

Vergaderjaar 1999–2000

27 113

Voorjaarsbrief Zorg 2000

Nr. 5

## VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 26 juli 2000

De vaste commissie voor Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 28 juni 2000 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over **haar brief van 17 mei 2000 ten geleide van de rapportage uitvoering meerjarenafspraken (Cure) (Kamerstuk 27 113, nr. 2)**.

Van dit overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

### Vragen en opmerkingen uit de commissie

De heer **Buijs** (CDA) opende met de stelling dat de minister een zekere arrogantie tentoonspreidt op een aantal terreinen, terwijl zij weet dat er daar grote problemen zijn. Het gaat dan met name om ambulancezorg, verloskunde, huisartsenzorg en geneesmiddelenbeleid. Pas na grote druk vanuit de Kamer, komt de minister in beweging. Zij moet meer initiatief nemen.

Hij vond dat de rapportage over de meerjarenafspraken niet uitnodigt tot discussie. De minister doet meer uitspraken over beleid in de media dan in de onderhavige rapportage. Het instrument van de meerjarenafspraken wordt niet voorzien van doelstellingen. Uit de rapportage blijkt niet dat er vooruitgang wordt geboekt op het terrein van de wachttijden; de wachtlijsten zijn zelfs toegenomen. De minister moet krachtiger opereren en zichzelf een taakstelling opleggen. Met welk percentage zullen de wachtlijsten volgend jaar, bij de tweede rapportage over de meerjarenafspraken, afgenomen zijn? Het gaat niet alleen om een inspanningsverplichting, maar ook om een resultaatsverplichting.

Betreurenswaardig vond hij het dat de minister pas drie maanden na het debat over de ziekenhuiszorg een brief naar het College bouw ziekenhuisvoorzieningen heeft gestuurd in verband met een uitvoeringstoets, terwijl hierover een motie is aangenomen en zij heeft toegezegd de Kamer zo spoedig mogelijk te informeren. Opnieuw leidt dit tot vertraging. Het is typerend voor het gebrek aan voortvarendheid van de minister.

De heer Buijs verbaasde zich erover dat in het kader van de meerjarenafspraken veel aan informatievoorziening wordt gedaan, zonder een duidelijk beleidskader. De stelling van de minister dat wachtlijsten minder belangrijk zijn dan wachttijden, deed hem betwijfelen of zij de wachtlijsten wel serieus neemt. Er is immers een directe relatie tussen wachtlijsten en

<sup>1</sup> 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), Arib (PvdA), Spoelman (PvdA), Hermann (GroenLinks), Kant (SP), Gortzak (PvdA) Buijs (CDA), E. Meijer (VVD), Van der Hoek (PvdA), Blok (VVD), 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), Duijkers (PvdA), Smits (PvdA), Harrewijn (GroenLinks), Marijnissen (SP), Belinfante (PvdA), Ross-van Dorp (CDA), O.P.G. Vos (VVD), Hamer (PvdA), Cherribi (VVD), Th.A.M. Meijer (CDA).

wachttijden. De aangekondigde nadere maatregelen, zoals meer informatievoorziening en een onderzoek naar ziekenhuisbudgetten, zijn niet concreet genoeg. Met meer informatie worden de wachtlijsten niet weggewerkt.

Hij juichte het toe dat de minister blijkbaar niet langer vasthoudt aan de stop op medisch specialisten. Hij juichte dit toe, maar vroeg om meer concrete maatregelen om het tekort aan personeel tegen te gaan. Waarom zijn er nog vijftien werkloze oogartsen in Nederland? Het klopt niet dat er op dit punt vooruitgang is geboekt in de orthopedie en de oogheelkunde, zoals in de rapportage staat. De wachtlijsten voor een dagbehandeling zijn zelfs langer geworden. Kan de minister meer duidelijkheid geven over haar plannen met de numerus fixus?

Wat wil de minister doen aan de te krappe ziekenhuisbudgetten?

