

Vergaderjaar 1990-1991 Nr. 6b

21 200

Opneming in de Wet ziekenhuisvoorzieningen (Stb. 1971, 268) van enige bepalingen, waarbij aan Onze Minister de bevoegdheid wordt verleend zelf het ontwerp-plan voor ziekenhuizen vast te stellen indien provinciale staten niet binnen de gestelde termijn een ontwerp-plan hebben vastgesteld, en waarbij ten aanzien van de ziekenhuizen, naast sluiting enige minder ingrijpende maatregelen worden mogelijk gemaakt teneinde de capaciteit van de ziekenhuizen met de plannen in overeenstemming te kunnen brengen, alsmede opneming van enige daarmee verband houdende bepalingen in de Ziekenfondswet (Stb. 1986, 347) en de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Stb. 1990, 176) (Wet versterking Wzv-instrumentarium)

NADER VOORLOPIG VERSLAG VAN DE VASTE COMMISSIE VOOR WELZIJN EN VOLKSGEZONDHEID¹

Vastgesteld 8 januari 1991

De inhoud van de memorie van antwoord gaf de leden van de fracties van **C.D.A.** en **V.V.D.** aanleiding tot het formuleren van nadere vragen en opmerkingen over het voorstel van wet versterking Wzv-instrumentarium.

Rekenkamer

De leden van de fractie van het **C.D.A.** meenden dat de staatssecretaris zich er in zijn reactie op het rapport van de Rekenkamer wel erg gemakkelijk van af maakt. Hij erkende de kritiek maar acht het met het oog op de bezuinigingen toch noodzakelijk het instrumentarium uit te breiden.

Dit alles uitsluitend en alleen met het oogmerk bezuinigingen te realiseren. Het is echter zeer de vraag of deze bezuinigingen op zich verdedigbaar zijn, terwijl men anderzijds met de Wet Ziekenhuisvoorzieningen nimmer het oogmerk heeft gehad bezuinigingen te realiseren. De bedoeling was op een adequate wijze in de behoefte van zorg – verantwoord gespreid en aangewend – te voorzien.

¹ Samenstelling: Van der Meulen (CDA), Michiels van Kessenich-Hoogendam (CDA), Boorsma (CDA), mw. Ermen (PvdA) (voorzitter), mw. M. A. van der Meer (PvdA), Smeets-Janssen (PvdA), Veder-Smit (VVD), Heijmans (VVD), Gelderblom-Lankhout (D66), mw. Bolding (Groen Links), Barendregt (SGP), Schuurman (RPF), Van der Jagt (GPV).

Tijdelijkheid

Nadrukkelijk wordt beargumenteerd dat het onderhavige wetsvoorstel van tijdelijke aard zal zijn. Evenwel op pagina 12 wordt gesteld dat gelet op eventuele langdurige beroepsprocedures, reducties wellicht pas na 1995 haar beslag zullen krijgen en dus deze wet dan van kracht zal zijn. Hoe verdraagt zich – zo vroegen de leden van de **C.D.A.**-fractie – zulks met het uitgangspunt van de tijdelijkheid van de wet? Nu vele plannen slechts voor de eerste fase ter goedkeuring aan de minister zijn voorgelegd en medio 1992 of 1993 pas de tweede fase wordt ingevuld door de provincies, ontstaat de nodige twijfel met betrekking tot de «tijdelijkheid» van de tijdelijkheid. Hoe lang meent de minister van deze tijdelijke bevoegdheid gebruik te zullen maken, zulks mede in relatie tot de plannen om tot een verdere herziening van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen te komen? Hoe denkt de bewindsman dit alles in te passen in de verdere herstructurering in de gezondheidszorg? Op pagina 5 wordt erkend dat er een tekort is aan intensive care en dat er nieuwe normen zijn die in acht worden genomen bij de bouw van nieuwe ziekenhuizen en dat er dus bereidheid is om het aantal I.C.-bedden te verruimen. Langs welke weg zullen de I.C.-bedden worden gerealiseerd? Hoe zullen de ziekenhuizen deze kunnen gaan financieren? Een I.C.-bed is immers vele malen duurder dan een gewoon ziekenhuisbed. Hoe en langs welke weg zal er budgettaire ruimte aan de individuele ziekenhuizen beschikbaar worden gesteld om in de grotere behoefte aan I.C.-bedden te voorzien?

