

I. Beleid / wachtlijsten / capaciteitstekorten

Vraag 1

Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en de voorgangers van deze minister is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze wachtlijsten een onverantwoorde proportie hebben aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?

- a. Kan de minister aangeven wanneer haar duidelijk werd dat de wachtlijsten voor de zorg, cure en care, dusdanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de betreffende zorgvraag?
- b. Kan de minister medelen wanneer haar duidelijk werd dat de budgetten voor de zorgvoorzieningen dusdanig laag door haar vastgesteld waren dat niet meer tijdig in de zorgbehoefte van patiënten kon worden voorzien?
- c. Kan de minister aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn?

Antwoord

Inleiding

Voordat ik op de specifieke vragen inga, wil ik beginnen een meer algemeen kader te schetsen waarbinnen het wachttijdenvraagstuk moet worden beoordeeld.

In de eerste plaats wil ik opmerken dat het van tijd tot tijd ontstaan van spanningen tussen vraag naar en aanbod van zorg inherent zijn aan het karakter van de zorgsector. De zorgsector wordt immers gekenmerkt door een sterke opwaartse dynamiek waarin zowel de als gevolg van demografische ontwikkelingen stijgende zorgvraag, als de voortdurende verruiming en verbetering van behandelmogelijkheden, leiden tot een niet altijd voorspelbare toename van het beroep op zorg en behandeling. De stijging van de vraag is niet altijd goed te voorspellen. Zo ontstaan fricties doordat onvoldoende snel extra capaciteit kan worden opgebouwd voor nieuwe behandelmogelijkheden waar veel vraag naar is. In de jaren tachtig waren dat bijvoorbeeld de open hartoperaties, in de afgelopen jaren zijn de operaties aan het bewegingsapparaat daarvan een voorbeeld. Ook is er een samenhang tussen de groei van de zorgvraag en de welvaartsontwikkeling, zoals het recente verleden te zien heeft gegeven. Die samenhang is ook zichtbaar in de krapper geworden arbeidsmarkt, waardoor in het bedrijfsleven - mede onder invloed van de veranderde wetgeving - meer werk wordt gemaakt van beperking van ziekteverzuim en het voorkomen van arbeidsongeschiktheid. Ook deze ontwikkeling heeft in de afgelopen jaren geleid tot een hoger beroep op de gezondheidszorg dan was voorzien. Er zijn dus duidelijk grenzen aan de planbaarheid van een toereikend zorgaanbod en zeker ook aan de mogelijkheden van de rijksoverheid op dit punt. Dit is overigens een van de overwegingen voor het kabinet in de nota Vraag aan Bod van 6 juli jl.¹ om de primaire verantwoordelijkheid voor een adequaat aanbod van zorg neer te leggen bij zorgverzekeraars en aanbieders. Maar ook in een decentraal, meer vraaggericht sturingsmodel zullen fricties van tijd tot tijd onvermijdelijk zijn.

Aan de kant van het arbeidsaanbod zijn er eveneens onzekerheden. Het was bijvoorbeeld moeilijk te voorzien, dat een relatief laag aantal schoolverlaters (als gevolg van de terugloop in het aantal geboorten in het begin van de jaren tachtig) en een daardoor teruglopende instroom in opleidingen, op dit moment samen zou vallen met een sterk stijgende vraag naar verpleegkundigen op een door sterke groei van de werkgelegenheid in het algemeen zeer gespannen arbeidsmarkt. Andere voorbeelden zijn het oplopende

¹ Kamerstuk 2000-2001, 27 855, nr. 2, Tweede Kamer

ziekteverzuim en de toenemende belangstelling voor deeltijdwerken onder artsen, die voor een niet verwachte terugval in de zorgcapaciteit hebben geleid.

In de tweede plaats is het hebben van een scherp inzicht in fricties tussen vraag en aanbod essentieel om gericht de zorgcapaciteit af te kunnen stemmen op de feitelijke vraag.

Tot voor kort was dit inzicht niet aanwezig, en kon dus onvoldoende stevig onderbouwd worden in welke mate uitbreiding van het aanbod nodig was. Wachttijsten waren vervuild, kenden een onderlinge overlap of waren onvoldoende eenduidig over het type zorg of behandeling waarop gewacht werd. Sinds enkele jaren is dankzij een gerichte inspanning van alle betrokken partijen wel duidelijkheid ontstaan over de omvang van wachttijden en de capaciteit die nodig is om wachttijden terug te dringen. Daardoor kan nu een gerichte inhaalslag plaatsvinden. Bij discussies over wachttijden speelde in het verleden ook nog een rol dat vergelijkingen tussen regio's en tussen instellingen lieten zien, dat er substantiële verschillen bestonden in - bij gelijke capaciteit - geleverde zorg. In reactie daarop is in het begin van de jaren negentig nadrukkelijk de wenselijkheid van een vergroting van de doelmatigheid binnen de zorgsector aan de orde gesteld. Problemen werden niet altijd geweten aan een gebrek aan capaciteit, maar ook aan het niet goed functioneren van zorgorganisaties.

In de derde plaats is van belang op te merken dat de eisen aan de gezondheidszorg de afgelopen jaren hoger zijn geworden. Wachttijden werden in de periode van economische stagnatie en noodzakelijke bezuinigingen op de overheidsuitgaven in de samenleving gemakkelijker geaccepteerd dan in deze tijden van economische voorspoed. Deze verschuiving in maatschappelijke voorkeuren is ook zichtbaar in de politieke agenda, waarin de aanpak van te lange wachttijden gelukkig een zeer hoge prioriteit heeft gekregen, mede mogelijk gemaakt door de ruimte die de gezondmaking van de overheidsfinanciën heeft opgeleverd.

Hierna geef ik in aanvulling op deze inleidende beschouwing nog enkele specifieke karakteristieken van relevante ontwikkelingen in de care en de cure, die op het wachttijdenvraagstuk van invloed zijn geweest.

Care algemeen

Vanaf de jaren tachtig heeft het vraagstuk van de zorg voor ouderen regelmatig bestuurlijke en politieke aandacht gekregen. Uit de jaarlijkse publicaties van het Financieel overzicht van de gezondheidszorg (FOZ) blijkt dat de volumeontwikkeling van de intramurale capaciteit (verpleeghuizen) in de eerste helft van de jaren tachtig is afgestemd op de bevolkingsontwikkeling. In de tweede helft van de jaren tachtig komt, mede onder druk van de economische omstandigheden, de nadruk nog sterker te liggen op het ontwikkelen van de extramurale zorgverlening.

In de eerste helft van de jaren tachtig zijn verzorgingshuizen nog primair woonvoorzieningen. Met de wijziging van de Wet op de bejaardenoorden in 1984 komt de nadruk te liggen op het zorgaspect. Veel bewoners van verzorgingshuizen hebben dan nog geen indicatie voor opname en verblijf, maar wonen daar op basis van de historische situatie. Daarbij wordt na 1984 wel een steeds groter deel van de plaatsen bezet door ouderen met een zorgindicatie. Het aantal voor zorg beschikbare plaatsen bleef in de jaren tachtig stabiel. De groei aan zorgbehoefte kan in die periode binnen de beschikbare capaciteit worden opgevangen ook al doordat ouderen langer thuis blijven wonen en zich een gestage groei heeft voorgedaan bij het kruiswerk en later bij de thuiszorg. Dit met de bedoeling tijdig zorg aan ouderen te kunnen geven.

De kwaliteitsverbetering in de ouderenzorg is ten koste gegaan van de capaciteit. Gelet op de wens van ouderen zelf om zolang mogelijk zelfstandig te wonen is sterk ingezet op substitutiebeleid. Er was geen integrale indicatiestelling, er was geen zicht op de vraagontwikkeling en er was geen goed inzicht in de wachttijstontwikkeling als zodanig. Achteraf bezien is de vraag gerechtvaardigd of het gevoerde beleid vanuit een lange-termijn demografisch perspectief verstandig is geweest. In de periode 1994-1998 is die

groeierende twijfel in de Tweede Kamer aan de orde gesteld. Dat heeft geleid tot een opwaartse bijstelling van de beschikbare budgetten.

Cure algemeen

Begin jaren tachtig ontstonden wachtlijsten voor openhartoperaties, omdat de capaciteit voor deze nieuwe behandelmethode in Nederland pas geleidelijk kon worden opgebouwd. In die periode zijn er ook 'luchtbruggen' geweest om Nederlandse patiënten in het buitenland te kunnen behandelen. Uiteindelijk is het aantal openhartoperaties in Nederland op een hoog niveau gebracht, waarbij de wachttijd in de loop der jaren fluctueerde.

Op basis van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is met planningsbesluiten beleid ontwikkeld om beter te kunnen inspelen op de groeiende vraag naar topklinische zorg. Enkele voorbeelden hiervan zijn de planningsbesluiten voor: orgaantransplantaties, nierdialyse, hartchirurgie, de introductie van nieuwe diagnostische mogelijkheden door nieuwe beeldvormende technieken en - recent - de perinatologische zorg.

In de afgelopen jaren is de gemiddelde Nederlander ouder geworden, is hij mondiger geworden, stelt hij hogere kwaliteitseisen aan het leven en stelt hij ook hogere eisen aan de dienstverlening. Dat vindt zijn weerslag in wat onze verwachtingen zijn van de gezondheidszorg. De verwachtingen van de curatieve zorg werden ook nog versterkt door wijzigingen in de arbeidsongeschiktheidsregelingen en de Ziektewet. Werkgevers en werknemers wilden dat voortvarender zou worden gewerkt aan het herstel van zieke werknemers en hun terugkeer in het arbeidsproces. Zo ontstond druk om voor werkenden sneller een diagnose te stellen en vervolgens liefst direct tot behandeling over te gaan. Werkgevers waren zelfs bereid daarvoor extra middelen ter beschikking te stellen om zo bij te dragen aan het ter beschikking komen van voldoende capaciteit. Ik verwijs naar het daaruit voortgekomen debat over bedrijfsklinieken, arbo-dienstverlening en voorrangszorg - gericht op het vermijden van een tweedeling in de zorg -, waarin de Tweede Kamer de voorstellen van de werkgevers afwees.²

Uit de wachtlijstinformatie van Prismant komt naar voren, dat er sinds 1997 (het startmoment van de wachtlijstpeilingen) geen wezenlijke veranderingen zijn opgetreden in het aantal wachtenden voor ziekenhuiszorg.

De periode tussen 1994 en 1999 laat een flinke structurele stijging zien van het aantal dagbehandelingen in ziekenhuizen en het aantal poliklinische behandelingen. Het aandeel van ouderen in de dagbehandeling stijgt relatief sterk, zo is af te leiden uit gegevens van Prismant over die jaren.

Tegelijk treden substitutie-effecten op. Zo moeten patiënten na een korter verblijf in het ziekenhuis soms een (tijdelijk) extra beroep doen op mantelzorg, thuiszorg of verpleeghuiszorg (revalidatie). Omgekeerd blijven ziekenhuisbedden bezet door patiënten die niet direct terecht kunnen in de zorgvoorziening waarvoor zij zijn geïndiceerd, zoals verpleeghuis en verzorgingshuis.

Hierna ga ik specifiek in op de afzonderlijke onderdelen van deze vraag.

Terugblik op de aanpak van wachtlijsten en wachttijden vanaf eind jaren tachtig

In antwoord op uw vraag of wachtlijsten tijdig zijn gesignaleerd en aangepakt hebben we geïnventariseerd welke specifieke acties sinds het eind van de jaren tachtig zijn ondernomen. We hebben niet verder in het verleden teruggekeken. Wel blijkt bijvoorbeeld uit de 'Structuurnota Gezondheidszorg' uit 1974 van staatssecretaris Hendriks³ dat er ook toen een spanning werd onderkend tussen vraag en aanbod, al was die spanning soms van andere aard en werden daarvoor andere woorden gebruikt zoals "*onvoldoende capaciteit aan inrichtingsplaatsen*" (bij de intramurale voorzieningen voor zwakzinnigen), "*een aanmerkelijke achterstand inhalen*" (bij de geestelijke gezondheidszorg) en "*versterking van het eerste echelon*" (voor de extramurale zorg). En

² Kamerstuk 1999-2000, 26 800 XVI, nr. 7, Tweede Kamer

³Kamerstuk 1973-1974, 13012 nr. 1, Tweede Kamer

ook de noodzaak tot een beheerste ontwikkeling van de uitgaven bestond: "*de te sterk gestegen kosten in de gezondheidszorg dwingen tot bezuiniging*".

Vanaf eind jaren tachtig hebben opeenvolgende kabinetten acties van uiteenlopende aard ondernomen om samen met de sectoren wachtlijsten als vraagstuk te analyseren en waar nodig aan te pakken. De regeerakkoorden en verschillende FOZ's en JOZ's (Jaaroverzicht Zorg) van de afgelopen twaalf jaar zijn een afspiegeling van de politieke agenda op dit punt.

In het regeerakkoord van het kabinet-Lubbers III⁴ kreeg de aanpak van wachtlijsten voor de gehandicaptensector en de verpleeghuissector een belangrijke plaats. Er werd ruim f 600 miljoen voor uitgetrokken.

In de periode 1990-1993 kreeg de uitvoering daarvan een plek in de verschillende FOZ's. Daar werd het creëren van extra plaatsen in de geestelijke gezondheidszorg ook bij betrokken.

In het regeerakkoord van Paars I van augustus 1994⁵ kwamen wachtlijsten niet expliciet als beleidsthema aan de orde.

In het FOZ 1995⁶ (het eerste van Paars I) is op enkele plaatsen over capaciteitsproblemen en signalen over ongewenste wachtlijsten gesproken: oogheelkunde, orthopedie, hartoperaties, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Bij veel van de wachtlijstproblemen werd de opmerking gemaakt, dat meer inzicht nodig is door objectievere indicatiestelling, urgentiebepaling en gepast gebruik en doelmatig handelen. Er werd extra geld (f6 miljoen) gereserveerd voor het cliëntgebonden budget thuiszorg. Een eerder voor bejaardenoorden aangekondigde taakstelling werd ingetrokken. De werkgelegenheidsgelden die in het regeerakkoord waren opgenomen, waren met name bestemd voor ouderenhulp en verzorging ('meer handen aan het bed'). Er werd f147 miljoen beschikbaar gesteld voor capaciteitsuitbreiding in de ouderenzorg. De primaire reactie op wachtlijsten bleef echter dat het probleem opgelost moest kunnen worden met een betere indicatiestelling en een doelmatiger inzet van beschikbare zorg samen met een volumegroei van 1,3%.

In het FOZ 1997⁷ was er expliciet aandacht voor de wachtlijsten bij de medisch specialistische zorg. Daarmee is niet gezegd dat zich toen voor het eerst wachttijden voordeden op dit terrein. Er heeft altijd een wachtlijst en wachttijd bestaan voor medisch-specialistische zorg. Zij vormden tezamen een planningsinstrument, gericht op een efficiënt organiseren van te verlenen zorg binnen de beschikbare zorgcapaciteit. Zij waren tot het midden van de jaren negentig over het algemeen van een aanvaardbaar niveau. Uiteraard bestonden er in die periode ook uitzonderingen, maar die waren van meer incidentele aard. Pas vanaf medio jaren negentig werden onaanvaardbare wachttijden soms structureel.

Begin jaren negentig werd strakker vastgehouden aan het budgettair kader voor de zorg en werden ook maatregelen genomen die een remmend effect hadden op de productie van zorg (bijvoorbeeld de bevrozing van de erkenningbeschikking en het invoeren van de lokale initiatieven, maar ook het opleggen van budgetkortingen aan de ziekenhuisinstellingen).

Een beheerste uitgavenontwikkeling bleef echter belangrijk, zoals onder meer blijkt uit de volgende zin uit het FOZ 1997: "*Mijn speciale aandacht gaat uit naar de kwestie van de acceptabele wachttijden. Daarbij is de (internationale) ervaring dat het beschikbaar stellen van extra middelen bij wachtlijsten niet altijd goed werkt, een belangrijk gegeven. In algemene zin is informatievoorziening bij het wachtlijstvraagstuk cruciaal.*"⁸

Dit FOZ meldt dat er per saldo een daling is van de wachtlijsten thuiszorg. Er wordt f 40 miljoen extra uitgetrokken voor de wachtlijsten in de gehandicaptenzorg (inclusief het persoonsgebonden budget (PGB)).

⁴ Kamerstuk 1989-1990, 21 132, nr. 8, Tweede Kamer

⁵ Kamerstuk 1993-1994. 23 715, nr. 11, Tweede Kamer

⁶ Kamerstuk 1994-1995, 23 904, nr. 1, Tweede Kamer

⁷ Kamerstuk 1996-1997, 25 004, nr. 2, Tweede Kamer

⁸ Kamerstuk 1996-1997, 25 004, nr. 2, Tweede Kamer, blz. 41

In het JOZ 1998⁹ komt (voor een deel incidenteel) extra geld beschikbaar voor wachtlijsten in verschillende sectoren: ziekenhuizen en ambulante GGZ (f 50 miljoen), thuiszorg (f 75 miljoen) en gehandicaptenzorg (f 100 miljoen).

⁹ Kamerstuk 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2, Tweede Kamer

Naar aanleiding van een motie¹⁰, ingediend door het lid Wallage, bij de algemene politieke beschouwingen over de begroting 1998, voegt het kabinet f 90 miljoen toe aan het budget voor verzorgingshuizen. Het doel hiervan is de gevolgen te mitigeren van een reductie met 5.000 plaatsen die een gevolg is van de modernisering van de ouderenzorg. Door een tweede kamerbreed gesteunde motie¹¹ trekt het kabinet nog eens f 35 miljoen extra uit voor de geestelijke gezondheidszorg.

In het regeerakkoord 1999-2002 van Paars II¹² is binnen de totale intensiveringsruimte van f 5,66 miljard een groter accent gelegd op het verminderen van de werkdruk en op verkorting van wachttijden tot een aanvaardbare lengte, zowel in de cure- als in de caresector. Op basis van een plan van aanpak voor de cure, dat de sector zelf al heeft opgesteld en een plan van aanpak voor de care (vastgesteld in juni 1999 in het kader van de meerjarenafspraken), stelt het kabinet middelen beschikbaar voor de uitvoering daarvan. De uitwerking hiervan is te vinden in het Jaaroverzicht Zorg 1999¹³ en de Zorgnota 2000¹⁴.

In het actieplan Zorg Verzekerd van 6 november 2000¹⁵ hebben de staatssecretaris en ik geconstateerd dat de zorgsector in de achterliggende jaren, bij een stringent budgettair kader, belangrijke efficiencyverbeteringen heeft gerealiseerd en daarmee een flink deel van de toegenomen zorgvraag heeft weten op te vangen. Voorbeelden zijn de verkorting van de ligduur in ziekenhuizen en de toename van poliklinische en dagbehandelingen. Toch bleek inmiddels, dat door dit proces van zich voortdurend aanpassen aan de budgettaire grenzen de rek er wel uit was. Dit dwong tot het stellen van prioriteiten, waarbij spoedeisende hulp prioriteit nr. 1 bleef. Als gevolg van deze keuze schoven andersoortige behandelingen soms op in de tijd.

In de loop van 2000 en 2001 komen op landelijke niveau steeds meer gegevens beschikbaar over de precieze omvang van wachtlijsten en de lengte van wachttijden door enerzijds gerichte inventarisaties als onderdeel van de wachtlijstaanpak voor de care en anderzijds door inventarisaties van ziekenhuizen. Daardoor is er voor het eerst nauwkeuriger inzicht in de reële omvang van het probleem en in de benodigde extra zorgproductie om de wachttijden terug te dringen tot een verantwoord niveau.

Uitspraken van rechters over het honoreren van aanspraken van enkele verzekerden, die in verschillende caresectoren langdurig op zorg moesten wachten, zorgden bovendien voor extra druk om tot een krachtiger aanpak te komen.

De uitkomsten van een op initiatief van VWS door het RIVM uitgevoerd onderzoek naar de vraag in de gehandicaptenzorg maakten duidelijk dat de gehanteerde 'demo'-raming te laag was. Dit noopte tot aanpassing daarvan.

In maart 2000 zorgen nieuwe bestuurlijke afspraken met Zorgverzekeraars Nederland (ZN) voor een doorbraak op basis van het principe: 'boter-bij-de-vis'. In de besluitvorming over de voorjaarsbrieven 2000 en 2001 en over de begroting voor 2001 zijn aanvullende afspraken gemaakt over de aanpak van wachttijden op basis van dit principe.

¹⁰ Kamerstuk 1997-1998, 25 600, nr. 9, Tweede Kamer

¹¹ Kamerstuk 1997-1998, 25 600, nr. 18, Tweede Kamer

¹² Kamerstuk 1997-1998, 26 024, nr. 10, Tweede Kamer

¹³ Kamerstuk 1998-1999, 26 204, nr. 1-2, Tweede Kamer

¹⁴ Kamerstuk 1999-2000, 26 801, nr. 1-2, Tweede Kamer

¹⁵ Kamerstuk 2000-2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer

Conclusie

Terugblikkend kunnen we vaststellen dat de wachtlijsten in ieder geval al vanaf het eind van de jaren tachtig tot beleidsmatige reacties hebben geleid. Vanaf het midden van de jaren negentig heeft de wachttijdenaanpak een steeds prominentere plaats gekregen in het beleid. De opvatting dat de wachtlijsten in de zorg te laat door de regering en voorgaande ministers zijn gesignaleerd, deel ik daarom niet.

Ook ben ik het niet eens met de stelling dat enig beleidsmatig ingrijpen pas op gang is gekomen nadat de wachtlijsten een onverantwoorde proportie hadden aangenomen. In het beleid is steeds geprobeerd om, binnen de financiële mogelijkheden, specifieke wachtlijstproblemen die zich aandienen, aan te pakken. Naast het beschikbaar stellen van financiële middelen lag er steeds een belangrijk accent op vergroting van de transparantie, op verbetering van de zorgorganisatie (met name in de ziekenhuizen) en op het introduceren van de juiste prikkels.

