

Vergaderjaar 1996–1997

25 000 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997

Nr. 76

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 3 september 1997

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 28 mei 1997 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **de brief van 17 maart 1997 inzake de oog(heelkundige) zorg** (25 000-XVI, nr. 55).

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

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Bremmer** (CDA) constateerde dat het om een complex en turbulent dossier gaat. In het veld groeien bepaalde gevoelens jegens de overheid en het overheidsbeleid. Hij verwees naar een aantal artikelen in kranten en vaktijdschriften waaruit een bepaalde stemming blijkt. De minister geeft daarentegen in haar brieven aan dat het niet makkelijk is om organisaties duidelijk te maken dat de verantwoordelijkheid van de overheid voor de budgetverdeling en de onderscheiden vormen van medisch specialistische zorg beperkt is. De conclusie is wel dat er al een jaar of twintig een tekort bestaat aan oogheelkundige zorg en dat er wachtlijsten bestaan. Er wordt ook breed erkend dat de problemen nijpende worden door onder andere een groeiende vraag, de vergrijzing en een toename van het aantal diabetici.

Sinds oktober 1991 is er toestemming om jaarlijks twintig extra oogartsen op te leiden. De heer Bremmer constateerde dat een aantal daarvan echter werkloos is door het uitblijven van de noodzakelijke erkenningsbeschikkingen, die niet naar rato zijn opgevoerd. Is het juist dat niet alle academische ziekenhuizen die extra opleidingsplaatsen feitelijk bezetten? Is het juist dat de subsidieregeling voor extra opleidingsplaatsen weer wordt geschrapt? Dat zou een curieuze ontwikkeling zijn.

Daarnaast zijn taken nog steeds niet efficiënt verdeeld. Een effectieve selectie van oogheelkundige patiënten in de eerste lijn vindt nog onvoldoende plaats. Door het krappe budget voor de oogheelkundige zorg staan praktijken en daarmee de oogzorg zelf onder toenemende druk. De oogartsen bieden door de toenemende vraag meer zorg dan door de overheid financieel is toegestaan. Dat is vervolgens weer aanleiding om de tarieven te verlagen, omdat hierdoor afgesproken budgetten zijn

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), Versnel-Schmitz (D66), 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).

Plv. leden: Soutendijk-van Appeldoorn (CDA), Van der Vlies (SGP), Lilipaly (PvdA), Th.A.M. Meijer (CDA), Rijpstra (VVD), Voûte-Droste (VVD), Smits (CDA), Houda (PvdA), Beinema (CDA), Van den Bos (D66), Van der Burg (PvdA), Rouvoet (RPF), R.A. Meijer (groep-Nijpels), Van Waning (D66), Sipkes (GroenLinks), De Jong (CDA), Passtoors (VVD), Apostolou (PvdA), J.M. de Vries (VVD), Noorman-den Uyl (PvdA), Bremmer (CDA), Bakker (D66), Hoogervorst (VVD).

overschreden. De tarieven zijn sinds 1989 dan ook fors gedaald. Door dit soort ontwikkelingen zijn ook privé-klinieken ontstaan.

De heer Bremmer constateerde dat de voortgang te traag is, terwijl tempo geboden is. Naar zijn mening heeft de minister zich verkeken op de voorzitterskeuze voor het landelijk platform en de stemming onderschat. Waarom moest hierdoor een jaar verloren gaan? Over de profielschets en de procedure waren toch verwachtingen gewekt. Juist in deze fase van het proces was het vasthouden aan de kandidaat van de voorzitter een psychologische beoordelingsfout. Het is ook in strijd met de intentieverklaring van 15 mei 1996 over een onafhankelijke voorzitter. De NOG mag dan wel de enige partij zijn die bezwaar maakte, maar het is wel een significante organisatie in het veld. Hij vroeg de minister verantwoording af te leggen waarom het zo lang heeft geduurd.

Kan de minister informatie geven over de ontwikkeling van de oogzorg-wachtlijsten tussen 1994 en 1998?

Van de per 1 december a.s. te realiseren directe verwijsrelatie tussen de huisarts en de orthoptist had de heer Bremmer met voldoening kennisgenomen. Hij zou op het prijs stellen als de algemene maatregel van bestuur te zijner tijd naar de Kamer wordt gestuurd.

De heer Bremmer stemde in met het voornemen om het beroep van optometrist wettelijk vast te leggen, want dit kan een bijdrage leveren aan de verbetering van de eerstelijnsfunctie in de oogzorg. Waarom gebeurt dit echter pas in de loop van 1999? Houdt dit verband met de instroom van voldoende HBO-optometristen tegen die tijd? Zijn er dan ook werkelijk voldoende optometristen, zodat een verlichting in de eerstelijnszorg kan plaatsvinden? Hij kon er ook mee instemmen om geen wettelijke overgangsregeling te creëren terzake van de bestaande MBO-optometristen. Hoe voorkom je echter oneerlijke concurrentie en belangenverstrengeling tussen enerzijds medische en anderzijds commerciële activiteiten? Kan een gedragscode daarvoor een oplossing bieden? De UFON twijfelt daar bijvoorbeeld aan. Wanneer zullen daadwerkelijk de 360 optometristen van de huidige 600 starten met de nascholing en hoeveel tijd zal de nascholing in beslag nemen? Welk slaagpercentage wordt verwacht? Men moet namelijk wel slagen, wil het concept in de praktijk zoden aan de dijk zetten.

Over de regulering van de aanpassing en de nazorg bij contactlenzen door een kanalisatieregeling was de minister in haar brief wat terughoudend. Zij heeft verwezen naar de discussie rond de Vestigingswet. Een regeling voor deze beroepsgroep is echter gewenst. Het gaat om de zorg aan het oog en die moet niet vrij worden gelaten. De minister wil eerst een onderzoek naar de risico's ervan en de inspectie voor de gezondheidszorg inschakelen. De risico's zijn toch bekend, ook uit het buitenland. De minister zou deze zaak ook willen voorleggen aan het landelijk platform. Wat de CDA-fractie betreft is dat niet nodig en wordt een snelle regeling op prijs gesteld.

De heer Bremmer kon instemmen met het streven om de oogartsen meer te concentreren op hun eigenlijke functie, namelijk de pathologie rond het oog.

Het Landelijk platform oogzorg heeft bij dit alles een belangrijke functie. De minister vindt het belangrijk dat dit LPO er komt, want dit moet een landelijk toetsings- en referentiekader opstellen om ontwikkelingen in de regio beter te kunnen sturen. Het onderzoek van de universiteit van Limburg heeft daarvoor inderdaad een uitstekende basis gelegd. Welke bestuurlijke en juridische status zal zo'n toetsingskader echter hebben? Is dat afdwingbaar of is het meer een referentiekader? Welk tijdpad heeft de minister voor ogen bij het van start gaan van het LPO? Wat is de laatste stand van zaken rond de benoeming van de voorzitter? In welke mate denkt de minister dit proces te kunnen faciliteren? Is het een facilitering van het voorzitterschap en van het secretariaat? Welke kosten neemt de minister daarbij voor haar rekening?

Er wordt gesproken over een bevrozing van het nazorgkader. De oogartsen zeggen dat zij zijn gebonden aan een budget. Als dan wordt gevraagd wat dit budget is, kan daarop geen antwoord worden gegeven. Dat is toch wel erg onbevredigend.

In welke mate zal het oogcluster profiteren van het budget van 50 mln. voor het wegwerken van de wachtlijsten? Denkt de minister aan een soort van speerpuntenbeleid? In welke sectoren kan het meeste verlichting worden geboden?

Heeft het COTG inmiddels al tarieven vastgesteld voor de extramurale praktijken? Er is ook sprake van het starten van een juridische procedure. Hoe staat het daarmee? Sinds 1989 zijn de tarieven voor de oogartsen permanent gedaald en ook fors gedaald. In het gehele veld zegt men dat de tarieven door de bodem zijn gezakt en dat zij moeten worden aangepast. Wat is het COTG van plan?

