

Le Poole

heel interessant vinden als het onderzoek wat dieper ging en wat breder georiënteerd was.

Ten slotte wil ik de staatssecretaris bedanken voor haar heldere antwoord.

□

Staatssecretaris **Schmitz**: Voorzitter! De heer Holdijk dankte mij voor het feit dat ik serieus op zijn betoog ben ingegaan. Het zou slechte democratie zijn als ik dat niet deed en als ik niet echt zou luisteren naar de argumenten van mijn opposenten. Bovendien is mijn ervaring dat het nodig is, serieus te luisteren naar de argumenten van de heer Holdijk, omdat zoiets bij verdere ontwikkelingen van belang kan zijn. Dus: graag gedaan.

De muis die uit de berg kwam, wil ik veranderen in een mooie bloem die in dit voorjaar gestart is met het naamrecht. Ik vind dit een leuk moment, zeg ik eerlijk.

Ik heb duidelijk begrepen dat de heer Holdijk heeft gezegd: wij betuigen geen adhesie aan dit wetsvoorstel, waarmee ik tevens aangeef dat het wetsvoorstel wel iets te betekenen heeft.

Over de adeldom komen wij nog te spreken. De heer Holdijk heeft terecht een zeker verschil in argumentatie gesignaleerd. Gelijke behandeling in het kader van dit wetsvoorstel vind ik veel wezenlijker dan in het kader van de adeldom. Maar zoals gezegd, die discussie zal nog volgen.

Mij verplaatsend in de positie van de rechter, als ik zo vrij mag zijn, zou ik zeggen dat adoptie nauwelijks in het belang van het kind kan zijn als de ouders handelen zoals door mevrouw Le Poole beschreven. Ik zou een poging doen om er nog uit te komen. Komen zij er niet uit, dan moet het systeem van de wet natuurlijk worden gevolgd. In de beschikking zal er dan wel melding van worden gemaakt, dat geweigerd is een naam te kiezen. De rechter heeft echt een probleem om over na te denken als dit zich in de praktijk voordoet.

De tweede opmerking van mevrouw Le Poole is mij uit het hart gegrepen. Mijn eerste reactie is, dat ik nog eens goed wil nagaan op welke manier wij een dieper gravend onderzoek zouden kunnen doen. De evaluatie waarover ik sprak zal een aantal praktische punten betreffen.

Wat is het concrete effect geweest? De vraag die mevrouw Le Poole stelde is eigenlijk wat een naam betekent. Wat betekent "bij name gekend worden"? Betekent het echt nog iets voor de identiteit van een persoon in onze westerse samenleving of is dat aan het veranderen? Kortom, misschien moeten wij een dieper gravend onderzoek wel splitsen in een sociologisch en een psychologisch element. Misschien kunnen wij in universitaire kringen vragen of er belangstelling is voor onderzoek wat een naam voor een mens betekent. Ik denk persoonlijk dat het veel is. Ik zou een academisch onderzoek op dat punt buitengewoon interessant vinden. Ik zeg graag toe dat wij die mogelijkheden onderzoeken.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

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

Aan de orde is de behandeling van:
- **het wetsvoorstel Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (XVI) voor het jaar 1997 (25000-XVI).**

De beraadslaging wordt geopend.

□

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Bij de algemene beschouwingen inzake de begroting van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport voor het jaar 1995 heb ik in deze Kamer in algemene zin het toetsingskader aangegeven waaraan onze fractie het beleid ten aanzien van de zorgsector zal beoordelen. Wij hebben toen onze instemming betuigd met de voornemens van dit kabinet om het stelsel voor de ziektekostenverzekeringen in te delen volgens de lijnen van het zogenaamde drieluik, waarbij bekostiging van de onverzekerbare ziekterisico's zou worden ondergebracht in de AWBZ en de curatieve

sector in het tweede compartiment, bestaande uit Ziekenfondswet, particuliere ziektekostenverzekeringen en ambtenarenverzekeringen, met een derde compartiment van aanvullende verzekeringen voor die zorg die aan de verantwoordelijkheid van de verzekerden zelf kan worden overgelaten.

Thans kunnen wij constateren dat de bewindslieden erin zijn geslaagd om met grote voortvarendheid deze hoofdstructuur in het ziektekostenverzekeringstelsel te realiseren – waarvoor onze waardering. Ook de ergste problemen voor de ouderen als gevolg van de Wet-Van Otterloo zijn grotendeels opgelost. Het komt onze fractie voor dat het verstandig zou zijn het nu bereikte resultaat op hoofdlijnen voor een langere periode te handhaven en plannen voor nieuwe grootscheepse hervormingen in het stelsel van ziektekostenverzekeringen achterwege te laten. Een uitzondering moet misschien worden gemaakt voor de verplichte ziekenfondsverzekering. Ik denk hier met name aan de problematiek rond de kring van verzekerden die tot de Ziekenfondswet worden toegelaten. Daar doen zich een paar onevenwichtigheden voor die voor verbetering in aanmerking komen en correctie behoeven.

Enerzijds zijn er mensen met een inkomen boven de toelatingsgrens die wel verzekerd zijn, doordat zij een laag inkomen uit arbeid hebben, terwijl er anderzijds mensen zijn met een inkomen beneden de toelatingsgrens die geen inkomen uit arbeid hebben en daardoor ook niet in het ziekenfonds kunnen. Met name voor de kleine zelfstandigen die doorgaans geen inkomen uit arbeid hebben en dus aangewezen zijn op een particuliere verzekering, betekent dit een onevenredig zware premielast, zeker nu de premiereductieregeling waar zij lang een beroep op konden doen, na het opheffen van de vrijwillige verzekering in 1984, is verdwenen. Wij menen dan ook dat nadrukkelijk gekeken moet worden of middels een andere inkomensgrondslag voor de toelating tot de ziekenfondsverzekering deze groep, die onevenredig zwaar wordt aangeslagen voor de ziektekosten, niet ook tot het ziekenfondsbestel zou kunnen worden toegelaten. Is de minister voornemens om met betrekking tot de kring van verzekerden nog in deze kabinetsperiode met

beleidsvoorstellen te komen? En wanneer zouden wij deze dan eventueel tegemoet kunnen zien?

Mijnheer de voorzitter! Naast instemming heb ik toentertijd namens onze fractie ook kritische geluiden mogen laten horen, die vooral betrekking hadden op een tweetal zaken. Het betrof in de eerste plaats het veel te krappe budgettaire kader dat in het regeerakkoord voor de gezondheidszorg is uitgetrokken en waarmee de bewindslieden wel in problemen moesten komen. Een tweede kritiekpunt lag besloten in de voorgestane pragmatische aanpak en het daaraan gekoppelde vage concept van marktwerking. Over het eerste, de te beperkte budgetruimte, wil ik kort zijn, want inmiddels mag al in de praktijk bewezen zijn dat de 1,3% volumegroei onhoudbaar is. Het kabinet heeft dit als zodanig eigenlijk al toegegeven door keer op keer de overschrijdingen in ieder geval ten dele te aanvaarden. Maar ondertussen zijn de wachtlijsten op tal van terreinen onaanvaardbaar lang geworden. Ik denk nu aan de gehandicaptenzorg en aan de acute geneeskundige medische opvang. Recentelijk is uit tal van krantenberichten gebleken, dat daar de wachtlijsten lang zijn. Onze fractie vindt de aanpak voor het terugdringen van de wachtlijsten bepaald niet effectief en onvoldoende. De 50 mln. die eenmalig voor 1997 beschikbaar is gekomen, is niet meer dan een druppel op de gloeiende plaat en het ontbreken van structurele dekking doet velen aarzelen van het geld gebruik te maken aangezien de benodigde extra capaciteit lang niet altijd voor slechts één jaar ingehuurd kan worden. Ook de recente berichtgeving dat de minister in feite 1 mld. nodig heeft om de problemen effectief te kunnen aanpakken, geeft al aan dat de 50 mln. tijdelijke middelen volstrekt onvoldoende is.

De tekorten zijn overigens mede ontstaan doordat de 1,3% volumegroei in de praktijk zelden ook werkelijk 1,3% volumegroei was. Door de opgelegde efficiëncykorting en onvoldoende loon- en prijscompensatie – recentelijk heeft de voorzitter van de Nederlandse zorgfederatie opgeroepen de afspraken op dit punt na te komen – is de feitelijk beschikbare ruimte veel lager geweest en kennelijk zo laag, dat de uitgaven voor de gezondheidszorg als percentage van het bruto binnenlands product zijn

gedaald van 9,7% in 1994 naar 9,3% in 1996. Voor 1998 dalen deze uitgaven, althans als ik de cijfers van het JOZ goed heb geïnterpreteerd, verder tot circa 8,9%. Ik heb deze cijfers zelf in het weekend herleid uit het CEP, het Centraal economisch plan, en het JOZ. Deze uitkomsten moet ik dus voor eigen rekening nemen. Gisteren heb ik nog geprobeerd mijn getallen op het ministerie geverifieerd te krijgen, maar men heeft mij geen zekerheid omtrent de juistheid van deze cijfers kunnen geven. Misschien kan de minister in haar antwoord mij zeggen of ze juist zijn. Voorshands zien wij geen redenen om de zorgsector niet evenredig in de welvaartsontwikkeling te laten delen. De groeiende tekorten in de zorg, de vergrijzing en de hoge prioriteit die breed in de samenleving gegeven wordt aan een goede gezondheidszorg, rechtvaardigen een dergelijke benadering ten minste. Heeft de minister daar geen ruimte in gevonden om bij de minister van Financiën of bij het kabinet extra geld los te krijgen om daarmee de grote noden in de zorg als gevolg van het te krappe kader van het regeerakkoord te lenigen?

Mijnheer de voorzitter! Langer wil ik stilstaan bij de door onze fractie bij herhaling geuite kritiek op de pragmatische aanpak in het zorgbeleid, overgoten met een vaag ideologisch sausje van zogenaamde marktwerking. Ons vertrouwen in de zegeningen van de marktwerking en de pragmatische aanpak van de problemen in de gezondheidszorg is nimmer bijster groot geweest. Bij herhaling hebben wij ervoor gewaarschuwd, dat een opeenstapeling van pragmatische maatregelen wel eens tot een grote chaos in de uitvoering van het zorgbeleid en in de zorgverlening zou kunnen leiden. Helaas moeten wij vaststellen, dat we geleidelijk aan op dat punt gelijk lijken te krijgen. Er is nauwelijks meer een dossier te noemen zonder grote problemen bij de effectivering en de operationalisering van het gekozen en voorgestane beleid. Het vage concept van marktwerking en pragmatisme klinkt mooi, gelet op de uiteenzetting van de minister in NOVA na afloop van het debat over de thuiszorg in de Tweede Kamer. Ook daarbij gaf zij weer, dat het kabinet nu eenmaal gekozen heeft voor een pragmatische aanpak waarmee voor ieder dossier een

eigen, op de kwestie toegesneden oplossing wordt gezocht. De samenhang en de consistentie in het beleid van al deze maatregelen raakt echter geleidelijk aan zoek. Het thuiszorgdossier vormt daar een goed voorbeeld van. De opeenstapeling van pragmatische maatregelen en voorgestane marktwerking heeft tot een grote chaos in deze sector geleid, welke opvatting inmiddels ook in de Tweede Kamer kamerbreed heerst. Ik ben benieuwd te horen, welke conclusies de bewindslieden daaruit hebben getrokken. Mijnerzijds wil ik nog wat dieper ingaan op de negatieve aspecten die aan pragmatisme en marktwerking voor deze sector verbonden zijn.

Een van de meest in het oog springende gevolgen van de marktwerking is de dreigende voorkeursbehandeling, en dus ongelijke toegang tot de in beginsel schaarse voorzieningen voor de gezondheidszorg. Internationaal is onze gezondheidszorg altijd geprezen om zijn goede toegankelijkheid en solidariteit. Met het afschaffen van de Ziektewet en het privatiseren van de arbeidsongeschiktheidsverzekering is een toenemende behoefte en een toenemend handelen bij werkgevers ontstaan om de behandeling van hun zieke werknemers zo snel mogelijk te doen plaatsvinden, om aldus het ziekteverzuim terug te dringen. Ik wil de minister prijzen voor haar standpunt in dezen, dat zij deze dreigende tweedeling niet acceptabel vindt, en dat de toegang tot de zorg uitsluitend op grond van medische criteria moet worden geprioriteerd. Maar betekent dit dan niet tegelijkertijd de erkenning, dat de verdeling van de toenemende schaarste niet aan het marktmechanisme kan worden overgelaten, op straffe van grote sociale ongelijkheid? In feite zegt de minister dus zelf ook, dat zij marktwerking in deze sector niet zo geschikt vindt. Mogen wij dat zo interpreteren? Hoe denkt zij de trend naar voorkeursbehandeling, die zeer krachtig is – iedere partij heeft daar baat bij – te keren?

In het algemeen moeten wij zeggen dat de condities voor marktwerking wel heel erg moeilijk te creëren lijken te zijn. De afgelopen tien à vijftien jaar is bijvoorbeeld door fusie en sluiting – het plan-Gardeniers – het aantal ziekenhuizen in Nederland van 195 teruggebracht naar zo'n 115 nu, en in grote delen

van het land is slechts één ziekenhuis per stad beschikbaar. Voor marktwerking zijn nieuwe toetreders nodig om de bevolking op lokaal niveau keuzen tussen verschillende met elkaar concurrerende ziekenhuizen te bieden. Ik kan mij niet voorstellen dat de minister serieus overweegt, het aantal ziekenhuizen ter bevordering van de concurrentie in Nederland weer uit te breiden, ten koste van bestaande ziekenhuizen, om aldus marktwerking tussen ziekenhuizen te bevorderen. De stijging van de kapitaallasten en de kapitaalvernietiging zal niet gering zijn. Wat kan dit betekenen voor het voornemen om een waarborgfonds voor de financiering van investeringen in de gezondheidszorg op te gaan zetten? Kan de minister ons informeren, hoe het daarmee staat? Acht zij met zo'n waarborgfonds marktwerking tussen ziekenhuizen eigenlijk nog wel mogelijk?

In dezen is het ook interessant, de resultaten van het gedoogbeleid van de minister in beschouwing te nemen ten aanzien van de zogenaamde privé-klinieken. Het zou best zo kunnen zijn, dat kleinschalige specialistische klinieken een nuttige functie binnen de gezondheidszorg zouden kunnen vervullen, maar dan liever niet op basis van gedoogbeleid bij gebrek aan een eigen visie. Beter dan het via sluiptwegen zich laten ontwikkelen van een werkelijkheid die we misschien niet wensen, is het duidelijk stelling te nemen over de plaats en de functie van de kleinschalige specialistische kliniek in de gezondheidszorg, en deze dan gewoon in te passen in de voor de hele sector geldende wet- en regelgeving. Wat gaat de minister nu doen met de kleinschalige specialistische klinieken – sommigen noemen het privé-klinieken, maar ik mijd die term even – nu het COTG integrale tarieven heeft moeten afgeven op last van gerechtelijke uitspraken? Heeft u kennis genomen van het bericht in de NRC van de heer Dessing, voorzitter van VGZ in Nijmegen en vice-voorzitter van Zorgverzekeraars Nederland, die in dezen een duidelijke waarschuwing voor tweedeling in de zorg en onnodig stijgende kosten heeft laten horen? Laat de minister nu de markt zijn werk doen, of worden ze ingepast in een bewust door de minister gevoerd beleid ten aanzien van kleinschalige specialistische klinieken? Ik roep in herinnering dat

er gedurende lange tijd een beleid is gevoerd waarbij juist de categorale ziekenhuizen om velerlei redenen geïntegreerd werden in de algemene ziekenhuizen, zowel uit een oogpunt van kwaliteit als uit een oogpunt van doelmatigheid. Gaat er nu weer een weg terug komen, een wederopleving van de categorale specialistische kliniek?

Mijnheer de voorzitter! Ik had het over inconsistentie en ambivalentie in de toepassing van de marktwerking. Als CDA hebben wij ook de prijzenwet geneesmiddelen geaccepteerd, maar niet om daarmee marktwerking te bevorderen. Het heeft ons altijd vreemd in de oren geklonken dat in de memorie van toelichting van die wet zo uitbundig werd beschreven dat deze prijzenwet nodig was om juist de marktwerking in de geneesmiddelenbranche te stimuleren. Wij zagen dat anders. Juist doordat de markt hier niet goed functioneert, was een prijzenwet voor de geneesmiddelen noodzakelijk. Bij gelegenheid van de behandeling van die wet in deze Kamer, is door onze fractie de vraag gesteld of de minister nog naar alternatieven zou zoeken met een meer marktconforme beleidsvoering voor deze sector. Ziet de minister nog mogelijkheden om met alternatieven voor de prijzenwet te komen of staan de besprekingen met de brancheorganisatie op dat punt stil? Is er al iets te zeggen over de omvang van bereikte besparingen met deze wet?

Ook is er sprake van ambivalentie wat betreft de wijze waarop marktwerking wordt gehanteerd over het gehele tweede compartiment. Van de ene kant geeft de minister vrijheden aan partijen, zorgverzekeraars en zorgaanbieders, om op lokaal niveau het volume van zorg overeen te komen, maar indien de markt uitwijst dat men meer wil dan in het financieel kader, het JOZ, is voorzien, dan volgen het jaar daarop budgetkorting. Met andere woorden: wat met de ene hand aan marktvrijheden wordt gegeven, wordt met de andere hand met het budgetmechanisme ongedaan gemaakt. Deze ambivalentie in het gedrag van de overheid ten aanzien van de marktwerking heeft behoorlijk afbreuk gedaan aan het vertrouwen dat partijen nog hebben in dit marktgerichte beleid. Wat zou je nog met elkaar overeenkomen als je weet dat het overeengekomene toch weer door de overheid ongedaan kan

worden? Marktwerking mag dus kennelijk maar alleen als het goedkoper wordt. Hetzelfde kan gezegd worden van de medisch-specialistische hulp, waarvan de bekostiging in de vorm van lumpsumbudgetten vorm heeft gekregen. Het heeft de rust op het front van de specialisten wel teruggebracht, maar onderhuids broeit er nog heel wat en zijn er nog veel vraagtekens. Ik kan ook niet inzien dat het concurrentiebevorderend zal werken. Dat was ook niet de bedoeling; het was de bedoeling om de specialisten doelmatiger te laten werken. Maar hoe dan met die marktwerking? Ik zal niet op de discussie vooruitlopen over de wijziging van het verstrekkingsbesluit medisch-specialistische hulp die nog in de Tweede Kamer zal plaatsvinden, maar ik vraag de minister toch aan te geven waar zij met de meer structurele regeling voor de bekostiging van de specialistische zorg op aanstuurt. Op loondienstverband of blijft vrij beroep mogelijk?

De introductie van marktwerking voor de thuiszorg in het eerste compartiment, de AWBZ, waarvan in feite is gezegd dat daar geen marktwerking zou worden geïntroduceerd, is in onze ogen een volledige mislukking geworden. Het door dit kabinet voorgenomen beleid van kleine stappen is hier geheel verlaten en men is met reuzenstappen door de porseleinkast gaan lopen. Wat als spil in het zorgvernieuingsbeleid moest gaan fungeren, het verstevigen en versterken van de thuiszorg, lijkt te ontfaarden in een opeenstapeling van maatregelen en tot een grote administratieve chaos. De CDA-fractie in de Tweede Kamer heeft al bij aanvang van deze kabinetsperiode gepleit voor 200 mln. extra voor de thuiszorg. Helaas heeft het kabinet dat toen niet overgenomen en wij zien nu de brokken. Ik constateer dat aan de gang van zaken in de thuiszorg geen positief oordeel ten aanzien van de merites van marktwerking voor de gezondheidszorg kan worden ontleend.

Met belangstelling zien wij de toegezegde nieuwe beleidsvisie voor de thuiszorg tegemoet. Op voorhand wil ik echter een kanttekening maken bij de rol die aan de zogenaamde gemeentelijke indicatiecommissies is toebedacht. Ik vind het een gevaar-

lijke ontwikkeling dat in toenemende mate de indicatiestelling afhankelijk wordt gemaakt van goedkeuring door derden. Dient de indicatiestelling niet in eerste instantie, primair en vooral het resultaat te zijn van het overleg tussen zorgverlener en zorgvrager, waarbij de eigenstandige professionele verantwoordelijkheid van de hulpverlener ten volle tot zijn recht moet kunnen komen, wil althans die zorgverlener ook op zijn professionele verantwoordelijkheid aangesproken kunnen blijven worden? Beter verantwoording achteraf dan goedkeuring vooraf. Ik voorzie in de toekomst weer nieuwe grote problemen ontstaan tussen de zienswijze van de gemeentelijke indicatiecommissies en hetgeen in de feitelijke uitvoering van de zorg in de concrete zorgsituaties op professionele gronden noodzakelijk wordt geacht en door de zorgverlener als noodzakelijk wordt ervaren.

Wij maken hetzelfde fenomeen ook mee bij de toediening van bepaalde geneesmiddelen en medische behandelingen waarvoor machtiging door het ziekenfonds nodig is. In toenemende mate komt deze figuur voor, maar zijn die ziekenfondsen nu wel de aangewezen instantie om uit te maken wat wel en wat niet in een bepaalde situatie aan patiënten moet worden gedaan? Gaarne hoor ik hierop een reactie.

Wij zien nog andere nadelen van de gemeentelijke indicatiecommissies, zoals de grote discrepantie die kan gaan ontstaan tussen de door de gemeentelijke indicatiecommissies goedgekeurde zorg en het budget, waarvoor de verantwoordelijkheid bij een geheel andere ligt. Ook daarin zullen wel eens stapels wachtenden voor dat ene indicatieloket kunnen gaan ontstaan, terwijl degenen die de zorg uitvoeren daar geen budget voor hebben.

Belangrijk onderdeel in het bevorderen van marktwerking is ook het budgetteren van de ziekenfondsen. De systematiek die wordt gehanteerd voor het vaststellen van de budgetten van de ziekenfondsen is echter nog verre van volmaakt. Ik heb daar nogal wat brieven van zorgverzekeraars over gekregen. De toevalligheden in de verdeel-systematiek van het macrobudget bepalen veel meer de concurrentiepositie en daarmee de hoogte van de nominale premie dan hetgeen de

zorgverzekeraars uit eigen inspanningen kunnen bereiken door doelmatigheid van zorg te bevorderen. Is de minister nog steeds van mening dat volledige budgettering zonder nacalculatie per 1 januari 1998 mogelijk en wenselijk is?

De minister heeft vooruitlopend op de introductie van marktwerking in het tweede compartiment goed gevonden dat ten laste van de premie reserves zijn opgebouwd bij de ziekenfondsen tot circa 1,7 mld. Hoewel het onderwerp al op meerdere plaatsen in bespreking is geweest en ter geruststelling van de heer Wiegel die hier nu niet is, maar met wie ik iedere dinsdag koffie drink waarbij wij elkaar aankijken en bekijken hoe het staat met onze wederzijdse reserves, heb ik dit onderwerp toch weer aangevoerd. Met mijn reserves in het ziekenhuis gaat het slecht. Met de reserves van de heer Wiegel gaat het echter heel goed. Dat vind ik een beetje scheef. Vandaar dat ik op dat punt een paar vragen heb.

Meent de minister nog steeds dat deze opbouw van reserves werkelijk nodig is om het risico dat de verzekeraars lopen af te dekken? Is deze opbouw van reserves ten laste gekomen van het budgettair kader zorg, van de 1,3% groei? Kan de minister mij duidelijk maken welk risico de ziekenfondsen nu eigenlijk lopen als zij volledig gebudgetteerd zijn zonder nacalculatie, gelet op artikel 73a van de Ziekenfondswet, hetwelk bepaalt dat de Ziekenfondsraad aansprakelijk is voor de vorderingen die personen of instellingen hebben op een ziekenfonds terzake van aan verzekerden verleende verstrekkingen, indien het ziekenfonds verkeert in een toestand dat het heeft opgehouden te betalen? Lid 2 van datzelfde artikel bepaalt voorts dat het Rijk tegenover de Ziekenfondsraad aansprakelijk is voor de betalingen als hiervoor bedoeld. Met andere woorden, als een ziekenfonds failliet gaat, neemt de Raad de betalingsverplichtingen over, gedekt door het Rijk. Hoe verhoudt deze wettelijke garantiestelling zich nu ten aanzien van het risico dat ziekenfondsen zouden lopen om hun verplichtingen na te kunnen komen? Ligt het niet veel meer voor de hand dat de centrale kas een reserve opbouwt? Gaarne krijg ik hierover opheldering.

Voorzitter! De ingevoerde inkomensafhankelijke eigen bijdrage in de AWBZ-instellingen zal de komende jaren oplopen tot zo'n f 3150 per maand. Voor bepaalde groepen pakt deze regeling apert onbillijk uit. Naar aanleiding van brieven heb ik mij georiënteerd in bijvoorbeeld Het Dorp – ik woon daar toevallig vlakbij – waar gehandicapten met veel moeite een baantje hebben weten te veroveren. Met de inkomsten daaruit hebben zij hun toch al moeilijke leven een beetje aangenamer kunnen maken. Zij moeten deze inkomsten onder de vigeur van de nieuwe regeling geheel inleveren op een zak- en kleedgeld van f 400 per maand na. Vooral voor de jongeren is deze regeling fnuikend. Wil de minister nog eens laten onderzoeken of bepaalde gevallen, zoals deze gehandicapten, niet van deze regeling uitgesloten kunnen worden dan wel of de regeling verzacht kan worden? Zo is er geen enkele stimulans meer voor deze mensen om aan het arbeidsproces – met maatschappelijke participatie en integratie – deel te nemen. Dat kan toch niet de bedoeling zijn geweest?

Voorzitter! Ik vat samen. De ambivalentie in de marktwerking en het pragmatisme dat welhaast als een nieuw politiek beginsel door de bewindslieden wordt gehanteerd, gaan onzes inziens te veel voorbij aan de vereiste consistente en samenhang in het beleid ten aanzien van de gezondheidszorg. Dat geldt ook voor een aantal zaken dat de afgelopen periode tot stand is gekomen. Liever dan een vaag concept van marktwerking zien wij dat de sturing en de allocatie van middelen tot stand wordt gebracht via wet- en regelgeving, waardoor een goede rechtsgang in de besluitvorming is gewaarborgd. Liever dat dan het vage concept van pragmatisme en marktwerking.

Dat geldt ook voor een zorgvuldige benadering van de medisch-ethische vraagstukken. Zo heeft onze fractie zich ernstig gestoord aan uitspraken van de minister in een programma van Veronica over de zwangerschapsafbreking. In onze ogen heeft de minister daarmee ten minste de indruk gewekt, een ruimere interpretatie aan de wet te willen geven dan het CDA, dat medeverantwoordelijk is voor de totstandkoming van deze wet, ooit voor mogelijk heeft gehouden.

Voorzitter! De bewindslieden hebben een naam hoog te houden en het ontbreekt hen niet aan inzet. Ook wij hebben waardering uitgesproken voor een aantal onderdelen van het beleid. Waar het echter aan schort, is een consistente operationalisering van de beleidsvoornemens. Een persoonsgebonden budget is een prima idee dat door het CDA wordt onderschreven, maar de operationele uitvoering is een mislukking. Eigen bijdragen worden door het CDA niet bestreden, maar het moeizame compromis dat met ingang van 1 januari voor de ziekenfondsverzekering is ingevoerd, kan onze goedkeuring niet wegdragen. De kosten van de uitvoering lijken hoger te worden dan de opbrengsten. Ik nodig de bewindslieden dan ook met nadruk uit om de nog resterende kabinetsperiode toch vooral te gebruiken om een meer consistente visie op de beleids- en beheersstructuur van de gezondheidszorg uit te werken, waarbij samenwerking op regionaal en lokaal niveau veel meer aandacht dient te krijgen dan concurrentie en marktwerking. Kwaliteit, continuïteit en doelmatigheid van zorg komen vooral tot stand door samenwerking op lokaal niveau.

Voorzitter! Tot slot een enkel woord over het toenemende geweld rond grote sportmanifestaties. Wij zijn het eens met de staatssecretaris dat sport mensen bindt, bijdraagt aan maatschappelijke integratie en participatie en het karakter van mensen vormt. Wij willen haar daar graag in steunen. Des te triester is het, vast te moeten stellen dat kleine groepen supporters in staat zijn, het aanzien van de sport te degraderen en het plezier dat mensen erin kunnen beleven, te vergallen. Geschokt heeft onze fractie dan ook gereageerd op de recente weerszinwekkende veldslag waarin vele gewonden en een dode zijn te betreuren. Wij weten dat het kabinet en de bewindslieden daar net zo over denken en hebben er ook alle vertrouwen in dat de regering een weg zal weten te vinden om deze geweldsspiraal van kwaad naar erger te doorbreken. Ook het verbieden van de kooigevechten en andere uitwassen van vechtsporten heeft onze instemming. Misschien wil de staatssecretaris ons informeren over de verdere acties die door de regering worden voorbereid om het

steeds maar expanderend supportersgeweld te keren.

Voorzitter! Ik wacht met belangstelling de reactie van de bewindslieden af.

□

Mevrouw Van den Broek-Laman Trip (VVD): Mijnheer de voorzitter! Wij constateren met veel genoegen dat de beide bewindslieden van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vandaag in ons midden zijn. Ik las immers in de kranten van 22 maart alarmerende berichten over wat er over vier maanden kan gebeuren als "het ministerie dan niet op rolletjes loopt". Wij hopen in ieder geval dat wij u nog vaak hier in ons midden kunnen ontmoeten. Het is wel zorgelijk dat we moeten constateren dat de organisatie van het ministerie rammelt, dat er chaotische toestanden zijn bij de uitvoering van de eigenbijdrageregeling voor de thuiszorg, en zeer recentelijk, dat de minister 500 mln. tekortkomt. Het is in de eerste plaats de verantwoordelijkheid van de minister, de chaos op haar ministerie op te ruimen. Betekent het afschaffen van de bestuursraad, zoals ik gisteren vernam, dat de minister er al aan het ruimen is? Het is voor de mensen die in de zorg werken of daarvan afhankelijk zijn, dramatisch dat zij de hulp niet kunnen bieden die zij willen bieden, of dat zij niet de hulp krijgen die zij nodig hebben omdat het ministerie niet goed functioneert. Ik wens de minister van harte sterkte met het ruimen en hoop innig dat het ministerie over vier maanden weer op rolletjes loopt.

Mijnheer de voorzitter! Mijn bedoeling was vandaag een enkel onderwerp aan de orde te stellen, maar het ministerie waar we vandaag over spreken, is zo in beweging dat ik in mijn betoog vandaag toch meer punten kort aan de orde wil stellen. Ik wil eindigen met een iets uitgebreider deel over de psychiatrie.

De minister constateert dat de uitgaven voor de gezondheidszorg, zoals ik net al zei, 500 mln. hoger zijn dan in het regeerakkoord is afgesproken, en dat zij 1 mld. extra wil hebben voor de volgende begroting. Kan de minister deze forse bedragen onderbouwen? Het is de vraag of de afspraken in het regeerakkoord op dit punt wel uitvoerbaar zijn.

Het kabinet is zijn besprekingen over de begroting 1998 onlangs begonnen. Ik wil op de uitkomsten daarvan niet vooruitlopen, maar wel de verwachting uitspreken dat het kabinet de belangrijkste knelpunten bij het VWS-beleid zal wegnemen, waarbij wij met name denken aan de ouderenzorg, de jeugdzorg, het verstandelijk-gehandicaptenbeleid en de psychiatrie. De problemen die zich daar voordoen, zijn zeer reëel. De professoren Dunning en Dekker stelden afgelopen zaterdag in de NRC: De Nederlandse burger acht zijn gezondheid nog steeds het hoogste goed, meer dan huwelijk of religieuze of politieke overtuiging, en is bereid daar, indien nodig, meer voor te betalen.

