

Vergaderjaar 1999–2000

26 800 XVI

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 2000

26 275

Positionering academische ziekenhuizen

Nr. 91

VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 18 april 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport¹ heeft op 22 maart en 30 maart 2000 overleg gevoerd met minister Borst van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **academische ziekenhuizen/algemene ziekenhuizen**.

Hierbij zijn tevens aan de orde:

- brief van de minister van VWS van 16 februari 2000 ten geleide van een overzicht in het kader van de notitie positionering academische ziekenhuizen (26 275, nr. 3);
- brief van de minister van VWS van 16 februari 2000 inzake de evaluatie van de integrale kankercentra (VWS-00-248);
- brieven van de minister van VWS van 15 maart en 17 mei 1999 inzake de eindrapportage MDW-ziekenhuiszorg (24 036, nr. 122 en VWS-99-793);
- brief van de minister van VWS van 18 januari 1999 ten geleide van de notitie van de Vereniging academische ziekenhuizen (VAZ) inzake de besteding van de wachtlijstgelden 1997 (VWS-99-131);
- brieven van de minister van VWS en van Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen van 2 november 1998 en van de minister van VWS van 2 april 1999 inzake positionering van academische ziekenhuizen (26 275, nrs. 1 en 2).

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Oudkerk** (PvdA) ging in op de vijf meest urgente knelpunten bij de academische en algemene ziekenhuizen.

1. Het tekort aan medische specialisten. Er bestaat een tekort aan anesthesisten, kinderartsen en orthopeden. Hoe zit het met de beroepskrachtenplanning? Hoe ver is het capaciteitsorgaan met de berekening van de werkelijk benodigde capaciteit? Kan de minister ingaan op de opmerking van de Nederlandse vereniging van orthopeden over het bestaan van een afspraak om elf orthopeden extra aan te trekken?
2. De nieuwe bekostigingssystematiek. De heer Oudkerk steunde de minister in haar streven om in plaats van het functiegericht budgetteren kostprijzen per product te gaan invoeren. Wanneer kan de Kamer dit nieuwe systeem verwachten?

¹ Samenstelling:

Leden: Van der Vlies (SGP), Swildens-Rozendaal (PvdA), ondervoorzitter, Bijleveld-Schouten (CDA), Middel (PvdA), Rouvoet (RPF/GPV), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Oudkerk (PvdA), Rijpstra (VVD), Lambrechts (D66), Essers (VVD), voorzitter, Dankers (CDA), Van Vliet (D66), Van Blerck-Woerdman (VVD), Passtoors (VVD), Eisses-Timmerman (CDA), Spoelman (PvdA), Hermann (GroenLinks), Kant (SP), Gortzak (PvdA) Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), Arib (PvdA), Atsma (CDA).

Plv. leden: Van 't Riet (D66), Rehwinkel (PvdA), Eurlings (CDA), Apostolou (PvdA), Schutte (RPF/GPV), Van Gent (GroenLinks), Noorman-den Uyl (PvdA), Weekers (VVD), Ravestein (D66), Örgü (VVD), Van de Camp (CDA), Schimmel (D66), Terpstra (VVD), Udo (VVD), Visser-van Doorn (CDA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O. P. G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Duijkers (PvdA), Th. A. M. Meijer (CDA).

3. De «Integratiewet». Deze wet, die beoogt dat medisch specialisten en ziekenhuizen een worden, is sinds 1 februari van kracht, maar blijkt in het veld nog niet te worden uitgevoerd. Er zijn weinig of geen overeenkomsten tussen ziekenhuizen en specialisten gesloten. Ook van het indienen van een geïntegreerde nota gericht aan het ziekenhuis is nog geen sprake. Volgens de minister is een overgangperiode nodig voor het invoeren van de wet. Waarom wordt aan deze overgangperiode geen duidelijke grens gesteld, bijvoorbeeld 1 september? Wat zou een honoreringsregeling voor specialisten in loondienst inclusief goodwill aan kosten met zich meebrengen? Wordt aan een dergelijke regeling gewerkt in overleg met het ministerie van Financiën? Waarom stelt de minister in haar brief van 16 maart over de kosten dat er gekozen wordt voor een geïntegreerde rekening in plaats van een geïntegreerde verstrekking volgens de wet? Hoe denkt de minister sancties te gaan opleggen, als er geen overeenkomsten zijn afgesloten? Wat denkt zij van de suggestie om ziekenhuizen pas een extra budget te geven voor meer capaciteit als zij de wet correct uitvoeren, dat wil zeggen dat de specialist voor alle patiënten rechtstreeks declareert bij het ziekenhuis en niet meer bij de verzekeraar?

4. De spreiding van ziekenhuizen, met name de kleine ziekenhuizen. De heer Oudkerk had al in 1996 zijn zorg uitgesproken over de sterfhuisconstructies voor kleine ziekenhuizen. De minister heeft bij die gelegenheid gezegd dat kleine ziekenhuizen vaak goede contacten hebben met verpleeghuizen, verzorgingshuizen en huisartsen en dat zij ernaar zou streven om alle kleine ziekenhuizen in stand te houden. Indien nodig zou de overheid in het kader van een proces van geregleerde competitie haar invloed aanwenden als door de terugloop van het aantal bedden kleinere ziekenhuizen in een bepaalde regio dreigen te worden opgeslokt door grotere. Bij de ziekenhuizen in Oldenzaal en Oosterhout speelt een dergelijke situatie. Welke bemiddelende rol speelt de minister om de daar ontstane problemen op te lossen? Zijn fractie is een groot voorstander van het behoud van kleine ziekenhuizen vanwege de gewenste «zorg om de hoek».

5. De wachttijden en wachtlijsten in de ziekenhuizen. Volgens cijfers van het Nationaal ziekenhuisinstituut wachten nog steeds 150 000 mensen op een operatie, waarbij de wachttijden variëren van negen tot zestien weken of meer. Het gemiddelde aantal wachtenden schommelt nu al jaren rond hetzelfde getal, ondanks het feit dat van alles geprobeerd wordt om de wachttijden terug te dringen. Er wordt ieder jaar 130 mln. extra – waarvan 30 mln. voor de RIAGGS (regionale instellingen voor ambulante en geestelijke gezondheidszorg) – beschikbaar gesteld om deze problematiek op te lossen. Het initiatief dat een aantal ziekenhuizen heeft genomen om door veranderingen binnen de organisatie tot betere doorlooptijden te komen, is prachtig en verdient navolging door andere ziekenhuizen. Ook het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg onder aanvoering van de heer Dees heeft een aantal goede ideeën gelanceerd. De minister heeft verder het plan geopperd om ziekenhuizen die goede resultaten laten zien te belonen. Daarnaast is in het Treekoverleg een normering van de maximaal aanvaardbare wachttijden overeengekomen voor diverse medische specialismen.

