

Vergaderjaar 1997–1998

23 619

Curatieve zorg

Nr. 16

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 28 mei 1998

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 15 april 1998 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over:

- **de brieven van 15 december 1997 en 12 maart 1998 over de voortgangsrapportage modernisering curatieve zorg (23 619, nrs. 11 en 13);**
- **de brief van 13 maart 1998 inzake de evaluatie beperkende maatregel fysiotherapie en oefentherapie (VWS-98-434).**

Van het gevoerde overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Kamp** (VVD) las in de antwoorden in stuk nummer 13 dat de minister voor de uitvoeringstoets die zij aan het COTG voorlegt, als leidraad neemt de bijlage van het MDW-rapport Het ziekenhuis ontketend. Er is echter geen kabinetsstandpunt over dit rapport.

Uit de antwoorden blijkt dat de Kamer nog voor de verkiezingen van 6 mei het rapport van de MDW-werkgroep krijgt en ook een nota over nog te nemen stappen. Komen deze er nog?

Mevrouw Kamp herinnerde eraan dat tijdens de behandeling in de Tweede Kamer van het voorstel van wet integratie medisch specialisten (WIMS) is gesproken over de goodwill. Zowel toen als in de schriftelijke antwoorden sprak de minister de bereidheid tot overleg met de betrokkenen uit. Wat is de stand van zaken?

Ten slotte refereerde mevrouw Kamp aan het geval van iemand uit een risicogroep die sterke bijverschijnselen van een griepvaccinatie kreeg die niet bekend waren. Zij vroeg de minister naar de landelijke registratie en de evaluatie van dit soort bijwerkingen. Het is immers mogelijk dat bij een bepaald ziektebeeld de risico's van de bijwerkingen groter zijn dan het nut van de griepvaccinatie.

De heer **Lansink** (CDA) dankte de minister voor de beantwoording op het grote aantal vragen over de curatieve zorg. Hij betreunde het echter dat er in vijf jaar zo weinig voortgang is geboekt in het proces naar het geïntegreerd medisch-specialistisch bedrijf, bijvoorbeeld op het punt van de

¹ 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 Boxtel (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), Koenders (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).

goodwill en de honorariumstructuur. Hij noemde het een understatement dat in het antwoord op vraag 16 staat dat er bij de modernisering van de curatieve zorg op onderdelen meer tijd nodig was; het gaat immers om het geheel. Tijdens de behandeling van het desbetreffende wetsvoorstel had mevrouw Kamp voor een invoeringswet gepleit. De heer Lansink had zich destijds hiertegen verzet, maar erkende nu dat met een invoeringswet de zaak meer in samenhang had kunnen worden bekeken. Hij vond de voortgang teleurstellend; het wetsvoorstel is zelfs nog niet door de Eerste Kamer behandeld.

Vervolgens vroeg de heer Lansink waarom de regels voor bijzondere medische verrichtingen, bijvoorbeeld in de Genderkliniek, zo lang uitblijven, terwijl hiervoor een groot draagvlak in de Kamer bestaat. De heldere uitspraak over de regiovisie in het antwoord op vraag 25 stelde hij zeer op prijs. Hij vroeg zich echter af of dit standpunt te handhaven is in het licht van de maatschappelijke ontwikkelingen.

Dat de verzekeraarsbudgettering nog steeds niet tot stand is gebracht, verplicht volgens de heer Lansink tot een grotere inspanning. Wil de minister deze leveren?

De heer Lansink vroeg zich af of de tijdelijke subsidieregeling voor de ziekenfondsverzekering ten behoeve van flexizorg overbodig is. Uit de stukken blijkt immers dat er van het gereserveerde bedrag van 390 mln. slechts 80 mln. is gedeclareerd. Hij meende dat er te laat actie voor was ondernomen bij de Ziekenfondsraad en dat ook de wettelijke afgrenzing te laat komt. Wat gebeurt er nu met het gereserveerde bedrag?

