

Vergaderjaar 1997–1998

**23 619**

**Curatieve Zorg**

**Nr. 13**

## **VERSLAG VAN EEN SCHRIFTELIJK OVERLEG**

Vastgesteld 12 maart 1998

Na kennis te hebben genomen van de inhoud van de voortgangsrapportage modernisering curatieve zorg (23 619, nr. 11) bleek er in de vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> bij enkele fracties behoefte te bestaan een aantal vragen hierover ter beantwoording aan de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor te leggen. Voorts zijn enkele vragen voorgelegd over de brief van de minister van 22 januari 1998 over de voortgang naar aanleiding van het rapport «Poortwachter in de praktijk».

De vragen en antwoorden zijn hierna afgedrukt.

De voorzitter van de commissie,  
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,  
Theunissen

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegenthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Bortel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD) en Wessels (D66).  
Plv. leden: Heeringa (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkma (PvdA), Beinema (CDA), M. M. van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), Meyer (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), G. de Jong (CDA), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD) en Van den Bos (D66).

## **PvdA-fractie**

1

*In het regeerakkoord is afgesproken dat de hoofdlijnen van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel tot inzet van het beleid zouden worden gemaakt. Is dit naar de mening van de minister gebeurd? Zo nee, waarom niet? Zo ja, waarop wordt een bevestigend antwoord dan gebaseerd?*

Ja, dat is zeer zeker de inzet van het beleid geweest. In vervolg op het rapport Biesheuvel heeft het kabinet in een nota (juni 1995) een reactie gegeven op de opvattingen van de commissie, de visie van het kabinet op de werkwijze en organisatie van de curatieve zorg, hoe het kabinet de zorginhoudelijke doelstellingen wil bereiken, de noodzakelijke wijzigingen van het beleid, de verbetering van opleidingen in de curatieve zorg, kwaliteitsbeleid en hoe het kabinet het veranderingsproces wil stimuleren en monitoren.

In de voortgangsrapportage van december jl. is ingegaan op de stand van zaken en ontwikkelingen met betrekking tot actiepunten uit de nota. Zoals te lezen valt in deze voortgangsrapportage is een groot aantal zaken tot uitvoering gekomen. Ik denk dan in de eerste plaats aan de totstandkoming van de lokale initiatieven, een heel belangrijke stap voorwaarts met betrekking tot de integratie van ziekenhuis en medisch specialist. Voorts noem ik het wetsvoorstel voor wijziging van de Ziekenfondswet dat onlangs met algemene stemmen door de Tweede Kamer is aanvaard, het experiment voor meerjarenafspraken in Zuidoost-Brabant en de transmurale experimenten.

Hierbij wil ik aantekenen dat ik ook vermeld heb dat van de actiepunten veel uitgevoerd is maar dat we er nog niet zijn. Zoals uit de voortgangsrapportage ook blijkt wordt op tal van punten aan de verdere voortgang gewerkt.

2

*Tijdens het plenaire debat over integratie van medisch-specialistische zorg is door het lid Oudkerk, naast de voortgangsrapportage waarin staat wat er is gebeurd, om een lijst gevraagd waarop staat wat binnen deze kabinetsperiode tot stand is gebracht, en wat met name binnen de volgende kabinetsperiode nog staat te gebeuren. Wanneer kan een dergelijke lijst aan de Kamer worden toegezonden?*

Ik streef ernaar een dergelijk overzicht voor het verkiezingsreces aan u toe te sturen.

3

*Welke concrete beleidsmaatregelen zijn er in de afgelopen vier jaar genomen ten aanzien van de versterking van de positie van de huisarts? Wat is er concreet gedaan aan versterking van de regiefunctie van de huisarts?*

Kort samengevat gaat het om de volgende beleidsmaatregelen. Oplossing van een aantal knelpunten in de beschikbaarheid van huisartsenzorg ten behoeve van opvangcentra van asielzoekers, grote steden en achterstandswijken door het beschikbaar stellen van financiële middelen voor specifieke projecten, het afschaffen van de kostenknik, de verhoging van het abonnement voor ziekenfondsverzekerden vanaf 65 jaar, afspraken met GGD-en andere hulpverleners voor de waarborging van de continuïteit in de hulpverlening.

Voorts wordt gewerkt aan het versterken en intensiveren van de huisartsfunctie door het maken van afspraken over samenwerking huisarts-fysiotherapeut (een richtlijn van het Koninklijk Nederlands Genootschap

voor Fysiotherapie (KNGF) wordt in maart 1998 aangeboden), versterking van de EHBO-functie van huisartsen (zie bijvoorbeeld de huisartsenpost in het Zuiderziekenhuis in Rotterdam en de huisartsenkliniek in Velsen), het voorschrijven op stofnaam, de programmatische grieppreventie en nog te starten preventie op het gebied van hart- en vaatziekten en de ontwikkeling van protocollen door de NHG.

Daarnaast wordt op dit moment nog onderhandeld tussen de LHV en ZN over de uitwerking en invoering van een aantal punten uit het rapport «Poortwachter in de praktijk» (zie verder vraag 18).

Voor een verdere uiteenzetting op deze onderwerpen verwijs ik kortheids-halve naar de voortgangsrapportages over de «Poortwachter in de praktijk» van 13 mei 1997 en 22 januari 1998.

4

*Wat houden de experimenten ten aanzien van de honoreringsstructuur van huisartsen in?*

In hoofdlijn gaat het om experimenten met een lumpsum honorering voor huisartsen, waarbij tevens aansluiting plaatsvindt met lokale initiatieven voor medisch specialisten in de betreffende regio. Het doel is het gezamenlijk zorgdragen voor goede specialistische en generalistische zorg, zo mogelijk binnen een gezamenlijk initiatief.

De initiatieven moeten door de lokale huisartsen en de verzekeraar in het veld worden ontwikkeld en uitgewerkt. In de lokale situatie kunnen initiatieven worden afgestemd op de lopende initiatieven voor medisch specialisten en kan rekening worden gehouden met de specifieke lokale omstandigheden. Momenteel worden besprekingen gevoerd met twee potentiële lokale initiatieven voor huisartsen, te weten met Velsen en Groot-Gelre.

5

*Wat wordt bedoeld met de zin «Ook de inhaalslag op het gebied van de wachtlijsten heeft via de lokale initiatieven plaatsgevonden»? Kunnen de resultaten in maat en getal aangegeven worden?*

Om in 1997 een «inhaalslag» te maken bij het wegwerken van de bestaande wachtlijsten is destijds 50 mln. beschikbaar gesteld. Bij brief van 20 december 1996 zijn alle lokale initiatieven uitgenodigd plannen in te dienen om met gebruikmaking van het wachtlijstfonds de bestaande wachtlijsten terug te dringen. Voor de insteek via de lokale initiatieven is gekozen omdat daar het overleg tussen ziekenhuis, specialist en verzekeraar al van de grond gekomen was en afspraken waren gemaakt over kwaliteit, doelmatigheid en budgetten. De gelden uit het wachtlijstfonds dienden te worden besteed aan extra productie.