De heer Oudkerk ondersteunde al deze initiatieven van harte, maar achtte dit niet voldoende om de problematiek van de wachtlijsten op te lossen. Er dient eerst schoon schip gemaakt te worden, omdat het voortduren van de huidige situatie maatschappelijk en sociaal onverantwoord is. De 130 mln. extra die voor de uitvoering van een plan van aanpak van de zorgsector is uitgetrokken, heeft tot nu toe niet de gewenste resultaten opgeleverd. Zijn fractie heeft daarom in samenwerking met VNO/NCW naar een pragmatische oplossing gezocht en een plan ontwikkeld dat het mogelijk maakt de acute problematiek van de wachtlijsten in twee jaar op te lossen via een systeem van openbare aanbesteding. Ziekenhuizen worden op die manier gestimuleerd om hun bedrijfstijd tijdelijk te verlengen en zo extra

mensen te helpen. Mensen die langer dan een maand op een wachtlijst staan, worden opgeroepen om zich te melden bij hun verzekeraar. Binnen twee jaar 150 000 mensen helpen, betekent dat er per maand 3750 mensen extra geholpen moeten worden. Verdeeld over 100 ziekenhuizen is dat 9 mensen extra per week per ziekenhuis. Als dit lukt, kunnen in het voorjaar van 2002 de wachtlijsten zijn weggewerkt. Academische ziekenhuizen, algemene ziekenhuizen, privé-klinieken en in het uiterste geval buitenlandse ziekenhuizen kunnen op de openbare aanbesteding intekenen. In 1994 is met een dergelijk systeem in Amsterdam al ervaring opgedaan. Dit bleek toen heel goed te werken. Zijn fractie zou graag zien dat de minister het extra bedrag van 100 mln. per jaar in de komende jaren inzet voor de uitvoering van dit plan. Als de achterstanden niet worden weggewerkt, kan de ongewenste situatie ontstaan dat mensen met geld hun zorg gaan «kopen» in privé-klinieken. Zijn fractie is en blijft tegen een dergelijke ontwikkeling.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) wilde zich beperken tot een aantal opmerkingen over de zes belangrijkste problemen.

1. De wachtlijsten. Het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg is een jaar geleden begonnen met de uitvoering van een aantal actiepunten uit het plan van aanpak. In de meerjarenafspraken die ondertussen zijn gemaakt, is vastgelegd dat de ziekenhuizen concrete resultaten moeten boeken op het gebied van verkorting van de wachttijden, willen zij extra financiële middelen krijgen voor de jaren erna. Volgens de laatste gegevens zijn de wachtlijsten gegroeid met 3%, terwijl er jaarlijks zo'n 100 mln. extra ter beschikking gesteld wordt aan ziekenhuizen en specialisten. Zijn de meerjarenafspraken een steun geweest voor het beleid of hebben zij alleen voor meer bureaucratie gezorgd? Is de indicatiestelling ruimer geweest nu er meer financiële middelen waren? Is de regiogebonden verdeling, waar de VVD nooit voor is geweest, een succes? Is de ziekenhuisbudgettering zoals die nu wordt toegepast, geen sta-in-de-weg bij het oplossen van de wachtlijsten?

Mevrouw Van Blerck had het idee dat de oplossing van het wachtlijstenprobleem veel meer gelegen is in het op de helling zetten van het systeem van vergaande wet- en regelgeving. De overheid moet hier een forse stap terugdoen en zich beperken tot effectmeting en een goede vorm van toezicht. Budgettering in de vorm van een verzekeraarsbudgettering zou voldoende moeten zijn. De ziekenhuisbudgettering heeft een enorme stilstand veroorzaakt in het innovatieve denken; de arbeidsvreugde van de medewerkers is erdoor verminderd en er zijn enorme wachtlijsten ontstaan. Verder moet er via de landelijke verzekeraars zo snel mogelijk gewerkt gaan worden met een systeem van productprijzen en werkelijke kosten. Het voor een aantal jaren opheffen van de ziekenhuisbudgettering zal ruimte scheppen. Doordat de gebondenheid aan de regio-inzet van middelen verdwijnt kan in breder verband gekeken worden waar de problemen zitten. Zij was er niet voor om alle budgettering af te schaffen, omdat budgettering van de verzekeraars kan blijven bestaan in het huidige systeem een zekere aanbodbeheersing nodig blijft.

2. De personele bezetting op de operatiekamer en de intensive care is een groot probleem bij de ziekenhuizen. Hoe staat het met de initiatieven om in het buitenland te gaan werven?

3. De wet van vraag en aanbod, prijs, kwaliteit en prestatie dient in de zorg een veel grotere rol te gaan spelen. Kan de minister nader ingaan op de business proces redesignmethode (BPR), die goede resultaten heeft opgeleverd?

4. Uit een onderzoek van het COTG (Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg) naar de reserves bij de verschillende ziekenhuizen is gebleken dat er een verschil is in vermogensopbouw tussen algemene en categoriale ziekenhuizen. In het algemeen beschikken ziekenhuizen over flinke reserves. Haar fractie vond dat reserves die zijn opgebouwd met collec-

tieve middelen, dienen te worden ingezet voor de zorg. Het is niet juist dat er op grote schaal met collectieve middelen gespaard wordt voor vermogensopbouw. Wel moeten ziekenhuizen in de gelegenheid worden gesteld om private zorg te verlenen en daarvoor een private vermogensopbouw te creëren. Bij meer ondernemerschap in de ziekenhuizen zijn goede afspraken hierover van groot belang. Hoe denkt de minister deze tot stand te brengen?

5. Ziekenhuizen gaan steeds vaker over tot fusies, waardoor in de regio's monopolieposities van ziekenhuizen met buitenpoli's ontstaan. De kleinere ziekenhuizen worden hierdoor gedwongen om te sluiten of verder te gaan in de vorm van een buitenpoli als onderdeel van een fusieproces. Haar fractie vond het een slechte ontwikkeling dat een gefuseerd ziekenhuis meer budget krijgt en meer voorzieningen kan leveren, waardoor het op basis van het systeem van functionele budgettering meer budget krijgt. De keuzevrijheid van patiënten wordt door deze fusiegolf beperkt. Zij stelde de minister voor om de financiële bevoordeling bij fusievorming af te bouwen. Kleine ziekenhuizen waaraan zoals uit een enquête onder patiënten is gebleken veel behoefte bestaat, kunnen op die manier blijven voortbestaan. De overheid zou aan deze behoefte tegemoet moeten komen. In hoeverre heeft de minister de hand in de diverse sluitingsoperaties van ziekenhuizen en integrale kankercentra? Een aantal kankercentra is bang dat de kwaliteit van de kankerzorg in gevaar komt door de fusies, omdat hun belang onvoldoende zal doorklinken in het fusieproces. Hoe kijkt de minister hiertegen aan?

6. Haar fractie is een voorstander van het geven van meer ruimte aan de ziekenhuizen. Ziekenhuizen moeten niet van tevoren worden ingebed in allerlei wet- en regelgeving, maar achteraf worden afgerekend op geleverde prestaties. Als het aan de VVD ligt, wordt de nieuwe wet exploitatie zorgvoorzieningen dan ook een eenvoudige bouwwet zonder grote beperkingen.

De heer **Buijs** (CDA) stelde de volgende drie belangrijke punten aan de orde.

1. De bereikbaarheid van ziekenhuisvoorzieningen. In de MDW-rapportage spreekt de minister van een nieuwe bestuurlijke aanpak, meerjarenafspraken geconcretiseerd in najaarsakkoorden, opheffing van belemmerende wet- en regelgeving, bevordering van samenhang en samenwerking in de zorg en het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming. De heer Buijs moest helaas constateren dat een jaar na het verschijnen van de MDW-eindrapportage de bereikbaarheid van de ziekenhuisvoorzieningen en de samenhang met de eerstelijnszorg in bepaalde regio's geheel verloren dreigt te gaan. De wachtlijsten zijn met 3% toegenomen, terwijl in de academische ziekenhuizen 10% tot 15% van de operatiecapaciteit leeg zou staan. Er is gebrek aan personeel en een te hoge werkdruk. Volgens het inspectierapport dreigt hierdoor tweederde van het aantal potentiële donoren verloren te gaan. Is de minister de regie op dit punt een beetje kwijt?

