



Mevrouw Kant (SP)

© M. Sablerolle – Gouda

Minister **Borst-Eilers**: Wij hebben die mogelijkheid onderzocht, maar helaas bleek dat hier niet mogelijk te zijn. Het Europese aanbestedings-traject is inmiddels in gang gezet en de bureaus worden geselecteerd. Het heeft tot enige vertraging geleid, maar het is nu te laat om het terug te draaien.

Voorzitter. In de motie van mevrouw Kant die breed is ondertekend, wordt de regering gevraagd, de tweede evaluatie te versnellen en af te ronden voor 1 juli. Ik ben van mening dat het inderdaad goed is om een jaar na nu de Kamer te melden wat de effecten zijn van de verschillende maatregelen. Als u dat een evaluatie noemt, hoef ik ZonMw geen opdracht te geven of een commissie in het leven te roepen. Wij gaan dan zelf meten wat de effecten zijn van wat wij nu in gang hebben gezet. De resultaten daarvan kunnen voor 1 juli aan de Kamer worden voorgelegd. Het oordeel over deze motie laat ik graag aan de Kamer.

In de motie van mevrouw Arib wordt de regering verzocht, de tweede evaluatie voor 1 juli aan de Kamer te zenden. Dat verzoek lijkt verdacht veel op het dictum van de motie van mevrouw Kant. Zij verzoekt de regering verder om een overzicht naar de Kamer te sturen, waarin de voor- en nadelen van een geenbezwaarsysteem zijn opgeno-

men en te rapporteren over de voortgang en de effecten van het flankerende beleid. Ik zei al dat één van de acties die in gang zijn gezet, het opstellen van een overzicht van de voor- en nadelen van de verschillende systemen is. Ik heb met deze motie dan ook geen moeite.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, aanstaande dinsdag over de moties te stemmen.

Daartoe wordt besloten.

---

Aan de orde is de **interpellatie-Kant**, gericht tot de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, over **de wachtlijsten in de zorg**.

Tot het houden van deze interpellatie is verlof verleend in de vergadering van 11 juni 2002.

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

De **voorzitter**: Ten behoeve van de nieuwe leden deel ik mede dat bij een interpellatie eerst de aanvrager het woord voert, waarna de regering antwoordt. Vervolgens krijgen alle leden, inclusief de aanvrager, de gelegenheid om het woord te voeren. Voorts geef ik aan dat het

een goede gewoonte is om de aanvrager van de interpellatie tijdens zijn of haar "eerste" termijn niet te interromperen.

□

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Wij spreken vandaag over een ernstig maatschappelijk probleem, door mij eerder benoemd als "de vermijdbare sterfte". Wij hebben daarover eerder gesproken in het kader van de discussie over de tekorten op de intensive care, de wachtlijsten voor hartoperaties en de wachtlijsten voor kankerpatiënten.

De aanleiding om op dit laatste punt terug te komen, is een rapport van de werkgroep hoofdhals tumoren. Deze constateert dat in geen van de onderzochte centra de maximaal toelaatbare wachttijd wordt gehaald; patiënten worden pas na het verstrijken van die wachttijd geholpen. De werkgroep geeft tevens aan dat de gevolgen hiervan zeer ernstig kunnen zijn. Door vijf centra is aangegeven dat patiënten in een enkel geval inoperabel waren geworden. De geplande operatie kon dus geen doorgang vinden, waarmee de kans op genezing verloren ging. Er werden in dit verband vijf concrete situaties genoemd. Naar mijn mening is deze situatie zeer ernstig.

Er is in het rapport ook gemeld dat noodoplossingen om mensen binnen een redelijke tijd te helpen andere ernstige gevolgen kunnen hebben. Er werd bijvoorbeeld besloten om ouderen beperkter te opereren of om te bestralen in plaats van te opereren, terwijl dat niet de beste behandeling was. Verder werd in bepaalde gevallen minder diagnostisch onderzoek verricht dan noodzakelijk was. De conclusie van de werkgroep luidt dat met de noodmaatregelen het risico van een verlies aan kwaliteit wordt gelopen. Ook dit mag naar mijn mening niet geaccepteerd worden. Een neveneffect van de zaak is dat andere belangrijke operaties, bijvoorbeeld om langdurige pijn te verlichten, uitgesteld worden. Ook andere patiënten zijn daarvan dus de dupe.

De oorzaken die in het duidelijke en overzichtelijke rapport worden genoemd, liggen volgens de werkgroep bij de budgettering van de ziekenhuizen, de te lage tariefstelling, het personeelstekort en het tekort aan apparatuur. Er is zelfs

## Kant

sprake van een tekort aan apparatuur om de diagnose te stellen, bijvoorbeeld CT-scans, hetgeen vervolgens tot tijdverlies leidt.

Niet alleen bij hoofd-halskanker, maar ook bij andere vormen van kanker zijn de wachttijden te lang. Ik heb in deze Kamer eerder gerefereerd aan onderzoek van het Integraal Kankercentrum Rotterdam naar de wachttijden. Uit dat onderzoek kwam naar voren dat het risico op uitzaaiingen bij lang wachten groter wordt. Verder wordt gesteld dat de kans op genezing voornamelijk bepaald wordt door de uitzaaiingen. Het zou heel vervelend zijn als die zich net in de wachttijd ontwikkelen.

Er is ook op Europees niveau vergelijkend onderzoek verricht, waarbij de wachttijden voor kankerbehandeling vergeleken zijn met de overlevingskansen. Engeland en Schotland, waar de wachttijden voor kankerbehandeling lang zijn, scoorden daarin slecht. Helaas wijken de Nederlandse wachttijden niet veel af van de Engelse en Schotse wachttijden.

Ik gaf al aan dat ook mensen met andere vormen van kanker te lang moeten wachten op behandeling. Ik neem aan dat iedereen hier vanochtend de Volkskrant heeft gelezen waarin verslag werd gedaan van het VU-ziekenhuis in Amsterdam. Longkankerpatiënten staan soms zo lang op de wachtlijst dat opereren niet meer mogelijk is; de tumor is te groot geworden. Prof. Postmus, hoogleraar longziekten, schat dat op zijn afdeling daarvan ongeveer vier tot vijf keer per jaar sprake is. Ik denk dat niemand twijfelt aan de ernst van deze wachttijden en de gevolgen ervan. Toch vraag ik de minister om ook die ernst te erkennen.

Erkent zij dat mensen onnodig overlijden doordat medisch aanvaardbare wachttijden voor kankerpatiënten worden overschreden? Laat ik het op mijn manier nog een keer uitleggen. De wachttijden voor de behandeling van kanker zijn gebaseerd op medisch aanvaardbare normen. Wanneer die overschreden worden, wordt de kans op genezing kleiner. Natuurlijk kan ook ik niet zeggen dat een bepaalde patiënt is overleden doordat de wachttijd is overschreden. Dat kan niemand. Bij kansberekening is het echter nu eenmaal zo dat, als een groep kankerpatiënten te laat behandeld

wordt, de genezingskans bij die groep als geheel kleiner wordt. Dan zijn er helaas ook mensen die aan de verkeerde kant van de streep van die kansberekening uitkomen. Er overlijden in ons land dus onnodig mensen door te lange wachttijden voor kankerbehandeling. Ik wil graag de reactie van de minister op mijn stelling horen.

Na die erkenning – en dat is natuurlijk het belangrijkste – moet alles op alles gezet worden om die wachttijden terug te dringen tot een aanvaardbaar niveau. Dat mag niet gehinderd worden door financiering, dat mag niet gehinderd worden door de hoogte van die financiering, dat mag niet gehinderd worden door de manier van financiering en evenmin door de organisatie en bureaucratie. Ik wil graag voor 1 september een plan van aanpak om de wachttijden terug te brengen naar het aanvaardbare niveau.



**Minister Borst-Eilers:** Mijnheer de voorzitter. Mevrouw Kant heeft zonder twijfel gelijk, als zij zegt dat het gaat om een heel zorgwekkende situatie. Vanmiddag gaat het inderdaad om mensen die lijden aan hoofd- en halskanker, maar evenals mevrouw Kant acht ik het niet uitgesloten dat ook voor andere patiënten met kanker geldt dat de wachttijden in ons land vaak nog zo lang zijn dat de medisch aanvaardbare norm wordt overschreden. Dan ligt het voor de hand dat mensen overlijden die wellicht niet waren overleden, als zij eerder geopereerd of bestraald hadden kunnen worden. Ik erken dat ten volle. Dit onderschrijft ook de grote ernst van deze problematiek.

Ik vind dat de werkgroep hoofd-halstumoren heel goed werk heeft gedaan. Ik heb er veel waardering en respect voor dat deze groep artsen de moed heeft gehad om de eigen situatie te beschouwen, goed te analyseren en naar buiten te brengen. Zij overschrijden allen – dat is vaak het tere punt – de maximale grens van 30 dagen, maar daarboven zijn er aanzienlijke verschillen. Dat heeft men toch openbaar willen maken. De kans op genezing gaat daardoor verloren, schrijven zij. Zij schrijven dat zij menen te weten dat dit voor 2001 voor vijf mensen met enige zekerheid kan worden gezegd,

omdat in hun groep in 2001 vijf van dergelijke meldingen zijn geweest.

De belangrijkste knelpunten zitten in de eerste plaats in de capaciteit van personeel en apparatuur. Dan gaat het om diagnostische, CT-, MRI- en bestralingsapparatuur. De Kamer weet dat ik in 2001, eigenlijk het eerste jaar waarin zeer veel geld voor de zorg beschikbaar kon komen, ook geld beschikbaar heb gesteld om extra specialisten op te leiden. De capaciteit wordt in Nederland verdubbeld. Er zijn ook specialisten bij die voor dit onderwerp relevant zijn, zoals anesthesisten, radiologen en KNO-artsen. Voor operatiekamerpersoneel is een opleidingsoffensief gestart, met name in de academische ziekenhuizen. Het gaat om OK-assistenten, verpleegkundigen en anesthesieassistenten. Wij kennen ook het radiotherapieplan, ook radiotherapieoffensief genoemd, waarbij de behandelmogelijkheden kunnen worden uitgebreid met 60% ten opzichte van het jaar 2000. Voor een deel gaat het om apparatuur. Voor het plaatsen van nieuwe bestralings toestellen zijn echter ook bouwkundige voorzieningen nodig. Daarom kan dit niet in één of twee jaar worden gerealiseerd. De Kamer kent dat plan en ook de tijd die daarbij hoort.

De werkgroep komt met een plan van aanpak dat een zevental aanbevelingen bevat. Wat ik daarbij zeer te waarderen vind, is dat de eerste vier aanbevelingen ook aan het eigen adres zijn gericht. Men heeft het over een analyse van de doorstroomtijden en over het proberen daar iets aan te doen, en over het reserveren van tijdsloten bij de diagnostiek en natuurlijk ook in de operatiekamer. Het betekent dat met de eigen directies gesproken moet worden over prioritering van operatiekamertijd en gebruikstijd van diagnostische apparatuur. Voorts gaat het om het aanstellen van een verpleegkundig coördinator: dat is in enkele centra al gebeurd en het schijnt te helpen. Dit moet namelijk gezien worden in het licht van het multidisciplinaire karakter van deze behandeling, zoals mevrouw Kant het ook in haar vragen zegt. Het gaat er daarbij om dat alle specialisten tegelijk in één plan gevoegd moeten worden: de diagnostische specialisten en ook de behandelend specialisten, alsmede het OK-personeel. Dat moet allemaal samenkomen uit verschillende

## Borst-Eilers

hoeken en gaten van het ziekenhuis, hetgeen een ingewikkelde zaak is; zo'n coördinator kan daarbij helpen.

In de volgende aanbevelingen wendt men zich tot de academische ziekenhuizen zelf, alsmede het Anthoni van Leeuwenhoekziekenhuis dat hier ook bij hoort als centrum voor hoofd- en halsoncologie. Te dien aanzien wordt gezegd: wij moeten ook erkend worden als topreferente zorg met hoge prioriteit. Ik heb gisteren overleg gehad met het bestuur van de Vereniging van academische ziekenhuizen en dat zegt dat het dit ook zonder meer erkent.

Dan komt er echter een aanbeveling die zowel door de Vereniging van academische ziekenhuizen als door mij niet direct wordt onderschreven. Men wil namelijk overgaan tot verzelfstandigde centra met een geormerkt budget. Daarvan zou ik het volgende willen zeggen. Wij zijn op weg naar een systeem in de gezondheidszorg waarbij wij steeds meer vrijheid willen laten, decentraal, aan de mensen die het echte werk moeten doen. De ziekenhuizen krijgen een budget; een klein deel daarvan is geormerkt, namelijk waar het om artikel 18-voorzieningen gaat zoals wij die vroeger noemden. Maar de andere topreferente zorg – daar staat een academisch ziekenhuis bol van – gaat allemaal uit het totale ziekenhuisbudget. Juist daardoor kan de ziekenhuisdirectie, samen met de betrokken artsen, ook sturen met het budget; daar waar de nood het hoogst is, moet dan ook het meeste budget heen. Wanneer wij dat nu vanuit Den Haag weer gaan oormerken en in hokjes indelen, doen wij mijns inziens twee dingen verkeerd: wij vergroten weer de starheid en de regelgeving, en voorts gaan wij ons weer met dingen bemoeien die tot de verantwoordelijkheid van het ziekenhuis zelf – directie en medische staf samen – behoren.

Voorts wordt gesteld dat het te overwegen is om de financiering aan te passen. Het iMTA, het instituut in Rotterdam, heeft namelijk een onderzoek gedaan en gezegd dat de kosten zoals die in het budget zijn verwerkt, veel lager zijn dan wat het in feite kost wanneer je een kostenberekening maakt. Ook hier geldt dat dit ongetwijfeld waar is. Wij zijn op weg naar kostprijzen volgens de DBC-systematiek, waarbij het tarief precies de kosten dekt en wij

niet meer van dit soort scheve toestanden hebben. Er zijn echter ook zaken in ziekenhuizen die overbetaald worden. Als dat niet zo was, zou men nooit met zijn budget rond kunnen komen. Om nu eenzijdig, in één geval, een tarief te gaan aanpassen, lijkt mij geen goede zaak. Als men dat overigens per se wil, dan moet men dat bij het CTG aanvragen en dat hebben de academische ziekenhuizen niet gedaan.

De laatste aanbeveling is aan de overheid gericht: zorg dat de capaciteit op het punt van personeel en apparatuur wordt aangepast. Ik ben het met mevrouw Kant eens dat geld daar geen rol mag spelen. Ook de apparatuur hebben wij ondergebracht in het systeem van het actieplan Zorg verzekerd. Daarbij geldt dat als kan worden aangetoond dat men het geld gaat besteden om de wachtlijsten weg te werken, om het geld er ook voor mag hebben,

Voordat ik concreet op de vragen inga, wil ik nog op twee andere punten ingaan. In de eerste plaats vind ik het belangrijk dat de inspectie die zich in deze zaak verdiept heeft, tot de constatering komt, zowel op grond van onderzoek van elders, als ook op grond van enig onderzoek in Nederland, dat er in het voorjaarsproject bij deze patiënten een enorme vertraging optreedt. De inspectie zelf zegt zelfs dat er vanaf het moment van de eerste klachten totdat de patiënt in het hoofd-halscentrum belandt, wel vijf maanden kunnen passeren en dat dit helemaal niet ongebruikelijk is. Ik vind dat heel schokkend. Waar ligt dat dan aan? Men gaat vaak met de klacht naar de tandarts, die het niet herkent als een kwaadaardige aandoening. Als zijn therapie niet helpt, bijvoorbeeld het gebruik van antibiotica omdat hij denkt dat het een ontsteking is, gaat de patiënt naar de huisarts en van de huisarts naar de KNO-arts. Er treden dan overall vertragingen op. Ik vind dat wij dit moeten aanpakken, omdat er geweldig veel te winnen valt.