De heer Lansink was graag in dit overleg ingegaan op de brief van de minister over de geneesmiddelen, maar de commissie heeft besloten tot een latere behandeling ervan.

Hij herinnerde eraan dat zijn fractie zich tegen de beperkende maatregel voor fysiotherapie had verzet. De evaluatie waarom de Kamer bij de invoering ervan had gevraagd, was toegezegd voor het einde van deze kabinetsperiode, maar de Ziekenfondsraad is hiertoe helaas niet in staat gebleken.

De heer Lansink zei niet te kunnen beoordelen of het Amsterdamse dienstenmodel navolging verdient, want uit de brief van de minister blijkt dat een tussentijdse rapportage niet representatief is. Hoewel hij goede kanten aan het Amsterdamse model zag, achtte hij het mogelijk niet breder toepasbaar door de te scherpe de voorwaarden.

De heer Lansink maakte er in het algemeen bezwaar tegen dat er nogal wat zaken worden doorgeschoven naar het volgende regeerakkoord. Hierdoor lijkt het erop dat het deel van de Kamer dat daarbij niet betrokken is, er niet toe doet. De hele Kamer is echter verantwoordelijk voor de controle, zeker op toezeggingen die niet nagekomen worden, door welke omstandigheden dan ook.

Ook de heer **Oudkerk** (PvdA) dankte de minister voor de uitvoerige antwoorden op de schriftelijke vragen.

In het antwoord op vraag 2 schrijft de minister, de Kamer nog voor het verkiezingsreces een overzicht te zullen sturen van datgene wat in deze of de volgende kabinetsperiode tot stand wordt gebracht op het punt van de integratie van de medisch-specialistische zorg. Hoe staat het hiermee?

De heer Oudkerk las in het antwoord op vraag 9 dat men binnen een ziekenhuis de mogelijkheid heeft, alleen specialisten in dienstverband of alleen specialisten in het vrije beroep aan te trekken. Formeel is er inderdaad een vrije keuze, maar de vraag is of dit materieel ook het geval is. Voor het budget van een ziekenhuis gaat het inderdaad alleen om het totale aantal specialisten dat er werkzaam is. Het COTG gaat er bij het vaststellen van het budget van uit dat per specialisme alle specialisten in loondienst zijn dan wel een vrij beroep uitoefenen. De kosten van een specialist in loondienst moet een ziekenhuis echter weer zien terug te krijgen van een verzekeraar. Het ziekenhuis loopt dus het risico dat het

verlies maakt op een specialist in loondienst. Hij gaf hierbij het voorbeeld van een maatschap van anesthesisten, die elke verrichting via het ziekenhuis bij de verzekeraar kunnen declareren. Zij nemen een intensivist in dienst, die voornamelijk op de intensive care verrichtingen doet. Doordat deze nauwelijks declarabel zijn, verdient deze intensivist zijn loon niet terug, terwijl de anesthesisten tegelijkertijd de lucratieve verrichtingen doen. Het risico bestaat dus dat een ziekenhuis een specialist niet in loondienst wil nemen, ook als deze het zelf wel wil.

De heer Oudkerk herinnerde eraan dat bij de huisartsen een verlaging van de tarieven is gebruikt om de goodwill af te kopen en dat de huisartsen hierover in het algemeen tevreden waren. Is dit ook een mogelijkheid bij de medisch specialisten? Het antwoord op deze vraag is ook van belang voor de keuze tussen vrij beroep en loondienst. Heeft de rijksoverheid overigens in het geval van de huisartsen een financiële bijdrage geleverd? De heer Oudkerk zei nog steeds vierkant achter de WIMS te staan, die in de Tweede Kamer is aangenomen en nu bij de Eerste Kamer in behandeling is. Uit reacties van juristen is hem echter gebleken dat er sprake is van conflicterende wetgeving. Op grond van het wetsvoorstel hebben ziekenhuizen een prestatieplicht en een declaratierecht. Het Burgerlijk Wetboek en de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO) bepalen echter dat de medisch specialist een declaratierecht heeft. Kan een specialist betaling van een WTZ-verzekerde of ziekenfonds-verzekerde voor een verrichting verlangen terwijl deze verzekerde als gevolg van het wetsvoorstel geen recht op restitutie heeft? Of is de interpretatie dat het ziekenhuis een declaratierecht bij de verzekeraar heeft en de specialist alleen een declaratierecht bij het ziekenhuis? In dit geval heeft het ziekenhuis zowel een declaratierecht als een invorderingsrecht. Hoe verhoudt dit zich met de uitoefening van het vrije beroep?