2. De spreiding van ziekenhuizen. Geheel in tegenspraak met de doelstellingen door het kabinet geformuleerd voor de ziekenhuizen, zoals meer samenhang, meer samenwerking in de regio, meer ketenbenadering, meer vraaggerichte en minder aanbodgestuurde zorg is hiervan in de praktijk door de fusiegolf weinig terug te vinden. De menselijke maat dreigt geheel verloren te gaan. Het proces van aanbodsturing wordt door een aantal overheidsmaatregelen eerder versterkt. Er wordt zelfs een fusiebonus toegekend, terwijl de budgetformule het noodzakelijk maakt dat sommige ziekenhuizen fuseren. De Friese ziekenhuizen draaien prima, maar komen vanwege de toegepaste budgetformule toch 14 mln. tekort. Het is een sluipend proces. Bij een fusie verdwijnt eerst de kindergeneeskunde, vervolgens de verloskunde, terwijl daarna de 24-uurs eerstehulpvoorziening beperkt wordt tot kantooruren. De slechte aansluiting bij de

eerste lijn maakt dat in meerdere regio's thuisbevallingen onder druk komen te staan. Door de fusiegolf is de bereikbaarheid van de ziekenhuizen slechter geworden, terwijl er grote onrust heerst bij de kleine ziekenhuizen en de bevolking. Zijn fractie pleitte ervoor zo snel mogelijk een einde te maken aan de ongebreidelde fusiegolf en aan de hand van de doelstellingen van het kabinet te bekijken welke brede richtlijnen opgesteld dienen te worden. De fusiebonus moet direct worden afgeschaft en dit geld dient aan de kleine ziekenhuizen te worden gegeven. Het leek hem verstandig dat de minister aan het College bouw ziekenhuisvoorzieningen een advies vraagt over de gewenste spreiding van ziekenhuizen in de 21ste eeuw.

3. Wachttijden. Uit de rapportage-Dees blijkt dat de wachttijden opnieuw met 3% zijn toegenomen. VNO/NCW heeft zich uitgesproken voor een inspanningsverplichting op dit gebied. Hij zou overigens liever willen spreken over een resultaatsverplichting. Verder was de heer Buijs van mening dat de uitvoering van een aantal in het plan van aanpak voorgestelde zaken gewoon moet doorgaan, zoals het voeren van een campagne voor het aantrekken van specialisten en operatiekamerverpleegkundigen. Hiervoor zullen extra middelen beschikbaar gesteld moeten worden. Deelt de minister de opvatting dat hier een grotere inspanningsverplichting noodzakelijk is?

4. De wet op de orgaandonatie. De inspectie heeft vastgesteld dat het verkrijgen van voldoende donoren nauw samenhangt met de werkdruk en de beschikbaarheid van specialisten. Ziet de minister hierin een extra aansporing om de personele capaciteit snel uit te breiden?

5. De bekostiging van de academische ziekenhuizen is voor een belangrijk gedeelte gerelateerd aan die van de algemene ziekenhuizen. Vanwege de toegestane groei van 0,4% tot 0,9% voor academische ziekenhuizen komt de hightech sterk in de verdrinking. Is dit groeipercentage realistisch? Is er geen aparte financiële aansturing nodig voor de topreferentiezorg? Is de minister van plan de inkomensverschillen tussen academische ziekenhuizen en basisziekenhuizen te neutraliseren om de uitstroom uit academische ziekenhuizen te verminderen?

6. Taxol. Het mag niet voorkomen dat patiënten met borstkanker van taxol verstoken blijven, omdat het budget van het ziekenhuis verstrekking niet toelaat. Kan de minister toezeggen dat er een aparte landelijke regeling komt voor taxolverstrekking?

Mevrouw **Augusteijn-Esser** (D66) wilde op vier belangrijke zaken ingaan, allereerst de wachtlijstenproblematiek. Zij onderkende de ernst van het probleem van de nog steeds groeiende wachtlijsten en was het ermee eens dat dit maatschappelijk onaanvaardbaar is en dringend om een oplossing vraagt. Het blijkt dat de vele extra miljoenen besteed om de lijsten te verkorten, geen effect hebben opgeleverd. Dit komt voor een deel door een grotere vraag, maar ook, zoals blijkt uit het project Verkorting doorstroomtijden, doordat de werkwijze van de ziekenhuizen niet optimaal is. Dit project waarvoor behalve de gelden bestemd voor de wachtlijstverkorting geen extra middelen beschikbaar zijn gesteld, heeft een spectaculaire tijdwinst opgeleverd. Zij voelde veel voor invoering van een systeem waarbij de ziekenhuizen die de wachttijden weten te bekorten, beloond worden en de andere ziekenhuizen gestraft. Is het overigens juist dat academische ziekenhuizen niet goed meewerken aan een behoorlijke registratie van de wachttijden, ondanks de gemaakte meerjarenafspraken hierover, terwijl zij wel geld ontvangen? De laatste rapportage van de Vereniging van ziekenhuizen die zij heeft gelezen is van 1997.

2. Budgetsystemen. De minister wil de budgetsystemen in 2003 afschaffen en vervangen door een systeem van financiering op basis van gemaakte kosten. Haar fractie is hiervoor, maar er dient dan wel volledige transparantie te zijn over de besteding van de publieke gelden en de

derde geldstromen, evenals een goed toezicht. Een situatie zoals bij het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis, waarbij een stichting met gebruikmaking van artsen en personeel van het OLVG operaties uitvoert bij mensen die uit het buitenland komen, is onaanvaardbaar. Hier is sprake van voorrangszorg. Kan de minister verklaren hoe deze situatie heeft kunnen ontstaan? Gaat dit niet ten koste van de reguliere zorg? Kan de minister reageren op de brief van de Friese ziekenhuizen die 14 mln. tekortkomen en willen dat het budgetsysteem wordt afgeschaft?

3. De spreiding van ziekenhuizen en de monopolieposities die ontstaan door fusies van verpleeghuizen, thuiszorginstellingen, ziekenhuizen en andere instellingen. Haar fractie is voor voldoende zorg dicht bij huis, maar de kwaliteit moet wel gewaarborgd zijn. Specialisten moeten goed bereikbaar zijn. De kwaliteit van de zorg is belangrijker dan de spreiding op zich. Wel moet er binnen de vastgestelde kaders van het spreidingsbeleid enige speelruimte zijn voor de zorginstellingen. Wel moet de acute zorg binnen de gestelde kaders bereikbaar zijn.

4. Haar fractie was ook van mening dat versterking van taxol aan borstkankerpatiënten mogelijk moet blijven. Van het vorige budget van 50 mln. is slechts 28 mln. gebruikt. Er dreigt nu opnieuw een tekort te ontstaan. Kan de minister hier nader op ingaan?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) ging eerst in op de wachtlijstenproblematiek. Zij vroeg zich af of de heer Oudkerk geen boter op zijn hoofd heeft. Zij wees erop dat de capaciteit en de specialistenplaatsen in ziekenhuizen vanaf 1994 zijn bevroren. Ook de zorgverzekeraars moeten binnen hun budget blijven. Het bedrag van 130 mln. extra om de wachtlijsten weg te werken dateert van enkele jaren geleden en is inmiddels niet meer up-to-date. Op het totale ziekenhuisbudget is het precies 1%. Zij was verder van mening dat ieder zichzelf respecterend ziekenhuis zal inzetten op gekwalificeerde artsen en verpleegkundigen en niet op tijdelijke krachten.

