

Vergaderjaar 1996–1997

25 170

## Wachttijden in de curatieve zorg

Nr. 3

### VERSLAG VAN EEN ALGEMEEN OVERLEG

Vastgesteld 13 maart 1997

De vaste commissie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport<sup>1</sup> heeft op 20 februari 1997 overleg gevoerd met minister Borst-Eilers van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over de nota Wachttijden in de curatieve zorg (25 170, nr. 1).

Van het overleg brengt de commissie bijgaand beknopt verslag uit.

#### Vragen en opmerkingen uit de commissie

Mevrouw **Kamp** (VVD) was blij met de notitie Wachttijden in de curatieve zorg, maar vond het jammer dat de suggesties die door de VVD aangedragen zijn, daarin niet terug zijn te vinden.

Zij was het ermee eens dat ziekenhuizen die het altijd goed hebben gedaan, mee mogen loten in het kader van het wachtgeldfonds, aangezien anders goed gedrag niet beloond zou worden. Zij vroeg zich af of het model dat in de provincie Victoria in Australië wordt gehanteerd ook hier kan worden gebruikt. Daar deelt men een bonus uit en dat heeft een groot effect op de verkorting van de wachtlijsten voor zeer urgente gevallen.

De minister heeft nu haast om de 50 mln. die zij heeft gekregen uit te geven. Is het echter wel verstandig om de werkgevers helemaal niet te betrekken bij het wachtgeldfonds? Hun verantwoordelijkheid voor het ziekteverzuim en de privatisering van de sociale zekerheid speelt hierbij toch een heel grote rol. Zullen in het onderzoek dat zal worden gedaan naar de besteding van die 50 mln., ook de maatschappelijke gevolgen van dat fonds worden meegenomen? Is de minister bereid om het onderzoek breder op te zetten, zodat er meer materiaal beschikbaar komt en men kan zeggen dat die 50 mln. minder een collectieve last is dan een investeringsimpuls?

Een van de maatregelen die de minister wil nemen, is bedrijfstijdverlenging. Doordat de werkgevers en de werknemers in de zorgsector bereid waren om een andere invulling te geven aan onregelmatigheidstoeslagen, zou er meer financiële ruimte ontstaan om iets aan bedrijfstijdverlenging te doen. Is dat niet een beetje te simpel en te weinig?

Mevrouw Kamp betreurde het zeer dat zij nog geen notitie van het kabinet had ontvangen over de privéklinieken. In deze notitie wordt gesproken over restrictief beleid en gedogen. Betekent dat dat de

<sup>1</sup> Samenstelling:

Leden: Lansink (CDA), Schutte (GPV), Van Nieuwenhoven (PvdA), voorzitter, Van der Heijden (CDA), ondervoorzitter, Van Heemskerck Pillis-Duvekot (VVD), M. M. H. Kamp (VVD), Doelman-Pel (CDA), Swildens-Rozendaal (PvdA), Vliegthart (PvdA), Mulder-van Dam (CDA), Versnel-Schmitz (D66), Middel (PvdA), Leerkes (Unie 55+), Nijpels-Hezemans (groep-Nijpels), Fermina (D66), Oedayraj Singh Varma (GroenLinks), Dankers (CDA), Marijnissen (SP), Essers (VVD), Oudkerk (PvdA), Cherribi (VVD), Sterk (PvdA), Van Boxtel (D66), Van Vliet (D66) en Van Blerck-Woerdman (VVD).

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

privéklinieken mogen blijven bestaan, maar dat er geen nieuwe bij mogen komen?

Het College van beroep voor het bedrijfsleven heeft op 12 december een uitspraak gedaan over declaraties van oogartsen in privéklinieken. Het COTG moet nu een nieuwe beslissing nemen op basis van die uitspraak. Heeft de uitspraak van het college echter niet een veel bredere impact dan alleen de oogartsen? In de uitspraak staat namelijk dat niet alleen de verrichting moet worden betaald, maar ook de infrastructuur van de privékliniek. Wat is de visie van de minister op de uitspraak van het college?

De overheid heeft jaren geleden, toen er een tekort was aan oogartsen, een impuls gegeven om die achterstand weg te werken. Er zijn dus extra oogartsen opgeleid. Die extra opgeleide oogartsen zijn nu werkloos, terwijl er nog steeds wachtlijsten voor de oogartsen zijn. De overheid kan nu niet voor haar verantwoordelijkheid wegllopen en moet dit punt in de beleidsnotitie opnemen.

Er zijn vacatures voor artsen voor wiens veld wachtlijsten bestaan. Het is dan ook een omissie dat in de notitie niets staat over beroepskrachtenplanning.

In de notitie staat dat de Economische controledienst op pad wordt gestuurd. Maar met welke boodschap? De inspectie heeft namelijk aangegeven dat er geen indicatie is dat de wet wordt overtreden.

De extra geldstroom van de kant van de werkgevers wordt afgewezen door de minister. Een bepaalde verzekeringsmaatschappij is zeer gelieerd aan een kapperspoli. Moet die straks dan dicht?

De heer Stekelenburg heeft onlangs op een congres gezegd dat als er geen wachtlijsten zouden zijn, hij geen enkel bezwaar zou hebben dat een werkgever iets extra's doet voor zijn werknemers. Als je die opvatting verkondigt, vindt je het dus geen bezwaar dat werkgevers iets betalen in de gezondheidszorg. Mevrouw Kamp vond dat als werkgevers bereid zijn te betalen voor snellere hulp aan hun werknemers, dat geld ten goede moet komen aan het reguliere circuit. Volgens het huidige beleid moet dat geld afgeroomd worden. Als dat echter niet zou gebeuren, zou dat een productiviteitsverbetering tot gevolg hebben. Dat kan op twee manieren een wachttijdverkorting tot gevolg hebben. De wachtlijst wordt korter, omdat een werknemer uit de rij stapt. Verder komt de omzetvergroting ten goede aan iedereen. Met dit systeem wordt dus iedereen geholpen. Het is een win-winsituatie.

De inspectie sprak over extra openhartoperaties die in een Amsterdams ziekenhuis worden uitgevoerd op mensen uit het rijke Midden-Oosten die daarvoor betalen. Het ziekenhuis gebruikt dat geld om de onverzekerden te helpen. Het kan toch niet prachtiger dan dat de rijken de armen helpen? Mevrouw Kamp vond het jammer dat de minister creatieve oplossingen te veel opzij zet, aangezien dan de tweedeling haar intrede zal doen.

De voorzitter van het COTG waarschuwt ervoor dat, als een Arbo-dienst een ziekenhuis mag oprichten, niet betaald uit de collectieve middelen, premies of rijksbijdragen, en als een werkgever in een privékliniek de structurele kosten gaat betalen en het ziekenfonds de verrichtingen, er een tweedeling ontstaat, aangezien er dan twee aparte ziekenhuizen zijn. Mevrouw Kamp vond dat de minister het geld van de derde geldstroom moet laten instromen in het circuit. Dat kan heel gemakkelijk: zij hoeft alleen maar de aanwijzing te geven aan het COTG. Als de minister niet toestaat dat het geld kan toestromen in het reguliere circuit, wat iedereen ten goede komt, zal straks iemand anders die instellingen gaan oprichten. Dan is een tweedeling veel sterker aanwezig, dan de minister zich nu voorstelt.

De heer **Oudkerk** (PvdA) gaf de minister een pluim voor haar nota en wel om drie redenen. De eerste is dat het incidenteel geld koppelen aan de structurele organisatieverbeteringen een goede vondst is, die volgens

hem zal werken. De tweede is dat de minister een aantal van de voorstellen van de PvdA heeft overgenomen. De derde is dat de minister in deze notitie voet bij stuk houdt en zegt dat het onaanvaardbaar en ontoelaatbaar is dat mensen op andere dan medische criteria eerder worden geholpen. Nieuwe initiatieven moeten gericht zijn op snellere hulp voor iedereen, werkenden en niet-werkenden.