De minister heeft aangekondigd wettelijke maatregelen te willen treffen terzake van de privé-klinieken. Zij wil het aantal privé-klinieken beperkt houden. Zij vindt een ontwikkeling in de richting van meer niet-klinische behandelcentra niet wenselijk, los van de regie van een geïntegreerde benadering van het ziekenhuisbedrijf. De heer Bremmer kon dit steunen, maar anderzijds zijn die klinieken ook uit nood geboren. Moet dan van de nood geen deugd worden gemaakt, als het gaat om logistieke efficiency en een effectieve aanpak van wachtlijsten? Wat vindt de minister bijvoorbeeld van het rapport van het OMC in Haarlem? In de Haarlemse regio heeft men toch een flinke bijdrage geleverd aan het terugdringen van wachtlijsten. Is ten slotte steeds een goed onderscheid te maken tussen een privé-kliniek en een extramurale praktijk? Dat lijkt in de praktijk ook niet altijd helder.

De heer Bremmer concludeerde dat het jammer is dat tijd verloren is gegaan door de controverse rond de benoeming van een voorzitter. Hij hoopte dat een nieuwe start kon worden gemaakt en dat hieruit lessen zijn getrokken. De veldpartijen verdienen naar zijn mening een actieve ondersteuning in het creëren van meer samenhang en meer samenwerking. Op dat punt kan winst worden geboekt. Hij hoopte dat het landelijk platform resultaat zou boeken.

De heer **Oudkerk** (PvdA) constateerde dat er twee jaar verstreken zijn na het vorige oogzorgoverleg. De vraag is of de patiënten er in die twee jaar beter van zijn geworden. De minister heeft indertijd gezegd dat zij alle beroepsgroepen bij elkaar zou brengen, wat inderdaad in november 1995 is gebeurd. Dat heeft geleid tot een intentieverklaring en afspraken. Er is een goed onderzoek gekomen van de rijksuniversiteit Limburg. Er bleek echter geen sprake te zijn van onderlinge afstemming. Zo is 1996 voorbijgegaan. Vervolgens wilde de minister de heer König, voormalig voorzitter van het Nederlandse huisartsen genootschap, benoemen. Heeft de minister op 7 november 1996 gezegd dat zij graag de heer König als voorzitter zou benoemen en hebben de oogartsen inderdaad pas op 21 maart 1997 geschreven dat deze voorzitter niet acceptabel is? Als dat zo is, is dus een halfjaar verloren gegaan. De heer Oudkerk twijfelde niet aan de capaciteiten van de beoogde voorzitter en vond zijn diskwalificatie niet terecht, maar als het daarop hing, is dat toch eigenlijk zonde en is «hakken in het zand» misschien toch een fout beginsel.

De partijen zijn uiteindelijk wel gaan praten en er zijn intentieverklaringen gekomen, maar in de praktijk heeft dit nog niet al te veel opgeleverd. Nu is er weer gesteggel over de status van het platform en over de vraag of de voorzitter wel onafhankelijk genoeg is. Als het in het bedrijfsleven op deze manier zou gaan, zouden de bedrijven failliet gaan. De heer Oudkerk wilde niet direct pleiten voor een marktwerking in de gezondheidszorg, maar hij trok wel de conclusie dat het met enkele marktconforme elementen misschien sneller had gekund dan in twee jaar. Hij wilde de minister niets verwijten, maar de partijen hebben naar zijn

mening toch ook een maatschappelijke verantwoordelijkheid om wat sneller tot overeenstemming en afstemming van de zorg te komen. Hij sprak de wens uit dat het in de oogzorg wat meer die kant zou uitgaan. Partijen zouden bereid moeten zijn om iets in te leveren om tot een beter geheel te komen. Als dat niet lukt, heeft uiteindelijk de minister de verantwoordelijkheid om in te grijpen als uit het onderzoek van de rijksuniversiteit van Limburg blijkt dat de samenhang niet goed is.

Wat is de stand van zaken op dit moment? Uit de brief van de orthoptisten blijkt dat zij nog in een impasse zitten. Anderen zeggen weer dat zij er uitkomen en dat de zaken nu goed in gang zijn gezet, afgezien van de benoeming van de voorzitter.

De heer Oudkerk had in het overleg van twee jaar geleden de minister gevraagd om ook oriënterende gesprekken met verzekeraars te voeren, omdat de rol die zij zouden kunnen spelen bij het oplossen van knelpunten, ook voor hen aantrekkelijk zou kunnen zijn. In de brief van 17 maart vond hij daar niet veel van terug.

De wachtlijsten en de wachttijden zijn te lang. Het gaat daarbij vooral om oude mensen met glaucoom of staar. De heer Oudkerk bleef het een vreemd fenomeen vinden dat enerzijds extramurale oogartsen failliet dreigen te gaan, waardoor wachttijden oplopen, en dat anderzijds bij de intramurale oogzorg de wachttijden veel te lang zijn. Hoe heeft, ook in verband met de vergrijzing, de laatste jaren de vraag naar staaroperaties of naar behandeling van glaucoom zich ontwikkeld? Kan de minister een indicatie geven van de omvang van de wachtlijsten op dit moment? Hoeveel extramurale oogartsen zitten nu nog in de financiële problemen? Is de verdeling over wachtlijsten en wachttijden evenredig of heeft het ene ziekenhuis wel een lange wachttijd en het andere niet? Als er een overcapaciteit is in het ene ziekenhuis, lijkt het thans niet mogelijk om die overcapaciteit over te hevelen naar een ziekenhuis met een ondercapaciteit. Met de huidige moderne technieken, zoals computers, E-mail en Internet, moet het toch mogelijk zijn om een centraal systeem te ontwikkelen.

In haar brief heeft de minister geschreven dat optimale benutting van de bestaande ziekenhuiscapaciteit niet betekent dat geen zorg buiten het ziekenhuisgebouw kan plaatsvinden. Dat kan wel, maar dat moet dan onder regie van het ziekenhuis gebeuren. Als de minister daarmee bedoelt «een ziekenhuis» zou de heer Oudkerk daar wel voor zijn. Moeten straks de privé-klinieken, dan geheten niet-klinische medische behandelcentra, onder regie van een bepaald ziekenhuis werken of kunnen dat meer ziekenhuizen zijn?

Welke initiatieven zijn in verband met de 50 mln. aangemeld? Welke zullen gehonoreerd worden en welk deel van die 50 mln. zal worden besteed aan oogheelkunde? In hoeverre is dit bedrag, dat incidenteel is, een oplossing voor een structureel probleem?

De minister heeft geschreven dat een deel van de problemen zou kunnen worden opgelost met de uitvoering van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel. In 1995 dacht zij daarbij aan het wegnemen van schotten, het makkelijker maken van transmuraal werken. Ook in deze brief schrijft zij dat zij zeer hecht aan het geïntegreerde medisch specialistische bedrijf. Tijdens een hoorzitting op 27 mei heeft de heer Kingma, voorzitter van de Orde van medisch specialisten, gezegd: «Medisch specialisten denken niet in termen van inspraak. Zij vinden dat zij het ziekenhuis zijn.» Wat vindt de minister daarvan? Voor de fractie van de PvdA wordt daarmee in elk geval veel duidelijk, ook het feit dat de specialisten zich eerst konden vinden in het PvdA-amendement, dat gedeeltelijk de nota van wijziging is geworden, en nu weer dreigen met miljoenenclaims en individuele WZBO-afspraken. Het leek er volgens de heer Oudkerk op dat de specialisten nu hard hun best doen om hun goodwill – en dan niet de financiële goodwill – kwijt te raken. Als de implementatie van de voorstellen van de commissie-Biesheuvel

inderdaad een deel van de problemen zou kunnen oplossen, is het een gemiste kans dat dit nog niet is gebeurd. Hij pleitte er ook voor om het wetsvoorstel zo snel mogelijk te behandelen. Ook over de andere voorstellen van Biesheuvel zou binnenkort gepraat moeten worden. Het vond het treurig dat het nog steeds is gebleven bij de constatering dat met uitvoering van de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel een deel van de problemen zou kunnen worden opgelost.

