

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)

NADERE MEMORIE VAN ANTWOORD

Ontvangen 12 maart 1991

Ondergetekende heeft met belangstelling kennisgenomen van het nader voorlopig verslag. Hij spreekt de hoop uit dat deze beantwoording bij kan dragen aan een voorspoedige afhandeling van het onderhavige wetsvoorstel.

Bij de beantwoording van de vragen zal de volgorde van het verslag worden aangehouden.

Rapport Rekenkamer

De leden van de fractie van het C.D.A. gingen nogmaals in op de noodzaak het instrumentarium van de Wet ziekenhuisvoorzieningen uit te breiden. Daarbij wezen zij erop dat dit wetsvoorstel nimmer het oogmerk heeft gehad bezuinigingen te realiseren doch dat de bedoeling ervan was op een adequate wijze in de behoefte aan zorg – verantwoord gespreid en aangewend – te voorzien.

Voor wat betreft het oogmerk van het wetsvoorstel, moge ondergetekende wijzen op de beweegreden van onderhavig wetsvoorstel zoals die bij amendement (Kamerstukken II, 1989–1990, 21 200, nr. 19) is gewijzigd; de versterking van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is noodzakelijk met het oog op een betere aanwending van de voor de gezondheidszorg beschikbare middelen en met het oog op het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg. Met deze omschrijving wordt naar het

oordeel van de stellers beter aangesloten bij de considerans van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. Voorts wordt daarmee aangegeven dat het beheersen van de kosten van de gezondheidszorg logischerwijze in het verlengde ligt van een betere aanwending van de daarvoor beschikbare middelen. Ondergetekende is het hiermee eens. Voor een betere aanwending van de beschikbare middelen moeten keuzes gemaakt worden, die erop zijn gericht op verantwoorde wijze in de behoefte aan zorg te voorzien. Daartoe zijn in de sector der ziekenhuizen in een aantal regio's beslissingen nodig, die gericht zijn op een beperking van het beschikbare aanbod, in gevallen dat zulks op basis van de provinciale plannen geïndiceerd is. Gelet op de koninklijke besluiten inzake de Haagse beroepszaken uit 1988, biedt de huidige Wet ziekenhuisvoorzieningen onvoldoende juridische basis voor dergelijke besluitvorming. Onderhavig voorstel biedt die basis wel.

Tijdelijkheid

De leden van de fractie van het C.D.A. gingen nogmaals in op de tijdelijkheid van het wetsvoorstel en de verwachte werkingsduur ervan.

In antwoord op deze vragen wijst ondergetekende op de toelichting bij de tweede nota van wijziging (Kamerstukken II, 1989-1990, 21 200, nr. 11). Hierin is aangegeven dat de tijdelijkheid daarin is gelegen dat de versterking van het instrumentarium uitsluitend geldt voor de uitvoering van de plannen voor de sector der ziekenhuizen, voor het opstellen waarvan in 1988 aanwijzingen zijn gegeven. Dat beroepsprocedures en inkomensdervingsregelingen, die een gevolg zijn van de uitvoering, zich over een langdurige periode kunnen uitstrekken, doet aan die tijdelijkheid niet af.

Voor wat betreft de uitvoering van de maatregelen (de «uitwerking» van de plannen), verwacht ondergetekende dat daarmee voor de meeste plannen nog enkele jaren na heden zullen zijn gemeoid. Met de Nationale Ziekenhuisraad is immers afgesproken dat de uitvoering van de planning zo snel mogelijk gebeurt, doch in totaal de periode tot en met 1995 zal beslaan.

Mocht binnen de genoemde periode een herziening van de Wet ziekenhuisvoorzieningen in werking treden en mochten bij het in werking treden van die herziening niet alle plannen zijn uitgevoerd, bijvoorbeeld omdat de uitvoering in fasen geschiedt, dan zal ondergetekende bezien of daarvoor een passend overgangsregime moet worden geschapen. Van belang zal hierbij zijn de stand van de invoering van de stelselherziening. Mocht deze laatste zodanig zijn dat andere partijen dan de overheid het risico en de verantwoordelijkheid dragen voor de sturing en beheersing van het aanbod, dan ligt het niet voor de hand dat de bewindspersoon voor Volksgezondheid op het punt van onderhavig wetsvoorstel autonome bevoegdheden behoudt. Met dit laatste is tevens antwoord gegeven op de vraag hoe ondergetekende dit alles denkt in te passen in de verdere herstructurering in de gezondheidszorg.

