

## Ritzen

zijn die een besluit van die aard zouden willen nemen. Op dit moment is het niet mogelijk voor studenten om wanneer ze tijd verliezen, naar hun instelling te gaan om dat te claimen. Het wetsvoorstel kwaliteit en studeerbaarheid voorziet daarin wel, in de zin dat de universiteit of hogeschool geacht wordt om specifiekere omschrijvingen wat men aanbiedt. Nu geldt dat in heel algemene termen, maar het zou ook in specifiekere termen kunnen. Op grond daarvan zouden de studenten in beroep kunnen gaan en zich eventueel kunnen richten tot de rechter voor een vergoeding van gemaakte kosten.

De heer **Schuurman** (RPF): Bedoelt u daarmee dat u voorstaat dat het wetsvoorstel kwaliteit en studeerbaarheid zoveel mogelijk individuele gevallen dekt? Een wetsvoorstel heeft altijd een algemene strekking. Ik denk dat u bij de bepaling van de zoveelste tranche van verhoging van collegegelden ook in algemene termen zult moeten spreken. Dat kan betekenen dat bepaalde instellingen niet aan de vereisten voldoen. Als een instelling er wel aan voldoet, dan wil dat nog niet zeggen dat alle afdelingen en onderdelen van die instelling aan die vereisten voldoen. Houdt u er rekening mee dat dit problemen kan gaan opleveren?

Minister **Ritzen**: Collegegeldverhogingen worden in algemene zin bezien. Er zijn op dit moment geen rechten in de wet verankerd waardoor het gemakkelijk is om als student een claim bij een instelling neer te leggen op grond van verloren tijd of kosten die op een andere wijze zijn gemaakt. De gedachte rondom het wetsvoorstel kwaliteit en studeerbaarheid is dat het studentenstatuut een formulering krijgt waardoor je als student een concreet aangrijpingspunt hebt. Daardoor kan die zeggen: u had mij dit beloofd en dit was de leveringsvoorwaarde en daar heeft u niet aan voldaan. Op dit moment is er een grote onduidelijkheid over leveringsvoorwaarden. In goed overleg met de universiteiten en hogescholen willen wij ertoe komen om die leveringsvoorwaarden te specificeren, zodat bekend is wat de polisvoorwaarden zijn waaraan de instellingen moeten voldoen. Dan ontstaat er ook een groter gemak waarmee een individueel recht bevochten kan worden.

De beraadslaging wordt gesloten.

De wetsvoorstellen worden zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De aanwezige leden van de fractie van GroenLinks en de heer Bierman wordt conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend, dat zij geacht willen worden zich niet met wetsvoorstel 24025 te hebben kunnen verenigen.

De aanwezige leden van de fracties van het CDA, GroenLinks, de SGP, het GPV en de RPF en de heer Bierman wordt conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend, dat zij geacht willen worden zich niet met wetsvoorstel 24325 te hebben kunnen verenigen.

De vergadering wordt van 15.10 uur tot 15.20 uur geschorst.

**Voorzitter: Heijne Makkreel**

---

Aan de orde is de behandeling van de wetsvoorstellen:

- **Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1996 (24400-XVI);**

- **Wijziging van hoofdstuk XVI (Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur) van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten voor het jaar 1994 (slotwet/rekening) (24311).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Boorsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter! In dit begrotingsdebat wil ik namens de CDA-fractie graag met de bewindslieden van gedachten wisselen over vier punten.

Ik begin deze begrotingsbehandeling met de begroting, iets wat nogal eens wordt verwaarloosd in dit huis. Ten eerste de begroting van het Agentschap voor de beoordeling van geneesmiddelen voor 1996. De begroting vermeldt in duizenden guldens: voor de totale kapitaaluitgaven nul en voor de totale kapitaalontvangsten nul.

Bezien wij de toelichting, dan is de begroting feitelijk onjuist en niet correct, al gaat het om een klein

bedrag. Wat dat betreft, zou dit huis deze begroting niet mogen goedkeuren. Ik heb overigens niet nagezocht of naderhand een begrotingswijziging is ingediend. Wij hebben hierover geen schriftelijke voorbereiding gehad. Ik verneem dat aanstonds graag. Ik hoop dat de begroting is gecorrigeerd, want, nogmaals, zij is niet correct.

Ten tweede bepaalt de Comptabiliteitswet dat informatie bij de begroting moet worden gegeven over volumina en kosten. Nemen wij enkele belangrijke artikelen, dan zien wij amper informatie over de effecten, de prestatie of de daarmee gemoeide kosten. Onze vraag: gelooft de minister in het nut van het onderbouwen van begrotingsramingen met informatie over volumina en kostprijzen? Zo ja, is zij bereid om daar eens wat meer werk van te maken?

Ten derde is het artikel over rijksbijdragen volksgezondheid met 6,1 mld. aan uitgaven alleen al verantwoordelijk voor praktisch de helft van de begroting voor 1996. In een begroting mag een volksvertegenwoordiger van de regering een goede uitleg verwachten. Zou de minister mij nu direct op dit punt uitleg kunnen geven, zonder ambtelijke ondersteuning? Dit is een retorische vraag, want ik kan mij dit amper voorstellen. De toelichting is zo dat de minister dat volgens mij niet kan, niet alleen op details, maar ook op hoofdlijnen. Wil de minister eens kijken naar de tabel met mutaties in de memorie van toelichting op blz. 149? Daar staat een toelichting bij die amper leesbaar is.

Maar meer principieel: de bijdrage van 2,7 mld. in 1996 om de premiestijging van de Ziekenfondswet te mitigeren is een maatregel waarover deze fractie al eerder kritische geluiden heeft laten horen. Wat te denken van het gebrek aan solidariteit met anderen met een even hoog inkomen die niet ziekenfondsverzekerd zijn? De minister kent de kritiek, ook vanuit het bedrijfsleven en bijvoorbeeld van het CPZ.

Mijn tweede punt is een centraal uitgangspunt in het regeerakkoord, namelijk een volumegroei voor de zorg van maximaal 1,3% en een nominale stijging van 0,5% boven die van het binnenlands produkt. Hoe groot waren beide stijgingspercentages in 1995 en hoe

## Boorsma

zijn nu de ramingen voor 1996? De volumegroei zal alle jaren wel uitkomen op ongeveer 2,3%, maar wist niet iedereen die enigszins thuis is in de zorg, dat een volumegroei van maximaal 1,3% onrealistisch is? Is daarom het regeerakkoord op dit punt niet domweg zand in de ogen strooien van het volk?

Kijken wij naar de begroting voor 1996, dan schrijft de minister nog zeer recent in de memorie van toelichting dat de volumebeperking met 1,3% gerealiseerd moet worden door doelmatiger werken. De regering wil daaraan bijdragen door verschuivingen binnen de verzekeringscompartimenten, etcetera. Kan de minister mij uitleggen wat het effect is van een verschuiving binnen een verzekeringscompartiment? Wat is daarvan het budgettaire of het doelmatigheidseffect?

Elders heeft de minister ook gesproken over doelmatigheidswinst, doch de voorstellen waren weinig gekwantificeerd en gespeend van ideeën over de implementatie. Een voorbeeld daarvan is wat zij stelde in de Groene Amsterdammer van 28 februari jongstleden over het werken volgens richtlijnen en met protocollen, waar wij het overigens wel mee eens zijn. Het aanwijzen van ondoelmatigheid is één, maar het wegwerken ervan is twee. Zie hiervoor een recente column van prof. Post over hoe moeilijk het is om aangetoonde doelmatigheid aan te pakken. Hoe kan men ondoelmatigheid aanpakken zonder de kosten van leiding, management of coördinatie op te jagen? Denkt de minister niet wat te gemakkelijk over de mogelijkheid om veel geld te besparen door doelmatigheidsmaatregelen? Zij heeft vast wel kennis genomen van de grote efficiency-operatie en de simultane kleine efficiency-operaties. Daaruit valt dat toch wel te leren.

De memorie van toelichting noemt onder andere het werk van de commissie-Biesheuvel. De minister haalt uit dat advies oudere gedachten over de poortwachtersfunctie van de huisarts. Zij schrijft: Wie de poort van het ziekenhuis uiteindelijk doorgaat, zal erachter een nauw samenwerkend team van (para)medische deskundigen aan moeten treffen die precies de zorg op maat leveren die nodig is, niet meer en niet minder, sober en doeltreffend.

De gedachte is mooi, maar nadef in de zin van idealistisch. Ieder die iets weet van management in de gezondheidszorg ± en dat weet de minister ± en van het reorganiseren van professionele organisaties, weet hoezeer de praktijk kan afwijken van de theorie. Het papier van de memorie van toelichting bij de begroting is weer erg geduldig geweest.

Nog eens terugkijkend naar de in het regeerakkoord opgenomen beperking van de volumegroei vraag ik, wat de minister hieraan heeft gedaan in de afgelopen twee jaar. Wil zij dat eens opsommen? Een van de maatregelen betrof de tandartszorg. De beperking van de vergoeding voor fysiotherapie is een andere pijnlijke ingreep die het volume drukt. Van verschillende kanten hebben wij gehoord dat de laatste regeling erg ongelukkig is uitgewerkt. Wij horen dat er op grote schaal wordt gerommeld en dat er veel bureaucratische rompslomp is. Graag hoor ik het oordeel van de minister hierover. Maar wat is er verder gebeurd?

De conclusie is in elk geval duidelijk: de kostenbeheersing om tot 1,3% volumegroei te komen, is mislukt. Wij hebben kennis genomen van de interviews die de minister heeft gegeven, onder andere in de NRC, waarin zij stelt dat er meer geld nodig is. Ook het CDA is die mening toegedaan. Volgens prof. Post, zie het Zorgverzekeraars Magazine van februari 1996, is de kostenbeheersing mislukt door het ontbreken van visie, niet alleen bij de minister, maar ook bij de verschillende instanties die betrokken zijn bij de uitvoering, zoals de verzekeraars en de aanbieders.

Dat gebrek aan visie wil ik nu op hoofdlijnen en tot in details schetsen. Dat is mijn derde punt. De CDA-fractie verschilt met het kabinet en de minister van mening, omdat zij vindt dat er niet alleen kleine en pragmatische stappen moeten worden gezet, maar dat deze moeten worden gezet in een vooraf gekozen richting. Het CDA heeft steeds gewerkt vanuit een visie op de toekomst. Het kabinet verwerpt de grote blauwdrukken en de grand designs. Dat is oké. Maar wat is de richting van de stappen die men zet? Wat is het kompas?

Het regeerakkoord noemde in elk geval de convergentiewet voor het naar elkaar toe groeien van ziekenfonds, IZA en particuliere

verzekeringen. Dat heeft het kabinet overigens ook gewoon overgenomen van het vorige kabinet. Welk besluit heeft de minister genomen? Weg met het voorstel van de convergentiewet! Wat stelt zij daarvoor in de plaats? In onze ogen staart het kabinet zonder visie in de mist. Maar regeren is toch vooruitzien?

Wat meldde het regeerakkoord over het eigen risico van 1200 per jaar? Weg ermee! Wat wil het kabinet gedurende de rit? Wie kan er nog een touw vastknopen aan het beleid ter zake van de eigen bijdragen? Wat wil de coalitie nu eigenlijk? Wat meldde de eerste Miljoenennota van dit kabinet over de financiering van de kapitaallasten van de ziekenhuizen? Ten laste van de rijksbegroting? Een onzalige gedachte, en gelukkig: weg ermee! Wat meldde het regeerakkoord over de volumegroei-beperking? 1,3%? Weg ermee! Het eervorige kabinet introduceerde nominale premies in de AWBZ. Die premies hadden meerdere functies, waaronder het kostenbewust maken van de burgers. Weg ermee!

Het kabinet heeft enkele voorzieningen die eerder qua bekostiging waren overgeheveld naar de AWBZ, daar weer uit gehaald. Het heeft deze hersteld als verplichte volksverzekering voor individueel onverzekerbare risico's. Het kabinet heeft daarmee gekozen voor een drietrapsraket, zoals onder andere door het CDA is voorgesteld. Is de consequentie daarvan niet dat er binnen het tweede compartiment, voor de curatieve zorg, zal worden gewerkt met concurrerende verzekeraars, die dus nominale premies in rekening brengen? Maar wat heeft het kabinet gedaan met de nominale ziekenfondspremies? Niet verhoogd.

De drietrapsraket is ruw aangegeven, maar vergt politieke en bestuurlijke verfijning. De GGZ zit bijvoorbeeld geheel in de eerste trap van de "care" als zogenaamd onverzekerbaar risico, maar ook daarin ware misschien te onderscheiden. Ik verwijs naar een verhaal van de psychiater H. P. P. in Zorgverzekeraars Magazine en ik hoor graag de reactie van de minister over zijn voorstel voor een eventuele verdeling van de GGZ over de drie compartimenten.

Spreekend over het kompas voor de stappen naar de toekomst, wijs ik op het volgende. De regering heeft

## Boorsma

als vervolg op de voorstellen van de commissie-Biesheuvel regio-experimenten gestart, waarvoor de budgetten eind 1996 aflopen. De minister wordt door ons geprezen voor dat initiatief, evenals de specialisten voor hun samenwerking. Hoe gaat het daar nu mee? En belangrijker nog: hoe gaat de minister daar straks mee verder? Als de experimenten straks aflopen, wat wordt dan structureel de honorering? Hebben de betrokkenen niet het recht, dat nu te weten? Hoe wil de minister verder gaan? Wil zij een loondienstverband voor specialisten of blijft er ruimte voor het vrije beroep? Kortom, welke koers gaat zij volgen?

Sprekend over dat kompas, wijs ik op de wet-Van Otterloo die is aangenomen. Die heeft bepaald een sympathieke gedachte als kern, doch heeft naast de gewenste effecten veel uiterst ongewenste effecten. De minister is niet verantwoordelijk voor de vaststelling van die wet, maar wel voor het beleid van nu. Wat doet zij met de gevolgen van die wet? De wet-Van Otterloo raakte de kern van het ziekenfondssysteem in Nederland, namelijk een verplichte verzekering alleen voor alle werknemers beneden een bepaalde inkomensgrens. De oorspronkelijke gedachte is meermalen veranderd. Vervolgens kwam er een discussie tot stand waarin één van de leiders van de oppositie, de heer Bolkestein, oppert om het ziekenfonds maar op te heffen. Wat vindt de PvdA-fractie van zulke coalitiegenoten? Wat is de visie van de minister ter zake van het ziekenfonds als verzekerings-systeem?

Laat dit duidelijk zijn: het CDA is voor handhaving van een verplichte verzekering voor werknemers met een laag inkomen, waarin de solidariteit tot uitdrukking blijft komen. Daarbij zou zelfs een systeem bespreekbaar kunnen zijn waarin ook ouderen en zelfstandigen beneden die inkomensgrens een zelfde polis krijgen. Wederom: wat is het kompas van het kabinet?

Passend in een beleid dat is gericht op kostenbeheersing, is de aanpak van de geneesmiddelenprijzen. In januari hebben wij in dit huis de Wet geneesmiddelenprijzen behandeld, die met onze steun is aangenomen. Vragen die ik had willen stellen over de eventuele invoering, zijn vorige week per brief door de minister beantwoord. Die

passage heb ik na ontvangst van de desbetreffende brief dan ook uit mijn tekst gehaald. Wij zijn overigens wel benieuwd of de partijen die door VNO/NCW bijeen zijn gebracht, zullen slagen in het verlagen van de medicijnkosten.

Mijnheer de voorzitter! In een visie op de toekomst van de zorg moet ook duidelijk zijn hoe de financierbaarheid op de kapitaalmarkt is geregeld. Vorige kabinetten hadden daar weinig oog voor en spraken alleen over financiering in de zin van bekostiging. Onder andere door vragen van de CDA-fractie bij de behandeling van het plan-Simons en schriftelijke vragen daarna over de financiering van de revalidatiecentra, is een discussie begonnen over een waarborgfonds. Na vele discussies, onder andere met de Nederlandse bankiersvereniging, is het waarborgfonds toch niet tot stand gekomen. Wil de minister aangeven waarom niet? Kan zij ons informeren of een dergelijk fonds toch nodig wordt geacht, bijvoorbeeld door die kapitaalverschaffers?

Juist omdat wij geen schriftelijke voorbereiding hebben gehad, wil de minister mij vast wel verontschuldigen voor het stellen van een wat technische vraag over het hele onderwerp rentenormering, juist ook omdat bepaalde instellingen daar problemen mee kunnen krijgen. Dat betreft dan de kostenbesparing ten gevolge van de rentenormering. Het COTG schrijft daarover: "Deels ontstaat dit door de norm voor het werkkapitaal lager te stellen dan de uit onderzoek gebleken werkelijke waarde. Een ander deel van de besparing ontstaat door de financiering van de activa exact vast te stellen op de boekwaarde. De gevolgen van overfinanciering komen daardoor niet meer voor in de incalculering in aanmerking."

Is die overfinanciering niet een praktijk die in het verleden door de regelgeving in de hand is gewerkt? Om welk totaalbedrag van overfinanciering gaat het in 1995? Is het niet denkbaar dat individuele instellingen door die richtlijn in grote problemen komen? Daarom is het eigenlijk geen technische vraag, maar is het in onze ogen een politiek uiterst beladen punt. Hoe moeten de rentelasten van de overfinanciering dan worden opgevangen in een instelling met een reserve aanvaardbare kosten van praktisch nul?

Als de minister grote plannen opzij schuift en kiest voor een pragmatische aanpak, hoe kan zij dan verantwoorden wat de Ziekenfondsraad schrijft in maart jongstleden, namelijk dat de positie van de twee door de Ziekenfondsraad beheerde kassen al een hele tijd zeer ongunstig is? Voor beide kassen in totaal verwacht de Ziekenfondsraad voor 1996 een tekort van 3,6 mld.! Een interessante of schrijnende pragmatiek: hoe denkt de minister het probleem van de negatieve vermogensvorming van die omvang in beide kassen voor de komende jaren op te lossen?

Mijnheer de voorzitter! In een visie op de zorg past ook een beleid dat is gericht op de wachtlijstproblematiek. Wat is de visie van de minister ter zake? De Gezondheidsraad heeft in zijn jaaradvies voor 1992-1993 geconstateerd dat wachtlijsten met een te lange wachtduur voor veel zorgterreinen in ons land voorkomen. Patiënten moeten tijdens het wachten op hulp, waar zij ook nog eens recht op hebben, vaak onnodig lang lijden en in onzekerheid verkeren. In geval van de wachtlijst voor hartoperaties zijn er mensenlevens mee gemoeid. Mensen die lang wachten op hulp, zullen minder of niet productief zijn en aldus de werkgevers op kosten jagen; mensen die lang wachten, zullen soms onnodig in de WAO terecht komen.

Waarom die wachtlijsten medisch en sociaal-wetenschappelijk onverantwoord zijn, is zeer goed uiteengezet door De Kluisver, Leicher en Haalebos in Medisch Contact van juni 1995. Zij vermelden dat de gezamenlijke bedrijfsverenigingen al meer dan 1 mld. per jaar uitgeven aan ziekteverzuim als gevolg van te lang wachten op wachtlijsten. Zij vermelden voorts dat dit een voorzichtige raming schijnt te zijn. Zou het niet zinvoller zijn om een extra groei van de gezondheidszorg te accepteren door de wachtlijsten, bekostigd door die bedrijfsverenigingen, weg te laten werken? Kan de minister aangeven of de wachtlijstproblematiek in ons land in totaal groeit? Of is dat niet het geval?

Het CDA meent dat een grotere inspanning nodig is om de wachtlijsten terug te dringen. In dat verband vragen wij de minister, wat zij vindt van de afspraken die werkgevers maken met aanbieders van zorg en de verzekeraars om de wachtlijsten

## Boorsma

te omzeilen voor de werknemers. Ik wijs bijvoorbeeld op een artikel in het Rotterdams Dagblad van 1 maart jongstleden. Aan de ene kant waarderen wij uiteraard zulke initiatieven, die goed zijn voor de betrokken werknemers en de betrokken werkgevers, maar aan de andere kant ontstaat toch een zorg voor een tweedeling, in dit geval tussen actieven en inactieven. Maar ook binnen de actieven kan willekeur ontstaan. Er zijn bedrijven die actief zijn op dit gebied en bedrijven die dat niet zijn. Ook kun je verzekeraars ontmoeten die niet meewerken. Immers, er zit natuurlijk toch een administratief probleem. Op grond daarvan vragen wij de minister: waar blijven de extra inkomsten van de ziekenhuizen? Heeft de minister nagegaan of die extra inkomsten in mindering zijn gebracht op het budget, zoals het zou horen? Hoe hebben de budgetgeteerde ziekenfondsen en de AWBZ-kantoren de betrokken aanbieders betaald? Is dat buiten de regelgeving om gebeurd?

Met betrekking tot de kabinetsstappen in de mist is er nog een laatste detail. Het kabinet wil de Wet ziekenhuisvoorzieningen herzien. Dat zou goed kunnen zijn. Maar het vervallen van onder andere artikel 22 met betrekking tot de informatieverstrekking ziekenhuisvoorzieningen en artikel 23 met betrekking tot de jaarrekening begrijp ik niet. Ik hoor graag een uitleg op dit punt.

Mijnheer de voorzitter! Een vierde onderwerp waar ik aandacht aan wil schenken, is de thuiszorg. Tot voor kort was een alom gedeeld element in de visie op de toekomst de substitutie, welke in de loop van de jaren tachtig vooral vanuit het CDA is bepleit. In dat substitutiebeleid was een belangrijke plaats ingeruimd voor de thuiszorg. Wat heeft de minister gedaan met het totaalbudget voor thuiszorg? In welke mate ondervinden instellingen, zoals in IJssel-Zwartewater of Salland, de gevolgen van herverdeling naar de grote stad?

Heeft de minister voldoende kennis genomen van de indringende signalen van verschillende instellingen voor thuiszorg, zoals die in Salland, in Twente en in Zuid-Limburg? Vindt de minister het acceptabel dat daar mensen worden ontslagen? Lees dan nog eens de eerste bladzijde van de eigen memorie van toelichting! Ik verwijs onder andere naar een rapportage in

Tubantia van 16 maart jongstleden, waarin gewag wordt gemaakt van een dreigend ontslag voor 700 verzorgenden bij de Zorggroep Oost-Gelderland en stijgende wachtlijsten bij Centraal Twente.

Ik lees voor uit een brief van mevrouw Voskuilen, de directeur van Thuiszorg Salland, aan de minister. Daarin staat: "De consequenties van de bezuinigingen in 1996 voor cliënten betekenen een drastische vermindering van zorg (...). Dit percentage van verleende zorg versus geïndiceerde zorg daalt in 1996 (...) tot aan 65 (...). De wachtlijst zal alleen maar groeien (...). De gevolgen hiervan zijn schrijnend. U moet daarbij denken aan vervuiling, verwaarlozing en vereenzaming, met name ook bij ouderen waar de mantelzorg afwezig is of ontoereikend."

De minister heeft in een interview gezegd, Engelse toestanden politiek niet te zullen meemaken. Welnu, "what about Salland"? Zijn daar op dit punt geen Engelse toestanden aan het ontstaan? Overigens heeft enkele maanden geleden een hartchirurg in NRC Handelsblad geschreven dat wij in Nederland al lang Engelse toestanden hebben. Maar dat onderschrijf ik niet zonder nadere studie.

Vindt de minister het acceptabel dat nieuwe wachtlijsten ontstaan, in die zin dat hulpbehoevende ouderen amper de nodige hulp ontvangen? Wat vindt de staatssecretaris die met enthousiasme ouderenbeleid in haar portefeuille heeft, van dat probleem? Graag zou ik de minister en de staatssecretaris uitnodigen om met mij een bezoek te brengen aan de Thuiszorg Salland om te onderzoeken hoe de situatie daar is, met een open blik.

Mijnheer de voorzitter! In veel thuiszorginstellingen worden personeelsleden ontslagen, die dan zoals Salland laat weten eventueel via de achterdeur binnenkomen op Melkert-banen. Wordt het imago van de thuiszorg als aantrekkelijk werk niet enorm uitgehold? Met veel moeite zijn in het recente verleden campagnes onder scholieren gehouden om de verpleging en verzorging als een aantrekkelijk beroep te presenteren. Er is veel gedaan om de positie en de salariering te verbeteren. Wie de berichtgeving over de thuiszorg volgt, zal zich afvragen of al die

moeite voor niets is geweest. Graag daarop een reactie.

Ik wil nog aan het adres van de staatssecretaris deze vraag stellen: heeft zij dat probleem in de thuiszorg niet ten dele zelf veroorzaakt door het budget thuiszorg te korten om zo geld vrij te maken voor het persoonsgebonden budget? Of ben ik verkeerd geïnformeerd? Wij erkennen dat het persoonsgebonden budget een sympathiek idee is dat spoort met de door het CDA uitgedragen gedachte van zorg op maat. Toch bekruipt ons gevoelens van onbehagen als wij zien dat het persoonsgebonden budget een nieuwe bureaucratie in het leven dreigt te roepen.

Mijnheer de voorzitter! Ik rond af. De CDA-fractie heeft oog voor de grote inzet van beide bewindslieden, voor de wijsheid van de minister, die enkele belangrijke maatregelen heeft genomen, en voor de enthousiaste inzet van de staatssecretaris, maar de CDA-fractie hecht grote waarde aan een beleid dat niet alleen pragmatisch is, maar ook solide, en dat uitzicht biedt op een toekomstig bestel dat houdbaar is en de mensen de zorg biedt die nodig is. Wij menen dat dat beleid thans niet solide is, maar vooral visie mist. Graag horen wij de reactie van de beide bewindsvrouwen.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Nederland heeft voor wat betreft kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid een uitstekende gezondheidszorg. Om die te handhaven zijn grote inspanningen nodig, want demografische, technologische en maatschappelijke ontwikkelingen leggen een grote druk op de gezondheidszorg, die zich eigenlijk voortdurend in een veranderingsproces bevindt.

Beide bewindsvrouwen verdienen lof en steun van de VVD-fractie voor hun beleid en voor de wijze waarop zij met de vele spanningsvelden omgaan. De kritische noten die in mijn betoog zullen voorkomen, doen geen afbreuk aan deze algemene conclusie.

Het eerste onderwerp dat ik wil behandelen, vormen de budgettaire kaders. De jaarlijkse groeivoet voor de zorgsector is 1,3%. Dat is krap en maar net voldoende om de gevolgen van de demografische ontwikkelingen op de zorguitgaven te financie-

## Dees

ren. Vorig jaar heeft het kabinet de zorgsector een overschrijding van 700 mln. kwijtgescholden. Nieuwe tekorten van meer dan 1 mld. tekenen zich af. In het regeerakkoord is een passage opgenomen die ruimte biedt voor een tussentijdse herwaardering van de groeivoet. Bestuurlijk en politiek gezien is dit verstandig, doch financieel-economisch gezien is een aantal forse bezwaren te noemen.

De VVD-fractie staat gereserveerd tegenover een stijging van de groeivoet, omdat die zich moeilijk verdraagt met de noodzaak om de arbeidskosten en de collectieve-lastendruk te verlagen en om aan de EMU-toetredingsnormen te voldoen.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik vind die macro-economische overweging van de heer Dees prachtig en ik ben het daarmee volstrekt eens. Maar hij is staatssecretaris geweest en gezien de cijfers weet hij toch dat bij het aantreden van dit kabinet die 1,3% een illusie en niet haalbaar was? De minister van Financiën, de vroegere directeur van het Centraal planbureau, waarschuwde in de tijd dat de heer Dees staatssecretaris was dat 1,3% niet kon en dat het percentage veel hoger was.

De heer **Dees** (VVD): Ik herinner mij nog de tijd dat de groeivoet 1% per jaar was. Ik denk dat u mijn volledige betoog op dit punt beter eerst kunt aanhoren.

Voorzitter! Ik vervolg mijn betoog. Mede met het oog op wat ik net naar voren heb gebracht, bepleit ik dat de herwaarderingdiscussie in een kader wordt geplaatst dat breder is dan alleen de hoogte van de groeivoet. En daarmee kom ik in feite op de vraag van de heer Boorsma. Van onze kant uit wil ik de volgende randvoorwaarden en overwegingen noemen, die hopelijk in de herwaarderingdiscussie een rol zullen spelen.

In de eerste plaats is handhaving van de budgetdiscipline nodig, niet alleen om macro-economische overwegingen maar vooral ook om de gezondheidszorg betaalbaar en dus toegankelijk te houden. De beheersingskaders dienen in dit verband taakstellend te blijven en niet, zoals sommigen wel eens bepleiten, de ramingen te volgen.

Verder zijn vorig jaar ook de zogenaamde "nominale componenten"  $\pm$  prijsstijgingen, inflatie  $\pm$  onder

de regels van de budgetdiscipline gebracht. Voor die tijd gold dat alleen  $\pm$  en dat leek ons logisch  $\pm$  voor de volumecomponenten. Nu kan het dus gaan voorkomen dat een hogere inflatie of hogere prijsstijgingen dan geraamd, die geheel buiten de invloedssfeer van de gezondheidszorg liggen, tot een overschrijding leiden die dan vervolgens via een korting op het volume moet worden gecompenseerd. Dit lijkt ons niet redelijk en niet rechtvaardig. Is het overigens waar dat het nog niet zeker is of er rekening zal worden gehouden met sectorspecifieke verschillen in prijsstijgingen die flink verschillend kunnen zijn?

Ik kom tot het derde punt. Een mogelijk alternatief voor een hogere groeivoet is, zo dunkt ons, een verdere verschuiving van verstrekkingen van het collectieve tweede compartiment naar het derde compartiment, de vrijwillige aanvullende verzekering. Het heeft ons verbaasd dat niet de gehele fysiotherapie, doch slechts een deel ervan is overgeheveld. In het verleden heeft de Ziekenfondsraad vaak gewaarschuwd tegen het "knippen" in verstrekkingen, onder andere in verband met hoge bureaucratiekosten, fraudegevoeligheid en risico's op omgekeerde substitutie. Bovendien gebruikte de commissie-Dekker als argument voor een omvangrijke vrijwillige, aanvullende verzekering de overweging dat hierdoor de prikkel tot deelname en volledige verzekering alleen maar groter zou zijn.

Er is nog een alternatief dat in ieder geval met een theorie is te onderbouwen. Daarbij gaat het om de vraag of de nominale premie in het tweede compartiment van het verzekeringsstelsel uiteindelijk wel tot de collectieve-lastendruk moet blijven behoren. Immers, deze nominale premies zijn niet vast en zullen van jaar tot jaar en van verzekeraar tot verzekeraar verschillen. De keuze voor een bepaalde verzekeraar alsmede het succes van een kostenbeheersingsbeleid zijn hier dus sterk medebepalend voor de hoogte van een nominale premie, die men moet betalen als aanvulling op de vaste, procentuele premie, die uiteraard tot het collectieve kader hoort. Deze nominale premie is dus als het ware beïnvloedbaar. Vanuit theoretische overwegingen kun je dus de vraag stellen of deze wel tot

de collectieve-lastendruk moet worden gerekend.

Het laatste punt dat ik noem in mijn pleidooi om de herwaardering in een kader te plaatsen dat breder is dan alleen de groeivoet, betreft de overweging dat er in de gezondheidszorg nog mogelijkheden liggen voor verbetering van de doelmatigheid en vermindering van de bureaucratiekosten. Wat het laatste betreft  $\pm$  de heer Boorsma wees er ook op  $\pm$  ben ik geschrokken van het hoge bureaucratiegehalte van een groot aantal recente maatregelen en voornemens. Ik wijs, voor zover een en ander in de pers correct is geciteerd op:

- het nieuwe stelsel van eigen bijdragen dat in discussie is, dat administratief zeer bewerkelijk lijkt en dat hoge uitvoeringskosten met zich zal brengen;
- de opsplitsing van de verstrekking fysiotherapie en de vormgeving van die verstrekking in het tweede compartiment die ook tot veel bureaucratie leidt;
- de Wet geneesmiddelenprijzen;
- het cliëntgebonden budget;
- de zorgvernieuwingfondsen.

Ik hoop dat de bewindsvrouwen mij goed begrijpen. Het oogmerk van deze opmerkingen is niet om bijvoorbeeld de discussies over de Wet geneesmiddelenprijzen of het cliëntgebonden budget te heropenen. Het gaat het mij om het signaleren van een buitengewoon ongewenste trend naar meer bureaucratie, die haaks staat op doelstellingen als meer markt, minder overheid en deregulering. Men zou bij een keuze tussen verschillende uitvoeringsmodaliteiten van verschillende op zichzelf goede doelstellingen meer moeten kijken naar de varianten in de uitvoering die minder bureaucratie veroorzaken. Het is bovendien zonde om zoveel geld aan bureaucratie te besteden als er nog zoveel noden zijn. Inhoudelijke kritiek heb ik overigens wel op de zogenaamde zorgvernieuwingfondsen. Daar kom ik later apart op terug. Tot zover gaat mijn betoog over de budgettaire kaders dat vooral tot doel heeft de bewindsvrouwen ervan te overtuigen dat een vijftal punten in die herwaarderingdiscussie meegenomen zou kunnen worden voor het vinden van een evenwichtige oplossing.

Het volgende hoofdstuk is het ouderenbeleid. In het jaar 2015 zal 17% van de Nederlandse bevolking

## Dees

boven de 65 jaar zijn. Momenteel verblijft 9% van de 65-plussers in intramurale instellingen. In Europa ligt dat gemiddeld echter op 4 tot 6%. Bij ongewijzigd beleid moet het aantal plaatsen in de instellingen dus stijgen van 185.000 nu tot 260.000. De bewindslieden willen deze stijging niet. Zij willen de capaciteit op het huidige aantal van 185.000 handhaven en de groei van het aantal zorgbehoevende ouderen opvangen met beschermende ouderenhuisvesting met thuiszorg.

Op zichzelf is dat verstandig en sluit het aan bij de maatschappelijke ontwikkelingen. Meer en meer blijkt dat mensen er de voorkeur aan geven om zo lang mogelijk zelfstandig te blijven wonen. Dienstverlenende non-profit- en profit-organisaties hebben deze trend ook herkend. Zij leveren steeds meer zorg, diensten en faciliteiten om deze zelfstandigheid voor ouderen mogelijk te maken. Ouderen geven zelf ook aan dat zij zelf de regie over hun leven te willen blijven voeren, zelf verantwoordelijkheid willen dragen en, als het enigszins mogelijk is, niet afhankelijk willen zijn van derden. Deze trend is ook zichtbaar in het bestedingsgedrag van ouderen en het spaargedrag van toekomstige ouderen. Men is meer dan vroeger bereid en in staat om in de eigen derde levensfase te investeren.

In de volkshuisvesting en de thuiszorg en door commerciële marktpartijen wordt ingespeeld op deze maatschappelijke ontwikkelingen. Levensloopbestendige woningen, seniorenlabel, thuiszorg-technologie, boodschappendiensten en teleshopping zijn hiervan voorbeelden. Ouderen kunnen steeds gemakkelijker een bij hun draagkracht en levensstijl passend arrangement organiseren om de ongemakken van de oude dag het hoofd te bieden. Dit is echter moeilijk voor ouderen die door ziekte of handicap niet meer volledig zelfstandig kunnen wonen. Naast de noodzaak van verpleging en verzorging in een nieuwe omgeving dient de oudere zich dan ook te voegen naar woonomstandigheden en een stijl van leven in een instelling, bijvoorbeeld een verpleeghuis. Er is dan slechts een zeer beperkte invloed mogelijk op de eigen situatie. Hetzelfde geldt voor de partner of de kinderen van de oudere. Dit klemt des te meer omdat de bescherming van de privacy juist

in de verpleeghuizen, waar de meeste zorgafhankelijke ouderen verblijven, ver achtergebleven is bij datgene wat maatschappelijk aanvaardbaar zou moeten worden geacht. Bij een recente inventarisatie in verpleeghuizen bleek dat bijna 60% van de Nederlandse verpleeghuispatiënten op vier- tot zespersoonskamers moet verblijven.

Voor de besturen van de zorginstellingen is het niet eenvoudig om hier een eigen beleid te voeren. De Wet ziekenhuisvoorzieningen is knellend en log. Inspelen op veranderende vragen en behoeften van ouderen door meer privacy in de bouw te realiseren, is dan al snel "zwartbouw". De huisvestingskwaliteit van het verpleeghuis is dus op zichzelf al een groot probleem, terwijl de mogelijkheden ontbreken om tegen extra betaling een betere woonkwaliteit te verkrijgen. Wij hadden nu juist gehoopt dat het algemene en principiële debat over de scheiding van kosten van wonen en kosten van zorg in de bejaardenoorden ook nieuwe impulsen zou hebben gegeven aan de discussie over verbetering van het wonen in een verpleeghuis. Immers, bij een scheiding van kosten van wonen en kosten van verblijf is het veel gemakkelijker om individuele preferenties voor het wonen te honoreren.

De VVD-fractie betreft het overigens in hoge mate dat de regering de conclusie heeft getrokken of heeft moeten trekken dat de scheiding van wonen en zorg bij de bejaardenoorden niet mogelijk is. Een wetsvoorstel om de bejaardenoorden met alle functies onder de AWBZ te brengen, is recentelijk ingediend. Wij betreuren dat om de volgende redenen. In de eerste plaats komt uit de stukken naar voren dat scheiden van wonen en zorg financiële knelpunten oproept. Tot nu toe zijn wij er echter niet van overtuigd dat het hier om volstrekt onoplosbare problemen gaat.

In de tweede plaats zou het scheiden van wonen en zorg, uit het oogpunt van verdeling van verantwoordelijkheden over overheid en individu, principiële knelpunten zijn en bijdragen tot een transparant stelsel van wooncomfort op maat en zorg op maat. In verband met substitutie en zorg op maat zijn wij het onderbrengen van de zorgfunctie van de bejaardenoorden in de AWBZ

overigens als een groot voordeel. Op dit punt deelt de VVD-fractie niet het bezwaar dat de werkgeversorganisaties bijvoorbeeld hebben aangevoerd. Wij delen wel hun bezwaar dat onderbrenging in de AWBZ financiële risico's met zich brengt.

In de derde plaats prefereren wij, ook in verband met een deskundige inzet van collectieve middelen, een scheiding van wonen en zorg. Dat doen wij dus zowel uit principiële als uit praktische overwegingen.

In dit verband heb ik nog een paar vragen. Hebben de gesignaleerde problemen of knelpunten niet meer te maken met het verkokerde karakter van de overheidsregelgeving en de versnipperde regelgeving dan met bijvoorbeeld budgettaire overwegingen? Verdient het geen aanbeveling om naast het rapport van de interdepartementale werkgroep een "second opinion" te vragen aan onafhankelijke deskundigen? Geldt de conclusie dat scheiden van wonen en zorg misschien toch niet mogelijk is, ook automatisch voor toekomstige generaties ouderen, en zo neen, wat betekent dit dan voor het wetsvoorstel? Dat wetsvoorstel kent immers geen regelingen voor toekomstige generaties die anders zijn dan de regeling die in het wetsvoorstel wordt voorgesteld en dat is onderbrenging van wonen en zorg in de AWBZ.

Intussen ± ook los van principiële overwegingen ± nodig ik de bewindsvrouwen uit om nader stil te staan bij de mogelijkheden om ook onder de AWBZ-structuur meer ruimte te scheppen voor extra wooncomfort tegen extra betaling. Voor de bejaardenoorden introduceert het juist genoemde wetsvoorstel een kwaliteitstoelage op de eigen financiële bijdrage indien sprake is van extra huisvestingselementen. Dat spreekt ons aan. Waarom kan deze mogelijkheid ook niet in de verpleeghuissector worden geïntroduceerd? Wat is er op tegen als bijvoorbeeld op verzoek van patiënten, zonder uitbreiding van het beddental, betere woonvoorzieningen worden gebouwd, waarbij het wonen op eigen kosten gebeurt en de zorg volgens de AWBZ door het verpleeghuis wordt geleverd? Is meer flexibilisering hier niet mogelijk?

Daarmee kom ik automatisch bij een volgend hoofdpunt van mijn verhaal: de flexibilisering van de

## Dees

Ziekenfondswet en de AWBZ. Ideeën over de flexibilisering van de Ziekenfondswet, zoals onder meer geformuleerd door Zorgverzekeraars Nederland, spreken ons aan. Waar de Ziekenfondswet doelmatigheid beoogt, zijn er tegelijkertijd voorbeelden van het tegenovergestelde te geven. Het busje van het Amsterdamse Ziekenfonds ZAO dat röntgenfotografie thuisbrengt, is inmiddels beroemd geworden. Iedereen spreekt erover. Iedereen vond het een uitstekend project, maar volgens de wet kon het niet worden betaald.

Voor het debat over de transmurale zorg heeft duidelijk gemaakt dat het bieden van ziekenhuiszorg thuis, de zorg op maat kan bevorderen en de doelmatigheid kan vergroten. Voorbeelden zijn de thuisverpleging voor een diabetes-II-patiënt die ondersteuning van een gespecialiseerde diabetesverpleegkundige uit het ziekenhuis behoeft, inschakeling van een verloskundige uit het ziekenhuis voor zwangere vrouwen met verhoogde risico's die thuis willen bevallen, en de toediening van cytostatica met een speciale infuus pomp met gespecialiseerde begeleiding. In al deze gevallen kan in het ziekenhuis alles tegen kosten worden gedaan, maar voor de thuissituatie, waar het goedkoper kan, ontbreekt financiering. Een voorzichtige start met flexizorg kan een antwoord geven op de vraag of dit een goede weg is. Wij denken daar in beginsel positief over. Wij stellen overigens wel de vraag of de flexibilisering van de Ziekenfondswet, zoals die ook door Zorgverzekeraars Nederland is voorgesteld, wel in technische zin kan worden gerealiseerd, zonder een parallelle flexibilisering van de WVG en de WZV. Dat is een open vraag, die ik graag onder de aandacht van de bewindslieden breng, omdat ik in de praktijk wel eens wat voorbeelden heb gezien dat verruiming van regelgeving op het ene punt tot niets leidde, omdat er op het andere punt strakke regels bleven.

Voor wat betreft de flexibilisering in de AWBZ doel ik vooral op de noodzaak van zorgvernieuwing. Met de instelling van zorgvernieuwingfondsen wil de regering de zorgvernieuwing in de care-sector nieuwe impulsen geven. Dat doel delen wij, omdat er bij de instellingen zelf wel eens te weinig aan zorgvernieuwing

werd gedaan. Het gekozen instrument van de zorgvernieuwingfondsen ontmoet echter bij mijn fractie nogal wat bezwaren, die ik kort samenvat.

In de eerste plaats ontstaan er twee circuits voor verstrekkingen. Het reguliere circuit verloopt via de AWBZ en de WVG. Daarnaast is er een apart verstrekkingencircuit via de zorgvernieuwingfondsen.

In de tweede plaats is de voorgestelde besluitvormingsprocedure buitengewoon bureaucratisch. Zij lijkt veel op de planprocedure van de oude Wet voorzieningen gezondheidszorg. In dezelfde week dat ik een voorstel van het kabinet onder ogen kreeg waarin werd voorgesteld om de Wet voorzieningen gezondheidszorg geïntroduceerd. Ik vond dat enigszins merkwaardig.

Een derde bezwaar is inhoudelijk te onderbouwen. Ik hoop dat het kabinet het argument ziet. Voor de implementatie van vernieuwing is het naar mijn stellige overtuiging veel beter om de vernieuwing in de reguliere verstrekking en financiering te integreren, omdat dan op voorhand condities voor implementatie zijn ingebouwd, hetgeen bij zorgvernieuwingfondsen niet het geval is. De omslag van resultaten van zorgvernieuwing via de zorgvernieuwingfondsen naar de reguliere verstrekkingen is een buitengewoon moeilijk proces.

Voor bijvoorbeeld de sector van de geestelijke gezondheidszorg is een alternatief ontwikkeld dat ruimte biedt om zorgvernieuwing via een zogenaamde "geïntegreerde verstrekking" en financiering via het WVG-traject te realiseren. Bedragen bedoeld voor zorgvernieuwing kunnen daarbij worden geoormerkt en de zorgverzekeraar kan bij de beoordeling worden ingeschakeld. Ik wil dit model graag aanbevelen en verneem graag een oordeel van de bewindsvrouwen.