De heer **Lansink** (CDA) wees erop dat de mogelijkheid van strijdige wetgeving tijdens de behandeling van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer aan de orde is geweest. Met deze opmerkingen lokt de heer Oudkerk een verzoek van de Eerste Kamer om een novelle uit en steunt hij de tegenstanders van het wetsvoorstel.

De heer **Oudkerk** (PvdA) had alleen de bedoeling, een probleem op een goede manier op te lossen. Het leek hem beter, de WGBO aan te passen. Hem was uit de reacties die de medisch specialisten, de ziekenhuizen en de verzekeraars hebben gegeven op de aanvaarding van het wetsvoorstel in de Tweede Kamer, overigens niets van kwade wil gebleken. Het wetsvoorstel moet leiden tot integratie van ziekenhuizen en verzekeraars en vervolgens is een integratie van ziekenhuizen en medisch specialisten nodig. In de nota Modernisering curatieve zorg schrijft de minister immers dat er ten eerste gestreefd moet worden naar een eenvoudige financiële relatie tussen de verzekeraar en het ziekenhuis nieuwe stijl en dat er ten tweede moet worden voorzien in een heldere financiële relatie tussen het ziekenhuis en de individuele medisch specialisten.

In de medewerkersovereenkomst kan worden opgenomen dat de specialist voor ziekenfondsverzekerden alleen bij het ziekenhuis declareert. De heer Oudkerk vroeg zich af wat er gebeurt als een specialist dit weigert of gebruik maakt van artikel 8, eerste lid, onder c, waarin staat dat er aanspraak is op medisch-specialistische zorg die niet wordt verleend door of vanwege een ziekenhuis of samenwerkingsverband. Als een specialist geen overeenkomst met een ziekenhuis sluit, kan hij dus wel zorg verlenen aan patiënten. Dit kan voor ziekenfondsverzekerden worden geregeld via de overeenkomsten, maar voor particulier verzekerden niet. Het zou een oplossing zijn als alle medisch specialisten op vrijwillige basis een prestatieovereenkomst met een ziekenhuis zouden afsluiten. Hierin moet staan welke bijdrage de medisch specialist levert aan de tussen het ziekenhuis en de zorgverzekeraar gemaakte afspraken en op welke manier

het ziekenhuis de medisch specialist hiervoor betaalt. Dan zijn de problemen met het veiligstellen van de aanspraken van verzekerden opgelost die mogelijk door conflicterende wetgeving ontstaan. Bovendien nemen specialist en ziekenhuis dan samen de geïntegreerde medisch-specialistische zorg ter hand, wat de zorginhoudelijke kern was van de voorstellen van de commissie-Biesheuvel.

Naar aanleiding van een opmerking van de heer Van Boxtel beaamde de heer Oudkerk dat een aantal ziekenhuizen dit alles al goed geregeld heeft. Helaas zijn er altijd ziekenhuizen die het niet goed willen of kunnen regelen. Hij vroeg de minister naar de resultaten van het klavervieroverleg met de specialisten, de ziekenhuizen en de zorgverzekeraars op dit punt. Als de samenwerking tussen ziekenhuizen en medisch specialisten niet op vrijwillige basis totstandkomt, moet er een wettelijke regeling komen om de declaratiestroom om te bouwen. Het kabinet beschouwt immers de integratie van bekostigingsstromen als voorwaarde voor financiering op basis van productprijzen. Als door het declaratierecht van de ziekenhuizen en de prestatieovereenkomst het vrije beroep in gevaar komt, moet er maar een fiscale uitzonderingspositie voor specialisten gecreëerd worden. In ieder geval zal de tweede stap moeten worden gezet.