Aan de hand van de ingediende verzoeken is een keuze gemaakt ten aanzien van de verdeling van de beschikbare middelen. Daarbij werden de grootste knelpunten aangepakt, te weten: de totale knie- en heupoperaties binnen de orthopedie, de cataractoperaties binnen de oogheelkunde, en ten aanzien van de hartchirurgische ingrepen de OHO's en de PTCA's. De toekenning van dit extra budget was aan voorwaarden verbonden.

Afronding van de incidentele inhaalslag bleek niet helemaal mogelijk in 1997, vandaar dat er een doorloop in 1998 is gerealiseerd.

Inmiddels zijn de meeste ziekenhuizen een heel eind gevorderd met het uitvoeren van de extra productie. De wachtlijstbrigade heeft een tussenrapportage gemaakt, gebaseerd op een telefonische enquête onder 22 ziekenhuizen. Hieruit blijkt dat de effecten op de wachtlijsten wisselend zijn. Bij de meeste ziekenhuizen is de wachttijd met zo'n 3 maanden gedaald. Bij enkele ziekenhuizen is er nauwelijks verschil.

Naast het feit dat de wachtlijstbrigade de vinger aan de pols houdt over de vorderingen omtrent de extra productie en de registratie, draagt het

Nzi zorg voor een kwantitatieve evaluatie. De tussenrapportage van deze evaluatie verwacht ik in april.

6

*Wordt het wetsvoorstel Integratie medisch-specialistische zorg gezien als het tot stand komen van integratie van de medisch specialist in het ziekenhuis of als een eerste stap op weg naar volledige integratie?*

Het betreffende wetsvoorstel zie ik als een belangrijke ondersteuning van de totstandkoming van de integratie tussen medisch specialisten en ziekenhuizen. De oude wetgeving droeg er aan bij dat aparte afspraken werden gemaakt tussen ziekenhuis en verzekeraar en tussen ziekenhuis en specialist. Het betreffende wetsvoorstel leidt ertoe dat voortaan gezamenlijk afspraken gemaakt worden. De daadwerkelijke integratie binnen de instelling laat zich niet afdwingen door verzekeringswetgeving; die moet in de huizen zelf in praktische zin tot ontwikkeling gebracht worden. In die zelfde ondersteunende zin zullen nog verdere stappen gezet moeten worden. Ik denk met name aan een herziening van de bekostigingswijze van ziekenhuizen en medisch specialisten, waarbij gewerkt zal worden aan de ontwikkeling van één geïntegreerd bekostigingssysteem. Een voorstel daartoe is opgenomen in bijlage VII van de rapportage van de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg. Dit rapport is op 28 januari jl. aan uw Kamer aangeboden. In het verlengde hiervan is een uitvoeringstoets aan het Cotg in voorbereiding.

7

*In het wetsvoorstel Integratie medisch-specialistische zorg wordt de relatie van verzekeraars ten opzichte van een geïntegreerd geheel van medisch specialisten en ziekenhuis geregeld, maar niet de geïntegreerde relatie tussen medisch specialist en ziekenhuis. Hoe zal deze laatste vorm worden gegeven, en welk tijdpad zal hierbij worden gehanteerd?*

De vormgeving van de relatie tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis vind ik in hoge mate een zaak van de medische staf en het ziekenhuis zelf. Het is daarmee niet iets wat ik wettelijk zou willen regelen. Een vanzelfsprekend uitgangspunt bij die invulling binnen het ziekenhuis is dat de verantwoordelijkheid voor de geneeskundige behandeling van patiënten blijft berusten bij de in het ziekenhuis werkzame specialisten. Dat zij daarbij gebonden zijn aan het in het ziekenhuis vastgestelde organisatorische en financiële kader spreekt voor zich. In het kader van de totstandkoming van de geïntegreerde medisch specialistische zorg, te verlenen binnen een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie, zal zonder meer sprake moeten zijn van zorgvuldig overleg tussen de medisch specialisten en het ziekenhuis en van betrokkenheid van de medisch specialisten op enigerlei wijze bij het vaststellen van die kaders. Om die reden is in de bepaling in artikel IIa van het inmiddels door uw Kamer aangenomen wetsvoorstel vastgelegd dat het bestuur van het ziekenhuis, alvorens onderhandelingen met verzekeraars aan te gaan, overleg dient te voeren met de medisch specialisten. Aldus is gewaarborgd, dat de medische staf inbreng heeft in de afspraken die het bestuur van het ziekenhuis maakt met verzekeraars. De wijze waarop men het overleg binnenshuis regelt, is echter een zaak van de staf en de directie zelf.

8

*De toon van de voortgangsrapportage wekt de indruk dat het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf al grotendeels tot stand is gekomen. Toch zijn nog nergens de organisatorische consequenties geconcretiseerd, waarover het rapport van de commissie-Biesheuvel spreekt (blz. 31). Daardoor zijn ook niet alle noodzakelijke elementen naar buiten toe, (één prijs per product, één geïntegreerd budget, één financieringsstroom van*

*verzekeraars naar ziekenhuisorganisatie) verwezenlijkt die in de Memorie van Toelichting bij wetsvoorstel 25 258 noodzakelijk werden geacht. Hoe is de toon van de voortgangsrapportage te rijmen met de praktijk?*

De organisatorische consequenties waarover in het rapport van de commissie Biesheuvel gesproken wordt zijn in kort de volgende:

- decentralisatie binnen de organisatie;
- in staat gesteld worden tot «ondernemend» functioneren;
- binding van medisch specialisten aan binnen het ziekenhuisbedrijf gemaakte afspraken, financieel en inhoudelijk, ofwel «vrijheid in gebondenheid» voor de specialist;
- integratie van de bekostigingssystemen voor ziekenhuizen en specialisten.

Om die organisatorische consequenties te helpen realiseren is facilitering door de overheid gewenst, evenals het uit de weg ruimen van obstakels op dit gebied in wet- en regelgeving. In de categorie «facilitering» heeft de mogelijkheid, tot lokale initiatieven te komen, een grote impact gehad. De afspraken die daartoe lokaal gemaakt werden hebben een belangrijke binding tussen ziekenhuizen en medische staven tot gevolg gehad. Dit is op grote schaal en op basis van vrijwilligheid tot stand gekomen en dat is prachtig.