Bij de start van het tweede paarse kabinet is erkend dat een structurele aanpak met bijbehorende budgetten nodig was. Er waren (en zijn) altijd overwegingen om meer financiële ruimte beschikbaar te stellen, maar alleen een goede analyse kan de basis leggen voor de oplossing van wachttijdproblemen. Sinds de start van Paars II hebben zich op dat punt belangrijke ontwikkelingen voorgedaan, waaraan ik ook in de inleidende beschouwing bij dit antwoord refereerde:

- Er is gericht onderzoek gedaan. Daardoor is de afgelopen twee jaar meer inzicht in de aard en omvang van de wachtlijsten en wachttijden ontstaan en ook in het extra volume dat nodig was.
- In samenleving en politiek ontstond - mede in samenhang met de voorspoedige economische ontwikkeling - steeds meer het besef dat de wachttijden soms onaanvaardbaar lang waren geworden.
- Ook groeide het inzicht dat een goede gezondheidszorg - zonder te lange wachttijden - bijdraagt aan duurzame economische groei. Gezondheidszorg werd niet meer uitsluitend als kostenpost gezien, maar als een investering in (herstel van) arbeidskracht.
- Door uitspraken van de rechter kwam er meer druk om het aansprakenkarakter van de verzekeringswetten te effectueren: d.w.z. het leveren van geïndiceerde zorg binnen een redelijke termijn.
- Binnen de sectoren is inmiddels meer helderheid ontstaan over welke wachttijd uit een oogpunt van een doelmatige organisatie van zorg nodig is en welke wachttijd uit een oogpunt van zorginhoud aanvaardbaar is.
- Door de voorspoedige budgettaire ontwikkeling kwam er binnen het totale uitgavenkader ruimte beschikbaar voor een versnelde en geïntensiveerde aanpak van het wachttijdenvraagstuk.

De intensivering van het beleid in de afgelopen twee jaar is dus niet zozeer een reactie op een plotseling aanzwellend of een te laat ontdekt wachtlijstenprobleem, maar veel meer het resultaat van een breed gegroeide behoefte om met behulp van een groeiend inzicht in de precieze betekenis en het karakter van gehanteerde wachtlijsten - tegen de achtergrond van aanhoudende economische voorspoed - meer geld uit te trekken voor een goed functionerende gezondheidszorg, waarin onaanvaardbaar lange wachttijden een uitzondering zijn.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettair besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

1a

Er is niet één bepaald moment aan te wijzen waarop is vastgesteld dat de wachtlijsten voor zorg, cure en care, zodanig lang werden dat niet meer tijdig kon worden voldaan aan de zorgvraag. Binnen de mogelijkheden van het budgettaire beleid is op verschillende momenten actie ondernomen, zoals is aangegeven in het algemeen deel van dit antwoord. De beleidsreactie op de wachtlijsten is lang gekleurd geweest door het streven naar kostenbeheersing en daarmee naar soberheid en doelmatigheid. Naast voldoende geld en zorgaanbod zijn bovendien transparantie, een efficiënte zorgorganisatie, aansluiting binnen de zorgketen en goede prikkels nog steeds essentiële voorwaarden om te lange wachttijden aan te pakken. Ook de maatschappelijke en politieke perceptie van wachttijden heeft in de achterliggende periode een grote rol gespeeld.

Toen de overheidsfinanciën nog onvoldoende op orde waren, was er meer begrip voor en acceptatie van wachttijden en was er brede steun voor het streven naar volume- en kostenbeheersing en meer doelmatigheid. Op dit moment domineert het besef dat verzekeringsaanspraken binnen een redelijke termijn geëffectueerd moeten kunnen worden en dat tegen de achtergrond van de economische voorspoed een rantsoenering van de zorg in de vorm van te lange wachttijden niet aanvaardbaar is.

1b

De budgetten voor de zorg zijn in de achterliggende jaren vastgesteld op basis van enerzijds de inzichten in de ontwikkeling van de zorgvraag en anderzijds mogelijkheden het verzekerde pakket te versoberen en de doelmatigheid van de zorg te vergroten (zie ook het antwoord op vraag 6). Ik vind, terugblikkend op het beleid van de afgelopen jaren, dat de zoektocht naar meer doelmatigheid niet voor niets is geweest. Zo heeft het gedachtegoed van de commissie-Dunning breed ingang gevonden. Dit betekent concreet dat het kabinet zijn besluitvorming over de omvang van het wettelijk verzekerd pakket vanaf 1992 baseert op de criteria die de commissie-Dunning noemt in zijn rapport 'Kiezen en delen' van november 1991. Bij de beoordeling van de vraag of een verstrekking thuishoort in het wettelijk verzekerde pakket, gaat het achtereenvolgens om een antwoord op de volgende vragen:

1. Is de verstrekking noodzakelijk uit een oogpunt van gezondheid?
2. Zo ja, is de werkzaamheid van de verstrekking voldoende aangetoond?
3. Zo ja, is het ook een doelmatige verstrekking (kosten-batenverhouding)?
4. Zo ja, kan deze verstrekking in alle redelijkheid voor eigen rekening en verantwoording van de verzekerde komen?

Pas als de vragen 1 tot en met 3 met 'ja' zijn beantwoord en vraag 4 met 'nee', komt, respectievelijk blijft de verstrekking in het verzekerde pakket.

Tegelijk zijn de verwachtingen over de budgettaire effecten van bijvoorbeeld pakketversoeringen voor een deel te hoog gespannen geweest. Voorzover budgettaire opbrengsten op dat punt te hoog zijn ingeschat, zijn deze echter steeds gecompenseerd door andere besparingen of door toekenning van extra ruimte.

Daar staat tegenover dat beschikbare ruimte voor extra volume niet altijd volgens de verwachtingen in extra productie heeft geresulteerd. Zo hebben instellingen financiële middelen noodgedwongen ook ingezet om de gevolgen van toegenomen zorgzwaarte op te vangen. Ook de gewenste kwaliteitsverbeteringen (o.a. op het gebied van privacy in verpleeghuizen) hebben geleid tot minder beschikbare capaciteit.

Daarnaast heeft de systematiek van gedeeltelijke financiering van de arbeidsvoorwaarden door nog te realiseren productiviteitsstijging soms tot afwenteling op het zorgbudget geleid, als deze stijging door de instelling niet of niet helemaal werd gerealiseerd. In die situatie hebben zorginstellingen een deel van de middelen die bestemd waren voor reële groei besteed aan arbeidsvoorwaarden.

1c

De wachtlijstproblematiek zal pas zijn opgeheven, als er op de verschillende deelmarkten evenwicht is. Wanneer dat evenwicht per deelmarkt zal ontstaan, is afhankelijk van veel factoren, zoals het tempo waarin gebouwde voorzieningen gerealiseerd kunnen zijn, de mate waarin de arbeidsmarkt voldoende verzorgenden en verpleegkundigen kan leveren, de ontwikkeling van de zorgvraag, substitutie-effecten, keteneffecten, de ontwikkeling van het ziekteverzuim en de beschikbaarheid van voldoende medisch specialisten (door uitstroom uit opleidingen of door 'import' uit andere landen). Ik kan dus niet aangeven wanneer de wachtlijstenproblematiek opgeheven zal zijn.

Wel constateer ik dat er nu al een forse inhaalslag gaande is. Dat is zichtbaar bij de care, waarin Paars II naar verhouding het meest heeft geïnvesteerd, en waar de nieuwe aanpak van de wachttijden het eerst is geëffectueerd (zie de bij mijn brief van 6 juli meegezonden bijlagen). Bij de tweede meting per peildatum 1 maart 2001 blijkt de aanpak van de wachtlijsten in de sector verpleging en verzorging zijn vruchten te hebben afgeworpen). Over de gehele linie bezien zijn de wachtlijsten met 20% gedaald terwijl tegelijkertijd het aantal afgegeven indicaties fors is gestegen. De wachtlijsten voor PGB zijn tot nagenoeg nul gereduceerd. In de sector gehandicaptenzorg heeft uitbreiding van capaciteit plaatsgevonden, maar is het aantal indicaties eveneens fors gestegen. Toch zijn de wachttijden ook daar per saldo verkort.

In de cure is inmiddels de productie in ziekenhuizen op een aantal wachtlijstrelevante onderdelen fors is toegenomen, zoals blijkt uit een recente inventarisatie van ZN. Zie het overzicht waarin ZN op basis van haar inventarisatie van de productie in de eerste helft van 2001 de volgende raming voor 2001 presenteert:

TOTAAL	Extrapolatie 2001	CTG 2000	Vershil absoluut	Vershil procentueel
Cataract totaal	91.133	77.936	13.197	16,93%
Knie totaal	8.633	7.809	824	10,55%
Heup totaal	21.530	20.845	685	3,29%

Tegelijkertijd blijkt ook de vraag te zijn gestegen, zodat absolute reducties niet zichtbaar zijn op de wachtlijst. Wel zijn er verschillende initiatieven bij ziekenhuizen en verzekeraars om op een andere wachtlijsten en wachttijden te verkorten. Ik wijs op het toenemen van het contracteren van zorg over de grens. De duidelijkheid die nu ontstaat door uitspraken van het Europees Hof over de aanspraken van verzekerden (Kohl en Decker, Smits en Peerbooms) draagt bij aan de verdere voortgang van deze ontwikkeling.

Parallel wordt ook nog een nieuwe slag gemaakt op ICT-terrein. Ik noem in dit verband:

- het elektronisch patiëntendossier (EPD);
- het verbeteren van logistieke processen;
- een vernieuwingsslag op het personele vlak.

Het gaat hier om diepte-investeringen die op termijn moeten resulteren in een toename van de productie en een betere zorgkwaliteit.

Het streven is een maximale inzet op alle fronten te leveren zodat nog deze kabinetsperiode een aanzienlijke reductie van de wachtlijsten wordt bereikt.

Vraag 2

De laatste decennia is er een zeer terughoudend en restrictief beleid gevoerd ten aanzien van de soort en omvang van zorgaanbieders.

Toen de zorgkloof begin van de jaren '90 manifest werd en kostenbeheersing nodig was, had erkenning van nieuwe zorgaanbieders die bereid waren op meer doelmatige wijze zorg te bieden bij kunnen dragen tot oplossing van in ieder geval een deel van de problemen.

- a. In het begin van de jaren '90 manifesteerden de wachtlijsten zich steeds duidelijker en waren er inmiddels privé-klinieken die deze wachtlijsten mede konden bestrijden. Waarom zijn deze niet door de minister erkend in het kader van de Ziekenfondswet (inclusief het stellen van kwaliteitscriteria etc.)?
- b. Het verstrekkingenbesluit van de Ziekenfondswet is zeer precies en strak geschreven. In de loop der jaren zijn er mede op grond van nieuwe technologieën nieuwe zorgvormen ontstaan die echter niet pasten binnen de diverse verstrekkingenbesluiten. Zorgvormen zoals, rugadviescentra e.a. zijn op basis van particulier initiatief ontstaan. Deze bevorderden niet alleen meer zorg op maat maar werkten ook zeer klantvriendelijk. Bovendien leverden deze nieuwe zorgvormen vaak de zorg op meer doelmatige wijze dan de reguliere instellingen.
- c. Waarom heeft de minister niet in een vroeger stadium de aanspraken van de Ziekenfondswet aangepast aan de nieuwe zorgvormen en de desbetreffende aanbieders van zorg erkend in dit kader? Hetzelfde kan worden gesteld ten aanzien van de instellingen en aanspraken in het kader van de AWBZ.

Antwoord 2a

Privé-klinieken zijn in 1985 met terugwerkende kracht tot 1 januari 1983 als toegelaten (= erkend) aangemerkt in de Ziekenfondswet. Voor privé-klinieken gelden daarom geen individuele toelatingsvereisten: er vindt geen toetsing plaats voorafgaande aan toelating; zij zijn van rechtswege toegelaten. Het is voor verzekeraars dus steeds mogelijk geweest om desgewenst zorg bij privé-klinieken te contracteren. Ik wijs er overigens op dat de overheid nooit een regulerende taak heeft gehad voor de infrastructuur van klinieken zonder bedden.

In de jaren na 1980 werd gemeend dat privé-klinieken met bedden voor hun bouw en exploitatie een vergunning moesten hebben, omdat zij onder de Wet ziekenhuisvoorzieningen (WZV) zouden vallen. In 1988 oordeelde de rechtbank in Maastricht (TvGR 1989/15) daar anders over. In 1990 deed de afdeling Geschillen van bestuur van de Raad van State (AB 1990/569) eenzelfde uitspraak. Tussen 1988 en 1998 waren er dus geen wettelijk beletselen om een privé-kliniek te bouwen, te exploiteren. Ziekenfondsen en andere zorgverzekeraars konden privé-klinieken contracteren: deze waren niet onderworpen aan aanbodregulering via de WZV en werden in het kader van de Ziekenfondswet als toegelaten aangemerkt.

Ik vond en vind het echter van groot belang dat medisch-specialistische zorg zo veel mogelijk wordt verleend in een geïntegreerde ziekenhuisorganisatie. De achterliggende gedachte is dat de gebruiker erbij gebaat is dat hij zorg krijgt op basis van een afweging van alle mogelijkheden die er binnen de ziekenhuisorganisatie aanwezig zijn.

Een tweede afweging is dat ziekenhuiszorg een kostbare infrastructuur vergt. De lasten daarvan blijven voor rekening van de overige ziekenhuiszorg als een lucratief deel daarvan buiten de ziekenhuisorganisatie wordt gerealiseerd. Hetzelfde doet zich voor bij de beschikbaarheid van medisch-specialisten en - buiten de intramurale zorg - op het terrein van de tandheelkunde, waar activiteiten van tandartsen in het derde compartiment ten kosten gaat van hun beschikbaarheid voor het basispakket.

Een integrale afweging van de geëigende zorgmogelijkheden voor de gebruiker, intercollegiale toetsing en het steeds beschikbaar zijn van een achtervang bij calamiteiten tijdens of na de behandelingen, verhogen de kwaliteit van de zorg. Om deze redenen en om een tweedeling in de zorg te voorkomen zijn in 1998 privé-klinieken die tweede compartimentzorg verlenen in de vorm van zelfstandige behandelcentra (zbc's) aangewezen als ziekenhuisvoorziening in de zin van de WZV.

In de toelichting op de Regeling zelfstandige behandelcentra¹⁶ - de regeling waarbij zbc's onder de WZV zijn gebracht - is de rol die zbc's binnen het systeem van de gezondheidszorg kunnen vervullen als volgt verwoord:

¹⁶ Stcrt. 1998, nr. 30

"De functie van het zelfstandig behandelcentrum zal vooral kunnen liggen in selectieve, geprotocolleerde diagnostiek en behandeling. Hierbij ligt een relatie met het oplossen van wachtlijsten voor de hand. Wachtlijsten doen zich thans - en mogelijk ook in de toekomst - voornamelijk voor bij planbare, niet acute zorg. [...] Zelfstandige behandelcentra kunnen hier een rol vervullen variërend van 'luis in de pels' tot het toevoegen van extra capaciteit indien en waar dat nodig is." Aan bijna alle zbc's die in 1998 bestonden is inmiddels op grond van de WZV een vergunning verleend. In drie gevallen loopt deze procedure nog. In verband met overgangsbepalingen verhindert dit hun echter niet zorg te verlenen. De productie van zbc's is niet door een vooraf vastgesteld budget gelimiteerd. Zorgverzekeraars kunnen met zbc's contracten sluiten over het leveren van zorg om de wachtlijstproblematiek te verlichten. Hier zijn ook diverse voorbeelden van.

Antwoord 2b en 2c

De zorg dient tegelijk doelmatig te zijn en doelmatig te worden georganiseerd. De aspecten noodzakelijkheid, toegankelijkheid, uitvoerbaarheid zijn eveneens belangrijke graadmeters op basis waarvan het pakket moet worden samengesteld. Er bestaat een spanningsveld tussen de wens tot uitbreiding van het pakket en de genoemde criteria en de financieringsmogelijkheden. Ik heb binnen de kaders die de Ziekenfondswet en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ) stellen steeds naar mogelijkheden gezocht om nieuwe ontwikkelingen mogelijk te maken.

Het verzekerde pakket is redelijk strak omschreven. Dit met het doel de rechten van de verzekerde duidelijk vast te leggen. Toch betekent dit niet dat geen ruimte bestaat tot nadere invulling van het pakket.

De huisartsenzorg en de zorg die het geïntegreerde medisch-specialistische bedrijf verleent, zijn zó omschreven dat de omvang van de zorg wordt bepaald door dat wat in de kring van de beroepsgenoten gebruikelijk is. Dit houdt in dat ook nieuwe medische ontwikkelingen als verstrekking geleverd kunnen worden op het moment dat de beroepsgroep de tijd daar rijp voor acht. Daarbij is ook de stand van de wetenschap mede bepalend. De rapporten van de Gezondheidsraad vervullen hierin een belangrijke rol. Concreet betekent dit dat als een behandeling door de internationale medische wetenschap voldoende is beproefd en deugdelijk bevonden, deze overeenkomstig de criteria van de commissie-Dunning in beginsel deel kan uitmaken van het verstrekkingenpakket. (Zie ook het antwoord op vraag 1.) Daarnaast is sinds een aantal jaren de financiering van kosten toegestaan voor hulp die niet binnen het strikt omschreven verstrekkingenpakket van de ziekenfondsverzekering valt Dit is de zogenaamde 'flexizorg'.

Voorwaarde is dat deze hulp uit het oogpunt van doelmatige zorgverlening en voor de verzekerde op basis van de zorg-op-maat-gedachte een betere oplossing biedt dan de geïndiceerde als verstrekking geregelde hulp. Binnen de AWBZ zijn in eerste instantie eveneens subsidieregelingen vastgesteld voor zorg-op-maat in de sectoren verpleging en verzorging, geestelijke gezondheidszorg en gehandicaptenzorg. Inmiddels zijn die regelingen structureel ingebed in de (flexibel omschreven) zorgaanspraken (zie ook het antwoord op vraag 7).

Vraag 3

Hoeveel fusies van erkende ziekenhuizen zijn er in Nederland? Is het juist dat de WZV niet toestaat dat een functie van ziekenhuis X in locatie A wordt uitgeoefend in de fusiepartner Y in de andere locatie B? Hoe kunnen dan fusievoordelen, bijvoorbeeld op het punt van de gezamenlijke administratie worden gerealiseerd? Of wordt de situatie geaccepteerd dat de WZV op dergelijke punten wordt overschreden.

Antwoord

In de afgelopen tien jaar zijn door fusies 39 ziekenhuisorganisaties gereduceerd tot 18 ziekenhuisorganisaties, zo meldt het College bouw ziekenhuisvoorzieningen (Cbz) in een recente uitvoeringstoets over ziekenhuisspreiding.

De WZV verzet zich niet tegen het uitoefenen van een functie van ziekenhuis X op de locatie van fusiepartner Y.

Zo'n besluit behoort tot de eigen verantwoordelijkheid van het ziekenhuisbestuur. Overtreding van de WZV of het accepteren is dus niet aan de orde. Fusievoordelen kunnen gerealiseerd worden.

De vraag die tijdens twee Algemene Overleggen met de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer op 7 december 2000¹⁷ en 19 april 2001¹⁸ aan de orde is geweest, ging erom of een dergelijke herallocatie van functies op grond van de WZV vergunningplichtig is. Volgens een aantal leden van de Tweede Kamer dreigen bij het streven naar het behalen van fusievoordelen andere belangen het onderspit te delven. In mijn brief aan de voorzitter van de Tweede Kamer van 8 juni 2001 heb ik een juridisch antwoord gegeven op de vraag naar de sturingsmogelijkheden van de WZV. Ook heb ik aangegeven dat ik in de beleidsregels ex artikel 3 van de WZV zal opnemen dat in geval van herallocatie van functies, het ziekenhuis in zijn Lange Termijn Huisvestingsplan moet aangeven hoe met de 'stakeholders' is overlegd over zijn voornemens daartoe.

In de brief stel ik voor om een vierde uitgangspunt toe te voegen aan de drie uitgangspunten voor de beleidsregels. De drie bestaande uitgangspunten gaan over de regionale context, de effecten op nabijgelegen ziekenhuizen en over de omstandigheden die noodzaken tot concentratie. De vierde wordt: de noodzaak om de bevolking, patiënten- en consumentengroeperingen en gemeentebesturen nadrukkelijk bij de besluitvorming te betrekken om zo de besluitvorming transparant te maken.

Het fusieproces als zodanig vond mede zijn oorzaak in de kostbare investeringen die gemoeid zijn met de nieuwste medische technieken. Tegelijkertijd worden technieken ontwikkeld die het mogelijk maken zorg, die tot dan uitsluitend binnen het ziekenhuis mogelijk was, buiten de instelling of zelfs thuis te verlenen.

Vraag 4

De gezondheidszorg vertoont sterk de trekken van een olietanker. Tussen het moment dat geconstateerd wordt dat een koerswijziging geboden is en in de praktijk daadwerkelijk het roer is omgegooid zit te veel tijd. Al geruime tijd immers dienen zich knelpunten aan tussen aanbod en vraag in de zorg. En die knelpunten uiteten zich thans onder meer in hardnekkige wachtlijsten en schrijnende tekorten aan verplegend personeel, huisartsen en medische specialisten. Buiten twijfel staat voorts dat op beleidsniveau tijdig en indringend signalen zijn ontvangen dat de olietanker zou vastlopen. Niettemin bestaat de indruk dat de tijdgeest niet tijdig en adequaat is opgepakt, zodat thans meer moet worden ingehaald dan wellicht nodig was geweest.

- a. Kan in een meer algemene beschouwing worden aangegeven op welke momenten op beleidsniveau - ambtelijk en politiek - het inzicht is gerijpt dat aanbodsturing zijn langste tijd heeft gehad en een omslag naar meer vraaggestuurde zorg voor wenselijk moet worden gehouden?
- b. Kan daarbij in een overzichtelijk tijdspad worden aangegeven welke beleidsvisies op welk moment successievelijk zijn ontwikkeld en welke maatregelen zijn getroffen om deze omslag naderbij te brengen? Kortom, op welke wijze en op welk moment heeft de stap van denken naar doen vorm gekregen?
- c. In hoeverre heeft de hardnekkigheid van het vigerende beleid van aanbodsturing frustrerend gewerkt op de wenselijk geachte koerswending?

Antwoord Algemeen

Als we de vraag over de koerswijziging van een aanbodgestuurde zorg naar een vraaggestuurde zorg bekijken over ruwweg de achterliggende tien jaar, zien we dat deze periode gekenmerkt wordt door twee gezichten.

¹⁷ Kamerstuk 2000-2001 27 295, nr. 3, Tweede Kamer

¹⁸ Kamerstuk 2000-2001 27 295, nr. 5, Tweede Kamer

Aan de ene kant is aanbodsturing als middel tot uitgavenbeheersing een leidend beginsel geweest bij het beleid. Het beschikbare - aanbodgerichte - instrumentarium de WZV en de Wet tarieven gezondheidszorg (Wtg) werd ingezet om het volume voor de zorg zo voorspelbaar en beheersbaar mogelijk te ontwikkelen.

