



De heer Van Hoof, staatssecretaris van Defensie

© M. Sablerolle – Gouda

dat desalniettemin de NAVO-raad er niet door overtuigd geraakt is om te besluiten tot een moratorium, overigens op grond van de argumenten die ik zo-even al genoemd heb.

Mevrouw **Albayrak** (PvdA): Voorzitter! De staatssecretaris versterkt, sprekend over het Italiaanse parlement, in principe mijn argumenten. Nederland levert altijd een substantiële bijdrage aan vredesmissies. Het is dan ook belangrijk dat wij ons bij genoemde landen scharen. Blijkbaar was het signaal nog niet sterk genoeg. Dat is extra reden, ons ook uit te spreken.

Ik vind het enigszins kortzichtig dat de staatssecretaris zegt dat een moratorium op ons niet van toepassing is, omdat wij er niet mee schieten. Wat maakt het uit of wij of onze bondgenoten dat doen? Nederland voert niet alleen oorlog, maar altijd in internationaal verband met bondgenoten. Het doet wel degelijk ook voor onze militairen terzake dat er geschoten wordt met munitie dat verarmd uranium bevat. Na het inslaan ervan, lopen ook onze mensen en de plaatselijke bevolking rond in mogelijk besmette gebieden, met risico's voor de volksgezondheid.

De **voorzitter**: Mevrouw Albayrak, een VAO wordt op de agenda van de plenaire vergadering geplaatst om

moties in te dienen en hooguit een afsluitende opmerking te maken. U herhaalt nu wat u in het algemeen overleg al te berde hebt gebracht. U lokt daarbij de staatssecretaris in feite uit tot het overdoen van een debat, terwijl dat niet de bedoeling is. Ik vraag de staatssecretaris om nog een enkel woord hieraan te wijden, vervolgens zijn betoog te vervolgen en zijn oordeel te geven over de ingediende moties. Daarna is dit debat afgelopen. Als dat onvoldoende is voor mevrouw Albayrak, zal zij een nieuw algemeen overleg moeten aanvragen.

Staatssecretaris **Van Hoof**: Voorzitter! Ik zal proberen, dit puntig te doen. Wellicht maakt het betoog van mevrouw Albayrak op deze regering meer indruk dan op regeringen die hier niet aanwezig zijn, dus in die zin is mijn positie iets anders. Dat neemt niet weg dat de discussie in het kader van de NAVO voor een belangrijk deel is gevoerd. Ik kan de heer Harrewijn melden dat ik, als zij terugkomt, zijn standpunt goed heb begrepen. De Nederlandse regering is op de hoogte van de stand van zaken.

Het effect van de motie van mevrouw Albayrak op de NAVO zal zeer beperkt zijn. De route die is aangegeven in de motie van de heer Van den Doel, te weten gebruikmaking van het CWV, het conventionele

wapenverdrag, is wellicht een alternatief, zij het dat er nog een derde alternatief is, het model van Ottawa. Tegen die achtergrond en gegeven de wens van de Kamer, neergelegd in de moties, is het mogelijk dat de regering, na overleg met de collega van Buitenlandse Zaken, nagaat in hoeverre de alternatieven CWV en model van Ottawa uitvoerbaar zijn. De motie van de heer Van den Doel is mij dan ook sympathieker dan die van mevrouw Albayrak.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik dank de regering voor haar beantwoording. Over de ingediende moties zal op een nader te bepalen tijdstip worden gestemd.

De vergadering wordt enige ogenblikken geschorst.

---

Aan de orde is de **interpellatie-Kant**, gericht tot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over **wachttijden voor openhartoperaties**.

Tot het houden van deze interpellatie is verlof verleend in de vergadering van 30 januari 2001.

(De vragen zijn opgenomen aan het eind van deze editie.)<sup>1</sup>

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! De Stichting Nederlandse hartpatiënten heeft het afgelopen weekend weer eens de noodklok geluid. Zij meldde dat volgens haar onderzoek 10 van de 13 hartcentra wachttijden hebben van langer dan drie maanden. Andere recente cijfers geven aan dat op dit moment ruim 2600 mensen wachten op een openhartoperatie of een dotterbehandeling. Maar liefst een derde van hen, ongeveer 750 mensen, moet langer dan twee maanden wachten. Die mensen wachten met een bom in hun lijf. Het is eigenlijk amper voor te stellen wat deze mensen meemaken: zij moeten een belangrijke operatie ondergaan en weten dat er iets in hun lichaam niet goed is, maar zij moeten wachten. Zij wachten dagelijks op het verlossende telefoontje, dat echter steeds langer uitblijft; erger nog: afspraken worden weer afgezegd. In Eindhoven vielen begin

## Kant

deze week bijvoorbeeld drie patiënten die geopereerd zouden worden, weer af. Intussen tikt de bom verder. In 1994 en 1995 stierven 224 mensen die op de wachtlijst stonden. Onderzoek dat daarnaar gedaan werd, toonde aan dat binnen deze groep het overlijden van 181 mensen gerelateerd was aan de wachtlijst. Het gaat dus echt om een kwestie van leven en dood. Hartoperaties en dotterbehandelingen zijn in het afgelopen jaar al enkele keren als voorbeeld gebruikt van een goede ontwikkeling in de wachtlijsten: er zou volgens de minister een gestage daling tot aanvaardbare wachttijden zijn. Helaas bleek dat slechts tijdelijk te zijn. Nu blijkt dat ook deze wachttijden en daardoor ook het aantal mensen dat medisch onaanvaardbaar lang moet wachten, weer oplopen. Gesprekken van deze week met allerlei mensen die hiermee te maken hebben en met centra in het land, bevestigen dit. Het staat als een paal boven water: de wachtlijsten groeien weer. Dat is verontrustend.

Extra verontrustend is dat ik uit die gesprekken ook heb moeten opmaken dat er geen vooruitzicht op verbetering is. In Groningen verwacht men dit jaar al 200 mensen minder in plaats van meer te kunnen helpen. In Eindhoven hebben de verzekeraars minder operaties toegestaan en het AMC haalt de planning niet. Dat zijn zomaar enkele voorbeelden van reacties.

Afgezien van het feit dat verzekeraars het planningsbesluit doorkruisen – ik vraag mij overigens af hoe dat kan – is een van de oorzaken natuurlijk het gebrek aan verpleegkundig personeel en aan personeel voor de operatiekamer en intensive care. In Groningen staat dagelijks een van de vier operatiekamers leeg. Vrijdagmiddag wordt er volgens mij nergens meer geopereerd. De vraag vandaag is natuurlijk of de minister wel kan blijven toekijken. Uiteindelijk is zij natuurlijk verantwoordelijk. Of moeten deze honderden hartpatiënten naar de rechter lopen om snelle hulp af te dwingen of een schadevergoeding te lezen, zoals haar topambtenaar onlangs heeft geadviseerd? Ik vind dat een merkwaardige reactie van een topambtenaar. Een schadevergoeding zou natuurlijk best terecht zijn, want schade lijden deze mensen zeker. Los daarvan is het natuurlijk geen oplossing. Of moeten wij

wachten totdat familieleden van nabestaanden de overheid aanklagen wegens dood door schuld? Nee, laten wij wat gaan doen. Een wachttijd van zes of zeven maanden is medisch en maatschappelijk absoluut onaanvaardbaar. Ik heb echter het gevoel dat de urgentie nog steeds onvoldoende wordt ingezien. De minister heeft gezegd dat geld niet het probleem is. Is zij bereid om op korte termijn met voorstellen te komen, zodat er zo snel mogelijk een afdoende oplossing kan komen?



**Minister Borst-Eilers:** Mevrouw de voorzitter! Als ik het goed begrijp, is het de bedoeling dat ik de schriftelijk ingediende interpellatievragen beantwoord. Zij zijn nu niet door mevrouw Kant aan de orde gesteld.

**De voorzitter:** U kunt die vragen meenemen, als u dat wilt.

**Minister Borst-Eilers:** Ik had van de Kamervoorzitter wat andere instructies ontvangen voor deze interpellatie, namelijk om de schriftelijk ingediende vragen stuk voor stuk te beantwoorden.

Laat ik beginnen met te zeggen dat ik het met de geachte interpellanten eens ben dat er reden is voor bezorgdheid over de recente cijfers. De meest recente cijfers waarover ik beschik, zijn van de BHN, de Begeleidingscommissie hart-interventie Nederland. Daaruit blijkt dat er over de jaren heen een golvende daling is. Je zou kunnen zeggen dat de stijging in de gegevens over de laatste maanden van vorig jaar deel uitmaakt van een van die golfbewegingen. Dat zagen wij namelijk ook gebeuren aan het eind van het jaar in 1995, 1996 en 1997. Ik heb toch ook het onbehaaglijke gevoel dat er inderdaad reden is voor zorg. Wij hebben de BHN om een toelichting gevraagd en gezegd werd dat het personeelstekort de voornaamste reden is.

Bij de tweede interpellatievraag legt mevrouw Kant een berekening voor en ik kan haar zeggen dat de percentages die zij berekend heeft naar mijn mening kloppen.

