

Vergaderjaar 1994–1995

23 900 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1995

Nr. 81

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 14 september 1995

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 14 juni 1995 overlegd met de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de brief van 2 mei 1995 inzake het specialisme oogheelkunde (zie bijlage).

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

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De waarnemend voorzitter (de heer Van Boxtel) deelde mee dat de commissie tot een procedure heeft besloten, waarin een woordvoerder in zijn betoog mede namens de overige leden van de commissie spreekt en overige woordvoerders daarna in de gelegenheid worden gesteld om hierop aanvullende opmerkingen te maken en vragen te stellen.

De heer **Lansink** (CDA) zette in het kort de problemen uiteen die bij het specialisme oogheelkunde zijn ontstaan. Hij noemde de doelmatigheid van de organisatie van de oogzorg (de wachtlijsten), de opleidingscapaciteit en de honoraria. Voor wat betreft de problematiek van de honoraria verwees hij naar het commentaar van het Nederlands Oogartsen Genootschap (NOG), waarin wordt gesteld dat niet alleen de honoraria van extramurale ten opzichte van intramurale oogartsen niet correct zijn, maar dat ook de honoraria van intramurale oogartsen ten opzichte van andere «snijdende» specialismen niet juist zijn.

Hij sprak zijn waardering uit voor de brief van de minister, maar vond dat deze ook enkele vragen oproept. Uit het commentaar van het NOG en de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV) blijkt dat overleg niet soepel verloopt. Zou de minister daar iets over kunnen zeggen?

Gebleken is dat de organisatorische afstand tussen de intra- en extramurale oogzorg grote problemen oplevert. De scheiding tussen het snijdende en het beschouwende deel draagt bij aan het te grote verschil in honoraria. In mei is de Nederlandse Vereniging van Extramurale Oogartsen (NVEO) opgericht die de belangen van deze 120 artsen behartigt (ten opzichte van de 300 intramurale collega's). Hij begreep uit het commentaar van het NOG dat vele oogartsen beide werkzaamheden verrichten. Hij vroeg zich af of deze oogartsen een brug zouden kunnen

¹ Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Vacature VVD, 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), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (GN), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD). Plv. leden: Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van der Vlies (SGP), Essers (VVD), Lilipaly (PvdA), Esselink (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Dijkman (PvdA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Vreeman (PvdA), Rouvoet (RPF), Boogaard (GN), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), Vacature CD, Kalsbeek-Jasperse (PvdA), J. M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Cornielje (VVD).

slaan tussen beide categorieën. Is de minister bereid hier aan mee te werken?

De minister schrijft in haar brief dat de taakverdeling binnen de beroepsgroepen niet adequaat is en dat de bedrijfsvoering niet optimaal is. Wat zou de overheid – al dan niet in overleg met verzekeraars – kunnen doen om deze problemen op te lossen? Zou een aanpak via de verzekeraars geen voorkeur moeten verdienen? Indien dit niet zo is, kan dan worden gesteld dat een gedeelte van de problemen te wijten is aan de discussie over aard en omvang van visuele functiestoornissen ten opzichte van echte ziektebeelden?

Door de snelle medische technologische ontwikkelingen worden steeds hogere eisen gesteld aan de opleidingen en is samenwerking gewenst bij investeringen in kostbare voorzieningen. In hoeverre is de minister in staat en bereid om doelmatigheid te bevorderen?

Uit de brief van de minister wordt niet duidelijk of de wachtlijsten veroorzaakt worden door een echt of vermeend tekort aan oogartsen. Als een indicatiestelling ontbreekt dan moet daar zo snel mogelijk in worden voorzien. Wanneer het tekort wel is hard te maken, en dat leek hem ook, dan zal de opleidingscapaciteit moeten worden vergroot. Overleg tussen het NOG en de NVEO zou hier een bijdrage aan kunnen leveren. Hij zei verheugd te zijn over het aantal extra opleidingsplaatsen. De heer Lansink wilde van de minister weten wat zij voornemens is te doen met de kritiek dat er wel sprake is van een ruime capaciteit, maar dat er te weinig erkenningsbeschikkingen zijn.

Het beleidsplan van het NOG vraagt om een grotere aandacht voor oogheelkunde in de artsopleiding en wijst op capaciteitsproblemen. Volgens de minister zijn inmiddels verbeteringen doorgevoerd. De heer Lansink vroeg zich af, of en wanneer deze verbeteringen resultaat opleveren. Is dit zichtbaar te maken (aantal afgestudeerden, plaatsing enzovoorts) of vindt beroepsbescherming plaats?

Het aantal opleidingsplaatsen is uitgebreid. Als wachtlijsten blijven bestaan, ligt de oorzaak in een organisatorische aanpak.

De heer Lansink wilde van de minister dan ook graag een reactie op de commentaren van de NVEO en van de NOG voor wat betreft het verschil tussen toegangstijden tot zorg en wachtlijsten tot de werkelijke ingreep.

