorzieningen hieronder vallen. Over de jaren 1991 en 1992 is het exploitatieresultaat niet bekend. Een vergelijking van de jaren vóór 1993 met de jaren na 1993 is daarom niet goed te maken. Het is zuiverder om te kijken naar de ontwikkeling over de afgelopen zeven jaar. Uit de bijgevoegde tabel en de JOZ's en Zorgnota's over deze afgelopen jaren blijkt dat er per jaar redelijk grote fluctuaties zijn in het aantal instellingen met een negatief exploitatieresultaat.

In de tweede kolom per sector is het relatieve aantal instellingen opgenomen dat in een jaar een negatief exploitatieresultaat heeft. Dit aantal varieert tussen de 15% (van de verpleeghuizen in 1994) en 59% (van psychiatrische ziekenhuizen in 1996). Het is logisch dat er ieder jaar plussen en minnen zijn. Instellingen in de zorgsector zijn er immers niet om ieder jaar een positief resultaat te boeken, dat zou immers leiden tot steeds meer vermogen dat niet gebruikt wordt.

Er is wel een licht stijgende lijn in het aantal instellingen met een negatief exploitatieresultaat te ontdekken. Dit resulteert dan ook in een (licht) dalende trend in de niet-vreemde vermogens. Van belang is echter dat dit niet heeft geleid tot structurele problemen. Er zijn namelijk slechts enkele instellingen die hierdoor in de afgelopen jaren een negatief vermogen heeft opgebouwd.

### Vraag 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 ontplooien?
- 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 tariefstructuur 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?

## **Antwoord**

### **14a, 14b en 14c**

Bij de instellingsbudgettering gaat het niet om lumpsum. Zie ook het antwoord op vraag 13. Vóór de aanpak van de wachtlijsten was het instellingsbudget voor een belangrijk deel afhankelijk van de tussen instelling en verzekeraar/zorgkantoor gemaakte productieafspraken; sinds de aanpak van de wachtlijsten is het instellingsbudget (voor een belangrijk deel) afhankelijk van de feitelijke productie (het-boter-bij-de-vis-principe). Wellicht wordt in de vraag gedoeld op de eerder bestaande subsidieregelingen voor zorgvernieuwing, die met name in de AWBZ voorkwamen. Tegelijk met de invoering van de 'flexibele afspraken' in de diverse AWBZ-sectoren zijn die subsidieregelingen beëindigd en is de zorgvernieuwing geïncorporeerd in de normale instellingsbekostiging. Daarbij geldt dat een bepaald percentage van het budget besteed moet worden aan zorg-op-maat. Dit percentage, ergens tussen de 5 en 10%, verschilt per sector. Invulling van dit onderdeel geschiedt (eveneens) in overleg tussen instelling en zorgkantoor. Hierbij worden, waar dit mogelijk is, producten (output) benoemd. Waar dit niet mogelijk is wordt veelal gewerkt met projectbegrotingen (input).

### **14d**

De in deze vraag verwoorde suggestie heeft aantrekkelijke kanten, maar nuancering is geboden. Verwarrend werkt hier overigens de term 'reguliere tariefstelling'. Ik licht dit toe als volgt.

Met nadruk wordt in de bekostiging gestreefd naar het flexibiliseren van de tarieven, en wel zodanig dat er veel meer vrijheidsgraden ontstaan voor lokale en regionale partijen. Daarbij komen andere tariefsoorten (anders dan de huidige punttarieven en maximumtarieven) in beeld, zoals bandbreedtetarieven of basistarieven aangevuld met modules voor specifieke prestaties/omstandigheden dan wel lokale componenten. Met name bij huisartsen, apothekers en ziekenhuizen gaat het geleidelijk deze kant op. Tot zover de bekostiging (van relevante prestaties).

Hoe een en ander moet worden gefinancierd, uit de procentuele premie of uit nominale premies, is een andere vraag.