Het is belangrijk, dat het geld dan wel op de juiste plek terechtkomt. Dat brengt mij op het tweede punt: de bureaucratie. De bewindslieden van VWS zijn ervan overtuigd dat gewaakt moet worden voor te ver doorschietende bureaucratie. Dat is een duidelijke keuze van dit hele kabinet. Wij ondersteunen dat streven van harte, maar hoe gaat het nu in de praktijk, mijnheer de voorzitter?

Het aan de ene kant loslaten van regels, betekent aan de andere kant vaak weer reparaties en nieuwe en ingewikkelde regels. Ik wil hier twee voorbeelden noemen: het persoonsgebonden budget en de eigenbijdrageregeling. De VVD-fractie juicht het idee van een persoonsgebonden budget toe. Het vervelende van zo'n regeling is altijd, dat voorkomen moet worden dat mensen er onterecht gebruik van maken, dus weer regels, regels, regels én controle.

Is het nu niet mogelijk om die regeling te vereenvoudigen? Wat zijn de plannen van de staatssecretaris op dit terrein?

De eigenbijdrageregeling – ook een onderwerp dat de VVD-fractie zeer aanspreekt – dreigt volledig te mislukken door haar eigen ingewikkeldheid. De patiënten hebben er tot nu toe nog niets van gemerkt, maar in april zullen de nota's aan de verzekeren worden toegestuurd.

De indruk van de zorgverzekeraars is, dat de eigenbijdrageregeling meer zal kosten dan dat zij zal opleveren. De regeling is te ingewikkeld, de kosten voor inning heel hoog. De vraag is of deze regeling wel een consumptieremmend effect zal hebben. Waarom is toch geen

Van den Broek-Laman Trip

uitvoering gegeven aan de oorspronkelijke afspraak in het regeerakkoord om voor iedereen een eigen risico van f 200 in te voeren? Simpel uit te voeren en voor iedereen helder. Kan de minister mij ook nog uitleggen wat de sancties zijn op het niet betalen van de eigen bijdrage?

Een derde punt betreft de privé-klinieken. Als ik de kranten mag geloven, aarzelt de minister nog steeds over het al dan niet erkennen daarvan. Het siert de minister dat zij zo eerlijk en open is – dat meen ik oprecht – maar een minister moet wel soms krachtige besluiten nemen. Wat de privé-klinieken betreft, is het nu tijd om te besluiten. Het gedogen kan onzes inziens niet langer voortbestaan. Het COTG heeft, na gerechtelijke uitspraken, moeten besluiten om de honoraria van de specialisten te vergoeden. Maar het is natuurlijk niet aan het COTG of aan de rechter om beleid te maken op dit terrein.

De voorzitter van het COTG stelt voor om de privé-klinieken onder de werkingsfeer van de WZV te brengen. Ik vraag mij af of dat een goede oplossing is. Immers, de minister heeft toch plannen om juist de verbodsbepalingen over bouw en in stand houden van medische voorzieningen die nu in de WZV zijn opgenomen, te schrappen? Dat lijkt mij op zichzelf heel verfrissend, maar hoe verhoudt zich dat tot de privé-klinieken? Graag verneem ik wanneer de minister een besluit zal nemen over de privé-klinieken.

Dit brengt mij op een vierde punt. Ik zei zojuist dat de minister krachtige besluiten moet nemen. Belangrijk is ook dat er heldere besluiten worden genomen en vooral geen besluiten waarop later teruggekomen moet worden. Ik denk daarbij aan de reparatiewet-Van Otterloo, de eigen bijdrage in de thuiszorg en de toch beschamende vertoning rond de gebitsprothese. Ik raad de minister aan om even geen nieuwe wilde plannen op te starten. Voor iedereen die werkt in de zorgsector en voor alle gebruikers is "rust in de tent" essentieel. Deelt de minister deze visie?

Mijn vijfde punt betreft de wachtlijsten. Zo langzamerhand dreigt dat een gevoelig onderwerp te worden, omdat de minister op dit punt wel een ferm standpunt heeft ingenomen: geen tweedeling in de gezondheidszorg en dus geen sprake van een voorrang voor werkende

mensen. Mijnheer de voorzitter! Ik vraag mij af of dit standpunt van de minister niet enige nuancering behoeft. Ik ben het van harte eens met de minister dat het niet zo kan zijn dat werkende mensen op een wachtlijst, die op nummer 8, 25 of 60 staan, er opeens uitgehaald worden en eerst worden behandeld. Maar waarom kan een bedrijf niet buiten normale werktijden specialisten en operatiekamers inhuren om hun werknemers te laten behandelen? Zo snijdt het mes toch aan meer kanten? Operatiekamers worden meer gebruikt, wachttijden worden korter, werkgevers hoeven minder lang ziektekosten uit te keren en de anderen op de wachtlijst schuiven automatisch op. Zolang er wachtlijsten zijn, lijkt dit een goede oplossing. Op die manier wordt duidelijk en zichtbaar geregeld wat nu vaak toch al gebeurt. Misschien moeten ook voetbalclubs op speciale tijden zorg inhuren voor de voetbalknietjes. Wat kan de minister hier op tegen hebben?

Als zesde punt vraag ik om aandacht voor een geheel nieuwe ontwikkeling in de zorgsector, namelijk het opzienbarende initiatief van de ING-groep voor een nieuw dienstenpakket voor senioren. Dit wordt sinds januari 1997 in een aantal regio's aangeboden. Er worden financiële diensten en zorgdiensten, bijvoorbeeld een lager tarief voor huishoudelijke hulp, geboden. Men adviseert en bemiddelt bij het verkrijgen van daadwerkelijke zorg, en regelt zorginzet. In de nabije toekomst wordt dit pakket uitgebreid met schoonmaakhulp, thuiszorg en maaltijdservice. Het klinkt geweldig. Wordt hiermee de taak van de overheid niet aanmerkelijk verlicht? Ik hoor graag de mening van de bewindslieden hierover. Bij de beantwoording van vragen die hierover werden gesteld door een lid van de Tweede Kamer leek het alsof de minister ook hier weer het spook van de tweedeling in de zorg zag opdoemen.

Ik maak een kleine sportieve zijsporing naar het project Jeugd in beweging. Dat is een erg goed initiatief. Ik juich het van harte toe dat de projectgroep is samengesteld uit overheid, alle betrokkenen en het bedrijfsleven, maar vraag mij wel af of die projectgroep niet wat al te breed is samengesteld, waardoor er binnen de groep wellicht weer een

competentiestrijd zou kunnen ontstaan. Ik heb begrepen dat er nu twee projecten in discussie zijn. Ik ben erg benieuwd naar de visie van de staatssecretaris hierop. Ik doel op "Fit en fun", een project waarmee niet-sportende jeugd via een aantrekkelijk boekje wordt gestimuleerd om te sporten, en op het project "De nationale schoolseries", waarbij via lokale, regionale en landelijke competities allerlei takken van sport worden georganiseerd in een op de jeugd aangepaste verschijningsvorm.

Voorzitter! Zoals ik in het begin al zei, wil ik vandaag graag wat extra aandacht geven aan de psychiatrie. De vraag naar psychiatrische hulp wordt steeds groter. De instellingen voor geestelijke gezondheidszorg constateren een spectaculaire groei van het aantal patiënten. De wachtlijsten bij de RIAGG's zijn in vier jaar met bijna 40% gegroeid. Vele rapporten tonen aan dat er inderdaad steeds meer mensen zijn die dringend psychiatrische hulp nodig hebben. Waarom is dit zo? Is het de complexiteit van de samenleving, de secularisatie, of het groeiende besef dat psychische problemen te behandelen zijn?

Tegelijk met de sterk groeiende vraag naar psychiatrische hulp dalen de budgetten van de psychiatrische ziekenhuizen ook snel. Ik geef de minister graag het voorbeeld van een groot psychiatrisch ziekenhuis en hoop dat zij mij de vaktal vergeeft die ik daarbij moet gebruiken. Deconcentratiebeleid zonder meerkostencompensatie: min 1 mln.; twee maal budgetkorting: 6 en 4,5 ton; productiviteitskorting voor 1995: 3,5 ton; geen compensatie voor wet- en regelgeving: 5 ton; herallocatie in verband met herziene richtlijnen: 1,1 mln.; een aantal andere kortingen. Het totale gevolg op jaarbasis: min 5 mln., plus nog het gemiste budget in verband met de herziening richtlijnen naar kostenconforme tarieven ter hoogte van 3,6 mln. Bij elkaar gaat het dus om 8,6 mln. minder. Voor dit psychiatrisch ziekenhuis betekent dit dat 80 klinische plaatsen zullen moeten verdwijnen.

De VVD-fractie is het er van harte mee eens dat zorginstellingen jaarlijks een budget krijgen dat zij veel meer dan vroeger zelf kunnen beheren. Ik hoorde overigens de minister vorige week vrijdag zeggen dat zij voorstander is van het vaststellen van budgetten voor meer

Van den Broek-Laman Trip

jaren, en dat vind ik een prima plan. Maar er kan toch niet elke keer weer op dat budget worden gekort? Ik zou graag van de minister vernemen of zij zich realiseert wat voor verregaande consequenties haar besluiten hebben, met name de stapeling van de ene korting op de andere en het niet-compenseren.

Een van de punten die ik zojuist noemde, is de wet- en regelgeving en de compensatie die daar niet voor wordt gegeven. Is dat nu niet het gevolg van al die prachtige wetten die hier ook zijn gepasseerd: de wetten over het klachtrecht en over de cliëntenraden, de kwaliteitswet en straks ook nog de wet met betrekking tot de geestelijke verzorging? Elke keer als er ook vanuit deze Kamer werd gevraagd naar de financiële aspecten van deze wetten, heeft de minister met groot gemak gemeld dat de financiële gevolgen daarvan in de budgetten waren verwerkt. Ik vraag de minister waar dat dan is gebeurd. In het lijstje dat ik zojuist voorlas, valt ook op dat herziene richtlijnen een forse aanslag legen op de financiële positie van de instellingen. Kan de minister mij eens uitleggen waarom die richtlijnen steeds herzien moeten worden?

Met veel belangstelling heb ik de nota "Thuis in de GGZ" gelezen, die de voorlopige Raad voor de volksgezondheid vier maanden geleden heeft uitgebracht. Twee elementen zijn mij daarbij speciaal opgevallen.

In de eerste plaats is dat een duidelijk pleidooi voor het laten doorstromen van patiënten die niet per se op een psychiatrisch ziekenhuis zijn aangewezen. De raad schat dat het gaat om een percentage van 50 tot 70. Dat klinkt heel mooi, maar er zal toch een grote groep mensen aangewezen blijven op residentiële voorzieningen. Ik wil in dit verband graag aandacht vragen voor het interview met de minister van Justitie in het blad PSY, een tijdschrift over de geestelijke gezondheidszorg. De minister van Justitie stelt daarin dat de doorstroom van gestoorde gevangenen naar de GGZ hopeloos vastzit. "Psychiatrische ziekenhuizen moeten meer plaatsen vrijmaken voor gestoorde delinquenten. Als dat meer geld kost moet dat er maar komen", aldus de minister van Justitie. Wat is hierop de visie van

de minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport?

In de tweede plaats trof mij in het advies van de raad het volgende. Ik citeer: "De raad is voorstander van het strikter scheiden van wonen en zorg" ... "Het is wenselijk dat het departement van VWS over de noodzakelijke beleidsomslag op korte termijn in overleg treedt met het ministerie van VROM." De bewindslieden zullen begrijpen dat de leden van mijn fractie dit met veel belangstelling hebben gelezen, gelet op de uitvoerige discussie die wij vorig jaar bij de behandeling van de begroting hebben gevoerd over het scheiden van wonen en zorg bij bejaardenoorden en verpleeghuizen. Ik ben heel benieuwd of de minister van plan is deze aanbeveling over te nemen.

Tot slot wil ik ingaan op de evaluatie van de wet Bijzondere opnemingen in psychiatrische ziekenhuizen, de wet BOPZ. Ik word regelmatig geconfronteerd met de uitvoeringsproblemen van de wet BOPZ. Deze wet heeft een zeer lange voorgeschiedenis en komt eigenlijk nog voort uit de antipsychiatriegevoelens van de jaren zestig en zeventig. Ik noem bijvoorbeeld het beroemde boek van toen "Wie is van hout" van Jan Foudraïne. Het uitgangspunt van de wet is een goede zorgverlening aan patiënten, waarbij de autonomie van de patiënt zoveel mogelijk wordt gerespecteerd. Dit is natuurlijk een uitgangspunt waar wij allemaal van harte achter staan. In de praktijk werkt deze wet echter soms negatief uit voor de betrokken personen. Zelfs als zij in een psychotische toestand verkeren aarzelt het RIAGG vaak een inbewaringstelling aan te bevelen omdat de kans groot is dat de patiënt na drie dagen door de rechter weer naar huis wordt gestuurd. En dat kan slecht uitpakken voor de patiënt en zijn omgeving.

De heer Volbeda heeft hierover een buitengewoon helder artikel geschreven in de NRC van 17 december 1996. Ook de vereniging van familieleden van mensen met psychiatrische problemen, Ypsilon, en de patiëntenvereniging Anoisksis zijn heel stellig over de tekortkomingen in de wet BOPZ. In een eerste reactie op de evaluatie stelt de minister op 11 december dat zij wel voelt voor mogelijkheden om ambulante dwangbehandeling in te voeren en dat zij ook de mogelijkhe-

den wil onderzoeken om zelfbindingscontracten in te voeren. Beide aanvullingen zijn ongetwijfeld nuttig, maar ik moet zeggen dat ik mij weinig kan voorstellen bij de ambulante dwangbehandeling. Misschien kan de minister nog eens uitleggen hoe dat nou precies werkt. Ik voorzie dat dit heel veel extra aandacht van politie en justitie zal vergen. Ik vraag mij af of de wet BOPZ niet moet worden aangevuld met de mogelijkheid om een persoon die onvrijwillig is opgenomen, op gezag van de psychiater langer in behandeling te houden dan de rechter nu vaak toestaat. In de moderne psychiatrie kan veel worden bereikt met medicatie, maar dat heeft wel enige tijd nodig. Dat kan niet binnen drie dagen. Nu is dwangbehandeling slechts onder zeer speciale omstandigheden toegestaan, namelijk als er acuut ernstig gevaar dreigt. Daarom blijven tamelijk veel mensen onbehandeld in de psychiatrische ziekenhuizen. Zij weigeren een behandelplan te accepteren.

Ik weet dat het niet eenvoudig is om de wet BOPZ aan te passen. Onze Grondwet en de Europese rechten van de mens zijn ons allen heilig, maar toch wil ik het dringend beroep op de minister doen de wet BOPZ zo aan te passen dat er meer mogelijkheden komen om mensen onvrijwillig op te nemen. Ik denk daarbij aan gestoorde delinquenten die nu niet op de juiste plaats in de gevangenis zitten en aan mensen die een gevaar voor zichzelf of hun omgeving vormen. Ik denk dus niet alleen aan acuut, ernstig gevaar, maar ook aan mensen die verloederen of ernstige problemen veroorzaken in hun omgeving. Zij kunnen dan worden behandeld zodat zij hopelijk later weer kunnen terugkeren in de maatschappij. Ik wacht met veel belangstelling de beantwoording van de bewindslieden af.

□

De heer **De Boer** (GroenLinks): Voorzitter! In deze beleidsdiscussie over de begroting voor het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport vervang ik mijn collega Coby Schoondergang die wegens ziekte haar bijdrage niet kon leveren. Ik heb geen uitgetikt verhaal, maar ik heb u wel een handreiking gedaan met enkele concrete punten en vragen. Daar brei ik mijn verhaal omheen.

De Boer

Ik wil deze onverwachte gelegenheid gebruiken om drie onderwerpen aan de orde te stellen: onze visie op de gezondheidszorg in Nederland, het tekortschieten van de jeugdhulpverlening en de eigen bijdragen. Soms denk ik, als niet deskundige op dit terrein: waarom gaat het bij dit onderwerp altijd over problemen en nooit over wat er wel lukt? Komt dat misschien omdat het beleid in de gezondheidszorg langzaam maar zeker vervallen is tot het kortebaanwerk? De problemen zijn zo hevig en zo acuut dat iedereen zijn of haar handen vol heeft aan het oplossen van alles wat beslist geen uitstel meer kan dulden. Van een langetermijnvisie is niet of nauwelijks sprake en zoals onze rugdekking in deze groene bankjes kan bevestigen: waar visie ontbreekt, komt het volk om.

Wij hebben een systeem van gezondheidszorg dat maar één doel behoort te dienen: een goede en voor allen toegankelijke gezondheidszorg bieden op het moment dat iemand die nodig heeft. Dat gezondheidsstelsel mag dus nooit ontaarden in een systeem waarin mensen steeds grotere kans lopen, te worden vermalen door de groeiende bureaucratie, door de groeiende ongelijkheid – alle patiënten zijn gelijk, maar patiënten met geld zijn meer gelijk dan patiënten met niks – en door de mensonwaardige wachtlijsten waardoor effectieve hulp vaak te laat wordt geboden waardoor de problematiek wordt vergroot. De maatschappelijke kosten om die verslechterde situatie te verhelpen, zijn vaak aanzienlijk hoger dan bij direct ingrijpen het geval geweest zou zijn. Wij doen dat dus niet goed.

Ook de fractie van GroenLinks is ervan overtuigd dat de gezondheidszorg veel effectiever en efficiënter kan worden georganiseerd. Maar al die strakke programma's vol kostenbeperkingen en volumebeheersing mogen nooit het doel op zichzelf worden. Uiteindelijk zal het bij dit thema in mijn ogen toch altijd gaan, althans behoren te gaan om echte zorg voor die ene, unieke mens.

De minister heeft laten doorschermen dat zij wel in is voor een tweede termijn om haar gezondheidskarwei af te maken. Omdat wij elkaar voor de verkiezingen wel niet meer op dit terrein zullen ontmoeten, wil ik de kans graag aangrijpen, haar uit te nodigen

de hoofdlijnen van haar beleid voor de komende jaren te schetsen. Om het haar gemakkelijk te maken, zal ik in een aantal punten de visie van GroenLinks neerzetten, natuurlijk met de vraag, die te omarmen dan wel met steekhoudende argumenten te weerleggen.

Er zijn in de gezondheidszorg in mijn ogen drie hoofdproblemen. 1. De onderlinge solidariteit neemt af en het totale budget is te laag. De minister schat zelf in dat er op dit moment minimaal 1 mld. bij moet en dan heb ik het nog niet over de kosten van de vergrijzing. 2. De care-sector. De langdurige zorg voor ouderen, thuiszorg, zorg voor mensen met een handicap, voor psychiatrische patiënten en dergelijke is onderbedeeld. 3. De positie van de werknemers in de gezondheidszorg is in verschillende opzichten te zwak geworden en niet in overeenstemming met belang en zwaarte van het werk.

Mij lijkt het hoog tijd dat in de gezondheidszorg de solidariteit terugkeert: solidariteit tussen rijk en arm, tussen gezond en minder gezond. De verschuiving van collectieve financiering naar private financiering is niet echt het succes geworden dat de warme voorstanders daarvan verwacht hebben. De collectieve kosten mogen wellicht gedaald zijn – hoeveel eigenlijk sinds 1994, absoluut en relatief – de totale kosten van de collectieve en private zorg samen zijn, zo lijkt het, beduidend gestegen. Hoeveel zijn zij sinds 1994 gestegen?

Laat ik eens een wat principiële vraag stellen. Wat is er mis aan de gedachte dat elke Nederlander naar draagkracht een steentje bijdraagt aan de financiering van de zorg? Waarom kan of wil deze regering dit niet als uitgangspunt nemen? Daar kan dan een tweede uitgangspunt direct naast worden gezet: de organisatie van de zorg moet effectiever en efficiënter. Deze twee uitgangspunten komen naar mijn mening het best tot hun recht in één verzekeringssysteem, opgebouwd uit de AWBZ enerzijds en de ziekenfondsen en particuliere verzekeringen anderzijds, en dat gecontroleerd door het openbaar bestuur. Dit ene verzekeringssysteem kan natuurlijk niet binnen enkele jaren gerealiseerd worden. De problematiek is groot en hardnekkig. Men kan echter wel die richting inslaan. Een eerste stap zou kunnen zijn het opheffen van het

onderscheid tussen particuliere ziektekostenverzekeringen en ziekenfondsen. Dit onderscheid past in onze ogen niet meer in een samenleving van gelijkwaardige en mondige burgers.

Een derde uitgangspunt is dat het bedrag uit de collectieve middelen dat beschikbaar wordt gesteld voor de gezondheidszorg echt omhoog moet. Er is geen enkele reden om het budget voor de gezondheidszorg minder te laten groeien dan de groei van het nationaal inkomen. Integendeel, de kwaliteit van de zorg en de vergrijzing vragen om een echt andere benadering. Zonder volledig te willen zijn, geef ik tien concrete uitwerkingen van deze uitgangspunten.

1. De zorg, gefinancierd via de Ziekenfondswet en de particuliere verzekeringen, moet worden ondergebracht in één verzekeringsstelsel. Dit betekent dat de ziekenfondsgrens verdwijnt. Deze sociale verzekering wordt grotendeels uit inkomensafhankelijke premies gefinancierd, niet alleen over de eerste belastingschijf, maar ook over de tweede en de derde. Naast de inkomensafhankelijke premie is een beperkte nominale premie mogelijk, die de verzekeraars kansen biedt om op beperkte schaal te concurreren.

2. De overheid stelt een breed basispakket samen dat bestaat uit noodzakelijke en werkzame zorg. Wat werkzame zorg is, wordt op landelijk niveau vastgesteld. Wat in individuele gevallen noodzakelijk is, bepaalt de huisarts. Tandheelkunde, fysiotherapie en vormen van alternatieve geneeswijzen worden, mits getoetst op werkzaamheid geïndiceerd door de huisarts, toegepast door een erkende behandelaar en weer opgenomen in het basispakket.

3. De organisatie van de zorg vindt op regionaal niveau plaats. De huidige regionaal werkende zorgverzekeraars worden door beperkte concurrentie geprikkeld zo efficiënt en zo klantvriendelijk mogelijk te werken. De regio's overlappen elkaar, zodat de verzekerde de mogelijkheid heeft tussen twee of drie verzekeraars te kiezen. De verzekeraar sluit contracten af met in die regio werkende zorginstellingen, waardoor er korte lijnen bestaan tussen verzekeraar en instellingen.

De Boer

4. De verdeling tussen gelden die enerzijds aan care en anderzijds aan cure worden besteed, is ongelijk. In het tweede compartiment is meer mogelijk. Concurrentie tussen zorgverzekeraars leidt er blijkbaar toe dat voor medische hoogstandjes gemakkelijker geld vrijkomt dan in de care-sector mogelijk is. In de cure-sector zijn besparingen te realiseren door een grotere efficiency. Naar de care-sector moet meer geld.

5. Specialisten, paramedici en verpleegkundigen worden betaald uit het budget van het ziekenhuis waar zij werken. Op centraal niveau worden de salarissen van de verschillende specialismen en andere medische beroepsgroepen vastgesteld.

6. Op regionaal niveau vindt de indicatiestelling voor de AWBZ-gefinancierde zorg en voor de aanspraken WVG via één onafhankelijk loket plaats. Dat wil zeggen dat er geen relatie bestaat tussen het indicatieorgaan en de zorgverleners. Indien zorg geïndiceerd wordt, kan de geïndiceerde ook aanspraak maken op die zorg. De integrale indicatiestelling zal bijdragen aan de afstemming van de zorg die binnen de AWBZ en de WVG vanuit de verschillende circuits geleverd wordt. Daarbij is het uitgangspunt dat mensen zolang mogelijk zelfstandig blijven wonen. Een zorgcoördinator ziet er als een poortwachter op toe dat die zelfstandigheid bij het toewijzen van de zorg voorop blijft staan.

7. Binnen de care-sector vindt zoveel mogelijk een verschuiving plaats van de intramurale zorg naar ambulante vormen van zorg en thuiszorg. In de verdeling van de budgetten wordt die verschuiving ook doorgevoerd. Daar ontbreekt het op dit moment aan.

8. In de care-sector worden alleen eigen betalingen gevraagd voor kosten die men ook zonder functiebeperking gemaakt zou hebben: het besparingsmotief. Alle kosten waarvoor het besparingsmotief niet geldt, worden vergoed.

9. De werknemers in de gezondheidszorg worden met name op verpleeg- en verzorgniveau op dit moment slecht betaald. Het werk is zwaar en in veel gevallen onaangenaam. Het werk in de gezondheidszorg zal een impuls moeten krijgen. Is het nu al moeilijk om in sommige sectoren aan voldoende gekwalifi-

ceerd personeel te komen, de vergrijzing en ontgroening maken het aantrekkelijk maken van werk in deze sector tot een bittere noodzaak.

10. Ten slotte, de voortschrijdende medische technologie opent perspectieven op de verlenging van het leven. De kwaliteit van het leven hoeft daarmee geen gelijke tred te houden. Er zullen keuzes gemaakt moeten worden. Een ethische commissie zal criteria moeten vaststellen op basis waarvan de rijksoverheid bepaalt wat kan en mag en wat niet meer kan en mag. Nieuwe medische technieken, vruchtbaarheidstechnieken, klonen etc. worden aan het oordeel van een ethische commissie onderworpen. Ik hoor graag de reactie en eventuele contra-argumenten van de minister.

Mijn tweede hoofdthema is vanmiddag de jeugdhulpverlening. Een kind in Nederland groeit meestal op in zijn gezin van oorsprong. Zijn ouders zijn in deze gevallen dan ook de belangrijkste opvoeders. In haar laatste beleidsnota meldde staatssecretaris Terpstra dat het goed gaat met 80% van de Nederlandse jeugd. Maar hoe slecht gaat het met de overige 20%? Daar zou ik het over willen hebben.

Ik heb de stellige indruk dat de hulpverleners die zich naast de eigen ouders met deze 20% bezighouden steeds vaker de conclusie moeten trekken dat zij stoppen met hun hulp of ondersteuning en hopen dat anderen het overnemen, omdat zij niet verder kunnen. Het woord "hopen" is geen verkeerd gekozen term. In veel gevallen is vervolghulp niet of niet tijdig beschikbaar. Er zijn veel en lange wachtlijsten voor veel vormen van intensieve langdurige hulp. Daarnaast zorgen hoge drempels ervoor, dat adequate hulp voor veel jeugdigen onbereikbaar is. Over welke hulp, therapie of opvoedersondersteuning en over welke drempels gaat het dan?

De 20% jeugdigen waarmee het niet zo goed gaat komen wij tegen in de jeugdhulpverlening, ambulante hulp, daghulp, internaten en pleeggezinnen. Ambulante hulp kan ook verkregen worden via de geestelijke gezondheidszorg, RIAGG of polikliniek. Ook kan de geestelijke gezondheidszorg zorgen voor dagen nachthulp. Justitie kent de Raad voor de kindbescherming, de gezinsvoogdij, de jeugdreclassering, enkele internaten voor jeugdigen met ernstige gedragsproblemen en

inrichtingen voor jeugdigen die veroordeeld zijn wegens een delict. Daarnaast kennen wij nog de ambulante residentiële hulpverlening voor debielen.

De drempels zijn van verschillende aard. In bijna alle hiervoor genoemde hulpvarianten zijn er wachtlijsten, enkele zelfs langer dan een jaar. De ambulante justitiële hulpverlening heeft dit niet, omdat zij anders gefinancierd wordt.

Wat doen de meeste instellingen die met lange wachtlijsten werken? Sommige storen zich daar niet aan; andere zoeken een oplossing in snelle, kort durende therapieën, hooguit geschikt voor maar een deel van de cliënten. Veel instellingen beschermen zichzelf door de groep die bij hen mag aankloppen te beperken. Het indicatiegebied wordt verkleind. Men neemt bijvoorbeeld strikt regionaal op, men neemt geen jeugdigen met gedragsproblemen op of men werkt alleen met gemotiveerde cliënten. Daarnaast wordt steeds gemakkelijker gewoon met de hulpverlening gestopt.

Toen een directeur van een instituut voor jeugdhulpverlening vorig jaar aan tien collega-instellingen vroeg hoe zij omgingen met buitensporige agressie van hun cliënten, zeiden negen collega's dat zij de betreffende jongere eventueel na een laatste waarschuwing zouden wegsturen. Dit wegsturen leidt tot grote problemen, omdat er vrijwel nooit passende vervolghulp voorhanden is. Voor dit type jeugdigen, weggestuurd uit een internaat, zijn de wachtlijsten zeer lang, hetgeen betekent dat meestal gekozen wordt voor een verlegenheidsoplossing: toch maar naar huis of plaatsing in een crisisopvang, maar dat kan niet langer dan zes weken. Veel van deze jeugdigen verdwijnen vervolgens uit het gezichtsveld van de jeugdhulpverlening, om later in een jeugdgevangenis weer op te duiken.

Een moeilijk te omschrijven oplossing die instellingen ook nog kiezen om de druk op de instelling en de wachtlijst dragelijk te houden is het verdoezelen van de problematiek. Bijvoorbeeld een jongen van dertien die lijdt aan ernstige depressies en daarbij ook agressief is, heeft bij aanmelding bij een jeugdpsychiatrische kliniek een grote kans op grond van de agressie doorverwezen te worden naar de jeugdhulpverlening. Over de

De Boer

depressie wordt dan met geen woord gerept. De gevolgen laten zich raden. Wat is er nu eigenlijk aan de hand? Ben ik te somber of is het echt zo dat Nederland langzaam maar zeker de grip op een deel van zijn jeugd aan het verliezen is?

Ik wil graag proberen nog een laagje dieper te gaan. Ondanks grote inspanningen slaagt het onderwijs er niet in het aantal vroegtijdige schoolverlaters tot redelijke proporties terug te brengen. Ook de druk op het speciaal onderwijs blijft groot. Wij zien veel jeugdcriminaliteit en we zien het aantal justitiële maatregelen jaarlijks toenemen. Bij het zoeken naar oorzaken kunnen wij snel vaststellen dat de laatste jaren gelijktijdig met alle andere bezuinigingen op overheidsuitgaven ook bezuinigd is op de middelen voor jeugdhulpverlening. In dit grote geheel is de kleine groei van het budget jeugdhulpverlening in 1996 prijzenswaardig, maar het is de bekende druppel op de plaat. Er is echter nog iets.

In diezelfde periode waarin Nederland is gaan bezuinigen, zie je ook gelijktijdig het wangedrag en de criminaliteit onder de jongeren en jongvolwassenen toenemen. De term "veelvoorkomende criminaliteit" werd uitgevonden: criminaliteit die in het algemeen door de vingers gezien wordt. Ik zie langzaam maar zeker een generatie opgroeien waarvan een deel eraan gewend is, dat foutief handelen vaak geen of weinig consequenties meer heeft. Als er dan al consequenties zijn, worden deze geheel of gedeeltelijk door anderen opgevangen. Overheid en veel ouders en andere opvoeders knijpen gemakkelijk een oogje toe en zijn in toenemende mate bereid de schade geheel of gedeeltelijk voor hun rekening te nemen. Wij raken eraan gewend dat er op grote schaal ingebroken wordt en dat er door vijftien-, zestienjarigen ernstige geweldsdelicten gepleegd worden. Nederland veert nog even op bij het overschrijden van een nieuwe grens: de eerste dode bij supportersrellen. De rellen zelf vinden we allang normaal. Voedt Nederland eigenlijk nog op, zo is de vraag. En wie is "Nederland"?