Het regeerakkoord 1994 kan wellicht als tekenend voor het beleid in deze periode worden gezien. Het bevatte veel (aanzetten tot) maatregelen om het ziekenfondspakket te versoberen, eigen bijdragen in te voeren en kosten verdergaand te beheersen. Het Budgettair Kader Zorg (BKZ) was als budgettaire norm de financiële vertaling hiervan. Ik meen dat de - in politiek en samenleving breed gedragen - leidende opdracht tot kostenbeheersing als bijdrage aan de gezondmaking van de publieke financiën de afgelopen tien jaar consequent en met succes is uitgevoerd. Ik zeg erbij dat dit niet altijd eenvoudig was, gelet op de krapte en noden in de zorg die op verschillende momenten zichtbaar waren.

Illustratief voor de betekenis die het BKZ heeft gekregen is ook de feitelijke rol die de Zorgnota (toen nog het Financieel Overzicht Zorg) in de loop der jaren kreeg. De RVZ schrijft in zijn rapport 'De RVZ over het zorgstelsel' (2001) het volgende over de ontwikkeling die de Zorgnota heeft doorgemaakt: *"Weliswaar heeft het financieel overzicht juridisch geen andere status dan die van een beleidsnota en bindt het formeel alleen de opstellers, maar de regering kan het door middel van aanbodregulering een verplichtend karakter geven. In combinatie met het financieel overzicht wordt de aanbodregulering zo een werkzaam instrument voor kostenbeheersing, bezuinigingen en beheersing van de collectieve lastendruk."*

Aan de andere kant is in de achterliggende periode van tien jaar vraagsturing een steeds belangrijker uitgangspunt geworden bij de vormgeving en organisatie van het zorgaanbod.

In de plannen voor een nieuw stelsel, zoals voorgesteld door de commissie-Dekker en verder ontwikkeld onder het kabinet-Lubbers II en het kabinet-Lubbers III, was vraagsturing via gereguleerde marktwerking en het toekennen van meer verantwoordelijkheid aan zorgverzekeraars al een belangrijk uitgangspunt. Uiteindelijk heeft de politiek afgezien van een grote stelselwijziging en is vanaf Paars I ingezet op een koers van kleine stappen. Deze koers was erop gericht de verdeling van verantwoordelijkheden geleidelijk te veranderen en nieuwe instrumenten te introduceren. In die periode is veel ruimte gekomen voor initiatieven tot zorgvernieuwing, ketenbenadering van de zorg en tal van verbeteringen van de inhoud van het zorgaanbod (met name in verpleeghuizen en de gehandicaptenzorg), die meer recht deden aan de zorgvraag van cliënten. Introductie van het persoonsgebonden budget is daarvan een voorbeeld. Naar mijn mening zijn door dit beleid vraag en aanbod in de afgelopen zeven jaar beter op elkaar gaan aansluiten.

In de curatieve zorg heeft zich bovendien een expansie van nieuwe behandelmogelijkheden voorgedaan (bijvoorbeeld aan het oog en het bewegingsapparaat), die per saldo gezorgd hebben voor een kwalitatieve en kwantitatieve opwaartse druk op de zorgvraag en het zorgaanbod. Deze 'technologische' innovaties zijn voorbeelden van het beter tegemoet komen aan de zorgvraag binnen de ruimte die er was voor budgettaire groei.

Ter illustratie geef ik een citaat uit de RVZ-publicatie over het Zorgstelsel (Zoetermeer, 2001).

"Paars, dat in 1994 aantreedt, maakt een eind aan de invoering van het Plan Simons. Dat betekent niet dat de ideeën en voorstellen van de commissie Dekker zijn afgeschreven. Integendeel, zij zorgen onder Paars voor een stille revolutie. Vraagsturing (de gezondheidszorg wordt georiënteerd op de behoeften en de wensen van de consument) en zorgvernieuwing (meer differentiatie in de plaats waar, de wijze waarop en de vorm waarin zorg kan worden verleend) zijn en blijven richtinggevende concepten voor het zorgbeleid."

Gelet op het voorgaande, herken ik mij dan ook in het geheel niet in de suggestie dat de tijdgeest niet tijdig zou zijn onderkend. Dit temeer omdat de staatssecretarissen en ik de

afgelopen zeven jaar veel hebben geïnvesteerd in de voorbereiding van instrumentarium dat veel meer op vraagsturing is gebaseerd, met verzekeraars in een leidende positie. Zie bijvoorbeeld de kabinetsreactie op het advies van de commissie-Biesheuvel, de latere nota's over de modernisering van care en cure en de plannen voor aanpassing van (de toepassing van) de Wtg.

Voor de wijze waarop het kabinet heeft gereageerd op (voorspellingen over) groeiende tekorten bij verpleegkundig personeel en huisartsen en medisch specialisten, verwijs ik u naar de antwoorden op de vragen 21 en 22.

4a

Zoals hiervoor al is geschetst, is beheersing van de uitgaven tot voor kort in hoge mate leidend geweest voor de sturing van het zorgaanbod in kwantitatieve zin. Dat is op zichzelf geen belemmering geweest voor een meer op de vraag afgestemde inrichting van het zorgaanbod in kwalitatieve zin. In het afgelopen jaar is vraagsturing als concept voor de bepaling van de omvang van het zorgaanbod sterker op de voorgrond gekomen. Ik verwijs hiervoor naar de eerdergenoemde afspraken met zorgverzekeraars over de aanpak van de wachttijdenproblematiek.

De zorgsector heeft door een gematigde loonontwikkeling in die periode, conform de afspraken tussen sociale partners, en door het opvangen van groeiende vraag naar zorg door doelmatiger inzet van zorgmogelijkheden ook zelf een forse bijdrage geleverd aan de beperking van de ontwikkeling van de collectieve lasten.

De beleidsontwikkeling rond de aanpak van wachttijden en wachtlijsten heeft het denken over het verleggen van de sturing op aanbod naar sturing op vraag in een stroomversnelling gebracht. Zowel in kwalitatief als in kwantitatief opzicht is voor het huidige kabinet de vraag in toenemende mate leidend voor de ontwikkeling van de publieke zorgvoorzieningen. Hieraan wordt instrumenteel verder inhoud gegeven in onder meer de moderniseringsoperaties in de cure en de care. De aanpassing van het verzekeringsstelsel in de komende kabinetsperiode kan als een noodzakelijk sluitstuk van deze ontwikkeling worden gezien.

4b

Zie het algemeen deel van het antwoord op vraag 4. Voor het overige verwijs ik graag naar hoofdstuk 2 van de publicatie 'De RVZ over het zorgstelsel' uit 2001, waarin een korte verhandeling over het beleid in de periode 1950 – 2000 is opgenomen. Een exemplaar van deze publicatie doe ik u hierbij toekomen. Zoals eerder aangegeven is het denken over vraagsturing in de loop van de afgelopen tien jaar op tal van plaatsen omgezet in 'doen'.

Met de nota 'Vraag aan bod' heeft dit kabinet de bouwstenen neergelegd voor een meer ingrijpende stelselwijziging in de volgende kabinetsperiode. Vooruitlopend daarop is verzekeraars bij de wachtlijstaanpak nu al de ruimte geboden om te bepalen hoeveel zorgvolume gecontracteerd moet en kan worden om aan de benodigde zorg voor verzekerden te kunnen voldoen.

4c

Het is onvermijdelijk dat instrumenten die primair georiënteerd zijn geweest op aanbodsturing en uitgavenbeheersing alleen geleidelijk kunnen worden vervangen door een nieuw instrumentarium. Zo zullen de publieke belangen waarop de aanbodsturing gericht is/was (bijvoorbeeld bevordering van doelmatigheid en beheerste ontwikkeling van de uitgaven) in een meer vraaggestuurd stelsel met andere mechanismen en instrumenten behartigd moeten worden. Het kost tijd deze mechanismen te ontwikkelen, in regelgeving neer te leggen en in de praktijk te laten floreren.

We verkeren momenteel in een overgangperiode waarin de rollen van overheid, verzekeraars en aanbieders sterk veranderen. Oude en nieuwe spelregels kunnen daarbij soms botsen. Verder speelt zeker een rol dat uitgavenbeheersing leidend beginsel is

geweest bij het beleid gedurende opeenvolgende kabinetten. De doelstellingen op dit gebied waren sterk verweven met het beleid voor de sanering van de overheidsfinanciën. Het denken en doen van zowel de overheid als van de sector zelf zijn hiervan sterk 'doordeesemd' geraakt. Er is ook tijd gemoeid met het ontdekken van en het inspelen op nieuwe vrijheidsgraden en sturingsmechanismen.

'Frustrerend' vind ik echter geen goede term om dit transitieproces te typeren. De wachtlijstaanpak in de care bewijst bijvoorbeeld dat in goed overleg met alle partijen ogenschijnlijk knellende spelregels uit de WZV uiteindelijk geen beletsel voor snel handelen hoeven te vormen.

Vraag 5

- a. Is het mogelijk om - in retrospectief - de momenten te duiden en de ambtelijke en/of politieke beslissingen te identificeren die per saldo een betekenisvolle bijdrage hebben geleverd aan het ontstaan van de wachtlijsten en het tekortschieten van bijvoorbeeld verpleegzorg en de huisartsenzorg?
- b. In hoeverre hebben de (financiële) afspraken in de regeerakkoorden van de laatste drie kabinetten herkenbaar een rem gezet op de wens om tot verandering te komen?
- c. Uitgaande van de veronderstelling dat op ambtelijk en politiek niveau al geruime tijd geleden is geconstateerd dat in toenemende mate een zorgkloof aan het ontstaan is, valt dan aan te geven op welke momenten er pogingen zijn gedaan om aan de beklemming van de vigerende afspraken te ontkomen en welke resultaten hebben die inspanningen vervolgens opgeleverd?

Anders geformuleerd, in hoeverre had beter dan thans het geval is geweest, in zeg de afgelopen 10 a 15 jaar geanticipeerd kunnen worden op ontwikkelingen in de zorgvraag? Welke garanties zijn er overigens dat -tegen de achtergrond van de toenemende vergrijzing- thans beter dan voorheen tijdig de zorgvraag in beeld wordt gebracht en het aanbod daarop wordt afgestemd?

Antwoord

5a

Het ontstaan van te lange wachttijden heeft - afhankelijk van de deelmarkt waar het over gaat - zeer uiteenlopende (combinaties van) oorzaken. Dat is ook al aangestipt in het antwoord op vraag 1 en komt ook nog aan de orde in het antwoord op vraag 13.

De volgende specifieke factoren spelen hier een rol:

- schaarste op de arbeidsmarkt van verpleegkundigen;
- cyclische tekorten en overschotten op deelmarkten van specialisten;
- sneller dan verwacht veranderende arbeidspatronen bij artsen (andere taakinhoud, meer deeltijdwerk, kortere arbeidsduur, eerder uitreden);
- oplopend ziekteverzuim;
- regionale verschillen in zwaarte van zorgproblematiek (bijvoorbeeld op het terrein van huisartsenzorg en ziekenhuiszorg);
- verkiezen van kwaliteit boven kwantiteit (bijvoorbeeld bij verpleeghuizen);
- toename van zorgzwaarte (o.m. als gevolg van substitutiebeleid) waardoor de productie terugloopt;
- te vroege aanmelding omdat zorgconsumenten vroegtijdig hun rechten zeker willen stellen;
- extra en duurdere behandelmethoden die binnen budgetten moeten worden opgevangen;
- lange doorlooptijden voor bouwprocessen voor intramurale voorzieningen;
- het onvoldoende tijdig voorzien van een toename van zorgvraag op een specifieke deelmarkt (bijvoorbeeld bij de radiotherapie);
- verschil in doelmatigheid bij instellingen, die onder andere naar voren is gekomen bij benchmarking.

Bij de meeste van deze factoren zijn geen beleidsbeslissingen aan te wijzen die hebben bijgedragen aan het ontstaan van wachtlijsten of tekorten hebben bijgedragen.

Bovendien gaat het niet zozeer om 'momenten', maar veelal om ontwikkelingen die

wellicht achteraf verklaarbaar zijn, maar die van tevoren niet of niet nauwkeurig konden worden voorzien.

Wel zou in retrospectief gesteld kunnen worden dat met de door provincies en grote steden geplande afbouw van de capaciteit van verzorgingshuizen een te zware wissel is getrokken op de mogelijkheden om ouderen (kwalitatief) voldoende thuiszorg te bieden. Op dit punt is ook een correctie in het beleid aangebracht via de al eerder genoemde motie-Wallage en het regeerakkoord voor Paars II. Daarnaast leidt de stijging van de levensverwachting tot een grotere vraag. Ook dit heeft geleid tot aanpassingen in het beleid.

In algemene zin heeft het model van aanbodsturing in de context van kostenbeheersing natuurlijk wel een belangrijke rol gespeeld. Als er geen aanbodsturing was geweest en ook kostenbeheersing geen belangrijke randvoorwaarde voor het te voeren beleid was geweest, waren zorginstellingen niet met budgettaire grenzen geconfronteerd en hadden ze kunnen besluiten om het zorgaanbod te verruimen.

Uiteraard gaat het hier slechts om een gedachteoefening. Het is immers niet goed denkbaar dat welk kabinet dan ook de afgelopen twintig jaar zo'n beleid van een complete 'open-einde'-financiering van de zorgsector zou hebben gevoerd.

Er is nog iets anders wat zeker ook een rol heeft gespeeld, los van de eerdergenoemde veranderde perceptie van wachtlijsten. De wachttijden in algemene zin (dus ongedifferentieerd) zijn namelijk lang beschouwd als een nuttig instrument voor zorgaanbieders om op een efficiënte manier zorg te verlenen. Inmiddels leeft de breed gedragen opvatting dat een wachttijd van beperkte duur goed is vanuit het oogpunt van een efficiënte zorgorganisatie, maar dat bij een wachttijd boven een bepaalde grens de toegankelijkheid en kwaliteit van de zorg niet meer of onvoldoende gewaarborgd zijn.

5b en 5c

Voor het antwoord op de meeste van de hier gestelde vragen verwijs ik naar het antwoord op vraag 6. Over de slotvraag van 5c het volgende.

Het is ook met de huidige wetenschappelijke inzichten uiterst moeilijk de zorgvraag op langere termijn te voorspellen. Niettemin zijn er verschillende studies verschenen over de gevolgen van de vergrijzing en de gestegen welvaart voor de zorgvraag. Op basis van deze studies hoedt het kabinet rekening met een forse stijging van de zorguitgaven. In de nota 'Vraag aan bod' van 6 juli 2001¹⁹ is het anticiperen op de gevolgen van de vergrijzing een belangrijk uitgangspunt.

Voor de komende kabinetsperiode hebben de gezamenlijke planbureaus (CPB, SCP en RIVM) een raming opgesteld van de verwachte groei van de zorgvraag bij ongewijzigd beleid: 'Een scenario voor de zorguitgaven 2003-2006' van juli 2001. Met deze raming kan een nieuw kabinet rekening houden bij het toedelen van de beschikbare ruimte voor toename van de publieke uitgaven. De gevolgen van nieuw of aanvullend beleid moeten nog in de raming worden verwerkt.

Verzekeraars zullen een belangrijker rol gaan vervullen bij het plannen van het zorgaanbod op de langere termijn. Ik verwacht dat zij met behulp van inzichten, onder meer uit de Volksgezondheid Toekomst Verkenningen, goed in staat zullen zijn op de toekomstige vraag in te spelen. Uiteraard blijft de overheid in toetsende zin verantwoordelijk voor de toegankelijkheid van zorg binnen het zorgstelsel.

¹⁹ Kamerstuk 2000-2001, 27855, nrs. 1 en 2, Tweede Kamer

II. Financieel beleid/budgettering

Vraag 6

De signalen van toenemende tekorten zijn de afgelopen 10 jaar steeds heftiger geworden. Naar de opvatting van de vaste commissie zijn de bepalingen van de AWBZ en Ziekenfondswet met betrekking tot de zorgplicht en de WZV met betrekking tot de planning gericht op het voldoen aan de behoefte, systematisch door de overheid genegeerd ten faveure van het budgetmechanisme. Ook de rechter heeft uitgesproken dat ten principale het budget toereikend dient te zijn om de aanspraken van verzekerden te kunnen honoreren.

- a. Is het waar dat de budgetten de afgelopen 10/15 jaar naar het oordeel van de bewindslieden inderdaad te laag zijn geweest om in redelijkheid aan de reële vraag te kunnen voldoen?
- b. Waarom is dan toch steeds het beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten nu de cijfers laten zien dat de kosten BNP de afgelopen 10/15 jaar drastisch naar beneden zijn gegaan?
- c. Is er in het verleden niet een vertekend beeld door de overheid gegeven omtrent de uit de hand lopende kosten?

Antwoord

Algemeen

Ik verzet me in volle overtuiging tegen de stelling dat de overheid de bepalingen in de verzekeringswetten over de zorgplicht en de bepaling in de WZV over het voldoen aan de behoefte systematisch heeft genegeerd ten gunste van het budgetmechanisme. Deze stelling gaat geheel voorbij aan de balans die achtereenvolgende kabinetten van uiteenlopende politieke signatuur hebben gezocht tussen het kunnen voldoen aan de zorgvraag enerzijds en het gezond maken van de publieke financiën (en als afgeleide daarvan de Nederlandse economie) anderzijds. Ik onderbouw dat verder in de antwoorden na dit algemene deel. De stelling gaat ook voorbij aan het feit dat de Nederlandse gezondheidszorg ten opzichte van vergelijkbare omringende landen al jarenlang een goede conductestaat heeft, ook al was de gezondheidszorg soms toe aan een wat ruimere jas.

Dit beleid heeft steeds op instemming van de meerderheid van Tweede én Eerste Kamer kunnen rekenen. Sterker nog, er zijn momenten geweest dat in de Eerste Kamer voor nog meer soberheid werd gepleit uit bezorgdheid over de ontwikkeling van de collectieve uitgaven.

Naar aanleiding daarvan noemde minister van Financiën Kok bij de Algemene politieke beschouwingen in de Eerste Kamer op 27 november 1991 enkele hoofdvragen, waarop in de komende tijd een oplossing gezocht moest worden. Als eerste en niet de minste factor noemde hij het bevorderen van de werkgelegenheid. Hij vervolgt dan met:

"Een tweede factor is het gezond maken van de overheidsfinanciën. Dat is meer dan een hobby van de minister van Financiën en dat bleek gisteren ook wel uit de betogen van de zijde van de Kamer in eerste termijn. Het is ons aller zorg. Wij zien ook uit het verloop van de cijfers dat er steeds meer belangrijke intrinsieke overheidsuitgaven worden weggedrukt uit de rijksbegroting door groeiende rentelast, of het nu om onderwijs, om gezondheidszorg of om sociale uitkeringen gaat. Wij kunnen voor de komende jaren al voorspellen dat de druk van de rentelast op de rijksbegroting al maar zwaarder wordt. En als wij dus nu geen scherpe keuzen maken en geen impopulair beleid durven presenteren aan parlement en samenleving dan is het morgen en overmorgen te laat en is het nog veel moeilijker om er iets aan te doen. Het gezond maken van de overheidsfinanciën is ook belangrijk, juist om het draagvlak onder de collectieve sociale voorzieningen voor nu en straks te versterken."

De gezondheidszorg heeft een forse bijdrage geleverd aan de gezondmaking van overheidsfinanciën en economie. Daar verdient de sector ook waardering en respect voor.

Ik realiseer me terdege dat het beleid van aanbodsturing en kostenbeheersing - achteraf gezien - ook heeft bijgedragen aan fricties tussen vraag en aanbod.

6a

Sinds het einde van de jaren zeventig heeft het beleid in de gezondheidszorg sterk in het teken gestaan van kostenbeheersing. Deze hoofdkeuze werd ingegeven door zorgen over de verslechterende toestand bij de overheidsfinanciën, met name de stijgende financieringstekorten (van 1% BBP in 1970 tot 9% in 1983) en een fors oplopende collectieve lastendruk (van 38% BBP in 1970 tot 47% in 1983). Met name de zorg over het afwentelen van (verplicht opgelegde) stijgende premielasten heeft in de politiek breed tot de opvatting geleid dat een zeer beheerste ontwikkeling van de uitgaven voor gezondheidszorg noodzakelijk was. De budgetten voor de zorg zijn vanaf het midden van de jaren tachtig steeds bepaald door enerzijds zo goed mogelijk rekening te houden met de reële vraag, gebaseerd op de te verwachten demografische ontwikkeling en de relevante trends. Anderzijds is bij de bepaling van het budget gekeken naar mogelijkheden de doelmatigheid te vergroten en de kostenstijging te beperken. Achtereenvolgende kabinetten hebben bij het opstellen van ramingen steeds de best beschikbare cijfers gebruikt.

Ter illustratie hiervan volgen drie voorbeelden, die tevens een indruk geven van de tijdgeest in de periode waarin zij tot stand kwamen.

Het eerste voorbeeld

In de 'Nota 2000'²⁰ geeft de toenmalige staatssecretaris van WVC, drs. J.P. van der Reijden, een beschouwing over de ontwikkeling van het volksgezondheidsbeleid op de lange termijn. Deze nota gaat uitgebreid in op de te verwachten demografische ontwikkeling, de determinanten van gezondheid zoals erfelijke en andere factoren, het fysiek milieu, maatschappelijke omgevingsfactoren (relaties tussen gezondheid enerzijds en arbeid, recreatie, educatie en samenlevingsvormen anderzijds). Daarnaast beschrijft de nota de gezondheidstoestand van de bevolking en geeft ze een indicatie voor de ontwikkelingen tot het jaar 2000. Verder beschrijft de nota het (financieel) beleid tot halverwege de jaren tachtig. Ik citeer de toenmalige staatssecretaris (p. 225): *"In de periode van het verschijnen van de Structuurnota tot heden is geprobeerd de geconstateerde kostengroei af te remmen en om te buigen. En daar was ook wel reden toe. In 1975 bedroeg de stijging van de kosten van de gezondheidszorg ten opzichte van 1974 nog 18%. Vijf jaar later, in 1979, bleek het stijgingspercentage ten opzichte van het voorgaande jaar gehalveerd tot 9%. In 1983 was de relatieve stijging verder gedaald tot 3,5%. Voor 1986 wordt verwacht dat de stijging in vergelijking tot het voorafgaande jaar zal zijn gereduceerd tot circa 0%. Hiermede is een van de hoofddoelstellingen van het beleid gerealiseerd."* Voor de toekomst achtte het toenmalige kabinet destijds - rekening houdend met alle relevante trends - een volumegroei van 1,2% in de jaren tot 2000 noodzakelijk. Circa tweederde van deze groei hing samen met de groei en de samenstelling van de bevolking. Daarbovenop was een groei van circa 0,3 procentpunt noodzakelijk om de in de nota geschetste beleidsmatige wensen te realiseren. Op dat moment verwachtte men dat het aandeel van de zorg in het Bruto Nationaal Product (BNP) zou dalen van 8,3% in 1986 tot 7,8% in 2000 gegeven de gewenste groei enerzijds en de te verwachten economische groei anderzijds.

