
Vergaderjaar 2000–2001

27 488

Actieplan Zorg Verzekerd

Nr. 1

BRIEF VAN DE MINISTER EN DE STAATSSECRETARIS VAN VOLKSGEZONDHEID, WELZIJN EN SPORT

Aan de Voorzitter van de Tweede Kamer der Staten-Generaal

Den Haag, 6 november 2000

Hierbij bieden wij u het Actieplan Zorg Verzekerd aan. Het actieplan is de uitwerking van de toezegging van het kabinet, gedaan tijdens de Algemene Politieke Beschouwingen van september jongstleden.

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

De Staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport,
A. M. Vliegthart

De eisen die burgers aan de Nederlandse gezondheidszorg stellen, zijn hoog: toegankelijke zorg, van een hoog kwaliteitsniveau, patiënt-vriendelijk, binnen een redelijke termijn, en dat alles tegen een aanvaardbare prijs. Burgers verwachten dat zij ook in de toekomst kunnen rekenen op een gezondheidszorg die aan deze eisen voldoet. Het kabinetsbeleid is er dan ook op gericht om ook voor de toekomst zo'n zorgstelsel te waarborgen. Het aantal daarop gerichte beleidsinspanningen (inclusief extra financiële impulsen) is omvangrijk. Sommige zijn gericht op specifieke sectoren (ziekenhuizen, huisartsen, geneesmiddelen, verpleging en verzorging, gehandicapten, geestelijke gezondheidszorg), andere zijn algemeen van aard (zoals arbeidsmarktbeleid). Sommige beleidsinitiatieven zijn vooral gericht op de korte termijn (de plannen van aanpak wachtlijsten), andere betreffen met name de langere termijn (zoals de herziening van het bestuurlijk instrumentarium). Over deze beleidsinitiatieven bent U in verschillende vormen (brieven, wetsvoorstellen, begroting, Zorgnota) geïnformeerd. Deze initiatieven moeten in samenhang worden gezien: samen moeten ze er voor zorgen dat de Nederlandse gezondheidszorg op korte en op lange termijn beantwoordt aan de eisen die moderne burgers daaraan stellen.

In deze notitie schetsen wij het kader waarbinnen al deze beleidsinspanningen geplaatst moeten worden, geven wij aan welke maatregelen genomen worden en welke verdere stappen wij nodig achten. Daarmee komen wij tegemoet aan de wens die de Tweede Kamer heeft geuit tijdens de algemene politieke beschouwingen om te komen met een investerings-, c.q. implementatieplan. Het veld van de gezondheidszorg kan zich vinden in dit actieplan voor de zorg en zal de komende tijd zijn aandeel leveren in het realiseren van de hier genoemde doelstellingen.

1. Twee uitgangspunten

Wij hanteren, zoals ook tot uitdrukking komt in het regeerakkoord, twee uitgangspunten in ons beleid. Ten eerste willen wij er voor de korte termijn voor zorgen dat noodzakelijke zorg ook daadwerkelijk voor iedereen binnen redelijke termijnen beschikbaar komt. Ten tweede willen wij voor de lange termijn de besturing en financiering van de zorg zo aanpassen, dat in de zorg een goede oriëntatie op de wensen en behoeften van patiënten en een flexibele uitvoering hand in hand gaan met een transparante en efficiënte bedrijfsvoering.

Het beleid voor de korte termijn is daarmee allereerst gericht op het daadwerkelijk inhoud blijven geven aan het aansprakenkarakter van de sociale zorgverzekeringen. Wezenlijk aan een sociale ziektenkostenverzekering is dat iedereen die beschikt over een geëigende indicatie, recht heeft om binnen redelijke termijnen de gepaste zorg te krijgen. Verzekeraars die de ZFW en de AWBZ uitvoeren, hebben ook een wettelijk vastgelegde zorgplicht. Het laten verdwijnen van onaanvaardbare wachttijden is dan ook onze hoogste prioriteit.

Bij het realiseren van die doelstelling speelt een aantal factoren een rol: geld, arbeidsmarkt en organisatie van de zorg. Allereerst het geld. Het kabinet heeft besloten om, bovenop de hiervoor bestemde middelen in het regeerakkoord, additionele middelen uit te trekken voor het verkorten van de wachttijden. Voor 2001 zijn de extra uitgaven (exclusief de middelen die reeds voorzien waren bij het regeerakkoord) voor wachtlijstbestrijding op 0,8 miljard geraamd. In paragraaf 2 gaan we uitgebreid in op het financiële kader en de instrumenten. Een tweede factor, voldoende personeel, is minder eenvoudig te realiseren. Allerlei sectoren, uiteenlopend van horeca tot politie en van de bouw tot het onderwijs, worden geconfronteerd met een tekort aan personeel. Verkorting van de wachttijden is ook afhankelijk van een derde factor: een doelmatigere organi-

satie van de zorg. Een goed en transparant wachtlijstbeheer, efficiënte procedures, een doordachte patiëntenlogistiek en een goede organisatie van het werk kunnen alle bijdragen aan het verminderen van wachtlijsten. In paragraaf 3 staat beschreven hoe wij omgaan met de arbeidsmarkt, de opleidingen, het doelmatig organiseren van de zorg en de versnelling van de bouwprocedures.

Het aanpakken van de wachttijden zal de komende tijd veel energie vergen. Tegelijkertijd is het van belang de blik op de verdere toekomst te richten. Burgers, maar ook aanbieders en verzekeraars, ervaren de zorg vaak als bureaucratisch en weinig klantvriendelijk. Ook zijn er te beperkte mogelijkheden voor innovatie en eigen inbreng. Veel van dergelijke beperkingen zijn voortgekomen uit de wens de kosten te beheersen, een beleid dat door de jaren heen ook succes heeft gehad. Maar onmiskenbaar is het aantal regels en beperkingen te ver doorgeschoten. Aan de inrichting van de zorg moet dan ook het nodige gebeuren, wil de zorg in het komende decennium de instemming van burgers kunnen blijven hebben. Het is de inzet van het kabinet om wezenlijke vooruitgang te boeken bij de noodzakelijke omvorming van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel. Voor die omvorming hebben wij in deze kabinetsperiode al verschillende stappen gezet, bijvoorbeeld op het terrein van het risicodragender maken van verzekeraars, en wij zullen deze kabinetsperiode nog serieuze stappen zetten. Het is onze overtuiging dat na deze stappen echter nog verdergaande stappen wenselijk zijn. Vandaar dat wij eind vorig jaar hebben aangekondigd de hervorming van het stelsel op de agenda te zetten. Paragraaf 4 gaat inhoudelijk en procedureel in op de plannen van het kabinet voor de transformatie van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel.

2. Wachtlijsten: financieel en bestuurlijk instrumentarium

Het aanpakken van onredelijke wachttijden vormt de eerste beleidsprioriteit van het kabinet. Om dat nog eens te onderstrepen, hebben wij het voornemen om op korte termijn in de ZFW en AWBZ vast te leggen dat de zorg binnen een redelijke termijn geleverd moet worden en hoe die «redelijke termijn» voor verschillende zorgvragen omschreven kan worden. Om wachttijdreductie te kunnen realiseren, is uitbreiding van capaciteit noodzakelijk. In deze paragraaf zetten wij uiteen hoeveel middelen wij daarvoor ter beschikking stellen en hoe wij bewaken dat deze adequaat worden ingezet.