Uit de Zorgnota 1998 blijkt dat de sector beheer enorm is gegroeid. Het aantal opnamen in ziekenhuizen en het aantal polikliniekbezoeken is in vier jaar niet veranderd. Wel is het aantal dagverplegingsdagen en het aantal eerste polikliniekbezoeken omhooggegaan. Er is dus meer aanloop die door de ziekenhuizen in de dagverpleging wordt weggewerkt, wat een efficiencyverhoging betekent. Volgens het SCP-rapport «Tussen bed en budget» is nog een extra efficiencywinst van 3% of 4% mogelijk. Marktwerking werkt hierbij averechts, terwijl het nodig is structureel in te zetten op personeelscapaciteit en het beperken van de buitenpoli's. Verder valt tot 2005 een autonome kostenstijging van 10% te verwachten, terwijl ook rekening gehouden moet worden met een kostenstijging voor opleiding en onderzoek. Zij was van mening dat voor het oplossen van de grote problemen die er nu zijn, meer geld en een structurele inzet van capaciteit nodig is.

Mevrouw Hermann ging vervolgens specifiek in op de situatie bij de kleine ziekenhuizen. Er vinden per jaar 28 miljoen bezoeken plaats aan ziekenhuis of ziekenhuispoli. De voortgaande concentratie van ziekenhuizen en beddenvermindering geeft mensen een onveilig gevoel en maakt dat zij verder moeten reizen. Mensen gaan zich vervreemd voelen door het wegvallen van de vertrouwde structuren. Haar fractie maakte zich grote zorgen over de sluiting van een aantal kleine ziekenhuizen. Juist deze ziekenhuizen scoren qua efficiency het gunstigst, terwijl de kosten per patiënt vaak lager zijn dan in de grotere ziekenhuizen. Mensen hebben graag zorg dicht bij huis, toegankelijk en bereikbaar. In het advies dat de inspectie van de gezondheidszorg in maart 1995 aan de minister uitbracht over de voorwaarden voor het bestaan van kleine ziekenhuizen stond dat telkens opnieuw individueel beoordeeld moet worden of een klein ziekenhuis aan de noodzakelijke randvoorwaarden kan voldoen om voort te bestaan. De minister zei in haar jubileumrede bij het 150-jarig bestaan van

de KNMG (Koninklijke Nederlandse maatschappij tot bevordering der geneeskunst) dat er in de toekomst alleen nog maar zeer grote ziekenhuizen zouden zijn met daaromheen een cirkel van buitenpoli's waar huisartsenzorg geleverd wordt. Hoe wil de minister de toegankelijkheid en bereikbaarheid voor de bevolking garanderen, gegeven de randvoorwaarden? Hoe denkt de minister de doelstellingen «meer geld, minder regels», «meer mensen» en «meer ruimte voor eigen instellingsbeleid» te gaan realiseren? De redenering bij het project Verkorting doorstroomtijden dat het bereiken van tijdwinst voor een bepaalde categorie betekent dat deze ook voor het totaal bereikt kan worden, leek haar wat te gemakkelijk. Zij wilde die berekeningen eerst graag zien.

Mevrouw **Kant** (SP) vond het bemoedigend dat met verbetering van de organisatie van de ziekenhuizen winst te behalen valt, zoals is gebleken uit het project Verkorting doorstroomtijden. De minister heeft echter niet het recht de zwarte piet toe te spelen aan ziekenhuizen die geen kans zien om de wachtlijsten te verkorten. Zij is nu zelf zes jaar verantwoordelijk zonder dat zij in staat is geweest de toegankelijkheid van de zorg te garanderen. Zal de consequentie van het toepassen van een korting voor ziekenhuizen die niet in staat zijn de wachtlijsten te verkorten, niet zijn dat de wachtlijsten verder toenemen? En zullen hierdoor niet meer de patiënten dan de ziekenhuizen gestraft worden? Bij de 150 000 mensen die op de wachtlijsten staan, gaat het niet alleen om mensen die wachten op specialistische hulp maar ook om mensen die acute zorg nodig hebben. Kan de minister op deze gevaren ingaan? De minister heeft bij haar aantreden beloofd de wachtlijsten binnen vier jaar tot aanvaardbare proporties terug te brengen. Hoe kijkt zij vandaag tegen deze belofte aan?

Door de jarenlange bezuinigingen is het werken in de zorg steeds onaantrekkelijker geworden. Het gevolg hiervan is een tekort aan gespecialiseerde verpleegkundigen. Deze mensen hebben te lijden onder een te grote werkbelasting en verantwoordelijkheid. Is de minister bereid deze mensen te belonen door het toekennen van een forse salarisverhoging? Is zij minister bereid extra geld uit te trekken voor de uitbreiding van de opleiding? De minister heeft indertijd positief gereageerd op het voorstel van de SP-fractie om een aparte geldstroom in het leven te roepen voor de specialisatie van verpleegkundigen. Hoe staat het hiermee?

In de MDW-evaluatie staat dat erover wordt gedacht om te heroverwegen de CAO's algemeen verbindend te verklaren. Overweegt de minister dit serieus? Haar fractie is hier geen voorstander van.

Blijft Nederland in de toekomst beschikken over een netwerk van ziekenhuizen, ingebed in de regionale zorg en met een goede samenwerking met de grote ziekenhuizen op het terrein van de gespecialiseerde zorg? Blijft de zorg dicht bij de mensen en voor iedereen gelijk? Of zullen er door een proces van fusies slechts enkele ziekenhuizen overblijven? En moeten deze dan extra geld binnenhalen via «bijklassen» of sponsoring om fatsoenlijke zorg te kunnen blijven leveren? Zal er uiteindelijk concurrentie in plaats van samenwerking ontstaan tussen ziekenhuizen? Is goede zorg tegen die tijd alleen nog weggelegd voor de meest biedende? Haar fractie was bang dat dit scenario zich in de praktijk al aan het voltrekken is. De ontmanteling van de vele kleine ziekenhuizen is hier een voorbeeld van. Heeft de minister zicht op de dreigende sluiting van ziekenhuizen en wat is haar mening hierover? Volgens een woordvoerder van het ministerie zullen er van de 100 ziekenhuizen slechts 40 overblijven. Wat is haar beleid op dit terrein?

Tot hoever gaat de deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen? Wordt de vrije toetreding van privé-klinieken en het verwerven van extra inkomsten weer mogelijk? Geldt dit dan ook voor zorg aan werkgevers? Gooit de minister hier geen belangrijk sturingsinstrument weg? Wordt de budgettering van ziekenhuizen opgeheven en zo ja, betekent dit dat ziekenhuizen zoveel zorg kunnen leveren als zij willen aan particuliere

verzekeraars en werkgevers? Dit is een cruciale vraag omdat de ziekenfondsen gebudgetteerd blijven.

Hoe denkt de minister het probleem op te gaan lossen dat bepaalde ziekenhuizen zich taxolvrij willen verklaren bij gebrek aan voldoende budget?