Voorts vroegen de leden van de C.D.A.-fractie langs welke weg de gewenste verruiming van het aantal intensive-care bedden zal worden gerealiseerd, hoe de ziekenhuizen deze verruiming zullen gaan financieren en langs welke weg er budgettaire ruimte aan de individuele ziekenhuizen beschikbaar zal worden gesteld om in de grotere behoefte aan IC-bedden te voldoen.

Mede gezien het advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen ter zake, is ondergetekende van mening dat het aantal IC-bedden alleen op het terrein van de coronary-care feitelijk behoeft te worden uitgebreid. Dit heeft hij inmiddels in de richtlijnen op grond van artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen vastgelegd. Een dergelijke uitbreiding

kan worden gerealiseerd bij nieuwbouw voor coronary-care. De daarvoor benodigde extra financiële middelen kunnen worden gedekt uit het exploitatiekader voor bouw. Voor de overige care-bedden dient de toedeling beter te worden afgestemd op de leeftijdsopbouw van de adherente bevolking voor het desbetreffende ziekenhuis. De daarvoor benodigde financiële middelen kunnen tevens uit het exploitatiekader voor bouw worden gedekt.

Het ziekenhuisbudget is te beschouwen als een overall-budget; dat wil zeggen dat de ziekenhuizen binnen het budget zelf bepalen waar zij in de zorgverlening de prioriteiten leggen. Er zal in principe dan ook geen budgettaire ruimte aan individuele ziekenhuizen beschikbaar worden gesteld om in extra mate in de hoge kosten van IC-bedden te voorzien. Wel zijn voor de komende jaren ter verbetering van de voorzieningen in verpleegkundig personeel en van de arbeidsvoorwaarden en arbeidsomstandigheden van dat personeel, extra middelen beschikbaar gesteld. Nog afgezien van verbeteringen van de arbeidsvoorwaarden is voor de werkdruk in de ziekenhuissector voor 1991 fl. 55 mln. beschikbaar gesteld. Echter ook hier geldt dat het aan de ziekenhuizen zelf is, te bepalen op welke wijze het geld in het ziekenhuis wordt aangewend en of de IC-verpleegkunde hiervan zal profiteren.

De leden van de fractie van de V.V.D. gingen nogmaals in op de gecompliceerdheid en onoverzichtelijkheid van het wetgevingsproces; het valt moeilijk in te zien waarom enerzijds het wettelijk instrumentarium van de Wet ziekenhuisvoorzieningen moet worden versterkt, terwijl anderzijds deregulering en wijziging van deze wet wordt overwogen.

De voorgenomen deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is rechtstreeks gekoppeld aan de fasegewijze invoering van de stelselwijziging. In het kader daarvan zullen gaandeweg de bevoegd- en verantwoordelijkheden van zorgverzekeraars en aanbieders worden vergroot. Hieraan gekoppeld zullen de bevoegd- en verantwoordelijkheden van de overheid, zoals bijvoorbeeld tot uitdrukking gebracht in de Wet ziekenhuisvoorzieningen, evenredig dienen te worden teruggebracht. Immers de opbouw van de positie van de functionele partijen aan de vraagzijde van de markt dient hand in hand te gaan met een overeenkomstige terugtrek van de overheid aan de aanbodzijde. Op de relatie van onderhavig wetsvoorstel met de hiervoor genoemde deregulering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen is hierboven ingegaan. Het voorstel beoogt in de huidige context, die wordt bepaald door sturing en beheersing via de aanbodzijde, de bewindspersoon van Volksgezondheid te voorzien van een voldoende instrument om het aanbod in de ziekenhuissector terug te kunnen brengen tot een aanvaardbaar niveau. Juist met het oog op de bovengenoemde invoering van de stelselwijziging voorziet onderhavig wetsvoorstel in een tijdelijke regeling.