De derde vraag gaat over het optimisme dat ik eerder heb geuit. Ik heb net al gezegd dat de meerjarige trend van de BHN-gegevens een golvende daling laat zien en die

zagen wij in september nog steeds. Ook is te zien dat het aantal mensen dat te lang wacht op een openhartoperatie of een PTCA sinds 1995 meer dan gehalveerd is. Nu is dat wel beneden het ambitieniveau. Het is natuurlijk mooi dat het aantal gehalveerd is, maar na vijf jaar wil je wel eens zien dat het getal de nul nadert. Dat is helaas niet het geval. Er wordt nog wel ieder jaar meer productie geleverd. Dat geldt zeker ook voor de PTCA's.

De wachtlijst is nu een combinatie van vraag en productie. Ieder jaar wordt er weer 5,5% meer dotterbehandelingen gedaan. Bij de openhartoperaties ligt dat weer anders. Daar steeg de productie in 1995, 1996 en 1997 stevig, de productie stabiliseerde in 1998, maar vertoont sinds 1999 een daling. Ook daar heb ik nadere informatie over ingewonnen. Daar zijn drie verklaringen voor. Er is ten eerste een substitutie van openhartoperaties naar PTCA's. Ten tweede is er een substitutie van open- naar gesloten hartoperaties. Bekend is dat het tegenwoordig mogelijk is om in een aantal gevallen te opereren zonder de hartpomp, maar ik vind dat wij niet letterlijk moeten vasthouden aan de registratie van openhartoperaties. Het gaat om een ingreep voor dezelfde aandoeningen, maar dan gelukkig zonder de hart-longmachine. Wij zijn daarover nu ook in gesprek met de begeleidingscommissie. Dat moet natuurlijk gewoon geregistreerd worden als hartoperaties. Ten derde is een heel verontrustende reden het gebrek aan voldoende personeel voor de intensive care en de operatiekamer.

De vierde vraag gaat over een eventuele onderschatting van het probleem mijnerzijds. Mevrouw Kant weet dat ik tegen de wens van de sector in toestemming heb gegeven voor de bouw van twee nieuwe hartcentra. Daar heeft de Kamer ook sterk op aangedrongen. Dat is maar goed ook, nu wij zien dat er een capaciteitstekort is. Vorig jaar heb ik de academische ziekenhuizen op hun verzoek 26 mln. ruimte gegeven voor extra opleidingscapaciteit. Ze hebben een plan om 300 of 400 operatiekamer- en verpleegkundigen en intensive care-verpleegkundigen klaar te stomen in een extra opleiding van één jaar en zij hebben daar extra geld voor gevraagd en gekregen.

De vijfde vraag gaat over de optimale planningsreserve. De

## Borst-Eilers

inspectie heeft indertijd gezegd dat je die eigenlijk moet hebben. Je hebt altijd een zekere planning. Je moet ook aan de patiëntenkant een zekere reserve hebben. Er kan wel eens iemand uitvallen en dan moet je dat gat meteen kunnen vullen. Daar zijn wij inderdaad nog niet. Wij hebben sinds enige tijd normen voor de maximaal aanvaardbare wachttijden: voor hartoperaties drie maanden en voor PTCA's één maand. Dat zijn natuurlijk maxima en daar willen wij liever nog een stuk onder gaan zitten. Mevrouw Kant weet dat partijen een convenant hebben gesloten. Zij hebben er letterlijk voor getekend dat per 1 januari 2003 alle wachttijden, dus ook deze, aan de desbetreffende normen voldoen, maar dan zal er nog wel iets moeten gebeuren aan de personeelskant. De academische ziekenhuizen zullen dus extra mensen gaan opleiden voor die twee beroepsgroepen. Verder maakt het convenant het mogelijk om tegen een extra salaris ook buiten de bedrijfsuren te werken. Inderdaad staat de OK vaak overdag leeg wegens personeelsgebrek, bijvoorbeeld op een gewone vrijdag. Het is zaak om te voorkomen dat de twee nieuwe centra niet open kunnen door een gebrek aan verpleegkundigen. Beide centra en de verzekeraars hebben zich nadrukkelijk gebonden aan een tijdige opleiding van personeel.

Nu vraag 7 over opereren in het buitenland. Wij hebben dit bij Zorgverzekeraars Nederland nog eens nagevraagd: een zorgverzekeraar moet dat naar mijn mening toestaan, zeker als het een onverantwoord lange wachttijd betreft. De zorgverzekeraars kunnen de operatie dus elders laten plaatsvinden, binnen Nederland, maar ook in het buitenland; in Duitsland en België zijn al verschillende Nederlandse hartpatiënten geopereerd. De zorgverzekeraars moeten hier inderdaad niet moeilijk over doen. Mensen die het aan hun hart hebben, zitten in een beklammende situatie en hoe eerder zij daarvan af zijn, hoe beter. Wel is men in de centra voortdurend bezig om de meest acute gevallen meteen te helpen. Voor sommige mensen is wachten wel verantwoord. Zo hebben we van het AZ Groningen wel eens vernomen dat mensen de operatie uitstellen omdat die hun op een bepaald moment slecht uitkomt of omdat zij op vakantie willen.

Hiermee wil ik de ernst van de zaak niet bagatelliseren, maar volgens het AZ Groningen spelen zulke elementen wel mee.

De beraadslaging wordt geopend.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! ik heb sterk de indruk dat de belangrijkste van mijn interpellatievragen niet is beantwoord, namelijk: wat gaan we doen? Ik ben blij dat de minister erkent dat er reden is tot zorg omdat de wachttijsten weer stijgen en dat zij niet is gaan steggelen over cijfers; daar zitten de mensen helemaal niet op te wachten. Inderdaad is er alle reden tot zorg.

Ik erken dat er in een bepaalde periode een teruggang was in de wachttijsten voor hartoperaties. Zoiets blijkt inderdaad uit de cijfers, maar die teruggang was zeer langzaam en bovendien hadden we het over honderden mensen die wachtten op een operatie die een levensbedreigende situatie kon verhelpen. Als de minister zegt dat de cijfers nu pas weer stijgen, dan vind ik haar niet erg alert. In september heeft de Kamer een brief ontvangen en daarin hield de minister nog vol dat er sprake was van een gestage daling van de wachttijsten. Toch moet ik de minister tegenspreken: in april 2000, een half jaar daarvoor dus, gaven de cijfers van de begeleidingscommissie al aan dat sprake was van een stijging. Hoe alert is deze minister bij de bewaking van de wachttijsten? Ik geef toe dat ik als Kamerlid ook nu pas erken dat dit in april het geval was, maar ik heb dan ook geen ministerie tot mijn beschikking dat dit soort belangrijke zaken voor mij in de gaten houdt. Had de minister dus niet eerder moeten inzien dat het de verkeerde kant opging?

Nu de oplossing. Volgens de minister is sprake van een verschuiving: nu worden andere soorten behandelingen toegepast, waardoor het lang niet voor alle patiënten nodig is om dergelijke operaties te ondergaan. Dat is waar, maar dat neemt natuurlijk helemaal niet weg dat het aantal mensen dat wel zo'n behandeling nodig heeft, ook stijgt. Ik heb het dan over het aantal mensen dat op een wachtlijst staat en niet tijdig deze behandeling krijgt. Die andere soorten medische behandelingen zijn wel een gegeven,

maar dat doet aan deze discussie helemaal niets af.

Ik kom bij de operaties en de uitvoering. De minister is amper ingegaan op mijn constatering dat het planningsbesluit bij lange na niet uitgevoerd is in het afgelopen jaar. Ik wil daar toch een inhoudelijke reactie op. Ik heb er al een aantal voorbeelden van genoemd. De minister heeft in mijn ogen ook te kort gereageerd op de vraag wat er nu te doen staat. Zij verwijst naar twee extra centra. Ik ga de discussie of die centra wel of geen oplossing zijn, hier niet overdoen. Maar ook de huidige centra kunnen veel meer doen. Ik heb al gezegd dat er op vrijdag operatiekamers open staan, maar blijkbaar zijn er nog steeds problemen om het juiste geld – dat de minister volgens eigen zeggen wel ter beschikking stelt – op de plek te laten komen waar het nodig is. Waarschijnlijk komt dit door bureaucratie, maar misschien ook wel doordat er niet genoeg geld is. Zorgverzekeraars komen niet over de brug. Ik krijg hier ook graag een reactie op.