Wij zien met z'n allen dat wij langzaam maar zeker achter de Verenigde Staten aan gaan schuiven. Hebben ook wij over enkele jaren wijken waar je beter niet meer kunt komen? Het lijkt erop dat wij bezig

zijn dit te accepteren en het af te kopen via een sterke groei van het aantal cellen – op dat gebied zijn wij koploper in Europa – via beveiliging en via verzekeringen. Dit is de werkelijkheid van deze dagen en de vraag is: overkomt ons dit of kunnen wij deze maatschappelijke ontwikkeling in positieve zin bijsturen? Willen wij deze ontwikkeling eigenlijk nog wel sturen of zitten wij in de fase van ontkenning van onze collectieve onmacht – het gaat goed met 80% van de Nederlandse jeugd, zegt de staatssecretaris – of van berusting? Wij bouwen cellen en we schrijven en spreken in toenemende mate over hen alsof het niet onze kinderen zijn: "als die voetbalreleeschoppers elkaar met alle geweld willen afmaken, dan gaan ze hun gang maar; dat is niet meer ons probleem".

Conclusie uit dit geheel: een grote groep ouders staat met lege handen ten opzichte van het wangedrag en de stoornis van hun kind. Voor een deel van het onderwijs, de geestelijke gezondheidszorg, de hulpverlening en justitie geldt dat op dezelfde wijze. De onmacht wordt doorgeschoven en het lijkt erop dat de overheid dit enerzijds ontkent en er anderzijds in berust en het afkoopt.

Het brengt mij tot de volgende vragen.

Heeft de regering eigenlijk wel helder op het netvlies dat het met een grote groep jeugdigen, circa 20% in dit land, niet goed tot zeer slecht gaat? Zo ja, kent zij de oorzaken en, zo ja, wat voor beleid staat daar dan tegenover?

Heeft de regering eigenlijk wel in de gaten dat steeds meer kinderen en hun ouders na veel te lang wachten, waardoor de problemen in zwaarte meestal sterk toenemen, uiteindelijk kortdurende, lichte hulp krijgen, terwijl het iedereen duidelijk is dat alleen langdurige of intensieve hulp effect kan hebben?

Waaruit blijkt dat de regering weet, dat een grote en groeiende groep jeugdigen – zijn er cijfers over deze groei? – er psychisch slecht aan toe is en opgroeit buiten feitelijke invloed van ouders, school of hulpverleners? Mag de conclusie getrokken worden dat Nederland zijn grip op dit deel van de jeugd kwijtraakt en realiseert de regering zich de gevolgen en de latere maatschappelijke kosten van deze ontwikkeling? Wat gebeurt er dan concreet om dit tij te keren?

Wat vinden deze bewindslieden in dit licht van het minder toegankelijk maken van het speciaal onderwijs, met name van LOM-scholen, voor kinderen met leer- en vooral opvoedingsmoeilijkheden? Is dit wel zo'n gelukkige greep geweest?

Als vijfde punt een kleine gewetensvraag die buiten de orde van het werk van dit ministerie valt, maar die wel past bij de eenheid van regeringsbeleid: hebben deze bewindslieden bezwaar aangetekend bij het wetsvoorstel WIW, waarmee de huidige voorbereidings-overeenkomst voor jongeren richting JWG om zeep is geholpen? Onder de huidige JWG kan een sluitende aanpak gerealiseerd worden met betrekking tot schoolverzuim, leerplicht, schoolverlaten en vrijwel directe overgang naar begeleiding in het kader van de voorbereidings-overeenkomst JWG. Met de WIW wordt het arbeidsbureau geacht voor schoolverlaters een jaar lang een gecombineerd traject arbeidsbemiddeling en scholing in te zetten. Pas na dat jaar komt de gesubsidieerde arbeid in beeld. Gevolg: een problematische jongere met weinig of geen perspectief en ongeschikt voor dit arbeidsbureautraject zal eerst een jaar rondhangen voordat hij via de WIW een plek en intensieve begeleiding kan krijgen. De bewindslieden kunnen zelf wel invullen wat er met die jongere in dat jaar gebeurt. Als hij al niet crimineel is of wordt, worden in elk geval zijn problemen ernstiger en zijn perspectief navenant kleiner. Als we het echt over probleemjongeren en preventie hebben, is dit een tamelijk rampzalige stap terug in vergelijking met de huidige, net twee jaar geleden ingezette, praktijk. En dan eigenlijk de hamvraag van deze laatste vijf minuten: waarom lukt het in dit land niet om dit soort problemen tijdig en integraal aan te pakken? Op dit punt heb ik elke keer het gevoel dat wij wel weten dat er iets fout zit, maar dat wij niet in staat zijn – zojuist sprak ik over onmacht – om op het juiste moment de juiste middelen in te zetten en de juiste zorg aan de kwestie te besteden, zodat de problemen niet groter worden en zij later niet ten koste van veel meer geld en ellende alsnog opgeruimd moeten worden.

Voorzitter! Bijna tot slot mijn laatste thema in twee zinnen. Kunnen en willen de bewindslieden een poging doen om mij te

De Boer

overtuigen van nut en noodzaak van de eigen bijdrage in de gezondheidszorg? Welke positieve effecten zijn te melden als wij de eigen bijdrage bezien in het licht van de kosten en het nu al vastlopen van het werk vanwege de bureaucratische rompslomp op dit punt?

Helemaal tot slot: kan de regering duidelijkheid geven ten aanzien van de vraag welke paarse inzet wij mogen verwachten met betrekking tot de opvang van kinderen van nul tot twaalf en twaalf tot zestien jaar? Wat ligt er precies op het bord van VWS en wat op het bord van SZW? Mij is dat niet meer helder. Is al een eerste reactie te geven op het advies van de Emancipatieraad met betrekking tot lasten en lusten?

Ik hoop dat het bedenken van een inspirerend antwoord voor de bewindslieden meer lust dan last zal zijn.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Onze fractievoorzitter merkte bij de algemene beschouwingen op, dat de markt een goed dienaar kan zijn, maar een slecht meester. Voor het ministerie van VWS betekent dit, dat de uitvoering van een aantal zaken op het terrein van volksgezondheid en welzijn wel aan de markt kunnen worden gelaten, mits de meester, het departement, en de bewindslieden de aansturing behouden. De minister zei daar zelf over, dat het departement een zware verantwoordelijkheid heeft. Voldoende aanbod, betaalbaarheid, toegankelijkheid en kostenbeheersing dient men in aanmerking te nemen met als doel: doelmatigheid, klantvriendelijkheid en keuzevrijheid. Dat is niet niks. In mijn gedachten werkend aan dit debat, had ik dan ook als kernthema: de rol van de bewindslieden en het departement op het speelveld in verandering. Echter, toen op 20 maart in de Tweede Kamer een debat over de thuiszorg werd gehouden, ging ik aarzelen, want ik heb er niet zoveel behoefte aan om alle kritiek die daarbij al is geuit, te herhalen. Evenmin heb ik er behoefte aan de bewindslieden te dwingen opnieuw dezelfde toezeggingen te doen. Het is duidelijk, dat er een zware taak voor het departement is. Het uitvoeren van die taak is noodzakelijk en zal zeker niet gemakkelijk zijn. Echter, ik heb vertrouwen in wat men doet. Ik denk

nu aan de minister. Bij de behandeling van de wet over de geneesmiddelenprijzen schuwde zij het niet met een machtsmiddel de marktwerking grondig te beïnvloeden. Dat was een goed voorbeeld. Ook ben ik er wel verheugd over dat zij, na de oorspronkelijke keus om het kunstgebit uit het ziekenfonds te halen en de individuele keuze aan de burger te laten om zelf al dan niet zijn tanden te zetten in de onderhandeling met de verzekeraar, toch weer heeft besloten om, gelet op de ervaringen, te kiezen voor een collectieve verantwoordelijkheid. Ik meen ook, dat een duidelijk voorbeeld van haar meesterhand is, dat zij uitermate terughoudend is bij het goedkeuren van private klinieken of van, zoals de heer Werner ze noemde, kleinschalige klinieken. Maar ja, vanuit de invalshoek van de inkomensdervingsregeling is er natuurlijk wel in toenemende mate een grote interesse in bijvoorbeeld bedrijfspoli's. Wachtlijsten in de gezondheidszorg – ik denk hierbij vooral aan de cure-kant – kunnen immers een werkgever voor gigantische extra kosten stellen, en het kan ook een snelle reïntegratie van werknemers belemmeren wanneer die langdurig zouden moeten wachten. Terughoudendheid bij private klinieken kan inderdaad wel verantwoord zijn, maar het betekent wel dat de druk op de wachtlijsten die zij zeggen te kunnen wegnemen, op een andere manier moet worden aangepakt. We moeten er dus voor zorgen dat de schaarse middelen efficiënt worden gebruikt. Ik denk dat dit deels een logistiek probleem is, en deels natuurlijk een gevolg is van een niet efficiënt opererende markt. Maar er zullen toch maatregelen moeten worden genomen. Welke concrete maatregelen worden thans overwogen? Naast de cure moet ook worden gekeken naar de care, maar dit speelt natuurlijk nog sterker bij bijvoorbeeld de thuiszorg en de geestelijke gezondheidszorg. Ik heb de indruk dat, gezien de adviesaanvraag die ons kort geleden bereikte met betrekking tot Zorg op maat, er wel degelijk een intentie bestaat om te komen tot een doelmatig en efficiënt gebruik van middelen in brede zin. Als je kijkt naar het toezicht, kun je bijna zeggen dat er te veel toezicht is: de Economische Controledienst, de Ziekenfondsraad, de Verzekeringkamer, de Rekenkamer, waarschijnlijk

het CTSV en het departement. Je zou zeggen: iedereen moet toch precies weten, wat er met het geld wordt gedaan en waar het blijft.

Een van de belangrijkste vereisten bij een efficiënt gebruik is natuurlijk dat er op het departement een goed inzicht bestaat in efficiency en rendement. Ik heb dan ook het dringende advies, in de wetgeving zo nodig met een speciale wet daaraan meer aandacht te besteden. Want wanneer een wettelijk kader ontbreekt om financiële informatie op te vragen, ontbreekt er iets wezenlijks. De minister zei in de Tweede Kamer, te vinden dat instellingen een informatieplicht hebben, maar als die niet duidelijk in de wetgeving is vastgelegd, vrees ik dat we daar lang op kunnen wachten. Wanneer het toezicht niet werkelijk in staat is toezicht goed uit te voeren, lopen burgers en bewindspersonen schade op. In de jeugdhulpverlening bleek nog niet zolang geleden, hoe moeilijk het was om informatie te krijgen over wat er nu feitelijk werd gedaan. Dit in tegenstelling tot bijvoorbeeld de kinderbescherming en de jeugd-RIAGG's, waar men in ieder geval nog kon aangeven, over hoeveel jongeren het ging, hoeveel cliënten er behandeld werden, en hoeveel er bij gebrek aan baten niet langer behandeld werden. De jeugdhulpverlening, toch al gauw goed voor bijna 1 mld., heeft kennelijk een stichting die de informatie verzamelt. Ik ben wel geïnteresseerd, hoe de uitvoeringswerkzaamheden in de jeugdzorg in brede zin zich intussen ontwikkelen. Komen er gezamenlijke intakefuncties tussen jeugdhulpverlening, kinderbescherming en jeugd-RIAGG's – een soort bureaus-jeugdzorg – opdat het traject dat een jongere aflegt, kan worden bewaakt en verkort, zodat voorkomen kan worden dat met jongeren wordt geschoven, waarbij natuurlijk de samenwerking met de kinderbescherming zorgen kan baren, omdat de ouders daarbij een andere juridische positie hebben? Is dat probleem opgelost? Destijds bleek dit namelijk vanuit Justitie een groot knelpunt te zijn.

Het is niet de taak van het departement, zelf experimenten uit te voeren, hoe leuk dat ook is met "Families first" en alle mogelijke andere zaken. Pilotprojecten kunnen we het best overlaten aan de uitvoering, of die nu gedecentrali-

Ter Veld

seerd of zelfstandig is. De taak van het departement is om inzicht te hebben in de vraag, of datgene wat wij beoogden met de inzet van middelen ook feitelijk is volbracht, en of de middelen gezien de beleidsdoelstelling en de toetsing op rechten doelmatigheid, adequaat zijn aangewend. Zoals blijkt uit de rapporten van de Rekenkamer ligt hier een zwak punt van het departement als geheel, wat vervelend is. Het zou namelijk zeer wel kunnen zijn, dat veel te weinig middelen ter beschikking worden gesteld. Van 1,3% groei is altijd al gezegd dat dat te krap is. Maar hoe overtuig je je collega's in het kabinet, dat er meer geld nodig is, als zij het idee hebben dat je zelf niet weet waar het geld blijft, en dat het misschien wel wordt opgepot bij de reserves van de verzekeraars?

Dan komen er berichten in de krant als "krediet van de minister raakt op", terwijl de noodzaak toch aanwezig kan zijn om meer geld ter beschikking te stellen voor de noodzakelijke hulp voor personeelsbeleid en dergelijke. Ook als het gaat om het kunnen beoordelen of keuzevrijheid en substitutie inderdaad zinnig zijn, is het noodzakelijk om inzicht te hebben in de huidige kosten en baten. In die zin acht ik het ook verstandig, eerst de zaak op orde te hebben in de zin van een goede informatieregeling, alvorens te starten met grote en kleinere veranderingen en een nieuwe structuur. Wat dat betreft is de kritiek van de heer Dunning in de NRC onlangs dat paars gekozen heeft voor pragmatisme, niet helemaal terecht. Ik denk dat paars moet kiezen voor een goed informatierecht in de wetgeving om vanuit een goede kennis van zaken verder te werken aan de noodzakelijke veranderingen in de sfeer van de zorg.

Mijnheer de voorzitter! Dat inzicht geldt natuurlijk in zijn algemeenheid maar zeker ook als het gaat om bijvoorbeeld persoonsgebonden budget en thuiszorg. Bij het realiseren van meer marktconforme activiteiten in de zorg is het noodzakelijk de macht van de consumenten te versterken. Naast de sturende rol van het departement kan de consument/patiënt al dan niet met zijn organisaties, de andere countervailing power vormen. Mondige burgers is ook het uitgangspunt van het regeerakkoord.

Maar je wordt niet zomaar mondig. De vraag is ook in welke mate je als burger mondig kan zijn op dit terrein. Het vereist onder andere dat je inzicht hebt in de alternatieven en de kosten. Vanuit de invalshoek van de mondige burger is er best een verhaal op te zetten over eigen bijdragen, zeker niet alleen negatief. Echter, of de gekozen eigen bijdrage in het ziekenfonds de meest efficiënte en doeltreffende wijze is, daarover hebben wij reeds eerder twijfels geuit. Deze week krijgen de mensen de eerste overzichten van de betalingen. Ik wens in eerste instantie de burgers en de uitvoeringsinstanties sterkte, want ik denk dat een paar honderdduizend telefoontjes en andere problemen het gevolg kunnen zijn. De bewindslieden vraag ik hoe en wanneer de beoordeling van de doeltreffendheid van deze maatregelen zal plaatsvinden. Ik weet dat er niet alleen sprake is van de kostenkant. De vraag die ook moet worden beantwoord, is of hiermee de mondigheid van de burger en zijn bewustere keuze ten aanzien van de medische consumptie zijn bevorderd. De vraag is natuurlijk ook of de burger wel zo veel heeft te kiezen. Ligt de keuze vaak niet bij anderen, de huisartsen, de specialisten of de organisatie van het ziekenhuis die toch graag heeft dat de patiënt een dag voor de operatie daar al is en vervolgens wat later weggaat? Zouden juist die actoren niet onderhevig moeten zijn aan prikkels ter vergroting van hun kostenbewustzijn? Daarbij is het ook zinvol dat het voordeel van andere keuzes bij alle actoren, dus ook de patiënten, kan neerslaan.

Een tegenwicht tegen een niet efficiënte aanbods-kant kan inderdaad ook worden gevonden bij het vergroten van de vraagmogelijkheden en de vraagcapaciteit van de burgers. In die zin is het persoonsgebonden budget absoluut een prikkel richting aanbods-kant om meer gericht aan de vraagkant te werken, maar het is geen haallemmerolie. Het kan nooit een oplossing zijn voor iedereen en voor elke situatie. Het vereist altijd een afweging van zowel de financier als de burger zelf om te bepalen of de juiste keuze wordt gemaakt. Een eigen budget kan leiden tot betere hulp en meer levensvreugde, maar ook tot meer administratie en hogere kosten en tot inadequate zorg omdat de markt niet echt transparant is. Ik

zou van de staatssecretaris graag willen weten waarom de Sociale verzekeringsbank in dezen wel de adequate uitvoerder is, terwijl in het kader van de Wet bejaardenoorden de Sociale verzekeringsbank juist niet de adequate uitvoerder zou zijn. Bij de bejaardenoorden leek mij dat nu juist zo logisch, aangezien het daar mensen betreft van 65 jaar en ouder.

Ik prijs overigens de altijd enthousiaste inzet van de staatssecretaris, maar ik moet nu toch ernstig gaan waarschuwen. Iedereen zou het liefst in eigen gekozen omgeving, onafhankelijk van vrijwilligers of mantelzorg, omringd door dierbaren, die zorg krijgen die hij nodig acht. Wij weten echter dat het thuiswonen door hulpbehoevende ouderen, ook wanneer er sprake is van meer ochtenden gezinsverzorging, al snel duurder wordt dan een verblijf in een verzorgingshuis. Bezien vanuit de positie van financier van de zorg behoort het ons ook een zorg te zijn om daarnaar te kijken. Wij gunnen iedereen alle levensvreugde, maar de kosten moeten wel worden opgebracht. Als samenleving moeten wij dan ook bereid zijn al die kosten te accepteren. Dat zullen wij dan te meer zijn wanneer daarmee duidelijk is dat het rendeert en de levensvreugde vergroot. Ook komen hierbij de grenzen van de ontwikkeling van de kosten van de gezondheidszorg aan het licht. Mijn vrees is dat het ontbreken van voldoende inzicht en rendement hier niet het risico is maar dat de bewindsvrouw zelf een risico kan worden voor efficiency en rendement.

Wat betreft de thuiszorg zal er iedere twee maanden een voortgangsrapportage plaatsvinden en zal er bovendien geëvalueerd worden. Ik vermoed dat er meer geld nodig is, maar het inzicht daarin ontbreekt ons ook een beetje. Als ik kijk naar de afgelopen periode, moet ik wel vaststellen dat er nog nooit zoveel schriftelijke en mondelinge vragen zijn gesteld over enig onderwerp, dan over het onderwerp thuiszorg. Dus wij wachten de voortgangsrapportage af. Hetzelfde geldt overigens voor de geestelijke gezondheidszorg. Ook op dat punt is aan de overkant veel werk verzet om iets meer rek te krijgen. Verder is het terrein van de ouderenzorg door de Tweede Kamer als grote operatie gekenmerkt. Ik heb zelf de indruk dat de invoering van de nieuwe wet inzake de bejaarden-

Ter Veld

oorden redelijk goed is verlopen. Ik denk dat dat mede te danken is aan de aanpassing van de eigenbijdrage-regeling door deze staatssecretaris op verzoek van deze Kamer. Ik wil graag weten of mijn indruk strookt met de werkelijkheid.

Ik heb nog een vraag op het terrein van de gezondheidszorg en wel over de in- en uitvliegende ambtenaren in het kader van de Wet-Van Otterloo en hun eigen regeling, waardoor bij voortdurende wisseling van inkomensgrenzen immers steeds weer mensen achteruit in plaats van vooruit gaan. Dat hadden wij toch nooit beoogd. Inmiddels hebben wij op 7 april daarover een brief gekregen. Die brief geeft aan dat het inderdaad een structureel probleem is, dat veroorzaakt wordt door het feit dat in het kader van het ziekenfonds voor ouderen zij zowel de werkgevers- als de werknemerspremie moeten betalen, terwijl voor de ZVO alleen werd uitgegaan van de werknemerspremie. Ik constateer dat de verschuiving als gevolg van deze wettelijke grenzen een voordeel is voor de ZVO en een nadeel voor de burger. Wat dat betreft is er dus ruimte in de ZVO, bijvoorbeeld om voormalige ambtenaren het werkgeversdeel van de ziekenfondspremie te vergoeden. Daarmee zou hun inkomensachteruitgang kunnen worden gecompenseerd en het zou de ZVO geen cent extra kosten, want dat geld zijn ze toch kwijt. Er wordt wel gezegd dat de sociale partners erover gaan, maar waarom zouden wij niet de suggestie doen om dit soort inkomensachteruitgangen te vermijden?

Overigens maak ik mij wel zorgen over de ziekenfondsgrens en de inkomenstoets. Het is mij opgevallen dat de Sociale verzekeringsbank toetst, maar die kent alleen de AOW. De inhoudingsgerechtigde pensioenfondsen toetsen, maar die kennen alleen het pensioendeel dat ze zelf uitbetalen. En waarschijnlijk toetst het departement ook, maar ik ben ervan overtuigd dat er nog steeds mensen in het ziekenfonds komen met inkomens boven de ziekenfondsgrens en het zou mij niet verbazen als nog steeds mensen boven de 65 niet in het ziekenfonds kunnen die wij er wel in onder wilden brengen. Misschien is het toch een goede zaak om binnenkort – ik meen dat er nog een rapport komt over inkomensgrenzen – daar een goede discussie

over te voeren, te meer omdat ieder departement zo langzamerhand verschillende inkomensgrenzen hanteert, hetgeen voor de burger op zijn minst verwarrend is.

Ik wil nog iets zeggen over het departement. Ook de minister refereerde er onlangs in de Tweede Kamer nog aan. Het departement dat nu VWS heet, moet zich iedere keer opnieuw instellen op beleids-terreinen en prioriteiten. Bij het oude CRM stond cultuur er als eerste. Inmiddels is cultuur naar Onderwijs gegaan. Of die gevolgen echt zo diep in het departement ingegrepen hebben als wordt gesuggereerd, waag ik te betwijfelen. De Bijstandswet ging al eerder naar Sociale Zaken en Werkgelegenheid. De recreatie vertrok met natuurbeheer naar Landbouw. De zorg voor minderheden in het algemeen en asielzoekers in het bijzonder ging naar Binnenlandse Zaken en Justitie. Vormingswerk voor volwassenen zit bij Onderwijs, het is in de ROC-kaders ingebracht. Welzijn is dankzij de Welzijnswet grotendeels gedecentraliseerd. Maar de "W" staat nog steeds, nu als tweede, in de naam van het departement. Als ik kijk naar de debatten lijkt het wel alsof wij alleen nog maar kijken naar de zorgkant.

Over de organisatie het volgende. Een keuze voor een bestuursraad lijkt mij niet echt verstandig. Ik meen dat daarmee het risico bestaat dat de communicatie naar de verschillende kolommen vanuit de top juist kan worden doorbroken. Wat ik vooral van groot belang vind, is dat op korte termijn de ambtelijke top zich niet zozeer inhoudelijk met de zaken bezighoudt, maar vooral met de organisatorische en beheersmatige zaken. Ik meen dat zich daar het grootste probleem concentreert.

Als wij welzijn in de praktijk vorm willen geven, moeten wij ons richten tot de staatssecretaris van Binnenlandse Zaken voor de grote steden, tot de minister van Binnenlandse Zaken voor de minderhedenproblematiek, tot de minister van Onderwijs voor het onderwijs aan minderheden en volwassenen en tot de minister van Sociale Zaken voor werkgelegenheidsprojecten voor jongeren en andere mensen met een moeilijke positie en natuurlijk tot Binnenlandse Zaken wat betreft de sociale vernieuwing en ten slotte tot de gemeenten. Wat doet die "W" daar dan nog? Het is natuurlijk

terecht dat al die andere bewindslieden en gemeenten ook een verantwoordelijkheid hebben, maar het lijkt mij noodzakelijk dat er vanuit VWS een landelijk kader, een doelstelling en instrumenten worden ontwikkeld, die noodzakelijk zijn om fragmentatie tegen te gaan en participatie te bevorderen. Daar is zelfs onlangs nog een speciale raad voor ingesteld, niet waar?

Participatie is niet hetzelfde als deelname aan betaalde arbeid. Hoezeer het laatste ook kan bijdragen aan het eerste, wij moeten ervoor waken dat deelname aan betaalde arbeid geen noodzakelijke voorwaarde wordt om deel te mogen nemen aan de samenleving. Velen die geen of nog geen of geen betaalde arbeid meer hebben, hebben net zo goed recht op deelname en betrokkenheid. Vaak wordt dat moeilijker wanneer men geen betaalde arbeid, inkomsten en collegiale contacten heeft.

Ik zie op de terreinen van participatie en integratie een eigen rol weggelegd voor dit departement en voor deze staatssecretaris. In de eerste plaats denk ik hierbij natuurlijk aan sport. Vorig jaar spraken wij nog over haar deelname aan de Olympische Spelen. Bij die gelegenheid noemde de staatssecretaris de vele mogelijkheden die sport biedt tot verbroedering. Maar ja, sport verloedert evenzeer.

Op dit terrein ligt er niet alleen een taak voor justitie en politie, maar ook voor welzijn. Het gaat aan om overheden en organisaties aan te spreken op de ondersteuning van een positief sportbeleid. Kan er niet meer worden gedaan? Ik noem een actieplan voor supportersbegeleiding om jongeren positiever te betrekken bij de sportactiviteiten. Anders kunnen wij met angst en beven uitzien naar de Europese kampioenschappen voetbal in België en Nederland.

De staatssecretaris heeft niet alleen een taak ten aanzien van het op peil houden van de supportersbegeleiding bij amateuristische sporten, zoals schaatsen, maar ook bij het door en door vercommercialiseerde voetbal. Als clubs miljoenen kunnen uitgeven aan spelers en zeer veel aandacht besteden aan de bezoekers van de skyboxen, kunnen zij ook veel meer aandacht geven aan de voorkant. Ik doel op het begeleiden van supporters binnen en op weg naar het stadion. Repressie

Ter Veld

van ongeregelde heden door BiZa en Justitie is één kant van de zaak, maar aan de andere kant – de voorkant – staat VWS. Voorkomen moet worden dat in het kader van sport jongeren hun knokpartijen uitvechten en zich identificeren met de naam van betaalde voetbalclubs. De verantwoordelijkheid van de staatssecretaris voor de sport strekt zich ook tot daartoe uit. Het gaat niet alleen om het instellen van een fonds voor topsporters.

Welzijn houdt ook op het terrein van andere departementen altijd de noodzaak in, eigen accenten te leggen. Ik noem het voorbeeld van het technologiebeleid. Het voortouw wordt daarbij genomen door EZ, zoals wij allen weten. De eerste vraag op het departement ten aanzien van informatie- en communicatietechnologie zou moeten zijn – en ik neem aan dat dit ook zo is – hoe deze ICT te gebruiken voor een betere dienstverlening aan de burgers.

Wij zien immers te vaak dat de overheid de mogelijkheden van ICT gebruikt om burgers te controleren. Ik denk aan de Koppelingswet en aan de controle op rechtmatige toekenning van uitkeringen. ICT kan ook heel goed gebruikt worden om burgers juist te ondersteunen, bijvoorbeeld bij de uitwerking van de eenloketfunctie, zoals een pilotproject in Alphen ons laat zien. Dan kan hetgeen achter het front office moet worden uitgewerkt en samengebond, worden gestroomlijnd. Ik hoor graag op welke wijze verder gebruik van ICT ten behoeve van dienstverlening aan burgers vanuit welzijn wordt ondersteund.

Een volgend aandachtspunt moet zijn op welke wijze uitsluiting wordt voorkomen van degenen die niet behoren tot de gebruikers. Wie niet op het werk heeft geleerd, nieuwe apparatuur te benutten, wie niet gewend is, die apparaten te hanteren, wie niet beschikt over financiële middelen en ruimte voor homecomputers en dergelijke, kan snel op achterstand geraken in een samenleving waarin de belastingdienst roept dat het zo leuk is om je aangifte per floppy te doen. Ouderen zijn hierbij absoluut een risicogroep. Dit geldt te meer omdat ontwikkelaars en producenten zich richten op de eigen groep in uiterlijk, gebruiksvriendelijkheid en toepassingsmogelijkheden. Een soort "yuppie-gedoe",

maar misschien zijn zelfs yuppies al te oud voor al dat mooie speelgoed.

Als dat straks zo gewoon wordt, als straks alles via de chipper moet, als wij straks alles moeten inleveren op floppy en als de informatie via Internet tot ons komt, wat gebeurt er dan met de mensen die dat niet hebben of dat bedreigend vinden? Dreigt er dan geen uitsluiting? Is het geen probleem dat juist alle aandacht op dit terrein wordt gericht op jongeren, op scholen – waar de oude computers van het departement en van de belastingdienst naartoe gaan – en op potentiële werknemers? Ik zie hierin duidelijk een rol voor de staatssecretaris weggelegd. Zij hoeft zelf geen cursussen op te zetten maar moet wel zorgen voor een infrastructuur om de dreigende uitsluiting van ouderen te voorkomen. Dit kan gebeuren in samenwerking met de ouderenbonden en gemeenten. Welke taken ziet de staatssecretaris voor zichzelf weggelegd en wat heeft zij tot nu toe ondernomen?

Mijnheer de voorzitter! Ik rond af. Het departement van VWS is een departement functionerend op cruciale terreinen voor de burger. Daarom is het ook van zo groot belang dat juist dit departement goed functioneert. Ik heb daarbij aandacht gevraagd voor dat deel van de organisatie waar het gaat om inzicht in de inzet van collectieve middelen om na te kunnen gaan of de doelstellingen die we stellen en die we zeggen te willen realiseren, ook kunnen worden gerealiseerd op efficiënte en effectieve wijze. Daarmee immers kan ook duidelijker worden onderbouwd waarom er eventueel meer geld nodig is op het terrein van volksgezondheid en welzijn. Want het feit dat wij, als specialisten op dit terrein, geloven dat dit nodig is, betekent nog niet per definitie dat Financiën en anderen binnen het kabinet dezelfde opvatting zullen zijn toegedaan, want 1,3% groei was wel meer dan de 1% die destijds Duisenberg zo ruim bemat.

Voorzitter! Ik heb aandacht gevraagd voor sturing en controle naar de mate waarin de markt de wezenlijke behoefte van de burger inderdaad kan vervullen en daar mijn twijfels bij gezet. Ik heb het belang onderstreept van de rol van de burger en zijn organisaties. Ik heb verder gewezen op de noodzaak om de mondigheid van burgers ook te

bevorderen en te faciliteren. Ik heb op het terrein van welzijn wat voorbeelden gegeven van het noodzakelijke proces van integratie en participatie, waarbij het departement juist op het terrein van voorkomen en bestrijden van fragmentatie in onze samenleving een rol kan spelen. Ik hoop op een reactie die kan worden gekenmerkt als beleidsmatig en beschouwend en incidenteel ook als een antwoord op een concrete vraag.

Voorzitter! U hoort het: ik vraag veel. Dat betekent dat ik een groot vertrouwen heb in de beide bewindslieden en hun departementale ondersteuning.

De vergadering wordt van 16.37 uur tot 17.00 uur geschorst.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Ik lever deze inbreng mede namens de fracties van RPF en GPV.