Ter illustratie, in het VU-ziekenhuis blijkt dat 85% van de patiënten die met deze diagnose in dat centrum komen al in stadium 3 of 4 verkeren. Dat is al heel kritiek. Daardoor wordt de wachtlijst in het ziekenhuis nog kritieker. Als men in het voorstadium sneller werkt en patiënten in stadium 1 of 2 in zo'n centrum komen, is de kans op genezing natuurlijk veel groter. Dat mag niet buiten onze

aandacht blijven. Daar zou wel eens het meeste te winnen kunnen zijn. Op lange termijn moet je natuurlijk ook hierbij aan preventie denken, want de oorzaken van dit type tumoren liggen in het gebruik van sterk geconcentreerde alcohol en tabak. Met name pijproken is riskant voor dit soort kanker.

Ik wil niet op de stoel van de ziekenhuisdirecties gaan zitten. Ik vind dat zij een plan van aanpak moeten maken met hun hoofd-halsartsen. Dat plan van aanpak wil ik wel regelmatig kunnen volgen. Ik wil de Vereniging van academische ziekenhuizen vragen om samen met de werkgroep ieder halfjaar te rapporteren over de uitvoering van de aanbevelingen die aan hun adres gericht zijn. Ik wil daarbij ook een doelstelling afspreken. Het is nu meer dan 30 dagen, zelfs 30 tot 70. Ik denk daarbij aan een ambitieuze en tegelijkertijd realistische doelstelling: over zoveel maanden moeten het zoveel dagen zijn en over een x-aantal maanden moeten het 30 dagen zijn.

Verder wil ik de Vereniging van academische ziekenhuizen vragen of er ook voor andere categorieën patiënten met kanker dergelijke analyses zijn en zo niet, of zij die willen laten maken. Nu hebben wij min of meer toevallig dit rapport op onze bureaus gekregen, maar ik wil het ook over andere vormen van kanker weten. Dan kunnen wij daarvoor eveneens plannen van aanpak laten maken.

Voorts wil ik de inspectie vragen om samen met de werkgroep hoofd-halstumoren de tandartsen en de huisartsen op de een of andere manier via aanschrijvingen, nascholingscursussen en dergelijke te helpen om de vertraging in de eerste fase terug te dringen.

Voorzitter. Hiermee is al een deel van de vragen beantwoord, maar ik loop ze toch nog even langs, zoals gebruikelijk in een interpellatiedebat.

De eerste vraag is: vindt u het acceptabel? Het antwoord is nee.

De tweede vraag is of ik erken dat mensen waarschijnlijk onnodig overleden zijn. Het antwoord is ja. Nogmaals, dat mogen wij niet aanvaarden.

De derde vraag gaat over de consequenties. Ik heb net gezegd dat ik dit op drie punten wil aanpakken.

De vierde vraag gaat over de lange wachttijd. Die vind ik niet acceptabel.

## Borst-Eilers

De vijfde vraag betreft het punt dat oplossingen ad hoc op zichzelf weer nieuwe gevaren voor kwaliteitsverlies met zich brengen. Dat schrijft de werkgroep en dat onderschrijf ik ook, hoewel ik denk dat een maatregel zoals het scherper protocolleren van de diagnostiek mogelijk is zonder kwaliteitsverlies en zelfs ten goede komt van de patiënt, omdat overdiagnostiek toch ook belastend is.

In vraag 6 wordt gevraagd om inzicht in de overschrijding van de aanvaardbare wachttijd. Ik heb net gezegd dat ik dat graag ook voor andere vormen van kanker wil geven. Bij mijn voortgangsrapportage radiotherapie begin maart heb ik voor de radiotherapiepatiënten al zo'n overzicht toegestuurd. Toen heb ik geschreven dat de Nederlandse vereniging voor radiotherapie bezig is een systeem van wachtlijstmeting in de radiotherapie te ontwikkelen om dat telkens te kunnen bijhouden en dat wij ook daarover voortgangsrapportages krijgen.

Ik kom bij vraag 7. De inspectie heeft het rapport inderdaad op 9 januari jl. ontvangen. Er is met dat rapport wel iets merkwaardigs gebeurd. Er staat dat het in kopie is gestuurd aan de inspectie, aan de vaste commissie van uw Kamer en aan de raden van bestuur van de academische ziekenhuizen. De inspectie heeft het in januari gekregen, maar ik heb begrepen dat uw commissie en de raden van bestuur van de academische ziekenhuizen het niet hebben ontvangen. Ik moet wel zeggen dat ik iets enigszins verbazingwekkend vind. De werkgroepleden hebben hun werk in de ziekenhuizen gedaan. Ik mag hopen dat zij regelmatig hun directie tegenkomen. Zij hebben uiteindelijk een rapport aan de directie gestuurd en daarop nooit iets gehoord, omdat deze het nooit gezien heeft. Ik vind het slecht te begrijpen dat daar niet enige vorm van follow-up of rappel is gevolgd. Hoe gaat men daar precies met elkaar om? Misschien hadden de hoofd-halsartsen het veel te druk met patiënten behandelen om dat soort administratieve procedures te volgen. Daar zou ik dan wel weer begrip voor hebben. Inmiddels hebben de raden van bestuur het rapport wel en zijn ze net zo hard van plan om er iets aan te doen als ik net beschreef.

De inspectie heeft het rapport gelezen. Zolang er geen concrete meldingen zijn van patiënten die overleden zijn terwijl dat niet had hoeven, kunnen wij er niet induiken. De inspectie is inmiddels bezig met het opnemen van contact met de werkgroep.

Wanneer heb ik het rapport ontvangen? Ook daar is iets niet goed gegaan. Het rapport is op het ministerie niet met de gezien de ernst van het onderwerp wenselijke urgentie naar mij toegestuurd. Men heeft gedacht dat het een rapport is met aanbevelingen hoofdzakelijk gericht aan de ziekenhuizen. De ene aanbeveling aan de overheid hebben wij in 2001 al uitgevoerd. Vandaar dat men begonnen is met een ambtelijk traject met de werkgroep. Wij hebben inmiddels duidelijk afgesproken dat dit soort rapporten direct op het bureau van de minister terecht hoort te komen. Voortaan zal dat ook zeker gebeuren.

Vraagt 10 behelst mijn bedoeling met een bepaalde passage in de brief. Ik heb daarin gerefereerd aan de bladzijden 6 t/m 8 van het rapport, omdat daaruit blijkt dat de gemiddelde totale wachttijd per therapie sterk varieert. Voor de instellingen 3 en 8 is die wachttijd bijvoorbeeld stukken langer dan voor de instellingen 2 en 4. Ook de specifieke knelpunten laten een wisselend beeld zien. Dat illustreert toch dat de behandelcentra van elkaar kunnen leren bij de stroomlijning van het zorgproces, hetgeen de werkgroep zelf trouwens ook signaleert. Het zou goed zijn als ze allemaal een zorgcoördinator aanstellen. Dat heeft alles te maken met prioriteiten en keuzes van de instellingen zelf. Ik vind het terecht dat de werkgroep daar een belangrijke verantwoordelijkheid neerlegt. Er zijn ziekenhuizen in Nederland, zoals het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft, waar men de schaarse OK-capaciteit zo verdeelt dat mensen met kanker daar nooit langer dan twee à drie weken op behandeling hoeven te wachten. Nu is dat in een algemeen ziekenhuis misschien ook makkelijker dan in een academisch ziekenhuis, waar alle moeilijke kankergevallen bijeenkomen. Dan wordt het natuurlijk moeilijker om de schaarse OK-capaciteit zo te verdelen dat iedereen tijdig aan de beurt komt. Dat heeft tot effect dat alle andere niet-kankeroperaties gewoon niet meer kunnen en dat heeft

bezwaren, omdat dergelijke ziekenhuizen ook nog een onderwijs- en opleidingstaak hebben. Dat is het zoveelste argument om de capaciteit keihard in te zetten. Dat houdt ook in – ik zeg het nog een keer – het omlaag brengen van het ziekteverzuim.

Vraag 12 gaat over het verhoogde budget. Voor 2001 en 2002 heb ik de budgetten voor de academische ziekenhuizen op hun verzoek met 40 mln gulden, dus 18 mln euro verhoogd voor de topreferente zorg. Daarbij is concreet een aanvraag gedaan voor de hoofd-halsoncologie. Als alles wat daarvoor gevraagd wordt bij elkaar opgeteld wordt – IC, MRI, KNO, enz. – dan gaat het om ruim 9 mln gulden voor de hoofd-halsoncologie. Hoewel men als VAZ met het rapport niet zichtbaar veel gedaan heeft, heeft men het probleem kennelijk wel eerder onderkend. In de aanvraag aan mij zijn argumenten aangegeven voor de 9 mln gulden voor de hoofd-halsoncologie. Nogmaals, dat geld is met ingang van 2001 toegewezen.

Op vraag 15, of ik de mening deel dat in tijden van schaarste voorrang moet worden gegeven aan patiënten met een levensbedreigende aandoening, zoals kanker, zeg ik volmondig "ja". Ik vind ook dat dat echt een verantwoordelijkheid is van de ziekenhuizen, samen met de medische staf. Het zijn pijnlijke onderwerpen, want iedereen heeft zijn operatiekamertijd. Niemand heeft zin om wat aan een ander af te staan, maar je moet daar op een gegeven moment toch doorheen durven breken. In een academisch ziekenhuis komen zoveel van dit soort levensbedreigende situaties aan de orde, dat het daar iets makkelijker gezegd dan gedaan is. Desalniettemin moet men op dit punt ook doen wat men kan.

De beraadslaging wordt geopend.

Mevrouw **Kant** (SP): Voorzitter. Ik dank de minister oprecht voor haar beantwoording, vooral ook vanwege de erkenning en de plannen om de zaak goed aan te pakken. Die erkenning vind ik echt heel belangrijk. Wij hebben hier vaker over het probleem van vermijdbare sterfte gedebatteerd en ik vond dat er tot nu toe onvoldoende erkenning was van de ernstige gevolgen die wachttijden

## Kant

en capaciteitsgebrek in ziekenhuizen kunnen hebben, namelijk dat onnodig mensen overlijden. Ik ben blij met die erkenning, omdat zij de kans op een snelle en fikse aanpak van de oorzaken vergroot.

De heer **Jukema** (LPF): Voordat mevrouw Kant uitvoerig voortgaat met dit interpellaire debat, moet mij wat van het hart. De LPF is voor helderheid en duidelijkheid en gooit de knuppel ook in het politieke hoenderhok. Ik vind dit nu echt een schoolvoorbeeld van misbruik van het interpellaire debat, want het gaat om verschrikkelijke feiten die al lang bekend zijn in de gezondheidszorg. Dan doel ik op de gevolgen van de wachtlijsten, ontstaan door het gevoerde beleid van de overheid van de afgelopen jaren. De minister heeft het probleem volledig erkend en in haar brief duidelijk aangegeven welke maatregelen zij heeft genomen of van zins is te nemen. Dat is volstrekt helder en duidelijk. Ik begrijp dus niet zo goed waar dit interpellaire debat toe dient. Het dient zeker niet de kankerpatiënt, want die wordt hiermee echt niet één dag eerder geholpen. Waar wil mevrouw Kant met dit interpellaire debat naartoe?

De **voorzitter**: Mevrouw Kant zal, als zij dat wil, inhoudelijk ingaan op wat u zegt. De interpellatie is echter toegestaan; daar gaan wij nu geen discussie over voeren.

De heer **Jukema** (LPF): Mijnheer de voorzitter. Dat begrijp ik volkomen. Ik wil alleen op deze plaats aangeven dat wij moeten ophouden met onnodig interpellaire debatten aan te vragen.

De **voorzitter**: Dat had u gisteren bij de regeling van werkzaamheden moeten zeggen. Wat de inhoud betreft, geef ik mevrouw Kant de gelegenheid om al dan niet te reageren.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik was nog maar net begonnen en ik zal zo aangeven waarom ik denk dat dit debat nodig is en waarom ik nog niet tevreden ben met het antwoord van de minister. De heer Jukema zei dat het al lang duidelijk is. Was het iedereen in de politiek maar duidelijk geweest, want dan waren de maatregelen al veel eerder genomen. Eén van de manieren voor een

volksvertegenwoordiger om te proberen om voor bijvoorbeeld de kankerpatiënten dingen te verbeteren, is om in de Kamer daarover het debat met elkaar aan te gaan en de regering, in dit geval de minister van Volksgezondheid, aan te sporen actie te ondernemen. Ik wil de heer Jukema wel verklappen wat ik de afgelopen jaren hier in interpellatie-debatten allemaal heb aangevoerd en in welke gevallen dat tot spoed of tot maatregelen heeft geleid. Misschien kunnen wij daar eens rustig uitgebreid over praten. Als wij als volksvertegenwoordigers denken dat zaken versneld moeten worden of dat er ander beleid moet komen, dan is het onze rol om daarover het debat aan te gaan. Dat zult u, mijnheer Jukema, de komende jaren nog wel merken.

De heer **Jukema** (LPF): De minister heeft in haar brief duidelijk maatregelen aangekondigd. Of die wel of niet voldoende zijn, zal de tijd moeten leren. In het huidige gezondheidszorgsysteem zet ik daar sterk mijn vraagtekens bij. Waar het nu om gaat, is dat de minister demissionair is. U verwacht toch niet van een demissionaire minister dat zij in een paar weken tijd het hele volksgezondheidsbeleid dermate goed kan reorganiseren, dat dit soort wantoestanden in de toekomst niet meer voorkomt?

Mevrouw **Kant** (SP): Dat verwacht ik inderdaad niet. Wij zullen afwachten waartoe de fractie van de LPF in de toekomst in staat is. Dat kan ik nu nog niet beoordelen. Ik kan u wel voorspellen dat u mij dan zeker zult tegenkomen. Nu hebben wij nog te maken met deze minister en ik ben het er niet mee eens dat deze minister niet veel meer kan uitrichten. Deze demissionaire minister kan toch de eerste stappen zetten om tot verbetering te komen van deze ernstige situatie, waarin mensen onnodig overlijden vanwege wachttijden voor behandeling van kanker. Die stappen moeten ook gezet worden, want de mensen om wie het gaat, mijnheer Jukema, kunnen niet wachten. Ik zal aangeven in welk opzicht ik het antwoord van de minister onvoldoende vind. Woorden en papier zijn mooi, maar de werkelijkheid is soms weerbarstig en je moet altijd maar afwachten of het allemaal geregeld wordt. Dat is mijn ervaring en misschien zal de

heer Jukema wat dat betreft als Kamerlid wat wijzer worden. Wij hebben hier al heel vaak over gesproken in de Tweede Kamer en nog is het een probleem. De heer Jukema zal mij en anderen nog jarenlang op zijn weg vinden. Op het moment dat problemen niet opgelost worden sta ik hier weer, misschien volgende week al.