Ik kom bij het probleem van het personeel. Hier zit natuurlijk een belangrijk deel van de oorzaak, dus dat probleem moeten wij gewoon oplossen. Als er nu operatiekamers leeg staan, terwijl mensen met een bom in hun lijf lopen en niet geopereerd kunnen worden omdat er te weinig personeel is, lijkt mij de aanpak van dat probleem een hoge urgentie te hebben. Dan kan de minister wel verwijzen naar het personeelstekort als onderliggend probleem, maar degene die daarvoor verantwoordelijk is, moet er toch ook een oplossing voor bieden. Zij zegt dat er een plan in Groningen is en dat daar geld naartoe is gegaan. Dat is inderdaad heel mooi. Men is daar volop bezig om extra personeel te zoeken en op te leiden. Ik heb eerder al eens gesteld dat er voor gespecialiseerd verpleegkundig personeel voor de ziekenhuizen een apart fonds zou moeten komen, zodat de ziekenhuizen dat niet uit het algemene potje hoeven te halen, maar het geld gewoon uit het fonds kunnen halen. De minister heeft daar wel eens positief op gereageerd, maar ik heb er verder nooit iets van gehoord. Ik heb begrepen dat er nu een plan van de Nederlandse Vereniging van ziekenhuizen is voor zo'n fonds. Is de minister bereid om dat plan te financieren, zodat er snel

## Kant

iets kan gebeuren? En als dat extra geld voor opleidingen inderdaad beschikbaar kan komen, is mijn vraag waarom dat dan niet gebeurt. Heel veel ziekenhuizen weten volgens mij niet dat dit kan, anders waren er allang mogelijkheden om het personeel extra op te leiden.

Mijn laatste punt is het volgende. Er wordt gezegd dat het verzoek om extra geld niet nodig is en dat geld niet het probleem zou zijn. Mag dat geld in het kader van het wegwerken van de wachtlijsten dan ook gebruikt worden voor een betere beloning van het personeel en om iets te doen aan de arbeidsvoorwaarden?

Omdat ik in eerste termijn niet heb vernomen dat er echt een duidelijk gevoel van urgentie is om op korte termijn met een plan te komen, wil ik de Kamer de volgende motie voorleggen.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

constaterende, dat de wachttijden bij openhartchirurgie en dotterbehandelingen voor niet-acute patiënten weer oplopen;

overwegende, dat wachttijden voor deze hartpatiënten langer dan zes weken medisch en maatschappelijk niet aanvaardbaar zijn;

verzoekt de regering met een plan van aanpak te komen om de wachttijden voor patiënten met indicatie openhartchirurgie en dotterbehandeling op de kortst mogelijke termijn terug te brengen tot deze aanvaardbare norm en met voorstellen voor maatregelen te komen die noodzakelijk zijn om hieraan te kunnen voldoen, bijvoorbeeld op het gebied van capaciteit, planning, afspraken met verzekeraars en benodigd gespecialiseerd personeel, en de Kamer hiervan voor 1 maart 2001 in kennis te stellen,

en gaat over tot de orde van de dag.

De **voorzitter**: Deze motie is voorgesteld door het lid Kant. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 1 (27600).

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Ik heb even naar het betoog van mevrouw Kant geluisterd. Laat helder zijn dat wij deze problematiek allemaal even vervelend vinden. Ik heb in mijn directe omgeving meegemaakt dat iemand met een hartziekte in Nieuwegein pas na vier maanden geholpen kon worden en dat is heel, heel erg vervelend. Maar ik pleit voor constructieve politiek en ik vind dat wij in gezamenlijkheid moeten proberen om dit op te lossen. Van ieder ziekenhuis dat ik bel hoor ik inderdaad dat personeel het grootste probleem is. Mevrouw Kant noemt het fonds, maar ik vind dat niet echt constructief, gezien het feit dat ziekenhuizen op korte termijn, nu een oplossing moeten hebben. Het fonds is een voorstel voor de lange termijn, waarvan de minister er ook vele heeft gedaan, zoals opleidingen enz. Welke bijdrage gericht op een oplossing voor de korte termijn, voor morgen of overmorgen, stelt mevrouw Kant nu voor?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat is helemaal niet zo moeilijk en volgens mij heb ik dat heel duidelijk aangegeven. Er komt blijkbaar geen geld op de plek waar dat nodig is. Sommige operatiekamers zijn op vrijdag gesloten. Laat het personeel daar zijn uren maken en betaal hen daar extra voor. Het is allemaal niet zo moeilijk. U heeft het over constructieve politiek. Welnu, ik wil heel graag meedenken. Mensen die nu parttime werken, kunnen voor die vrijdag extra betaald krijgen. Er zijn oplossingen aan te reiken, maar ik ben niet verantwoordelijk voor het feit dat mensen gillend de zorg verlaten omdat ze zwaar overwerkt zijn.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Bent u het met mij eens dat de minister niet verantwoordelijk is voor het openbreken van de CAO? Dat is noodzakelijk om de oplossing die u nu noemt en die ik onderschrijf, te realiseren. Dat ligt op werkgeversniveau. Verder verwijs ik naar de oplossing die is aangegeven door professor Ebels in Groningen: zolang dit probleem bestaat, zijn er mogelijkheden om te werken met buitenlandse verpleegkundigen, in het bijzonder OK-assistenten. Hij heeft gesteld dat daarbij absoluut geen communicatieproblemen rijzen. U bent een van de felste tegenstan-

ders van deze optie. Zou u uw mening ten aanzien hiervan niet moeten herzien? Natuurlijk moet er aan alle voorwaarden worden voldaan, maar u zou hierop wat minder fel kunnen zijn. Met uw standpunt brengt u de ziekenhuizen in de problemen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat laatste punt is echt je reinste onzin; ik ga daar later op in. Wat uw eerste punt betreft onderstreep ik dat de minister ervoor verantwoordelijk is dat wij een groot maatschappelijk probleem hebben doordat onvoldoende mensen in de gezondheidszorg willen werken en mensen de gezondheidszorg verlaten omdat ze overbelast zijn. De mensen die in deze sector werken, worden met een grijpstuiver afgescheept. Ja, dat is inderdaad een verantwoordelijkheid voor dit kabinet. Het gaat inderdaad om het werkgeversniveau, maar in deze zaal wordt bepaald hoeveel geld zij hebben om fatsoenlijke arbeidsvoorwaarden te realiseren. Ik durf te stellen dat de werkgevers er geen enkel bezwaar tegen zouden hebben wanneer de minister hen morgen zou opbellen met de boodschap dat er een paar miljard beschikbaar is om het personeel beter te betalen en dat er dus naar oplossingen kan worden gezocht.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik vind het wat beledigend wanneer een voorstel van een professor die in deze sector werkt en daarmee zeer begaan is, als absolute onzin wordt afgedaan.

Mevrouw **Kant** (SP): Iedereen heeft recht op een mening, maar de stelling dat het feit dat ik een interpellatie heb aangevraagd en op het aanreiken van oplossingen heb aangedrongen, ertoe zou moeten leiden dat ik mijn standpunt inzake buitenlandse verpleegkundigen en OK-assistenten zou moeten aanpassen, dát vind ik pertinente onzin. Ik vind dat er andere oplossingen moeten komen. Er zijn genoeg mensen in Nederland met een zorgdiploma. Er zijn genoeg mensen die in de gezondheidszorg willen werken. Er zijn genoeg mensen die nu parttime werken en méér willen gaan werken, als wij dat werk maar eens fatsoenlijk zouden willen gaan betalen.

Het ophalen van buitenlandse verpleegkundigen is geen oplossing.

## Kant

De problemen in de gezondheidszorg in de landen waar zij vandaan komen, zijn nog veel groter dan die in Nederland. Het is dan ook niet ethisch om ze naar Nederland te halen. Bovendien, het is duidelijk dat dit niet goed werkt. Het gaat helemaal niet goed met de naar Nederland gehaalde buitenlandse verpleegkundigen. Het blijkt niet zo vlot te lopen als aanvankelijk werd verwacht, en nu worden die mensen ook nog eens onfatsoenlijk behandeld. Ik wil in elk geval mijn mening over deze oplossingsrichting niet aanpassen. Nogmaals, er zijn voldoende mogelijkheden om Nederlands personeel, mensen met een zorgdiploma, weer aangenaam werk te bieden in de gezondheidszorg.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik had het niet over verpleegkundigen maar over OK-assistenten. Als u enerzijds pleit voor 's avonds werken en anderzijds roept dat verpleegkundigen overbelast zijn, is er sprake van een tegenstrijdigheid. Je zou de mensen dan nog meer laten werken. Hoe goed er ook wordt betaald, daarmee los je dat probleem niet op.

Mevrouw **Kant** (SP): U heeft niet goed geluisterd. Ik heb het niet gehad over "'s avonds" of over zaterdagen. Ik heb het gehad over mensen die parttime werken en bereid zijn om ook op de vrijdag te werken. Er zijn nu operatiekamers die op die dag niet worden gebruikt. Verder heb ik het gehad over mensen met een zorgdiploma die nu niet werken in de gezondheidszorg maar die bereid zijn om dat werk te gaan doen als het fatsoenlijk wordt betaald.

De heer **Harrewijn** (GroenLinks): Voorzitter! Heel veel vragen zijn al gesteld; ik zal die niet herhalen. Ik wil nog wel de urgentie van het probleem onderstrepen, maar ook de minister zal het daar wel mee eens zijn. Wel is het nodig, ook iets met die urgentie te doen. Het lastige is daarbij dat wij dan meteen zoveel oorzaken opsommen dat wij niet meer precies weten, wat de oorzaak is. Zit het knelpunt bij de operatiekamer of bij de intensive care? Bij de ramp in Volendam bleek ineens extra capaciteit voor intensive care nodig.