Antwoord van de minister

De **minister** wilde allereerst haar visie geven op de ziekenhuiszorg in de 21ste eeuw en hierbij de problematiek van de kleine ziekenhuizen aan de orde stellen. Er is in de ziekenhuissector sprake van een sterke dynamiek. Er zijn een aantal ontwikkelingen gaande die leiden tot een nieuw beeld van de ziekenhuiszorg in Nederland. Zij wilde deze ontwikkelingen op een aantal punten graag ondersteunen. Het grote aantal nieuwe medisch-technologische ontwikkelingen maakt steeds complexere ingrepen mogelijk, waarbij steeds meer specialisten van verschillende disciplines nodig zijn. Hierdoor ontstaat de wens om deze complexe zorg steeds meer te gaan concentreren. Een ander gevolg van de voortschrijdende technologische ontwikkelingen is dat ongeveer 90% van de mensen die met een klacht bij de huisdokter komen, op een eenvoudige manier geholpen kunnen worden op de polikliniek of in een dagbehandelingscentrum. In de praktijk blijkt dat de opnameduur door deze ontwikkelingen gemiddeld korter is geworden, een ontwikkeling die nog steeds doorgaat. Er zijn in de laatste tien jaar ongeveer 10 000 ziekenhuisbedden verdwenen, maar desondanks is de bezettingsgraad van de bedden gemiddeld nog maar zo'n 70%. Momenteel is de behoefte 2,8 bedden per 1000 inwoners, maar de verwachting is dat deze behoefte zal dalen naar 2. Daarnaast worden door de professionals steeds meer initiatieven genomen om de zorg anders te organiseren, de «kanteling van de zorg». Deze initiatieven zijn erop gericht om voor groepen patiënten met dezelfde aandoening snellere doorstroomtijden te bewerkstelligen. Hierbij gaat het niet alleen om de afspraken met het ziekenhuis, maar ook om afspraken met instanties die de mensen na hun operatie moeten overnemen, zoals revalidatie, verpleeghuis en thuiszorg. Als laatste ontwikkeling is daar de informatie-communicatietechnologie met haar ongekende mogelijkheden. De toekomst zal een ziekenhuis te zien geven zonder papier en röntgenfoto's, waar alle operaties via beeldschermen te zien zijn en via onderlinge communicatie begeleid en beoordeeld kunnen worden. Het personeel in het ziekenhuis zal hierdoor de handen weer meer vrij krijgen voor het directe contact met de patiënt.

De verwachting is dat hierdoor het aantal volledig opgetuigde ziekenhuizen met bedden in de toekomst zal terugzakken tot ongeveer 40. Dit zijn dan interventiecentra waar zeer complexe zorg geboden kan worden. Daaromheen zullen een aantal satellieten liggen die zorg «dichtbij de patiënt» verlenen. Dit zijn de poliklinieken en dagbehandelingscentra waar vele specialismen bijeen zijn en dagbehandelingen en kort verblijf gerealiseerd kunnen worden. In de toekomst zal hier ongeveer 90% van de gewone zorg verleend worden. Aangezien niet alle 100 ziekenhuizen die momenteel bestaan een interventiecentrum kunnen worden, zal een deel ervan omgevormd worden tot dagbehandelingscentrum annex polikliniek. De kleine ziekenhuizen zullen voor een deel deze kant opgaan. Het begrip «ziekenhuis» zal in de toekomst steeds meer worden vervangen door het begrip «klinische zorgorganisatie». Daarbij zijn goede afspraken tussen de zorgorganisatie en de gedecentraliseerde satellieten nodig. Er wordt van uitgegaan dat er per 300 000 inwoners een hightechzorgcentrum is met een aantal satellieten «dichtbij de patiënt». De huidige ontwikkeling die zich geleidelijk en min of meer zelfstandig voltrekt, heeft alles te maken heeft met de nieuwe technologische ontwikkelingen.

Ook bij de nieuwbouwplannen moet hiermee in de toekomst meer rekening gehouden gaan worden. Momenteel is het budget nog gebaseerd op

2,8 promille bedden, terwijl ervan uitgegaan wordt dat een lager promil- lage volstaat. De extra financiële ruimte die dit biedt, maakt het mogelijk om meer dagbehandelingscentra en polikliniekruimte te bouwen. In de toekomst dienen nieuwe parameters ontwikkeld te worden. Zo dient gekeken te worden naar de eerstelijnsvoorzieningen in de omgeving, zoals gezondheidscentra of huisartsenposten. Hoewel vele huisartsen de nieuwe ontwikkelingen ondersteunen, ontbreken in gemeenten vaak de locaties om een nieuwe opzet te verwezenlijken. Hiermee zou bij nieuwbouw rekening gehouden kunnen worden door bij het nieuwe ziekenhuis meteen een gezondheidscentrum te bouwen.

Het is vanzelfsprekend dat deze ontwikkelingen gevolgen hebben voor de bestaande kleine ziekenhuizen. Indertijd heeft de inspectie geconcludeerd dat kleine ziekenhuizen een goede functie kunnen vervullen als ziekenhuis wanneer zij een geformaliseerde samenwerking aangaan met een groter ziekenhuis. Kampen is daarvan een voorbeeld. Het is logisch dat de emoties vaak zeer hoog oplopen, als een dergelijke beslissing genomen wordt. Hoewel dit ook in Kampen aanvankelijk het geval was, blijkt de polikliniek die hier in de plaats van het ziekenhuis gekomen is en die beschikt over een groot aantal specialisten, nu een groot succes te zijn. De ingrepen vinden plaats in dagbehandeling, terwijl de mensen in plaats van in het ziekenhuis in de poli terecht kunnen.

Zij kon begrip opbrengen voor de angst dat de functie van het ziekenhuis in de keten van zorg verloren zal gaan en aansluiting op eerstelijnsvoorzieningen en verloskunde en andere voorzieningen zoals verpleeg- en verzorgingshuis een groot probleem zal worden, maar zij achtte deze angst niet gegrond. Een deel van de 100 ziekenhuizen zal gewoon ziekenhuis blijven. Dit staat ook in het inspectierapport. Maar een patiënt die voor een klinische behandeling met een langere opnameduur naar een ziekenhuis gaat, heeft er recht op dat er in dat ziekenhuis specialisten aanwezig zijn in geval zich een complicatie zou voordoen en dat het ziekenhuis de beschikking heeft over een goede intensivereafdeling. In een aantal kleine ziekenhuizen heeft de ontwikkeling naar meer dagbehandeling gemaakt dat het draagvlak te klein is geworden om al deze voorzieningen overeind te houden. Deze ziekenhuizen zullen polikliniek-dagbehandelingscentra worden, waar ook een groot aantal specialisten voorhanden zal zijn.

Het gaat bij de door haar geschetste ontwikkeling om een globaal toekomstbeeld. Zij was overigens van mening dat deze ontwikkeling op een aantal punten positief en onvermijdelijk is. Zij zou voor het zomerreces komen met een notitie «Positionering ziekenhuizen», waarin de formele criteria voor het voortbestaan van kleine ziekenhuizen nader uitgewerkt zullen worden. Over deze notitie zal nog dit jaar een discussie met de Kamer plaatsvinden.

Zij zou in de notitie verder ingaan op het gegeven dat van de 100 mensen die een huisarts doorverwijst voor een specialistische behandeling of ingreep, meer dan 90 mensen in een polikliniek of dagbehandelingscentrum geholpen kunnen worden. Ook een kort verblijf van enkele dagen is in het dagbehandelingscentrum mogelijk. Een klein deel van de mensen, ongeveer 10%, zal naar een groter ziekenhuis moeten reizen. Daarbij gaat het dan om mensen bij wie een grotere ingreep nodig is. In de notitie zullen ook criteria worden opgenomen ten aanzien van de bereikbaarheid voor de bevolking. Het gaat daarbij om criteria in algemene zin en niet om een te gedetailleerde regelgeving, maar wel vanuit de gedachte dat de overheid verantwoordelijk is voor de toegankelijkheid van de zorg. Veel voorkomende medisch-specialistische hulp moet goed bereikbaar zijn, zonder dat oudere patiënten te ver moeten reizen. Uitzondering hierop vormen grote operaties zoals bijvoorbeeld hartoperaties. In het algemeen was zij niet voor meer regelgeving dan strikt noodzakelijk. In navolging van de screeningswageng voor borstkanker zag zij veel in

mobiele consultatiebureaus. Bij de bouw van nieuwe ziekenhuizen wordt al zoveel mogelijk rekening gehouden met bereikbaarheid.