Het kabinet heeft voor de zorgsector het initiatief verschoven naar de marktpartijen, waarbij het centrale gegeven is, als onze fracties het goed zien, de vraagsturing. De wetgever maakte min of meer pas op de plaats. De markt kon in bepaalde sectoren min of meer haar gang gaan. Anders gezegd: zorg en zaken werden gecombineerd. Toch plaatst de invoering van marktwerking in de gezondheidszorg ons voor een dilemma. Dit wordt veroorzaakt doordat de markt binnen deze sector twee gezichten heeft en daarom twee gezichtspunten: privaat en publiek. Dit kan snel leiden tot conflicten. De markt vormt de ontmoetingsplaats van vragers en aanbieders. Vraag en aanbod worden op elkaar afgestemd. Een verdienste hiervan is dat het aanbod aansluit op de individuele verantwoordelijkheid van de mens. De markt biedt mensen de ruimte om, zoals wij dat zeggen, hun cultuuropdracht te vervullen. Een andere verdienste is dat de markt de allocatie zo doelmatig mogelijk laat verlopen. Deze doelmatigheid in de gezondheidszorg houdt onder meer in dat de aanbieders datgene aanbieden wat de gebruikers wensen. Wij constateren dat dit al leidde tot innovatie en kwaliteitsverbetering; positief dus.

Maar juist in deze sector heeft de markt ook een ander gezicht. Zij houdt geen rekening met

Van den Berg

rechtvaardigheidsoverwegingen. Algemeener gesteld: de markt is niet in staat om een ethisch oordeel te vellen. En juist in de gezondheidszorg, zo vinden wij, moet het gaan om rechtvaardigheid in de verdeling, maar ook om de ethische kwaliteit van aanbod en diensten. Juist in een cultuur die gestempeld wordt door hedonisme en individualisme willen onze fracties kritisch kijken naar marktontwikkelingen in de gezondheidszorg, waarbij wij ons willen laten leiden door de Bijbel. Hierbij willen wij niet voorbij gaan aan de geheel verschillende karakters van "care" en "cure". Dat wordt nogal eens vergeten, maar dat verschil is er wel. "Cure" richt zich op genezing en "care" op verzorging. Niet alleen de tijdshorizon van "cure" is veelal kort, maar marktwerking in deze sector kan nadelig zijn voor grote groepen patiënten. Als voorbeeld noem ik de initiatieven voor versnelde hulp aan werkenden, waarop de heer Werner ook heeft gewezen.

Ten gevolge van de wijzigingen in de sociale zekerheid zijn de kosten bij ziekteverzuim voor rekening van de werkgevers. Het wachten op een behandeling kost geld. Dit heeft geleid tot initiatieven om wachtlijsten te omzeilen door middel van de bedrijvenpoli of het afsluiten van collectieve contracten met versnelde hulp. Wachtlijstomzeilende initiatieven leiden vaak – dat is de andere kant – tot een vorm van ongelijkheid in de gezondheidszorg die wij niet aanvaardbaar vinden.

Wij zijn blij met de onomwonden opvatting van de minister dat initiatieven waarvan alleen bepaalde patiëntengroepen op grond van niet-medische criteria – namelijk het zijn van werknemer van een bepaald bedrijf of het hebben van een bepaalde aanvullende verzekering – gebruik mogen maken, onaanvaardbaar zijn. De minister stelt zich op het standpunt dat snellere toegang tot de zorg voor iedereen, werkenden en niet-werkenden, moet gelden. Dat vinden wij een heel positieve benadering. In de care-sector ligt dit allemaal anders. Wij constateren dat marktwerking daar wel een positieve invloed heeft gehad. De introductie van marktwerking opende hier veel mogelijkheden. Zorg op maat, op een tijdstip naar keuze en van een zorgverlener bij wie men zich thuis voelt, werd mogelijk. Ook zorg die bij de identiteit van de zorgvrager

aansluit, kon nu worden gegeven. Wel moet hier worden uitgegaan van gelijke uitgangspunten, zoals dezelfde collectieve arbeidsovereenkomst en minstens gelijke kwaliteit. Omdat het voor ons niet geheel duidelijk is waar op wordt gekoerst, vernemen wij graag van de bewindslieden wat de visie hierop is. Wat zijn de uitgangspunten ten aanzien van de marktwerking? Wij proeven daar wat aarzeling in; is het niet te pragmatisch? Hoe willen de bewindslieden verder?

Overal in het land wordt gewerkt aan het tot stand komen van indicatieorganen die de zorgbehoefte van cliënten integraal in kaart brengen. Met het helderder worden van de contouren van de manier waarop zo'n indicatieorgaan zou moeten werken, neemt ook de weerstand ertegen toe, zo nemen wij waar. Sommige belangenorganisaties dreigen er zelfs mee te zullen afhaken. Bij de presentatie van het oorspronkelijke plan zijn duidelijk voor- en nadelen tegen elkaar afgewogen. In het veld heerst thans de zorg dat er halverwege de rit aan de plannen geknabbeld zal gaan worden. De cliënt zal daarvan de dupe worden. Wij vinden dat integrale indicatiestelling voor de cliënt van het grootste belang is. Bovendien zal op termijn integrale indicatiestelling kostenbesparend werken. Daarom is de uitspraak van belang dat de keuze voor integrale indicatiestelling overeind blijft en de voorbereidingsprocessen door moeten gaan. Wat zal straks de juridische status zijn van een indicatieadvies? En wie draagt de kosten van de uitvoering van het advies, vooral als zal blijken dat de toegekende budgetten ontoereikend zijn?

Vervolgens willen wij graag weten of de vraag van de klant óf de professioneel vastgestelde behoefte maatgevend is. In welke mate moet er gerekend worden op het inzetten van mantelzorg en bestaat de verplichting tot het leveren van mantelzorg? Staat het kabinet nog altijd achter het beleid dat de zorg in de thuissituatie de voorkeur moet hebben? Daar is ooit op ingezet; houden wij dat nu serieus vol, ook al zal het wellicht duurder zijn? Als dat zo is – wij horen dat graag – dan moet naar de mening van onze fracties zowel de indicatie als de aanspraak op thuiszorg prioriteit krijgen boven alle andere AWBZ-

indicaties en zorgaanpakken voor woon- c.q. verblijfsvoorzieningen zoals verpleeghuizen, verzorgingshuizen en woonvormen. Als heel centraal wordt ingezet op de thuiszorg, wordt er goed gestuurd. Dit biedt patiënten/consumenten, bewoners en gebruikers pas echt de keuzemogelijkheid tussen thuis of in een andere vorm wonen.

Dit zou tevens betekenen dat de indicaties voor verpleeg- of verzorgingshuis zodanig zouden veranderen dat er bij die voorzieningen geld overblijft of weggehaald kan worden om dit aan de thuiszorg te schenken en die daarmee te financieren. Bij een behoefte aan een aantal uren thuiszorg dat groter zou zijn dan het aantal waarop de zorgvrager volgens de aanspraak op thuiszorg recht geeft, zou de zorggebruiker de keuze moeten hebben tussen de volgende drie woonsituaties:

- thuis, met het maximaal aantal uren hulp uit de thuiszorg en de extra benodigde uren gefinancierd uit het regionale verpleeghuisbudget en geleverd door de thuiszorg dan wel aangeboden door een verpleeghuis of verzorgingshuis;
- thuis, met een persoonsgebonden budget dat is samengesteld uit het budget van de thuiszorg, zijnde de tegenwaarde van het maximaal aantal uren hulp, en uit het regionale verpleeghuisbudget, zijnde de tegenwaarde van het aantal zorguren dat uitgaat boven het maximaal aantal uren hulp reguliere thuiszorg;
- in een verpleeghuis of verzorgingshuis.

Als je daarvoor kiest, menen wij dat je de thuiszorg recht doet door zo in te zetten.

Het in 1995 in de AWBZ tot stand gekomen zorgvernieuwingfonds verhindert naar onze mening dat een dergelijk goed te indiceren aanspraak op thuiszorg ontstaat. Dat geldt ook voor de nieuwe plannen. Het pint de thuiszorg naar onze mening alleen nog maar vaster op de positie die zij van oudsher in de AWBZ inneemt. Graag vernemen wij de visie van de regering op het primaat van de thuiszorg. Met welke beleidsmaatregelen wordt daarop ingezet?

De laatste tijd is er terecht een toenemende belangstelling voor het onderwerp "palliatieve zorg". Het onderwerp heeft extra aandacht gekregen bij de aanbidding van het rapport "Euthanasie en andere medische beslissingen rond het

Van den Berg

levenseinde" van G. van der Wal en P.J. van der Maas en het kabinetsstandpunt hierover. Op zichzelf is dit belangrijk en begrijpelijk, maar onze fracties vinden dat palliatieve zorg in de eerste plaats op de eigenwaarde in de zorgverlening moet worden beoordeeld. Het eigenlijke motief is naar onze mening van zorg-inhoudelijke aard. Het blijkt dat palliatieve zorg, als die voorhanden is, in een belangrijke behoefte voorziet. Wij constateren vervolgens dat op dit terrein nog een behoorlijke achterstand moet worden weggewerkt.

De minister heeft hierover op 18 april 1996 een brief geschreven aan de Tweede Kamer. Hierbij is aan de ontwikkeling van een driejarig programma Ontwikkeling palliatieve terminale zorg, om te beginnen voor 1996, f 250.000 toegekend. Kan de minister ons informeren over de voortgang van een en ander? Onze fracties zijn bovendien van mening dat hiervoor meer financiële middelen nodig zullen zijn. Als dit het geval is, is de minister dan bereid hiervoor meer geld beschikbaar te stellen?

Voorzitter! Het ingevoerde persoonsgebonden budget geeft de gebruikers meer invloed op de inhoud en de kwaliteit van de zorg. Het voorziet ook in een grote behoefte. De staatssecretaris heeft, en dat waarderen wij, veel tijd en energie gestoken in deze belangrijke ontwikkeling. Maar wij constateren vervolgens dat de gekozen systematiek van de persoonsgebondenbudgetregelingen grote consequenties heeft voor de mate van uitvoerbaarheid. Anderen hebben daar straks ook op gewezen. Wij denken hierbij aan de samenstelling van het brutobudget, het aantal betrokken partijen en de verantwoording van de besteding van kleine bedragen. Er kan naar onze mening door vereenvoudiging van de systematiek voor budgethouders en uitvoerders en door het flink ophogen van het forfaitaire bedrag een behoorlijke besparing worden bereikt in de uitvoeringskosten. Wij zijn er bang voor dat wij anders verzanden in een heleboel bureaucratische rompslomp waarvan de kosten straks hoger zijn dan de zorg die erdoor kan worden ingekocht.

De persoonsgebondenbudgetregeling is geen wettelijke regeling maar een subsidieregeling. Er is dus geen wettelijke aanspraak op een

persoonsgebonden budget. Het persoonsgebonden budget is momenteel dus een gunst en geen recht. In de praktijk leidt dit nu al tot rechtsonzekerheid en het belemmert de beoogde inbedding van het persoonsgebonden budget in de thuiszorg. Iemand die in een bepaalde regio een budget heeft gekregen en verhuist naar een plaats die 10 km verder ligt en onder een andere regio valt, is zijn persoonsgebonden budget kwijt. Dat is natuurlijk een ramp, maar het gebeurt wel. Een wettelijke verankering van de persoonsgebondenbudgetregelingen garandeert niet alleen de continuïteit, maar ook de keuze van de hulpvragers tussen hulp in natura en persoonsgebonden budget. Naar onze mening is er dan sprake van daadwerkelijk gelijkwaardige varianten. Het is noodzakelijk dat het macrobudget ook in de nabije toekomst gelijke tred houdt met de vraag naar het persoonsgebonden budget. Kan de staatssecretaris toezeggen wanneer dit realiteit wordt?

Inmiddels is er meer duidelijkheid over de primaire functie van de regiovisie, namelijk het realiseren van een adequate afstemming van het zorgaanbod op zorgvraag vanuit het perspectief van de zorgvrager in de regio. Ik heb begrepen dat de provincies zowaar ook op één lijn zitten. Dat is niet niks. De zorgvraag van de zorgvrager dient centraal te blijven staan. Er moet voor worden gewaakt dat de regiovisies niet verworden tot papier en dat alsmat gefilosofeerd wordt over de gehele regionale gezondheidszorg zonder oplossingen aan te dragen. Ook mag de regiovisie niet verworden tot de nieuwe versie van de oude planningsgedachte. Dat gevaar achten wij zeer reëel aanwezig.

Aan de provincies is bij de regiovisies ook een taak toebedacht. In de brief van 29 januari 1997 aan de Tweede Kamer schenken de bewindslieden daar aandacht aan in relatie tot het wetsvoorstel Bouwbeheersing zorgvoorzieningen. De provincies zullen de totstandkoming van de regiovisie coördineren, zo staat letterlijk in de brief. Komen partijen er niet uit dan is de provincie gerechtigd, een regiovisie op te stellen waarin de verschillende opvattingen van de partijen worden vermeld. Onze vraag hierbij is, of de provincie dan niet betrokken wordt bij de ontwikkeling van de regiovisie.

Krijgt zij uitsluitend die coördinerende taak?

Wij hebben al eerder de vraag gesteld hoe het gaat bij de bovenregionale voorzieningen en instellingen met een landelijke erkenning. In de praktijk ontstaan daar nu al problemen. Her en der worden in het land al regiovisies opgesteld. De organisaties die bovenregionaal werken, staan daarbuiten. Het wordt ook letterlijk zo gezegd: wij kijken uitsluitend naar de regio. Bij de behandeling van de overgangswet voor de ouderenzorg heb ik deze vraag reeds aan de bewindsvrouw gesteld. Zij heeft geantwoord dat zij de gedeputeerde is van de landelijk erkende instellingen. Zij staat daarvoor. Naar mijn mening wordt het echter tijd dat er duidelijkheid komt over de vraag hoe het verder moet. Anders ontstaan er allerlei problemen. Komt er een aanwijzing? Is het ministerie verantwoordelijk? Heeft het IPO daarin landelijk een taak? Het zijn slechts enkele suggesties, maar het zou goed zijn daarover duidelijkheid te krijgen, ook al omdat zij uit de regionale zorgvernieuwingsfondsen geen centen krijgen, omdat zij bovenregionaal werken. Dat kan, dunkt ons, niet. Het gaat hierbij om vraaggestuurde zorg. Hoe willen de bewindslieden dat oplossen?

In deze brief meldt de bewindsvrouw een visie ten aanzien van de zorgkantoren. Wij kijken kritisch naar deze visie. Wij zijn namelijk van mening dat de functie van het regionale zorgkantoor veel beter kan worden uitgeoefend door de meest betrokken partijen bij de AWBZ-zorg: gemeenten, woningbouwcorporaties, patiënten- en consumentenorganisaties en aanbieders. Ik wijs op de oude verbindingsfunctie van het zorgkantoor waarbij de verkeerders louter een administratieve rol spelen. Ik herhaal dan ook dat naar onze mening de partijen bij dat zorgkantoor betrokken moeten worden. Wat zijn de argumenten voor deze keuze van de bewindslieden?

Voorzitter! In het verleden hebben wij aangedrongen op een structurele verhoging van het budget voor de gezondheidszorg. Het is helaas nodig dit te herhalen. Anderen zijn er uitvoerig op ingegaan. Mede gezien de demografische gegevens zal niet alleen de vraag naar zorg toenemen, maar zal ook de zorgzwaarte toenemen. Mogen wij ervan uitgaan

Van den Berg

dat de begroting voor 1998 de nodige financiële ruimte biedt die in de zorgsector nodig is?

Wij wachten, voorzitter, met belangstelling het antwoord van de regering af.

□

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Mijnheer de voorzitter! De bewindsvrouwen hebben een roerig jaar achter de rug en staan nog midden in de strijd om het voorgenomen beleid te realiseren, het geld daarvoor op tafel te krijgen en de medewerking van het veld te verkrijgen en te behouden.

Er zijn tegenvallers, zoals de consumptie van de geneesmiddelen en de thuiszorgproblematiek. Tegenvallers horen bij het leven, ook bij het politieke leven. Het gaat vooral om de wijze waarop je ermee omgaat: in openheid en strijdbaar. Deze houding hebben wij bij de bewindsvrouwen aangetroffen en dat geeft mijn fractie alle vertrouwen. Bovendien bespeurden wij een duidelijke solidariteit met elkaar die prettig aandoet. Houden zo!

In elk geval staat gezondheidsbeleid weer hoog op de politieke agenda en zo hoort het ook, want een goede gezondheid staat al jaren bovenaan de waardenscala van de Nederlandse burger. Gelukkig toont onderzoek aan dat de gezondheids-toestand van de Nederlandse bevolking gemiddeld goed is. In het recente verleden is er, ondanks veroudering van de bevolking, nauwelijks verandering gekomen in het aantal mensen dat meldt ernstige ziekten, gebreken of klachten te hebben. Aldus het Sociaal en cultureel rapport 1996. Bovendien blijkt uit enquêtes dat Nederlanders in vergelijking met mensen in het buitenland over het algemeen gelukkige mensen zijn. Laten wij, mijnheer de voorzitter, die constatering vasthouden want geluk scoort als aandachtspunt laag en zorgpunten hoog. En dus komt ook mijn fractie nu met zorgen.

Er zijn aanwijzingen dat het aantal psychische problemen toeneemt en dat steeds meer mensen zich daarmee wenden tot de geestelijke gezondheidszorg. Mevrouw Van den Broek sprak er ook over. Dat is mijn eerste aandachtspunt voor vandaag: de geestelijke gezondheidszorg. Deze branche mag zich de laatste jaren in toenemende aandacht verheugen. Leed wordt bespreekbaar. Psychisch

lijden wordt erkend als zwaar lijden en wordt niet langer beschouwd als aanstellerij. Onzegbaar is het verdriet dat dit soort flinkzijnfilosofie heeft meegebracht: taboe op geestelijk lijden en daardoor te late indicatiestelling en hulpverlening. Daarom spreek ik met opzet van "in aandacht verheugen". Men is in de GGZ bezig met een inhaalslag om met mijn collega Fermina van de overkant te spreken.

Wij hebben natuurlijk de antipsychiatrie gehad die volgens mij ondanks alle bezwaren heilzaam gewerkt heeft, maar toch blijven daar de grootschalige instituties bestaan met te weinig de blik naar buiten en soms helaas nog met het denken in bedden, al weet ik heel goed dat er voorbeelden van zorgvernieuwing zijn. Het uiteindelijke doel, namelijk de patiënt/cliënt weer zelfstandig te doen functioneren, staat haaks op het denken in bedden en daarom is mijn fractie blij met het rapport "Thuis in de GGZ". Daarin wordt de weg van intramurale naar extramurale hulpverlening uiteengezet. In dit rapport wordt geschat dat er in 2005 – binnen tien jaar dus – 6000 plaatsen minder nodig zijn.

Voorwaarde voor de afname van het aantal plaatsen is dat dit gekoppeld wordt aan een zorgaanbod dat veel meer patiënt/clintgericht is. Ook hier zorg op maat en vooral veel meer samenwerking met hulpverlening buiten de inrichting. Triage ook. Dan denk ik aan de gemeentelijke gezondheidsdiensten, de jeugdhulpverlening, de alcohol- en drugsbestrijding, maar ook aan arbeidsbureaus. Het is immers praktijkervaring dat mensen na ontslag uit een inrichting niet meer aan de slag komen, wat ruïneus is voor het aanbrengen van structuur in hun leven. Doorgaans wordt wel gezorgd voor huisvesting, begeleid wonen of de thuissituatie, maar dan houdt het op. Vereenzaming en gevoelens van doelloosheid krijgen dan te veel kans en terugval dreigt.

In de ons door de minister toegezonden brieven van eind maart 1997 aan het College van ziekenhuisvoorzieningen en de Ziekenfondsraad blijkt, dat deze problematiek onder ogen wordt gezien en dat er advies over wordt gevraagd: zorg op maat, zorgonderdelen in te passen in het systeem van zorgaanpakken ingevolge de AWBZ en daarnaast een ontwikkelingsbudget voor zorgvernieuwing. Ik ga op de

uitwerking niet in, maar het ziet er veelbelovend uit en kan zeker een antwoord zijn op de nu helaas te weinig gecoördineerde hulp, die bovendien niet aansluit bij de vraag. Mijn fractie onderschrijft van harte het doel: zo groot mogelijke zelfstandigheid van de cliënt en geïndividualiseerde keuze-mogelijkheden uit het hulpaanbod.

Wij zitten wel met een probleem bij de AWBZ. Het was toch oorspronkelijk de opzet de AWBZ op te schonen? Wordt nu toch weer niet te veel onder de AWBZ gebracht? Liever nog stel ik de vraag zo: moeten we in de GGZ ook niet strakker structureren?

Ik sprak over de emancipatie van deze tak van gezondheidszorg, een tak overigens die over de emancipatie van de cliënt in die branche gelukkig niet te klagen heeft. Hoort bij deze volwassenwording ook niet meer doelmatigheid, differentiëren naar ziektebeelden, selecteren van cliënten? Horen bijvoorbeeld relatieproblemen thuis in de GGZ? Ik wil relatieproblemen niet bagatelliseren. Zij kunnen voor betrokkenen heel zwaar zijn, maar moeten we ze behandelen in de geestelijke gezondheidszorg? De vraag stellen is helaas niet haar beantwoorden, want juist het afgelopen halfjaar werden we opgeschrikt door afschuwelijke excessen van uit de hand gelopen relatieproblemen, waarvan vooral kinderen het slachtoffer geworden zijn. Dan zeg je juist weer: vroegtijdig problemen opvangen kan erger voorkomen. Wij zijn er dus niet uit, maar willen de vragen wel neerleggen, juist ook omdat ook hier prioriteiten gesteld moeten worden, ook hier doelmatig gehandeld moet worden en voorzieningen gebruikt moeten worden door hen die dat het meeste nodig hebben.

Een voorbeeld van een poging tot duidelijker structuur van instroom, doorstroom en uitstroom van patiënten zag ik in de brief van 4 maart 1997 inzake doelmatig behandelen voor forensisch psychiatrische hulpverlening, waar wel degelijk gesproken wordt van categorieën patiënten, normering van duur, zorgwaarde en behandel-aanbod per behandelfase.

Aan het model van de trechter van Dunning zijn wij allen gewend geraakt. Kan zo'n model ook ontworpen worden voor de GGZ? Op 16 mei aanstaande organiseert het Trimbosinstituut een studiedag over

Tuinstra

doelmatigheid in de geestelijke volksgezondheid, in samenwerking met de Erasmusuniversiteit. Het onderwerp heeft dus al wetenschappelijke aandacht. Graag nu ook de aandacht van de regering, nadrukkelijk niet om te bezuinigen, maar om, zoals ik al zei, op de hulpvraag van de meest kwetsbaren te kunnen reageren.

Ik wil mijn stuk over de GGZ afsluiten met de Wet BOPZ. De evaluatie is klaar. Het is allemaal niet zo eenvoudig gebleken, met name de uitleg van het gevaarcriterium niet. Oorspronkelijk zou dat eng, wellicht te eng zijn uitgelegd: levensgevaar, maar later geëvolueerd naar gevaar voor verloederling, waardoor er toch ook voor ernstig manisch depressieve patiënten en schizofrenen een opnamecriterium is, iets waar met name Ypsilon altijd voor gepleit heeft. Mevrouw Van den Broek sprak daar ook over.

Als deze ruime opvatting ook kan, zou geen wetswijziging nodig zijn. Mijn fractie steunt die gedachte, want wij zijn beducht voor het opnieuw opnemen in de wet van een soort best-wil-criterium. Met alle begrip voor hen die dat voorstaan: dwangopname is toch een vorm van vrijheidsberoving die alleen zwaar beperkt dient te worden toegepast. Maar hoe dan bij de zogenaamd "verkommerden en verloederden"? Deze kwetsbare groepen zijn dikwijls met ambulante hulp ook een eind geholpen. De moeilijkheid is echter dat zij uit hun aard niet op komen dagen of bijvoorbeeld niet doorzetten bij medicijngebruik. De gedachte aan zelfbindingscontracten spreekt ons daarom aan. Wij waarderen het dat de minister veel waarde hecht aan de inbreng van een werkgroep van Pandora die zich met deze zelfbindingscontracten intensief bezighoudt. Tegenover zo'n vorm van dwang bij de ambulante verpleging staat mijn fractie in beginsel wel positief. Ook drang of dwang voor deelname aan een dagactiviteitencentrum vinden wij een goede gedachte, bijvoorbeeld als voorwaarde voor ontslag. Dan moet er natuurlijk wel een team zijn dat buiten de inrichting de ex-cliënt blijft volgen. Met waardering noem ik het experiment met de mobiele behandelteams van het Kasperpad.

Overigens heeft mijn fractie altijd bezwaar gemaakt tegen opname van psychogeriatric en verstandelijk gehandicapten in de BOPZ. Die wet

is toch te veel geschreven voor de psychiatrie en dan vooral intramuraal. Zij draagt zeker bij aan de versterking van de rechtspositie van de psychiatrische patiënt, maar wat mijn fractie betreft, moet ze na dit evaluatierapport opnieuw onder de loep genomen worden. Is de minister dat met ons eens?

Ik kom bij een heel ander onderwerp, namelijk voeding. Vorig jaar, mijnheer de voorzitter, toonde ik me bij de begrotingsbehandeling ontevreden over het antwoord van de staatssecretaris inzake voeding. Helaas heeft die ontevredenheid er niet toe geleid dat de staatssecretaris zich nog eens extra heeft bezonnen op voedingsbeleid. Integendeel: was in de begrotingsstoelichting 1996 nog een hele bladzijde gewijd aan voeding, in deze begroting is het een halve bladzijde en dan nog onder de gezamenlijke kop "Voeding en veterinaire beleid". Dat daar een samenhang bestaat, weten we maar al te goed, maar ik vraag om voedingsbeleid in het kader van gezondheidsbeleid. De laatste voedingsnota is van 1983/1984; over een volgende werd vorig jaar wel, maar wordt nu niet meer gesproken. Is dat plan van de baan? Er komt wel een derde voedselconsumptiepeiling, maar mijn vraag is: is dat nu nodig? Er is net een uitgebreid eetgedrag-onderzoek uitgevoerd in opdracht van de stuurgroep Goede voeding, waaraan twaalf GGD's hebben meegewerkt. Dat onderzoek is uitgevoerd als basismeting voor de campagne "Goede voeding, wat let je", waarvan 3,5 miljoen folders zijn verspreid.

Mijn vraag is of het ministerie van VWS hier wel het voortouw neemt. Ik weet van subsidies van VWS, maar laat dit ministerie zich niet te veel de kaas van het brood eten door het ministerie van Landbouw, Natuurbeheer en Visserij? Ik heb alle vertrouwen in minister Van Aartsen, maar het is gewoonweg niet goed dat het departement dat de productie van voedsel, bijvoorbeeld vlees, stimuleert, tegelijk veel, te veel wellicht, te zeggen heeft over het voedingsbeleid. VWS moet hier als de kippen bij zijn, om in landbouwtermen te blijven, en mag dan van mij, bij wijze van grote uitzondering, ook haantjesgedrag vertonen. Graag een reactie.

Hoe staat het met de integratie van het Voorlichtingsbureau voor de voeding in de stichting Voedings-

centrum, waarvoor in 1996 liefst 1 mln. was uitgetrokken?

Gelukkig gaat het particulier initiatief gewoon door. Voor mij ligt een fraaie folder van het Koningin Wilhelmina Fonds: Bordje gezond: minder vet, méér groente en fruit – minder kanker. Heel belangrijk! Aan de uitvoering van dit initiatief werkte onder andere de stuurgroep Goede voeding mee.

Maar voedingsbeleid omvat meer. Het is gebleken dat het belang van voeding en het omgaan met voedsel in de gezondheidszorgopleidingen totaal onderschat wordt. Dit onderwerp krijgt onvoldoende aandacht, terwijl voeding toch een belangrijk instrument is bij preventiebeleid. Nadat ik mijn bijdrage voor dit debat had gemaakt, vernam ik via de media dat de Wereldgezondheidsorganisatie als een van de oorzaken van vele infectieziekten de grootschalige voedselproductie noemt. Héél interessant en ondersteunend voor mijn opmerking over het landbouwbeleid!

Van de Gezondheidsraad, waar nu dus de Voedingsraad bij is ondergebracht, ontvingen wij het verslag van een conferentie over voeding van de Nederlandse bevolking, waarin onder andere aandacht wordt gevraagd voor voedselinfecties. Microbiologisch verontreinigd voedsel draagt, aldus het rapport, aanzienlijk bij aan de morbiditeit onder de Nederlandse bevolking. Ook de opstellers van het rapport wijzen op het gebrek aan informatie hierover bij de beroepsopleidingen. Tevens beveelt de Gezondheidsraad een aanpak van het probleem van voedselinfectie aan die gericht is op het pathogeen vrij maken van de veestapel en met name van de pluimveestapel! Wat is de reactie van de bewindsvrouwen op die aanbeveling, die ook weer samenwerking met het ministerie van LNV vereist? Ook als ik lees wat de onderzoeksprioriteiten zijn van de Raad voor gezondheidsonderzoek, merk ik dat er niets staat over voeding. Evenmin lees ik hierover iets in het jaarverslag van ZON. De heer Dees is nu niet aanwezig, maar anders zou hij merken dat zijn verslag over 1996 goed wordt gelezen. Onder het hoofd Preventie ontbreekt ook daar voeding als onderzoeksobject. Zo zou ik door kunnen gaan, maar de boodschap is duidelijk: we willen een gezondheidsbeleid dat gericht is op gezond houden, zoals overigens de

Tuinstra

staatssecretaris zo "voorbeeldig" aantoonde in haar nota over "beweging". Het aardige is bovendien, dat in de aanbevelingen van genoemde conferentie méér bewegen als een betere remedie tegen bijvoorbeeld overgewicht wordt gezien dan strenge dieetvoorschriften. Met die "beweging" als preventie zit de staatssecretaris dus al goed, maar nu de voeding nog.

Mijnheer de voorzitter! Na alles wat er te doen is geweest over de thuiszorg, kan ik daarover kort zijn. We zijn blij met de overheveling van 90 mln. naar het tweede compartiment. We steunen die overheveling van harte. Is er al duidelijkheid over de kamerbreed gesteunde motie-Van Boxtel over het afzien van de eigen bijdrage van f 8? Met instemming las ik in het verslag van het laatste overleg met de Tweede Kamer de opmerking van de minister over de marktwerking. Markt als middel en niet als leidend principe, dus als middel dat in de thuiszorg moet leiden tot meer doelmatigheid, meer klantvriendelijkheid en meer flexibiliteit. Het realiseren van die doelstelling lukt nog niet helemaal, maar met het stellen van dit doel zijn wij het graag eens. Wij zien met belangstelling uit naar het advies dat prof. Pool de bewindsvrouwen over de marktwerking in de thuiszorg gaat geven. Eenzelfde opmerking geldt voor de reorganisatie van het departement, waarover wij per brief geïnformeerd werden. Wij zien die met vertrouwen tegemoet.

Voorzitter! Ik heb weinig gesproken over geld en dat nog wel bij een begrotingsbehandeling. Dat komt omdat ik vind dat de inhoudelijke punten ondergesneeuwd raken bij de voortdurende aandacht voor de kostenkant. Dat betekent niet dat wij niet meedenken. Wat de financiering betreft, is een nota toegezegd die voor een volgend kabinet een richting aangeeft. Mijn vraag: hoe staat het met die nota en wordt daarin ook verwerkt het voorstel van mijn collega Van Boxtel in de Tweede Kamer om de Ziekenfondswet om te bouwen tot een beperkte inkomensverzekering, zodat ook de kleine zelfstandigen daaronder kunnen vallen?