Voorzitter. Mij gaat het om de kankerpatiënten en om niemand anders. Ik ben niet tevreden met het antwoord van de minister. Het is wel goed dat zij de intentie heeft om te vragen om een plan van aanpak. Maar vragen vind ik te mager. Zij zei nadrukkelijk dat zij niet op de stoel van de ziekenhuizen wil gaan zitten. Dat zal ik haar ook niet vragen, maar ik vraag haar wel om op de stoel ernaast te gaan zitten en ervoor te zorgen dat de voorwaarden geschapen worden die nodig zijn om aan het plan van aanpak, dat er snel moet komen, uitvoering te geven. In eerste termijn zei ik al dat gebrek aan geld of een slechte organisatie niet de redenen mogen zijn dat er geen sprake is van voortgang. Natuurlijk heb ik ook gebeld met de Vereniging van academische ziekenhuizen en mij is verteld dat geld wel degelijk een probleem is, dat de budgetten, hoewel zij verhoogd zijn, nog steeds onvoldoende zijn voor de aanschaf van de benodigde apparatuur en voor het opleiden van voldoende personeel en het vergroten van de capaciteit. Ik wil graag dat de minister een duidelijke rol speelt in het stimuleren van het veld om met oplossingen te komen en gezamenlijk tot een plan van aanpak te komen.

Voorzitter. Ik ben tevreden met de toezegging dat er een onderzoek komt naar de categorieën kankerpatiënten die niet in dit rapport worden genoemd. Ook hierbij dring ik aan op spoed, zodat alle categorieën kankerpatiënten bij het plan van aanpak betrokken kunnen worden. Tegen deze achtergrond dien ik de volgende motie in.

---

### Motie

---

De Kamer,

gehoord de beraadslaging,

overwegende dat voor de diagnosestelling en behandeltherapieën voor kankerpatiënten overschrijding van

## Kant

de genormeerde wachttijden niet mag voorkomen;

constaterende dat de werkgroep NWHHT structurele oplossingen voorstelt, zowel voor binnen de centra als daarbuiten onder meer geormeerde budgetten en realistische financiering;

verzoekt de regering, voor 1 september van dit jaar te komen met een plan van aanpak dat ertoe leidt dat behandelingen van kanker niet beperkt worden vanwege budgettering, mate en wijze van financiering of organisatie en daarbij de structurele oplossingen van de werkgroep te betrekken,

en gaat over tot de orde van de dag.

**De voorzitter:** Deze motie is voorgesteld door de leden Kant, Arib en Tonkens. Naar mij blijkt, wordt zij voldoende ondersteund.

Zij krijgt nr. 1 (28421).

**Mevrouw Kant (SP):** Voorzitter. In de motie vraag ik de regering om voor 1 september van dit jaar met een oplossing te komen, omdat ik vind dat er echt haast bij is. De kankerpatiënten kunnen niet langer wachten. Ik wil graag dat deze minister daar een begin mee maakt. Tegen de heer Jukema zeg ik: ik hoop dat een volgende bewindspersoon die klus voor 1 september afmaakt.

**De heer Jense (LN):** Voorzitter. Ik heb de nodige moeite met de toon van dit debat. Er wordt gesuggereerd dat de minister een groot aantal zaken letterlijk heeft laten liggen "de dood tot gevolg hebbende". Dat gaat mij te ver. Ik vind dat mevrouw Kant een tandje terug moet in de sfeer van de redenering.

**Mevrouw Kant (SP):** Voorzitter. Ik ga geen enkel tandje terug. Ik heb heel duidelijk neergezet hoe ik tot de redenering kom dat er mensen onnodig sterven in dit land, met een kansberekening. De minister heeft dat erkend. Volgens mij is daarmee door haar erkend dat zich dit soort ernstige situaties voordoen in dit land. Ik doe daar geen millimeter aan af.

**De heer Jense (LN):** Ik vind dat wij in dit soort debatten moeten voorkomen dat mensen die dit horen de

idee krijgen dat de Kamer of de minister een aantal zaken echt heeft verwaarloosd met alle gevolgen van dien. Ik ben ervan overtuigd, het verhaal van de minister gehoord hebbende, dat het meer een kwestie is van anders organiseren van een heleboel zaken dan dat de schuld bij de minister ligt. Daarom moet niet gesuggereerd worden dat zij te weinig zou hebben gedaan.

**Mevrouw Kant (SP):** Voorzitter. Ik suggereer niet alleen dat de minister te weinig heeft gedaan. Ik concludeer dat de minister te weinig heeft gedaan en dat het beleid in de afgelopen jaren op het terrein van de volksgezondheid er mede de oorzaak van is dat er sprake is van vermijdbare sterfte. Ik heb dat al eerder hier gezegd en ik zal dat blijven herhalen. Ik doe dat omdat ik de ernst van de situatie onder ogen wil zien en tot oplossingen wil komen.

**De heer Buijs (CDA):** Voorzitter. Mevrouw Kant doet een constatering ten aanzien van de minister. Is zij de enige of zijn er ook andere factoren of partijen in het spel?

**Mevrouw Kant (SP):** Voorzitter. Als ik iets constateer, dan is dat mijn conclusie.

**De heer Buijs (CDA):** De minister is dus als enige verantwoordelijk?

**Mevrouw Kant (SP):** Nee, natuurlijk niet.

**De heer Buijs (CDA):** Waarom noemt u haar dan als enige?

**Mevrouw Kant (SP):** Voorzitter. De minister is eindverantwoordelijk voor het volksgezondheidsbeleid in Nederland, maar de meerderheid van de Kamer en de mensen in de ziekenhuizen zijn medeverantwoordelijk. Eindverantwoordelijk is echter alleen de minister.

**De heer Buijs (CDA):** Dus de minister is verantwoordelijk voor onnodige sterfte?

**Mevrouw Kant (SP):** De minister is ervoor verantwoordelijk dat het beleid heeft geleid tot onnodige sterfte, dat is juist.

**De heer Buijs (CDA):** Een eerdere conclusie van u is dat er onnodig mensen in dit land sterven. U zegt

dat de minister daarvoor verantwoordelijk is. Is daar een directie relatie tussen?

**Mevrouw Kant (SP):** De relatie is dat de minister eindverantwoordelijk is.

**De heer Buijs (CDA):** Duidelijk.

**De voorzitter:** Het woord is aan mevrouw Tonkens die haar maiden-speech zal houden.

□

**Mevrouw Tonkens (GroenLinks):** Voorzitter. GroenLinks onderschrijft het standpunt dat sterfgevallen als gevolg van wachtlijsten onacceptabel zijn. Voor levensbedreigende ziekten, zoals hoofd- en halstumoren, dient dan ook de afgesproken wachttijd niet overschreden te worden. Mevrouw Kant heeft dat uitstekend verwoord. Wij sluiten ons daar dan ook gewoon bij aan.

Ik stel een ander aspect van het wachtlijstenprobleem aan de orde, want mevrouw Kant heeft al gezegd dat er meer geld nodig is, er efficiënter gewerkt moet worden, er meer toezicht nodig is en meer verantwoording. Ik stel de cultuur in ziekenhuizen aan de orde, waar wachtlijsten niet alleen een probleem zijn, maar ook de oplossing voor het probleem van overconsumptie van medische zorg. In België zijn er geen wachtlijsten, maar is er het probleem van overconsumptie. Om die te bestrijden, worden de budgetten strakker en komen er meer regels, kortom weer wachtlijsten.

De ziekenhuiszorg zit veelal gevangen tussen het Scylla en Charybdis van wachtlijsten enerzijds en overconsumptie anderzijds. Dat is alleen te begrijpen vanuit een specifieke cultuur in ziekenhuizen waarin specialisten eigenlijk worden aangemoedigd om calculerende ondernemers te zijn. Zij vinden nut en noodzaak vanuit medisch oogpunt heel belangrijk, maar dat hoeft voor hen niet zwaarder te wegen dan geld. Men laat zich minder leiden door hun professionele oordeel dan door winstoogmerk. Daarmee wil ik absoluut niet suggereren dat dit het karakter is van specialisten. Natuurlijk zijn zij niet zo, maar het is zo georganiseerd dat dit veelal wordt aangemoedigd en men het ook normaal vindt om er op die manier over na te denken. Ook uit rapporten van artsensorganisaties komt steeds

## Tonkens

het normale beeld van de calculerende specialist naar voren. Met andere woorden: in ziekenhuizen heerst een cultuur waarin de calculerende specialist goed gedijt. Dat blijkt met name uit het recent uitgekomen inspectieonderzoek naar wachtlijsten, dat samen met VWS is gedaan. Om uit dat Scylla en Charybdis van wachtlijsten enerzijds en overconsumptie anderzijds te komen, moet de cultuur van ziekenhuizen veranderen. Daaraan zijn drie problemen verbonden.

In de eerste plaats moet er meer de nadruk worden gelegd op professionele waarden. Er is een cultuur nodig waarin de specialist niet primair een ondernemer is, maar vooral een professional. Een professional is iemand die niet op winst uit is en die niet zozeer door geld wordt gemotiveerd, maar door waarden zoals gezondheid, rechtvaardigheid en solidariteit.

In de tweede plaats moet er meer nadruk worden gelegd op een gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ook uit het eerder door mij genoemde inspectieonderzoek komt herhaaldelijk naar voren dat wachtlijsten mede een gevolg zijn van een gebrekkige samenwerking en afstemming tussen verschillende actoren in het ziekenhuis.

Vervolgens is het belangrijk dat meer nadruk wordt gelegd op gezamenlijke prestaties. Er wordt wel veel verantwoording afgelegd voor individuele prestaties, maar er wordt weinig verantwoording afgelegd voor collectieve prestaties. Uit het inspectieonderzoek bleek dan ook dat men heel weinig zicht heeft op de eigen wachtlijst en op de inspanning die collega's leveren om daar wat aan te doen. De overheid spreekt ziekenhuizen daar te weinig op aan. Wellicht denkt de minister dat de regering daar niets aan kan doen omdat het een zaak is van ziekenhuizen en specialisten, maar dat is naar mijn mening te snel geconstateerd. De overheid speelt wel degelijk een belangrijke rol bij het beïnvloeden van bedrijfsculturen. Zij kent daarin ook een traditie.

Ik geef een recent voorbeeld: de belastingdienst. Naar de mening van de regering stond de belastingdienst een aantal jaren geleden te veel open voor corruptie. Daarop volgde een intensief trainingsprogramma. 30.000 ambtenaren van de belastingdienst hebben nu met succes een training doorlopen en een andere

houding aangenomen tegenover corruptie. "Ambtelijke integriteit", heet dat netjes.

Training is natuurlijk maar één mogelijkheid. Er zijn ook andere mogelijkheden om de bedrijfscultuur te invloeden. Belangrijk is bijvoorbeeld het opsporen van good practices in professionele, coöperatieve bedrijfsculturen. Deze moet je zoeken, bekendmaken en belonen. Wij vragen de ziekenhuizen op allerlei manieren verantwoording af te leggen, maar het is ook van belang dat wij ziekenhuizen vragen verantwoording af te leggen over de manier waarop zij de professionele integriteit en de bereidheid tot samenwerking bevorderen en dat wij daaraan consequenties verbinden. Voorts is het van belang om onderzoek te doen naar factoren die coöperatieve en professionele ziekenhuisculturen bevorderen dan wel afremmen. Ten slotte is het van belang om in medische opleidingen expliciet aandacht te besteden aan de bevordering van professionele en coöperatieve houdingen. Graag hoor ik hierop een reactie van de minister.

De **voorzitter**: Ik feliciteer u hartelijk met uw maidenspeech.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

□

De heer **Buijs** (CDA): Voorzitter. Interpelleren is het goed recht van ieder lid van deze Kamer. Meestal heeft een interpellatie betrekking op een buitengewoon dringende zaak die direct een oplossing behoeft. In het verlengde van wat collega Jukema zojuist naar voren heeft gebracht over de vorige interpellaties, wijs ik erop dat die eigenlijk niet afweken van het basisonderwerp waar het vandaag om gaat, namelijk de wachttijden in de zorg. Het verbaast mij dat het rapport van de werkgroep hoofd-halstumoren zo direct is aangegrepen om weer eens uitgebreid de wachtlijstproblematiek ter sprake te brengen. Mevrouw Kant zegt dat er onnodig mensen sterven in dit land. Dat is waar, maar wij hebben het al eerder gehad over hartpatiënten, over ambulances die te laat kwamen, over intensive care en ook over hoofd- en halstumoren. Overigens heb ik er bij de laatste interpellatie op gewezen dat de wachttijd voor kankerpatiënten weer

was toegenomen. Mevrouw Kant zegt nu dat de minister daarvoor direct verantwoordelijk is, maar dat is een brug te ver. Ik vind het ook eigenlijk een beetje onsmakelijk. Is mevrouw Kant op de hoogte van een ander rapport dat zojuist is opgesteld door de inspectie in samenwerking met het ministerie van VWS? Dat vond ik onthutsender dan het rapport van de werkgroep hoofd-halstumoren. Uit dat rapport blijkt namelijk dat niemand in dit land zich ergens voor verantwoordelijk voelt. Dat is de werkelijke reden. Daarom is het een puinhoop. Dat wil ik nog eens benadrukken.

Mevrouw **Kant** (SP): Helaas is er altijd één iemand eindverantwoordelijk voor het feit dat zich niemand verantwoordelijk voelt.

De heer **Buijs** (CDA): U kunt mevrouw Borst niet eindverantwoordelijk achten voor het feit dat het buiten regent. Wat een onzin.

Mevrouw **Kant** (SP): Zij is er niet verantwoordelijk voor dat het buiten regent. Wij hebben het hier over de organisatie en de financiering van de gezondheidszorg.

De heer **Buijs** (CDA): Iedere arts in dit land ...

De **voorzitter**: Mevrouw Kant was aan het woord.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik merk heel duidelijk dat uw toon anders is dan voor 15 mei, maar dat begrijp ik wel. Ik begrijp dat uw positie anders is. Toch hebt u ook geconcludeerd dat het beleid van minister Borst op het gebied van de gezondheidszorg heeft gefaald. Neemt u dat nu terug?

De heer **Buijs** (CDA): Dat neem ik niet terug. Het beleid heeft gefaald, maar de beschuldiging die u hebt geuit deel ik niet. Het gaat mij erom dat iedere arts in dit land een eigen professionele verantwoordelijkheid heeft, zoals de verzekeraars een eigen maatschappelijke verantwoordelijkheid hebben. U kunt niet zeggen dat minister Borst overall verantwoordelijk voor is. Zij is verantwoordelijk voor de coördinatie van het beleid, maar niet op de manier waarop u het voorstelt. Dat vind ik een vervuiling van de discussie en ik wil dat graag uitleggen als u even wilt luisteren.

## Buijs

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb geen beschuldigingen aan haar adres geuit. Ik heb gezegd dat zij eindverantwoordelijk is. Ik mag toch hopen dat u ook vindt dat de minister eindverantwoordelijk is voor de gezondheidszorg.

De heer **Buijs** (CDA): Ik vind uw beschuldiging niet op z'n plaats. Ik vind dat wij gewoon moeten kijken hoe wij deze problematiek kunnen oplossen. U zegt dat minister Borst de oorzaak is van het feit dat er onnodig mensen sterven, maar dat vind ik te goedkoop. Dat is een brug te ver.

Mevrouw **Kant** (SP): Mij worden woorden in de mond gelegd die ik niet gesproken heb. Ik heb gezegd dat er in ons land sprake is van vermijdbare sterfte. Vervolgens, omdat het mij gevraagd werd, heb ik geantwoord dat de minister van Volksgezondheid daar de eindverantwoordelijke voor is. Ik zou niet weten wat daar mis mee is. Dan mag u zeggen wat daar niet van waar is.

De heer **Buijs** (CDA): Ik zal u vertellen wat mijn conclusie is. Die haal ik uit het rapport over de oorzaak van de wachtlijstproblematiek. Daarin wordt ook aangegeven hoe je die problematiek kunt oplossen. Het is niet alleen een kwestie van geld, zoals u altijd zegt, maar er spelen ook andere zaken een rol. Ik wil daar graag even kort op ingaan, als dat mag.