Over gezondheidsethische vraagstukken wil ik thans wat korter zijn, hoewel de verleiding erg groot is om tal van onderwerpen hier te bespreken. Er liggen nogal wat wetsvoorstellen, dus wij komen op tal van terreinen terug. Graag spreek ik mijn waardering uit voor de actieve en vooraanstaande rol van ons land bij de totstandkoming van

een Bio-ethische Conventie in het kader van de Raad van Europa. Daar is Nederland zichtbaar en herkenbaar aanwezig. Dat is ook nodig, omdat er nogal wat verkeerde oordelen en standpunten in verschillende landen zijn over deze vraagstukken.

Veel discussie is in ons land ontstaan over de zogenaamde "wachtlijst-omzeilende initiatieven", het idee om tegen extra betaling of via collectieve contracten bepaalde groepen werknemers voorrang te geven bij medische behandelingen in ziekenhuizen. Argumenten die ten gunste van deze initiatieven kunnen pleiten zijn de terugdringing van het arbeidsverzuim en het beter benutten van ziekenhuiscapaciteit buiten de reguliere bedrijfsuren van het ziekenhuis. Tegenover deze voordelen staan nadelen. In dat verband herinner ik mij het debat over de grenzen van de zorg dat plaatsvond in de tweede helft van de jaren tachtig. Uitkomst van dat grote debat over de grenzen van de zorg was toen onder meer, dat in geval van financieel-economische schaarste je in eerste instantie via vergroting van de doelmatigheid een einde moet maken aan onaanvaardbare wachtlijsten en onaanvaardbare wachttijden. In geval van een onvermijdelijke selectie die ten gevolge van financieel-economische schaarste kan plaatsvinden dienen medische criteria bepalend te zijn voor de keuze. Hoe ziet de regering deze afweging van pro's en contra's?

Het sportbeleid is een onderwerp dat naar mijn mening ook in de senaat thuishoort. Het sportbeleid is in de loop der jaren gelukkig hoger op de politieke agenda gekomen. Dat is goed, maar er is wel jaren voor geknokt. Sport heeft een grote, meervoudige betekenis voor mens en samenleving. In dat verband kunnen worden genoemd de bijdrage aan individuele ontplooiing, aan actieve en passieve recreatie, aan sociale integratie en aan preventie van gezondheidsklachten. Uit recent onderzoek is bovendien nog eens komen vast te staan, dat ook de economische betekenis van sport groot is en nog steeds toeneemt.

De vele extra impulsen die het kabinet aan sportbeoefening geeft waarderen wij positief. Daarbij denk ik met name aan de ruimere voeding van het Fonds voor de topsporter en aan de actie Jeugd in beweging. Keerzijde van deze medaille is, dat

## Dees

naar mijn mening de sportwereld zich bovendien bewust moet zijn van haar maatschappelijke verantwoordelijkheid. Daarbij doel ik niet alleen op excessen ter zake van vandalisme, doping, racisme, discriminatie of seksuele intimidatie. De sport zal zich ook op positieve wijze moeten richten op normen en waarden die in de samenleving belangrijk zijn, zoals fair-play en respect voor de tegenstander. Deelt de staatssecretaris deze benadering?

Tot een maatschappelijke verantwoordelijkheid voor de sportorganisaties reken ik ook het toegankelijk houden van grote sportevenementen voor de media, zodat een breed publiek kan meegenieten. Helaas is dat met de opkomst van abonnee-TV niet meer altijd het geval. Een recent voorbeeld is de uitzending van de wielerklassieker Milaan±San Remo, van afgelopen zaterdag. Omdat er exclusief rechten waren verkocht, bleven de kijkers in Nederland en België van beelden verstoken van de ook in deze landen zo populaire Primavera. De sportorganisaties bewijzen hiermee niet alleen het publiek een slechte dienst, maar in mijn overtuiging uiteindelijk ook zichzelf. Want welke sponsor uit Nederland of België zal nog in het sponsoren van een wielerploeg geïnteresseerd zijn als grote evenementen niet meer in eigen land op de beeldbuis zijn te zien? De staatssecretaris heeft op dit terrein geen bevoegdheden, maar zij kan naar mijn overtuiging de sportorganisaties wel aanspreken op wat ik zou willen noemen hun maatschappelijk verantwoordelijkheidsbesef. Ik zou mij kunnen voorstellen, dat de staatssecretaris dit onderwerp agendeert in het periodiek overleg met de sportorganisaties en misschien het onderwerp ook ter sprake kan brengen op een Europese ministersconferentie, voor zover die conferenties nog plaatsvinden, maar mijn indruk is dat dit nog steeds het geval is.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! De kosten van de gezondheidszorg nemen alleen maar toe. In het regeerakkoord zijn dan ook afspraken gemaakt om de kosten van de gezondheidszorg met niet meer dan 1,3% te laten stijgen. Klopt het dat de minister kritiek heeft op deze norm? Als zij

kritiek heeft, hoe hoog moet dat percentage dan wel liggen? Het is in ieder geval goed om te onderzoeken waar het aan ligt dat de gezondheidszorg almaar duurder wordt.

Maar voorafgaand aan welke bezuiniging dan ook, moet er eerst worden vastgesteld waaraan een goede gezondheidszorg moet voldoen. Medisch handelen moet alleen daar worden ingezet waar dat noodzakelijk is. Vragen zoals "worden mensen beter van de uitgevoerde medische handelingen?" of "is medische interventie wel noodzakelijk of zijn er andere oorzaken van het zich niet wel bevinden?" moeten worden gesteld en beantwoord.

Er is een analyse nodig wat er bij de patiënt aan schort. De overheid mag haar verantwoordelijkheid niet ontlopen door te veel aan de markt over te laten. Er moet worden bepaald waar de accenten in de gezondheidszorg moeten komen te liggen. Licht dat accent op curatief of op preventief? Licht het bij dure top-klinische zorg of bij de eerstelijnsgezondheidszorg?

Het is natuurlijk geen kwestie van kiezen tussen steeds twee mogelijkheden. Het moet alle twee worden gedaan. Maar de keuze waaraan voorrang moet worden gegeven, moet wel worden gemaakt.

GroenLinks geeft voorrang aan preventieve gezondheidszorg en aan een eerstelijnsgezondheidszorg. Als dat consequent wordt doorgevoerd, hoeft er niet alleen minder medisch te worden ingegrepen, maar is het ook nog eens financieel voordeliger.

De poortwachtersfunctie van de huisarts is daarbij zeer belangrijk. De huisarts moet proberen te voorkomen dat mensen in het medische circuit terechtkomen. Daarom moet hij of zij goed bekend zijn met mogelijkheden om mensen met sociale problemen doelgericht door te verwijzen. Het motto moet zijn: niet langer voor elke wissel een witte jas! Wanneer gaan we hier iets aan doen? Heeft de minister daarvoor een plan van aanpak? Een groot deel van de klachten die via de huisarts lopen, gaat immers vanzelf over, ook zonder medisch ingrijpen.

De discussie over de eigen bijdrage zal ik hier niet voeren. Dat moet in de Tweede Kamer gebeuren, maar ik kan hier wel zeggen dat GroenLinks een eigen bijdrage aan de huisarts in ieder geval niet ziet zitten. Als de drempel verhoogd

wordt om een huisarts te raadplegen, zou men er wel eens te laat achter kunnen komen dat een patiënt veel eerder, veel gemakkelijker en daardoor ook minder duur geholpen had kunnen worden.

Ik geef een paar voorbeelden waar volgens GroenLinks de verkeerde accenten zijn gelegd.

De uitgebreide tandheelkundige zorg is per 1 januari 1995 uit het ziekenfondspakket gehaald. Alleen een periodieke gebitscontrole, één maal per jaar, wordt nog door het ziekenfonds vergoed. Het is nu al duidelijk dat de mensen en vooral jongeren minder naar de tandarts gaan. Het is ook al duidelijk geworden dat door deze maatregel de kosten gestegen zijn. Er is een verschuiving van de collectieve naar de private sector te constateren, maar per saldo zijn de mensen meer kwijt. Alleen verzekeringsmaatschappijen worden hier beter van.

Minder regelmatig onderhoud van het gebit betekent op latere leeftijd meer en grotere ingrepen aan het gebit en in het meest ongunstige geval veel sneller een kunstgebit. Omdat een nieuw kunstgebit niet meer door het ziekenfonds wordt vergoed, blijven vooral ouderen met een laag inkomen, veel langer dan gewenst, doorlopen met een niet passend kunstgebit. Dat betekent een risico voor de gezondheid, want met een slecht passend gebit kun je nu eenmaal niet goed kauwen. Dat betekent een extra beroep op medische zorg, hetgeen weer meer kosten met zich meebrengt. Maar wat misschien nog wel erger is, is dat het veel ongemak betekent en veel pijn.

De minister schijnt te overwegen om kunstgebitten weer te vergoeden. Dat is natuurlijk prima voor de huidige generatie ouderen, maar het kan toch niet de bedoeling van de minister zijn om het daarbij te laten? Door het uit het ziekenfonds halen van de uitgebreide tandheelkundige zorg wordt het risico van een slecht gebit gecreëerd. Daardoor zijn op latere leeftijd veel meer ingrepen nodig, die dan zelf moeten worden betaald en die dan ook vaak niet gebeuren. Het gevolg daarvan is dat je veel sneller aan een kunstgebit moet en daar krijg je dan wel geld voor. Dat lijkt op het kalf in de bekende put. Zo'n cynisch beleid past niet bij deze minister. Kan de minister niet gewoon zeggen dat zij de uitgebreide tandheelkundige zorg



## Schoondergang-Horikx

weer snel opneemt in het ziekenfondspakket?

Een tweede voorbeeld is het beperken van de fysiotherapie. Dat lijkt mijn fractie ook zo'n verkeerde ingreep, ingegeven door bezuinigingsmotieven. Maar of het ook voldoende oplevert, is nog maar de vraag. Ik zeg niet dat er onbeperkt fysiotherapie gegeven moet worden. Er moet wel degelijk kritisch naar worden gekeken. Het voorschrijfregime was misschien wel te automatisch. Soms was het te veel; soms te weinig. Nu wordt er onderscheid gemaakt tussen chronische patiënten en anderen. Er is een lijst opgesteld die aangeeft wat onder chronisch zieken moet worden verstaan. Fysiotherapie heeft echter dikwijls een preventieve werking. Vaak wordt door fysiotherapeutische behandeling erger voorkomen en een rigoureuze beperking van het aantal behandelingen is dan fnuikend. Hoe beoordeelt de minister nu zelf de situatie? Wordt het beleid bijgesteld?

Het is trouwens merkwaardig dat zo'n ingrijpend voorstel niet in een wet wordt geregeld, waardoor het ook niet de Eerste Kamer passeert.

Mijn derde voorbeeld betreft de thuiszorg. Een belangrijk onderdeel van de eerstelijnszorg, de thuiszorg, wordt bedreigd. Maar een goede thuiszorg houdt mensen wel weg uit veel duurdere zorg in instellingen. Omdat er zo sterk financieel wordt gekort, zijn er grote problemen.

- Personeel wordt ontslagen, waarna het soms tegen een lager loon en slechtere arbeidsvoorwaarden opnieuw wordt aangesteld.
- Hoewel de indicaties steeds scherper worden gesteld, worden de wachtlijsten langer. Per patiënt wordt er minder uren zorg verleend.
- Door de hoge eigen bijdrage ontstaat er een tweedeling tussen de haves en de have nots.
- Door een herverdeling van de financiën blijkt er ook nog een tweedeling te bestaan tussen thuiszorg in de grote steden en thuiszorg in de rest van het land.

Bovendien missen de instellingen door de hoge eigen bijdragen de inkomsten van degenen die het wel zouden kunnen betalen, maar die privé een oplossing zoeken. Ook hier mag de overheid haar verantwoordelijkheid niet ontlopen door te veel aan de markt over te laten. Ik veronderstel dat ook door de bewindslieden met grote zorg wordt

gekeken naar de situatie in de thuiszorg. Binnenkort schijnen er nieuwe voorstellen te komen voor de financiering daarvan. Kunnen de bewindslieden al zeggen of en, zo ja, hoe de huidige problemen in de thuiszorg kunnen worden opgelost?

Voorzitter! Ter afronding van het onderdeel gezondheidszorg wil ik aan de minister de volgende vraag voorleggen. Bestaat er een kader waarin een principiële discussie over de gezondheidszorg kan worden gevoerd? Er wordt natuurlijk veel gediscussieerd, er worden symposia gehouden, maar er zou door de landelijke overheid een kader moeten worden geboden waarin dat in samenhang kan gebeuren.

Naast de onderwerpen die ik al in het begin van mijn betoeg aan de orde stelde over bijvoorbeeld de plaats waar de accenten in de gezondheidszorg moeten worden gelegd, zou in het algemeen de ethische vraag moeten worden gesteld en beantwoord of alles moet wat kan. Indien die vraag ontkennend wordt beantwoord, zit je pas goed in de problemen. Dan komt immers de discussie aan de orde over de vraag welke medische handelingen wel en welke niet mogen worden toegepast. En in het verlengde daarvan moeten wij discussiëren over de vraag, welke handelingen wel en welke niet worden vergoed.

In zo'n discussie zou ook de vraag aan de orde kunnen komen hoe moet worden omgegaan met publikaties in vaktijdschriften over nieuwe medicijnen en technieken. Wanneer nieuws daarover door de gewone pers wordt overgenomen, gaat er een opjagende werking van uit. Het ligt immers voor de hand dat betrokkenen zo'n nieuw medicijn of nieuwe techniek ook toegepast willen zien. Zulke publikaties veroorzaken veel onrust bij patiënten. In medische termen uitgedrukt: de ongunstige bijwerking is te groot.

Wat vinden de bewindslieden van de suggestie dat de overheid het initiatief neemt, opdat de medische wetenschap zelf een code ontwikkelt om hier op een andere manier mee om te gaan? Men zou bijvoorbeeld pas over middelen en technieken moeten publiceren als ze een meerwaarde hebben voor de gezondheidszorg.

Ik heb nog een enkele opmerking over kinderopvang. De stimuleringsmaatregel voor kinderopvang heeft

goed gewerkt. De kinderopvang is behoorlijk uitgebreid. Het blijkt echter nog steeds onvoldoende, want de wachtlijsten zijn lang en worden weer langer. De gelden worden immers verminderd en misschien wordt de geldstroom wel helemaal stopgezet. Hoe ziet de staatssecretaris het beleid met betrekking tot de kinderopvang in de toekomst?

Ik kom nu toe aan een onderwerp dat de laatste tijd nogal veel publiciteit heeft gekregen, te weten de seksuele intimidatie bij sport. Staatssecretaris Terpstra wil geld beschikbaar stellen voor regelgeving en projecten om dat te voorkomen. Kan en wil de staatssecretaris hier wat meer over vertellen?

Mijn laatste onderwerp betreft het Europees centrum voor milieu en gezondheid. Sinds 1990 is in Bilthoven een afdeling van dit centrum gevestigd. Het Europees centrum bestudeert gezondheidsproblemen die voortkomen uit milieuvervuiling. Financiering hiervan is een gezamenlijke activiteit van de ministeries van VROM en VWS. Voortbestaan van dit centrum wordt nu bedreigd door een stopzetting van de subsidie. Minister De Boer is van plan, na 1997 de subsidie stop te zetten en staatssecretaris Terpstra schijnt te overwegen, datzelfde te doen. Maar externe experts, die volgens afspraak de werkzaamheden van de Bilthoven divisie in 1994 hebben geëvalueerd, komen tot een positief oordeel. Als onderdeel van een preventief beleid, ter voorkoming van schade aan de volksgezondheid, zou het toch doodzonde zijn als zo'n instituut moest sluiten? Dat is niet alleen doodzonde, het is bovendien kortzichtig. Hoe kan de Nederlandse regering dat trouwens verantwoorden? Er zijn toch internationale afspraken? In dit geval lijkt samenwerking tussen overheid en bedrijfsleven mij zinvol. Kan de staatssecretaris hierover al wat informatie verschaffen? Heeft zij bijvoorbeeld al besprekingen met de industrie gevoerd? De reacties van de bewindsvrouwen wacht ik met belangstelling af.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Mijnheer de voorzitter! De sociaal-economische situatie van mensen is een belangrijke factor voor de

## Ter Veld

gezondheid. Gebleken is dat werknemers vaak een betere gezondheidsbeleving hebben dan uitkeringsgerechtigden, hogere inkomens ook vaak een betere dan lagere. Niet alleen leeftijd, niet alleen sekse, maar ook de economische achtergrond is van invloed op het welbevinden. Vanuit die invalshoek is een beleid gericht op werk, werk en nog eens werk dus een bijdrage aan de verhoging van de volksgezondheid. Werk houdt gezond, maar om te kunnen werken, moet je gezond zijn en om te kunnen blijven werken moet de gezondheid niet worden aangetast door het werk zelf.

Verhoging van de sociaal-economische positie van mensen door werk verhoogt de gezondheid, het inkomen wordt daardoor hoger, de huisvesting beter: de mogelijkheden om gezond te leven nemen toe. Verbetering van de gezondheid van mensen en goed preventief beleid leveren ook een bijdrage om mensen in staat te stellen hun sociaal-economische situatie te verbeteren. Daarmee is het beleid van het ministerie van VWS voor het welslagen van het kabinetsbeleid, kort gezegd: voor de verbetering van de sociaal-economische situatie van alle mensen, op zijn minst even cruciaal als het beleid van het ministerie van SZW.

Direct en indirect wordt vanuit het ministerie van VWS de inkomenspositie van mensen beïnvloed. Direct gebeurt dat door invloed uit te oefenen op de kosten voor de gezondheidszorg, de toegankelijkheid van de zorg en de eventuele eigen bijdrage alsmede op de dekkingsgraad van het ziekenfonds en de omvang van het pakket. Indirect is er invloed wanneer het preventief beleid, gezondheidszorg en de voorlichting ertoe bijdragen, dat mensen aan betaalde arbeid kunnen deelnemen, ook wanneer zij lijden aan een chronische ziekte of een handicap hebben. Zeker wanneer de gezondheidszorg een bijdrage levert om te komen tot snellere integratie na arbeidsuitval, is zij van groot belang voor het inkomensbeleid.

Het beleid van het ministerie van VWS is direct en direct van belang voor de werkgelegenheid. In de zorgsector werken 650.000 mensen. Ook de mate waarin arbeid professioneel wordt verricht en de mate waarin wordt gekozen voor uitbreiding van en ook ondersteuning door vrijwilligerswerk en de

mantelzorg, zijn van belang voor de werkgelegenheid. Het beleid van het ministerie is ook indirect van belang voor de werkgelegenheid. De mate waarin gezondheidszorg een bijdrage levert in het voorkomen dat mensen langdurig als gevolg van ziekte of gebrek buiten de arbeidswereld komen te staan, is ook belangrijk.

Het beleid van het ministerie van VWS betreft meer dan zorg alleen. De zorg voor ouderen en mensen met een handicap is voor hen medebepalend om naar het mogelijk te participeren in de samenleving. Voor mensen die kort en zeker voor hen die langdurig op zorg en hulp zijn aangewezen, is de toegankelijkheid en de betaalbaarheid van de zorg alsmede de kwaliteit van de hulpverlening cruciaal voor het bestaan.

Aan de hand van de doelstellingen van de sociale top, waarop ruim een jaar geleden de staatssecretaris enthousiast aanwezig was, is op het ministerie op ambtelijk niveau een goede bijdrage in dezen geleverd. Het ministerie van VWS is dan ook een kerndepartement. Graag had ik gezien, dat de samenwerking tussen twee zo belangrijke departementen als dat van SZW en van VWS meer zichtbaar en intensiever zou zijn geweest. De twee departementen dreigen uiteen te groeien en dat is feitelijk negatief voor het welslagen van het kabinetsbeleid en het is slecht voor de burgers. Ik geef een voorbeeld voor het staven van deze stelling.

Ik wijs op het ontbreken van grote convergentie en het risico dat juist dat heeft voor het ontstaan van de tweedeling in de gezondheidszorg. Natuurlijk kom ik dan te spreken over de privatisering van de sociale zekerheid, vallend onder het ministerie van SZW. Ik denk nu aan de privatisering van de Ziektewet.

Het is te betreuren dat door de grote spoed ± dat was kennelijk de oorzaak ± zich nu een aantal problemen voordoet waarmee vooraf onvoldoende rekening is gehouden. Erger nog, de positieve effecten van de grote convergentie tussen de sociale wetten van SZW en die van VWS komt niet tot stand. Wanneer op nationaal niveau een goede samenhang tussen de Ziektewet en Ziekenfondswet tot stand had kunnen worden gebracht ± ik herinner in dit verband aan de situatie in Duitsland, waar de looncompensatie bij ziekte wel in

hetzelfde kader is geregeld als de kostencompensatie ± zou het inderdieneffect van preventie en snelle behandeling bij ziekte gestuurd en gecontroleerd hebben kunnen plaatsvinden. Door de gemaakte keus van privatisering van de looncompensatie, dus door de privatisering van de Ziektewet, ontstaan problemen. De grote convergentie komt tot stand op mesoniveau: binnen een beperkt aantal ondernemingen. Dat is begrijpelijk, want je zou als werkgever wel gek zijn als je loon doorbetaalde voor een werknemer die graag wil en kan werken, maar die na een bepaald voorval ± daarbij denk ik aan een voetbalongeval of een café ruzie ± in afwachting van herstel nog langdurig op een wachtlijst moet staan. Dan is het begrijpelijk dat men probeert via private klinieken of weekendhulp zo snel mogelijk herstel te bereiken. Maar op grond van het criterium van gelijke toegang tot de gezondheidszorg valt op dergelijke mogelijkheden zeker af te dingen. Het kan en mag toch niet zo zijn, dat de sociaal-economische factor doorslaggevend wordt bij de toegang tot de zorg. Hoe denkt de minister met dit verschijnsel om te gaan? Wat gebeurt er aan de hand van het project van de KNMG? Dat project is in 1995 gestart en duurt tot 1997? Welke partijen zijn daar precies bij betrokken? Kan hulp in de weekenden plaatsvinden zonder dat daardoor elders de wachtlijsten langer worden? Diezelfde specialisten moeten elders toch ook werk verrichten en hun tijd is beperkt. Zijn er mogelijkheden om afspraken te maken waarbij door maximale benutting van lege plaatsen de wachttijden voor een ieder worden verkort? Ik vind het vreemd, dat wachtlijsten ongelijk over land en specialisten zijn verdeeld. Het lijkt wel dat een specialist status krijgt als hij een wachtlijst heeft. Speelt hierbij misschien het opleidingsbeleid een rol? Het zou kunnen, dat schaarste gecreëerd wordt wanneer een beroepsgroep zelf een te grote zeggenschap heeft over de omvang van die groep.

Wachtlijsten zijn een emotioneel en economisch kwaad. Ik denk dat het probleem van de wachtlijsten oplosbaar is door het nemen van maatregelen naast wellicht het beschikbaar stellen van meer geld, door meer concurrentie wellicht, een

## Ter Veld

efficiëntere benutting van de capaciteit en een beter informatie-beleid. Dank overigens voor de nota die ons net is geworden.

Hoe denkt de minister overigens om te gaan met de onlangs geuite wens van de werkgevers om werknemers te mogen losweken uit het ziekenfonds om hen in de kleinere bedrijfscollectiviteit op te nemen? Daarmee zouden zij de mogelijkheid hebben zelf afspraken te maken met de eigen zorg-verzekeraar. Is deze vorm van opting out ook denkbaar? Mijn fractie ziet daarbij forse nadelen. Wij vrezen dat opting out hier, evenals bij arbeids-ongeschiktheid, leidt tot een risicoselectie. De gunstige risico's zullen particulier worden verzekerd en de ongunstige collectief.

We stellen het overigens zeer op prijs dat een adviesaanvraag ter zake van de privatisering is opgenomen in het werkprogramma voor 1995/1996 voor de voorlopige raad voor de volksgezondheid en de aan de zorg gerelateerde dienstverlening. Wij wachten het advies met spanning af.

De samenhang tussen SZW en VWS speelt natuurlijk ook een rol voor de kring van verzekerden, de sociale verzekering in casu het ziekenfonds. De inkomensgrens en de inkomensbegrippen in het kader van de sociale zekerheid zouden in brede zin en gezamenlijk moeten worden gezien. De aloude discussie over inkomen uit of in verband met arbeid en over andere inkomens-componenten is immers ook relevant voor de verzekerde in verband met gebruikmaking van het ziekenfonds. Wij vinden het schrijnend te moeten constateren, dat het mogelijk is, dat mensen met een hoog inkomen uit arbeid of vermogen op grond van een uitkering voor weinig premie van het ziekenfonds gebruik kunnen maken. Hier speelt kennelijk de onmogelijkheid een rol om inkomen uit arbeid en inkomen op grond van een uitkering bij elkaar op te tellen. Daarentegen zien mensen met een laag inkomen, bijvoorbeeld mensen met een inkomen op grond van alimentatie, zich voor hoge lasten geplaatst in verband met hun ziektekostenverzekering. Ik snap niet dat wij het vanzelfsprekend vinden, dat in het geval van gehuwden of samenwonenden mensen zonder inkomen kunnen worden mee-verzekerd voor het ziekenfonds, maar zodra er een inkomen is, niet meer mag worden nagegaan of het

gezamenlijk inkomen een rol kan spelen voor de particuliere verzekering. Mij ontgaat in ieder geval volledig waarom inkomen uit vermogen niet als inkomen kan worden beschouwd. Door hier geen keuzen te kunnen maken, dreigen wij af te glijden naar de situatie waarin mensen met een laag inkomen, hoe dat ook is samengesteld, geconfronteerd worden met een steeds smaller pakket op grond van het ziekenfonds en mensen met een gevulde beurs in bepaalde omstandigheden gebruik kunnen maken van het ziekenfonds en het pakket kunnen verbreden met aanvullende maatregelen. Wij zijn benieuwd naar de reactie op het onlangs door de Ziekenfondsraad uitgebrachte advies dat ik dit weekend bij mijn post vond. Ik geef in dit verband een voorbeeld: de tandheelkundige hulp.

Sinds grote delen van de tandheelkundige hulp zijn overgeheveld naar de particuliere sector zijn er problemen. Er bestaat bij de verzekerden in ieder geval geen goed beeld van de situatie. Men weet niet wat wel en wat niet valt onder de verzekering valt. Wij weten niet goed of de aanvulling van de particuliere verzekering door alle bevolkings-groepen op dezelfde manier is gekozen, maar wij hebben de indruk, dat juist de laagste-inkomensgroepen deze verzekering niet hebben gesloten. Mijnheer de voorzitter! Wij willen geen samenleving waarin men aan iemands tanden kan zien tot welke inkomensgroep hij of zij behoort.

Er zijn nog meer problemen. Substitutie en preventie worden onvoldoende bevorderd. Juist met het oog op kostenbeheersing zou het verstandig zijn, mondhygiënische zorg en preventie wel tot de verzekerde aanspraken te laten behoren. Ook de hulp van tandprotheticen zou in onze opvatting weer in het ziekenfonds moeten worden opgenomen. Herverzekering van tandheelkundige hulp voor tandelozen is duur en ligt niet in de rede. Voor mensen met lagere inkomens was het overhevelen van het kunstgebit naar de particuliere markt gewoon slecht.

Ik kom op het werk in de zorgsector, betaald en onbetaald. Ik zou bijna toevoegen: en onderbetaald. Werkgelegenheid in de zorg is belangrijk, niet alleen vanwege de kabinetsdoelstelling, maar vooral ook vanuit de behoefte aan professionele

zorg, een behoefte die zal groeien, gezien de demografische ontwikkeling. Op dit terrein doet zich een aantal elkaar beïnvloedende ontwikkelingen voor. Het aandeel ouderen in onze bevolking neemt toe, maar de mogelijkheid voor ouderen om terug te vallen op kinderen en kleinkinderen neemt af, al was het maar omdat de kinderen niet altijd daar wonen waar de ouderen wonen en omdat de activiteiten van de kleinkinderen groot zijn in verband met de ontwikkeling van de achterkleinkinderen. Ik zie hoe in toenemende mate vrijwilligershulp intrede in de zorg blijft doen.

Mantelzorg en vrijwilligerswerk kunnen als positief worden aange-merkt, maar daarvoor moet wel aan een aantal voorwaarden zijn voldaan. Mantelzorgers hebben grote behoefte aan steun. Zij moeten kunnen terugvallen op professionele hulp, die ook aandacht besteedt aan hun problemen. Mensen die ervoor kiezen zelf thuis zorg te verlenen aan familie, partner, ouder of kinderen, dreigen als gevolg van deze keuze er dan ook volledig zelf voor te moeten opdraaien, mede omdat de thuiszorg bij voortduring in een krupper financieel keurslijf wordt geplaatst.

Vrijwilligershulp vereist bovendien een gelijkwaardigheid in de verhouding. Afhankelijkheid van anderen en voortdurend moeten vragen of er gestofzuigd kan worden en of het kopje anders kan worden neergezet, dankjewel te moeten zeggen zonder iets terug te kunnen doen, is niet goed voor de hulp-ontvanger. De toedeling van hulp aan de hulpvrager is bij hulpverlening van vrijwillige hulp niet stuurbaar. Simpel gezegd, een onaangename oudere zal achter in de rij komen te staan. Om als oudere onaardig te kunnen zijn, moet je dus rijk zijn. Mensen kunnen hierdoor in de kou komen te staan.

Een voordeel is natuurlijk dat vrijwillige hulp en mantelzorg uit de eigen omgeving klaar kunnen staan op momenten waarop professionele hulp niet altijd geboden kan worden. In die zin is bevordering van flexibiliteit, bijvoorbeeld door het cliëntgebonden budget, een goede zaak. Wij wachten de ontwikkelingen af, maar hebben nog wel een vraag. Zijn de kosten voor de budget-houdersorganisatie toegevoegd aan het budget voor de hulp of er juist aan onttrokken? Deze ingewikkelde

## Ter Veld

situatie zullen wij bij de evaluatie wel terugkrijgen.

Ik begrijp overigens dat ook door de contractering van de thuiszorg getracht wordt, meer flexibiliteit binnen de zorg te genereren. Het geld gaat niet automatisch meer volledig naar de instellingen. Het kan ook elders, bijvoorbeeld bij commerciële instellingen, worden ingezet. Ik zeg niet dat concurrentie en competitie per definitie kwaad kunnen, maar dan wel graag op een "level playing field". Ik denk bijvoorbeeld aan gelijke kwaliteitseisen. Flexibiliteit in de zin van het moeten aanstellen van flexibele arbeidskrachten, puur en alleen om budgettaire redenen ± zie Salland in het betoog van de heer Boorsma ± brengt grote risico's met zich, risico's voor de werknemers in de sector, maar ook voor de toekomst van de thuiszorg. Zonder opleidingsmogelijkheid, zonder goede begeleiding van de thuiszorgverlenenden, zal snel een situatie kunnen ontstaan waarbij er een tekort aan goed opgeleide krachten is, adequate hulpverlening niet meer voldoende mogelijk is, en de belasting en de gezondheidsrisico's voor de werknemers toenemen. Het is meer Tweede-Kamerwerk, maar ik zou graag een notitie over de ontwikkelingen in de thuiszorg tegemoet zien. Zijn de bewindslieden voornemens, een dergelijke visie op korte termijn te produceren?

De CAO-onderhandelingen in het post-WAGGS-tijdperk dreigen problematisch te worden als gevolg van minder geld dan feitelijk noodzakelijk en, naar ik meen, ook toegezegd was. Welke mogelijkheden zien de bewindslieden voor deze sector om op korte termijn uit de perikelen te geraken en wat dragen zij daar zelf aan bij?

Ik maak nog een opmerking rondom vrijwillige en professionele hulp. Dat zich een constante verschuiving afspeelt, is terecht, want de aard van de arbeid bepaalt niet of het betaald of onbetaald moet gebeuren, maar de setting waarin de arbeid zich afspeelt. Er doen zich ook verschuivingen voor. Het zichtbaar maken van de onbetaalde arbeid in de zorg zou in ieder geval die verschuivingen goed in beeld kunnen brengen. Het past ook bij de afspraken van de sociale top en de Wereldvrouwenconferentie. Vanuit de beleidsontwikkeling lijkt het mij dringend gewenst, te weten welke

zorg op korte termijn noodzakelijk zal zijn wanneer de vanzelfsprekendheid van vrijwilligershulp en mantelzorg verder afneemt, omdat terugvallen op dochter of schoondochter nog minder realiteit blijkt te kunnen zijn.

Hoe gaat het overigens met de afspraak in de zorgsector om meer allochtone werknemers op te nemen? De opzet binnen de zorgsector leek gunstig, maar is het resultaat dat ook?

Thuiszorg is ook van belang voor de ouderenzorg, voor het langer zelfstandig kunnen wonen van ouderen. Toen deze staatssecretaris kamerlid was, heeft zij regelmatig aangedrongen op een model voor ouderenzorg, waarbij wonen en zorg als twee aparte componenten zouden kunnen worden benaderd. Daarmee zou het langer zelfstandig functioneren kunnen worden bevorderd. Ik heb de indruk dat er problemen dreigen te ontstaan bij de uitvoering, omdat de analyse niet geheel volledig is. Een dergelijke splitsing is vanzelfsprekend als iemand volledig zelfstandig thuis is blijven wonen en alleen een enkele keer per week hulp en zorg krijgt vanuit de thuiszorg, wellicht aangevuld met poliklinische behandeling. Het wordt veel ingewikkelder als de woonsituatie zich meer moet instellen op enige mate van hulpbehoefendheid.

Het gaat bij langer zelfstandig wonen met zorg in feite om drie werkterreinen. Allereerst om de huisvesting die, wil zij passend zijn voor ouderen of mensen met een handicap, duurder zal uitvallen, mede als gevolg van gemeenschappelijke ruimten, overdekte gangen, liften en dergelijke. Dat duurdere wonen wordt niet altijd gedekt uit de huurprijs en de huursubsidie. Dat heette indertijd het opschonen van de huursubsidie. De zorgcomponent, dus de AWBZ, kan deze huisvestingskant evenmin goed afdekken. Daar komen nog bij de servicekosten. Ik denk aan de huismeester, aan hulp bij het onderhoud van het huis en buitenruimten. Het lijkt mij dat dit moeilijk onder de AWBZ kan worden gebracht. Dat lijkt mij ook niet wenselijk. Maar servicekosten zijn evenmin subsidiabel in de wooncomponent. Het gaat dus niet om twee, maar om drie zaken. Het gaat om wonen, om zorg en om maatschappelijke hulp en voorzieningen. Op welke wijze de AWBZ, de Wet voorzieningen gehandicapten en de huursubsidie goed op elkaar

afgestemd zijn, heb ik niet helder in beeld. Wel zie ik op dit moment dat door kosten, niet-subsidiabele woonkosten, niet-subsidiabele servicekosten en gewone lasten ouderen met AOW en een klein pensioen niet in staat zijn, dergelijke woonzorghuizen te betalen.

Ik noem een voorbeeld uit de werkelijkheid. Voor ouderen in aanvulling op de bejaardenoorden woonzorgwoningen gebouwd, toegankelijk voor mensen met een WBO-indicatie. De stichtingskosten van het huis leiden tot een kale huurprijs van ruim 750. Een en ander hangt samen met een aantal in de bouw opgenomen gemeenschappelijke ruimten. De servicekosten komen uit op rond 125 en de huursubsidie dekt dus minder dan de helft van deze kosten. Dat leidt tot een huurquote van 35% of hoger op minimumniveau. Op deze manier zelfstandig wonen is alleen mogelijk voor ouderen met een goed aanvullend pensioen of een andere ruime oudedagsvoorziening. Het is opnieuw een voorbeeld van hoe het verschil in sociaal-economische situatie bepalend is voor het verschil in zorg. En dat moesten wij nu juist tegengaan.

Overigens is de keuze voor financiering uit het AWBZ-fonds wel begrijpelijk. Dan moeten wij ons echter wel inspanningen getroosten om ouderen met lagere inkomens zo lang mogelijk zelfstandig te laten wonen en hen daartoe in staat te stellen. In de analyse en dus in de oplossing moet het probleem breder worden benaderd dan alleen als woonzorgprobleem. De component van de maatschappelijke dienstverlening komt er absoluut bij. Graag hoor ik van de staatssecretaris hoe zij, samen met het ministerie van VROM, de gemeenten en de zorgverzekeraars, de synergie gestalte zal geven. Welke rol ziet zij voor zichzelf weggelegd?

De jeugdhulpverlening sla ik over, want daar ben ik redelijk enthousiast over. Ik ga door met de gezondheidszorg, waarvan de minister in de begroting schrijft dat zij niet moet worden beschouwd als een eiland. Gezondheidszorg vindt plaats binnen de verzorgingsstaat. Juist omdat gezondheid voor mensen een belangrijke voorwaarde is om vorm te geven aan het eigen bestaan, zullen de voorzieningen en de diensten van het departement toegankelijk en betaalbaar moeten

## Ter Veld

zijn. Extra aandacht is vereist voor laagbetaalden, voor mensen met een niet-Nederlandse achtergrond op het punt van de manier van voorlichting en informatieverstrekking, voor mensen met een handicap en voor chronisch zieken. Drempels elders in de samenleving kunnen mede vanuit het beleid van dit departement worden geslecht. De voorziene groei van de uitgaven moet dan ook met een dubbele meetlat worden gezien. Als ik spreek van een voorziene groei, doel ik op de demografische en technologische ontwikkelingen. Het multiplier-effect van uitgaven en bezuinigingen op dit terrein naar andere gebieden van kabinetsbeleid, naar de sociaal-economische positie van mensen, moet in ogenschouw worden genomen. Het is mogelijk dat de kosten stijgen, maar bijvoorbeeld overlast bij drugsgebruik kan mede worden opgelost door de wachtlijsten bij de verslavingszorg weg te werken. Een niet overdreven aandacht voor een gezonde leefstijl op jongere leeftijd voorkomt problemen later. En hoewel sportbeoefening soms alleen gezien wordt als blessures en ziekteverzuim, is geen sportbeoefening naar mijn mening erger. De mogelijkheden in onze samenleving om gezond dan wel ongezond te leven zijn beide erg groot. Voorlichting en activering in de gezonde richting met, waar noodzakelijk, ontmoedigingsactiviteiten kunnen de kosten van de gezondheidszorg drukken en de kwaliteit van het langer leven aanzienlijk bevorderen. Zuinigheid door pakketbeoordeling, door efficiencybevordering en door flexibeler substitutie, en dat ook financierbaar binnen de Ziekenfondswet, werkt beter. En "beter" is toch het streven in de gezondheidszorg.

De zorgverzekeraars gaven ons een aantal voorbeelden van flexizorg die thans nog niet gefinancierd kunnen worden, zoals de insulinezorg thuis, meer taken voor de huisarts bij oogheelkundige zorg, het ZAO-~~r~~ntgenbusje en het thuis toedienen van cytostatica. Welke mogelijkheden zien de bewindslieden om hieraan medewerking te verlenen? Ik denk bij zuiniger werken ook aan de specialistische hulp: betere integratie van medisch-specialistische hulp in de ziekenhuiszorg, een helderder definitie van zorgproduct en kostprijs. Het verbaast mij wanneer ik zie dat particuliere tarieven voor specialisten

20% hoger liggen dan ziekenfondsproducten. Lokale initiatieven zouden hier moeten worden ondersteund. Verder wil ik van de minister graag weten of zij reeds de honkbalknuppel heeft gehanteerd op het terrein van de geneesmiddelenprijzen of dat er enig schot zit, letterlijk dan wel figuurlijk, in de zelfregulering. Bezuinigingen die als effect hebben dat de toegankelijkheid wordt belemmerd voor mensen met lagere inkomens en mensen die meer dan gebruikelijk afhankelijk zijn van de zorg, worden door ons absoluut afgewezen.

Ik kom tot een afronding van mijn betoog. De Nederlandse gezondheids- en welzijnszorg is een groot goed. Toegankelijkheid voor een ieder is daarbij een voorwaarde voor gelijke kansen op andere terreinen. Zo werkt gezondheidsbeleid mee om de sociaal-economische verschillen te verkleinen.

Wij achten meer samenhang noodzakelijk in het beleid ten aanzien van gezondheid en arbeid, tussen beleidsontwikkelingen op het terrein van de sociale zekerheid en de volksgezondheid. Het ontbreken van een convergentie op macroniveau kan leiden tot een ongewenste tweedeling in de zorg wanneer deze convergentie zich uitsluitend binnen een beperkt aantal bedrijven voor vaste werknemers zou voordoen.

Wij vinden het van belang dat de werkgelegenheid in de zorgsector, waar de overheid een directere invloed heeft dan in de markt, voldoet aan criteria als "zekerheid biedend", "redelijk beloofd" en "adequaat opgeleid". Daarvoor moet binnen een samenleving, binnen de begroting en bij de budgetverdeling van de zorgverzekeraars ruimte zijn. Dat is in het belang van de werkers en meer nog in het belang van hen die van zorg afhankelijk zijn.

Wij waarderen de inzet om de zorg voor ouderen in het kader te plaatsen van zelfstandigheid, ook wanneer de afhankelijkheid van zorg toeneemt. Dat vereist dat dit derde aspect, dat noch tot de AWBZ noch tot de huursubsidie kan worden gerekend, ook betaalbaar wordt gemaakt en dat blijft, zo nodig door meer beleidsruimte en middelen van de gemeenten. Graag zouden wij een samenhangende visie op de ontwikkelingen in de thuiszorg van dit kabinet zien.

Met zorg zien wij een stijgende kostenontwikkeling, vooral ook omdat wij vrezen dat bezuinigingsvormen kunnen leiden tot extra drempels voor lagere-inkomensgroepen en voor mensen met een bijzondere afhankelijkheid van medische zorg, zoals chronisch zieken. Wij zien dat nu al bij de tandheelkundige zorg en bij het toch in mindere mate mogelijk zijn van zelfstandig wonen voor ouderen dan wij hadden gehoopt.

Zuinigheid juichen wij toe, vooral wanneer zij tot stand komt door een betere definitie van het inkomensbegrip bij de kring van verzekerden voor de Ziekenfondswet, door flexibeler zorg en substitutie, door betere afstemming van specialistische hulp en ziekenhuiszorg en door een sterkere positie van de huisarts.

Wij zijn benieuwd naar de inzet van deze bewindslieden, waar ik op sommige terreinen redelijk enthousiast over ben. Daarom sloeg ik ook de passage over de jeugdhulpverlening over.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Mijnheer de voorzitter! Wanneer in de politiek wordt gesproken over gezondheidszorg, gaat het meestal over cijfers en getallen, over tabellen en grafieken. Vaak hebben die betrekking op de kosten van de gezondheidszorg en op de vraag hoe die betaald moeten worden. Dit economische aspect is zeker, wij ontkennen dat niet, ook vanuit overheidsperspectief belangrijk. Maar dit moet ons niet uit het oog doen verliezen dat het in de gezondheidszorg allereerst gaat over mensen die zorg nodig hebben. In de zorgverlening gaat het om de realisering van een ethische waarde: de gezondheid. Dit betekent niet dat de gezondheid voor ons de hoogste waarde in het leven is. Dat zult u, gezien de uitgangspunten van de fracties waarvoor ik vandaag het woord voer, te weten de SGP, de RPF en het GPV, kunnen begrijpen. Dat zou het gezondheidsstreven namelijk tot een religie maken. Maar de gezondheid is wel een belangrijke ethische waarde waarop de gezondheidszorg is gericht.

De gezondheidszorg en ook het zorgstelsel als organisatorische vormgeving ervan dienen dan ook in de eerste plaats vanuit het ethisch gezichtspunt beoordeeld te worden.