Financieel kader

Sinds het begin van de jaren tachtig is de beheersing van de kosten in de gezondheidszorg een belangrijke doelstelling geweest van de opeenvolgende kabinetten. Met name woog het streven zwaar om de premiedruk laag te houden als onderdeel van een breed gedragen werkgelegenheidsbeleid. Via een steeds verfijnder systeem van aanbodregulering leidde dat ook tot succes. De kosten van de gezondheidszorg, uitgedrukt als percentage van het bruto binnenlands product, bleven op eenzelfde niveau: 9,4% in 1984, 9,3% in 1994.

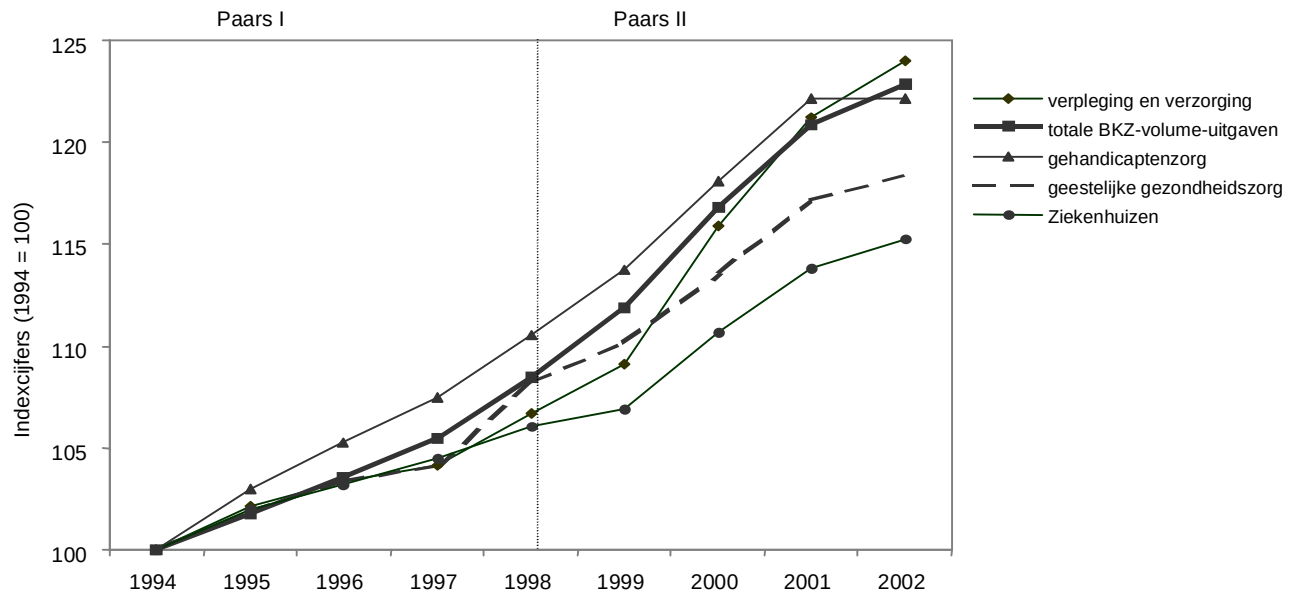
Tijdens de vorige kabinetsperiode was er in het Regeerakkoord voor de gezondheidszorg een jaarlijkse stijging van het macrokader van 1,3% voorzien, met daarbij een aanzienlijke taakstelling die niet in alle opzichten haalbaar bleek (o.a. het eigen risico in de Ziekenfondsverzekering). Het groeipercentage was voor een deel afgeleid uit de Volksgezondheidstoekomstverkenningen van het RIVM en voor een deel uit het beschikbare budget. Dat leidde echter tot overschrijdingen – met name bij de geneesmiddelenuitgaven – waardoor de groei achteraf uit bleek te komen op gemiddeld 2,0% per jaar. Binnen het voorziene kader heeft het vorige

kabinet naar vermogen gestreefd om de beschikbare middelen zo doelmatig mogelijk in te zetten. Dat heeft geleid tot allerlei vormen van efficiency- en kwaliteitsverbetering. De ontwikkelingen binnen de ziekenhuizen zijn daarvan een goed voorbeeld. Tussen 1994 en 1998 is het aantal klinische opnamen in ziekenhuizen op een vergelijkbaar niveau gebleven. De ligduur daarentegen werd teruggebracht met 9%, terwijl het aantal poliklinisch behandelde patiënten steeg met bijna 18%. De beperkte budgettaire groei leidde daarmee tot wenselijke verbeteringen in de organisatie van de zorg, ontwikkelingen die echter hun grens kennen. Het financiële kader stelde niet alleen veel eisen aan permanente efficiencyverbetering, met die groei moesten ook nog eens verschillende doelstellingen tegelijkertijd gerealiseerd worden. De ervaring in deze jaren heeft geleerd dat extra middelen op drie manieren besteed werden; ze leidden tot extra zorg, tot een hogere kwaliteit of tot betere arbeidsvoorwaarden. Zo is de zeer beperkte groei in de ouderenzorg in de periode 1994–1998 onder meer ingezet voor kwaliteitsverbetering door zespersoonkamers te vervangen door één- en tweepersoonkamers. Bij de verzorgingshuizen leidde de kwaliteitsverbetering er zelfs toe dat het aantal plaatsen de afgelopen vijf jaar met 20 000 terugliep. Bij renovaties is er voor gekozen om het aantal vierkante meters aan te passen aan modernere standaarden. Deze op zichzelf beleidsmatig gewenste ontwikkeling heeft achteraf gezien belangrijke invloed gehad op de beschikbaarheid van voldoende capaciteit. De stijging van de zorgzwaarte als gevolg van het feit dat burgers steeds later om intramurale zorg vragen en de mede daarom ingezette extramuralisering, leidden tot een substantiële stijging van de kosten per plaats. Op een vergelijkbare manier hebben werkgevers in deze periode, toen de beschikbare loonkostenruimte belast was met substantiële productiviteitskortingen, middelen soms besteed aan arbeidsvoorwaarden, in plaats van aan kwantiteit of kwaliteit van voorzieningen. Kenmerkend voor deze periode was dat de sectoren extra financiële middelen hebben gekregen, maar dat pas achteraf bleek wat het resultaat was.

Bij de aanvang van de huidige kabinetsperiode hebben wij gekozen voor een bestuurlijke aanpak die dit probleem moest ondervangen. Met de sectoren werden meerjarenafspraken gemaakt waarin nauwkeurig werd vastgelegd aan welk doel hoeveel middelen besteed zouden worden. Er werden ook bindende afspraken gemaakt over informatieverschaffing en verantwoording, zodat getoetst kon worden of de gemaakte afspraken ook gerealiseerd werden. Prestaties, geld en verantwoordingen werden zo nadrukkelijker dan ooit tevoren aan elkaar gekoppeld.