Ik zou het goed vinden als de minister wilde beginnen met een plan van aanpak, zoals bepleit door mevrouw Kant, wellicht met een taskforce, om een en ander precies in kaart te brengen. Dan kan er nagegaan worden of op bepaalde punten wat mensen beter ingezet kunnen worden, opdat de capaciteit efficiënter gebruikt kan worden. Verder is er al de mogelijkheid – de minister refereerde er ook aan – om patiënten in het buitenland te laten opereren; er zijn al eens luchtbruggen opgezet. Ik denk dat er serieus met de verzekeraars besproken moet worden wat er met luchtbruggen gedaan kan worden zolang de maatregelen voor de lange termijn nog geen effect hebben. Ik vind dat wij de mensen om wie het gaat, niet moeten laten wachten tot wij de problemen hebben opgelost. Maar ook die maatregelen voor de lange termijn zullen reëel bekeken moeten worden. Het gaat om het openen van extra centra, om extra capaciteit, maar dat moet wel synchroon lopen met het benodigde gespecialiseerde personeel. Ik heb wel eens de indruk dat die zaken op verschillende plaatsen gepland worden: de een is met de arbeidsvoorwaarden bezig, de ander met de gebouwen. Een taskforce zou ook dit in ieder geval vooraf goed moeten bekijken, opdat wij er niet mee geconfronteerd worden dat die extra capaciteit niet kan worden gebruikt omdat er nog één knelpunt niet weggenomen is.

Voorzitter! Ik denk dat wij op deze manier vooruit moeten kijken om de wachtlijsten op zeer korte termijn te kunnen verkorten, want ook ik ken een geval waarin iemand op behandeling in het Sint Anthoniusziekenhuis moest wachten. Het is allemaal goed gegaan, maar de betrokkenen en hun familie hebben nog steeds de schrik om het hart. Wij kunnen het niet laten bij weeklagen over wat er allemaal mis gaat in de gezondheidszorg en aanvoeren dat wij het niet altijd in de hand hebben, wij zullen het onderste uit de kast moeten halen om hieraan iets te doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter! Er zijn inderdaad al veel vragen gesteld, dus ook ik zal mij beperken.

De verzekeraars claimen de regiefunctie in de zorg. Juist als het om hartpatiënten gaat, betekent dit

naar mijn mening dat verzekeraars moeten bewerkstelligen dat deze mensen daadwerkelijk de zorg krijgen die zij nodig hebben. Er is afgesproken dat verzekeraars bepaalde zorg achteraf mogen claimen; gebeurt dit in werkelijkheid ook?

Er zijn al eerder vragen gesteld over de krappe arbeidsmarkt, met name in de gezondheidszorg. Houdt de te krappe operatiecapaciteit nu verband met een tekort aan OK-verpleegkundigen of zijn er andere oorzaken? Wij hebben in eerdere debatten over dit onderwerp al gevraagd, dergelijke verpleegkundigen in Duitsland en België te werven. Graag een reactie van de minister hierop, want ik zou graag de stand van zaken op dit punt vernemen.

Ten slotte. Wij constateren dat als belangengroeperingen of beroepsgroepen de publiciteit zoeken met feiten waaruit blijkt dat de zorg te kort schiet, wij in de Kamer opeens weer een debat voeren over zo'n actueel probleem. Dit is eigenlijk niet goed, want als het probleem aan de orde wordt gesteld, doet de minister meteen wél toezeggingen om het op te lossen. Ik geef het voorbeeld van de radiotherapie en de huisartsen. Kan de minister in het kader van "regeren is vooruitzien" in een brief aangeven welke knelpuntendebatten wij de komende tijd nog kunnen verwachten? Beter is het echter als zij kan aangeven waar dit soort problemen zich dreigt voor te doen, zodat er maatregelen kunnen worden genomen om die problemen te voorkomen. Dan hoeven wij niet opnieuw naar aanleiding van een of ander krantenartikel een debat te voeren.

De heer **Buijs** (CDA): Mevrouw de voorzitter! Verontrustend en verwarrend zou ik de berichtgeving willen noemen. Het is mij niet duidelijk waarom dit signaal op dit moment op deze wijze bij ons komt via de media, temeer – en dat is het verwarrende – daar wij tot op heden goede berichten mochten horen over de wachtlijsten bij de openhartchirurgie en de dotterbehandelingen. Kort en goed, het signaal is wel zo duidelijk dat ik het met mevrouw Kant eens ben dat er op korte termijn iets moet gebeuren. In haar motie vraagt zij om een plan van aanpak.

## Buijs

Wat mij betreft kan de minister morgen al opdracht geven om in een goed samenwerkingsverband met buitenlandse ziekenhuizen die regionaal capaciteit beschikbaar hebben, afspraken te maken om de ergste wachttijden aan te pakken. Wat mij betreft mogen alle andere maatregelen die de minister zich al voorgenomen heeft, sneller in gang gezet worden. Daarover bestaat geen enkel misverstand. Ik ben het met mevrouw Kant eens dat wij dit probleem zo spoedig mogelijk uit de wereld moeten hebben.

Het volgende is eigenlijk nog veel belangrijker. Waar kunnen wij zo langzamerhand nog op vertrouwen? Dit is het hoofdstuk Verwarrend. In haar brief van 13 oktober jl. schrijft de minister, onder andere op aandringen van de Kamer, dat zij tot de overtuiging is gekomen dat er twee extra centra nodig zijn – Leyenburg en Twente – en dat zij tegelijkertijd in Alkmaar een dotterbehandeling wil toevoegen. Dat is ook haar besluit. Bijgevoegd is echter het advies van de Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgen. Dat lezende, begint bij mij het puzzelen. De Nederlandse Vereniging van Thoraxchirurgen staat voluit op de rem. Die vereniging zegt dat twee extra klinieken niet nodig zijn. Ik lees het even voor: "Wij hebben nog een capaciteit van openhartoperaties van meer dan 3000. Die kunnen wij nog extra verwerken." En verder: "Wij kunnen met de dotterbehandelingen nog extra 6000 patiënten helpen." Minister, wat bent u van plan met deze centra, vraagt de vereniging. De wachttijd die wordt gemeld in de brief van 13 oktober jl., was voor een dotterbehandeling minder dan een maand. Voor de openhartoperaties was het toen, dus op 13 oktober vorig jaar, 1,8 maanden. Het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis in Amsterdam zou nog 250 ingrepen kunnen doen. Dat staat allemaal opgesomd in de brief. Er is ook een begeleidingscommissie hartchirurgie, genoemd door de minister in een brief van 11 mei. In de curve die wordt weergegeven, zie ik een groeiende tendens tot daling. Daarom vraag ik mij af hoe het mogelijk is dat juist in de laatste maanden – laten wij de laatste 3 of 6 maanden nemen – de wachttijden zo enorm gegroeid zijn. Ik kan daar met mijn pet niet bij. Er zal een personeelstekort zijn en er zijn misschien ook

andere factoren. De minister heeft er enkele genoemd. Ik weet echter niet hoe het komt. Dat roept bij mij de vraag op hoe betrouwbaar de berichten zijn die ons bereiken over deze wachttijden. Ik zeg nogmaals dat langere wachttijden dan medisch-ethisch verantwoord zijn, zo snel mogelijk moeten worden weggewerkt. Tegelijkertijd moeten wij duidelijk weten wie en wat wij kunnen vertrouwen. Daarom vraag ik wie betrouwbaar is in het verzamelen van gegevens. Welke cijfers deugen? Waar ligt de oorzaak? Het is mij iets te gemakkelijk om te zeggen dat ineens gedurende de laatste 3 maanden het personeelstekort explosief is toegenomen. Als dat zo is, wil ik weten hoe dat komt. Dan kunnen wij er misschien gericht iets aan doen. Naast de maatregelen die door mevrouw Kant zijn voorgesteld, zoals samenwerking met regionale ziekenhuizen in het buitenland, zie ik graag dat de inspectie op korte termijn onderzoekt hoe het kan dat de gegevens die wij eerst kregen, zo sterk afwijken van de gegevens die ons nu bereiken.

De **voorzitter**: U hebt nog één minuut.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik ben ervan overtuigd dat de heer Buijs net als ik vindt dat wij over een gigantisch probleem praten. Je moet wel steeds dezelfde cijfers gebruiken om te kunnen vergelijken. Ook ik heb de afgelopen dagen in de mist geprobeerd, er een duidelijk beeld van te krijgen. Dat was heel moeilijk. Ook ik heb natuurlijk met alle centra gebeld en zij zeggen eerlijk dat het een beetje nattevingerwerk is zoals zij de gegevens moeten aanleveren. De begeleidingscommissie hartinterventie Nederland houdt het echter voor ons bij. Wat ik in mijn termijn al zei, is dat zij al in april 2000 heeft laten zien dat er een stijging is. Dit is een beetje in tegenspraak met datgene wat de heer Buijs zei. Ik heb de aantallen hier voor mij. Het aantal was 928 in januari 1996. Dan zie je een aantal jaren een dalende lijn tot 300 in januari 2000. In april 2000 is het alweer 472 en in december 2000 636. Er is dus al een groot deel van dat jaar een stijgende lijn. Ik spreek de heer Buijs hiermee niet tegen want wij vinden het allebei een even groot probleem, maar door de manier waarop hij het zei, kan het beeld

ontstaan dat die stijgende lijn niet al langer bekend.