## Van den Berg

Met andere woorden: zij zijn ethisch gekwalificeerd. Het ethische karakter van de gezondheidszorg is dan ook veel breder dan de zogenaamde ethische "issues", waar de bewindslieden ook regelmatig mee te maken krijgen. Ik zeg daarmee niet dat die voor ons onbelangrijk zijn; ik wil alleen aangeven dat het voor ons breder is. Ik noem dan de medische experimenten met mensen, de euthanasiediscussie, de zorg rond het levenseinde van wilsonbekwame patiënten, enzovoorts. Dat de gezondheidszorg ethisch is gekwalificeerd, houdt ook in dat de financieel-economische beoordeling van de gezondheidszorg de kleur krijgt van het ethische principe van zorg. Met andere woorden: wat wij in de zorg moeten verstaan onder economisch doelmatig of verspillend, kunnen wij niet vaststellen door een strikt economische kosten/batenanalyse. Wij hechten eraan om vanuit dit vertrekpunt een bijdrage te leveren aan het debat van vanmiddag. Wij zullen dus eerst moeten vaststellen wat goede zorg is; dat is, zoals ik al zei, in de eerste plaats een ethisch en vaak ook medisch-ethisch oordeel. Vervolgens zullen wij moeten vaststellen hoe die zorg zo effectief en doelmatig mogelijk kan worden verleend.

De in de gezondheidszorg gevestigde belangen gaan gemakkelijk een eigen leven leiden. Wij begrijpen dat best. De instituties, als doel op zich, kunnen zo dominant zijn dat er voor andere discussies geen plaats meer is. Maar in de zorg gaat het niet primair om de hulpverleners, de instellingen en de financiële belangen, maar om de patiënt, degene die zorgbehoefte is. Met name in de thuiszorg zijn momenteel de discussies tussen de "gevestigden" en de "nieuwkomers" op de markt volop aanwezig. Die discussies lopen soms heel hoog op. Hier spelen ook actuele vragen, bijvoorbeeld over het toepassen van de CAO Thuiszorg een rol. Onze fracties zouden gelijke arbeidsvoorwaarden toejuichen, maar dan moeten er ook gelijke bronnen van inkomsten zijn. Dat is veelal niet het geval. Wij willen daar wel voor pleiten. Ik hoop dat de regering hierop ingaat. Nu voor het geven van veel vormen van thuiszorg een AWBZ-erkenning nodig is, worden de wachtlijsten onaanvaardbaar groot. Wij denken dat daaraan heel veel zou kunnen worden gedaan door de

flexibiliteit op de thuiszorgmarkt. Bij overheidsregulering in dezen wordt de patiënt naar onze mening direct de dupe van bezuinigingen; dat is lang niet altijd nodig. Het bestaansrecht van de hele gezondheidszorg ligt echter in de zorg voor de patiënt. Dat moeten wij steeds blijven vasthouden. Daar moet de overheid ook heel nadrukkelijk naar kijken: wat is voor de patiënt het beste, wat is in het belang van de patiënt het doelmatigste? Daarom dient de rol van de gebruiker, van die patiënt, in het drie-partijenoverleg sterk te zijn. Wij erkennen dat dit sterk is verbeterd, maar wij vinden dat dit nog onvoldoende tot uitdrukking komt. Er zijn wel instrumenten voor ontwikkeld, maar er is nog meer voor nodig.

De minister heeft gezegd dat "ontnuchtering" over wat de gezondheidszorg vermag, ons kan redden van een almaar uitdijende vraag. Maar wat gebeurt er dan om die vraag werkelijk terug te dringen?

Ik kom op de eigen betalingen. De minister heeft onlangs in De Groene, maar ook in De Telegraaf gezegd dat er na de gedeeltelijke verwijdering van fysiotherapie, tandheelkunde en medicijnen geen andere uitdunningen op stapel staan. Dat zou namelijk snijden in essentiële zorg zijn; en dat wil de minister niet. Wat die verwijderingen de schatkist beogen op te leveren, is duidelijk. Wat zij de burger kosten, wordt ook steeds duidelijker in termen van dure aanvullende verzekeringen. Niet iedereen kan dat betalen, als men zich al kan bijverzekeren ± dat is vaak een volgend probleem ± en niet als een brandend huis wordt beschouwd. Er zijn schattingen dat de opbrengst van de verwijdering van tandheelkunde voor de schatkist, zo'n 300 mln., overtroffen wordt door de verhoogde premie-uitgaven in de aanvullende sfeer van circa 800 mln. Mevrouw Schoondergang heeft hier ook op gewezen, zij het zonder deze cijfers te noemen. Het is goed om hier in dit debat toch even bij stil te staan. Onze kritiek op de eigen betalingen is de volgende. Ten eerste zijn de inningskosten hoog. Wellicht kan echter aangetoond worden dat dit niet het geval is. Ten tweede is de kosten/batenverhouding scheef. Ten derde zijn de eigen betalingen niet voldoende effectief, omdat niet noodzakelijk gebruik niet op voorhand afneemt. Het treft grootverbruikers onevenredig.

Misschien is dit wat oneerbiedig gezegd, maar men zal begrijpen dat ik hiermee de chronisch zieken enzovoort bedoel. Het tast de solidariteit aan en maakt de gezondheidszorg voor de burger alleen maar duurder, gezien de extra premies in aanvullende sfeer.

Er wordt ook heel veel gesproken over volumebeperking. Dit betreft zaken als bevrozing van de loongrens tot en met het ziekenfonds afschaffen. Maar dan wordt de tweede trap, de basisverzekering, een armenverzekering waar de armen solidair zijn met de armen, en zoeken de rijken, de beter gesitueerden, hun toevlucht elders. Het advies van onze fracties aan de minister zou zijn: laat het verzekerd pakket in stand, maar maak er een ontnuchterd gebruik van. Dit kan bijvoorbeeld door een verscherping van de indicatiestelling <sup>de</sup> la fysiotherapie. Dat loopt namelijk best in de praktijk. Verder kan dat door een goed slot op de deur. Dat wil zeggen: een heel goede screening van nieuwe technieken en middelen, voordat zij in het verzekerde basispakket komen. Voorts noem ik een verwijdering van ondoelmatige ingrepen, behandelingen en procedures. Op dat punt valt best nog wat te verbeteren. En het allerbelangrijkste is investeren in een betere interactie tussen patiënt en dokter, die is gebaseerd op tijd en informatie. Uit het programma Keuzen in de zorg ± je hoort hier nog maar weinig over, maar het is volgens ons best succesvol geweest ± maar ook uit een onderzoek van het Nederlandse huisartsen-genootschap blijkt dat de Nederlandse bevolking in principe al zuinig en kritisch met zorg omgaat. Welnu, die trend zouden wij moeten versterken. Ik ben ervan overtuigd dat de minister de patiënten-organisaties dan aan haar zijde vindt en dat die daar best een bijdrage aan willen leveren. Onze vraag luidt: waarom geen investering in deze richting met als doel, onnodig gebruik te voorkomen ten behoeve van onontkoombaar noodzakelijk gebruik?

Ik sta nog even stil bij de regiovisie. Zowel in de beoogde vernieuwing van de WZV als in de ideeën over de regiovisie zijn de provincies praktisch weggeschreven. Ik kijk hierbij even naar de staatssecretaris. Als oud-statenlid moet dat haar pijn doen. Er is dus geen democratische legitimatie en geen

## Van den Berg

rol voor de regionale patiënten/consumentenorganisaties in de schaduw van de provinciale rollen, maar er is des te meer manoeuvreerruimte voor de verzekeraars. En daar zit voor ons dan ook de pijn. Wie controleert hoe de verzekeraars de collectief opgebrachte middelen uitgeven? Omdat de verzekeraars naar onze waarneming in het tweede en het derde compartiment de vrijheid krijgen om te contracteren naar eigen voorkeur, zowel kwantitatief als kwalitatief, gaat de zorgplicht zweven. Wat als de zorg te krap is ingekocht en er ellendige en ellenlange wachtlijsten zijn, hetgeen volgens ons valt te verwachten bij risicodragende verzekeraars? Wie spreekt de zorgverzekeraars daarop aan, anders dan via de zeer vertraagde marktwerking van verzekerden die met de voeten stemmen en dus weglopen? Wie kan erop toezien dat verzekeraars niet alleen quantum inkopen, maar ook en vooral kwaliteit en liefst meer dan de minimale kwaliteit? De overheid is terug in het eerste compartiment waar zij als vanouds de verantwoordelijkheid neemt. En daar zijn wij als fracties heel gelukkig mee.

Welke rol is volgens de minister voor de overheid weggelegd in het tweede en het derde compartiment? Ik noem in dit verband een heldere corrigerende rol voor provincie en voor patiënten en consumenten en een reële invulling van het regiovisieconcept. Patiëntenorganisaties en zorgaanbieders gaan steeds verder in de integratie van hun kwaliteitssystemen. Dat is een goede zaak. De overheid heeft hier in het verleden ook het voortouw voor genomen. En zij is hier nog steeds bij betrokken. In het verlengde van de Leidschendam-conferenties heeft nu een kwaliteitsfonds in de thuiszorg een plaats gekregen. Daar bestaat nu overeenstemming over. Wij vragen de minister of een dergelijke oplossing ook voor andere sectoren in de AWBZ/care- en in de cure-sector kan worden georganiseerd?

Mijnheer de voorzitter! Het Financieel overzicht zorg heeft binnen de begroting van het ministerie van VWS een wat vreemde status. In feite begroot de minister een sector die in principe autonoom is. Zo'n begroting is noodzakelijk, maar kan veel minder strikt zijn dan de begroting van een ministerie waar iedereen in

loondienst is. Een dergelijke begroting dient dus een andere status en een andere methodiek te hebben. Wellicht dat het Budgettair kader zorg hier een oplossing voor biedt. De ramingen van het FOZ zijn altijd te laag; wij constateren dat al jaren. Hier dient wel wat aan gedaan te worden, want het regeringsbeleid moet eerlijke informatie bevatten, ook wat de kosten betreft. Iedereen die bekend is met de gezondheidszorg, kan weten dat 1,3% groei per jaar te weinig is. In het regeerakkoord is wel afgesproken dat er iets meer ruimte mogelijk is, wanneer dat noodzakelijk is, maar wij weten allemaal hoe moeilijk dat te bevechten is binnen een kabinet. De regering mag geen sluitende begroting maken op basis van cijfers die nimmer gerealiseerd kunnen worden.

Onze fracties vinden het juist om een deel van de kosten van de gezondheidszorg van de definitie af te splitsen, namelijk het zogeheten derde compartiment. Dit betekent echter wel dat een deel van de kosten zich aan de waarneming gaat onttrekken. En dat is niet goed. Wellicht dat het toch goed is om het FOZ de gehele gezondheidszorg te laten beslaan, als het gaat om realisatiecijfers. De toekomstcijfers zouden dan in twee delen uiteenvallen: budgetten voor het eerste en het tweede compartiment en ramingen zonder enkele dwang voor het derde compartiment. Dit is natuurlijk maar een suggestie.

Bij de drietrapsraket is het belangrijk dat de compartimenten zuiver blijven. Het lijkt ons niet goed, als bepaalde zorgverleners in meerdere compartimenten zitten. Dan kun je namelijk allerlei ongewenste verwijzingen krijgen. Het zijn ook maar mensen! Ook moet worden opgepast voor de effecten van het derde compartiment op de eerste twee. Het derde compartiment wordt namelijk overgelaten aan de krachten van de min of meer vrije markt. Maar wat te doen, als mislukkingen in het derde compartiment leiden tot intensieve behandeling en kosten in het tweede of eerste compartiment?

Onze fracties willen ook graag aandacht vragen voor de koppelverkoop van ziektekostenverzekeringen met bijvoorbeeld ziekte- of invaliditeitsverzekeringen. Dit kan allerlei ongewenste effecten hebben. Gedacht kan worden aan de ontwikkelingen in de voorspellende

geneeskunde. Wij hopen dat de minister op dit gebied passend beleid zal voeren.

De zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg lijkt onze fracties heel goed. Daar zijn de resultaten ook naar. Alleen, het lijkt erop dat de identiteitsgebonden instellingen worden benadeeld. Ik zeg nadrukkelijk dat het daarop lijkt; ik zeg dus niet dat het zo is. Ik lees bijvoorbeeld regelmatig in de krant dat GLIAGG De Poort in grote problemen zou zitten; ik ontvang ook wel eens een fax. De regering moet volgens onze fracties deze instellingen een ruime plaats gunnen. De klant is immers koning of, zoals in het advies van de Ziekenfondsraad over het persoonsgebonden budget staat: de klant is autonoom, en dat moet ook hier blijken. Daar willen we met z'n allen toch naar toe? Dit geldt niet alleen voor de GGZ maar ook voor identiteitsgebonden ouderenzorg, gehandicaptenzorg en thuiszorg. Wij vragen de aandacht van de bewindslieden hiervoor. Willen zij de identiteitsgebonden zorg, waaraan gezien de lange wachtlijsten zoveel behoefte is, een rechtmatige plaats geven binnen de gezondheidszorg?

In de circulaire "modernisering ouderenzorg" van 21 december 1995 wordt provincies en grote steden verzocht, een plan voor de verzorgingshuizen op te stellen voor de periode 1997-2000, binnen de in de circulaire opgenomen financiële kaders. Deze financiële kaders wijken naar onze waarneming substantieel af van de kaders die zouden gelden, wanneer de WBO in zijn huidige vorm blijft voortbestaan. Voor de provincies kan dit miljoenen guldens hoger uitkomen ten opzichte van de huidige situatie. Omdat nog niet tot intrekking van de WBO is besloten, ontstaat hier een gecompliceerde situatie. Nu zijn problemen om opgelost te worden, maar dat moet nog wel gebeuren. Pas in de zomer kan de parlementaire behandeling van de intrekkingwet-WBO worden afgerond. Er ontstaat een miljoenen tekort wanneer de intrekking van de wet niet tijdig lukt en PS een plan-WBO hebben vastgesteld binnen het door het Rijk afgegeven kader. Wij vragen de staatssecretaris, hoe zij de overgang van de WBO naar de AWBZ begeleidt, en welke termijnen zij daarbij voor ogen heeft.

Onze fracties zijn blij met de regeling van het persoonsgebonden

## Van den Berg

budget (PGB). Wij vinden het bijzonder fijn dat de staatssecretaris daaraan heel enthousiast gestalte probeert te geven. Het vergroot namelijk de keuzevrijheid van de patiënt in hoge mate. Wij vinden het noodzakelijk dat deze regeling verder wordt uitgebouwd. Dit is zeker ook nodig om een omslag te maken van een aanbodeconomie naar een vraageconomie. Het PGB zal op grotere en bredere schaal moeten kunnen worden toegepast. Die mogelijkheden zijn er, ook voor hulpmiddelen en voor delen van de zorgsector. Misschien wil de staatssecretaris daarover in haar beantwoording nog iets zeggen. De indicatiestelling zal naar onze mening absoluut losgemaakt moeten worden van aanbieders en van rantsoeneringsregels. Pas dan kan een reëel inzicht worden verkregen in de vraag, in de noodzakelijke planning en in de kloof tussen vraag en aanbod. Pas dan kunnen zorgverzekeraars worden aangesproken op een juist en vraaggeëndiceerd inkoopgedrag. De huidige praktijk rondom het persoonsgebonden budget kent nogal wat problemen, zo signaleren onze fracties. Omdat het allemaal nieuw is, is dat ook begrijpelijk, maar wij willen er een aantal signaleren. Wij noemen er enkele.

Bij meerdere regionale contactkantoren is het PGB voor 1996 inmiddels op. In de maand februari werd dit al geconstateerd voor sommige regio's. We hebben echter nog negen maanden te gaan in dit jaar en de informatieverstrekking over het PGB is eigenlijk nog maar net op gang gekomen.

Als gevolg van dit knelpunt vormen zich ook daar wachtlijsten. Patiënten willen zelfstandig keuzes maken, waartoe de overheid ook oproept, maar zij kunnen hun keuzes vervolgens niet effectueren, en dat is natuurlijk erg negatief.

In de vorige jaren had het PGB minder bekendheid. In 1995 is er, voor zover wij dat hebben kunnen nagaan, dan ook geld overgebleven van het PGB-budget. Het is niet duidelijk voor regionale contactkantoren waar dat geld nu voor bestemd is. Het zou natuurlijk heel goed zijn als in de regio waar het al op is, vanuit het oude budget nog een bedrag beschikbaar kan worden gesteld.

Omdat de indicatiestelling op dit moment door de reguliere zorg

wordt gedaan, ontstaan grote problemen bij de intake, zo constateren verschillende aanvragers. De intaker is partijdig en patiëntenorganisaties constateren dat patiënten vaker onheus worden bejegend en min of meer worden gedwongen, de zorg in te kopen bij de reguliere instelling. Hier zijn voorbeelden van. De keuzevrijheid van de patiënt wordt dan niet gerespecteerd.

De overgang tussen het PGB en de regeling intensieve thuiszorg laat zeer te wensen over. Dat is een constatering uit de praktijk. Het PGB is gemaximeerd. Dit betekent dat, wanneer een patiënt terminaal wordt, het PGB vaak niet meer voldoet. Noodgedwongen moet dan worden teruggevallen op de regeling voor intensieve thuiszorg. Deze regeling laat alleen AWBZ-erkende instellingen voor vergoeding in aanmerking komen. In de praktijk betekent dit, dat patiënten die bewust gekozen hebben voor een andere vorm van zorg dan de reguliere zorg, in het laatste stukje van hun leven alsnog terug moeten naar de reguliere zorg. Wij zouden daarin graag verbetering zien aangebracht, zodat dat kan doorgaan met de mensen die dienst verlenen middels dat persoonsgebonden budget. Wij vragen de staatssecretaris, of zij deze problemen herkent, en hoe zij deze problemen gaat oplossen.

Wij hebben waardering voor de inzet van de bewindslieden, zoals bij andere gelegenheden ook al eens is gezegd. Het is een geweldig weerbarstige materie, en hoewel er maar sprake is van stappen vooruit, zit er wel degelijk vooruitgang in. Wij waarderen dat zeer, evenals de betrokkenheid van de bewindslieden. In de zorg gaat het niet primair om de hulpverleners ± die natuurlijk niet onbelangrijk zijn ± de instellingen en de financiële belangen, maar om het belang van de patiënt. Daarvoor moeten wij ons met z'n allen blijven inzetten.

□

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Voorzitter! Wie in maart 1996 de begroting over 1996 gaat behandelen, brengt mosterd na de maaltijd, tenzij de gelegenheid wordt aangegrepen, er een beleidsdebat van te maken over de hoofdlijnen van het beleid. De collega's die ik mocht beluisteren,

hebben dat tot mijn vreugde ook gedaan en ik hoop die lijn voort te zetten. En, voorzitter, als ik dan zie wat er het afgelopen jaar aan werk verzet is door de minister en de staatssecretaris, is dat indrukwekkend. Een bouwwerk aan wetgeving, nota's en notities is opgericht en aan het inhoudelijk en politiek denken op het gebied van het VWS-ministerie is een enorme stoot gegeven. Ik had bij de voorbereiding van deze begroting dezelfde ervaring als de heer Boorsma, namelijk dat ik bij het bij de kop pakken van een onderwerp nog even snel naar de brievenbus moest hollen om te zien of er geen nieuwe brief over het desbetreffende onderwerp was verschenen. In Nederland hebben we meen ik een schrijver gehad die sneller kon schrijven dan God kon lezen, maar vooral nu ik aan de lezer denk, vind ik dat eigenlijk niet zo'n goede vergelijking. Volgens mij was dat Vestdijk! Mijn fractie prijst de minister en de staatssecretaris voor hun inzet.

Ook het lezen van de begroting is een verademing. Over onze zorgen heb ik het straks. De taal is helder en de hoofdlijnen zijn duidelijk. Blijkbaar heb ik een andere bril dan sommige sprekers, maar toch. Ook uit het hart gegrepen is mij de nadruk op de noodzaak tot samenwerking met andere departementen.

De heer **Boorsma** (CDA): U zegt dat de begroting zo helder is. Ik heb daarstraks een passage genoemd die ik niet helder vind. Kunt u mij uitleggen wat daarin staat?

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Ik lees de begroting meer als Eerste-Kamerlid dan als financieel deskundige, die ± ik wil niet zeggen "op iedere slak zout legt" ± heel minutieus te werk gaat. Als in een begroting de hoofdlijnen duidelijk worden weergegeven, en duidelijk wordt wat verwacht mag worden van in dit geval VWS, vind ik haar inderdaad heel duidelijk.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter! Zojuist heeft mevrouw Tuinstra gezegd dat zij zich wil beperken tot het beleidsdebat en dat zij de begroting niet zozeer wil behandelen, omdat dit mosterd na de maaltijd zou zijn. Vervolgens zegt zij dat zij de begroting zo helder vindt. Als dat zo is, dan hoor ik graag op hoofdlijnen de uitleg van mevrouw Tuinstra van



## Tuinstra

dat bewuste artikel. Ik val haar niet lastig over de details, maar dat artikel is haast onleesbaar!

Mevrouw **Tuinstra** (D66): De heer Boorsma, als groot financieel expert, leest dat artikel natuurlijk anders dan ik. Ik lees het wat globaler. Daar zal het verschil wel in zitten, maar ik wil er straks nog wel even naar kijken.

Ik was gebleven bij de noodzaak tot en de nadruk op de samenwerking met andere departementen. Dat is wel eens anders geweest. Er moet met Sociale Zaken worden samengewerkt op het gebied van de werkgelegenheid. Ik noem wat dat betreft de grote toevloed van Melkert-banen, waaruit de gezondheidszorg kan putten. Dat lijkt mij een bijzonder winstpunt. Er moet worden samengewerkt met Milieu, Volkshuisvesting, Onderwijs en Justitie. Wat het laatste betreft wijs ik op de jeugdhulpverlening. In het verleden is sprake geweest van een eindeloos durende strijd, onder andere met Justitie, over die jeugdhulpverlening. De samenwerking lijkt nu echter op gang te komen.

Het begint er eindelijk ook op te lijken dat de verkokering niet langer de trend is, dat die misschien zelfs op haar laatste benen loopt, maar dat is wellicht te optimistisch. Volhouden maar! Verder staat de gezondheidszorg weer hoog op de politieke agenda. Zo hoort het ook. Er gaat zo'n 160 mln. per dag in om. Er werken 650.000 mensen in de gezondheidszorg. Dat is bijna 10% van de beroepsbevolking. Bovendien blijkt uit velerlei onderzoek dat Nederlanders aan gezondheid de hoogste waarde toekennen. In het recente, zeer lezenswaardige rapport van het Sociaal en cultureel planbureau, getiteld "Patient en professe", wordt gesteld dat 60% van de Nederlanders een goede gezondheid als het belangrijkste in het leven noemt.

Helaas betekent dit niet dat zij dit in hun leefstijl ook tot uiting brengen. Maar het rechtvaardigt zeker de politieke aandacht voor gezondheidszorg en welzijn. Dit brengt mij op mijn eerste vraag aan de bewindsvrouwen. Zou er niet meer kunnen worden gedaan aan de voorlichting over de geboden gezondheidszorg in Nederland? Ik bedoel nu niet de gezondheidsvoorlichting in engere zin, hoe belangrijk ook. Ik vind dat wij

duidelijk moeten maken dat wij in Nederland een prachtige gezondheidszorg hebben. Dat is een groot goed, dat echter ook het nodige kost. Er is in het veld nogal wat te doen over de premieverhoging. Mijn fractie wil deze lastenverzwaring niet bagatelliseren, maar het komt mij voor dat ook de Nederlandse burger zijn prioriteiten moet stellen. Een vergelijking met het buitenland is moeilijk. Andere financieringsystemen verhinderen dit. Toch moet het mijns inziens mogelijk zijn om de mensen niet alleen meer kostenbewust te maken, maar ook bewust te maken van het feit dat wie aan gezondheid zo'n hoge waarde toekent ook iets moet over hebben voor de zorg voor die gezondheid. Voorlichting, of liever informatie over wat wordt geboden, is daarbij een voorwaarde. Dat kan naar onze mening nog worden verbeterd.

Het pakket is opgeschoond. Dat was pijnlijk. Wij zijn wel van mening dat verdere uitdunning niet moet. De beperkingen voor de tandarts en de fysiotherapeut konden wij slikken, omdat de ernstige gevallen toch geholpen blijven. Maar het grote goed van de toegankelijkheid mag niet op de tocht komen te staan. Kan de minister bevestigen dat er voorlopig niet meer uit het ziekenfondspakket wordt gehaald? In dit verband heb ik een vraag van de Nederlandse lever en darmstichting over spasmodica. Deze geneesmiddelen zouden niet meer worden vergoed. Uit doelmatigheidsoogpunt kan ik mij daar wel iets bij voorstellen. Hebben die geneesmiddelen namelijk wel effect? Maar in het geval van chronische darmklachten is wel sprake van een probleem. Aangepaste voeding, een geregeld dieet, zou een substituut kunnen vormen. Helaas hebben de meeste medici, ook de specialisten, geen verstand, geen kennis van voeding. De nota Gezond en wel noemt voeding als een terrein waar nog gezondheidswinst te halen is. Hoe denkt de minister die winst binnen te halen? Komt daar in de opleiding van de gezondheidswerkers nu meer aandacht voor?

Het voedingsaspect dient onzes inziens veel explicieter geoperationaaliseerd te worden. In Duitsland en in de Verenigde Staten geeft men aan voeding wel de broodnodige aandacht. Waarom hier dan niet? Komt er een goede plaats voor voeding in de diverse opleidingen? Ik

lees in de begroting dat de Gezondheidsraad een opdracht op dit gebied krijgt. Er is echter al veel onderzoek. Is het niet belangrijker om dat wat al bekend is in het veld te brengen? Bovendien kunnen de bezuinigingen op de geneesmiddelen dan ook beter worden uitgelegd. Hetzelfde verhaal zou ik kunnen houden over revalidatie. Ook dat ligt op de grens van het medisch handelen en daar wordt weinig aandacht aan besteed. Dat is ten onrechte, want dit kan recidive voorkomen. Graag enig commentaar hierop.

Natuurlijk hebben ook wij zorgen over de kosten van de gezondheidszorg. Maar die zorgen betreffen minder het percentage van de groei, dan wel de verdeling binnen het huidige budget. In de samenvatting van het Financieel overzicht zorg 1996, een compliment voor deze overzichtelijke uitgave overigens, staat het heel duidelijk. Voor de zorg in en vanuit ziekenhuizen is 20 mld. beschikbaar. Ik rond nu even af. Ik kijk daarbij niet op een miljoentje. Voor de voorzieningen voor ouderen gaat het om 11 mld. De zorgverzekeraars spreken zelfs van 15 mld. Bij de voorzieningen van en rond de huisarts gaat het om 8,5 mld. Bij de geestelijke gezondheidszorg gaat het om 4,5 mld.

Mijn fractie vraagt zich nu af of de ziekenhuizen niet een te groot deel van de gelden tot zich trekken. Natuurlijk weten wij van de specialistenproblematiek. Wij steunen de richting waarin de minister de oplossing zoekt. Maar blijft de verdeling niet onevenwichtig? Legt topzorg niet een te groot beslag?

Wij zijn het in elk geval niet eens met het commentaar van de zorgverzekeraars in Nederland. Zij zijn van oordeel "dat het huidige financiële kader voor de topzorg onvoldoende is en dat de toedeling van beschikbare middelen een gewijzigde prioritering behoeft". Nee, alstublieft niet, want ten koste waarvan dient de topzorg uitgebreid te worden? Zowel de ouderenzorg als de geestelijke-gezondheidszorg staat voor een cultuuromslag, globaal gezegd van intramuraal naar begeleid extramuraal. Dat is een toe te juichen ontwikkeling, die vooral in de overgangsfase tijd, geld en menskracht zal vragen. Laten wij ook eens een vergelijking trekken tussen het aantal hulpverleners dat zich in

## Tuinstra

een topziekenhuis bezig houdt met één patiënt en de hulpverleners in een verpleeghuis of een chronisch zieke die thuis blijft. De care komt er vergeleken met de cure dan bekaaid af.

De beleidsbrief Medische technology assessment en doelmatigheid van de zorg van november 1995 geeft wellicht de richting aan waar wij naar toe moeten koersen, maar een en ander is nog onvoldoende van de grond gekomen. Graag een commentaar van de bewindsvrouw op dit punt.

Dan de eigen bijdrage en het eigen risico. In de brief van 1 september 1995 geeft het kabinet de richting aan voor de beleidsvoornemens in de kwestie van de eigen bijdrage en het eigen risico. Graag verneemt mijn fractie hoe de stand van zaken nu is. D66 heeft in de Tweede Kamer het idee gelanceerd om het in het regeerakkoord genoemde eigen risico in te ruilen voor een systeem van eigen bijdragen met een inkomensafhankelijk plafond. Ik ga dit nu niet in extenso voordragen, maar mijn fractie blijft van mening dat dit de richting is die ons uit de financiële zorgen moet brengen. De eigen verantwoordelijkheid moet voelbaar zijn in de dagelijkse uitgaven van de burger, maar er mag geen verdere lastenverzwaring voor de mensen met de lagere inkomens optreden. Het is mijn fractie niet goed duidelijk waarom thans geen knopen kunnen worden doorgehakt. Graag horen wij hierover meer van de minister. Zijn de berichten hierover in de Volkskrant van vandaag juist? Ook zouden wij graag een reactie van de minister horen over de voornemens van sommige werkgeversorganisaties om hun werknemers collectief privé te verzekeren en op deze wijze wachtlijsten te omzeilen buiten het budgetkader zorg. Dreigt hier niet het gevaar van een speciale verzekering voor de werkende, de toch al wellicht wat sterkere in onze samenleving, wat de tweedeling verder zou bevorderen?

Het persoonsgebonden budget brengt in praktijk en in de politiek wat velen lang met de mond hebben beleden, maar niet hebben verwerkt, namelijk keuze bij de cliënt/patiënt, flexibiliteit van zorg en zo veel mogelijk onafhankelijkheid. Wij steunen dit van harte. Ook hier een cultuuromslag, vooral voor de zorgaanbieders. Zij meenden het

immers altijd beter te weten dan de cliënt zelf. Mede daardoor waren aanbod en vraag onvoldoende op elkaar afgestemd.

Eens dus met het principe, maar de tegenkrachten zijn niet zomaar verdwenen. Daarom is het mooi en natuurlijk geen toeval, dat wij het afgelopen jaar wetten hebben aangenomen die de positie van de cliënt versterken. Ik noem de Wet op de behandelingsovereenkomst, het klachtrecht en de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen. Het komt ook goed uit en ook dat is niet toevallig, dat ons recentelijk een beleidsbrief heeft bereikt over indicatiestelling met als uitgangspunten: objectiviteit, integraliteit en onafhankelijkheid.

Er komt een landelijk referentiekader waaraan regionale organen kunnen refereren. Dit alles vormen noodzakelijke steunpunten voor de optie van het persoonsgebonden budget, want als wij het geworstel, de nood moet ik helaas zeggen, in de thuiszorg zien dan is het duidelijk dat wij in een overgangsfase zitten. Van de problemen in de thuiszorg lezen wij dagelijks in de krant. Verschillende collega's spraken er al over. Wij ontvingen ook brieven over wachtlijsten voor hulp enerzijds en gedwongen ontslagen anderzijds. Voorts is er onduidelijkheid over de woon-zorgscheiding c.q. -onderscheiding, idem over lichamelijke en huishoudelijke hulp. Ook wordt er in de stukken wel gesproken over zorg na de ziekenhuisopname die onder de AWBZ zou vallen, maar niet over de periode daarvoor. Dan kan ook hulp geïndiceerd zijn. Hoe wordt die gefinancierd? Onder welk regime? Kan de staatssecretaris hierover verhelderende, liefst oplossende woorden spreken? Komt de nota Thuiszorg er wellicht aan?

Aanvullend wil mijn fractie graag nog weten hoe het staat met de evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten. Overigens bereiken mijn fractie berichten dat de Wet behandelingsovereenkomst toch niet die versterking van de positie van de cliënt heeft gebracht die beoogd wordt. Kan hier wellicht een versnelde evaluatie plaatsvinden of is de voorlichting over deze wet aan de hulpverleners wel voldoende geweest?

Ten slotte, na de toegankelijkheid, de betaalbaarheid en de flexibiliteit van de gezondheidszorg iets over de

kwaliteit. In de Tweede Kamer is bij de begrotingsbehandeling in december jongstleden vrij uitvoerig over medische ethiek gesproken. Het verheugt mijn fractie dat de medisch-ethische kant van de gezondheidszorg zo volop in de belangstelling staat. Dat is wel eens anders geweest. Zij kan mede richting geven aan de wijze waarop de problemen die bijvoorbeeld de vergesloopte medische technologie met zich brengt, opgelost worden. De minister zegde in december in de Tweede Kamer toe, dat zij met haar collega van Justitie het probleem van de zwaar meervoudig gehandicapt geborene zou bespreken, in die zin dat tot instelling van toetsingscommissies zou kunnen worden overgegaan. Op een D66-congres over medische ethiek stelde de minister nog eens, dat levensbeëindigend handelen hier wel juridisch moord is, maar dat moreel gezien hier van moord geen sprake is. Mijn fractie deelt die mening.

Reeds verschillende malen is de idee van een toetsingscommissie achteraf geopperd. Deze toetsingscommissie zou het openbaar ministerie dan moeten adviseren over dat speciale geval. De minister wil de evaluatie van de huidige euthanasiewetgeving afwachten. Ik begrijp toch niet zo goed waarom dat laatste in dit geval nodig is. Levensbeëindigend handelen bij pasgeborenen is toch geen euthanasie? Euthanasie betreft toch alleen levensbeëindigend handelen op verzoek?

Mijn fractie heeft met aandacht de brief inzake het vervolgsbeleid van 23 februari 1996 gelezen. Een goede brief waaruit voor de goede verstaander naar voren komt, dat de huidige meldingsprocedure te sterk strafrechtelijk is ingekaderd. De arts werkt echter aan de hand van medische criteria. En zo ontstaat verwarring. Het is een goede gedachte van de bewindsvrouwen dat zij positief staan ten aanzien van het initiatief van de KNMG om een steunpunt voor overleg en advies in te stellen voor artsen aan wie om euthanasie gevraagd wordt. Dit valt onder kwaliteitsverbetering. Dit is toch echter ook het geval bij een toetsingscommissie voor de zwaar gehandicapt pasgeborenen? Ook hier zou alleen al het bestaan van een toetsingscommissie een steun voor deze moeilijke en levensbeslissende gevallen zijn. In de genoemde brief

## Tuinstra

staat toch immers dat ook hier de beperkte juridische context van de meldingsprocedure als problematisch wordt ervaren? Graag zou mijn fractie dus zien dat de bewindsvrouwen reeds nu maatregelen in gang zetten om tot de toetsingscommissies te komen. Het gaat hier om groot menselijk leed en daarin moet men wel zorgvuldig ten aanzien van de kwaliteit maar niet formalistisch ten aanzien van de letter van het regeerakkoord te werk gaan.

Mijnheer de voorzitter! Ik wil afronden. Ik eindig zoals ik begonnen ben. Mijn fractie heeft groot respect voor alles wat deze bewindsvrouwen aan werk verzetten. Zij hebben beiden ons vertrouwen en wij wensen hun succes met de verdere verbetering van onze gezondheids- en welzijnszorg.

### Voorzitter: Postma



De heer **De Wit** (SP): Mijnheer de voorzitter! In de jaren tussen 1973 en 1993 was er in de gezondheidszorg sprake van een gemiddelde volumegroei van 2,3% en voor dit jaar wil het kabinet uitgaan van een groei van maar 1,3%. Op 10 november vorig jaar werd door alle aanbieders in de zorg gezamenlijk een oproep gedaan aan het kabinet en het parlement om niet akkoord te gaan met die onrealistische financiële taakstelling. Ze dreigen nu reeds gelijk te krijgen; er blijken flinke tekorten in de AWBZ- en de ziekenfondskassen. De SP-fractie is daarover bezorgd, vooral nu die tekorten een negatieve rol zullen kunnen gaan spelen in de discussie over het behoud van de koopkracht in 1997 van mensen met een minimuminkomen.

Nog niet zo lang geleden was het ondenkbaar dat begrippen zoals "marktwerking", "concurrentie" en "flexibilisering" in een debat over de gezondheidszorg aan de orde zouden komen. Onder dit paarse kabinet gebeurt dit wel en ook hoe langer hoe meer. Dit heeft gevolgen voor nogal wat onderdelen van de gezondheidszorg en bij enkele daarvan wil ik vandaag stilstaan.

Ik noem in de eerste plaats de thuiszorg. Het kabinet is voorstander van substitutie van zorg in instellingen naar zorg thuis. Terwijl wel de norm voor ziekenhuisbedden is

verlaagd en het aantal plaatsen in verpleeg- en verzorgingstehuizen is gesaneerd, is de versterking van de thuiszorg achterwege gebleven. Dit heeft geleid tot toename van de werkdruk, scherpere indicatiestelling, minder uren zorg en wachtlijsten maar ook tot de groei van de particuliere thuiszorg. Hoewel de toegezegde beleidsnota over de thuiszorg uitblijft, schijnt de minister gekozen te hebben voor, jawel, meer ruimte voor de markt, voor concurrentie in de thuiszorg en daarom ook voor meer flexibiliteit. "Dat schudt de boel lekker op", zo zei de minister reeds in 1995. Te constateren valt dat vanaf 1 januari 1996 zelfs al gemeenschapsgeld naar erkende particuliere thuiszorg gaat. Naar mijn oordeel is dat vreemd, omdat het parlement zich nog niet heeft kunnen uitspreken over deze kwestie.

De negatieve gevolgen van de in gang gezette marktwerking worden nu al duidelijk. Ik noem er enkele:

- de rechtspositie van de werkers in de particuliere thuiszorg staat onder druk; de CAO wordt ontdoken;
- de kwaliteit van de zorg laat te wensen over, evenals de hoeveelheid zorg;
- er worden steeds meer constructies bedacht om de werkers in de zorg buiten wet- en regelgeving te houden.

Zetten deze ontwikkelingen zich door, dan valt te vrezen, zo zegt de Vereniging voor thuiszorg, voor een verlies van 4000 arbeidsplaatsen in de reguliere thuiszorg. Dat was reden voor de Abva/Kabo om nog niet zo lang geleden een plan van aanpak van deze misstanden te presenteren.

De SP-fractie is van mening dat er meer geld moet naar de thuiszorg om de gestegen vraag, te weten met 5% per jaar, te bekostigen. Wat vinden de minister en de staatssecretaris van deze situatie vinden en hoe ver zijn zij met de nota over de thuiszorg die aan de Tweede Kamer is toegezegd?

In de tweede plaats de voorrangszorg. Deze is actueel vanwege de invoering van de nieuwe Ziektewet. Op 7 december 1995 zei de minister in de Tweede Kamer nog: "Ik kan mij op dit moment niet voorstellen dat er wachtlijstomzeilende initiatieven zijn die ik aanvaardbaar zou vinden." Tijdens het mondelinge vragenuur in de Tweede Kamer op 12 maart jongstleden leek de minister een ruimer standpunt in te nemen. Verwijzend naar het door de KNMG

opgestelde referentiekader, noemde zij nog fatsoenlijk "een situatie waarin de niet-werkenden die op een wachtlijst staan, er geen enkel nadeel van ondervinden dat de werkenden snel geholpen zouden worden op momenten waarop de bedrijvigheid stil ligt en waarop er ook geen budget is om op die dagen te werken".

Alhoewel het wachten is op de bekendmaking van het referentiekader en het kabinetsstandpunt daarover, heeft de FNV inmiddels onthuld dat het referentiekader onder meer inhoudt dat tijdelijk voorrangszorg wordt toegestaan. De FNV wil daaraan eerst meewerken, als aan een aantal voorwaarden is voldaan, onder andere als vooraf wordt vastgelegd dat het om een tijdelijke aangelegenheid gaat.

Voorrangszorg komt in de praktijk reeds voor. Verzekeraars adverteren er reeds mee, bijvoorbeeld door in hun brochures te spreken van versnelde medische behandeling. Maar ook de voorzitter van het Algemeen verbond bouwbedrijf, de heer Brinkman, zei op 13 maart jongstleden: "We willen er alles aan doen om de zieke werknemer zo snel mogelijk weer op de steiger te krijgen." En verder: "Als een ziekenhuis voor zulke herintreding in het arbeidsproces wat extra's moet doen op ongewone uren, zodat een werknemer niet op ellenlange wachtlijsten komt te staan, dan zullen wij niet te beroerd zijn om daarvoor in de bus te blazen."

Het lijkt er dus op dat de trein in gang is gezet. Mijn vragen aan de minister zijn daarom:

- Mag voorrangszorg volgens het referentiekader wel of niet?
- Als het alleen tijdelijk mag, hoe tijdelijk is dat dan?
- Wordt er niet een ontwikkeling in gang gezet die in feite onomkeerbaar is?
- Wanneer komt het kabinet met een standpunt hierover?

Het zal duidelijk zijn dat de SP-fractie zich ernstig zorgen maakt. Zorgverzekeraars en werkgevers krijgen steeds meer greep op de gezondheidszorg. Een duidelijke tweedeling is hiervan het gevolg. De SP-fractie vindt dat er naar een middel moet worden gezocht om de wachtlijsten voor iedereen in gelijke mate op te lossen.

In de derde plaats de decollectivering. Door het verwijderen uit het ziekenfondspakket van tandzorg en

## De Wit

fysiotherapie en door de invoering van eigen bijdragen vindt een verschuiving plaats van inkomensafhankelijke naar nominale betalingen. Deze nominale betalingen drukken zwaar op de mensen met lage inkomens. Hierbij wordt het solidariteitsprincipe in het ziekenfonds flink aangetast.

Daarbij komt de discussie over de verschuiving van de loongrens in het ziekenfonds. Onder andere werkgevers en de VVD vinden dat deze grens flink omlaag moet.

En ten slotte het plan van VNO/NCW om grote bedrijven toe te staan uit het ziekenfonds te stappen.

Door dit soort financiële drempels wordt de toegankelijkheid van de gezondheidszorg vooral voor mensen met lage inkomens minder. Dat is een slechte zaak. De ervaringen die inmiddels zijn opgedaan met de verhoogde eigen bijdrage voor de gezondheidszorg en de bezuinigingen in de tandzorg, leren dat wij hier heel voorzichtig mee moeten zijn.

Er bestaan immers flinke gezondheidsverschillen in ons land tussen rijk en arm. In plaats van de gezondheidszorg in te zetten om deze verschillen te verkleinen, dreigen deze te worden vergroot. Door de pakketverdunding en de invoering van de eigen bijdragen wordt de toegankelijkheid van de zorg juist voor mensen met minder inkomen en een slechtere gezondheid verkleind.

Spreekende over gezondheidsverschillen kom ik op een apart punt. Hoe verhoudt dit zich met het in de begroting voor 1996 genoemde plan om voor het hele terrein van volksgezondheid en welzijn na te gaan welke bijdragen kunnen worden geleverd aan de verkleining van de sociaal-economische gezondheidsverschillen, zo vraag ik de minister. De SP-fractie is zeer benieuwd naar de uitkomsten hiervan. Zij wil graag weten hoe ver de minister met haar onderzoek is. De SP-fractie vraagt zich ook af hoe ver de minister is met de ontwikkeling van een gezondheidseffectmeting, zoals al eerder door haar genoemd.

De SP denkt dat met het gevoerde sociaal-economische beleid de kans groot is op toename van de gezondheidsverschillen tussen rijk en arm, zeker wanneer gelijktijdig een tweedeling in de toegang tot de zorg ontstaat. Ik vraag de minister of zij deze zorg deelt. Spreekende over de

problematiek van de eigen bijdrage, kan ik niet nalaten om de minister een reactie te vragen over het vandaag in de Volkskrant verschenen bericht over de stand van zaken in het kabinet wat betreft de discussie over eigen bijdrage, eigen risico, gedeeltelijke eigen bijdrage, enzovoorts.