Op het gebied van financiering en bekostiging komt de wet- en regelgeving in beeld. Op dit vlak is het voorstel tot wijziging van de Ziekenfondswet in verband met de integratie van de aanspraken op 27 januari jl. in uw Kamer met algemene stemmen aangenomen. Aangaande de bekostiging is een voorstel op hoofdlijnen opgenomen in de rapportage van de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg, die u op 28 januari is aangeboden. In het verlengde daarvan is een uitvoeringstoets aan het Cotg in voorbereiding. Ik heb dat in mijn voortgangsrapportage van 15 december jl. ook aangekondigd. In de rapportage van de MDW-projectgroep wordt tevens uitgebreid ingegaan op het ondernemend functioneren van ziekenhuizen.

Over de toonzetting van de voortgangsrapportage tenslotte: ook daarin komt naar mijn mening tot uitdrukking dat er enerzijds al veel tot stand gebracht is, maar dat we zeker nog niet klaar zijn. De optimistische toonzetting komt er mede uit voort dat ik, in de wetenschap dat we met «Biesheuvel» nog niet klaar zijn, alle vertrouwen heb in het verdere proces.

9

*Is het werkelijk zo dat het aan de betrokken partijen zelf is om te kiezen voor een dienstverband dan wel voor het vrije beroep?*

*Is het voor een medisch specialist mogelijk om te kiezen voor een dienstverband in een ziekenhuis waar in hetzelfde specialisme alleen een maatschap met specialisten in het vrije beroep werkzaam is?*

Het antwoord op beide vragen is bevestigend; ook de recent aangenomen wijziging in de Ziekenfondswet heeft hier geen gevolg want de wet regelt niet de rechtspositie van de specialist, dat wil zeggen de keuze voor het dienstverband of het vrije beroep. Dat blijft wat mij betreft een vrije keuze en de deskundigen hebben ook vastgesteld dat het een vrije keuze kán blijven. Ik zie daarom in de wet- en regelgeving geen belemmeringen in de vrijheid van keuze voor een medisch specialist voor een dienstverband in een situatie waar de overige specialisten een maatschap in het vrije beroep vormen of andersom. Binnen het ziekenhuis heeft men natuurlijk wel de mogelijkheid om alleen specialisten in dienstverband of alleen specialisten in het vrije beroep aan te willen trekken.

10

*Hoe valt het feit dat het kabinet zich achter de aanbevelingen uit het rapport van de commissie-Biesheuvel heeft geschaard, te rijmen met het feit dat als enige voortgang ten aanzien van het afschaffen en van goodwill wordt gemeld dat een aantal lokale initiatieven actief op zoek is naar oplossingen?*

*Voor welke problemen zijn de lokale initiatieven op zoek naar oplossingen? In hoeverre zal de minister hen daarbij behulpzaam zijn?*

In het Kabinetsstandpunt over het rapport van de commissie Biesheuvel is aangegeven dat de betrokken partijen zelf verantwoordelijk moeten zijn voor de wijziging van een systeem dat door hen zelf in het leven geroepen is. Indien partijen daadwerkelijk van de goodwill af willen, kunnen zij daarvoor in Cotg verband dan wel op het ziekenhuisniveau daarvoor de benodigde maatregelen treffen. Indien nodig, zo stelde het Kabinet, wil het medewerking verlenen aan de totstandkoming van een landelijke regeling voor de afschaffing van de goodwill. Daarbij zullen de voorstellen van de commissie Biesheuvel leidend zijn.

In de afgelopen jaren is de insteek ook op dit onderwerp een lokale geweest. Binnen de lokale initiatieven was en is de goodwill in een aantal gevallen één van de punten op de agenda. Problemen die men daarbij tegenkomt zijn divers van aard. Zo moet men in huis overeenstemming hebben over het afschaffen van de goodwill. Dat is niet altijd een vanzelfsprekende zaak. Daarnaast moet men een acceptabele manier van financiering overeenkomen. Ook dat blijkt niet gemakkelijk te zijn.

Thans lijkt het moment gekomen om ook op landelijk niveau eens goed naar de kwestie van de goodwill te kijken, naar de knelpunten en naar de mogelijkheden tot oplossing daarvan. Daartoe is overleg gestart met de betrokken landelijke koepels.

Ik hoop dat dit tot een heldere inbreng ten behoeve van het beleid van het volgende kabinet zal leiden.

11

*In welke concrete beleidsmaatregelen is in de afgelopen jaren tot uiting gekomen dat de bevordering van de doelmatigheid in het medisch handelen een belangrijk item is in het beleid voor de curatieve zorg?*

De concrete beleidsmaatregelen ten aanzien van de ontwikkeling en implementatie van richtlijnen en mijn beleid gericht op de kanteling van zorgprocessen zijn aan de orde geweest op het Algemeen Overleg over MTA en doelmatigheid van zorg, doelmatigheidsonderzoeken en het plan van aanpak naar aanleiding van de notitie «Gepaste zorg-2» op 25 september 1997 (TK 25 600 XVI, nr. 17). Ik verwijs u naar deze stukken.

12

*Wat is de stand van zaken ten aanzien van het project producttypering?*

Medio vorig jaar heeft de Stuurgroep Producttypering Ziekenhuiszorg een eindrapportage uitgebracht over de derde fase van het project. Deze fase had betrekking op de ontwikkeling van het project. Tegelijkertijd is gestart met fase 4, het operationaliseren van een systeem van producttypering en het afronden van het project. De Stuurgroep verwacht dat dit ultimo 1999 zijn beslag zal hebben gekregen. Volledigheidshalve wijs ik erop dat dit een ambitieus tijdschema is. Zie verder ook het antwoord onder vraag 25.

13

*Is aan het Cotg een uitvoeringstoets gevraagd waarin juridisch-technisch wordt bekeken of het binnen de WTG mogelijk is specialistenhonoraria geïntegreerd op te nemen in het ziekenhuisbudget? Wanneer is deze uitvoeringstoets gevraagd en wanneer wordt een uitkomst verwacht?*

Een uitvoeringstoets aan het Cotg over de modernisering van de bekostigingssystematiek voor ziekenhuiszorg is in voorbereiding. Dit naar aanleiding van het voorstel van de MDW-projectgroep ziekenhuiszorg. De projectgroep, die in het kader van het MDW-project het rapport «Het ziekenhuis, a human enterprise» heeft opgesteld, doet in bijlage VII van het rapport een prima voorstel om de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen inclusief de (geïntegreerde) medisch specialistische zorg, te moderniseren. De projectgroep pleit voor modernisering teneinde te bereiken dat meer prikkels voor doelmatigheid en onderhandelingsvrijheid voor partijen in het veld worden gecreëerd.

Voor de vraagstelling aan het Cotg is relevant de uitwerking die wordt gegeven aan het Convenant medisch-specialistische zorg dat de NVZ, de Orde van Medisch Specialisten en Zorgverzekeraars Nederland met elkaar zijn overeengekomen naar aanleiding van het wetsvoorstel integratie medisch-specialistische zorg. Op dit moment vindt nog overleg tussen partijen en de overheid plaats in het kader van een zogenaamd platform-overleg. De verwachting is dat het platformoverleg op dit punt dit voorjaar kan worden afgerond. Rekening houdend met de bevindingen van dit overleg zal ik vervolgens het Cotg om een uitvoeringstoets vragen.