De **voorzitter**: Voordat ik de heer Buijs weer het woord geef, zeg ik tegen mevrouw Kant dat dit de laatste keer is dat zij een heel betoog kan houden in een interruptie. In een interpellatie dient u korte, flitsende interrupties te houden met een korte vraag, waarop een kort antwoord komt.

De heer **Buijs** (CDA): Ik denk dat mevrouw Kant met mij van mening is dat de oorzaak van die sterke fluctuaties nog steeds niet duidelijk is. Daarna moeten wij op zoek gaan. Ik twijfel niet aan de berichtgeving dat de wachttijden op dit moment te lang zijn, maar vind het iets te gemakkelijk om te zeggen dat de minister het al lang had kunnen zien aankomen. Dit gaat voor mij iets te nauw door de bocht, temeer omdat ik ervan overtuigd ben dat ook de minister actie wil. De brief van 14 oktober van de minister is daarover duidelijk en zij heeft het ook in eerste termijn laten weten. Laten wij dus daarover geen misverstand laten bestaan. Wij zitten hier gezamenlijk met een probleem en moeten niet onnodig een crisissituatie oproepen. Nogmaals, met de uitgangspunten die mevrouw Kant gesteld heeft, ben ik het eens: hartpatiënten moeten zo snel mogelijk geholpen kunnen worden.

Voorzitter! Ik rond af. Ik had nog een minuut, maar zal het korter maken. Gezien de fluctuaties in wachttijden bij hartchirurgie maak ik mij er zorgen over of deze ons ook in andere sectoren zullen bedreigen. Daarom vraag ik de minister of de inspectie op korte termijn onderzoek mag doen om na te gaan of er verborgen oorzaken zijn die mogelijk vertaalbaar zijn naar andere sectoren. Graag krijg ik een toezegging hierover. Ik heb de motie van mevrouw Kant zo geïnterpreteerd, dat morgen al, dus niet pas over twee maanden, de wachttijden opgelost mogen worden. Ik denk en hoop dat zij geen bezwaar heeft tegen het tegelijkertijd inzetten van de inspectie.

□

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Voorzitter! Het is bijna overbodig om te zeggen dat de lange wachttijden bij hartchirurgie

## Van Blerck-Woerdman

en dotterbehandelingen ook bij de fractie van de VVD buitengewoon vervelend zijn overgekomen. Wij gaan ervan uit dat het voor de patiënt en zijn omgeving buitengewoon belastend is om die lange wachttijden door te maken. Anderen hebben al gezegd dat wij onlangs nog dachten dat de wachtlijsten voor hartchirurgische ingrepen aanvaardbaar waren. Het blijft voor mij een vraag of het personeelstekort op zichzelf er de oorzaak van is dat de afgesproken productie niet wordt gehaald. Of moeten er wellicht meer operaties verricht worden dan is afgesproken? Het is best mogelijk dat er meer behoefte is aan dit soort operaties. Is dit verdisconteerd in de aantallen?

Omdat ik vind dat wij in deze Kamer bijeen zijn om na te gaan of er iets op te lossen valt, heb ik mij nog eens verdiept in de Wet bijzondere medische verrichtingen, waaronder de hartchirurgie valt. Voor mij is het een vraag of het nog steeds nodig is dat de hartchirurgie onder deze wet valt. Vanuit het veld wordt mij altijd gezegd dat een hartoperatie eigenlijk een gewone operatie is geworden. Het betekent dat dit onderdeel gewoon mee zou kunnen met de productieafspraken die de ziekenhuizen maken met de verzekeraars.

Ik vraag mij dan af of deze wet op het punt van de hartchirurgische ingrepen inmiddels niet overbodig is geworden. Daarmee wordt toch een stuk centrale sturing in stand gehouden dat waarschijnlijk belemmerend werkt op datgene wat je in de vrije onderhandelings sfeer aan capaciteitsafspraken in de regio's in Nederland zou kunnen waarmaken. Het is natuurlijk moeilijk om zo'n wet op dit punt zomaar ter zijde te schuiven, maar ik zou toch aan de minister willen vragen of het niet mogelijk is om bijvoorbeeld voor Noord-Nederland een tijdelijke ontheffing te verlenen, bijvoorbeeld voor het ziekenhuis in Leeuwarden. Daar zou dan een deel van de productie van het ziekenhuis in Groningen, waar de wachtlijst heel lang is, overgenomen kunnen worden en onder de verantwoordelijkheid van Groningen in versneld tempo uitgevoerd kunnen worden.

Als je ervan uitgaat dat straks misschien toch weer in het buitenland geopereerd moet gaan worden, denk ik dat je net zo goed of beter kunt kiezen voor een oplossing in

Nederland. Gegeven dat ook het wachten op een nieuwe hartchirurgische kliniek lang duurt, is het dan niet veel beter, met name voor Noord-Nederland waar ook Zwolle behoort tot de toppers bij de wachtlijsten, eens in overleg te treden met het ziekenhuis in Leeuwarden en de beide andere centra om na te gaan of het op verantwoorde wijze zo kan? Ik hoor uit het veld dat de openhartoperaties inmiddels behoren tot de normale operaties, waarmee de noodzaak om het onder die wet te laten vallen, niet meer urgent is.

Voorzitter! Ik denk dat wij moeten kijken naar kortetermijnoplossingen die verantwoord zijn en dat we ook moeten kijken naar oplossingen waar de minister en de Kamer zelf bevoegdheden toe hebben. Als we hier allemaal mooie verhalen ophangen waar straks alleen de werkgevers voor verantwoordelijk zijn, is naar buiten toe het beeld geschapen dat de Kamer weer mooi gesproken heeft, maar dat de oplossingen er niet zijn gekomen.

□

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Zoals ik net al schetste in het interruptiedebat met mevrouw Kant, vind je het verschrikkelijk als je het in je persoonlijke omgeving meemaakt dat iemand een aantal maanden op de wachtlijst moet voor een openhartoperatie, in dit geval in Nieuwegein. Als je als politicus de krant openslaat en daar de berichten ziet dat de wachttijden weer zijn toegenomen, zeg je een lelijk woord. Maar als ik hier vandaag als Kamerlid sta namens de D66-fractie, vind ik toch dat je het enigszins moet relativeren. Wij moeten ons als Kamer niet gek laten maken door maandberichten, want daar spreken we hier over: het zijn maandelijkse metingen. En hoe vervelend ook, we moeten ons daar niet gek door laten maken.

Ik heb zojuist even zitten opschrijven wat ik uit mijn hoofd kon bedenken aan maatregelen die inmiddels door de minister zijn genomen en die op termijn – het is helaas niet direct morgen al, maar wel op termijn – zullen bijdragen aan het afnemen van de wachttijden.

1. Het verhaal rond de boter bij de vis, dus het geld voor operaties.

2. De extra opleidingsplaatsen die er zijn gekomen, zowel voor

verpleegkundig personeel, alsook voor medisch specialisten.

3. Het plan om alle herintreders – het is de heer Buijs die dit onder meer heeft voorgesteld – persoonlijk te benaderen.

4. Er loopt een onderzoek naar de salarisstructuren.

5. Het is al zo dat als je je in het buitenland wilt laten opereren, dit nu ook kan.

Uit mijn hoofd gezegd, voorzitter, zijn dit vijf punten die op de lange en middellange termijn voor oplossingen gaan zorgen. Wat wil je nu? Je wilt dat het morgen opgelost is, maar zo werkt het helaas niet, tenzij we met z'n allen – daar mogen we altijd over nadenken – heel creatieve kortetermijnoplossingen kunnen bedenken. Dat is erg lastig, maar ik heb er toch een paar die ik eens voor zou willen leggen.

Zo is gebleken dat veel mensen, patiënten in dit geval, die in principe sneller geholpen zouden kunnen worden in een ziekenhuis buiten hun regio, toch erg veel waarde hechten aan het ziekenhuis en de specialist in hun eigen regio. Dat is heel menselijk en begrijpelijk, maar ik zou me kunnen voorstellen dat we via een goede voorlichtingscampagne mensen er nog eens op wijzen wat de mogelijkheden zijn om ook in andere ziekenhuizen geholpen te worden en dat we ook hun zorgverzekeraar aanspreken om hen daarbij te helpen en die contacten te leggen. Denkt de minister dat er nog ruimte is om daaraan nader aandacht te besteden?

Ook mij is ter ore gekomen dat het mogelijk moet zijn om een aantal routine hartoperaties – dat is inmiddels routine – ook in reguliere ziekenhuizen uit te voeren. Ik zie het punt van de dure apparatuur, want die zou je dan ook in die ziekenhuizen moeten plaatsen. Wil de minister op dit punt een kosten-batenanalyse maken?