Mevrouw **Kant** (SP): Dan wil ik wel dat u uw uitspraak terugneemt. U legde mij woorden in de mond die volstrekt onjuist zijn. Dan wil ik ook dat u beaamt dat er één iemand eindverantwoordelijk is voor de organisatie en de regeltjes en dat is de minister van Volksgezondheid.

De heer **Buijs** (CDA): Ik herhaal letterlijk de door mij genoteerde woorden: mensen sterven onnodig in dit land. En de tweede zin: de minister is daarvoor direct verantwoordelijk. Dat zijn de door mij genoteerde woorden van mevrouw Kant en ik neem daar niets van terug. Ik vind dat onjuist.

Ik wil graag wat dieper ingaan op de wachtlijstproblematiek en – inderdaad – het feit dat mensen daardoor in de knel komen. De verantwoordelijkheidsverdeling voor de wachttijden in de ziekenhuizen

wordt uitstekend beschreven in het rapport van de inspectie en VWS. Daaruit blijkt dat niemand in dit land zich echt verantwoordelijk voelt voor de direct patiëntgerelateerde zorg. Dat betekent ten eerste dat de verzekeraars geen echte wachtlijst-aanpak hebben. Zij hebben geen plan van aanpak om de wachtlijsten in hun regio zo snel mogelijk op te lossen. Ten tweede blijkt dat men in ziekenhuizen langs elkaar heen werkt en dat nog steeds het budgetgericht denken de overhand heeft boven het patiëntgericht denken. Ten derde – daar heeft mevrouw Kant zeker een punt – heeft de overheid te veel regelgeving opgelegd. Het resultaat is dat de prikkels in de ziekenhuizen weg zijn, dat het denken in budgetten centraal staat en dat men bij het behandelen van patiënten langs elkaar en naast elkaar werkt. Daar ligt de problematiek. Hoe moet je die oplossen?

Mevrouw **Arib** (PvdA): De discussie gaat niet meer over de kankerpatiënten, maar over de verantwoordelijkheden waarover wij hier inderdaad een aantal keren hebben gesproken. De heer Buijs baseert zijn oordeel op een rapport, dat hij als uitstekend beoordeelt. Wist u dat dit rapport is gebaseerd op gesprekken met acht ziekenhuizen, terwijl wij ongeveer 130 ziekenhuizen kennen? Hoe representatief is het rapport waarover u het steeds heeft en waar wij het vandaag toevallig niet over hebben?

De heer **Buijs** (CDA): Het verbaast mij dat wij het daar vandaag niet over hebben, want het is de kern van de problematiek. Het gaat vandaag over de wachttijden, ook bij hoofd-halstumoren. Dat vereist een bredere analyse, want het zijn niet alleen patiënten met hoofd-halstumoren maar ook hartpatiënten die slachtoffer worden van de wachtlijsten. Ook andere patiënten met andere oncologische aandoeningen komen in de problemen. Toevallig heeft de werkgroep hoofd-halstumoren het voortouw genomen. Dat is een uitstekend initiatief. Ik ben het met de minister eens dat deze werkgroep de interne afstemming als groot knelpunt signaleert; de werkgroep begint daar zelfs mee in haar rapport. Als u dus stelt dat wij nu alleen de hoofd-halstumoren moeten oplossen, vindt u mij niet uw zijde. Wij moeten de

totale problematiek oplossen, want vele mensen met meerdere vormen van kanker sterven onnodig in dit land.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U hebt het nu over alles en tegelijkertijd over niets.

De heer **Buijs** (CDA): U kunt dit specifieke probleem niet isoleren, omdat het samenhangt met het geheel. Als u voor mensen met hoofd-halstumoren CT-scans, onderzoek of diagnostiek organiseert, komen andere patiënten weer tekort. Er moet dus gezocht worden naar een integrale oplossing voor de wachtlijstproblematiek. Op zichzelf is het een goede zaak dat de minister de afgelopen jaren wachtlijstmiddelen en werkdrukkiddelen beschikbaar heeft gesteld, met als doel om de Treeknorm te halen. Er is echter, zo blijkt, geen enkel ziekenhuis dat per 1 januari 2003 voldoet aan de Treeknorm. Dat vind ik een beschamende zaak. Wij moeten dus meer zoeken naar structurele oplossingen die niet alleen met geld, maar ook en vooral met organisatie te maken hebben. Daar wil ik alle betrokken partijen op aanspreken.

Voor mij geldt dus niet: doe er maar geld bij. Ik zal graag horen waar een patiënt die langer moet wachten dan bijvoorbeeld de 30 dagen die protocollair zijn voorgeschreven, terecht kan als het 60 dagen wordt. Wie kan die patiënt daarover aanspreken? Wie is er verantwoordelijk voor dat niet tegemoet wordt gekomen aan zijn recht op zorg dat in zijn polis verankerd is? Als dat op dit moment niet duidelijk geregeld is, vraag ik de minister of zij ons op korte termijn een notitie kan doen toekomen over de vraag wie volgens haar die verantwoordelijkheid zou moeten dragen. Is dat de specialist, is dat het ziekenhuis, is dat de verzekeraar of is dat, mevrouw Kant, misschien wel de minister? Dit laatste denk ik niet, maar ik zou daarover graag eens willen praten. Tegelijkertijd wil ik dat er een antwoord wordt gezocht op de vraag hoe de verbintenis tot ook de verplichting van een behandeling kan worden gerealiseerd als er meer geld wordt gegeven. Het is erg makkelijk om altijd maar te zeggen: de minister heeft het gedaan, de minister is verantwoordelijk voor... Ik denk dat hier sprake is en moet zijn van een gedeelde verantwoordelijkheid en dat de oplossing in de



## Buijs

toekomst moet worden gezocht in het nemen van die gedeelde verantwoordelijkheid.

□

De heer **Van der Vlies** (SGP): Voorzitter. De heer Buijs was zo verbouwereerd dat hij de Kamer heeft laten wachten, dat hij vergat mevrouw Tonkens namens de Kamer te feliciteren met haar maiden-speech. Ik wil hem daarin graag vervangen. Mevrouw Tonkens, ik breng u iets vertraagd, maar niettemin welgemeend, onze felicitaties over. U hebt zich aangesloten bij de ergernis en het ongeduld van mevrouw Kant. Dit zal ik straks ook doen, zij het in een wat andere toonzetting. Wat mij echter aansprak, is dat u dit in een breder kader hebt geplaatst. Die insteek verdient waardering en houdt in politiekmateriële zin een belofte in voor de toekomst. Gelukkigwens!

Voorzitter. Ik dank de minister voor de antwoorden in haar termijn. Ik vond die in zekere zin een verademing. Het functioneel-bestuurlijk voorzichtige lijkt wat te zijn afgelegd. Zij heeft meer recht toe recht aan erkend dat wij een stevig probleem te pakken hebben. Wij hebben natuurlijk al vele malen en niet zelden op instigatie van mevrouw Kant een interpellatie over de wachtlijstproblematiek gehouden. Ik herinner mij veel van die debatten en ik kan mij nog heel goed herinneren hoe de minister daarop reageerde. Ik zeg niet dat zij tekort schoot, maar haar woordkeus en de klank van haar antwoorden zijn nu toch iets anders.

Het probleem is erkend en de minister heeft geschetst hoe haar plan van aanpak eruit ziet: de inrichting van de diverse verantwoordelijken in het werkveld, een halfjaarlijkse rapportage, enz. Ik kom daarop nog terug.

Wij hebben dus vele malen over dit onderwerp gesproken. Het verwijt dat mevrouw Kant formuleerde, namelijk dat er sprake is van vermijdbare sterfte, is haar wel eens in een Kamerdebat betwist. Nu wordt dit verwijt uit een andere discipline van onder af geuit. De omslag van vermijdbare sterfte naar de aansprakelijkheid van de eindverantwoordelijkheid, waar toch iets in zit van dood door schuld, gaat mij echter iets te ver. Ik vind het opmerkelijk dat de woordvoerders van de twee nieuwe fracties in dit

huis daarbij de vinger hebben gelegd. Wij hebben dit in het verleden bij herhaling gedaan. Daarom zeg ik: ongeduld? Jazeker! Ontevredenheid? Jazeker! Ergernis? Jazeker!

Er is echter sprake van een door velen gedragen verantwoordelijkheid. Daarover zou het gesprek moeten gaan, maar ik citeer wat krantenkoppen van de afgelopen week. Wij gaan daar niet over en zelfs de journalisten zeggen dat zij niet over die koppen gaan, maar ik noem ze toch. Vorige week woensdag: Wachtlijsten funest voor vijf patiënten. Maandag jongstleden: Onnodige kindersterfte in ambulance. Dan vragen mensen in mijn omgeving waar wij eigenlijk mee bezig zijn en waarom het allemaal zo lang moet duren. Dat voelt de minister natuurlijk ook. Zij heeft daar ook uitdrukking aan gegeven. Hoe komt het nu toch dat wij daar met elkaar na al die jaren nog steeds niet doorheen zijn gebroken?

Op dit moment verdedigt de kinderintensivist de heer Van der Lely van het Reinier de Graaf Gasthuis in Delft aan de Erasmus Universiteit Rotterdam zijn proefschrift. In dit proefschrift wordt de in de ogen van de promovendus onnodige kindersterfte in ambulances beschreven. Ik heb de voorpublicatie van dit proefschrift gelezen en toen ergerde ik mij mateloos over de stelling dat de onderhandelingen over het probleem dat in het proefschrift wordt geschetst, met de zorgverzekeraars al jaren duren. Ik veronderstel dat deze voorpublicatie waarheidsgetrouw is, maar ik heb het echte proefschrift natuurlijk nog niet kunnen lezen.

Aan deze gang van zaken kan ik mij ergeren. Hoe is het in de wereld mogelijk dat er mensen sterven – vermijdbare sterfte – en dat wij ondertussen jaren lang aan de onderhandelingstafel overleggen over tarieven, budgettering en dergelijke. Dat moet afgelopen zijn! De minister zal dit graag bevestigen. Ik vraag haar dat ook te doen. Dat is ook het karwei voor de coalitiepartners van de toekomst.

De **voorzitter**: Het woord is aan mevrouw Van Geen die haar maidenspeech zal houden.

□

Mevrouw **Van Geen** (D66): Mijnheer

de voorzitter. Het rapport waarover wij vandaag spreken, brengt een misstand in de ziekenhuizen aan het licht. Dat is zorgelijk en roept vragen op. Er is al veel gezegd en dat hoef ik niet te herhalen. De minister heeft op veel van mijn vragen antwoord gegeven en daarom kan ik mij concentreren op een wat bredere kijk op het probleem.

Dit onderzoek is gestart, omdat de werkgroep signaleerde dat de wachttijden onacceptabel waren. De werkgroep verdient lof, omdat zij haar eigen praktijk kritisch toetst en plannen voor verbeteringen heeft gemaakt. De werkgroep maakt de verantwoordelijkheid waar die je als professional hebt. Andere partijen hebben echter niet gereageerd. De directies, de verzekeraars en de Inspectie zwegen. Wisten ze het niet of voelden ze zich niet verantwoordelijk? Op deze vragen wil de D66-fractie een antwoord. Het belooft weinig goeds voor de toekomst.

Het is nu wel bekend dat het huidige zorgstelsel moet worden vervangen en dat er capaciteit bij moet komen. Daar hoeven wij niet al teveel over te praten. Wij kunnen hier wel een prachtig voorstel ontwerpen, maar als partijen hun verantwoordelijkheid niet nemen en voelen, werkt ook dat nieuwe zorgstelsel niet. Met de heer Buijs en de heer Van der Vlies vind ik dat het tijd wordt om degenen die verantwoordelijk zijn, aan te spreken en af te rekenen. Met afrekenen bedoel ik geen gouden handdruk.

Uit de antwoorden van de minister krijg ik de indruk dat er op verschillende fronten aan het probleem wordt gewerkt en dat aanzienlijke verbeteringen tot stand worden gebracht. De punten waar D66 aandacht voor wil vragen, zijn: het goed omgaan met urgente patiënten en capaciteitsproblemen, de inrichting van het zorgproces en het ziekteverzuim.

In ziekenhuizen wordt enthousiast en toegewijd gewerkt en veel productie van een goede kwaliteit geleverd. De enkeling die zijn verantwoordelijkheid niet neemt, veroorzaakt problemen. Dat lijkt op dit moment de beeldvorming te bepalen. Daarom staat ook de hele sector in een kwaad daglicht. Het is belangrijk dat de problemen in ziekenhuizen nu en in de toekomst beter en sneller worden aangepakt.

Hoe is het mogelijk dat urgente patiënten niet snel worden behan-

## Van Geen

deld? Het moet toch zeker het uitgangspunt zijn dat de patiënt van wie de behandeling medisch het meest noodzakelijk is, als eerste wordt behandeld. Ook met een ander bekostigingssysteem zul je soms tien OK's met elf patiënten hebben. Het ziekenhuisbestuur en de medische staf zijn verantwoordelijk voor de goede integrale afweging van urgente patiënten. Blijkbaar is dat in deze ziekenhuizen misgegaan. Volgens de Volkskrant van vanochtend gaat het wel vaker mis. Hoe komt dat? Hoe gaat de minister bevorderen dat medische noodzaak bij beslissingen in ziekenhuizen over behandelingen wel de rol speelt die noodzakelijk is?

De specialisten vragen de minister om zelfstandige centra met een eigen budget, zodat zij niet meer met andere disciplines behoeven te onderhandelen. Dat lijkt gemakkelijk, maar het is niet de oplossing, want wij willen juist af van geormerkte budgetten. Principiëler is nog dat niet de minister moet beslissen hoeveel ruimte voor welke ziekte in een bepaald jaar nodig is; dat kunnen op elk willekeurig moment alleen de mensen in het ziekenhuis die weten om welke patiënten het gaat. Voor alle patiënten moet er een garantie zijn dat de prioriteit integraal wordt afgewogen. Door ziekte in hokjes te verdelen, wordt de zaak wel overzichtelijker maar niet doelmatiger en daar gaat het om.

Als een patiënt niet op tijd behandeld kan worden, moet gezocht worden naar een alternatief of moet de patiënt verwezen worden naar wachtlijstbemiddeling. Dat heeft in dit geval ten onrechte niet plaatsgevonden. Een ziekenhuis dat op deze wijze patiënten benadeelt, is aansprakelijk. Bij gebrek aan capaciteit kan een ziekenhuis zo nodig extra capaciteit inkopen. Waarom gebeurt dat zo weinig? Kan de minister aangeven wat de belemmeringen zijn? Kan zij ertoe bijdragen dat deze verdwijnen?

Ik sluit mij graag aan bij de benadering van mevrouw Tonkens: specialisten hebben en claimen een eigen verantwoordelijkheid voor het zorgproces. Van oudsher hebben medici veel aandacht voor medische en technische kanten en minder voor logistieke aspecten. Inmiddels is evenwel duidelijk dat logistiek goede zorgprocessen leiden tot grote kwaliteitsverbetering en productietoename. Onder meer in het rapport

staan voorbeelden van good practices, zoals een tijdslot, een zorgcoördinator en verlengen van bedrijfstijd. Specialist die hun zorgproces ondoelmatig inrichten en slecht samenwerken, benadelen patiënten en maken hun beroepsgroep te schande. Zolang specialisten schaars zijn, zijn zij voor de directie echter moeilijk aan te pakken. Is de minister bereid om te bezien op welke wijze specialisten op hun verantwoordelijkheid kunnen worden aangesproken. Een eerste stap vormt publiciteit over de doelmatigheid van verschillende specialisten, maar wellicht kunnen specialisten ook door patiëntenorganisaties aansprakelijk gesteld worden voor een inefficiënt zorgproces.

