Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport

De voorzitter van de vaste commissie voor
Volksgezondheid, Welzijn en Sport
van de Eerste Kamer der Staten-Generaal
Postbus 20017
2500 EA DEN HAAG

Ons kenmerk	Inlichtingen bij	Doorkiesnummer	Den Haag
DBO-2209137			
Onderwerp		Bijlage(n)	Uw brief
Beantwoording vragen inzake de zorg in Nederland			20 april 2001

Op 6 juli 2001 heb ik u het eerste deel van de antwoorden op de schriftelijke vragen toegestuurd, die uw commissie in een brief van 20 april 2001 heeft gesteld ter voorbereiding van een eventueel debat over de zorg in Nederland. Dit eerste deel betrof het grootste deel van de vragen van feitelijke aard (categorie B).
Hierbij stuur ik u namens het kabinet de resterende antwoorden op de vragen van feitelijke aard en de antwoorden op alle vragen over de inhoud van het beleid (categorie A).
Voorafgaand aan de concrete beantwoording van de vragen over de inhoud van het beleid, wil het kabinet in deze brief graag nog enkele algemene inleidende opmerkingen maken.

De vraagstelling van uw commissie is blijkens de toelichtingen bij de vragen voor een belangrijk deel ingegeven door de knelpunten in de zorgsector, die in het huidige politieke en maatschappelijke debat centraal staan: de tekorten aan verplegend personeel en artsen en de te lange wachttijden in een groot aantal regio's en sectoren.
Het kabinet plaatst bij de benadering in de vraagstelling van de commissie een drietal kanttekeningen.

(1) In sommige vragen ligt de veronderstelling besloten dat allerlei ontwikkelingen die op dit moment vanzelfsprekend zijn of lijken, in het verleden volledig voorspelbaar zijn geweest. Zo is de zorgvraag de laatste jaren veel sterker gestegen dan in de ramingen van de betrokken onderzoeksinstituten destijds is voorzien. Zowel de toegenomen welvaart als de sterk verbeterde behandelmogelijkheden alsook de forse verruiming van de zorgcapaciteit naar aanleiding van de wachttijdenaanpak hebben bijgedragen aan een veel dynamischer ontwikkeling van de vraag dan waarmee rekening is gehouden. Ook de scherpere aanpak van ziekteverzuim in bedrijven en van het voorkomen van arbeidsongeschiktheid heeft tot een groter beroep op zorgverlening geleid dan voorzien. Achteraf moet worden vastgesteld dat de ramingen van destijds onvoldoende met deze

Postbus 20350
2500 EJ DEN HAAG
Telefoon (070) 340 79 11
Fax (070) 340 78 34

Bezoekadres:
Parnassusplein 5
2511 VX DEN HAAG

Correspondentie uitsluitend richten aan het postadres met vermelding van de datum en het kenmerk van deze brief.

Internetadres:
www.minvws.nl

ontwikkelingen rekening hebben kunnen houden en primair van extrapolatie van bekende, vaak aanbodgestuurde, trends zijn uitgegaan.
Voor de ontwikkelingen op de arbeidsmarkt geldt evenzeer dat de sector en zeker ook de rijksoverheid in beperkte mate invloed kunnen uitoefenen op het arbeidsaanbod. De Nederlandse economie heeft zich sinds het begin van de jaren negentig zó voorspoedig ontwikkeld dat zich momenteel in vrijwel alle sectoren (ook in het bedrijfsleven) soms omvangrijke personeelstekorten manifesteren. De zorgsector heeft desondanks de afgelopen jaren een relatief grote wervingskracht laten zien en kent een lager vacaturepercentage dan veel andere sectoren in de economie. Toch zijn de tekorten die zich voordoen juist in de gezondheidszorg vaak pijnlijk voelbaar, omdat deze direct invloed hebben op capaciteit en kwaliteit. Een ander voorbeeld van een 'spontane' maatschappelijke ontwikkeling is de sterke toename van het parttime werken in de medische sector, waar traditioneel juist altijd sprake was van lange werkweken van meer dan 50 uur.
Omdat gezondheidszorg een zo belangrijk goed is, is de afhankelijkheid van de arbeidsmarkt een achilleshiel, waarop ondanks alle inspanningen van sector en kabinet uiteindelijk maar in beperkte mate 'gestuurd' kan worden, zeker als het gaat om het realiseren van effecten op korte termijn.