De werkgroep, bestaande uit vertegenwoordigers van het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur, lagere overheden, instellingen, verzekeraars en patiënten/consumenten, die over de beoogde herstructurering van de Wet ziekenhuisvoorzieningen moet adviseren, heeft inmiddels haar rapport aan ondergetekende uitgebracht. Ondergetekende heeft op 7 maart j.l. het rapport vervolgens aan de voorzitters van de Eerste en Tweede Kamer toegezonden.

Voor het antwoord op de vraag van de leden van de fractie van de V.V.D. of in dit rapport aandacht wordt besteed aan het herhaalde advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen om een wijziging van het stelsel van de Wet ziekenhuisvoorzieningen te beginnen met deregulering binnen het bestaande stelsel, wil ondergetekende graag verwijzen

naar de inhoud van het rapport zelf. Hierbij zij overigens opgemerkt dat aan het advies van het College te beginnen met deregulering binnen het bestaande systeem, reeds gevolg wordt gegeven in het korte-termijn-beleid zoals tot uitdrukking komt in de melding en verkorte procedure «nieuwe stijl» en de flexibilisering van de erkenning.

In reactie op de vraag van de leden van de V.V.D.-fractie met betrekking tot de relatie van het onderhavige wetsvoorstel met de ziekenfondsbudgettering zij het volgende opgemerkt.

Bij de ziekenfondsbudgettering wordt allereerst jaarlijks door de overheid een «macrobudget» vastgesteld. Bij de vaststelling hiervan kan met de verwachte financiële effecten van beddenreductie voor de ziekenfondsen rekening worden gehouden. Dit macrobudget wordt verdeeld over de ziekenfondsen. Het betreft hier een ongedeelde budget, dat wil zeggen niet onderverdeeld naar zorgsoort of kostencomponent. In 1991 geschiedt de verdeling op basis van historische kosten; dat wil zeggen dat de bestaande plaatselijke situatie in het budget wordt verdisconpteerd. Dat betekent dat voor individuele ziekenfondsen gerekend wordt met de situatie waarbij de te reduceren bedden nog aanwezig zijn. Wijzigingen ten opzichte van deze historische kostenstructuur komen tot uitdrukking in de nominale premie. In de latere jaren zullen stapsgewijs normatieve elementen in de budgetten worden ingebouwd. Op het vastgestelde budget wordt niet nagecalculeerd op grond van specifieke omstandigheden, bijvoorbeeld WZV-beslissingen. Wel vindt in 1991 een nacalculatie plaats van 90% van het verschil tussen het voor het ziekenfonds vastgestelde budget en de werkelijke kosten. In de komende jaren zal de nacalculatie stapsgewijs worden verminderd. De financiële gevolgen van beddenreductie komen aldus tot uitdrukking in het macrobudget. Voor individuele ziekenfondsen betekent dit dat zij na de vaststelling van het individuele normatieve budget eventueel voordeel kunnen hebben bij doorvoering van beddenreductie in de regio waar zij werkzaam zijn. Anderzijds dragen zij de lasten indien de beddenreductie vertraging oploopt ten opzichte van het geraamde tempo. Naarmate het ziekenfondsbudget in grotere mate op basis van normatieve elementen wordt bepaald, representeert dat budget de normatieve landelijke kostenstructuur en treden de hiervoor genoemde effecten op.

Voor een schatting door ondergetekende van de werkingsduur van onderdeel E van artikel I terzake van het uitwerken van de plannen, zij verwezen naar het bovenstaande en in het bijzonder naar de gememooreerde afspraken met de Nationale Ziekenhuisraad.

Nieuwe bevoegdheid van de minister

De leden van de fractie van het C.D.A. vroegen om een nadere uiteenzetting over de samenhang tussen onderhavig wetsvoorstel, het Vijfpartijenakkoord en het in de Tweede Kamer behandelde wetsvoorstel inzake o.a. beperking van de contracteerplicht en maximum tarieven (Kamerstukken II, 1989 – 1990, 21 357).