De minister stelt dat een vermeende slechte financiële situatie van extramurale oogartsen geen structureel probleem oplevert. Het betreft immers een klein aantal gevallen. Hij wilde van de minister weten of er sprake kan zijn van een trend.

Hij zou graag vernemen wat haar stellingname is op de volgende punten:

- het verschil in kosten tussen intra- en extramurale zorg;
- de verschillen in onkostenvergoedingen;
- de aard van de onkostenvergoedingen;
- het grote verschil tussen tarieven voor beschouwende verrichtingen en chirurgische ingrepen;
- eventuele gevolgen van bevriezen van tarieven voor intramurale oogzorg.

Is een meer passende tariefopbouw uitsluitend de verantwoordelijkheid van de WTG-partijen of heeft de minister enige inbreng?

Hij vond dat het uitblijven van een reactie van de NOG voor een nieuwe kostenombouw de minister niet ontslaat van de verplichting zelf de verantwoording te nemen voor een doelmatige oogzorg en een zorgvuldige honorariumstructuur.

Zijn laatste punt betrof aansluiting van extramurale oogartsen bij de zogenaamde lokale zorginitiatieven, zodat zij in aanmerking zouden kunnen komen voor vrijwaring van tariefkortingen. De heer Lansink vroeg zich af of de minister zich realiseert dat intramurale oogartsen niet of nauwelijks op hun extramurale collega's zitten te wachten? De minister geeft immers zelf aan dat verzekeraars niet altijd zijn geneigd extramurale

oogartsen te contracteren, omdat zij een te beperkte oogheelkundige zorg zouden leveren. Zou de minister op genoemde terreinen een actiever beleid willen toezeggen?

Mevrouw **Kamp** (VVD) wilde van de minister weten of over de beleidsvisie overleg is gevoerd met de beroepsgroepen? De minister heeft een inhoudelijke visie op de scheiding van functies en functiestoornissen. De commentaren spreken deze visie echter tegen. Zou de minister hier een reactie op willen geven?

Het beleid is gericht op het verkrijgen van een geïntegreerde verstrekking (medisch specialistische hulp/ ziekenhuis). Zouden zelfstandig werkende oogartsen niet meer het vrij ondernemerschap buiten een ziekenhuis mogen uitoefenen? Wenst de minister dat zij in loondienst of in dienst van grote optiekbedrijven komen? Werken de extramurale oogartsen nu niet goedkoper dan wanneer zij in ziekenhuisverband zouden opereren?

Ook wilde mevrouw Kamp een nadere uiteenzetting krijgen over de tariefopbouw. Het rapport van de Algemene Rekenkamer inzake de tariefstructuur is bekend. Zij hoopte dat de minister hier iets over wilde zeggen.

De heer **Oudkerk** (PvdA) stelde dat verzekeraars ook een taak hebben bij het vinden van een oplossing voor de problemen op het gebied van doelmatigheid, opleidingscapaciteit en honoraria. Hij illustreerde dit met twee voorbeelden.

Het eerste voorbeeld betreft een verzekeraar die de wachtlijstproblematiek in de regio Amsterdam heeft ingekort van 204 dagen naar 49 dagen. Hij huurde een privé-kliniek in om de wachtlijst van 1100 personen op te kunnen lossen. In de kliniek zijn geen operaties uitgevoerd. Binnen een week was de wachtlijst opgelost.

Het tweede voorbeeld betrof de twee failliete oogartsen. Beiden hebben een zeer goed aanbod ontvangen van verzekeraars.

De heer Oudkerk verwees naar de nota «gezond en wel» (kamerstuk 24 126, nrs. 1 en 2), waarin staat dat de overheid faciliterend, stimulerend en corrigerend moet optreden bij gepast gebruik. Hij verzocht de minister met verzekeraars aan tafel te gaan zitten om partijen bij elkaar te brengen en te bezien wat de rol van de verzekeraars hierin kan zijn.

De heer Oudkerk vroeg of de implementatie van aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel tot oplossing van veel problemen zou kunnen leiden.

In hoeverre zijn huisartsen willig of capabel om als poortwachter oogheelkunde te dienen? Is een intramurale oogarts als dirigent wenselijk? Hij vroeg zich af of het niet logischer zou zijn dat de huisarts direct naar de juiste (para)medische hulpverlener verwijst. Hij wilde van de minister weten of zij stimulerend zou kunnen optreden via een aanwijzing aan het COTG omdat de huidige tariefstructuur niet correct is.

De heer Van **Boxtel** (D66) wilde van de minister weten hoe het rapport van de Algemene Rekenkamer zich verhoudt tot de tariefstructuur.