Hoewel de praktijk uitwijst dat de toekomst een transformatie van de ziekenhuiszorg te zien zal geven, had zij begrip voor het feit dat een aantal kleine ziekenhuizen angst heeft voor de sterfhuisconstructie. Zij had inderdaad gezegd dat de overheid in dergelijke gevallen een goede rol kan vervullen als bemiddelende partij en wilde deze toezegging gestand doen. Zij wees erop dat de ziekenhuizen als organisatie wel plannen kunnen maken, maar dat deze vervolgens door haar goed- of afgekeurd moeten worden. Zij vond het daarom van groot belang dat de overheid een boodschap brengt die door de bevolking gedragen wordt. Daarmee is een goed tegenwicht te bieden aan beslissingen die specialisten willen nemen.

Zij erkende dat de nieuwe informatietechnologie en beeldscherm-technologie het voor kleine ziekenhuizen juist makkelijker maakt om een groot deel van de volledige gezondheidszorg uit te voeren. Beeldscherm-technologie maakt het mogelijk dat de chirurg op de hoofdlocatie tijdens een operatie meekijkt naar wat er op de kleine locatie gebeurt. Zij zou ook dit aspect meenemen in de notitie.

Ook de problemen bij de kindergeneeskunde en de verloskunde zijn haar bekend. Er worden op dit moment strikte criteria ontworpen voor de verloskundige. Zo moet een vrouw die thuis bevalt snel op een plaats kunnen zijn waar een vrouwenarts en een kinderarts klaarstaan als zich een complicatie mocht voordoen.

Zij was het eens met de opmerking dat de fusiebonus een zeker gevaar in zich bergt. Wanneer twee kleine ziekenhuizen fuseren tot een groot ziekenhuis, worden zij beloond in de vorm van een fusiebonus. Deze bonus mag natuurlijk nooit doel op zich worden. De fusie moet in het belang van de zorg zijn. Overigens wordt een hoger budget alleen toegekend als de zorgverzekeraars in het lokaal overleg vaststellen dat er sprake is van niet alleen een juridische maar ook een organisatorische fusie met één medische staf. Niettemin heeft zij aan het CTG gevraagd om te bezien of deze systematiek gehandhaafd moet worden. De resultaten van dit onderzoek zullen in het najaar beschikbaar zijn, zodat het mogelijk is om eventueel per 1 januari 2001 een verandering aan te brengen in de systematiek.

Zij zei nogmaals dat de ontwikkeling van de ziekenhuiszorg zoals deze zich thans voltrekt, in het veld begonnen is. Zij heeft slechts getracht om aan dit zich natuurlijk voltrekkende proces enige sturing in de goede richting te geven.

Zij kwam vervolgens te spreken over de problematiek van de wachtlijsten. Zij sprak haar waardering uit voor de inspanning van PvdA en VNO/NCW om een concrete bijdrage te leveren aan de wachtlijstproblematiek. Het was haar daarbij opgevallen dat de voorzitter van het Platform aanpak wachttijden waar VNO/NCW lid van is, totaal verrast was door het plan. Het plan vertoont in die zin overeenkomsten met het bestaande beleid dat men het geld daar wil inzetten waar het tot direct resultaat leidt. De in het plan voorgestelde systematiek maakt echter dat er wat meer druk op de ketel wordt gezet. Zij wilde enkele kanttekeningen plaatsen bij het plan. Zij wees erop dat de echte privé-klinieken op uitdrukkelijk verzoek van de Kamer alleen nog dienst doen voor derde compartimentszorg. Verder zal bij negen operaties extra per week per ziekenhuis extra personeel nodig zijn. Het plan verdient dat er serieus naar wordt gekeken, hoewel het sterk in het verlengde ligt van het lopende beleid. Zij zou daarom aan het platform vragen om een advies te geven over de praktische uitvoerbaarheid van het plan en de Kamer van het antwoord op de hoogte stellen.

De minister had altijd bewondering gehad voor de werkwijze van de privé-klinieken, die kleinschalig, efficiënt en klantvriendelijk zijn. Er is indertijd besloten dat de klinieken zouden mogen blijven bestaan als zelfstandige behandelcentra, als zij ziekenfondspatiënten zouden behandelen, geen voorrangszorg zouden verlenen en een samenwerkingsverband aanging-

gen met een regulier ziekenhuis in verband met het opvangen van eventuele complicaties. Zij had nog altijd het idee dat dit een goede beslissing is geweest. Overigens bestaat voor de derde compartimentszorg nog de echte privé-kliniek. Zij zou bij haar adviesaanvraag aan het Platform de vraag over de privé-klinieken meenemen. Zij zou het platform tevens vragen te kijken naar zaken als het opereren van patiënten buiten de eigen regio, de eventuele concurrentie tussen ziekenhuizen in verband met het systeem van aanbesteding en de nadelige gevolgen die dit voor patiënten kan hebben. Het is natuurlijk beter dat een patiënt in de eigen regio geholpen wordt. De verzekeraar probeert ook in de eerste plaats om contracten af te sluiten in de eigen regio om de wachtlijsten te laten verdwijnen.

De minister refereerde ook aan de andere initiatieven die door verschillende ziekenhuizen zijn ontplooid om wachtlijsten te bekorten voor mensen die op een operatie wachten en die succes hebben gehad. Zij vond dat deze zeker navolging verdienen door andere ziekenhuizen. Een andere logistieke planning kan vaak tot goede resultaten leiden, waarbij het bedrijfsleven als voorbeeld kan dienen. In het ziekenhuis in Sittard zijn door een betere logistieke planning de wachttijden tot enkele weken teruggebracht en is de productie per chirurg met 15% omhoog gegaan zonder extra kosten. De minister wilde het CBO (Contactcentrum bedrijfsleven onderwijs) inschakelen om te trachten deze «best practice» over andere ziekenhuizen in Nederland te verspreiden. Een ander positief voorbeeld is het experiment met de snellere doorstroomtijden. De verzekeraars hebben overigens nu al de mogelijkheid om aan te besteden bij een aanbieder die snelle resultaten in het vooruitzicht stelt, liefst binnen de regio. Er zijn ook criteria voor de verdeling van de gelden. De instelling moet deelnemen aan het wachtlijstregistratiesysteem van het Nationaal ziekenhuisinstituut (NZI), terwijl zorgverzekeraars niet in zee moeten gaan met een ziekenhuis dat in 1999 geen resultaten heeft geboekt met de extra wachtlijstgelden.

Het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg komt in april met de definitieve rapportage over de besteding van de wachtlijstgelden in 1999 en de resultaten daarvan. De tussentijdse berichtgeving van het platform aan de Kamer heeft te maken met de negatieve berichtgeving van de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen. Zij vond het jammer dat de NVZ de zaken soms vanuit een minder positieve hoek benadert. Uit de rapportage van het platform blijkt overigens wel dat de effecten van de inzet van het extra geld niet zo makkelijk te evalueren zijn. Daarom is een goede registratie van groot belang. Het NZI heeft objectieve criteria vastgesteld wanneer iemand op een wachtlijst moet voor de operatie. Als extra geld steeds leidt tot een ruimere indicatiestelling, worden de wachtlijsten alleen maar langer. Orthopedie is hier een goed voorbeeld van.

De Landelijke databank is in april klaar. Patiënten kunnen dan zelf zien hoe lang de wachttijden voor de diverse specialismen en ingrepen zijn. Het gekozen communicatiemedium is internet. Begin april doet een representatief deel van de ziekenhuizen mee, terwijl voor de zomer alle ziekenhuizen aan dit nationale registratiesysteem moeten meedoen. Het streven is een optimale transparantie.

De kenniscentra voor arbeidsgerelateerde aandoeningen zullen zich op 11 april in Nieuwspoort aan de buitenwereld presenteren. De bedoeling is dat deze centra kennis gaan uitdragen over de juiste aanpak van deze aandoeningen, wat moet leiden tot het teruglopen van wachttijden.