Voorts ondersteunen wij de minister met het leggen van een claim van 1 mld. bij het kabinet. In het regeerakkoord is tenslotte afgesproken, dat gezondheidszorg een speerpunt zou zijn, een zaak ook

voor het hele kabinet. Bovendien wordt wel eens vergeten dat veel van de in gang gezette vernieuwingen op den duur minder geld zullen kosten door de grotere doelmatigheid en de bevordering van de zelfstandigheid van de cliënt. De kost gaat ook hier voor de baat uit.

Met veel belangstelling nam ik kennis van het kabinetsstandpunt inzake de evaluatie van de meldingsprocedure euthanasie. In grote lijnen is mijn fractie het hiermee eens. Wij zijn vooral verheugd over de scheiding die aangebracht zal worden tussen toetsing van euthanasie en hulp bij zelfdoding enerzijds en de toetsing van levensbeëindigend handelen zonder verzoek anderzijds. Het op één lijn stellen van deze twee totaal verschillende zaken was ons altijd een gruwel. Positief staan wij ook tegenover de regionale toetsingscommissies. Wij zijn altijd bezorgd geweest dat de dreiging van de strafwet zo dichtbij belemmerend zou werken op de meldingsbereidheid. Wellicht dat deze nu verbetert, waardoor de controle toeneemt. Het laatste is naast vredig sterven ook altijd een doelstelling geweest van mijn fractie: controle op zorgvuldig handelen rond het levenseinde. Meer aandacht voor de palliatieve zorg lijkt ook mij een winstpunt. In het ZON-rapport lees ik dat palliatieve-terminale zorg een onderzoeksterrein wordt. Heel goed! Bijna twintig jaar geleden werd hier door de politiek de eerste maal aandacht voor gevraagd. Wellicht is het een verrassing voor de minister, dat dit gebeurde in de persoon van de staatssecretaris. Ik was daar toevallig zelf bij; ik meen dat het bij de behandeling van het onderwerp kankerbestrijding was. Zo zie je maar: de aanhouder wint, en dat is deze zaak zeker waard.

Helaas heb ik geen tijd meer om de bewindsvrouwen lof toe te zwaaien voor een paar andere zaken, bijvoorbeeld het werkelijk luisteren naar de cliënten- en patiëntenverenigingen, en dit met wetgeving versterken. Helaas heb ik verder geen tijd meer om de bewindsvrouwen lof toe te zwaaien voor de brief inzake het toekomstig jeugdvoorlichtingsbeleid Tweede Wereldoorlog-heden, of voor de brief over de Leidraad onderzoek door de Inspectie voor de gezondheidszorg, een handvat waarmee we nu eindelijk verder uit de voeten

kunnen. Duidelijk is dat er ook dit jaar enorm veel in gang gezet en aangepakt is. Met vertrouwen zien wij de antwoorden straks tegemoet.

□

De heer **Hendriks**: Mijnheer de voorzitter! Het lijkt mij passend om, sprekend over volksgezondheid, te beginnen met het citeren van een paar Hoofdpunten van het regeringsbeleid 1997. Zo lezen wij, anno 17 september 1996: "In het volksgezondheidsbeleid voor 1997 staan de begrippen 'doelmatig' en 'patiëntgericht' centraal. De spanning tussen de toenemende zorgvraag en de noodzaak tot beheersen van de kostengroei blijft aandacht vragen." En voorts: "Het persoonsgebonden budget is een alternatief voor zorg in natura vanuit de instellingen. Dankzij een persoonsgebonden budget kunnen patiënten zelf beslissen, bij wie zij de zorg inkopen en wanneer ze de zorg ontvangen." En dan nog: "De regels voor wat betaald kan worden uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, de AWBZ, worden zó veranderd, dat zorginstellingen een grotere variatie aan zorgvormen kunnen aanbieden. Dat betekent zorg-op-maat. Combinaties van thuiszorg, afgewisseld door een korte opname in een instelling of een vloeiende overgang van verzorgingshuis naar verpleeghuiszorg krijgen zo meer kans."

Inmiddels zijn we ruim een halfjaar verder en dus redelijk in staat om te bekijken, wat er van deze hoofdbeleidspunten van de regering terecht is gekomen, casu quo in te schatten wat er terecht van gaat komen. Natuurlijk kunnen we vaststellen dat de geciteerde regeringsvoornemens inderdaad tot beleid zijn verheven. Echter, of wij daar nu ook blij mee moeten zijn, valt te betwijfelen. Nu krijgen wij namelijk te maken met de inschattingfouten en de uitvoeringsproblemen die onder andere in deze Kamer al waren voorspeld. Dan hebben we het over fouten en problemen die rechtstreeks de gezondheid en het welzijn betreffen van de meest kwetsbare groepen in onze samenleving: gehandicapten en ouderen.

Jaarlijks maken 2 miljoen mensen, vooral ouderen, gebruik van thuiszorg. Het beroep op deze vorm van huishoudelijke hulp, ziekenverzorging en verpleegkundige zorg, zal

Hendriks

de komende jaren nog aanmerkelijk groeien. De mensen leven langer en de ziekenhuizen trachten te bezuinigen door patiënten zo snel mogelijk te ontslaan, hetgeen in vrijwel alle gevallen betekent dat ze onder de hoede van de thuiszorg en de huisarts komen. Tijd dus, vindt mijn fractie, om een voorlopige balans op te maken over de wijze waarop in uitvoerende zin, op de vloer dit beleid uitwerkt. Dan ligt het voor de hand om het patroon van praktijkervaringen eens naast de beleidsvoornemens te leggen.

Doelmatigheid en patiëntgerichtheid. Laten wij daar eerst eens naar kijken. Wat gebeurt er als iemand ziek wordt of hulp nodig heeft? Dan moet, wederom volgens een hoofdpunt van regeringsbeleid, een indicatiestelling plaatsvinden over de mate van verpleging en verzorging die benodigd zijn. In de beleidstheorie zijn de gemeenten verantwoordelijk voor het instellen van indicatieorganen waarin naast de gemeentelijke vertegenwoordiger, ook een huisarts, de verzekeraar en een patiëntenvertegenwoordiger zitting hebben. Echter, in de praktijk schijnt vooral de zorgverzekeraar de dienst uit te maken. Naar verluidt, is het de zorgverzekeraar die beslist of er überhaupt wel een indicatie gesteld mag worden, wie dan eventueel het indicatiebezoek gaat afleggen en welke zorginstantie met de uitvoering wordt belast. Daarbij komt dat er verzekeraars zijn die zelf zorgbureaus exploiteren. Bovendien schijnen lang niet alle zorgverzekeraars dezelfde tarieven en regels te hanteren. Natuurlijk werkt dit alles zeer bureaucratisch en is het uitermate tijdrovend. Het is absoluut geen uitzondering dat een huisarts die zich bij het meldpunt vervoegt in verband met een indicatiestelling te horen krijgt, dat de zaak, urgent of niet, bij het eerstvolgende intake-overleg aan de orde zal komen. Hoe het dan de patiënt vergaat, is kennelijk een probleem van geringere orde, dat is aan de familie of aan de bureaus om op te lossen. Wat komt er dus in de praktijk bij deze procedure nog terecht van patiëntgerichtheid en van doelmatigheid? Mijn fractie zou het op prijs stellen van de bewindsvrouwen enige uitleg te krijgen over hoe de indicatiestelling in de praktijk verloopt – daarmee bedoelen wij niet hoe deze volgens de regering zou

moeten verlopen – en hoe zij denken daarin verbetering te brengen.

Een volgend praktijkaspect is de daadwerkelijke uitvoering van de thuiszorg. Natuurlijk zou ook hierbij de patiënt centraal moeten staan. Maar wat is de wrange werkelijkheid? Onder de voortdurende druk van financiële krapte verwordt het oorspronkelijke plan tot verbetering van de zorg tot een systeem waarbij het vooral om minuten en geld draait, waarbij de patiënt ondergeschikt dreigt te raken aan tijd- en kostenfactoren. Het uitgangspunt daarbij is dat de patiënt zoveel mogelijk moet trachten zichzelf te redden en dat de thuiszorg alleen datgene doet wat daarna nog resteert, en dat op zo goedkoop mogelijke wijze. Waar dus kan worden volstaan met een ziekenverzorgende, wordt in geen geval een verpleegkundige ingezet. Het gaat immers om doelgerichte, kosteneffectieve hulp, waarbij de "zorgminuten" van een verpleegkundige nu eenmaal duurder zijn dan van een verzorgende en waarbij elke minuut niet alleen telt, maar ook geadmistreerd wordt. Op zich achten wij dit niet verwerpelijk, maar het probleem is dat bij de huidige bezuinigingsdrang de menselijke benadering wordt worden ondergesneeuwd. En dat, dachten wij, kan en zou toch niet de bedoeling zijn.

Het is niet meer dan logisch dat, ter besparing van zorgminuten, de zorg met zo weinig mogelijk personeel wordt uitgevoerd. Dit impliceert dat een zorgverlener met een strak schema op pad wordt gestuurd en in de haar toegemeten tijd zoveel mogelijk mensen in successie moet verzorgen. Dat betekent bijvoorbeeld dat een cliënt die toevallig bovenaan de lijst staat om zes uur 's avonds in bed wordt gestopt. Daar staat tegenover dat, tengevolge van het krappe en overvolle werkschema, een verzorgende maar al te makkelijk vertraging oploopt in haar taakuitvoering, waardoor cliënten soms uren moeten wachten.

Een ander effect van deze drang tot doelmatigheid is de tegenwoordige functiegerichtheid van de zorginstellingen, met als gevolg het grote aantal en de diversiteit van de zorgverleners waarmee de cliënten vaak worden geconfronteerd. Terwijl er vroeger meestal sprake was van enige vertrouwdsheid tussen cliënt en

verzorgster, is het tegenwoordig geen uitzondering als tientallen verschillende zorgverleners zich achtereenvolgens met de cliënt bezighouden. Natuurlijk tast dit het privacygevoel van de cliënt in ernstige mate aan. Kunnen de bewindsvrouwen mij vertellen of zij het gewenst en mogelijk achten om, zoals voorheen, weer een vleugje hartelijkheid en een persoonlijke benadering terug te krijgen in de zorgverlening? Wij zijn er zeer van doordrongen dat de tijd van de Krim-oorlog ver achter ons ligt, maar Florence Nightingale is toch nog niet helemaal vergeten, hopen wij.

Een ander nieuw fenomeen is het persoonsgebonden budget. Hierover wil ik kort zijn, misschien wel even kort als het budget zelf. Een opmerking wil ik evenwel maken. Ik lees uit de beantwoording van de heer Marijnissen dat de staatssecretaris een projectleider heeft belast met het scheppen van orde in de PGB-chaos en voorts dat voor 1997 vooralsnog geen spectaculaire verhoging van het PGB-budget wordt voorzien. Nu dateren deze opmerkingen van verleden jaar oktober, lang genoeg geleden om te hopen dat enerzijds het budget voor 1997 toch wordt verhoogd en dat anderzijds de heer Cremers, de projectleider, erin geslaagd is om inmiddels wat puin te ruimen. Wij verzoeken de staatssecretaris hierover om enige toelichting. Daarbij constateren wij dat van het PGB-beleid, inhoudende dat de patiënten zelf kunnen beslissen bij wie zij de zorg inkopen en wanneer zij die zorg willen ontvangen, weinig overeind blijft als het budget totaal ontoereikend is.

Een soortgelijke opmerking is te maken over de zogenaamde "zorg op maat". Ook dit beleidsvoornemen is uitsluitend uitvoerbaar als de instellingen voldoende fondsen hebben om hun cliënten, zoals bedoeld, afhankelijk van hun situatie thuiszorg aan te bieden, afgewisseld door opname in een instelling, verzorgingstehuis of in een verpleeghuis. Echter, zolang de financiën zo krap blijven bemeten als op het ogenblik het geval is, zijn lange wachtlijsten het onvermijdelijk resultaat van alle pogingen tot "zorg op maat".

Voorzitter! Bewoners van verzorgingshuizen ervaren grote problemen met de eigen bijdrage. Vaststelling en inning van de eigen bijdrage in de AWBZ zijn erg

Hendriks

ingewikkeld en lopen via diverse instanties. De contactkantoren – zorgverzekeraars met AWBZ-taken – die belast zijn met het vaststellen van de hoogte van de bijdrage, kregen in veel gevallen niet de benodigde inkomensgegevens aangeleverd door de gemeenten. Daarbij komt dat de Sociale verzekeringsbank per geval nog een complexe verrekening met de AOW van betrokkenen moet uitvoeren. Het resultaat is een gigantische warwinkel. De Landelijke organisatie bewonerscommissies bejaardentehuizen (LOBB) adviseert zowel het vaststellen als de inning van de eigen bijdrage te laten uitvoeren door de contactkantoren. Dit lijkt ons een zinnig advies dat wij daarom zeer willen aanbevelen bij de staatssecretaris.

Vervolgens wil ik nog een kwestie aanroeren waarvan melding werd gemaakt in een ANP-bericht van enkele weken geleden. Dat betrof de gestadig toenemende verslechtering van de zorgkwaliteit in de verzorgingshuizen. Volgens de Woonzorgfederatie is er 100 mln. extra nodig om het zorg- en dienstenaanbod op peil te houden. Nu al wordt alleen de meest urgente zorg verleend. Tegenover de groeiende zorgbehoefte staan doelmatigheids- en afslankingsoperaties. Het gevolg is een steeds groter wordende terughoudendheid ten aanzien van nieuwe opnames van ouderen met een intensieve zorgbehoefte en sluiting van een groot aantal huizen. Graag verneem ik hoe de regering dit denkt op te lossen.

Voorzitter! Als laatste in de rij sprekers in eerste termijn doet het mij genoegen mij toch nog even te bemoeien met de sport. Dat heb ik bij alle andere sprekers vanmiddag gemist. Wat schetst onze verbazing toen na alle stilte op sportgebied van de zijde van VWS er een heuse nota den volke werd vertoond: "Wat sport beweegt". Hulde voor de staatssecretaris: chapeau, mevrouw, gaat u alstublieft zo door.

Niettemin maak ik hierover enkele opmerkingen, want wij zijn er natuurlijk nog lang niet, maar dat had de staatssecretaris zelf ook al geconstateerd. Deze nota is een uitstekende voorzet voor de regering en de diverse politieke partijen om eindelijk tot een essentiële standpuntbepaling te komen op het gebied van de sport. Door de

premier is al aangekondigd dat de sport een plaats krijgt op de agenda voor 2000+. Joost mag weten wat dat inhoudt, maar het klinkt goed. Ziet het licht breekt door! Eindelijk enige erkenning voor de sport als verschijnsel van grote maatschappelijke betekenis. Maar hoe denkt de regering dit te vertalen in investeringen? Want, ondanks de verheugende financiële steun die nu reeds is uitgetrokken voor de sport, als de sport werkelijk zo waardevol is voor het welzijnsbeleid in ons land en zelfs een bijdrage kan leveren aan de algemene beleidsvoornemens van de regering, dan mogen wij toch ook van het kabinet wat concreet, sportondersteunend beleid verwachten en dan moeten we toch ook een beetje af van het idee dat "de sport zichzelf wel bedruipt". Wat vindt men de sport werkelijk waard? Deze nota geeft alleen hoofdlijnen, signaleert knelpunten en kansen en kondigt initiatieven aan voor nieuwe allianties en het in gang zetten van nieuwe ontwikkelingen. Maar nu de feitelijke invulling en materiële onderbouwing van het beleid nog! Het stemt tot tevredenheid dat de regering een integraal en interdepartementaal sportbeleid voorstaat, maar wij willen de staatssecretaris wel graag vragen hoe men dit in concreto denkt aan te pakken.

Niettemin, voorzitter, dit zijn beleidsgedachten die mogelijkheden bieden. Wij wensen de regering veel succes bij de verdere ontwikkelingen en zullen deze met oplettendheid blijven volgen.

De vergadering wordt van 18.00 uur tot 19.30 uur geschorst.

Minister Borst-Eilers: Mijnheer de voorzitter! Voordat ik inga op de concrete vragen en opmerkingen van de geachte afgevaardigden maak ik een paar algemene opmerkingen over de processen van verandering die zich de laatste jaren in de gezondheidszorg hebben voorgedaan en die zich ook nu nog voordoen. Het is opvallend hoeveel ingrijpende processen van verandering en zorgvernieuwing op vrijwel alle deelthereinen van de zorg de afgelopen jaren zijn gestart en ook nu nog volop gaande zijn. Ik doel op veranderingen gericht op het verbeteren van de organisatie van de zorg, de verbetering van de kwaliteit

en het beter afstemmen van de zorg op de wensen van de gebruiker. Dat wordt met één begrip vaak "zorgvernieuwing" genoemd. Daarin komen als het ware klantvriendelijkheid, kwaliteit en doelmatigheid samen. Ik illustreer dat met enkele voorbeelden op de verschillende deelthereinen.

De huisarts is zijn positie als solospeler aan het verlaten. Steeds meer huisartsen werken samen in groepspraktijken of in gezondheidscentra of hebben in ieder geval afspraken gemaakt over waarneming en samenwerking. In de praktijken, met name in de gezondheidscentra, verschijnen naast de huisarts ook anderen. Niet alleen de doktersassistente, die er altijd al was, maar ook fysiotherapeuten, maatschappelijk werkers, verpleegkundigen, eerstelijnspsychologen etc. Huisartsen zijn actief betrokken bij inspanningen om de bedrijfsvoering te verbeteren. Op vier punten gaat dat ook snel: de automatisering, de nauwere samenwerking met medisch specialisten, het ontwikkelen van protocollen en behandelstandaarden voor de huisartsenpraktijk, in toenemende mate ook samen met de specialist, en het voorschrijven van geneesmiddelen in de goedkoopste vorm, namelijk op stofnaam in plaats van merknaam. De huisartsen nemen zichtbaar verantwoordelijkheid voor het beheersen van de kosten.

Bij de ziekenhuizen en de medisch specialisten is er ook veel aan de hand. Er kan gesproken worden van een cultuuromslag. Drie jaar geleden wees de commissie-Biesheuvel op de noodzaak van betere samenwerking tussen ziekenhuis en medisch specialisten. De commissie concludeerde dat dit zou moeten leiden tot één geïntegreerde aanspraak op zorg en dat de bekostigingssystematiek zou moeten veranderen: één budget, opgebouwd uit productprijzen.

Op dit ogenblik zijn vrijwel alle ziekenhuizen in het land betrokken bij de lokale initiatieven. Ik heb ze daartoe in staat gesteld. Dit zijn initiatieven waarbij het ziekenhuismanagement en de medische staf samen zoeken naar een nieuwe vorm van samenwerking. Zij mogen dat voor een groot deel naar eigen smaak invullen. Er is echt sprake van een cultuuromslag.

Misschien geldt hetzelfde ook wel voor de zorgvernieuwing in de geestelijke gezondheidszorg. De instellingen en de beroeps-

Borst-Eilers

beoefenaren hebben een paar jaar geleden een initiatief genomen voor het oprichten van het platform "GGZ aan zet". Men probeerde tot een heldere definiëring te komen van alle diensten die in de GGZ verleend worden, als basis voor een betere berekening van kostprijzen. Wij weten allen dat in de zorg tarieven vaak niet veel met de kosten te maken hebben. Zo'n omschrijving is ook nodig als men wil overgaan tot samenwerking tussen de verschillende betrokkenen. Dat gebeurt in de GGZ. Mevrouw Tuinstra vond dat dit nog maar met mate tot ontwikkeling komt. Ik zie het wellicht enigszins van de andere kant en zie misschien degenen die dat wel doen juist meer dan degenen die dat niet doen. Ik zie een stroomversnelling. Overal in het land zijn instellingen, woonvormen, RIAGG's, individuele hulpverleners, bezig om met elkaar tot regionale circuits van hulpverlening te komen. Zij ontwikkelen ook multifunctionele eenheden.

Ik heb mogelijk gemaakt dat een regio die goed bezig is met zorgvernieuwing ook in aanmerking kan komen voor het predikaat "zorgvernieuwing". Dat wordt beoordeeld door een onafhankelijke landelijke commissie. De aanbieders in zo'n regio kunnen, naast de standaardvormen van zorg, nu ook al een nieuwe verstreking in de AWBZ aanbieden in wat zij zelf heel toepasselijk noemen een "menu à la carte".

Naar mijn mening zijn dit vooral voor chronische cliënten van de GGZ wezenlijke verbeteringen in de continuïteit van het zorgaanbod. Zo zien wij een situatie ontstaan waarbij de zorg zoveel mogelijk ambulante wordt verleend en waarbij een opname een incident is in zo'n lang proces van chronische, meer ambulante zorgverlening of zorgverlening aan huis. Eigenlijk spoort deze gehele ontwikkeling dus heel goed met wat de Raad voor de volksgezondheid heeft aanbevolen in het advies "Thuis in de GGZ".

Ik ga nog in op twee voorbeelden uit de portefeuille van de staatssecretaris, namelijk thuiszorg en ouderenzorg. Ook daar zien wij processen van zorgvernieuwing en van samenwerking tussen verpleeghuizen en verzorgingshuizen, thuiszorginstellingen en huisartsen in bepaalde regio's. Ook hier probeert men een continuüm van zorg aan te bieden, met name aan ouderen. Dat

continuüm varieert van maaltijd-bezorging aan huis tot terminale zorg. Ook bij het persoonsgebonden budget wil ik spreken van een cultuuromslag.

Ten slotte is er iets, en zeker niet het onbelangrijkste, wat ook sterk aan verandering onderhevig is en wel in de goede richting. Het gaat om de positie van de patiënt. Wij kennen allemaal de uitdrukkingen "de klant is koning" en "de patiënt staat centraal". Zij klinken prachtig, maar is het in de dagelijkse praktijk ook werkelijk zo? Naar mijn mening is er geleidelijk aan inderdaad sprake van een andere houding, zowel in het beleid als in de praktische, dagelijkse hulpverlening. In het beleid is de patiënt niet langer het sluitstuk van allerlei discussies over financiering en beheer, waarin hij soms misschien wordt gezien als een lastige klant die alleen maar de optimale organisatie in de weg staat. Neen, ook in het beleid worden de gebruikers meer centraal gesteld. Zij worden zelfs ook in toenemende mate betrokken bij het ontwikkelen van beleid, bij vraagstukken van verdeling van middelen of het toewijzen van zorg. Er begint echt iets te veranderen in de machtsverhoudingen.

Patiënten zijn ook veel beter georganiseerd dan vroeger en er wordt beter naar ze geluisterd. Hulpverleners en patiënten nemen vaker dan vroeger samen een beslissing; het is vaak niet meer zo dat de hulpverlener over de patiënt beslist. Als ik op bezoek ben bij patiëntenorganisaties om ze toe te spreken, zie ik daar ook altijd hulpverleners rondlopen die deelnemen aan een dergelijke patiëntendag. Ik zie dan dat de artsen en patiënten uitstralen dat zij het samen moeten doen. Ik heb het hierbij met name over de chronisch zieken. In de loop der jaren leren artsen en patiënten elkaar heel goed kennen en dan groeit dat gevoel makkelijker dan bij kortdurende behandelingen. Chronische patiënten worden door artsen ook steeds vaker aangeduid als ervaringsdeskundigen. Het sluitstuk van dit alles is wel dat sinds kort reumapatiënten als docent worden ingeschakeld bij de opleiding van huisartsen. Ook dat was twintig, zelfs tien jaar geleden nog volstrekt ondenkbaar.

Al deze vernieuwingsprocessen hebben een paar gemeenschappelijke kenmerken. Zij sluiten aan op de

belangrijkste doelstellingen van het beleid: kwaliteitsverbetering, klantvriendelijkheid en doelmatigheid. Verder gaat het steeds om nieuwe vormen van samenwerking tussen beroepsgroepen en instellingen die vroeger niet samenwerkten, maar geïsoleerd en vaak langs elkaar heen werkten, en soms gaat dat heel snel. Er kan een jarenlange discussie aan vooraf zijn gegaan en soms is het de overheid die zo'n verandering heel duidelijk stimuleert. In veel gevallen is het echter ook spontaan "opgebloeid uit het veld", zoals wij dat in de zorg plegen te noemen. Al die dynamiek is prachtig, maar het brengt ook een zekere onvoorspelbaarheid met zich. In zo'n situatie is het niet altijd eenvoudig om beleidsprocessen nog goed aan te sturen of om te buigen, omdat wij ook te maken hebben met die heel sterke dynamiek.

De veranderingen zijn niet alleen in Nederland te constateren. Dat gebeurt namelijk niet met de volksgezondheid: veranderingen treden altijd overal op. Ook in de omringende landen is dus van alles aan de hand. Soms kijk ik wel eens over de grens. Dat kan je goed doen, maar soms kun je er ook van schrikken, als je denkt dat zij het veel beter doen dan wij. Let ik echter op al die veranderingen en op de manier waarop wij die proberen te beheersen, dan meen ik dat het in Nederland nog wel redelijk loopt. In Frankrijk bijvoorbeeld staken op het ogenblik de artsen. Het gaat er echt hevig aan toe. Het gaat duidelijk om een groot conflict tussen hulpverleners en overheid. In Duitsland tuimelt de ene grote bezuinigingsmaatregel over de andere heen. Aan patiënten worden op het ogenblik grote bijbetalingen voor geneesmiddelen gevraagd. Dat betreft bedragen waar wij absoluut niet aan denken. In Engeland zie ik een vrij strakke rantsoenering van de gezondheidszorg. Sommige vormen van zorg zijn er wel, maar die zijn er ook heel duur. Ik noem bijvoorbeeld het nieuwe middel om patiënten met hemofilie te behandelen en de dure chemotherapie voor mensen met kanker. Dat soort dingen zijn daar vaak voor veel mensen onbereikbaar geworden. In Engeland schrijft men op het ogenblik in de dagbladen en de vakpers over een totale crisis in de care-sector.

Als ik dat zie, denk ik dat wij het in Nederland nog niet zo slecht doen.

Borst-Eilers

Er zijn natuurlijk voortdurend spanningen en meningsverschillen, maar alle partijen – overheid, aanbieders van zorg en verzekeraars – zijn toch altijd bereid om rond de tafel te gaan zitten om te bekijken of wij er niet uit kunnen komen.

Een enkele keer is de turbulentie toch groter dan het vermogen tot beheersing. Een voorbeeld hiervan is toch wel de thuiszorg. Het zal niet verbazen dat ik dit voorbeeld geef. De staatssecretaris zal hierop zo meteen nog terugkomen. Ook dat proberen wij weer goed te beheersen. De ontwikkelingen op dit gebied hebben ons echter hier en daar toch wat verrast. Het was nog dynamischer dan wij tevoren hadden kunnen plannen.

Dan kom ik op de concrete punten die door de verschillende sprekers naar voren zijn gebracht. Ik wil beginnen met het geld. Dan zijn wij daar meteen van af. Dat is ook in dit huis niet altijd het meest boeiende onderwerp, maar het is in de gezondheidszorg onvermijdelijk. Ik begin met de volumegroei, de ruimte voor de zorg. Hierover zijn opmerkingen gemaakt door de heer Werner, mevrouw Van den Broek, mevrouw Tuinstra, de heer Van den Berg en de heer De Boer. De heer Werner heeft ook zelf cijferwerk verricht en uitgerekend dat de zorguitgaven als percentage van het bruto binnenlands product de laatste jaren dalen. Dat is inderdaad waar. Ik kom daar zo nog even op terug.

Eerst zeg ik iets over de 1,3% groei. Ik wil toch nog eens benadrukken dat de zorgsector een van de weinige sectoren is waarvoor op voorhand een groeiruimte beschikbaar is gesteld. Daar mogen wij ons toch gelukkig mee prijzen. Nu is 1,3% niet veel vergeleken met de groei in de jaren daarvoor. Die lag toch boven de 2%, hoewel sommige bewindslieden – een oud-bewindspersoon is hier nog aanwezig – tijden hebben gekend waarin die minder was dan 1,3%. Vandaar dat ik mij toch nog relatief gelukkig prijs met dit bedrag. Omdat de ontwikkelingen, niet alleen door de vergrijzing, maar ook door de medisch-technologische ontwikkelingen, een hogere groei voorspelden, moest een programma van volumebeheersing en kostenbeperking worden opgezet. Daarmee zijn wij de afgelopen tweeënhalve jaar intensief bezig geweest. De maatregelen van dat programma

beslaan zo langzamerhand samen meer dan 2 mld. Bovendien meldt het regeerakkoord dat het kabinet een extra ruimte mag toestaan als de geraamde reële groei echt hoger is dan 1,3%. Dat is vorig jaar inderdaad voor 1997 gebeurd. Die 1,3% is dus nog niet eens een onwrikbaar percentage. Wij proberen daar wel op een verstandige manier mee om te gaan en wat druk op de ketel te houden. Is het echter werkelijk te krap, dan willen wij daar ook consequenties aan verbinden.

Ik ben het niet eens met de stelling van de heer Werner, dat de groei de afgelopen jaren feitelijk lager is geweest dan 1,3%, onder andere door een onvolledige loon- en prijscompensatie. Ik meen dat juist via maatregelen in de nominale sfeer, zoals de Prijzenwet, en door het toestaan van de overschrijdingen van het budgettaire kader zorg, de volumegroei de afgelopen jaren feitelijk op ongeveer 1,3% is uitgekomen. Zo staat het ook in onze tabellen.

Ten aanzien van de loonkosten merk ik op dat wij via het post-WAGGS-model proberen een overheidsbijdrage te geven waardoor de sector marktconform arbeidsvoorwaarden kan aanbieden. Door dat post-WAGGS-model proberen wij te voorkomen dat de ontwikkeling van de arbeidsvoorwaarden afgewenteld moet worden op het volume- en voorzieningenniveau. Daarover ontstaat ieder jaar weer spanning. Op het ogenblik zijn wij daarover met de sector in gesprek. Wij hopen daar deze week uit te komen.

Ik heb al gesproken over de dalende zorgquote. De heer Werner heeft gelijk als hij zegt dat dit het geval is, hoewel ietsje minder scherp dan hij stelt. Het is echter absoluut een feit. De zorgquote heeft als percentage van het BNP te maken met een teller en een noemer. Hoe groter de noemer is, hoe groter de economische groei. Als je de teller niet aanpast, is de quote ook lager. De zorgquote zegt dus iets over onze economische groei, maar ook over de kostenbeheersing in de zorgsector.

De heer Werner en anderen uitten de mening dat de zorgsector eigenlijk evenredig in de ontwikkeling van de welvaart zou moeten delen. Ik vind dat een zeer aantrekkelijke redenering. Anderen hebben deze strekking onderschreven. Wij stellen op dit ogenblik in het kabinet

de kaderbrief voor 1998 op. De echte begroting volgt pas na het zomerreces. Die besprekingen voor de kaderbrief zijn op dit moment nog gaande en ik beschouw deze redenering als een welkom steuntje in de rug bij de verdere besprekingen in het kabinet. Ik bespeur overigens wel dat ook de collega's in het kabinet zich bewust zijn van het belang van de zorgsector en van de noodzaak om adequate middelen beschikbaar te stellen. Meer wil ik daarover in dit stadium liever niet zeggen.