Het kabinet heeft daarbij de financiële ruimte voor de zorgsector vergroot: in het Regeerakkoord 1998 is voor de gehele kabinetsperiode een volumegroei van 5,66 miljard afgesproken. In de periode 1999–2002 wordt elk jaar een kwart van dit bedrag, ruim 1,4 miljard, structureel aan het zorgkader toegevoegd. Dit komt overeen met een jaarlijkse volumegroei van 2,3%. Nieuwe inzichten op basis van nader onderzoek maakten echter duidelijk dat de geleidelijke oploop van extra middelen niet in alle gevallen toereikend zou zijn om de reeds bestaande wachtlijsten adequaat aan te pakken. Gezien de nieuwe gegevens over de omvang van de wachtlijsten en de oplopende kosten van geneesmiddelen heeft het kabinet daarom extra middelen ter beschikking gesteld, deels door vervroeging van voor 2001 of 2002 geplande structurele intensivering. In mei 2000 is besloten om voor 2000 alsnog 1,2 miljard extra ter beschikking te stellen, boven op de regeerakkoordafspraken. Bij de Zorgnota is besloten dat dit bedrag in 2001 mag oplopen tot 2,1 miljard. De regeerakkoordmiddelen plus de extra middelen waartoe in de loop van 2000 besloten is, betekenen dat er in deze kabinetsperiode een substantiële groei kan plaatsvinden. Kwam, zoals gezegd, de feitelijke groei onder het eerste paarse kabinet uit op een jaarlijks gemiddelde van 2,0%, de jaarlijkse groei in de eerste helft van de regeerperiode van Paars II is toegenomen tot 3,5%. In figuur 1 is de

Figuur 1: Volumeontwikkeling BKZ en sectoren 1994–2002



Tabel 1 geeft vervolgens aan hoeveel middelen er inmiddels voor volume-groei beschikbaar zijn in de huidige kabinetsperiode voor een aantal sectoren en voor welke prioriteiten die middelen worden ingezet (de middelen voor onder meer genees- en hulpmiddelen, eerstelijnszorg en preventieve zorg blijven hier buiten beschouwing).

Tabel 1: procentuele verdeling volumegroei voor de huidige kabinetsperiode (1999–2002)

	GGZ	Gehandicap- ten	Verpleging en Verzor- ging	Ziekenhuizen
Capaciteit	84,6%	65,0%	64,5%	80,2%
Werkdruk	4,2%	26,1%	33,2%	9,2%
Overige kwaliteit	11,2%	8,9%	2,2%	10,6%
Totaal in %	100%	100%	100%	100%
Totaal in f	0,4 mld	0,6 mld	2,0 mld	1,3 mld

Verantwoorde aanpak

De extra middelen die beschikbaar zijn, komen als volgt tot besteding. Zorgverzekeraars (inclusief hun uitvoeringsorganen in de AWBZ, de zorgkantoren) beginnen met het nauwkeurig inventariseren van de hoeveelheid (extra) zorg die nodig is. Onder condities hebben ze van het kabinet vervolgens de ruimte gekregen om bovenop de al geplande productie aanvullende afspraken te maken die de wachttijden terugbrengen. Tegelijkertijd eist het kabinet voldoende garanties dat de besteding ook efficiënt verloopt. Daarom gelden de volgende voorwaarden:

1. er moet sprake zijn van een adequate beoordeling aan de poort welke zorg echt nodig is;
2. er moet een efficiënt en transparant wachtlijstbeheer plaatsvinden;
3. betaling vindt alleen plaats voor zover daadwerkelijk (extra) zorg wordt

geleverd (dat betekent een helder systeem van producttyperingen, productprijzen, productregistratie en nacalculatie);

4. verzekeraars moeten «scherp» contracteren.

Verzekeraars moeten in hun onderhandelingen met de aanbieders van zorg deze condities daadwerkelijk inhoud geven. Daarmee is, in vergelijking met Paars I, waarin achteraf bleek wat de resultaten waren, en de start van Paars II, waarin vooraf intenties zijn vastgelegd in meerjarenafspraken, nu een verantwoordingssysteem tot stand gekomen waarin reëel inhoud gegeven wordt aan het adagium: boter bij de vis.

Het stellen van de genoemde voorwaarden betekent dat er instrumenten moeten zijn die kunnen waarborgen dat aantoonbaar aan de voorwaarden is voldaan. Er is de afgelopen jaren zowel in de care- als in de curesector stevig geïnvesteerd in de ontwikkeling van een instrumentarium dat het mogelijk maakt om de genoemde voorwaarden te bewaken. De verschillende sectoren binnen de gezondheidszorg lopen daarbij overigens enigszins uiteen: de precieze invulling verschilt per sector. Gegeven deze situatie hebben wij er voor gekozen om per sector een plan van aanpak voor de reductie van de wachttijden op te stellen. Al die plannen gaan in op de manier waarop de randvoorwaarden in deze sectoren vervuld kunnen worden. Waar nodig is voorzien in de aanscherping van het instrumentarium om efficiënte en transparante besteding te waarborgen. In grote lijnen komt per sector de aanpak neer op het volgende (de precieze uitwerking ligt vast in aparte beleidsbrieven).

- In de sector *Verpleging en Verzorging* was al aan de meeste condities voldaan. Er is sprake van een operationeel systeem van indicatiestelling en een systeem van nacalculatie. Onvoldoende waren in deze sector het wachtlijstbeheer en de slagkracht van de zorgkantoren die nodig is om stevig met aanbieders te kunnen onderhandelen over de prestaties die van ze verlangd worden. Daarom zijn dit jaar inspanningen verricht om de bestaande wachtlijstregistraties om te vormen tot een uniform en overal aanwezig systeem. In 2000 is hiervoor reeds 31 miljoen incidenteel uitgetrokken, vooral voor de benodigde ICT, in 2001 nog eens 25 miljoen. Voor de versterking van de slagkracht van de zorgkantoren ten opzichte van de aanbieders bij het maken van plannen van aanpak voor de bestrijding van wachtlijsten, is voor 2001 een bedrag van 45 miljoen structureel uitgetrokken. Tegelijkertijd is met de verzekeraars een systeem van benchmarking en visitatie van zorgkantoren afgesproken om hun prestaties beter zichtbaar te maken. Dat alles leidt er toe dat zorgkantoren op een verantwoorde wijze de extra zorg kunnen contracteren die nodig is. Het kabinet heeft de zorgkantoren, zoals blijkt uit de brief van de Staatssecretaris van 29 maart 2000, toegestaan om vervolgens adequate plannen te maken voor de aanpak van de wachtlijsten in de regio. Een en ander ligt vast in bestuurlijke afspraken met ZN. De plannen moeten aan de voorwaarden voldoen dat er voor het extra geld ook aantoonbaar extra productie geleverd zou worden, en dat instellingen bovendien het eventueel aanwezige extra eigen vermogen aanspreken. Die plannen hebben de zorgkantoren in september jl. ingediend en de Taskforce wachtlijsten heeft de beoordeling daarvan onlangs afgerond. Er zijn in totaal meer dan 3500 initiatieven gemeld, waaronder ruim 500 «onorthodoxe» oplossingen. Inmiddels contracteren de zorgkantoren de extra benodigde zorg op voorwaarde dat zij de instellingen afrekenen op basis van hun extra gerealiseerde productie. In november zullen wij de Tweede Kamer over de voortgang van dit traject verder informeren.
- In de sector *Gehandicaptenzorg* geldt evenzeer dat al aan veel voorwaarden was voldaan. Hier geldt als bijzondere omstandigheid dat er nog geen eenduidig systeem van indicatiestelling is. Daarom wordt op korte termijn de huidige verbrokkelde uitvoeringspraktijk getransformeerd in een geïntegreerde en geprotocolleerde aanpak. In deze sector is een benadering gevolgd waarbij voor iedere verstandelijke gehandi-