Een tweede voorbeeld

De benadering die in het regeerakkoord van Paars 1²¹ is uiteengezet voor de zorgsector bevat onder meer de volgende passage: *"Ervaringen in de achterliggende jaren maken duidelijk dat de sector van jaar op jaar, rekening houdend met de demografische*

²⁰ Kamerstuk 1985-1986, 19 500, nrs. 1-2, Tweede Kamer

²¹ Kamerstuk 1994-1995, 23 715, nr. 8, Tweede Kamer

ontwikkeling, verzekerd moet zijn van voldoende ruimte voor volumegroei. Thans is in het meerjarenbeeld een volumegroei van 1,3% per jaar voorzien.

Alvorens te beslissen over de vraag of en in hoeverre deze ruimte in de komende jaren ex ante hoger zal worden gesteld dan 1,3% zal het kabinet de resultaten beoordelen van een strak programma van volumebeheersing en kostenbeperking waarmee in 1995 zal worden gestart."

Met deze formulering koos het toenmalige kabinet bewust voor een volume-groei in de zorg die, weliswaar geclausuleerd, hoger zou mogen uitvallen dan de 1,3% die tot dan toe gangbaar was.

Voor de uitwerking van dit programma had dat kabinet een ambtelijke taskforce ingesteld. De rapportage van deze interdepartementale ambtelijke 'Taskforce Volumebeheersing en Kostenbeperking' (TVK), welke als bijlage was gevoegd bij de Nota 'Zorg in het regeerakkoord'²² gaf een historische analyse van de volumegroei en constateerde dat de volumegroei over een langere periode gezien uitkomt op circa 2,3%. Daarbij werd rekening gehouden met onder andere de determinanten die in de Nota 2000 zijn onderkend (demografie, epidemiologische factoren, sociaal-culturele factoren, de welvaartsontwikkeling en de medische technologie). De feitelijke volumegroei onder Paars I bedroeg bijna 2%. Het toenmalige kabinet heeft met name extra ruimte geschapen voor het toenemend gebruik van geneesmiddelen, voor meer handen aan het bed en aanpak van wachtlijsten in de care en voor een begin van de aanpak van de wachttijdenproblematiek in de ziekenhuizen en de geestelijke gezondheidszorg.

Het derde voorbeeld

Verschillende onderzoeksinstituten (RIVM, SCP en CPB) kwamen in 1997 onafhankelijk van elkaar voor de huidige kabinetsperiode tot een geraamde noodzakelijke volumegroei van circa 2,3%. In veel verkiezingsprogramma's werd uitgegaan van een volumegroei voor de zorg van meer dan 2 procent. Het kabinet is op basis daarvan in het huidige regeerakkoord voor de periode 1998-2002 voor het budgettair kader voor de zorg (BKZ) uitgegaan van een volumegroei van 2,3%, f 5,66 miljard, ten opzichte van de uitgaven in 1998, als volgt verdeeld:

Sector	Uitgaven 1998	Uitgaven demogroei 1999-2002	Uitgaven intensivering 1999-2002	Totaal extra uitgaven 1999-2002
Curatieve zorg	28 700	1 000	750	1 750
Preventieve zorg	600	20	15	35
Geestelijke gezondheidszorg	5 400	90	140	230
Gehandicaptenzorg (incl. PGB)	6 600	110	320	430
Ouderen- en thuiszorg (incl. PGB)	16 500	1 060	1 000	2 060
Genees- en hulpmiddelen	7 900	320	660	980
Nieuwe geneesmiddelen			175	175
Totaal	65 700	2 600	3 060	5 660

(bedragen x f 1 mln.)

Inmiddels heeft het kabinet in de Miljoenennota 2000, de Miljoenennota 2001 en de Voorjaarsnota 2001 inclusief al in het regeerakkoord opgenomen bedragen besloten tot intensivering in de zorg voor onder meer de wachtlijstaanpak van in totaal f 5,5 miljard in 2001²³.

Voor 2002 heeft het kabinet op 27 april 2001 in beginsel onder meer besloten tot een extra uitgavenimpuls voor de zorg van circa f 3,1 miljard²⁴.

²² Kamerstuk 1994-1995, 24 124 nr. 2, Tweede Kamer

²³ Kamerstuk 2000-2001, 27 734, nr. 1, Tweede Kamer, p. 2

²⁴ Kamerstuk 2000-2001, 27 734, nr. 2, Tweede Kamer

Deze ontwikkeling manifesteert zich ook in oplopende groeipercentages voor het volume.

Paars 1 gepland:	1,3% per jaar
Paars 1 gerealiseerd:	2,0% per jaar
Paars 2 gepland:	2,3% per jaar
Paars 2 gerealiseerd tot en met 2001:	3,5% per jaar

Hierbij moet nog worden aangetekend, dat in 1996 en 1997 in de overheidsbijdrage in de arbeidskostenontwikkeling een productiviteitskorting was verwerkt. De productiviteitswinst in de instellingen kon in deze jaren dus niet of niet geheel worden aangewend voor meer zorg. Vanaf 1998 kan dit wel. Als hiermee rekening wordt gehouden, dan is de oploop in het groeipercentage tijdens Paars II nog groter.

6b

De vraag suggereert enerzijds dat een beeld is opgeroepen van 'uit de hand lopende kosten' en anderzijds dat de kosten (als aandeel van?) het Bruto Nationaal Product drastisch naar beneden zijn gegaan. Ik acht die suggesties beide niet juist. Er is door de regering de afgelopen tien tot vijftien jaar geen beeld opgeroepen van uit de hand lopende kosten'. Er is wel steeds zorg geweest over het risico van uit de hand lopende uitgaven. Daarom was het beleid juist ook gericht op beheersing daarvan. In het verleden is de Kamer steeds (in Zorgnota's en voorlopers daarvan) geïnformeerd over de feitelijke uitgavenontwikkeling in de zorgsector.

Zoals gebruikelijk in budgettaire nota's is de uitgavenontwikkeling gerelateerd aan de vooraf beschikbaar gestelde kaders. In de zorgsector hebben zich in de loop der jaren wel overschrijdingen voorgedaan (bijvoorbeeld van het financieel kader voor de geneesmiddelen) of intensiveringen ten opzichte van tevoren afgesproken kaders (bijvoorbeeld de ouderenzorg). Door bepaalde overschrijdingen te accepteren en intensiveringen toe te staan heeft Paars I de oorspronkelijk geraamde groei van 1,3% opgevoerd tot bijna 2,0%. Daarmee heeft het kabinet een open oog getoond voor noodzakelijke ontwikkelingen en tegelijk vastgehouden aan het beleid gericht op een beheerste kostenontwikkeling en uitgavendiscipline.

Dit neemt niet weg dat in de publieke opinie andere beelden kunnen zijn ontstaan. Het valt bijvoorbeeld op dat de jaarlijkse publiciteit over de CBS-cijfers over de zorg in het voorafgaande jaar vaak gepaard gaat met de notie dat 'de zorgkosten opnieuw fors gestegen zijn'. Het gaat dan om procentuele stijgingen inclusief de nominale ontwikkelingen.

Ook de recent gepubliceerde ramingen over de zorguitgaven in een volgende kabinetsperiode²⁵ worden voorzien van connotaties over een grote toename van de uitgaven. Bij deze ramingen is overigens een eventueel gewenste kwaliteitsverbetering nog niet ingecalculerd.

Beelden en uitspraken waaruit zorg blijkt over toegenomen zorguitgaven bestaan paradoxaal genoeg tegelijk naast beelden en uitspraken waaruit zorg blijkt dat de afgelopen jaren veel te weinig middelen naar de zorgsector zijn gegaan.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettair besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

Het is feitelijk niet juist dat het aandeel van de zorguitgaven in het BBP drastisch gedaald is. Zie onderstaande reeks welke is ontleend aan het antwoord op een van de schriftelijke vragen over de zorgnota 2001.²⁶

²⁵ Kamerstuk 2000-2001, 27 805, nr. 1, Tweede Kamer

²⁶ Kamerstuk 2000-2001, 27 401, nr. 4, vraag 69

Zorguitgaven als percentage van het Bruto Binnenlands Product			
Jaar	% BBP	Jaar	% BBP
1982	10,2%	1992	9,8%
1983	10,0%	1993	10,0%
1984	9,8 %	1994	9,7%
1985	9,6%	1995	9,0%
1986	9,6%	1996	8,8%
1987	9,7%	1997	8,7%
1988	9,7%	1998	8,7%
1989	9,4%	1999	8,7%
1990	9,5%	2000	(raming) 8,7%
1991	9,7%	2001	(raming) 8,6%

Bij deze cijfers werd het volgend aangetekend.

"Vanwege pakketmaatregelen zijn de zorguitgaven vanaf 1995 exclusief een deel van de tandheelkundige zorg (f 1,5 miljard) en vanaf 1996 exclusief een deel van de fysiotherapie (f 250 miljoen).

Het niveau van het BBP is vanaf 1995 4,1% opwaarts bijgesteld vanwege de revisie van de Nationale Rekeningen. Zonder bovengenoemde effecten zou de zorgquote voor 1995 niet op 9,0% maar op 9,6% zijn uitgekomen. Uiteraard werken deze reeksbreuken door in latere jaren."

Ook voordien heeft de zorgquote een gematigd verloop gekend. Ik wijs in dit verband op het Financieel Overzicht Zorg 1990²⁷ dat als volgt opende: *" Gaandeweg tekent zich in de jaren tachtig een financieel beeld af waarin een beheerste kostenontwikkeling in de zorg naar voren komt. De sterke kostenstijging in de tweede helft van de jaren zeventig is in het begin van de jaren tachtig omgeslagen naar een groeitempo dat in het algemeen overeenkomt met de ontwikkeling van het bruto nationaal product. Het aandeel van de gezondheidszorg in het bruto nationaal product is derhalve in de jaren tachtig gemiddeld genomen stabiel gebleven, waarbij nog aangetekend kan worden dat de ramingen voor de jaren 1989 en 1990 zelfs een duidelijke daling van dat aandeel te zien geven."*

Overigens vormt het verloop van de zorgquote geen doelvariabele bij het financiële beleid. Daar zijn goede gronden voor. Zo lijkt het in tijden van economische voorspoed aantrekkelijk om de zorgsector volop mee te laten profiteren van de economische groei. Maar wat te doen bij een lage of zelfs een nulgroei? Enerzijds zal het uitvoeringstechnisch en maatschappelijk uiterst moeilijk zijn om de noodzakelijke ombuigingen te realiseren. Anderzijds betekent werken met een vaste zorgquote een steeds terugkerend politiek gevecht om de zorguitgaven zeker te stellen bij een tegenvallende economische ontwikkeling. Daar komt bij dat de directe koppeling tussen zorguitgaven en BBP de zorguitgaven conjunctuurgevoelig maken. Dit leidt tot een grotere hectiek in het begrotingsproces. Het kabinet kiest daarom liever als doel: een adequaat budgettair kader voor de zorg.

6c

De overheid heeft geen vertekend beeld gegeven over uit de hand gelopen kosten. Zoals ook uit het voorgaande blijkt, is het beeld door de jaren heen uiterst genuanceerd geweest. Wel is er steeds zorg geweest over het risico van een onbeheersbare kostenontwikkeling als het aanbodgerichte instrumentarium niet zou worden toegepast. Toch is in dezelfde periode in brede kring ook de overtuiging gegroeid dat een meer op de vraag gerichte sturing van de zorg nodig is.

²⁷ Kamerstuk 1989-1990, 21 310, nrs. 1-2, Tweede Kamer

Vraag 7

Kan de minister een overzicht geven van de subsidieregelingen ex AWBZ. ter bevordering van ketenvorming en zorgvernieuwing in de care sector? Zijn de tariefstructuren in de zorgsector voldoende op elkaar afgestemd om substitutie van zorg te bevorderen?

Antwoord

Zorgvernieuwing

Sinds de jaren tachtig worden er mogelijkheden gezocht om binnen de verzekering op grond van de AWBZ te komen tot een meer flexibel zorgaanbod. Dit om aan hen die zorg behoeven meer op maat gesneden zorg te bieden, de zogenoemde zorg-op-maat. De overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ moet in dat licht worden gezien, evenals de invoering van de integrale aanspraak op thuiszorg in 1997. Om in de praktijk de ontwikkeling van een beheersbaar flexibel zorgaanbod mogelijk te maken, zijn de afgelopen jaren in de sectoren geestelijke gezondheidszorg, gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging subsidieregelingen vastgesteld ten laste van het algemeen fonds bijzondere ziektekostenverzekering. Bij de in het verleden voorgenomen stelselwijziging ziektekostenverzekeringen was het voornemen om de zorg waarop aanspraak bestaat op grond van de AWBZ functiegericht te omschrijven. Een belangrijke doelstelling van de functiegerichte omschrijvingen was de bevordering van een flexibele en doelmatige organisatie van zorgverlening, waarin de zorgvraag centraal zou staan en die zou leiden tot zorg-op-maat. Door de aanspraken op zorg functiegericht te omschrijven, zou bovendien de zorg die op grond van de subsidieregelingen gefinancierd werd, onder de AWBZ-aanspraken worden gebracht.

In het regeerakkoord van 1994 is een gewijzigde koers ingezet bij de beoogde stelselwijziging ziektekostenverzekeringen. Daarin werd vastgelegd dat de AWBZ zich zou richten op onverzekerbare risico's en dat langdurige zorgvoorzieningen ten laste van de AWBZ-verzekering zouden worden bekostigd, met als uitgangspunten strakke aanbodbeheersing en macrokostenbeheersing via de Wet tarieven gezondheidszorg²⁸. Dit hield in dat geen sprake meer zou zijn van functiegerichte, maar van voorzieninggerichte omschrijvingen.

Doordat de invoering van functiegerichte omschrijvingen niet doorging, moest opnieuw bezien worden hoe de mogelijkheden van zorg-op-maat binnen de AWBZ-aanspraken structureel konden worden ingebed. Bij de modernisering van de AWBZ worden bij de omslag naar een vraaggestuurd systeem functionele aanspraken gemaakt.

Substitutie en ketenvorming

Per 1 januari 1998 is de eerste stap gezet om de zorgaanspraken te flexibiliseren, waarbij de zorg-op-maat zoals die op grond van de subsidieregeling werd vergoed, als aanspraak kan worden geleverd. Dit houdt in dat niet alleen de integrale verstrekking kan worden geleverd, maar ook delen daaruit. Doordat de onderdelen zowel apart als in verschillende combinaties kunnen worden geboden, kan zorg-op-maat worden verleend.

Alleen het verblijf kan niet los verleend worden, dat moet altijd in combinatie met een van de andere zorgonderdelen. Daarom is de aanspraak zó geformuleerd dat aanspraak bestaat op onderzoek, advisering en voorlichting, behandeling, begeleiding, verzorging of verpleging, al dan niet gepaard gaande met verblijf. Een belangrijk uitgangspunt daarbij is dat de uitvoering van zorg-op-maat dient te voldoen aan de voorwaarden van het zogenoemde protocol zorg-op-maat, dat vertegenwoordigers van patiënten, zorgverzekeraars en zorgaanbieders gezamenlijk hebben vastgesteld. Per 1 januari 1999 respectievelijk 1 januari 2001, is een volgende stap gezet om de aanspraken verder te flexibiliseren, namelijk in de sectoren verstandelijk gehandicaptenzorg en verpleging en verzorging.

Op dit moment bestaat er nog een subsidieregeling voor zintuiglijk gehandicapten en lichamelijk gehandicapten om zorg-op-maat mogelijk te maken. Per 1 januari 2002 zal voor deze sectoren eveneens zorg-op-maat als aanspraak gerealiseerd worden.

²⁸ Kamerstuk 1994-1995, 23 715, nr.11, Tweede Kamer

Afstemming tariefstructuren

Binnen de Wtg-beleidsregels is ruimte gecreëerd om een flexibel zorgaanbod te kunnen realiseren. Het budgetonderdeel voor de hulpverlening zorg-op-maat komt tot stand door substitutie van een deel van de in de aanvaardbare kosten opgenomen loonkosten en materiële kosten. De hoogte van het bedrag aan zorg-op-maat wordt in het plaatselijk overleg vastgesteld maar bedraagt ten minste een bepaald percentage van de structurele loon- en materiële kosten, die in de aanvaardbare kosten zijn opgenomen. Het College tarieven gezondheidszorg (Ctg) neemt alleen aanvragen in behandeling die zowel door de zorgverzekeraar als de zorgaanbieder zijn ondertekend. Een belangrijke voorwaarde is namelijk dat er tussen zorgaanbieder en het zorgkantoor overeenstemming bestaat over de concrete besteding van het bedrag dat beschikbaar is voor hulpverlening zorg-op-maat.

Vraag 8

De minister heeft gezegd dat "geld geen probleem mag zijn."

- a. Wil de regering elke financiële regulering, elke macrobudgettering, loslaten?
- b. Is zorgbehoefte evenwel niet onbegrensd? Voorkomen moet worden dat een zo sterke expansie van het macrobudget optreedt, dat de regering bij tegenvallende groeicijfers het macrobudget weer moet korten.

Antwoord

8a

De staatssecretaris en ik hebben het afgelopen jaar op verschillende momenten gesteld dat geld niet meer de bottleneck hoeft te zijn. Specifiek in relatie tot de aanpak van de wachtlijst- en wachttijdenproblematiek. Tekorten op de arbeidsmarkt en organisatie- en structuurvraagstukken zijn relatief belangrijker knelpunten geworden, nu in het Actieplan Zorg Verzekerd is vastgelegd dat onder voorwaarden extra geld beschikbaar kan komen voor extra productie. Het kabinet heeft laten zien bereid te zijn extra geld voor volume en capaciteit beschikbaar te stellen.

Het kabinet heeft geenszins de bedoeling elke financiële regulering of macrobudgettering los te laten. Integendeel, een beheerste uitgavenontwikkeling blijft een evident publiek belang, waarvoor het kabinet zich verantwoordelijk acht. Wel kan de wijze waarop dit belang gewaarborgd moet worden veranderen door de zich wijzigende verantwoordelijkheidsverdeling in de sector. Bij de vorming van een nieuw kabinet kunnen hierover nieuwe afspraken worden gemaakt, bijvoorbeeld in samenhang met de beoogde wijziging van het verzekeringsstelsel.

De macrobudgettering wordt momenteel ingevuld door bij elk budgettaire besluitvormingsmoment te ramen wat de gevolgen zijn van de afspraken over de aanpak van de wachttijden (extra productie), en vervolgens binnen het totaal van de beschikbare budgettaire ruimte te beslissen over eventuele intensiveringen.

8b

De meeste Nederlanders willen graag zo lang mogelijk gezond en zelfstandig blijven leven. Tegelijkertijd willen zij een beroep kunnen doen op behandeling of zorg als dat nodig is. Wie een beroep moet doen op zorg of behandeling, heeft er belang bij te kunnen kiezen voor de kwalitatief beste (en daarom vaak duurste) behandeling. De zorgvrager hoeft immers op dat moment - afgezien van eigen bijdragen en eigen risico's - zelf geen afweging meer te maken tussen kosten en baten, omdat de verzekeringspremie al betaald is.

In die zin is het van belang dat in een publieke zorgverzekering de aanspraken duidelijk gedefinieerd zijn en dat er ook voldoende prikkels zijn om tot een gepaste en doelmatige indicatie te komen. Het bevorderen van kostenbewuste en doelmatige zorgverlening is en blijft een belangrijk ijkpunt bij de vormgeving van de toekomstige verantwoordelijkheidsverdeling en de vormgeving van het verzekeringsstelsel.

Ook om te voorkomen, zoals de vraag terecht aanstipt, dat in economisch minder voorspoedige tijden het (verzekerde) aanbod beperkt zou moeten worden of voor andere bezuinigingen zou moeten worden gekozen.

Vraag 9

Halverwege de negentiger jaren, toen structureel beleidsmatig werd geraamd door de minister hebben 'Treekpartijen' voorgesteld om te komen tot een onafhankelijk informatie-instituut als input voor een reële begroting. Waarom heeft de minister dit voorstel niet aanvaard?

Antwoord

Halverwege de jaren negentig werd een voorstel gedaan voor een onafhankelijk informatie-instituut. Dit voorstel is niet overgenomen, omdat de verbetering van de relevante financiële informatievoorziening al stevig was opgepakt binnen het departement. Het voorstel van de 'Treekpartijen' was gericht op een onafhankelijke raming voor de benodigde groei. Zo'n ramingsmodel was op dat moment op verzoek van VWS al in ontwikkeling genomen door het CPB, het RIVM en het SCP. Inmiddels is dit model ook operationeel. Met het model kunnen o.a. beleidsvrije ramingen worden opgesteld die de basis vormen voor eventueel nadere afwegingen. Met het model kunnen scenario's worden doorgerekend bij alternatieve veronderstellingen over het beleid (bijvoorbeeld kwaliteitsverhogingen, extra inhaalslagen in verband met wachttijden). Voorts kunnen met het model gevoeligheidsanalyses worden gemaakt met betrekking tot relevante trends (bijvoorbeeld wat zijn de gevolgen bij meer of juist minder technologische ontwikkelingen?)

Vraag 10

Hoewel de invoering van het persoonsgebonden budget (PGB) een goede zaak was, is de uitvoering ervan volstrekt gebureaucratiseerd. Vanaf het begin is hiertegen door alle betrokkenen geprotesteerd. Waarom is niets ondernomen tegen deze bureaucratisering?

Antwoord

De huidige uitvoering van de PGB-regelingen heeft te maken met enerzijds de systematiek van de PGB-regelingen die afgeleid zijn van het pendant van de zorg in natura en anderzijds met een omvangrijk administratief systeem met trekkingsrechten en een centrale administratieverplichting. Deze centrale administratieverplichting is onder meer ingesteld om de eigenlijke besteding van de middelen door de budgethouder binnen sociale ziektekostenverzekering te kunnen controleren. Ook werden daarmee risico's bij de naleving van fiscale en sociaalrechtelijke verplichtingen voorkomen. Vereenvoudiging van de regeling is continu een aandachtspunt van voor het beleid. De staatssecretaris heeft inmiddels aan de Tweede kamer bij brief van 17 juli 2001²⁹ voorstellen gedaan om de PGB-regeling drastisch te vereenvoudigen, zowel in de systematiek als in de uitvoeringsstructuur.