Het valt op dat medisch specialisten en ziekenhuizen maar blijven zeggen dat ze 300 mln. per jaar nodig hebben en dat er dan verder geen probleem is. De minister stelt 50 mln. beschikbaar en wil op de lange termijn structurele organisatieverbeteringen zien. Er moet op dit punt naar de feiten worden gekeken. Als de wachttijd voor bijvoorbeeld orthopedie in vergelijking met zo'n drie jaar geleden niet is veranderd, is er voldoende capaciteit, maar moet er nog een achterstand weggewerkt worden. Er zou een inventarisatie van de wachtlijsten moeten worden gemaakt, waaruit duidelijk wordt welke oplopen en welke stabiel zijn. De wachtlijstbrigade moet dan bekijken of dat een kwestie is van meer geld of van een betere organisatie. Als straks zou blijken dat het een kwestie is van meer geld, moet men zich niet vastleggen op die 50 mln.

Wat vindt de minister van de opmerking van de heer Stekelenburg, die wil dat werkgevers die een snelle behandeling van hun zieke personeel eisen, extra geld in de kas van het ziekenhuis moeten storten? Hoe denkt de minister over werkgevers die een medische behandeling eisen? Is dat wel in de haak? Hij was het zelf overigens helemaal niet eens met de heer Stekelenburg.

Per 1 januari volgend jaar heeft iedereen een bedrijfsarts en een huisarts. Daarom moet de samenwerking tussen Arbo-arts, bedrijfsarts en huisarts worden geïnventariseerd. De minister heeft gezegd dat het veld die samenwerking nu vorm moet gaan geven. Volgens de heer Oudkerk loopt zij daarmee weg voor haar verantwoordelijkheid. Huisartsen en Arbo-artsen wantrouwen elkaar namelijk. Welke concrete stimuleringsplannen, behalve dat bedrag van een half miljoen dat in de nota staat, heeft het ministerie zelf? Gaat de minister een stimulerende rol spelen om de twee beroepsgroepen bij elkaar te brengen? Is het niet een idee om het reguliere circuit concurrerend te laten werken? Bedrijven hebben altijd wel een bedrijfsarts of een specialist die 's avonds naar de werknemers willen kijken. Wat vindt de minister in dat licht van avondsprekuren voor huisartsen?

De heer Oudkerk had sterk de indruk dat het oplossen van behandelwachtlijsten iets anders is het dan het oplossen van diagnostische wachtlijsten. Het gebeurt vaak dat iemand bij een dokter komt, er twee weken later een foto wordt gemaakt en dat de bedrijfsarts en de huisarts verschillende dingen zeggen. Daar is toch een behoorlijke winst te halen.

Uit de notitie blijkt dat het kabinet tegen voorrang voor werkenden in de gezondheidszorg is. De Oudkerk ondersteunde dat beleid. De heer De Jong, directeur van de NVZ, heeft kort geleden in een krant gezegd dat als werknemers voorrang krijgen dat misschien niet leuk is voor de niet-werkenden, maar dat uiteindelijk iedereen wat opschuift en het dus voor iedereen wat sneller gaat; dat is volgens hem een vorm van ongelijkheid die men zal moeten aanvaarden, zolang dit kabinet wegloopt voor de echte vragen. De heer Oudkerk vond dat een versimpeling van de feiten en volksverlakkerij. Er wordt aangenomen dat een werknemer erop vooruit zou gaan als hij snellere hulp krijgt. Maar kan die werknemer wel in optimale vrijheid voor snellere hulp kiezen? Is de keuze voor de arts wel vrij? Is niet naar de bedrijvenpoli gaan een vorm van vertragen van herstel? Zet het arts aan tot sneller ingrijpen, terwijl het even aanzien misschien beter was? Snelle hulp kan bovendien ook medicaliserend werken en dat drijft uiteindelijk de kosten alleen maar op en het snijdt in de terughoudendheid die in Nederland wordt betracht ten aanzien van medische ingrepen. Op korte termijn zal dat wel wat winst opleveren voor

werkgevers, maar op langere termijn zal een toename van de zorgconsumptie optreden.

De heer Oudkerk vond de aanname dat de niet-werkenden er met zo'n bedrijvenpoli op vooruit gaan, een versimpeling, want een wachtlijst voor hartchirurgie los je niet op door bijvoorbeeld op zaterdag bouwvakkers met rugklachten te helpen. Hij had grote twijfels over de opbrengst van wachtlijstomzeilende initiatieven. Daarmee wordt een principieel onrechtvaardig systeem gecreëerd; er komt een bevoorrechte groep. In Nieuw-Zeeland verwijzen cardiochirurgen wachtende werkenden naar de avond- en weekeinddiensten, waar ze tegen extra vergoeding direct aan de beurt zijn. Zo'n systeem wilde de heer Oudkerk niet in dit land, ook niet een beetje.

Welke bestaande wettelijke instrumenten heeft de minister om BP's tegen te gaan? Dat zijn door de Hoge Raad toegestane constructies waarbij specialisten extramuraal particulier en collectief verzekerde fondspatiënten van een bedrijf versnelde hulp bieden tegen «vrije» tarieven. Wat verstaat de minister onder privéklinieken? Welke instrumenten zijn er om een toenemende tweedeling tegen te gaan? Wat wordt er precies onder bedrijven-RIAGG's verstaan? Er zijn tamelijk veel aparte rechtspersonen van RIAGG's waar al dan niet overspannen werknemers soms al meteen al dan niet noodzakelijke hulp krijgen. Hoe gaat de minister wettelijk tegen dat werkenden gestructureerd voorrang krijgen?

De heren Brouwer, Schutte en Rutten van de Erasmusuniversiteit hebben gezegd dat zo'n bedrijvenpoli ook in een ander licht kan worden gezien. Wat vindt de minister van dat artikel, gezien haar eigen mening over die bedrijvenpoli's?

Bij de begrotingsbehandeling had de PvdA gewezen op het rapport gepaste zorg 2 over de inkoopfunctie in ziekenhuizen die her en der misschien niet zo adequaat zou zijn, en gezegd dat als daarop kan worden bezuinigd men dat geld direct zou moeten gebruiken voor het opruimen van de wachtlijsten. Wanneer kan de minister daar meer over zeggen?

De minister heeft gezegd dat zij naar maximaal aanvaardbare wachttijden wil en naar urgentiecategorieën en dat zij de wetenschappelijke verenigingen van de artsen daarop zal aanspreken. De heer Oudkerk vond dat een te zachte formulering. Er zijn al veel protocollen, van het CBO en het NHG. Is het niet mogelijk om met verzekeraars en wellicht sociale partners en NP/CF of consumentenbond als vertegenwoordiger van consumenten/patiënten, en met de aanbieders van zorg om de tafel te gaan zitten om te proberen die protocollen om te zetten in polisvoorwaarden? Wachtlijsten ontstaan namelijk ook doordat in de Ziekenfondswet staat dat men recht heeft op alles wat onder beroeps-genoten gewoonlijk of gebruikelijk is. Dat schiet echter niet op. Als er protocollen zijn, moet men zich daaraan houden. Wat zijn de sanctionerende elementen?

In de nota staat dat het wellicht bruikbaar is om met websites te gaan werken. De heer Oudkerk vroeg zich af of het niet wat harder aangezet kan worden. Is het niet mogelijk om vanuit het departement te stimuleren dat iedere huisarts in Nederland met één druk op de knop kan zien waar in zijn omgeving de kortste wachtlijst is voor welke operatie dan ook? Dat lijkt ingewikkeld, maar dat is het niet, zolang er een onlineverbinding is tussen huisarts en ziekenhuis en zolang ziekenhuizen de gegevens over wanneer iemand op de poli terecht kan, invoeren. Dat soort initiatieven moeten niet aan het veld overgelaten worden, want daar gaat het allemaal nogal traag, maar door het departement gestimuleerd worden.