Hoe dan ook lijkt het onmogelijk dat er steeds een scherp onderscheid gemaakt kan worden tussen "reguliere" prestaties en prestaties die van specifieke aard zijn dan wel bepaald worden door lokale omstandigheden. En wat te denken van de situatie dat bepaalde prestaties geheel zouden worden vrijgesteld van tarifiering ex WTG, bijvoorbeeld de prestaties van apothekers. In zo'n situatie is in het geheel geen sprake meer van "reguliere tariefstelling" en worden de tarieven volledig door de markt bepaald. Uitgaande van de suggestie die in de vraag besloten ligt, zouden deze prestaties geheel uit de nominale premie moeten worden gefinancierd. Dit is niet reëel te achten. Het zou bijvoorbeeld kunnen betekenen dat iedere keer als er in de WTG wordt geflexibiliseerd of gedereguleerd, de procentuele premie naar beneden kan worden bijgesteld. Dat ligt, zacht uitgedrukt, niet voor de hand.

Een en ander neemt evenwel niet weg dat de nominale premie of beter nog: de inzet van eigen middelen van verzekeraars (opbrengsten uit nominale premie én reserves) betekenisvol is daar waar (een) verzekeraar(s) willen besluiten tot extra uitgaven, al dan niet met het oog op lokale omstandigheden.

### **14e**

Bij de ambulancediensten speelt een combinatie van specifieke problemen bij individuele diensten en een mogelijk algemeen probleem bij alle diensten. Hierbij wordt een tweesporenaanpak gevolgd. In verband met het mogelijke algemene probleem wordt momenteel een breed onderzoek uitgevoerd.

Daarbij wordt onder meer gekeken naar eisen die uit kwaliteitsoogpunt gesteld moeten worden en naar de effecten van relevante werktijdenbesluiten. Afhankelijk van de uitkomsten staat te bezien of de budgetten van de ambulancediensten een generieke herijking behoeven.

Wat betreft de specifieke problemen bij individuele diensten staat voor die diensten altijd de weg open om samen met de betrokken verzekeraar(s) een tariefverzoek in te dienen bij het Ctg met het oog op 'steunverlening'. Van belang hierbij is dat het Ctg in bijzondere omstandigheden kan afwijken van de beleidsregels op grond van artikel 4:84 van de Algemene wet bestuursrecht. In voorkomende gevallen besluit het Ctg tot steunverlening. Zonodig stelt het Ctg hierbij voorwaarden, zoals: reorganisatie en een door de instelling te leveren eigen bijdrage bij het wegwerken van het negatieve vermogen. De steunverlening bestaat uit een tijdelijke toeslag op het tarief dat de instelling in rekening mag brengen. Hier is niets onregelmatigs aan, het gaat wel om extra geld, weliswaar buiten de beleidsregels maar binnen de tarieven.

Volledigheidshalve moet worden opgemerkt dat deze mogelijkheid van steunverlening (uiteraard) voor alle instellingen bestaat en dus niet alleen voor ambulancediensten. Jaarlijks maken gemiddeld genomen zo'n tien 10 à vijftien instellingen van deze mogelijkheid gebruik. Op ruim 3000 zorginstellingen is dat weinig.