capte op de wachtlijst in de maanden mei tot augustus jl. individueel is nagegaan wat deze persoon feitelijk op korte termijn nodig heeft – iets wat extra belangrijk was omdat juist in deze sector mensen zich «uit voorzorg» op een wachtlijst plaatsen. De gegevens uit deze inventarisatie komen in november beschikbaar. Vanaf medio dit jaar zijn de zorgkantoren extra zorg gaan contracteren, op voorwaarde dat zij instellingen afrekenen op basis van hun extra gerealiseerde productie. De resultaten hiervan staan maandelijks op de website (www.nietafwachten.nl). Verder werken wij aan de omvorming van de bekostigingssystematiek tot een financiering naar zorgzwaarte. Hiermee zal de transparantie van de inzet van middelen plus de daarmee behaalde resultaten verder toenemen.

- In de *Geestelijke Gezondheidszorg* is wachtlijstregistratie in een gevorderd stadium van ontwikkeling, maar nog niet volledig operationeel. Vandaar dat nu extra geïnvesteerd wordt in de ontwikkeling van dit instrument. Aan het eind van het eerste kwartaal van 2001 moet dit instrument gereed zijn, evenals de opschoning van de wachtlijsten, zodat zorgkantoren op basis van de door het kabinet beschikbaar gestelde middelen regionale plannen van aanpak kunnen gaan opstellen. Voorts is er vanaf 2001 in totaal een bedrag van 103 miljoen (inclusief 23 miljoen PGB) structureel beschikbaar. Voor dat bedrag worden inmiddels aanvullende productieafspraken gemaakt. Daarnaast wordt geïnventariseerd in welke mate extra maatregelen nodig zijn. Dit inzicht is per 1 februari beschikbaar en zal worden betrokken bij de besluitvorming over de voorjaarsnota. De periode tot aan april 2001 zal tevens worden benut om na te gaan hoe careen curetaken zich in de GGZ verhouden en wat deze indeling betekent voor de manier waarop extra middelen worden ingezet. Zie voor een gedetailleerde uitwerking het plan van aanpak wachtlijsten GGZ dat wij deze maand aan de Tweede Kamer zullen zenden.
- Ook voor de *Ziekenhuizen* zijn extra middelen uitgetrokken voor het uitbreiden van capaciteit. Hieronder valt zowel de uitbreiding van de structurele capaciteit (bijvoorbeeld het aantal specialisten en operatiekamers) als het doen van extra verrichtingen. Bovenop de regeerakkoordmiddelen is dit jaar 200 miljoen beschikbaar. In termen van doelmatigheidsinstrumenten vormt de wijze van ziekenhuisbudgettering hier de grootste hinderpaal. Dit financieringssysteem heeft weinig relatie met de prijs per product. Vandaar dat al geruime tijd gewerkt wordt aan het maken van een nieuw financieringssysteem op basis van prestatie-eenheden, de zogenoemde diagnose-behandeling-combinaties (DBC's). Per 1 januari 2002 moeten alle ziekenhuizen met DBC's werken, waarna vanaf 2003 ook de financiering op basis van DBC's zal plaatsvinden. Op weg hiernaar toe wordt de huidige wijze van financieren per 1 januari 2001 aangescherpt. Het CTG gaat meer bekostigen op basis van de totaal geleverde feitelijke productie. Tegelijkertijd is het financiële risico dat verzekeraars lopen bij het contracteren, sterk aangescherpt. Het percentage van de kosten van specialistische hulp waarover wordt nagecalculeerd, is teruggebracht van 95% in 2000 tot 40% in 2001. Met zorgverzekeraars hebben wij afgesproken dat zij onder deze condities in hun regio samen met de ziekenhuizen concreet moeten inventariseren hoeveel financiële middelen er nodig zijn om binnen de voor deze sector genormeerde wachttijden te komen. De zorgverzekeraars mogen daarbij extra zorg tot een bedrag van 300 miljoen contracteren op voorwaarde dat zij de instellingen afrekenen op basis van hun extra gerealiseerde productie. De inventarisatie moet op 1 februari beschikbaar zijn, zodat eventuele knelpunten betrokken kunnen worden bij de besluitvorming over de voorjaarsnota. Verzekeraars moeten om ziekenhuizen in aanmerking te laten komen voor extra financiële middelen, afspreken dat ziekenhuizen deelnemen aan de landelijke databank en openbaar via internet actuele informatie

beschikbaar stellen over de wachttijden van alle in het ziekenhuis aanwezige specialismen. Aangezien het CTG de nodige ruimte voor prijsonderhandelingen heeft ingebouwd, bestaat voor verzekeraars de mogelijkheid van aanbesteding, zoals ook voorgesteld door de PvdA en VNO-NCW. Voorts zijn wij in overleg met NVZ, VAZ, Orde en ZN met het oog op 2001 en verder. Wij streven naar sluitende afspraken over de aanpak van de wachttijden, zowel over de op korte termijn te zetten tussenstappen in de noodzakelijke aanpassing van de bekostigings-systematiek als over de verdere gewenste eindsituatie wat betreft financiering, verantwoordelijkheden en controle.

- In de strikte zin van het woord is er bij *huisartsen* geen sprake van wachtlijsten. Dat past ook niet bij hun rol als poortwachter van de gezondheidszorg. Bij hen manifesteert zich de toenemende druk vooral als extra werkdruk. Voor een deel wordt die druk overigens veroorzaakt door te lange wachttijden in andere sectoren van de zorg. Daarom is voor huisartsen een aantal specifieke maatregelen genomen om die werkdruk te verlichten. Het gaat dan om:
 - praktijkondersteuning: per drie huisartsen kan één praktijkverpleegkundige worden aangesteld;
 - dienstenstructuur: voor het opzetten en in stand houden van de avond-, nacht- en weekend dienst zijn extra middelen beschikbaar, oplopend tot 40 miljoen structureel vanaf 2002. Voor de zomer van 2001 moet een behoorlijke dienstenstructuur zijn ingevoerd;
 - ICT: om de praktijkvoering van huisartsen zo efficiënt mogelijk te laten verlopen, is een verbetering van de praktijkautomatisering nodig. Samen met ZN en de LHV wordt dit ter hand genomen;
 - eerstelijns-GGZ: de recente uitbreiding van het algemeen maatschappelijk werk met driehonderd plaatsen en de extra ondersteuningsmogelijkheden voor huisartsen dragen bij aan de verlichting van de werkdruk van de huisarts ten gevolge van patiënten met psychosociale problematiek. Afhankelijk van de uitkomsten van de huidige experimenten met eerstelijnspsychologen, zullen wij ons beraden op de opname van de eerstelijnspsycholoog in het ZFW-pakket.