De heer **Van Boxtel** (D66) was blij dat dit kabinet en in het bijzonder deze minister de voorrangbehandeling ten principale afwijst als dat gebeurt op andere dan medische gronden.

De irritatie over de te lange wachttijden is niet van de ene op de andere dag ontstaan; die bestaat al jaren. De zorgvraag neemt toe en de

capaciteit van de zorgaanbieders en instellingen passen zich soms traag aan, deels door financiële belangen of tekorten, deels door logistieke problemen. De actualiteit van dit onderwerp zit hem echter in de claim die nu door het bedrijfsleven wordt gelegd. De werkgevers hebben nu een eigen verantwoordelijkheid voor kosten van ziekteverzuim. Terecht spreken zij de overheid aan voor het oplossen van de gegroeide spanning tussen hun streven naar kostenminimalisatie en het overheidsstreven om de gezondheidszorg voor iedereen in gelijke mate toegankelijk te houden.

De Raad voor de volksgezondheid heeft een rapport uitgebracht over de samenhang tussen de sociale zekerheid en de volksgezondheid. De heer Van Boxtel heeft gevraagd naar de ombouw van de sociale zekerheid naar meer verantwoordelijkheid voor de partners in het veld. Het systeem van de volksgezondheid is nog steeds gestoeld op de leest van solidariteit en toegankelijkheid voor iedereen in gelijke mate. Wanneer kan de Kamer daar een reactie van het kabinet op verwachten?

Een bijkomende complicerende factor is dat zorgverzekeraars sinds 1992 collectieve contracten kunnen sluiten. Een paar partijen hebben elkaar snel gevonden: verzekeraars en werkgevers. Verzekeraars willen graag leuke dingen doen voor hun klanten en wat is leuker dan de klant lagere kosten in het vooruitzicht te stellen, zelfs als dat indruist tegen de letter of de geest van de wetten inzake de volksgezondheid. Gelukkig zijn de initiatieven die daar tegen indruisen nog beperkt van aard. Is in het rapport van de inspectie «Mag ik even passeren?» het voorgenomen initiatief meegenomen van een van de grote verzekeraars, die met elf ziekenhuizen aparte voorrangsarregementen voor hun verzekerden wilde gaan regelen? De heer Van Boxtel vroeg ook aandacht voor de effecten van employébenefitregelingen en voor het verzoek van de werkgevers om opting-out in het ziekenfonds toe te passen. Dat zijn allemaal maatregelen die de solidariteit van de ziekenfondsverzekering in de kern raken.

Het lange wachten kan de levensvreugde beperken, de gezondheidschade vergroten, evenals de maatschappelijke en economische schade. Daar zit niemand op te wachten. De heer Van Boxtel was van mening dat onder geen enkele voorwaarde het gelijkheids- en solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg geweld mag worden aangedaan. Het argument om dit systeem wel aan te tasten, namelijk dat er toch ongelijkheid bestaat in de zorg, deugt niet. Uit onderzoek is gebleken dat voorkeurs- of voorrangsbehandeling slechts spaarzaam voorkomt in ons land, ook al kent iedereen wel uitzonderingen die die regel bevestigen. Het feit dat het kabinet de urgentie onderkent en 50 mln. incidenteel heeft vrijgemaakt, is dan ook een positief signaal. Hij betwijfelde echter of dat voldoende zal zijn. Het idee dat met dat incidentele bedrag in 1998 in een keer alle problemen van tafel zullen zijn, verwees hij naar het rijk der fabelen. De praktijk zal zijn voorgevoel moeten schragen.

Het is overigens wel opvallend dat het kabinet in de notitie allerlei oorzaken noemt, behalve de budgettaire. Waarom is dit? Hulpverleners en instellingen lopen echt klem, ook op hun budgettaire vraagstukken. Er worden nu dus artefacten bestreden in plaats van dat structureel andere en betere oplossingen worden geboden. Waarom worden de collectieve uitgaven in de zorg beperkt tot 1,3%, terwijl er tienduizenden mensen extra nodig zijn voor «handen aan het bed» en er honderdduizenden mensen met een uitkering staan te springen om werk? Als je mensen sneller uit het ziekenhuis kunt plaatsen en naar een verpleeghuis kunt brengen of naar de thuiszorg, wordt de zorg goedkoper gemaakt en krijgen veel meer mensen een baan.

De minister heeft een reeks maatregelen voorgesteld, zoals instelling van een wachtlijstfonds en een uniforme registratie. Is het rapport van de NVZ over dit onderwerp er al? Ook eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling zijn goede maatregelen, maar kan dat wel overgelaten worden aan de verschillende beroepsgroepen? Wat zijn de risico's van de monocultuur waarbinnen die criteria worden bepaald en wat zijn de

alternatieven? Hoe wordt in dat verband samengewerkt tussen eerste en tweede lijn? Vaak worden de urgentiecriteria alleen maar door eigen beroepsgroepen geformuleerd.

De wachtlijstgarantie wordt door het kabinet tot een lokale aangelegenheid bestempeld. Maar voor topklinische voorzieningen, zoals hartoperaties ligt het naar de mening van de heer Van Boxtel wezenlijk anders. De wachttijden voor dotteren en openhartoperaties variëren van acht tot meer dan tweeëntwintig weken in de veertien verschillende ziekenhuizen. Hij hoopte dat als het gaat om een wachtlijstgarantie de minister voor de meer centrale vraagstukken centraal de verantwoordelijkheid wil nemen.

De wachtlijstbrigade vond hij een goed idee. Het geheel van de maatregelen vond hij goed, maar de oplossingen neigen naar een wat bureaucratische aanpak. Kernvraag blijft dus of er wel voldoende geld zal zijn, of er voldoende zal worden samengewerkt tussen de verschillende beroepsgroepen en of in de hoofden van alle betrokkenen het algemeen belang zwaarder zal wegen dan de optimalisering van de eigen praktijk.

D66 is voor verlenging van bedrijfstijden, maar zullen specialisten, verplegenden en verzorgenden wel beschikbaar zijn? Gaat de verhoging van de omzet die ze halen door op zaterdag of zondag te gaan werken, niet weer ten koste van de tarieven? Op welke wijze kan de WTG goed gedrag belonen? Is daarvoor wel voldoende geld aanwezig? D66 is er niet voor om de bedrijfstijden voor alleen specifieke groepen, zoals werknemers, te verlengen. Iedereen moet kunnen profiteren van de hulp op zaterdag, zondag of in de avonden, anders zet men de deur op een kier en krijgt men die nooit meer dicht. Evident is dat D66 tegen introductie van speciale bedrijvenpoli's is en zeker tegen verzekeringsvoorarrangementsarrangementen. Verlenging van politijd in ziekenhuizen die iedereen ten dienste staat, is prima, maar als dat alleen voor specifieke groepen gebeurt, is D66 erop tegen. Met de huidige wet- en regelgeving in de hand zou de inspectie daartegen moeten optreden. De minister is al een paar keer gevraagd om de collectieve contracten te bekijken en de inspectie toe te laten zien op wat er precies gebeurt.

De heer Van Boxtel was voor herijking van de logistiek in instellingen om ze beter en efficiënter te laten werken. Daar kunnen de brigades een rol in vervullen, maar ook de verzekeraars. Die laatste moeten niet op de stoel van de dokter gaan zitten, maar ze mogen natuurlijk wel op grond van gegevensvergelijking instellingen en hulpverleners aanzetten tot een betere organisatie. De overeenkomsten die ze sluiten met hulpverleners zijn daarvoor een goed hulpmiddel. Gebeurt dit nu al voldoende en wordt dat ook gecontroleerd?

Hij zag ook veel heil in een verbetering van de samenwerking tussen huisartsen en bedrijfsartsen. Ook de huisarts zal meer oog moeten krijgen voor de privé- en werksituatie en vanuit die gedachte de contacten en info-uitwisseling met de bedrijfsarts moeten intensiveren. Ze moeten niet met de ruggen naar elkaar staan, maar er moet ook geen sluipende verruiming van diagnose- en verwijfsbevoegdheden van de bedrijfsarts plaatsvinden.