De decollectivisering zal daarnaast ook niet tot een verlaging van de kosten in de gezondheidszorg leiden. Private verzekeringen kosten vaak meer dan collectieve verzekeringen, zie bijvoorbeeld de tandzorg. Eigen bijdragen leiden vooral tot een verschuiving van 900 mln. van collectieve naar particuliere betalingen. De eigen bijdragen moeten tevens leiden tot een beperking van de zorgconsumptie met 100 mln. Maar dit bedrag zal ruimschoots teniet worden gedaan door de toename van de bureaucratie en de kans op hogere kosten door uitstel van zorg.

De zorgverzekeraars in ons land worden steeds machtiger. Zij bieden aantrekkelijke collectieve contracten met voorrangszorg aan werkgevers en aanvullende verzekeringen die steeds meer worden uitgebreid met luxe voor mensen die dat kunnen betalen.

In de Verenigde Staten is een groot deel van de gezondheidszorg reeds geprivatiseerd, lees: gedecollectiviseerd. Daar beslaan de kosten van de gezondheidszorg 14% van het bruto binnenlands produkt, met een forse tweedeling als gevolg. In Nederland bedraagt de gezondheidszorg al jaren 8,5% van het bruto binnenlands produkt, met een voor alle mensen toegankelijke zorg. De SP-fractie zou dat graag zo willen houden. Met de nu in gang gezette ontwikkelingen dreigt het echter ook in Nederland de Amerikaanse kant op te gaan, en dat is naar mijn mening de verkeerde.

□

De heer **Hendriks**: Voorzitter! De kosten van de zorg moeten beheersbaar blijven. Dat is het voornemen van dit kabinet, zoals in het regeerakkoord vastgelegd. Het volume van de te verlenen zorg mag niet meer dan 1,3% per jaar stijgen.

Dit streven is inmiddels achterhaald door de werkelijkheid. Wat blijkt? De laatste jaren is de feitelijke kostenstijging bijna twee keer zo

hoog geweest als gepland, namelijk 2,5%. Weliswaar tracht de minister deze budgetoverschrijding te beteugelen, maar de zo voor de hand liggende middelen die zij hiervoor gebruikt, werken in de praktijk niet en zijn desastreus voor de burger: uitdunning van het ziekenfondspakket, een cumulatie van de eigen bijdragen, meer en hoger dan vorige jaren, en hogering van de premies.

Gevoegd bij andere lastenverzwaringen, zoals verhoging van de huurlasten, verhoging van de gemeentelijke heffingen, verhoging van de waterprijzen, de ecotax en zo meer, leidt dit vooral in de lagere inkomensgroepen tot een drastische achteruitgang van de levensstandaard. Armoede begint toe te slaan. Het Nibud heeft berekend dat, gerekend vanaf het begin van dit jaar, de mensen met de laagste inkomens 50 tot 140 per maand minder te besteden hebben. De regering steekt hiervoor de kop in het zand, wakkert de bezuinigings-tornado nog een beetje aan en tracht de protesten te doen bedaren met sussende woorden en compenserende maatregelen die hoogstens een verraderlijk verguldsel op de pil opleveren, maar verder tot niets leiden.

Voorzitter! Ik heb dit reeds in diverse van mijn bijdragen in deze Kamer gesteld, maar ik zeg het ook nu weer: mijn partij Senioren 2000 is niet tegen bezuinigingen mits de regering kan garanderen dat de lagere inkomensgroepen hierbij worden ontzien. En tot nu toe is het onveranderlijk zo geweest, dat men niet bereid is om voor minderheidsgroepen die onder bepaalde bezuinigingsmaatregelen dreigen te bezwijken, uitzonderingen te maken of werkelijke compensaties te verzorgen. Integendeel, men ziet de bevolking als een soort "kromme van Gauss": wat links en rechts aan de basis zit, wordt gewoon als "niet interessant" afgesneden.

Velen, ook in de Tweede Kamer, hebben gepleit voor doelmatiger zorgverlening, voor meer efficiency-maatregelen. Het is immers geen geheim dat er in onze gezondheidszorg nog gigantisch veel verbeterd kan worden op het gebied van doelmatig gebruik van gelden en voorzieningen. Het is daarom naar mijn mening bijna onfatsoenlijk om eigen bijdragen te vragen van de burger, terwijl eigenlijk niemand de schatting van 10% verspilling in de

## Hendriks

gezondheidszorg durft aan te vechten.

Het kabinet tracht de kosten in de zorgsector in de hand te houden door meer marktwerking. Helaas blijkt dat ook dit niet werkt. De opzet was toch om de zorgverzekeraars de vrije hand te geven, waardoor deze zullen trachten de premies en eigen bijdragen te verlagen door zorgverlening zo goedkoop mogelijk in te kopen? De zorgaanbieders echter vormen via hun overkoepelende organisaties een gesloten front en wat blijkt: overal in het land rolt de maximale prijs die de overheid heeft toegestaan, uit de bus. Beheersing van de zorgkosten via het marktmechanisme zal daarom onvermijdelijk schipbreuk lijden. En ook hier gaat het dus net zo als met al die andere vormen van privatisering: de solidariteit met de zwakkeren gaat verloren en de kwetsbaren in onze samenleving komen in de verdrukking.

Voorzitter! Zolang wij in ons land prijs stellen op een goede gezondheidszorg en vinden dat de overheid daar medeverantwoordelijk voor is, zal het moeilijk zijn, de daardoor ontstane financiële druk binnen de perken te houden. Sanering van de kosten, de verspillingen en de ondoelmatigheid bij de zorgaanbieders zou hieraan aanzienlijk kunnen bijdragen. Ik zou de minister willen vragen om, in plaats van de huidige fragmentarische aanpak, hiermee een concrete start te maken.

Tot mijn leedwezen heeft de Tweede Kamer besloten om de gevolgen van de wet-Van Otterloo voor die grote groep van ouderen met alleen maar AOW en een klein aanvullend pensioen niet te repareren. Was er twee jaar geleden nog sprake van een beperkt aantal ouderen dat hier het slachtoffer van zou worden ± zo'n 60.000 tot 80.000 ± nu weten wij al dat ieder jaar meer gepensioneerden de loodzware gevolgen zullen ondervinden van deze wet. Zij zijn verplicht om een dure particuliere verzekering af te sluiten, waarvan de premiedruk niet in verhouding staat tot hun inkomen. Niet alleen senioren, maar vrijwel alle mensen die toch al met een laag inkomen moeten rondkomen, zullen daarom nalaten aanvullende verzekeringen af te sluiten, waardoor zij extra grote gezondheidsrisico's op zich nemen. Ik verzoek de minister dringend, hier toch op zeer korte termijn maatregelen voor te nemen.

Ook het verwijderen van tandheelkundige zorg uit het ziekenfondspakket bleek niet zo'n gelukkige maatregel te zijn. Inmiddels is het duidelijk dat mensen uit de laagste-inkomensgroepen zich, uit kostenoverwegingen, eenvoudigweg niet meer verzekeren tegen tandartskosten. Daarbij is het een vaststaand feit dat een slechte gebitsbehandeling van invloed is op het gezondheidspatroon van de mens. Dat betekent dat op den duur de kwaliteit van het leven wordt aangetast, met alle gevolgen van dien. Ik wil de minister vragen, ook dit aspect nog eens in beschouwing te nemen.

De bejaardenoorden worden volgend jaar overgeheveld naar de AWBZ. De criteria voor opnemingszorg zullen dan worden verscherpt. Nu zijn wij het er allen over eens dat mensen zo lang mogelijk zelfstandig moeten kunnen blijven wonen, maar velen zullen toch op een gegeven moment niet langer in staat zijn tot zelfstandigheid. En het ziet ernaar uit dat, als we zo doorgaan, vele wegen tot hulpverlening afgesloten zullen raken, zeker nu ook de hulp aan huis, de thuiszorg, in problemen is gekomen door de vele bezuinigingsmaatregelen. Voor de gezinszorg en de thuiszorg ontstaan wachtlijsten. Dat is in mijn optiek ten onrechte. Heeft niet ieder premiebetalend mens er recht op, tijdig verzorgd of verpleegd te worden? Of zal, ondanks alle goede bedoelingen, ook op zorggebied voorrang worden gegeven aan hen die kans zien om ervoor te betalen?

Naar onze mening moet de overheid verantwoordelijk zijn voor een goed gestructureerde ouderenzorg, en niet de verzekeraars. Het is maar zeer de vraag of het verstandig is dat de overheid zich beperkt tot indirecte, controlerende taken zoals budgettering en prijsregulering, terwijl zij de regie van de ouderenzorg aan de verzekeraar overlaat. Ik vraag mij trouwens af of deze regering, die toch zo hecht aan decentralisering op alle mogelijke gebieden, de rol van de lagere overheid niet nog wat verder kan uitbouwen. Ook de gezinszorg en de thuiszorg kunnen hierbij betrokken worden; uiteindelijk hebben de gemeenten toch ook al de verantwoordelijkheid voor bijstandsverlening en huisvesting.

Voorzitter! Met betrekking tot de welstand is in Nederland een

tweedeling aan het ontstaan. Een gelukkig nog steeds groot deel van de bevolking kan zich financieel aardig redden; een ander deel is echter aan het verarmen. Steeds meer burgers zakken door de grens van het minimuminkomen. Niet voor niets komt de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid met een nota "De andere kant van Nederland", een aanzet om te komen tot bestrijding van de stille armoede. Vooral in de senioren categorie is dit verschijnsel overduidelijk aanwezig; een kwart van hen zit tegen de armoedegrens.

In dit verband wijs ik erop dat mijn partij in de Tweede Kamer heeft verzocht om een zogenaamde oudereneffectrapportage in te stellen als vaste toetssteen om de effecten voor de senioren van de beleidsmaatregelen van alle ministeries na te gaan. De regering onderkent kennelijk wel het nut van een dergelijke interdepartementale aanpak, maar komt vooralsnog niet verder dan een aantal los van elkaar staande maatregelen. Wel heeft de staatssecretaris in ander verband medegedeeld dat reeds een aanvang is gemaakt met inventarisatie en studie en dat de eerste resultaten in het vroege voorjaar van 1997 bekend zullen zijn. Voorlopig echter lijkt het patroon te worden gevolgd van een rapportage achteraf en, hoe dankbaar wij ook zijn voor alle goede bedoelingen, dit achten wij niet erg effectief. Het achteraf vaststellen van effecten, al dan niet negatief, voor senioren zal hun positie niet kunnen verbeteren. De ervaring leert immers dat reparatie dan vrijwel onmogelijk is. Ik wil dan ook pleiten voor een oudereneffectrapportage als middel voor preventief gebruik.

Voorzitter! De positie van onze medeburgers van buitenlandse afkomst is zwak. Dit geldt zeker voor de eerste generatie allochtonen in ons land. Velen van hen vereisen nu onze opvang en steun, terwijl zij die vroeger, in hun traditionele driegeneratiegezinnen, van hun jongere gezinsleden kregen. Tegenwoordig voelen echter de kinderen van deze oudere allochtonen zich veelal niet geroepen om de verzorging van hun bejaarde ouders op zich te nemen. Daarbij komt dat de allochtone senioren door hun positie tussen twee culturen, maar ook en vooral door hun maatschappelijk dikwijls lage niveau, vaak op relatief jonge leeftijd problemen

## Hendriks

ondervinden van lichamelijke en psychosomatische aard.

Het gaat niet aan, hieraan voorbij te gaan. Begeleiding vereist echter speciale voorzieningen. Niet alleen zijn veel allochtone medelanders onbekend met onze voorzieningen, maar bovendien is daar de taalbarrière en hebben zij maar al te dikwijls te kampen met financiële problemen. Essentieel is hierbij dat de hulpverlener bekend is met de taal en cultuur van de cliënt; met andere woorden, hij zou een van hen moeten zijn.

Ik wil er bij de minister op aandringen, meer aandacht te geven aan specifieke voorzieningen voor allochtone senioren, ook in de intramurale sfeer. Daarbij wil ik erop wijzen dat momenteel bijvoorbeeld de verzorgingstehuizen met een landelijke functie weinig aandacht meer krijgen. En juist zulke voorzieningen zijn bij uitstek geschikt om niet regionaal gebonden ouderen van een specifieke doelgroep op te vangen.

Voorzitter! Het is een opvallend feit dat de senioren en de vergrijzing in ons land steeds weer de zwartepiet krijgen toegeschoven met het oog op de voortdurend toenemende kosten van de gezondheidszorg. Het beeld van de oudere, die onveranderlijk knikkebollend zit te suffen in een "tehuis voor ouden-van-dagen", zoals dat nog steeds maar al te vaak wordt genoemd en daar de ± natuurlijk jongere ± samenleving veel geld kost, is zeer aanvechtbaar. Ik wil erop wijzen dat slechts een gering percentage van de ouderen is ondergebracht in een instelling. En hoewel het onmiskenbaar is dat senioren in het algemeen een delicatesere gezondheid hebben dan junioren en daardoor een hogere kostenpost vertegenwoordigen, moeten die kosten worden afgewogen tegen kosten die meer specifiek zijn voor de jongere leeftijdsgroepen. Om een paar voorbeelden te noemen: weinig ouderen zijn drugsverslaafd, ouderen hebben weinig last van sportblessures, zij zijn niet de grootste categorie van verkeersslachtoffers en zij veroorzaken geen kosten door ziekteverzuim. Al met al is nooit concreet aange-toond en is het hoogst waarschijnlijk onterecht, dat ouderen zoveel kosten voor gezondheidszorg worden toegeschreven. Het is dus ook onterecht, deze categorie iedere keer weer tot mikpunt te maken bij bezuinigingen in de zorg.

De problemen die senioren hebben met de kosten voor hulp door zorgaanbieders, met de onveiligheid op straat, met de hoge huurlasten, met de te lage huursubsidie, enzovoorts, zouden een teken aan de wand moeten zijn voor de jongere generatie, de generatie die nu met veel aplomb de dienst uitmaakt, de generatie die omstreeks 2010 zelf deel zal uitmaken van de gevreesde dubbele vergrijzing, die dan zal resulteren in 28% senioren in ons land. Juist die generatie, die nu keer op keer de senioren onder de bezuinigingsbijl laat doorgaan, zou zich moeten realiseren dat zij door de wijze waarop zij nu de bijl aan de wortels van de oudedagsvoorziening zetten, voor vele decennia het welzijnspatroon voor de ouderen zal bepalen.

Voorzitter! Met ingang van 1 januari 1997 moeten ziekenfondspatiënten een eigen bijdrage betalen tot een maximum van 1/200. Hiervan zijn uitgezonderd de chronisch zieken en de verzekerden met een inkomen onder de minimumgrens. Ook dit zal weer een dusdanige administratieve rompslomp veroorzaken voor de zorgaanbieders en de zorgverzekeraars, dat het maar zeer de vraag is of per saldo van enige bezuiniging sprake zal zijn. En nu kunnen we met deze eigen bijdrage wellicht in Europees verband aan de weg timmeren, doordat hierdoor ± dat hopen wij althans ± de collectieve lasten zullen dalen, maar de lastendruk voor de individuele burger zal onvermijdelijk weer stijgen door het dubbele effect van verhoging van de ziektekostenverzekering plus de ingevoerde eigen bijdrage. Het resultaat van deze maatregel zal dus zeker niet in kostenbeheersing resulteren en per saldo alleen maar weer tot kostenverzwaring voor bepaalde categorieën burgers leiden.

Voorzitter! Voor wat betreft de twee eerste letters van de begroting waarover wij het vandaag hebben, de "V" en de "W", wil ik resumeren. Wij zijn over het zorgbeleid van dit kabinet weinig opgetogen. Het vertoont meer negatieve dan positieve effecten. Keer op keer worden ineffectieve of soms zelfs averechts uitwerkende maatregelen genomen, waarbij wij steeds weer moeten opmerken dat zorgbeleid ondergeschikt wordt gemaakt aan inkomenspolitiek. Zeker als wij kijken naar de effecten voor de senioren-

categorie kunnen wij alleen maar een dikke onvoldoende uitdelen!

Voorzitter! Nog een paar opmerkingen over de derde letter in de betiteling "VWS". Met de "S" in de naam van het ministerie en met voormalig topsportster Erica Terpstra aan het roer heeft het paarse kabinet binnen de sportwereld hoge verwachtingen gewekt. Door de storting van 35 mln. in het Fonds voor de topsport leek het er ook even op dat deze werden ingelost. Inmiddels zijn er echter wel wat kritische noten te kraken. In deze begroting is op sportgebied fors bezuinigd. Dat lijkt wel mee te vallen als wij de cijfers van dit jaar (46,5 mln.) vergelijken met die van de komende jaren (variërend van 43 tot 44,6 mln.). Maar het wordt heel anders als wij het begrotingstotaal van 1994 erbij halen (84,4 mln.).

Nu zijn er wel wat compenserende maatregelen te noemen voor deze toch wel gigantische bezuiniging, maar het onrustbarende verschijnsel dient zich aan dat het met de sport, als gewaardeerd maatschappelijk fenomeen van de eerste orde, bergafwaarts gaat. En dat is zeer te betreuren, want sport is niet alleen een gezelligheidsverschijnsel, een tijdverdrijf voor mensen die zich ertoe voelen aangetrokken. Weer praten over de positieve effecten van de sport voor onze bevolking is toch het intrappen van een open deur? Toch wordt, gelet op de toegepaste besnoeiingen, het belang van de sport nog steeds ondergewaardeerd. Nog steeds wordt, als het op geld aankomt, onvoldoende onderkend welke mogelijkheden sport biedt voor het bereiken van maatschappelijke doelen als geestelijke en lichamelijke gezondheid, verdraagzaamheid, burgerzin, criminaliteitspreventie, emancipatie, integratie van minderheden en respect voor de medemens. De heer Dees heeft er nog meer opgenoemd; die zal ik niet herhalen.

Voorzitter! Wat zien wij? U teisterend met een paar cijfers, wil ik het belang, de dimensies proberen aan te geven van de sport in ons land. Nederland heeft zo'n 4,5 miljoen continu actieve sporters, die lid zijn van in totaal 30.000 sportclubs. De sport vertegenwoordigt 70.000 arbeidsplaatsen en draait ± tegen de verdrinking in, nog steeds ± dank zij 700.000 vrijwilligers. Wij praten over een bedrag van 9 mld. aan uitgaven binnen de sport. Dan

## Hendriks

moeten wij toch constateren dat het bedrag dat deze regering in de sport investeert, dit jaar dus zo'n 46,5 mln., naar verhouding "peanuts" is. Het geld dat op de rijksbegroting wordt uitgetrokken voor sport bedraagt 0,5% van het geld dat er in totaal in omgaat, terwijl sport zo belangrijk wordt geacht voor ons maatschappelijk welzijn.

Het is duidelijk dat deze vergelijking misschien enigszins oneigenlijk is, maar zij illustreert wel op welke wijze de sport financieel wordt ondergewaardeerd. Toch moet het mes er kennelijk nog wat verder in, want, zegt de staatssecretaris, er staan toch compensaties tegenover. Daarbij gaat het dan om verhoging van de BTW-grens voor sportkantines, sponsoring, entreegelden, neveninkomsten en om verlaging van het BTW-tarief voor entreegelden. De meeste amateurclubs hebben echter weinig of niets te maken met fiscale maatregelen en dus ook niet met compensaties die op dat gebied worden aangeboden. Daar kan slechts een heel klein deel van de verenigingen van profiteren en dat zijn dan met name de grotere die echt zakelijk opereren. Dat is echter een zeer gering aantal van het totaal.

Bij 30% van de clubs is de financiële situatie in de afgelopen jaren aanmerkelijk verslechterd. Bij een door NOC/NSF gehouden onderzoek bleek dit het gevolg te zijn van de sterk gestegen accommodatiekosten, ten gevolge van verhoging van de gemeentelijke tarieven en heffingen en van de energiekosten. Daartegenover stond een sterke daling van de subsidies.

Reeds bij de behandeling van de ecotax in deze Kamer heb ik gewaarschuwd voor het ruïneuze effect dat deze wet zou hebben voor de sportclubs. De regering wuifde mijn bezwaren toen achteloos weg. Het zou allemaal best meevallen. Nu blijkt echter dat 51% van de clubs direct wordt aangeslagen voor energieheffing, terwijl slechts 6% enige compensatie, van de fiscus dus, geniet. Om maar eens met een praktijkvoorbeeld te komen: de ecotax kost een gemiddelde tennisvereniging ongeveer 1200, voor een voetbalclub kan dit zelfs al gauw oplopen tot 4000. Compensatie kunnen ze echter rustig vergeten.

Voorzitter! Ik pleit voor begrip, vooral voor de verslechterende

situatie bij de amateur- en de recreatiesport. Ik vraag de regering daarom met klem om de desbetreffende begrotingsposten, in ieder geval voor de komende jaren, te verhogen en waar mogelijk de belastende maatregelen voor de sportverenigingen te herzien. Het is mij bekend dat NOC/NSF een aantal veelbelovende suggesties heeft gedaan die op deelgebieden enig soelaas kunnen bieden. Voorwaarde is echter dat de regering bereid is om te overwegen of concessies kunnen worden gedaan.

De vergadering wordt van 18.16 uur tot 19.45 uur geschorst.



**Minister Borst-Eilers:** Voorzitter! Allereerst bedank ik de geachte afgevaardigden voor hun opmerkingen over onze begroting en over ons beleid. Wij hebben het afgelopen jaar vaart gemaakt met de uitwerking van het regeerakkoord. Op bijna alle terreinen is in overleg met de Tweede Kamer en deze Kamer voortgang geboekt. 1995 was voor een groot deel het jaar van de voornemens, de plannen; 1996 zien wij als het jaar van de eerste resultaten.

Waar willen wij met ons beleid precies naar toe? Of om met de heer Boorsma te spreken: wat is onze visie? Ik geef kort aan waar wij met de gezondheidszorg naar toe willen. Dat is een systeem dat een heldere indeling kent in drie verzekeringscompartimenten: de AWBZ in het eerste compartiment voor de "care", ziekenfonds en particuliere ziektekostenverzekering in het tweede compartiment voor de "cure" en de aanvullende verzekeringen in het derde compartiment.

In al deze compartimenten gaat het om kwaliteit van zorg. Dat is een heel belangrijk criterium om te kijken of het goed gaat. In het eerste en het tweede compartiment zijn de toegankelijkheid en de uitgavenbeheersing ook van groot belang. Velen hebben gesproken over de uitgavenbeheersing. In de ervaring van mensen die aan de cliëntenkant van de sector staan, lijkt de uitgavenbeheersing zeker minder belangrijk dan de kwaliteit. Toch is de politiek inzake de uitgavenbeheersing een heel belangrijk gegeven. In het eerste compartiment gebeurt dat via macrobudgetten per

sector en via aanbodsturing. De capaciteit van de AWBZ-instellingen wordt vastgesteld via de erkenningen.

In het tweede compartiment ontstaat er eigenlijk een andere aanstuurder: de verzekeraar. In het tweede compartiment onderscheiden wij vaste en variabele kosten. De verzekeraars worden volledig gebudgetteerd op de variabele kosten. Dat gebeurt in een traject van drie jaar. Er is in het tweede compartiment ook sprake van marktwerking, zoals dat wordt genoemd. Dit moet niet al te letterlijk genomen worden. Maar de instellingsbudgetten gaan verdwijnen. Wij gaan werken met productprijzen. De nadere detailleringregeling erkenningen is afgeschaft per 1 januari jongstleden. De instandhoudingsinvesteringen zijn met ingang van het volgende jaar niet langer vergunningplichtig. Er komt dus heel veel regelgeving te vervallen. De overheid zal zich in het tweede compartiment nog weliswaar bezighouden met de grote infrastructuur en zeker met de kwaliteit en de toegankelijkheid, maar de bedoeling is dat de verdere vormgeving voor een groot deel aan partijen wordt overgelaten.

Naast deze meer specifiek op kostenbeheersing gerichte maatregelen zijn er nog andere maatregelen. De belangrijkste groep is samen te vatten onder de bekende titel: de doelmatigheid. Daar wil ik nu niet uitputtend over spreken. Wel noem ik enkele kernbegrippen. De doelmatigheid wordt onder andere bereikt door substitutie. Zo is de ouderenzorg in alle vormen in het derde compartiment ondergebracht. Daardoor wordt substitutie niet meer belemmerd. In het tweede compartiment gaat het om de flexibilisering van de Ziekenfondswet.

Een ander belangrijk doelmatigheidsinstrument is de ontwikkeling van richtlijnen, protocollen en standaarden. Daar is de beroepsgroep al jaren mee bezig. Zolang dat stukken papier zijn die ergens liggen, heeft dat natuurlijk weinig effect. Maar de richtlijnen worden wel steeds beter en steeds vaker gebruikt. Het laatste onderzoek bij huisartsen heeft aangetoond aan dat 70% van het aantal huisartsen in het zuiden van het land met de NHG-standaarden werkt. Heel belangrijk is ook dat die richtlijnen gebruikt worden bij de visitaties, de

## Borst-Eilers

intercollegiale beoordeling, ook bij niet-opleidingsinstellingen. Richtlijnen gaan ook gebruikt worden bij de herregistratie en de accreditatie. Die krijgen dus een belangrijke functie; het worden echte toetsstenen.

Het farmacotherapeutisch overleg, dat je zowel in de extramurale zorg tussen huisartsen en stadsapothekers aantreft als in de ziekenhuizen, is een belangrijk middel om artsen te brengen tot doelmatiger voorschrijven van geneesmiddelen. Hiertoe zijn zij wel bereid, maar zij zijn er in het algemeen slecht voor opgeleid. In de paritaire werkgroep huisartsenzorg hebben wij allerlei doelmatigheidsafspraken gemaakt. Ik noem het voorschrijven van geneesmiddelen op stofnaam. Ook zijn er allerlei maatregelen genomen om de poortwachtersfunctie te versterken. Heel kort samengevat: je komt het zorgkasteel alleen binnen via de huisarts, die daar een indicatie voor moet afgeven.

Nog een belangrijk instrument is de medical technology assessment. Daartoe verwijs ik naar onze recente beleidsbrief ter zake die naar de Tweede Kamer gestuurd is. Ik hoop dat deze ook de Eerste Kamer bereikt heeft. Als dat niet het geval is, wil ik deze beleidsbrief alsnog de Eerste Kamer doen toekomen. Bij de medical technology assessment is ook belangrijk dat er steeds meer wordt samengewerkt met instituten, instanties en overheden in andere landen binnen en buiten Europa.

Ik wil nog enkele opmerkingen over de kwaliteit maken. Eigenlijk is dat, zoals gezegd, de centrale toetssteen. De kwaliteit is weer heel sterk gelieerd met de positie van de patiënt. Op dat punt hebben wij een aantal wetten door de Tweede en Eerste Kamer mogen brengen. Thans zijn dan ook van kracht de Kwaliteitswet zorginstellingen, de WGBO, de Wet medezeggenschap en de Wet klachtrecht. Verder stimuleren wij kwaliteit, dat vaak hetzelfde is als zorg op maat, door zorg- vernieuwingsubsidies en de financiering van allerlei projecten op het gebied van kwaliteit. Het is ongelooflijk hoeveel projecten er in het veld bedacht worden om de kwaliteit te verbeteren. Dat gebeurt onder andere in ziekenhuizen, in huisartsenpraktijken, in verpleeghuizen en in verzorgingshuizen. Er is gelukkig een fonds om dat soort projecten mogelijk te maken, zodat men er iets van kan leren. Na afloop

zijn er altijd van die mooie themadagen waar men de ervaring van de projecten uitwisselt, opdat een ander er ook iets aan heeft.

Tevens is de inspectie van de gezondheidszorg heel belangrijk voor de kwaliteit van de zorg. De gewoonte is steeds meer om thematische inspecties te verrichten. Bijvoorbeeld gaat men alle GGD'en langs of alle kleine ziekenhuizen. Daarover worden rapporten geschreven. Sommige zijn misschien bekend. Die kunnen een belangrijke aanleiding zijn om de kwaliteit, als die onder de maat blijkt te zijn, te verbeteren.

Wij hopen dat de gezondheidszorg steeds meer op dit beeld gaat lijken. Wij hopen ook dat dit zoveel mogelijk in deze kabinetsperiode gebeurt. Wij realiseren ons evenwel dat wij hierbij voor een deel bezig zijn met echte hervormingen en cultuurveranderingen. Die kunnen wel eens meer tijd nodig hebben dan vier jaar, voordat je daarvan echt grote en rijpe vruchten kan plukken.

Ik moet de heer Boorsma mijn excuses aanbieden. Volgens hem zou de begroting op een punt feitelijk niet correct zijn. Daar heeft hij gelijk in. Dat hebben wij zelf ook ontdekt. Daarop hebben wij een nota van verbetering aan de Tweede Kamer gestuurd (II 1995/1996 24400-XVI, nr. 15). Waarschijnlijk is dat stuk niet bij de Eerste Kamer aangekomen. Anders had de heer Boorsma die vraag wellicht niet gesteld. Ik bied hiervoor graag mijn excuses aan. Ik zal erop toezien dat de Eerste Kamer deze nota van verbetering alsnog ontvangt. Daarin worden de bedragen voor de kapitaaluitgaven en -ontvangsten van het agentschap opgenomen voor beide 0,25 mln.

De heer **Boorsma** (CDA): Worden ook de cijfers voor de komende jaren veranderd? Ook die kloppen namelijk niet. Ik wil u ook wel zeggen waarom niet, want anders wordt het een beetje flauw. Er staan allerlei PM-bedragen in en vervolgens staat er in de meerjarencijfers: 0. Maar 0 is niet hetzelfde als PM en het hoort PM te zijn. Die 0 is echt fout.

Minister **Borst-Eilers**: Een 0 is echt niks en PM betekent meestal dat wij het niet precies weten. Wij zullen die meerjarencijfers ook daarop nalopen en bezien of dat aanleiding geeft tot een nota van verbetering.

De heer Boorsma heeft de vraag gesteld of ik geloof in het onderbouwen met kengetallen van begrotingsramingen met informatie over volumina en kostprijzen. Ik geloof daar zeker in. Ik weet dat wij er bij lange na nog niet ver genoeg in zijn, maar bij de voorbereiding van iedere VWS-begroting proberen wij er een stap verder mee te komen. Ik wil graag herhalen dat dit de constante aandacht van de staatssecretaris en mij en van onze medewerkers heeft.

Ik wil hem in dit verband wijzen op de gegevens die opgenomen zijn in het FOZ van mijn departement waarin een raming van de kosten van de zorg staat opgenomen. Hierin vindt hij bijvoorbeeld gegevens die de begroting van het artikel 24.02, ouderenbeleid, onderbouwen. Ik meen dat de heer Boorsma daar ook problemen mee had.

De heer Boorsma heeft enkele opmerkingen gemaakt over de volumegroei voor de zorg. Hij vroeg of de 1,3% niet domweg zand strooien is in de ogen van het volk. Dat is nu wel het laatste wat een arts doet, want dat belemmert het gezichtsvermogen en dan moet iemand weer naar de oogarts. Dat kost weer geld! Die 1,3% is bij het schrijven van het regeerakkoord zeer bewust aan de lage kant geraamd. Als je een sector eens met de neus wilt drukken op de noodzaak van een andere wijze van werken, is het in het algemeen niet aan te bevelen om die sector precies de ruimte te geven die hij nodig heeft. Het is juist wel goed om er wat druk op te zetten. Gecombineerd met die zogenoemde ontsnappingsclausule in het regeerakkoord, waarop ik straks in mijn antwoord aan de heer Dees nog terugkom, ontstaat er een aanvaardbare situatie. Wij hebben de volumegroei van 1,3% vertaald naar uitgaven en wij hebben gekeken wat de uitgaven zouden doen als wij er geen nieuw beleid op zouden zetten. Er ontstaat dan een gat, een groei in de wig. Wij hebben geprobeerd, dat gat met beleidsmaatregelen te dichten. Voor die beleidsmaatregelen geldt dat het op papier uitgerekend allemaal prachtig klopt, maar de ervaring leert dat sommige maatregelen langer tijd nemen dan je zou hopen om echt neer te slaan en effect te krijgen. Eigenlijk was dat ook wel te verwachten. Dat heeft weer alles te maken met het feit, dat wij als wij proberen dat beeld op papier te zetten, opnieuw tekorten



## Borst-Eilers

constateren. Op dit moment zijn wij bezig om de ramingen over 1995 en 1996 exacter in kaart te brengen dan wij tot dusverre konden doen. Binnenkort zal daarvan bij voortgangsnota uitgebreid verslag worden gedaan, zowel van de ramingen als van de aanvullende maatregelen die wij nu weer nodig achten om de problemen zo goed mogelijk op te lossen. Pas als op voorhand blijkt dat wij daar absoluut niet in zullen slagen, komt de discussie over de eventuele ophoging van de volumegroei aan de orde, maar beslist niet eerder.

De heer Boorsma heeft ook gesproken over de rijksbijdrage volksgezondheid, vooral de rijksbijdrage aan de verschillende verzekeringen. Het gaat om bijdragen vanuit de schatkist aan de sociale ziektekostenverzekeringen. Het gaat zowel om de ziekenfondsverzekeringen als het AFBZ alsook de publiekrechtelijke ziektekostenverzekering voor ambtenaren. Het niveau van de voorgenomen bijdrage staat jaarlijks weergegeven in respectievelijk de ontwerpbegroting en het FOZ voor dat jaar. De omvang van de rijksbijdrage, of de mutatie op de meerjarencijfers, wordt mede bepaald door factoren die buiten de sfeer liggen van die wettelijke sociale-ziektekostenverzekeringen zelf. De post rijksbijdrage vervult dus een belangrijke rol bij de jaarlijkse afwegingen in de maand augustus met betrekking tot het te voeren financieel-economische en budgettaire beleid. Voor de mutaties op de rijksbijdrage voor 1996 zijn twee bedragen in dit verband van belang. De terugtrekking van 2 mld. in verband met de beëindiging van de ziekenfondswet-franchise en een toevoeging van 2,7 mld. in verband met de afspraken in het regeerakkoord inzake de stelselmaatregelen en de koopkracht. De beëindiging van de ziekenfondswet-franchise houdt verband met de keuze die het kabinet heeft gedaan voor een andere vorm van lastenverlichting vanaf 1996, de afdrachtkorting. Dit onderwerp is in eerdere parlementaire debatten over de vormgeving van de lastenverlichting aan de orde geweest. Dat geldt ook voor die 2,7 mld. Ook dat bedrag is op andere momenten uitgebreid besproken. Wat ik hiermee wil zeggen, is dat vooral de grote mutaties het resultaat zijn van andere beleidsdebatten die met het parlement

gevoerd zijn, te weten de beleidsdebatten over lastenverlichting en over inrichting van het stelsel. In het algemeen geldt dat de memorie van toelichting op de ontwerpbegroting voornamelijk betrekking heeft op voorgestelde wijzigingen van eerder door de Kamer geautoriseerde, structurele uitgaven. Dat brengt de systematiek van de begrotingstechniek met zich mee.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter! Ik ben heel oprecht. Ik wil het de minister niet moeilijk maken en ik heb op dezelfde manier wel eens met de toenmalige minister Brinkman gesproken. Dit is natuurlijk best een lastige materie, ook voor een kamerlid ongeacht zijn of haar specialisatie. Is de minister niet met mij van mening dat een minister of een staatssecretaris eigenlijk in staat moet zijn om zonder ambtelijke ondersteuning op hoofdlijnen een begroting te kunnen lezen en te kunnen uitleggen? Natuurlijk zijn er veel details die je kunt overlaten aan het apparaat maar die horen volgens mij in bijlagen te staan. Maar wat hier staat op de bladzijden 149 en 150 is toch amper te lezen voor een minister, een staatssecretaris of voor een gewoon kamerlid? Daar gaat het mij om en dan zie ik het los van het politieke bezwaar dat ik heb over het, onvriendelijk gezegd, gedoe met de rijksbijdrage. Dat geldt niet alleen voor deze periode maar ook voor de afgelopen tien jaar.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zou bijna zeggen: als dat zou kunnen! Het blijven natuurlijk, althans voor een minister als ik die niet afkomstig is uit de begrotingswereld ± ook al heb ik als ziekenhuisdirecteur er wel mee te maken gehad maar dan was ik niet de eerst verantwoordelijke ± stukken van een hoog technisch gehalte. Ik ben het met u eens, dat wij zouden moeten streven naar een begroting die iedereen kan lezen. Immers, als een minister en een staatssecretaris die kan lezen, kan ook een geïnteresseerde burger haar lezen. Ik vind het een mooi ideaal om na te streven. De hoofdbegroting zelf zouden wij meer leesbaar kunnen maken en wij zouden moeten proberen om de techniek wat meer naar de bijlagen te verplaatsen.

De heer Boorsma heeft zeer terecht gezegd, dat het op deze manier spelen met de rijksbijdrage, bijvoorbeeld ten behoeve van de

ziekenfondsverzekering, een politieke keuze is. Je kunt zeggen dat het ziektekostenverzekeringstelsel een stelsel in zichzelf moet zijn, waarvoor geen inkomenspolitieke doelen moeten dienen. Je kunt ook de redenering volgen die dit kabinet volgt, dat de solidariteit van niet-ziekenfondsverzekerden met wel-ziekenfondsverzekerden via de belasting op deze manier gestalte krijgt. Wij hebben er politiek gezien helemaal geen moeite mee omdat de ziekenfondsverzekering natuurlijk toch een, in de eerste plaats, werknemersverzekering is voor een beperkte categorie mensen, zonder dat de anderen met hen solidair zijn. Maar dat is gewoon een kwestie van politieke opvattingen.

De heer Boorsma heeft gevraagd wat het budgettaire effect en het doelmatigheidseffect is van het verschuiven binnen de verzekeringscompartmenten. Ik geef daar een korte reactie op. Er zijn een paar redenen om voor zo'n verschuiving te kiezen. In de eerste plaats kan aan de orde zijn of een bepaalde voorziening past binnen een bepaald compartiment. Als gevolg van de vorige stelselwijziging door het vorige kabinet is er een aantal voorzieningen in de AWBZ terechtgekomen dat daar, volgens onze visie op de AWBZ, niet thuishoort, vandaar de overhevelingsoperatie per 1 januari 1996. Een andere reden kan de samenhang tussen de voorzieningen zijn. Vanuit die invalshoek is bijvoorbeeld gekeken naar de thuiszorg. Daar zal de staatssecretaris straks op ingaan. Je kunt er ook voor kiezen omdat je een bepaalde wijze van sturing verkiest. Het ligt bijvoorbeeld voor de hand, dat men voor de instellingen voor verstandelijk gehandicapten een grotere invloed van de overheid wenst. Alleen al op grond daarvan is in dezen de AWBZ het geschikte compartiment.

De heer Boorsma heeft gesproken over de fysiotherapie en gezegd: er is sprake van veel bureaucratische rompslomp. Hij vroeg mijn oordeel hierover. Wij hebben geprobeerd om de beperking van de fysiotherapie in het tweede compartiment zorg-inhoudelijk verantwoord tot stand te brengen en wel in die zin, dat alles wat naar het derde compartiment zou gaan tot de niet-essentiële fysiotherapie zou behoren. Dus zonder aanvullende verzekering krijgt iemand toch die fysiotherapie die hij

## Borst-Eilers

nodig heeft. Daarom zijn wij gekomen tot dat systeem van die negen zittingen, waarbij in bepaalde gevallen verlenging mogelijk is. Ook zijn wij gekomen tot een lijst van ziekten. Als iemand lijdt aan een ziekte die op de lijst staat, komt hij onbeperkt voor fysiotherapie in aanmerking.

De fysiotherapeuten hebben zich voor 1996 wel bij deze regeling neergelegd, maar zij hebben van meet af aan gezegd dat naar hun gevoel handiger geopereerd zou kunnen worden. Hun idee was dat als een afspraak zou worden gemaakt met de fysiotherapeutische beroepsgroep, het volume met 20% zou worden teruggebracht. Tot het maken van een afspraak in dezen waren de fysiotherapeuten bereid en dat geeft aan dat ook naar hun mening bij de bestaande fysiotherapie niet alleen sprake is van noodzakelijke fysiotherapie, maar ook van wat meer luxe fysiotherapie. Ik heb toegestaan dat op één plaats wellicht zal dat binnenkort ook op een tweede plaats gebeuren en experimenteerd wordt met het systeem waarbij de fysiotherapeut zelf de diagnose stelt en het aantal behandelingen bepaalt en waarbij hij met de verzekeraar een volume-afspraak maakt. Nagegaan zal worden of dit een bevredigend systeem is. Het zou in ieder geval minder papierwerk en minder bureaucratie met zich brengen. Uiteraard zullen wij de Kamer graag van de uitkomsten van dit experiment op de hoogte stellen.

De heer Boorsma vroeg: wat is er in het afgelopen jaar nu eigenlijk gebeurd op het punt van de beperking van de volumegroei? Hij gaf zelf al een aantal voorbeelden van pakketbeperking. Aan die voorbeelden wil ik nog toevoegen, dat wij in enkele stappen het geneesmiddelenpakket opschonen. De noodzakelijke middelen zullen er niet uitgaan; meer de middelen die obsoleet zijn of zeer weinig werkzaam, zullen er uitgaan. De middelen die er uitgaan, zijn dus middelen waarvan wij zeggen: het is verantwoord om die niet meer tot het ziekenfondspakket te rekenen. Ik weet zeker dat de lokale initiatieven ten aanzien van afspraken tussen specialistenverzekeraars en ziekenhuizen een volumebeperkend effect hebben. De aanbevelingen van de paritaire werkgroep huisartsen-geneeskunde, het hoofdlijnenakkoord

met de academische ziekenhuizen en het stimuleringsbeleid op richtlijnen en protocollen noem ik in dit verband ook. Voor de totale uitgaven is niet alleen het volume belangrijk, maar ook de prijs. De Kamer weet dat ter zake maatregelen zijn genomen en dat er ook nog maatregelen genomen zullen worden. Voor de geneesmiddelen is er de prijzenwet, maar daarover kom ik nog te spreken bij de beantwoording van de opmerkingen van een van de andere sprekers. Ook als het gaat om de hulpmiddelen, zouden wij graag eens naar de prijzen kijken. Wij hebben namelijk het idee dat de prijzen voor de hulpmiddelen vaak hoger zijn dan direct nodig is.

De heer Boorsma maakte vervolgens een aantal opmerkingen onder het motto "Weg ermee". Hij zei onder andere: weg met de convergentiewet. Ik wijs erop, dat die wet weg moest nadat wij geconstateerd hadden, dat een dergelijke wet niet zou voldoen in het licht van de Europese wetgeving. Wij zijn het pad van vrijwillige convergentie met de verzekeraars op gegaan. Op het ogenblik geldt voor ziekenfonds- en particulier verzekerden hetzelfde pakket. De particuliere verzekeraars volgen de mutaties in het ziekenfondspakket. Zij bieden nog wel extra's aan, maar geven minimaal datgene wat in het ziekenfondspakket zit. De overheveling in januari van dit jaar is ook door de particuliere verzekeraars helemaal tot stand gebracht. Een tweede onderdeel van het convergeren heeft te maken met de acceptatieplicht, maar ook met het gaan dragen van risico. De acceptatieplicht is in feite via de WTZ geregeld. Of je daarover erg enthousiast moet zijn, is een ander verhaal. In ieder geval vinden wij, dat het maatschappelijk gezien langzamerhand toch wel een bedenkelijk punt wordt, dat op deze manier zonder enig risico iedere verzekerde die te duur dreigt te worden in de WTZ kan belanden. Daarom zijn wij al druk in gesprek met de particuliere zorgverzekeraars in Nederland over een verandering in de WTZ. Door die verandering zouden die verzekeraars weer risico gaan dragen. Ook hierover zal binnenkort meer verteld kunnen worden.

Weg met het eigen risico, werd er gezegd. Ik wijs erop, dat er nu sprake is van een gespreid eigen risico. Dat bedraagt ook 200 maximaal, maar

wordt niet gedaan in een keer aan de voet, maar vindt gespreid plaats en in de vorm van eigen bijbetalingen. Daarvoor waren bepaalde redenen, maar die kennen de leden aan de hand van de discussies en de publikaties. In ieder geval hebben wij voor deze regeling gekozen, omdat wij die met name voor de mensen met de laagste inkomens meer verantwoord vonden.