De heer Oudkerk herinnerde eraan dat de 3%-regeling voor de flexizorg is ingesteld omdat de verzekeraars om meer ruimte hadden gevraagd. Hoewel zij vaak uitspreken dat dit te weinig is, is er van het gereserveerde bedrag van 390 mln. slechts 80 mln. gedeclareerd. De verzekeraars vinden kennelijk dat aan de regeling te veel voorwaarden zijn verbonden, maar dan nog zou het goed zijn als zij projecten zouden indienen. De Kamer heeft in dit verband een motie aangenomen over de behandeling van CVA-patiënten. Volgens de stichting CVA heeft de minister geen reactie gegeven op het voorstel, budgettairneutraal een betere CVA-zorg tot stand te brengen. Waarom is hiervoor nog geen toestemming gegeven?

De heer Oudkerk verklaarde vervolgens dat hij in 1996 weliswaar akkoord is gegaan met de huidige regeling voor fysiotherapie, maar dat hij deze toen al als overgangsmaatregel beschouwde. Fysiotherapie zou op indicatie moeten worden vergoed en niet op grond van een systematiek van negen plus negen behandelingen. Hij complimenteerde de minister ermee dat zij het experiment in Amsterdam op dit gebied direct heeft toegestaan. Uit een evaluatie ervan blijkt dat de zorg beter is afgestemd op de individuele vraag van de patiënten en sneller wordt gegeven. Hij complimenteerde de Amsterdamse fysiotherapeuten ermee dat zij met dit dienstenmodel een extra besparing van 6 mln. hebben behaald en de verzekeraars en huisartsen meer inzicht hebben gegeven in hun werkwijze. Ook leidde het experiment tot minder bureaucratie. Een soortgelijk model als het Amsterdamse verdient dan ook navolging. De heer Oudkerk formuleerde hiervoor de volgende voorwaarden. Met een algemene maatregel van bestuur moet het Verstrekkingenbesluit worden aangepast. Overeenstemming over inhoud en omvang tussen de regionale beroepsvereniging en de regionale marktleider van de zorgverzekeraars is absoluut noodzakelijk. De financiële risico's moeten afgedekt zijn; de regeling mag dus geen open einde hebben. De regionale verzekeraar moet een aanvullende verzekering bieden om zo'n dienstenmodel te realiseren, en vooraf een opbrengst garanderen ten behoeve van het financieel overzicht zorg. De heer Oudkerk zag een mogelijk probleem met de regelgeving over mededinging, maar had van deskundigen begrepen dat er op inhoudelijke gronden vrijstelling kan worden verkregen.

De heer **Rijpstra** (VVD) sloot zich aan bij de vragen van de heer Oudkerk over de fysiotherapie. In de brief staat dat de evaluatie van het experiment in september wordt afgerond. Kan dit versneld worden? Hij kon zich goed vinden in de werkwijze in Amsterdam, met afspraken tussen de verzekeraars en de beroepsgroep over doelmatige zorg binnen een afgesproken

budget. In de regio Amsterdam zijn 490 000 mensen verzekerd, van wie 88% aanvullend is verzekerd. Het is de vraag of zo'n model toepasbaar is in delen van het land waar deze aantallen veel kleiner zijn. Zijn er in andere regio's wellicht vergelijkbare experimenten mogelijk?