Gaat de minister het initiatief nemen tot het vastleggen in de wet van de eisen omtrent goed verzekeraarschap of wacht zij het initiatief van zorgverzekeraars Nederland af, die met een vorm van zelfregulering willen komen? Heeft de minister al een verzoek aan de Ziekenfondsraad gericht om die eisen van goed verzekeraarschap te laten uitwerken, zoals zij in haar brief van december schreef?

In de brief van 17 december worden nogal wat aanzetten gegeven tot nader onderzoek en tot het vragen van actieplannen, ook aan de patiëntenorganisaties. Men moet echter oppassen dat men de acute wachtlijstproblematiek niet te veel gaat inpakken in allerlei bureaucratische structuren. Even wachten is niet erg, maar te lang wachten is

schadelijk voor iedereen, voor de patiënt, de hulpverlener en ook voor de politiek en de minister. Haastige spoed is hier heel goed.

Mevrouw **Nijpels-Hezemans** (groep-Nijpels) was het met de minister eens dat geld alleen niet alles oplost. Het verkorten van wachttijden is een speerpunt van het beleid van de minister. Dat is aanleiding om de door het kabinet zo star gehanteerde maximale volumegroei op zijn minst ter discussie te stellen. Is de minister van plan om te proberen voor het terugdringen van wachttijden een beroep te doen op de structurele meevaller?

In de notitie doet de minister een voorstel om de onaanvaardbare wachttijden en wachtlijsten zowel incidenteel als structureel te bekorten. Haar inspanningen zijn erop gericht snellere hulp voor iedereen te bewerkstelligen. Mevrouw Nijpels vond ook dat er nooit onderscheid mag worden gemaakt tussen werkenden en niet-werkenden. Hoewel het IGZ-onderzoek uitwijst dat het met de wachtlijstomzeilende initiatieven wel meevalt in Nederland, is het toch goed om alert te zijn op mogelijke ongelijkheid en verdringing. Er zijn advertenties van verzekeraars die ten minste suggereren dat wie bij hen verzekerd is, sneller geholpen wordt. Afgezien van de vraag of dat echt waar is, gaat het om de vraag of dit kan en mag.

Mevrouw Nijpels was het met de minister eens dat onmiddellijk een begin moet worden gemaakt met uniforme registratie en gestandaardiseerde indicatiestelling. Waar is het bedrag van 50 mln. overigens op gebaseerd? Op de behoefte of op de financiële mogelijkheden van de minister? Is het voor het ziekenhuis zaak om snel een aanvraag in te dienen omdat het geld anders ergens halverwege het jaar op zal zijn, zodat ook daarvoor wellicht een wachtlijst ontstaat?

Mevrouw Nijpels drong ook aan op zo spoedig mogelijke vaststelling van maximaal aanvaardbare wachttermijnen per indicatie. Wie bepaalt echter wat aanvaardbaar is? En voor wie moet het aanvaardbaar zijn? De nota geeft hierover geen uitsluitsel.

Mevrouw Nijpels was van mening dat zodra deze registratie, indicatie en maximale wachttijd zijn geïmplementeerd, gewerkt moet worden aan een wachtlijstgarantie. Dit zal de positie van de cliënt aanmerkelijk versterken en de zorgaanbieders stimuleren hun beloften na te komen. Ook voor werkgevers is deze garantie belangrijk in verband met de planning rond het ziekteverzuim. Volgens de minister is er slechts een beperkte rol weggelegd voor de werkgevers. Daar was mevrouw Nijpels het op zichzelf mee eens, maar wat wordt dan bedoeld met de opmerking op pagina 13 van de notitie: «Werkgevers zullen in verband met de relatie tot ziekteverzuim zo nodig bij het proces worden betrokken, door op regionaal niveau onder meer van hun expertise gebruik te maken»?

De minister stelt een aantal maatregelen voor voor een structurele aanpak van onaanvaardbaar lange wachtlijsten. Wat zijn de kosten daarvan voor de lange termijn en wie gaat die betalen? Een mogelijke oplossing lijkt een behandeling in een ander ziekenhuis met een kortere wachttijd. Hoe zit het dan met de extra kosten die gemaakt moeten worden voor bijvoorbeeld vervoer van de partner en/of de familie? Is de prijs voor een snellere behandeling dat men geen bezoek meer kan ontvangen?

De lijst van instrumenten die de minister wil inzetten is lang en indrukwekkend, maar één ding valt op: zij zijn allemaal gericht op de aanbodzijde. Het verdient echter aanbeveling om bij de bestrijding van lange wachtlijsten ook te kijken naar de vraagkant van het probleem. De wachttijdenproblematiek in de curesector kan dan ook niet los gezien worden van die in de caresector, waar de problemen in feite nijpender zijn. Kan door middel van preventie, fysiotherapie, vroegtijdige diagnose de vraag naar zwaardere ingrepen niet verminderen?

Het wachten en de onzekerheid zijn soms letterlijk dodelijk. Mevrouw Nijpels pleitte daarom voor intensieve wachtlijstbegeleiding. De cliënt moet gedurende de wachttijd regelmatig op de hoogte worden gehouden van de voortgang. Bovendien kan er met behulp van praatgroepen, voedingsadviezen, dieetbegeleiding en fysiotherapie voor worden gezorgd dat de wachttijd niet langer iets is dat men passief ondergaat, maar dat men actief beleeft. In veel gevallen zal dat een verergering van de kwaal kunnen voorkomen.

Zij had begrip voor het feit dat de minister op basis van Scandinavische ervaringen concludeert dat een financiële aanpak wellicht zelfs contraproductief zal werken. Mevrouw Nijpels was echter nog niet overtuigd dat door de inzet van extra middelen voor uitbreiding van de capaciteit, de situatie rond de wachtlijsten niet zou kunnen verbeteren. Immers, de vergrijzing zal de vraag blijven vergroten. Het gaat dan ook om de vraag waar en hoe extra geld kan worden ingezet.

Mevrouw **Dankers** (CDA) meende dat in 1998 de problemen niet voorbij zullen zijn, omdat de structurele actiepunten die in de notitie worden genoemd wat te algemeen en te vrijblijvend zijn. Verleden jaar stonden in het centrum van de belangstelling de wachtlijstomzeiling, de voorrang voor werkenden en het voorkruipen. Het deed haar deugd dat uit het inspectieonderzoek is gebleken dat dat oneigenlijk voorkruipen maar zeer beperkt voorkomt. Dat moet ook zo blijven, want de medische urgentie moet bepalen in welke volgorde mensen behandeld worden en de gezondheidszorg moet voor iedereen even goed toegankelijk zijn. Zij vond echter dat als werkgevers in een regulier ziekenhuis bedrijfstijd willen kopen voor hun werknemers en als het geld de reguliere exploitatie van het ziekenhuis ten goede komt, dat mag.

Mevrouw Dankers merkte op dat als er te lange wachtlijsten zijn vanwege de organisatie van de gezondheidszorg of vanwege het gebrek aan capaciteit, dat schade oplevert, materiële schade in de zin van verzuimgelden die betaald moeten worden en immateriële schade als het gaat om niet-werkenden. Zij was het er niet mee eens dat er geld uit het bedrijfsleven moet komen voor die aparte initiatieven. Als zij daardoor iets minder schade leiden dan nu, hebben werkgevers het er wel voor over, maar het hoort zo niet te zijn. Als men de zaakjes goed op orde heeft en er niet te lange wachttijden zijn, zijn er geen problemen en hoeft de discussie over het onderscheid niet te worden gevoerd.

Mevrouw Dankers had alle begrip voor de reserves van de minister op het punt van de privéklinieken, zeker als het gaat om de exploitatie van privéklinieken van, voor en door specialisten die tegelijkertijd in de reguliere zorg een spreekuur hebben.