Het Vijfpartijenakkoord betreft een raamovereenkomst tussen de KPZ, de VNZ, het KLOZ, de LSV en de NZR. Deze raamovereenkomst heeft een aantal bijlagen waaronder het addendum toelatingsovereenkomst ziekenhuis-specialist, de modelovereenkomst specialist-ziekenfonds en de overeenkomst vrijgevestigde medisch specialist-particuliere verzekeraar. De overgrote meerderheid van de vrijgevestigde specialisten heeft een overeenkomst gesloten met verzekeraars in de ziekenfonds- en particuliere sector. Deze overeenkomsten lopen, als onderdeel van de raamovereenkomst, op 31 december 1992 ten einde. De bedoelde overeenkomsten voorzien niet expliciet in de situatie dat de praktijkuit-

oefening niet langer kan plaatsvinden. Wel is in de overeenkomsten tussen specialist en verzekeraar een passage opgenomen dat de overeenkomst beëindigd wordt als zich «zodanige wijzigingen in de omstandigheden waaronder deze overeenkomst is aangegaan, voordoen dat het nakomen van deze overeenkomst van de betrokken partij(en) in redelijkheid niet kan worden gevergd». In de overeenkomst specialist/ziekenfonds is daar zelf aan toegevoegd dat «waren de gewijzigde omstandigheden eerder bekend de overeenkomst niet zou zijn aangegaan». In het addendum is een passage opgenomen dat opzegging van de toelatingsovereenkomst door het ziekenhuis slechts zal kunnen plaatsvinden op grond van «gewichtige redenen van zodanige klemmende aard, dat redelijkerwijs van het ziekenhuis niet gevergd kan worden deze overeenkomst te continueren».

Door het onderhavige wetsvoorstel kan een ziekenhuis behalve tot gehele of gedeeltelijke sluiting, door de overheid ook gedwongen worden tot reductie van bedden en functie-eenheden. Het is vervolgens aan het ziekenhuis om te besluiten op welke wijze het aantal feitelijk werkzame specialisten wordt aangepast aan de opgelegde reductie van functie-eenheden.

Overheidsingrijpen, zoals het opleggen van een reductie van functie-eenheden, is volgens ondergetekende aan te merken als een gewijzigde omstandigheid, waardoor van het ziekenhuis niet gevergd kan worden dat de overeenkomst gecontinueerd wordt. In reactie op de voorgelegde casus wordt hierna uitgebreid op de juridische aspecten ingegaan.

Het wetsvoorstel inzake o.a. beperking van de contracteerplicht en maximum tarieven kent ten aanzien van bestaande overeenkomsten een overgangstermijn tot 1 januari 1994. Uiterlijk met ingang van die datum vervallen de thans bestaande overeenkomsten, afgezien van tussentijdse verandering op basis van wederzijds goedvinden. Uit de reactie van de overgangsbepaling blijkt dat deze niet beoogt eerdere beëindiging geheel uit te sluiten en voortzetting van de overeenkomst tot 1 januari 1994 te garanderen. De algemene bepalingen uit de ZFW en de AWBZ ten aanzien van het aangaan en beëindigen van overeenkomsten blijven immers gelden. Dit betekent dat op grond van bijzondere omstandigheden de overeenkomst kan worden opgezegd als verdere nakoming van de overeenkomst van een der partijen redelijkerwijs niet kan worden gevergd. Deze bepalingen zijn ook in de overeenkomsten op basis van het Vijfpartijenakkoord, zoals hierboven aangegeven, opgenomen.

Combinatie van de drie regelingen impliceert dat het ziekenhuis in geval van functiereductie op gezag van de overheid, de overeenkomst met een specialist kan beëindigen. Het wetsvoorstel inzake o.a. beperking van de contracteerplicht en maximum tarieven en het Vijfpartijenakkoord staan de voorgenomen maatregelen tot reductie van capaciteit niet in de weg.

Het voorbeeld dat de leden van de fractie van het C.D.A. aanhalen, geeft wel aan hoe complex de juridische relaties zijn tussen specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars bij de uitvoering van de capaciteitsreductie-maatregel. Om deze reden heeft de ambtsvoorganger van de ondergetekende al op 22 juli 1987 advies gevraagd aan het College voor ziekenhuisvoorzieningen over onder meer de juridische consequenties van het reductiebeleid voor de eigen verantwoordelijkheden van onderscheidenlijk het ziekenhuis, de specialist, de ziekenfondsen en de particuliere ziektekostenverzekeraars in het bijzonder waar het hun onderlinge contractuele relaties betreft. Een werkgroep, ingesteld door het presidium van de Nationale Raad voor de Volksgezondheid heeft op verzoek van het College terzake een juridisch-technische notitie opgesteld: «Notitie juridische aspecten van de relaties tussen specialisten, ziekenhuizen en verzekeraars in het kader van de extra capaciteits-