Parallel aan deze werkdrukverlichtende maatregelen werken wij aan een modernisering van de huisartsenzorg. De huidige financiering van de huisartsenzorg is in belangrijke mate gebaseerd op een solistische praktijkvoering, terwijl de huisartsenzorg in toenemende mate plaatsvindt in verbanden met meerdere huisartsen met ondersteunend personeel, vaak gecombineerd met verloskundigen, paramedici en apothekers. Een geïntegreerd functionerende eerste lijn is zeer wenselijk vanwege de sterk toenemende zorgvraag van chronische patiënten, maar biedt op termijn ook de beste garanties om het werk voor huisartsen aantrekkelijk te houden.

Voortgezette inspanningen

De verschillende plannen van aanpak laten zien hoe in de verschillende sectoren de wachtlijsten en de onredelijke wachttijden worden aangepakt. Eerder in dit stuk is aangegeven hoeveel extra middelen het kabinet hiervoor precies inzet. Voorts zijn er verschillende onderzoeken die indiceren, dat er voor een aantal sectoren bovenop deze inspanning nog een aanvullende inspanning nodig zou zijn, om de wachtlijsten en wachttijden tot een aanvaardbaar niveau terug te brengen. Deze schattingen zullen de komende tijd nader moeten worden gepreciseerd. Mocht op basis van betrouwbare gegevens blijken dat voor de lange termijn een additionele budgettaire inspanning nodig is, dan zal dit aan de orde komen bij de reguliere budgettaire besluitvorming in het voorjaar. Hetzelfde geldt voor de korte termijn. Nu is nog onduidelijk wat in 2001 en in 2002 nodig is én wat gerealiseerd kan worden. Alleen voor de sector Verpleging en Verzor-

ging is de vraag beantwoord wat er nodig is. Per 15 mei 2000 is op de persoon nauwkeurig in kaart gebracht hoe groot de omvang van de wachtlijst is (105 000 mensen van wie ongeveer tweederde overbruggingszorg krijgt). Nagegaan zal nog moeten worden in hoeverre het hier om een incidentele dan wel structurele zorgbehoefte gaat. In ieder geval is al een aanzienlijk deel van de voor het volledig wegwerken van deze wachtlijsten benodigde middelen door het kabinet beschikbaar gesteld. Voorts dient bedacht te worden dat er grenzen zijn aan het tempo waarmee capaciteit kan worden uitgebreid en nieuwe zorg kan worden gecontracteerd.

Het kabinet wil een zo hoog mogelijk tempo realiseren bij het wegwerken van onredelijke wachttijden. Gegeven de situatie op de arbeidsmarkt en de tijd die nodig is voor implementatie van de plannen van aanpak, meent het kabinet dat de huidige financiële ramingen zoals die in tabel 1 staan, adequaat zijn. Hierover bestaat echter geen volledige zekerheid. Het kabinet zal zich volledig inzetten om de onredelijke wachttijden aan te pakken, met inachtneming van met de sectoren gemaakte afspraken. Mocht op basis van betrouwbare gegevens blijken dat een additionele financiële inspanning nodig en mogelijk is, dan zal het kabinet deze gegevens betrekken bij de reguliere budgettaire afwegingsmomenten. Op korte termijn zal geïnventariseerd worden, waar knelpunten liggen en in welk tempo onredelijke wachttijden weggewerkt worden en kunnen worden. Het kabinet zal de gegevens over de ontwikkelingen in de praktijk nauwkeurig volgen en twee keer per jaar de vraag onder ogen zien welke maatregelen (budgettaire of anderszins) nodig zijn om de wachttijden tot een adequaat niveau terug te brengen.

3. Voorwaarden voor succes

Arbeidsmarkt

Momenteel werken er bijna 900 000 mensen in de zorg en dat moeten er over een aantal jaren meer dan één miljoen worden om aan de toenemende behoefte tegemoet te kunnen komen. De krapte op de arbeidsmarkt betekent voor de zorgsector dat er bij ongewijzigd beleid nijpende tekorten ontstaan. In vergelijking met andere sectoren steken deze overigens nog relatief gunstig af: de vacaturegraad in de sector Zorg en Welzijn is 1,7%, de gemiddelde vacaturegraad over alle sectoren in Nederland is 2,7%. Tussen 1995 en 1999 is de sector er in geslaagd om 100 000 meer mensen aan te trekken. Analyses van toekomstige vraag en aanbod wijzen er echter op dat zonder gerichte beleidsinspanningen op middellange termijn (2004) een tekort van zo'n 40 000 verpleegkundigen en verzorgenden ontstaat. De actuele knelpunten verschillen van instelling tot instelling, maar concentreren zich nu op enkele regio's (vooral randstad) en enkele beroepsgroepen (verpleegkundigen, verloskundigen en artsen).

Al geruime tijd is het kabinet, samen met werkgevers en werknemers, actief om voldoende werknemers in de zorg te krijgen en te houden. In een tijd van krapte op de arbeidsmarkt is dat geen eenvoudige opgave. We hebben bovendien te maken met een complexe bestuurlijke constellatie: de overheid is wel betrokken, maar sluit zelf geen CAO af. De primaire verantwoordelijkheid voor arbeidsvoorwaarden en personeelsbeleid ligt bij zorginstellingen en sociale partners. Het kabinet rekent het tot zijn taak om de juiste randvoorwaarden te scheppen waarbinnen instellingen de ruimte krijgen om de knelpunten op te lossen. Voorop gesteld zij dat aandacht besteden aan de arbeidsmarktpositie van de sector veel verder gaat dan gerichte wervingscampagnes of het realiseren van goede primaire en secundaire arbeidsvoorwaarden. Van het grootste belang is dat instellingen het werk zo organiseren dat werkne-

mers bevrediging in hun werk kunnen vinden. Dat betekent dat ze het gevoel hebben dat ze als professional zelf invulling kunnen geven aan hun werk, dat ze zich gewaardeerd voelen en dat ze ook het werk doen waar ze voor aangesteld zijn. Het betekent ook dat de werkdruk niet onredelijk hoog is, dat medewerkers trots kunnen zijn op hun beroep en het gevoel hebben dat de zorgsector van hen is. Dat vergt vooral een inspanning van het management in de instellingen, daarbij ondersteund door sociale partners en overheid.

Daarnaast blijkt uit onderzoek dat de problemen niet zo maar op te lossen zijn met het bieden van meer salaris. Bij bepaalde beroepsgroepen is sprake van een relatieve achterstand of zijn er specifieke knelpunten, maar over het algemeen verdienen werknemers in de zorg relatief gezien niet minder dan werknemers in andere sectoren. Uit onderzoek blijkt ook dat mensen deze sector zelden verlaten louter omdat zij vinden dat zij te weinig betaald krijgen. Het is dus zaak om een serie specifieke maatregelen te nemen die er op gericht zijn om de arbeidsmarktpositie van de zorgsector te versterken. Daartoe zijn de volgende stappen gezet.