²⁹ Kamerstuk 2000-2001, 26 631, nr. 14, Tweede Kamer

III. Beleids- en beheersstructuur/deregulering

Vraag 11

- a. Door achtereenvolgende kabinetten is jarenlang een dereguleringsbeleid gevoerd. Wat is er nu echt op dit terrein gedaan en wat heeft het opgeleverd in de Wtg, het Ziekenfonds, de AWBZ, de Wet Ziekenhuisvoorzieningen? Is het aantal regulerende instanties vergroot of kleiner geworden de afgelopen 15 jaar? Denk aan de invoering van de RIO's, zorgkantoren etc.
- b. Hoe verhoudt zich deze ontwikkeling tot de tevens voorgestane grotere verantwoordelijkheid van partijen en de introductie van meer marktwerking? Is de indruk juist dat de ontwikkeling van de adviesorganen naar ZBO's de verstarring en bureaucratie heeft vergroot en dat de initiatieven tot de deregulering gepaard zijn gegaan met zeer veel nieuwe regulering. Hoe past de WEZ in deze ontwikkeling?

Antwoord

11a

Sinds de start van de operatie Marktwerking Deregulering en Wetgevingskwaliteit (MDW) heeft alle nieuwe regelgeving een toets op wetgevingskwaliteit ondergaan, voordat voorstellen bij het parlement worden ingediend. Ook andere maatregelen die kunnen bijdragen aan de kwaliteit van de regelgeving zijn hierbij betrokken. Zie de nota 'Wetgevingskwaliteitsbeleid en wetgevingsvisiteatie'.³⁰

Daarnaast is getracht binnen bestaande regelgeving marktwerking te introduceren, waar dit zou kunnen leiden tot een beter functioneren van de verschillende sectoren.

In periodieke voortgangsrapportages geven de ministers van Justitie en Economische Zaken inzicht in de stand van zaken van MDW-rapportages in voorbereiding en de voortgang bij de implementatie van aanbevelingen uit eerder MDW-rapportages. De meest recente implementatierapportage is op 1 juni 2001 aan de voorzitter van de Tweede Kamer gezonden.³¹ De algemene voortgangsrapportage van de MDW-operatie met daarin de onderwerpen voor de vierde tranche van MDW-II is op 25 juni 2001 aan de voorzitter van de Tweede Kamer aangeboden.³²

Een deel van de aanbevelingen uit MDW-rapporten die de gezondheidszorg raken vindt zijn neerslag in de voorstellen om het zorgstelsel te vernieuwen, zoals in de nota 'Vraag aan bod' van 6 juli 2001.³³ Daarin geeft het kabinet zijn visie op de noodzakelijke vernieuwingen in het zorgstelsel

Er zijn diverse rapportages tot stand gekomen, die specifiek over (delen van) de gezondheidszorg. Deze rapportages hebben geleid tot concrete voorstellen of er zijn voorstellen in voorbereiding. De rapportages waar ik hier op doel zijn:

1. Het standpunt op het rapport 'Het ziekenhuis ontketend' van mei 1996³⁴.
2. Het standpunt op het rapport 'Concurrentie en prijsvorming in de zorgsector' van 28 mei 1997³⁵.
3. Het rapport 'Het ziekenhuis, a human enterprise?'.³⁶
4. Brief met de eindrapportage van het traject MDW-ziekenhuiszorg (2e tranche).³⁷
5. Geneesmiddelen: MDW-werkgroep en Begeleidingscommissie geneesmiddelen (commissie-De Vries), resulterend in de brief met de nadere uitwerking van het programma van deregulering en instrumentering voor het geneesmiddelenbeleid.³⁸

³⁰ Kamerstuk 2000-2001, 27 475, nr. 1, Tweede Kamer

³¹ Kamerstuk 2000-2001, 24 036, nr. 219, Tweede Kamer

³² Kamerstuk 2000-2001, 24 036, nr. 223, Tweede Kamer

³³ Kamerstuk 2000-2001, 27855, nrs. 1 en 2, Tweede Kamer

³⁴ Kamerstuk 1995-1996, 24 036, nr. 21, Tweede Kamer

³⁵ Kamerstuk 1996-1997, 24 036, nr. 60, Tweede Kamer

³⁶ Kamerstuk 1997-1998, 24 036, nr. 75, Tweede Kamer

³⁷ Kamerstuk 1998-1999, 24 036, nr. 122, Tweede Kamer

6. De rapportage over wachttijden in de AWBZ.
7. Het MDW-rapport 'De ontvoogding van de AWBZ'.
8. De voorstellen tot modernisering van de AWBZ³⁹, waarin het kabinetsstandpunt op de onder 6 en 7 genoemde rapporten is uitgewerkt.
9. Het voorstel van Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ).⁴⁰
10. Notitie over de Wet tarieven gezondheidszorg: 'Speelruimte en verantwoordelijkheid'.⁴¹
11. Brief over het rapport 'Vouchers en persoonsgebonden budgetten' van de gelijknamige MDW-werkgroep.⁴²
12. De nota Positionering algemene ziekenhuizen.⁴³
13. Het rapport van de werkgroep die kijkt naar toetredingsbelemmeringen bij medische beroepen wordt in september 2001 verwacht.

De enige nieuwe loot aan de boom met regulerende instanties is het Regionaal Indicatie Orgaan (RIO). Doel van het RIO is de behoefte aan zorg binnen de AWBZ en de Wet voorzieningen gehandicapten (WVG) objectief en onafhankelijk vast te stellen en zo bij te dragen aan doelmatige zorg. De introductie van het RIO had echter nog een doel: vermindering van het aantal instanties en keuringen voor degenen die een beroep doen op hun wettelijke aanspraken. Zo werden de al bestaande indicatiestelling voor de thuiszorg en die voor de verzorgingshuizen en verpleeghuizen geharmoniseerd en geïntegreerd met de indicatiestelling in het kader van de WVG. Daardoor bleef er voor de klant bij de uitvoering van deze regelingen één loket. Dat geldt ook voor de gehandicaptenzorg.

Het zorgkantoor is feitelijk alleen een andere naam voor het al bestaande verbindingskantoor in de AWBZ.

In het kader van de deregulering kan over de Wtg worden opgemerkt dat steeds wordt gezien of de reikwijdte van de Wtg kan worden beperkt. Ook komend voorjaar wordt een wetsvoorstel naar de Tweede Kamer gezonden waarin een beperking van deze reikwijdte wordt voorgesteld. (Zie ook het antwoord op vraag 16 van de B-lijst bij mijn brief d.d. 6 juli 2001 aan de voorzitter van de vaste commissie voor VWS van de Eerste Kamer en de brief over dit onderwerp van 1 juni 2001 aan de voorzitter van de vaste commissie voor VWS van de Tweede Kamer, die ik u in kopie heb toegestuurd).

Deregulering is ook een van de doelstellingen van het wetsvoorstel Wet exploitatie zorginstellingen (WEZ), de beoogde opvolger van de WZV, dat op 29 maart jongstleden bij de Tweede Kamer is ingediend.⁴⁴ Het wetsvoorstel is ontworpen om de omslag van het centraal aanbodgestuurde systeem naar een decentraal vraaggericht systeem te begeleiden. De eerste maatregelen om in te grijpen in het planning- en bouwbeleid van de WZV dateren echter al uit het begin van de jaren negentig. In de memorie van toelichting bij het wetsvoorstel WEZ heb ik de voorgeschiedenis van dit wetsvoorstel geschetst. Niet alleen is een wetsvoorstel opgesteld om de WZV te herzien, de afgelopen jaren is ook de WZV zelf waar mogelijk gedereguleerd.

Vanaf het begin van de jaren negentig zijn er twee trajecten te onderscheiden die hebben geleid tot een verschuiving van verantwoordelijkheden op het terrein van de WZV. Enerzijds is de verantwoordelijkheid voor de realisatie van bouwinitiatieven van de (rijks- en provinciale) overheid verlegd naar de ziektekostenverzekeraars, waarbij het regime van provinciale planning is verlaten. Anderzijds is er een dereguleringstraject ingezet waarin de instelling centraal staat. Deze deregulering heeft, kort samengevat, inmiddels

³⁸ Kamerstuk 2000-2001, 24 124, nr. 111, Tweede Kamer

³⁹ Kamerstuk 1999-2000, 24 036, nr. 166, tevens 26631 nr. 1, Tweede Kamer

⁴⁰ Kamerstuk 2000-2001, 27 659, nr. 2 en 3, Tweede Kamer

⁴¹ Kamerstuk 1999-2000, 27 156, nr. 2, Tweede Kamer

⁴² Kamerstuk 2000-2001, 24 036, nr. 222, Tweede Kamer

⁴³ Kamerstuk, 1999-2000, 27 295, nr. 1, Tweede Kamer

⁴⁴ Kamerstuk 2000-2001, 27 659, nr. 2 en 3, Tweede Kamer

geresulteerd in een beperking van de reikwijdte van de WZV, een vereenvoudiging van procedures en in een vergroting van de eigen verantwoordelijkheid van de instelling voor instandhoudingsbouw.

Om met de reikwijdte van de WZV te beginnen meld ik, dat de WZV niet meer van toepassing is op de regionale instellingen voor beschermd wonen (RIBW's). Momenteel wordt een vergelijkbare verandering voor de kleinschalige woonvormen op het terrein van de gehandicaptenzorg voorbereid.

Om de procedures onder de WZV te vereenvoudigen, is de zogenoemde ingekorte procedure geïntroduceerd voor de meeste vergunningsplichtige bouwinitiatieven. Daardoor is het aantal goedkeuringsfasen in de besluitvorming teruggebracht van vier naar twee. Het verruimde, soms verplichte systeem van budgettair bouwen is hiervoor ook van belang. Daarbij is de instelling vrij om binnen het taakstellende budget het beoogde bouwinitiatief te realiseren.

Tot slot heeft vooral de verruiming van de eigen verantwoordelijkheid van instellingen voor instandhoudingsbouw een sterk deregulerend effect. Dergelijke bouw kan nu na een melding door de instelling zonder vergunning worden gerealiseerd, omdat de WZV-vergunningsplicht niet meer van toepassing is op instandhoudingsbouw. De zorginstellingen behoeven hun instandhoudingsinitiatieven nu niet meer ter beoordeling aan toetsende instanties voor te leggen. Daardoor kunnen die initiatieven sneller en meer naar eigen inzicht worden gerealiseerd.

De ervaringen met de meldingsregeling, zoals die gold tot medio jaren negentig, maakten het mogelijk de eigen verantwoordelijkheid van instellingen per 1 januari 1996 nog eens fors uit te breiden. Vanaf die datum mogen alle instandhoudingsinvesteringen, waarvoor middelen op grond van de WTG waren opgebouwd, worden gemeld en dus zonder vergunning worden gerealiseerd.

Bovendien wordt met ingang van 1 januari 2002 de reikwijdte van de meldingsregeling voor algemene ziekenhuizen in financiële zin uitgebreid van 50% tot 65% van de (vervangende) nieuwbouwwaarde, zoals ik heb aangekondigd in de nota 'Positionering algemene ziekenhuizen'.⁴⁵

In afwachting van de deregulering die met de inwerkingtreding van het wetsvoorstel WEZ kan worden bereikt, blijft deregulering binnen de WZV een actueel onderwerp. Binnenkort zal ik de Tweede Kamer informeren over de huidige stand van zaken. Ik zal u een kopie van deze brief sturen.

11b

In het algemeen merk ik op dat bij de wetgeving van de sociale ziektekostenverzekeringen, de tariefwetgeving en de planning- en bouwwetgeving, tegen de achtergrond van een nieuwe adviesstructuur van de rijksoverheid, ook een gewijzigde positionering is vastgelegd voor de top van de uitvoeringsstructuur van deze wetgeving. De herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur van de sociale verzekeringswetgeving is gefaseerd ingevoerd. Allereerst zijn op basis van de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid het College voor zorgverzekeringen (CVZ) per 1 juli 1999 en vervolgens het College tarieven gezondheidszorg (Ctg) en het College bouw zorgvoorzieningen (Cbz) per 1 januari 2000 opnieuw gepositioneerd. Deze herziening van de advies- en uitvoeringsstructuur is ingebed in een beleidsmatige context waarin twee uitgangspunten centraal staan: scheiding van de functies advies, overleg en uitvoering en herstel van het primaat van de politiek.

De uitvoeringsstructuur op dit terrein van het overheidsbeleid was op het moment waarop de herzieningsoperatie werd ingezet, een ingewikkeld geheel van verantwoordelijkheden, posities en belangen. Hoewel de uitvoering in formele zin behoorde tot de overheid, was deze materieel gepositioneerd tussen overheid en veld. Met de Wet uitvoeringsorganen volksgezondheid is een ontvlechting gerealiseerd. Daardoor neemt elke partij nu op grond van een duidelijke, vooraf omschreven

⁴⁵ Kamerstuk, 1999-2000, 27 295, nr. 1, Tweede Kamer

verantwoordelijkheid deel aan het besluitvormingsproces. Partijen die betrokken zijn bij de uitvoering van de zorg zoals (vertegenwoordigers van) aanbieders, verzekeraars of patiënten en consumenten hebben elk hun verantwoordelijkheid om doelmatige zorg te realiseren.

Zo'n transparante opzet draagt eraan bij dat het primaat daar komt te liggen waar het thuishoort, namelijk bij regering en parlement en dus bij de politiek. Tegen deze achtergrond is een nieuwe adviesstructuur vorm gegeven. Daarbij wordt een stelsel voorgestaan met slechts een beperkt aantal adviesraden, die zijn ingesteld op basis van de Kaderwet adviescolleges. Het CVZ, Ctg en Cbz beperken zich sindsdien tot de uitvoering van het zorgstelsel en vervullen geen adviserende taken meer. Deze ontvlechting heeft overigens niet geleid tot verstarring, bureaucratie en regulering, maar tot een heldere taakverdeling tussen overheid en uitvoeringsorganen. De nieuwe rol van de genoemde zelfstandige bestuursorganen moet zich nog verder uitkristalliseren. Zij zullen zich vooral toeleggen op het monitoren en signaleren van ontwikkelingen aan de minister van VWS. Zie bijvoorbeeld hoe het CVZ zijn taak invult om de doelmatigheid in de zorgverzekering te bevorderen. Het CVZ gaat activiteiten ontplooiën die de verzekeraars kunnen ondersteunen in de rol die zij daarbij spelen. Dit project is erop gericht het CVZ en de zorgverzekeraars nader tot elkaar te brengen om zo de kennis bij het CVZ optimaal beschikbaar en toegankelijk te maken voor de verzekeraars. Ook de opzet van de WEZ past hierin. De WEZ stelt de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing centraal. In beide compartimenten willen we verzekeraars en zorginstellingen meer ruimte geven om in te spelen op de zorgvraag. Meer ruimte voor verzekeraars en zorginstellingen betekent minder behoefteplanning en minder regulering door de overheid in een tempo dat verantwoord is. Ook de WEZ, die is ontworpen om de omslag van aanbodsturing naar vraagsturing te ondersteunen, past hierin.

Vraag 12

Waarom is de minister dan nog (jarenlang) bij het opstellen van de jaaroverzicht zorg uitgegaan van het toekennen van gelden aan zorgaanbieders en het zelfs ad hoc geven van extra gelden aan zorgaanbieders (verloskundigen, huisartsen, ambulances etc.)? Voorts zijn vrij recent nog maatregelen genomen gericht op aanbodsturing (b.v. poliklinische geneesmiddelen onder het ziekenhuisbudget) of heeft zij de regelgeving op een aantal terreinen niet verminderd (b.v. loslaten van de prijzen van het GVS).

Antwoord

In de Zorgnota's ligt het accent op de uitgaven die worden gedaan in de diverse zorgsectoren. Daaraan liggen diverse redenen ten grondslag.

Het financieringssysteem voor de zorg is nog steeds gebaseerd op aanbodsturing. Het BKZ sluit aan bij de kosten van het aanbod. Dit brengt met zich mee dat de politieke controle van het parlement hierop aangrijpt. Het parlement wenst immers per (deel)sector inzicht in de wijze waarop de (extra) financiële middelen worden besteed. Het ad hoc toekennen van extra gelden aan aanbieders hangt samen met zowel de besturingssystematiek als met de directe betrokkenheid van het parlement bij de inzet van financiële middelen.

Problemen binnen de sectoren belanden daardoor nog vaak op het bordje van de bewindslieden van het ministerie van VWS. Men verwacht van hen een oplossing (bijvoorbeeld kort geleden voor ambulances en verloskundigen). In een overgangssituatie van aanbod- naar vraagsturing is dit verklaarbaar.

Het bovenstaande neemt niet weg dat er ook binnen het huidige financieringssysteem in lokaal overleg tussen aanbieders en verzekeraars afspraken gemaakt kunnen worden over het volume (de productie) en de prijs (voorzover er maximumtarieven zijn).

Met het actieplan Zorg Verzekerd⁴⁶ zijn de verzekeraars en zorgkantoren bij de volumeontwikkeling in een leidende positie gebracht. Al eerder was dit gebeurd voor de

⁴⁶ Kamerstuk 2000-2001, 27488, nr. 1, Tweede Kamer

genees- en hulpmiddelen. Verzekeraars en zorgkantoren pakken hun nieuwe rol meer en meer op, onder andere op het terrein van de huisartsenzorg.
De zorgsector zit nu in een transitiefase naar een meer vraaggerichte sturing.

Aspecten die de komende tijd veel aandacht vragen zijn de verdere ontwikkeling van de verzekeraarsbudgettering (vergroting risicodragendheid), de aanpassing van de bekostigingssystematiek ziekenhuizen (invoering Diagnose Behandeling Combinatie's) en de modernisering van de AWBZ. Zolang het nieuwe instrumentarium niet volledig is geïmplementeerd kan de aanbodregulering nog niet geheel worden losgelaten. Daarom kunnen de prijsinstrumenten voor het geneesmiddelenbeleid, zoals het geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS), nu nog niet kunnen worden losgelaten. Dit is ook de mening van de commissie-De Vries, die in 1999 over het geneesmiddelenbeleid heeft geadviseerd in haar rapport 'Een helder recept'.

Vraag 13

In beginsel is het lange termijnbeleid van de minister gericht op deregulering en meer klantgerichtheid. Echter, op korte termijn blijken er steeds maatregelen te worden genomen die als het ware hier haaks op staan en met name de greep op de aanbodbeheersing versterken. Verwezen zij bijvoorbeeld naar het advies van de commissie De Vries 'Een helder recept' waarin dit t.a.v. de geneesmiddelen wordt verwoord.

Antwoord

In het antwoord op vraag 12 is al ingegaan op de spanning tussen korte-termijnbeleidsmaatregelen, die regelmatig aangrijpen bij de aanbodkant van de zorgsector en het lange-termijnbeleid, dat veel meer in de richting gaat van het vergroten van de vraaggerichtheid van het zorgstelsel, inclusief de daarbij behorende deregulering en versterking van de klantgerichtheid. Het rapport van de commissie-De Vries uit 1999, getiteld 'Een helder recept', heeft deze spanning voor de deelsector van de geneesmiddelen in klare taal geanalyseerd. De commissie heeft daarbij vastgesteld dat het korte-termijnbeleid voor de geneesmiddelen tegen zijn grenzen aanliep en het lange-termijnbeleid doorkruiste. De commissie kwam tot de aanbeveling om bij de geneesmiddelen daadwerkelijk werk te maken van gereguleerde marktwerking en daartoe de positie van verzekeraars aan de vraagzijde te verstevigen. De analyse en de aanbevelingen van de commissie-De Vries, alsmede enkele andere, in dezelfde periode uitgebrachte rapporten over de geneesmiddelensector, hebben het kabinet begin 2000 tot de conclusie gebracht dat er inderdaad een aantal fundamentele keuzen moest worden gemaakt. Een daarvan was de beslissing om het gegroeide - omvangrijke - gat te dichten tussen enerzijds de ramingen van de geneesmiddelenuitgaven, zoals die waren ingegeven door onder meer inschatting en vervolgens wenselijkheid van opbrengsten van ombuigingsmaatregelen, en anderzijds de feitelijke ontwikkeling van de uitgaven op dit terrein. Een andere was de beslissing om verzekeraars daadwerkelijk een veel grotere rol te geven bij het beïnvloeden en bepalen van de gang van zaken in de geneesmiddelensector. Daartoe is een fors programma van deregulering en toerusting van verzekeraars met geëigende beïnvloedingsinstrumenten (instrumentering) opgesteld en vervolgens in uitvoering genomen.

De eerstgenoemde beslissing heeft gezorgd voor het ontstaan van een veel betere uitgangspositie voor verzekeraars om met de geneesmiddelensector aan de slag te gaan. Dit geldt in het bijzonder voor de ziekenfondsen. Het macroverstrekkingsbudget voor de ziekenfondsen is met het oog op een reële raming van de geneesmiddelenuitgaven voor het jaar 2001 met bijna f 1 miljard verhoogd. Dit betekent dat de ziekenfondsen de financiële ruimte hebben om investeringen te doen in een goede aanpak van hun beleid om tot een doelmatige geneesmiddelenverstrekking en een beheerste kostenontwikkeling te komen, zonder dat daarvoor de nominale ziekenfondspremie zou hoeven te worden verhoogd. Sterker nog, tekorten op het onderdeel geneesmiddelen binnen de verstrekkingsbudgettering, die in voorgaande jaren nog moesten worden gedekt uit (opslagen op) de nominale ziekenfondspremie, zijn met ingang van 2001 goeddeels weggefallen. Particuliere verzekeraars krijgen - anders dan de ziekenfondsen - geen budgetten en moeten daarom te allen tijde hun werkelijke uitgaven voor geneesmiddelen dekken uit de opbrengsten van hun (nominale) premies.

De uitvoerders van publiekrechtelijke ziektekostenregelingen krijgen net zoals de particuliere verzekeraars géén budgetten. Ze hebben echter, anders dan particuliere verzekeraars, wel de mogelijkheid om stijgingen van de uitgaven voor geneesmiddelen te dekken uit de opbrengst van inkomensafhankelijke premieheffing.

Overigens blijft bij de huidige budgettaire beheersingssystematiek voor de geneesmiddelen het risico bestaan dat de komende jaren opnieuw verschillen groeien tussen de feitelijke uitgaven en eerdere ramingen. Heel belangrijk is hierbij de gekozen tijdschik van het beleid. Deregulering en het tot stand brengen van nieuwe instrumenten voor verzekeraars zijn taaie en langdurige processen. Dat geldt evenzeer voor gedragsveranderingen. De geneesmiddelenmarkt is een zeer moeilijke markt, met buitengewoon grote en goed behartigde financiële belangen. Verzekeraars moeten absoluut goed beslagen ten ijs komen, willen zij enige kans maken om met succes invloed uit te oefenen op het handelen van andere partijen op die markt en daarmee op de uitkomsten van die markt. Dat vergt een uitgesproken beleid, veel inspanning en ook veel tijd. Sinds de grote geneesmiddelenrapporten in 1998 en 1999 zijn uitgekomen, is er een duidelijke positieve ontwikkeling te constateren bij verzekeraars, maar er is tijd nodig voordat de effecten daarvan zichtbaar worden. Onderweg loert voortdurend het gevaar dat al zal worden geconcludeerd dat het lange-termijnbeleid gericht op vraagsturing is mislukt, voordat de noodzakelijke voorwaarden voor het succes van dat beleid goed en wel zijn vervuld. Daarin zie ik de grootste opgave van het beleid voor de komende periode: koersvastheid, vasthoudendheid en geduld, ook al zullen de korte-termijnresultaten van het beleid soms achterblijven bij datgene waar de kostenbeheersing - overigens terecht - om vraagt. Als dit lukt, kan de geneesmiddelensector een buitengewoon belangrijke voorbeeldwerking krijgen voor andere sectoren.