In Nederland zijn een aantal oogheelkundige centra van start gegaan. Zij kunnen de wachtlijsten wegwerken. In het ene geval is de verzekeraar de hulp die daartoe bijdraagt. In andere regio's willen de verzekeraars niet stimuleren en dragen zij bij aan constructies die de intramurale oogzorg beschermen. Hij wilde van de minister weten of zij bereid is dit spanningsveld op te lossen.

Het antwoord van de minister

De **Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport** wilde vooraleerst ingaan op het aantal commentaren dat is toegezonden en de diversiteit daarvan. Zij had liever gezien dat alle belanghebbenden gezamenlijk een brief over de ongewenste situatie zouden hebben opgesteld en om en gesprek hadden verzocht. Zij zou dat zeker gehonoreerd hebben en tevens bij zo'n gesprek de huisartsen en verzekeraars hebben uitgenodigd. Nu maakte het geheel op haar een versplinterde indruk. Dit verwonderde haar, daar het NOG in 1992 een duidelijk beleidsplan «Met het oog op morgen» heeft opgesteld. Daarin constateerden de oogartsen zelf dat de zorg niet efficiënt is en dat geen goede taakverdeling tussen de beroepsgroepen bestaat. Zij hebben daarin ook een aantal aanbevelingen gedaan. De eerste was dat huisartsen beter zouden moeten worden opgeleid om adequaat te kunnen beslissen wat zij zelf en wat de oogarts aan aandoeningen zou kunnen behandelen. Naar aanleiding hiervan is er een standaard van de huisartsen gekomen en een cursuspakket nascholing. De minister heeft niet veel meer vernomen over efficiënter organiseren en een betere taakverdeling. Zij betreurde dit omdat de NOG aangeeft dat bezien zou moeten worden hoe de diverse bijdragen van betrokken beroepsgroepen in de oogzorg doelmatig kunnen worden georganiseerd. Dit mede gezien de groeiende vraag en een verouderende bevolking. Zij constateerde dat geen initiatieven zijn genomen. De minister vond dat nu inderdaad het moment is gekomen om zelf initiatief te nemen. Zij had het voornemen nu zelf de beroepsgroepen bijeen te brengen en een gesprek aan te gaan. Zij zou graag onder meer antwoord willen krijgen op de vraag of de huisarts kan verwijzen naar niet oogartsen, bijvoorbeeld naar een optometrist.

Begin 1996 wordt het onderzoeksrapport van de vakgroep in Limburg uitgebracht betreffende onderlinge afstemming oogzorg. Het is bedoeld om de huidige situatie te inventariseren. Dit rapport is echter geen belemmering om nu al een gesprek te laten plaatsvinden.

In dit verband wilde mevrouw **Kamp** weten of de minister voor een dergelijk platform iedereen uitnodigt, bijvoorbeeld ook opticiens. De **minister** beaamde dit. Het leek haar wenselijk dat ook zowel huisartsen als verzekeraars hierbij worden betrokken.

Hierna ging de minister in op de vragen over tarieven en faillissementen. De initiatieven liggen bij de WTG-partijen. Bij tariefdaling bestaat de mogelijkheid om vanuit de LSV te verzoeken om een differentiatie in de tarieven. Indien correct zou zijn gehandeld, dan zou de NOG de LSV hebben moeten verzoeken om een differentiering aan te brengen. Het is technisch mogelijk dat de minister een aanwijzing geeft aan de COTG. Blijkens de jongste gegevens is het LSV voornemens hierover in WTG-verband te spreken. De minister wilde dit overleg afwachten.

Bij interruptie verwees de heer **Lansink** naar het commentaar van het NOG waarin wordt aangegeven dat wel degelijk geopponeerd is tegen de tarieven. Kennelijk heeft het LSV de bezwaren terzijde geschoven. Is dit geen basis om een aanwijzing te geven? De **minister** deelde mee dat ook zij pas op het laatste moment kennis had genomen van de brief van het NOG. Zij heeft nog geen tijd gehad zich hierin te verdiepen. Indien het correct is dan is hier sprake van een casus.

Vervolgens ging de minister in op de situatie van de extramuraal werkende oogartsen. Gezien de ontwikkelingen in de geneeskunde is het de vraag of de medisch specialist solistisch slechts een deel van het vak kan uitoefenen; hoe blijft men op de hoogte van moderne ontwikkelingen met wederzijdse toetsing en overlegstructuur. Zij vroeg zich af of het verschijnsel van de uitsluitend extramuraal werkende oogarts in een solopraktijk een ideale situatie is.

Wat de opmerking betreft dat intramurale oogartsen niet op extramurale oogartsen zitten te wachten, stelde de minister dat oogartsen die

zich bezig houden met internistische zorg voor de oogziekten, toch opgenomen zouden kunnen worden in een netwerk waarin taken worden verdeeld. Dit zou de overbelaste intramurale oogartsen kunnen ontlasten.