- Allereerst heeft het kabinet in 1998 een convenant afgesloten met sociale partners en Arbeidsvoorziening, het Convenant Arbeidsmarkt-beleid Zorgsector. Op grond daarvan is een meerjarig actieprogramma opgesteld met als de voorspelde tekorten terug te brengen tot de gebruikelijke frictie op de arbeidsmarkt. De plannen beslaan een groot aantal elementen:
 - Het ziekteverzuim: wanneer de sector er in slaagt om het verzuim met 1% terug te dringen, betekent dit dat er 9000 mensen minder vervangen hoeven te worden. Het landelijke verzuim in de zorg ligt momenteel op 7,7%, terwijl het landelijk gemiddelde 5,4% is. De doelstelling van het CAZ is om dit verschil binnen vier jaar te halveren. Dit is een realistische doelstelling: ook nu hebben immers sommige zorginstellingen een ziekteverzuim van 5%.
 - De arbeidsomstandigheden: daarom is al 40 miljoen geïnvesteerd in de aanschaf van tilmiddelen. Voor de resterende kabinetsperiode is hiervoor nog eens 20 miljoen beschikbaar. Er worden voor alle sectoren arbo-convenanten afgesloten. Sectorfondsen stimuleren instellingen die een plan van aanpak hebben voor de verbetering van arbeidsomstandigheden.
 - Stimulering van de opleidingen: er kan gericht worden ingezet op de kwaliteit en het aantal stageplaatsen. Instellingen krijgen extra middelen voor betere begeleiding van stagiaires. Doelstelling van het CAZ is de instroom en het rendement van opleidingen jaarlijks met 5% te verhogen.
 - Het behoud van zittend personeel: instrumenten daarbij zijn een levensfasebewust beleid en employability-checks voor ouderen, scholing en training, kinderopvang, doorstroom en perspectief.
 - Het actief werven van nieuw personeel. Hierop is bijvoorbeeld de beeldvormingscampagne «zorg, het echte werk» gericht. De campagne blijkt te werken waar het gaat om het wekken van belangstelling voor het werken in de zorg. Deze campagnes zullen in 2001 verder worden toegespitst op onder meer allochtonen. Nu treden overigens al 4000 allochtonen per jaar tot de zorgsector toe, 20% van het totaal aantal toetreders. Ook herintreders krijgen aandacht. Nederland telt circa 80 000 gediplomeerde verpleegkundigen en verzorgenden die niet op de arbeidsmarkt actief zijn of buiten de zorgsector werken. Van hen zijn ongeveer 44 000 personen eventueel bereid om weer in de zorg te gaan werken en zou de helft binnen een jaar weer aan de slag kunnen.

Het doorrekenen van de maatregelen leert dat bij realisatie de voorspelde tekorten fors worden beperkt. Zonder een gericht beleid zou het tekort aan arbeidskrachten in 2004 13% bedragen, met de genoemde maatregelen ruim 3%.

- Voor 2001 neemt het kabinet daarom nog een aantal aanvullende maatregelen:
 - Er is 0,1 miljard boven op de regeerakkoordmiddelen beschikbaar gesteld voor onder andere de verlichting van de werkdruk.
 - Er wordt gewerkt aan een stimuleringsmaatregel voor opleidingen waaruit onder meer de intensivering van praktijk- en werkbegeleiding, stages, studiefaciliteiten en financiële tegemoetkomingen voor omscholvers betaald kunnen worden.
 - Ook zal in het overleg met de sociale partners bekeken worden hoe het aantrekkelijk gemaakt kan worden voor parttimers in de zorg (en dat zijn de meeste werknemers) om enkele uren per week meer te gaan werken.
 - Bovendien wil het kabinet met de brancheorganisaties afspraken maken hoe te realiseren valt dat de vele arbeidsmarktinstrumenten ook daadwerkelijk door het instellingsmanagement gebruikt worden.
 - Andere zaken zullen vooral op CAO-niveau vorm moeten krijgen. Belangrijke onderwerpen daarbij zijn een hertaxatie van functies en functiegewichten, het beter kunnen combineren van arbeid en zorgverplichtingen (kinderopvang, flexibele werktijden) en het verlichten van arbeidsomstandigheden. Ook het introduceren van veel keuzemogelijkheden aan werknemers, zoals in de recent afgesloten CAO Verpleging en Verzorging, kan een belangrijke positieve impuls zijn.
- Conform de toezegging van de Minister-President zal een interdepartementale werkgroep, gecoördineerd door het Ministerie van BZK, begin 2001 rapporteren over knelpunten op de arbeidsmarkt voor de collectieve sector. De werkgroep heeft de opdracht om de problematiek breed te benaderen, en zal bijvoorbeeld ook ingaan op het bestaan van knelpuntgebieden (zoals de grote steden) en op manieren om het werk te verlichten (bijvoorbeeld door het beter gebruik maken van informatietechnologie).

Opleidingen

Binnen de ziekenhuizen vormt vooral het aantal beschikbare specialisten een bottleneck. Kostenbeheersing, een capaciteitsplanning die in handen was van de beroepsgroepen zelf en een snelle stijging van het aantal beroepsbeoefenaren dat part time wil werken, zijn belangrijke oorzaken hiervan. Inmiddels is een aantal maatregelen genomen om deze ontwikkeling te keren. Zo is de bevrozing van aantal specialistenplaatsen ongedaan gemaakt: ziekenhuizen en verzekeraars kunnen sinds kort afspraken maken over extra specialistenplaatsen. Op korte termijn willen wij de opleidingscapaciteit geneeskunde stapsgewijs structureel vergroten. De opleidingen hebben mij laten weten dat de opleidingscapaciteit voor huisartsen wat betreft de instroom, in 2000 nog 360 plaatsen per jaar, in 2001 kan worden verhoogd tot 420 plaatsen per jaar. Voor de jaren daarna zullen de opleidingen mij zo spoedig mogelijk laten weten welke uitbreiding kan worden gerealiseerd. De capaciteit kan overigens wat betreft beschikbare financiële middelen verder worden uitgebreid tot 525 plaatsen in 2004. Ook de mondzorg verdient aandacht. In januari hebben wij een adviesgroep de opdracht gegeven om met voorstellen ter zake te komen. Uiterlijk eind van dit jaar zullen wij de Kamer haar conclusies en onze maatregelen meedelen. Het door ons ingestelde Capaciteitsorgaan komt binnenkort met een voorlopige raming over het aantal medici dat de komende jaren moet worden opgeleid uitgaande van voortzetting van het huidige gezondheidsbeleid en een aantal maatschappelijke ontwikkelingen. Een belangrijke conclusie zal zijn dat elke mogelijkheid om extra huisartsen op te leiden moet worden benut om aan de toenemende behoefte te voldoen. Zelfs dat zal echter nog onvoldoende zijn bij ongewij-

zigt beleid. Daarom is het noodzakelijk om ook stevig in te zetten op substitutie van taken. Hieronder verstaan wij de verlichting van de werkdruk van artsen door het inschakelen van (onder meer) nurse practitioners, praktijkverpleegkundigen en ziekenhuisartsen. Daarnaast zijn wij met de KNMG en de opleidingscolleges in overleg getreden over de mogelijkheden tot differentiatie en verkorting van de opleidingen.