Een andere belangrijke oorzaak van verminderde capaciteit is ziekteverzuim. In een kleine afdeling kan toeval een rol spelen maar in een grote organisatie is een hoog ziekteverzuim zonder meer het gevolg van slecht personeelsmanagement. Een slechte manager moet de kans krijgen om zijn management te verbeteren. Als hem dat niet op korte termijn lukt, is het in het belang van de organisatie, het personeel en de patiënten dat de manager vertrekt. Het is aan de raad van toezicht om een en ander niet op zijn beloop te laten maar aan te pakken. Naar mijn mening zit iedere bestuurder van een ziekenhuis dat te kampen heeft met een ziekteverzuim van meer dan 7%, in de gevarenzone.

De fractie van D66 verzoekt de minister om de Inspectie, de raden van toezicht, de patiëntenbeweging en de verzekeraars op hun verantwoordelijke rol aan te spreken. Een zorgstelsel – ook een nieuw zorgstelsel – kan alleen goed functioneren als ziekenhuizen en specialisten worden aangesproken en afgerekend. Voor de patiëntenbeweging is extra capaciteit voor juridische ondersteuning nodig.

De **voorzitter**: Ik feliciteer u van harte met uw maidenspeech. Als cadeautje heb ik u een aantal extra minuten spreektijd gegeven.

De vergadering wordt van 14.50 uur tot 15.02 uur geschorst.

□

De heer **Jukema** (LPF): Mijnheer de

voorzitter. Ik zal het kort houden, gezien ook het feit dat ik al opmerkingen over het nut van dit interpellatiedebat gemaakt heb. Dat neemt niet weg dat hier sprake is van een van de ernstigste gevolgen van de wachtlijstproblematiek. Ik ben het eens met de heer Buijs die het in een breder verband wil trekken, want daar gaat het om. Het is helemaal geen op zichzelf staand probleem, het is een van de gevolgen van het overheidsbeleid zoals het jaren geleden is ingezet.

Ik vond de opmerking van mevrouw Tonkens aardig die aangaf dat er sprake is van een cultuur. Ik zou nog iets verder willen gaan. Hoe komt het dat er zo'n cultuur binnen de gezondheidszorg is ontstaan dat niemand zich meer echt verantwoordelijk voelt voor de problemen. Dat heeft weer alles te maken met het gevoerde beleid.

Ik heb dan ook geen specifieke vragen aan de minister. Het enige nuttige dat ik vanaf deze plaats kan doen, is de desbetreffende fractieleden en de heer Donner, die bezig zijn met de informatie, vragen om zo spoedig mogelijk met een nieuw kabinet met nieuwe ministers te komen zodat de problemen krachtig kunnen worden aangepakt.

□

Mevrouw **Arib** (PvdA): Mijnheer de voorzitter. Ik verheug mij ontzettend op die krachtige aanpak. Ik ben daar ontzettend benieuwd naar.

De heer Jukema sprak over het interpellatiedebat. Zijn opmerking ging mij aan het hart, omdat interpellatie een individueel recht van Kamerleden is. Het is een groot democratisch goed dat wij moeten respecteren. Het is aan degene die een interpellatiedebat niet ziet zitten, om niet te komen. Dat is het recht van degene die het niet wil.

De **voorzitter**: Ik geef de heer Jukema het recht om kort te reageren, maar laten wij niet beginnen met een debat over het debat.

De heer **Jukema** (LPF): Ik bestrijd dat democratische recht in het geheel niet. Het is een goed wapen, het is een heel scherp wapen. Maar om het scherp te houden, moet je het niet misbruiken.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik laat het



Mevrouw Arib (PvdA)

© M. Sablerolle – Gouda

over aan degene die het belang van de interpellatie als zodanig inschat.

Ik heb grote waardering en respect voor de werkgroepen hoofdhalstumoren en oncologische zorg, die de verantwoordelijkheid op zich hebben genomen om een aantal zaken aan de orde te stellen. Hier is al gezegd wat het betekent als mensen een tumor hebben en op de wachtlijst staan. Ik zal dat niet herhalen. Ik vind de conclusie schrikbarend. Het rapport is ontzettend alarmerend. De PvdA-fractie vindt het onaanvaardbaar dat mensen met een tumor op een wachtlijst staan.

De reactie van de minister op het rapport vind ik teleurstellend. Hoewel de minister een aantal toezeggingen heeft gedaan, ben ik er niet helemaal gerust op. Het valt mij in de reactie van de minister op het rapport op – zij heeft het hier herhaald – dat zij alle aanbevelingen van de werkgroep waarvoor de werkgroep zelf verantwoordelijk is, heeft onderschreven. Zij heeft die ondersteund. De aanbevelingen waarbij de minister het voortouw behoort te nemen, wijst zij echter af.

De minister erkent dat de oncologische zorg voor hoofdhalstumorpatiënten als een topreferente moet worden gewaardeerd en als zodanig moet worden erkend. Daarmee ben ik erg blij. Wat betekent die erkenning echter

concreet? Immers, als zij het erkent, betekent het ook dat zij erkent dat er expertise nodig is en dat er specialistische hulp nodig is. Daar hangt echter een prijskaartje aan en dat hoor ik haar niet noemen. Tegelijkertijd betekent het dat er geen wachtlijsten horen te bestaan, vooral niet voor mensen die een tumor in hun lijf hebben. Erkennen is prima, maar de vraag is wat dit concreet betekent.

Hetzelfde geldt voor de aanbeveling waar het betreft geoordeelde middelen voor behandelteams in de oncologische zorg. De minister schuift het als het ware af, zeggende dat zij niet op de stoel van de ziekenhuizen zit. Daar heb ik alle begrip voor, maar het betreft hier wel de stoel van de minister. Wat ik hoor van de specialisten die zich met de oncologische zorg bezighouden, is dat er weliswaar middelen worden toegekend aan ziekenhuizen, maar dat de strijd op de werkvloer in ziekenhuizen ontzettend hevig is, omdat dit geld over verschillende afdelingen moet worden verdeeld. Voor de hoofd- en halsoncologische zorg betekent het dat de behandelteams ervan afhankelijk zijn of de afdelingsmanager prioriteit geeft aan deze vorm van zorg. Ook daarover verkrijg ik graag meer uitleg dan vervat is in de uitspraak dat de ziekenhuizen de vrijheid hebben om het te verdelen. Wij hebben in

eerdere debatten gezien dat dit niet altijd zo werkt. Natuurlijk zijn ziekenhuizen vrij, maar het gaat hier om een zeer ernstig zieke patiëntengroep. Daar moet veel meer voor gebeuren dan alleen maar de ziekenhuizen ermee op te zadelen.

De andere aanbeveling die werd gedaan door de werkgroep en waarbij ik vind dat de minister er wel degelijk verantwoordelijkheid voor heeft, betreft de capaciteit op het gebied van personeel en infrastructuur. Een groot probleem waar academische medische centra nu mee te kampen hebben, is het verschil in beloning. De perifere ziekenhuizen betalen beter dan de academische ziekenhuizen en het gevolg daarvan is dat specialisten uitstromen naar perifere ziekenhuizen. De gevolgen daarvan zijn ernstig, vooral voor de patiënten die een tumor hebben. Ik zou graag van de minister horen wat zij daaraan gaat doen.

De minister heeft twee opmerkingen gemaakt over de wachtlijsten. In de eerste plaats zegt zij in de brief dat er geen wachtlijsten zijn. Dat heeft zij kennelijk van het Nederlands Kanker Instituut gehoord, maar ik zou graag willen weten waarop zij deze conclusie baseert.

Een tweede punt betreft de radiologie. Daar heeft men meer middelen en wij zijn er blij mee dat er meer geld naar radiologie is gegaan, maar daarmee is het probleem niet opgelost voor de hoofd- en halsoncologische zorg. Hoewel er bij radiologie geen wachtlijsten zijn, kan het toch zo zijn dat patiënten zes weken op een CT-scan moeten wachten. Binnen de hele keten die nodig is om deze patiënten binnen aanvaardbare tijd goede zorg te kunnen leveren, horen er geen wachtlijsten te zijn. Als het probleem bij de radiologie is opgelost, wil dat niet zeggen dat mensen niet nog eens lange tijd op een wachtlijst moeten staan.

De minister spreekt steeds van een bedrag van 18 mln euro voor de academische ziekenhuizen. Dit bedrag is naar acht academische ziekenhuizen gegaan en is bedoeld voor algemene zorg. Slechts een klein deel ervan gaat naar de oncologische zorg. Ik zou graag van de minister horen of het geld dat nu voor de oncologische zorg is bestemd, ook voldoende en afdoende is, dan wel of er misschien nog meer geld nodig is.



Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Voorzitter. De woorden die degenen vóór mij gesproken hebben en die ook de minister gesproken heeft over de zorgelijke en zeer treurige situatie die blijkt uit het rapport dat vandaag aan de orde is, deel ik uiteraard volkomen. Dat moet in ieder geval sterk verbeterd worden en ik denk ook dat dit besef bij iedereen sterk aanwezig is.

Toen ik het debat aan het voorbereiden was, dacht ik bij mijzelf: welke bijdrage kan dit spoeddebat nu leveren aan de oplossing? Ik denk, eerlijk gezegd, dat dit niet zo erg veel is. Een interpellatie is ieders goede recht, maar dat komt toch vaak uit op het stellen van de verantwoordelijkheidsvraag in de richting van de minister. Mijn fractie distantieert zich van de wijze waarop mevrouw Kant dit naar voren heeft gebracht. Dat wilde ik toch even gezegd hebben.

Mevrouw **Kant** (SP): Op dit laatste punt ga ik niet in, want dan blijven wij aan de gang. Ik wil het wel even hebben over het doel van dit debat. De VVD-fractie kan de uitkomst van dit debat mede bepalen, bijvoorbeeld door er mee in te stemmen dat er voor 1 september 2002 specifiek voor de wachttijden voor de behandeling van kankerpatiënten een plan van aanpak moet liggen. Dit moet samen met de werkgroep en het ministerie, dat verantwoordelijk is voor de voorwaarden, worden gemaakt. Als de VVD-fractie haar steun daaraan verleent, heeft dit debat volgens mij een belangrijke uitkomst.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Als alle plannen van aanpak die de laatste jaren in de Kamer zijn behandeld tot resultaat hadden geleid, zouden wij rond dit onderwerp geen probleem meer hebben. Ik geef daar dus niet zoveel om. Mijn fractie is het eens met de minister over de vraag wie dit zou moeten doen. In het vervolg van mijn betoog zal ik aangeven waarom een aantal van de opmerkingen van mevrouw Kant weinig hout snijdt en waarom ik denk dat het op een andere manier beter zou kunnen.

Mevrouw **Kant** (SP): Dat wij het vandaag in een keer met elkaar eens zouden worden, leek mij ook een stap te ver.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Bijna onmogelijk.

Mevrouw **Kant** (SP): Wij kunnen het dan wellicht niet eens worden over de manier waarop alles moet worden opgelost, maar misschien wel over het feit dat er niet gewacht kan worden, bijvoorbeeld op een formatie. Wij hebben het over een specifiek probleem, dat met spoed moet worden aangepakt, omdat het een specifieke groep patiënten betreft die niet kunnen wachten, omdat zij anders zouden overlijden. De VVD-fractie kan dit gewoon steunen, lijkt mij.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): De VVD-fractie is van mening dat niet alleen patiënten die op deze wachtlijst staan direct moeten worden geholpen, maar alle patiënten die aan een levensbedreigende kwaal lijden. Zoals ik straks zal aangeven, heeft dit heel weinig te maken met de formatie of met een nieuw stelsel.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik sluit mij aan bij de woorden van mevrouw Van Blerck. Het gaat er niet om, kankerpatiënten apart te behandelen...

De **voorzitter**: Ik wijs u erop dat u in een interruptie een vraag moet stellen aan mevrouw Van Blerck. U moet u niet bij haar woorden aansluiten.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik vraag mevrouw Van Blerck toe te lichten waarom kankerpatiënten niet apart moeten worden gezet, maar een integrale afweging van prioriteiten in het ziekenhuis noodzakelijk blijft.

Mevrouw **Van Blerck-Woerdman** (VVD): Daar was ik inderdaad net aan toe. De VVD-fractie wil af van de centrale regels vanuit Den Haag van een speciaal budget voor een speciale groep patiënten en ziektebeelden. Wij zijn van mening dat het veel beter is dat een decentrale verantwoordelijkheid door de ziekenhuizen en andere zorginstellingen wordt genomen dan wanneer het vanuit Den Haag wordt geregeld. Nogmaals, als deze groep wel apart wordt behandeld, vrees ik dat een aantal andere operaties waar patiënten net zo hard op wachten moet worden uitgesteld. Ik vind dat

niet acceptabel. Iedereen moet naar urgentie worden geholpen.

Ik deel de opvattingen die de minister in haar brief naar voren brengt. Zij neemt de verantwoordelijkheid die de overheid in dit verband heeft op zich. Zij heeft al een aantal zaken voorbereid en licht toe wat zij zal doen. Ik ben het daarmee eens. Ik wil vanaf deze plaats ook wijzen op de verantwoordelijkheid van de andere partners, die niet altijd wordt genomen, zoals blijkt uit het rapport van VWS en de inspectie. Die verantwoordelijkheid moet in ieder geval worden neergelegd waar ze thuishoort en niet door de overheid worden overgenomen, want ik vrees dat wij dan nog verder van huis zijn. Ik vind het zeer de moeite waard om het rapport uit te breiden met een nadere vraagstelling op een aantal punten, omdat er tot nu toe nog niet zo'n breed beeld van is gegeven hoe het in het land van de zorgaanbieders toegaat.

In verband met de verantwoordelijkheden wil ik nog even terugkomen op de bijdrage van mevrouw Tonkens. Ik mocht haar net uiteraard niet interrumpen, want het was haar maidenspeech. Zij haalt de situatie in België aan, waar geen problemen zijn en waar operaties kunnen worden afgehandeld op het moment dat ze noodzakelijk zijn. Ik wil daarbij vermelden dat men in België geen cao kent zoals in Nederland met een 36-urige werkweek. In België werkt men gewoon door tot men klaar is, tot de operaties zijn gedaan die moeten worden gedaan. Door de ziekenhuiscao in Nederland is dat absoluut niet meer aan de orde en houdt men vaak om drie uur 's middags op. Ik verbaas mij erover dat dit aspect in het rapport niet naar voren komt. Moet daar in een vervolgtraject niet wat meer aandacht aan besteed worden?

Ik eindig met twee vragen. Ik vraag om een onderzoek van de inspectie naar het aantal malen dat in Nederland patiënten op de wachtlijst overlijden. Iedere keer hoor ik dat de inspectie op dit punt van niets weet, maar de minister heeft gezegd dat het voorkomt. Ik zou graag horen welke aantallen ik mij hierbij moet voorstellen.

Een van de grootste knelpunten in de zorg is het personeelsprobleem. Andere partners zijn daar evenzeer voor verantwoordelijk. Kan de

## Van Blerck-Woerdman

minister in overleg met de NVZ, de organisatie van verpleegkundigen en de Orde van medisch specialisten nagaan hoe kan worden voorkomen dat er zo'n enorme uitval tijdens en na de opleiding plaatsvindt? Zowel bij de artsen- als bij de verpleegkundigenopleidingen haken ontzettend veel mensen af, en dat kunnen wij ons in Nederland niet permitteren. Er zijn genoeg mensen die het willen, maar die het als het erop aankomt toch niet doen. Als wij de oorzaken daarvan zouden achterhalen, zouden wij er vervolgens iets aan kunnen doen.