14

*Lokaal wordt al gewerkt met meerjarenafspraken. Is het waar dat de voortgang wordt belemmerd doordat door VWS op te stellen voorwaarden niet worden afgerond?*

Nee; aanbieders en ziektekostenverzekeraars kunnen op grond van de WTG te allen tijde meerjarenafspraken maken, ook over de budgetten die op die betreffende jaren betrekking zou moeten hebben. Afgezien van landelijk generieke aanpassingen in verband met bij voorbeeld de loon- en prijsontwikkelingen, of een door de overheid opgelegde budgetkorting kan men dus voor meer jaren zekerheid verkrijgen over het beschikbare budget. Aan een vervolg op het experiment aanneemsommen – waarmee in de regio Zuidoost-Brabant wordt gewerkt – wil ik nog geen gehoor geven. De betrokken partijen hebben op 23 mei 1997 de overeenkomst getekend en gezien deze korte looptijd zijn nog geen betrouwbare gegevens beschikbaar. Voor een tussenrapportage omtrent dit experiment verwijs ik naar de beantwoording van vraag 22.

15

*Hoe is de daadwerkelijke ontwikkeling en het overheidsbeleid rond privéklinieken in te passen in het systeem van het wetsvoorstel Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (financieringstitel in plaats van verbodsbepaling)?*

Over de vraag op welke wijze de door mij gekozen aanpak van privé-klinieken door deze als ziekenhuisvoorziening op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) aan te wijzen, valt in te passen in het systeem van het wetsvoorstel Wet bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ) kan ik u op dit moment geen uitsluitel geven. Ik onderzoek thans of deze aanpak gevolgen heeft voor het in het wetsvoorstel WBZ geschetste systeem.

#### **CDA-fractie**

16

*Wat is het oordeel van het kabinet over de voortgang van de modernisering curatieve zorg en in hoeverre ligt de voortgang op schema?*

Zoals uit mijn voortgangsrapportage van 15 december aan uw Kamer blijkt, is een flink aantal stappen uit het Kabinetstandpunt Modernisering

curatieve zorg inmiddels gerealiseerd en daar liggen we aardig mee op schema. Dat daarvoor op onderdelen wat meer tijd nodig was dan in het oorspronkelijke actieprogramma was voorzien baart mij niet te veel zorgen; zolang de beweging maar duidelijk zichtbaar is en de goede kant op blijft gaan. De gezondheidszorg leent zich naar mijn smaak nu eenmaal beter voor evolutie dan voor revolutie.

Over de zaken die – vooral ook in de volgende Kabinetsperiode – in vervolg op wat al tot stand gebracht is nog gerealiseerd zullen moeten worden wil ik u nog voor het verkiezingsreces een overzicht toezenden.

17

*Wat is de laatste stand van zaken rond het overleg over een verdere herstructurering van de tarieven tussen de LHV en ZN?*

De LHV en ZN zijn nog in onderhandeling over de uitwerking van een aantal punten uit het rapport «Poortwachter in de praktijk». Deze onderhandelingen betreffen niet alleen de tariefstructuur maar ook enkele andere aspecten die van belang zijn voor de relatie tussen huisartsenzorg en zorgverzekeraars. Hierbij gaat het om de taakafbakening, het overeenkomstenstelsel, het betalingsverkeer, het informatiebeleid en de financiering van de regionale structuur voor deskundigheidsbevordering en ondersteuning van de huisartsen. Op bestuurlijk niveau wordt thans tussen LHV en ZN getracht om overeenstemming over een pakket van afspraken te bereiken.

18

*Zijn de uitkomsten van het programma Transmurale Zorg I bekend, geanalyseerd en van een beleidsreactie voorzien, alvorens het programma Transmurale Zorg II wordt geïmplementeerd? Is er al iets bekend over mogelijke knelpunten?*

Door de ZON zijn in juni 1997 uit de oorspronkelijk 41 voorstellen zeven transmurale projecten geselecteerd in het kader van het stimuleringsprogramma Medisch Curatieve Zorg/Transmurale Zorg I. Analyse van de gehonoreerde en niet-gehonoreerde projectvoorstellen laat het volgende beeld zien. Bij de gehonoreerde projectvoorstellen ligt de nadruk op het stimuleren van innovatief-wetenschappelijk onderzoek, dat veelal door universitaire onderzoeksinstituten wordt uitgevoerd. Ontwikkelings- en implementatieprojecten zijn minder aan bod gekomen. De zeven projecten hebben voornamelijk betrekking op de ontwikkeling en evaluatie van nieuwe transmurale projecten op het gebied van de curatieve zorg. Projecten op het terrein van de financieringsproblematiek, de wet- en regelgeving en de organisatorische aspecten van de transmurale zorg zijn niet gehonoreerd. De projecten zijn kort geleden gestart of gaan binnen afzienbare tijd van start en hebben een looptijd van twee jaar. Om een duidelijk beeld te krijgen van de resultaten moeten deze transmurale projecten eerst een periode functioneren voordat door middel van studies een gefundeerd oordeel kan worden gegeven. Dan zullen ook mogelijke knelpunten gezien worden.

Ter voorbereiding op het programmavoorstel Transmurale Zorg II heeft het Nivel op verzoek van de ZON een overzichtsstudie verricht naar transmurale zorgvoorzieningen in Nederland. Daarnaast heeft ZON in samenwerking met de NCCZ, NWO en het Platform Transmurale Zorg in februari 1997 een invitationale conference georganiseerd. Op basis hiervan zijn de onderzoeksvraagstellingen geïnventariseerd en is een eerste prioritering aangegeven.

Het programmavoorstel Transmurale Zorg II (thans in voorbereiding) is gebaseerd op de ervaringen die zijn opgedaan bij de aanbesteding van de eerste ronde van het programma MCZ/TZ, de resultaten van de invitationale conference en de Nivel-studie «transmurale zorg in Nederland». Bij



de beoordeling van de projectvoorstellen zal in deze tweede fase vooral prioriteit worden gegeven aan projecten, waarbij de nadruk ligt op ontwikkeling en implementatie van transmurale zorgvormen.

De opstelling van het programmavoorstel Transmurale Zorg II is vertraagd, doordat ik in oktober 1997 de ZON heb gevraagd om de uitvoering van het programma ziekenhuisverplaatste CVA-zorg over te nemen, waarvan de werkzaamheden eveneens worden uitgevoerd door de werkgroep transmurale zorg van de ZON. Naar verwachting wordt in dit voorjaar de besluitvorming over de te honoreren CVA-projecten afgerond.