Bij een doelmatigheidsproject in Rotterdam voor oogheelkundige zorg is men erin geslaagd om met hetzelfde aantal medewerkers 40% meer staaroperaties te verrichten dan vijf jaar geleden. Landelijk zijn er dus problemen om de aanbevelingen van Biesheuvel in te voeren, maar dit lokale initiatief heeft wel succes. Zijn er nog meer initiatieven op dit vlak? Kan de minister haar energie niet beter richten op het faciliteren en stimuleren van dit soort lokale projecten in plaats van te wachten tot alle partijen in het platform hetzelfde vinden?

Kan de minister niet gewoon besluiten dat het Landelijk platform oogzorg een feit is en dat het overgaat tot het opstellen van richtlijnen en protocollen? Op grond daarvan kunnen wellicht tarieven herzien worden en gekoppeld worden aan het feit dat volgens een protocol wordt gewerkt, in overleg met de verzekeraars. Op die manier wordt ook duidelijk of tarieven herziening behoeven. De tarieven voor staaroperaties zouden wellicht verlaagd kunnen worden, omdat deze zijn gebaseerd op minder moderne technieken dan de huidige. Met het bespaarde geld zouden dan andere problemen in de oogzorg weer opgelost kunnen worden.

Er ligt nu een eenzijdig tariefverzoek. Enerzijds is er een precedent in de vorm van tarieven voor privé-klinieken en anderzijds lijkt het erop dat de chaos alleen maar groter wordt. Als nu het tarief voor extramurale oogartsen wordt opgetrokken, is de prikkel voor een efficiënte verdeling van al die oogheelkundige taken misschien weer enigszins verdwenen. Vallen de extramurale oogartsen straks onder de definitie van privé-klinieken of niet-klinisch medische behandelcentra? Worden zij door het noodwetje verboden of juist gestimuleerd? Is het een idee om de extramurale oogartsen die een «achterwachtovereenkomst» met een ziekenhuis hebben, die vergunning te geven? In combinatie met werken volgens protocollen en een tariefherziening op basis van die protocollen zouden daarmee een aantal problemen in de stijl van Biesheuvel zijn opgelost. De overeenkomst met het ziekenhuis zou de kwaliteit van zorg garanderen, als de kwaliteitswet zorginstellingen straks ook van kracht wordt voor de niet-klinische medische behandelcentra.

Wat wordt de rol van patiënten bij het nog op te richten platform?

Waarom moet men voor het aanmeten van een bril een HBO-opleiding hebben, terwijl voor het aanmeten van contactlenzen een MBO-diploma voldoet?

De heer Oudkerk was ten slotte vooral nieuwsgierig naar het antwoord op de hamvraag «hoe nu verder?». Hebben al die mensen met glaucoom en staar die op de wachtlijst staan, iets aan dit algemeen overleg? Hij sprak de hoop uit dat in mei 1999 niet over dit onderwerp op dezelfde manier zou worden gepraat en men zich dan zou afvragen waarom op 28 mei 1997 geen spijkers met koppen zijn geslagen.

Mevrouw **Kamp** (VVD) wees erop dat in 1992 de heer Dees al aandacht had gevraagd voor het oogheelkundig zorgdossier. Op 14 juni 1995 is uitvoerig gesproken over dit dossier. Toen zij de brief van 17 maart las, vroeg zij zich af of er wel oplossingen waren gekomen en of er veel tot stand was gekomen. Zij had de indruk dat er twee jaar is gesproken, maar dat de problematiek nog hetzelfde is. Er zijn enkele beroepsgroepen bijgekomen, maar de wachttijden voor oogheelkundige zorg zijn niet minder geworden. Gemiddeld duurt het 89 werkdagen voordat men bij een oogarts terecht kan. De minister schrijft dat op het terrein van de

oogzorg sprake is van turbulente ontwikkelingen, ook bij het publiek. Wat zijn die turbulente ontwikkelingen, waar toch sinds 1995 geen antwoord op is gegeven?

De minister heeft ooit met verve verdedigd dat met name in de oogheelkundige zorg verpleegkundigen wel medische handelingen zouden kunnen verrichten. Zij kreeg toen veel kritiek over zich heen. Dat punt is nu verdwenen. Heeft de minister thans die opvatting niet meer?

Een aantal nieuwe beroepsgroepen worden thans toegelaten. De optometristen gaan van MBO- naar HBO-niveau. Naar de mening van mevrouw Kamp zou dit geld kosten, omdat men op HBO-niveau meer wil verdienen. Het budget blijft echter gelijk.

Voor de oogarts blijft de pathologische zorg voor het oog over. De minister wil het beroep van optometrist via de BIG regelen. Via de BIG is uiteindelijk de persoonlijke aansprakelijkheid sterker. De minister heeft nu gesproken over «pluis en niet-pluis» in verband met de optometrist. Zal de optometrist en zal de patiënt uiteindelijk niet naar zekerheid zoeken? Zal de patiënt de optometrist niet vaker vragen om naar de oogarts verwezen te worden? Dan komt er een toestroom naar de oogarts. Dat leidt dan tot een enorme taakverzwaring voor de oogartsen.

De politiek en de overheid hebben ervoor gezorgd dat het aantal opleidingsplaatsen is verruimd. De minister heeft geschreven dat de budgetverdeling de verantwoordelijkheid van de veldpartijen is en dat daarbij haar invloed uiterst beperkt is. Onlangs zijn nieuwe geneesmiddelen voor aids-patiënten toegestaan, over Taxol of over uitbreiding van hartchirurgie, zijn de budgetten verruimd. Toen was er ook sprake van belangenbehartiging. Er is nu wel toestemming om meer mensen op te leiden, maar de overheid houdt de knip dicht als gevraagd wordt om budgetverruiming. Komt dit doordat het gaat om een beroepsgroep en een categorie patiënten die wat meer zwijgen? Als bijvoorbeeld een ernstige diabetespatiënt zou moeten kiezen tussen een oogoperatie of een voet eraf, zou die patiënt eerder kiezen voor de voet eraf, omdat hij ziende wil blijven. Een goed gezichtsvermogen bevestigt enorm de zelfstandigheid in deze samenleving. Wordt niet onderschat dat de oogheelkundige zorg een grote rol kan spelen bij de bevordering van de zelfstandigheid?

De minister wil de budgettaire problemen in beginsel oplossen via het wachtlijstfonds. Het geld daarvoor is incidenteel. Het is nu eind mei, maar elke keer schuift de datum op waarop de Kamer daarover iets zal horen.

De onderlinge taakafbakening moet vorm krijgen in een platform, waarvoor door de minister een voorzitter is voorgesteld die niet gesteund wordt door één van de partijen. Voor een echt constructief overleg moet de voorzitter toch gedragen worden door de partijen. Er is sprake van dat een nieuwe voorzitter wordt voorgedragen, in wie de partijen zich kunnen vinden. Wat is de stand van zaken op dit moment?

Er zijn thans nog zo'n 200 specialisten die niet aan ziekenhuizen zijn verbonden. Daarbij horen ook de extramurale oogartsen. Hoeveel oogartsen hebben alleen een praktijk aan huis en zijn niet gebonden aan een oogkliniek? Daarnaast vroeg zij naar de relatie van oogklinieken met privé-klinieken en in relatie met het wetsvoorstel over de integratie van medisch specialisten. Mevrouw Kamp kon zich voorstellen dat er met de huidige hightech ontwikkeling medische disciplines zijn die monodisciplinair kunnen werken en dat daarvoor de band met het ziekenhuis niet aan de orde is. Nu moet iedere specialist die band met het ziekenhuis hebben volgens het aanhangige wetsvoorstel. De technologische ontwikkelingen in de oogheelkunde zijn echter groot, zodat het uiteindelijk niet altijd hoeft te betekenen dat men aan het ziekenhuis verbonden moet zijn.