Naar aanleiding hiervan wilde de heer **Oudkerk** weten of hij het juist had begrepen dat, wanneer wordt gesproken over zuiver extramuraal werkende oogartsen, er sprake is van een ongewenste situatie voor wat betreft de kwaliteit van zorgverlening. De minister zei dat ze het verschijnsel niet meer van deze tijd vond. Hier is sprake van een specialist die slechts een klein gedeelte van zijn specialisme solistisch uitoefent.

De heer **Lansink** citeerde vervolgens uit de brief van de NOG, waarin staat dat het werk van extramurale oogartsen een functie heeft binnen de Nederlandse gezondheidszorg en dat dit in veel Europese landen de belangrijkste vorm van zorg is. Hij vond niet dat dan gezegd kan worden dat extramurale werkende oogartsen niet van deze tijd zijn. Zou het platform niet eerst een kans moeten worden gegeven? Daarna kan worden gezien of deze praktijken nog bestaansrecht hebben. De **minister** zei eerst overleg te willen voeren. Zij was niet voornemens daar op voorhand beleid aan te verbinden. Zij stelde duidelijk dat zij slechts sprak over «solistisch». Hiermee bedoelde zij te zeggen geïsoleerd. Wel kon zij zich voorstellen dat binnen een netwerk wel regulier contact plaatsvindt met intramurale collega's. Indien dit het geval is, dan wordt er toch gewerkt in een overlegverband. Bij de onderhandelingen over tarieven is men uitgegaan van een arts die zijn vak integraal uitoefent. Inkomsten zullen bestaan uit diverse verrichtingen die voor een deel laag maar ook voor een ander deel hoog gehonoreerd zullen zijn. Wanneer slechts een segment van het vak wordt uitgeoefend, dan zou men daar inderdaad niet van kunnen bestaan.

De heer **Oudkerk** wilde van de heer Lansink weten of hij, gezien de situatie in het buitenland, er de voorkeur aan geeft dat een differentiatie ontstaat tussen soorten oogartsen. De heer **Lansink** antwoordde dat het geen zaak is of er een differentiatie komt, maar dat het een feit is dat deze bestaat. Het heeft tot nu toe toch redelijk gewerkt. Zolang extramuraal werkende oogartsen een functie hebben, gaat hij uit van onderscheiden functies. Wel gaf hij de voorkeur aan het netwerk waarover de minister eerder had gesproken. Het ging hem echter te snel om te zeggen dat extramurale oogartsen niet meer van deze tijd zijn. Hij wees in dit verband ook naar de oprichting van de NVEO. Het leek hem niet wenselijk voor te schrijven hoe het anders moet.

Naar aanleiding van het voorgaande gaf de **minister** toe dat de opmerking in dit stadium misschien niet gelukkig gekozen was. Zij was het met de heer Lansink eens dat dit een onderwerp is wat zij zou willen agenderen voor een gemeenschappelijk gesprek. Indien kan worden aangetoond dat zorg kan worden verleend die niet door de huisarts of optometrist kan worden geleverd, dan sloot zij bestaansrecht van extramurale oogartsen niet uit. Zij zou zeker de deskundigen raadplegen.

Als laatste ging de minister in op de vraag of invoering van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel een deel van de problemen zou kunnen oplossen. Zij verwachtte dat wanneer aanbevelingen worden uitgevoerd door het wegnemen van schotten en het makkelijker maken van transmurale werken, een deel van de problemen tot het verleden zal behoren. In de oogheelkunde is sprake van specifieke problemen, vooral het grote aantal beroepsbeoefenaren. Zij wilde in dit verband nogmaals verwijzen naar het beleidsplan van het NOG. Alleen zal hier uitwerking aan moeten worden gegeven.

De heer **Oudkerk** zei aan te nemen dat gesprekken na het zomerreces zouden plaatsvinden en dat de Kamer op de hoogte zou worden gesteld van de resultaten daarvan. De **minister** zegde toe hiervoor te zullen zorgdragen.

De heer **Lansink** merkte nog op dat na afronding van deze gesprekken zal moeten worden gezien hoe het verder met het tariefbeleid moet.

Hierbij dacht hij ook aan een eventuele aanwijzing aan het COTG. De **minister** wilde afwachten wat het LSV voornemens is te doen. Wel was zij van mening dat dit nauwlettend in de gaten zal moeten worden gehouden. Zij achtte de huidige situatie niet wenselijk. Mevrouw **Kamp** zei verheugd te zijn over de laatste opmerking van de minister en stelde dat de verhouding tussen tarieven en onkosten onacceptabel is.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De waarnemend griffier van de commissie,
Nava

Rijswijk, 2 mei 1995

Met brief van 8 februari jl. heeft u mij gevraagd u te informeren over de stand van zaken rond het specialisme oogheelkunde. Over dit specialisme is de afgelopen tijd de nodige publiciteit geweest. Daarbij stonden de thema's: tekort aan oogartsen, wachtlijsten en de honorering in de belangstelling.