19

*Wat is het oordeel van het kabinet over de werking in de praktijk van de regelingen van flexizorg?*

Uit het evaluatie-rapport van de Ziekenfondsraad van 27 november 1997 heb ik geconstateerd dat de zogenaamde flexizorgregeling slechts zeer beperkte werking heeft gehad. De oorzaak daarvan lag enerzijds in de werking van de budgetteringsmethodiek. Deze methodiek is per 1 januari 1998 aangepast, zodat de belemmeringen die daardoor werden veroorzaakt, tot oplossing komen. Anderzijds werden de problemen veroorzaakt door de goedkeuringsprocedure en de in het kader van de regeling gehanteerde beoordelingscriteria. Met Zorgverzekeraars Nederland is inmiddels overlegd over deze criteria. Ik verwacht de Kamer binnen afzienbare termijn te kunnen informeren over de uitkomsten van het overleg.

20

*Kan worden aangegeven wat exact wordt bedoeld met de zin: «Ook de inhaalslag op het gebied van de wachtlijsten heeft via de lokale initiatieven plaats gevonden»? Welke inhaalslag wordt concreet bedoeld? Hoe is een en ander bovendien te rijmen met de discussie over bedrijvenpoli's, privéklinieken en de dreiging van een tweedeling in de zorg?*

Wat precies bedoeld wordt met de zin «Ook ..... gevonden» verwijs ik naar het antwoord onder vraag 5.

In mijn notitie wachttijden en tweedeling heb ik onlangs (16 februari 1998) mijn standpunt omtrent bedrijvenpoli's en de dreigende tweedeling in de zorg naar de Kamer gestuurd. Hierin kwam naar voren dat ik tweedeling in de gezondheidszorg niet acceptabel vind. Bij de lokale initiatieven draait het echter om afspraken tussen het ziekenhuis, de medische staf en de zorgverzekeraar en niet om bedrijvenpoli's of privéklinieken. Daarnaast is bij de lokale initiatieven ook geen sprake van een dreigende tweedeling, omdat de zorg voor iedereen toegankelijk is.

21

*Wat zijn de (tussentijdse) resultaten van het experiment, waarbij een overstap is gemaakt van een stelsel van functiegerichte budgettering naar een meerjarenafpraak? Bestaat de bereidheid dit experiment uit te breiden naar de verzorgings- en verpleeghuissector? Zo neen, waarom niet?*

Het project, waarbij een overstap is gemaakt van een stelsel van functiegerichte budgettering naar een meerjarenafpraak (destijds «aanneemsom» genoemd), is gestart in de ziekenhuizen van de regio Zuidoost-Brabant. De ziekenhuizen zelf spreken van het ZBZ-project. Deze afkorting staat voor Zorgvernieuwing en Bekostiging Ziekenhuiszorg. Op 16 april 1997 heb ik partijen in het ZBZ-project formeel laten weten dat ik instem met hun voorstellen. Partijen hebben de ZBZ-overeenkomst getekend op 23 mei 1997. Gezien de nog vrij korte looptijd kunnen thans nog geen

definitieve resultaten van dit project worden aangegeven. Bij wijze van tussenrapportage heeft de regio mij als volgt bericht. Partijen hebben op zich genomen te werken aan drie belangrijke vormen van zorgvernieuwing, te weten wachtlijstbeheer, transparantie van het zorgaanbod, en vernieuwing van de zorg, zodanig dat met dezelfde middelen een groeiende zorgvraag in de regio kan worden opgevangen. Met betrekking tot het wachtlijstbeheer zijn inmiddels gegevens beschikbaar over de toegangs- en wachttijden van de kliniek, de dagbehandeling en de polikliniek. Deze gegevens zijn toegankelijk voor alle belanghebbenden en betrokkenen in de regio.

De ZBZ-partners zijn van mening dat de transparantie van het zorgaanbod kan worden verbeterd door aansluiting te zoeken bij de landelijke ontwikkeling van DBC's, waarvoor het Project producttypering ziekenhuiszorg in het leven is geroepen. Eén van de ziekenhuizen in de regio heeft meegedaan aan de pilotstudie, en binnenkort wordt de discussie afgerond welke ziekenhuizen aan het verbredingstraject van deze pilot zullen deelnemen.

Voor de vernieuwing van de zorg zijn alle ziekenhuizen in de regio gestart met het aangaan van samenwerkingsverbanden met huisartsen, verpleeghuizen, verzorgingstehuizen en thuiszorginstellingen, met als doel het verplaatsen van zorg van de ziekenhuizen naar andere zorgaanbieders, en het tegengaan van onnodige consumptie van ziekenhuiszorg. Als voorbeeld geeft de regio aan de zogenaamde «filtersprekuren». Daarin beoordelen specialisten samen met huisartsen patiënten in de huisartsenpraktijk of verwijzing naar een ziekenhuis nodig is.

Hierboven is reeds aangegeven dat de ziekenhuizen ook samenwerkingsverbanden aangaan met verzorgings- en verpleeghuizen. Een verdere, specifiek budgettaire uitbreiding naar deze sectoren lijkt mij, gezien de aard van het experiment, niet aangewezen.

22

*Bestaat de inschatting dat nog deze kabinetsperiode een oplossing tot stand kan worden gebracht voor de zgn. goodwillproblematiek? Welke knelpunten moeten hiertoe binnen welke termijn nog tot een oplossing worden gebracht?*

Zie antwoord vraag 10.

23

*In hoeverre wordt overwogen op korte termijn de Wet op de bijzondere medische verrichtingen in stelling te brengen? Wat is in dit verband de laatste ontwikkeling rondom de zgn. Genderkliniek voor geslachtsbepaling? Zijn er nog andere ongewenste ontwikkelingen die vragen om de inzet van bedoelde wet en zo ja, welke?*

De Wet op bijzondere medische verrichtingen is sedert medio november van het vorig jaar in werking. Op dat moment zijn alle regelingen en besluiten op grond van artikel 18 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen omgezet in regelingen en besluiten op grond van de artikelen 2, 5 en 6 van de WBMV. Thans zijn nieuwe planningsbesluiten op grond van de WBMV in voorbereiding voor de bijzondere medische verrichtingen IVF en orgaantransplantaties. Daarnaast is een wijziging van het besluit aanwijzing bijzondere verrichtingen en apparatuur in voorbereiding teneinde de vergunningverplichting voor dialyse op te heffen. Ook de regeling van de ontwikkelingsgeneeskunde – opgenomen in artikel 7 van de WBMV – is in de plaats van de regeling op grond van de Wet ziekenhuisvoorzieningen gekomen. Wat betreft artikel 8 van de WBMV dat het mogelijk maakt om bijzondere aspecten van medische verrichtingen te faciliteren, zijn thans regelingen in voorbereiding betreffende kenniscentra rond arbeidsgerelateerde aandoeningen en neuromodulatie. Wat betreft

de mogelijkheid van een algeheel tijdelijk verbod waartoe de WBMV in geval van spoedeisende redenen ook een regeling bevat, kan ik u melden dat een ontwerp-besluit op grond van artikel 3 van de WBMV houdende een verbod geslachtskeuze om niet-medische redenen bij de Raad van State ter advisering voorligt. Er zijn op dit moment geen voornemens om voor andere ontwikkelingen gebruik te maken van dit artikel 3.