(2) Het vraagstuk van wachttijden en personeelstekorten bepaalt op dit moment het beeld van de sector. Het is begrijpelijk dat burgers en patiënten de gezondheidszorg ook hierop beoordelen en 'de maat nemen' en dit ook zullen blijven doen zolang die wachttijden en tekorten er zijn. Het kabinet hecht er evenwel aan de indruk weg te nemen dat het bestaan van wachttijden en tekorten duidt op een over de hele linie slecht functionerende sector. Te gemakkelijk wordt in de beeldvorming nog wel eens gezinspeeld op een gebrek aan dynamiek in de zorgsector, op een onvoldoende efficiënte besteding van (extra) financiële middelen en op het achterblijven van de hoeveelheid en kwaliteit van de zorg.
In de afgelopen acht jaar is het zorgaanbod in kwantitatief en kwalitatief opzicht sterk gegroeid, in lijn met de budgettaire groeiruimte die in die jaren beschikbaar was. De productie in kwantitatieve zin is fors toegenomen, het laatste jaar in een verhoogd tempo door de intensievere wachtlijstaanpak. Daarnaast zijn langs verschillende sporen (meer handen aan het bed, werkdrukmiddelen, I/D-banen) extra banen gecreëerd om de werkdruk te verlagen en de zorgorganisatie te ontlasten. Bij dat laatste gaat het niet zozeer om toename van zorgproductie alswel om een verbetering van de kwaliteit van de zorg, doordat er aan patiënten meer zorg en aandacht kan worden gegeven. In economische statistieken kan deze vorm van werkgelegenheidsgroei overigens als een daling van de arbeidsproductiviteit zichtbaar worden.
De toename van het aantal banen in de sectoren zorg en welzijn van 890.000 in 1995 naar 1.040.000 nu, een stijging met 17%, is voor dit alles illustratief. Voor de economie in zijn geheel bedroeg de stijging van de werkgelegenheid gemiddeld 14%.
Hierbij past de kanttekening dat ondanks deze groei in concrete situaties patiënten wel degelijk personeelstekorten kunnen ervaren, bijvoorbeeld door het gestegen ziekteverzuim of door lokale arbeidsmarkttekorten.
Niet alleen het zorgaanbod, ook de kwaliteit van de zorg is enorm verbeterd. Denk daarbij aan de investeringen om de privacy en leefsituatie in verpleeghuizen te verbeteren, de gestage vermaatschappelijking van de zorg in de gehandicaptensector en de psychiatrische zorg, de verschuiving van opname naar dagbehandeling in ziekenhuizen en de toegenomen mogelijkheden voor chronisch zieken om zorg in een zelfgekozen woonvorm

aangeboden te krijgen. Indrukwekkende verbeteringen zijn ook zichtbaar in verbeterende behandelperspectieven bij specifieke ziekten en vele nieuwe ingrepen (onder meer aan het bewegingsapparaat en het oog), die met name voor ouderen toegankelijk zijn geworden. Anders gezegd: de tachtigjarige van nu is door deze nieuwe medische technologie gemiddeld aanmerkelijk gezonder dan zijn leeftijdgenoot van twintig jaar geleden. Tegelijkertijd betekent dit dat er in feite een dubbel beroep op zorg (naast chronische ook curatieve) gedaan wordt door oudere mensen. Sommige ingrepen, bijvoorbeeld aan het oog, worden zelfs na een aantal jaren herhaald.