De **voorzitter**: Het woord is aan de heer Jense die zijn maidenspeech zal houden.

De heer **Jense** (LN): Voorzitter. Er zijn al vele behartigenswaardige inhoudelijke opmerkingen gemaakt. Ik zal mij beperken tot een algemene opmerking. Ik kan mij goed vinden in het verhaal van de heer Buijs.

Het gaat mij nu met name om de toon van het debat en de aanleiding. Wat mij betreft heeft dit debat geen meerwaarde. Als ik het heb over de toon van het debat, is dat niet een verwijt aan het adres van mevrouw Kant, maar wij hebben met elkaar de plicht en de verantwoordelijkheid om te letten op de taal, op de manier waarop wij hier met een zekere stelligheid dingen willen vertellen. Wij moeten niet bij anderen verwachtingen wekken die wij uiteindelijk met elkaar niet kunnen waarmaken. De pers doet daar automatisch aan mee. De mensen lezen die artikelen en denken dat er iets verschrikkelijks aan de hand is. Uiteindelijk is de minister dan verantwoordelijk en zelfs schuldig. Ik neem daar afstand van.

Eén ding vond ik te gemakkelijk in het verhaal van de minister. Het stellen van een diagnose is een apart deel van het vak van een arts. De minister zei dat opgelet moest worden dat iemand niet eerst wordt teruggestuurd met een antibiotica-kuurtje. Wij moeten echter ook voorkomen dat elke huisarts direct gaat doorverwijzen naar een afdeling oncologie. Daar zit ook iets gevaarlijks in. Het betekent dat de wachtlijst opnieuw onder druk komt te staan. Bovendien kan het tot gevolg hebben dat mensen een vervelende periode doormaken en zwaar gekneusd

raken, terwijl zij uiteindelijk met antibiotica voor een aanhoudende keelontsteking naar huis gestuurd worden. Het mag niet zo gemakkelijk daarop uitlopen. Ik vraag de minister dan ook of zij op het gebied van het verwijzen iets kan inbrengen in de opleiding van artsen, opdat in het vak zorgvuldiger met het onderdeel diagnose wordt omgegaan.

De **voorzitter**: Ook de heer Jense feliciteer ik van harte met zijn maidenspeech.

De vergadering wordt enkele minuten geschorst.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter. Het doet mij goed dat dit debat over het ernstige signaal van de Nederlandse werkgroep hoofdhaltumoren in de termijn van de Kamer is verbreed tot een debat over de verantwoordelijkheden in de gezondheidszorg en de cultuur die hier en daar ontstaan is. Daar moeten wij de kern van de analyse zoeken, naast het probleem van de personeelstekorten. Dat probleem kan gedeeltelijk worden opgelost door een betere aanpak van het ziekteverzuim, maar blijft ook vragen om extra financiële investeringen. Daarnaast is bij het goed op orde brengen van de infrastructuur – voldoende aanbod, ook op het punt van diagnostische en behandelapparatuur – het eind nog niet bereikt. Ook daarin moeten wij geld blijven steken. Naast die financiële kant gaat het om cultuur en organisatie waarin nog enorm veel te verbeteren is. Daardoor wordt de arbeidsvreugde van veel mensen weer groter, waardoor zij tijdens en na hun opleiding minder zullen uitvallen.

Ik kom dan op het betoog van mevrouw Kant. De aanbeveling in het rapport van de werkgroep aan de overheid, die ik begin 2001 nog niet kende, heb ik in feite toen al opgevolgd door ruim middelen ter beschikking te stellen voor het zo snel mogelijk vergroten van de aanbodcapaciteit in Nederland. Voordat je bij die aanbodcapaciteit de ideale situatie hebt bereikt van een licht overschot, moet je oppassen met het in één klap vrijlaten van alle prijzen en tarieven. Anders krijg je als gevolg van schaarste een kostenexplosie. Om

dat te voorkomen heb ik een stap-voor-stapbeleid ingezet, al jeuken mijn handen soms ook wel eens en denk ik "waarom gooien wij niet op één dag alle regels overboord". Dat zou echter enorme effecten hebben, ook negatieve. Wij zullen dat misschien nog zien als de nieuwe coalitie dat soort gedurfde dingen gaat doen.

De drie voornemens die ik heb genoemd, berusten inderdaad op kennis van het rapport van de werkgroep. In die zin heeft het rapport een nuttige functie vervuld. Het gaat om zaken die wij in algemene zin al lang kennen; daar heeft de heer Jukema gelijk in. In het rapport heeft een groep artsen van een bepaald specialisme echter goed in maat en getal aangegeven wat de huidige situatie is en hoever die afligt van de parameters die wij allemaal willen bereiken. Dat zou eigenlijk op meer terreinen moeten gebeuren; vandaar dat ik dat ook wil gaan bevorderen. Dan kunnen wij ook meten wat de effecten van maatregelen zijn, uitgaande van een nulmeting. Dan kunnen wij ons doelen stellen en dat geheel in maat en getal volgen. Aan die voornemens heb ik dus uitvoering gegeven op grond van het rapport en op grond van mijn eigen inzicht. Er kan dus niet gezegd worden dat het op grond van dit debat gebeurt, wat niet wegneemt dat het toch een interessant debat geworden is.

Voorzitter. Ik ben erkentelijk voor wat verschillende sprekers, met name de heer Jense, gezegd hebben over mijn verantwoordelijkheid. Er is gesproken over schuld en eindverantwoordelijkheid. Ik constateer voor de zoveelste keer dat mevrouw Kant de gezondheidszorg in Nederland bespreekt als waren wij in Engeland met een National Health Service, een piramideorganisatie met aan de top de minister. In zo'n situatie kun je inderdaad alles wat onderaan verkeerd gaat met enig recht en rede aan de topmanager toeschrijven en die kun je daarvoor zelfs aansprakelijk stellen. Er is dan ook geen land als Engeland waar de ministers van volksgezondheid zo snel in- en uitvliegen omdat steeds de conclusie getrokken wordt dat de topmanager de zaken niet op orde heeft. Wij hebben hier echter een systeem van een totaal privaat georganiseerde gezondheidszorg, waar alle instellingen zelf met hun raad van toezicht verantwoordelijk

## Borst-Eilers

zijn voor de besteding en verdeling van de gelden die zij ontvangen.

Mevrouw **Kant** (SP): De minister schetst hier een beeld dat niet overeenkomt met de manier waarop wij de afgelopen jaren de discussies gevoerd hebben. Ik heb steeds aangevoerd – en dat heb ik vandaag herhaald – dat er, hoe de zorg ook ingericht is, een eindverantwoordelijke is en dat is de minister van Volksgezondheid. In het interruptie-debatje zojuist kwam naar voren dat er heel veel mensen verantwoordelijk zijn, maar als mensen hun verantwoordelijkheid niet nemen en als dat ernstige gevolgen heeft voor de volksgezondheid – bijvoorbeeld dat mensen vanwege de wachtlijst-problematiek overlijden – is het toch de taak van de minister van Volksgezondheid om samen met de mensen die het beleid moeten uitvoeren naar oplossingen te zoeken. Zij moet dan haar verantwoordelijkheid daarin nemen. De stelling die ik al die jaren gehanteerd heb, is dat de minister van Volksgezondheid eindverantwoordelijk is. Ik meen dat zij dat ook altijd heeft toegegeven. Ik stel die vraag nog een keer. Is de minister het ermee eens dat zij als het gaat om ernstige gevolgen van problemen die zich voordoen in de gezondheidszorg te allen tijde eindverantwoordelijk is voor die situatie?

Minister **Borst-Eilers**: Ik maak hier een onderscheid tussen managementverantwoordelijkheid, zoals in het Verenigd Koninkrijk ook voor de minister geldt, en politieke verantwoordelijkheid. Natuurlijk ben ik als minister politiek verantwoordelijk voor het functioneren van het gehele systeem van de gezondheidszorg. Daar mag u mij ook in politieke zin op aanspreken. Dat kan in woorden die wegblijven van het meer persoonlijk gerichte, zodat wij niet in de schuldsfeer terechtkomen. Die politieke verantwoordelijkheid brengt met zich dat ik in de eerste plaats moet streven naar goede randvoorwaarden waarbinnen bijvoorbeeld de ziekenhuizen de eigen verantwoordelijkheid kunnen uitoefenen. Daarbij geldt natuurlijk altijd als beperkende voorwaarde het regeerakkoord met zijn financiële mogelijkheden. Binnen die randvoorwaarden moet ik er alles aan doen om goede randvoorwaarden voor de sector te scheppen. Als ik constateer

dat de sector zijn verantwoordelijkheid onvoldoende neemt, dan vind ik niet dat ik die verantwoordelijkheid moet overnemen. Ik zou bijna zeggen: dan leren ze het nooit. Maar misschien is dat een wat neerbui-gende formulering. In ieder geval moeten de organisaties op hun verantwoordelijkheid aangesproken worden. Ik moet vervolgens geïnformeerd worden over de wijze van aanpak. Als zij beloven om bepaalde maatregelen te nemen, moet ik wel kunnen meten welke effecten die hebben. Op al die zaken kan men mij aanspreken.

Dan de motie van mevrouw Kant. Zij vraagt de regering om voor 1 september a.s. met een plan van aanpak te komen. Ik heb gezegd dat ik de Vereniging van academische ziekenhuizen en het Anthoni van Leeuwenhoekziekenhuis – de acht hoofd-halsoncologische centra – vraag om mij halfjaarlijks te rapporteren over de uitvoering van de aanbevelingen. Ik vind dat ik het zo moet doen. Het is dus niet zo dat ik per 1 september een plan van aanpak kom. De andere twee maatregelen heb ik ook genoemd: voor andere categorieën patiënten iets dergelijks doen en de betere scholing van de eerste lijn. Bij deze drie maatregelen wil ik het laten. Ik vind het een goede aanpak, waarbij ieder zijn eigen verantwoordelijkheid houdt. Op grond daarvan ontraad ik aanvaarding van de motie.

Ik zeg ook nog tegen mevrouw Kant dat ik haar idealisme wel bewonder. Zij zegt dat mensen nu te lang wachten en dat dit binnen de kortste keren over moet zijn. Wij moeten echter realistisch blijven. Wij leven in een land met een krappe arbeidsmarkt en een gezondheidszorg die twintig jaar, tot aan 1998, in financiële zin krap is gehouden, waardoor er congestieproblemen zijn ontstaan die leiden tot wachtlijsten. Het is niet mogelijk gebleken om dat probleem in vier jaar geheel op te lossen. Het zal dus ook niet tussen nu en september of tussen nu en een jaar geheel opgelost kunnen worden. Ik zie wel een omkeer. In de provincie Friesland is met een zeer actieve zorgverzekeraar een deel van de wachtlijsten verdwenen, onder andere voor oogchirurgie. Eenieder neemt, althans op dat punt, zijn verantwoordelijkheid. Ik zie wel tekenen ten goede. Ik zie verbeteringen in de thuiszorg en de gehandicaptenzorg, maar ook in de

ziekenhuiszorg. Zo snel als mevrouw Kant wil, kan het echt niet, hoewel wij dat allemaal in ons hart wel zouden willen. Wij moeten echter realistisch blijven.

Mevrouw **Kant** (SP): Ik heb niet gezegd dat voor 1 september de problemen opgelost moeten worden. Ik begrijp ook wel dat dit niet kan. Ik heb in de motie bewust gevraagd om voor 1 september een plan van aanpak op te stellen waarin een oplossing wordt aangedragen voor problemen die te maken hebben met budgetten, de mate en wijze van financiering en de organisatie. Wat niet kan, kan niet, dat begrijp ik ook. Je kunt niet zomaar personeel uit een hoed toveren, maar voor beperkingen vanwege de mate of de wijze van financiering en organisatie kunnen wel plannen worden gemaakt.

Ik heb in de motie bewust alle kankerpatiënten genoemd. U hebt onderzoek toegezegd. De motie richt zich niet alleen op de aanbevelingen van deze werkgroep, maar ook op de aanbevelingen die voort kunnen komen uit het andere onderzoek. Gevraagd wordt om voor 1 september een plan van aanpak op te stellen voor de gezamenlijke problematiek.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter. Ik blijf bij mijn eigen drie actiepunten, die ik adequaat vind. Ik regeer daarmee ook niet te veel over mijn graf heen. Er wordt bijvoorbeeld gesteld dat het moet gaan om een plan van aanpak waarin de behandeling van kanker niet beperkt mag worden vanwege budgettering. Dat is een zeer fundamentele ingreep in het systeem, die ik als demissionair minister echt niet kan doen. Volgend jaar zal het systeem van reële kostprijzen gaan functioneren, waarbij via een diagnose-behandelcombinatiesysteem ook voor alle behandelingen van kankerpatiënten een tarief wordt vastgesteld waarin de tijd van de specialisten goed is verdisconteerd, met een adequaat uurtarief. Ook alle apparatuur en dergelijke is daarin meegenomen. Ik blijf de motie dus ontraden.

Ik heb met belangstelling naar het verhaal van mevrouw Tonkens over de cultuur geluisterd. Uit het rapport van de inspecteur en de beleids-medewerker over de acht ziekenhuizen blijkt dat er in veel, maar

## Borst-Eilers

gelukkig niet in alle ziekenhuizen een cultuur van enige passiviteit is ontstaan. Er valt wel iets te zeggen voor de stelling dat wachtlijsten een oplossing zijn voor overconsumptie. Niemand laten wachten houdt in dat alle vragen ongericht worden toegelaten. Er moet altijd enige druk op de ketel worden gehouden. Er is echter een verschil tussen een acceptabele wachttijd en een zodanige wachttijd dat deze medisch niet langer verantwoord is.

Het is de vraag of specialisten in het huidige systeem zulke calculerende ondernemers zijn. Sinds in 1995 de honorering per verrichting is veranderd in een lumpsum, is het ondernemerschap er een beetje uitgeraakt. Dat was ook precies de bedoeling, want voor die tijd was men zo ondernemend dat men ieder jaar veel meer geld uitgaf dan de regering ter beschikking kon stellen uit de premies. Op de tarieven werd dan weer gekort. Aan dat ongelukkige systeem heb ik een eind gemaakt, maar daarmee is de specialist juist minder ondernemend geworden dan hij misschien zou moeten zijn, dus niet calculerend, maar maatschappelijk ondernemend. Dat is de ideale figuur.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik wil niet zeggen dat de specialist meer of minder ondernemend is geworden. Het gaat erom dat men het sinds de invoering van de lumpsumsystematiek heel gewoon vindt dat hij minder ondernemend is. Kamerleden worden ook niet meer of minder ondernemend als meer of minder vragen worden gesteld. Wij denken er dan ook niet aan hoeveel geld wij daarvoor krijgen. Dat is precies het probleem.

Minister **Borst-Eilers**: Dan ben ik het met mevrouw Tonkens eens. Het is een overgangperiode, die helaas veel te lang heeft geduurd. Dat heeft ook iets te maken met de lange onderhandelingen over de integratie van de specialisten in het ziekenhuis. Het was de bedoeling dat de overgangssituatie een paar jaar zou duren. Als je de bekostiging van het ziekenhuis nog steeds via de klassieke tarieven laat plaatsvinden, ziet de specialist door een vergelijking met vroeger bijvoorbeeld al op 1 november dat hij zijn geld al heeft verdiend. Sommigen vragen zich dan af waarom zij nog harder zouden werken. Ik meen dat je specialisten,

maar ook huisartsen, moet belonen in de zin van loon naar werken. Dat moet dan niet worden vertaald in "hoe meer verrichtingen, hoe meer geld", maar in "hoe langer je werkt, hoe meer je verdient". In het nieuwe systeem, in de DBC's, krijgen wij daarom een uurhonorarium. Dat geeft naar mijn mening een goed prikkel, namelijk een prikkel tot harder werken. Dan geldt niet meer dat men meer verdient als men meer diagnostiek voorschrijft. Dat systeem was inderdaad niet goed.