Er is een wetsvoorstel over privé-klinieken aangekondigd. Eerder was al een beleidsnotitie aangekondigd. De vaste commissie stelt het wel op prijs om een beleidsnotitie te krijgen, alvorens er een wetsvoorstel komt.

Niet duidelijk is of het om een separaat wetsvoorstel gaat, of samenvalt met de operatie rond de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Dit laat echter onverlet dat door de rechterlijke uitspraak het COTG een beslissing moet nemen over het tarief voor privé-klinieken. Dat zal gevolgen hebben. Is er intussen een tarief vastgesteld voor de extramurale oogzorg en voor de oogklinieken? Hoe gaat het verder met de COTG-richtlijn? Heeft de minister die al gefiatteerd?

De minister wil eerst de bestaande beroepen op grond van artikel 34 van de BIG naar voren halen, waarbij de optometristen geen prioriteit hebben. In feite zijn zij echter ook detaillist. De oplossing van de minister is dat men met een gedragscode moet komen. Hoe werkt dit bij de oogartsen zelf? Menig oogarts heeft toch ook nog een «brillenwinkel»?

Mevrouw Kamp zag wel in dat er meer regulering en kanalisering moest zijn bij de verstrekking van contactlenzen. Soms wil men iets vrij hebben wat men later wil regelen. Iets moet geregeld worden als het een bedreiging van de volksgezondheid is. Het is een goede zaak dat de minister overleg met de inspectie wil. Is dit er geweest en zo ja, wat is het resultaat? In de brief staat dat de minister zo nodig de Gezondheidsraad erbij wil betrekken. Gebeurt dit nu of was het advies van de inspectie dat er eigenlijk geen problemen zijn?

De heer **Van Boxtel** (D66) constateerde dat in de verschillende debatten over de wachtlijsten vier ziektebeelden naar voren zijn gekomen die zorgelijk zijn. Dat zijn de ziekten aan het bewegingsapparaat, de orthopedie, de geestelijke problemen, het vollopen van de RIAGG's en de psychotherapie, de hartproblemen en de oogziekten. Over de oogziekten is twee jaar geleden gesproken. De wachtlijsten zijn sindsdien opgelopen. De patiënten ergeren zich daaraan en vrezen voor een verslechtering van hun kwalen. De patiëntenverenigingen van blinden en slechtzienden en de diabetesvereniging schrijven keer op keer noodkreten. De minister heeft zelf in haar brief geschreven dat er sprake is van lange wachttijden en soms zelfs te lange wachttijden. Ook de minister erkent dus dat de wachttijden te lang zijn.

Er zijn initiatieven genomen om partijen bij elkaar te betrekken. Uit informatie bleek indertijd dat intramuraal en extramuraal werkende oogartsen met de rug naar elkaar toe werkten. Orthoptisten en optometristen vochten voor hun positie en de opticiens idem dito. Dit is te vergelijken met de tandartsen en hun verhouding tot de tandprotheticici, die zelfs al kleuren-tv's aanbieden bij aanschaf van een kunstgebit. Hoe zullen in verband met de commerciële activiteiten die disciplines op elkaar worden aangesloten?

Het COTG zit in de maag met de tarieven voor de extramuraal werkende oogartsen. Sinds de uitspraak van het College van beroep voor het bedrijfsleven, dat ook vergoedingen betaald moeten worden voor apparatuur en werkruimte, geeft dit problemen. Zijn de nieuwe COTG-richtlijnen er al?

Intussen is bekend geworden dat een wetsvoorstel zal worden ingediend voor de privé-klinieken. Op welke wijze worden de privé-klinieken, onder andere het OMC in Haarlem, ondergebracht bij ziekenhuizen? Moeten zij dit zelf organiseren of zal de minister of zullen de andere betrokken partijen, zoals de ziekenhuizen, hen dwingen? Als gevraagd wordt om dit te doen, is het mogelijk dat de privé-klinieken bij de ziekenhuizen «nee» te horen krijgen en door de ziekenhuizen buiten de deur worden gehouden. Hoe staat de minister tegenover het voornemen om ze om te vormen tot een niet-klinisch behandelcentrum? De oogartsen in het OMC hebben bijvoorbeeld al aangegeven dat zij veel verrichtingen doen die helemaal niet in een ziekenhuis hoeven plaats te vinden. Ziet de minister dit ook zo? Als dit zo is, zou het ook anders georganiseerd kunnen worden, nog los van de angst dat ziekenhuizen leeglopen en er straks niemand meer is op wie je de kosten voor de infrastructuur kunt

verhalen. Aan welke rechtsvorm moet zo'n kliniek voldoen? Mag er winst worden gemaakt en zo ja, aan wie moet die worden uitgekeerd?

De minister heeft in de brief geschreven dat het aan de beroepsorganisaties in de oogzorg, NOG en NVEO, moeilijk inzichtelijk is te maken dat de budgetverdeling voor een belangrijk deel hun eigen verantwoordelijkheid is en dat in het overleg tussen hen en het departement het deels ook te wijten is aan de verzekeraars, die het belang van de oogheelkundige zorg niet altijd herkennen en erkennen. Het ligt dus vooral aan de brancheorganisaties en hun leden en aan de verzekeraars, maar intussen blijft een impasse bestaan. Dat kan toch van niemand de bedoeling zijn. Onduidelijk blijft ook de positie van de extramurale praktijken ten opzichte van het ziekenhuis. De minister heeft in haar brief geschreven dat zij zich daarover nog beraadt.

De voorzitter van het landelijk platform is niet geaccepteerd. De heer Van Boxtel hoopte dat er inmiddels een andere voorzitter zou zijn.

De minister heeft ook geschreven dat zij samenwerking op regionaal niveau wil. Wat is dat regionale niveau? Zijn dat de WZV-gebieden of de provincies en de vier grote steden of zijn dat de werkgebieden van de zorgverzekeraars? Als het waar is dat de zorgverzekeraars zich niet veel gelegen laten liggen aan de oogziektepraktijken en de manier waarop daarmee moet worden omgegaan, is het niveau waarop zij zich ermee kunnen bemoeien wel van belang.

De heer Van Boxtel constateerde dat de optometristen blij zijn met hun erkenning. Hoe gaat het met de bijscholing tot HBO-niveau? Is daarvoor voldoende geld? Is dit ook apart geboekt? Is er voldoende capaciteit bij de hogeschool van Utrecht en andere om de bijscholing van de genoemde aantallen te verzorgen?

Afgelopen jaar is 50 mln. incidenteel vrijgemaakt voor het wegwerken van wachttijden en wachtlijsten in de gezondheidszorg. Welk deel gaat daarvan naar de oogzorg? Is al iets te zeggen over de inzet van dit geld en welke winst dit structureel zal bieden? Is het alleen een tijdelijk wegwerken van achterstanden of wordt het zo ingezet dat er structureel profijt van is en de wachttijden voor de patiënten worden gereduceerd?

De heer Van Boxtel realiseerde zich dat het voor de minister niet eenvoudig is om in dit complexe veld, met zoveel verschillende aanbieders van zorg, eenheid van opvatting te krijgen. Naar zijn mening zijn er echter voldoende instrumenten om de mensen strakker te binden en desnoods dwingender op te treden opdat de zorg voor de patiënten beter geëffectueerd wordt. Hij bleef het ook onbegrijpelijk vinden dat de verschillen in wachttijden zo groot zijn. Hij hoopte dat de registratierichtlijn er zou komen. Naar zijn mening zou de overheid hierin wat dwingender mogen optreden.