Vraag 14

Waarom heeft de minister niet consequenter aan haar langetermijnvisie vasthouden? Waarom heeft zij, indien de kostenbeheersing dit vergde, haar langetermijnbeleid niet herzien?

Antwoord

Vanaf mijn aantreden in 1994 is het mij steeds duidelijk geweest dat onafwendbaar op enig moment de overstap zou moeten worden gemaakt van aanbodsturing naar vraagsturing. Mijn langetermijn-beleid is daarop ook gericht geweest. Een basisvoorwaarde voor het welslagen van enig op vraagsturing gericht beleid heeft altijd gelegen bij een goed werkend systeem van normatieve, risicodragende financiering van verzekeraars. Dit was de reden waarom het eerste paarse kabinet, ondanks het beëindigen van de stelselwijziging conform de plannen van het kabinet-Lubbers III, is doorgegaan met het ontwikkelen van de risicodragende budgettering van ziekenfondsen. Dit moest voorzichtig en zeer geleidelijk gebeuren.

Enerzijds om het vertrouwen van de ziekenfondsen te behouden, en daarmee een proces van geleidelijke gedragsveranderingen bij de ziekenfondsen op gang te brengen en te houden. Anderzijds omdat de onbetwistbare noodzaak van strikte kostenbeheersing halverwege de jaren negentig het onmogelijk maakte om belangrijke instrumenten voor aanbodbeheersing zomaar los te laten, alleen maar om daarmee ruimte te scheppen voor verzekeraars. Zoals ook uit mijn antwoorden op eerdere vragen blijkt, is dit dilemma (veel kortetermijn-maatregelen aan de aanbodkant, gericht op kostenbeheersing, om op langere termijn juist ruimte te scheppen voor de overgang naar vraagsturing) het telkens terugkerende element bij de verklaring van schijnbare tegenstrijdigheden tussen langetermijnvisie en kortetermijn-beleidsmaatregelen. Toch heeft deze schijnbare tegenstrijdigheid zeker niet alleen negatieve kanten gehad. Omdat de omstandigheden dwongen tot zorgvuldigheid en geleidelijkheid in het beleid, heeft gedurende een reeks van jaren een situatie van betrekkelijke rust geheerst, waarin stapsgewijs vorm kon worden gegeven aan belangrijke verbeteringen in het systeem van zogenoemde

normuitkeringen uit de Algemene Kas aan de ziekenfondsen. Zonder spectaculaire elementen in die stapsgewijze vormgeving, is daarmee inmiddels wel aardig wat bereikt.

Het beleid voor de geneesmiddelen (zie het antwoord op vraag 13) had niet kunnen worden ingezet zonder deze ontwikkeling. Dat geldt ook voor de verantwoordelijkheden die ziekenfondsen op zich hebben genomen voor ziekenhuiszorg en specialistische hulp nadat het Actieplan Zorg Verzekerd in november 2000 is uitgekomen en het daarop gevolgde convenant met de ziekenhuizen en de nieuwe beleidsregels van het Ctg van januari 2001. Juist op deze terreinen, die tot voor kort als de moeilijkst door verzekeraars te beïnvloeden onderdelen van de curatieve zorg werden beschouwd, is nu sprake van belangrijke vernieuwende activiteiten van de kant van de ziekenfondsen. Dat beschouw ik als een zeer gunstige uitkomst van het beleidsproces van de afgelopen jaren. Ook zijn er nu veranderingen aan de orde bij de huisartsenzorg die zich in hoog tempo voltrekken. Het zou naar mijn stellige overtuiging niet juist zijn geweest om in die periode het noodzakelijke kostenbeheersingsbeleid ondergeschikt te maken aan een consequent doorvoeren van mijn langetermijnvisie. Evenmin zou het juist zijn geweest om die langetermijnvisie op te offeren of aan te passen in verband met schijnbare tegenstrijdigheid met het kostenbeheersingsbeleid op korte termijn.

Vraag 15

De invoering van de onafhankelijke indicatiestelling werd ingegeven door het gegeven dat zorgaanbieders bij indicatiestelling keuzen moesten maken vanwege de schaarste. Ware het niet beter geweest toen reeds te onderkennen dat meer geld een betere reactie zou zijn geweest dan tientallen miljoenen over te hevelen naar de Gemeenten voor inrichting van een bureaucratisch systeem, met als gevolg dat er nu wachtlijsten voor indicatie zijn ontstaan.

Antwoord

Omdat er voor de verschillende zorgvormen afzonderlijke loketten bestonden kwam niet iedereen op de goede plaats terecht. Daarom leefde (Tweede-) Kamerbreed de wens te komen tot één integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling. Deze wens kon bovendien rekenen op zeer brede steun vanuit de cliëntenorganisaties. Alleen de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT) had bezwaren.

De introductie van één integrale, objectieve en onafhankelijke indicatiestelling is bovendien een belangrijke voorwaarde om de omslag van een in essentie aanbod gestuurd systeem naar een in essentie vraaggestuurd systeem te maken. In een vraaggestuurd systeem met een verzekeringskarakter is een onafhankelijke indicatiestelling onontbeerlijk. Er zijn middelen overgeheveld van de zorgaanbieders naar de indicatieorganen, vanuit de gedachte dat het geld dat door de zorgaanbieders aan indicatiestelling werd besteed, het werk moest volgen.

Het opzetten van een sluitend netwerk van Regionale Indicatie Organen (RIO's) is een omvangrijke en ingewikkelde operatie geweest. Dat, maar ook de overname van werkvoorraden van zorgaanbieders, heeft geleid tot achterstanden bij de indicatiestelling. Deze achterstanden worden op dit moment ingelopen. Over de resultaten van de vorig jaar ingezette inhaalslag is in mei 2001 door het bureau Hoeksma, Homans en Menting gerapporteerd. De belangrijkste resultaten in het rapport waren:

- Op 15 mei 2000 hadden 78 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 7.819 aanvragen.
- Op 1 november 2000 hadden 10 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 2.488 aanvragen.
- Op 1 maart 2001 hadden 3 (van de 85) RIO's een achterstand van in totaal 820 aanvragen.

We zien dus zowel de achterstanden in totaal afnemen (van 7.819 naar 820), als het aantal RIO's dalen dat verantwoordelijk is voor die achterstanden (van 78 naar 3). Het gaat hier om gemiddelde verwerkingstijden. Het is dus niet zo dat er niet meer dan 820 klanten zijn die langer dan de wettelijke termijn van zes weken wachten op een indicatiebesluit. Overigens zijn er bij de RIO's uiteraard spoedprocedures voorhanden voor urgente zorgvragen. In de praktijk zal dit betekenen dat spoedaanvragen direct worden afgehandeld en aanvragen voor verzorgingshuiszorg langer blijven liggen.

IV .Verzekeringskarakter

Vraag 16

Zowel de Ziekenfondswet en de AWBZ zijn verzekeringen. De burger betaalt premie en heeft vervolgens recht op zorgproducten indien hij deze nodig heeft. Door de aanbodsturing is de premievaststelling sluitstuk geworden voor de exploitatie van de zorgaanbieders. Wordt daarmee niet het verzekeringskarakter miskend? De omslag die nu ingang gezet wordt, is de verzekeraars meer verantwoordelijkheid te geven en te budgetteren zodat de aanbodsturing kan worden losgelaten. Echter, de budgettering van ziekenfondsen is al enige jaren van kracht en met uitzondering van de vaste kosten van ziekenhuizen volledig.

Antwoord

De spanning tussen de voor zorg beschikbare budgetten bij ziekenfondsen en de op grond van aanspraken van verzekerden door hen te contracteren zorg is de afgelopen jaren opgelopen. (Zie ook het algemeen deel van mijn antwoord op vraag 6). Die spanning is in het algemeen zelfs onvermijdelijk. Er moet nu eenmaal te allen tijde aan verschillende doelstellingen tegelijkertijd worden voldaan: enerzijds is een sociale ziektekostenverzekering met algemeen geldende aanspraken voor de verzekerde burger een groot en steeds te verdedigen maatschappelijk goed, anderzijds is een goed stelsel van sociale ziektekostenverzekeringen alleen te handhaven bij een gezonde economische ontwikkeling en is die economische ontwikkeling - maar ook de toegankelijkheid van de verzekering voor de burger - gebaat bij het betaalbaar blijven van het verzekeringsstelsel. Het kan dus niet anders dan dat er zekere grenzen worden gesteld aan wat er binnen een systeem van algemeen geldende aanspraken mogelijk is bij het gebruik maken van de zorg. We zien dit ook in andere Europese landen. De afgelopen decennia zijn die grenzen in Nederland in sterke mate gesteld door middel van regulering van het zorgaanbod, vooral in de vorm van budgettering. De komende jaren zullen meer in het teken staan van het inbouwen van zodanige prikkels aan de vraagzijde dat de zorg beheerst en doelmatig wordt gebruikt. Noch het huidige kabinet, noch een van zijn voorgangers heeft ooit bedoeld om zover te gaan dat het verzekeringskarakter van de AWBZ of de Ziekenfondswet werd ontkend. Vanzelfsprekend is het een teken aan de wand als er uitspraken van rechters aan te pas moeten komen om de rechten van verzekerde burgers op geïndiceerde zorg binnen een redelijke termijn nog eens ondubbelzinnig vast te stellen. Het huidige kabinet heeft daarin aanleiding gezien om in het Actieplan Zorg Verzekerd van 6 november 2000⁴⁷ het verzekeringskarakter van de AWBZ en de Ziekenfondswet als politiek uitgangspunt nogmaals te onderstrepen.

Inderdaad is het de bedoeling om de verzekeraars - maar ook de zorgaanbieders en de verzekerden zelf - meer verantwoordelijkheid te geven en om de aanbodsturing geleidelijk los te laten. De wijze waarop de verzekeraars worden gefinancierd dient daarbij zó te zijn dat zij effectief worden geprikkeld om zich in het belang van hun verzekerden te richten op het zo doelmatig en effectief mogelijk inkopen en organiseren van de voor die verzekerden noodzakelijke zorg. Bij de ziekenfondsen is er op dit terrein de afgelopen jaren al het nodige tot stand gebracht. Toch is de opbouw van het systeem van risicodragende budgettering van de ziekenfondsen zeker niet al volledig (zo is er nog een flink aantal correctiemechanismen ingebouwd), al worden de contouren van het uiteindelijke financieringsmodel wel steeds duidelijker. Bovendien hebben de opbouw van het budgetteringssysteem enerzijds en het loslaten van aanbodregulering anderzijds tot nu toe niet geheel gelijke tred met elkaar gehouden.

Er wordt intensief onderzocht welke veranderingen aan de aanbodkant van de zorg het grootste effect opleveren bij het op verantwoorde wijze overhevelen van financiële verantwoordelijkheid van de overheid naar de ziekenfondsen. De belangrijkste ontwikkelingen hebben zich hier tot nu toe voorgedaan - en zijn nog gaande - op het terrein van de geneesmiddelen (zie het antwoord op vraag 14).

⁴⁷ Kamerstuk 2000-2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer

Daarnaast laat de bestaande regelgeving veel meer ruimte aan verzekeraars en zorgaanbieders om met elkaar tot afspraken te komen over budget- en tariefsystemen dan zij zich lange tijd zelf bewust waren. Daardoor is pas relatief kortgeleden op een aantal terreinen beweging gekomen, onder andere de huisartsenzorg. Ook belangrijk en zeer recent is de ontduoing van het aantal specialistenplaatsen in ziekenhuizen en het scheppen van ruimte in de Ctg-beleidsregels voor de ziekenhuizen. Op grond daarvan ontstaat er voor het eerst een werkelijk speelveld voor onderhandelingen tussen ziekenfonds en ziekenhuis over de productie in het ziekenhuis. Als dit binnenkort (streefdatum: 1 januari 2002) kan worden gecombineerd met zodanige veranderingen in de zogenoemde vast-variabel-systematiek bij het onderdeel ziekenhuiskosten van de ziekenfondsbudgettering, ontstaan daadwerkelijk de trekken in het financieringsstelsel te komen die mij voor ogen staan. De verschillen tussen de met het ziekenhuis afgesproken productie en de feitelijk gerealiseerde productie voor het ziekenfonds worden dan niet langer nagecalculeerd als vaste kosten. Ik blijf er overigens op wijzen dat het hier om grote en ingrijpende systeemveranderingen gaat die aanpassingstijd vergen voor de betrokken partijen. Op dezelfde wijze kunnen er nog geen conclusies worden getrokken over de effectiviteit van de ziekenfondsbudgettering zolang de bijbehorende veranderingen aan de aanbodzijde niet afgerond zijn.

Vraag 17

- a. Kan de minister een overzicht geven van de beleidsmaatregelen die de afgelopen 10-15 jaar zijn genomen en korte tijd later weer zijn ingetrokken of ongedaan gemaakt? Bedoeld worden hier maatregelen in de sfeer van de eigen bijdragen, beperkingen in het pakket, overheveling van verstrekkingen tussen AWBZ en Ziekenfondswet, eigen risico etc.
- b. Kan een overzicht gegeven worden van de daarmee gepaard gaande perceptiekosten?

Antwoord 17a

De belangrijkste beleidsmaatregelen die de afgelopen tien tot vijftien jaar zijn genomen en weer zijn teruggedraaid, zijn maatregelen die pasten bij de voornemens van het kabinet-Lubbers III om de AWBZ uit te bouwen tot een basisverzekering. Daartoe werden de geneesmiddelenvoorziening, de hulpmiddelenvoorziening, de ambulante geestelijke gezondheidszorg en het eerste jaar verblijf in het psychiatrisch ziekenhuis, de revalidatie, de audiologische hulp en de erfelijkheidsadvisering overgeheveld van de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen naar de AWBZ.

Kort na het aantreden van Paars I werd als uitwerking van het regeerakkoord⁴⁸ teruggekeerd naar de oorspronkelijke opzet van de AWBZ: de AWBZ gericht op onverzekerbare risico's en voorzieningen voor langdurige zorg. In dat verband zijn de geneesmiddelenvoorziening, de hulpmiddelen, en het verblijf korter dan één jaar in een revalidatie-instelling weer onder de Ziekenfondswet en de particuliere ziektekostenverzekeringen gebracht. Ook de ingevoerde nominale premie in de AWBZ, de reservevorming bij de AWBZ-uitvoeringsorganen, de knip in de thuiszorg en een algemeen systeem van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet werden teruggedraaid.

In de Ziekenfondswet zijn de - in 1989 ingevoerde - nominale kinderpremies weer afgeschaft en is een systeem van algemene eigen bijdragen dat was ingevoerd in 1997, weer afgevoerd in 1999, zie ook hierna.

Daarnaast zijn er maatregelen voorbereid op basis van het rapport van de commissie-Dunning, die niet allemaal de politieke eindstreep hebben gehaald. Evaluatie van wel genomen maatregelen leidde er soms toe, dat deze op een later moment werden aangepast of teruggedraaid.

⁴⁸ Kamerstuk 1993-1994, 23 715, nr. 11, Tweede Kamer

Bijvoorbeeld zijn de aanspraken op het terrein van de fysiotherapie (lijst van chronische aandoeningen) aangepast en is de verwijdering van de volledige gebitsprothese uit het verzekerde pakket van de Ziekenfondsverzekering met ingang van 1 januari 1997 weer teruggedraaid. De ongewenste gevolgen van de maatregelen hebben het kabinet daartoe doen besluiten⁴⁹.

Wat verder terug in de geschiedenis was er de medicijnenknaak voor ziekenfondsverzekerden. Deze is per 1 januari 1990 weer afgeschaft.

De belangrijkste invalshoek van Paars I was 'werk, werk en nog eens werk'. Om dat mogelijk te maken hebben alle maatschappelijke sectoren daaraan bijgedragen, mede op basis van het draagvlak bij sociale partners.

Invoering van een eigen risico op basis van het regeerakkoord van Paars I is in dat kader wel overwogen, zie de nota 'Zorg in het regeerakkoord' van 20 maart 1995⁵⁰, maar uiteindelijk heeft het kabinet daarvan afgezien. Als alternatief heeft het kabinet, analoog aan de door het Instituut Ziektekostenverzekering Ambtenaren (IZA) gehanteerde systematiek, voorstellen gedaan om een systeem van eigen bijdragen in te voeren in de Ziekenfondswet⁵¹. Deze voorstellen hebben er na uitvoerig overleg met de Tweede Kamer toe geleid dat per 1 januari 1997 een algemene eigen bijdrage in de Ziekenfondswet werd ingevoerd. De evaluatie van de systematiek door de Ziekenfondsraad en de veranderde budgettaire omstandigheden hebben ertoe geleid, dat in het regeerakkoord van Paars II werd vastgelegd deze eigen bijdrage te laten vervallen.

Op het terrein van de AWBZ bestonden uiteenlopende regelingen voor eigen bijdragen, die onder Paars I zijn geharmoniseerd. Daarmee werd het aantal eigen bijdragen teruggebracht tot drie:

- de eigen bijdragen thuiszorg;
- de lage eigen bijdragen intramurale voorzieningen;
- de hoge eigen bijdrage intramurale voorzieningen.

Een uitvoerig overzicht van het geheel van eigen betalingen is te vinden in hoofdstuk 9 van het JOZ 1999⁵².

17b

Er is geen specifiek onderzoek gedaan naar de perceptiekosten. Wel is duidelijk dat de uitbreiding van de AWBZ en het deels terugdraaien van die maatregel kostengevolgen heeft gehad voor zorgaanbieders en verzekeraars. In het 'Tweede evaluatierapport invoering eigen bijdrage Ziekenfondswet' komt de Ziekenfondsraad op basis van een gehouden enquête tot de conclusie dat de structurele *uitvoeringskosten* uitkomen op een bedrag tussen de f 55,8 en f 60,0 miljoen.

Vraag 18

Door de scheiding van beheerskosten en verstrekkingenkosten bij ziekenfondsen was extra investering door ziekenfondsen (mankracht, en dus verhoging van de beheerskosten) in de doelmatigheid van het zorgaanbod niet erg aantrekkelijk omdat doelmatigheidswinst terugvloeyde naar de centrale kas. Ook de invoering van de zogenaamde flexiregeling verliep zeer bureaucratisch.

Onlangs is de regeling maximering reserves ziekenfondsen, beleggingsvoorschriften ingevoerd en de regelgeving voor ziekenfondsen is alleen maar toegenomen. In hoeverre zijn de mogelijkheden met betrekking tot het maatschappelijk ondernemerschap van ziekenfondsen niet systematisch ondergraven?

⁴⁹ Kamerstuk 1996-1997, 24 124, nr. 58, Tweede Kamer

⁵⁰ Kamerstuk 1994-1995, 24 124, nrs. 1-2, Tweede Kamer

⁵¹ Kamerstuk 1995-1996, 24 678, nr.1, Tweede Kamer

⁵² Kamerstuk 1998-1999, 26 204, nrs. 1-2, Tweede Kamer

Antwoord

Op de budgetten die ziekenfondsen ontvangen om hun beheerskosten te financieren vindt geen nacalculatie plaats met de Algemene Kas. Dat betekent niet alleen dat investeringen die ziekenfondsen doen om doelmatigheid in het beheer na te streven voor hun eigen rekening komen, maar ook dat doelmatigheidswinsten die hiermee worden behaald ten gunste komen van het ziekenfonds zelf. Het is de bedoeling dat ook doelmatigheidswinsten op het terrein van de (variabele kosten van) verstrekkingen op termijn geheel ten gunste komen van het ziekenfonds zelf. Afhankelijk van de toename van de kwaliteit van het verdeelmodel dat wordt gehanteerd in de verstrekkingenbudgettering en het uitbreiden van het instrumentarium waarover ziekenfondsen kunnen beschikken om hun kosten te beheersen, zal de mate van financiële risicodragendheid voor ziekenfondsen kunnen toenemen.

De flexizorgregeling bestaat inmiddels enkele jaren en is in de loop van haar bestaan aangepast. Dit om te voorkomen dat de financiering van zorgvernieuwing een belemmering vormt voor vernieuwende initiatieven.

Het valt niet te ontkennen dat de flexizorgregeling een ongelukkige start heeft gekend met - achteraf gezien - onnodig zware bureaucratische vereisten. Hoewel de regeling in latere jaren in aanzienlijke mate is verbeterd en vereenvoudigd, is het effect ervan uiteindelijk nooit helemaal geworden wat ervan werd verwacht. Daarmee kan deze regeling dienen als een voorbeeld van goedbedoeld, maar niet helemaal geslaagd beleid. In de praktijk zijn de bedoelingen achter de flexizorgregeling overigens in belangrijke mate gerealiseerd via de mogelijkheden die de beleidsregels zorgvernieuwing van het Ctg bleken te bieden. Hoewel dit voorbeeld duidelijk maakt dat het pad naar maatschappelijk ondernemerschap niet over rozen gaat, kan ik de suggestie niet onderschrijven dat de mogelijkheden voor de ziekenfondsen systematisch zijn ondergraven. Zowel de instrumentele als de financiële armslag van ziekenfondsen is stapsgewijs uitgebreid, waardoor zij hun rol als maatschappelijk ondernemer steeds beter inhoud kunnen geven. Een van de randvoorwaarden die daarbij is gesteld, is dat ongewenste reservevorming dient te worden voorkomen. De regeling maximering reserves ziekenfondsen is in het leven geroepen om een signaal af te geven aan ziekenfondsen dat ongebreidelde vorming van reserves niet wenselijk wordt geacht. De beleggingsvoorschriften zijn bedoeld om te waarborgen dat ziekenfondsen de aanwezige reserves renderend doch risicomijdend beleggen.

Vraag 19

Wat is nu precies de verhouding van de minister tot de ziektekostenverzekeraars? Heeft zij voldoende middelen om beleid te voeren, terwijl in feite 80% van alle kosten van gezondheidszorg via de ziektekostenverzekeraars loopt?