De heer **Van Boxtel** (D66) sloot zich aan bij de vragen over de goodwill. De minister heeft enkele maanden geleden in een algemeen overleg de bereidheid uitgesproken om een actieve rol hierin te vervullen en eventueel financieel faciliterend op te treden. Wat is er sindsdien gebeurd? De heer Van Boxtel herinnerde eraan dat de minister in hetzelfde overleg had toegezegd, met het COTG te zullen overleggen over de parameters voor de bekostigingssystematiek, waarvan sommige ziekenhuizen nadeel ondervinden. Er was de Kamer ook een inventarisatie van de parameters toegezegd, maar hij had niet meer ontvangen dan een overzicht van de paramedische beroepen. Hij had begrepen dat het kabinet de Kamer op grond van het advies aan het COTG verder zal informeren in het licht van de komende kabinetsformatie. Het is inderdaad cruciaal dat er voor de formatie duidelijkheid komt over mogelijke modernisering van de parameters.

De heer Van Boxtel zei een groot voorstander van meer flexibiliteit te zijn, juist om in een komende periode naar meer regionale budgettering toe te werken. Hij sprak dan ook zijn verontwaardiging erover uit dat van de 390 mln. voor flexizorg slechts 80 mln. besteed is. De verzekeraars hadden om veel meer ruimte voor flexibiliteit gevraagd, maar hebben er uiteindelijk niets mee gedaan. Wat is er met de rest van het geld gebeurd? Wat is het uitgangspunt van de minister bij het advies dat zij de Ziekenfondsraad in dit verband zal vragen? Uit het verslag van de Ziekenfondsraad blijkt dat er plannen zijn afgewezen omdat zij slechts verstrekkingen aan één patiënt betroffen dan wel geen toegevoegde waarde hadden.

Zorgverzekeraars hebben erkend dat hun aanvragen voor flexizorg veelal projecten zijn die al lopen en die worden gefinancierd uit de reserves van de aanvullende verzekering dan wel uit grijze productieafspraken. Er is dus geen sprake van zorgvernieuwing, maar van een poging om de eigen reserves veilig te stellen. Op de grijze productieafspraken heeft de Kamer al helemaal geen invloed. De heer Van Boxtel meende dat hieraan strenge eisen gesteld moeten blijven worden en was er dan ook niet van overtuigd dat de flexizorg mislukt is door te strenge nadere regels van de Ziekenfondsraad.

De heer Van Boxtel had begrepen dat projecten rondom het bewegingsapparaat meegefinancierd worden door het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, maar dat verdelingsvraagstukken zoals de aanpak van de wachtlijsten, de sociaal-medische begeleiding en de samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen alleen door het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport worden gefinancierd. Is een verbreding van de financiering mogelijk?

Vervolgens stelde de heer Van Boxtel het verwachte tekort aan klinisch geriateren aan de orde. De minister heeft in een brief aan de Tweede Kamer laten weten dat er in elke gezondheidsregio een geriatrische afdeling in een algemeen ziekenhuis moet komen. In de praktijk blijkt hiervoor echter geen geld beschikbaar te zijn. Is de minister al in overleg getreden over structurele herziening van de organisatie en de financiering van de opleiding van medisch specialisten? Daarbij kan de capaciteitsplanning worden geregeld, onder andere voor de opleiding tot klinisch geriater. In tegenstelling tot de heer Lansink was de heer Van Boxtel niet blij met de passage over de regiovisie. Hij ging ervan uit dat deze in de volgende kabinetsperiode opnieuw aan de orde komt.

De heer Van Boxtel herinnerde eraan dat ook zijn fractie had ingestemd met de beperking van het aantal behandelingen voor fysiotherapie. De vele verontwaardigde reacties hierop zijn afgenomen naarmate de lijst van indicaties is aangevuld op grond waarvan langere behandeling

mogelijk is. Hij sprak waardering uit voor het systeem dat in Amsterdam tot stand gebracht is. Voor de toestemming aan de zorgaanbieders om zelf op grond van professionele normen te bepalen hoeveel behandelingen nodig zijn, was hun om een inspanningsverplichting gevraagd, wat tot goede resultaten heeft geleid: er vindt echte integratie plaats en er wordt hard gewerkt aan het totstandkomen van een kwalitatieve standaard. De situatie in de Amsterdamse regio is dan ook wel ideaal: er is een groot aantal verzekerden, een gesloten front van zorgaanbieders die in een koepelorganisatie zijn verenigd, en een dominante verzekeraar. In andere regio's is er geen verzekeraar met een monopolie en zijn de zorgaanbieders niet zo goed georganiseerd. Het is dus de vraag of het Amsterdamse model in andere regio's toepasbaar is. Als een experiment in een andere, minder gunstige regio lukt, kan er volledig op zo'n systeem worden overgestapt.