Antwoord van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De **minister** beaamde dat de zaken ook wat haar betreft iets sneller hadden mogen verlopen. Sinds mei 1996 is wel het een en ander gebeurd. Als je echter aanzienlijke veranderingen in de beroepen in de gezondheidszorg wilt aanbrengen, is het verkrijgen van een draagvlak wel een voorwaarde voor blijvend succes. Je moet dus mensen ook wel tijd gunnen.

In mei 1996, toen het Limburgse rapport verscheen, was er binnen de kring van de oogartsen nog heel veel weerstand tegen de directe verwijsrelatie van de huisarts naar de orthoptist. Per 1 december a.s. zal dit nu geregeld zijn. Ook bestond toen geen consensus over de optometrist als zelfstandig beroep. De oogartsen zagen de optometrist meer als een hulpkracht, die zich onder verantwoordelijkheid van de oogarts mocht bewegen op het terrein van de oogzorg. De minister heeft besloten om van het beroep van optometrist een zelfstandig beroep op HBO-niveau te maken. Dat gebeurt pas in 1999 om de MBO-optometristen in de

gelegenheid te stellen om de vervolgopleiding af te ronden. Daarvoor hebben zich ruim 300 optometristen opgegeven. De eerste groep van ruim 200 is al bezig met de opleiding. Volgend jaar begint een groep van 150. De branche heeft ook overeenstemming bereikt over het beroep van contactlensspecialist. Er is ook niet veel weerstand tegen de uitspraak dat de huisarts moeilijk eigenstandig aan de NHG-standaard kan voldoen en dat de eerstelijnsfunctie in de oogzorg moet worden uitgeoefend in combinatie met beide beroepsgroepen, namelijk huisarts en optometrist.

Door het landelijk platform moet een referentiekader worden gemaakt en moeten richtlijnen worden opgesteld. Een paar zaken zouden daar aan de orde kunnen komen, bijvoorbeeld de behandeling van amblyopie alleen door een orthoptist of de verklaringen die nodig zijn voor het rijbewijs en het werken met beeldschermen, waarbij het niet gaat om mensen met medische afwijkingen. Dat zou de HBO-optometrist goed kunnen doen. Het leek de minister echter niet verstandig om het platform te vertellen wat het moet regelen. Dat moet het zelf doen.

De zinsnede in de brief over een turbulente ontwikkeling had onder andere op het voorgaande betrekking. De minister wees verder op hetgeen er in de optiekbranche is gebeurd met de ketenbedrijven. De Vestigingswet heeft een vergaande deregulering mogelijk gemaakt. Het publiek is ook een ander gedrag gaan vertonen. Vroeger ging men meestal naar de oogarts, maar tegenwoordig gaat men in 80% van de gevallen naar de optiekbranche. In 1996 was er in Nederland één oogarts op 36 000 inwoners. In het Verenigd Koninkrijk was dat één oogarts op 78 000 inwoners. Die verschillen hebben te maken met andere beroepsgroepen die zich met de oogzorg bezighouden en de onderlinge taakverdeling. Andere turbulente ontwikkelingen betreffen de extramurale oogartsen, het groeiende probleem van de wachttijden en de invloed van privé-klinieken.

Desgevraagd antwoordde de minister dat zij met de vergelijking met het Verenigd Koninkrijk niet bedoelde te zeggen dat er een koude sanering onder de extramurale oogartsen moet plaatsvinden. Haar opmerking was bedoeld als illustratie dat men in het Verenigd Koninkrijk met veel minder oogartsen toe kan en dat die oogartsen blijkbaar niets anders meer doen dan het behandelen van oogziekten waarvoor ook die opleiding nodig is. Zolang er in Nederland lange wachtlijsten voor staaroperaties zijn, wilde zij niet over een sanering praten.

De extra opleidingsplaatsen en de subsidieregeling daarvoor zijn het gevolg van de lange wachtlijsten. Inmiddels zijn er echter voorbeelden dat het oplossen van die problematiek niet alleen een kwestie is van meer oogartsen. In Haarlem en Amsterdam hebben initiatieven van privé-klinieken of van de zorgverzekeraar die contracten heeft gesloten met een extramurale oogkliniek, geleid tot een aanzienlijke reductie van de wachtlijsten. In Rotterdam heeft men het proces efficiënter gemaakt, wat een productieverhoging van 40% heeft opgeleverd. In Delft heeft de directie van het ziekenhuis in overleg met de medische staf besloten tot een herschikking in operatiekamertijd. Er zijn dus meer oplossingen denkbaar dan alleen het opleiden van nieuwe oogartsen. Gebleken is ook dat de nieuw opgeleide oogartsen niet aan de slag kwamen. Door de opleiders is toen gezegd dat er niet meer oogartsen werden opgeleid en is gevraagd om de subsidie weer af te schaffen. De Ziekenfondsraad zal binnenkort informatie hierover geven. De minister zei toe, de Kamer hiervan een afschrift te sturen. Verleden jaar zijn zeven à acht opleidingsplaatsen wel ingevuld. De bedoeling was twee keer tien. De subsidie-regeling is dus niet volledig gebruikt.

De tarieven zijn sinds 1989 inderdaad fors gedaald door de cyclus van overschrijding en tariefdaling. Vandaar het initiatief met lokale experimenten om daar een eind aan te maken. Voor de intramuraal werkende oogartsen, die hun vak in de volle breedte uitoefenen en die meedoen aan lokale initiatieven, is het niet zo'n probleem dat er een tariefdaling is

geweest. De tarieven spelen steeds minder een rol in de lokale initiatieven met de lumpsumhonorering. De extramurale oogartsen, die afhankelijk zijn van de tarieven, hebben daar wel problemen mee.

De minister was van mening dat de diskwalificatie van de heer König als voorzitter van het platform niet terecht was. Alle groepen, met uitzondering van de oogartsen, wilden de voorzitter, die daarvoor zeker gekwalificeerd was, ook accepteren. Het bezwaar van het NOG was gericht tegen de uitspraak die de heer König ooit had gedaan, dat het goed zou zijn als specialisten zich wat meer met de kwaliteit van hun vak bezighielden in plaats van met hun inkomen. Het bleek niet mogelijk om hem die uitspraak te vergeven. De minister vond het persoonlijk overdreven dat men hier zo'n hard punt van maakten. Het werd ook harder naarmate de minister meer druk uitoefenden. Daarom is ruimte geschapen om een nieuwe voorzitter voor te dragen. De minister had intussen een brief ontvangen dat men het eens is geworden over prof. Van Montfort als voorzitter van het platform. Wellicht zal deze wat tempo erin kunnen brengen om iets van de verloren tijd goed te maken.

Door de heer Bremmer erop gewezen dat één van de afspraken was dat de voorzitter onafhankelijk zou zijn en dat de minister misschien toch een eenzijdig beeld schetste, antwoordde de minister dat de heer König als huisarts werkzaam is geweest, maar dat hij dat thans niet meer is. Als hij nog praktiserend huisarts was geweest, had het NOG een reëel punt gehad.

In het landelijk platform zullen ook de patiënten vertegenwoordigd zijn. Het tijdpad voor het landelijk platform houdt in dat het in driekwart tot één jaar zijn belangrijkste taken heeft verricht. Het is de bedoeling om de honorering van de voorzitter en secretaris voor rekening van het ministerie te nemen. Als zij nog met een groting komen, zal de minister daar welwillend naar kijken, want zij moeten snel en efficiënt kunnen werken.