De leden van de **V.V.D.**-fractie deelden mee dat de opmerking van de staatssecretaris aan het eind van de paragraaf over de terugwerkende kracht, in antwoord op hun standpunt inzake de gecompliceerdheid en onoverzichtelijkheid van het wetgevend proces, hen nog niet had kunnen overtuigen.

Het valt moeilijk in te zien waarom enerzijds het wettelijk instrumentarium van de Wzv moet worden versterkt, terwijl anderzijds deregulering en wijziging van deze wet wordt overwogen.

Kan het rapport van de werkgroep, genoemd in de paragraaf Terugtrekkende overheid, welke over de beoogde herstructurering van de Wzv moet adviseren, welk rapport voor het eind van 1990 werd verwacht, aan de Kamer worden overgelegd? Wordt in dit rapport aandacht besteed aan het herhaald advies van het College van Ziekenhuisvoorzieningen om een wijziging van het stelsel van de Wzv te beginnen met deregulering binnen het bestaande stelsel?

Hoe moet de budgettering van de ziekenfondsen per 1 januari 1991, waartoe de staatssecretaris inmiddels heeft besloten, gezien worden in relatie tot het onderhavige wetsvoorstel? Zullen de beslissingen, genomen op grond van dit wetsvoorstel indien het tot wet wordt verheven, automatisch doorwerken in het onderdeel kapitaallasten van de budgetten der ziekenfondsen, die de desbetreffende ziekenhuisvoorzieningen in hun werkgebied hebben?

Kan tenslotte een schatting worden gegeven van de werkingsduur van het onderhavige wetsvoorstel, voorzover het betreft onderdeel E van artikel I, terzake van het genoemde «uitwerken» van de plannen?

Nieuwe bevoegdheid van de minister

Op pagina 10 van de Memorie van Antwoord wordt – zo memoreerden de leden van de **C.D.A.**-fractie – de samenhang tussen het onderhavige voorstel tot wetwijziging, het Vijfpartijenakkoord, en het in de Tweede

Kamer behandelde wetsvoorstel «Opheffen Kontrakteerplicht Vrije Beroepsbeoefenaren en Maximum Tarieven» genoemd.

Kan de bewindsman op deze samenhang nader en meer specifiek ingaan? Het is uit de tekst onduidelijk welke wetten en overeenkomsten prevaleren.

Zulks zij hier aan de hand van een enkel voorbeeld nader toegelicht.

De minister krijgt de bevoegdheid om het aantal specialistenplaatsen in een ziekenhuis te beperken. Er van uitgaand dat een plan is vastgesteld en er over een jaar bij een ziekenhuis vijf specialistenplaatsen worden geschrapt, is het gevolg voor het ziekenhuis dat het budget aanzienlijk zal dalen, ongeveer 5 × f 350 000,-; dat is ongeveer f 1,75 miljoen + productie omlaag. Totale reductie op budget tenminste f 2 miljoen.

Anderzijds blijkt op pagina 10 dat de opheffing van de kontrakteerplicht pas in 1994 van kracht zal worden. Al die tijd zullen de specialisten wel een overeenkomst met de ziektekostenverzekeraars blijven houden. Het ziekenhuis komt nu voor een buitengewoon moeilijk dilemma te staan.

Enerzijds wordt het aantal specialistenplaatsen dat in de erkenningsbeschikking van het ziekenhuis is voorzien, met vijf gekort en op grond daarvan het budget verlaagd, terwijl anderzijds het ziekenhuis niet bij machte is de vrije beroepsbeoefenaar-specialist de toegang tot het ziekenhuis te ontzeggen omdat die specialist wel een individuele overeenkomst met de ziekenfondsen heeft. Hoe moet dit nu in de praktijk uitwerken?

De verantwoordelijkheid voor het saneren van de specialisten komt nu te liggen bij het ziekenhuis. Dit zal vijf specialisten niet meer moeten toelaten tot het ziekenhuis, maar dat zou in strijd zijn met de overeenkomst, die deze specialisten hebben met de ziekenfondsen. De specialisten zullen zich terecht op die overeenkomst beroepen. Als de specialisten dan uiteindelijk niet verdwijnen zit het ziekenhuis met een «converantwoord» tekort.

Is de samenhang tussen de verschillende wetgevende kaders wel voldoende doordacht en zijn de consequenties ervan wel goed door de bewindsman op hun uitkomsten beoordeeld?