Deze opmerkingen doen voor het kabinet niets af aan de ernst van de te lange wachttijden en de personeelstekorten en de noodzaak die problemen met kracht aan te pakken.
Dit is ook nodig omdat burgers lang wachten minder gemakkelijk accepteren dan een aantal jaren geleden, toen het met de economie en de overheidsfinanciën minder goed ging. De verwachtingen over de door de gezondheidszorg te leveren prestaties zijn sterk gestegen: de lat wordt hoger gelegd. Mensen willen kwalitatief hoogwaardige zorg en zij willen die zorg op het moment dat ze die nodig hebben. Het bedrijfsleven wil dat zieke werknemers direct behandeld worden om hen snel weer terug te kunnen laten keren in het arbeidsproces. Deze 'rijzende verwachtingen' kunnen niet los worden gezien van de sterk toegenomen welvaart in de afgelopen jaren. De gang naar de rechter door enkele verzekerden markeert deze ontwikkeling. Vanwege het grote belang van een goede gezondheidszorg speelt het kabinet met het gevoerde beleid van de afgelopen jaren op deze verwachtingen in. Het kabinet heeft daarom vorig jaar de keuze gemaakt daarwerkelijk inhoud te geven aan het aansprakenkarakter van de sociale zorgverzekeringen (zie het actieplan Zorg Verzekerd en de extra miljarden voor de aanpak van de wachttijden). Het kabinet heeft dat gedaan in het besef dat velen, met name mensen met een chronische ziekte of een handicap, voor de kwaliteit van hun bestaan sterk afhankelijk zijn van een goed functionerende gezondheidzorg. Dat ondanks de verruiming van het aanbod, die nu gaande is, de wachttijden nog niet op de gewenste norm zitten, heeft voor een deel te maken met de ontwikkelingen aan de vraagzijde en deels met de tijd die benodigd is om uitbreiding van capaciteit daadwerkelijk te realiseren. Het kabinet streeft in het kader van Zorg Verzekerd naar het maximaal haalbare tempo.

(3) De derde opmerking heeft betrekking op de verantwoordelijkheid van de minister van Volksgezondheid. In uw vragen klinkt als rode draad door dat de minister van Volksgezondheid als enige verantwoordelijkheid zou dragen voor de prestaties van de zorgsector.
Nederland kent een wettelijk verankerd publiek/privaat stelsel van gezondheidszorg waarin zeer veel instellingen en actoren (zorgverzekeraars, zelfstandige bestuursorganen, zorgaanbieders etc.) een eigen specifieke rol en verantwoordelijkheid vervullen. Niet voor niets wordt de gezondheidszorg gefinancierd met behulp van premies uit hoofde van vijf verschillende zorgverzekeringen en niet met belastingmiddelen (afgezien van de rijksbijdrage aan de Algemene Ziekenfondskas). Het Nederlandse stelsel van gezondheidszorg met een gemengde verantwoordelijkheid heeft over het algemeen een kwalitatief hoogwaardig niveau van voorzieningen opgeleverd en beweegt ook mee met stijgende kwaliteitseisen. Dit stelsel worstelt tegelijkertijd met knelpunten, met name op het punt van het tijdig kunnen aanbieden van (voldoende) zorg aan de mensen die daarop een beroep doen. Het kabinet wil graag benadrukken dat bij zowel de goede prestaties van de Nederlandse gezondheidszorg (daarop ben ik hiervoor al ingegaan) als bij de

knelpunten in de aansluiting tussen vraag en aanbod zoals die zich nu voordoen, de specifieke verantwoordelijkheid van alle partijen, uiteraard ook die van de rijksoverheid, in het oog gehouden moet worden. Het spreekt voor zich dat ik op de verantwoordelijkheid die de rijksoverheid draagt volledig aanspreekbaar ben.

Drie hoofdthema's

Naast deze algemene opmerkingen bij de vraagstelling van uw commissie, wil het kabinet in deze brief ten slotte ingaan op een drietal hoofdthema's die in de vraagstelling sterk naar voren komen.

1. De spanning tussen aanbodregulering en vraagsturing en in samenhang daarmee het korte- en langetermijnbeleid.
2. De rol van kosten- en budgetbeheersing bij het ontstaan van wachttijden.
3. De mate waarin is ingespeeld op signalen over knelpunten op de arbeidsmarkt en in de personeelsvoorziening.