Van meer dingen zei de heer Boorsma: weg ermee. Zijn opmerkingen over die dingen geven mij niet direct aanleiding voor een beantwoording. Zelf zeg ik wel: weg met de ongenueanceerde kritiek, want ik vond dat hij hier en daar toch wel grote stappen nam toen hij ons te lijf wilde gaan.

### Voorzitter: Tjeenk Willink

De heer Boorsma (CDA): Voorzitter! Ik heb niet gezegd: weg ermee. Ik heb een juiste analyse gegeven van een aantal voorstellen dat door het kabinet is gedaan. Het kabinet heeft gezegd: weg ermee. Het heeft daarbij niet deze woorden gebruikt. Die zijn van mij. Mijn weergave was echter niet onjuist. Ik vond dat het kabinet van tal van eigen ideeën heeft afgezien. Ik noem in dit verband: de convergentiewet en het eigen risico, maar er waren meer zaken aan de orde.

Minister Borst-Eilers: Er is bij dit kabinet duidelijk sprake van voortschrijdend inzicht op onderdelen van het volksgezondheidsdossier, iets waarmee ik zelf overigens geen moeite heb. Integendeel!

De heer Boorsma stelde een vraag over de situatie bij de specialisten. Wat wil de minister nu na afloop van de huidige experimenten ten aanzien van het loondienstverband en het vrije beroep? Ik heb met de besturen van de specialistenverenigingen herhaaldelijk over dit onderwerp gesproken, ook nog in de afgelopen maanden. Ook in de Tweede Kamer heb ik duidelijk gezegd: het kabinet is van mening dat het gaat om de integratie en de kostenbeheersing, maar dat verder geldt dat men zowel in een dienstverband als bij het uitoefenen van het vrije beroep aan de criteria kan voldoen. Ook op dit punt zouden wij weleens kunnen komen tot lokaal maatwerk. In de verschillende ziekenhuizen wordt op dit punt al het een en ander gedaan. Er zijn meerdere ziekenhuizen waar

## Borst-Eilers

men collectief een dienstverband wil aangaan. Daarover wordt onderhandeld met het management en de verzekeraars. Denkt u in dit verband ook aan de goodwill-problematiek. Er zijn ook ziekenhuizen waar men zegt: wij blijven uitvoerders van het vrije beroep, maar wij gaan tot harmonisatie van de honoraria komen, want wij vinden het niet terecht dat de een veel meer verdient dan de ander. Ik neem van dergelijk experimenten met genoeg kennis. Ik breng ook werkbezoeken om met de mensen ter plekke hierover te praten. Naar mijn mening moeten wij de bestaande processen voort laten duren en dan nagaan tot welk resultaat men is gekomen. Zolang men zich houdt aan de criteria van integratie en uitgavenbeheersing, is het goed dat men dergelijke pogingen doet.

Ik verwacht dat men op de meeste plaatsen na 1996 de lokale overeenkomsten zal verlengen. In 1997 kan dat ook nog heel goed. Als alles vlot genoeg gaat, gaan wij in 1998 werken met productprijzen en dan zal er dus iets meer veranderen.

De heer Boorsma vroeg wat mijn visie was op het ziekenfonds als verzekeringssysteem. Ik vind dat het ziekenfonds zeker moet blijven en dat het toekomst heeft. Wel zal sprake moeten zijn van wat ik noem gebudgetteerde verzekeraars. Die verzekeraars zullen dan echter niet alleen maar echte schadeverzekeraars moeten zijn. Je ziet toch graag dat bij een zorgverzekeraar niet alleen iets is te merken van het commerciële ondernemerschap, maar ook van het maatschappelijk ondernemerschap. Die twee mogen wel tegelijk aanwezig zijn. Eigenlijk komt deze ontwikkeling hier en daar weer terug. Zij leek namelijk een beetje te verdwijnen. Over de kring van verzekerden kom ik straks nog te spreken.

Ter zake van de Wet geneesmiddelenprijzen hebben wij goede voortgang geboekt. Ondertussen wordt natuurlijk drifftig gestudeerd op alternatieven. De heer Boorsma was benieuwd naar het initiatief van VNO/NCW en hij vroeg zich af of de partijen die door deze organisatie bijeen zijn gebracht, iets moois hebben gemaakt of tot iets zijn gekomen wat als alternatief kan dienen. Ik heb begrepen dat er een plan gereed is. Een concept daarvan heb ik gezien. Als de farmakolom het plan van de commissie van drie

overneemt en het mij deze dagen voorlegt, zal ik er heel serieus naar kijken. Ondertussen gaat de voorbereiding van de wet door. De prijslijst eerste tranche van alle orale geneesmiddelen is klaar en zij zal binnenkort in de Staatscourant verschijnen. Dan zal blijken hoeveel de prijzen van de Nederlandse geneesmiddelen gemiddeld boven het Europese niveau liggen.

Over het waarborgfonds kan ik kort zijn. De behandeling van dat dossier is nog niet afgerond, maar het is nog lang niet zeker dat dit fonds er niet komt. Op dit punt verwijs ik dus naar mededelingen die binnenkort zullen worden gedaan.

De heer Boorsma vroeg naar mijn beslissing over de renterichtlijn van het COTG. Deze richtlijn is door mij afgekeurd. Aan het COTG is inmiddels een aanwijzing gegeven tot opstelling van een aangepaste richtlijn. Het orgaan heeft deze aangepaste richtlijn op 18 maart vastgesteld. Zij bevat geen inflatiecorrectie over het eigen vermogen. In deze tijd van beperkte financiële middelen in de zorgsector geef ik er de voorkeur aan, het geld aan de zorg zelf te besteden in plaats van aan verdere groei van eigen vermogens. Ik teken daarbij aan dat ziekenhuizen ± laat ik het huiselijk zeggen ± wel iets achter de hand moeten hebben.

Ik kom op het tekort van 3,6 mld. in ziekenfondskas en AWBZ-kas tezamen. Deze ontwikkeling is zorgelijk. Het geldt ook voor de kassen in de sociale verzekering. Het kabinet is niet van plan om op dit punt allerlei tekorten achter te laten. Ik weet niet of de leden al een blik hebben kunnen werpen in het centraal economisch plan, maar daarin wordt met enkele varianten gewerkt en wordt ook aan dit punt aandacht besteed. Wij staan voor de keuze om de tekorten in twee of in drie jaar af te bouwen. Het is duidelijk de bedoeling om het dossier zo netjes mogelijk achter te laten.

Bij de wachtlijstproblematiek gaat het vooral om de kwestie werkenden versus niet-werkenden. Mag je daar onderscheid tussen maken? Met vele sprekers heb ik enig begrip voor de werkgevers die het buitengewoon jammer vinden dat hun werknemers zo lang op wachtlijsten staan. Dat brengt ziekteverzuim met zich, hetgeen te meer klemt nu werkgevers daarvoor zelf het risico dragen.

Het gevoel dat het niet zo moet, is alleen maar groter geworden. Ook zorginhoudelijk is het natuurlijk vervelend. Wij moeten ernaar streven, de wachtlijsten weg te werken c.q. terug te dringen tot korte, aanvaardbare lengte. Je kunt nooit helemaal zonder. Voor een goede bedrijfsvoering is het nodig dat je een paar mensen wachtend hebt, zodat je een patiënt kunt oproepen als er een gat valt. Wachtlijsten mogen echter nooit zo lang worden dat de mensen op de lijst in gezondheidszorgproblemen raken. Om die reden heb ik vorig jaar 15 mln. extra beschikbaar gesteld om de achterstand bij de hartoperaties weg te werken. Misschien moet dat dit jaar wel weer gebeuren. Die wachtlijsten blijven maar lang. Wij doen ook heel veel hartoperaties in vergelijking met andere landen. Per miljoen inwoners zijn wij de absolute koploper van Europa. Je kunt je dus ook afvragen of alle indicaties wel even hard zijn. Maar goed, daar schieten de patiënten weinig mee op.

Er is een project waar een heleboel mensen aan meewerken om te komen tot afspraken voor genormeerde wachtlijsten. Wij moeten met elkaar afspreken wanneer een patiënt erop komt, aan welke criteria hij daarvoor moet voldoen. Er moet voor worden gezorgd dat de wachtlijsten betrouwbaar en onderling vergelijkbaar zijn. Er moet samengewerkt worden om ze weg te werken. Het is vreemd dat je voor dezelfde aandoening binnen een week geholpen wordt in ziekenhuis A en vijf maanden moet wachten in ziekenhuis B. Waarom werken A en B dan niet samen? Dan is het leed in ieder geval gehalveerd. Kortom, de problematiek is heel ingewikkeld. Wij proberen om toe te werken naar vermindering van wachtlijsten.

Mag je wachtlijsten, zolang ze er zijn, omzeilen voor werknemers? Dat punt stond centraal op een conferentie, georganiseerd door de KNMG met financiële steun van mijn ministerie. Er waren patiëntenorganisaties aanwezig, werknemers, werkgevers, enz. Men heeft een concept-referentiekader opgesteld. Tegen de heer De Wit zeg ik dat er dus nog geen definitief referentiekader is. Het concept is op het ogenblik in bespreking bij de achterbannen. Het is de bedoeling dat er een definitief referentiekader komt, waar alle partijen het mee eens zijn. Het

## Borst-Eilers

moet spelregels bevatten waarmee alle organisaties, inclusief de beroepsgroep, de artsen, kunnen leven. Ik wil daar serieus naar kijken. Het kan de kant uitgaan van het tijdelijk gedogen dat er op zaterdag werknemers worden geholpen, zodanig dat het de andere mensen op de wachtlijst niet schaadt. De mensen worden niet later geholpen, maar de werknemers gaan er dan tussendoor op een ongebruikelijk tijdstip. Ik sta er niet bij te juichen, maar als het hele veld het tijdelijk zo wil doen, kan ik mij voorstellen dat ik er geen bezwaar tegen maak. Ik houd mijn oordeel aan, want ik wil het resultaat zien voordat ik het als aanvaardbaar kan omschrijven.

De heer **De Wit** (SP): Is de minister niet van mening dat het mogelijk maken van die voorrang ertoe leidt dat de druk op het oplossen van de wachtlijst minder wordt? Het gevaar bestaat dat iets wordt gecreëerd waardoor de kwaal voortduurt.

Minister **Borst-Eilers**: Het hangt er mede vanaf hoe het in de ziekenhuis-budgetten wordt verwerkt. Als je strikt in de leer bent, moet het gewoon binnen de budgetten gebeuren. Het is dan niet zo aantrekkelijk voor de instellingen. De instellingen hebben er soms andere opvattingen over. Dit punt is in het kader van het referentiekader nog in discussie. Ik vraag u om een definitief oordeel mijnerzijds af te wachten. U hebt gelijk dat, als partijen er belang bij hebben om dit te blijven doen, men per definitie belang heeft bij het in stand houden van de wachtlijsten. Dat is een van de "pitfalls" waar dit onderwerp vol mee zit.

Ik kom op de inbreng van de heer Dees. Ik dank hem voor zijn bijzonder vriendelijke woorden in onze richting. Hij begon met de financiële kwestie, met de budgettaire kaders. Hij wees erop dat het kabinet de zorgsector vorig jaar 700 mln. overschrijding heeft kwijtgescholden. Dit klinkt een beetje zoals het ook wel eens door een partijgenoot van de heer Dees in de Tweede Kamer is gezegd: eens maar nooit weer. Ik wijs erop dat de spelregels voor de budgetdiscipline inhouden dat de drie sectoren  $\pm$  de rijksbegroting, de sociale sector en de zorgsector  $\pm$  hun over- en onderschrijdingen jaarlijks tegen elkaar mogen wegstrepen. Het is dus geen speciale vriendelijkheid

in mijn richting geweest. Als het omgekeerde ooit zou gebeuren  $\pm$  wat ik, denk ik, niet meer meemaak  $\pm$  namelijk dat ik een onderschrijding heb en de heer Melkert een overschrijding, gebeurt hetzelfde de andere kant op. Dit is na te lezen in de regels van de budgetdiscipline. Ik meld wel dat ik blij was met de onderschrijding in de sociale zekerheid.

De heer Dees heeft vijf randvoorwaarden genoemd. Handhaving van de budgetdiscipline is nodig. Dat ben ik met hem eens. De budgetdiscipline is er niet voor niets.

Dan de kwestie van de nominale component. De heer Dees heeft er kritiek op geuit dat deze component onder het budgettaire kader is gebracht. Die kritiek zal ik aan de minister van Financiën overbrengen. Tegelijkertijd wijs ik erop dat er redenen voor zijn aan te voeren. In de zorgsector is het bijzonder lastig om zorguitgaven te splitsen in een volumecomponent en een prijscomponent. Dat is mij herhaaldelijk gebleken. Bij de toepassing van de regels voor de budgetdiscipline onder het vorige kabinet heeft dat steeds praktische problemen gegeven. Men heeft vaak arbitrair een verdeling gemaakt. Dat probleem hebben wij nu niet meer. Verder is de nominale component in het verleden vaak een belangrijke kostenoprijvende factor geweest. Ik behoef alleen maar te wijzen op de analyses in de Miljoenennota 1985 en in het rapport van de TVK, de task-force volume en kostenbeheersing. Het ligt uit het oogpunt van uitgavenbeheersing toch wel erg voor de hand om ook naar de nominale component te kijken. Ik noemde net al twee factoren, geneesmiddelen en hulpmiddelen, waarbij wij het idee hebben dat de prijzen in Nederland onnodig hoog zijn. Het is dus wel verdedigbaar. Je kunt je evenwel afvragen of de koppeling van de nominale ontwikkeling in de zorgsector aan de prijsontwikkeling van het BBP nu zo gelukkig is. Ik wil dat maar in het midden laten. Maar misschien zou het goed zijn als de Eerste Kamer nog eens met minister Zalm op die twee onderdelen over dit onderwerp van gedachten wisselt.

De heer Dees vroeg zich af of de nominale premie wel in het tweede compartiment en dus onder de collectieve-lastendruk moet worden gerekend. Ik kan mij voorstellen dat

die vraag opkomt, zeker gelet op enerzijds de eigen verantwoordelijkheid van de ziekenfondsen voor de vaststelling van die nominale premie en anderzijds het feit dat de ziekenfondsen ook steeds meer risico gaan lopen in het tweede compartiment. Voorts is de nominale ziekenfondspremie voor de ziekenfondsen natuurlijk ook een middel om met elkaar te concurreren. Je kunt echter ook zeggen dat het misschien niet meer zo erg interessant is of die nominale premie nu wel of niet tot de collectieve-lastendruk moet worden gerekend, omdat het kabinet zich thans richt op de microlastendruk en niet meer op de collectieve-lastendruk. De nominale ziekenfondspremie is een onderdeel van de microlastendruk, net als de MOOZ-bijdrage en de WTZ-omslagbijdrage. Dat is duidelijk.

De heer Dees deed de suggestie om de jaarlijks toegestane groei te verhogen door het verschuiven van verstrekkingen van het tweede naar het derde compartiment. Bij de overheveling van het tweede naar het derde compartiment gelden natuurlijk wel criteria. Zo moet eigenlijk alle essentiële zorg in het tweede compartiment zitten. Hierop is al een uitzondering gemaakt, omdat tandheelkundige zorg natuurlijk ook essentieel is. Dat heeft weer een andere achtergrond; ik kom daar nog op. Als je de criteria wilt handhaven, zijn er niet al te veel praktische mogelijkheden meer om nog over te hevelen van twee naar drie. Maar mocht de VVD-fractie nog suggesties hebben over wat er op dat punt nog zou kunnen, dan zou ik die met belangstelling aanhoren.

Als vijfde punt bracht de heer Dees naar voren, dat hij geschrokken was van het hoge bureaucratiegehalte van een groot aantal maatregelen en voornemens. Hij noemde een heel rijtje op. Elke maatregel die je in deze sfeer neemt, leidt altijd tot aanpassingen en werkzaamheden in de uitvoerings-sfeer. Dat geldt zeker voor maatregelen als de beperking van het pakket of de invoering van een eigen risico of een eigen bijdrage. Bij maatregelen die het pakket beperken, speelt bijna altijd mee dat verzekerden die een bepaalde vorm van hulp echt nodig hebben, die hulp ook moeten kunnen krijgen. Denk maar aan de fysiotherapie. Dat is de reden geweest waarom wij daar met die lijst zijn gaan werken. Enfin, ik heb al

## Borst-Eilers

gezegd dat wij hopen dat eens een simpeler systeem ook bruikbaar blijkt te zijn. Bij de invoering van het systeem van eigen bijdragen in de ziekenfondsverzekering wordt ook volop aandacht besteed aan het aspect van administratieve en uitvoeringswerkzaamheden. Maar om een lang verhaal kort te maken: het brengt altijd kosten met zich. Toch denk ik dat de administratieve belasting op zich ons toch niet moet beletten om bepaalde maatregelen uit te voeren. Je moet natuurlijk wel altijd de verhoudingen in de gaten houden. Maar bijvoorbeeld bij een maatregel als de geneesmiddelenwet met een opbrengst van 700 mln. per jaar kun je natuurlijk wel wat administratiekosten permitteren. Ook bij het systeem van eigen bijdragen in de Ziekenfondswet, met een geraamde financieringsverschuiving van 900 mln., staan uitvoeringskosten ad 60 mln. nog niet in een onaanvaardbare verhouding tot de geraamde opbrengst.

De heer Dees eindigde zijn bijdrage over die vijf punten met het uitspreken van de hoop dat wij die in de herwaarderingsdiscussie zullen inbrengen. Het zijn in ieder geval zaken die de moeite van het bespreken waard zijn. Maar uit mijn eerste reactie heeft hij al opgemaakt dat zij op dit moment in die herwaarderingsdiscussie maar een marginale betekenis kunnen krijgen.

De heer Dees en anderen hebben ook het woord gevoerd over de flexibilisering van de Ziekenfondswet, met name over de mogelijkheden van substitutie op het gebied van de transmurale zorg. Ik heb hierover vorig jaar uitgebreid met Zorgverzekeraars Nederland gesproken. Wij hadden het toen over het aanscherpen van de budgettering. De zorgverzekeraars zeiden toen: als wij meer risico gaan lopen en als het ware steeds meer de regisseurs worden in dat tweede verzekeringscompartiment, dan willen wij ook de mogelijkheid om de zorg wat te sturen en om, zo mogelijk, goedkope goede zorg te geven in plaats van dure goede zorg. De genoemde voorbeelden gaan daarover. Als patiënten immers thuis ziekenhuisachtige zorg of verpleging kunnen genieten, komt dit er altijd op neer dat het goedkoper wordt. Ik heb Zorgverzekeraars Nederland gezegd dat ik daarvoor alle begrip heb. Ik heb de Ziekenfondsraad gevraagd om op het punt van die

flexibilisering een uitvoeringstoets te doen. De bedoeling is om dit al per 1 juli in te voeren. Dat zou dan gaan om ongeveer 3% van de budgetten. Het clandestiene rēntgenbusje kan binnenkort dus met vlag en wimpel door Amsterdam rijden, want dan is dat absoluut toegestaan. Dat geldt ook voor al die andere zaken.

De heer **Dees** (VVD): Ik heb ook gevraagd of je bij flexibilisering van de Ziekenfondswet in de praktijk wel datgene kunt realiseren wat je wilt. De vraag is immers of die flexibilisering niet gepaard moet gaan met flexibilisering van de WTG en in extreme situaties van de WZV.

Minister **Borst-Eilers**: De flexibilisering van de WTG zit er in zoverre in, omdat je dan zoiets krijgt als ziekenhuisgerelateerde thuiszorg. Daar moet ook een tarief voor komen. Het gaat dan vaak om ziekenhuisverpleegkundigen en zelfs specialisten die vanuit de uitvalsbasis ziekenhuis thuiszorg verlenen. Dat treedt steeds meer op. De vraag is natuurlijk: hoe ga je dat in de tarieven en de budgetsfeer regelen? Een heel aantrekkelijke gedachte is om dat geld binnen het ziekenhuisbudget te laten, want dan krijgen alle partijen er belang bij om goedkopere zorg te verlenen. Dit aspect is nog in studie.

Mevrouw Schoondergang is haar betoog begonnen met te spreken over het leggen van accenten op genezen dan wel het voorkomen van ziekte. Zij merkte op dat haar partij voorrang geeft aan meer accent op de preventieve gezondheidszorg en op de eerstelijnsgezondheidszorg, omdat je dan minder behandeling en minder medische ingrepen nodig hebt. Met andere woorden: voorkomen is niet alleen beter maar ook nog goedkoper dan genezen. Ik denk dat deze redenering op zich volstrekt juist is. Ik onderschrijf die dan ook graag. Wij hebben ook de gelden voor preventie uitgebreid. Ook de huisartsgeneeskunde wordt op dit ogenblik op allerlei manieren verstrekt. Wij proberen de huisarts in de grote stad wat extra financiële armslag te geven, opdat zo iemand met name in de achterstandswijken met behulp van hulpkrachten, zoals sociaal verpleegkundigen en maatschappelijk werkers, en met meer doktersassistenten veel meer kan doen aan preventie dan op dit

moment mogelijk is. Dat vinden de huisartsen zelf ook belangrijk.

Een probleem is dat een groot deel van de preventie in de sfeer van de gezonde leefstijlen ligt. Soms leeft men ongezond, omdat men op allerlei manieren toch al in een achterstandssituatie verkeert. Ik kan mij voorstellen dat je, als je moet leven van een uitkering, slechte huisvesting hebt en geen enkel perspectief hebt, het dan niet ook nog eens kunt opbrengen om heel gezond te gaan eten, nog afgezien van het feit dat dit vaak ook duurder is dan ongezond eten. Maar ook mensen die zich dat financieel best zouden kunnen permitteren, volgen de goede adviezen vaak niet op. Dat betekent dat er nog heel wat geld gereserveerd moet worden om alles te repareren wat er spontaan aan mensen kapot gaat, of wat zij zichzelf hebben aangedaan door onverstandig te leven. Ik ben het dus helemaal met de redenering eens. Nogmaals, wij verleggen de accenten ook al wat meer naar preventie en eerste lijn. Er moet echter toch nog een heleboel aan de cure worden uitgegeven. De cure heeft vaak ook een functie, in die zin dat mensen weer snel op de been geholpen worden. Denk hierbij maar aan de verschillende dingen die oudere mensen kunnen overkomen, bijvoorbeeld een staaroperatie of een heupoperatie. In dat geval zit je middenin de ziekenhuissector; je bent bezig met cure, maar je doet dat eigenlijk om die ouderen weer zo snel mogelijk zelfstandig verder te laten leven en om geen verpleeghuispatiënten van hen te maken. In de cure zit dus heel veel waarvan ik zeker weet dat ook mevrouw Schoondergang daar volledig achter staat.

Mevrouw Schoondergang vroeg wat het plan van aanpak was voor de versterking van de poortwachtersfunctie. Ik verwijs in dit verband naar het rapport van de paritaire werkgroep huisartsenzorg, Poortwachter in de praktijk. Daarin staat een heel scala van maatregelen. Ik het er zojuist al enkele genoemd. Ik denk dat de huisartsgroep zelf ook heel druk bezig is om zich door nascholing en bijscholing en via de verlengde opleiding meer te oriënteren op al die zaken die ook zo belangrijk zijn voor een goede zorgverlening, zoals meer aandacht voor de patiënten, meer tijd voor het voorkomen van allerlei kwalen en

## Borst-Eilers

wat minder alleen op de high tech geïntereerd zijn.

Mevrouw Schoondergang, mevrouw Ter Veld en de heer De Wit hebben gesproken over de maatregel tandheelkunde en de zorgen die er zijn over het feit dat degenen die geen aanvullende verzekering hebben afgesloten, dat misschien wel degelijk hadden moeten doen. Ik heb op het ogenblik een vrij aardig beeld van de aanvullende verzekeringen die de ziekenfondsverzekerden per 1 januari vorig jaar hebben afgesloten. Van de ziekenfondsverzekerden heeft 77% zo'n aanvullende verzekering afgesloten. De Ziekenfondsraad heeft door het bureau Ipso facto te Houten ook nog een onderzoek laten verrichten om te bekijken waarom mensen die zich niet aanvullend hebben verzekerd, dat niet hebben gedaan. Uit dat onderzoek kunnen wij dus een indruk krijgen van de groepen ziekenfondsverzekerden die zich niet aanvullend hebben verzekerd, en de reden waarom zij dat hebben gedaan. De gegevens uit dat onderzoek worden op dit moment beoordeeld door een aantal commissies van de Ziekenfondsraad. In mei van dit jaar gaat de Ziekenfondsraad nog een tweede evaluatie doen, gericht op de gebitsprothese. Daarna zal ik het oordeel van de Ziekenfondsraad over het eerste en het tweede rapport ontvangen.

Het blijkt al wel dat degenen die zich niet aanvullend verzekerd hebben, dat voor een groot deel ook gedaan hebben op grond van hun gebitstoestand. Dat geldt zowel voor jongeren als voor ouderen. Er zijn mensen die dit alleen maar om financiële redenen hebben gedaan, maar er zijn ook mensen die zich niet aanvullend hebben verzekerd, omdat hun mondgezondheid zodanig goed is dat het goedkoper is om, als zij een keertje iets hebben, het zelf te betalen. Ik zal verder niet in de details treden. Ik heb de eindrapportage ook nog niet. Deze komt er echter wel aan. Ik heb al enige malen gezegd dat ik het ook belangrijk vind om dit goed in de gaten te houden. De bedoeling was dat de mondgezondheid er niet onder zou leiden. Als dat toch flink het geval blijkt te zijn, denk ik dat wij de maatregel opnieuw moeten bekijken.

Mevrouw Schoondergang heeft gezegd dat zij niet veel ziet in de eigen-bijdrageregeling en dat zij in

ieder geval geen eigen bijdrage wil voor de huisarts. Ik kan haar geruststellen: die zit er ook niet in.

Zij heeft ook gesproken over de fysiotherapie, maar daar heb ik het al over gehad. Verder heeft zij een aantal vragen gesteld die de staatssecretaris graag zal beantwoorden.

Ik kom op de bijdrage van mevrouw Ter Veld. Zij heeft een heel interessant en boeiend betoog gehouden over de samenhang tussen gezondheid en sociaal-economische positie. Dit verbreedend tot het regeren in Den Haag, heeft zij ook gesproken over de samenwerking tussen Sociale Zaken en VWS. Zij vindt dat die samenwerking eigenlijk intensiever moet worden. Zij constateert terecht dat er een wisselwerking bestaat tussen enerzijds de sociale positie en het al dan niet hebben van werk en anderzijds gezondheid en welbevinden. Die constatering kan ik zonder meer onderschrijven. In onze nota Gezond en wel hebben wij ook vrij veel aandacht aan dit thema besteed. Men weet dat er een commissie sociaal-economische gezondheidsverschillen geweest is onder leiding van de heer Ginjaar, een van de leden van dit huis. Onder voorzitterschap van prof. Albeda vindt nu eigenlijk een vervolg hierop plaats. Men probeert er nu achter te komen welke interventies die sociaal-economische gezondheidsverschillen in positieve zin zouden kunnen beïnvloeden.

Ik kom op de samenwerking tussen die ministeries. Het is natuurlijk prachtig om in algemene bewoordingen te zeggen: wij onderschrijven een integrale ministerie overstijgende aanpak. Het wordt echter pas echt spannend, wanneer elk beleidsvoornemen van VWS door Sociale Zaken wordt getoetst en elk beleidsvoornemen van Sociale Zaken door VWS wordt getoetst. Ik wil zeker niet zeggen dat dit tot in allerlei kleinigheden het geval is, maar ik kan mevrouw Ter Veld wel verzekeren dat dit bij de meest relevante beleidsonderwerpen inderdaad gebeurt. Pas als je het hele proces hebt meegemaakt, zie je wat het resultaat daarvan is. Die wisselwerking is echter zeer herkenbaar aanwezig. Ik kan hier een paar voorbeelden van noemen. Een actueel voorbeeld is natuurlijk de armoedenota die afgelopen maandag in de Tweede Kamer is behandeld.

Daarin worden de bestrijding van de armoede en de bestrijding van sociaal-economische gezondheidsverschillen in één adem genoemd. Ook wordt heel duidelijk de gedachte uitgedragen dat, als je iets aan het een doet, het ander daar ook van mee profiteert of omgekeerd.

Er zijn ook beleidsvoornemens waarvan niet bij voorbaat gesteld kan worden dat hetgeen sociaal-economisch wenselijk is, ook direct wenselijk is uit het oogpunt van volksgezondheid. Ik noem hier een paar recente voorbeelden van. Het eerste is natuurlijk de bekende WULBZ, de Wet uitbreiding loondoorbetalingsplicht bij ziekte. Daarbij moest inderdaad een afweging worden gemaakt tussen de noodzaak om het ziekteverzuim via die wet terug te dringen, en het toegankelijk houden van betaalde arbeid, ook voor mensen met een minder gunstige gezondheidsprognose. Wij hebben indertijd zeer intensief overleg gevoerd, zowel op ambtelijk niveau als op bewindslidenniveau, om te proberen een goede afweging te maken tussen wensen die soms inderdaad strijdig waren. Een van de resultaten van dat overleg is natuurlijk de WULBZ, zoals die er ligt. De WULBZ is echter aan het parlement aangeboden met de mededeling dat er nog flankerend beleid nodig was. Het kabinet heeft al enkele malen gezegd dat het met veel belangstelling uitkijkt naar de behandeling van het initiatiefwetsvoorstel van de heer Van Boxtel inzake de aanstellingskeuringen. Als er geen sprake zou zijn van dit soort flankerende wetgeving, zouden de risico's volgens mij best wel eens te groot kunnen zijn.

Een ander voorbeeld van het afwegen van niet altijd a priori gelijkgerichte doelstellingen is gelegen in de behoefte die bij sommige werkgevers lijkt bestaan om werknemers tegen betaling een snellere behandeling in de gezondheidszorg te geven. Ik heb het daar al over gehad.

Met nadruk zeg ik dat ik volledig sta achter de constatering van mevrouw Ter Veld dat er een wisselwerking is, wat een van de kernpunten van mijn beleid is. Ik zou het erg op prijs stellen als wij erin zouden slagen, de baten van de gezondheidszorg niet alleen op individueel niveau, maar ook sociaal, te vertalen in dezelfde harde

## Borst-Eilers

gulden, waarin we altijd over de kosten spreken. De immateriële baten van de zorg zijn heel groot, maar ze kunnen in de bekende discussies rond voorjaarsnota en begroting op geen enkele manier worden meegenomen, omdat we er zelf nog steeds niet in geslaagd zijn, ze in geld te vertalen.

Mevrouw Ter Veld noemde het voorbeeld van Duitsland: looncompensatie bij ziekte is daar wel in een kader met kostencompensatie geregeld. Misschien bedoelt zij die situatie, waarin werkgevers het financiële risico van hun verplichting tot loondoorbetaling bij ziekte kunnen verzekeren bij de "Krankenkassen". Deze zijn belast met de uitvoering van de Duitse ziekenfondswet, waardoor zij een belang hebben bij een spoedige medische behandeling van de werknemers, ten aanzien van wie zij dat financiële risico hebben overgenomen. Dat is inderdaad een interessant model. Pikant is verder dat de Duitse wet niet toestaat dat op deze grond onderscheid wordt gemaakt bij het bepalen van de volgorde van behandeling van patiënten. Misschien moet ik inderdaad eens in Duitsland gaan kijken!

Mevrouw Ter Veld vroeg, hoe ik denk over de onlangs in werkgeverskringen geuite wens om werknemers te mogen losweken uit het ziekenfonds, om hen in een kleinere bedrijfscollectiviteit op te nemen, en afspraken te maken met de eigen zorgverzekeraar, het opting out. Ik acht het geen wenselijke ontwikkeling om werknemers afzonderlijk tegen ziektekosten te verzekeren. Ik ben van mening dat solidariteit met zich brengt, dat bij die ziektekostenverzekeringen ook degenen betrokken moeten zijn die niet (meer) in bedrijven werkzaam zijn. Met andere woorden: ik wil het gewoon bij elkaar laten. Ik geloof niet dat dit een gelukkige ontwikkeling is.

Mevrouw Ter Veld zei dat er geen keuzes zijn gemaakt bij de kring van verzekerden. Die keuzes zijn eigenlijk in het verleden wel gemaakt. Er is bewust voor gekozen om zowel voor de beoordeling van de verzekeringsplicht ingevolge de Ziekenfondswet als voor de premieheffing dezelfde inkomensbestanddelen uit of in verband met arbeid, verricht in dienstbetrekking, in aanmerking te nemen, alsook de vervangende sociale uitkeringen. Lopen de

inkomsten uit dienstbetrekking en sociale uitkeringen samen, dan worden die inkomensbestanddelen samen geteld voor het beoordelen van de verzekeringsplicht en de premieheffing.

Dat het tot nu toe alleen maar gaat om dienstbetrekkingen en uitkeringen ± zij vormen alleen maar een titel ± vindt zoals mevrouw Ter Veld ook wel weet zijn oorsprong in het ontstaan van de ziekenfondsverzekering als een werknemersverzekering.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Ik zou willen dat het zo was, want dat lijkt me terecht. Maar ik kom in de praktijk vrij vaak mensen tegen met een kleine uitkering, bijvoorbeeld krachtens het ABP, die werken, bijvoorbeeld bij een semi-overheidsinstelling, en aan de ene kant trachten via het IZA compensatie voor hun ziektekosten te krijgen en daarbij te horen krijgen dat zij in het ziekenfonds thuishoren, terwijl zij het aan de andere kant toch echt absurd vinden om voor een uitkerinkje van 1200 per jaar in het ziekenfonds te kunnen voor 4 per maand. Dit is absurd; het zou niet mogelijk moeten zijn dat die mensen in het ziekenfonds gaan.

Minister **Borst-Eilers**: Nu komt u bij wat ik wel eens "de rafels" in de Ziekenfondswet noem: er zijn allerlei categorieën van mensen, waarvan die in hemelsnaam in het ziekenfonds zitten. Wij zijn bezig, dat allemaal in kaart te brengen, maar ik kan niet zeggen dat gebeurt met de bedoeling om in deze regeerperiode orde op zaken te stellen. Er zit ook een andere kant aan de zaak, namelijk de kleine zelfstandige, als symbool van de groep die misschien ten onrechte niet in het ziekenfonds zit. Ik heb vaak het gevoel dat die mensen daar misschien, gezien hun inkomenspositie, beter onder dak zouden zijn. Correctie op die manier zou misschien bij een volgende formatie netjes moeten worden geregeld. Het is een majeure operatie om dat nu, halverwege een regeerperiode, te gaan herschikken. Ik denk dat het ook een beetje strijdig is met de afspraken in het regeerakkoord, maar die kun je natuurlijk altijd op verschillende manieren interpreteren.

Ik ben toch wel voornemens, op afzienbare termijn die inventarisatie, met een aantal overwegingen, aan

het parlement voor te leggen. Als er in het parlement voldoende overeenstemming is gebleken om daaraan toch iets te veranderen, doen we er goed aan om te beginnen met de voorbereidingen om bijvoorbeeld in een volgende kabinetsperiode de zaak structureel anders te ordenen.

Mevrouw Ter Veld had op het gebied van de tandheelkunde nog een aanvullende vraag over de tandprothetici, die weer in het ziekenfonds zouden moeten worden opgenomen. Ik begin met het wegnemen van een misverstand: de hulp door de tandprotheticus heeft nooit onderdeel van het ziekenfondspakket uitgemaakt. De volledige gebitsprothese was voor 1 januari 1995 wel onderdeel van de tandheelkundige hulp die voor rekening van de ziekenfondsverzekering mocht worden verleend, zij het uitsluitend door tandartsen. In de tweede evaluatie, gericht op de prothese, van de Ziekenfondsraad zal apart aandacht worden besteed aan de vraag, of voor ziekenfondsverzekerden de toegang tot een volledige prothese nu voldoende is gewaarborgd. Er leeft nog een idee bij de tandprothetici zelf om die prothese niet via de tandarts, maar uitsluitend via de tandtechnicus te laten leveren. Dat zou goedkoper kunnen zijn dan door de tandarts. Ik kom daar nog op terug.

Mevrouw Ter Veld zei terecht dat de CAO-onderhandelingen in het post-WAGGS-tijdperk problematisch dreigen te worden als gevolg van minder geld dan feitelijk noodzakelijk en toegezegd is. Ik weet niet of dat zo is; dat zal nog moeten blijken. De bedoeling van het post-WAGGS-model is inderdaad, het mogelijk te maken dat ook in de zorgsector een arbeidsmarktconforme CAO kan worden afgesloten, waarvoor een heel systeem is opgetuigd, waarbij eerst een objectief referentiekader moet worden toegepast. Op grond van ontwikkelingen in het bedrijfsleven worden daarbij verschillende elementen ingevuld. Vervolgens kan het kabinet nog een beleidsmatige slag daaroverheen maken. Ik moet zeggen dat ik, nu ik het hele "circus" voor het eerst heb meegemaakt, het allemaal knap ingewikkeld vind. Uiteindelijk is er dan een voorlopig bod van het kabinet, waarvan de werkgevers kunnen aangeven of zij daarmee al of niet akkoord gaan; doen zij dat niet, dan gaan zij naar

## Borst-Eilers

de commissie-Van Voorden, om daaraan advies te vragen. Wat nu geboden is door het kabinet, maakt een arbeidsmarktconforme CAO mogelijk, hoewel de werkgevers daar anders over denken. Wij zijn nu in het stadium dat wij afwachten of de commissie-Van Voorden advies moet uitbrengen, waarna het kabinet zijn definitieve besluit zal nemen.

De allochtone werknemers in de zorgsector vormen een belangrijk speerpunt van ons beleid. Mevrouw Ter Veld vroeg, hoe het daarmee staat. Het antwoord daarop is, dat het goed gaat. In maart 1994 is het TOPAZ opgericht, het tijdelijke ondersteuningspunt allochtone gezondheidszorg. Dit ondersteuningspunt heeft recent een onderzoek gedaan onder 800 zorginstellingen, om te kijken wat er van al die stimulansen en ondersteuning terecht was gekomen. In de eerste twee jaar is het instromingsdoel al voor circa 70% bereikt: 3000 mensen van allochtone herkomst zijn aan een baan geholpen. Het percentage allochtonen met een baan in de zorgsector nadert in de vier grote steden nu de 10; landelijk is het gemiddeld 2.

De Wet bevordering evenredige arbeidsdeelname allochtonen wordt in de zorgsector relatief goed nageleefd. Per ultimo 1995 gebeurt dat door ongeveer de helft van de instellingen, terwijl circa 20% van de instellingen een registratiesysteem aan het ontwikkelen is. In Nederland als geheel voldoet ongeveer 37% van de ondernemingen aan de registratieverplichting, dus buiten de zorgsector. Het gaat niet alleen om het bevorderen van de instroom. Het gaat ook om trajectbenadering, om begeleiding, om het verder helpen op de arbeidsmarkt. Daarvoor voeren instellingen een zogenaamd multicultureel beleid. Uit het onderzoek is ook gebleken dat drie op de tien instellingen bezig is met zo'n multicultureel beleid, of bezig is om het te ontwikkelen.

Dan kom ik op de vraag naar het verschil tussen particuliere en ziekenfondstarieven. Ook dat verhaal heeft een lange geschiedenis. Tot voor enkele jaren lagen de particuliere tarieven voor medisch specialisten gemiddeld zo'n factor twee hoger dan de ziekenfondstarieven, maar wij zijn bezig met een toegroei. Wij zijn er nog niet. Die toegroei moet ook geleidelijk gaan, want het gaat om een verschuiving

in de financiering van particulier naar ziekenfonds. De ziekenfondstarieven gaan omhoog. De particuliere tarieven gaan naar beneden. Zo'n verschuiving kun je niet in één klap laten plaatsvinden. Die verdere toegroei ontlast het particuliere-uitgavenkader, maar belast het ziekenfondsuitgavenkader. Desondanks, ook vanwege het feit dat het, zoals mevrouw Ter Veld zei, inderdaad absurd is, zijn wij deze weg opgegaan.

Ik ben het helemaal met de heer Van den Berg eens dat het ethische karakter van de gezondheidszorg veel breder is dan de zogenaamde ethische issues, waar wij het altijd over hebben. Ik stel zijn opmerking ter zake zeer op prijs. Het is eigenlijk een sector die doordrenkt is van beslissingen waar een ethisch aspect aan zit. Dat de positie van de patiënt altijd nog verder kan worden versterkt, onderschrijf ik van harte.

De heer Van den Berg heeft ook een aantal opmerkingen gemaakt over de eigen betalingen. Hij was daar nogal negatief over. Hij zei dat je je voor allerlei dingen moet bijverzekeren, maar dat dit niet kan als je een "brandend huis" bent. Bij de tandheelkunde en de overheveling naar het derde pakket is echter iedereen door het ziekenfonds geaccepteerd. Daarbij is geen sprake geweest van een weigering van verzekeren. De fysiotherapie hebben wij zo proberen te regelen dat je voldoende fysiotherapeutische zorg kunt krijgen zonder je bij te verzekeren. Dat zijn twee punten waarop het naar mijn smaak duidelijk anders ligt.

De heer Van den Berg heeft ook gesproken over de volumebeperkingen. Hij heeft op een aantal mogelijkheden gewezen om die te kunnen bereiken, onder andere via een betere beoordeling van nieuwe technieken en methoden. Ik verwijs wat dat betreft naar de beleidsbrief MTA. Daar staat in dat wij dat met de heer Van den Berg eens zijn. Daar staat verder ook in wat wij daaraan doen. Ik noem het investeren in een betere interactie tussen patiënt en dokter, meer gebaseerd op tijd en informatie. De beweging die wij aan het maken zijn in het kader van de honorering, zowel voor specialisten als voor huisartsen, is er inderdaad op gericht om niet meer te betalen naar het doen van dingen. Het maakt niet meer uit of je met de patiënt praat of hem opereert. Je honora-

rium voor dat uur of halfuur is precies hetzelfde.

Dan de rol van de overheid in het tweede en derde compartiment. In mijn inleiding heb ik daar al een aantal opmerkingen over gemaakt. In het derde compartiment is de invloed in elk geval heel beperkt, maar daarbij gelden wel de kwaliteitswet, de Wet BIG en de Gezondheidswet. Er is dus wel degelijk sprake van een toezienend oog van de overheid, maar wij bemoeien ons niet meer zozeer met volumebeheersing. Voorlopig bemoeien wij ons nog wel met de prijzen, maar op den duur doen wij dat misschien ook niet meer. In het tweede compartiment is de rol van de overheid, via al die wetgeving en de verplichte verzekeringen, de premievaststelling, de Ziekenfondswet en de WtZ, toch nog vrij zwaar. De inhoud van de zorg daar wordt echter meer door partijen zelf aangestuurd.

De heer Van den Berg heeft gevraagd of de oplossing via een kwaliteitsfonds, zoals hij dat noemde, ook mogelijk zou zijn voor de andere AWBZ-sectoren en de cure-sector. Ik neem aan dat hij het Zorgvernieuwingsfonds bedoelt. Dat fonds stimuleert de kwaliteit inderdaad. Dat komt mede voort uit de afspraken die in Leidschendam zijn gemaakt. Het antwoord op die derde vraag is dan positief. Ook in de andere sectoren worden tal van kwaliteitsprojecten gefinancierd. Bij alle AWBZ-sectoren is sprake van een zorgvernieuwingsfonds.

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Dat is mij bekend, maar dat bedoel ik niet. Er is zojuist een overeenkomst gesloten tussen de Landelijke vereniging voor thuiszorg en de patiëntenbeweging om tot het instellen van een eigen kwaliteitsfonds voor de thuiszorg te komen. Ik vind dat een uitstekend initiatief. Het zou goed zijn als dat tot andere sectoren zou kunnen worden uitgebreid.

Minister **Borst-Eilers**: Wat is de voeding van dat fonds?

De heer **Van den Berg** (SGP): Dat moeten de premiegelden zijn. Het gaat om de kwaliteit. Ik neem aan dat dit met de minister zal worden besproken, omdat het via de Ziekenfondsraad zal moeten.