#### **14f**

Omwille van de duidelijkheid: bij toepassen van het boter-bij-de-vis-principe kunnen lopende het jaar, veelal tot uiterlijk 1 december, aanvullende productieafspraken worden gemaakt, waarbij achteraf wordt nagecalculeerd op basis van de feitelijke productie. Dit kan er (inderdaad) toe leiden dat de instellingen in het begin van het jaar enige terughoudendheid betrachten bij het maken van productieafspraken. Immers, men kan wel hoge productieafspraken maken, maar als vervolgens de productie achterblijft moet men achteraf geld inleveren. Daarom zullen instellingen niet overhaast te hoge productieafspraken maken. Overigens lijkt dit in de AWBZ-sectoren nauwelijks te spelen. In hoeverre het bij de ziekenhuizen speelt zal de komende maanden duidelijk worden aan de hand van de eerste rapportages over het verloop van productieafspraken en productie. Duidelijk is wel dat de invoering van het boter-bij-de-vis-principe c.q. de ontwikkeling naar een marktchtig bedrijf voor (een aantal) ziekenhuizen een forse omslag betekent. Kon men vroeger productieafspraken maken waarbij de feitelijke realisatie er minder toe deed, thans moet er echt geproduceerd worden gericht op het genereren van omzet (of budget). Aannemelijk is dat dit problemen kan geven, met name bij die ziekenhuizen waar in het verleden het verschil tussen productieafspraken en feitelijke productie het grootst was. Nu kunnen we dit verschil, zoals in de vraagstelling ook gebeurt, natuurlijk wel duiden als 'vrije ruimte', maar dat is dan wel een ruimte die thuishoort in het verleden en die we in het marktbedrijf niet tegenkomen. In de beleidsregels zijn trouwens wel een paar noodverbanden aangelegd. Zo is er een speelruimte van 2% met daarnaast nog een hardheidsclausule waar ziekenhuizen, in overeenstemming met de betrokken verzekeraar(s), een beroep op kunnen doen.

In dit verband moet overigens wel bedacht worden dat de ketting zo sterk is als de zwakste schakel. Om de productie te kunnen opvoeren is meer nodig dan alleen geld. Nodig zijn ook; technische equipment, specialistische capaciteit en verpleegkundige capaciteit. Er hoeft maar aan een van deze (productie)factoren een tekort te zijn en de nagestreefde productiegroei zal stagneren.

### III Beleids- en beheersstructuur/deregulering

#### Vraag 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?

#### Antwoord

##### Algemeen

Om privacy in verpleeghuizen te bevorderen, is in de tweede helft van de jaren negentig jaren een beleid op gang gekomen om gericht verpleeghuizen met vijf- en zesbedskamers te prioriteren voor renovatie. Daarbij worden in de nieuwe situatie alleen nog één- en tweepersoonskamers gebouwd. Daarna zullen de huizen met vier- en driebedskamers aan de orde komen. Uit gegevens van Prismant blijkt dat in 1999 het aantal vijf- en zesbedskamers nagenoeg was verdwenen (nog slechts 3% van het totaal aantal kamers). Het aantal één- en tweebedskamers bedroeg ongeveer 75% van het totaal aantal kamers. Met deze ingezette ontwikkeling zullen er over zes jaar nagenoeg alleen nog maar één- en tweebedskamers zijn.

##### 24a

Op dit moment zijn er ongeveer 60.000 verpleeghuisbedden. Het aantal eenpersoonskamers is naar raming 12.300. Om de vraag te beantwoorden moet ervan worden uitgegaan dat voor 47.700 bedden de kamers omgebouwd zouden moeten worden tot eenpersoonskamer. Ervan uitgaande dat het hier gaat om renovatie kunnen de investeringen, noodzakelijk voor deze ombouw worden berekend op globaal 47.700 maal f 110.000 is f 5,25 miljard gulden. Voor de exploitatie zou dit een extra last meebrengen van 0,115 maal f 5.25 miljard is f 604 miljoen. Ik benadruk dat het hier om een globale berekening gaat.

Los van deze financiële raming wil ik nog het volgende onder uw aandacht brengen.. Bij een bestand van 60.000 plaatsen en gemiddeld een grote renovatie na twintig jaar, worden er nu jaarlijks gemiddeld 3.000 plaatsen gerenoveerd. Om te kunnen voldoen aan de vraagstelling zouden er jaarlijks gemiddeld 9.500 plaatsen moeten worden gerenoveerd. Het is niet te verwachten dat een dergelijke tempoversnelling in korte termijn kan worden gerealiseerd, zeker gelet op de huidige situatie op de bouwmarkt. Daarnaast mag niet verwacht worden dat het mogelijk is om in alle bestaande verpleeghuizen over te gaan op eenpersoonskamers met behoud van capaciteit, binnen de bestaande bouwlocatie.