Sommige ziekenhuizen draaien zelfs zondagsdiensten om hun budget niet te overschrijden. Met name voor de geestelijke gezondheidszorg geldt dat de minister niet moet vragen om voorstellen uit de sector, zonder dat zij daar een duidelijk financieel kader bij aangeeft.

De minister dreigt met een korting op het huisartsenbudget als deze sector het bedrag van 300 mln. voor het elektronisch voorschrijfsysteem (EVS) overschrijdt. Het verbaasde de heer Buijs dat voor de huisarts-geneeskunde kennelijk wel een resultaatsverplichting geldt en niet voor andere sectoren.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) beschouwde de meerjarenafspraken als een departementaal bestuurlijk instrument, dat niet officieel is vastgesteld door de Kamer. De meerjarenafspraken moeten ook niet officieel worden vastgelegd en de Kamer moet de vrijheid houden zich er niets van aan te trekken. Duidelijk moet zijn dat de Kamer de minister aanspreekt op het beleid waar zij verantwoordelijk voor is en dat de informatievoorziening van allerlei platforms op dit terrein slechts voor kennisgeving wordt aangenomen. In dit verband kan het platform voor de aanpak van wachtlijsten in de curatieve zorg opgeheven worden, omdat zijn taak is volbracht.

Zij signaleerde in de huisartsensector problemen bij de capaciteit van de opleiding – inclusief de flankerende kosten daarvan – en bij de diensten en de praktijkondersteuning. De LHV moet duidelijker aangeven wat zij wil en de minister moet haar prioriteiten stellen. Hoe is de stand van zaken met betrekking tot het EVS? Is er inderdaad sprake van mogelijke budgetoverschrijding?

Voor het tekort aan medisch specialisten in de ziekenhuizen moet de minister nu eindelijk met een structurele oplossing komen. Er zijn tien à vijftien orthopeden en circa twintig oogartsen direct inzetbaar om de wachtlijsten te bestrijden. Wat heeft de minister gedaan met de motie op dit punt die door de Kamer is aangenomen? Mevrouw Van Blerck sloot zich aan bij het advies van de Orde van medisch specialisten om vijftig extra opleidingsplaatsen te creëren. Zij gaf aan te verwachten dat de minister op Prinsjesdag met concrete voorstellen komt om de wachtlijstenproblematiek in de ziekenhuizen op te lossen.

Mevrouw Van Blerck vroeg zich af of in de regio's Zwolle, Twente en Midden-Brabant voldoende capaciteit voor de intensive care is. Kan de inspectie voor de gezondheidszorg onderzoeken hoe groot de capaciteit is en of er maatregelen nodig zijn?

De heer **Oudkerk** (PvdA) benadrukte dat het resultaat vooropstaat in de beoordeling van het instrument van de meerjarenafspraken. De resultaten tot nu toe zijn niet voldoende: de wachtlijsten moeten korter. Hij verbaasde zich erover dat in de gezondheidszorg meer bekend is over prestaties en arbeidscondities dan in andere sectoren, terwijl in de wachtlijstenproblematiek nog steeds het argument wordt gebruikt dat er te weinig informatie is. Maakt het bestuursinstrument van de meerjaren-

afspraken juist niet onduidelijker wie waarvoor verantwoordelijk is, doordat het partijen in staat stelt om verantwoordelijkheden af te schuiven? Het is goed dat het bij de meerjarenafspraken gaat om méér dan prestatieverklaringen alleen, maar dit moet niet ten koste gaan van de aanwijsbare verantwoordelijkheid.

Verheugd was hij over de brede steun in het veld voor het plan van aanpak voor de wachtlijsten van de PvdA en VNO-NCW, maar hij wilde dat nu concreet bekend wordt wie ermee begint en wanneer de eerste resultaten verwacht kunnen worden. Daarnaast moet gezorgd worden voor een structurele aanpak van de wachtlijsten. Wanneer geeft de minister toestemming voor het opleiden van extra specialisten? Hoe wordt het acute tekort aan OK- en anesthesieassistenten voor dit jaar opgelost? Kunnen de ziekenhuizen de doelmatigheidswinsten, boven op het bedrag van 300 mln., inmiddels zelf houden?