Voorzitter! Wij staan hier vandaag te praten, maar eigenlijk moeten wij nu ook eens gezamenlijk durven om naar de zorgverzekeraars te wijzen.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik heb ook grafieken van de BHN bij mij. Zowel bij de hartoperaties als bij de dotterbehandelingen zat er tussen maart en mei een dipje in die dalende, golvende grafiek. Maar ik wil niet flauw doen over cijfers. Het

## Borst-Eilers

is misschien de zoveelste onderstreping dat op dat punt helder moet zijn hoe betrouwbaar die cijfers nu precies zijn, zoals de heer Buijs heeft gezegd. Ik kom zo terug op zijn suggesties.

Ik herhaal dat geld hier niet het probleem is. Voor de academische ziekenhuizen geldt al vanaf 1 januari 2000 dat de bijzondere verrichtingen, zoals openhartoperaties en dotterbehandelingen, volledig op basis van nacalculaties worden vergoed. Ook als men er tien keer zoveel zou doen, wordt dat allemaal afgerekend. Het is ondenkbaar dat men vanwege budgetproblemen die ingrepen niet zou doen. Voor algemene ziekenhuizen waar deze ingrepen worden verricht, zoals het Antonius- en het Catharinaziekenhuis, gold tot en met 2000 de budgetsystematiek: van tevoren afspreken, enz. Sinds 1 januari jongstleden gelden ook daar de spelregels van het actieplan Zorg verzekerd. Daar is het ook geen probleem meer.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! Ik heb even contact gehad met het Catharinaziekenhuis. Daar werd mij door de afdeling gemeld dat men toch weer te horen heeft gekregen dat het aantal operaties dat men dit jaar zou mogen uitvoeren wordt teruggeschroefd, dus dat er volkomen volgens de oude systematiek wordt gewerkt.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik ben dolblij dat ik maandag een werkbezoek breng aan het Catharina-ziekenhuis, want dat zal ik dan even op tafel leggen. Daar klopt dus niets van. Het kan inderdaad aan de verzekeraar liggen, die ik daar ook hoop te ontmoeten.

De specialistenplaatsen voor topklinische voorzieningen waren nooit bevroren, dus men mocht altijd extra hartchirurgen aanstellen. Er wordt gezegd dat er nog 3000 ingrepen konden worden gedaan; waarom is dat niet gebeurd? Nogmaals, volgens de BHN ligt dat vooral aan het personeelstekort.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Voorzitter! De minister zegt dat het aan de verzekeraars kan liggen. Ons bereiken ook signalen dat het geld niet het probleem is, maar kennelijk wordt er door de verzekeraars anders mee omgegaan. Wat gaat de minister er precies aan doen in de richting van de verzekeraars?

Minister **Borst-Eilers**: De motie vraagt mij om een plan van aanpak, maar wij hebben tegenwoordig een duidelijke afspraak dat de partijen dat gezamenlijk doen. De verzeke- raars, de specialisten en de ziekenhuizen hebben samen een plan van aanpak om de wachtlijsten terug te brengen tot de Treeknormen per 1 januari 2003. Zij hebben er pas met ingang van eind vorig jaar voldoende geld voor gekregen; dit jaar is dat nog meer. Het is dan ook heel goed mogelijk dat het nog geen effect heeft op de cijfers van eind vorig jaar. Ik wil de drie partijen erop wijzen dat wij ons hier zorgen maken over het oplopen van de wachttijden en wachtlijsten voor hartingrepen. Ik wil hen verzoeken om in de uitvoering van hun plan van aanpak speciaal hiernaar te kijken, omdat het immers om levensbedreigende ziekten kan gaan. De wachtlijsten voor bestraling voor kankerpatiënten zijn even urgent. Ik zal hen vragen om voorrang te geven aan de behandeling van vitale aandoeningen en om mij te laten zien hoe zij dat plan van aanpak vormgeven.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb begrepen dat er juist op dat punt ook nu alweer een hoop gedoe is, in de zin dat men er niet uitkomt. Maar het is prima als u toezegt op dit punt het initiatief te zullen nemen. Dát plan van aanpak betreft overigens het toewerken naar aanvaardbare wachttijden in het jaar 2003. Dat duurt echter nogal een tijd. Zeker voor dit soort operaties vind ik dat een veel te lange termijn. Graag uw reactie daarop.

Mijn volgende vraag is of het geld voor extra behandelingen ook gebruikt mag worden voor nascho- ling van het personeel, voor arbeidsvoorwaarden etc.

Minister **Borst-Eilers**: Het wordt gebruikt voor de productie. Als het gaat om het opleiden van extra personeel, wijs ik op de motie- Dijkstal die door het kabinet is uitgevoerd. Er is overigens ook nog het fonds voor de academische ziekenhuizen die daarmee extra OK-assistenten en IC-verpleeg- kundigen opleiden. Met betrekking tot de arbeidsvoorwaarden wijs ik erop dat minister De Vries als coördinator bezig is met de analyse van de arbeidsvoorwaarden in de collectieve sector in relatie tot marktspecifieke en marktgenerieke

verschillen. De voorbereiding van die analyse is in een vergevorderd stadium. Vervolgens gaan wij met elkaar bezien hoe wij tot reparatie over kunnen gaan, omdat wij allemaal zorgen hebben over het feit dat in de collectieve sector de aantrekkelijkheid terugloopt, overigens om verschillende redenen. Als het geld daar iets mee te maken heeft, dan moeten wij proberen op dat punt te repareren. Dat betreft dus de voorjaarsbesluitvorming in het kabinet.

Mevrouw **Kant** (SP): Als een ziekenhuis met een plan komt om wat te doen aan het terugbrengen van de wachttijden voor open- hartoperaties en dat bijvoorbeeld extra operatiekameruren betreft met de daaraan verbonden extra financiën, extra personele inzet en extra salarïering, wordt dat dan gehonoreerd?

Minister **Borst-Eilers**: Als er sprake is van extra loonkosten omdat de medewerkers overwerken, dan heeft het CTG al besloten om die extra loonkosten te compenseren. Dus het antwoord is ja. Op allerlei manieren is er steeds weer sprake van dezelfde conclusie. Misschien dat nog niet iedereen alle regels goed gesnapt heeft – wat dat betreft wil ik best wat meer zending en voorlichting bedrijven – maar het geld is niet het probleem.

Mevrouw **Kant** (SP): Het gaat mij om het betalen van extra loon om het voor het personeel aantrekkelijk te maken, in de zin dat men voor de uren die men extra werkt, een hogere beloning krijgt.

Minister **Borst-Eilers**: Dat kan een toeslag zijn van 100% op het salaris. Dat is een extra prikkel om wat langer te werken. Het CTG heeft dat goedgekeurd.

Zorgverzekeraars Nederland, de specialisten en de ziekenhuizen, zijnde de partijen die het convenant met elkaar hebben gesloten, zal ik wijzen op het feit dat er ten aanzien van de onderhavige vitale ziekten sprake is van een probleem in relatie tot de stijgende wachttijden. Het gaat erom dat zij in hun plan van aanpak aan dit type aandoeningen voorrang gaan geven. Dat betekent dat ze moeten proberen voor die aandoe- ningen veel eerder dan 2003 op de norm te zitten. Dan komen aandoe-



## Borst-Eilers

ningen zoals een hamerteen maar wat later aan de beurt. Wij zijn al in gesprek met de begeleidingscommissie hartchirurgie over de cijfers. Het leek namelijk alsof de pomploze hartoperatie opeens niet meer werd meegeteld.

Ik heb terzake van de arbeidsvoorwaarden reeds gewezen op het kabinetstraject. Ten aanzien van het personeelstekort noem ik allereerst het ziekteverzuim. Er wordt extra geld beschikbaar gesteld voor het afsluiten van goede Arbocontracten. Het management zou zich eigenlijk dag en nacht met dat probleem moeten bezighouden, want onder de verpleegkundigen is het ziekteverzuim hoger dan in de markt. Er is reeds een opleidingsfonds. Voor de langere termijn gaat het om twee nieuwe centra.

Naar aanleiding van de vraag van de heer Harrewijn over het buitenland, wijs ik erop dat mensen naar België en Duitsland mogen. Iedere zorgverzekeraar moet een verzoek daartoe honoreren. Men moet ook weten dat men elders goed geholpen kan worden. Voor het ziekenhuis in Nieuwegein zijn er lange wachtlijsten, omdat velen daar geholpen willen worden, ook al moet men langer wachten. Mevrouw Van Vliet wees erop dat hierover wellicht meer voorlichting gegeven moet worden. Ik lees altijd het blaadje van de hartpatiëntenvereniging en standaard staat er op dezelfde bladzijde de tekst: als u langer moet wachten dan u zelf plezierig vindt, wendt u tot uw zorgverzekeraar want u kunt ook elders goed geholpen worden. Misschien moet men er een ander lettertype voor gebruiken, zodat de opmerking meer opvalt. Ik vind het heel goed dat die vereniging dat iedere maand vermeldt.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Voorzitter! De minister heeft gelijk, maar ik krijg regelmatig telefoontjes waarin mensen hun beklag doen. Ik wijs er dan op dat met de zorgverzekeraar bekeken kan worden of er in een ander ziekenhuis plaats is. Negen van de tien mensen weten dat absoluut niet. Kennelijk komt dit bericht niet goed over en doet de zorgverzekeraar daar te weinig aan. Vandaar dat ik in uiterste nood dit probleem maar weer bij de minister neerleg.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zal in overleg met de hartpatiënten-

vereniging nagaan op welke wijze de voorlichting geïntensiveerd kan worden. Ik doe dat liever niet buiten haar om. Misschien voelt zij zich geroepen, ook haar niet-leden daarop te wijzen.