Antwoord

De minister van VWS heeft een indirecte verhouding tot de ziektekostenverzekeraars. Bovendien hangt die verhouding af van de categorie verzekeraars. Er zijn drie categorieën: de ziekenfondsen, de uitvoerende instellingen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren en de particuliere verzekeraars. Verzekeraars uit deze drie categorieën voeren zowel de eerste compartimentsverzekering (AWBZ) uit als een tweede compartimentsverzekering (curatieve zorg). De AWBZ is een wettelijke verzekering, zodat alle ziektekostenverzekeraars uitvoerder zijn van tenminste één wettelijke sociale ziektekostenverzekering. In het tweede compartiment is de zaak ingewikkelder. De ziekenfondsen voeren de Ziekenfondswet (Zfw) uit - eveneens een wettelijke sociale ziektekostenverzekering. De uitvoeringsorganen van de publiekrechtelijke ziektekostenregelingen voor ambtenaren (IZR, IZA en DGVP) voeren regelingen uit die voortkomen uit de regeling van de arbeidsvoorwaarden van personeel dat werkzaam is bij bepaalde overheids- en semi-overheidsorganen (provincies, gemeenten, politie, openbare nutsbedrijven en dergelijke). Hun taken zijn niet wettelijk geregeld en zij vallen formeel niet onder de verantwoordelijkheid van de minister van

VWS, maar onder die van de minister van BZK. De particuliere ziektekostenverzekeraars bieden op de vrije markt particuliere ziektekostenverzekeringen aan.

Dit zijn schadeverzekeringen, die niet vallen onder enige wettelijke regeling waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is. Wel vallen zij onder de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993 (Wtv 1993), die onder de verantwoordelijkheid van de minister van Financiën valt. Daarnaast voeren particuliere ziektekostenverzekeraars de Wet op de toegang tot ziektekostenverzekeringen 1998 (Wtz 1998) en de Wet medefinanciering oververtegenwoordiging oudere ziekenfondsverzekerden (Wet MOOZ) uit. De Wtz 1998 valt onder de gezamenlijke verantwoordelijkheid van de ministers van VWS, Financiën en EZ, de Wet MOOZ onder die van de ministers van VWS, Financiën, EZ en SZW. De AWBZ, de Zfw en de Wtz 1998 bevatten voorschriften voor de kring van verzekerden voor de verzekeringen die onder die wetten vallen en leggen de aanspraken van de verzekerden vast. De publiekrechtelijke ziektekostenregelingen kennen ook regels op deze punten. Die liggen evenwel niet op wetsniveau vast. Voor particuliere verzekeringen gelden dergelijke voorschriften niet. De AWBZ en de Zfw bevatten daarnaast voorschriften voor de toelating van verzekeraars. Ook bevatten ze voorschriften voor de wijze waarop de verhoudingen met de zorgaanbieders moeten zijn geregeld, en de wijze waarop de zorg aan de verzekerden moet worden geleverd (toelatingsvoorwaarden, contracteerplicht, zorg in natura, te leveren op basis van verplichte overeenkomsten met zorgaanbieders). De publiekrechtelijke regelingen en de particuliere verzekeringen (zowel het vrije marktdeel als het Wtz-deel) kennen dergelijke voorschriften niet. Tot zover het directe instrumentarium van de minister van VWS ten opzichte van de ziektekostenverzekeraars. Dit instrumentarium wordt vooral gehanteerd om de structuur van het stelsel van ziektekostenverzekeringen vast te leggen en te bewaken. De inzet van de betreffende instrumenten is betrekkelijk stabiel. Er wordt met deze instrumenten in het algemeen geen korte termijnbeleid gevoerd.

Dat laatste gebeurt veel meer met indirecte beleidsinstrumenten, zoals die zijn vervat in wetten als de Wtg en de WZV. Deze wetten richten zich niet op de zorgverzekeraars maar op de aanbieders van zorg. Aanbieders mogen bijvoorbeeld ten laste van verzekeraars geen tarieven in rekening brengen die niet overeenkomstig de regels van de Wtg zijn vastgesteld. Voor zorginstellingen gelden budgetten die eveneens op grond van de regels van de Wtg tot stand komen. Een zorginstelling kan weliswaar op korte termijn meer of minder zorg produceren en bij verzekeraars in rekening brengen dan in overeenstemming is met het vastgestelde budget, maar in latere jaren worden de verschillen steeds weggewerkt. De minister van VWS kan invloed uitoefenen op de tarieven en budgetten van zorgaanbieders door middel van de bevoegdheid tot goedkeuren of afkeuren van beleidsregels die het Ctg vaststelt ter uitvoering van de Wtg en door de bevoegdheid aanwijzingen te geven aan het Ctg. Beide bevoegdheden worden gebruikt om te bereiken dat de totale kosten van het zorgaanbod binnen bepaalde, vooraf vastgestelde kaders blijven. Om een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven te bereiken is de afgelopen vijftien jaar intensief van deze indirecte beleidsinstrumenten gebruikt gemaakt. Hetzelfde geldt in zekere mate voor de WZV. Investerings voor instandhouding en nieuwbouw van zorginstellingen konden niet plaatsvinden zonder een vergunning op grond van de WZV. Een vergunning kon slechts worden verkregen als de gewenste investering paste in een vooraf vastgesteld plan en als de gevolgen daarvan voor de zorguitgaven waren getoetst aan vooraf vastgestelde financiële kaders. Er heeft de laatste jaren een aanzienlijke deregulering plaatsgevonden op het terrein van de WZV. Vooral met betrekking tot instandhoudingsbouw is inmiddels veel aan de zorginstellingen zelf overgelaten (zie ook het antwoord op vraag 11b). Voor grote infrastructurele investeringen in nieuwbouw gelden de regels van de WZV echter nog altijd. Kort samengevat draagt de WZV zorg voor het aanbod van de voorzieningen en de Wtg voor de tarieven. Door deze mechanismen is de zorg feitelijk een gebudgetteerde sector.

Met de genoemde indirecte beleidsinstrumenten zijn sinds halverwege de jaren tachtig van de vorige eeuw goede resultaten geboekt bij de beheersing van de uitgavenontwikkeling. Dit geldt overigens niet voor alle onderdelen van de zorgsector. Bijvoorbeeld bleek bij de geneesmiddelen behoefte te ontstaan aan andere beleidsinstrumenten om de jaarlijkse uitgavengroei binnen zekere grenzen te houden. De Wtg heeft in deze sector slechts betrekking op de tarieven van de apotheekhoudende. De internationale farmaceutische industrie is in deze sector echter de aanbieder en degene die de marktprijzen dicteert. Teneinde de prijzen in Nederland op een gemiddeld internationaal niveau te krijgen zijn het Geneesmiddelenvergoedingssysteem (GVS) en de Wet geneesmiddelenprijzen tot stand gebracht. Dit instrumentarium heeft ertoe bijgedragen dat de uitgavengroei voor geneesmiddelen in Nederland naar internationale maatstaven relatief bescheiden is gebleven, ook al is de daarmee beoogde beheerste uitgavenontwikkeling slechts ten dele gelukt.

Het bijzondere aan wetten als de Wtg, WZV en de Wet geneesmiddelenprijzen is, dat ze dwars over alle verzekeringssectoren heen werken, en niet alleen ten behoeve van de sociale ziektekostenverzekeringen, waarop zich de *directe* overheidsinvloed richt. Doordat de beleidsinstrumenten op grond van deze wetten aangrijpen bij het zorgaanbod, werken de effecten ervan in gelijke mate door in de particuliere, publiekrechtelijke en sociale ziektekostenverzekeringen.

Toen deze wetten tot stand kwamen werd de vraag naar de rechtvaardigingsgronden voor hun werking op onderdelen van het verzekeringssysteem die niet tot het publieke domein behoren, niet prominent gesteld. Tegenwoordig ligt dat anders. Nu staan de te waarborgen publieke belangen veel meer voorop bij het beoordelen van de rechtvaardiging van overheidsingrijpen in de uitkomsten van op grond van het Europese recht in beginsel vrije markten. Ik verwacht dat het belang van een zorgvuldige afweging van wat de overheid, gegeven een bepaalde inrichting van het stelsel van ziektekostenverzekeringen, wel en niet kan of mag reguleren, de komende jaren alleen nog maar verder zal toenemen. Dit betekent ook dat een scherpe afbakening van voor de zorgsector te borgen publieke belangen steeds meer nadruk zal krijgen.

Ik besteed nog graag aandacht aan andere redenen dan het waarborgen van een beheerste uitgavenontwikkeling om met directe dan wel indirecte beleidsinstrumenten in te grijpen in de zorgsector. Opvallend vaak is de afgelopen twee decennia gebleken dat de structuur en het functioneren van de particuliere verzekeringsmarkt aanleiding vormden voor overheidsingrepen in de kring van verzekerden van de Zfw en de Wtz alsmede in het toepassingsgebied van de Wtg. Ik noem de problemen bij het waarborgen van betaalbare premies voor particulier verzekerde ouderen en kleine zelfstandigen met lage inkomens en voor studenten met verhoogde ziekterisico's. Telkens komt bij dit soort vraagstukken naar voren dat het niet de ontwikkelingen in de sociale ziektekostenverzekeringen zijn, maar juist die in de particuliere verzekeringen, die dwingen tot overheidsingrijpen over de boeg van de sociale ziektekostenverzekeringen. Met enige regelmaat komt het voor dat er behoefte bestaat om bepaalde problemen in de zorgsector binnen een landelijke structuur op te lossen en dan zó, dat alle verzekeringssectoren naar evenredigheid een bijdrage leveren aan de financiering daarvan. De dualiteit van het verzekeringsstelsel leidt daarin meestal tot complicaties. Het is niet in de laatste plaats om dit soort redenen dat het kabinet in de nota Vraag aan bod heeft aangegeven te willen komen tot één uniforme verzekeringsstructuur, waarbinnen een goed evenwicht bestaat tussen de publieke belangen die de overheid wenst te waarborgen, de beleidsinstrumenten die in het belang daarvan moeten kunnen worden ingezet en de structuur die daartoe aan het verzekeringssysteem wordt gegeven.

Vraag 20

Is de minister van mening dat de ziektekostenverzekeraars voldoende hun best doen voor 'gepast gebruik' en voor een goed reilen en zeilen van (vraag en aanbod in) de gezondheidszorg?

Antwoord

Het instrument bij uitstek om gepast gebruik en een goed reilen en zeilen van de gezondheidszorg te bevorderen is de overeenkomst. De toenmalige Commissie toezicht uitvoeringsorganisatie heeft een thematisch onderzoek verricht naar de sturing door overeenkomsten. Daaruit blijkt dat van dit instrument een wisselend gebruik wordt gemaakt. Sommige zorgverzekeraars bereiken meer resultaat dan andere. Ook de inzet van het gebruik van het instrument van de overeenkomst is verschillend. De commissie constateert dat het gebruik van dit instrument nog verbetering behoeft.

Overigens behoeft het gebruik van de term 'zorgverzekeraars' in dit verband wel verduidelijking. Op dit moment zijn het alleen de ziekenfondsen die overeenkomsten sluiten met aanbieders, waarmee ze de mogelijkheid hebben afspraken te maken over doelmatigheid en gepast gebruik. Particuliere verzekeraars sluiten geen overeenkomsten. Zij betalen rekeningen en houden zich op basis van de zorgverzekering in het algemeen niet bezig met het optimaal organiseren van de match tussen vraag en aanbod in de zorg. In het nieuwe zorgstelsel dat het kabinet voor ogen staat, zal dit veranderen. Alle zorgverzekeraars die de beoogde nieuwe zorgverzekering willen uitvoeren, zullen daartoe overeenkomsten moeten sluiten met zorgaanbieders

Zoals het kabinet onder meer heeft aangegeven in de brieven over modernisering van de curatieve zorg en modernisering van de AWBZ, dient de zorg zich van een aanbodregelend stelsel te ontwikkelen tot een vraaggericht systeem. Zorgverzekeraars spelen bij die ontwikkeling een essentiële rol. Het kabinet is de mening toegedaan dat zorgverzekeraars de verantwoordelijkheid dienen te nemen voor de sturing van de zorg. Zowel in de richting van de aanbieders als in de richting van de verzekerden dient deze verantwoordelijkheid tot uitdrukking te komen. Overigens is er ook een zekere wisselwerking. Zorgverzekeraars kunnen deze rol alleen oppakken als zij over de daartoe noodzakelijke instrumenten beschikken. Zorgverzekeraars ondervinden nu nog belemmeringen bij het uitvoeren van hun taken op dit gebied. Daarom wordt onderzocht op welke wijze dergelijke belemmeringen weggenomen kunnen worden. Hier volgen enkele voorbeelden.

Het huidige overeenkomstenstelsel gaat uit van contracteerplicht voor instellingen en van uitkomsten van overleg als basis voor de individuele overeenkomsten. Deze collectieve elementen in het overeenkomstenstelsel vormen in zekere mate een beletsel voor de ontwikkeling van ons zorgstelsel naar een meer vraaggericht systeem. Deze collectieve elementen leiden er niet toe dat zorgverzekeraars en aanbieders daadwerkelijk de overeenkomst gebruiken als instrument voor de bevordering van doelmatigheid, kwaliteit en zorg op maat.

Voor de zorg wijs ik bijvoorbeeld op de nota 'Zicht op zorg' (Plan van aanpak modernisering AWBZ)⁵³, de brief van 24 oktober 2000⁵⁴ welke een nadere uitwerking bevat van het programma van deregulering en instrumentering van het geneesmiddelenbeleid, de brief van 28 januari 2000⁵⁵, waarin actieprogramma voor het toekomstige hulpmiddelenbeleid is opgenomen, de brief van 6 november 2000⁵⁶, waarmee het Actieplan Zorg Verzekerd werd aangeboden.

Uit al deze beleidsstukken blijkt dat we er nog niet zijn. Zorgverzekeraars zullen nog meer invulling moeten geven aan hun nieuwe rol. Dat willen ze ook. Het ministerie van VWS kijkt op welke wijze belemmeringen kunnen worden weggenomen in de uitvoering van de taak van de verzekeraars.

⁵³ Kamerstuk 1998-1999, 26 631, nr.1, Tweede Kamer

⁵⁴ Kamerstuk 1999-2000, 24 036, nr.101, Tweede Kamer

⁵⁵ Kamerstuk 1999-2000, 24 124, nr. 100, Tweede Kamer

⁵⁶ Kamerstuk 2000-2001, 27 488, nr. 1, Tweede Kamer

V. Arbeidsmarkt/personeelstekorten

Vraag 21

- a. Deelt de minister de opvatting dat het ontstaan van een tekort aan werkers(sters) in de zorg te laat door de regering en haar voorgangers is gesignaleerd en dat enig beleidsmatig ingrijpen van de kant van de regering eerst op gang is gekomen nadat deze tekorten onverantwoorde proporties hadden aangenomen? Zo ja, waaraan is deze gang van zaken te wijten?
- b. Hoe verklaart de minister dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is geweest dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen?
- c. Welke maatregelen heeft de minister genomen om de opleidingscapaciteit voor artsen en verpleegkundigen aan te passen teneinde de tekorten aan werkers(sters) in deze sectoren op te heffen en wanneer zal dit laatste het geval zijn?
- d. Al minstens 10 jaar geleden en sedertdien meermalen herhaald, zijn studies en rapporten verschenen (veelal door de overheid geïnitieerd en bekostigd) over de personeelsvoorziening in de zorgsector. Waarom is daar nooit iets mee gedaan en wordt pas gereageerd nu het te laat is?

Antwoord

21a

De beschikbaarheid van voldoende personeel in een instelling is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van het management op instellingsniveau. Dit neemt niet weg dat de ontwikkeling op de arbeidsmarkt de volle aandacht heeft (en heeft gehad) van de verschillende bewindlieden van VWS en SZW en soms het voltallige kabinet. Ik wijs op het Jaaroverzicht 1998, waarin melding wordt gemaakt van een mogelijk verkrappende arbeidsmarkt: *"Met betrekking tot de situatie op de arbeidsmarkt in de zorgsector zijn er in het algemeen gesproken op dit moment geen problemen. De arbeidsmarkt in de zorgsector kan in 1996 nog als vrij ruim worden gekarakteriseerd, al tekent zich enige verkrapping af. De verwachtingen voor de (nabije) toekomst blijven onzeker. Het feit dat er op dit moment grosso modo sprake is van een - zij het precair - evenwicht, neemt niet weg dat er in de (nabije) toekomst fricties kunnen ontstaan tussen vraag en aanbod van arbeidskrachten. Zo bergen algemene ontwikkelingen als ontgroening en vergrijzing gevaren in zich voor de arbeidsmarkt, evenals meer specifieke ontwikkelingen als het teruglopen van de aantallen leerlingen in het verpleegkundig en verzorgend beroepsonderwijs...."*⁵⁷.

Mede op basis van deze observatie heeft het ministerie van VWS een overleg gestart met sociale partners en de arbeidsvoorziening om te bevorderen dat partijen de dreigende arbeidsmarktproblemen het hoofd bieden. Dit overleg heeft in 1998 respectievelijk 1999 geresulteerd in het Convenant Arbeidsmarkt Zorg (CAZ) en het convenant Arbeidsmarkt Welzijn en Jeugdhulpverlening (CAWJ), waarin gezamenlijke inspanningen zijn geformuleerd voor de arbeidsmarkt. Deze convenanten bouwen voort op en vormen een verbreding van de sinds 1990 bestaande overeenkomst tussen sociale partners en de bewindlieden van VWS en SZW over de gezamenlijke aanpak van de arbeidsmarkt in de gezondheidszorg.

Bij de totstandkoming van de convenanten is overwogen dat in toenemende mate knelpunten zijn te verwachten op de arbeidsmarkt in de zorgsector als geheel. Verder is vastgesteld dat de arbeidsmarkt steeds meer één arbeidsmarkt wordt, als het gaat om de branches in de zorgsector, en dat er een toenemende behoefte is aan zorg en welzijn als gevolg van vooral demografische, zorginhoudelijke en medisch-technologische ontwikkelingen. Op verschillende terreinen zijn concrete stappen gezet om tekorten zoveel mogelijk te beperken.

⁵⁷ Kamerstuk 1997-1998, 25 604, nrs. 1-2, Tweede Kamer, blz.119

Ik wijs op de Instroom/Doorstroombanen (ID-banen) in de zorg- en welzijnsector, de imagocampagne, de toekenning van specifieke middelen via de sectorfondsen, het project Tijdelijk Ondersteuningspunt Allochtonen in de Zorg (TOPAZ project) en later het Project implementatie TOPAZ (Pit.nl), en recent nog de maatregelen in het kader van de voorstellen van de commissie-Van Rijn.

De (toekomstige) ontwikkeling op de arbeidsmarkt wordt in opdracht van het ministerie van VWS overigens nauwlettend gemonitord door RegioMarge. De Tweede Kamer wordt jaarlijks van de bevindingen van RegioMarge op de hoogte gehouden.

21b.

De indruk dat de capaciteit van de opleiding tot arts pas sinds kort is ontdooid, is niet juist. De bewindslieden van OCenW hebben de capaciteit van de opleiding tot arts is sinds 1994 regelmatig uitgebreid. Ook de capaciteit van de opleiding tot huisarts, klinisch specialist en verpleeghuisarts is in de loop van de jaren negentig vergroot. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit van artsen heeft door de lange opleidingsduur van eerstejaars tot gespecialiseerd arts echter pas na tien tot twaalf jaar voor het eerst effect op het aanbod. Tot ver in de jaren negentig bestond er nog een groot potentieel van werkloze artsen. Deze waren afkomstig uit de periode 1978 – 1982, toen de numerus fixus nog tussen 1.900 en 2.000 eerstejaars lag. Het stringente beleid van de overheid om de ontwikkeling van het aanbod en de productie van beroepsbeoefenaren te beheersen was mede debet aan het overschot van deze basisartsen, huisartsen en specialisten ('jonge klaren'). Het aantal aanmeldingen voor de huisartsopleiding was jarenlang ook vele malen groter dan het aantal beschikbare plaatsen. Basisartsen weken uit naar Engeland en België om daar de opleiding tot huisarts te volgen. Ook bij de opleidingen tot specialist waren er meer kandidaten dan plaatsen en ontstond in ziekenhuizen het verschijnsel van de assistent-geneeskundigen niet in opleiding (agnio). De agnio was op zoek naar een opleidingsplaats als specialist en werkte bij gebrek aan voldoende opleidingsplaatsen als volontair in het ziekenhuis om zijn vaardigheden te behouden. In latere jaren werd de positie van de agnio geformaliseerd en kreeg het agnioschap het karakter van een voorselectie voor de opleiding tot specialist.

In de vraag wordt gesteld dat de opleidingscapaciteit voor artsen dusdanig (te) lang bevroren is, dat dit mede heeft geleid tot een tekort aan artsen. Deze stelling is in zoverre juist dat de opleidingscapaciteit een belangrijke factor is voor de output van de artsenopleiding. Maar het opleiden van meer artsen betekent niet automatisch dat er evenwicht in vraag en aanbod ontstaat op de arbeidsmarkt voor artsen in Nederland. Er zullen altijd moeilijk vervulbare functies blijven. Zo zijn er volgens gegevens van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) op dit moment circa tachtig vacante huisartspraktijken en zien jaarlijks veertig huisartsen definitief af van vestiging als huisarts. Niettemin zijn bijna zeshonderd huisartsen nog op zoek naar een praktijk. Van hen is overigens ongeveer de helft werkzaam als waarnemer. Het aantal agnio's bedraagt naar schatting ongeveer 2.300. De meeste daarvan zijn op zoek naar een opleidingsplaats.

21c.

Artsen

Opleiding tot basisarts

Op mijn advies heeft de minister van OCenW de opleidingscapaciteit voor de studie geneeskunde sinds 1994 verder uitgebreid. De numerus fixus geneeskunde werd, gezien de bestaande en toenemende werkloosheid onder artsen en het nog aanwezige potentieel aan artsen van 1984 tot en met 1993 stabiel gehouden op een aantal van 1.485. Wel zijn in 1984 door de minister van OCenW nieuwe opleidingen gecreëerd als alternatief voor de artsopleiding, zoals biomedische wetenschappen en gezondheidswetenschappen. De numerus fixus geneeskunde van 1.485 plaatsen was gebaseerd op de beschikbare capaciteit.

Op grond van steeds weer geactualiseerde ramingen van de te verwachten vraag naar en het aanbod van artsen is de numerus fixus geneeskunde vanaf 1994 met ruim een kwart uitgebreid tot 2.140 plaatsen in het jaar 2001. Bij deze ramingen is rekening gehouden met onder meer de bevolkingsgroei, het meer gaan werken in deeltijd en het bestaande en nieuw te voeren beleid. De numerus fixus zal verder toenemen tot 2.400 in 2003. In mei 1999 is een met mijn steun door betrokken partijen opgericht Capaciteitsorgaan van start gegaan om zo te kunnen beschikken over zo realistisch mogelijke behoeferamingen. De medische faculteiten komen in september 2001 met een plan van aanpak voor verdere uitbreiding.