Het antwoord van de minister

De **minister** meende dat uit de aanbiedingsbrief bij het MDW-rapport Het ziekenhuis ontketend blijkt dat het kabinet positief staat tegenover de hoofdlijnen ervan, in het bijzonder de meerjarige afspraak met het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf over een lumpsum. Op een aantal punten heeft het kabinet de MDW-projectgroep om een nadere uitwerking gevraagd, die waarschijnlijk nog voor de kabinetsformatie naar de Kamer wordt gestuurd. De uitvoeringstoets van het COTG is voorafgegaan door overleg met de minister van Financiën. Het budget zal niet voor een aantal jaren volledig worden vastgesteld, maar een flink deel ervan zal een vast bedrag zijn. Vermoedelijk wordt in het komende regeerakkoord een percentage voor de volumegroei vastgesteld, gedifferentieerd naar de verschillende sectoren. Hiermee is er meer houvast dan volgens de huidige systematiek, waarin de bedragen van jaar tot jaar worden vastgesteld. Deze nieuwe lijn heeft de steun van het huidige kabinet.

De minister wees erop dat ziekenhuizen en verzekeraars in het kader van de lokale initiatieven voor een lumpsum voor specialistenhonoraria op instellingsniveau voor het eerst gezamenlijk productieafspraken hebben gemaakt. Het COTG buigt zich op haar verzoek over de mogelijkheid voor ziekenhuizen om meerjarenafspraken te maken zonder dat er, zoals in de huidige systematiek, gekort wordt op het budget. Nu dreigen ziekenhuizen die met zorgvernieuwing bezig zijn hiervoor gestraft te worden. Bij de aanpassing van de huidige budgetteringssystematiek zullen de zorgvernieuwing en de meerjarenafpraak als elementen worden geïntroduceerd. De ziekenhuisbudgetsystematiek wordt hiermee gelijkgetrokken met de specialistenbudgetsystematiek. Er is inmiddels in Zuidoost-Brabant een experiment gaande om deze samen te voegen. Het is ook de bedoeling van het kabinet dat de vernieuwing van de bekostigingssystematiek uiteindelijk leidt tot integratie van de bekostiging van ziekenhuizen en medisch specialisten. De minister erkende dat de productyperingen die als bouwstenen voor de lumpsumfinanciering nodig zijn, trager totstandkomen dan was voorzien.

De minister gaf aan dat in de voortgangsrapportage staat wat er gedurende de huidige kabinetsperiode gebeurd is en dat in haar brief van 8 april is uiteengezet welke stappen nog gezet worden. Mocht de Kamer dit niet voldoende achten, dan kan er alsnog een puntenlijstje komen.

De minister gaf vervolgens de stand van zaken met de WIMS, die inderdaad nog in behandeling is bij de Eerste Kamer. Volgens sommige juristen zou deze wet strijdig zijn met andere wetgeving, maar anderen ontkennen dit. De minister wil hierover absolute duidelijkheid hebben voordat zij de memorie van antwoord aan de Eerste Kamer stuurt. In het klavervieroverleg is uitgesproken dat men eruit wil komen in de geest van het wetsvoorstel. Op de suggestie van de heer Van Boxtel om een

proefproces hierover uit te lokken, reageerde de minister negatief. Er zou zich dan een medisch specialist tegen de WIMS moeten verzetten, terwijl de Orde van medisch specialisten zich gewoon aan het convenant wil houden. Ter voorbereiding van de behandeling van de WIMS in de Tweede Kamer hebben de medisch specialisten inderdaad de WGBO al genoemd, maar alleen in verband met hun professionele onafhankelijkheid.