maatregel». Dit rapport bevat een heldere analyse van de verschillende wetgevende kaders. Ook op basis van het rapport kan geconcludeerd worden dat de overeenkomsten tussen ziekenhuis en specialist alsmede tussen specialist en het ziekenfonds in principe opzegbaar zijn. Uit jurisprudentie blijkt dat een ziekenhuisbestuur zonder wanprestatie of een onrechtmatige daad te plegen, een toelatingscontract kan opzeggen om redenen die buiten de specialist liggen. Naar het oordeel van ondergetekende is het voorbeeld van de leden van de fractie van het C.D.A. een goed voorbeeld van gewichtige redenen van zodanig klemmende aard, dat redelijkerwijs van het ziekenhuis niet gevergd kan worden de overeenkomst te continueren. Indien een medisch specialist voor de uitoefening van zijn beroep ziekenhuisfaciliteiten nodig heeft, kan een ziekenfonds vanzelfsprekend bezwaren maken tegen het functioneren van die specialist zodra het toelatingscontract is opgezegd. Er is alsdan naar het oordeel van ondergetekende sprake van een voldoende dringende reden voor de ziekenfondsen om de overeenkomst met die specialist op te zeggen.

Mocht – zoals in het voorbeeld is aangegeven – ondergetekende besluiten specialistenplaatsen in een ziekenhuis op te heffen, dan zal dat geschieden met gebruikmaking van artikel I, onderdeel E. In dat geval zal worden bepaald dat de uitoefening van het betrokken specialisme wordt verminderd met een bepaald aantal functie-eenheden. Exact wordt dus aangegeven op welk specialisme dit betrekking heeft en het aantal te reduceren (plannings- en budget)eenheden. Het is vervolgens aan het ziekenhuisbestuur te bepalen of er hierdoor gewichtige redenen ontstaan van zodanig klemmende aard dat redelijkerwijs van het ziekenhuis niet gevergd kan worden de bestaande overeenkomsten – alle én in de bestaande omvang – te continueren. Het ziekenhuisbestuur zelf dient, gegeven de capaciteits- en dus budgetreductie, te bepalen welke specialisten hun werk niet meer (volledig) mogen doen. Ter compensatie van inkomstenderving ten gevolge van zo'n keuze kan het ziekenhuisbestuur ten behoeve van de medisch specialist een beroep doen op de speciaal daartoe in het leven te roepen tijdelijke saneringsregeling voor medische specialisten. Aldus is naar het oordeel van ondergetekende een samenstel van regelen van toepassing, die tezamen voldoen aan de beginselen van zorgvuldig bestuur. Overigens zij er nogmaals op gewezen dat ondergetekende hecht aan de afspraken die gemaakt zijn met de Nationale Ziekenhuisraad over de wijze van capaciteitsreductie.

De leden van de fractie van het C.D.A. vroegen voorts om duidelijkheid omtrent de reductie van functieplaatsen en de daarmee gemoeide specialisten in het bijzonder waar het de rechtszekerheid van de betrokken specialisten betreft.

Besluitvorming met gebruikmaking van artikel I, onderdeel E, kan de reductie inhouden van specialistenplaatsen, per specialisme aangeduid. Het ziekenhuis zal evenwel zelf moeten beslissen welke specialisten in persona het betreft. Contact met de medische staf en de maatschap van het desbetreffende specialisme zal zeker plaatsvinden; wellicht geldt dit ook voor de betrokken verzekeraars. Ten behoeve van de daadwerkelijke sanering wordt, zoals eerder gezegd, een saneringsfonds in het leven geroepen. Met een eventuele uitkering uit dit fonds wordt in financiële zin, naar analogie van de wachtgeldregeling voor dienstverband, specialisten tegemoet gekomen ingeval van een gedwongen praktijkbeëindiging. Aan de praktijkbeëindiging op zich zelf kan in een voorkomend geval niet tegemoet gekomen worden; immers daadwerkelijke reductie van specialistenplaatsen is een van de doelstellingen van onderhavige regeling.