Over de ontwikkeling van de wachtlijsten in de oogzorg tussen 1994 en 1998 antwoordde de minister dat er helaas geen transparantie en geen inzicht is door het ontbreken van een uniforme registratie. Van NZI-NIVEL zal zij binnenkort het conceptbrancherapport oogzorg krijgen. Dat brancherapport zal in augustus definitief verschijnen. Daarin wordt ingegaan op de ontwikkeling van de vraag, de omvang van de wachtlijsten en het aantal extramurale oogartsen die op dit moment nog problemen hebben. De wachttijden zijn in een klein aantal ziekenhuizen kort, maar op dit moment varieert het tussen de zes weken en negen maanden. De wachtlijsten zijn ook gegroeid door de vergrijzing en doordat de cataractoperaties zo succesvol zijn. Als de wachtlijsten niet zijn gegroeid, is er toch meer productie geleverd. De minister wilde de feitelijke vragen van de heren Bremmer en Oudkerk eigenlijk beantwoorden door het brancherapport in augustus toe te zenden. De minister vond in elk geval de wachtlijsten in de categorieën orthopedie, RIAGG, hart en ogen zorgwekkend.

De minister zei toe dat de AMvB met betrekking tot de orthoptisten aan de Kamer zal worden toegestuurd.

Het COTG is bezig met de tariefvaststelling. Bij het wegwerken van de wachtlijsten zullen tarieven worden gehanteerd waarbij de vaste lasten buiten beschouwing worden gelaten. Er kunnen dus minder hoge tarieven worden gerekend dan het standaardtarief, waar ook de vaste lasten van het ziekenhuis in zitten. Informeel heeft de minister gehoord dat als het COTG op basis van de kosten een richtig tarief vaststelt voor deze afzonderlijke verrichtingen, dit lager uitkomt dan de huidige bedragen. De minister wilde echter de definitieve tariefvaststelling door het COTG afwachten. Zij wees erop dat de tarieven in specialistische geneeskunde tegenwoordig niet meer een directe relatie hebben met de feitelijke kosten. In de totaliteit van het ziekenhuis is dat nog niet zo erg, omdat men een budget heeft waar de zaak van moet draaien. Als echter

bepaalde eenvoudige verrichtingen in een aparte kliniek worden ondergebracht, waar met de huidige moderne technieken één oogarts soms tien patiënten in één dagdeel kan opereren, kan het meevallen of tegenvallen als het COTG daarvoor een tarief moet vaststellen. In het Biesheuveltraject is men bezig met het ontwikkelen van een producttypering en productprijzen die wat reëler zijn. Het gaat daarbij om een soort van diagnose/behandelcombinatie. Het is de bedoeling om daarvoor richtige prijzen vast te stellen. Daarom is het niet meer de moeite om de huidige tarieven te herzien. De minister vermoedde dat het echter eerder 1999 zou worden dan 1998. Er wordt echter met voortvarendheid en enthousiasme aan gewerkt.

Op de vraag of voorrang wordt gegeven aan de tarieven voor de oogheelkundige zorg, omdat de tarieven daar erg lijken af te wijken van wat er werkelijk voor wordt gedaan, antwoordde de minister dat er op dit moment geen sprake is van een voorrangsbehandeling. Men krijgt daar wel te maken met die extramurale behandelklinieken. Bij de wettelijke regeling voor de extramurale klinieken gaat het niet om een absoluut verbod, maar om een vergunningstelsel. In de oogzorg lenen de staaroperaties zich heel goed voor een dergelijke constructie. Als er capaciteitsproblemen zijn, omdat ziekenhuisdirecties onvoldoende ruimte hebben om binnen hun eigen capaciteit te schuiven, lijkt het de minister in het belang van de patiënten met cataract om een aantal van die klinieken een vergunning te geven en dus een officiële status. Daar moeten dus goede tarieven voor worden vastgesteld. Langs die weg is er dus wel sprake van enige voorrang.

De minister wilde van de nood een deugd maken, door een aantal privé-klinieken via een vergunningstelsel de mogelijkheid te geven om op deze manier oogzorg uit te oefenen. Het wetsvoorstel komt binnen twee weken in behandeling in de ministerraad en zal nog voor het reces naar de Kamer kunnen worden gestuurd. De minister wilde de stap van een notitie overslaan, omdat de ambtenaren dan eerst daaraan hadden moeten werken. En ook op het ministerie moet efficiënt met het personeel worden omgegaan. Op de vraag van mevrouw Kamp of de minister met een apart wetsvoorstel komt, antwoordde de minister dat dit inderdaad het geval is.

Die klinieken zouden wel een relatie moet hebben met een regulier algemeen ziekenhuis, het liefst op vrijwillige basis. Ook al lenen bepaalde ingrepen zich ervoor om ergens in een aparte villa gedaan te worden, als bepaalde specialisten lang geen contact hebben met de andere vakgenoten en andere specialismen, gaat men allerlei ontwikkelingen missen en gaat de kwaliteit achteruit. In het oog doen zich niet alleen oogziekten voor, ook diabetes en algemene ziekten van het vaatstelsel kunnen zich in het oog manifesteren. Een oogarts hoort bij te blijven, ook op dat gebied. Als die relatie met een instelling van reguliere gezondheidszorg niet op vrijwillige basis totstandkomt, wil de minister graag bemiddelen. In Rotterdam heeft zo'n kliniek zich bij het Franciscusgasthuis aangesloten. Het OMC Haarlem is bezig met de Haarlemse ziekenhuizen. Het rapport van het OMC, dat de minister kort voor dit overleg had ontvangen, had zij nog niet kunnen lezen.

De heer **Van Boxtel** (D66) wees erop dat sommige oogartsen die staaroperaties doen, zichzelf beschouwen als een soort van tandarts. Voor kaakchirurgie moet men naar een ziekenhuis en zo zou het ook bij de oogchirurgie liggen. Als dit een valide stelling is, zou 80% van de oogkwalen in dit soort villa's behandeld kunnen worden.

Mevrouw **Kamp** (VVD) herinnerde daarbij aan haar opmerking over monodisciplinaire ontwikkeling.

De **minister** antwoordde dat er een verschil is tussen zo'n villa, monodisciplinair werken en geen enkele band met een ziekenhuis hebben of als een soort van buitenpost van een ziekenhuis functioneren, bij die staf horen en daarmee regelmatig contact houden. Zij was ervan overtuigd dat men na een paar jaar achterraakt op allerlei terreinen. Als grote aantallen patiënten op een efficiënte en snelle manier geholpen moeten worden, leent zo'n setting zich daar goed voor. Het kan overigens ook in het ziekenhuis zelf bereikt worden. Dit werkt ook als prima als voorbeeldfunctie, doordat men buiten de deur laat zien hoe het ook kan. De minister zou het platform vragen of het daar een mening over wil vormen.

Het is de bedoeling dat de gedragscode een oplossing biedt voor het probleem van de oneerlijke concurrentie. Als dat niet het geval is, zal het anders geregeld moet worden. Wat de commerciële activiteiten betreft is het de bedoeling om in de gedragscode op te nemen wat in Engeland al in het tuchtrecht is verankerd. Het doen van het optometrisch onderzoek en de daadwerkelijke stap tot het aanschaffen van het hulpmiddel moeten gescheiden activiteiten zijn. Optometristen werken op verschillende plaatsen en soms zijn zij aanwezig in de winkel van de opticiens en dus onderdeel van een commercieel geheel. De optometrist mag die twee taken niet ten eigen bate combineren. Daarmee moet rekening worden gehouden in de presentatie naar buiten, in de voorlichting en in een goede afstemming tussen huisarts en oogarts.

Wat de kanalisatieregeling betreft wilde de minister eerst een onderzoek van de inspectie vragen naar de gezondheidsrisico's van de situatie. De inspectie zou daar een dezer dagen mee beginnen. Op de vraag van de heer Bremmer of de minister een termijn kon noemen waarop zij een beslissing zou nemen, antwoordde de minister dat de inspectie na de zomervakantie met een conclusie zal komen. Er is een kleine kans dat de inspectie er niet uitkomt en dat de minister de Gezondheidsraad nog advies moet vragen. In principe zal echter dit jaar beslist worden.