Als dit aspect betrokken wordt bij de globale berekening ontstaat het volgende beeld. Schattenderwijs kan worden aangenomen dat het mogelijk is om door renovatie in de huidige verpleeghuizen 30.000 eenpersoonskamers te maken. Om de capaciteit op peil te houden zouden dan door vervangende nieuwbouw 17.700 nieuwe plaatsen tot stand moeten komen. Op basis van deze inschatting kom ik dan tot de volgende berekening. Door renovatie worden 30.000 eenpersoonskamers gerealiseerd. Dat kost aan investeringen 30.000 maal f 110.000 is f 3,3 miljard. De investeringen voor vervangende nieuwbouw bedragen 17.700 maal f 255.000 is f 4,5 miljard. De totaal benodigde investering bedraagt daarmee f 7,8 miljard.

Voor de exploitatiekosten verandert het beeld als volgt. De toename van de exploitatiekosten voor de 30.000 plaatsen waarbij sprake is van renovatie bedraagt 0,115 maal f 3.3 miljard is f 380 miljoen. De jaarlijkse extra exploitatiekosten als gevolg van de 17.700 plaatsen vervangende nieuwbouw bedragen f 412 miljoen. Totaal stijgen de exploitatiekosten dan met f 792 miljoen. per jaar.

Ik wil er nogmaals op wijzen dat dit natuurlijk zeer globale berekeningen zijn. Ook wijs ik erop dat het huidig beleid er niet op is gericht toe te werken naar uitsluitend eenpersoonskamers. Het is immers de vraag of een eenpersoonskamer in alle gevallen de beste en/of door de patiënt gewenste oplossing is. Het lijkt bovendien waarschijnlijk dat, als verpleeghuizen nog alleen over eenpersoonskamers beschikken, dit een verhoging van de werklast voor het verplegend- en verzorgend personeel met zich mee zal brengen. Naast de verhoogde exploitatiekosten voor de investeringen, moet dan ook rekening worden gehouden met een noodzakelijke groei van het personeelsbestand en de daarmee samenhangende loonkosten.

#### **24b**

Bij het scheiden van wonen en zorg zullen globaal de kosten van huur, voeding, energie en water, bewassing en plaatselijke belastingen door de bewoner zelf worden betaald. In beginsel vallen onder de zorgkosten de kosten van verpleging en verzorging en begeleiding, inclusief de daaraan verbonden overheadkosten. Daaronder kunnen ook kosten van zorginfrastructuur aanwezig zijn.

#### **24c**

In tegenstelling tot wat de vraagstellers veronderstellen, hebben bewoners van verzorgingshuizen recht op vrije huisartsenkeus. Verder is farmaceutische hulp geen onderdeel van de aanspraak op verzorgingshuiszorg. Vanuit die optiek staat het onder de AWBZ brengen van verzorgingshuiszorg dan ook niet haaks op het langere termijn beleid. Zoals eerder aangegeven is het beleid erop gericht om bij renovatie de verzorgingshuizen de mogelijkheid van extramuralisering nadrukkelijk te laten onderzoeken.

#### **24d.**

Er zijn geen redenen om aan te nemen dat de financiële gevolgen van het scheiden van wonen en zorg nu anders moeten worden ingeschat dan in 1998 aan de Tweede Kamer is medegedeeld. Die inschatting leidde destijds tot de conclusie dat het op korte termijn scheiden van wonen en zorg niet wenselijk werd geacht. Beter leek een geleidelijke ontwikkeling waarbij het scheiden van wonen en zorg gepaard gaat met een verbetering van de woonkwaliteit. Dit beleid wordt nog steeds voorgestaan.

Voor een concrete uitwerking daarvan verwijs ik u naar de brief van staatssecretaris Vliegthart en staatssecretaris Remkes aan de Tweede Kamer over wonen en zorg op maat van 25 juni 2001<sup>6</sup>.

---

<sup>6</sup> Kamerstuk 2000-2001, 26 631, nr.12, Tweede Kamer