Doelmatige organisatie

Het terugdringen van wachtlijsten is niet alleen afhankelijk van de beschikbaarheid van extra geld en mensen, het is ook afhankelijk van een goede organisatie van de zorg. Experimenten in acht ziekenhuizen hebben aangetoond dat de doorstroomtijden aanmerkelijk kunnen worden bekort en de kwaliteit van de zorg kan worden verbeterd door een betere patiëntenlogistiek. Hetzelfde geldt voor een goed systeem van wachtlijst-informatie. Het is verheugend om te zien dat steeds meer ziekenhuizen betere doorstroomprocedures invoeren. Met brancheorganisaties van aanbieders en verzekeraars zijn afspraken gemaakt over de manier waarop dergelijke procedures op grote schaal ingevoerd kunnen worden. Daartoe ondersteun ik onder meer een breed implementatieprogramma rond doelmatige zorg.

In de caresectoren krijgt de verbetering van de organisatie onder meer vorm door de invoering van een care-breed systeem van benchmarking. In de thuiszorg is dit inmiddels operationeel, in de andere sectoren is de ontwikkeling van een dergelijk systeem in volle gang. Hierdoor zal het in de toekomst voor zorgkantoren mogelijk worden om op basis van gegevens uit de benchmarkingsonderzoeken specifieke afspraken te maken met instellingen waar het gaat om de organisatie van de zorg. Ook wordt geïnvesteerd in een systeem van normkosten per plaats: dat maakt het mogelijk om een breed systeem van persoonsvolgende budgetten te introduceren. In de zorg voor mensen met een verstandelijke handicap wordt daar het komende jaar mee proefgedraaid.

Bouw

Van belang voor de reductie van wachtlijsten, met name in de caresectoren, is ook het realiseren van voldoende intramurale capaciteit. Uit de landelijke peiling van de wachtlijsten per 15 mei bleek bijvoorbeeld dat er in Nederland 6 000 mensen thuis verblijven die wachten op een plaats in een verpleeghuis, van wie de helft wel overbruggingszorg van de thuiszorg krijgt, en de andere helft niet. Voor een deel van deze groep geldt dat met additionele thuiszorg misschien aan hun behoeften voldaan kan worden, maar voor een belangrijk deel zal intramurale capaciteit beschikbaar moeten komen. Inmiddels is er daarom geïnventariseerd wat er op korte termijn aan extra capaciteit gerealiseerd kan worden. Daarbij kan gedacht worden aan leegstaande kamers in bestaande verpleeg- en verzorgingshuizen (die immers tot op heden niet meer mensen opnamen dan hun erkenning toeliet, ook al hadden ze extra fysieke capaciteit), het gebruik van leegstaande ziekenhuisvleugels voor verpleeghuispatiënten die op revalidatie aangewezen zijn (zogenoemde «herstelafdelingen») en het realiseren van hoogwaardige interim-bouw. Voor zover mensen op de wachtlijst staan voor een plaats in een verzorgingshuis, wordt zo veel mogelijk in hun behoefte voorzien op basis van het principe van het scheiden van wonen en zorg. Zorgkantoren worden aangemoedigd om waar mogelijk plannen met woningbouwcorporaties te ontwikkelen. Met de recent van kracht geworden Woon-zorgstimuleringsregeling is al een belangrijke stap gezet om op korte termijn zorginfrastructuur binnen de bestaande woningbouw te realiseren. Bovendien zijn de besluitvormingsprocedures over bouwprioriteiten uit de WZV vereenvoudigd en is de voortgangsbewaking van lopende bouwtrajecten stringenter gemaakt.

4. Bestuurlijke vormgeving

De tweede prioriteit van het kabinet was een beheerste ombouw van een aanbod- naar een vraaggestuurd stelsel. De wijze waarop wij met de reductie van de wachtlijsten omgaan, is ook gebaseerd op dit uitgangspunt. De rol die wij aan verzekeraars geven, en de eisen die wij aan hen en aan de aanbieders stellen op het gebied van verantwoording, passen binnen een breder perspectief op de manier waarop wij de verantwoordelijkheden in de sector wensen te regelen. Voor de herziening van de verantwoordelijkheidsstructuur zijn ook andere argumenten dan een goede aanpak van de wachtlijsten. Ontwikkelingen op het vlak van vergrijzing, Europese regelgeving en zorginhoudelijke vernieuwingen zullen ieder voor zich eisen stellen aan ons gezondheidszorgsysteem. Burgers wensen steeds nadrukkelijker zelf mee te bepalen hoe hun zorg wordt ingericht. Maar ook artsen en verpleegkundigen wensen zelf meer invulling te geven aan de inrichting van de zorg; zij hebben het gevoel dat de zorg teveel in de handen van de «managers» is geraakt.

Het voorzieningenaanbod is in de afgelopen decennia echter vanuit een centrale aanpak ingericht. Het is juist deze wijze van inrichting die steeds meer op gespannen voet staat met de wensen van deze tijd. De cliënt, de zorggebruiker is mondig en eist zeggenschap, ook bij de invulling van zijn vraag naar zorg. Veel mensen herkennen hun zorgbehoeften steeds minder in de aangeboden activiteiten en voorzieningen. Zij verlangen tijdige levering, keuzevrijheid, variatie in het aanbod en een klantgerichte instelling. Om ook op langere termijn in de gezondheidszorg een vitaal bestel te houden dat kan steunen op een breed maatschappelijk draagvlak, zullen we door moeten gaan met een beheerste transformatie van een aanbodgestuurde naar een vraaggestuurde zorg vorm.

De ombouw in de richting van meer vraagsturing is een proces dat al lang gaande is. In hoofdlijnen komt het neer op een verschuiving in de verantwoordelijkheidsstructuur. Dat betekent:

- een grotere rol voor zorgverzekeraars (meer risicodragend, meer contracteervrijheid, vrijere tarieven);
- meer ruimte voor aanbieders (functionele aanspraken, minder dwingende bouwregulering);
- meer ruimte voor professionals;
- meer inbreng door gebruikers (bredere inzet PGB en PVB-systematiek);
- een overheid die zich (nog) meer gaat richten op kaderstelling en monitoring (dus investeren in een goede toezichtstructuur, in een heldere en faire taakverdeling tussen partijen en in strategische informatievoorziening).