24

*Welke obstakels bevinden zich op de weg richting de producttypering en op welke wijze zullen deze worden beslecht?*

In de afronding van fase 3, en bij de opmaat naar fase 4 hebben de drie koepelorganisaties NVZ, ZN en de Orde van Medisch Specialisten, die verantwoordelijk zijn voor het project, uitvoerig met elkaar overlegd over de voortgang van het project en over de bekostiging daarvan. De partijen wensten een subsidie van het ministerie van VWS te verkrijgen als bijdrage in de kosten van fase 4. In een in september 1997 gehouden bestuurlijk overleg hebben partijen overeenstemming bereikt over voortzetting van het project. Vervolgens heb ik de aan initiatiefnemers meegedeeld, dat ik bereid was aan het project over de jaren 1997, 1998 en 1999 een aanvullende subsidie van in totaal f 1 miljoen toe te kennen. Aangezien partijen ook tot afspraken konden komen over een verdeling van de bekostiging van de resterende kosten zijn naar mijn opvatting de financiële obstakels voor het welslagen van het project met behulp van mijn bijdrage geslecht.

Een tweede obstakel betrof het feit dat de opvattingen van de diverse Wetenschappelijke verenigingen van medisch specialisten en van de Stuurgroep producttypering niet altijd met elkaar overeenkomen. Dat heeft ertoe geleid dat het projectonderdeel «productgerichte registratie», waarvoor de medewerking van de individuele medisch specialisten van groot belang is, langer duurde dan oorspronkelijk voorzien was. Inmiddels kan worden gesteld dat er, onder meer door de inspanningen van de Orde van Medisch Specialisten, voortgang zit in het ontwikkelen van typering van DBC's (diagnose/behandelingscombinaties, de wijze van producttypering, die door het project wordt voorgestaan).

Als laatste punt kan worden genoemd de onzekerheid die er heeft bestaan over de mogelijkheden producttypering toe te passen in de bekostiging van de ziekenhuiszorg en de medisch specialistische hulp, in samenhang met de ontwikkelingen in de verzekeraarsbudgettering. Met mijn brief van 28 januari 1998 heb ik u de rapportage van de MDW-projectgroep, getiteld «Het ziekenhuis; a human enterprise?» toegezonden. In bijlage VII van dit rapport wordt onder ad 4 (de productiegebonden component) de suggestie gedaan dat ziekenhuizen en zorgverzekeraars afspraken met elkaar maken over productievolume, zoveel mogelijk op basis van zorgproducten/DBC's. Op die wijze zou het project producttypering ziekenhuiszorg concreet kunnen worden geïmplementeerd. In mijn brief van 28 januari 1998 heb ik reeds aangegeven dat het kabinet zijn standpunt over het MDW-rapport zal bepalen, zo spoedig mogelijk na afronding van de werkzaamheden van de vervolgwerggroep. Ik concludeer dat het project producttypering thans zonder obstakels voort gaat.

25

*Kan worden bevestigd dat onlangs door het kabinet is benadrukt dat de regiovisie qua status nooit meer kan zijn dan een dringend advies, en het uiteindelijk de rijksoverheid is die verantwoordelijk is en blijft voor de allocatie van de (premie)middelen?*

Het begrip regiovisie krijgt definitieve wettelijke basis in het wetsvoorstel Bouwbeheersing zorgvoorzieningen (WBZ). De regiovisie is gericht op het

aanbrengen van samenhang in de gewenste ontwikkelingen op de verschillende terreinen van zorg binnen de regio. Hiertoe worden in de regiovisie relaties gelegd tussen de verschillende sectoren van zorg, zodat een voor de regio afgestemd totaalbeeld van gewenste zorgontwikkelingen ontstaat.

De regiovisie moet worden gezien als resultaat van overleg en heeft de status van een advies aan de Minister. Aan de regiovisie (of het ontbreken daarvan) worden geen rechtsgevolgen verbonden. Het instrument regiovisie brengt geen wijzigingen in de bestaande verantwoordelijkheden voor allocatie van de (premie)middelen.

### **VVD-fractie**

26

*Kan worden aangegeven of bij huisartsen interesse is voor het van start laten gaan in 1998 van experimenten op het gebied van de honoreringsstructuur, respectievelijk aansluiting van de huisartsen bij bestaande lokale initiatieven?*

Op dit moment wordt besprekingen gevoerd met twee potentiële initiatieven voor een experiment op het gebied van de honoreringsstructuur voor huisartsen. Het gaat om een mogelijk initiatief in Velsen en in het gebied Groot-Gelre (zie ook antwoord op vraag 4). De verwachting is dat zich in de komende tijd nog meer gegadigden voor een honoreringsexperiment zullen melden. Er bestaat dus interesse bij huisartsen en verzekeraars voor het opzetten van een honoreringsexperiment. Over de omvang en de mate waarin er interesse is bij huisartsen zal in de komende tijd meer duidelijkheid ontstaan, omdat ik inmiddels mondeling de LHV op de hoogte heb gebracht van de mogelijkheid om verzoeken in te dienen bij het ministerie van VWS ter facilitering van het opzetten en implementeren van lokale honoreringsexperimenten.

27

*Kan reeds nu een trend worden aangegeven als resultaat van de verschillende studies ten aanzien van transmurale zorg? Zo ja, welke?*

Zie antwoord vraag 19.

28

*Kan nog eens de positieve bejegening ten aanzien van gezondheidscentra in relatie tot de ervaringen (promotie-onderzoek) van het EVA-project worden uiteengezet?*

Uit de ervaringen van het EVA-project valt af te leiden dat een aantal zaken bij dat project niet goed van de grond is gekomen, zoals de centrale plannings, één integraal kader voor de hele Almeerse gezondheidszorg. Niettemin is er op dit moment een aantal ontwikkelingen gaande waarin gezondheidscentra opnieuw een belangrijke rol kunnen gaan spelen. De tijd is er nu denk ik, meer dan een aantal jaren geleden, rijp voor. Uit recent onderzoek van het Nivel (december 1996) is bovendien gebleken dat de samenwerking in gezondheidscentra zich vertaalt in kwaliteit. Als gekeken wordt naar de kwaliteitskenmerken van de Landelijke Vereniging voor Gezondheidscentra (LVG) blijken de gezondheidscentra een meerwaarde te hebben ten opzichte van de monodisciplinaire samenwerking tussen huisartsen. In gezondheidscentra werken hulpverleners systematisch met elkaar samen. Zij voeren bijvoorbeeld vaak overleg over patiënten, maken afspraken over veel voorkomende problematiek en besteden veel aandacht aan zaken als nascholing, toetsing en evaluaties.