De vraag is gesteld of de functiereductie ook betrekking zal hebben op de inmiddels in aantal groeiende privéklinieken. Deze vraag moet ontkennend worden beantwoord. Uit enkele recente uitspraken van rechterlijke colleges valt af te leiden dat zelfstandig functionerende poliklinische behandelcentra niet zijn aan te merken als ziekenhuisvoorzieningen in de zin van de Wet ziekenhuisvoorzieningen. (Dergelijke behandelcentra worden in het spraakgebruik veelal aangeduid met de minder sluitende term «privéklinieken»). De maatregelen die op basis van onderhavig voorstel ten aanzien van ziekenhuizen kunnen worden genomen, kunnen niet worden opgelegd aan dergelijke behandelcentra. De in dergelijke behandelcentra werkzame specialisten blijven buiten bereik van de plannende overheid; in de (voor-)ontwerpen van plannen van de provincies wordt dan ook hieraan nauwelijks of géén aandacht gegeven. De in 1988 gegeven aanwijzingen voor het ontwerpen van plannen waren niet gericht op deze toen nog weinig in de belangstelling staande vormen van poliklinische behandelcentra.

De leden van de fractie van het C.D.A. vroegen om een nadere toelichting op het gestelde in de memorie van toelichting dat het in financiële problemen komen van ziekenhuizen te maken heeft met de wijze van besteding van het beschikbare budget per ziekenhuis. De achtergrond van deze stelling is niet zozeer de gedachte dat het individuele ziekenhuis het geld verkeerd zou hebben besteed, maar veeleer het gegeven dat er grote verschillen zijn tussen gezondheidsregio's in het gebruik van ziekenhuisvoorzieningen. Dit is gebleken uit een onderzoek van een daartoe ingestelde commissie, de zogenoemde commissie-Hoefnagels. In haar rapport stelt deze commissie dat deze verschillen slechts zeer ten dele te verklaren zijn uit demografische of epidemiologische verschillen tussen de regio's. Tevens heeft de commissie vastgesteld dat onder de vigerende budgetsystematiek aan bepaalde zeer hoog producerende regio's een budgetverruiming wordt toegekend. Dit is naar het oordeel van ondergetekende het primaire aspect, maar dan meer in macro-termen, van een verkeerde besteding van het budget. De bestaande budgetsystematiek zal dan ook zodanig moeten worden bijgesteld dat de budgettoedeling aan de ziekenhuizen meer is afgestemd op een normatief verantwoorde capaciteit van de zorg. Het COTG heeft op zich genomen het stelsel van functiegerichte budgettering nog dit jaar te evalueren. Daarbij kan, binnen de grenzen van de macro-budgettaire beperkingen, rekening worden gehouden met de genoemde aspecten van vergrijzing, noodzaak tot intensievere zorg en de voortschrijdende medische technologie.

Voor wat betreft het probleem van de werkdruk, heeft ondergetekende moeten vaststellen dat, gegeven bestaande medische consumptie en de huidige toedeling van budgetten, de instellingen voor gezondheidszorg onder meer door financiële problemen onvoldoende in staat waren om het noodzakelijk personeel aan te trekken. Het feit dat daaraan tegemoet wordt gekomen, doet niet af aan de opvattingen van ondergetekende over medische consumptie en budgettoedeling, zoals hierboven uiteengezet. Daarom is het ook duidelijk waarom aan de sector der ziekenhuizen een reductietaakstelling wordt opgelegd tezamen met een maatregel tot capaciteitsreductie, terwijl anderzijds onderkend wordt dat de budgetten soms krap zijn en er extra geld bij moet voor de verpleging om de werkdruk op te vangen. In het kader van de noodzaak de collectieve lasten te beheersen, is de ombuigingstaakstelling in de zorgsector voor een deel belegd met maatregelen om daar waar nodig overcapaciteit in ziekenhuizen te reduceren. Voor deze ombuiging staat in het Financieel Overzicht Zorg 1991 voor de jaren na 1990 f 165 mln. geboekt; een ombuiging die overigens haar oorsprong vindt in het beleid dat door voorgaande kabinetten is ingezet. Aan de andere zijde zijn in het kader van de discussie over de werkdruk en de arbeidsvoorwaarden in