Ook de academische ziekenhuizen maken deel uit van het platform. Zij doen mee aan het terugdringen van de wachtlijsten en maken ook gebruik van de wachtlijstgelden. In 1997 deden zij nog niet mee aan de rapportage. Inmiddels is dat wel het geval.

Er is terecht geconstateerd dat de invoering van de Integratiewet niet erg soepel verloopt. Er is uitvoerig en langdurig overleg geweest met het LISV (Landelijk instituut sociale verzekeringen) en de voormalige staatssecre-

taris van Financiën over de formulering van de toelatingsovereenkomst. Het gaat erom dat degenen die als vrij ondernemer willen blijven functioneren, ondanks het feit dat zij integreren met het ziekenhuis, fiscaal en qua sociale premies als vrij ondernemer door het LISV en de fiscus behandeld kunnen worden. Deze onderhandelingen zijn bijna afgerond. Hoewel de wet sinds 1 februari van kracht is, is er nu sporadisch sprake van een geïntegreerde verstrekking en een geïntegreerde rekening. De overeenkomsten zullen daarom met terugwerkende kracht tot 1 februari gesloten worden. Het College voor zorgverzekeringen heeft in een circulaire aangegeven welke procedure hierbij gevolgd moet worden. De verwachting is dat de overeenkomsten met alle medewerkers in alle ziekenhuizen per 1 september a.s. afgesloten zullen zijn.

Het rapport «het ziekenhuis als maatschappelijke onderneming» ging over de ontwikkeling van de nieuwe bekostigingssystematiek. Het CTG heeft een toets uitgevoerd. De minister heeft haar reactie hierop aan de Kamer toegestuurd. Er is bij de veldpartijen een brede consensus dat de bekostigingssystematiek gebaseerd moet worden op productprijzen, dus diagnosebehandelcombinaties. Hieraan wordt al geruime tijd gewerkt, maar dit vordert buitengewoon traag. In het laatste overleg is vastgesteld dat het nieuwe systeem eind 2003 overal ingevoerd moet zijn. Verzekeraars kunnen dan veel beter onderhandelen met de aanbieders over de variabele en semi-variabele kosten en de aanbodbudgettering kan dan worden losgelaten. De minister zei dat zij de druk op de ketel nu heeft opgevoerd. Zij zou op het moment dat de bekostigingssystematiek rond is, graag een einde maken aan de dubbele budgettering. De verzekeraars gaan onderhandelen over de variabele kosten, de productiekosten. Daarnaast speelt het probleem van de vaste kosten, de componenten die samenhangen met het gebouw en de capaciteit, wat nu nog overheidsbeslissingen zijn.

Er wordt door het ministerie van VWS gesproken met de Friese ziekenhuizen, waarbij deze laatste moeten aantonen dat er sprake is van een budgetachterstand, die in het licht van de huidige systematiek niet te rechtvaardigen is. Op basis van het overlegde cijfermateriaal is er geen reden om aan de wensen van de Friese ziekenhuizen tegemoet te komen. Wel is het van belang om prioriteit te geven aan de modernisering van de bekostigingssystematiek, omdat de dynamiek in de ziekenhuiszorg dan beter tot uitdrukking kan komen. De minister heeft het CTG hier recent een brief over geschreven.

Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis is een van de uitvoerders van de regeling laag frequente aandoeningen. De Nederlandse overheid heeft hiervoor een samenwerkingsverband met Suriname en de Nederlandse Antillen. Mensen met zeldzame ziekten die daar niet te behandelen zijn, kunnen in het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis geholpen worden. Het ministerie voor Ontwikkelingssamenwerking draagt bij in de kosten. Het gaat daarbij om schrijnende gevallen en niet om welgestelde mensen.

In het rapport «Bepaald betaalbaar» wordt getracht om de vier functies van het academisch ziekenhuis in een budgetsysteem te verwerken. Die vier functies zijn: werkplaats voor de faculteit, reguliere zorg, topklinische zorg en topreferentiezorg. Het rijksbijdragemodel voor de werkplaatsfunctie en voor de reguliere en topklinische zorg is in 1997 in werking getreden. De academische ziekenhuizen worden daarmee gelijkgeschakeld met niet-academische ziekenhuizen. Het model voor de topreferentiezorg zal worden ingevoerd per 1 januari 2001. Het NZI heeft hier een apart onderzoek voor moeten verrichten.

De minister zou schriftelijk antwoorden op de vraag naar het verschil tussen de honoraria van academische en niet-academische specialisten.

Nadere gedachtewisseling

De heer **Oudkerk** (PvdA) was blij met de toezeggingen van de minister ten aanzien van het beleid voor de kleine ziekenhuizen en met haar uitleg over de Integratiewet. Hij vroeg de minister de Kamer te informeren als de naleving van de Integratiewet per 1 september nog steeds problemen oplevert, omdat hier in feite sprake is van een «gedoogsituatie». Hij dankte de minister voor de waardering die zij heeft uitgesproken voor het plan VNO/NCW-PvdA. Het Platform aanpak wachttijden curatieve zorg is een prima initiatief geweest. De voorzitter van het platform is een week voordat VNO/NCW en de PvdA hun initiatief indienden, door de heer Van der Plank uitgebreid op de hoogte gesteld. Berichten in de media als «ruzie om aanpak wachtlijsten» doen de zaak geen goed. Het gaat erom dat de 150 000 mensen op de wachtlijst zo snel mogelijk geholpen worden. Hij was het met de minister eens dat er met de 100 mln. extra voor de wachtlijsten heel veel goeds gebeurt en dat dit zeker door moet gaan. Hij was gezien de recente krantenuitlatingen echter bang dat uitvoering van het plan lang op zich zal laten wachten, als de minister het aan het platform voorlegt. Hij pleitte ervoor de verzekeraars en de ziekenhuizen die het plan willen uitvoeren, ruim baan te geven. Hij gaf toe dat er een aantal bezwaren aan het plan kleven, maar het is in ieder geval het proberen waard.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) wilde graag een correctie aanbrengen op de opmerking van de heer Oudkerk. Volgens haar informatie heeft de heer Van der Plank tijdens de overleggen van het platform niet over het nieuwe plan gesproken.

Zij vond de opmerking van de minister dat de resultaten van de middelen die extra beschikbaar zijn gesteld voor het verminderen van de wachtlijsten, moeilijk te meten zijn, niet bemoedigend en een uitgebreide discussie in de Kamer waard.

Zij begreep dat afschaffing van de ziekenhuisbudgettering ineens niet mogelijk is, maar het leek haar een zegen om eens schoon schip te maken en opnieuw te beginnen. In het langetermijnplan van de VVD is afschaffing van de ziekenhuisbudgettering in faseringen opgenomen.

Zij had de opmerkingen van de minister over de privé-klinieken in die zin verstaan dat er wat meer ruimte wordt gegeven aan initiatieven die het vastgeroeste veld van zorgaanbieders trachten open te breken en was daar blij mee.

De heer **Buijs** (CDA) bleef totaal met de minister van mening verschillen over het spreidingsbeleid voor de ziekenhuizen en de aanpak van de kleine ziekenhuizen. In geheel Europa valt de teneur te bespeuren om de kleinere ziekenhuizen te faciliteren. Ook in het rapport «Tussen bed en budget» van het SCP worden de voordelen van kleinere ziekenhuizen opgesomd. Hij zou echter eerst de nota «Positionering ziekenhuizen» afwachten.