Er zijn de afgelopen jaren al veel investeringen gedaan in het realiseren van deze beheerste ombouw. Daarbij gaat het onder meer om de introductie van de ziekenfondsbudgettering en daarmee gepaard gaande maatregelen zoals de invoering van de nominale premie, de opheffing voor ziekenfondsen van de contracteerplicht ten aanzien van de individuele beroepsbeoefenaren en de bijbehorende invoering van maximumtarieven. Daarnaast zijn de verzekeraars veel meer risicodragend gemaakt, waarmee prikkels tot efficiency zijn ontstaan. Veel werk is ook gemaakt van de flexibilisering van de aanspraken waardoor de zorg meer op maat kan worden geleverd en door een grotere verscheidenheid aan zorgaanbieders. Dit gebeurde in 1998 in de geestelijke gezondheidszorg en in 1999 in de zorg voor verstandelijk gehandicapten. Ook de invoering van het persoonsgebonden budget voor bepaalde zorgvormen en het werken aan een vraaggerichte uitvoering van de AWBZ moeten in dit kader geplaatst worden. Voor de komende jaren heeft het kabinet de nodige maatregelen op de rol staan. Er is voorzien in het flexibiliseren van de aanspraak verpleging en verzorging inclusief thuiszorg in 2001, het versterken van de regisserende rol van verzekeraars bij het geneesmiddelenbeleid en het afschaffen van de UVO en de modelovereenkomst als basis voor indivi-

duale medewerkersovereenkomsten. Hierdoor wordt de speelruimte en verantwoordelijkheid van individuele aanbieders en verzekeraars om in hun regio een voor de patiënt doelmatige zorgorganisatie tot stand te brengen, vergroot. Van belang zijn verder het voornemen tot afschaffing van de contracteerplicht met betrekking tot instellingen, de voornemens tot herziening en beperking van de reikwijdte van WZV en WTG, en het omschakelen naar een meer prestatiegerichte bekostiging van instellingen met het oog op meer transparantie en ruimte voor onderhandelingen op lokaal en regionaal niveau over prijs, doelmatigheid en kwaliteit. Ook het instellen van de Commissie De Beer, die gaat bezien hoe de administratieve lastendruk in de sector substantieel gereduceerd kan worden, past in dit kader.

Met deze stappen wordt de ombouw van een aanbod- naar een vraag-gestuurd stelsel verder vormgegeven. Tegelijkertijd kunnen er nog verdere stappen gezet worden. Zo vormt de manier waarop de zorg in het tweede compartiment nu gefinancierd wordt, met een ziekenfonds-verzekering met inkomensafhankelijke premies naast een particuliere verzekering met nominale premies, een hinderpaal bij het realiseren van een systeem waarbij alle zorgverzekeraars meer verantwoordelijkheden krijgen. Om dergelijke verdergaande stappen te kunnen zetten, heeft het kabinet aangekondigd nog dit parlementaire jaar met een nota over een stelselwijziging te komen. Daarmee bouwt het kabinet voort op hetgeen al in het regeerakkoord is aangekondigd, namelijk dat deze kabinetsperiode een verkenning plaats zal vinden naar verdergaande aanpassingen in het verzekeringsstelsel voor de gezondheidszorg. Om dit proces in goede banen te leiden hebben wij aan het begin van dit kalenderjaar al aan adviserende instanties, waaronder de SER en de RVZ, adviezen gevraagd op deelthema's, zoals solidariteit en schaarste in de zorg. Tegelijkertijd zijn maatschappelijke organisaties en organisaties van beroepsbeoefenaren, verzekeraars en zorgaanbieders uitgenodigd om hun standpunten in te brengen. Als ondersteuning heeft VWS inmiddels drie achtergrond-documenten uitgebracht. De adviezen van de SER en de RVZ verschijnen naar verwachting voor het einde van het jaar. Het kabinet betreft deze en eerdere adviezen en andere signalen van maatschappelijke organisaties bij de eigen gedachtevorming. Het maatschappelijke debat en de conclusies die het kabinet daaruit trekt, bepalen mede de mate waarin de voorstellen reeds worden geconcretiseerd. Voor de zomer 2001 zal een nota aan het parlement worden gezonden.

5. Tot slot

De laatste tijd is er veel te doen over de Nederlandse gezondheidszorg: burgers en aanbieders van zorg uiten breed hun onvrede. Burgers hebben meer dan ooit het gevoel dat een overheid er voor moet zorgen dat de zorg waar ze voor verzekerd zijn, ook beschikbaar is. Veel minder dan tien of twintig jaar geleden zijn ze bereid genoeg te nemen met uitstel of second best oplossingen, zeker nu het Nederland sociaal-economisch beter gaat. Aanbieders hebben het gevoel dat na bijna twintig jaar strikte aanbodbeheersing het tijd is voor een herwaardering van hun werk. Waar zij lang met beperkte middelen de steeds aanwezige roep om beter en sneller zorg te verlenen moesten opvangen, willen zijn nu erkenning voor hun problemen, waardering voor hun werk en voldoende ruimte zodat zij hun werk weer met plezier kunnen doen.

Het kabinet committeert zich er aan om met het maximaal haalbare tempo de wachttijden terug te brengen naar een redelijk niveau. Het kabinet wil ook voorkomen dat een negatieve spiraal gaat ontstaan. Het beeld van de gezondheidszorg komt snel in het teken van problemen te staan, waardoor de sector minder aantrekkelijk op de arbeidsmarkt wordt, wat zelf weer tot tekorten in instellingen leidt, hetgeen weer een voedingsbodem is voor een negatief beeld in de publiciteit. Die spiraal dient doorbroken te

worden. Mensen die in de zorg werken, doen dat met grote inzet. Het is zaak die inzet en motivatie overeind te houden door een enthousiasmerend werkklimaat en een helder perspectief op een betere toekomst. Burgers moeten vertrouwen in de zorg kunnen houden. Het kabinet kiest daarom, zoals hierboven geschetst, een aanpak die gericht is op het zo snel mogelijk wegwerken van onredelijke wachttijden. Die aanpak bestaat uit een aantal lijnen:

1. verzekeraars mogen onder voorwaarden de zorg contracteren die nodig is, waarbij
2. de extra productieafspraken moeten worden afgerekend op basis van de feitelijk gerealiseerde extra productie;
3. tegelijkertijd spant de overheid zich met sociale partners en aanbieders in voor een goede arbeidsmarktpositie van de zorgsector door een breed palet van maatregelen
4. ondertussen wordt (door)gewerkt aan de verdere ombouw naar een vraaggestuurd stelsel, waarin efficiency, transparantie en klantgerichtheid ook in de toekomst gewaarborgd blijven.

Deze aanpak moet er voor zorgen dat de wachttijden zo snel als mogelijk is worden teruggebracht. Om dat te bewaken zal het kabinet op basis van een goed monitoringsysteem twee keer per jaar bij de budgettaire besluitvormingsmomenten de ontwikkelingen expliciet bezien. Daarmee is tegelijk gezegd dat er reële verwachtingen moeten zijn over het tempo waarin de reductie van de wachttijden tot stand gebracht kan worden. Dat tempo wordt bepaald door veel verschillende actoren. Met de sector zijn in ieder geval afspraken gemaakt over de wijze waarop al deze partijen (inclusief de overheid) kunnen bijdragen aan het zo snel mogelijk realiseren van de doelstellingen: een stevige reductie van de wachttijden en een beeld van een wervende sector, waarbij de patiënt van zijn zorg verzekerd is.