In de verschillende antwoorden wordt uiteraard uitgebreider op de over deze thema's gestelde vragen ingegaan. Op deze plaats wil het kabinet graag een meer algemene reactie geven.

Aanbod- en vraagsturing

De belangrijkste vraag die uw commissie op dit punt gesteld heeft is of niet te lang is vastgehouden aan een model van aanbodsturing.
Het is de Eerste Kamer bekend dat gedachten over de overgang naar een nieuw sturingssysteem in de zorgsector dat gericht is op de zorgvraag, niet nieuw zijn. Sinds het rapport van de commissie Structuur en Financiering Gezondheidszorg (commissie-Dekker) uit 1987 hebben twee achtereenvolgende kabinetten gewerkt aan het tot stand brengen van zodanige wijzigingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen dat een geleidelijke omslag naar vraagsturing mogelijk zou worden. De Eerste Kamer heeft destijds een belangrijke rol gespeeld in het politieke debat over de systeemwijzigingen die toen aan de orde waren. Uiteindelijk is de stelselwijziging in 1993/1994 stopgezet. Over de politieke besluitvorming rond dat gehele proces heeft de commissie Onderzoek besluitvorming volksgezondheid van de Tweede Kamer (commissie-Willems) op 24 maart 1994 een zeer leerzame analyse uitgebracht.
De situatie was toen anders en de problemen in de zorgsector van toen en nu zijn niet dezelfde, maar er zijn belangrijke parallellen. Enkele door uw commissie gestelde vragen lijken voorbij te gaan aan deze voorgeschiedenis die toch laat zien dat niet de minst belangrijke van de op dit moment noodzakelijk geachte veranderingen in de wijze waarop de zorgsector wordt bestuurd, ook vijftien jaar geleden al werden onderkend.
In enkele vragen klinkt door dat de noodzaak om een meer vraaggestuurd systeem in te voeren pas onlangs onderkend zou zijn en te laat tot concrete stappen zou hebben geleid. Het kabinet hoopt in de beantwoording voldoende duidelijk te maken dat al gedurende een veel langere periode stappen zijn gezet op weg naar een meer vraaggerichte sturing van de zorg in een context van decentralisatie en verschuiving van verantwoordelijkheden naar andere partijen, met name risicodragende, concurrerende zorgverzekeraars. Door deze voorafgaande stappen kon het kabinet in juli 2001 met concrete voorstellen komen voor een nieuw verzekeringsstelsel in de volgende kabinetsperiode (de nota Vraag aan Bod). Deze voorstellen borduren voort op reeds in gang gezette moderniseringsoperaties voor de care en de cure, de versterking van de rol van verzekeraars en het actieplan Zorg Verzekerd.

Het kabinet onderschrijft– terugblikkend op de afgelopen zeven jaar – dat er spanning heeft bestaan tussen het korte- en het langetermijnbeleid. Gedeeltelijk is dat ook nu nog het geval. Die spanning ziet het kabinet als onvermijdelijke gevolg van twee, heel verschillende, ontwikkelingen. Aan de ene kant de ontwikkeling in de richting van vraagsturing, waarvan de noodzaak onverminderd is blijven voortbestaan. Aan de andere kant de blijvende noodzaak om de uitgavenontwikkeling te beheersen, om de publieke financiën 'gezond' te maken en om de werkgelegenheid te herstellen en te bevorderen. Dit beleid heeft er onder achtereenvolgende kabinetten toe geleid dat tal van maatregelen zijn genomen die ingrepen op budgetten, tarieven, eigen bijdragen en het verzekerde pakket. Ook in andere Europese landen heeft men de noodzaak ervaren om de collectief gefinancierde uitgaven van de gezondheidszorg te beheersen. Soms heeft dat geleid tot rantsoenering van zorg (het Verenigd Koninkrijk), soms tot aanzienlijke eigen betalingen (België).