Ik zal niet alles herhalen wat mevrouw Tonkens heeft gezegd. Zij sprak over het leggen van meer nadruk op professionele waarden en gezamenlijke verantwoordelijkheid. Ik ben het daar wel mee eens. Hoe kun je de bedrijfscultuur veranderen? Mevrouw Tonkens gaf de belastingdienst daarbij als voorbeeld. Dat is een overheidsdienst. Minister Zalm heeft daarom kunnen bepalen dat de werknemers bij de belastingdienst zouden worden getraind. Ik kan dat niet verordonneren voor alle ziekenhuizen. Ik kan de ziekenhuizen daarvoor wel geld beschikbaar stellen. Het is misschien een interessante gedachte om een soortgelijke training te geven, maar als wij de komende paar jaar het systeem veranderen zoals wij dat willen, slaat de cultuur misschien wel vanzelf om. De gedachte houden we wel even vast.

Het is inderdaad goed om goede ziekenhuizen te belonen. Wanneer je mensen tot ander gedrag wilt brengen, moet je toch met incentives werken. Ik hou daarbij niet zo van straffen. Belonen is beter.

Mevrouw Tonkens sprak verder over een onderzoek naar factoren die de goede cultuur bevorderen. Twee onderzoekers, Bon en Van der Maaten, hebben inmiddels een niet systematisch, maar wel interessant onderzoek verricht. Dit onderzoek geeft genoeg aanknopingspunten voor het houden van een onderzoek dat wel systematisch is. Mij lijkt ook dat wij dat in gang moeten zetten, maar wellicht moet ik dat aan mijn opvolger overlaten.

De laatste opmerking van mevrouw Tonkens ging over de medische opleidingen. In het algemeen ontbreken in de medische opleidingen heel veel dingen die er wel in zouden moeten zitten. Daar wordt op het ogenblik ook aan gedokterd en wel door een commissie onder leiding van prof. Meyboom

uit Groningen. Overigens kan ook wel het nodige uit de opleiding verdwijnen, zodat die niet langer wordt. Ik zie zelfs liever dat zij korter wordt. Je moet mensen ook trainen op het gebied van de maatschappelijke verantwoordelijkheden die zij krijgen als ze huisarts of specialist in een ziekenhuis worden. Daar leren ze nu niks over. Dan kun je beter al die botjes in de hand en de voet maar even schrappen en die uren besteden om de mensen dit soort dingen te leren. Hetzelfde geldt voor het management. Specialisten moeten ook actief kunnen deelnemen aan het ziekenhuismanagement. Dat hoeven ze niet allemaal te kunnen, maar degenen die daar gevoel voor hebben, moeten dat wel kunnen. Zij moeten in ieder geval samen met de directie het medisch beleidsplan maken. Dat moet niet alleen aan de professionele managers worden overgelaten.

De heer Buijs zei dat je dit probleem niet geïsoleerd kunt oplossen. Daar ben ik het helemaal mee eens. Je moet het bij wachtlijsten en werkdruk niet alleen zoeken in geld. Ook daar ben ik het mee eens. Hij vroeg bij wie een patiënt terecht kan die bijvoorbeeld longkanker of een tumor in het hoofd-halsgebied heeft en te lang moet wachten. Ik heb dat als volgt geregeld en zo is het voor deze situatie volgens mij ook goed. Deze patiënt kan zich allereerst tot zijn zorgverzekeraar wenden. De zorgverzekeraar heeft zorgplicht. De heer Buijs zei terecht: ik ben verzekerd, ik heb altijd premie betaald, nou heb ik iets en nou moet ik zo lang wachten dat het niet meer hoeft. Dat kan natuurlijk niet. De zorgverzekeraar heeft een zorgplicht. Daar hebben de zorgverzekeraars zich in het begin niet zo veel van aangetrokken, maar toen zijn enkele patiënten naar de rechter gestapt. De rechter heeft toen uitgesproken dat de zorgverzekeraar er linksom of rechtsom voor moet zorgen dat de patiënt binnen een medisch aanvaardbare tijd behandeld wordt. Kan het niet in het eigen ziekenhuis, dan moet het in een ander ziekenhuis gebeuren. Kan het niet in Nederland, dan moet het in het buitenland gebeuren. Ik heb er ook voor gezorgd dat dit kan. De regelgeving is daarvoor aangepast en ook het benodigde geld is er. Het gaat immers om wachtlijsten en dat

## Borst-Eilers

is tegenwoordig een openeinde-regeling.

Je kunt mensen met hoofd- of halstumoren natuurlijk niet naar een willekeurig ziekenhuis in België sturen. Het gaat om heel ingewikkelde chirurgie. Er komt een kaakchirurg aan te pas, een KNO-arts, een plastisch chirurg en een anesthesist die daarin gespecialiseerd is. Men zal begrijpen dat een anesthesist niet op de normale manier kan werken bij deze ingrepen. Zo'n team zal ook best in België en Duitsland bestaan, maar de vraag is of de ziekenhuizen daar plek hebben voor Nederlandse patiënten. Het aanbod voor die hulp is ook niet zo royaal. Het blijft dus moeilijk.

Mevrouw **Arib** (PvdA): U zegt dat het niet wenselijk is voor kankerpatiënten om elders geholpen te worden, maar u schrijft wel in de brief aan de Kamer naar aanleiding van het rapport over hoofd- en halstumoren dat de wachtlijst voor oncologie inmiddels is verdwenen omdat er extra capaciteit is ingekocht. Nu kan ik mij voorstellen dat dit een noodoplossing is. Het is juist voor deze categorie patiënten ontzettend belangrijk dat de zorg geconcentreerd wordt.

Minister **Borst-Eilers**: Dit is een voorbeeld van wat wel kan. Er is capaciteit ingekocht. Je kunt MRI's en CT-scans ook elders laten doen, hoewel de bestralingsafdeling van het Anthoni van Leeuwenhoek-ziekenhuis behoorlijk functioneert wat de wachtlijsten betreft. Je kunt ook proberen om OK-verpleegkundigen ergens anders vandaan te halen. Dit is een voorbeeld van een hoofd-halsoncologiecentrum, waar men op een bepaalde manier een oplossing heeft gevonden. Andere centra hebben veel bereikt met een zorgcoördinator en weer andere centra hebben de directie zover gekregen om de operatietijd de herprioriteren. Zij moeten van elkaar leren en daar is het rapport ook voor bedoeld. Ik zeg niet dat kankerpatiënten niet in het buitenland geopereerd moeten worden, maar het kan soms moeilijk zijn als het een speciale vorm van kanker betreft. Er zijn ook diverse tumoren die in kleinere ziekenhuizen in Nederland behandeld kunnen worden. Soms is tumorchirurgie niet zo ingewikkeld. In dit geval is het multidisciplinair teamwork en moet je ook in het

buitenland een speciaal centrum vinden. Dan is de oplossing misschien om die patiënten in het eigen ziekenhuis te behandelen en andere patiënten tijdelijk in het buitenland te laten behandelen. Het is allemaal niet voor de eeuwigheid. Zodra wij in Nederland voldoende capaciteit hebben, zullen de meeste mensen in eigen land geholpen worden. Aan de andere kant moeten wij niet te veel eng Nederlands blijven denken. Waarom zouden wij niet ook in de gezondheidszorg een beetje Europees werken?

De heer **Buijs** (CDA): De gemiddelde wachttijden lopen op, boven de daarvoor vastgestelde protocollaire termijnen. Niet alle patiënten zullen naar hun zorgverzekeraar gaan. Is het mogelijk om de verantwoordelijkheidsverdeling wat aan te scherpen? Is het mogelijk om het initiatief van de verzekeraars of van de ziekenhuizen te laten uitgaan? De patiënt zou niet altijd moeten zeggen dat hij een klacht heeft, want vaak kan hij dat niet beoordelen.

Minister **Borst-Eilers**: Wij zijn op het ogenblik bezig met een brief die wij willen richten aan alle artsen. Ik vind dat je een ernstig zieke patiënt niet zelf al die karweitjes kunt laten opknappen. Ik heb gemerkt dat verschillende behandelaars het idee van zorgbemiddeling niet kennen en dat zij ook niet weten dat een patiënt eventueel naar het buitenland mag. Zij hebben mij gevraagd waarom zij daar nooit een circulaire over hebben gekregen. Die circulaire zijn wij nu dan ook aan het maken.

De heer **Buijs** (CDA): Het is een prima initiatief. Kan er ook iets in worden opgenomen van een soort "morele behandelplicht", dus dat de arts de functie heeft om de patiënt ertoe te leiden dat hij niet langer moet wachten dan noodzakelijk is? Het initiatief van de patiënt zie ik niet zo zitten.

Minister **Borst-Eilers**: Er zal zeker op de behandelplicht worden gewezen. Het punt is dat de behandelend chirurg soms wel degelijk wil doorwerken totdat hij klaar is. Vaak stuit hij echter op het feit dat er wel een operatiekamer en een anesthesist beschikbaar zijn, maar dat het ondersteunende OK-personeel zegt: de operatie duurt vier uur en wij gaan over twee uur naar huis, dus

daar beginnen wij niet meer aan. Het gevolg is dat zo'n OK weer een paar uur leeg staat. Dat ondersteunende personeel moet extra worden beloofd als zij extra uren draaien. Nogmaals, dat wordt allemaal betaald uit de wachtlijstmiddelen, waarvan ik een openeinde-regeling heb kunnen maken. De regeling is echter geclausuleerd, want het geld wordt alleen verstrekt als er voor wordt gewerkt. Deze middelen worden niet zonder meer aan het ziekenhuisbudget toegevoegd. Het is wel een poging om dit soort mogelijkheden tot realiteit te maken.

De heer **Van der Vlies** sprak over de kinderambulances. De zorgverzekeraars praten er al jaren over. Dat is inderdaad zeer ergerniswekkend. Toen ik die krantenkop zag, besloot ik direct dat dit moest worden uitgezocht. Ik hoorde van prof. Van der Bor uit Nijmegen dat er voor de begeleiding van de neonatale intensive care transport is geregeld; er gaat een neonatoloog mee. Voor de wat oudere kinderen schijnt dat nog steeds niet geregeld te zijn. Als het werkelijk waar is dat de artsen er wel zijn, maar dat de financiering ontbreekt – ik kan mij dat niet voorstellen – moet dat onmiddellijk afgelopen zijn; dat geld is er wel. Ik zal daar even induiken.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Hartelijk dank voor uw toezegging om hier in te duiken. U zult op een gegeven moment ook weer bovenkomen met informatie. Mogen wij deze informatie ook vernemen?

Minister **Borst-Eilers**: Natuurlijk, zonder meer.

De heer **Van der Vlies** (SGP): Ik vestig nog even de aandacht op mevrouw Arib. Dit onderwerp is weliswaar door mij opgevoerd, maar zij was mij maanden geleden voor met een motie die eigenlijk hetzelfde onderwerp beslaat. Het verdient aanbeveling dat daar een keer goed naar wordt gekeken en dat de Kamer daarover wordt ingelicht.

Minister **Borst-Eilers**: Zoals u weet, hebben wij een werkgroep over neonatale intensive care. Daar hoort ook het transportprobleem bij. Wij zullen eerst de werkgroep vragen of deze feiten inderdaad juist zijn en, indien dit het geval is, hoe wij daar binnen de kortste keren iets aan kunnen doen. Misschien moet ik mij



## Borst-Eilers

tot de zorgverzekeraars wenden en dat zal ik dan graag doen.

Mevrouw **Arib** (PvdA): In de motie stond ook iets over het opnemen van het transport van kinderen in de Wet bijzondere medische verrichtingen, want voor dat transport gold het niet, in tegenstelling tot de neonatologie. Misschien kan ook dat nog uitgezocht worden.

Minister **Borst-Eilers**: De pediatrie intensive care behoort ook tot de bijzondere medische verrichtingen en ik neem aan dat het transport er dan bij hoort. Ik zal de Kamer berichten hoe de feiten zijn en wat wij kunnen doen aan mogelijke problemen.

Mevrouw Van Geen heeft zeer veel vragen in één maidenspeech weten te proppen. Dat is overigens niet onaardig bedoeld. Ik zal haar betoog op hoofdlijnen beantwoorden, als zij dat goed vindt.

Zij heeft terecht gesteld dat een nieuw stelsel ook niet helpt als partijen zich niet verantwoordelijk voelen. De werkgroep hoofdhaltumoren heeft zich wel verantwoordelijk getoond en dat waarderen wij allemaal zeer.

Hoe kan ik bevorderen dat de meest urgente patiënten wél altijd eerst behandeld worden, zo vroeg mevrouw Van Geen verder. Ik zal, zoals gezegd, de kankercentra vragen om in hun plan van aanpak op te nemen hoe ze dat gaan doen. Linksom of rechtsom moet er immers toch altijd zo gewerkt worden dat de medische urgentie een rol speelt bij de vraag wie het eerst aan de beurt is.

Ik ben blij met haar opmerking dat zij geen geormerkte budgetten wil. Dat zou ook juist de omgekeerde weg zijn van de weg die wij willen bewandelen.

Zij heeft ook gevraagd of ik wil bezien hoe specialisten kunnen worden afgerekend als zij niet hun verantwoordelijkheid nemen. Nu is de medisch specialist tegenwoordig niet meer een geheel zelfstandig opererende ondernemer in een facilitair ziekenhuisbedrijf, maar geïntegreerd in dat bedrijf. Althans: zo luidt de wet en zo is het ook op sommige plaatsen. Ik kom ook wel in ziekenhuizen waar dit nog niet helemaal verinnerlijkt is. Als iemand een specialist zou moeten afrekenen op zijn werklust of zijn bereidheid om eens een stapje extra te zetten

voor een patiënt die dat nodig heeft, is het volgens mij aan de raad van het bestuur van het ziekenhuis en wellicht aan de collega's om een beroep op de specialist te doen. Ik kan wel de totale geïntegreerde medisch-specialistische bedrijven afrekenen. Ik ben van plan met het wachtlijstrapport van Bon en Van der Maaten over te gaan tot een meer complete benchmark van alle ziekenhuizen in Nederland. Daarin moeten prestaties zodanig zichtbaar worden gemaakt dat ziekenhuizen daarop kunnen worden afgerekend. Vaak helpt het al als zij zichzelf op een lage plaats op die lijst zien staan.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Ik wil verder gaan dan wat de directie nu kan doen. Ik vraag mij af of de professionele verantwoordelijkheid waarmee de specialisten schermen en die hun de vrijheid van handelen geeft, ook niet tot een aansprakelijkheid moet leiden voor professionele kwaliteit. Een logistiek slecht georganiseerd productieproces benadeelt patiënten en brengt patiënten in gevaar. Er is sprake van een professionele autonomie, maar daar moet dan ook een aansprakelijkheid tegenover staan. Dit lijkt mij logisch.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, dit klinkt logisch, maar ik denk dat wij vanuit Den Haag de totale instellingen zouden moeten benchmarken en op prestaties moeten aanspreken en afrekenen. Dit kan door de goede instellingen meer financiële middelen te geven. De inspectie heeft concreet tot taak om artsen die in hun professionele handelen tekortschieten op de vingers te tikken. Zo is het nu in Nederland geregeld.

Mevrouw **Van Geen** (D66): Mijn vraag is dus of er wellicht in de toekomst meer mogelijk is.