Zij vond het uitermate teleurstellend dat 75% van de ziekenhuizen in de enquête aangaf dat zij problematische wachtlijsten hebben en dat maar 10% van die ziekenhuizen echt met initiatieven is gekomen voor snelle hulp en verkorting van de wachtlijsten. In de verzekeringswereld had 50% wel nagedacht over verkorting. Komt dat misschien omdat er bij de verzekeringswereld sprake is van marktwerking? Dat blijft toch een probleem in de collectief aangestuurde zorg. De mening van de minister dat louter geld pompen in het systeem niet helpt, werd deels door mevrouw Dankers gedeeld. Uiteraard moeten er stappen worden gezet om doelmatiger, efficiënter en klantgerichter te werken, maar met welke systematiek kan dat worden bereikt? Zij vond het wel goed dat er 50 mln. is om de snelle initiatieven snel te belonen. Het is ook goed dat daarbij recent goed gedrag wordt betrokken.

Voor velen is het vrijwel onmogelijk om aan de randvoorwaarden te voldoen, omdat er nog geen uniform registratiesysteem is. Er is geruime tijd nodig om daarop over te stappen. Is er geen potje voor de snelle initiatieven of zal het in de praktijk een incentive zijn om de punten 1 en 2 van de structurele maatregelen naar voren te halen?



Een groot vraagpunt voor mevrouw Dankers was de balans tussen enerzijds efficiënt en aanbodbeheersend omgaan met de capaciteit en anderzijds wachtlijsten, wachttijden. Er moeten planningslijsten zijn, omdat de apparatuur efficiënt moet worden gebruikt, maar waar ligt de grens? Een grens is de vraag of het sociaal-medisch verantwoord is om zo lang te wachten. Dit geldt niet alleen voor de werkenden die terug willen naar hun werk, maar bijvoorbeeld ook voor ouderen. Ook moet worden gekeken naar aspecten als vrije artskeuze. Als je het al te technocratisch bekijkt en alleen maar naar die ene centrale post kijkt, vreesde zij dat de mensen tekort worden gedaan.

Het herontwerpen van het zorgproces sprak mevrouw Dankers aan, omdat dat een grote bekorting met zich mee brengt, terwijl de mens centraal wordt gesteld. De minister geeft daar echter geen extra geld aan; er wordt alleen maar onderzoek naar gedaan.

Als de brigades snel wat kunnen doen, vond mevrouw Dankers dat prima, maar er is een risico dat het een bureaucratisch geheel gaat worden. Dan heb je er nog een club bij die alle boeken komt onderzoeken. Dan hoefde het voor haar niet.

De heer **Marijnissen** (SP) vond het zeer vreemd dat zo gemakkelijk wordt omgegaan met wachtlijsten in de gezondheidszorg. Men accepteert dat veel te gemakkelijk. De reden daarvan is duidelijk: al die individuele burgers op die wachtlijsten zijn niet in staat zich te organiseren en een vuist te maken, want het zijn steeds andere mensen. Het mag duidelijk zijn dat het ongehoord is dat er wachtlijsten zijn. Het simpele feit dat 90 mensen per jaar sterven omdat het aantal openhartoperaties niet toereikend is, mag al aangeven dat het hier gaat om onnodig menselijk leed. Verder is het dom en duur. Het verzuim in de bedrijven wordt gestimuleerd, hetgeen nadelig is voor de bedrijven en voor de mensen. En het leidt niet zelden tot een verergering van de kwaal, hetgeen later in de curatieve zorg weer tot hogere kosten kan leiden. Verder dreigt door die wachtlijsten een tweedeling te ontstaan. Bovendien gaat het om de fundamentele gelijkwaardigheid. Dat is niet zo maar iets; dat raakt aan een wezenskenmerk van de westerse beschaving. Door de introductie van de privatisering van de Ziektewet zijn de bedrijven gaan lobbyen voor voorrang voor werkenden. Tegelijkertijd blijkt het kunnen verlenen van voorrang een marketinginstrument te zijn geworden voor verzekeraars. Verzekeraars adverteren dat zij een versnelde zorg garanderen. Verder is er het aspect van de privéklinieken. Als al het andere wordt verboden, zal de weglek daar plaatsvinden.

De heer Marijnissen sprak zijn teleurstelling uit over het FNV en in het bijzonder de voorzitter, de heer Stekelenburg. Hij was buitengewoon teleurgesteld dat juist uit die hoek vergoeljkende opmerkingen komen. Wanneer men nu ten principale enige tweedeling in de gezondheidszorg zou toelaten, zal bij elke volgende discussie over een mogelijke tweedeling in de gezondheidszorg altijd worden verwezen naar de discussie over de wachtlijsten en de wachtlijstomzeilende initiatieven en zal gezegd worden dat daar toen ten principale voor is gekozen.

Een belangrijke oorzaak voor de wachtlijsten is een gebrek aan financiële middelen. Zolang gezondheidszorg vooral gezien wordt als een kostenpost in plaats van een investering in de maatschappij en in het welzijn van mensen, zal dat probleem blijven bestaan. De minister geeft het terugdringen van de wachtlijsten een hoge prioriteit, maar welke garantie kan zij geven? Wat kan de Kamer bijvoorbeeld bij de begroting voor 1998 en het jaaroverzicht zorg verwachten? Kan de minister toezeggingen doen als het gaat om het daadwerkelijk terugdringen van de wachtlijsten?

De heer Marijnissen had de verschillende vragen over de voorrangszorg nog eens nagelezen en er kwam een bepaald soort warmte in hem op: dit is een minister van Volksgezondheid waar zelfs de SP nog gedoogsteun

aan zou willen verlenen. Zij accepteert niet dat er enige andere vorm van voorrang is dan voorrang op medische indicatie. Heeft of de minister spontaan het hele kabinet meegekregen of zijn er toch bezwaren geuit vanuit de hoek van Sociale Zaken en misschien vanuit Economische Zaken? Hij wilde dat graag weten, omdat de MDW-werkgroep heeft gezegd dat het merkwaardig zou zijn als de overheid ontwikkelingen tegen zou gaan die aan een versnelde terugkeer in het arbeidsproces kunnen bijdragen. Daarmee wordt de suggestie gewekt dat er binnen het kabinet meerdere geluiden te horen zijn als het gaat om de vraag of men werkgevers ter wille moet zijn en hun werknemers voorrang moet verlenen.

Met betrekking tot de pilotstudie van de NZI en het gezondheidsmanagement vroeg de heer Marijnissen zich af of, als bedrijven daar geld in gaan steken, het niet erg voor de hand ligt dat zij daar ook iets voor terug willen zien. Men moet niet zo naïef zijn om te denken dat dat uiteindelijk niet zal uitdraaien op een vorm van tweedeling die niet is gewenst. De KNMG heeft ook bezorgdheid op dit punt geuit. Hij was overigens zeer tevreden met de beantwoording van de vragen die hij op dit punt heeft gesteld, maar inmiddels is dat al weer een tijdje geleden en de ontwikkeling staat niet stil. Zijn er op dit terrein nog ontwikkelingen? Moet niet gewoon gezegd worden dat men geen behoefte heeft aan zo'n pilotstudie?

Ook met betrekking tot de privéklinieken signaleerde de heer Marijnissen een zeer grote terughoudendheid bij de minister, maar ook enige dubbelhartigheid. Enerzijds wil zij een verbod op de voorrangszorg en anderzijds wil zij de privéklinieken gedogen. Wat de SP betreft, mogen alle privéklinieken morgen worden gesloten. Indien ertoe wordt besloten om alle wachtlijstomzeilende initiatieven tot het verleden te laten behoren, zullen er door verzekeraars en bedrijven mogelijkheden worden gezocht in de richting van privéklinieken en dergelijke.