Kostenbeheersing en wachttijden

In enkele vragen klinkt door dat er een eenduidig verband zou bestaan tussen het gevoerde beleid gericht op kostenbeheersing en het ontstaan van de wachttijdenproblematiek en dat er te lang een beleid van kostenbeheersing is gevoerd.

De verschillende bewindspersonen van Volksgezondheid hebben in de periode van ruwweg 1978 tot 1998 vanuit kabinet en parlement - ook de Eerste Kamer - steeds als belangrijkste opdracht meegekregen zorg te dragen voor een beheerste ontwikkeling van de zorguitgaven. Dit beleid van kostenbeheersing maakte onderdeel uit van een veel breder financieel en sociaal economisch beleid dat erop gericht was betere voorwaarden te creëren voor groei van economie en werkgelegenheid. Oogmerk was door middel van versobering en beperking van de publieke uitgaven ruimte te scheppen voor lagere collectieve lasten en daardoor lagere arbeidskosten en voor terugdringing van het financieringstekort van de overheid. Alle sectoren, ook het onderwijs en de sociale zekerheid, hebben aan deze 'gezondmaking' van de overheidsfinanciën een bijdrage geleverd.

Het is u bekend dat dit beleid van opeenvolgende kabinetten inmiddels tot goede resultaten heeft geleid, die de ruimte hebben gecreëerd voor intensiveringen in de publieke sector die anders niet mogelijk zouden zijn geweest. Het intensiveringsprogramma voor de publieke sector dat onder dit kabinet tot ontwikkeling is gekomen is daarvan de weerslag. Het kabinet vindt terugblikkend dat dit beleid van kostenbeheersing van achtereenvolgende kabinetten, hetgeen immer heeft betekend 'bezuiniging', niet alleen noodzakelijk maar ook onontkoombaar is geweest. Het kabinet stelt ook vast dat dit beleid steeds op brede politieke instemming heeft kunnen rekenen. De zorgsector heeft met dit beleid van uitgavenbeheersing een bijdrage geleverd aan het op orde brengen van de overheidsfinanciën en daarmee ook de Nederlandse economie en verdient daarvoor respect.

Zonder het consequent doorgevoerde beleid van kostenbeheersing was het niet mogelijk geweest de stappen te zetten zoals het kabinet die nu doet op het gebied van vraagsturing en gereguleerde competitie en reductie van wachttijden. De rijksoverheid kan in de zorgsector de strakke koorden van de aanbodregulering versoepelen en biedt vanaf vorig jaar de ruimte aan zorgverzekeraars om extra productie te contracteren waardoor wachttijden krachtiger teruggedrongen kunnen worden. Uiteraard blijft het noodzakelijk een voorspelbare en beheersbare kostenontwikkeling te waarborgen, onder meer door een

reële raming van de vraag en in het stelsel goede prikkels voor efficiënte indicatiestelling en zorgverlening in te bouwen (zie de nota Vraag aan Bod).
In een aantal sectoren (thuiszorg, gehandicaptenzorg, oogoperaties) zijn al positieve resultaten zichtbaar van het brede offensief tegen de te lange wachttijden. Tegelijkertijd realiseert het kabinet zich dat er nog een weg te gaan is (onder meer door de krapte op de arbeidsmarkt en de lengte van bouwtrajecten) voordat de zorgproductie over de hele linie tegemoet komt aan de blijvend stijgende vraag.