Een ander punt is dat huisartsen in gezondheidscentra minder verwijzen dan huisartsen buiten centra. Het minder verwijzen kan verklaard worden door de samenwerking van huisartsen in een centrum. Huisartsen kunnen elkaar eenvoudiger raadplegen als ze twijfelen over de behandeling van een patiënt. Binnen een centrum kunnen huisartsen zich specialiseren in verschillende specifieke klachten van patiënten. Verwijzing voor een behandeling in de tweede lijn kan dan vaak worden voorkomen. In grote steden kunnen gezondheidscentra een belangrijke rol vervullen. Dat geldt in het bijzonder voor de gezondheidszorg in achterstandswijken. De samenhang, samenwerking en continuïteit die in het algemeen in de zorg nodig is, komt hier soms minder voor dan elders.

Op dit moment wordt het belang van een samenhangend zorgaanbod breed erkend. Een goed voorbeeld vormen de ontwikkelingen in de thuiszorg, zoals staatssecretaris Terpstra en ik in de notitie «Thuiszorg en Zorg Thuis; kansen voor de toekomst» hebben beschreven (mei 1997). Mensen zullen zorg steeds vaker thuis ontvangen in plaats van in een verzorgingshuis, een verpleeghuis of een andere instelling. Gezondheidscentra kunnen hierin een belangrijke rol spelen. In een lokaal of regionaal gezondheidscentrum draait het immers om het leveren van samenhangende zorg, zorg vanuit meerdere disciplines: huisarts, doktersassistente, maatschappelijk werker, wijkverpleegkundige en in veel situaties ook andere disciplines zoals fysiotherapeuten, apotheker, verloskundige, diëtist en psycholoog werken in een gemeenschappelijk gebouw nauw samen.

Lokale en regionale zorgcentra kunnen door de ontwikkelingen in de thuiszorg een steeds grotere rol krijgen. Hierbij kunnen huisartsen werkzaam in gezondheidscentra in de toekomst gaan functioneren als regisseurs van de zorg in de wijk. De huisarts heeft immers een belangrijke rol bij de zorgverlening aan zowel chronische patiënten die thuis verblijven als aan patiënten die voor herstel terugkeren uit het ziekenhuis.

29

*Kan worden aangegeven of en hoe, naast overleg over financiële zaken, kwaliteit en doelmatigheid, in de lokale initiatieven ook het wel of niet bereiken van deze doelstellingen is gemeten?*

Voor de lokale experimenten – de 5 «voorlopers» van de lokale initiatieven is via de Ziekenfondsraad geld voor onderzoek beschikbaar gesteld. Dit uitgebreide onderzoek naar de effecten van de lokale experimenten bevat een nul- en eindmeting. De resultaten verwacht ik in dit voorjaar. Na deze experimenten zijn tal van lokale initiatieven ontstaan. Bij de start daarvan is als voorwaarde gesteld dat de betrokken partijen bij de overeenkomst ook kwaliteit- en doelmatigheidsprojecten overeen dienen te komen. De bedoeling hiervan was de lokale initiatieven op deze wijze te stimuleren om op lokaal niveau actief na te denken omtrent kwaliteit en doelmatigheid. Dus over meer dan alleen de budgetafspraken. Ik wil de verantwoordelijkheid omtrent deze projecten ook primair leggen bij de lokale initiatieven. De overheid heeft hierin een stimulerende taak. Het stimulerende ligt erin dat men door «rust aan het inkomensfront» de gelegenheid heeft zich ook op andere belangrijke zaken te richten. Tevens is het zo dat doelmatigheidswinst binnen het lokaal initiatief behouden kan worden voor inzet binnen het eigen initiatief.

30

*Kan worden aangegeven hoeveel specialisten medische specialistische zorg verlenen die op geen enkele wijze gebruik maken van ziekenhuisfaciliteiten?*

Van het aantal medisch-specialisten dat helemaal niet aan een ziekenhuis verbonden is, is – van oudsher – weinig informatie voorhanden.

De informatie die ik tot mijn beschikking heb is dat het aantal intramuraal werkende specialisten in 1996 volgens het NZi 10 000 bedraagt. In het totaal waren toen circa 13 000 specialisten geregistreerd, dus berekend kan worden dat ongeveer 3000 van de geregistreerde specialisten niet intramuraal werken. Dit aantal van 3000 omvat specialisten die niet (meer) als specialist werkzaam zijn, die een ander beroep uitoefenen, die extramuraal werkzaam zijn – incl. vrijgevestigde extramurale psychiaters – of in een privékliniek werkzaam zijn.

31

*Kan worden aangegeven of het bij één experiment meerjarenafpraak blijft in Zuidoost-Brabant, of dat meerdere ziekenhuizen mogen intekenen?*

Met een brief van 30 september 1997 heb ik aan initiatiefnemers bericht dat het experiment aanneemsommen, waarmee de regio Zuidoost-Brabant begin vorig jaar is gestart, niet verder in die vorm zal worden gecontinueerd, behoudens bij een enkel ziekenhuis, waarmee de besprekingen over toekenning van een experiment destijds reeds in een gevorderd stadium waren.

Bij de beantwoording van vraag 15 en 22 ben ik al ingegaan op enige aspecten van dit onderwerp.

32

*Kunnen meer gedetailleerde mededelingen worden gedaan over het mogelijk faciliteren van het afschaffen van de goodwill op lokaal niveau?*

Zie antwoord vraag 10.

33

*Kan een tijdpad worden aangegeven voor de uitvoeringstoets Cotg over bekostiging van ziekenhuizen alsmede de mogelijke opheffing van de bevrozing van specialistenplaatsen?*

Het verzoek om een uitvoeringstoets aan het Cotg over de modernisering van de bekostigingssystematiek van ziekenhuizen is geen eenvoudig verzoek. Met de uitvoeringstoets zal de nodige tijd gemoeid zijn. Het is de bedoeling het Cotg eerst een reactie op hoofdlijnen te vragen. Op basis van die eerste reactie kan vervolgens een precisering van de vraagstelling plaatsvinden.

Ik ben niet van plan om het Cotg een uitvoeringstoets te vragen over de mogelijke opheffing van de bevrozing van het aantal specialistenplaatsen. Ter toelichting en ter informatie over de bevrozing van de specialistenplaatsen het volgende. Op 17 november 1997 heeft het Cotg de richtlijn capaciteitswijzigingen vastgesteld. Deze richtlijn zou het lokale overleg de mogelijkheid geven om productieafspraken te maken in aantallen specialistenplaatsen en bedden per 1 januari 1998. Ik heb tegen deze richtlijn bezwaar gemaakt hetgeen wil zeggen dat de richtlijn is afgekeurd. Daarbij speelde een rol dat eerst de ziekenfondsen nog verdergaand risicodragend moeten worden. Daarnaast zie ik meer in een investering in de modernisering van de bekostiging van ziekenhuiszorg en medische specialistische hulp dan in terugkeer naar het oude systeem van capaciteitswijzigingen.