De heer **Harrewijn** (GroenLinks): Voorzitter! De minister gaat doen wat er al gebeurt, namelijk degenen die er al mee bezig zijn nog eens aanspreken. Zal zij er ook bovenop zitten? Wil zij hier een aantal mensen op zetten om het probleem te tackelen? Ik heb er nog niet zoveel vrouwen in dat dit direct gebeurt. Hetzelfde geldt voor de gang naar België en Duitsland. Als er de komende weken/maanden geen oplossingen worden gevonden, wachten wij tot 2003. Zijn er niet meer landen dan België en Duitsland? Het komt op mij over dat alle paden die wij al gehad hebben, nog eens worden bewandeld. Ik vraag de minister, er scherp bovenop te zitten en andere mogelijkheden te bezien.

Minister **Borst-Eilers**: Ik wijs op de opmerking van de heer Buijs en mevrouw Van Vliet, dat er niet te snel paniek moet zijn, zeker als dat niet nodig is. Het gevoel van urgentie hebben wij allen. Wij mogen niet vergeten dat het vele extra geld voor de ziekenhuizen – vorig jaar oktober een eerste bedrag van 200 mln. – nauwelijks meer is weg te werken in een jaar. Dit jaar is er nog een fors bedrag bijgekomen. Pas sinds 1 januari 2001 kan gesteld worden dat geld geen rol meer speelt. Wij hebben het nu over verontrustende cijfers over het laatste kwartaal van het jaar 2000. Wij moeten even nagaan of het spel goed gespeeld gaat worden. Ik wil meer doen dan de partijen beleefd ontvangen. Ik heb binnenkort een overleg met Zorgverzekeraars Nederland over het actieplan Zorg verzekerd. Ik wil hen er met nadruk op wijzen wat er van hen wordt verwacht. Zij mogen niet moeilijk doen als iemand om zorg in het buitenland vraagt, omdat betrokkene die niet tijdig in Nederland kan krijgen. Ik hoop niet dat er een patiënt naar de rechter moet lopen, want men moet daarvoor gewoon toestemming krijgen.

De heer **Harrewijn** (GroenLinks): Het is de vraag of er zorg wordt aangeboden. U zegt dat niet moeilijk moet worden gedaan als verzekerden

zorg vragen in het buitenland, maar men is toch ook verplicht om ten behoeve van een redelijke behandelingstermijn zorg in het buitenland aan te bieden?

Minister **Borst-Eilers**: Ja, maar dan moet de verzekeraar weten dat de verzekerde een probleem heeft; dat moet de verzekerde wel even melden en dan moet de verzekeraar direct in de benen komen.

Mevrouw **Kant** (SP): Gelet op de urgentie, vind ik de opmerking van de minister dat wij maar eens moeten afwachten of men het spel goed gaat spelen, typerend. Ik heb de motie juist ingediend omdat ik vind dat u spelleider moet zijn. Wij willen het probleem oplossen; gaat u dan met het veld en alle betrokkenen om de tafel zitten en kom dan met een plan om het probleem op te lossen. Er moet niet worden afgewacht of men het spel goed speelt, want er staan mensen op het spel.

Minister **Borst-Eilers**: Ik wacht helemaal niets af. Ik constateer alleen dat er sinds 1 januari nieuwe mogelijkheden zijn waardoor je kunt zeggen dat geld bij deze problematiek geen rol speelt en dat het nu 1 februari is. Ik ken de cijfers over januari nog niet, maar je ziet vaak dat men even moet inspelen op de nieuwe situatie. Ik heb herhaaldelijk gezegd dat ik de drie partijen nu erop ga aanspreken om met voorrang aandacht te besteden aan deze problematiek.

Nu kom ik bij de inspectie. De heer Buijs heeft de heel interessante suggestie gedaan dat de inspectie nog eens gaat kijken naar de betrouwbaarheid van de cijfers en de vraag probeert te beantwoorden wat er precies aan de hand is en of er inderdaad sprake is van een structureel probleem. Ik zou de inspectie echter ook de vraag van mevrouw Van Blerck en mevrouw Van Vliet willen voorleggen: moeten wij de hartchirurgie weghalen bij de Wet bijzondere medische verrichtingen? Als ik heel formeel reageer, zeg ik dat de Gezondheidsraad dat heeft aanbevolen en de permanente taak heeft om de eigen adviezen te actualiseren; ik heb niets gehoord en het zal dus nog wel goed zijn. Dat is echter erg flauw, want de Gezondheidsraad moet er dan natuurlijk wel op gewezen worden.

## Borst-Eilers

Maar goed, een advies van de Gezondheidsraad vergt ook weer veel tijd. Bij het laten verrichten van hartoperaties door ziekenhuizen buiten de huidige centra gaat het om een kwaliteitsvraag. Het is ook geen kwestie van apparatuur, want er moeten twee hartchirurgen zijn om ervoor te zorgen dat de operatiekamer gaat draaien. Er moeten in Twente en Den Haag niet voor niets grote investeringen worden gepleegd. Je gaat niet zomaar even in een willekeurige operatiekamer in Nederland met een willekeurige chirurg een hartoperatie doen. Ik zou mij daar als patiënt niet voor ter beschikking stellen. Je moet dus wel echt een hartchirurg zijn en die moet alle spullen en ervaren assistierend personeel hebben. Eerlijk gezegd denk ik dus dat dit ook niet op heel korte termijn kan worden gerealiseerd.

Als de inspectie zich hier echter toch in verdiept, zou ik de inspectie willen vragen om op basis van haar kennis van zaken te beoordelen of het kwalitatief verantwoord is om bijvoorbeeld in Leeuwarden hartoperaties te laten doen. In de VS mag ieder ziekenhuis hartoperaties doen, maar daar zijn de cijfers qua overleving en complicaties veel en veel slechter dan in Nederland, omdat wij die operaties concentreren in expertisecentra. Ik ben daar dus zorgelijk over. Het kan wel zijn dat je dan kort hoeft te wachten, maar als je vervolgens op de operatietafel... Dan schiet het ook niet op.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): De minister doet hier een beetje lacherig over.

Minister **Borst-Eilers**: Nee, mevrouw Van Vliet lachte; ik niet.

Mevrouw **Van Blerck-Woordman** (VVD): Ik vond dat u een beetje badineerde. Het was niet mijn bedoeling om te zeggen dat alle hartoperaties elders kunnen, maar er zijn eenvoudige operaties. Ik kan mij nog goed de discussie over de dotteroperaties in Alkmaar herinneren. Daar heeft de sector zich eerst hevig tegen verzet, maar daarna heb ik daar niets meer van gehoord. Ik eindigde met de opmerking dat de Kamer het moet hebben over de zaken waar zij zelf verantwoordelijk voor is. Ik hoop dat de minister ook daarover nog iets wil zeggen, want voor wetgeving is zij verantwoorde-

lijk. Er moet alles op alles worden gezet om ervoor te zorgen dat dat wat elders net zo goed kan, daar kan plaatsvinden.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben het met u eens dat de dotteroperaties in Alkmaar volstrekt verantwoord lijken. Dat heeft ook de inspectie gezegd en dat wat volgens de inspectie verantwoord is, moet kunnen, ook tegen tegenstand in. Dan regelen wij dat gewoon.

De heer **Buijs** (CDA): Ik ben blij dat ook de minister van mening is dat de inspectie aan het werk moet worden gezet, met de door mevrouw Van Blerck voorgestelde uitbreiding. Ik kom nog even terug op het aanspreken van zorgverzekeraars op mogelijkheden in het buitenland. Ik denk dat het nuttig zou zijn als alle hartcentra in Nederland, maar ook die vlak over de Nederlandse grens, met elkaar in verbinding staan. Ik zou mij dus niet beperken tot de zorgverzekeraar die een probleem geïsoleerd aanpakt. Vaak zijn mensen al onder behandeling van academische centra. Ik pleit ervoor om het netwerk van Nederlandse hartcentra uit te breiden met de centra over de grens die goed bereikbaar zijn.

Minister **Borst-Eilers**: Dat vind ik een uitstekend idee. Wanneer men elkaar kent en als een netwerk opereert, is het overdragen van patiënten gemakkelijker. Dat geeft de patiënt ook meer vertrouwen. Zo is het bijvoorbeeld voor een patiënt in Breda prettig om te weten dat er een samenwerkingsverband is met Gent en dat hij daar even goed wordt geholpen.