In het navolgende wordt u hierover nader geïnformeerd, waarbij ik met name zal ingaan op de organisatie van de oogzorg, de doelmatigheid in de oogzorg, de behoefte en de opleidingscapaciteit en de honorering.

1. De organisatie van de oogzorg in Nederland

De oogzorg omvat op hoofdlijnen twee aspecten: onderzoek en behandeling van oogziekten en onderzoek en behandeling van visuele functiestoornissen. Naast de huisarts zijn in de oogzorg werkzaam de oogarts, de optometrist, de orthoptist, de technisch oogheelkundig assistent, de contactlensspecialist en de opticiën.

De optometrist is gespecialiseerd in onderzoek naar de oogsterkte; hij schrijft brillen en contactlenzen voor, meet ze aan en verstrekt de brillen. De orthoptist richt zich op de behandeling van patiënten die stoornissen hebben in de samenwerking van beide ogen (met name scheelzien). De technisch oogheelkundig assistent is opgeleid voor zeer specialistische en technische werkzaamheden met het doel het gezichtsvermogen van patiënten te onderzoeken en met behulp van hulpmiddelen te verbeteren. De opticiën tenslotte exploiteert een brillenwinkel; hij verkoopt brillen en maakt ze pasklaar.

De orthoptist en de technisch oogheelkundig assistent werken onder de verantwoordelijkheid en controle van de oogarts; de optometrist, de contactlensspecialist en de opticiën werken zelfstandig.

Ongeveer ieder ziekenhuis in ons land beschikt over de functie oogheelkunde. Daarnaast zijn er oogartsen die een praktijk aan huis hebben of verbonden zijn aan een opticiën. Ook zijn er oogartsen die een praktijk aan huis combineren met een functie in het ziekenhuis.

Vaak werken oogartsen in klein verband. Niet zelden is sprake van solo-praktijken. Voor 17 algemene ziekenhuizen geldt bijvoorbeeld dat zij een erkenning van 1 functie-eenheid oogheelkunde of minder hebben.

Binnen het specialisme oogheelkunde wordt een onderscheid gemaakt tussen het beschouwende en het snijdende deel van het werk. Het snijdende deel vindt hoofdzakelijk in ziekenhuizen plaats, terwijl in de extramurale oogzorg het accent ligt op het beschouwen.

2. Doelmatigheid in de oogzorg

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op de wachtlijstproblematiek en de oorzaken daarvan.

Voorts wordt op het beleidsplan uit 1992 van het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap ingegaan waarin voorstellen zijn gedaan om de problematiek aan te pakken.

Tenslotte worden enkele ontwikkelingen beschreven ter uitvoering van die voorstellen.

2.1. Wachtlijsten

In het Financieel Overzicht van de Zorg 1994 (TK-stukken 94-95, 23 407)

is op basis van onderzoek van het Nationaal Ziekenhuis Instituut geconstateerd, dat bij de intramurale oogheelkunde lange wachtlijsten gelden voor zowel opnames als polikliniekbezoeken. Patiënten worden, zeker wanneer zij rechtstreeks de oogarts benaderen, veelal voor een eerste polibezoek op een wachtlijst geplaatst. Veel mensen wachten dus geruime tijd voordat door een oogarts een diagnose gesteld kan worden. Wordt vervolgens bepaald dat er een behandeling plaats moet vinden, dan volgt daarvoor opnieuw een wachttijd.

Tegelijkertijd moet vastgesteld worden, en dat geldt niet enkel bij de oogheelkunde, dat er weinig toegespitst kwantitatief materiaal met betrekking tot wachtlijsten beschikbaar is. Ook de wachtlijstgegevens voor oogheelkunde worden gekenmerkt door een gebrek aan éénheid, systematiek en toegankelijkheid. De Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft in haar adviezen over de totale wachtlijstproblematiek geconcludeerd, dat wachtlijsten voor de rijksoverheid niet meer dan een signaalfunctie kunnen vervullen door hun beperkte validiteit, betrouwbaarheid en geringe onderlinge vergelijkbaarheid.

Dat er sprake is van wachtlijsten in de oogheelkunde staat echter vast. Aan de wachtlijsten liggen vooral organisatorische oorzaken ten grondslag. In de kern komen zij er op neer, dat de doelmatigheid van de oogzorg niet altijd voldoende is gewaarborgd in termen van een adequate taakverdeling tussen betrokken beroepsgroepen en een adequate bedrijfsvoering.

In dit verband wijs ik op de opkomst van privéklinieken voor oogzorg, die deels een antwoord zijn op de wachtlijsten bij de ziekenhuizen. De kliniek in Rijswijk bijvoorbeeld is met uitdrukkelijke steun van de lokale verzekeraars opgericht teneinde de lange wachtlijsten in de regio weg te werken. Inmiddels functioneren op meerdere plaatsen zoals in Roosendaal, Kennemerland en Rijswijk niet-klinische oogheelkundige behandelcentra.