Minister **Borst-Eilers**: Ik stel voor dat die vraag aan mijn opvolger wordt gesteld. Zo kort voor het scheiden van de markt dergelijke nieuwe zaken ontvouwen, gaat mij iets te ver.

Ik spreek tijdens werkbezoeken raden van bestuur van ziekenhuizen aan als ik een hoog ziekteverzuim aantref. Ik houd hun dan voorbeelden voor van ziekenhuizen, soms in dezelfde regio, waar dit aanzienlijk minder is. Ik vind dat de raad van toezicht veel actiever zou moeten

zijn. Die laat het er toch ook vaak bij zitten. Wij hebben het mooie rapport van prof. Meurs over "good governance". Dit is door iedereen omarmd en bijna doodgeknuffeld, maar het wordt niet tot praktijk verheven. Dit zou natuurlijk wel moeten.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Het rapport-Meurs is in opdracht van de zorginstellingen opgesteld. Het bevatte twee aanbevelingen waarvoor de minister van VWS verantwoordelijk is, namelijk de wettelijke verankering van de raden van toezicht en een kamer voor de zorg bij de rechtbank. Beide aanbevelingen heb ik meermalen aan de orde gesteld, maar zij zijn tot nu toe niet overgenomen.

Minister **Borst-Eilers**: Aan de wet wordt nu gewerkt. Ik heb echter al eerder gezegd dat zich bij de directie wetgeving heel veel opstapelt. Men heeft bepaalde prioriteiten gesteld en dit onderwerp staat voor op het netvlies. Het zal zo snel mogelijk worden afgerond.

De heer Jukema heeft gesproken over het feit dat niemand zich meer verantwoordelijk voelt wat wordt veroorzaakt door het beleid. Ik denk inderdaad dat twintig jaar bezuinigen door de overheid en in het kader daarvan een hele sterke sturing van de overheid, het veld van de gezondheidszorg passief heeft gemaakt. Het is mij niet gelukt het budgettair kader zorg af te schaffen, maar ik moet eerlijk zeggen dat het kabinet dit niet wilde en daarvan maak ik zelf natuurlijk ook deel uit. Ik wijs er echter op dat met de invoering van een geclausuleerde openeinderegeling voor de wachtlijstproblematiek voor een onderwerp het deksel van de pan is gehaald. Sindsdien kan en mag een ziekenhuis veel meer. De zorgverzekeraars hebben zo'n 4% vrije besteding van hun gelden. Zij mogen daarmee dingen financieren waarvan nog nooit iemand heeft gehoord en die nergens in een boekje staan. Beide partijen maken nog onvoldoende gebruik van die vrijheid. Het moet blijkbaar toch een tijdje wennen voordat men echt begrijpt wat er allemaal kan. Enkele ziekenhuizen maken al wel volop gebruik van die mogelijkheid. Hun raden van bestuur zeggen dat zij met de huidige regels prima uit de voeten kunnen, maar dan moet er

## Borst-Eilers

ook een goede zorgverzekeraar zijn en die combinatie treffen wij nog te weinig aan. Verder heeft iedereen natuurlijk ook te maken met het personeelsprobleem. Er moet natuurlijk wel snel een einde komen aan de situatie dat niemand zich meer verantwoordelijk voelt. Dat is inderdaad de sleutel tot de oplossing. Zodra mensen zich verantwoordelijk voelen en weten dat ze meer financiële mogelijkheden krijgen als ze meer werken, zou er een hele nieuwe wind door de zorg kunnen gaan waaien.

Mevrouw Arib zegt dat ik aanbevelingen afschuif. Met de uitvoering van de aanbeveling om te komen tot een vergroting van de capaciteit is men in het begin van 2001 begonnen. Er zijn echter meerder jaren nodig om mensen op te leiden. Inmiddels worden enorm veel mensen extra opgeleid.

Wat betekent de erkenning van de topreferente zorg? De raden van bestuur van de academische ziekenhuizen hebben aangegeven dat zij routinezorg, topklinische zorg en topreferente zorg leveren. Tot die laatste categorie rekenen zij ook de hoofd-halsoncologie. Voor deze vorm van oncologie krijgen zij bovenop hun reguliere budget een extra budget voor de academische topreferente zorg. Dit budget was niet toereikend, onder andere vanwege de hoofd-halsoncologie. Voor de toppreferente zorg hebben zij 40 mln gulden gevraagd met ingang van 2001. Dat geld hebben zij gekregen. Zij hebben gevraagd of zijn van dat budget 9 mln gulden aan hoofd-halsoncologie mogen besteden. Dat is toegestaan. Ik hoop dat ik hiermee duidelijk heb gemaakt hoe het systeem werkt.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ik heb begrepen dat die 18 mln euro wordt verdeeld over acht academische ziekenhuizen. Dat is ruim 2 mln euro per ziekenhuis. Ik heb zelf naar een aantal centra gebeld en daaruit bleek mij dat zij weinig van dat geld hebben gemerkt. Ik vraag u per brief te bevestigen dat er inderdaad 9 mln euro naar de hoofd-halsoncologie is gegaan.

Minister **Borst-Eilers**: De academische ziekenhuizen hebben in hun aanvraag aangegeven hoe zij dat geld willen verdelen. Ik wil ze best vragen hoe zij die 40 mln gulden daadwerkelijk hebben verdeeld. Het

antwoord op die vraag zullen wij naar u doorsturen.

Een ziekenhuis heeft de vrijheid om het geld te verdelen. Het ziekenhuis heeft niet alleen de vrijheid om dat te doen, zij draagt ook de verantwoordelijkheid daarvoor. Dat kan hier en daar nog wel worden verbeterd. Men moet ook durven om bepaalde specialisten of maatschappen in het ziekenhuis te confronteren met de mededeling dat zij wat minder capaciteit krijgen, omdat een ander het harder nodig heeft. Uit mijn ervaring als ziekenhuisdirecteur weet ik dat je dan ruzie krijgt, maar daar moet je natuurlijk nooit bang voor zijn. Men komt inderdaad nog wel capaciteit tekort. Nogmaals, de inhaalslag voor de capaciteit is ingezet. Die inhaalslag is vast en zeker nog niet helemaal voltooid. De academische ziekenhuizen zullen dan ook met recht en reden om meer geld vragen voor de topreferente zorg in 2003. Wij zijn het erover eens geworden dat zij voor deze beide jaren met 40 mln gulden vooruit konden.

De academische ziekenhuizen verliezen inderdaad steeds meer specialisten aan de niet-academische ziekenhuizen, omdat daar het AMS-honorarium is ingevoerd. De academische ziekenhuizen zullen daar in ieder geval voor de jongere specialisten ook naartoe moeten. De cao-onderhandelingen voor deze groep worden op dit moment gevoerd en ik overleg in het kabinet met de ministers Hermans en Zalm over mijn financiële bijdrage hieraan. Het liefst draag ik hier natuurlijk zoveel mogelijk aan bij.

Mevrouw **Arib** (PvdA): Ziekenhuizen mogen zelf bepalen welk deel van de middelen zij aan welke afdeling besteden. Ik heb daar alle begrip voor. De behandelteams van kankerpatiënten hebben echter geen enkele ruimte om zelf flexibel op de toestroom van patiënten te reageren. In de praktijk moeten zij over elke patiënt onderhandelen met radiologen en andere specialisten. Dat kost ongeveer een half uur per patiënt. Die tijd is hard nodig, maar dan wel voor andere zaken.

Minister **Borst-Eilers**: Toch ga ik daarvoor geen geoomerkte budgetten beschikbaar stellen. Een team weet hoeveel patiënten er zijn, wat de bijbehorende kosten zijn en

hoe lang de wachtlijst is. De directie kan naar aanleiding van die gegevens met de zorgverzekeraar afspreken dat het geld beschikbaar komt. Die directie kan dat budget het beste oormerken en bepalen hoeveel uur wordt besteed aan radiologie, CTG, MRI, et cetera. Zo hoort het te werken en zo is het ook zeker mogelijk.

Mevrouw Van Blerck is met mij van mening dat de minister geen aparte budgetten voor onderdelen moet vaststellen. Ik dank haar voor haar woorden dat ik al veel gedaan heb op dit terrein. Wij zijn echter nooit tevreden, ik ook niet.

Ten aanzien van het uitbreiden van het wachtlijstrapport heb ik al aangegeven dat er een breder benchmarkonderzoek gehouden zal worden. De rol van de cao kan daarbij betrokken worden. Overigens is het verpleegkundigen reeds mogelijk om meer dan 36 uur te werken. Een en ander heeft echter in combinatie met het parttime werken een behoorlijke knauw gegeven aan de capaciteit van ziekenhuizen. Ik zal de inspectie verzoeken om een goede schatting te maken, al dan niet via onderzoek, van het aantal keren dat mensen die op een wachtlijst staan onnodig zijn komen te overlijden. Dat getal zal altijd "met grote waarschijnlijkheid" gegeven worden, maar dat is bekend.

De uitval tijdens en na de opleiding is inderdaad een belangrijk punt. De KNMG voert momenteel een analyse uit van de uitval onder artsen in opleiding. Die analyse kan wellicht verbreed worden tot alle partijen.

De heer **Jukema** (LPF): Zou in de cao niet een verplichting tot een 40-urige werkweek opgenomen moeten worden? Daarmee zou het gebrek aan personeel een stuk minder worden. Dienen er verder geen positieve beloningsprikkels aan fulltimers gegeven te worden? Volgens mijn ervaring stelt een nieuwe parttime verpleegkundige meteen allerlei eisen, zoals het weigeren van avond- en weekenddiensten. Naar mijn mening is het accepteren van dergelijke eisen discriminerend voor het fulltime personeel dat al jaren in dienst is.

Minister **Borst-Eilers**: Ook dat element kan meegenomen worden. De overheid is geen cao-partij. Er wordt een zogenaamde "overheids-

## Borst-Eilers

bijdrage" beschikbaar gesteld en werkgevers en werknemers onderhandelen met elkaar over de cao. Een dergelijk element kan in de cao worden opgenomen. Een en ander dient echt via werkgevers en werknemers gespeeld te worden. Zij zullen dit debat ook wel volgen. Overigens hoor ik berichten dat nieuwe verpleegkundigen vaak beginnen op een beperkt contract, zij later veel meer blijken aan te kunnen en zij al gauw normalere diensten draaien. Het zou anders inderdaad leiden tot erg scheve situaties.

Mevrouw **Tonkens** (GroenLinks): Ik hoop dat u bij het onderzoek naar uitval tijdens en na de opleiding aansluit bij de resultaten die reeds bekend zijn. De uitvalfactoren zijn vrij eenvoudig: een gebrek aan zeggenschap over werktijden, aan opleidingsmogelijkheden en aan kinderopvang en salarisproblemen. Ik hoop dat u op die conclusies voortbouwt want het heeft weinig zin om deze feiten nogmaals te constateren.

Minister **Borst-Eilers**: Wij laten jaarlijks door de OSA, de Organisatie voor strategisch arbeidsmarkt-onderzoek, het verloop onder verpleegkundigen en verzorgende onderzoeken. Die rapporten worden ook naar de Kamer gestuurd. Belangrijk punten daarbij zijn de zeggenschap over de werktijden en de werkinhoud, secundaire arbeidsvoorwaarden, zoals goede kinderopvang, flexibele werktijden, et cetera. Dat onderzoek moet ook zeker niet herhaald worden. Ik dacht meer aan een uitbreiding van de beroepsgroepen waar zich dezelfde problemen voordoen.

Ik dank de heer Jense voor zijn opmerkingen over verantwoordelijkheid en schuld. Zijn opmerking dat wij huisartsen en tandartsen niet zo angstig moeten maken dat zij iedereen met een bobbeltje doorverwijzen naar het hoofdhalscentrum, was terecht. Dat doen zij trouwens via de KNO-arts. Maar goed, dan nog. Er moeten wel richtlijnen worden ontwikkeld. De Nederlandse werkgroep hoofdhalsstomoren kan voor huisartsen, tandartsen en KNO-artsen goede richtlijnen ontwikkelen, wanneer de symptomen zo verdacht zijn dat zij er goed aan doen om door te verwijzen en wanneer zij kunnen afwachten of nog iets kunnen proberen. Ook ik vind de uitsteltijd aan het begin van

de periode van de klachten volstrekt onaanvaardbaar.

De beraadslaging wordt gesloten.

De **voorzitter**: Ik stel voor, morgen over de motie te stemmen. Dat zal, naar ik verwacht, omstreeks om een uur of vier zijn.

Daartoe wordt besloten.

Sluiting 16.08 uur



### Lijst van ingekomen stukken, met de door de voorzitter terzake gedane voorstellen:

1. drie koninklijke boodschappen, ten geleide van de volgende voorstellen van (rijks)wet:

Instelling van een vast college van advies op het terrein van veiligheid van gevaarlijke stoffen (Wet Adviesraad gevaarlijke stoffen) (28387);

Aanpassing van de Tabakswet aan richtlijn nr. 2001/37/EG van het Europees Parlement en de Raad van de Europese Unie van 5 juni 2001 betreffende de onderlinge aanpassing van de wettelijke en bestuursrechtelijke bepalingen van de lidstaten inzake de productie, de presentatie en de verkoop van tabaksproducten (PbEG L 194) (28401);

Wijziging van de Zeevaartbemanningswet (Versoepeling nationaliteitseis kapitein op Nederlandse zeeschepen) (28415).

Deze koninklijke boodschappen, met de erbij behorende stukken, zijn al gedrukt en rondgedeeld;

2. de volgende brieven:

drie, van de minister van Justitie, te weten:

een, over het regeringsstandpunt Groenboek EG-aanklager (22112, nr. 237);

een, ten geleide van de aanvullende geannoteerde agenda van de JBZ-raad van 13 en 14 juni 2002 (23490, nr. 237);

een, over de motie van het lid Dittrich, nr. 16 (28201, nr. 23);

een, van de staatssecretaris van Justitie, over vragen m.b.t. de Rijkswet op het Nederlandschap (28039, nr. 8);

een, van de staatssecretaris van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap-

pen, over het wetenschappelijk onderwijs (28067, nr. 7);

een, van de minister van Financiën, inzake Agentschap Belastingdienst (28389);

een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, inzake Agentschap Sociale Zaken en Werkgelegenheid (28390);

een, van de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, inzake Agentschap Centraal Informatiepunt Beroepen Gezondheidszorg (28416).

Deze brieven zijn al gedrukt en rondgedeeld;

3. de volgende brieven:

een, van de minister voor Ontwikkelingssamenwerking, ten geleide van een overzicht programmahulp 2001;

een, van de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, ten geleide van het jaarverslag Arbeidsinspectie 2001.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies en niet te drukken;

4. een brief van de secretaris-generaal van het Europees Parlement, ten geleide van een aantal aangenomen resoluties.

De voorzitter stelt voor, deze brief door te zenden aan de betrokken commissie;

5. de volgende brieven:

een, van de VNG, inzake de inbreng van de VNG bij de kabinetsformatie;

een, van J.M. Kok, ten geleide van een kopie van het bezwaarschrift aan Waterschap Rivierenland te Geldermalsen d.d. 30 mei 2002;

een, van J. Alkemade-Mazereeuw, inzake gedwongen WAO;

een, van A. van Iersel, inzake verzoek tot bescherming van Palestijnen.

De voorzitter stelt voor, deze brieven door te zenden aan de betrokken commissies;

6. de volgende brieven:

een, van de Nederlandse Orde van Belastingadviseurs, ten geleide van commentaar op het ontwerp van een algemene maatregel van bestuur houdende aanwijzing van instellingen en diensten in het kader van de