Uit een recent onderzoek van de Erasmusuniversiteit blijkt dat er ook sprake is van sociaal-economische verschillen in het ziekteverloop. Lager opgeleiden zouden minder gebruik maken van de tweede lijn dan vaak wordt verondersteld. Zijn er soms verschillen in wachttijden doordat beter gesitueerden beter de weg weten binnen de tweede lijn?

Heeft de minister niet het gevoel dat zij weliswaar een zeer principiële standpunt mag huldigen en dat zij daarbij op een brede steun in de Kamer mag rekenen, maar dat als het gaat om die dreigende tweedeling, de metafoer van het droge zand op het strand opgaat? Ook als je je hand goed dichtknijpt, loopt het zand tussen je vingers weg. Zal men in Nederland over een aantal jaren, ondanks de inspanningen van de minister en haar principiële houding, niet te maken krijgen met de tweedeling die bijna iedereen vandaag zegt te verafschuwen?

De heer **Verkerk** (AOV) deelde mee dat hij mede namens de Unie 55+ zou spreken. Patiënten, oud en jong, maar vooral ouderen en bejaarden, staan op allerlei wachtlijsten, of het nu voor curatieve zorg is of voor opname in verzorgings- en verpleeghuizen. De wachttijden groeien naar gelang de artsen of specialisten die men achter elkaar moet bezoeken. In de regio Den Haag zijn lange wachtlijsten voor patiënten die voor een dotterbehandeling of een openhartoperatie in aanmerking komen. Hij vond dat de Haagse regio met de dotterbehandelingen moet kunnen beginnen.

Hij was ingenomen met de notitie, maar vond dat de structurele en incidentele aanpak wat door elkaar liepen. Dat bevordert de helderheid van de notitie niet. Wachtlijsten zijn niet helemaal te vermijden, maar de sector doet in het algemeen te weinig om ze zo kort mogelijk te houden. Waarom moet een structurele aanpak zo lang duren? Zorgaanbieders en -vragers hebben toch dezelfde belangen? De stuurgroep wachttijden in de zorg van de KNMG kon niet komen tot een eensgezind standpunt over het

wegwerken van de wachtlijsten; er moesten maar lokale initiatieven komen. Op plaatselijk en regionaal niveau zijn projecten opgestart om tot een betere registratie van de wachttijden te komen. Waarom moet iedere regio zelf het wiel uitvinden? Hij vond het lovenswaardig dat de regio zelf de handen uit de mouwen steekt, maar er moet vaart worden gezet achter de invoering van het landelijke registratiesysteem, zoals dat is ontwikkeld door het NZI. Welke middelen heeft de minister om een snelle invoering van dat landelijke registratiesysteem te bevorderen?

De heer Verkerk vond dat de zorgaanbieders regelmatig hun gegevens beschikbaar moeten stellen, niet alleen aan de beroepsbeoefenaren, maar ook aan de landelijke of regionale patiënten- en consumentenplatforms. Op deze wijze kunnen de platforms via voorlichting wellicht meehelpen aan een meer gespreid vraagaanbod. De vrije keuze moet echter wel blijven bestaan.

Eenderde van de snellehulpinitiatieven van de verzekeraars blijkt specifiek bestemd te zijn voor werknemers van bedrijven of individuele verzekerden met een speciale polis. Verder ontplooit een beperkt aantal ziekenhuizen al activiteiten voor werknemers. Het gebeurt zelfs in de normale openstellingsuren van ziekenhuizen. Vele ouderen behoren echter niet tot de werkenden en zijn dan ook bang eeuwig op de wachtlijst te staan, tot de dood erop volgt. De heer Verkerk was blij dat de minister aangaf dat zij tegen voorkeursbehandeling op niet-medische gronden is, maar hoe gaat dat in de toekomst met bijvoorbeeld poliklinieken van Arbodiensten?

In haar nota spreekt de minister van goed verzekeraarschap, wat inhoudt dat een ziekenfonds voor goede en tijdige zorg moet zorgdragen. Men heeft de plicht om ook een rechtvaardige toegang te garanderen. De heer Verkerk meende dat bij de eerder genoemde activiteiten geen sprake is van zo'n goed verzekeraarschap. Er is immers ook geen sprake van een rechtvaardige toegang voor iedereen.

Hij was verder voorstander van een uitbreiding van de openstellingstijden van ziekenhuizen, de bedrijfstijdverlenging, zolang deze tijd voor alle patiënten beschikbaar is. Krijgen de ziekenhuizen hier extra middelen voor of moeten zij wellicht commercieel gaan? Wanneer wachtlijsten zijn ontstaan door een werkelijk capaciteitstekort, kan de minister eventueel gelden uit het wachtlijstfonds ter beschikking stellen. Geldt dit ook voor de ziekenhuizen die bedrijfstijdverlenging aanwenden voor verkleining van hun capaciteitstekort?

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

De **minister** was heel blij met de steun voor de principiële stellingname van het kabinet. De voorrang van werknemers is een heel principiële hoofdpunt. Mevrouw Van Blerck heeft vragen gesteld over het artikel in ESB van Brouwer en anderen. De vrij uitvoerige antwoorden daarop zijn gisteren aan de Kamer verzonden. De minister noemde nu al vast een paar hoofdpunten. In de gezondheidszorg wordt geredeneerd vanuit de patiënt. De toegankelijkheid moet voor iedereen gelijk zijn. Als de een eerder geholpen wordt dan de ander, moet dat gebaseerd zijn op medische criteria. In individuele gevallen kunnen echter ook sociale overwegingen een rol spelen. Zij was er echter absoluut tegen dat alle profvoetballers, jonge moeders en werknemers eerst behandeld worden. Het komt echter wel voor dat een arts uit deze drie categorieën iemand voor laat gaan vanwege die sociale context, als er tenminste niet een veel acutere patiënt op de wachtlijst staat.

De werkgevers kijken nu inderdaad vanuit een andere invalshoek naar de gezondheidszorg. Ze beschouwen de zorgsector als dienstverlenend aan het bedrijfsleven. Ze zijn erbij gebaat dat een werknemer die uitgevallen is, zo snel mogelijk weer actief mee kan doen. Gezien de huidige lange wachtlijsten, is het voor hen financieel gezien voordeliger

om er zelf wat extra geld in te steken. Die snelle hulpinitiatieven met geld van de werkgevers nemen echter, omdat het extra geld is, de prikkel weg om de wachtlijsten generiek weg te werken door doelmatigheid. Als men dat namelijk doet raakt men die extra inkomsten van de werkgevers weer kwijt. Verder hebben werkgevers belangstelling voor een paar specialisten. Het gaat daarbij vooral om klachten van het bewegingsapparaat en psychische klachten. Dat zou betekenen dat er een selectieve wegwerking van wachtlijsten optreedt, terwijl andere groepen gewoon moeten blijven wachten.

De werkgever zou dan eigenlijk dubbel gaan betalen. Hij betaalt al via zijn werkgeverspremie voor ziekenfonds en de belasting mee aan het sociaal ziektenkostenstelsel en gaat dan nog een keer contant betalen, maar tijdelijk zouden ze dat ervoor over hebben. De werkgevers betalen voor hun werknemers de normale tarieven. Dat betekent dat er een overdekking plaatsvindt van de vaste kosten van het ziekenhuis, die al zijn opgenomen in het budget, zoals dat is vastgesteld en goedgekeurd door het COTG. Die zijn dus al voor 100% gedekt. Die kosten worden doordat de werkgever het normale tarief betaalt gedeeltelijk twee keer betaald. In overleg met het COTG zullen voor die 50 mln. uit het wachtgeldfonds speciale tarieven worden vastgesteld, want als met marginale tarieven wordt gewerkt, kan er meer worden gedaan met die 50 mln.

Dat extra geld van de werkgevers betekent overigens een ophoging van het budgettaire kader zorg. Dat geldt ook voor die 50 mln. uit het wachtgeldfonds.