1990 extra middelen beschikbaar gesteld in de gehele intramurale zorg inclusief de bejaardenoorden. Bij de toedeling van middelen over de sectoren is de werkdruk in ziekenhuizen niet als hoger aangemerkt dan in andere intramurale sectoren, zodat een evenredige verdeling van de middelen over de diverse sectoren en instellingen plaatsvindt. Voor de goede orde zij tevens vermeld dat de financiële positie van ziekenhuizen nader is onderzocht. Het rapport terzake is u toegestuurd en heeft ondergetekende geen aanleiding gegeven om meer intensiveringen voor ziekenhuizen uit te trekken. Het beleid is daarom duidelijk. Structureel ombuigen van de overcapaciteit door middel van beddenreductie en een gerichte financiële injectie op onderdelen in de exploitatie, zoals de werkdruk en ook de arbeidsmarkt, niet uitsluitend voor ziekenhuizen, maar voor de gehele zorgsector.

Verspreide vragen

De leden van de fractie van het C.D.A. stonden stil bij de door ondergetekende voorgestane wijze van beddenreductie. Belangrijkste reden om een beleid te voeren gericht op het verminderen van het aantal ziekenhuisbedden is dat het aanwezige aantal bedden nog steeds de behoeftenorm (thans 3,4 bed per 1000 inwoners) overschrijdt. Het aantal bedden is een belangrijke indicatie voor de omvang van een ziekenhuis en dus van het daarin te leveren zorgaanbod. Er is inmiddels een aanzienlijk aantal bedden geschrapt uit de erkenningen der ziekenhuizen. De bedbezetting in de Nederlandse ziekenhuizen is in 1990 niettemin nog steeds laag (rond de 75%). Zoals ondergetekende bij de schriftelijke en mondelinge behandeling van dit wetsvoorstel reeds meermalen heeft aangegeven, worden in de sector der ziekenhuizen grote inspanningen geleverd gericht op samenwerking, fusie en een algehele modernisering van de ziekenhuisorganisatie. Alleen in geval het herstructureringsproces, waarvan capaciteitsreductie onderdeel uitmaakt, onvoldoende van de grond komt, zal ondergetekende ingrijpen.

Zowel de LSV als de NZR hebben in de afgelopen periode diverse malen benadrukt dat er geen directe relatie is tussen aantallen medisch specialisten in het ziekenhuis en het aanwezige aantal bedden. Inderdaad hanteren diverse ziekenhuizen tegenwoordig een flexibel opnamebeleid ten gevolge waarvan voor de specialismen in het ziekenhuis niet meer wordt vastgesteld over hoeveel bedden de specialist precies kan beschikken. Het is dus, anders dan de leden vonden, geenszins merkwaardig dat bedden niet aan de verschillende specialismen worden gedeeld.

De leden van de fractie van het C.D.A. stelden tenslotte enige vragen omtrent de onderbouwing van de specialistenplaatsennormering, gehanteerd in de richtlijnen op grond van artikel 3 van de Wet ziekenhuisvoorzieningen.

De richtgetallen voor het aantal functie-eenheden zijn gebaseerd op de werkelijke situatie in 1983. Die werkelijke situatie is gerelateerd aan het gebruik per leeftijdsgroep en specialisme in dat jaar. Vervolgens is er een inschatting gemaakt van de verschuiving tussen moeder- en deelspecialismen, de ontwikkeling van het aantal verwijskaarten en de instroom. Deze gegevens zijn gerelateerd aan de bevolkingsprognosen voor 1995, waarbij het gebruik per hoofd van de bevolking constant is gehouden. Aldus worden de gevolgen van de vergrijzing en het daarbijbehorende noodzakelijke meergebruik volledig verwerkt. De richtgetallen zijn tot stand gekomen op basis van een advies van het College voor ziekenhuisvoorzieningen uit 1986. Spanning tussen deze richtgetallen enerzijds en wat wel genoemd wordt «werkelijke» behoefte zal er altijd zijn. Daarbij dient in het oog gehouden te worden dat in de gezondheidszorg het

aanbod toch ook de vraag schept, zodat een sluitende onderbouwing van «behoefte» niet mogelijk is. Om deze reden dient dan ook de normatieve behoefte als uitgangspunt te worden gehanteerd voor de capaciteitsvaststelling in ziekenhuisplannen. De invulling dient daarbij vanzelfsprekend in redelijkheid plaats te vinden. Voor het overgrote deel zijn de richtgetallen actueel en stemmen zij in voldoende mate overeen met de behoefte aan specialistische hulp. Voor de specialismen oogheelkunde, orthopedie en reumatologie zijn of worden de richtgetallen gewijzigd, omdat voor die specialismen sprake is van een toename van behandelingen per hoofd van de bevolking.