In de vraagstelling wordt ook een sterk oorzakelijk verband tussen kostenbeheersing en budgettering enerzijds en het ontstaan van te lange wachttijden anderzijds verondersteld. Het ontstaan van wachttijden moet naar het oordeel van het kabinet worden toegeschreven aan een reeks van factoren, zoals de sterke ontwikkeling van de zorgvraag (o.a. meer behandelmogelijkheden en meer welvaart, demografische groei van de vraag), het teruglopende aanbod van arbeidskrachten (o.a. door een snelle opkomst van part-time werken, ook onder artsen, spanning op de arbeidsmarkt als gevolg van een sterke stijging van het aantal banen, en een in hoge mate door demografie bepaalde daling van de onderwijsinstroom) en de mate van efficiëntie van individuele zorginstellingen. Daarnaast was tot voor kort - door een gebrek aan transparantie - vaak onduidelijk wat precies de aard en de omvang van de verschillende wachttijden was.
Het bestaan van budgettaire grenzen heeft uiteraard een rol gespeeld bij het ontstaan van wachttijden, maar het is zeker niet de enige of de belangrijkste factor geweest. De budgettaire grenzen van de afgelopen jaren hebben - zoals beoogd - bijgedragen aan een grotere doelmatigheid van de zorgsector, en dus ook aan een gunstiger verhouding tussen productie en kosten. Zonder de kostenbeheersing was deze doelmatigheidswinst niet ontstaan. Bij het bepalen van de budgettaire groeiruimte is door verschillende kabinetten bovendien steeds zo goed mogelijk rekening gehouden met de geraamde stijging van de zorgvraag. Er is dus, anders dan in de vraagstelling gesuggereerd, nooit in het budgettaire beleid aangestuurd of geanticipeerd op een oploop van de wachttijden en wachtlijsten. In het beleid van de twee Paarse kabinetten was er daarnaast ruimte om tot een opwaartse bijstelling van de budgettaire ruimte te komen. Voor de cijfers verwijs ik naar de antwoorden op de afzonderlijke vragen.

Arbeidsmarkt
Een belangrijke vraag van uw commissie is of voldoende is geanticipeerd op de arbeidsmarktknelpunten zoals die zich nu aftekenen. In de beantwoording geef ik aan dat het kabinet het afgelopen decennium steeds zeer actief is geweest in het verruimen van de opleidingscapaciteit daar waar behoefteramingen daartoe aanleiding gaven. Het ministerie van VWS heeft daarnaast vanaf 1998 specifiek aandacht gevraagd bij de sector voor de dreigende tekorten aan verpleegkundigen en via de sectorfondsen extra inspanningen gestimuleerd, zoals het project TOPAZ waardoor de instroom van allochtone verplegenden en verzorgenden sterk is bevorderd. Inmiddels heeft het kabinet, naar aanleiding van de rapportage van de werkgroep-Van Rijn, besloten een forse extra investering te doen in het arbeidsmarktbeleid.

Zoals ook eerder in deze brief is opgemerkt zijn de mogelijkheden om de arbeidsmarkt te beïnvloeden vanuit de zorgsector beperkt. Zo is door de hoge economische groei van de afgelopen jaren (en het daaruit voortvloeiende beroep van vele sectoren op de arbeidsmarkt) het arbeidspotentieel waar de zorgsector uit kan putten veel minder groot

dan eerder was verwacht. Deze ontwikkeling staat in contrast met het begin van de jaren negentig toen er nog vooral zorgen waren over de arbeidsmarktoverschotten op velerlei gebied, ook in de zorg. Zoals al eerder aangegeven zijn zowel de ontwikkeling van de arbeidsmarkt als van de zorgvraag met zoveel onzekerheden omgeven, dat altijd rekening gehouden moet worden met periodes van kraptes en van overschotten. Een voorbeeld daarvan is de op dit moment lage instroom in opleidingen voor verpleegkundigen als gevolg van het relatief lage aantal geboorten in het midden van de jaren tachtig, terwijl tegelijkertijd de groei van de vraag in de zorgsector uitermate hoog is.
Om de varkenscycli uit het verleden niettemin zoveel mogelijk te voorkomen is mede op mijn verzoek in 1999 een capaciteitsorgaan ingesteld dat tot taak heeft om een reële raming te maken (en continu te actualiseren) van de toekomstige behoefte aan medische professionals.

Met deze aanvullende opmerkingen heeft het kabinet de hierbij gevoegde antwoorden van een breder perspectief willen voorzien.

De Minister van Volksgezondheid,
Welzijn en Sport,

dr. E. Borst-Eilers