Waarom duurt het zo lang voor de producttypering voor specialistische zorg gereed is? Waarom zijn er nog wachtlijsten, als er werkloze specialisten zijn, met name in de orthopedie en de oogheelkunde?

Hij was niet gelukkig met de manier waarop de meerjarenafpraak tussen Zorgverzekeraars Nederland en de LHV gerealiseerd wordt. Het is niet aan de Kamer om het conflict tussen deze partijen op te lossen, maar de minister moet hier wel iets aan doen.

Het is goed dat de GGZ aanvullende productieafspraken mag maken, maar de Kamer moet dan wel geïnformeerd worden over de huidige omvang van de wachtlijsten in deze sector. Alleen op die manier kan zij controleren of er vooruitgang wordt geboekt. Nu de conclusies van het overleg met de GGZ bekend zijn, meende de heer Oudkerk dat het mogelijk moet zijn om snel tot alomvattende meerjarenafspraken met deze sector te komen.

Mevrouw **Kant** (SP) meende dat de wachttijden binnen deze kabinetsperiode slechts tot aanvaardbare hoogte kunnen worden teruggedrongen als extra maatregelen worden genomen. Er is echter nog geen uitzicht op een structurele oplossing. De werkdruk in de ziekenhuizen, vooral bij verpleegkundigen, is hoog, dus de mogelijkheden voor overwerk zijn beperkt. Worden noodzakelijke behandelingen die in extra tijd worden verricht, ook altijd gehonoreerd? In thuiszorg en gehandicaptenzorg is na een rechterlijke uitspraak deze honorering geregeld; het is te hopen dat een gang naar de rechter voor de ziekenhuiszorg niet nodig is. Ook mevrouw Kant benadrukte dat de combinatie van lange wachtlijsten en werkloze specialisten curieus is.

De OESO suggereert dat de jaarlijkse budgetplafonds in de ziekenhuiszorg beter afgeschaft kunnen worden. Hoe denkt de minister hierover?

Het is goed dat de minister de stop op specialisten wil opheffen. Maar hoe kan zij nu beweren dat de extra uitgaven hiervoor een probleem vormen, terwijl zij anders altijd zegt dat geld geen probleem is? Kan zij tegemoetkomen aan het verzoek van de Orde van Medisch Specialisten om vijftig extra opleidingsplaatsen?

De werkomstandigheden in de verpleging zijn dermate onaantrekkelijk dat het moeilijk is om voldoende personeel te vinden. Hoe wil de minister dit aanpakken? De Nederlandse vereniging voor ziekenhuizen (NVZ) wil een onderzoek naar een verbeterde grondslag van de overheidsbijdrage in arbeidskostenontwikkeling (OVA). Hoe staat de minister hiertegenover? Is zij bereid mee te werken aan de ontwikkeling van een fonds dat kosten-dekkende vergoeding moet bieden voor opleidingsfaciliteiten?

Ziekenhuisbudgetten komen verder onder druk te staan door groeiend gebruik van dure medicijnen en van dure voorzieningen als intensive care. Kan de minister iets doen aan de tekorten in met name de intensive care voor kinderen? En kan zij ervoor zorgen dat noodzakelijke toepassing van het geneesmiddel Taxol niet belemmerd wordt door financiële overwegingen?

De kwaliteit en continuïteit van de ambulancezorg vormen een constante bron van zorgen. Kan het extra geld dat voor volgend jaar is uitgetrokken, eerder aangewend worden?

Mevrouw Kant stelde dat ook de gezondheidszorg in de eerste lijn steeds meer in het gedrang komt: verloskundigenpraktijken en huisartsenpraktijken dreigen te bezwijken onder de hoge werkdruk. Wat denkt de minister hieraan te doen?

Mevrouw **Hermann** (GroenLinks) herinnerde eraan dat zij al in 1998 betwijfelde of de meerjarenaafspraken het juiste instrument zijn om de wachtlijstenproblematiek aan te pakken. Nu, halverwege de kabinetsperiode, blijkt haar twijfel gegrond, omdat de wachtlijsten niet korter worden. De rapportage beschrijft de huidige situatie, maar de resultaten van het beleid zijn niet duidelijk. De onduidelijkheid wordt bevorderd door drukfouten in de rapportage. Is men zich op het ministerie wel bewust van de ernst van de zaak?