Minister **Borst-Eilers**: Als het goed



## Borst-Eilers

functioneert, dan verdient het zeker navolging. Wij zullen dat goed bekijken. Ik dank de heer Van den Berg dat hij mij daar attent op heeft gemaakt.

De heer Van den Berg vroeg verder of de identiteitsgebonden zorg, waaraan zoveel behoefte is, gezien de lange wachtlijsten, ook een rechtmatige plaats kan krijgen binnen de gezondheidszorg. De identiteitsgebonden zorg en de identiteitsgebonden instellingen worden in principe net zo behandeld als alle andere instellingen. Wij maken daarin geen onderscheid, ook niet in die zin dat knelpunten, zoals het voorbeeld van de GLIAGG dat de heer Van den Berg noemde, fundamenteel anders worden behandeld dan knelpunten in andere instellingen. Ik heb wel begrip voor het feit dat zo'n instelling door het identiteitsgebonden karakter vaak met specifieke problemen te maken heeft. Dan zijn wij te allen tijde bereid op het departement om daarvoor specifieke oplossingen te zoeken.

De andere vragen van de heer Van den Berg waren vooral gericht aan het adres van de staatssecretaris.

Dan kom ik bij de inbreng van mevrouw Tuinstra. Zij zei dat het lezen van de begroting voor haar een verademing was. Misschien heeft zij meer de letters gelezen en minder de cijfers. In ieder geval deed het mij veel goed om dat te horen. Ik dank haar ook voor de andere vriendelijke woorden die zij aan ons adres heeft gericht.

Mevrouw Tuinstra zei zelf al dat de gezonde leefstijl door iedereen op papier wordt aangehangen, maar dat daar in de praktijk weinig van terecht komt. Voortbordurend op de kwestie van gezond leven en de voorlichting daarover heeft zij ook gezegd dat de voorlichting over ons gezondheidszorgsysteem meer aandacht moet hebben. Wij kunnen trots op onze gezondheidszorg, maar veel mensen weten dat niet. Ik denk dat veel mensen ook niet goed begrijpen hoe het systeem precies in elkaar zit. Ik ben het met mevrouw Tuinstra eens dat het de moeite waard is om de mensen op dat punt wat voor te lichten. Aan de andere kant is er geen reden om zelfgenoegzaam te worden, want er zijn landen in Europa waar het ook uitstekend is geregeld. Ik wijs op de noordelijke landen van de Europese Unie. Daar vind je in het algemeen goede

sociale ziektekostenregelingen. Daar is vaak sprake van een brede toegankelijkheid en een breed voorzieningspakket. Hoe dat ook zij, het is inderdaad de moeite waard om kennis te nemen van ons systeem.

Als wij iets veranderen in het systeem, als wij iets doen met de premies of met de overheveling van aanspraken, dan proberen wij ook om de voorlichting daarover behoorlijk zwaar op te tuigen. Bij het overhevelen van de verschillende voorzieningen en verstrekingen van de AWBZ naar het tweede compartiment per 1 januari jongstleden hebben wij een uitgebreide campagne gevoerd, van december tot februari, met folders, brochures, radiospotjes, advertenties, posters en een redactioneel artikel in huis-aan-huisbladen, want die worden heel veel gelezen. Daardoor hebben wij relatief weinig klachten gekregen van mensen die niet begrepen wat er aan de hand was. De meesten wisten ook welke consequenties het zou hebben voor de premie. Men wist ook dat de premie in het tweede compartiment omhoog ging en dat de AWBZ daalde. Het probleem is wel dat dit verstopt zit in de eerste schijf. Als zodanig zie je dat dus niet terug. De mensen analyseren meestal niet hoe de opbouw in elkaar zit. Wij hebben geen voorlichting voorbereid over de nominale opslagpremie in de ziekenfondsverzekering omdat wij niet hebben zien aankomen dat deze premie gemiddeld 50 hoger zou uitkomen. Mensen zijn erg geschrokken van die stijging. Er blijkt ook weer duidelijk uit dat een nominale stijging veel meer indruk maakt dan een percentuele stijging.

Dan kom ik te spreken over de verdeling van de geldstromen. Er gaat 20 mld. naar de ziekenhuizen en 11 mld. naar de ouderen. Beseft moet natuurlijk wel worden dat je in de ziekenhuizen bijna alleen nog maar ouderen aantreft. Dus je zou kunnen zeggen: ziekenhuizen is gelijk aan ouderen, 20 mld., plus voorzieningen voor ouderen, 11 mld. Onze gehele gezondheidszorg wordt steeds meer een gezondheidszorg voor ouderen. Zolang mensen jong zijn of van middelbare leeftijd mankeren ze meestal niet zoveel. Desalniettemin is het een heel belangrijk vraagstuk. Het moet inderdaad niet zo zijn dat degene die het hardst schreeuwt of de meeste indruk maakt op de burgerij

bijvoorbeeld door de nieuwe technologische ontwikkelingen, er automatisch met de hoogste groei vandoor gaat en dat de wat bescheidener sectoren dan tekort komen. Ik meen dat het een goede signalering is geweest. Mevrouw Tuinstra zegt dat een flinke uitbreiding van de topzorg altijd ten koste gaat van andere zorg die belangrijk is en haar ook dierbaar is. Ik kan haar zeggen dat ik het met haar eens ben. De positie van de academische ziekenhuizen is zodanig dat ze topzorgontwikkelingen kunnen accommoderen zonder dat dit direct altijd met extra geld gepaard hoeft te gaan.

Verder heeft mevrouw Tuinstra gevraagd of het bericht op pagina 3 van de Volkskrant van hedenmorgen over de eigen bijdrage in het kader van het ziekenfonds juist is. Zoals meestal met kranteberichten, is dit bericht gedeeltelijk juist. Er is in het kabinet overeenstemming over hoe dit systeem er uit gaat zien, maar er zijn twee technische punten die goed moeten worden "afgehecht" en die niet zo simpel zijn om uit te werken als je aanvankelijk zou denken. Het eerste betreft de kwestie van de chronisch zieken. Die worden in het eigen-bijdragesysteem gecompenseerd. Dan stuit je op de vraag wat een chronisch zieke precies is. Met de organisaties van chronisch zieken hebben wij overeenstemming over hoe wij dat zouden moeten aanpakken. Iemand die drie jaar achtereen het maximum aan eigen bijdrage heeft volgemaakt, is dan per definitie iemand die voor compensatie van de eigen bijdrage in aanmerking komt. Dat is op zichzelf betrekkelijk simpel. Dat kunnen de ziekenfondsen zo vaststellen. Alleen is de vraag welke definitie wij moeten hanteren in de twee opeenvolgende jaren. Dat is dus het ene technische punt waarvan ik overigens verwacht er een dezer dagen wel uit te zullen komen. Het tweede is dat wij de premiedaling die altijd samengaat met het invoeren van een eigen risico of eigen bijdrage, vertaald willen zien in een nominale premiedaling, omdat dit veel gunstiger is voor de koopkracht aan de onderkant dan een percentuele premiedaling. Het aardige is nu dat de overheid niet gaat over die nominale premiedaling. Dus dat leidt tot de noodzaak om met de ziekenfondsen de afspraak te maken dat zij per 1 januari aan-

## Borst-Eilers

staande de premieverlaging ook helemaal aan hun verzekerden doorgeven. Ook het maken van een afspraak met wederzijdse toezeggingen met een aantal verzekeraars kost natuurlijk enige tijd. Dat zijn dus de twee technische punten waarop het hangt, maar ik verwacht dat het binnenkort allemaal op z'n pootjes terecht komt. Dan zullen wij het ook afwerken.

De heer **De Wit** (SP): Is het de minister al bekend wat er nu gaat gebeuren met de eigen bijdrage? Wordt die cumulatief naast een aantal andere eigen bijdragen of gaat het hier om een vervanging van de betaling aan eigen bijdrage?

Minister **Borst-Eilers**: Dit is voor het ziekenfondspakket de enige eigen bijdrage die men betaalt in de cure-sector. Daarnaast is er natuurlijk de mogelijkheid dat er bijbetaald moet worden in het kader van het GVS.

Dat de WGBO nog niet tot het vereiste resultaat zou hebben geleid, daarover heb ik geen informatie. Naar mijn indruk weten steeds meer patiënten dat de WGBO bestaat. Het gaat dan vooral om patiënten die lid zijn van een patiëntenorganisatie die er goed op geattendeerd zijn. De evaluatie van de WGBO zou pas na vijf jaar plaatsvinden. Het is natuurlijk heel goed mogelijk om op een aantal onderdelen eerder te peilen hoe het ermee gaat. Ik vind wel dat je een wet even de tijd moet geven om tot een ieder door te dringen en om een situatie te bereiken waarin iedereen er goed mee omgaat. De wet is nu bijna een jaar van kracht, dus ik denk dat het op dit moment te vroeg is voor een evaluatie, maar wij zullen het in de gaten houden.

Vervolgens ga ik in op het achteraf toetsen door een commissie bij levensbeëindiging van pasgeborenen. Mevrouw Tuinstra heeft gezegd dat daarmee toch niet hoeft te worden gewacht totdat de evaluatie gereed is aangezien die betrekking heeft op euthanasie. Welnu, die evaluatie is breder. Dat onderzoek van prof. Van der Maas en prof. Van der Wal betreft de gehele meldingsregeling, zoals die op het ogenblik van kracht is. Die regeling geldt zowel voor euthanasie als voor levensbeëindiging waar de patiënt zelf niet om verzocht heeft, dus ook de actieve levensbeëindiging bij

pasgeborenen. Het kabinet heeft zich voorgenomen om totdat de evaluatie is afgerond, geen voorstellen tot wijzigingen in wet- en regelgeving aan het parlement voor te leggen. Mevrouw Sorgdrager en ik hebben uit alle geluiden die wij opvangen wel het idee dat wij de voorbereidingen kunnen treffen voor zo'n commissie die achteraf toetst in het geval van levensbeëindiging bij een pasgeborene. Wij zijn in overleg met verschillende partijen om te bezien wie er in die commissie zitting zouden moeten gaan nemen en hoe die zou kunnen functioneren. Op zichzelf zal die commissie niet meer kunnen zijn dan een adviserende commissie aan het openbaar ministerie. Ze komt niet in de plaats van het strafrechtelijk traject, maar ze kan wel de beoordeling door de officier van justitie sterk vergemakkelijken. De arts werkt met medische criteria en een medisch begrippenkader. Dan moet er getoetst worden door juristen en die moeten dan met begrippen zoals "ondragelijk lijden" aan de slag, hetgeen eigenlijk geen juridisch goed te hanteren begrippen zijn. Dus een oordeel van een brede commissie waarin juristen, ethici, artsen en verpleegkundigen zitten, kan het oordeel van de officier van justitie aanzienlijk vergemakkelijken.

De heer De Wit heeft gesproken over de gezondheidseffect-rapportage. Ik weet dat er twee projecten op dit gebied lopen. Tot mijn grote spijt kan ik op dit moment niet reproduceren waarover die concreet gaan. Ik zal de heer De Wit daarover nog schriftelijk informeren.

Ik deel de zorgen van de heer De Wit over het feit dat de sociaal-economische gezondheidsverschillen niet alleen in Nederland maar overal groter dreigen te worden. Ik denk dat dit een extra aansporing is om te proberen met meer energie die kloof te dichten.

De heer Hendriks is begonnen met een opmerking over de eigen bijdrage. Senioren 2000 is daar niet tegen, mits de lagere-inkomensgroepen worden ontzien. Het eigen-bijdragesysteem in de Ziekenfondswet dat wij nu aan het ontwikkelen zijn, compenseert inderdaad de lagere-inkomensgroepen. Dat is ook de inzet van het kabinet. Wanneer wij dit soort regelingen treffen, kijken wij altijd naar de koopkrachteffecten, vooral voor de laagst betaalden. Wij besteden er heel veel tijd aan om

vervolgens goede compenserende maatregelen te bedenken.

Toen ik het betoog van de heer Hendriks hoorde, dacht ik af en toe: gaat dat wel over het kabinet-Kok of gaat het misschien over een ander kabinet? Ik herkende onszelf daar eigenlijk niet in.

De gevolgen van de wet-Van Otterloo zijn inderdaad een heel moeilijk probleem, want er is nog steeds een groep mensen die op hun vijftenzestigste verjaardag behalve de nodige geschenken ook de mededeling ontvangen, dat zij van ziekenfonds naar particulier moeten verhuizen. Voor sommigen is dat een behoorlijke aanslag op de koopkracht.

Staatssecretaris Vermeend en ik hebben een inspanningsverplichting toegezegd aan de Tweede Kamer om te proberen dit per 1 januari aanstaande te repareren, bij voorkeur met terugwerkende kracht. Het is een inspanningsverplichting en geen absolute toezegging, want het is ingewikkeld. Ik wil vandaag ook niet verder gaan dan die inspanningsverplichting te herhalen.

Over de kosten van de gezondheidszorg van ouderen ben ik het met de heer Hendriks eens, dat het verwijt niet terecht is dat ouderen zoveel kosten voor de gezondheidszorg maken. Het feit dat zoveel kosten van de gezondheidszorg bij ouderen terechtkomen, heeft gewoon te maken met de problematiek van de laatste jaren. Men maakt nu eenmaal de meeste kosten in het laatste levensjaar. Omdat wij tegenwoordig bijna allemaal oud worden, vallen die automatisch op hoge leeftijd uit. Werden wij allemaal niet ouder dan 30, dan zouden de hoogste kosten vallen op de leeftijd van 30 jaar. Het heeft met de ouderdom als zodanig heel weinig te maken.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Kan de minister nog ingaan op twee onderwerpen die ik in eerste termijn aan de orde heb gesteld? Ik heb gezegd dat er veel wordt gediscussieerd en dat er veel symposia worden gehouden. Ik heb gevraagd of de minister het niet belangrijk vindt om een kader te scheppen. Het tweede onderwerp zijn de publikaties in de vaktijdschriften van de medische wetenschap. Is het mogelijk dat de wetenschap zelf met een code komt om daar iets

## Borst-Eilers

anders mee om te gaan dan in de huidige situatie?

Minister **Borst-Eilers**: Dat zijn heel terechte vragen, waar ik graag nog even op inga. Mevrouw Schoondergang beschreef waar de discussie over zou moeten gaan, maar deze discussies vinden al plaats in de Tweede Kamer. In het parlement worden voortdurend debatten gevoerd over wat er wel en niet in verzekeringspakketten moet, welke zorg wel of niet vergoed moet worden, of alles moet wat kan in de gezondheidszorg. Ik denk dat zij daar heel goed op hun plaats zijn. Als zij daar worden gevoerd, heeft dat het grote voordeel dat de bevolking als het ware kan meeluisteren.

Mevrouw Schoondergang sprak ook over een aantal zaken waarover wij het Rathenau-instituut kunnen vragen om weer een maatschappelijk debat te organiseren. Die gedachte wil ik graag meenemen.

Dan kom ik op de kwestie hoe wij omgaan met de media. In feite hebben de Nederlandse artsen zich allemaal te houden aan de medische gedragsregels, die onder andere inhouden dat je geen reclame voor jezelf mag maken. Als je reclame maakt voor een nieuw geneesmiddel of een nieuwe operatie, maak je ook niet echt reclame voor jezelf. Op die manier kun je dat niet ondervangen. Het leeft wel bij de artsen in Nederland en ook in andere landen. Ik lees er af en toe artikelen over.

Het Nederlands tijdschrift voor geneeskunde heeft laatst een conferentie georganiseerd over het onderwerp hoe wij als artsen met de media omgaan. Deze ging precies over het punt dat mevrouw Schoondergang aan de orde stelde. Artsen moeten zich niet laten verleiden om met iedere nieuwigheid, nog onrijp, direct maar weer naar de media te snellen.

Ik vind het een heel goede suggestie om te proberen hiervoor een code te ontwikkelen. Ik had al genoteerd dat ik er nog eens naar wilde kijken, maar ik heb er niet op gereageerd, waarvoor mijn excuses. Hartelijk dank voor dat idee.

De **voorzitter**: De minister heeft nu 95 minuten geantwoord. Kan de staatssecretaris van tevoren enigszins aangeven hoelang zij nodig denkt te hebben?

Staatssecretaris **Terpstra**: Gezien de

tijd heb ik geprobeerd om zoveel mogelijk onderwerpen samen te nemen. Ik zal niet alle sprekers nog een keer afgaan. Er zijn negen onderwerpen die ik zou willen behandelen, de een wat uitgebreider dan de ander. Ik zal mijn uiterste best doen om dit binnen 35 minuten te doen.

De **voorzitter**: Uitstekend. Uw inspanningsverplichting siert u al.

□

Staatssecretaris **Terpstra**: Mijnheer de voorzitter! Ik wil mij graag aansluiten bij de hartelijke woorden van dank van de minister voor de heel interessante inbreng. Door de verschillende woordvoerders zijn vaak heel bijzondere invalshoeken gekozen. Dat geeft een heel boeiend palet en een scala van mogelijkheden voor de beantwoording.

Ik zal proberen mij zo feitelijk mogelijk te bepalen tot vragen die door allen zijn gesteld. Ik ga graag in op de problematiek van het scheiden van wonen en zorg, de overgang van de bejaardenoorden naar de AWBZ, het persoonsgebonden budget, de zorg om de thuiszorg, met de vele aspecten die daaraan vastzitten, de indringende vraag over het WHO-instituut in Bilthoven, de vraag van mevrouw Tuinstra over de evaluatie van de WVG, de kinderopvang, de vrijwilligerszorg, de voeding en ten slotte de sport.

Voordat ik dat doe, ga ik nog in op een algemene opmerking van mevrouw Ter Veld. Zij koos de invalshoek van de relatie tussen sociale zaken en ons departement. Daarbij refereerde zij aan de sociale top, waar ik samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid mocht zijn, en waar zij zelf zo'n prominente rol heeft gespeeld. Ik moet zeggen dat je op zo'n moment toch hartstikke trots bent op mensen vanuit dit gremium die erg veel ervaring hebben op het gebied van sociale zaken, en die zo belangrijk meesturen bij die heel brede invalshoek van de sociale top in Kopenhagen.

Ik probeer deze ook te vertalen in mijn welzijnsbeleid. Ik zoek naar een activerend welzijnsbeleid, dat in feite probeert te voorkomen dat er een tweedeling komt in onze samenleving. Wij proberen te voorkomen dat er haves en have-nots zijn. Bij have-nots denk ik aan mensen die uit

de boot dreigen te vallen. Dat zijn mensen die geen perspectief lijken te hebben op een zinvol bestaan, die geen uitzicht hebben op zelfontplooiing en die in het algemeen in de samenleving buitengesloten worden en worden weggeduwd naar de rand van de samenleving.

Een voorbeeld daarvan is een oude stadswijk ± maar niet alleen daar, het gebeurt overal in onze samenleving ± waar men zijn burens niet meer kent, zonder veel sociale samenhang, in een van de grote steden. Daar zie je toch dat er een tweedeling in alle facetten dreigt. Bewoners die uitzicht hebben op werk, beter werk of betere huisvesting, trekken weg, want zij hebben perspectief. Degenen die dat perspectief niet hebben, neigen ertoe zich terug te trekken in de eigen groep en in een isolement. Dat vindt zijn weerslag in een zekere lethargie, een soort sociale passiviteit en isolement. Daar komen dan tegenvallende schoolprestaties van de kinderen bij, schooluitval, vandalisme, criminaliteit en dan natuurlijk het zoeken van een zondebok, dus ook discriminatie.

Met een activerend welzijnsbeleid probeer ik die tendensen tegen te gaan en daar uitdagingen tegenover te stellen. Ik denk dat sociale uitsluiting de diagnose is die in welzijnsland wordt gesteld voor dat soort grootschalige processen. Wij moeten deze tegengaan, willen wij niet een situatie creëren waarin mensen zich niet alleen blijvend uitgesloten weten, maar ook uitgesloten zijn en daadwerkelijk geen perspectief hebben. Dat geldt niet alleen voor jongeren. Natuurlijk is perspectief bieden ook voor jongeren van uitermate groot belang, juist omdat zij aan het begin staan van hun hele "leefcarrière". Het geldt ook voor ouderen die bijvoorbeeld vanwege hun leeftijd gediscrimineerd worden. En het geldt eveneens voor mensen met een andere huidskleur die ook gelijke kansen moeten hebben.

Ik ben blij dat dit beleidsdebat plaatsvindt in de week tegen racisme, tegen discriminatie. Aan de ene kant zie je dit soort lelijke uitwassen van ons samenleving, terwijl je aan de andere kant ook heel hoopvolle tendensen ziet van heel veel jonge mensen en anderen in onze samenleving die zich daartegen verzetten, omdat zij met ons vinden dat mensen niet op

## Terpstra

grond van bijvoorbeeld een ander ras, een ander geslacht, een handicap of een seksuele geaardheid anders bejegend of uitgesloten moeten worden.

Bij dat activerend welzijnsbeleid heb ik vervolgens vanzelfsprekend samen met de minister grote aandacht voor diegenen die langdurige zorg behoeven, zoals bepaalde groepen mensen met een handicap en bepaalde ouderen. Ook bij deze groepen willen de minister en ik zoveel mogelijk die uitsluiting voorkomen. Dat doen wij dan vooral door goed te luisteren naar wat men zelf belangrijk vindt en aan te sluiten op hun wensen. Een van die wensen is: het zo lang mogelijk zelfstandig thuis blijven wonen. Een andere wens is: baas zijn in je eigen zorgbudget.

Aanhakend bij de voorbeelden die mevrouw Ter Veld heeft gegeven vanuit de sociale top, wil ik een concreet voorbeeld geven van het activerend welzijnsbeleid. Dat is een van die succesvolle projecten, namelijk het project "50+-vrouwen nemen de ruimte". Door deelname aan een dergelijk project ontdekken veel vrouwen hun meerwaarde als bijvoorbeeld bestuurslid. Opeens gaan zij die grens over, durven zij zich ook kandidaat te stellen en merken zij dat zij bij uitstek geschikt zijn om naast bijvoorbeeld hun huishouden een bestuurlijke taak op zich te nemen. Het is voor veel vrouwen een aanzet om voor de eerste keer die stoute schoenen aan te trekken en zich aan te melden als bestuurslid. En zeker in mijn sector is dat buitengewoon belangrijk want, jonge jonge, wat is het nog een mannenbolwerk!

Voorzitter! Het welzijnsbeleid kent, wat mij betreft, als sleutelwoorden: uitdagingen aanreiken, oplossingsrichtingen proberen te suggereren maar niet op te leggen en vanuit zoveel mogelijk ontkokering, zowel binnen het departement als tussen de verschillende departementen, kijken hoe je met samenwerking zo ver mogelijk kunt komen. Een van de voorbeelden daarbij is de jeugdhulpverlening. Ik ben blij dat mevrouw Ter Veld, ondanks haar tijdsdruk, daar toch enkele lovende woorden over wilde zeggen. Dat kon alleen maar omdat wij de schuttingen tussen Justitie en VWS aan de ene kant en tussen VWS en OCW aan de andere kant hebben geslecht en werkelijk hebben geïnvesteerd in

die ontkokering en in die samenwerking. Dan zie je dat je wat kunt bereiken; dan zie je dat je inderdaad een stap verder en een slag meer kunt maken dan je eigenlijk denkt.

Voorzitter! Soms blijkt toch dat je dat doel niet helemaal kunt bereiken, hoewel die samenwerking zo voor de hand ligt en ook door alle partijen gewenst wordt. Daarmee kom ik op het eerste onderwerp dat praktisch door iedereen, maar in ieder geval door de heer Dees en mevrouw Ter Veld nadrukkelijk is genoemd: het scheiden van wonen en zorg. De wil tussen Volkshuisvesting en ons departement om samen te werken was er wel degelijk. Desalniettemin moeten wij tot de conclusie komen dat, hoe graag wij ook hadden willen bereiken dat ook in de bejaardenoorden de scheiding tussen wonen en zorg compleet zou worden doorgetrokken, uiteindelijk is gebleken dat dit niet kon.

Waarom kon dat niet? Laat ik maar het harde verhaal houden, omdat het toch altijd weer om geld draait. Als wij het scheiden van wonen en zorg consequent hadden doorgetrokken in de bejaardenoorden, dan hadden wij het gehad over de volgende bedragen. Wij zouden de zorgkosten moeten uitsplitsen en die zouden moeten gaan naar het AFBZ. Dat is 1,923 mld. De woonkosten zouden naar VROM moeten gaan. Dat is een bedrag van 1,018 mld. Het tussengebied waar mevrouw Ter Veld zo nadrukkelijk op wees  $\pm$  de dienstverlening, de voeding, de infrastructuur en de overhead  $\pm$  komt neer op een bedrag van 2,2 mld. Het gaat dus in totaal om een operatie van 5,14 mld., waarbij er voor die 2,2 mld.  $\pm$  ongeveer de helft van die hele operatie  $\pm$  in feite geen enkele dekking zou zijn, omdat er geen regeling is voor de subsidiering van die kosten. Mevrouw Ter Veld heeft het haarscherp geanalyseerd: de kosten zouden niet onder te brengen te zijn in de AWBZ en zij zouden ook niet onder te brengen zijn bij de volkshuisvesting. Dat betekent dat mensen het zelf zouden moeten betalen, dus inkomenseffecten die hun weerga niet hebben.

De heer **Dees** (VVD): U noemt een bedrag van ruim 5 mld., maar dat bedrag is kennelijk beschikbaar. U spreekt over kosten van wonen, kosten van zorg en kosten van dienstverlening. Die drie componenten worden opgeteld en dan

kom je op 5 mld. U zegt dat er twee regelgevingssystemen zijn. U noemt de AWBZ, een systeem van VROM, maar het derde systeem is er niet. Dat derde systeem kunt u dan toch maken als het geld er is?

Staatssecretaris **Terpstra**: Ja, voor dat ene moment. Maar vervolgens zou dat in het hele scala van thuiszorg tot en met de verpleeghuizen een aanzuigende werking hebben waar je ook geen schot meer tussen kunt leggen. Dat betekent dan dat je voor alle mensen die overheadkosten hebben boven het wonen, deze aanspraak vervolgens in een beschikking zou moeten omzetten. En daar hebben wij het geld niet voor. Dit is nog afgezien van het feit dat het beleidsregime van Volkshuisvesting dan in z'n totaliteit in aanmerking zou moeten worden genomen. Dat betekent dat je individuele huursubsidie over de hele linie zou moeten invoeren. Dat betekent dat dan eerst alle wooncomponenten onder die volkshuisvestingsregelingen zouden moeten worden gebracht. Dat kan nog niet vanwege het eerst rechte trekken van de dynamische kostprijsberekening tot en met het op peil brengen van de woningen om daar uiteindelijk dan de individuele huursubsidietabellen op te mogen toepassen. Dat gaf zo gigantisch veel kosten; daar konden wij niet aan beginnen. Het was een extra majeure operatie daarnaast.

Na alle berekeningen waren de inkomenseffecten dusdanig dramatisch, dat alleen al voor alle mensen tussen minimum en anderhalf modaal zou gelden dat zij vanwege die tussenkosten aangewezen zouden zijn op de bijzondere bijstand of de huursubsidie, die niet voor hen beschikbaar waren. Dat zou uiteindelijk betekenen dat er een zeer negatief beeld zou ontstaan voor zeker tweederde van alle bewoners van bejaardenoorden. Alleen de mensen die in een hogere-inkomensklasse dan anderhalf modaal zitten, zouden daar voordeel bij hebben.

De heer **Dees** (VVD): Ik heb geen stukken gezien. Maar dat kan ook worden veroorzaakt door het feit dat deze functie part-time is en je derhalve niet alles kunt lezen. Dat was overigens bij mij wel gebruik. Is het nu een budgettair probleem, is het een regelgevingsprobleem of is

## Terpstra

het een inkomenspolitiek probleem? De staatssecretaris zegt op een bepaald moment dat er 5 mld. beschikbaar is. Dan zou je uitgangstelling moeten zijn: wij kiezen een regelgeving die gebaseerd is op die 5 mld. en op die drie types van uitgaven: dienstverlening, wonen en zorg. Dan hoeft er geen budgetteringsprobleem te zijn, dan is het dus een kwestie van onvermogen in de regelgeving. Dat lijkt mij echter oplosbaar.

Staatssecretaris **Terpstra**: Dat zou oplosbaar zijn. Het is een cumulatie van alle drie. Ten eerste zou het betekenen dat je een nieuwe regeling maakt voor het tussengebied. Dat kun je dan niet afbakenen voor de mensen die in een bejaardenoord wonen, want dat moet je dan ook beschikbaar stellen voor alle mensen die zich in alle aanpalende woon-situaties bevinden, zoals serviceflats, aanleunwoningen, beschermd wonen, begeleid wonen tot en met de nieuwe groepen die zich aanbieden vanwege bijvoorbeeld de Wozoco's.

Ten tweede zijn de eigen bijdragen niet evenwichtig verdeeld. Het geld moet dan dus tussen al die ouderen worden verevend. Ten derde hadden wij te maken met een regelgeving die zo allemachtig ingewikkeld was, bovenop de financiële problematiek en bovenop de inkomensproblematiek, dat het nooit te realiseren zou zijn. Wij hebben daarover eind vorig jaar een brief naar de Kamer gestuurd. Ik kan mij niet voorstellen dat de heer Dees die niet gekregen heeft, maar als het zo is, kan hij die brief alsnog krijgen.

De heer **Dees** (VVD): Een belangrijk stuk voor mijn eigen beoordeling was een document van een interdepartementale werkgroep van februari 1995. In de samenvatting daarvan stonden vier of vijf punten, die mogelijke belemmeringen vormden welke om politieke besluitvorming vroegen. Daarin stond niet: wij noemen vier of vijf punten waardoor het niet kan. De werkgroep heeft verschillende van de punten die de staatssecretaris ook heeft genoemd geïventariseerd, maar daaruit volgde niet de conclusie: het kan niet. In dat stuk stond: er zijn een aantal belemmeringen en daarover moet worden gesproken. Dat rapport is het enige wat ik heb kunnen inzien. Daarin zat

in elk geval een kwalitatieve redenering waarmee iets kan worden gedaan. Ik heb echter geen doorzichtig rapport gezien, waarin een overtuigend verhaal staat waaruit blijkt dat het budgettair, of qua regelgeving of qua inkomenseffecten  $\pm$  of een combinatie van die drie  $\pm$  niet mogelijk is. Aangezien wij te zijner tijd het wetsvoorstel moeten behandelen, is mijn hartekreet dat de VVD principieel hecht aan het scheiden van wonen en zorg en dat de informatieoverdracht in onze richting volstrekt overtuigend moet zijn. Ik nodig de staatssecretaris uit ons volstrekt overtuigend materiaal over te leggen waaruit blijkt dat het qua regelgeving, qua inkomenseffecten of budgettair niet kan; dat moet een volledig beeld zijn. Dan nog blijvende principiële reserves bij ons aanwezig. Ik heb het verhaal nu gehouden, omdat het wetsvoorstel is ingediend en een gewaarschuwd mens voor twee telt.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik wil het kort houden. Ik ben het volstrekt eens met de inbreng van de heer Dees. In eerste termijn heb ik er geen woord over gezegd, maar ook het CDA vindt de scheiding van wonen en zorg in de bejaardenoorden een zeer goede zaak. Wij vonden het verweer van de staatssecretaris op dit punt bepaald niet duidelijk. Ik nodig haar graag uit, de vragen van de heer Dees wat meer te doordienen en daarover schriftelijk aan ons te rapporteren. Ik denk namelijk niet dat het haar lukt, de zaak nu helder te maken.

Staatssecretaris **Terpstra**: Voorzitter! Ik doe dat vanzelfsprekend graag, te meer omdat het mij aan het hart is gegaan dat ik uiteindelijk moest beslissen: als het niet kan zoals het moet, namelijk een scheiding aanbrenge tussen wonen en zorg, moet het maar zoals het kan, om met Jan de Koning te spreken. Ik voeg eraan toe: reken erop dat het talmen om uiteindelijk die beslissing te nemen, te maken had met het feit dat ik er ten diepste van overtuigd ben dat je de scheiding van wonen en zorg in feite zou moeten proberen door te voeren. Wij hebben er nu voor gekozen om het niet te doen, omdat er sprake was van een cumulatie van die drie problematieken die niet allemaal tegelijk konden worden opgelost. Ik heb gekozen voor de lijn die uitvoerbaar is voor

dit jaar en voor de komende periode, waarbij de bejaardenoorden in totaliteit naar de AWBZ worden overgeheveld en waarbij de vermogenstoets wordt afgeschaft. Vervolgens hebben wij bepaald dat de totale capaciteit van verpleeghuizen en bejaardenoorden op ongeveer de huidige capaciteit zal worden gestabiliseerd. Alle andere vormen buiten deze 1850 plaatsen, die straks uit de AWBZ volledig worden gefinancierd, hebben een scheiding van wonen en zorg. Dat is een heldere lijn. Ik denk dat wij daarmee uit de voeten kunnen, ook de komende tijd. Als wij verder hadden getalmd, zouden wij in ieder geval het tijdspad waarover ik het straks zal hebben, niet hebben gehaald. Dan zouden wij hebben moeten constateren dat dit kabinet, net als de vorige kabinetten, er wel over sprak maar de zaak uiteindelijk niet voor elkaar kon krijgen. Dat is altijd het bestuurlijke dilemma waarmee je te maken hebt. Soms moet je dan kiezen voor niet het mooiste, maar iets wat haalbaar is en wat, hoop ik, nu gerealiseerd kan worden.

Deze vraag komt natuurlijk ook aan de orde in de schriftelijke behandeling van het wetsvoorstel dat nu bij de Tweede Kamer aanhangig is. Ik heb er al een brief over geschreven aan de Kamer. Bij de schriftelijke behandeling zal ik vanzelfsprekend proberen, iedereen ervan te overtuigen dat het helaas op dit moment niet anders kon.

Voorzitter! De heer Van den Berg heeft gevraagd hoe wij de overgang van de WBO naar de AWBZ begeleiden en welke termijnen ons daarbij voor ogen staan. Wij liggen op dit moment op schema. Het is een zeer strak schema. Wij hebben een projectstructuur gemaakt aan de hand waarvan wij alle stappen die wij doen in feite met de Kamer doorspreken. Op die manier proberen wij de definitieve beslissing in de zomermaanden rond te hebben. Dit houdt in dat de uiteindelijke datum die gekozen moet worden voor het signaal "go or no go" voor die tijd ligt. Dit ligt opgesloten in de voortgaande dialoog met de Tweede Kamer en vanzelfsprekend ook met deze Kamer.

De heer Dees heeft gezegd dat het hem aanspreekt dat er een kwaliteits- of privacytoeslag komt op sommige kamers in bejaardenoorden. Hij vroeg waarom dat niet in verpleeg-

## Terpstra

huizen kan. Ik kan daarover heel kort zijn. Die toeslag wordt alleen in bejaardenoorden voorgesteld en niet in verpleeghuizen ± dat misverstand heeft postgevat ± omdat de privacy in verpleeghuizen doorgaans nog zeer veel te wensen overlaat. Eenpersoonskamers in verpleeghuizen zijn eigenlijk nog een grote uitzondering. Laten wij eerst maar eens proberen, de leefruimte daarin zoveel te verbeteren dat een kwaliteits- of privacytoeslag ook in verpleeghuizen mogelijk is. Een wettelijke belemmering daarvoor is in ieder geval niet ingebouwd.

Tevens heeft de heer Dees een vraag gesteld over de wettelijke belemmering om een verpleeghuis met particuliere middelen te bouwen. Dat is een interessante vraag. Laat ik heel kort ingaan op de systematiek. De WZV vereist thans nog een vergunning voor de ingebruikneming van een verpleeghuis. Het kabinet bereidt een wijziging voor van de WZV die ertoe kan leiden dat een eigen initiatief, zoals de heer Dees stelde, de ruimte krijgt, zij het dan wel met eigen middelen. Dit betekent dat, als de WZV gedereguleerd is aangenomen en in het Staatsblad staat, een initiatief om een eigen verpleeghuis op te richten, zij het met eigen middelen, mogelijk is.

De heer **Dees** (VVD): Mogen de zorgkosten dan voor rekening van de AWBZ komen?

Staatssecretaris **Terpstra**: Alleen als de mensen hun persoonsgebonden budget als zorgkosten inbrengen. Vervolgens komt de vraag: en als het op is? Er is sprake van een gelijke behandeling tussen de mensen die geïndiceerd zijn. Het is altijd een kwestie van indicatie voordat men een persoonsgebonden budget krijgt of kan kiezen voor zorg in natura, bijvoorbeeld plaatsing in een verpleeghuis. Uitgangspunt van het persoonsgebonden budget is dat er een extra keuzemogelijkheid voor mensen bij komt, maar dat mensen wel gelijk worden behandeld. Dit betekent: geen andere indicatie dan de indicatie waarover het gaat in de beleidsbrief die wij naar de Kamer hebben gestuurd, namelijk onafhankelijk, objectief, geprotocolleerd, integraal en transparant. Vervolgens kan men kiezen. Als men kiest voor zorg in natura en de capaciteit op is, zoals nu in verpleeghuizen, komt men op een wachtlijst. Als het

persoonsgebonden budget op is, komt men ook op een wachtlijst. Als het persoonsgebonden budget de voorkeur van veel mensen blijkt te hebben, zodat echt lange wachtlijsten ontstaan, zullen wij moeten gaan zoeken naar mogelijkheden om met een verschuiving en reallocatie van middelen meer tegemoet te komen aan de wensen van de mensen, zal ik maar zeggen, dus liever een persoonsgebonden budget dan zorg in natura. Ik kom straks nog terug op het persoonsgebonden budget.

De heer Dees heeft gevraagd in het kader van de overgang van de Wet op de bejaardenoorden naar de AWBZ: zou men toch geen second opinion doen? Ik denk dat dit een gepasseerd station is. Anders halen wij het tijdschema niet meer. Dit betekent niet alleen dat wij 1 januari 1997 niet meer halen, maar ook ± de mores in dit huis zijn bekend ± dat hoogstwaarschijnlijk de hele operatie van de baan is. Daar zou ik niet voor kiezen.

De heer **Dees** (VVD): Dat vind ik een verkeerd uitgangspunt. Het gaat ons om de toekomst van het beleid en om de principes die wij daarin willen realiseren. Wanneer ook voor u de eerste preferentie uitgaat naar het scheiden van wonen en zorg, omdat dit samenhangt met toekomstvisies, toekomstige structuren, enz. ± er zijn tal van argumenten te noemen waarom het zo aantrekkelijk is om die weg in te slaan; wij stellen hier de fundamentele vraag of het aan de belemmerende factoren ligt in de bureaucratische regelgeving dat het niet kan of dat het ligt aan budgettaire overwegingen ± is zo'n second opinion heel essentieel. In het licht van de wetgeving en om niet voor vervelende situaties geplaatst te worden, geef ik u dringend in overweging om al dit soort elementen nog eens heel goed te bekijken. In het licht van de wetgeving en om niet in vervelende situaties terecht te komen, geef ik toch indringend in overweging om deze elementen nog eens goed te bekijken.

De heer **Boorsma** (CDA): Ik concludeer dat deze woordvoerder van de oppositie het volstrekt eens is met de woordvoerder van het CDA die heeft gevraagd of er wel sprake is van een visie. Wat ik hem nu hoor zeggen, is dat er in feite totaal geen

visie is. Het verrast mij wat om dat uit zijn mond te horen.

Staatssecretaris **Terpstra**: Hoe komt u daar nu toch bij?!

De heer **Dees** (VVD): Neen, ik heb bij de staatssecretaris, die ik wellicht langer ken dan u, veel visie ontdekt. Echter, ze heeft toegegeven dat zij op dit moment haar visie niet kan realiseren. Ik moedig haar aan om extra bedenktijd te nemen en een second opinion te vragen opdat zij de visie, die zij altijd heeft gehad, kan realiseren.

Staatssecretaris **Terpstra**: Met alle respect, u gaat uit van de veronderstelling dat er niet zo veel over is nagedacht en dat ik niet tot de conclusie zou zijn gekomen dat er geen andere mogelijkheid zou zijn. Welnu, dat is nu juist de reden waarom ik zo lang heb getalmd voor ik de knoop heb doorgehakt. Ik ben er nu volstrekt van overtuigd dat als het niet kan zoals het moet, het maar moet zoals het kan. Ik heb nu gekozen voor deze lijn maar dat betekent niet dat, als er enige ervaring is opgedaan met de financiering van de bejaardenoorden in de AWBZ ± ik doel nu op die 185.000 plaatsen ± een volgend kabinet niet kan besluiten om alsnog ook voor dat kleine onderdeel van het hele volkshuisvestingsgebied een scheiding tussen wonen en zorg in te voeren. Als men die operatie dan toch nog wil, kan niemand dat ontraden. Op dit moment kies ik voor een heldere lijn en duidelijke stapjes. Allereerst moeten de schotten weg die steeds substitutie onmogelijk hebben gemaakt tussen verpleeghuizen, bejaardenoorden en de thuissituatie. Dat komt nu onder één en dezelfde financieringsvorm. Daarmee kunnen wij van start gaan met de substitutie die nodig is waar het gaat om verpleeghuiszorg in bejaardenoorden, AWBZ-pluspakketten waarover wij het samen zo vaak hebben gehad. Mijnheer Dees, dat zal beslist lukken.

De heer **Dees** (VVD): Dat waren nog eens tijden... Voorzitter! Het volstrekt overtuigende document waarin transparant zichtbaar is waarom het niet kan, heeft mij niet bereikt. Ook bij navraag bij anderen is mij iets dergelijks niet gemeld. Wel is er verwezen naar een rapport van februari 1995 en dat stuk heb ik goed

## Terpstra

bestudeerd. Mijn conclusie is dat ook dit stuk niet de belemmeringen aangeeft op grond waarvan het allemaal niet kan. Juist om tijdverlies te voorkomen, geef ik de minister het advies om wel degelijk aan die second opinion te denken. Immers, wanneer zij ons niet kan overtuigen, kunnen er ernstiger dingen gebeuren dan wij allebei willen.

Staatssecretaris **Terpstra**: Voorzitter! Het verzoek is helder. Het zou neerkomen op een "jij-bak" wanneer ik nu zou zeggen dat de heer Dees mij niet heeft overtuigd. Dat wil ik niet doen; vanzelfsprekend luister ik goed naar wat de senatoren hier naar voren brengen. Vooralsnog ga ik ervan uit dat ik hem zal kunnen overtuigen.

De heer Hendriks vraagt of de rol van de lagere overheid bij deze operatie niet verder moet worden uitgebouwd. Voorzitter! Mij komt het voor dat de lagere overheden op dit moment geen onbeduidende rol in het geheel van de zorg spelen. Bovendien bestaat het voornemen om in het kader van de WZV de zogenaamde regiovisie tot stand te laten brengen. In dat kader hebben wij te maken met vijf verschillende partijen, namelijk de gemeenten, de provincies, de zorgaanbieders, de zorgvragers en de zorgverzekeraars. Dit geeft aan dat de rol van de regionale overheid wel degelijk prominent aanwezig is.

Voorzitter! Wat het persoonsgebonden budget betreft ben ik dankbaar voor de lovende woorden die in dit verband zijn gesproken. De heer Dees houd ik voor dat wij ook ten aanzien hiervan twee wegen konden kiezen. Wij hadden kunnen besluiten om het persoonsgebonden budget pas in te voeren wanneer de regeling compleet, 100% waterdicht en ideaal was en wanneer daarvoor ook het budget beschikbaar was, bovenop datgene wat te maken heeft met zorg in natura. Echter, wij hebben gekozen  $\pm$  en de Tweede Kamer heeft ons daarin gesteund  $\pm$  voor de andere weg. Die andere weg houdt in dat, nadat vanzelfsprekend de visie op het persoonsgebonden budget is ontwikkeld, met de invoering wordt begonnen, mede omdat men hier te maken heeft met een cultuuromslag, zoals ook door mevrouw Tuinstra is onderstreept. Het gaat om een complete cultuuromslag waarbij er sprake is van eigen keuzen van de patiënt/cliënt,

van flexibiliteit van zorg, van zoveel mogelijk onafhankelijkheid en van "baas in eigen budget".