De macrokosten voor de oogheelkunde zijn na de harmonisatie van de tarieven voor ziekenfonds- en particuliere patiënten per 1 januari van dit jaar 72 mln. voor de ziekenfondssector en 44 mln. in de particuliere sector.

Op de 50 mln. voor de wachtlijsten hebben 83 ziekenhuizen ingetekend, waarvan 49 ziekenhuizen een aanvraag hebben ingediend voor een inhaalslag op het gebied van de cataractoperaties. Het gaat om zo'n 9400 operaties. Op basis van gewone tarieven, inclusief de vaste lasten, zou dat 17 mln. kosten. Als de vaste lasten eruit worden gelaten en alleen de variabele lasten worden genomen, komt het in de buurt van 10 mln. De minister sprak haar vertrouwen uit dat al deze aanvragen gehonoreerd kunnen worden. Gevraagd of dit geen duur geld is voor een oplossing die men ook zelf kan vinden, zoals in Delft is gebleken, antwoordde de minister dat het in de gezondheidszorg in de eerste plaats gaat om het helpen van patiënten. Verder moet men in die sector de prioriteiten stellen. De minister wilde echter niet ontkennen dat er in het algemeen sprake is van een beperkt budget voor de intramurale zorg. Een meer structurele verruiming van de volumegroei in de zorg zou een echt antwoord kunnen bieden. Verder moet men kritisch naar het proces kijken, zoals men in Rotterdam heeft gedaan. Er moet een voortdurende druk op de ketel worden gehouden om dit te verbeteren. Men krijgt inderdaad geen extra geld, als men zo efficiënt heeft gewerkt dat er geen wachtlijst is.

De heer Oudkerk herinnerde aan een uitspraak van de directeur van het Rijnstateziekenhuis dat slecht bedrag beloond wordt en goed bedrag niet. Hij had wel begrepen dat er een voorwaarde was voor het honoreren van de aanvragen, namelijk dat zij het Delftse model of een ander model dat even goed is, moeten hanteren. De minister antwoordde dat men aan een aantal voorwaarden moet voldoen. Binnenkort zou zij de rapportage kunnen sturen. Het ging nu om het transparant maken van de wachtlijst-

problematiek. Bij de lokale initiatieven was de doelmatigheidsslag ook een voorwaarde om te kunnen meedoen.

Voor half juni zullen de ziekenhuizen antwoord krijgen. Die 50 mln. moet ook zeker besteed kunnen worden. Dit alles had misschien eerder gekund, maar de minister gaf toe dat zij zelf laat was geweest met het beschikbaar stellen van het geld. Het heeft lang geduurd voordat zij het voor elkaar had. Vervolgens voldeden de eerste aanvragen niet aan de extra voorwaarden. Zo is de tijd verstreken.

Met de verzekeraars is afgesproken dat er inhoudelijke duidelijkheid moet zijn, voordat zij hun rol in het geheel gaan vervullen. Men moet tenslotte weten waar het omgaat. De verzekeraars blijven echter wel voortdurend op de hoogte. In het bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland is regelmatig aan de orde geweest, dat zij ook in hun voorwaarden opnemen het doelmatig werken, zowel intramuraal als extramuraal. Daarop kreeg de minister het antwoord dat naarmate meer gebudgetteerd wordt, de prikkel daartoe sterker zal zijn en dat dit met de leden zal worden besproken. Vaak komt ook het antwoord van de heer Wiegels dat hij niet de baas is van de verzekeraars, maar slechts hun voorzitter. De reactie van de minister is dan altijd dat management by speech heel goed werkt en dat de heer Wiegels daar uitzonderlijk sterk in is. Dit punt staat echter op de agenda.

De minister beaamde de opmerkingen van de heer Oudkerk over het gebruik van moderne technieken bij de wachtlijstregistratie. Technisch is dit inderdaad nog deze week moeiteloos op te lossen. De vraag is echter hoe je mensen zover krijgt dat zij het echt doen. Op de vraag van de heer Oudkerk hoe het dan praktisch wordt opgelost, antwoordde de minister dat zij daar dit jaar nog graag op terugkomt. Dat geldt ook voor de wachtlijsten op de andere gebieden in het kader van de inhaalslag. Waarschijnlijk zal men toch moeten besluiten om tot dit soort systemen over te gaan. De minister beaamde de opmerking van mevrouw Kamp dat het principe van de vrije artskeuzen overeind moet blijven. Het komt echter ook voor dat mensen in hun eigen woonplaats geholpen willen worden, ook als zij ergens anders sneller geholpen kunnen worden.

Zoals het nu met de taakherschikking in de oogzorg geregeld is en zal worden, lijkt de verpleegkundige daar niet zo'n grote rol in te spelen. Aan het platform zal echter expliciet de vraag worden voorgelegd of het daar een verantwoorde taak ziet.

De minister deelde niet de vrees van mevrouw Kamp dat de optometrist wat onzeker is en veel naar de oogarts zal doorverwijzen. De optometristen zijn opgeleid om allerlei afwijkingen te herkennen. De minister verwees naar een eigen recente ervaring, waarbij zij constateerde dat de optometrist veel zekerheid uitstraalde en absoluut niet van plan was om haar zomaar naar een oogarts door te sturen. Vele van zijn collega's zullen net zo werken. De minister ging ervan uit dat de HBO-optometristen zelfstandig hun beroep kunnen uitoefenen, dat zij hun grenzen kennen en binnen die grenzen hun conclusies durven trekken. Wat de kosten betreft zal de opticien vaak de optometrist in de winkel hebben en daardoor de omzet zodanig zien stijgen, dat er voor een optometrisch onderzoek geen rekening wordt gestuurd. Ook dat kon de minister uit persoonlijke ervaring bevestigen.

Het is een fundamenteel dilemma wat aan de veldpartijen moet worden overgelaten. De gezondheidszorg is zo georganiseerd dat zij door allerlei private organisaties wordt uitgevoerd. Veel wordt – terecht – overgelaten aan het management van instellingen. In eerste instantie moeten deze orde op zaken stellen. Het alternatief is namelijk dat steeds meer vanuit het ministerie van VWS de gezondheidszorg wordt uitgevoerd. Voor bijvoorbeeld de artikel 18-voorzieningen heeft de minister een centrale planningsverantwoordelijkheid, maar de rest van de planning van de intramurale gezondheidszorg wordt overgelaten aan de ziekenhuizen.

Gewezen op het financiële instrument en het feit dat via intermediairs partijen daarop harder kunnen worden aangesproken, antwoordde de minister dat het sluitstuk van het systeem van incentives en counter-vailing powers wordt gevormd door de verzekeraars, die nog niet zo actief die rol oppakken. Hoe meer financieel belang een verzekeraar heeft bij doelmatige zorg, hoe sterker hij zich als zodanig zal manifesteren. Er gebeurt veel op dit gebied en men is zich aan het voorbereiden, maar de minister zou daarvan iets meer willen waarnemen.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Bremmer** (CDA) constateerde dat de minister niet was ingegaan op de juridische status van het landelijk toetsings- en referentiekader dat door het landelijk platform ontwikkeld moet worden. Wat verwacht de minister daarvan?

De heer **Oudkerk** (PvdA) vroeg zich af wat er gebeurt als dat toetsings- en referentiekader er is. Gaat de minister dan een convenant sluiten met alle partijen? Als alleen wordt gezegd dat het prachtig is, maar dat het niet kan worden afgedwongen bij de leden, wat zal de minister dan doen?

Hij wees opnieuw op de reallocatie van operatiekamertijd in het ziekenhuis in Delft. Zijn er niet meer instrumenten te verzinnen dan alleen management by speech om dit af te dwingen? Zou de minister niet met Zorgverzekeraars Nederland moeten afspreken dat het wordt opgenomen in de uitkomsten van overleg? Als het aan de vrijwilligheid wordt overgelaten, kom je er niet.