De wachtlijstproblemen komen niet overal in ons land in dezelfde mate voor. Dit verschilt per geografisch gebied. Een duidelijke samenhang met het aantal erkende specialistenplaatsen per hoofd van de bevolking en per regio is niet aan te geven.

2.2. Oorzaken van ondoelmatigheid

De oogzorg wordt niet in alle situaties voldoende doelmatig aangeboden met het gevolg dat er aanzienlijke wachtlijsten ontstaan. Daarvoor is een aantal oorzaken aan te wijzen:

- de snelle medisch-technologische ontwikkelingen spelen een rol. Vergelijkt men de werkzaamheden van de oudere generatie oogartsen met de huidige behandelingsmethoden, dan blijkt dat de oogheelkunde vaktechnisch gezien volkomen van karakter is veranderd. Nieuwe ontwikkelingen op het gebied van diagnostische onderzoeksmethoden, laser- en operatieve behandelingsmethoden hebben de mogelijkheden van de oogarts sterk uitgebreid. Deze ontwikkelingen stellen hoge eisen aan artsen die all-round oogarts willen zijn en blijven. Niet alle oogartsen kunnen meer all-round zijn. De verbreding van het vakgebied maakt keuzen noodzakelijk en noopt tot samenwerking tussen de oogartsen voor integrale oogzorg;
- een te groot aantal patiënten met gezichtsafwijkingen die door een bril of contactlens eenvoudig zijn te corrigeren, wordt verwezen naar de oogarts. Ik heb de indruk dat hierdoor oogartsen zelf nog veel refracties doen. Het honoreringssysteem met het lage basistarief voor consulten lokt een dergelijk handelen ook uit.
- de werksituatie in algemene ziekenhuizen is voor oogartsen niet altijd even gunstig.

De organisatie van en afspraken over het werk in het ziekenhuis kan een lastige zaak zijn. Oogheelkunde staat als zogenaamd «klein specialisme» vaak niet centraal in de aandacht van het ziekenhuis als het gaat om toewijzing van budget, bedden, operatietijd, het beschikbaar stellen van poliklinische faciliteiten en personeel. Oogartsen moeten daartoe concurreren met bijvoorbeeld de andere, grotere snijdende specialismen;

- tenslotte wordt ook een tekort aan oogartsen als oorzaak van de wachtlijsten genoemd. Daartegenover staat dat een objectieve, eenduidige indicatiestelling voor plaatsing op de wachtlijst ontbreekt. Daardoor is het vermeende tekort niet hard te maken.

2.3. Beleidsplan Nederlands Oogheelkundig Gezelschap

Voor een goede en kosteneffectieve oogzorg is een doelmatige organisatie geboden met een heldere en efficiënte taakverdeling tussen de betrokken beroepsgroepen. Het Nederlands Oogheelkundig Gezelschap (NOG) heeft in 1992 in zijn Beleidsplan een wenselijke organisatie voor de oogzorg beschreven. Het NOG hanteert daarbij als uitgangspunt dat de selectie op oogheelkundige pathologie thuishoort bij het begin van het medische traject i.c. de huisarts en moet plaatsvinden op medische criteria.

Het NOG heeft gesteld, dat er om diverse redenen in Nederland geen sprake is van een effectieve en efficiënte organisatie van de oogzorg. Het NOG wijst als oorzaken daarvoor op onder meer de beperkte aandacht voor de oogheelkunde in de (huis)artsenopleiding, capaciteitsproblemen en het ontbreken van goede afspraken over een adequate taakverdeling tussen de betrokken beroepsgroepen.

Gevolg is, dat enerzijds patiënten op het spreekuur van de oogarts komen, die ook door de huisarts of de optometrist geholpen hadden kunnen worden en dat anderzijds patiënten te laat bij de oogarts komen, omdat ze te lang in het verkeerde circuit verbleven.

Het NOG staat in zijn Beleidsplan een reorganisatie voor van de oogheelkundige zorg langs twee hoofdlijnen: enerzijds een adequate oogheelkundige opleiding van de huisarts en anderzijds een intensivering van de inzet van peri- en paramedische hulpkrachten in de oogzorg.

2.4. Stand van zaken uitvoering beleidsplan

Op het punt van de oogheelkundige opleiding van de huisarts is inmiddels een aantal verbeteringen doorgevoerd. Zo heeft het Nederlands Huisartsen Genootschap een standaard opgesteld over oogheelkundige diagnostiek en een cursuspakket voor bij- en nascholing van huisartsen samengesteld.