Als men accepteert dat mensen met extra geld van werkgevers sneller geholpen mogen worden, is de volgende stap dat mensen ook met extra geld van zichzelf sneller geholpen mag worden, want als het ene wordt toegestaan, moet ook het andere worden toegestaan. Deze overwegingen staan ook allemaal in de antwoorden op de vragen van mevrouw Van Blerck die de minister samen met minister Wijers heeft gegeven.

Het kabinet dekt het standpunt van de minister over de volle breedte. Als de minister dingen verkondigt en stukken aan de Kamer toestuurde, wordt dat door het kabinet gedragen. Het MDW-rapport is in eerste instantie een ambtelijk voorbereid stuk en betreft een interessante studie die nu uitgewerkt moet worden. Er is een groep die dat onder voorzitterschap van de directeur-generaal uitwerkt voor ziekenhuizen. Het kabinet heeft het MDW-rapport naar de Kamer toegestuurd met een nogal instemmende brief, waarin staat dat het op onderdelen moet worden uitgewerkt. Als die onderdelen uitgewerkt zijn, worden het kabinetsstukken. Voor die pilotstudie van NZI en de gezondheidsmanagementgroep heeft men een financiering van het ministerie gevraagd. Dat verzoek is afgewezen omdat het het project in deze vorm niet wilde steunen.

Het college van beroep voor het bedrijfsleven heeft recent een uitspraak gedaan die een einde maakt aan het gedoogbeleid omtrent privéklinieken. Het gedoogbeleid had inderdaad iets dubbelhartigs: je maakt gebruik van iets waar je het in feite niet zo mee eens bent en je laat het als luis in de pels functioneren. Bovendien werd de WTG gebruikt voor een doel waar die niet voor is. De WTG is niet geschreven om privéklinieken te betuigen; het is geen planningswet, waarmee het volume kan worden beheerst. Door de uitspraak is duidelijk gebleken dat kosten die in het ene geval in aanmerking worden genomen, in een ander geval buiten beschouwing moeten blijven. Het COTG moet dus een tarief vaststellen voor de kosten van die privéklinieken, buiten het specialistenhonorarium.

Op het ogenblik zijn er vele tientallen privéklinieken. Veel daarvan zijn al weer gesloten of opgeheven en een enkele heeft zich gevoegd onder de vleugels van een ziekenhuis. De minister zou de privéklinieken willen aanraden om samen met een erkende WZV-instelling een verbintenis aan te gaan. Er moeten dan uiteraard met de verzekeraar afspraken worden

gemaakt over het gezamenlijke budget. Er zijn drie opties om met die privéklinieken om te gaan.

De eerste is de zware WZV-variant. Dan wordt een privékliniek aangewezen als een ziekenhuisvoorziening in het kader van de WZV. Dat betekent dat men dan niet mag bouwen en exploiteren zonder vergunning. Een privékliniek is dan gewoon een polikliniek die los van een ziekenhuis opereert. Die vergunning wordt dan bijna altijd geweigerd.

De tweede optie is een lichte WZV-variant. Dan wordt er niet met een verbodstelsysteem gewerkt, maar met een toelatingsregime. Privéklinieken mogen dan alleen zorg verlenen in het kader van de Ziekenfondswet en de AWBZ indien een overeenkomst terzake gesloten is. Dan mag men dus wel bouwen. Dat is meer een opmaat naar de WZV waarin ook gespeeld wordt met de gedachte om het bouwen niet langer te verbieden, maar alleen de gebouwde instellingen al dan niet toe te laten.

De derde optie is dat deze zorg wordt ondergebracht in de flexizorgregeling. De verzekeraar, het ziekenfonds moet dan besluiten of men, als het gaat om een besparing en substitutie, in bepaalde gevallen een contract met zo'n polikliniek wil sluiten. Dat zou kunnen gebeuren in een regio waar de reguliere instellingen geen kans zien om een wachtlijst weg te werken, bijvoorbeeld voor cataractoperaties. De verzekeraar kan dan als goed zorgverzekeraar met zo'n polikliniek een contract afsluiten. Daarvoor kan uiteraard pas toestemming worden gegeven nadat die verzekeraar alles heeft geprobeerd om die wachtlijsten weg te werken. Als er dus ergens een polikliniek staat die goed werk doet en als de verzekeraar, het ziekenhuis en de polikliniek samen tot afspraken komen, zou dat een goede oplossing kunnen zijn. De minister zegde toe de Kamer zo snel mogelijk nader te zullen informeren over de keuze die zij zal maken.

Verder is er nog het aspect van de geïntegreerde verstrekking in het kader van het Biesheuveltraject. De Kamer krijgt binnenkort een wijziging van de Ziekenfondswet voorgelegd, waarin sprake zal zijn van één geïntegreerde aanspraak voor ziekenhuiszorg en specialistische zorg. De minister zal nadenken of er in dat kader niet iets te doen is met deze vorm van zorg.

Het was illusoir om te denken dat de ziekenhuizen voor eind januari voorstellen zouden gaan indienen, aangezien de brief pas op 20 december naar de lokale initiatieven is uitgegaan en er nog wel het een en ander werd gevraagd. Er is inmiddels uitstel gegeven tot half februari. Nog steeds komen er voorstellen binnen. Inmiddels zijn er 59 projecten binnen van 70 ziekenhuizen. Men heeft plannen, hoofdzakelijk voor het bekorten van de wachtlijsten in de orthopedie, de oogheelkunde en de cardiologie. De eisen die gesteld zijn, zijn misschien wel wat hoog, maar de lokale initiatieven wisten al dat een eis zou zijn dat er in de toekomst sprake is van uniforme registratie, eenduidige indicatiestelling en urgentiebepaling en gebruik van het NVZ/NZI-registratiesysteem van wachtlijstgegevens, onderlinge samenwerking enzovoort. Als men kan aantonen dat men daarmee bezig is, zal de minister enigszins coulant moeten zijn, want zij kan niet eisen dat men dat allemaal ingevoerd heeft voor men een beroep doet op het wachtgeldfonds.

Sommige projecten zijn gecoördineerd door een zorgverzekeraar die met een aantal instellingen in de regio een geïntegreerd plan heeft gemaakt. Vandaar dat die 59 projecten 70 ziekenhuizen omvatten. Dat werpt meteen enig licht op hoe men dat verzekeraarschap opvat. Het aardige van deze aanpak is dat, omdat het via de lokale initiatieven loopt, je automatisch voorstellen krijgt van het drieluik ziekenhuis, specialisten en zorgverzekeraars. De zorgverzekeraar wordt op die manier actiever in het wachtlijstvraagstuk betrokken dan anders misschien het geval zou zijn.

Men moet een duidelijke doelstelling formuleren, omdat het anders niet te meten valt. Er moet aan het eind van het jaar aangetoond kunnen worden dat de wachttijd teruggebracht is. Als dat niet zo is, wordt het geld alsnog verrekend met het WTG-budget. Er moet namelijk een prikkel zijn,

want anders gebeurt er structureel onvoldoende. De minister had geprobeerd het zo aan de vork te steken dat men gedwongen wordt om er structureel iets aan te doen. Een overloop in 1998 is overigens onvermijdelijk. De minister had er dan ook geen bezwaar tegen als die 50 mln. niet in dit jaar wordt opgebruikt.

Zij had er geen bezwaar tegen als men om pragmatische redenen een spreekuur wil houden voor mensen die door de week slecht kunnen komen. Dat zullen dan vooral werkenden zijn, hoewel bij avondspreekuren zich vaak juist moeders met kleine kinderen melden. Daar binnenkort de CAO in het ziekenhuiswezen de uren die 's avonds en op zaterdag worden gemaakt, niet meer extra betaalt, is er enige flexibiliteit in de bedrijfstijden ontstaan.