Daarenboven is nog steeds onduidelijk of – als er vijf specialistenplaatsen moeten worden opgeheven – dan ook precies wordt aangegeven op welke specialismen zulks betrekking heeft en door wie wordt bepaald welke specialist van dat betreffende specialisme niet meer zijn werk mag doen c.q. op wachtgeld wordt geplaatst.

Ontstaat hier geen ontoelaatbare rechtsonzekerheid? Hoe is precies de relatie tussen de verschillende partijen en de wetgevende regimes? Het kan toch niet de bedoeling van de wetgever geweest zijn om wel de ziekenhuizen te korten op hun budget, maar geen uitweg te vinden voor het verminderen van specialistische hulp, omdat de facto alle specialisten werkzaam blijven krachtens overeenkomst.

Hoe ziet de bewindsman in het licht van het bovenstaande deze samenhang tussen enerzijds functiereductie op basis van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen en anderzijds het Vijfpartijenakkoord en opheffen kontrakteerplicht nu precies?

Zal de functiereductie overigens ook betrekking hebben op de inmiddels in tal groeiende privéklinieken? Op pagina 12 binnen dit hoofdstuk wordt gezegd dat het in financiële problemen komen van ziekenhuizen te maken heeft met de wijze van besteding van het beschikbare budget per ziekenhuis.

Kan de bewindsman deze bewering nader toelichten? Kan deze argumentatie worden volgehouden tegen de achtergrond van vergrijzing,

noodzaak tot intensievere zorg, en de voortschrijdende medische technologie? Kunnen de daaruit ontstane tekorten worden afgedaan met de impliciete opmerking «dan hebben ze het geld verkeerd besteed»? Het enkele feit dat de minister zelf al heeft onderkend dat de werkdruk ontoelaatbaar is geworden en derhalve extra financiële middelen toekent, maakt al duidelijk dat niet in de eerste plaats aan verkeerde bestedingen van gelden binnen de budgettaire kaders van de ziekenhuizen behoefte te worden gedacht.

Het is voorts onduidelijk waarom er een bedrag van f 165 miljoen op de ziekenhuizen moet worden bezuinigd krachtens de beddenreductie, terwijl anderzijds onderkend wordt dat de budgetten te krap zijn en er extra geld bij moet voor de verpleging om de werkdruk op te vangen. Kan de bewindsman hier nader op ingaan? Wil de bewindsman in dit kader ook de passage op pagina 13 waar gesproken wordt dat er geen direct verband te leggen is tussen ombuiging en intensivering, nader toelichten?

Verspreide vragen

Pagina 14: er wordt gesteld in de eerste zin, dat een reductie van het aantal bedden door ondergetekende opgelegd, door het ziekenhuis zelf moet worden toegerekend aan de diverse specialismen. Tenzij reductie het gevolg is en samengaat met eveneens te schrappen specialismen.

Het is merkwaardig en het onderschrijft nog eens de doelstelling van deze wetswijziging dat daar waar de Raad van State eerder op basis van de huidige Wet Ziekenhuisvoorzieningen heeft uitgesproken dat in de behoefteplanning een eventuele vermindering van bedden per afdeling en specialisme aangegeven moet worden, het nu aan het Ziekenhuis overgelaten wordt om de reductie van het aantal bedden toe te delen naar de verschillende specialismen. Blijkt hieruit niet dat bij dit ontwerp de bezuiniging centraal staat en niet de behoefte aan de voorzieningen? Is zulks in overeenstemming met de doelstellingen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen?

Op pagina 14, onderste gedeelte, wordt toegegeven dat de onderbouwing van het aantal specialistenplaatsen dat in de richtlijnen van de Wet Ziekenhuisvoorzieningen wordt gehanteerd, ontoereikend is. Op basis van welke gegevens en uit welk jaar zijn deze richtlijnen opgesteld en stemmen zij in voldoende mate overeen met de behoefte aan specialistische hulp? Hoe verdragen deze richtlijnen zich met de wachtlijsten die er op vele plaatsen zijn, onder meer op het gebied van de cardiologie, de hartchirurgie, de orthopedie en de oogheelkunde? Is de bewindsman inderdaad van oordeel dat een fors aantal specialistenplaatsen thans moet verdwijnen? In welke orde van grootte en voor welke specialismen denkt de minister dat zulks het geval is? Welke waarde moet overigens worden toegekend aan een plan dat gemaakt is op basis van richtlijnen die niet in voldoende mate zijn onderbouwd?

De voorzitter van de commissie,
mw. Ermen

De griffier van de commissie,
Van der Putten