Zij constateerde dat het bedrag van 50 mln. voor het terugdringen van de wachtlijsten effect heeft gehad in de zin dat de productie omhoog is gegaan, met name in dagverpleging, poliklinische en klinische behandeling. Dit toont aan dat met extra geld het probleem aangepakt kan worden. Waarom wil de minister dan nog nadere informatie, alvorens zij tot extra maatregelen overgaat?

Mevrouw Hermann vond dat het ministerie van VWS, dat 600 mln. extra krijgt uit de meevallers in de overheidsfinanciën, de huisartsen niet mag korten op overschrijding van het budget voor het EVS.

Zij prees het plan van aanpak van PvdA en VNO-NCW voor de wachtlijsten, maar vroeg zich wel af hoe de werknemers hiertegenover staan. Hoe kijkt de minister aan tegen het advies van het Landelijk centrum verpleging & verzorging (LCVV) dat een extra investering van ongeveer 57 mln. nodig is om de arbeidsomstandigheden in de sector te verbeteren? Het is immers gebleken dat het bedrag van 75 mln. om de werkdruk in de instellingen te verminderen een druppel op de gloeiende plaat is. Ten slotte benadrukte mevrouw Hermann dat de extra financiële ruimte van de overheid vooral ingezet moet worden om de problemen in de verloskunde, de ambulancezorg en de ziekenhuiszorg op te lossen.

De heer **Van Walsem** (D66) had de indruk dat van alles wordt gedaan om de wachtlijsten terug te dringen, zowel incidenteel met het plan van de heer Oudkerk en VNO-NCW, als structureel, door de samenwerking tussen de verschillende geledingen in de gezondheidszorg te verbeteren. Niettemin blijven echte resultaten achterwege. Harde taakstellingen per jaar leken hem niet mogelijk, maar aan het eind van de kabinetsperiode moet er wel iets bereikt zijn. Wat is echter een aanvaardbare lengte van een wachtlijst? De minister moet concreter formuleren.

Hij was voorstander van het opheffen van de specialistenstop en vond dat de overheid hier extra geld voor moet uittrekken. In dit verband heeft de fractie van D66 bij de behandeling van de Voorjaarsnota een motie ingediend om extra geld voor de ziekenhuisbudgetten beschikbaar te stellen. Onder welke voorwaarden kunnen ziekenhuizen in aanmerking komen voor verruiming van hun budget? Hoe wordt voorkomen dat deze middelen anders worden aangewend dan voor het wegwerken van wachtlijsten?

Waarop baseert de minister haar stelling dat de meerjarenaafspraken positief bijdragen aan de sturing en begeleiding van de beleidsontwikkeling en beleidsimplementatie?

Het halen van personeel uit andere landen om het personeelstekort in de ziekenhuizen terug te dringen, is een tijdelijke oplossing. Is het voor de lange termijn niet beter om de arbeidsvoorwaarden te verbeteren op het gebied van kinderopvang, flexibele werktijden en betere beloning? Boven-

dien zou een specifieke benadering meer personeel van allochtone afkomst kunnen werven. Is de minister bereid hiervoor plannen te ontwikkelen?

De heer Van Walsem toonde zich tevreden over de verbetering van de positie van de patiënt.