Op het punt van een intensievere inzet van peri- en paramedische hulpkrachten blijkt nog steeds sprake van slechts een beperkt overleg tussen de betrokken beroepsgroepen over een doelmatige taakafstemming, functiedifferentiatie en taakdelegatie naar anders gekwalificeerden. Door het ontbreken van (gestructureerd) overleg tussen de betrokken beroepsgroepen worden mogelijkheden voor goede en doelmatige oogzorg onvoldoende verkend. De Commissie Modernisering Curatieve Zorg (de zgn. commissie-Biesheuvel) heeft ook gewezen op de noodzaak tot ontschotting van de zorg en op het ontbreken van de nodige prikkels tot samenwerking en doelmatig handelen in de huidige bekostigingssystematiek van de medisch specialistische zorg. In het kader van de implementatie van het advies-Biesheuvel zal dit punt nader worden uitgewerkt.

Naar mijn oordeel is ook door een betere afstemming een beter verwijsbeleid mogelijk en wordt het voor de patiënt duidelijker welke

deskundigheid hij bij de diverse beroepsbeoefenaren mag verwachten. Op basis van zulk inzicht kan de patiënt doelmatiger gebruik maken van het aanbod van oogzorg.

In dit verband hecht ik veel waarde aan het onderzoek «Onderlinge afstemming in de oogheelkundige zorg in Nederland» van de vakgroep Huisartsgeneeskunde van de Rijksuniversiteit Limburg. Deze vakgroep is met de belangenorganisaties van de beroepsbeoefenaars een onderzoek gestart naar de gewenste taakverdeling, verantwoordelijkheidsverdeling en de onderlinge werkrelatie tussen de betrokken beroepsgroepen. Het onderzoek wordt door deze organisaties gesubsidieerd alsmede voor een deel door mijn ministerie vanwege de beleidsrelevante informatie die het onderzoek kan opleveren. De onderzoeksresultaten zullen begin 1996 bekend zijn. Het is een zaak van partijen om te komen tot een adequate en optimale taakverdeling. Ik ga ervan uit dat het onderzoek daarvoor relevante informatie aandraagt.

Het toekomstbeeld van de oogzorg zou – in mijn visie – het volgende kunnen zijn. Uitgangspunt is dat de arts zich beperkt tot die activiteiten waartoe een medisch-specialistische opleiding vereist is. Idealiter laten mensen met oogklachten zich eerst onderzoeken door de huisarts op de eventuele aanwezigheid van medische pathologie. De huisarts behandelt zelf of stuurt zo nodig vervolgens door naar andere beroepsbeoefenaren. Daarbij kunnen de uitkomsten van het Maastrichtse initiatief over de optimale taakverdeling een belangrijke bijdrage gaan leveren. Over de taakverdeling zullen de betrokken beroepsorganisaties onderling immers afspraken moeten maken, die zij aan hun achterban en organisaties van verzekeraars en patiënten/consumenten moeten voorleggen.

De oogarts in het ziekenhuis fungeert als een soort meewerkend dirigent van een team van technisch oogheelkundig assistenten (TOA's), optometristen en orthoptisten. De taakverdeling is zodanig dat de oogarts de patiënt ziet, problemen behandelt die medische know-how vereisen en de refractietaken overlaat aan bijvoorbeeld de TOA of optometrist. In de ideale situatie zijn tussen partijen afspraken gemaakt over transmuraal werken. Zo hecht ik eraan, dat oogartsen met extramurale hulpverleners zoals de huisartsen gestructureerd samenwerken mede om bekend te raken met de wederzijdse mogelijkheden en beperkingen.

Met de implementatie van de adviezen van het Rapport Biesheuvel op het punt van samenhangende zorg zal het naar mijn oordeel mogelijk worden om ook op het terrein van de oogzorg kwaliteits- en doelmatigheidswinst te bereiken.

Mij hebben vragen bereikt van extramurale oogartsen over de wenselijkheid en noodzaak van het voortbestaan van extramurale oogheelkunde. Ik kan daar nu geen afgerond oordeel over vellen. De wenselijke taakverdeling in de oogzorg, die op basis van het hiervoor genoemde onderzoek kan worden verkregen, is naar mijn mening een goed vertrekpunt voor een nadere positionering van de opererende en niet-opererende oogartsen in Nederland. Dat partijen het eens worden over de positionering van de oogzorg op basis van dit onderzoek, acht ik van grote waarde. Ook kan het onderzoek als basis dienen voor de nadere bepaling van de positie en functie van uitsluitend extramuraal werkende oogartsen in het geheel van de oogzorg. Daarbij heb ik voorshands wel twijfels over het toekomstig bestaansrecht van de solistisch werkende, niet-operende, extramuraal werkende oogarts.

3. De behoefte en de opleidingscapaciteit

Per 1 januari 1995 waren 590 oogartsen in het register Oogheelkunde van de Specialisten Registratie Commissie van de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot Bevordering der Geneeskunst ingeschreven. Per voornoemde datum waren 91 artsen in opleiding tot oogarts.