De heer Oudkerk was op de commissie-Biesheuvel ingegaan, omdat expliciet in de brief van de minister stond dat zij juist in het kader van de oogheekundige zorg hecht aan het geïntegreerd medisch specialistische bedrijf en de aanbevelingen van de commissie-Biesheuvel. Wat kan Biesheuvel helpen aan het oplossen van deze problemen?

Tenslotte vroeg de heer Oudkerk een reactie van de minister op de uitspraak van de heer Kingma dat medisch specialisten niet in termen van inspraak denken, maar vinden dat zij het ziekenhuis zijn.

Mevrouw **Kamp** (VVD) vroeg zich in relatie met het wetsvoorstel over de integratie van de medisch specialisten in het ziekenhuis af, waarom het wetsvoorstel voor de privé-klinieken niet eerder was ingediend.

Naar haar mening waren er meer mogelijkheden voor monodisciplinair werken.

Zij steunde de visie van de minister dat het instrument voor overheidssturing in de gezondheidssector gering is. Zaken zijn geleidelijk veranderd. Het zou sneller kunnen met een hogere nominale premie, omdat er dan financieel belang bij is. Haar fractie zou daar geen tegenstander van zijn. Men moet echter niet teruggaan naar de periode dat de overheid alles bindend voorschrijft. Zij steunde de minister in de beleidsopvatting dat geleidelijk de verantwoordelijkheid meer bij de partijen ligt en dat de overheid iets meer op afstand komt.

De heer **Van Boxtel** (D66) constateerde dat de ergernis toch een beetje bij alle woordvoerders is dat er de afgelopen twee jaar weinig voortgang is gemaakt bij het oplossen van de wachtlijstproblematiek en dat partijen uiterst moeizaam met elkaar om tafel willen gaan zitten. De vraag is of de overheid niet een meer neutrale rol zou moeten spelen om dit proces te versnellen. Als dit kan door druk uit te oefenen op één van die partijen, bijvoorbeeld door in de contracten die verzekeraars met zorgaanbieders sluiten een wat dwingender bepaling op te nemen hoe zij zich moeten gedragen, zou hij daar geen tegenstander van zijn.

Hij had geen antwoord gekregen over het regionale niveau. Hij vond dit een wezenlijk punt, omdat het in alle andere dossiers ook terugkomt.

Hij begreep dat de minister het OMC-rapport niet had kunnen lezen. Zijn vraag bleef echter in welke vorm de rechtspersoonlijkheid van de niet-klinische behandelcentra moet worden gegoten en naar wie de winst gaat, in relatie tot het aanhaken bij één of meer ziekenhuizen.

Voor hem was ook blijven liggen de vraag over de koude sanering van de extramurale oogartsen. De minister heeft aantallen genoemd. Er is ook gezegd dat veel buiten de muur van het ziekenhuis kan, waar de productie hoger is. Als dit breder zou worden opgezet, zou een deel van de zelfstandige praktijken daar ingevoegd kunnen worden. Maar er zou sprake kunnen zijn van een overmatig aanbod. Waar de technologie en vraag en aanbod zich op een andere wijze ontwikkelen dan een aantal jaren geleden, moet de overheid toch meedenken hoe dit proces soepel kan verlopen. Het failliet laten gaan van praktijken is geen elegant beleid. Tegelijkertijd kan het wel wenselijk zijn dat terugdringing plaatsvindt. Hij nodigde de minister uit om daarover haar gedachten te laten gaan en om daarover de Kamer te berichten.

De **minister** antwoordde dat het landelijk toetsings- en referentiekader uitspraken zal bevatten over verwijsrelaties, deskundigheden en taakafbakening, die door alle landelijke partijen onderschreven worden. Die vormen dan belangrijke richtlijnen voor de afspraken tussen aanbieders en verzekeraars. Sommige elementen zullen wettelijk moeten worden vastgelegd. Een aantal andere zaken zullen een status houden van afspraken tussen beroepsgroepen. Het referentiekader is dus meer een basis om een aantal zaken juridisch te regelen.

De minister wilde graag nadenken over instrumenten om zaken zoals reallocatie van operatiekamertijd, dwingender in de uitkomsten van overleg te regelen, anders dan via bestuurlijk overleg met Zorgverzekeraars Nederland. Zij was bereid om de Kamer daarover voor de zomer schriftelijk te informeren.

De medisch specialistische zorg is de corebusiness van het ziekenhuis. Dat is wel iets anders dan dat de specialisten het ziekenhuis zijn. Als de specialisten het ziekenhuis zijn en dat zo voelen, moeten zij er vooral niet uitlopen om daarbuiten voor zichzelf te beginnen. De medisch specialistische staf en het management moeten zich samen verantwoordelijk voelen voor het gehele ziekenhuis. Noch de directie noch de specialisten moeten zeggen dat zij het ziekenhuis zijn en dat de rest «behang en vloerbedekking» is. Het idee van het Biesheuveltraject is dat zij samen beleid ontwikkelen, met als doelstelling een doelmatige hulp aan de patiënten, een goede kwaliteit en zo laag mogelijke kosten. In het Biesheuveltraject zitten ook zaken als de goodwill, de capaciteit en opleidingsorganen. Met de Orde van medisch specialisten is afgesproken om die zaken, naast de producttypering en productprijs, op te pakken. De medisch specialisten weten heel goed dat het allerm minst de bedoeling is van het integratievoorstel om hen in hun inkomen te treffen. Zij weten dat er alles aan gedaan wordt met de collega's van Sociale Zaken en Financiën om daarvoor harde garanties op papier te krijgen. Tot gisteren kon dat nog niet in de vorm van harde garanties.

Het wetsvoorstel voor de privé-klinieken heeft inderdaad een samenhang met het integratiewetsvoorstel. Het zou dus heel goed in samenhang behandeld kunnen worden. Het wetsvoorstel voor de privé-klinieken moet natuurlijk juridisch wel haalbaar en consistent zijn met de rest van de wetgeving en zeker met het wetsvoorstel dat voorligt.

Bij het regionaal niveau dacht de minister niet aan een wel omschreven regio. In het algemeen zouden het WZV-regio's kunnen zijn, maar in dit kader is een regio vaak een ziekenhuis met de daarheen verwijzende huisartsen en de meest betrokken verzekeraars. Het is niet gehanteerd als een aardrijkskundig afgebakend begrip.

Het is niet de bedoeling dat de niet-klinische behandelcentra winst maken. Het streven van de minister is erop gericht om de niet-klinische

behandelcentra in het reguliere geheel op te nemen. Dan is er dus geen sprake van winst maken.

De minister beaamde dat het niet elegant is om oogartsen failliet te laten gaan. Het volledige takenpakket van de oogarts houdt veel meer in dan wat extramurale oogartsen vaak doen. Doordat extramurale oogartsen zo weinig goed gehonoreerde verrichtingen doen, komen zij door de tariefdaling in de problemen. Zij worden namelijk op geen enkele manier gecompenseerd door hogere tarieven voor operatieve verrichtingen. Je zou kunnen zeggen dat die oogartsen ervoor hebben gekozen om het vak niet in de volle omvang uit te oefenen en juist dat deel ervan uitoefenen dat niet zodanig wordt betaald dat zij er goed van kunnen bestaan. Of via tariefcorrecties zou hieraan iets gedaan kunnen worden of je zou moeten zeggen dat er geen bestaansgrond is, maar dan moet men gefaciliteerd worden om uit het beroep te stappen. Door de heer Van Boxtel gewezen op de mogelijkheid van een stimuleringsregeling om extramurale oogartsen naar de niet-klinische behandelcentra te krijgen, antwoordde de minister dat zij dan wel een cursus cataractchirurgie zullen moeten volgen. Zij houden zich namelijk juist vaak bezig met niet-invasieve oogheelkunde in die extramurale praktijk. Het platform zou hier ook naar kunnen kijken.

De voorzitter van de commissie,
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,
Teunissen