### **Het antwoord van de regering**

De **minister** onderstreepte dat de meerjarenaafspraken als bestuurlijk instrument grote waarde hebben. Het gaat in de eerste plaats om het boeken van concrete resultaten op het gebied van wachttijden, ziekteverzuim en vacaturepercentages. Zij benadrukte nog eens meer geïnteresseerd te zijn in wachttijden dan in wachtlijsten, omdat voor de patiënt vooral belangrijk is hoe lang deze moet wachten. Als de wachtlijsten over meer behandelaars verdeeld worden, neemt de wachttijd af. Een lagere werkdruk, een betere informatievoorziening, het doelmatiger voorschrijven en een effectievere organisatie van de zorg zijn minder goed meetbaar, maar niettemin belangrijk. Ook het kwaliteitsbeleid krijgt veel aandacht in de meerjarenaafspraken, evenals de verbetering van de traumazorg door de vorming van regionale ambulancevoorzieningen. Daarnaast nemen ketenvorming en samenwerking een prominente plaats in: overleg tussen de verschillende geledingen is zeer belangrijk. Dit krijgt gestalte in het platform modernisering curatieve zorg.

De meerjarenaafspraken zijn dus een nuttig instrument, maar de problemen in de curatieve somatische zorg moeten binnen de budgettaire grenzen worden opgelost. De ziekenhuiszorg mag volgens het regeerakkoord met 1,3% groeien, maar de ziekenhuizen vinden dat dit 1,6% moet zijn. In samenspraak met de Orde van medisch specialisten en de Nederlandse vereniging van ziekenhuizen is besloten voor de begroting van 2001 te onderzoeken welk bedrag men tekort komt. De orde en de NVZ claimen al een tekort van meer dan 1 mld., maar als de ziekenhuiszorg met 1,6% mag groeien (waar de minister wel voor voelde) zou het om een tekort van 60 mln. gaan.

Ook de minister toonde zich ongelukkig over de wijze waarop de onderhandelingen over een meerjarenaafpraak tussen de Zorgverzekeraars Nederland en de LHV verlopen. Er is een landelijke afspraak over het EVS gemaakt en de zorgverzekeraars hebben extra middelen tot hun beschikking om de praktijkondersteuning te financieren. De afrekening vindt echter op lokaal niveau plaats en hierbij zijn spanningen ontstaan tussen huisartsen en zorgverzekeraars. Dit komt deels door een gebrekkige communicatie tussen koepelbesturen en hun leden, maar ook doordat de zorgverzekeraars echt resultaat willen zien van het EVS, terwijl de LHV meent dat promotie van het systeem al voldoende is. Daarnaast zitten veel huisartsen met automatiseringsproblemen door verouderde systemen. In het algemeen stelde de minister dat de meerjarenaafspraken de verantwoordelijkheid vaak op het lokale niveau leggen, waarbij er soms wat problemen kunnen ontstaan. Dit neemt niet weg dat de koepelorganisaties wel degelijk een eigen verantwoordelijkheid hebben. De bewindsvrouw gaf aan dat haar sympathie in het conflict tussen de ZN en de LHV meer bij de eerste partij ligt, omdat die zich gewoon aan de afspraak houdt.

De lengte van de wachttijden en de wachtlijsten wordt niet alleen beïnvloed door extra geld en extra productie, maar ook door de vraag naar zorg. Als de vraag nagenoeg gelijk blijft, leidt meer aanbodcapaciteit tot kortere wachttijden. Maar als de vraag, door indicatieverruiming, sterk toeneemt, zal een hogere productie de wachttijden niet bekorten. De sector moet dan ook in eerste instantie worden afgerekend op de productieprestatie en niet zozeer op de lengte van de wachttijden. Vanuit dit oogpunt toonde de minister zich tevreden over de prestaties in oogheelkunde en orthopedie. De langere wachttijden in chirurgie, plastische

chirurgie en gynaecologie zijn deels een gevolg van een grotere vraag. Overigens is het goed om na te gaan of alle ziekenhuizen het uniforme wachtlijstenregistratiesysteem hanteren.

De concrete aanpak van de wachtlijsten krijgt gestalte in de regionale besteding van het beschikbare geld. De onorthodoxe aanpak van de Orde van medisch specialisten en de NVZ beoogt avond- en weekenddiensten om de achterstand weg te werken. Daarnaast is er het plan-Oudkerk/Van der Plank voor aanbesteding. In augustus zullen de aanbestedingsaankondigingen verschijnen; in september moet de daadwerkelijke aanbesteding van start gaan. De AbvaKabo heeft al aangekondigd achter dit plan te staan.