De heer De Boer stelde in dit kader nog een interessante vraag over de verhouding tussen collectieve en particuliere uitgaven. Hij veronderstelde dat de collectieve uitgaven misschien zijn gedaald, terwijl de particuliere uitgaven zodanig zijn opgelopen dat je alsnog kunt zeggen dat de hele zorg eigenlijk duurder is geworden. Volgens mijn cijfers is dat niet het geval. Het aandeel van de collectieve financiering in de totale zorguitgaven zal in 1998 ongeveer op hetzelfde niveau liggen als vier jaar eerder, namelijk op ongeveer 80%. De particuliere uitgaven bedragen 20%. Er zijn wel fluctuaties geweest in de afgelopen jaren. Deze zijn veroorzaakt door allerlei beleidsmaatregelen. De Wet-Van Otterloo heeft gezorgd voor een hogere collectieve financiering. De reparatie van de Wet-Van Otterloo heeft natuurlijk ook weer een effect. Ik noem verder pakketoverhevelingen. Per saldo vallen volgens onze gegevens die mutaties grosso modo tegen elkaar weg zodat je niet kunt zeggen dat een effect optreedt zoals de heer De Boer dat veronderstelde.

De heer Werner heeft gevraagd naar de stand van zaken rond het waarborgfonds in de zorgsector. In het JOZ 1997 is aangegeven dat overheid en veld samen werken aan de oprichting van zo'n waarborgfonds in de zorgsector. In januari is overeenstemming bereikt tussen de Nederlandse zorgfederatie en de overheid – de ministeries van VWS en van Financiën – over uitgangspunten en hoofdlijnen. Het gaat om een waarborgfonds met een achterborgregeling van de overheid. De vormgeving komt in grote lijnen overeen met die van het waarborgfonds sociale woningbouw. De NZf werkt op dit ogenblik aan de daadwerkelijke oprichting van dat fonds en overlegt in dat kader met financiers, zoals banken en beleg-

Borst-Eilers

gers. Tevens worden enige aanpalende zaken bij de kop gepakt die noodzakelijk zijn voor een adequate werking van dat fonds. Het gaat om een aanpassing van de richtlijn vergoeding rentekosten en van de steunfunctie door het COTG. Medio juni heb ik opnieuw bestuurlijk overleg met de Nederlandse zorgfederatie over de stand van zaken. Het ligt in de bedoeling dat het waarborgfonds 1 januari aanstaande van start gaat.

Er is ook nog een opmerking gemaakt over de relatie waarborgfonds en marktwerking. Dat waarborgfonds is een zakelijk instituut dat leningen borgt. Beoogd wordt met het fonds de financiering op lange termijn veilig te stellen tegen redelijke kosten en op korte termijn een rentewinst te realiseren. De te borgen leningen dienen met name om de investeringen in de infrastructuur te financieren. Men weet dat in het regeerakkoord is uitgegaan van een blijvende grote rol van de overheid op het gebied van de infrastructuur. Dan ligt het voor de hand dat de overheid en het veld samen zoeken naar een zo doelmatig mogelijke financiering van de investeringen. Dat is precies waar het waarborgfonds aan bij moet dragen.

Diverse sprekers hebben een interessant en belangrijk thema aangesneden, namelijk de marktwerking in de zorg. Dat waren de heer Werner, de heer De Boer, de heer Van den Berg, mevrouw Van den Broek en mevrouw Ter Veld. Men heeft gevraagd naar onze visie op marktwerking in de zorg. Ik wil daarover het volgende zeggen. In onze opvatting is marktwerking in de zorg in de eerste plaats een middel en dus niet in de eerste plaats een doel op zichzelf. Het is een middel om twee dingen te bereiken, namelijk in de eerste plaats doelmatigheid, dat wil zeggen een hoge kwaliteit van zorg tegen een zo laag mogelijke prijs, en in de tweede plaats klantvriendelijkheid. Ons streven is dus niet om van de zorg een echte markt te maken. Zoals de heer Werner terecht zei: als je dat zou nastreven, bijvoorbeeld in de curatieve sector, zou je het aanbod echt moeten uitbreiden. Dan heeft men keus te over, dan kan men gaan shoppen en dan kan men de ene aanbieder tegen de andere uitspelen. Je zou dan meer ziekenhuizen moeten laten ontstaan en meer

specialisten moeten laten opleiden. Dat wordt natuurlijk zeer duur. Bovendien zal het waarschijnlijk min of meer vol gaan lopen. Een echte overmaat heb je dan slechts tijdelijk. Dat zien wij in de VS gebeuren. Het aanbod schept in de gezondheidszorg nu eenmaal de vraag. Het kabinet wil het aanbod in de zorg aan de schaarse kant houden, maar dan niet zo schaars dat er zulke lange wachttijden ontstaan dat er sowieso ongelijkheid optreedt. Het is dus een beetje schipperen.

Ik zei: het aanbod schept de vraag. Het beste voorbeeld daarvan vormen de VS. Daarbij gaat het om een heel hoog percentage van het nationaal product, zo'n 16%. En dan nog zijn er op het ogenblik zo'n 37 miljoen onverzekerde Amerikanen. Daar is dus nog niet eens iedereen in de zorgsector betrokken.

Vermindering van aanbod leidt tot een daal van de vraag. Dat hebben wij heel duidelijk zien gebeuren in Kampen. Daar is een ziekenhuis gesloten. Onlangs is een onderzoekje gepubliceerd waaruit blijkt dat het gebruik van specialistische zorg bij de bevolking in Kampen, die er op het ogenblik niet minder gezond uitziet dan toen het ziekenhuis er nog was, gemiddeld is gedaald met 17%, terwijl de vermindering in sommige specialismen, zoals huidziekten, zelfs 30% is.

Ergens tussen Amerika en Kampen ligt de waarheid. Daar probeert het kabinet zo dicht mogelijk bij te komen. Dat is een proces dat je steeds weer moet bijsturen.

Ik zie het in de cure-sector wat de marktwerking betreft, ongeveer als volgt. Geen marktwerking in de primaire zorgverlening. Ik heb net geschetst waarom. Wel marktwerking in allerlei toeleveringscompartimenten. Ik denk bijvoorbeeld aan geneesmiddelen en hulpmiddelen. Ik zie graag meer hulpmiddelenproducenten op de Nederlandse markt verschijnen, zodat de hulpmiddelen eindelijk eens wat goedkoper kunnen worden. Wij moeten er natuurlijk wel op letten dat men niet aan kartelvorming gaat doen. Bij schoonmaken, catering en dergelijke facilitaire zaken kan je natuurlijk volop marktwerking toelaten.

De Prijzenwet geneesmiddelen – de heer Werner had daarover in de memorie van toelichting gelezen – is niet bedoeld om marktwerking te stimuleren. Het staat misschien niet

overduidelijk in de memorie van toelichting, maar de reden voor de invoering van die wet is de tekortschietende marktwerking in de geneesmiddelensector. Er is zoals bekend het een en ander aan maatregelen genomen om de markt wat los te maken en de gouden ketenen te doorbreken waarmee alle verschillende leveranciers, fabrikanten, tussenhandelaren en apothekers, aan elkaar vastzitten. Daar dat proces niet op korte termijn tot een flinke daling van de uitgaven aan geneesmiddelen leek te leiden, is als een soort noodmaatregel die wet in werking gesteld. Die bevat een "kan-bepaling". Zodra de minister van Volksgezondheid ziet dat de prijzen van de geneesmiddelen al op het Europese niveau liggen, wordt de wet grosso modo niet toegepast. Er is zelfs een bepaling dat als de wet, uit mijn hoofd gezegd, twee jaar achtereen niet toegepast hoefde te worden, zij van de baan is. Alles is er dus op gericht om er als het even kan weer van af te komen. Zij is een tijdelijk middel.

Een ander element van de marktwerking wordt gevormd door de verzekeraars. Wij hebben het bijvoorbeeld bewust mogelijk gemaakt dat verzekerden gemakkelijker van verzekeraar kunnen wisselen, alweer als middel om verzekeraars scherp te houden. De verzekeraars zelf, de ziekenfondsen, worden gebudgetteerd, om hen te stimuleren tot het stellen van eisen aan de prijs-kwaliteitverhouding van de zorg die zij inkopen voor hun verzekerden. Dat bevordert wel enige competitie tussen de aanbieders. Nederland is niet het enige land dat zo'n systeem nastreeft. De term daarvoor is niet "marktwerking", maar gereguleerde competitie. Die term is hiervoor voor het eerst gebruikt in de Verenigde Staten.

In de thuiszorg is bewust iets aan marktwerking gedaan, als enig terrein van de AWBZ. Op beperkte schaal zijn nieuwe aanbieders toegelaten. De bedoeling was monopolieposities en een starre houding te doorbreken en te prikkelen tot wat meer cliëntgericht werken. De monopolies zijn ook doorbroken en er is meer klantgerichtheid ontstaan, maar er is ook onrust ontstaan. Er zijn budgettaire problemen bij de vaste aanbieders ontstaan. Daarom is besloten even pas op de plaats te maken. Wij zullen in de notitie over thuiszorg die wij

Borst-Eilers

binnenkort aan de Tweede Kamer aanbieden onder woorden brengen hoe wij dit voor de verdere toekomst zien. Voor het moment kan eigenlijk worden gesproken van een mate van bevriezen van de marktwerking in de thuiszorg.

De lange wachtlijsten hebben zoals wij allen weten tot gevolg gehad, dat er initiatieven zijn genomen tot snelle hulpverlening. Mevrouw Van den Broek heeft gevraagd wat er eigenlijk tegen een voorrangsbehandeling voor bepaalde groepen is. Zij had het ook over werken op zaterdag.

Dit is toch wel een heel principiële kwestie. Het debat met de Tweede Kamer hierover heeft een heel principieel karakter gehad. Een van de belangrijke uitgangspunten van de gezondheidszorg is een gelijke toegankelijkheid voor iedereen. Er is de afgelopen tijd het nodige over geschreven door juristen, die zich hebben gebaseerd op het gelijkheidsbeginsel, de Grondwet, het BuPo-verdrag en de Algemene wet gelijke behandeling. De principes daarvan liggen ten grondslag aan andere wetten, zoals de Ziekenfondswet en de WGBO. Je wilt in de zorg geen onderscheid maken tussen personen, anders dan op zo objectief mogelijke medische gronden.

Bij individuele afwegingen zullen hulpverleners, met name artsen, zeker sociale aspecten meewegen om het ene individu wat anders te behandelen dan het andere. Op zichzelf is daar helemaal geen bezwaar tegen. Je kunt geneeskunde niet reduceren tot iets puur medisch objectiefs. Er zijn sociale aspecten. Het is echter iets heel anders of je principieel bepaalde categorieën sneller gaat helpen. Zelfs de omstandigheid dat anderen als het ware hoger op de wachtlijst komen doordat er mensen tussenuit worden gehaald, doet toch niet af aan het principe, dat van twee mensen die medisch eigenlijk volkomen vergelijkbaar zijn en dezelfde aandoening hebben de een om niet medische redenen, omdat de werkgever wat extra betaalt, eerder geholpen wordt. Dat is ook in strijd met de medisch-professionele standaard.

Ik heb aanvankelijk alle partijen in het veld de gelegenheid gegeven, het eventueel toch met elkaar over zoiets eens te worden. Ik dacht dat als iedereen, artsen, patiëntenorganisaties, werkgevers en

verzekeraars, het eens zouden zijn, ik nog wel eens heel hard moest nadenken of het principe echt overleefd moest blijven. Als degenen op wie het toegepast wordt, de patiënten zelf, er geen moeite mee hebben dat van het principe wordt afgeweken, waarom zou ik dat dan nog wel hebben? Het zijn echter juist de artsen en de patiënten die uit dat akkoord gelopen zijn of die, voordat het akkoord gesloten werd, gezegd hebben: nee, wij doen toch niet mee. Dat geeft al aan dat het ook iets met die professionele standaard te maken heeft.

Wat betreft de voorrangsbehandeling merk ik nog het volgende op. Als de werkgever daarvoor apart betaalt, dan betaalt de werkgever eigenlijk dubbel op. Werkgevers betalen al fors mee aan de ziekenfondspremie. Zij betalen bovendien via belastingen mee aan de zorg, ook in het tweede compartiment; en dan gaan zij er bovendien nog eens direct voor betalen.

Mevrouw Van den Broek-Laman Trip (VVD): Voorzitter! Ik zou dan toch even het voorbeeld van de voetbalknietjes willen noemen. We weten allemaal dat een topvoetballer onmiddellijk naar het ziekenhuis kan en daar geholpen wordt. Is dat dan een sociale indicatie, zoals de minister zegt?

Minister Borst-Eilers: Ja, dat denk ik wel. Ik denk dat het niet alleen geldt voor de voetballer; het kan gelden voor mensen die een belangrijke maatschappelijke rol hebben. Natuurlijk, topvoetballers behoren in Nederland absoluut tot die categorie. Maar het kan ook gaan om iemand die thuis zorgverplichtingen heeft, waardoor de arts zegt: het kan allemaal wel wezen, maar ik ga die mevrouw of mijnheer toch even iets eerder helpen. Ik vind het principieel verschillend of je dat bij een individu doet of dat je het bij hele groepen doet. Als alle voetbalknietjes van Nederland allemaal sneller geholpen worden, vind ik dat dit principieel niet goed is.

Maar dat gezegd hebbende, ben ik het ook weer eens met de heer Werner, die zegt: een mooi principe, maar daar past dan wel een goede aanpak bij voor onaanvaardbare wachtlijsten. Immers, je kunt niet dit soort dingen blijven prediken en tegelijkertijd het maar zo laten dat er zulke lange wachtlijsten zijn en dat

werkgevers daardoor, natuurlijk ook door de privatisering van de Ziektewet, op hoge financiële lasten komen. Er moet dus echt iets gebeuren met de wachtlijsten en daarbij zijn twee sporen ingezet. Het ene is een inhaalslag voor de achterstand die er ontstaan is. Daarvoor is dat bedrag van 50 mln. lemand sprak van een druppel op een gloeiende plaat, maar als incidenteel bedrag lijkt het me heel goed verdedigbaar. Als ik ook zie welke aanvragen daar nu voor binnenkomen, vooral ook van hartchirurgische centra, dan kunnen wij daar een heleboel mee doen – vooral omdat wij niet het volle tarief daarvoor laten rekenen, want de hele infrastructuur is voor bijvoorbeeld een ziekenhuis al betaald. Dat zit al in het budget en zo'n extra kopje op de productie kan dus tegen een iets lager tarief. Dan kun je met dat geld echt heel wat doen.

Daarnaast is er een veel meer structurele aanpak, die alles te maken heeft met betere logistiek, scherpe indicatiestelling volgens landelijke protocollen en al dat soort maatregelen. Toch kan blijken dat er ook daarbij, na het wegwerken van de achterstand en ondanks die nieuwere maatregelen, nog steeds onaanvaardbare lange wachtlijsten ontstaan – dan denk ik met name aan de hartziekten, maar ook aan de behandelingen die vooral bij de oudere bevolking veel plaatsvinden: de operaties aan heupen, ogen en dergelijke. Dan moet daar inderdaad selectief meer geld heen gestuurd worden.

De staatssecretaris en ik zijn van mening dat er, als het gaat om het geld dat wij ter beschikking hebben uit de 1,3% plus X – ik hoop dat X toch een fors bedrag zal zijn voor 1998 – allerlei redenen zijn om de care daar relatief meer van te laten profiteren dan de cure, omdat daar toch toestanden aan het ontstaan zijn die echt om een remedie vragen. Maar ook in de cure kun je selectief geld gaan inzetten op een gegeven moment, daar waar je zegt dat ondanks allerlei maatregelen de wachtlijsten structureel onaanvaardbaar blijven.

Een beetje in deze zelfde sfeer van marktwerking en wachtlijstomzeiling blijvende, wil ik nog iets over de privé-klinieken zeggen. Ik ben van mening dat er geen nieuwe privé-klinieken moeten ontstaan. Wij hadden een situatie waarbij het

Borst-Eilers

onaantrekkelijk was om een privé-kliniek te beginnen. Daardoor was er eigenlijk een soort aanvaardbare toestand, zij het dan niet helemaal de schoonheidsprijs verdienende, want het was eigenlijk een soort gedoogsituatie. Nu deze uitspraak er is geweest van het Centraal college van beroep voor het bedrijfsleven, is het duidelijk dat hier ook voor de vaste lasten tarieven moeten worden berekend. Ik ben het er volledig mee eens, dat het COTG dat nu ook doet. Tegelijkertijd moeten maatregelen genomen worden. Ik ben voornemens om op korte termijn een wettelijk verbod aan de Kamer voor te leggen. Een dergelijk verbod kan gestalte krijgen via de WZV of aan de hand van aparte wetgeving. Thans verkennen wij de mogelijkheden en het proces is bijna afgerond. Het voorgaande betekent niet dat een eind hoeft te komen aan alle kleinschalige voorzieningen. Men zal wel een vergunning moeten hebben om zo'n voorziening te kunnen leveren. In heel beperkte mate kan die een welkome aanvulling zijn op het aanbod in de curatieve zorg, maar het zou dan wel heel goed zijn als die kleine voorzieningen in het organisatorisch kader van een groot regulier ziekenhuis konden worden ingebed. Daarvoor zijn allerlei redenen, maar daar ga ik nu niet uitvoerig over spreken. Op dit punt ben ik het dus met de heer Werner eens. Ik vind ook dat dit de situatie zou moeten zijn.

Mijnheer de voorzitter! Ik kom vervolgens toe aan een reactie op de opmerkingen over het ziekenfonds. Bij die opmerkingen ging het allereerst over de kring van verzekerden. De heer Werner vroeg: komt u in deze kabinetsperiode nog met beleidsvoorstellen om in dit opzicht iets te veranderen? Thans zijn wij al bezig met het plegen van voorbereidend onderzoek. Het resultaat van dat onderzoek zal zijn weerslag krijgen in een uitvoerige notitie waarin alle mogelijkheden nog eens goed op een rijtje worden gezet. Misschien hebben de leden gezien dat het Sociaal en cultureel planbureau op ons verzoek al een voorstudie heeft gedaan. Op welke wijze kun je de kring van verzekerden veranderen? Welke inkomensbegrippen kunnen gehanteerd worden? Welke effecten zullen er zijn voor de kring van verzekerden in de Ziekenfondswet en voor de

koopkracht van de verschillende groeperingen? Wat zal de verandering betekenen voor de mate van solidariteit van de ziekenfondsverzekerden?

Voor het volgend kabinet zal dus een uitvoerig stuk beschikbaar zijn, dat een basis biedt voor het nemen van het besluit om tot een ander systeem over te gaan of om tot een aanpassing te komen. Men zou bijvoorbeeld kunnen besluiten om over te gaan tot het hanteren van een fiscaal inkomensbegrip bij de toetsing van de verzekeringsgerechtigde. Dan zouden de door de heer Werner bedoelde groepen, met name de kleine zelfstandigen, inderdaad ziekenfondsverzekerden kunnen worden. Deze gedachte spreekt mij zeer aan. We hebben echter afgesproken om in deze kabinetsperiode op dit punt geen concrete voorstellen bij de Kamer in te dienen.

Wat nog wel in voorbereiding is, is het wetsvoorstel ter afronding van de reparatie van de Wet-Van Otterloo. Bij dat wetsvoorstel is ook aan de orde de kwestie van de "in- en uitvliegende" ambtenaren, de ZVO-problematiek. Die problematiek is niet nieuw, maar wel de omvang daarvan. Sinds de Wet-Van Otterloo is de problematiek aanwezig. Ieder jaar moet een aantal gepensioneerde ZVO-betrokkenen naar het ziekenfonds overstappen. Zij kunnen daarbij een inkomensnadeel ondervinden – en dat ondervinden zij ook vaak – omdat in de oude particuliere verzekering alle ziektekosten vergoed werden die de zogenoemde ZVO-drempel te boven gingen. Het bedrag van die drempel is lager dan de premie die een gepensioneerde moet betalen die onder de ziekenfondsverzekering valt.

De inkomenseffecten vloeien dus voort uit de bestaande ZVO-regelgeving. Ik was al van plan hierover met de minister van Binnenlandse Zaken te spreken en om hem de gedachte voor te leggen dat de reparatie van deze regelgeving gedaan moet worden aan de hand van het arbeidsvoorwaarden-overleg tussen de minister van Binnenlandse Zaken en de bonden. Mevrouw Ter Veld zei dat men de problematiek misschien binnen het kader van de ZVO zou kunnen oplossen. Dat is een heel interessante suggestie en ik zal die dan ook

graag aan collega Dijkstal voorleggen.

Wanneer je overgaat naar een situatie waarin men spijtoptant kan worden en men, nadat men in het ziekenfonds is terechtgekomen daar weer uit kan treden en terug kan keren naar de ZVO, is natuurlijk allereerst de vraag: kan men nog wel terug naar de ZVO? Wordt men daar nog met open armen ontvangen? Verder is het bij de gelijke behandeling de vraag, welke groepen inkomensnadeel ondervinden van een verplichte toegang tot het ziekenfonds en eruit zouden willen stappen. Geldt dit dan alleen voor 65-plussers, of gaan ook leden jonger dan 65 jaar daarnaar vragen? Voor je het weet, haal je een deel van het financiële draagvlak uit de Ziekenfondswet weg, omdat iedereen die het niet zo goed uitkomt, uit het ziekenfonds kan stappen. Een algemene spijtoptantenregeling is zeer riskant. Ik zou het liever alleen voor de ZVO-betrokkenen een oplossing vinden. Dit moet worden besproken met de heer Dijkstal. Hopelijk kan hij dat, misschien met hulp van mevrouw Ter Veld, oplossen.

De heer Werner heeft ook gesproken over budgettering en reserves van ziekenfondsen. Hij vroeg mij, of ik nog steeds van mening ben dat volledige budgettering van ziekenfondsen, dus zonder nacalculatie, per 1 januari aanstaande wenselijk is. Hij koppelde daar enkele vragen over de reserves aan, en over de relatie tussen die reserves en de achterborgregeling op grond van artikel 73a van de Ziekenfondswet. Voorzitter! Ik denk dat het afschaffen van de nacalculatie bij de variabele delen van die ziekenfonds-budgettering zeker wenselijk is. Maar op de vraag of het ook inderdaad per 1 januari aanstaande mogelijk is, kan ik op dit moment nog geen "ja" of "nee" zeggen. De ziekenfondsen hebben er uiteraard sterk op aangedrongen om eerst de tot nu toe genomen maatregel eens goed te evalueren; ik vind dat ook wenselijk. Maar wij zijn nog volop bezig om samen met betrokkenen vast te stellen, waar nu eigenlijk nog de resterende knelpunten zitten en welke oplossingsrichtingen we daarvoor kunnen kiezen.

Zorgverzekeraars Nederland heeft een toetsingscommissie ingesteld, die op dit moment ook de

Borst-Eilers

ziekenfondsbudgettering bestudeert. Medio dit jaar zullen we het allemaal helder voor ons hebben. Dan moet toch het besluit genomen worden of de begeleidende maatregelen inderdaad zodanig zijn, dat het verantwoord is om het per 1 januari helemaal door te voeren. Het lijkt mij ook een gezamenlijk belang van ziekenfondsen en overheid om het hele systeem zo spoedig mogelijk zo goed mogelijk te maken. Maar ik wil de ziekenfondsen niet met onredelijke maatregelen of zelfs onmogelijkheden opzadelen.

Ik wil hier graag het verband met de reserves leggen. De reservevorming is indertijd mede mogelijk gemaakt om de ziekenfondsen in staat te stellen, de verdeeffecten van het budgetteringssysteem op te vangen. Die treden altijd op, hoe afgewogen je dat systeem ook maakt, en hoe goed je je parameters ook probeert te kiezen. Als ik nu kijk naar de ontwikkeling van de reserves bij de individuele ziekenfondsen, is er sprake van onderlinge verschillen, maar het algemene beeld is dat men tegen een stootje kan. Ik kreeg de indruk dat de heer Werner dat met mij eens is. Er lijkt mij dan ook enige reden aanwezig om de dramatiek van de onvolmaaktheid van de huidige budgettering te relativiseren. Samenvattend: we moeten doorgaan met de budgettering, maar het tempo moet wel redelijk zijn. Reserves zullen trouwens altijd nodig blijven, zij het dat ze niet onnodig hoog zullen moeten worden. Tussen mij en de Tweede Kamer is dan ook een- en andermaal gesproken over de maximering van de reserves, wat ook een belangrijke prikkel is om de nominale premies niet onnodig te verhogen, waarmee men mooie reserves op kan bouwen zolang die niet gemaximeerd zijn.

Het achterborgartikel – artikel 73a Ziekenfondswet – is inderdaad blijven bestaan naast de mogelijkheid om reserves te gaan vormen. Het is een van de typische kenmerken van het mengsel van qua principe een echt sociale, en qua uitvoering een meer marktgerichte verzekering. Dat is de ziekenfondsverzekering toch zo langzamerhand wel geworden. Het hoeft elkaar niet te bijten, zolang de budgettering en de reserves nog in opbouw zijn, maar of dit artikel op termijn in ongewijzigde vorm in stand moet blijven, is natuurlijk wel de vraag. Dat intussen de minister van

Financiën minder snel op grond van artikel 73a behoeft in te springen bij onverhoopte deconfitures omdat ze een minimale verplichte reserve hebben, is natuurlijk een positieve kant van de zaak. Zoals gezegd, is een en ander in onderzoek. In het midden van dit jaar zal er ongetwijfeld een besluit over vallen.

De heer **Werner** (CDA): Zou u mij kunnen vertellen of de 1,2 mld. die de ziekenfondsen uit de premiegelden gebruikt hebben voor het opbouwen van de reserves, ten laste zijn gekomen van de 1,3% volumegroei?

Minister **Borst-Eilers**: Ik zou het antwoord op uw vraag eerst even willen doordenken. U krijgt het in tweede termijn.

Mijnheer de voorzitter! Mevrouw Van den Broek heeft wat betreft de eigen bijdrage in het kader van de Ziekenfondswet gevraagd waarom niet is gekozen voor een eigen risico. Verder hebben mevrouw Ter Veld en de heer Werner niet al te enthousiaste geluiden laten horen over een dergelijke eigen bijdrage. Aanvaardelijk leefde de gedachte van een eigen risico. Naar de mening van het kabinet had zo'n eigen risico echter twee bezwaren. Het eerste is dat aan het begin van het jaar ook de mensen met de laagste inkomens opeens f 200 op tafel zouden moeten leggen. Het tweede is dat de prikkel om kostenbewust met de zorg om te gaan verdwenen is als het eigen risico achter de rug is. Punt is namelijk dat f 200 in feite een laag eigen risico is. Om genoemde twee redenen hebben wij besloten om te komen tot een systeem van eigen bijdragen. Nu wordt er op het ogenblik veel over geklaagd, ook door degenen die het uit moeten voeren. In alle eerbijheid moet wel geconstateerd worden dat de ziekenfondsen geen duidelijk belang hebben bij een dergelijk systeem. Het is een van overheidswege opgelegde regeling. Waar ziekenfondsen met publiek geld werken, vind ik dat ze die regeling wel gewoon moeten uitvoeren. Tegelijkertijd zit er voor de ziekenfondsen niet echt iets leuks in, zodat hun enthousiasme daardoor over het algemeen een stuk minder wordt. De ziekenfondsen hebben overigens ruim de tijd gehad om voorbereidingen te treffen. De materie is inderdaad ingewikkeld, zoals ze zelf

ook beweren, maar ze hebben ook financiële middelen gekregen om de regeling adequaat te kunnen uitvoeren. Zo heel erg nieuw is het trouwens ook weer niet. Tegenwoordig zijn er combinaties van ziekenfondsen en particuliere verzekeraars die al ervaringen hebben met eigenbijdrageregelingen, zoals de KPZ-regeling. Ik vind het dan ook wel wat jammer dat men zo tegen die regeling fulmineert. Ik zou het erg prettig vinden als men die energie gebruikte om de regeling gewoon uit te voeren. Het is nu eenmaal kabinetsbeleid en men moet zich er maar bij neerleggen.

Als de verzekerde de eigen bijdrage weigert te betalen, heeft het ziekenfonds het gehele arsenaal van sancties conform het Burgerlijk Wetboek ter beschikking zoals incasso en deurwaarder. Het ziekenfonds kan in de gevallen waarin een vergoeding in geld moet worden verstrekt ook overgaan tot verrekening. De commissie Toezicht uitvoeringsorganisatie bij de Ziekenfondsraad ziet er nauwlettend op toe dat de ziekenfondsen voldoende inspanningen op dit terrein leveren. Als een ziekenfonds in gebreke blijft, kunnen er maatregelen tegen hem worden genomen. Men kan zich dus niet al te gemakkelijk van de inning van de bijdrage afmaken.

Mevrouw Tuinstra heeft gevraagd of er al duidelijkheid is over de kamerbreed aangenomen motie-Van Boxtel over het afzien van een eigen bijdrage van f 8 voor een dag ziekenhuisgerelateerde thuiszorg. Het kabinet heeft het beraad over deze motie betrokken bij de besprekingen over de Kaderwet die wij over anderhalve week hopen af te ronden. Na 18 april zullen wij de Kamer ons standpunt over genoemde motie toesturen.

De heer Werner heeft nog gevraagd of de ziekenfondsen de aangewezen instanties zijn om uit te maken wat wel en niet in bepaalde situaties gedaan moet worden. Moeten ze zich bezighouden met de behandeling, met de indicatiestelling? Ze moeten de Ziekenfondswet uitvoeren en die wet draagt in dat verband ziekenfondsen op om onnodige uitgaven en verstrekkingen te voorkomen. Er ligt dus in die wet een zekere opdracht – vrij nadrukkelijk zelfs – aan de ziekenfondsen. Het wettelijk instrument dat ze hebben is dan de toestemming. Wat ze

Borst-Eilers

natuurlijk niet moeten doen, is in de professionele autonomie van de hulpverlening treden. Dat ben ik volstrekt met de heer Werner eens. Ze moeten echter wel beoordelen of de kosten van bepaalde behandelingen – het gaat dan vaak om heel dure behandelingen – wel of niet door een ziekenfonds dienen te worden vergoed. Waar ze natuurlijk ook best naar mogen kijken, is of de richtlijnen die de beroepsgroep zelf heeft opgesteld, bijvoorbeeld indicaties voor bepaalde heel dure geneesmiddelen, wel worden gevolgd. Die richtlijnen hebben twee doelen: kwaliteit en het beperken van onnodige uitgaven.

De heer Werner had nog een vraag over de Wet geneesmiddelenprijzen. Ziet de minister nog mogelijkheden om met alternatieven te komen? Wordt er überhaupt nog wat aan gedaan of staan de besprekingen op dit punt stil? Ik heb bij verschillende gelegenheden al aangegeven dat alle voorstellen die een goed alternatief zijn voor de Wet geneesmiddelenprijzen serieus worden overwogen en worden getoetst aan de criteria die ook in overleg met deze Kamer zijn vastgesteld in januari 1996. Die criteria zijn: prijsverlaging tot het Europees gemiddelde, een breed draagvlak in de markt, geen strijdigheid met uitgangspunten van mededingingsrecht, het Geneesmiddelenvergoedingssysteem mag niet worden gefrustreerd en het goede voorschrijfgedrag mag niet worden belemmerd. De rechtbank te 's-Gravenhage heeft verleden week een interessante uitspraak gedaan inzake het beroep dat de onderlinge farmaceutische groothandel, de OPG, ingesteld heeft tegen de wet en tegen de regeling maximumprijzen. De rechtbank heeft in die uitspraak gesteld dat de minister eventuele alternatieven serieus moet overwegen en deze moet toetsen aan criteria die met het parlement zijn afgesproken. Dat is precies wat ik gedaan heb en bij nieuwe alternatieven steeds zal blijven doen.