Bij de evaluatie van het geheel zullen ook de effecten op het arbeidsverzuim worden meegenomen. De werkgevers zullen bij de evaluatie zeker kijken of het arbeidsverzuim voldoende naar beneden gaat. Verder moet de structurele aanpak betrekking hebben op een betere samenwerking tussen huisarts, Arbo-artsen en de eerste lijn. Het gaat dus niet alleen om de Arbo-zorg en de curatieve eerste lijn; het is veel breder. Het gaat ook om zaken als preventie. De werkgever is dus een onmisbare gesprekspartner bij die structurele aanpak. Daar moet men echter niet al te veel achter zoeken.

Er is gezegd dat het een rare situatie is dat eerst de opleiding voor oogartsen wordt gestimuleerd en dat ze nu ze zijn opgeleid, werkloos thuis zitten, terwijl er wachtlijsten zijn. De minister was al een poosje in gesprek met alle mensen die in de oogzorg werken. Volgende week is er weer een belangrijk gesprek. Zij hoopte de Kamer daarna mee te kunnen delen welke plannen er zijn. De beroepskrachtenplanning heeft ook alles te maken met het capaciteitsorgaan. Dat is ook een onderwerp dat nog steeds op de agenda staat. De besprekingen daarover zijn nog niet afgerond.

De ECD wordt achter de privéklinieken aangestuurd, omdat uit het onderzoek van de inspectie bleek dat er initiatieven zijn waarbij het niet zeker is of de huidige WTG-regelgeving wel correct wordt gevolgd.

Velen hebben gesproken over het feit dat in de wachttijdnotitie over allerlei structurele dingen werd gesproken, behalve over het heikele punt dat er misschien structureel een budgettekort is in de zorg. De situatie in deze kabinetsperiode is echter bekend. Het is niet de bedoeling om met extra geld van werkgevers het budgettair kader zorg op te hogen.

De kapperspoli is een kwestie van concentratie. Daar is niets onoorbaars aan. Mensen met specifieke klachten worden op een bepaald moment bij elkaar op één polikliniek gehaald. Dat heeft ook iets te maken met goede logistiek. Dat juichte de minister alleen maar toe.

De rijke buitenlanders die naar een Amsterdams ziekenhuis gaan, is een punt waarbij tweede compartimentzorg verleend wordt onder het derde compartiment. De vraag is of dat niet onmogelijk gemaakt zou moeten worden. Daar zit namelijk een heel belangrijke wegklok in. Als je dus vindt dat de noodzakelijke zorg met publieke middelen gefinancierd moet worden, moet je niet toestaan dat daarbinnen met niet-publieke middelen zorg wordt verleend. Dat is een heel principiële punt, dat de minister nu even wilde parkeren voor een nadere gedachtewisseling met de Kamer, als het kabinet dat wat beter heeft uitgewerkt.

Een Arbodienst mag geen ziekenhuis oprichten. De WZV maakt dat onmogelijk. Als de WZV wordt gedereguleerd, zou het echter wel mogelijk worden. Daarom moet de WZV pas worden gedereguleerd als dit soort dingen goed doordacht zijn.

De minister had van de FNV een brief gekregen die zij heel dubbel vond. Op de ene bladzijde stond dat men het helemaal met haar eens was, terwijl op de andere bladzijde stond dat men vond dat de werknemers voorrang mochten hebben. Zij kon daar niet zoveel chocola van maken.

De minister had zich voorbereid op dit overleg door op alle zeventien

actiepunten een korte rapportage op te stellen. Vanwege de tijd zal zij die schriftelijk aan de Kamer doen toekomen. Daarin zal dan ook het een en ander staan over de kwestie van Arbo-artsen en huisartsen. Avond-sprekuren van huisartsen vond zij overigens een heel goed idee.

Er is een notitie in de maak over de doelmatigheid in bredere zin van Gepaste zorg 2. Als reactie op Gepaste zorg 2 is overleg gevoerd, ook met de inkoopbranche. Dit aspect zal in die notitie worden meegenomen.

Het bedrag van 50 mln. is inderdaad pragmatisch totstandgekomen. Gezien de aanvragen en de aangepaste tarieven, moet men er een heel eind mee komen.

Er zitten veel potentiële zorgverleners thuis. De minister zegde toe dat zij zal proberen in het kabinet een gehoor te krijgen om iets met die gedachte te doen.

Het rapport van de NVZ over de uniforme registratie schijnt binnenkort gereed te komen.

Zou men lokaal een wachtlijstgarantie moeten geven of moeten sommige dingen centraal gebeuren? De minister was het eens met het laatste.

In maart brengt de inspectie een rapport uit over openhartoperaties. Daarna kan de minister komen met een planningsbesluit.

Het goed verzekeraarschap heeft ook alles te maken met het toezicht op de verzekeraar. Je moet weten wat je onder goed verzekeraarschap verstaat, om daarop toezicht te kunnen houden. Op 21 april staat een overleg met de Kamer geagendeerd. De minister was bezig met een algemene toezichtsfilosofie en de vraag hoe dat op de verzekeraars zou moeten worden toegespitst. De twee rapporten van de Rekenkamer die vanmiddag zijn gepresenteerd, zijn daar zeer behulpzaam bij. De minister wilde dat goed verzekeraarschap in dat kader meenemen.

De volumegroei staat ieder voorjaar, als de uitgavenkaders voor het volgend jaar worden vastgesteld, ter discussie. Die discussie gaat in het kabinet binnenkort weer beginnen. Daar valt nu nog weinig van te zeggen.

De minister was het ermee eens dat de vraag ook beïnvloed moet worden. Op het gebied van preventie en samenwerking in de eerste lijn kan nog heel veel worden gedaan, samen met de patiëntenorganisaties. Dat kan echter allemaal niet van vandaag op morgen.

Een planningswachtlijst hoefde volgens de minister maar heel weinig mensen te bevatten. Als voor een afdeling orthopedie tien mensen op een wachtlijst staan is dat al genoeg om, als er opeens een patiënt uitvalt, iemand anders te kunnen bellen en die er tussen te kunnen schuiven. Dat zal nooit strijdig zijn met de patiëntenbelangen.

De samenwerking op het gebied van het wachtlijstbeheer betreft een regio. Verder staat de vrijwilligheid van de patiënt voorop. Als de patiënt het verkiest om langer te wachten om dan in het eigen ziekenhuis in de eigen streek geholpen te kunnen worden in plaats van 20 km verder op, dan is die vrijheid er. De principes van vrije keuze van de patiënt moeten voorop blijven staan. De werkgever mag nooit zeggen: je laat je maar opereren, want dan heb ik je sneller weer terug. Als er toch spanningen ontstaan, moet de Arbo-arts met het professionele statuut in zijn rugzak op kunnen treden.

De minister verwachtte veel van het herontwerp van het zorgproces op het gebied van structurele verbetering van wachttijden. Een aantal ziekenhuizen heeft samen een projectvoorstel in voorbereiding. Zij zal dat project graag financieren, want het is een heel belangrijk punt.

De minister kon nog geen mededeling doen over de begroting voor 1998.

Het is absoluut niet het beeld dat rijken sneller worden geholpen dan de anderen. De mensen hebben wel andere patronen en dat begint al bij het consulteren van de huisarts. Die wordt vaker geraadpleegd. Als je dan het aantal verwijzingen op het aantal huisartsbezoeken neemt, gaat men

inderdaad minder vaak naar de specialist, maar dat moet dan weer worden gerelateerd naar het aantal patiënten of het aantal inwoners.

De minister verwees voor het dotteren in Den Haag naar het inspectierapport en het planningsbesluit. Er zal een besluit worden genomen over het aantal centra en het loskoppelen van het dotteren van de hartchirurgie. Het inspectierapport verschijnt in maart. Er ligt overigens geen aanvraag uit Den Haag.

De voorzitter concludeerde dat als de commissie de schriftelijke reactie van de minister heeft ontvangen, zij zal bezien of voortzetting van dit overleg nodig is.

De voorzitter van de commissie,  
Van Nieuwenhoven

De griffier van de commissie,  
Van der Windt