Ten aanzien van de verzekeraarsbudgettering geldt dat daar niet de voortgang is gemaakt die eerder werd verwacht. Het is om die reden dat ik het niet wenselijk acht dat bevoegdheden naar het veld worden verlegd zonder dat gelijktijdig de financiële verantwoordelijkheid van het veld wordt versterkt.

Inmiddels heeft het Cotg een nieuwe richtlijn (met ingang van 1 januari 1998 beleidsregel geheten) capaciteitswijzigingen vastgesteld die ik heb

goedgekeurd. Op grond van deze beleidsregel blijft de bevrozing van de capaciteitsmutaties instand met dien verstande dat de reeds in 1997 voor bijzondere functies gemaakte uitzondering wordt voortgezet en dat in aanvulling daarop de bevrozing met ingang van 1998 niet van toepassing is op de orthopedie en oogheelkunde.

Bij de modernisering van de bekostiging van ziekenhuiszorg en medisch specialistische hulp geldt dat in mijn perspectief niet wordt voorzien in een budgetcomponent waarvan de omvang wordt bepaald door lokale afspraken over aantallen specialistenplaatsen en -bedden.

34

*Waarop is de veronderstelling gebaseerd dat elk gebouw gedurende een levensduur van 40 jaar eenmaal wordt gerenoveerd, in het perspectief o.a. van aanbod naar vraaggerichte zorg?*

Dat een gebouw na 20 à 25 jaar aan een stevige technische update toe is, is een gegeven. Zaken als riolering, electriciteitsleidingen en luchtbehandelingsapparatuur zijn na zo'n periode aan het einde van hun levensduur, en moeten dus vervangen worden. Dat betekent voor een ziekenhuis een ingrijpende renovatie. Daarbij worden gewoonlijk direct andere aanpassingen doorgevoerd, zoals bijvoorbeeld wijzigingen die gewenst zijn vanwege de verschuiving van klinische naar poliklinische activiteiten in het ziekenhuis.

Naast een grootschalige renovatie halverwege de levensduur van het ziekenhuis voeren ziekenhuizen regelmatig kleinere aanpassingen in het gebouw door. Enerzijds is dit nodig vanwege goed onderhoud van de infrastructuur. Anderzijds speelt men daarmee in op ontwikkelingen in de zorgvraag en het zorgaanbod; het gebouw moet «up to date» blijven.

35

*Hoe hoog is de tegemoetkoming die nog voor 2 jaar wordt gegeven aan het project Diagnose Behandelcombinaties?*

Bij brief van 19 december 1997 heb ik aan het Project Producttypering Ziekenhuiszorg, welk project ten doel heeft op basis van diagnose/behandelingscombinaties de door de ziekenhuizen en medisch specialisten geleverde ziekenhuiszorg te definiëren, voor het jaar 1997 een subsidie toegekend van f 300 000,-. Daarbij heb ik mij bereid verklaard mij sterk te maken om over de jaren 1998 en 1999 in totaal nog eens een bedrag van maximaal f 700 000,- te subsidiëren. Dit is tezamen een subsidie van f 1 miljoen. Zie ook vraag 25.

36

*Wordt bij de beleidsmaatregelen t.a.v. de WTZ ook de mogelijkheid betrokken om niet alle particuliere verzekerden van 65 en ouder voor de WTZ in aanmerking te laten komen?*

Nee. Overigens teken ik hierbij aan dat naar mijn mening een inhoudelijke discussie over de beleidsmaatregelen ten aanzien van de WTZ het beste kan worden gevoerd tijdens behandeling in de Tweede Kamer van het wetsvoorstel WTZ 1998.

**Vragen van de VVD-fractie over de brief van de minister van 22 januari 1998 over de voortgang naar aanleiding van het rapport «Poortwachter in de praktijk»**

1

*Kan inzicht worden gegeven in de feitelijke situatie van de aanwezigheid van het basisaanbod huisartsenzorg over Nederland?*

Over het algemeen kan worden gesteld dat in het hele land de huisartsenzorg voor het basisaanbod voldoende beschikbaar en toegankelijk is. Enkele jaren geleden waren er knelpunten in de verlening van huisartsenzorg in de achterstandswijken en in de opvangcentra voor asielzoekers. Zoals in de voortgangsrapportage gemeld is op beide terreinen door middel van de inzet van extra financiële middelen, samenwerking met de GGD en andere hulpverleners en de oprichting van een huisartsenpool voor ondersteuning van huisartsengroepen bij asielzoekerscentra het basisaanbod van huisartsenzorg beduidend verbeterd.

2

*Kan inhoudelijke en financiële informatie worden gegeven over de experimenten met extra praktijkondersteuning?*

Op lokaal niveau zijn er enkele experimenten gestart onder auspiciën van de LHV. De LHV zal mij nog nader informeren omtrent de stand van zaken en de eerste resultaten van deze experimenten.

3

*Wordt bij de programmatische griepvaccinatie ook systematisch bijgehouden wat de mogelijke negatieve bijwerkingen kunnen zijn? Zo nee, waarom niet?*

T.a.v. de vraag naar het bijhouden van bijwerkingen bij de programmatische griepvaccinatie bericht ik u dat de Gezondheidsraad mij jaarlijks adviseert over de vaccinatie tegen influenza. De Gezondheidsraad gaat in op «bijwerkingen en contra-indicaties» en stelt, mede op basis van onderzoek: «Lokale reacties, meestal licht in de vorm van pijn, roodheid en zwelling kunnen optreden. Algemene bijwerkingen (lusteloosheid, hoofdpijn, temperatuurverhoging) komen zelden voor en zijn in de regel mild van aard».

Het griepvaccin is een geneesmiddel, dat door het College ter beoordeling van geneesmiddelen (CBG) of door het Europees Bureau voor de beoordeling van geneesmiddelen (in Londen) moet worden beoordeeld voordat een handelsvergunning wordt afgegeven en het middel tot de markt wordt toegelaten. Bij deze beoordeling komen de bijwerkingen van geneesmiddelen uitgebreid aan bod. Na de toelating tot de markt treedt, evenals bij andere geneesmiddelen, het systeem van geneesmiddelenbewaking in werking. Dit systeem houdt in dat artsen en apothekers al dan niet via de stichting Lareb (Landelijke registratie en evaluatie bijwerkingen), aan het CBG of de registratiehouder bijwerkingen melden. Door het CBG en de registratiehouder worden de bijwerkingen geëvalueerd. Op grond van de bekende bijwerkingen kunnen, in relatie tot de ernst van de bijwerkingen maatregelen worden genomen, tot en met doorhaling van de registratie en een terugroep van het geneesmiddel.