Ondanks het feit dat de farmaconvenantscommissie mij gemeld heeft dat na toepassing van de eerste tranche op 1 juni 1996 voor verdere vrijwillige prijsverlagingen in de sector geen enkel draagvlak meer was, zijn de besprekingen wel doorgegaan en die zijn nog steeds gaande. Die gaan vooral over voorstellen tot verbetering van de

marktwerking. De sector weet immers ook dat als de marktwerking goed op gang komt de Wet geneesmiddelenprijzen van het toneel verdwijnt. De rechtbank heeft daar ook naar gekeken en geoordeeld dat de minister niet onrechtmatig bezig is. Ten slotte heeft de rechtbank geconstateerd dat de prijsmaatregel niet strijdig is met de Europese regelgeving en dat de gehanteerde berekeningssystematiek ook niet in strijd is met de wet. Dat is dus een uitspraak die steun geeft aan de Wet geneesmiddelenprijzen en de conclusie is dan ook dat die wet een geslaagde wet is.

Er is ook gevraagd naar de opbrengst. In 1996 is de wet zes maanden van kracht geweest voor het grootste deel, maar niet voor alle geneesmiddelen. In dat halve jaar en dan niet voor alle geneesmiddelen was de opbrengst 345 mln. Dat kan dus meteen al met twee worden vermenigvuldigd naar 700 mln. Als dan alle geneesmiddelen erbij worden betrokken – men is begonnen met de pillen en vervolgens de poeders en nu komen daar nog de zalven en dergelijke bij – zal dat in ieder geval die 700 mln. ruim te boven gaan als jaarlijkse opbrengst.

Voorzitter! Ik stel het zeer op prijs dat mevrouw Van den Broek en mevrouw Tuinstra uitgebreid stil hebben gestaan bij de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). Deze sector ligt mij nauw aan het hart. Ik heb al enthousiast verteld over alle vernieuwingen die daar plaatsvinden. Ik ben zeer positief gestemd over het advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening (RVZ) "Thuis in de GGZ". De GGZ stelt dat de vermaatschappelijking van de geestelijke gezondheidszorg met kracht moet worden bevorderd, dus dat zo veel mogelijk mensen thuis behandeld en verzorgd moeten worden. Ook ben ik het met de raad eens dat er meer sprake moet zijn van zogenoemde woon-zorg-welzijnscombinaties. Ik kan u zeggen dat de samenwerking met VROM op dit punt zeer positief is. Wij hebben hier regelmatig interdepartementaal overleg over. Staatssecretaris Tommel wil van harte aan dit soort ontwikkelingen meewerken.

De cijfers die de raad noemt over het aantal bedden dat omgezet kan worden in extramurale zorg – 50 tot 70% – vind ik onvoldoende onder-

bouwd om als hard uitgangspunt te nemen. Andere onderzoeken komen uit op 40%. Dat is wellicht een realistischer percentage. In ieder geval moeten er psychiatrische ziekenhuizen met een asielfunctie blijven. De raad is het daar ook over eens. Wij moeten het proces van afbraak of afbouw niet zo snel laten verlopen als in sommige andere Europese landen gebeurd is. Dat is voor patiënten zeer slecht uitpakend. Er moet zeker beleid gevoerd worden en de zaak moet ook goed aangepakt worden, maar er moet voortdurend geëvalueerd worden of er niet te veel plaatsen ongedaan worden gemaakt.

Ik zal in mijn beleidsbrief over de GGZ, die in vergaande staat van voorbereiding is, uitgebreid op dit stuk ingaan. Deze brief zal aan de Tweede en de Eerste Kamer worden gezonden. Hierin besteed ik aandacht aan de extramuralisering, aan een mogelijke knip, aan de domeindiscussie – de discussies tussen Höppener en Van Dantzig over de vraag of de GGZ ook open moet staan voor hulpvragen in de sfeer van levensproblemen – aan de opvang van de toenemende zorgvraag, aan de preventie, aan de rationalisering van het proces van zorgverlening en aan het stimuleren van doelmatigheid. Op dat laatste gebied heeft GGZ een achterstand ten opzichte van de somatische zorg. Dit ligt voor een deel aan de aard van de aandoeningen en aan de aard van de behandelingen. Ik ben ervan overtuigd dat er meer gedaan kan worden op het punt van normering, protocollering en scherpere indicatiestelling. Ik heb er bij het Trimbosinstituut op aangedrongen om daar iets aan te doen. Men zal binnenkort een conferentie over doelmatigheid organiseren.

Een ander belangrijk aspect van de GGZ is de wet BOPZ. Minister Sorgdrager en ik hebben de evaluatie ontvangen. Ik heb met zeer veel belangstelling geluisterd naar de opvattingen van mevrouw Van den Broek en mevrouw Tuinstra hierover. Een belangrijke vraag is of de systematiek van deze wet niet tot onevenredig grote gezondheidschade leidt bij bepaalde groepen patiënten. Bij de patiënten met schizofrenie is die vraag nog dringender geworden nu gebleken is dat een snelle behandeling zodra de eerste symptomen zich voordoen belangrijk is om het verloop van de ziekte gunstig te beïnvloeden. Dit is

Borst-Eilers

des te meer reden om mensen niet zo lang aan hun lot over te laten, tot zij letterlijk een gevaar voor zichzelf en/of anderen zijn en om pas dan tot opname over te gaan voor behandeling. Ik vraag de Gezondheidsraad of deze systematiek niet voor bepaalde groepen patiënten tot onevenredig grote schade kan leiden.

Overigens is het de beslissing van de geneesheer-directeur om iemand na korte tijd weer te ontslaan na een verblijf in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze handelt op advies van de behandelend psychiater. De rechter stelt geen termijnen voor opname. De maximale termijnen voor onvrijwillige opname staan in de wet en daar is dus geen rechterlijke uitspraak voor nodig. Het criterium voor het ontslag door de geneesheer-directeur is het geweken zijn van gevaar. Dit kan inderdaad betekenen dat het voor de behandeling van iemand beter zou zijn als hij nog wat langer kon blijven. Ik ben het met mevrouw Tuinstra eens dat de maatregel van het zelfbindingscontract een zeer aantrekkelijke optie is, omdat iemand dan op een moment dat hij nog volkomen tot oordelen bekwaam is, die beslissing kan nemen. Ik vind het dan ook verantwoord dat je iemand, als hij dan wat minder oordeelsbekwaam is, toch aan die beslissing houdt. Minister Sorgdrager en ik zullen, zodra wij nader advies hebben ontvangen, met name wat mij betreft van de Gezondheidsraad, een regeringsstandpunt voorleggen aan het kabinet. Wij proberen hier zo snel mogelijk aan te werken. Ik streef er zelf naar dat er voor het winter wordt en er weer zichzelf verwaarlozende en verloederde mensen in de kou over straat zwerven, iets gebeurd moet zijn.

Mijnheer de voorzitter! Mevrouw Van den Broek heeft gevraagd naar de verwerking van de financiële effecten van al die mooie patiëntenwetten, die wat erg makkelijk in de budgetten "wegzakten" en waar misschien geen extra geld voor had moeten komen. Om te beginnen leiden de Kwaliteitswet en de Wet klachtrecht niet tot extra werkdruk bij instellingen. Het zijn meer codificerende wetten die de bestaande praktijk vastleggen. In het algemeen levert het werken aan de kwaliteit van de zorg geld op. Dat is uit doelmatigheidsoogpunt dus een goede zaak. Wij faciliteren deze regelgeving wel door projecten en

experimenten te subsidiëren via de zogenaamde PEO-gelden.

Een buitengewoon belangrijk onderdeel van de Kwaliteitswet is dus inderdaad de doelmatigheid. Hiervoor is voor dit jaar een budget van ruim 1 mln. gereserveerd. Voor kwaliteit in maatschappelijk werk dienstverlening en kwaliteit in de GGZ is eveneens 1 mln. voor dit jaar gereserveerd. Ten behoeve van het klachtrecht is 0,6 mln. structureel opgenomen in de begroting van VWS ten behoeve van de Stichting ondersteuning klachtopvang. We ondersteunen daar ook wat projecten en cursussen op incidentele basis. Ten slotte worden de Landelijke cliëntenbond en de landelijke cliënten- en bewonersraden ook nog structureel gesubsidieerd voor respectievelijk f 400.000 en f 900.000.

Mevrouw **Van den Broek-Laman Trip** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Ik ben daar zeer van onder de indruk. Ik denk dat het heel goed is dat er op die manier projecten worden gestimuleerd en dat patiëntenorganisaties gesubsidieerd worden. Maar de instellingen zelf moeten het doen. Het gaat juist om wat er in de instellingen moet gebeuren.

Minister **Borst-Eilers**: Mijnheer de voorzitter! Dat heb ik goed begrepen, maar ik ben van mening dat de Kwaliteitswet en de Wet klachtrecht die wij altijd als codificerende wetten hebben gezien, geen extra werk meebrengen voor instellingen. Je kunt daarover natuurlijk van mening verschillen. Ik vind wel dat wij, waar wij een wet slaan die extra kosten met zich meebrengt, deze ook reëel in het budget moeten gaan verwerken.

Voorzitter! De heer De Boer heeft gesproken over een heel ander onderwerp, namelijk de arbeidsmarktknelpunten. Hij zei dat het werk in verpleegkundige en verzorgende beroepen slecht betaald wordt, dat het zwaar en onaangenaam is, dat het lastig is om voldoende gekwalificeerd personeel te krijgen en dat dit vraagt om een gerichte inspanning. Ik ben van mening dat werken in de zorg inderdaad een zware verantwoordelijkheid is. Ik ken heel veel mensen die in de zorg werken, in alle echelons. Dat het onaangenaam is, hoor ik ze gelukkig niet zeggen. Men is zeer gemotiveerd in het algemeen.

Dat is natuurlijk geen reden om mensen niet goed te honoreren. De beloning van het personeel heeft de afgelopen jaren dacht ik voluit onze aandacht gehad. De beloningspositie is uiteindelijk het terrein van de werkgever. De overheid stelt een overheidsbijdrage vast, waarbij ernaar gestreefd wordt dat men marktconforme arbeidsvoorwaarden kan aanbieden.

De heer **De Boer** (GroenLinks): Ontkent de minister dat het in toenemende mate moeite kost om personeel te werven voor deze sector? Dat was ook mijn vraag in het licht van het meerdere personeel dat er zal moeten komen als het gaat om de vergrijzing. Daar zal toch een beleid op uitgezet moeten worden.

Minister **Borst-Eilers**: Ik ben het met de heer De Boer eens dat daar inderdaad een probleem ligt. Er is een groeiend aantal zorgvragers, terwijl het aantal zorgverleners problematisch is. Als ik in de toekomst kijk, ben ik het helemaal met hem eens dat daar een knelpunt ligt. Wij moeten actief proberen om meer mensen in de zorg aan het werk te krijgen. De sectorfondsen hebben al tot behoorlijke successen geleid. Hierdoor is een flink aantal herintredende vrouwen en allochtonen naar het werk "toegeetrokken". Met name voor de lagere echelons moet het kwalificatieniveau 1 worden ingesteld, dat inhoudt dat ook mensen die het eenvoudigste werk doen een zekere, zij het korte, opleiding en training krijgen. Daarmee kan hun gevoel van eigenwaarde stijgen. Zij kunnen erkend worden als mensen die iets kunnen, zij het op een eenvoudig niveau. Zij zijn in zekere zin professionals in de hulpverlening.

Het gaat om motiverende maatregelen en om goede mogelijkheden voor bijscholing en doorstroming. Men begint in het algemeen zeer gemotiveerd in de zorg, maar als jaar in jaar uit eenvoudig werk wordt gedaan, zonder enig perspectief, gaat de aardigheid er af. Als ik tijdens een werkbezoek aan een verzorgingshuis verdwaal, zie ik bijvoorbeeld in psychogeriatrische verzorgingshuizen dat de verzorgenden interessante cursussen krijgen over de wijze waarop met demente bejaarden kan worden omgegaan. Er wordt daarbij ingegaan op de belevingswereld van de dementen en

Borst-Eilers

op de wijze waarop daarvan iets geleerd kan worden, waardoor daarop in de zorg kan worden ingespeeld. Men is daar reuze enthousiast over en vindt het werk daardoor leuker. De directeurs van instellingen die dit soort cursussen geven, steek ik een pluim op de hoed.

De heer Van den Berg heeft gevraagd naar de vraaggestuurde zorg en bovenregionale voorzieningen in relatie tot de bouwplannen in de regiovisie. Komt een en ander in de sectorvisies tot uiting? Dat is het geval. Het ligt ook in de bedoeling om daarmee door te gaan.

De heer Van den Berg informeerde naar de rol van de provincies bij het ontwikkelen van de regiovisie. Provincies hebben daarin een belangrijke rol. Onlangs is dat nog eens expliciet kenbaar gemaakt. Een en ander mag niet ontaarden in de terugkeer tot de oude planningsgedachte, maar de provincie heeft zeker de regisserende taak om ervoor te zorgen dat de regiovisie tot stand komt en dat alle betrokken partijen daaraan werken.

De heer Van den Berg heeft gevraagd hoe het staat met de voortgang en de stimulering van de palliatieve zorg. Het programma-voorstel van ZON inzake palliatieve zorg in de terminale fase is ingediend. Het bestaat uit drie fasen. Begin mei zal er een tussen-rapportage verschijnen. Het eindrapport verschijnt medio juli. De laatste belangrijke fase is de ontwikkelingsfase, het bevorderen dat de kennis over palliatieve zorg in een groeiend aantal centra ook wijd verbreid wordt. Dit traject zal rond 1 september zijn afgewerkt. Het is duidelijk dat hieraan hard wordt gewerkt. Ik heb overigens de bijdrage met f 250.000 per jaar verhoogd, zodat deze nu f 350.000 per jaar is.

De opmerking van mevrouw Ter Veld over de financiële informatievoorziening en toezicht onderschrijf ik volledig. Op 21 april zullen twee notities, één over de algemene uitgangspunten van toezicht bij VWS en één toegespitst op de verzekeraars, in de Tweede Kamer worden besproken. Ik denk niet dat ik met één wet op de informatievoorziening zal komen. Ik wil in alle "materiewetten" de informatievoorziening afzonderlijk regelen. De wetten worden daarop op dit moment gescreend.

De heer De Boer heeft mij tien vragen gesteld, een soort examen van GroenLinks voor bewindspersonen, zo heb ik het geïnterpreteerd. De eerste twee vragen zijn van puur politieke aard. Hij vraagt of ik het eens ben met een brede sociale basisverzekering voor iedereen. Ik hoef hem niet te zeggen dat dit nu juist een onderwerp is waarover de politieke opvattingen in Nederland uiteenlopen. Hij kent ook de opvattingen van de huidige coalitie die ook de mijne zijn, namelijk dat wij juist niet die kant op willen. Wij vullen dat wat anders in, maar ik denk dat vele wegen hier naar Rome kunnen leiden.

Ik juich voorts alleen maar toe dat men overal op regionaal niveau samenwerkt, zij het dan informeel want ik wil niet de regio als vierde bestuurslaag bestempelen, om continuïteit van zorg te creëren en op die manier aan te bieden.

Volgens de heer De Boer zou er relatief meer geld naar de care-sector moeten omdat de cure-sector altijd nog doelmatigheidswinst kan boeken. Daar ben ik het mee eens, evenals met zijn opvatting dat specialisten, paramedici en anderen samen met de ziekenhuizen in één budget zouden moeten komen.

Een volgende vraag van de heer De Boer ging over de ontwikkelingen op het gebied van de medische ethiek en de voortschrijdende medische technologie. Deze stellen ons inderdaad voor zeer indringende vragen. Voor de gezondheidszorg hebben wij verschillende instrumenten en gremia om die vragen te beantwoorden. De Gezondheidsraad signaleert dit soort dingen meestal heel tijdig en geeft dan meestal ook een advies waarnaar ook ethici en juristen samen met de medici hebben gekeken. Maar op een gegeven moment stuit je op dingen die je gewoon zou willen verbieden in Nederland. Dit kabinet is niet zo "verbiedend", ook niet op het terrein van de medische ethiek, maar er zijn zaken waarvan wij in Nederland allemaal vinden dat die te ver gaan. Ik denk dan bijvoorbeeld aan het klonen van mensen, het tot stand brengen van chimaeren tussen mens en dier, of het inplanten van dierlijke organen bij mensen. Daar willen wij niet aan beginnen, zeker niet op dit moment. Morgenavond wordt in de Tweede Kamer in tweede termijn een wetsvoorstel behandeld over bijzondere medische verrichtingen.

Daarin zit ook de mogelijkheid om bepaalde zaken een halt toe te roepen. Ook is er het wetsvoorstel inzake handelingen met geslachtscellen en embryo's waarin ook een aantal zaken geregeld kan worden.

Een deel van de medisch-ethische beslissingen betreft naar mijn mening echt individuele beslissingen waar de overheid zich niet mee moet bemoeien. Ik ben echter wel van mening dat de overheid bepaalde kaders moet stellen waarbinnen men bij bepaalde vragen – bijvoorbeeld over prenatale diagnostiek, levensbeëindiging van pasgeborenen, afbreking van zwangerschap – als individu moet beslissen.

De heer Werner heeft zijn zorg uitgesproken over uitspraken die ik gedaan zou hebben over het afbreken van zwangerschappen. Als hij deze naleest, zal hij constateren dat ik niets anders heb gedaan dan uitleggen wat de wet inzake afbreking van zwangerschap in Nederland zegt: als een individuele vrouw in een individuele noodsituatie verkeert, de arts die noodsituatie constateert en de vrouw aangeeft dat de enige oplossing voor die situatie het afbreken van de zwangerschap is, dan is de arts binnen de wet gerechtigd om dat te doen. Dat staat los van het feit wat dan de reden voor die noodsituatie is. Ik kon mij heel goed invoelen in de ongelofelijke geestelijke nood van de abortusarts die uiteindelijk drie keer tot het afbreken van een zwangerschap was overgegaan nadat de vrouw als argument noemde dat het voor de zoveelste keer om een meisje ging. Dat principe heb ik heel duidelijk afgewezen, maar kijkend naar de wet inzake afbreking van zwangerschap, is er maar één criterium en dat is de noodsituatie van de vrouw. Hoe men er persoonlijk ook over mag denken, de oorzaak van die noodsituatie is dan in zekere zin niet aan de orde.

□

Staatssecretaris **Terpstra**: Voorzitter! In navolging van de minister, die sprak over ingrijpende veranderingen in de zorg, reageer ik graag allereerst op de opmerkingen en vragen over drie majeure dossiers die eveneens te maken hebben met die ingrijpende veranderingen. De eerste is de thuiszorg, de tweede de overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ en de afschaffing van de

Terpstra

vermogenstoets, de derde het persoonsgebonden budget. Eigenlijk zou je daar ook nog de jeugdzorg bij moeten noemen. Bij al die dossiers gaat het erom, dat je je steeds weer moet afvragen waarom wij het ook al weer deden en wat de bedoeling ervan was. De rode draad, of misschien wel de paarse draad, in al deze dossiers is het aanbrengen van ordening, zodat er uiteindelijk met maximale substitutiemogelijkheden, een maximaal continuüm en zonder verkoking een betere zorg komt voor de cliënt.

Laat ik beginnen met het op orde brengen van de thuiszorg. Wat hebben wij gedaan? Wij hebben per 1 januari op het gebied van de thuiszorg de grote veranderingen teweeggebracht die allemaal te maken hebben met de ene integrale aanspraak algemene thuiszorg in de AWBZ. Deze aanspraak vervangt de versnippering die er tot dan toe was, namelijk het recht op kruiswerk en een subsidieregeling op gezinsverzorging. Het is vele jaren een nadrukkelijke wens geweest van vele woordvoerders, zowel in dit huis als aan de overkant, om over te gaan tot die ene integrale aanspraak. Daarbij hoorde één geharmoniseerde eigenbijdrageregeling voor die hele thuiszorg. De retributieregeling gezinsverzorging en de contributie voor het kruiswerk zijn samengevoegd en gelden nu voor de gehele aanspraak algemene thuiszorg. Daarbij hoorde dan weer een centrale inning van een inkomensafhankelijke eigen bijdrage op basis van het belastbaar inkomen. Daarbij hoorde tegelijkertijd, samen met de intramurale verpleging en verzorging, de indicatiestelling voor een algemene thuiszorg AWBZ. De indicatiestelling is op uitdrukkelijk verzoek van de Kamer als een integrale onafhankelijke indicatiestelling ondergebracht bij een onafhankelijk indicatieorgaan. Daarbij heeft de gemeentelijke overheid de bestuurlijke verantwoordelijkheid. Ik kom daar nog zo op terug.

Dit alles heeft zoveel grote veranderingen in de regelgeving tot gevolg gehad, dat het heeft geleid tot een enorm aantal invoeringsproblemen. In de Tweede Kamer hebben wij het al toegegeven: wij hebben die problemen aanvankelijk onderschat. Wij brengen deze zaak nu echter met man en macht op orde, en wel met heel veel medewerking van de Landelijke vereniging

voor thuiszorg, het CAK, de Ziekenfondsraad en alle andere instellingen en medewerkers, natuurlijk ook de medewerkers op het departement. Bovendien hebben wij de beleidsmatige aansturing op ons departement versterkt. Wij zijn blij dat de heer Van der Reijden bereid is gevonden om ons bij die aansturing te adviseren.

Zoals net is gezegd, wordt op ons departement hard gewerkt aan de visie op de thuiszorg. Wij zullen die visie eind april aan de Kamer kenbaar maken. Bovendien hebben wij de Kamer beloofd dat wij regelmatig zullen rapporteren over de ontwikkelingen van het op orde brengen van de invoeringsproblematiek in de thuiszorg. Een eerste rapportage staat gepland voor eind mei.

De heren Hendriks, Van den Berg, Werner en De Boer hebben opmerkingen gemaakt over de indicatiestelling. Ik zei al dat ik daarop nog terugkom.

Op alle opmerkingen over de bureaucratie rondom de indicatiestelling wil ik het volgende zeggen. De heer Hendriks dacht dat de indicatiestelling tot nu toe geweldig soepel verliep. Dat is niet zo. Integendeel, in de huidige situatie varieert dat per sector. In de sector verzorgings- en verplegingshuizen bestaat al bij de gemeente een onafhankelijke indicatiecommissie. In de sector thuiszorg indiceren de thuiszorginstellingen zelf. In de sector gehandicaptenzorg indiceert de sector zelf. Dit is echter per regio verschillend. In de GGZ wordt de indicatie door de professionele hulpverlening zelf verzorgd. Wat willen wij nu bereiken met die nieuwe indicatiestelling? Wij willen een integrale, onafhankelijke, geprotocolleerde indicatiestelling voor alle sectoren bereiken. Daarbij pakken wij de zaak per sector aan. Wij beginnen met de sector verzorgings- en verpleeghuizen en de thuiszorg. Dat is het eerste cluster. Vervolgens komen geleidelijk aan de sector gehandicapten en de GGZ gefaseerd in de tijd in beeld. Het is de bedoeling dat de gemeenten met de overige partijen daaraan een invulling gaan geven.

Op dit ogenblik wordt hard gewerkt aan het opstellen van de voortgangsnota over de indicatiestelling. Die zullen wij overigens eind april naar de Kamer sturen. Daarin zullen alle punten die de heer Van

den Berg heeft genoemd, worden behandeld en verwerkt. Ik wil overigens niet verhehlen dat van meet af aan al enige spanning bestond tussen de verschillende partijen, waarbij met name de rol van de gemeente in dat proces aan de orde was en de vraag of de zorgaanbieders niet eerder een rol in het traject zouden moeten spelen. Het lijkt verstandig, alle partijen bij de indicatiestelling te betrekken opdat de keten van indicatiestelling doelmatig en effectief is, want tenslotte komt de cliënt niet voor de indicatiestelling, maar voor de zorgverlening.

Er is gevraagd naar de juridische status van de indicatiestelling. Het gaat hierbij om een voor beroep vatbare beslissing. Dat laat echter onverlet de verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraar in het kader van de zorgtoewijzing. Ik wil dat heel nadrukkelijk onderstrepen.

Een andere opmerking in dit verband betrof de rol van de mantelzorg. Op dit punt bestaan er verschillen per sector. In de thuiszorg is het heel gebruikelijk dat mantelzorg wel degelijk een rol speelt bij de indicatiestelling, terwijl in de sfeer van de gehandicaptenzorg het verhaal eigenlijk weer anders ligt. Afhankelijk van het type voorziening moet dat punt per sector bekeken worden. Het beoogde punt van de extramuralisering speelt hierbij vanzelfsprekend een rol. Al deze aspecten komen aan de orde in het voortgangsbericht dat wij eind april aan de Kamer zullen sturen.

De tweede grote operatie betreft de overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ. Mevrouw Ter Veld dank ik voor deze aangever omdat zij gevraagd heeft of ik de indruk wil bevestigen dat de invoering van de overgangswet verzorgingshuizen goed is verlopen. Die indruk is inderdaad juist als ik afga op de zeer recente rapportages van de Ziekenfondsraad over de stand van zaken over de uitvoering van de overgangswet verzorgingshuizen. Ik wil daar tegelijkertijd bij zeggen dat het inderdaad mede het geval is door de constructieve suggesties, zowel vanuit dit huis als vanuit de Tweede Kamer. Deze hebben ertoe bijgedragen dat de invoering over het algemeen vlot verloopt en er slechts gesproken kan worden over enkele stroefheden en problemen hier en daar, wat natuurlijk is bij dergelijke operaties.

Terpstra

Er zijn echter geen zodanige knelpunten dat je moet zeggen dat de overgang helemaal niet loopt. Integendeel, op die plaatsen waar zich knelpunten of stagnaties voordoen, bevordert de Ziekenfondsraad als uitvoerder, als initiator en als coördinator dat de zaken vlotgetrokken worden en dat passende oplossingen worden gezocht. Het algemene beeld stemt inderdaad tot tevredenheid. Ik zeg dat met de vingers gekruist. Ik blijf de zaak zeer nauwgezet volgen.

Er zijn nog wel allerlei deelvraagstukken die aan de orde komen en die ook in deze Kamer aan de orde zijn geweest. De heer Werner vroeg zich af of de geharmoniseerde nieuwe eigenbijdrageregeling AWBZ met name voor jonge mensen met een handicap, bijvoorbeeld voor mensen uit Het Dorp, een onevenwichtigheid te zien gaf. De harmonisatie van eigen bijdragen gaat over de hele linie en heeft te maken met het feit dat er juist geen verkeerde, financiële incentives moeten komen, bijvoorbeeld naar duurdere vormen van opvang waarbij de eigen bijdrage minder zou zijn dan bijvoorbeeld wanneer er een inkomensafhankelijke eigen bijdrage moet worden betaald voor de thuiszorg als men thuis verblijft. Daartussen moet een zekere relatie zijn.

Dat betekent dat wij de inkomensafhankelijke eigen bijdrage voor het hele AWBZ-veld, dus zowel voor de thuiszorg, de integrale aanspraak als voor de AWBZ-instellingen hebben gelijkgetrokken. Voor alle nieuwe bewoners, ook van Het Dorp, is per 1 januari 1997 diezelfde geharmoniseerde eigen bijdrage ingegaan. Wij hebben daarover uitgebreid gesproken in de Tweede Kamer. Wij waren van mening dat dit zeer grote negatieve effecten zou kunnen hebben voor de huidige bewoners. Om die reden hebben wij besloten dat voor de huidige bewoners van AWBZ-instellingen per 1 januari nog niets verandert, dat de eerste tranche begint per 1 juli aanstaande en dat wij werken met een ingroei-traject tot en met 1 juli 2000 waarbij degenen die een zo hoog inkomen krijgen dat zij het maximum van f 3150 moeten betalen, dit bereiken op 1 juli 2000. Wij hebben deze uitwerking van de eigenbijdrageregeling nadrukkelijk met de Tweede Kamer afgesproken. Zij is ook gefiatteerd. Het enige wat ik daarnaast nog kan zeggen ten

faveure van de bewoners van Het Dorp en enkele andere grote woonvoorzieningen is dat voor inkomen uit arbeid in het algemeen een vrijstelling geldt van 15%. Als je er niks van mag overhouden, zou er wel heel weinig incentive van uitgaan. Bovendien geldt voor Het Dorp en die andere grote woonvoorzieningen een extra vrijstelling van f 62,50 per maand. Ik meen zelfs dat die extra vrijstelling van f 62,50 per maand voortkomt uit een amendement van mevrouw Ter Veld, door mij ondersteund met het oog op die bijzondere positie.

Ik wil de problemen niet bagatelliseren. Natuurlijk zie ik hoe zij soms individueel kunnen uitwerken. Toch blijkt dat er voor mensen met een heel bescheiden inkomen uit arbeid ten opzichte van de situatie van voor 1 januari 1997 niet zo erg veel zal veranderen en dat de verandering vooral neerslaat bij mensen met hogere inkomens. Het blijkt dat mensen met een handicap die een hoger inkomen uit arbeid hebben en die wonen in Het Dorp of een van de andere grote woonvoorzieningen nu ook uitkijken naar alternatieve woonoplossingen. Dat is een beweging die zich ook zonder een inkomensafhankelijke eigen bijdrage al een poos voltrekt. Je ziet dat mensen, die aanvankelijk in een voorziening als Het Dorp zeer op hun plaats waren, soms zoveel zelfstandiger worden dat je in feite kan spreken over een extramuralisering.

De heer Hendriks heeft het probleem van vaststelling en inning van de eigen bijdrage AWBZ aan de orde gesteld. Hij sloot zich aan bij de mening van de Landelijke organisatie bewonerscommissies bejaardenhuizen, de LOBB. Deze organisatie pleit voor een andere systematiek van vaststelling en inning. Laat ik nog een keer zeggen dat wij ons ervan bewust zijn dat wij hebben gekozen voor een systeem dat zeer dicht aansluit bij de wensen van de LOBB, maar vooral bij de AWBZ-systematiek omdat de verzorgingshuizen zijn overgegaan naar de AWBZ. Dit betekent dat de verbindingkantoren de hoogte van de bijdrage vaststellen en ook voor de inning zorgen. Wat dit betreft, wordt haarscherp aangesloten bij het voorstel van de LOBB. Wij doen er echter nog een stapje bovenop. Wij zeggen: om de administratieve uitvoeringslasten zo laag mogelijk te houden en de opbrengsten dus zo

hoog mogelijk is in overeenstemming met de bijdrage op grond van de AWBZ als uitgangspunt genomen de zogenaamde inhouding aan de bron. Dit betekent dat de Sociale verzekeringsbank de eigen bijdrage verrekent met de AOW, voorzover er sprake is van AOW. Dit lijkt een extra administratieve stap, maar dat is het niet. De SVB heeft geen eigen verantwoordelijkheid voor de vaststelling en inning van de eigen bijdrage. Het enige wat men doet, is dat men de gebruikelijke inhouding aan de bron uitvoert. Als wij dit systeem veranderen en de inhouding aan de bron afschaffen, leidt dit tot een aanzienlijke verhoging van de administratieve lasten. Dit houdt in dat ik het voorstel van de LOBB, dat erop neerkomt dat wij de SVB hierbij uitschakelen, niet zal overnemen.