Opleiding tot medisch specialist

Het totaal aantal artsen in opleiding tot specialist is toegenomen van 2.230 in 1990 tot 3.640 in 2000. De instroom in 2000 bedroeg 651 artsen. In 2001 en 2002 is jaarlijks een extra instroom mogelijk van 50 artsen. Een structurele uitbreiding van de instroom met 164 plaatsen zal fasegewijs worden ingevoerd vanaf 2002. Eerst in 2002 met 55 plaatsen, dan in 2003 met 110 plaatsen en vervolgens vanaf 2004 met 164 plaatsen. Deze structurele uitbreiding van de instroom leidt uiteindelijk bij een gemiddelde opleidingsduur van 5,6 jaar tot een totale extra opleidingscapaciteit van 920 plaatsen. Daar bovenop komen nog 32 extra opleidingsplaatsen voor radiotherapeuten en 90 voor psychiaters. In totaal dus 1.042 plaatsen.

Opleiding tot huisarts

Bij de huisartsen is de toelatingscapaciteit toegenomen van 280 in 1993, tot 325 in 1995 en tot 360 in 2000. Voor 2001 is de instroom gesteld op 420; het komende jaar is fysiek een instroom mogelijk van 468. Meer middelen zijn beschikbaar om de instroom in 2004 op een aantal van 670 te brengen.

Conclusie

De vraag wanneer het gestelde tekort is opgeheven, is niet te beantwoorden. Wat betreft de artsen rapporteerde het SCP in 1999 dat vrouwen met een universitaire medische studie steeds vaker een baan buiten de gezondheidszorg zoeken. Het ging toen om 31% van de afgestudeerde vrouwen. Men vermoedt dat dit te maken heeft met de arbeidsomstandigheden, zoals de hoge werkdruk, de geringe ruimte voor verlof, beperkte mogelijkheden om in deeltijd te werken. Het percentage huisartsen (mannen en vrouwen) dat na het voltooien van de opleiding tot huisarts afziet van vestiging als huisarts bedroeg tot nu toe ruim twintig. Het kabinet heeft een MDW-werkgroep de opdracht gegeven te onderzoeken wat de toetredingsbelemmeringen zijn voor medische beroepsbeoefenaren. De werkgroep zal in september 2001 verslag uitbrengen aan het kabinet, waarna dit vergezeld van een kabinetsstandpunt aan de Tweede Kamer zal worden gezonden.

Het beleid moet overigens niet alleen worden gericht op het uitbreiden van de opleidingscapaciteit van artsen in het algemeen en van huisartsen en specialisten in het bijzonder. De oplossing van het schaarsteprobleem moet ook worden gezocht in het zó inrichten van de opleidingen en de zorg dat de zorg rondom een patiënt verleend wordt door goed samenwerkende beroepsbeoefenaren, die allen de eigen deskundigheid in een cluster van zorg ten dienste stellen van de patiënt. Door gerichte taakdelegatie en functiedifferentiatie kunnen dan zorgclusters ontstaan die een optimale kwaliteit van zorg, een zo groot mogelijke doelmatigheid van de zorg en ook een voldoende arbeidssatisfactie van de zorgverleners waarborgen.

Momenteel wordt -naast het vergroten van de opleidingscapaciteit op diverse fronten gewerkt om voldoende artsen beschikbaar te hebben:

1. Het project Medisch Opleidingscontinuüm (bezieet de duur en inhoud van opleidingen tot arts en hun verdere specialisatie en nieuwe 'artsen'beroepen.
2. Nieuwe avond-, nacht- en weekenddienstenstructuur huisartsen (ANW-structuur) om vervroegd uittreden als gevolg van 'burn out' tegen te gaan.
3. Afspraken over de taakverdeling tussen artsen en HBO-opgeleiden.

Tandartsen

Opleiding tot tandarts en mondhygiënist

Als voorbeeld van een zorgcluster kan de mondzorg worden genoemd. Het rapport van de Adviesgroep capaciteit mondzorg (2000) geeft daarvan een duidelijk beeld. Het in het rapport genoemde teamconcept is niet nieuw. Ook de Adviescommissie Opleiding Tandarts (AOT) noemde in haar rapport (1986) het teamconcept. Zij ging daarbij uit van drie tandartsen (fte's) en één mondhygiënist (fte) per tienduizend inwoners. In het regeringsstandpunt op dit advies zijn het teamconcept en de aanbevolen verhouding overgenomen. Bij mijn adviezen aan de minister van OCenW over de capaciteit van de opleiding tandheelkunde in de jaren negentig was dit standpunt de leidraad.

Ook de capaciteit van de opleiding tandheelkunde is in de jaren negentig regelmatig uitgebreid op grond van adviezen van mijn departement aan de minister van OCenW. Door de scheve leeftijdsopbouw van het werkzame tandartsenbestand (meer jongere dan oudere tandartsen) was de vervangingsvraag in de jaren negentig zeer beperkt. De belangstelling voor de opleiding tandheelkunde was door de toenemende werkloosheid onder pas afgestudeerde tandartsen in de jaren tachtig drastisch afgenomen. In 1988 werd een dieptepunt bereikt met een gerealiseerde instroom van negentig eerstejaars, terwijl de capaciteit 120 bedroeg. De instroomcapaciteit van de opleiding tandheelkunde is in 1990 uitgebreid tot 150 plaatsen en daarna geleidelijk toegenomen tot 300 plaatsen in 2001. Ook bij de opleiding mondhygiëne is de capaciteit uitgebreid en wel van 90 eerstejaars in 1988 tot 221 eerstejaars in 2001.

Conclusie

Bij de vaststelling van de instroom in de opleiding tot tandarts is rekening gehouden met de inzet van mondhygiënisten. De verdere uitbouw van het teamconcept in de mondzorg beïnvloedt de vraag naar tandartsen. Het verlenen van preventieve mondzorg en het doen van licht restauratief werk door HBO-opgeleiden - met de tandarts als coördinator van het mondzorgteam -, vereisen een opleidingssysteem en een opleidingscapaciteit die daarop is afgestemd.

Verpleegkundigen

Voor verpleegkundigen moet onderscheid worden gemaakt tussen de inservice-opleidingen (sinds 1997: de beroepsbegeleidende leerweg) waarbij de verantwoordelijkheid primair bij de werkgevers ligt en de dagopleiding (beroepsopleidende leerweg) die onder de primaire verantwoordelijkheid van de overheid (de minister van OCenW) valt. Verder moet onderscheid worden gemaakt tussen de initiële opleiding tot verpleegkundige en de verpleegkundige vervolgoopleidingen. Het beleid van de werkgevers is bepalend voor het aantal leerlingen dat een opleidings-/arbeidscontract wordt aangeboden en voor het aantal stageplaatsen en beroepspraktijkvormingsplaatsen (BPV-plaatsen) dat beschikbaar wordt gesteld. Het totaal aantal stageplaatsen is bepalend voor het vaststellen van de capaciteit van de dagopleidingen tot verpleegkundige bij de Regionale Opleidingen Centra (mbo) en Hogescholen (hbo).

Het tekort aan BPV-plaatsen kan worden tegengegaan - en de kwaliteit worden verhoogd - door regionale samenwerking tussen zorginstellingen, onderling en met opleidingsinstellingen. Ook de planning van BPV-plaatsen kan veel beter. Door de sectorfondsen ontwikkelde instrumenten als ZorgFormat (instellingen brengen daarmee hun personeelsbehoefte in kaart) en RegioMarge (een simulatiemodel voor de regionale arbeidsmarkt) zijn daarbij behulpzaam. Vervolgens kan er beter gematcht worden. Er komen geleidelijk in steeds meer regio's stagebureaus.

Om deze goede ontwikkelingen te stimuleren en te verspreiden is de Stimuleringsregeling BPV+ gemaakt, waarvoor circa f 5 miljoen beschikbaar is. Regio's kunnen een plan indienen om te komen tot een betere match van BPV-plaatsen en een verbetering van de kwaliteit ervan.

Daarnaast wordt ook door de brancheorganisatie van de instellingen voor beroepsonderwijs en volwasseneneducatie (Bve- Raad) en de vereniging van hogescholen (hbo-raad) uitgedragen dat onderwijsinstellingen rekening houden met regionale afstemming.

Bovendien is uit middelen van de motie-Dijkstal⁵⁸ f 15 miljoen bestemd voor stageplaatsen. Sectorfondsen hebben dit opgenomen in de kaderregeling instroom en behoud. Instellingen kunnen een investeringspremie krijgen voor de kosten van stages (maximaal f 2.000 voor een gewone stageplaats en het dubbele voor een stageplaats voor bijvoorbeeld herintreders en arbeidsgehandicapten). Ook is er een premie voor praktijkbegeleiding voor specialistische en vervolgopleidingen en is subsidie mogelijk in de loonkosten van nieuwe praktijkbegeleiders, voor scholing van begeleiders en P&O-functionarissen en voor innovatie van de praktijkbegeleiding.

In sommige regio's waren voor enkele opleidingsniveaus te weinig BPV-plaatsen beschikbaar. Inmiddels vindt er mede op aandringen van het ministerie van VWS meer afstemming plaats tussen zorg- en opleidingsinstellingen, bijvoorbeeld door regionale school-zorg-coördinatoren in te zetten. In alle regio's functioneren momenteel regionale arbeidsmarktverbanden, die het ministerie van VWS via de sectorfondsen financieel ondersteunt. Deze aanpak moet worden verbreed en versterkt opdat zorginstellingen en scholen in de regio afspraken met elkaar maken en elkaar aanspreken op de kwaliteit van de opleidingen en het werven en matchen van stageplaatsen.

Perspectief op ontplooiing en een loopbaan verhogen de aantrekkelijkheid van de zorg. Een helder stelsel van vervolgopleidingen, aansluitend op het initiële opleidingsstelsel, is onderwerp van overleg. In juni 2000 is een overeenkomst gesloten tussen de Nederlandse Vereniging van Ziekenhuizen (NVZ), de Vereniging Academische Ziekenhuizen (VAZ), de Algemene Vergadering voor Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) en de Vereniging van Opleidingsinstituten voor Verpleegkundige Vulgoopleidingen (VOVV) voor vervolgopleidingen in de ziekenhuizen. In het beleidsplan van de AVVV krijgt de regeling voor vervolgopleidingen, waaronder een specialistenregeling (volgens art 14 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) prioriteit. Om de instroom in vervolgopleidingen tot gespecialiseerd verpleegkundige en in initiële opleidingen (zoals die tot radiotherapeutisch laborant) te stimuleren, zijn vanaf 2001 vele tientallen miljoenen gulden extra beschikbaar.

Conclusie

De vraag wanneer de tekorten zullen zijn opgeheven is evenals bij de artsen niet te beantwoorden. Wanneer bijvoorbeeld het verloop en het ziekteverzuim worden teruggedrongen en het studie- en het beroepsrendement van de opleiding toenemen, kunnen tekorten omslaan in overschotten, zoals de ervaring uit het verleden leert.

21d.

Naar mijn mening is het nodige gedaan aan de personeelsvoorziening in de zorgsector. Ik merk daarbij op, dat het opvolgen van aanbevelingen uit studies en rapporten niet altijd zonder meer mogelijk is. Kostenbeheersing binnen bestaande beleidskaders en regelgeving verhoudt zich logischerwijs niet altijd met het inwilligen van aanbevelingen over de personeelsvoorziening. Daarbij moet niet worden vergeten dat het beleid in interdepartementaal overleg en in samenspraak met beroepsgroepen, zorgaanbieders, verzekeraars en politiek tot stand komt. Het korte-termijn perspectief kan daarbij soms prevaleren boven het middellange- en lange-termijnperspectief.

Ook de internationale dimensie speelt een rol. Ik zal dit toelichten met het volgende summiere overzicht over de jaren negentig en zo nodig de jaren tachtig.

Begin jaren negentig bestond er bij de meeste beroepen een overschot aan beroepsbeoefenaren. Uitbreiding van de opleidingscapaciteit voor die beroepen lag toen niet voor de hand. Dat zou destijds even vreemd geklonken hebben als op dit moment het

⁵⁸ Kamerstuk 2000-2001, 27 000, nr. 16, Tweede Kamer

praten over een beperking van de instroom in de opleiding nu er een schaarste is of gaat ontstaan.

Voor die beroepen waar uitbreiding wel nodig was, bijvoorbeeld bij mondhygiënist, ergotherapeuten en verloskundigen, werd de toelatingscapaciteit vergroot. Bij de mondhygiënist van 90 eerstejaars in 1988 tot 210 in 1999; bij de ergotherapeuten van 140 in 1990 tot 360 in 2000; bij verloskundigen van 70 in 1990 tot 160 in 2000.

Voor de personeelsvoorziening in de verpleegkundige en verzorgende sector hebben de sectorfondsen sinds 1990 de nodige werkzaamheden verricht en maatregelen genomen. De overheid verstrekke daarvoor de middelen. Op verschillende terreinen zijn concrete stappen gezet om tekorten zoveel mogelijk te beperken. Ik verwijs naar wat ik op dit punt al heb vermeld in de het antwoord op onderdeel 21a.

Door de werving van herintreders, door alternatieve leerroutes te ontwikkelen, door het aantal vormingsplaatsen voor de beroepspraktijk te vergroten en door de kwaliteit van de begeleiding van stagiaires te verbeteren wordt ernaar gestreefd de spanning op de arbeidsmarkt voor de zorgsector het hoofd te bieden. Daarnaast wordt actiever getracht zittend personeel te behouden, onder andere via leeftijdbewust personeelsbeleid en is er aandacht voor arbobeleid enerzijds gericht op het verminderen of geheel wegnemen van oorzaken van arbeidsongeschiktheid, verzuim door ziekte en anderzijds het bevorderen van reïntegratie vanuit de WAO. Ook wordt gewerkt aan het verbeteren van de beeldvorming van de zorgsector via de in 2001 afgeronde landelijke wervingscampagne 'Zorg, het echte werk' die nu een regionaal vervolg krijgt en het versterken en verbreden van de regionale structuur en herstructurering van de landelijke infrastructuur.

Voor die beroepen waarin tien jaar geleden een overschot bestond, is op basis van adviezen van onder meer de Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV) en beroepsorganisaties en op basis van rapporten van onderzoeksbureaus de opleidingscapaciteit aangepast.

De Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst (KNMG) adviseerde in maart 1993 de numerus fixus voor geneeskunde te stellen op 2.200 plaatsen, in maart 1997 op 1.875 en in mei 1998 op 1.925. Op grond van het advies van de NRV (1993/1994) adviseerde ik de minister van OCenW in 1994 de toelatingscapaciteit minimaal op 1.600 te stellen en vanaf 1996 op 1.750. In 1997 adviseerde ik hem in het kader van het Hoger Onderwijs en Onderzoek Plan (HOOP) de instroomcapaciteit vanaf 1998 te stellen op 1.875. In mijn advies van 1999 achtte ik voor het jaar 2000 eerst een instroom van 1.930 gewenst. In verband met de uitbreiding van de capaciteit van de huisartsopleiding conform de motie-Van Blerck-Woerdman⁵⁹, heb ik dat aantal opgetrokken naar 2.010. Deze adviezen zijn door de Minister van OCenW overgenomen.

Op grond van het advies van de NRV over de beroepskrachtenvoorziening van huisartsen (1993) werd in 1995 de capaciteit van de huisartsopleiding uitgebreid van 280 naar 325. De instroom van 325 kwam goed overeen met de basisraming van de Landelijke Huisartsenvereniging (LHV) uit 1998. In 1999 vond verdere uitbreiding van de instroom plaats tot 337 en vervolgens in 2000 tot 360.

Het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) heeft in opdracht van specialistenverenigingen een aantal rapporten over de vraag naar en het aanbod van bepaalde specialismen opgesteld. De betrokken verenigingen stemden daar hun opleidingscapaciteit op af.

Voor de tandartsen stelde de Nederlandse Maatschappij tot bevordering der tandheelkunde (NMT) in 1990 nog dat, gezien de stroom praktijkzoekende tandartsen (er stonden 350 tandartsen op hun claimlijst), een uitbreiding van de opleidingscapaciteit van 120 naar 150 plaatsen *niet* nodig was.

⁵⁹ Kamerstuk 1999-2000, 26801, nr. 18, Tweede Kamer

Toch werd de instroom in de opleiding tandheelkunde in 1990 gesteld op 150, en vond verdere uitbreiding plaats tot 180 in 1992, tot 210 in 1995, tot 240 in 1999 en tot 260 in 2000. In 1999 adviseerde de NMT tot een minimale instroom van 330 eerstejaars. De instroom in 2001 bedraagt 300 eerstejaars.

Voor de hier nog niet eerder genoemde paramedische beroepen is de toelatingscapaciteit in de jaren negentig stabiel gebleven. De vaststelling van de toelatingscapaciteit voor de paramedische beroepsbeoefenaren is sinds dit jaar aan de opleidingsinstellingen zelf overgelaten.

Ten slotte is er de internationale dimensie. Nederland kreeg in de jaren tachtig bij het toenmalig overschot van tandartsen het verwijt van andere Europese landen dat het tandartsen dumpte in hun land. Bijna duizend tandartsen vroegen in de jaren tachtig een verklaring aan van hun diploma voor beroepsuitoefening elders. Volgens de BIG-registratie verbleven er begin 2001 ondanks schaarste in Nederland in totaal 850 Nederlandse tandartsen in het buitenland. Dit is ruim tien procent van het aantal praktiserende tandartsen in Nederland. Niet alleen tandartsen, maar ook fysiotherapeuten vertrokken na afstuderen door gebrek aan werkgelegenheid naar het buitenland. Het Koninklijk Nederlands Genootschap voor Fysiotherapie (KNGF) schatte hun aantal in 1997 op 5.500. Van de geregistreerde fysiotherapeuten in het BIG-register woonde of werkte begin 2001 negen procent (2674 fysiotherapeuten) buiten Nederland. Bij de artsen bedroeg dat percentage op die datum bijna zes procent (2.903 artsen).

Tegenover een vertrek uit Nederland van hier gediplomeerden staat een instroom van in het buitenland gediplomeerden. In 2000 was deze instroom bij de artsen 400 gediplomeerden, bij de tandartsen 119, bij de fysiotherapeuten 39 en bij de verloskundigen 49. Registratie in het BIG-register betekent overigens niet automatisch dat men in Nederland het beroep ook daadwerkelijk gaat uitoefenen. De voorgestane opheffing van de capaciteitsfixus geneeskunde in Nederland kan bij de bestaande numerus clausus in andere landen leiden tot een toestroom van buitenlandse studenten die hier de opleiding geneeskunde willen volgen. Meer beroepsbeoefenaren opleiden die vervolgens naar het buitenland vertrekken, zal de verwachte schaarste niet oplossen en de voorgestane marktwerking/concurrentie niet bevorderen.

Vraag 22

- a. Gegeven de vele simultane ontwikkelingen -opheffen van financiële beperkingen aan het totale budget, wachtlijsten die dreigen te groeien, groeiend aantal vacatures in de zorg, tegelijk sterke stijging van de vraag in de komende 20 jaar, initiatieven in de zorg welke strijdig zijn met wet- en regelgeving, wettelijke kaders (WZV en WVG) welke qua parameters veelal zijn afgestemd op verhoudingen van 20 jaar geleden, etc. -rijst de vraag aan de minister: Is de sector macrobestuurlijk nog 'in control'?
- b. In welke mate is de organisatie van het departement thans op orde voor een goede taakuitoefening?

Antwoord

22a

In de vraag worden tal van ontwikkelingen en voorspellingen aan elkaar gekoppeld. Ze bieden een interessante selectie van de belangrijkste trends en uitdagingen in de zorg. Ik vind dat de sector en het stelsel een fascinerende tijd doormaken. Voor mij staan daarin de kansen voor de zorg voorop. Kansen voor inhoudelijke verbeteringen, kansen voor verruiming van het zorgaanbod en kansen voor vernieuwing van sturing en verantwoordelijkheidsverdeling. Als we deze kansen benutten, zowel vanuit de politiek als in de zorgsector zelf, zullen de samenleving en de individuele zorgconsument kunnen profiteren van een nog hoogwaardiger en veel meer op de vraag georiënteerd zorgaanbod.

In de overgangperiode naar een nieuwe sturing, een nieuwe verantwoordelijkheidsverdeling en een nieuw stelsel dienen zich voor alle partijen tal van rolwisselingen aan. Ik zie dit als een wenselijk veranderingsproces, waarin alle betrokken organisaties nog veel zullen leren, ook van zaken die minder goed gaan. Het gaat om gestage, onophoudelijke veranderingen met hier en daar stroomversnellingen en op sommige plekken even stilstaand. Ik beschouw het als mijn opdracht om deze veranderingsprocessen vanuit de overheid te stimuleren en te begeleiden, onder andere door de wet- en regelgeving aan te passen. Vanwege het geleidelijke verloop van de veranderingsprocessen blijft de sector in bestuurlijk opzicht voldoende 'in control', met die kanttekening dat de 'control' in afnemende mate bij het ministerie en de zelfstandige bestuursorganen plaatsvindt en in toenemende mate bij verzekeraars. De overheid concentreert zich meer en meer op de borging van publieke belangen en het toezicht op het functioneren van het stelsel in overeenstemming met die publieke belangen.

22b

Ook het ministerie van VWS moet inspelen op de nieuwe eisen die aan de overheid gesteld worden, gelet op de veranderende verantwoordelijkheidsverdeling. Deze verandering manifesteert zich onder meer in het minder regelend en uitvoerend en meer regisserend en toezichthoudend optreden. Mijn ministerie besteedt veel aandacht aan dit soort veranderingen. Dat mijn ministerie voldoende is toegerust voor de taakuitoefening in een veranderend krachtenveld in de zorgsector blijkt uit de vele beleidsinitiatieven die de staatssecretaris en ik het afgelopen jaar hebben genomen bij de nieuwe wachttijdenaanpak, de moderniseringsoperaties, nieuwe (toepassing van) regelgeving en de voorbereiding van het nieuwe zorgstelsel.

Vraag 23

Wat is de reactie van de minister op de kritiek van de Ondernemingsraad van het Ministerie van VWS, inhoudende dat de minister haar departement te weinig en te weinig zichtbaar aanstuurt?

Antwoord

Het is een misverstand dat de Ondernemingsraad deze kritiek op mij heeft. Ik neem aan dat uw vraag gebaseerd is op het artikel in de Volkskrant van 11 januari 2001. De Ondernemingsraad van mijn ministerie heeft in een brief van 15 januari aan de fracties in de Tweede Kamer (zie bijlage) het onjuiste beeld dat dit artikel naar zijn oordeel oproept gecorrigeerd.