Dit alles neemt niet weg dat er een structurele oplossing moet komen in de vorm van personele inzet. Beperkende factoren zijn de krapte op de arbeidsmarkt en de budgettaire kaders. Om het personeelskort terug te dringen, had de minister goedkeuring verleend aan het besluit van het CTG om de specialistenstop met terugwerkende kracht per 1 januari 2000 op te heffen. Verder moet het mogelijk worden voor de zorgverzekeraars om tussentijds aanvullende afspraken met de ziekenhuizen te maken, als die ziekenhuizen verder aan alle doelmatigheidseisen voldoen. Dit zou tot kleine overschrijdingen van ziekenhuisbudgetten kunnen leiden, maar die kunnen opgevangen worden door het naar voren halen van voor later geplande intensiveringen. Het budget van alle zorgverzekeraars is bepalend voor de ruimte waarin deze maatregelen genomen kunnen worden. De aanvullende uitgavenruimte voor de overheid is pas vanaf 2001 beschikbaar en de minister verwachtte dat de ziekenhuisbudgetten dan verruimd kunnen worden. Als een zorgverzekeraar, na alle reserves aangewend te hebben, geld tekortkomt, was zij bereid om te bekijken of er in dit jaar nog iets gedaan kan worden. Zij benadrukte dat dit geen toezegging met een open eind is.

In de toekomst moet het ziekenhuisbudget worden gebaseerd op productprijzen. In maart hebben de betrokken partijen aangegeven de productprijzen zo snel mogelijk op te stellen, zodat in 2003 het nieuwe systeem van start kan gaan. Zij had toen aangegeven dat zij eind 2000 duidelijke vooruitgang wil zien op dit punt. Zo niet, dan zal het ministerie van VWS zelf een systeem ontwerpen op basis van voorbeelden in andere Europese landen. Voorlopig geldt de dubbele budgettering nog, maar het uiteindelijke doel is dat de ziekenhuisbudgettering verdwijnt en dat er alleen gewerkt wordt met de budgettering van de zorgverzekeraars. Momenteel geldt dus een transitieperiode. Overigens stelde de minister dat, als ziekenhuizen weten te besparen door doelmatiger te werken, zij deze «doelmatigheidswinsten» mogen houden.

Een andere structurele maatregel is het opleiden van meer specialisten. De bedoeling is om vijftig extra basisartsen per jaar op te leiden. Hiermee is een bedrag van 28 mln. gemoeid en zij verwachtte dat het geen probleem zal zijn dit geld te vinden. Verder moet het begeleiden van artsen uit de groep asielzoekers effectiever gebeuren. Volgens het voorstel van de Orde van medisch specialisten en de NVZ kost dit 7 mln. De minister toonde zich bereid dit voorstel uit te voeren. Op langere termijn zou van de numerus fixus kunnen worden afgestapt. De uitbreiding van het aantal medisch studenten wordt door het kabinet erkend als prioriteit, maar is mede afhankelijk van het budget van het ministerie van OCW. De minister was bereid extra geld beschikbaar te stellen voor de nascholing en begeleiding van verpleegkundigen. Voorts moet het ziekteverzuim onder verpleegkundigen beter aangepakt worden. Het werven van allochtonen is al een speerpunt in het zorgbeleid. Verder is een intentieverklaring Arbo-convenant getekend met de algemene en academische ziekenhuizen. Inzake het LCVV-voorstel verwees de minister naar de Zorgnota, waarin informatie wordt verstrekt over arbeidsmarktgeden. Als er eerder informatie op dit punt beschikbaar komt, zal de Kamer die toegezonden krijgen.

De NVZ wil meer OK- en anesthesieassistenten opleiden. In het onderzoek naar de financiële problemen van ziekenhuizen wordt bekeken hoeveel extra geld hiervoor nodig is. Overigens meent de NVZ dat het tekort aan assistenten volgend jaar al opgelost kan worden.