De heer **Buijs** (CDA): Het is meestal Antwerpen.

Mevrouw **Van Vliet** (D66): Ik vind het niet erg dat de minister het op het scherp van de snede voorstelt, maar wij moeten niet onzorgvuldig handelen uit nood vanwege de wachtlijsten. Ik voeg er een vraag aan toe die misschien ook bij de inspectie neergelegd kan worden. Hartchirurgen geven aan dat zij best naar een ander ziekenhuis kunnen gaan om te opereren als zij dan maar gebruik kunnen maken van de OK-assistenten die er in dat ziekenhuis misschien wel zijn. Daarom staan die operatiekamers vaak leeg. Om die reden kwam deze

achterliggende gedachte inclusief de opmerking over de apparatuur naar voren.

Minister **Borst-Eilers**: Dat begrijp ik heel goed. Dan moeten die OK-assistenten wel getraind worden in het assisteren bij die ingrepen. Voor het dotteren ligt het waarschijnlijk makkelijker dan voor het opereren. De inspectie krijgt in ieder geval een pakket vragen mee. Wat is er precies aan de hand? Kunnen er cijfers worden gegenereerd die misschien wat consistent zijn? Ik denk overigens dat de BHN dat voortreffelijk doet. Ik houd me altijd maar aan die cijfers vast. Ook wordt de inspectie gevraagd of zij zich meer kan verdiepen in de vraag of er op meer plekken gewerkt kan worden. Een hartchirurg kan natuurlijk een zekere afstand overbruggen.

Mevrouw Arib heeft terecht gezegd dat de verzekeraars de regie claimen en dat zij dat dan ook moeten waarmaken. Dat zal ik ook met ze bespreken. Ik zal ze vragen om te kijken of patiënten elders behandeld kunnen worden. Dan nemen zij ook de regie, uitgaande van de gedachte dat de personen die bij hen verzekerd zijn recht hebben op zorg binnen een redelijke termijn. Het is hun verantwoordelijkheid om er alles aan te doen om dat voor elkaar te krijgen.

Mevrouw Arib vroeg of er OK-assistenten en IC-verpleegkundigen uit Duitsland en België kunnen komen. Voorzover ik weet hebben de ziekenhuizen wel geprobeerd om daar te werven, maar is de belangstelling om in Nederland te komen werken gering. De overschotten in die landen lopen wat terug, omdat men ook daar aan de kraan is gaan draaien. Het kan overigens wel opnieuw aan de orde komen in het gesprek met de ziekenhuizen. Misschien moeten ze het steeds opnieuw proberen of het handiger aanpakken. Je ziet in Duitse kranten regelmatig advertenties waarin verpleegkundigen en OK-personeel wordt geworven voor Nederlandse ziekenhuizen.

Mevrouw Arib heeft gezegd dat regeren vooruitzien is en dat wij ons niet steeds moeten laten overvallen. In de curatieve zorg is het geld tot en met oktober vorig jaar krap geweest. Toen zaten wij nog op de oude toer: een beperkte groei per jaar terwijl de vraag groter was. Het kabinet kijkt nu

## Borst-Eilers

naar de arbeidsvoorwaarden in de hele collectieve sector en naar de problemen die er zijn of komen. Dat wordt goed bekeken en dat wil het kabinet breed aanpakken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Begrijp ik het goed dat geïnventariseerd wordt waar de acute problemen zijn voor de korte termijn en hoe wij daarmee moeten omgaan?

Minister **Borst-Eilers**: Jazeker, voor mijn sector breng ik de vraag in over de knelpunten. Welke knelpunten zijn er in het veld en welke knelpunten komen eraan? Hoe kunnen we die knelpunten oplossen, en liefst tijdig?

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik ben blij dat hierop wordt geanticipeerd, maar graag hoor ik wanneer de Kamer een plan van aanpak kan verwachten.

Minister **Borst-Eilers**: Wat de financiële kant van de zaak betreft, verwijs ik voor 2001 naar de voorjaarsnota en voor 2002 naar de begroting. Als de inventarisatie gereed is kan zij, zonder de financiële consequenties, aan de Kamer worden gezonden.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Mijn vraag sluit hierbij aan, omdat ik nog moet afwegen in hoeverre de minister toezeggingen heeft gedaan die mijn motie overbodig maken. Ik ben daar namelijk nog niet helemaal gerust op. De minister moet zelf maar uitzoeken hoe zij het geld bij de voorjaarsnota precies gaat verdelen, daar ga ik niet over. Maar wat gaat er nu gebeuren? Komt er een specifiek plan van aanpak voor de wachtlijsten voor hartoperaties en zo ja, wanneer kan de Kamer dat tegemoet zien? Als dit het geval is, dan kan ik mijn motie intrekken.

Minister **Borst-Eilers**: De rolverdeling is als volgt: het plan van aanpak voor de wachtlijsten in brede zin is gelegen in het convenant tussen de drie partijen. Deze zullen nu op mijn verzoek aangeven hoe zij de wachtlijsten bij acute, levensbedreigende ziektes gaan aanpakken. Als ik de partijen heb gesproken, dan kan ik u nader informeren, maar een datum kan ik nu niet noemen. Misschien kunt u uw motie aanhouden tot het moment dat u van mij heeft gehoord wat het contact heeft opgeleverd.

Mevrouw **Kant** (SP): Mijn motie houdt juist in dat er enige spoed moet zijn. U kunt natuurlijk niet vooruitlopen op de uitkomst van het gesprek en het spel om het extra geld wordt volop gespeeld, maar desondanks hebt u uw eigen verantwoordelijkheid. Kunt u de Kamer toezeggen dat u binnen een maand na dat gesprek met een plan komt? U kunt de zaak steeds afschuiven op het veld, maar ik spreek u aan op uw verantwoordelijkheid.

Minister **Borst-Eilers**: Het kabinet heeft alle mogelijkheden voor de partijen geschapen. Het is hun verantwoordelijkheid om er iets aan te doen, het is mijn verantwoordelijkheid om hen op de huid te zitten. Verder dan dit reikt mijn verantwoordelijkheid niet. Ik probeer het nodige te doen aan de personeelstekorten, maar het plan van aanpak hiervoor is hun verantwoordelijkheid. Ik weet niet wanneer dat klaar is, al kan ik de partijen natuurlijk wel aansporen om het binnen een maand te produceren. Welnu, dat laatste kan ik u toezeggen.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik vraag u naar uw verantwoordelijkheid als minister: wanneer kunt u een plan op tafel leggen om de problemen op te lossen? Hoe u een en ander met het veld regelt, is uw probleem. Aan u vragen wanneer de Kamer een plan kan verwachten, is mijn verantwoordelijkheid.

Minister **Borst-Eilers**: De drie partijen hebben van mij in financiële zin alle mogelijkheden gekregen. Ze moeten mij vertellen hoe ze het probleem gaan oplossen. Ik zal ze erop aanspreken dat ze een onderscheid moeten maken tussen minder belangrijke en wel vitale ziektebeelden en ik vraag ze om mij binnen een maand te melden hoe ze het probleem willen uitwerken en aanpakken.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter! Als de minister de uitkomst hiervan, voorzien van haar mening, binnen een maand aan de Kamer kan doen toekomen, dan kan ik mijn motie intrekken.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Dit lijkt een beetje op een spelletje. Ik kan niets anders doen dan mij tot het uiterste inspannen en ervoor zorgen

dat de partijen mij binnen een maand duidelijk maken hoe zij hun plan van aanpak met betrekking tot deze ziektebeelden willen vormgeven. Ik denk dat het goed is om aan die verantwoordelijkheidsverdeling vast te houden. Ik kan niet toezeggen dat die partijen binnen een maand iets klaar hebben, maar ik zal wel mijn uiterste best doen om hiervoor te zorgen.

Mevrouw **Kant** (SP): En dan laat u de Kamer weten wat u daarvan vindt?

Minister **Borst-Eilers**: Ja.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan trek ik mijn motie in.

De **voorzitter**: Aangezien de motie-Kant (27600, nr. 1) is ingetrokken, maakt zij geen onderwerp van beraadslaging meer uit.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Namens de Kamer dank ik de regering voor de verstrekte inlichtingen.

De vergadering wordt van 18.45 uur tot 20.15 uur geschorst.

## Voorzitter: Weisglas

---

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Regels inzake het aanhouden van voorraden aardolieproducten (Wet voorraadvorming aardolieproducten 2001) (27170).**

De algemene beraadslaging wordt hervat.

Mevrouw **Witteveen-Hevinga** (PvdA): Voorzitter! Ik zal proberen mijn bijdrage in tweede termijn zo kort mogelijk te houden. Misschien lukt dat niet helemaal...

De **voorzitter**: We hebben de hele avond voor ons!

Mevrouw **Witteveen-Hevinga** (PvdA): In eerste termijn hebben wij een aantal kernaspecten behoorlijk uitvoerig behandeld. Ik dank de minister voor de uitvoerige wijze waarop zij is ingegaan op de zorgen