De minister meende dat er op grond van de WGBO een betalingsplicht voor de patiënt kan zijn en een declaratierecht voor de specialist. Dit kan zodanig worden geïnterpreteerd dat er wordt gedeclareerd in het geïntegreerde geheel. Mogelijk komt er een schriftelijke verklaring dat dit de juiste interpretatie is en zo nodig zal dit wettelijk onderbouwd worden. Het belangrijkste is dat de betrokken partijen het erover eens zijn. De minister verklaarde dat een werkgroep al ver gevorderd is met de goodwill. Op lokaal niveau zijn er al oplossingen voor gevonden. De betrokken partijen zijn er dus mee bezig en denken eruit te zullen komen. Zij sprak zich nogmaals uit voor volledige afschaffing van de goodwill, waarvoor een regeling noodzakelijk is, ook op landelijk niveau. Voor zittende specialisten moet er een afkoopregeling komen. Voor nieuwe specialisten moet er een systeem komen met een honorarium dat laag begint en hoog eindigt. Dit systeem, dat in het rapport van de commissie-Biesheuvel staat, kan een deel van de financiering voor de afkoopregeling opleveren. Als het nodig is, zal de overheid een financiële bijdrage hieraan leveren. Voor de afschaffing van de goodwill voor huisartsen is inderdaad ook een bijdrage geleverd, maar de hoogte daarvan is niet meer te achterhalen. Bij de overgang van vrij beroep naar dienstverband is een afkoopsom uit een fonds een goede oplossing.

De minister zegde toe, te zullen nagaan of de registratie van bijwerkingen bij griepvaccinatie meer heeft opgeleverd sinds er veel vaker tegen griep gevaccineerd wordt. Het voorbeeld dat mevrouw Kamp gaf, kan een uitzondering zijn geweest.

De minister gaf toe dat in het kader van de modernisering van de curatieve zorg nog niet alles geregeld is. Uit het voortgangsrapport blijkt echter dat veel al wel geregeld is. Op sommige onderdelen, zoals de goodwill en de productyperingen, verloopt het proces inderdaad trager dan gewenst. Ook de verzekeraarsbudgettering is nog niet tot een goed einde gebracht. Het huidige systeem heeft zich in veertig jaar tijd gevormd en is dan ook niet in enkele jaren te veranderen. Inmiddels is het point of no return gepasseerd en werken alle partijen naar hetzelfde resultaat toe. Als eenmaal de hobbel van de mentaliteitsverandering genomen is, komt een proces vaak in een versnelling. Voor dit soort grote veranderingen is draagvlak bij de betrokkenen dan ook noodzakelijk.

De minister verklaarde dat van het budget van 390 mln. voor flexizorg inderdaad 80 mln. aan flexizorg is besteed en de overige 310 mln. aan klassieke zorg. Zij had de Ziekenfondsraad al laten weten dat de regeling zodanig moet worden aangepast, dat de verzekeraar kan volstaan met een melding en er dus niet langer goedkeuring vooraf van de Ziekenfondsraad nodig is. De zorgverzekeraars hebben al laten weten dat zij dan inderdaad meer geld voor flexizorg kunnen inzetten. In het geval dat er sprake is van grijze productieafspraken kan de Ziekenfondsraad achteraf ingrijpen. De controle achteraf blijft essentieel om te voorkomen dat het budget voor flexizorg wordt gebruikt voor andere zaken.