De minister toonde zich bereid om de IGZ te laten onderzoeken of er in Twente, Zwolle en Noord-Brabant voldoende IC-bedden zijn. Mocht dit niet het geval zijn, dan moeten ziekenhuizen en zorgverzekeraars ook hier aanvullende afspraken maken. Wederom gaf de minister aan dat zij eventueel wil bijspringen.

De minister verklaarde dat in de ambtelijke voorbereiding van de brief die de Kamer begin mei heeft ontvangen, reeds contact is geweest met het College bouw ziekenhuisvoorzieningen over de uitvoeringstoets. De bewering van de heer Buijs dat er bijna drie maanden niets met de motie gebeurd zou zijn, klopt dus niet.

In de meerjarenafspraken met de LHV is de prioriteit gelegd bij praktijkondersteuning en niet bij capaciteitsuitbreiding voor de huisartsen. Niettemin wordt geprobeerd het capaciteitsprobleem op te lossen door het aantal opleidingsplaatsen met 9% uit te breiden en door uitval van afgestudeerden zoveel mogelijk te voorkomen. Daarnaast wordt een oplossing gezocht voor de diensten. Als deze diensten op lokaal niveau goed gecoördineerd zijn, was de minister bereid financieel een handje te helpen, maar in eerste instantie kan nog geput worden uit het geld dat over is uit het budget voor de praktijkondersteuning. Voorts kan het werk van de huisartsen verlicht worden door gezondheidscentra met taakdelegaties.

Ook voor de GGZ zijn aanvullende productieafspraken gemaakt, waardoor de wachttijden teruglopen. In de kinder- en jeugdpsychiatrie is de wachttijd gedaald met 40%, voor volwassenen daalde de wachttijd met 15% en voor ouderen met 27%. Uit deze gegevens blijkt dat GGZ met een nulmeting heeft gewerkt. Nadere gegevens hierover zullen in de loop van het jaar aan de Kamer worden gezonden.

De minister gaf aan dat de partijen in het veld – helaas met uitzondering van de patiëntenorganisaties – afspraken hebben gemaakt over de definitie van een «aanvaardbare wachttijd» per behandelingsoort. Bekeken wordt of ook de patiëntenorganisaties zich bij deze afspraken kunnen aansluiten. Daarnaast moet het begrip «aanvaardbare wachttijd» een wettelijke basis krijgen.

### **Nadere gedachtewisseling**

De heer **Buijs** (CDA) bleef bij zijn stelling dat de minister uitspraken in de media doet die niet in de regeringsstukken zijn terug te vinden. Niettemin toonde hij zich verheugd over de toezeggingen van de minister over het opheffen van de specialistenstop en over de ziekenhuisbudgettering. Kan de minister concreet aangeven of zij ook af wil van de numerus fixus bij de studie medicijnen?

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD) vond met name de toezegging van belang dat er onderzoek zal worden gedaan naar de capaciteit van de intensive care in de regio's zonder academisch ziekenhuis. Ook de verklaring van de minister dat de ziekenhuisbudgettering op termijn moet verdwijnen, vond zij verheugend. Zij benadrukte dat het niet bij mooie woorden mag blijven: er moeten snel concrete stappen gezet worden.

De heer **Oudkerk** (PvdA) vond het uitstekend dat de meerjarenafspraken tot een hogere productie hebben geleid, maar het gaat toch vooral om het helpen van de mensen die op de wachtlijsten staan. De meerjarenafspraken moeten dan ook beoordeeld worden op de vraag of de wachtlijsten worden teruggedrongen. Hij was verheugd over de toezeggingen over extra productieafspraken voor ziekenhuizen en over de vijftig extra

opleidingsplaatsen. Specialisten die nog werkloos rondlopen, moeten zo snel mogelijk aan het werk.

Ongerust was de heer Oudkerk over de bewering van de NVZ dat er 170 mln. nodig is om de kloof tussen vraag en aanbod in de zorg te dichten, met name omdat de NVZ de harde eis stelt dat er structurele maatregelen worden genomen, alvorens zij overgaat tot haar onorthodoxe aanpak. De NVZ moet niet overvragen en de minister moet zorgen dat het geld effectief wordt besteed.