Hij vond het niet juist dat via de media een «witwasoperatie» van wachtlijsten plaatsvindt. De wachtlijsten zijn een reëel probleem en voor sommige wachtlijsten is de wachttijd een jaar. Ook het straffen van «slechte» en het belonen van «goede» ziekenhuizen draagt niet bij aan het oplossen van de problematiek. Hij wees opnieuw op het grote tekort aan personeel. De afspraken in het Treekoverleg zijn wat dat betreft volstrekt onvoldoende.

Tot slot herinnerde hij de minister aan zijn vraag over de taxolverstrekking.

Mevrouw **Augusteijn-Esser** (D66) wilde eerst de notitie «Positionering ziekenhuizen» afwachten en de stellingname die de minister daar zou innemen ten aanzien van de kleine ziekenhuizen. Zij begreep dat niet

zozeer het getal van 40 de wet is voor de minister, maar meer de praktische invulling. Zij kon het hiermee eens zijn met de kanttekening dat «klein niet altijd fijn is, maar het wel kan zijn».

Zij onderschreef de opmerking van de minister volledig dat het geld van de wachtlijsten daar ingezet moet worden waar het tot resultaat leidt en dan liefst zo snel mogelijk. Zij vond zorgvuldigheid bij de uitvoering echter van groot belang. Specialisten mogen niet overbelast worden door het plan, patiënten niet onaanvaardbaar verplaatst en er moet voldoende nazorgcapaciteit zijn. Een zorgvuldige afweging van het plan is nodig, maar dit hoeft geen maanden te duren.

Zij nam de mededeling van de minister over het OLVG voor kennisgeving aan.

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) was van mening dat de minister een aantal keren te snel door de bocht gaat in haar verlangen de wachtlijstproblematiek op te lossen. In het artikel over de orthopeden staat te lezen waarom ruimere indicatie niet te voorkomen is en verder dat aan de wachttijdenproblematiek een sterk toenemende zorgvraag ten grondslag ligt. De geestelijke vader van BPR zegt zelf dat BPR goed is om vraaggestuurde zorg te kunnen leveren, maar dat gezien de grote verscheidenheid aan processen in het ziekenhuis hiermee niet alle wachtlijsten kunnen worden opgelost. Zij was ervan overtuigd dat zolang de personele capaciteit op verpleegkundig, medisch-specialistisch en assistentenniveau niet is opgelost, de wachtlijsten zullen blijven. Er is gebrek aan oogartsen, orthopeden, kinderartsen. De NVZ beveelt dringend aan om het aantal assistentenplaatsen in opleiding met 100 tot 150 te verhogen. Ook het arbeidstijdenbesluit wordt slechts in 20% van de ziekenhuizen behoorlijk nageleefd. Zij vroeg zich af wat het resultaat zou zijn als aan iedereen een halfjaar lang de vrije hand werd gegeven om de wachtlijsten weg te werken zonder enige verantwoording behalve het accountantsrapport.

Mevrouw **Kant** (SP) zei opnieuw het een slechte zaak te vinden als de minister ertoe zou overgaan om alleen die ziekenhuizen die de wachtlijsten weten terug te dringen, extra wachtlijstgeld te geven. Zij refereerde aan het voorstel dat de staatssecretaris van VWS recent heeft gedaan om de groeiende wachtlijsten in de ouderenzorg weg te werken: daar geld beschikbaar stellen waar aangetoond kan worden dat met dat geld inderdaad wachtlijsten weggewerkt kunnen worden. Hoe kijkt de minister tegen een dergelijke aanpak aan?

Tot slot herinnerde zij de minister aan haar voorstel om voor opleidingen in ziekenhuizen aparte geldstromen beschikbaar te stellen.

De **minister** was het ermee eens dat er bij de Integratiewet sprake is van «gedogen». Zij deed de toezegging dat zij na 1 september over de stand van zaken zou rapporteren en sprak de hoop uit dat «gedogen» dan niet meer nodig is.

Bij het wegwerken van de wachtlijsten telt alleen het resultaat. Ieder goed plan moet zorgvuldig bekeken worden. Omdat in het platform alle betrokken partijen vertegenwoordigd zijn, bleef zij van mening dat het platform het meest geschikte gremium is om een mening te geven over het plan. Zij was zich bewust van de urgentie van de zaak. Het moet mogelijk zijn dat het platform in een vergadering een oordeel geeft over het plan.

Dat de resultaten van het extra geld dat beschikbaar is gesteld voor het oplossen van de wachtlijstproblematiek zo moeilijk te meten zijn, komt doordat partijen zich niet houden aan het geüniformeerd registreren en de criteria van het NZI-registratiehandboek. Als men dat wel zou doen, valt bij gelijkblijvende definities wel degelijk te meten of de wachtlijsten afnemen. Zij zou partijen hier opnieuw op aanspreken. Zij had de zorg-

verzekeraars op het hart gebonden om niet in zee te gaan met een ziekenhuis dat niet meedoet aan de uniforme registratie.

Zij had niet de bedoeling om ziekenhuizen te «straffen» of te «belonen». Zij vond het echter een goede stelregel om de zorgverzekeraars eraan te houden dat zij het extra geld voor de wachtlijstverkortings daar inzetten waar de garantie op resultaat bestaat. Het is eveneens reëel dat geprobeerde ziekenhuizen die het niet lukt de zaken goed aan te pakken, voordeel te laten hebben van de «best practice» van ziekenhuizen die het wel goed aanpakken. Zij zag de wachtlijstproblematiek als een serieus probleem. Men heeft zich indertijd bij het vragen om extra geld niet gerealiseerd dat men tegen een personeelstekort op deze schaal zou aanlopen. Ook hier is echter de logistieke planning belangrijk. Gebleken is dat op plekken waar het goed gaat, de specialisten zelf de planning ter hand nemen. De patiënten worden daar zodra duidelijk is dat zij geopereerd moeten worden, direct op datum ingepland rekening houdende met hun wensen. Verder wordt per dag de operatiekamer enkele uren vrijgehouden voor spoedgevallen. Dit voorkomt afbellen en overbelasting van het personeel. Ook nazorg maakt een integraal onderdeel uit van de planning bij de operatie.

Zij wilde in plaats van over «kleine ziekenhuizen» graag spreken over «specialistische behandelcentra». Deze centra moeten in ere worden gehouden en in de toekomst overal in Nederland aanwezig zijn. Het volledig opgetuigde ziekenhuis daarentegen met bedden en alle specialismen zal in de toekomst op een kleiner aantal plaatsen te vinden zijn. Zij merkte op dat het bij het plan-Vliegenthart gaat om een zeer streng gereguleerde en geclausuleerde opneemregeling. Het leek haar goed de resultaten van dit plan in de caresector even af te wachten. Overigens beschikt de caresector dankzij prioritaire afspraken in het regeerakkoord over financiële ruimte om een dergelijk plan te honoreren door gelden van latere jaren naar voren te halen. Bij de curatieve zorg is dit niet het geval.

De taxolverstrekking is vooral bedoeld voor vrouwen met ovariumcarcinoom. Deze vrouwen zijn allen behandeld en het geld is daar geheel opgebruikt. Bij de vrouwen met borstkanker is men al snel tot de conclusie gekomen dat de effecten van taxol daar veel geringer zijn en slechts een korte levensduurverlenging te zien geven. Zij zou hier met de NVZ over spreken, omdat zij een situatie van taxolvrije ziekenhuizen niet aanvaardbaar achtte.

Er zijn met de academische ziekenhuizen afspraken gemaakt over maximumreserves. Het geld boven de reserves moet in de zorg worden gestoken. Zij wilde eenzelfde regeling gaan treffen met de algemene ziekenhuizen.

De voorzitter van de commissie,
Essers

De griffier van de commissie,
Teunissen