De minister sprak vervolgens haar verwondering uit over de stichting CVA. Deze heeft inderdaad de term budgettair neutraal gebruikt, maar vraagt in andere brieven steeds om geld voor haar initiatieven. Er zijn nu drie projecten voor CVA geselecteerd; bij twee ervan is de stichting betrokken. Verder blijken er in een comité van aanbeveling van de stichting mensen te zitten die daar niets van weten. Ook heeft de stichting een voorstel ingediend voor een dertiendelige televisieserie over CVA, gecombineerd met een gokspel. De minister vond het verdienstelijk van

de stichting dat zij CVA zodanig aan de orde heeft gesteld dat initiatieven versneld tot stand zijn gekomen. Bekostiging hiervan is mogelijk uit de flexizorg, waarvoor op korte termijn geen belemmeringen meer bestaan zolang men binnen de vastgestelde budgetten blijft.

De minister erkende dat er een probleem kan zijn bij een combinatie binnen een maatschap van vrije vestiging en dienstverband, maar had er geen aanwijzing voor dat een ziekenhuis een specialist niet in loondienst wil nemen omdat die zijn eigen salaris niet zou terugverdienen. Zij noemde het probleem dat de heer Oudkerk schetste, reëel maar ging ervan uit dat het om een overgangssituatie gaat.

Over de financiering van projecten in verband met het bewegingsapparaat was de minister nog in overleg met de staatssecretaris van Sociale Zaken en Werkgelegenheid.

De minister wees erop dat alle aanvragen van ziekenhuizen voor functieplaatsen geriatrie zijn gehonoreerd en dat er nog slechts een enkele regio zonder erkende geriater is. Er zijn vacatures op erkende plaatsen doordat de opleidingen niet voldoende gerieters kunnen leveren, wat extra is bemoeilijkt doordat het grootste opleidingscentrum enige tijd buiten dienst was. Er is overleg met de beroepsgroep gaande over de opleiding. Mogelijk wordt er in opleidingsziekenhuizen extra opleidingscapaciteit gecreëerd om de toegewezen plaatsen, waarvoor geld beschikbaar is, op korte termijn te kunnen bezetten.

Ook de minister complimenteerde de fysiotherapeuten in de Amsterdamse regio met het initiatief dat zij met verzekeraar ZAO hebben genomen. Landelijk zijn de uitgaven voor fysiotherapie in de hoofdverzekering van 1995 op 1996 met 21% gedaald. Inclusief de aanvullende verzekering is de daling 6,6%, maar in Amsterdam 9%. Zij sprak de verwachting uit dat de Amsterdamse aanpak ook goedkoper uitvalt voor de hoofdverzekering alleen, wat relevant is voor het budgettaire kader, maar wilde hiervoor toch de evaluatie afwachten. Deze kan pas in september worden gehouden omdat de Ziekenfondsraad voor een zorgvuldige evaluatie van het landelijke systeem en van het ZAO-model de volledige gegevens over twee jaar nodig heeft.

De minister kon zich vinden in de voorwaarden die de heer Oudkerk noemde voor uitbreiding van het dienstenmodel naar andere regio's. Hoewel de verwachting is dat de Wet economische mededinging hierbij geen rol speelt, moet dit goed worden uitgezocht. Per regio die aan de criteria voldoet, kan alvast een soortgelijk systeem als het Amsterdamse worden ingevoerd. Op deze manier kan vooruitlopend op de evaluatie aan een uitbreiding worden gewerkt.

De minister vond het heel belangrijk dat er in Amsterdam veel is geïnvesteerd in het draagvlak bij de fysiotherapeuten, de huisartsen en de zorgverzekeraars. Met de Landelijke vereniging voor fysiotherapie wordt al besproken of bredere invoering, regio voor regio, van het Amsterdamse systeem mogelijk is. Er is een cultuuromslag gemaakt, er is een platform voor paramedische beroepen ingesteld, er wordt aan kwaliteit gewerkt en er wordt een tienpuntenplan opgesteld om de vaart erin te houden.

De minister stelde vast dat het aantal klachten over de regeling van negen plus negen behandelingen inderdaad sterk is verminderd door uitbreiding van de lijst met uitzonderingen, maar dat er nog steeds brieven bij het ministerie binnenkomen. De knelpunten voor patiënten die hieruit blijken, moeten worden weggenomen.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,
Teunissen