Mevrouw **Kant** (SP) vond dat de minister een verwarrend signaal afgeeft: enerzijds onderkent zij de problemen in de ziekenhuiszorg en moedigt zij ziekenhuizen aan om bij de zorgverzekeraars aan te kloppen voor meer geld, anderzijds stelt zij dat de regering er niet meer geld voor kan uittrekken. Ook heeft de minister niet voldoende duidelijk aangegeven dat zij van de plafonds in de ziekenhuisbudgetten af wil. De enig juiste structurele maatregel is dan ook om ziekenhuizen te laten doen wat nodig is, waarbij de minister garant moet staan voor de financiën. Wat vindt de minister van het standpunt van de OESO inzake de ziekenhuisbudgettering?

Ook mevrouw **Hermann** (GroenLinks) meende dat de boodschap van de minister verwarrend is. Het evenwicht tussen vraag en aanbod in de zorg is structureel verstoord. Het enig juiste antwoord hierop is het afschaffen van de ziekenhuisbudgettering en het introduceren van een flexibel macrobudget voor de gezondheidszorg. De toezegging van de minister om financieel bij te springen als huisartsen of ziekenhuizen er op micro-niveau niet uitkomen, is onvoldoende. Het is ook in strijd met de geest van de meerjarenafspraken.

De heer **Van Walsem** (D66) concludeerde tevreden dat extra maatregelen voor de bestrijding van wachtlijsten gefinancierd kunnen worden uit de budgetruimte bij de zorgverzekeraars en uit een voorstel van D66 voor extra overheidsuitgaven.

De **minister** meende dat het feit dat de NVZ voorwaarden stelt, niet betekent dat deze vereniging niet overgaat tot haar onorthodoxe aanpak voordat aan die voorwaarden tegemoet is gekomen. De NVZ wil slechts uitzicht op een structurele oplossing. De brief van de NVZ met deze voorwaarden is overigens zeer recent en de minister kon er dan ook niet eerder op reageren.

Zij benadrukte dat de numerus fixus wat haar betreft verdwijnt, maar dat de minister van OCW hiervoor de hoofdverantwoordelijkheid draagt. Uit budgettaire overwegingen zal de afschaffing stapsgewijs gaan.

De minister was het ermee eens dat er snel concrete stappen moeten worden gezet om tot afschaffing van de ziekenhuisbudgettering te komen. De toezegging dat zorgverzekeraars aanvullende productieafspraken mogen maken is zo'n stap. Zij zegde tevens toe de Kamer een overzicht te sturen van het tijdspad voor de overgang van klassieke budgettering naar verzekeraarsbudgettering.

Er was niet meer geld beschikbaar om de productie nog meer te verhogen ter bestrijding van de wachtlijsten. Tot nu toe zijn ook fatsoenlijke resultaten geboekt, maar in de toekomst zal het doel moeten bepalen hoeveel geld er beschikbaar komt. Binnen het kabinet wilde de minister hiervoor pleiten.

Ook zij vond dat werkloze specialisten zo snel mogelijk aan de slag moeten. Zorgverzekeraars en ziekenhuizen dragen hiervoor de verantwoordelijkheid en zij stelde zich voor hen aan te sporen die te nemen. Zij herhaalde dat eerst de beschikbare ruimte in de budgetten van de zorgverzekeraars moet worden aangesproken. Mocht er vervolgens nog een probleem zijn, dan wilde zij financieel bijspringen. Volgend jaar gaat



het plafond voor de ziekenhuisbudgettering omhoog. Ondanks het OESO-advies benadrukte de minister dat kostenbeheersing altijd een rol zal moeten blijven spelen, vooral met het oog op de kwaliteit. Zij sloot zich aan bij de constatering dat de aanbodcapaciteit structureel beter moet worden afgestemd op de vraag. Dit kan bereikt worden door de meerjarenafspraken, zonder dat de minister zich met de details bemoeit. Deze springt slechts bij als men er op decentraal niveau niet uitkomt.

De voorzitter van de commissie,  
Essers

De griffier van de commissie,  
Teunissen