Het NOG heeft in zijn eerdergenoemde beleidsplan gewaarschuwd voor een dreigend tekort aan oogartsen in het jaar 2005 bij handhaving van de huidige organisatie van de oogzorg en bij gelijkblijvende aantallen oogartsen in opleiding.

Inmiddels zijn initiatieven gestart om te komen tot een andere opzet en werkwijze van de oogzorg. Ik verwijs hiervoor naar het vorige hoofdstuk. Ook is het aantal opleidingsplaatsen voor het specialisme oogheelkunde uitgebreid. Het ministerie verleent sinds 1991 jaarlijks subsidie aan de afdelingen oogheelkunde van de Academische Ziekenhuizen en aan het Oogziekenhuis Rotterdam voor het opleiden van in totaal 20 extra oogartsen. Het NOG heeft aangegeven dat hiermee het huidige tekort aan oogartsen kan worden opgeheven. Vanwege de leeftijdsopbouw van de praktiserende oogartsen en de benutting van de volledige opleidingscapaciteit is met deze uitbreiding naar de mening van het NOG een situatie gecreëerd die tot een behoorlijke reductie van de wachtlijsten zal leiden.

Ten aanzien van de capaciteitsbepaling van de medische vervolgopleidingen acht het kabinet het op voorstel van veldpartijen zinvol op landelijk niveau een orgaan in te stellen. Dit capaciteitsorgaan zal vorm moeten geven aan een door partijen gemeenschappelijk gedragen verantwoordelijkheid voor bepaling van de instroom in de medische vervolgopleidingen. Op dit thema zal ik in het binnenkort uit brengen kabinetsstandpunt op het advies van de commissie-Biesheuvel nader ingaan.

4. De honorering van de zorg verleend door oogartsen

In de media is gerept over een schrikbarende stijging van het aantal faillerende oogartsen. Van een probleem van dergelijke omvang danwel een landelijke trend is mij niets bekend.

Uit navraag bij de LSV en het NOG is gebleken, dat feitelijk twee extramuraal werkende, niet-opererende oogartsen hun praktijk hebben moeten neerleggen en dat hetzelfde voor drie andere collega's dreigt. Het gaat volgens deze instanties om relatief kleine praktijken, die vooral beschouwende oogheekundige verrichtingen doen.

Over de oorzaken van de faillissementen is enkel medegedeeld dat het zou voortkomen uit tariefverlagingen die de overheid heeft doorgevoerd.

Er zijn echter ook andere oorzaken aan te wijzen waarom een extramuraal werkende oogarts een lagere honorering ontvangt. Het gaat hier om een aantal algemene aspecten die voor alle extramuraal werkende oogartsen geldt; bijvoorbeeld dat het ziekenhuiskosten in rekening kan brengen voor de facilitering van de oogzorg die een extramuraal werkende oogarts niet kan berekenen, zoals EHBO, registratie polibezok e.d. Voorts dat de onkostenvergoeding voor de extramurale praktijkvoering in de tarieven niet meer spoort met de werkelijke kosten.

Ook zijn oorzaken aan te wijzen die zich specifiek richten op de businessmix van de betrokken oogarts. De tarieven voor beschouwende verrichtingen zijn beduidend lager dan die voor chirurgische ingrepen. In die praktijken waarin de mix hiervan onvoldoende is, danwel waarin in het geheel geen chirurgische verrichtingen plaatsvinden, kan dat problemen opleveren. Het – lage – tarief voor een basisconsult en de – veel hogere –

tarieven voor operatieve verrichtingen liggen ver uit elkaar. Ook is bekend dat verzekeraars niet altijd geneigd zijn om enkel extramuraal werkende oogartsen te contracteren, omdat zij te beperkte oogheelkundige zorg zouden leveren.

Ik acht het een verantwoordelijkheid van partijen in WTG-verband om te komen tot een meer passende tariefopbouw. Vorig jaar heeft de LSV het NOG geadviseerd om op basis van een nieuwe kostenonderbouwing een opwaartse bijstelling in de tarieven aan te vragen via de reguliere kanalen, in casu het COTG. Sindsdien is er, wat dit betreft, niets meer vernomen van het NOG.

Voor de oogartsen tenslotte is een aansluiting bij de zogenaamde lokale initiatieven zeer aan te bevelen. Dat geldt ook voor de extramuraal werkende oogarts. Daardoor komen zij in principe in aanmerking voor vrijwaring van tariefkortingen en kunnen zij participeren in de nieuwe honoreringsstructuur. Uitgangspunt is daarbij wel – en dit geldt met name ook voor de extramuraal werkende oogarts – dat een dergelijke aansluiting eveneens een bijdrage levert aan een geïntegreerde organisatie van de oogzorg ter bevordering van kwaliteit en doelmatigheid.

De Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
E. Borst-Eilers