De heer Dees heeft terecht gesteld dat wij hierbij te maken hebben met een klein stapje op weg naar de autonomie van de zorgvrager. Het is in feite de eerste stap op een lange weg. Wij hebben er toch voor gekozen om een begin te maken, ook al is die regeling nog lang niet volmaakt. Wij hebben ervoor gekozen om die regeling verder aan te scherpen op grond van de ervaringen die wij opdoen totdat die wel zo ideaal is als wij ons voorstellen, maar dan wel gaat op de praktijk en niet alleen op de theorie.

Er is zeer terecht opgemerkt dat daar niet alleen een versterking van de positie van de patiënt/cliënt bij hoort op het gebied van het klachtrecht en de Wet medezeggenschap, maar ook op het gebied van de indicatiestelling. Daarmee hebben wij te maken met een onafhankelijke, objectieve, integrale indicatiestelling; het budget wordt pas toegewezen na die indicatiestelling.

Mevrouw Ter Veld benadrukte nog eens dat het noodzakelijk is dat de flexibiliteit van de zorg extra bevorderd wordt in relatie met het persoonsgebonden budget. Zij meent dat wij van start kunnen gaan maar vraagt wel hoe het precies zit met de bekostiging van de budgethoudersverenigingen en de evaluatie. Voorzitter! Het persoonsgebonden budget voor de thuiszorg bedraagt 85 mln. Het persoonsgebonden budget voor verstandelijk gehandicapten is 42,5 mln. De uitvoeringskosten van de budgethoudersverenigingen, het administratiekantoor en het evaluatie-onderzoek worden separaat gefinancierd. Ik denk dat wij het er allemaal over eens zijn dat het budget zo beperkt is dat het wel erg veel gevraagd is om daar ook nog eens al die andere kosten uit te bekostigen.

De heer Dees heeft ervoor gewaarschuwd om niet in bureaucratie te vervallen. Dat proberen wij ook, maar wij moeten ons wel realiseren dat het persoonsgebonden budget een nieuw systeem is. Dat heeft dus ook een zekere consequentie voor de uitvoering en de evaluatie. Dat geeft nu eenmaal enige extra bestuurlijke bureaucratie.

De problemen die de heer Van den Berg nog eens heeft geschetst, herkennen wij natuurlijk. Wij

proberen daar zoveel mogelijk aan te werken. De onderuitputting over 1995 heeft zich inderdaad voorgedaan. De regels van het spel zijn dan helaas dat de middelen terug moeten naar de centrale kas; die kas is vervolgens weer aangevuld voor 1996.

Dan kom ik toe aan de thuiszorg. Alle woordvoerders hebben hun grote zorg uitgesproken over de thuiszorg. Iedereen heeft benadrukt, mevrouw Ter Veld voorop en ook mevrouw Tuinstra en de heer Boorsma en anderen, hoe belangrijk de thuiszorg is als schakel in de zorgsector. Daar is iedereen het over eens. De heer Boorsma heeft ons uitgenodigd om een bezoek te brengen aan thuiszorg Salland. Ik kan hem zeggen dat hij op zijn wenken wordt bediend. Ik heb echter een wat andere weg gekozen. Ik ben niet op bezoek gegaan, want dat is nogal afstandelijk; ik ben niet zo lang geleden meegelopen met mensen van de thuiszorg in Den Haag om eens te kijken wat er in de praktijk voor problemen zijn.

Laten wij de feiten op een rijtje zetten. Wij moeten het in ieder geval eens zijn over de feiten. Het doet mij pijn om mevrouw Schoondergang te horen zeggen dat de thuiszorg wordt bedreigd omdat er zo sterk op wordt gekort en om de heer De Wit te horen zeggen dat er de afgelopen tijd nog nauwelijks enig budget bij is gekomen. Dat is feitelijk onjuist. De feiten zijn als volgt. De bron is het FOZ-1996. Gebleken is dat het budget van gezinszorg en kruiswerk samen van 3,012 mld. in 1993 is gestegen naar 3,169 mld. in 1996, waarbij vervolgens nog 80 mln. extra is ingezet voor de thuiszorg PGB. Dat komt er dus nog bovenop. Het is dus niet zo dat er echt drastisch wordt gekort, zoals soms wel eens wordt beweerd. Maar dat de problemen niet groot zijn, ontkent niemand. Sterker, wij delen de zorgen. Dat is des te sterker, omdat ook wij van mening zijn dat de thuiszorg een essentiële schakel is die alle versterking en ondersteuning nodig heeft die er maar is.

Ik heb vanmorgen nog een afrondend gesprek gehad met de Landelijke vereniging voor thuiszorg over de beleidsbrief. Naar aanleiding van dat gesprek zal ik de brief nog wat "aanpunten". Ik hoop dat ik die vervolgens donderdagmiddag of vrijdag naar de Kamer kan sturen. Cruciaal daarbij is natuurlijk de

## Terpstra

toelating van nieuwe instellingen. Daar maakt men zich zorgen over. Ik licht alvast een tipje van de sluier van die brief op: er mag weliswaar sprake zijn van concurrentie, maar dat mag geen oneerlijke concurrentie zijn. In die brief zal dan ook herhaald worden dat de erkenningsregels voor nieuwe instellingen, nieuwkomers op de thuiszorgmarkt, in ieder geval een drieslag moeten bewerkstelligen: ook zij moeten de CAO toepassen met inbegrip van flexibele regelingen die ook voor de reguliere thuiszorg zal moeten gelden, de kwaliteitstoetsing is normaal van toepassing, dus geen ongelijke kwaliteitsnormen wat oneerlijke concurrentie zal betekenen, en de nieuwkomers op de thuiszorgmarkt moeten een integraal aanbod hebben; zij mogen dus niet de krenten uit de pap halen. Het genoemde overleg met de LVT vanmorgen heeft tot grote mate van overeenstemming geleid. Ik hoop dan ook dat die berichten de kamerleden vanzelfsprekend tegelijkertijd of onmiddellijk na verschijnen van de beleidsbrief bereiken.

Mevrouw Tuinstra heeft de vraag gesteld: als die hulp geïndiceerd is, hoe wordt dat gefinancierd? Dat betreft niet alleen de periode na de ziekenhuisopname, maar vooral ook de periode voor die opname. Welnu, ook dit punt zal in de beleidsbrief aan de orde komen. Ik hoop dat wij dit goed geregeld hebben.

Onder anderen de heer Boorsma heeft geïnformeerd naar het beschikbaar komen van onze visie op de thuiszorg. Ik moet zeggen dat het erop lijkt dat wij ook wat dat betreft de visie ontwikkeld hebben.

De heer De Wit heeft nog opgemerkt dat de vraag in de thuiszorg stijgt met 5% per jaar. Volgens hem moet dat er maar bij. Ik zou bijna zeggen dat wij dat graag zouden willen ± wie zou dat niet willen? ± maar wij hebben het dan wel over 125 mln. op jaarbasis. Ik wijs erop dat wij nu met PGB voor de thuiszorg met 80 mln. extra zitten. Daarbij komt het accres. Dat is weliswaar niet zo groot, maar daarbij is nog altijd sprake van een stijging. Tegen deze achtergrond komen wij merkwaardig genoeg toch redelijk in de genoemde richting.

De heer De Wit heeft gezegd: de brief over de thuiszorg is er nog niet, maar intussen lijkt het erop dat de minister al per 1 januari 1996 gemeenschapsgeld naar de erkende

particuliere thuiszorg doet zonder dat dit gelegitimeerd is. Ik moet, met alle respect, daar tegen aanvoeren dat dit wel gelegitimeerd is. Het heeft namelijk gestaan in het FOZ. Dat is aangenomen door beide Kamers van het parlement. Dit betekent dat het parlement, ook na een debatje erover, het heeft geaccordeerd.

Mevrouw Schoondergang heeft in verband met het WHO-center for environment and health in Bilthoven gevraagd hoe Nederland kan verantwoorden dat dit centrum moet sluiten. Welnu, zo ver is het nog lang niet. Integendeel. Ik ben namelijk nog volop in discussie met mijn collega van VROM, mevrouw De Boer. Ik stel het op prijs om toch nog even uit te leggen hoezeer ikzelf worstel met de problematiek. Ik hecht grote waarde aan dit centrum. Het is bekend dat dit centrum zich bezig houdt met de onderlinge relatie tussen milieu en volksgezondheid. Wij waren er trots op dat het instituut naar Nederland kwam. Dat betekent dat wij onderling ruimhartige afspraken over de financiering ervan hebben gemaakt. Vanaf 1990 tot 1995 was de verdeling aldus. VROM had op jaarbasis 1 mln. en wij 2 mln. Voor die vijf jaar, van 1990 tot 1995, betekent dat voor VROM 5 mln. en voor VWS 10 mln. Gezien de hele budgettaire problematiek is dat behoorlijk ruimhartig. Helaas heeft mevrouw De Boer zich genoodzaakt gevoeld, om vanwege de noodzakelijke bezuinigingen aan te kondigen dat zij deze financiering niet meer op zich kon nemen. Zij heeft aangekondigd dat zij nog twee jaar 0,5 mln. op jaarbasis zou kunnen betalen. Dat betekent dat voor de komende vijf jaar de verdeling zou zijn: 1 mln. van VROM en 10 mln. van VWS. Met alle respect, maar dat is een onevenwichtige financiering die niet goed is. Dat geeft ook de verkeerde signalen. Wij moeten beiden vanuit onze vakdepartementen een evenwichtige verdeling hebben. Dat is de inzet van mijn discussie met mevrouw De Boer van VROM. Ik hoop dat wij eruit komen, want wij moeten alle pogingen doen om het instituut overeind te houden. Maar als er geen andere verdeling komt en als een van de twee partners het kennelijk niet belangrijk genoeg vindt, is het niet onredelijk wanneer ik moet besluiten om deze onevenwichtige financiering niet alleen door te zetten.

Overigens houden wij ons natuurlijk aan de internationale verplichtingen en zeker aan de verplichtingen die voortvloeien uit internationale verdragen. De contributie aan de WHO, als een van de VN-organisaties, wordt door ons ieder jaar betaald, in tegenstelling tot sommige andere landen. Ons valt wat dat betreft niets te verwijten.

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): En de industrie?

Staatssecretaris **Terpstra**: Wij zijn nog niet zover dat wij met de industrie gaan praten. Maar ik vraag mij zelfs af of het opportuun is, dat wij aan de industrie vragen om een onderzoeksinstituut dat juist onafhankelijk van de industrie moet zijn, te financieren. Het instituut moet immers een luis in de pels van de industrie zijn. Die oplossing neem ik dus niet direct over.

In antwoord op de vraag van mevrouw Tuinstra over de evaluatie van de Wet voorzieningen gehandicapten, kan ik melden dat het kabinetsstandpunt over deze evaluatie, gedateerd 3 november 1995, een bijzonder positief onthaal kreeg tijdens een algemeen overleg met de vaste commissie voor Sociale Zaken op 19 december. De Kamer weet dat minister Melkert dat algemeen overleg voerde. Er is dus alle reden om op de ingeslagen weg voort te gaan.

Mevrouw Schoondergang vroeg naar de stand van zaken bij de kinderopvang. Er is geen sprake van dat er minder geld bij zou komen, zoals zij even suggereerde. De afspraken die gemaakt zijn door het vorige kabinet zijn inderdaad gerealiseerd. Dat betekent dat er 40 mln. cash minder naar de kinderopvang toe ging. Maar samen met minister Melkert heeft dit kabinet geprobeerd om een compensatie te vinden voor die 40 mln. die in feite, indien die compensatie goed wordt benut, dat bedrag overschrijdt. Wat is het geval? Wij hebben een fiscale tegemoetkoming gerealiseerd waardoor bedrijven een deel van de bedrijfskinderopvangplaatsen fiscaal kunnen aftrekken. Voor die bedrijven is dat zeer aantrekkelijk en het is ook beleidsmatig aantrekkelijk. Wij menen immers dat bedrijven er zo langzamerhand aan moeten wennen dat het leveren van kinderopvang voor hun eigen werknemers een doodnormale zaak is. In de CAO's zie



## Terpstra

je dat ook in toenemende mate. Voorts heb ik nog 10 mln. vrij kunnen spelen om een waarborgfonds voor nieuwe investeringen in de kinderopvang te kunnen realiseren. Er komen extra banen bij via het 40.000 banenplan. Dat zijn de Melkert-banen en dat loopt heel goed. Bovendien heeft het kabinet in de armoedenota die afgelopen maandag in de Kamer is behandeld, nog eens 85 mln. extra uitgetrokken om gemeenten de mogelijkheden te geven om eenoudergezinnen, moeders die in de bijstand zitten, opvang te leveren voor hun kinderen opdat zij in die tussentijd om- en bijgeschoold kunnen worden met een perspectief op een baan. Dit laatste is de meest recente ontwikkeling.

Verder hebben wij nog een informatiesysteem gefaciliteerd ± mooier kunnen wij het niet maken ± om zicht te blijven houden op die ontwikkelingen. Wij blijven dat natuurlijk monitoren. Bovendien hebben wij nog een startsubsidie gegeven aan de landelijke oudervereniging BOINK om de invloed van die ouders te vergroten. Wij menen immers dat ook daar de invloed van de participanten moet worden versterkt.

Ik kom nu toe aan het antwoord op de vragen van mevrouw Tuinstra over de voeding. Ik ben het ten volle met haar opmerkingen eens over het belang van kennis over voeding. In de artsenopleiding wordt natuurlijk vooral aandacht besteed aan ziekte. Gezondheid en gezondheidsbevordering worden echter in toenemende mate een thema in dat onderwijs. In Nederland wordt veel aandacht besteed aan voeding. Ik denk aan de campagnes die wij mede faciliteren en financieren als Goede voeding en Let op vet. De wetenschappelijke taken van de Voedingsraad zijn per 1 januari 1995, juist omdat wij er zoveel belang aan hechten, ondergebracht bij de Gezondheidsraad. Hiervan kan inderdaad een synergie worden verwacht. Voeding en voedingsmiddelen zijn onderwerp voor vele richtlijnen van de EU en derhalve onderwerp van Europees beleid. In UN-verband kennen wij bij de FAO en bij de WHO een afzonderlijke eenheid die zich bezighoudt met voeding in het algemeen en met voeding voor zuigelingen in het bijzonder. Ik herinner mij nog dat wij destijds daarover boeiende discussies

aan de overzijde hebben gehad. Deze organisatie richt zich vooral op de Derde Wereld, zoals mevrouw Tuinstra zich zal weten te herinneren.

Het voorlaatste onderwerp gaat over het vrijwilligerswerk. Mevrouw Ter Veld heeft daar indringend over gesproken. Ik wil voorop stellen dat ik iedere suggestie als zou het vrijwilligerswerk niet meer nodig zijn op het moment dat de rijksoverheid voldoende middelen ter beschikking had, verre van mij werp. Zelfs als de overheid ik weet niet hoeveel extra budgetten zou hebben, dan nog moeten wij het vrijwilligerswerk als extra relatie tussen mensen onderling, als sociale cohesie, sociaal cement maar vooral ook als gever van warmte, kleur en als aanvulling op de professionele banen, ondersteunen en aanmoedigen. Ik acht het een voorrecht om in een land te leven waar van de 15,5 miljoen Nederlanders 4,5 miljoen mensen zich om niet inzetten vanuit een betrokkenheid met de ander of vanuit een betrokkenheid met maatschappelijke activiteiten. Ik vind dat wij heel voorzichtig moeten zijn met dit buitengewone gegeven.

Mevrouw Ter Veld wees erop dat wij ervoor moeten zorgen dat die vrijwilligers niet uitgebuit en niet overbelast worden. Als wij er zo voorzichtig mee om willen gaan en dat willen versterken, moeten wij er iets aan doen omdat dit de negatieve kanten zijn van die mantelzorg. Zij heeft natuurlijk groot gelijk dat, de demografische ontwikkeling enerzijds en de mobiliteit van de burgers anderzijds, vooral bij degenen bij wie bijna automatisch de mantelzorg terechtkomt namelijk de dochters, extra veel zorg vergt omdat daarmee de vanzelfsprekendheid en de beschikbaarheid van mantelzorg afneemt. Ik ben het met haar eens en wij proberen daar wezenlijk iets aan te doen. Ik wil vooropstellen dat wij kunnen putten uit een onderzoek dat het Sociaal en cultureel planbureau in maart 1994 heeft gepubliceerd over die informele zorg. In dat rapport zijn de knelpunten in kaart gebracht die de mantelzorgers ondervinden in hun werk. Bovendien is er voor de toekomst een perspectief geschetst. Ik wil proberen, aan die knelpunten wat te doen, te beginnen aan het verbeteren van de onkostenvergoeding voor vrijwilligers. Ik herinner mij dat de heer Dees samen met mevrouw Ter Veld daarop uitgebreid in de Tweede

Kamer is ingegaan. Ik probeer ook iets te doen aan ondersteuning en ontlasting bij de verleners van mantelzorg en dan denk ik aan de logeerhuizen. De maatregelen die genomen worden, zullen vruchten afwerpen, maar deze constatering neemt de zorg nog niet weg.

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Het geven van een onkostenvergoeding voor vrijwilligers en zelfs het vrijwaren ervan voor de belasting, helpt natuurlijk alleen als je die vergoeding kunt krijgen. Wat blijkt nu? De onkostenvergoedingen werken vaak beter in de sportsector. De kantineopbrengst in deze sector is nog de werkelijke opbrengst. Voor het vrijwilligerswerk in de thuiszorg werken deze vergoedingen minder goed. Ik geloof dus dat de onkostenregeling en de belastingaftrekbaarheid ervan in deze sector onvoldoende soelaas zullen bieden.

Staatssecretaris **Terpstra**: Er is al een ophoging tot 1200 per jaar en daarnaast geldt de afspraak om elke drie jaar de vrijstellingsgrens te herijken op basis van de kostenontwikkeling. Toch zal het ophogen van de bedragen voor deze sector niet extra soelaas bieden. Voorzitter! De geachte afgevaardigde heeft groot gelijk. Haar opmerking zie ik dan ook als een onderstreping van mijn uitspraak, dat de zorg niet is weggenomen en dat met bedoelde maatregelen de knelpunten niet worden opgelost. In ieder geval moeten wij op deze zaak zeer alert zijn. Overbelasting en uitbuiting van vrijwilligers moet zoveel mogelijk worden voorkomen. Ik vond hetgeen de afgevaardigde zei heel treffend. Men kan haar woorden in één zin samenvatten: je moet voorkomen dat de situatie ontstaat waarin je alleen maar onaardig oud mag worden als je voldoende geld hebt. Ik trek mij een dergelijke waarschuwing aan en wil daar rekening mee houden bij het voeren van beleid.

Voorzitter! Het laatste deel van mijn betoog betreft de "s" van sport. Ik ben iedereen die aan dit onderdeel aandacht heeft besteed dankbaar. Misschien is dit de eerste keer dat er in dit huis zoveel aandacht aan sport is besteed. Dat is een compliment waard aan het adres van degenen die daarover het woord hebben gevoerd. Dit compliment wil ik echter ook laten gelden voor sprekers in voorgaande jaren.

## Terpstra

Het is inderdaad een voorrecht om verantwoordelijk te zijn voor het onderdeel sport. Ik realiseer mij heel goed, dat het feit dat de sport hoger op de politieke agenda is gekomen, het resultaat is van het werk van zeer vele voorgangers van mij. Het is niet het minst het resultaat van het werk van de heer Dees. Hij heeft in de afgelopen jaren voor mij het voorwerk gedaan. Ik ben eigenlijk in dit werk gesprongen op het moment waarop al een positieve golf door het land ging. Bovendien gold als basis voor de maatschappelijke discussie het rapport dat nog onder het bewind van de heer Dees is uitgebracht. Dat is het rapport van een initiatiefgroep waarbij ook het bedrijfsleven en maatschappelijke sectoren waren betrokken. Het rapport heette Sport als inspiratiebron voor de samenleving. In dat rapport is in feite voor het eerst echt geanalyseerd op welke manier de sport naast de intrinsieke waarde ervan voor de mensen voor onze samenleving meerwaarde kan hebben. De heer Dees noemde al de mogelijkheden van ontplooiing, de uitdaging, maar ook het feit dat men zich betrokken voelt bij de groep waarmee men bezig is. Verder heeft hij gewezen op het feit dat sport een uitstraling kan hebben voor de samenleving. Daarbij denk ik aan het onderwerp fair play en aan het bestrijden van racisme en discriminatie in de sport. Juist in de sport, dat een belangrijke maatschappelijke activiteit is, wordt niet gelet op de uiterlijke verpakking van mensen noch op hun maatschappelijke status, maar louter op datgene wat men als mens voor elkaar presteert. In de sport kan men ook zelf de grenzen verleggen. Daarom wil ik niet alleen maar met mooie slogans komen, maar versterking vinden voor het gezegde: waar racisme wint, verliest de sport. Deze inzet is ook onderdeel van mijn beleid.

De heer Dees vroeg of de conferentie over fair play en tolerantie in de sport zal worden gehouden. Het antwoord is: jawel! Sterker, de conferentie zal niet alleen op 11 april in Amsterdam worden gehouden, maar op mijn initiatief in het overleg met alle Europese sportministers, met geledingen van de sport en geledingen van het maatschappelijk leven zal daarbij sprake zijn van de start van een vierjarige campagne die zowel in Nederland als in het buitenland zal

worden gehouden. Daarmee willen wij het onderwerp fair play extra onder de aandacht brengen en racisme en discriminatie uit de sport bannen. Er zal voor deze vier jaar een Europese ambassadeur worden benoemd en ik ben er trots op te kunnen zeggen, dat hij uit ons land komt en dat het Ruud Gullit is.

Natuurlijk heeft de sport ook negatieve aspecten. De sport is namelijk een afspiegeling van de samenleving. Een van die negatieve aspecten heeft mevrouw Schoondergang aan de orde gesteld en dat is de seksuele intimidatie. Zij vroeg wat ik bedoelde toen ik zei, dat ik financieel wilde helpen om dat probleem te bestrijden. Ik heb mij daarover uitgelaten naar aanleiding van vooral de actie van de drie vrouwelijke judoka's. Voor hen heb ik grote bewondering vanwege het feit dat zij hun nek durfden uitsteken en het taboe durfden te doorbreken. Het is gebleken dat het probleem niet alleen tot deze drie judoka's beperkt blijft, maar dat het zich ook voordoet op andere delen van de sport. Er is ook sprake van geweest in de zorgsector en elders. Seksuele intimidatie heeft altijd te maken met ongelijke maatschappelijke verhoudingen. De landelijke sportkoepel NOC/NSF heeft de vertegenwoordigers van de sportbonden bij elkaar geroepen om vast te stellen wat de vervolgstappen zouden dienen te zijn. Afgesproken is dat NOC/NSF in overleg met de sportbonden, organisaties van trainers en organisaties van werknemers en werkgevers in de sport alsmede met sportscholen en de sportacademies het initiatief zal nemen om nog voor de zomer een gedragscode op te stellen teneinde misdragingen van begeleiders van bijvoorbeeld topsporters, maar ook van die op het brede terrein van de sport, in de toekomst zoveel mogelijk te voorkomen. Ik vind ook dat in dezen het initiatief bij NOC/NSF moet liggen. Er wordt hierbij ook gehandeld naar analogie van datgene wat wij hebben gefaciliteerd in de zorgsector toen sprake bleek te zijn van seksuele intimidatie bij verstandelijk gehandicapten. Ook toen hebben wij gefaciliteerd dat de gedragscode niet alleen werd opgesteld, maar ook in het veld bespreekbaar werd gemaakt. NOC/NSF heb ik dan ook zowel inhoudelijk als financieel steun

aangeboden en dat aanbod is van harte aangenomen.

Ik kom vervolgens toe aan beantwoording van de opmerking van de heer Hendriks. Hij heeft een belangrijk onderdeel van zijn bedrage aan het beleidsdebat aan sport gewijd. Allereerst wil ik een misverstand wegnemen. De heer Hendriks zei dat in 1994 nog een fantastisch bedrag op de begroting stond, namelijk 84,4 mln. en dat dat bedrag met de bezuiniging van 46,5 mln. in 1997 terugloopt naar 44,3 mln. structureel. Mijnheer Hendriks, gelukkig is de situatie niet zo bar en boos als u schetste. In 1994 stond niet 84,4 mln. op de begroting, maar 48,4 mln. Er zijn twee mogelijkheden: ofte wel u heeft de vier en de acht, uiteraard per abuis, omgedraaid ofte wel u heeft niet naar de begrotingscijfers gekeken, maar naar de realisatiecijfers. Die waren wel goed, maar het bedrag dat daarbij genoemd werd, was inclusief mijn bijdrage van 35 mln. extra aan het fonds voor de topsport alsmede een kleine bijdrage voor de vernieuwing van het Ajax-stadion. Als u deze verduidelijking in aanmerking neemt, komen de bezuinigingen in een ander perspectief te staan.

Het is inderdaad zo, dat ik bij de eerste ronde van bezuinigingen de sport geheel heb kunnen ontzien. Bij de tweede ronde moesten wij 20 mln. bijdragen aan een extra budget voor de jeugdhulpverlening. Toen heb ik de sport dus niet helemaal kunnen ontzien. In tegenstelling tot alle andere sectoren waar is bezuinigd, is bij sport de compensatie meer dan voldoende geweest. Niet alleen het fonds voor de topsport en daarmee een deel als substitutie voor de begeleiding van de topsporters werd daarmee gedekt, ook met de gelden die beschikbaar zijn voor de uitvoering van de welzijnsnota is er 5 mln. extra bijgekomen en dat bedrag is bestemd voor de actie Jeugd in beweging. De bezuiniging die doorgevoerd moest worden bedroeg 1,9 mln. Zoals al werd gezegd, is fiscale compensatie gegeven. Er komt ook extra geld vrij bij andere financieringsbronnen. Ik vind dat ook bij de behandeling van de sportnota waarom de Tweede Kamer heeft gevraagd, moet worden benadrukt, dat het sportbeleid niet alleen een beleid is voor dit departement, maar dat het interdepartementaal, dus door alle departementen gedragen

## Terpstra

moet worden. Er zal dus nog eens helder worden gemaakt dat de sportwereld voor de bezuinigingen ruimschoots compensatie heeft gekregen, zij daarmee een streepje voor heeft en dat de "s" dat streepje ook behoeft.

De **voorzitter**: Mij is gebleken dat de Kamer nog zo'n 35 à 40 minuten nodig denkt te hebben voor de tweede termijn. Gelet op de tijd, dring ik bij de sprekers aan op een uiterste beperking.

□

De heer **Boorsma** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Ik begin met de thuiszorg. Velen in dit huis hebben hierover hun zorgen geuit. De staatssecretaris meende op een gegeven ogenblik met een kwinkslag, gesteund door de minister, te moeten opmerken dat ook hier sprake was van visie. Als ik mijn tekst er nog eens bij neem, zal zij zien dat ik een aantal zeer concrete zorgen heb uitgesproken en dat ik niet zozeer geklaagd heb over een gebrek aan visie. Ik heb gevraagd wat de minister heeft gedaan met het totaalbudget. Daarop heeft zij antwoord gegeven. Ik neem voor mij het FOZ. Ik zie dan dat de bedragen vanaf 1994 amper zijn gestegen, terwijl zij tijdens het vorige kabinet fors gestegen zijn. Bovendien maakt het niet zoveel uit wat het bedrag is. Het gaat erom hoe de vraag zich verhoudt tot het aanbod. Door de vergrijzing is de vraag misschien wel explosief gegroeid. De staatssecretaris heeft op dit punt dus een zeer onvolkomen antwoord gegeven.

Ik heb gevraagd naar de herverdeling. Het is goed dat de staatssecretaris een bezoek heeft gebracht aan de thuiszorg in Den Haag, maar dankzij de herverdeling heeft Den Haag waarschijnlijk extra geld gekregen, terwijl dat niet geldt voor Salland, Oost-Gelderland en Zuid-Limburg. Mijn uitnodiging aan de minister en staatssecretaris blijft overeind om een keer mee te gaan naar de thuiszorg in Salland en samen te bekijken wat de problemen zijn. Het hele punt van de herverdeling is door beide bewindslieden niet genoemd.

Ik heb aandacht gevraagd voor de wachtlijsten waar hulpbehoevende ouderen mee te maken krijgen. Is de hartekreet vanuit Salland nonsens of is hij terecht? Wij hebben gevraagd

naar de ontslagen. Is dat zomaar een bericht uit de krant of klopt het? Ook daarop kwam geen reactie van de staatssecretaris. Ik geloof dat zij zich, met haar zorg voor dit onderwerp, toch wat te gemakkelijk heeft afgemaakt van de kritische vragen. De financiële informatie was bepaald onvolkomen toen zij sprak over de groei van 3,012 naar 3,169. Van 1991 tot 1994 was sprake van een forse groei, terwijl er daarna stilstand was. Gecorrigeerd voor loon- en prijsstijging was er absoluut geen groei. De staatssecretaris zei dat het FOZ in beide Kamers is aangenomen. Ik vraag haar wanneer dat gebeurd is. In dit huis is het FOZ helemaal niet aangenomen.

Misschien kan de minister in tweede ronde mijn vraag beantwoorden over het probleem van de overfinanciering. Nogmaals, concrete instellingen komen straks in de knel. Ik zou het zeer op prijs stellen als de minister in ieder geval hierop ingaat. De door mij schriftelijk opgesomde teksten over de COTG-richtlijnen voor inflatiecorrectie heb ik niet uitgesproken. Ik dank de minister voor de ongevroegde antwoorden.

Wij hebben vrij uitvoerig stilgestaan bij de volumegroei van 1,3%. Wij hebben gezegd dat daarmee zand in de ogen is gestrooid. De minister zegt dat dit een inspanningsverplichting is geweest. Helaas is er tijd nodig voordat maatregelen effect hebben. Dat weet elke politicus. Er is een incubatieperiode voor nieuw beleid. Ik vind dat dus geen goed excuus. Wat de minister in het NRC-interview zei, vond ik beter. Een percentage van 1,3 is gewoon te weinig. Als de minister goed geluisterd heeft, heeft zij de steun van deze oppositiepartij kunnen horen. Met haar menen wij dat voor de zorg meer geld nodig is. Een volumegroei van 1,3% lijkt onder de huidige omstandigheden onmogelijk. Van het begin af aan is sprake geweest van illusiepolitiek.

De minister zei op een gegeven moment tussen neus en lippen door dat ik wat ongenueanceerde kritiek had geuit. Een eerlijk man heeft niets anders dan zijn eerlijke gezicht, zo sprak de dichter Greshoff. Toen ik de minister prees voor haar initiatief met de Biesheuvel-experimenten, heb ik niet gehoord dat dat ongenueanceerde waardering was. Toen ik de minister prees voor haar Geneesmiddelenwet ± ik heb haar gesteund tegen kritiek uit de praktijk

± heb ik van haar niet gehoord dat dat ongenueanceerde waardering was. Zo gaat het. Als je waardering uitspreekt, wordt dat in dank geëncasseerd en als je kritiek uit, is het kennelijk ongenueanceerd.

Laat ik het lijstje met de minister doornemen. Ik hoor van haar graag concreet wat ongenueanceerd is. Als dat niet lukt, hoop ik dat zij overweegt, haar woorden terug te nemen of althans haar kritiek wat te nuanceren. Ik heb gevraagd wat het kompas is, omdat de minister grote blauwdrukken verwerpt. Dat lijkt mij een zakelijke vraag. Ik heb geconstateerd dat de convergentiewet aan de kant geschoven is. Dat is naar mijn mening een terechte constatering. De minister zegt dat zij gelooft in vrijwillige convergentie. Mijn constatering was terecht. De constatering dat het eigen risico geschrapt is, is pijnlijk maar juist. De constatering dat er door het kabinet en de coalitiepartijen een moeizame discussie wordt gevoerd rond de eigen bijdragen, kan de minister niet ontkennen. Dat is geen ongenueanceerde kritiek. Ik heb gezegd dat wij het eens zijn met de drietrapsraket van de minister. Dat is geen ongenueanceerde kritiek. Als ik vervolgens vraag wat zij vindt van de suggestie van de psychiater Heppener om die GGZ in te delen, is dat een vraag waarop de minister kan antwoorden. Het is geen ongenueanceerde kritiek. Als ik haar prijs voor het starten van de regio-experimenten, is dat ongenueanceerde waardering geweest. Mijn excuses daarvoor.

In antwoord op mijn vraag hoe het straks verder gaat, heeft de minister ons in het ongewisse gelaten. Daar blijft mist hangen. Ik heb gevraagd hoe het nu verder gaat met de wet-Van Otterloo. De minister kan er niets aan doen dat die wet er is, maar zij is wel verantwoordelijk voor het huidige beleid. Daar blijft ook mist hangen. Van het waarborgfonds zegt de minister dat het er misschien moet komen. Op zijn minst is hier sprake van mist. Ik heb op papier gevraagd naar de inflatiecorrectie. Ik ben het niet eens met wat zij daarmee heeft gedaan. Wat de overfinanciering betreft, blijf ik nog in de mist zitten, want op mijn vraag daarover heb ik geen antwoord gekregen. De wachtlijstproblematiek is een zorgelijke zaak. Ik meen niet dat ik daarop ongenueanceerde kritiek heb geuit. Ik heb gevraagd wat er

## Boorsma

gebeurt met de extra inkomsten van de ziekenhuizen en dergelijke. De minister zei dat zij dat nog eens moest bekijken. Ook op dat punt blijven wij dus in de mist hangen. Ik hoop dat de minister mij alsnog verheldering geeft.

□

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Ik dank de bewindslieden voor de antwoorden. Een belangrijk politiek hoofdpunt betreft het scheiden van wonen en zorg in de bejaardenoorden. Voor mijn fractie is dat op dit moment het belangrijkste item. Ik stel een paar dingen vast. De staatssecretaris heeft nog eens herhaald dat ook zij het liefst zou willen dat deze scheiding mogelijk is. Ik stel ook vast dat daarover in het regeerakkoord een passage is opgenomen. Mijn conclusie is dat er geen transparante argumentatie verstrekt is waaruit klaar en helder blijkt dat het niet zou kunnen. Ik heb de suggestie gedaan om een tweede opinie aan externe onafhankelijken te vragen, mede om problemen bij de behandeling van het wetsvoorstel te voorkomen. Wanneer wij ervan overtuigd kunnen worden dat het echt niet kan, is dat natuurlijk een zwaarwegende overweging. Dan zijn er nog altijd twee opties: voor het wetsvoorstel of tegen het wetsvoorstel zijn. In verband met de ontschotting vind ik het onderbrengen van de zorgfactor in de AWBZ een goed punt, maar het onderbrengen van het wonen niet. De staatssecretaris zegt zelf dat het budget ruim 5 mld. bedraagt en dat het bestaat uit drie compartimenten: zorg, wonen en dienstverlening. Ik zie niet in waarom je het budget voor een beperkte populatie (185.000 bewoners) niet zodanig kunt alloceren, dat het beperkt blijft tot dat aantal mensen en dat de aspecten wonen en zorg tot uitdrukking komen. Mevrouw Ter Veld heeft de volgende mogelijkheid genoemd: doe de zorg in de AWBZ, laat het wonen via de VROM-regeling lopen en doe de dienstverlening, die er tussenin ligt, via de Wet voorzieningen gehandicapten. Ik kan nog een andere mogelijkheid noemen om aan te geven dat er beweging in dit dossier moet komen. Waarom zou je de zorg en de dienstverlening niet in de AWBZ doen? Ook die variant kan een keer objectief worden bekeken, zonder nu al een conclusie te

trekken. Het VROM-gedeelte, het woongedeelte, moet dan dusdanig worden geregeld, dat het wonen een zelfstandige functie blijft. Ik zeg dit niet om te "zieken", maar vanuit de overweging dat wij het apart benoemen van de factoren zorg en wonen voor het toekomstig functioneren van het stelsel buitengewoon essentieel vinden. Dat heeft niets met budgetten of met rekensommen, maar alles met principiële visies op de verhouding tussen de overheidsrol en de eigen verantwoordelijkheid van mensen te maken. Dat heeft met het substitutie-verhaal te maken, etcetera. Ik kan mij niet aan de indruk onttrekken dat het meer de bureaucratische regelgeving en de huidige verkokering zijn die bepalend zijn voor de uitkomst van dit dossier dan datgene wat wij willen. Ik vind idealen evenwel belangrijker dan bureaucratie. Daarom heb ik ook om een "second opinion" gevraagd. Het kan goed zijn dat buitenstaanders daarover onafhankelijk advies geven.

Ik heb een vijftal aspecten genoemd met betrekking tot de budgettaire kaders. Naar het oordeel van mijn fractie moeten die bij de herwaardering worden betrokken. Bij twee dossiers ter zake maak ik toch nog een extra kanttekening.

Het feit dat de nominale component onder de budgettering is komen te vallen, vind ik onredelijk, omdat dit een exogene factor is die niet kan worden beïnvloed door de gezondheidszorg zelf. De minister heeft gelijk dat er arbitraire elementen in zitten: wat is volume en wat is nominaal? Dat dossier is bekend; dat was ook in het verleden zo. Als wij de nominale component, een exogene factor, onder het budgetteringskader brengen, dan kan het mechanisme ontstaan dat een te hoge nominale groei leidt tot een extra korting op de volume-component. Dat zou mijn fractie buitengewoon onredelijk vinden.

De minister merkte nog op dat andere mogelijkheden een marginale betekenis hadden. Zij duidt dan op de verschuiving tussen compartimenten. Ik herinner mij het debat van tien jaar geleden toen de motie-Lansink/Kamp werd ingediend om de tandheelkunde en de fysiotherapie naar het derde compartiment te brengen: de vrijwillige aanvullende verzekering. Toen maakten veel politici dezelfde

opmerking als de minister nu. Dat is, denk ik, toch wel betekenisvol.

□

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! De heer Boorsma heeft er ook al op gewezen dat de minister niet is ingegaan op de 1,3% stijging van de kosten van de gezondheidszorg. Ik zou het aardig vinden als zij nog een paar woorden aan dit politiek heikele punt zou wijden, waar ik mijn betoog in eerste termijn mee begon. Vindt de minister die 1,3% nog steeds een juist percentage of is zij van mening dat dit een ander percentage zou moeten zijn?

Ik wil de inleiding waarmee de minister haar betoog begon, als volgt samenvatten. Ik begrijp dat in de gezondheidszorg een moeizaam, maar bemoedigend proces van cultuurverandering in gang is gezet, dat dit proces tijd nodig heeft, maar dat sprake is van voortschrijdend inzicht. Daar moeten wij het mee doen. Ik denk dat dit bemoedigend is.

Ik heb gezegd dat GroenLinks het accent legt bij preventie en eerstelijnsgezondheidszorg. De minister was in het zijn algemeenheid met die redenering eens. Zij wees erop dat preventie te maken heeft met gezonde leefstijlen en dat er een wisselwerking is met de leefsituatie. Daar ben ik het helemaal mee eens. Het is echter een misverstand dat gezond eten duurder zou zijn dan ongezond eten. Ik durf de omgekeerde stelling aan, namelijk dat ongezond eten duurder is dan gezond eten. Bij gezond eten wordt echter wel wat creativiteit verwacht. Maar junk food is sowieso duurder dan gezond voedsel.

Ik heb gevraagd of de minister een plan van aanpak had om het accent te verleggen naar de preventie. Ik meen te hebben begrepen dat zij mij verwees naar de publikatie "Poortwachter in praktijk". Daar zou ik dan het antwoord in vinden. Zij merkte ook op dat "cure" belangrijk is, waarbij zij het voorbeeld van de ouderen noemde. Ook daar ben ik het helemaal mee eens.

Wat de fysiotherapie betreft, heb ik begrepen dat er op ~~de~~ plaats een experiment wordt gehouden. Ik weet dan niet precies wat de fysiotherapeut daarbij zelf bepaalt. Gaat het dan om het aantal behandelingen? De fysiotherapeut behandelt

## Schoondergang-Horikx

natuurlijk altijd op basis van een verwijzing van een arts. Ik ben zeer nieuwsgierig naar de uitkomst van dit experiment. Wordt dit experiment in één plaats bij één fysiotherapeut gehouden, of gaat het hierbij om een stad of een regio?

Er wordt onderzocht waarom de mensen geen aanvullende verzekering tandheelkunde hebben genomen. Ik vond het prettig te horen dat de minister het van belang vindt om dit in de gaten te houden, omdat de gezondheid er niet onder mag lijden. Ik vertrouw er dan ook op dat de minister de juiste beslissing neemt. Ik heb al gezegd dat dit naar mijn mening het weer opnemen van de uitgebreide tandheelkunde in het ziekenfondspakket moet zijn.

Mevrouw Ter Veld sprak over de "rafels in de gezondheidszorg". Daarbij ging het om mensen met een laag inkomen die in het ziekenfonds verzekerd zijn. De minister wilde een en ander aan het parlement voorleggen. Wil zij daarbij dan ook ingaan op de situatie van bijvoorbeeld 16-jarige scholieren met een betaald bijbaantje? Zij zijn daardoor met hun verzekering veel duurder uit dan wanneer zij nog bij hun ouders in het ziekenfonds verzekerd zouden zijn.

Ik aanvaard in dank dat de minister mijn suggestie met betrekking tot de code waardevol vond. Ik ben benieuwd wat daaruit komt.

Ik heb ook gesproken over een kader voor de principiële discussie over de gezondheidszorg. Ik vind dat deze discussie niet alleen voorbehouden moet zijn aan politici in de Tweede Kamer, ook omdat dit dan te hap-snap gebeurt. Dat ligt niet aan de Tweede Kamer, maar aan het feit dat die onderwerpen hap-snap aan de Tweede Kamer worden aangeboden. Ik meen dat hierover veel meer samenhangend moet worden gediscussieerd. De minister zei dat het Rathenau-instituut hierin een rol kan spelen. Dat zou inderdaad kunnen, maar dan wel in samenhang met de overheid of met het ministerie om hierin een bepaalde continuïteit te brengen.

Ik dank de staatssecretaris voor haar antwoord over de thuiszorg, de kinderopvang en het centrum voor milieu en gezondheid. Ik hoop dat dit centrum op een fatsoenlijke manier kan blijven functioneren. Ik wil nog wel een opmerking maken over de

kinderopvang. De stimuleringsmaatregelen kinderopvang zijn in Amsterdam vooral aan gesubsidieerde plaatsen ten goede gekomen. De staatssecretaris noemde in dit verband een aantal maatregelen, bijvoorbeeld met betrekking tot de bedrijfsplaatsen. Daar ga ik helemaal mee akkoord. Maar mijn zorg ging erover dat het bij die gesubsidieerde plaatsen achteruitgaat. Misschien dat de staatssecretaris daar nog iets aan kan doen.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Ik dank de bewindslieden voor hun antwoord. Natuurlijk kunnen wij hier nachten over doorpraten. Maar ja, wij zijn geen intramurale instelling en wij hebben onze pyjamaatjes niet bij ons, dus het moet snel.

Er is gesproken over de sociaal-economische situatie in relatie tot de gezondheidszorg. In het Albedarapport dat eraan komt, wordt gesproken van mogelijke interventies. Wellicht is het dan ook mogelijk, indicatoren te ontwikkelen om meetbaar te maken hoe belangrijk gezondheidszorg en preventie zijn voor de sociaal-economische situatie van burgers en dus voor de economie.

Over de relatie tussen SZW en VWS kan ik een heleboel zeggen. Ik maak echter nog slechts een enkele opmerking. Wanneer het mogelijk zou zijn om chronisch zieken te traceren in verband met de eigen bijdragen, is het waarschijnlijk ook belangrijk om dezelfde definitie te kunnen hanteren voor de mensen die vallen onder de doelgroep van de omgekeerde WAGW, om het zo maar te noemen. Dat zijn de mensen voor wie straks een premiereductie voor de WAO zal volgen. Dan immers hebben wij bereikt dat voor die mensen de drempel echt wat teruggaat. Een aanstellingskeuring levert een bijdrage, maar meestal komt die aanstellingskeuring pas als de hele sollicitatieprocedure doorlopen is.