Er zijn diverse oorzaken voor het ontstaan en de groei van wachtlijsten in de ziekenhuizen, die overigens vooral betrekking hebben op de chirurgische disciplines. Genoemd kunnen worden de beperkt beschikbare capaciteit aan personeel, het relatief krappe budget, de logge organisatiestructuur in een aantal ziekenhuizen en de toenemende en veranderende zorgvraag mede tengevolge van de medisch-technologische ontwikkeling. Ondergetekende is evenwel van oordeel dat de problematiek van de wachtlijsten niet in eerste instantie moet worden aangepakt met extra medisch specialisten, doch een verbetering van de interne organisatie en de onderlinge samenwerking van de ziekenhuizen zodat de beschikbare faciliteiten optimaal – en alleen waar nodig – worden aangewend. Het ingrijpende herstructureringsproces in de ziekenhuissector dient mede te leiden tot herverdeling en concentratie van de medisch-specialistische zorgverlening. Daarbij dient de planning van specialistenplaatsen gericht te zijn op een implementatie van de daadwerkelijke – normatieve – behoefte in 1995 en een goede verdeling van de verschillende specialismen over de diverse ziekenhuizen. Niet in iedere regio behoeft het landelijk gemiddelde aantal specialistenplaatsen te worden bereikt. Echter, in een aantal regio's wordt fors afgeweken van dit gemiddelde en ondergetekende acht het een goede zaak dat zowel in situaties van een teveel als van een tekort, het feitelijk aantal specialisten wordt omgebogen in de richting van het landelijk gemiddelde.

Tenslotte werd de vraag gesteld welke waarde aan plannen moet worden toegekend, die op basis van richtlijnen zijn gemaakt, die niet in voldoende mate zijn onderbouwd.

Ondergetekende bestrijdt dat de onderbouwing van de richtgetallen voor het functiebereik voor medisch specialisten onvoldoende zou zijn om voor de planopstelling te kunnen fungeren. Behalve op de eerdergenoemde onderdelen, waarvoor inmiddels een wijziging van de normstelling in voorbereiding is, vormen de richtgetallen bruikbare planningsinstrumenten. Zoals bekend, zijn de richtgetallen gebaseerd op een landelijk gemiddelde situatie. Die wordt vanzelfsprekend niet in iedere regio aangetroffen. Het is niet meer dan redelijk dat deze landelijk gemiddelde situatie ook niet door een louter rekenkundige toepassing van de richtgetallen in elke regio behoeft te worden gerealiseerd. Een blijvende afwijking in de regio in de onderlinge verhoudingen tussen de specialismen ten opzichte van het landelijk gemiddelde is derhalve toegestaan. In regio's waar het totale aantal aanwezige functie-eenheden hoger ligt dan het ingevolge de richtlijnen toegestane aantal, moet bij de opzet van het plan een situatie worden nagestreefd waarin het aanwezige aantal in overeenstemming wordt gebracht met het toegestane aantal.

In regio's waar het totale aantal aanwezige functie-eenheden lager ligt dan het ingevolge de richtlijnen toegestane aantal kan bij de opzet van het plan slechts uitbreiding worden opgenomen indien in een sluitende onderbouwing de noodzaak wordt aangetoond. In dit verband valt bijvoorbeeld te denken aan de noodzaak van verschuiving van functies tussen regio's opdat een evenwichtige functie-opbouw en een betere

bereikbaarheid voor de bevolking tot stand kunnen komen. De nadruk moet bij de planopzet met name liggen op een vergroting van de doelmatigheid en een daarmee samenhangende kwaliteitsverhoging. Een louter rekenkundige benadering volstaat dus niet. Ondergetekende heeft in de aanwijzingen in 1988 deze opdracht uitdrukkelijk aan de provinciale besturen meegegeven.

De Staatssecretaris van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur,
H. J. Simons