Wat de chronisch zieken betreft, moet ik zeggen dat het natuurlijk veel is dat zij de eerste drie jaar een volledige eigen bijdrage moeten leveren. Zijn er geen mogelijkheden om chronisch zieken te traceren, opdat zij vanaf het moment van de eventuele invoering van een eigen bijdrage al meteen gevrijwaard kunnen worden van de volle mep,

om het zo maar te zeggen? Zij moeten toch bekend zijn bij huisartsen en ziekenfondsen.

De inventarisatie van de inkomensbegrippen die in het ziekenfonds gehanteerd worden, en de moeilijkheden om dit goed te traceren, lijkt mij inderdaad heel belangrijk, willen wij tot wijziging komen. Het is natuurlijk niet alleen de wet-Van Otterloo die effecten heeft in de zin van groepen die er binnenkomen, en groepen die eruit blijven. Sinds wij het principe van een werknemersverzekering en een uitkeringsverzekering in de Ziekenfondswet hebben verlaten ± ik wijs in dit verband op de AAW en andere volksverzekeringen ± is er voortdurend een groep waarvan het betreurenswaardig is dat zij erbuiten valt. Er zijn echter ook groepen waarvan wij het zonde vinden dat zij er zo goedkoop in vallen. Misschien helpt een minimumpremie.

Ik kom op wonen en zorg. Het is jammer dat het continue woon- en zorgproces kennelijk heel moeilijk is te realiseren bij een stijgende zorgbehoefte. Dit bleek uit het antwoord van de staatssecretaris en ik denk dat het waar is. Het "camel nose"-effect van de dynamische kostprijshuren zal ons nog overkomen, tenzij er natuurlijk een forse inflatie komt. Dat er een gat zal vallen, zien wij nu al bij de woon/zorgcomplexen. Ik heb in dat verband een voorbeeld genoemd. Ooit is een woontussenvoorzienings-toeslag uitgevonden door het ministerie van CRM. Dat was een aanvullende huursubsidie. Ik denk dat het probleem breder is dan de strekking van de wijziging van de Wet op de bejaardenoorden en dat wij hier dus echt serieus naar moeten kijken. Het kan niet zo zijn dat mensen met een laag inkomen straks niet in een adequate woon/zorgsituatie met voldoende maatschappelijke dienstverlening en dergelijke mogelijkheden kunnen verblijven. Hoewel die discussie misschien niet meer gevoerd kan worden, wil ik wel zeggen dat het bijna zonde is om de eigen vermogens zo buiten schot te laten, wanneer je zoveel geld te kort komt. Ware het niet beter geweest om het appeltje voor de dorst ook bij verpleeghuizen meer aan te spreken?

Voorzitter! Ik denk dat een debat eigenlijk iets weg heeft van activerend welzijnsbeleid. Wij kunnen hier mooie woorden spreken, maar

## Ter Veld

het belangrijke is natuurlijk het "hoe". Wat dat betreft, moeten wij er bij een beleidsdebat volgens mij van uitgaan dat wij na verloop van tijd in de volgende begroting terugvinden hoe de bewindslieden verder omgaan met onze opmerkingen die zo in dank zijn aanvaard.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Ik dank de bewindslieden voor hun beantwoording en hun reactie op hetgeen ik hier namens onze fracties heb neergelegd. Ik heb gezegd dat er duidelijk veranderingen in positieve zin waarneembaar zijn. Dit is nog eens onderstreept. De tijd zal leren of die trend zich doorzet en, zo ja, hoe. Uitgangspunt daarbij, zo heeft de minister gezegd, is onder andere kwaliteit. Dat is ook heel erg belangrijk voor de toekomst.

Ik heb het goed begrepen dat de verzekeraars veel vrijheid krijgen in het tweede en het derde compartiment. Ik heb mijn zorgen hierover geuit en gevraagd wie er nu op toeziet dat de kwaliteit goed gecontracteerd wordt. Als er geen mogelijkheid is om op dit punt bij te sturen, zeker in het derde compartiment, dan hebben wij er inderdaad zorgen over of wij die kwaliteit straks wel kunnen halen. Ik heb ook gevraagd of de minister er niet bang voor is dat, als hier geen greep op is, vanuit het derde compartiment weer zaken op het bordje van het eerste en het tweede compartiment komen. Als zaken mislukken, kunnen zij weer teruggaan naar die eerste twee en kunnen daar dan veel geld kosten. Hoe kun je dit beïnvloeden?

Ik heb ook een vraag gesteld over de 1,3% groei. Anderen hebben hier ook naar gevraagd. De minister zal daar nu ongetwijfeld over komen te spreken. Ik laat dat punt nu dus verder rusten.

Hoe moeten wij de FOZ-zaken straks meten, als het om het derde compartiment gaat? Het zou natuurlijk ontzettend jammer zijn, wanneer een deel van de uitgaven geheel aan onze waarneming wordt onttrokken, ook al gebeurt dat particulier in de gezondheidszorg. Als er zaken mis gaan, kun je dan ook niet meer bijsturen.

Ik ben blij dat de minister nog eens nadrukkelijk gezegd heeft dat de identiteitsgebonden zorg een rechtmatige plaats heeft en dat daar ruimte voor moet zijn.

Ik wil nog even ingaan op het PGB en de regeling intensieve thuiszorg. In de overgang hiertussen zitten regelmatig hiaten. Ik heb hier een vraag over gesteld. Er zijn nog andere knelpunten, maar die lossen wij al werkende op. Dit is echter een zaak die van dag tot dag speelt. Ik hoor graag van de staatssecretaris of hier mogelijkheden voor gecreëerd kunnen worden.

□

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Voorzitter! Mijn vragen zijn in het algemeen heel bevredigend beantwoord. Ter wille van de tijd zal ik het dus heel kort houden. Er is namelijk één uitzondering bij die beantwoording. Die betreft mijn vraag over de voeding. Daar kwam een wel heel ambtelijk antwoord op. Bovendien sloeg dit totaal niet op het punt dat ik heb willen maken. Gelukkig zit het kabinet nogal stevig in het zadel; er zullen dus nog gelegenheden genoeg komen waarop wij over interessante onderwerpen als het genoemde van gedachten kunnen wisselen. Ik wens de bewindsvrouwen dan ook alle succes toe.

□

De heer **De Wit** (SP): Voorzitter! Ook ik wil van mijn kant de minister en de staatssecretaris danken voor hun beantwoording van mijn vragen en opmerkingen in eerste instantie. Ik begin met mijn steun te betuigen aan het standpunt dat de minister heeft verwoord over de ziekenfondsen en met name het plan van het VNO met betrekking tot de ziekenfondsen. Ik vind dat een helder standpunt. Ik onderschrijf dat ook volledig, met name waar de minister een beroep doet op de solidariteit. Dat spreekt mij in ieder geval heel duidelijk aan. Het probleem is daarmee nog niet opgelost voor de toekomst van de ziekenfondsen, zeker omdat van de kant van de werkgevers is gepleit voor verlaging van de loongrens. Ik denk dus dat de discussie nog wel terug zal komen. Overigens weet de minister dat zij met haar standpunt toch de hoon, als ik het zo mag noemen, op zich laadt van haar partijgenoot Rinnooy Kan. In Het Financieele dagblad omschrijft hij mensen die te hoop lopen tegen de inbreuken op het ziekenfonds, als Pavlov-ianen. Het is

maar dat de minister het weet, als zij het al niet wist.

Over de voorrangszorg maak ik ook nog een paar opmerkingen. Ik begrijp dat de minister voorzichtig is in haar beantwoording, met name waar het gaat om het kabinetsstandpunt over het referentiekader. Ik noem nog twee punten die mij in dit verband zorgen baren. In de eerste plaats is dat de tijdelijkheid van het wachtlijst-omzeilen, om het zo te zeggen. De WULBZ zal voorlopig namelijk nog van kracht blijven, zeker als het aan dit kabinet ligt. Met andere woorden: het is dus de vraag of er door de WULBZ niet steeds druk zal zijn om voorrang te krijgen bij een medische behandeling. In de tweede plaats wijs ik op een passage die voorkomt in een brief van de FNV aan de KNMG. Daarin wijst de FNV erop dat er toch een grens zit aan de onbenutte capaciteit van de zorg, met name in de ziekenhuizen. Heeft de minister er enig zicht op wanneer het kabinetsstandpunt hierover zal komen?

Ik kom op de tandzorg. Ik wil nog even stilstaan bij het onderzoek van Ipso facto, dat de minister heeft aangevoerd, en met name bij de 23% die onverzekerd rondlopen. Voor 60% van die 23% geldt dat inkomensfactoren de oorzaak zijn van het niet verzekerd zijn. Dat zegt natuurlijk wel iets; mij zet het in ieder geval aan het denken. De minister zegt dat zij de gang van zaken op dit punt nauwlettend zal volgen, inclusief de onderzoeken en de resultaten daarvan. Ik vraag haar of zij van mening is dat haar voldoende tijd is gegund, omdat, als zij wil ingrijpen, dit bij mijn weten zal moeten gebeuren voor 1 januari 1997, als zij daarin tenminste nog iets wil veranderen.

Wat de eigen bijdragen betreft, meen ik uit het FOZ '95 te hebben begrepen dat daarin wordt gesuggered dat het eigen risico waarmee het kabinet zou komen, mogelijk dient ter vervanging van andere eigen bijdragen. Ik begrijp nu echter uit de beantwoording van de minister dat dit een zelfstandige eigen bijdrage wordt. Dan denk ik meteen aan andere aspecten van het beleid, zoals het armoedebeleid, waarover de Tweede Kamer gisteren heeft gesproken, en waarbij heel nadrukkelijk de problematiek van de cumulatie van de eigen bijdragen aan de orde is geweest. Verder denk ik natuurlijk aan de koopkracht van

## De Wit

de mensen, een aspect dat ook al bij herhaling aan de orde is gekomen als een van de negatieve gevolgen van het beleid van dit kabinet.

Overigens heeft de minister wel een probleem als het gaat om de eigen bijdragen: in de Volkskrant van vandaag staat te lezen dat de fondsen menen dat de Wet economische mededinging een probleem kan opleveren bij het kabinetsvoorstel. Wellicht kan de minister daarover nog iets zeggen.

In mijn bijdrage heb ik het, sprekend over de thuiszorg, gehad over de werkelijke groei, over een echte volumegroei. De staatssecretaris heeft duidelijk gemaakt, ook aan de overzijde, dat de volumegroei dit jaar maar 0,5% is. Die volumegroei heeft in hoofdzaak te maken met het persoonsgebonden budget (PGB) en de verschuivingen in die richting. Als ik het heb over echte groei bedoel ik natuurlijk wat meer, zeker als ik kijk naar die 5% waarover ik in mijn bijdrage sprak als de daadwerkelijke behoefte. Wat dat betreft kunnen wij van mening verschillen. Ik vind dat het een belangrijke keuze is, die je zou moeten maken om aan die behoefte tegemoet te komen.

De beantwoording van de staatssecretaris op dit punt was erg duidelijk. Zij heeft een aantal vragen weggenomen, ook al doordat in het overleg met de Landelijke vereniging, dat toevallig vandaag is gehouden, op een aantal punten opheldering is gekomen. Toch is er nog een probleem. Bij het punt van de kwaliteit denk ik aan het feit dat in de thuiszorg gebruik wordt gemaakt van het PGB, en dat volgens de Abva/Kabo veel mensen die daarvan gebruik maken de constructie van de alfahulpen toepassen. Op de alfahulpen is de Kwaliteitswet zorg niet van toepassing. Wellicht kan de staatssecretaris daar nog wat over zeggen; ik denk dat dit punt zeker aandacht verdient.

Ten slotte heb ik met vreugde genoteerd dat ik nog post krijg van de minister, en wel de antwoorden op de twee door mij in eerste termijn gestelde vragen over de sociaal-economische gezondheidsverschillen.

□

De heer **Hendriks**: Voorzitter! Ik dank de bewindslieden hartelijk voor de uitgebreide beantwoording van de gestelde vragen en de gemaakte

opmerkingen. Het is toch opmerkelijk dat het geven van antwoorden vandaag meer tijd kost dan het stellen van vragen!

De minister stelde in haar betoog dat de gezondheidszorg hoe langer hoe meer een gezondheidszorg wordt voor ouderen. Ik wilde hierop aanhaken, naar aanleiding van een sarcastische opmerking van de minister in mijn richting dat zij zich niet erg in mijn betoog kon herkennen. Als dat zo is, wil ik mevrouw de minister hierbij mijn excuses aanbieden voor mijn misschien wat warrige betoog. Ik realiseer mij dat mijn verhaal op een aantal punten geen puur VWS-verhaal is, maar dat toont alleen maar aan dat ouderenbeleid zich niet beperkt tot een departement. Ouderenbeleid is niet één van de aspecten van volksgezondheid en welzijn, maar omgekeerd, vanuit de optiek van senioren, is het VWS-beleid een heel interessant, boeiend en belangrijk deel van het ouderenbeleid. Dat is eigenlijk net zo met betrekking tot Sociale Zaken en Werkgelegenheid, VROM, Binnenlandse Zaken, Justitie en dergelijke. Afkadering tot een departementshoofdstuk is daarom van onze kant uitermate moeilijk. Rekening houdend met de grijze lawine die op ons afkomt, illustreert dat alleen maar het nut en de noodzaak van effectieve preventieve oudereneffect-rapportages, ook met betrekking tot VWS-zaken. Daar wil ik de minister nog eens met nadruk op wijzen; zij is hier niet op ingegaan.

Ik vertrouw erop dat twee van mijn vragen die nog niet zijn beantwoord over wat de minister denkt te doen aan de sanering van de kosten, de verspillingen en de ondoelmatigheid bij zorginstellingen, en over meer aandacht van de minister voor specifieke voorzieningen voor allochtone ouderen, alsnog zullen worden beantwoord, eventueel schriftelijk.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! De heer Boorsma begon zijn betoog met het punt van de overfinanciering, waarop ik in mijn antwoord in eerste termijn inderdaad niet heb gereageerd. Aangezien hijzelf al aangaf dat het een nogal technische vraag betreft, en hij nogal wat feitelijkheden vroeg, naast een opinie, stel ik hem voor, die vraag schriftelijk te

beantwoorden, zodat ik dat feitelijke punt uitvoerig uit de doeken kan doen.

Over de volumegroei heeft de heer Boorsma nogmaals gezegd dat hij eigenlijk gewoon steun wilde betuigen. Hij zei dat ik mij moet realiseren dat de CDA-fractie van mening is dat de volumegroei van 1,3% te laag is. Ik heb dat heel goed gehoord, en ik beschouw dat ook als steun voor mijn opvatting dat ik, als wij, ondanks maatregelen, kunnen voorzien dat zich een tekort in de middelen voordoet ten opzichte van toch reëel geraamde groei, groei die wij noodzakelijk vinden, bij het kabinet het voorstel neer zal leggen om meer ruimte te maken. Het is dan heel plezierig, de CDA-fractie achter mij te weten! Uit de inbreng van anderen heb ik beluisterd, dat velen zich realiseren dat het regeerakkoord de gezondheidszorg wel een erg krap jasje heeft aangetrokken. Hoewel ik maatregelen tot afslanking neem, kunnen de knopen misschien niet dicht, wat wel de bedoeling is.

Wij hebben een woordenwisseling gehad over het al of niet genuanceerd zijn van kritiek en waardering. Ik begin met de heer Boorsma te danken ± in eerste termijn verzuimde ik dat te doen ± voor de vele waardevolle woorden die hij heeft gesproken. Ik vond zijn kritiek in het algemeen heel goed het aanhoren waard. Het is natuurlijk ook de bedoeling, hier kritisch met elkaar te verkeren en te zeggen waar het op staat en wat men ervan vindt. Ik had daarmee ook geen enkel probleem. Ik denk dat de heer Boorsma ook gelijk heeft als hij zegt dat er nog veel mis is. Dat vertaal ik zo, dat hij signaleert dat een aantal beleidsvoornemens nog niet is uitgekristalliseerd. Hij denkt daarbij aan de knip in de GGZ, en de verdeling daarvan over de drie compartimenten. Wij hebben ons heel goed gerealiseerd dat sommige dingen toch een slagje ingewikkelder liggen dan aanvankelijk werd gedacht, en dat we meer tijd nodig hebben om het goed uit te werken. Veel van die mist zal, zo kan ik de heer Boorsma verzekeren, voor de zomer optrekken.

Ik blijf het met hem oneens als hij zegt dat we niet weten, waar we heen willen. In het begin heb ik geprobeerd, heel kort onze visie over de doelen waarnaar we op weg zijn, neer te zetten. Het enige wat ik ongenueanceerd vond en vind, is dat de heer Boorsma het soms had over

## Borst-Eilers

bepaalde passages en dan riep: Weg ermee! Hij bedoelde daarmee dat dit kabinet zich soms iets serieus voorneemt om er vervolgens weer afscheid van te nemen. Dat was niet zo maar afscheid nemen! Bij de convergentiewet is sprake geweest van een grondig onderzoek. Vervolgens concludeerden wij dat die wet eigenlijk niet kon, in het licht van de Europese regelgeving. Wat betreft het eigen risico, in één keer aan de voet, hebben wij naar een variant gezocht en die gevonden in een gespreid eigen risico over het gehele jaar. Het kabinet is daar dus iets genuanceerder in geweest dan ik bij de heer Boorsma beluisterde. Ik heb overigens geen enkele moeite met de kritiek van de heer Boorsma en al helemaal niet met zijn prijzende woorden.

De heer **Boorsma** (CDA): Voorzitter! Wat betreft de Europese regelgeving had men wijzer kunnen zijn. Reeds in het vorige kabinet is zeer veel aandacht geschonken aan de plannen van dat kabinet, in het licht van de Europese regelgeving. Het gaat niet aan, als een regeerakkoord wordt gesloten, waar iets in staat dat wordt omarmd door ongeveer iedereen in dit land ± er is dus sprake van brede steun van alle partijen, ook van het CDA ± dat het kabinet vervolgens stelt dat dit niet kan op grond van Europese regelgeving. Dan had men een beter regeerakkoord moeten sluiten. De discussie over het eigen risico is ook al twintig jaar oud. Eigenlijk kan daar hetzelfde over worden gezegd.

Minister **Borst-Eilers**: Ik begrijp deze opmerkingen. Ik zou zelfs willen zeggen dat het regeerakkoord op enkele onderdelen wel beter had gekund. Ook dat geldt voor ieder regeerakkoord.

Dan kom ik bij de heer Dees en de vijf randvoorwaarden, onder het kopje Budgettaire kaders. Ik heb mij wat ongelukkig uitgedrukt door te zeggen dat ik dacht dat de betekenis van die randvoorwaarden in de praktijk marginaal zou zijn. Ik bedoelde eigenlijk, hoewel ik die randvoorwaarden zeker meeneem naar het kabinet, dat ik voorzie dat ze niet zo'n grote kans maken om door het kabinet te worden overgenomen. De heer Dees heeft ze vurig verdedigd, maar sommige hebben budgettair grote consequenties. In de praktijk zal het dus waarschijnlijk niet

tot die verschuivingen leiden die de heer Dees voor ogen heeft. Als wij zijn gedachten zouden volgen ± ik heb het dan vooral over de nominale premie en de nominale component ± dan zou een en ander vrij ingrijpend zijn. Ik ben het wel met de heer Dees eens ± het kabinet deelt die mening ook ± dat als die nominale ontwikkelingen zich werkelijk voltrekt buiten de gezondheidszorg zelf voltrekken, het niet terecht is om, als daardoor overschrijdingen ontstaan, die op te lossen door in het volume van de zorg te snijden. Het is heel goed verdedigbaar om daar niet mee akkoord te gaan. Dat heb ik heel goed beluisterd.

Ik heb wel gezegd dat er nominale componenten zijn, zoals de prijzen van genees- en hulpmiddelen, die niets te maken hebben met hoe men zich buiten de zorg gedraagt. Daarbij wijs ik op het bekende punt van de bevroren markt en het feit dat iedereen met gouden ketenen aan elkaar vast zit. Niet iedere nominale stijging moeten wij zo maar accepteren als iets van buitenaf. Ik neem mij ± ik zie de heer Dees instemmend knikken ± een deel van zijn betoog echter heel graag ter harte. Aan de andere kant vind ik dat sommige nominale ontwikkelingen wel degelijk te lijf kunnen worden gegaan.

Dan kom ik bij mevrouw Schoondergang. Zij zei dat ik geen antwoord heb gegeven op haar vraag of die 1,3% volumegroei al of niet juist is. Ik heb in eerste termijn wel gezegd dat ik het, als een stevige druk op de sector, een verantwoord percentage vond, in combinatie met de ontsappingsclausule. Dat is nog steeds mijn mening.

Ik zei dat gezond eten niet duurder is dan ongezond eten. Daaruit blijkt dat ik geen opmerkingen moet maken over de portefeuille van de staatssecretaris, want dan zeg ik het direct verkeerd. Ik haal deze kennis uit opmerkingen van mensen die de laatste tijd nogal eens in interviews worden geciteerd. Ik denk daarbij aan de gemeente Kerkrade waar enquêtes zijn gehouden. De inwoners daar zeggen dat zij wel weten dat zij onverstandig leven en eten, maar dat zij geen geld hebben voor dat verse fruit en al die groenten. Ik ben blij te horen dat het anders ligt.

Dan de vraag over het verleggen van de accenten naar preventie. Het voert te ver om dat allemaal op te

sommen. Dat is wat ik in eerste termijn al zei. Ik heb daarvoor niet verwezen naar het rapport over de poortwachter, maar meer naar de nota Gezond en wel, waarin wij onze plannen met de preventie uiteenzetten. Als mevrouw Schoondergang nog eens naar de cijfers kijkt, dan zal zij zien dat wij meer in preventie investeren en dat wij proberen om het bedrag van jaar tot jaar te verhogen.

Dan kom ik op de vraag wat de fysiotherapeut zelf bepaalt. Hij bepaalt het aantal behandelingen. Het experiment vindt plaats in de stad Amsterdam. Het betreft alle verzekerden die bij de ZAO zijn verzekerd. De fysiotherapeut krijgt de patiënt wel door de huisarts verwezen, maar de fysiotherapeut stelt vervolgens een fysiotherapeutische diagnose. Daarbij komen vragen aan de orde als: Wat is de functiebeperking, wat is het aantal behandelingen en het soort behandeling?

Ik kom op de kwestie van de kring van verzekerden en de scholieren met het bijbaantje, die verplicht in het ziekenfonds moeten. Die zullen wij zeker meenemen, want wij zijn toch bezig met het in kaart brengen van de kring van ziekenfonds-verzekerden, met alle categorieën die er misschien ten onrechte in zitten of waar men vraagtekens bij plaatst. Dat geldt ook voor de categorieën die erbuitten zitten, maar die er uit inkomensogpunt misschien binnen zouden moeten vallen. Als het parlement vindt dat deze zaak moet worden aangepakt, dan zouden wij nu wel met de voorbereidingen kunnen beginnen. Ik denk echter dat besluitvorming daarover iets is voor de volgende kabinetsperiode.

Dat de debatten in de Tweede Kamer over de elementen die mevrouw Schoondergang noemde vaak hapsnap plaatsvinden, dat wil zeggen dat geen sprake is van een samenhangende, diepgaande discussie, dat ben ik met haar eens. Het debat tussen politici heeft ook beperkingen. Misschien moet dit tot de conclusie leiden dat wij het Rathenau-instituut vragen om één van de zogenoemde maatschappelijke debatten te organiseren over de gezondheidszorg. De WRR komt binnenkort met een studie over de gezondheidszorg. Wellicht dat die de start kan zijn van een dergelijke discussie. In ieder geval neem ik het



## Borst-Eilers

idee van mevrouw Schoondergang graag mee.

Ik ben het eens met mevrouw Ter Veld dat het interessant is als de commissie-Albeda erin zou slagen om indicatoren te ontwikkelen. Wij zullen in de gaten houden of men daaraan toekomt. Het is wel de bedoeling, heb ik begrepen.

Dan de definitie van chronisch zieken en de vraag of je dezelfde definitie zou kunnen gebruiken voor de omgekeerde WAGW. Dat is niet echt een definitie van chronisch ziek zijn. Als je telkens drie jaar achtereenvolgend je maximum vol maakt, dan betekent dat meestal wel dat er met je gezondheid chronisch iets aan de hand is. Er zijn echter ook chronisch zieken die problemen ondervinden als het gaat om de arbeidsomstandigheden, maar die niet aan de kosten ervan toekomen. Er zijn chronisch zieken met betrekkelijk weinig uitgaven. Ik zal daar met de collega's van Sociale Zaken nog eens over spreken.

Waarom moet je drie jaar wachten? Op dat punt proberen wij nog een laatste technische afwerking te realiseren. Wij vinden ook niet dat iemand drie jaar moet wachten, alvorens de eigen bijdrage wordt gecompenseerd. Als men in 1997 de eigen bijdrage heeft vol gemaakt ± daarbij gaat het om veel meer mensen dan alleen de chronisch zieken ± dan luidt de vraag hoe je erachter komt welke mensen je toch als chronisch zieken kunt identificeren. Natuurlijk kun je met doktersattesten werken, maar de ervaringen daarmee zijn niet geweldig. Wij geven sommige mensen nog steeds het voordeel van de twijfel. Dat is altijd beter dan het omgekeerde. Wij proberen wel om hier op een betrekkelijk eenvoudige manier uit te komen, want ook wij houden niet van bureaucratie en van veel papierwinkel als dat niet nodig is.

Er moet waarschijnlijk wel iets worden gedaan aan de kring van ziekenfondsverzekerden. Ik zei zojuist al tegen mevrouw Schoondergang welke procedure wij voor ogen hebben.

Dan de heer Van den Berg. Hij zei dat de verzekeraars veel vrijheid in het derde compartiment hebben. Hij vroeg hoe je daar de kwaliteit op aanstuurt. In het derde compartiment telt de wetgeving natuurlijk wel. Ik noem in dit verband de kwaliteitswet zorginstellingen waarin staat dat een instelling een kwaliteitssysteem en

een kwaliteitsjaarsverslag moet hebben en dat ze zich iets aan moet trekken van de kwaliteitscriteria die patiënten en consumenten hebben ontwikkeld. De inspectie ziet op dit alles toe. Dus het is wat de kwaliteit betreft zeker niet vrijheid blijheid in het derde compartiment. Ik zou bijna zeggen dat het omgekeerde het geval is. De inspectie heeft in haar speerpuntenbeleid de derde-compartimentactiviteiten scherp in het vizier. Als er ergens in een kleine villa gezondheidszorg wordt uitgeoefend, is de kans altijd iets groter dat dit aan je aandacht ontsnapt. Maar de inspectie zit er bovenop.

Er is gevraagd of wanneer in het derde compartiment brokken gemaakt worden, het tweede compartiment dat moet opknappen. Men heeft een aanvullende verzekering voor bijvoorbeeld cosmetische chirurgie. Daar valt ook de behandeling van complicaties onder. Ik denk dat die ook in het derde compartiment zouden moeten worden opgevangen.

Er is gezegd dat het jammer is dat het derde compartiment niet in de gaten kan worden gehouden middels het FOZ. Dat ligt toch iets anders. Het wordt daarin wel degelijk meegenomen. Er wordt niet gestuurd vanuit de rijksoverheid maar gemonitord. Alles wat daar gebeurt, wordt voor zover wij dat goed in kaart kunnen brengen, in het FOZ getaleerd. Dat kan men zien aan de overzichten en de tabellen. Dus wij proberen wel te monitoren wat er gebeurt, maar het aansturen gebeurt dus niet vanuit VWS.

Mevrouw Tuinstra dank ik voor haar goede wensen die zij in onze richting heeft uitgesproken in tweede termijn.

De heer De Wit heeft mij gevraagd of ik mij realiseer dat ik de hoon van een partijgenoot op mij laadt wanneer ik zeg dat ik de "opting out" geen goede zaak vind. Ik realiseer het mij maar ik lig er niet wakker van. Ik gebruik dat beeld omdat de heer Rinnooy Kan zich altijd als snurkend lid van D66 afficheert.

De heer **De Wit** (SP): Mijn opmerking was ook niet schrikbaar bedoeld, maar meer om aan te geven dat er binnen de partij van mevrouw Borst wel verschillend wordt gedacht over dit punt.

Minister **Borst-Eilers**: Ja, het is bij ons een rijk palet.

De heer De Wit heeft met betrekking tot de wachtlijsten gezegd dat het aspect van de tijdelijkheid heel goed in de gaten moet worden gehouden. Hij zei met niet al te veel enthousiasme dat de WULBZ een blijvertje is en dat zolang die er is, de aandringing blijft bestaan om werknemers snel te helpen. Wij streven naar een fundamentele aanpak van de wachtlijsten en hopen dat daarmee het probleem verdwijnt dat de heer De Wit schetste. Maar het is natuurlijk geen eenvoudige zaak.

De uitspraak van de FNV die de heer De Wit mij voorlegde, ken ik.

In de loop van april, ik meen eind april komt het referentiekader van de KNMG tot mij, althans als het gelukt is daarover overeenstemming te bereiken. Zo niet, dan hebben wij weer een ander probleem, want dan gaan wij zelf een standpunt innemen zonder dat er overeenstemming in het veld is. Bereikt het veld wel overeenstemming dan formuleren wij een kabinetsstandpunt, dat de Kamer in de maand mei tegemoet kan zien.

Het is inderdaad waar dat uit het onderzoek door Ipso facto blijkt dat sommige mensen zich om inkomensredenen niet aanvullend verzekeren voor tandartszorg. Ik heb al gezegd dat de Ziekenfondsraad nog met een totaalbeeld zal komen.

Bij de eigen bijdrage die wij nu in de Ziekenfondswet introduceren, blijven buiten beschouwing ziekenvervoer en kraamzorg die ieder hun eigen systeem kennen van eigen betalingen. Ook het GVS blijft overeind. Volledigheidshalve moet ik nog opmerken dat wat betreft de hulpmiddelen waarvoor de gewone eigen bijdrage is afgeschaft, de eigen bijdrage op grond van het besparingsmotief ± ik denk aan orthopedische schoenen waarbij men de prijs voor gewone schoenen wel zelf moet betalen ± ook overeind blijft. Als de regeling eenmaal helemaal uitgewerkt is, zal men merken dat de koopkrachtreparatie heel goed bewaakt is. Er zal wat dat betreft aan de onderkant nauwelijks koopkrachtverlies optreden. Dat gaat dan enkele guldens per jaar bedragen. Dat is dan het maximum. Ik hoop dat de heer De Wit alles overziende toch tot de conclusie komt dat het gaat om een aanvaardbaar geheel. Dat de fondsen tegen de Volkskrant zeggen dat ze de Wet

## Borst-Eilers

economische mededinging als een bezwaar zien voor de afspraak op dat punt, zij dan zo. Ik ga vooral maar af op wat de zorgverzekeraars tegen mij zeggen. Wij zijn in goed overleg bezig deze zaak af te handelen.

De heer Hendriks heeft gezegd geen antwoord te hebben gehad op zijn vragen over verspilling in instellingen. Wij zijn natuurlijk op allerlei manieren bezig om instellingen ertoe te brengen die verspilling uit het systeem te halen. Dat geldt voor alle actoren.

Verder ben ik blij met de opmerking van de heer Hendriks dat het VWS-beleid zo'n interessant deel van het ouderenbeleid is. Dat heb ik zelf ook altijd gevonden.

□

Staatssecretaris **Terpstra**: Voorzitter! Met excuus dat ik in eerste termijn niet ben ingegaan op de vraag van de heer Hendriks over de allochtone ouderen, wil ik die alsnog graag beantwoorden. Laat ik vooropstellen dat de allochtone ouderen een heel specifiek aandachtspunt vormen waarvoor ik mij ook persoonlijk inzet. Ik doe dat vanuit het idee dat je voor allochtone ouderen in feite alleen maar aanvullend op het algemene ouderenbeleid wat zou moeten doen voor het geval dat nodig is. Allereerst zullen allerlei voorlichtingspakketten moeten worden gemaakt voor die allochtone ouderen. Wij zijn daarmee bezig. Ik heb het NIZW opdracht gegeven om voor oudere migranten informatie op te stellen over de bereikbaarheid en toegankelijkheid van alle mogelijke soorten algemene en aanvullende voorzieningen. Ook kleine groepen komen daarvoor in aanmerking. Het is een buitengewoon intensief traject.

Vervolgens heeft het NIZW de opdracht gekregen om een programma te ontwikkelen inzake geïntegreerde lokale projecten. Aanstane donderdag heb ik het genoeg om het startschot te mogen geven voor vier van deze integrale lokale projecten waarbij met gebundelde krachten van alle lokale betrokkenen de problematiek inzake de allochtone ouderen te lijf wordt gegaan.

Verder heeft de Unie KBO van mij subsidie gekregen om het rondetafeloverleg met oudere medelanders te organiseren. Aan dat overleg nemen organisaties van allochtone en autochtone ouderen deel. Uit dat

initiatief maar ook uit eigen initiatieven is onder meer ontstaan de NISBO, de Nederlandse islamitische bond van ouderen, waarmee ik de vorige week nog een uitgebreid beleidsgesprek heb gehad op mijn departement. Daarbij is afgesproken dat er naast de subsidie die wordt gegeven voor adviseurs die de leden van de NISBO kunnen ondersteunen ter oriëntatie van allochtone ouderen op de intramurale voorzieningen in Nederland, ook andere voorstellen van de NISBO met een positieve attitude worden ingewacht, opdat ook zij de weg weet naar de mogelijkheden voor allochtone ouderen.

Deze week is het bureau Vrouwen en minderhedenbeleid begonnen met een haalbaarheidsstudie over de zogenaamde intermediairs. Ik zie mevrouw Ter Veld instemmend knikken. Het gaat dan om vrouwen uit allochtone kringen die een brug kunnen slaan tussen oudere allochtone vrouwen en de vaak onbekende wereld om hen heen. Het is een zeer veelbelovend project.

Ik ben daar zeker net zo enthousiast over als over projecten zoals dagopvang voor allochtone ouderen, experimenten met de inzet van jonge Chinezen in de thuiszorg voor oudere Chinezen en de opleiding tot bemiddelaars van zorg voor allochtonen. Dat is allemaal aan het opkomen. Er gebeurt gigantisch veel. Dat is ook terecht. Wij zijn bezig met een soort inhaalslag, want wij hebben heel lang gedacht dat de oudere allochtonen toch weer naar hun land van herkomst terug zouden gaan. Nu dat niet het geval is, moeten wij zorgen dat zij hier op een waardige manier ouder kunnen worden.

Ik voel heel weinig voor heel specifieke voorzieningen voor allochtone ouderen, zoals nieuwe Turkse, Marokkaanse of islamitische bejaardenoorden. Omdat het een voorbijgaand probleem zal zijn, zoeken wij liever naar mogelijkheden voor een gericht plaatsingsbeleid. Als er behoefte aan is, kan er in een regio heel gericht worden gewerkt aan een vleugel in een bejaardenoord, waar mensen van een bepaalde groepering bij elkaar worden geplaatst, voor zover het om intramurale voorzieningen gaat. Met medewerking van de woningbouwcorporaties is er al erg veel gedaan aan het groepswoon voor allochtone ouderen. Dat is een groot

succes. Met excuses aan de heer Hendriks dat ik dat niet eerder heb gedaan, hoop ik hiermee zijn vraag beantwoord te hebben.

Mevrouw Schoondergang heeft over de kinderopvang gezegd dat er signalen zijn dat juist de gesubsidieerde plaatsen achteruitgaan. Zij vroeg of wij daar wat aan kunnen doen. Wij hebben nog niet voldoende signalen dat dit het geval is. Het algemene beeld is dat het totale aantal plaatsen niet is teruggelopen. Door de 85 mln. extra voor alleenstaande ouders in de bijstand zal dit nog worden uitgebreid. Uiteindelijk gaat het erom dat zich in de kinderopvang groei blijft aftekenen. In het verleden is gedacht dat deze groei vooral kon worden gerealiseerd dankzij de uitbreiding van de bedrijfsplaatsen. De gemeentelijke overheid, die dit beleid vanaf 1996 heeft, is vervolgens verantwoordelijk voor het in stand houden van de gesubsidieerde plaatsen. Wij houden het in de gaten. Ik verwacht dat er aan het eind van dit jaar wat meer helderheid is over de inzet van de bedragen die ik daartoe heb genoemd, en de additionele maatregelen.

De heer Van den Berg heeft een vraag gesteld over intensieve thuiszorg en het persoonsgebonden budget. Hij zegt dat wij ook voor de intensieve thuiszorg het persoonsgebonden budget beschikbaar zouden moeten hebben. Dat kan niet, omdat het persoonsgebonden budget aan een maximum is gebonden, afgezien van de hardheidsclausule. Dat is waar. Wij moeten op het ogenblik met een heel beperkt budget werken. Wij zijn bezig met de eerste stap van de invoering van het persoonsgebonden budget. De regeling intensieve thuiszorg is heel specifiek voor een beperkte tijd daarvan uitgesloten. Als je indicatie krijgt voor intensieve thuiszorg, kun je niet kiezen tussen zorg in natura of een persoonsgebonden budget.

Ik heb daarnet al toegegeven dat in het persoonsgebonden budget nog lang niet alles perfect is. Ik ben blij dat de regeling voor intensieve thuiszorg nog steeds overeind staat voor de mensen die deze nodig hebben. Het is een regeling in het kader van de Ziekenfondswet waarmee terminale patiënten goed geholpen worden. Het streven is om ook daar straks een persoonsgebonden budget voor te hebben, maar dat kan helaas op het ogenblik nog niet.

## Terpstra

De heer Boorsma en de heer De Wit hebben mij erop gewezen dat mijn antwoord inadequaat was, omdat het ging over een deel van de geschetste problemen. Ik wil dat graag toegeven. Ik hoop nu het andere antwoord te geven. Ik ben in mijn beantwoording vooral ingegaan op het beeld dat iedere keer naar buiten komt, dat er zo wordt bezuinigd op de thuiszorg. Dat heb ik geprobeerd te weerleggen, maar het is waar dat de bedragen nauwelijks zijn gestegen. Gezet tegenover de stijging van de vraag, die er absoluut is, betekent dit dat het een heel grote zorg is. Ik heb toegegeven dat die zorg er is.

De heer De Wit zegt dat het persoonsgebonden budget al is ingezet voor een gedeelte van de normale groei van de thuiszorg, maar dat je er eigenlijk 5% bovenop moet hebben. Dat is 125 mln. Dat zou ik wel willen hebben, laat ik dat vooropstellen.

De heer Boorsma is verdergegaan. Hij zegt dat ik geen woord heb gezegd over de hartekreet van Salland, over de verevening en de aangekondigde ontslagen. Is dat reëel of niet? Ik ben niet ingegaan op de verevening, omdat dit traject al langer loopt. In sommige regio's heeft men goed geanticipeerd op een teruggang in het budget. De verevening is over het hele land, maar wel budgettair neutraal. Door het management is daar in sommige regio's zo op ingespeeld dat er geen massa-ontslagen worden aangekondigd, maar in andere wel.

De gedetailleerde cijfers over de verschillende thuiszorgregio's zal ik nog geven. Daaruit zal blijken dat het genuanceerder is dan het lijkt door de noodkreet van deze regio's. Ik zal deze cijfers op papier geven, omdat het nu te ver voert. Bovendien heb ik ze niet paraat. Het zijn grote problemen, laat ik dat zonder enige terughoudendheid zeggen. Ik ben bang dat wij niet alle problemen kunnen oplossen, maar met de beleidsbrief die wij eind van deze week naar het parlement zullen sturen, hopen wij in ieder geval een deel van de problemen op te lossen. Het blijft een grote zorg, vooral omdat wij te maken hebben met een beperkt budget.

Voorzitter! De heer Dees heeft de problemen van het scheiden van wonen en zorg naar voren gebracht. Toen hij dat vlammende betoog hield en de onderbouwing gaf waarom hij

dat zo belangrijk vond, dacht ik dat ik het zelf zo gezegd kon hebben. Dat geeft mijn dilemma weer. Ik heb goed naar hem geluisterd. Ik heb ook geluisterd naar wat mevrouw Ter Veld heeft gezegd. Zij zegt dat de staatssecretaris gelijk heeft dat het veel problematischer is. Misschien moet je wel naar een woon-tussenvoorziening of naar de indirecte financiering die wij in 1984 hebben afgestemd. Dan krijg je te maken met gigantische problemen.

Ik ben dankbaar voor de suggestie van de heer Dees die wij moeten aangrijpen. Stel je voor dat de second opinion duidelijk zou maken dat het allemaal wel kan! Dan zou ik de eerste zijn om te zeggen dat het prachtig is.

Ik heb een paar kanttekeningen bij mijn toezegging in tweede termijn om te zoeken naar een second opinion. De eerste kanttekening is dat ik goed wil nadenken over aan wie wij dat vragen. Het materiaal ligt er al. Ik denk dat wij daarover niet echt hoeven te bakkeleien. Over feiten moet men het eens kunnen worden. Vervolgens moet er een beperkte opdracht worden gegeven, met heldere, concrete vragen. Wat zijn de financiële kaders? Is het mogelijk om dat bestuurlijk en technisch via de wet- en regelgeving op te lossen? Hoe moet je dat doen? Die studie mag niet een soort vertragingselement in zich hebben, dat wordt aangegrepen door degenen die de hele operatie niet willen. Dat vind ik buitengewoon relevant.

Ik wil erover nadenken aan welke objectieve, neutrale autoriteit ik een second opinion ga vragen. Mijn tweede kanttekening is dat ik hoop dat ik ervan op aan kan dat er niet wordt gezegd dat de wetenschappers niet bevielen, als de uitkomst zou zijn dat het echt niet kan, wat ik vrees. Het kan natuurlijk niet zo zijn dat een "second opinion" alleen deugt als de uitkomst is wat je graag zou hopen. Maar ik ken de heer Dees; dat komt niet bij hem op.

Ik ga dus met die suggestie in zee, ik ga ermee aan het werk. Ik zal de Kamer berichten wie ik daarvoor welke opdracht heb gegeven. Als ik heel ruiterlijk ben, dan moet ik zeggen: ik heb het ook verstaan als een waarschuwing dat er zonder zo'n extra check hier wel eens heel grote problemen zouden kunnen liggen. Dat zouden wij elkaar absoluut niet toewensen.

Ik kom dan aan mijn slotopmerking, die ik in eerste termijn verzuimd had te maken. Dat betreft de grote sportevenementen. De heer Dees vroeg mij bespreekbaar te maken dat de topsport zich in eigen vlees snijdt als men wegens het korte-termijngewin ervoor zorgt dat sportbeelden worden weggehouden van het algemene publiek, want dat zou sponsors ontmoedigen. Ik ben dat hartgrondig met hem eens. Ik heb daar al met de georganiseerde sport over gesproken. Ik zal dat na deze sessie graag nog eens doen.

De beraadslaging wordt gesloten.

De wetsvoorstellen worden zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: Ik wijs de leden erop dat de vergadering de volgende week om twaalf uur zal beginnen.

Sluiting 23.32 uur

## Besluiten en ingekomen stukken

### Lijst van besluiten:

De voorzitter heeft na overleg met het College van senioren besloten om:

a. de plenaire behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op:  
2 april 1996

Hernieuwde vaststelling van de Oorlogswet voor Nederland ter aanpassing aan de Grondwet en aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden (Oorlogswet voor Nederland) (23788);

Hernieuwde vaststelling van de Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag ter aanpassing aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden (Wet buitengewone bevoegdheden burgerlijk gezag) (23789);

Regeling met betrekking tot uitzonderingstoestanden (Coördinatiewet uitzonderingstoestanden) (23790);

Aanpassing van de noodwetgeving aan de Coördinatiewet uitzonderingstoestanden en nieuwe regels ter harmonisatie van de terminologie voor buitengewone omstandigheden waarin noodwetgeving kan worden toegepast en de procedures volgens welke noodwetgeving buiten een uitzonderingstoestand in werking wordt gesteld