De heer Hendriks heeft verder gesproken over een persbericht dat hij een paar weken geleden heeft gelezen en waarin staat dat de verzorgingshuizen graag 100 mln. erbij willen hebben. Ik heb dat persbericht ook gelezen en ik merk op dat het niet compleet is. In het persbericht is er geen melding van gemaakt dat bij het aantreden van dit kabinet de aangekondigde bezuinigingen ad 100 mln. al geschrapt zijn. Bovendien is er niet bij vermeld dat de systematiek per 1 januari van dit jaar is gewijzigd, nu de verzorgingshuizen zijn overgegaan naar de AWBZ. Met het IPO heb ik afgesproken, juist vanwege de zorgkwaliteit, dat ondanks het teruglopen van de capaciteit en dus ook van de eigen bijdrage het totale budget gelijk kan blijven. In de loop van de komende vier jaar dalen de capaciteit en de eigen bijdrage dus, maar blijft het budget hetzelfde. Dat is een verbetering, een maatregel ten behoeve van de kwaliteit van de zorg. In het persbericht staat ook niet vermeld, dat men juist vanwege het verminderen van de werkdruk en om meer handen aan het bed te krijgen reeds nu volop kan meedelen in de mogelijkheden van de Melkertbanen, zoals dat ook in de verpleeghuissectie gebeurt. Voor de verzorgingshuizen en verpleeghuizen zijn dit jaar en volgend jaar tientallen miljoenen beschikbaar. Ten slotte stond niet in het persbericht, dat er een geweldige beweging op gang is gekomen met een circuitvorming voor verpleegunits in verzorgingshuizen en verpleeghuizen. Thuiszorg en verzorgingshuizen kunnen met elkaar

Terpstra

intensief samenwerken om de beschikbare kennis en kunde optimaal in te zetten. Ik vond dat het persbericht niet echt compleet was.

Na de grote portefeuille van de thuiszorg, de overgang van de verzorgingshuizen naar de AWBZ en de harmonisatie van de eigen bijdrage is er de cultuuromslag van het persoonsgebonden budget. Allen die er vandaag over gesproken hebben, mevrouw Van den Broek, de heer Werner, mevrouw Ter Veld, de heer Van den Berg en de heer Hendriks, hebben uitgesproken dat de filosofie en de gedachte achter het persoonsgebonden budget nog steeds volop worden gedeeld. Dat is terecht, want het geeft mensen met een persoonsgebonden budget geweldig meer mogelijkheden voor werkelijke zorg op maat.

Wat hebben wij met de Kamer afgesproken bij de invoering van het persoonsgebonden budget? Juist omdat het een nieuw systeem is, met een heel nieuwe, andere filosofie, hebben wij met de Kamer afgesproken, dat wij in eerste instantie zouden werken met een subsidieregeling en bovendien, dat wij zouden beginnen met de invoering van het persoonsgebonden budget op beperkte schaal. Tussentijds zouden wij geen fundamentele beleidswijzigingen laten plaatsvinden, maar wij zouden eerst de eindevaluatie van het ITS afwachten. Dan zouden wij besluiten, op grond van die eindevaluatie, of de huidige PGB-regeling principieel zou moeten worden gewijzigd. Die eindevaluatie zal er maart 1998 zijn. Wanneer je echter werkende weg, zoals wij hadden afgesproken, ontdekt dat er niet alleen aanloopproblemen zijn, maar ook structurele problemen, ontslaat dat je niet van de plicht de uitvoeringsregelingen te verbeteren. Toen bleek dat wij het niet alleen hadden over aanloopproblemen, maar dat er echt structureel een uitvoeringsprobleem aan de orde was, hebben wij dat geanalyseerd. Wij zijn tot de conclusie gekomen dat in de praktijk een zorgvuldige administratieve uitvoering van de PGB-regeling een infrastructuur vergt die moet voldoen aan een aantal voorwaarden. Ik noem er drie.

Ten eerste moet je een publiekgerichte uitvoeringsexpertise hebben. Dat betekent: één centraal landelijk aanspreekpunt. Ten tweede moet je een decentraal kantorennetwerk hebben, zodat je dicht bij de mensen

bent. Die moeten een inlooptmogelijkheid hebben. Ten derde moet er een integratie van de beheerstaak zijn – daaraan heeft het geschort – en van de administratieve verwerking.

Toen wij die analyse eenmaal hadden gemaakt, heb ik de Ziekenfondsraad verzocht zich te verstaan met de Sociale verzekeringsbank, omdat de Sociale verzekeringsbank voldoet aan alle genoemde voorwaarden. Ik heb de Tweede Kamer daarover geïnformeerd in mijn brief van december. Tijdens het algemeen overleg op 26 februari jongstleden hebben wij de zaak doorgesproken. De Tweede Kamer heeft dit geaccordeerd. De Sociale verzekeringsbank onderzoekt op dit ogenblik samen met de Ziekenfondsraad op welke wijze de administratieve uitvoering ter hand kan worden genomen. Dat zou wat mij betreft gepaard kunnen gaan met een vereenvoudiging van de regelgeving. Wij zullen proberen om een betere administratieve uitvoeringsregeling te organiseren. De streefdatum van invoering is nog steeds september 1997, maar een zorgvuldige uitvoering en een zorgvuldige overgang zijn uitgangspunt. Als dat in september niet lukt, dan steekt het niet op één of twee weken of een maand; maar het moet zorgvuldig gaan. Ik denk dat wij op deze wijze verder kunnen gaan met het op orde brengen en de ordening van ook deze regeling. Voor een meer fundamentele wijziging of, zo u wilt, een ontbureaucratisering van de regeling verwijs ik naar het kabinetsstandpunt dat volgt op de evaluatie inzake het ITS-onderzoek; het eindrapport verschijnt in het voorjaar van 1998.

Enkele woordvoerders hebben gevraagd: is er nu al substantieel meer naar het PGB gegaan? Er is inderdaad een verhoging van het PGB-budget voor 1997. Dit jaar is dat totaal 245 mln.: 180 mln. voor verpleging en verzorging, inclusief de AAW die erbij zit, en 65 mln. voor de verstandelijk gehandicapten. Het is in zijn totaliteit nog maar een zeer bescheiden begin van het persoonsgebonden budget, maar ik vind dat verantwoord, omdat ik vind dat je eerst die zaken goed moet verankeren, voordat je er met meer geld mee gaat werken.

Voorzitter! Ik ben mevrouw Ter Veld zeer dankbaar dat zij ook iets heeft gezegd over de W van ons

departement, de welzijnspoot. Ik moet u zeggen dat mevrouw Ter Veld de taken van VWS op het terrein van het welzijn goed getypeerd heeft. Maar dat verwacht je ook niet anders van iemand die er zo door gepikt en gemazeld is. Met haar deel ik de typering dat juist de bijzondere rol van ons departement op het terrein van welzijn er een is van participatie en integratie. Zij noemde een paar voorbeelden en ik noem er nu ook een paar, zoals de inzet rond het hele achterstandsbeleid, juist om te zorgen dat er geen mensen buiten de boot vallen, inclusief het armoedebeleid, waaraan gewerkt wordt samen met de minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. Ik noem het beleid gericht op dak- en thuislozen, discriminatie, problemen rond mensen met een handicap, minderheden, jeugd – zowel nationaal, alsook internationaal, bijvoorbeeld de inzet in het kader van de Europese Unie, zoals de conferentie sociale integratie/sociale kwaliteit, maar bijvoorbeeld ook, zoals gisteren, de internationale conferentie van de NGO's, die een geweldige impuls heeft gegeven tegen de vrouwenhandel. Het ondersteunen van en een actief samenspel met de infrastructures, bijvoorbeeld ten aanzien van lokale activiteiten, is daarbij essentieel. Maar dan niet – dat ben ik met haar eens – als uitvoerder, maar wel om te faciliteren, om handreikingen te geven, om het mensen mogelijk te maken goede ideeën over te nemen. Daarbij kijkend naar delen van het land waar het goed is gegaan; om onder andere via het lokaal welzijnsbeleid vorm te geven aan dat heel belangrijke participatie- en integratiemodel. Ik zou graag voor wat nadere uitleg willen verwijzen naar het verslag van het algemeen overleg over lokaal sociaal welzijnsbeleid. Daar heeft de collega van mevrouw Ter Veld de heer Middel – die weet er toch echt wat van – gezegd dat de W van ons departement is te typeren als: lef en met visie. Dat vond ik buitengewoon aardig om te horen, ook – en terecht – voor mijn medewerkers op het departement, die daar zo hard aan sleuren.

Voorzitter! Mevrouw Ter Veld heeft concrete voorbeelden gegeven ten aanzien van participatie en informatie. Op het tweede voorbeeld, dat van de sport, kom ik dadelijk nog terug, maar ik zou eerst willen

Terpstra

ingaan op het eerste voorbeeld, over de informatietechnologie en ouderen. Ook bij de informatietechnologie en ouderen gaat het in feite om twee sporen. Het eerste spoor is in feite het hele programma "overheidsloket 2000", waarbij het doel is dat de informatietechnologie, de nieuwe informatietechnologie en de nieuwe media ten dienste staan om te komen tot één loket van overheden en andere publieke organisaties en instanties om burgers snel en klantvriendelijk en zonder verwijzingen te geleiden naar de informatie en de dienstverlening die zij willen hebben. Dan hebben wij het natuurlijk over het feit dat er een duidelijke scheiding is tussen de front en de back offices en over het feit dat de nieuwe informatie- en communicatietechnologie hier een zeer ondersteunende rol vervult. Dit is het eerste traject. Ik ben blij dat wij tezamen met Binnenlandse Zaken pilotprojecten hebben, bijvoorbeeld in Emmen, Almelo, Utrecht, Eindhoven, Alphen aan den Rijn en Aalburg. Hiermee komen wij een heel eind. VWS is in de stuurgroep Overheidsloket 2000 sterk vertegenwoordigd, juist ten behoeve van de voortgangsplanning en de bewaking. Ondertussen gaan wij ook op ons departement verder met het uitwerken van de verlenging, de verbreding en de verdieping van de actielijn: één loket voor ouderen en gehandicapten op het hele brede zorg- en welzijnsterrein. Met het project Sociale elektronische informatievoorziening, SEIN 2001, willen wij juist in het kader van het nationaal actieprogramma Elektronische snelwegen graag aansluiten bij het werk van de stuurgroep Overheidsloket 2000. We moeten namelijk verder. Wij willen de burger beter ondersteunen met elektronische informatievoorziening op het zeer brede terrein van sociale informatie die echt van belang is voor de fysieke, de geestelijke en de maatschappelijke zelfredzaamheid en zelfstandigheid. Dat is het ene spoor.

Over het andere spoor heeft mevrouw Ter Veld ook gesproken. Daarbij gaat het om een buitengewoon grote uitdaging. Met dat andere spoor willen wij namelijk ouderen ondersteunen op het voor hen nog niet zo vertrouwd gebied van de elektronische hulpmiddelen en de media. Wij willen ze dus helpen als gebruiker. Wij zijn bezig met een min of meer vernieuwend

beleid. Daarmee proberen wij ouderen aan de hand van een stimuleringsprogramma Technologie voor ouderen te betrekken bij de nieuwe dingen. Soms zijn zij namelijk op het gebied van de informatietechnologie analfabeet. Hiermee doel ik ook op mezelf, want ik ben ook een Internetsurf-analfabeet. Welnu, wat doen we? We hebben projecten opgezet voor stimulering van ouderen bij het gebruik van de elektronische snelwegen. Ik noem: Internetsurfen via CDI en via de tv, Internetpuzzles, E-mail met beeld en geluid, virtueel winkelcentrum en een cursus ouderen achter de pc en op Internet. Het mooiste vind ik dat op dit ogenblik op Internet draait: senior web. Dat is ontworpen onder auspiciën van het Nederlands platform ouderen en alsmede in Europees kader. Op de laatste ouderenbeurs werd het uitgebreid gedemonstreerd. Er stond toen een queue van jewelste. Veel ouderen wilden een keertje op dit web werken. Hartstikke leuk!

Deze mogelijkheden helpen bij het wegnemen van drempels en het vergroten van de betrokkenheid van ouderen bij de inzet en het gebruik van de nieuwe informatietechnologie. Het is echt ontzettend aardig voor hen om hiermee bezig te zijn.

Tot slot kan ik melden dat het Rathenau-instituut de bedoeling heeft om in de loop van mei aanstaande een rapport uit te brengen met aanbevelingen. Daarmee zal gezegd worden hoe men kan voorkomen dat ouderen worden uitgesloten van gebruikmaking van de nieuwe technologie. Het rapport heet dan ook: De dreiging verkend. Wij hebben natuurlijk een behoorlijk steentje bijgedragen aan de opstelling van het rapport. Als de leden dat rapport interessant vinden, zal ik ervoor zorgen dat het ook naar de Eerste Kamer zal worden gestuurd. Voor sommigen leden zal het misschien heel interessant zijn, want wellicht zullen zij de problematiek ook op zichzelf betrekken.

Voorzitter! Van mijn opmerkingen over de ouderen stap ik over naar opmerkingen over de jongeren. Eigenlijk is dat een heel kleine stap. Ik doel nu vooral op het zeer indringende betoog van de heer De Boer over de jeugd. Ik vind deze problematiek indringend, omdat moeilijke vragen aan de orde zijn waarop iedere keer weer een nieuw

antwoord gevonden moet worden. De heer De Boer sprak over 20% probleemjongeren. Dat zijn jongeren die echt grote problemen hebben. Ik merk in dit verband op, dat wij het dan hebben over problemen die jongeren hebben, bijvoorbeeld doordat zij in een zeer moeilijke opvoedingssituatie zitten of doordat zij moeilijkheden hebben op school. Een groot aantal kinderen gaat namelijk al met achterstand aan het onderwijs beginnen en die achterstand wordt vervolgens steeds groter. Daarom hebben wij opstapprojecten. Die vormen een opstapje om de achterstand weg te werken. Er zijn meer van dergelijke initiatieven. Verder gaat het hierbij om jongeren die problemen hebben met bijvoorbeeld het vinden van werk of die gezondheidsproblemen hebben. Dat is de ene categorie.

De andere categorie wordt gevormd door jongeren die problemen veroorzaken. Daarbij kan sprake zijn van crimineel of gewelddadig gedrag als gevolg van verslaving. Verder kan sprake zijn van zwerfgedrag. Ik wil daar graag op ingaan, om aan te geven dat we proberen die problemen aan te pakken en ze te voorkomen. Maar voordat ik dat doe, wil ik er eerst nog eens op wijzen dat het met het overgrote deel van de jeugd, 80 à 85%, wel goed gaat. Verreweg de meeste jongeren groeien zonder al te grote problemen op en vinden dan ook hun weg in de samenleving. Sterker nog: het gaat met heel veel jongeren uitstekend; het leeuwendeel van de jeugd is gezond, bereikt een almaar hoger opleidingsniveau, is tevreden met de verkregen opvoeding, blijft vaak ook langer thuis wonen en vindt met niet al te veel problemen gewoon een plekje op de arbeidsmarkt, en in ieder geval een plekje in de samenleving.

Ik zeg dit zo nadrukkelijk, niet om de steeds ernstiger wordende problemen bij het andere deel van de jeugd te ontkennen, integendeel. Ik doe dat omdat het nodig is om het beeld goed neer te zetten, en om tegenwicht te geven aan het soms heel negatieve zelfbeeld dat jongeren krijgen. Zij hebben wel eens tegen mij gezegd: "Ik kan geen krant opslaan of ik zie dat we problemen krijgen of maken, maar ik herken mijzelf daar niet in." Ik geloof dat het goed is om te zorgen dat het beeld helder wordt neergezet, juist omdat je als overheid voor die groep

Terpstra

jongeren een verantwoordelijkheid hebt, alleen al op grond van het door Nederland geratificeerde VN-verdrag voor de rechten van het kind, waarin staat dat jongeren het recht hebben om serieus te worden genomen, naar geluisterd te worden en beschermd te worden. Serieus nemen en luisteren doen we in toenemende mate in projecten voor jeugdparticipatie, waarbij ik denk aan het feit dat we nu al voor de derde keer een Nationaal jeugddebat hebben, en aan de door ons ingestelde jongerenpanels. Bescherming bieden we door onze pogingen om jongeren te beschermen tegen alle mogelijke soorten van kwalijke invloeden van buitenaf, of het nu de geweldspiraal, allerlei gewelddadige video's en films of andere mediaproducten zijn. Ik wijs op het rapport "Niet voor alle leeftijden" dat de heer Nuis en ik vorige week naar de Kamer hebben gestuurd. Vanuit die verantwoordelijkheid, ook voor het goede deel van de jeugd, hebben wij een preventief jeugdbeleid op gang gezet, al zou het alleen maar zijn om te voorkomen dat dit deel zo vergeten wordt dat het afkalft en verdwijnt naar het probleemgebied. We hebben dan ook het beleidskader preventieve en curatieve jeugdzorg 1997-2000, dat ik samen met de collega's van OCW en Justitie al in september van het vorig jaar naar de Kamer heb gestuurd.

Ik kom nu toe aan het deel van het jeugdbeleid waarop de heer De Boer duidde toen hij sprak over de zeer serieuze problemen die bestaan. Dat is waar: iedere keer weer is het zeer onthutsend om in een instelling te komen waar jongeren zijn geplaatst die in hun korte leven al met zoveel problemen zijn geconfronteerd, dat je tot de conclusie moet komen dat ze een ongelooflijk slecht perspectief voor hun verdere leven hebben. Bij een groot deel van die jongeren is vooral de thuissituatie zeer zorgelijk. Het is waar dat die problemen alleen maar erger worden. Het aantal meldingen van kindermishandeling is sinds 1990 met 70% gestegen, voor een deel omdat er steeds minder een taboe rust op het praten daarover. Ik herinner in dit verband aan de grote actie "Over sommige geheimen moet je praten". Een dergelijke stijging is gigantisch. Het aantal ondertoezichtstellingen is in vier jaar tijd met eenderde gestegen. Ook in het onderwijs zie je grote problemen. Het aantal leerlingen dat naar de één

of andere vorm van speciaal onderwijs wordt verwezen, is in de afgelopen jaren gestegen tot ver boven de 100.000. Verslaving aan drugs, gokken en alcohol vormt een probleem voor een aantal jeugdigen dat er niet om liegt. Voor sommigen zijn de problemen zo ernstig dat ze marginaliseren, gaan zwerven en alle bindingen met familie en school verbreken. Dan helpt een preventief jeugdbeleid in feite niet meer: dan zul je daaraan curatief moeten gaan werken.

De heer De Boer heeft gevraagd wat er gebeurt om dat tijt te keren. Laat ik zeggen: van alles. Er is geen sprake van berusting, noch bij de rijksoverheid noch op lokaal niveau. Samen met de gemeenten en de provincies voeren wij een uitgewerkt preventief en curatief jeugdbeleid uit. Overigens is dat jeugdbeleid voor een belangrijk deel gedecentraliseerd. De gemeenten zijn dicht bij de burger verantwoordelijk voor het preventief jeugdbeleid, de provincies zijn dat voor de jeugdhulpverlening en de planning daaromheen, terwijl de rijksoverheid de kaders schept. Ik zeg met grote nadruk dat er geen sprake is van een gevoel van machteloosheid. Zeker, de problemen zijn complex en worden steeds groter. Iedere keer zullen wij merken dat traditionele vormen van hulpverlening niet meer aanslaan, zeker, maar wij geven de moed niet op. Integendeel, wij proberen iedere keer met nieuwe alliantievormen en met een nieuwe, originele aanpak die mede wordt aangedragen door jongeren zelf, iets te doen aan deze enorm complexe problematiek.

Naast de aanpak van de problemen is er de preventie. In het kader van het lokaal preventief jeugdbeleid is vanwege de overheid de commissie-Groenman ingesteld die op een buitengewoon inspirerende manier bezig is en ook de gemeenten stimuleert, waarbij zij tevens veel mogelijkheden aanreikt. Verder is er lokaal preventief onderwijsbeleid dat versterkt wordt door het lokaal preventief jeugdbeleid. Met elkaar proberen wij iedere mogelijkheid om de genoemde problematiek aan te pakken, te benutten. De heer De Boer heeft in dit verband gerefereerd aan allerlei bewegingen waarbij hij vraagtekens plaatst. Hij heeft er terecht op gewezen dat alles niet zodanig op elkaar aansluit dat een zodanige aanpak gegarandeerd kan worden dat niemand meer buiten de

boot valt. Ondanks het bestaan van het JWG, de spijbelopvangprojecten en alle HALT-programma's is er niet sprake van een sluitende aanpak. Wij zullen gezamenlijk moeten proberen te komen tot een nog betere aanpak. Integraal jeugdbeleid ontstaat niet uit een nota maar uit een samenspel van bestuurders en uitvoerders. Er wordt keihard aan gewerkt, juist omdat het gevoel van urgentie absoluut aanwezig is.

De heer De Boer heeft mijn mening gevraagd over de gedachte om LOM-scholen en andere vormen van speciaal onderwijs minder toegankelijk te maken. Ik vind het ontzettend belangrijk om zo lang mogelijk te proberen kinderen binnen de reguliere kaders te houden en ze niet buitenboord te plaatsen. Geprobeerd moet worden om in het reguliere onderwijs kinderen zoveel mogelijk zorg en onderwijs op maat te geven. Programma's zoals "Weer samen naar school" werken daar effectief aan mee. Ik ben daar een groot voorstander van.

De heer De Boer heeft mij verder gevraagd of het mij bekend is dat sommige ouders en anderen de beschikbaarheid van adequate hulp aan kinderen en aan de ouders zelf, ter discussie stellen en of ik kan garanderen dat die hulp in een zo vroeg mogelijk stadium wordt gegeven. Het probleem is ons buitengewoon goed bekend. Het is ook neergelegd in de nota "Jeugdzorg in spagaat", waarin ik heel nadrukkelijk aandacht heb gevraagd voor het feit dat soms hulpplaatsen moeten worden afgedwongen via een kort geding. Dat laatste is natuurlijk niet de bedoeling, laat staan dat je jongeren van de ene crisisopvang naar de andere verwijst. Het is niet voor niets dat na jaren van bezuinigingen op de jeugdhulpverlening, het kabinet eervorig jaar uiteindelijk een substantieel bedrag ter beschikking heeft gesteld olopend tot 72 mln., teneinde iets te doen aan de intensievere varianten van de hulp. Wij hebben een en ander nu goed uitgezet. In samenspraak met de provincies, de instellingen en alle andere betrokkenen is een verdeling gemaakt van genoemd bedrag. Dat wordt nu ingevuld. Ik verwacht dat wij daarmee belangrijke vooruitgang boeken bij het oplossen van de eerder geschetste problemen, een en ander in samenhang met de operatie één regie in de jeugdzorg. Dat één

Terpstra

regie in de jeugdzorg heeft te maken met de gezamenlijke intake. Er is één bureau jeugdzorg. Vervolgens is er onder andere één systeem van planning en control, het P en C-model, waarbij juist ook die beleidsinformatie in de jeugdzorg eindelijk op poten zal komen. Dit jaar wordt het als proef ingevoerd. Werkendeweg zullen wij het verbeteren en op 1 januari komend jaar moet het dan worden ingevoerd. Het is mijn stellige overtuiging dat het plaatsingstraject dan doelmatiger zal verlopen, ook voor de justitiële en kinderbeschermingspupillen, waar mevrouw Ter Veld naar vroeg. Er wordt ontzettend hard aan gewerkt. Wij hebben algemene systeemeisen vastgesteld. Per 1998 zal de instroom in de jeugdzorg op die manier te realiseren zijn, opdat wij niet met iedere individuele jongere hoeven te schuiven en te leuren.

De heer De Boer heeft nog gevraagd waar VWS precies staat ten aanzien van de kinderopvang tussen 0 en 12 jaar en de buitenschoolse opvang. Wij staan daar middenin. Na een zeer succesvol stimuleringsbeleid van mijn voorgangster Hedy d'Ancona, is een capaciteitsverbreding van 20.000 plaatsen naar 70.000 opgetreden. Verder is begin 1996 de kinderopvang helemaal gedecentraliseerd naar de gemeenten. Die ontwikkelingen worden nu in kaart gebracht. Ik verwacht in de loop van dit jaar een evaluatie, waarin zal worden ingegaan op de vraag hoe zich dat verder ontwikkelde. Ik zal dan ook berichten krijgen over de kwaliteit die gegarandeerd of verbeterd moet worden, zoals wij dat bijvoorbeeld hebben vastgelegd in de AMvB kwaliteitsregels kinderopvang en over de ontwikkeling van een systeem waarbij de sector de kwaliteit zelf reguleert.

Verder hebben wij het financiële draagvlak van de sector versterkt, bijvoorbeeld via de fiscale aftrekregeling. Bovendien hebben wij geld gevoteerd voor een waarborgfonds voor investering in onroerend goed. De fiscale aftrekregeling wordt ook aan het eind van dit jaar geëvalueerd om te kijken of het mogelijkkerwijs een handvat biedt voor mogelijkheden van uitbouw van de buitenschoolse opvang. Wij zitten er dus middenin en wij zijn daar zeer in geïnvolveerd.

De heer **De Boer** (GroenLinks): De

kern van mijn vraag was of ik terecht het gevoel heb dat er rond de verdere uitbouw en het budget "een hete-aardappelgeschuif" plaatsvindt tussen uw ministerie en het ministerie van Sociale Zaken.

Staatssecretaris **Terpstra**: U heeft dat gevoel geheel onterecht. Op dit terrein is er een optimale samenwerking en zijn er optimale afspraken tussen Sociale Zaken en mijn departement.

De heer **De Boer** (GroenLinks): Bestaat bij uw departement niet het idee dat bij Sociale Zaken in de huidige constellatie gemakkelijker een budget is te vinden voor een verdere uitbouw van kinderopvang dan bij uw ministerie?

Staatssecretaris **Terpstra**: Als u de besprekingen in het kabinet zou volgen, zou u weten dat het bij niemand gemakkelijk is om geld te vinden.

Voorzitter! Ik kom dan bij de opmerkingen van mevrouw Tuinstra. Zij sprak er haar teleurstelling over uit dat er ondanks het feit dat zij verleden jaar al over een voedingsbeleid in het kader van het gezondheidsbeleid had gesproken, er zelfs nog een teruggang van de belangstelling voor deze sector valt te bespeuren. In plaats van één pagina in de memorie van toelichting over voedingsbeleid, stond er nu nog maar halve pagina in. Bovendien stond het onder de gezamenlijk kop van veterinaire en voeding. Laat ik mevrouw Tuinstra meteen geruststellen. Het betekent geenszins dat er ook maar een klein stukje minder aandacht zal zijn voor het voedingsbeleid. Sterker nog, het is een zeer belangrijk element in het beleid van VWS. Ik zal dat ook uitleggen. De omvang van de tekst in de memorie van toelichting heeft niets te maken met het belang dat er aan het onderwerp gehecht wordt. Wij moeten beoordeeld worden op hetgeen wij doen en niet op hetgeen wij opschrijven.

Mevrouw Tuinstra heeft gezegd dat er sinds de voedingsnota uit 1983/1984 weinig vlees meer aan de botten zit. Voorzitter! Hier is sprake van een misverstand. Er is in 1986/1987 een voortgangsrapportage uitgebracht en dit is ook gebeurd in 1992/1993. Er is dus sprake van een zekere regelmaat. In onze planning is opgenomen dat er na het verschijnen

van de VTV in juni aanstaande onmiddellijk begonnen zal worden met het opstellen van de derde voortgangsrapportage van de voedingsnota. Deze rapportage zal eind dit jaar, begin volgend jaar klaar zijn. Men kan erop rekenen dat wij dit met grote voortvarendheid zullen aanpakken. Dit alles toont aan dat er in plaats van een vermindering van de aandacht juist sprake is van een versterking van de aandacht.

Daarnaast is er de VWS-bijdrage aan de stuurgroep inzake goede voeding en de uitgebreide campagne "Goede voeding wat let je", de opvolger van de zeer succesvolle campagne "Let op vet". De doelstelling van de nieuwe campagne is om de burger meer complexe koolhydraten en vezels te laten consumeren en minder verzadigd vet. "Goede voeding wat let je" richt zich op de gehele bevolking. Ter ondersteuning worden er spotjes uitgezonden op de tv en worden er 3,5 miljoen folders verspreid, onder andere in de supermarkten. Deze campagne wordt niet door VWS alleen gevoerd, maar in samenwerking met een groot aantal instanties zoals de productieschappen, de Nederlandse hartstichting, het Koningin Wilhelminafonds enz.

Om de effectiviteit van die campagne te kunnen beoordelen hebben wij een zogenaamde nulmeting laten uitvoeren door de GGD's. Dat is dus geen volwaardig voedselconsumptiepeiling, zoals mevrouw Tuinstra veronderstelde. Deze meting betreft vooral de gedragsdeterminanten van de voeding. Een gevalideerde voedsel-frequentielijst diende vooral ter ondersteuning van de bepaling van de gedragsdeterminanten.

Daarnaast laten wij samen met LNV dit jaar de derde voedselconsumptiepeiling uitvoeren. Overeenkomstig het advies van de Gezondheidsraad zal deze op dezelfde manier worden uitgevoerd als de twee voorgaande peilingen. De resultaten van de peilingen kunnen met elkaar vergeleken worden teneinde de trend te kunnen vaststellen. Voor de eerste keer zal er extra onderzoek worden verricht naar de eetgewoonten van allochtone Nederlanders. Het geheel zal een solide basis vormen voor een voedingsbeleid, dus een gezondheidsbeleid, in de komende jaren.

Terpstra

Mevrouw Tuinstra heeft gesproken over de bemoeienis van LNV. Zij heeft mij zelfs aangespoord om in dit verband zo nodig hanig gedrag te vertonen. Voorzitter! Natuurlijk is er een direct verband tussen hetgeen LNV en hetgeen VWS doet. Wij nemen echter onze verantwoordelijkheid waar dat nodig is, namelijk als het om de gezondheidsaspecten, de gezondheidsvoorwaarden gaat.

De samenwerking met LNV is extra verstrekt toen wij aantraden. In die periode is het veelbesproken rapport-Hendriks/De Zeeuw afgeschoten. Vervolgens is er een nieuw traject in gang gezet, waarbij er werkafspraken zijn gemaakt tussen LNV en VWS inzake de levensmiddelenwetgeving en de controle op levensmiddelen. Samen met collega Van Aartsen heb ik hierover een brief aan de Kamer geschreven. Deze dateert al van 18 mei 1995. Sindsdien wordt er perfect samengewerkt. VWS heeft het primaat bij aangelegenheden betreffende de volksgezondheid en de consumentenbescherming. LNV heeft het primaat ten aanzien van de gezondheid en het welzijn van dieren. Uitzondering is de Wet op de dierproeven, die weer onder mijn verantwoordelijkheid valt. Voor de levensmiddelenwetgeving geldt dat deze in het project Marktwerking, deregulering en wetgevingskwaliteit, het MDW-project, nader bekeken moet worden. Ik zal ervoor zorgen dat VWS juist op het gebied van de volksgezondheid en de consumentenbescherming zeer nadrukkelijk betrokken is bij het tot stand komen van de uiteindelijke regelgeving. Hetzelfde geldt voor het onderzoek dat een werkgroep onder leiding van prof. Scheltema uitvoert naar de mogelijkheden om tot één levensmiddelenwetgeving te komen.

En mocht dit alles nog onvoldoende zijn, dan kan ik de Kamer ook nog melden dat er een geweldige nieuwe impuls is ten aanzien van het integreren van alle instanties in één voedingscentrum. Het betreft het Voorlichtingsbureau voor de voeding, het Landelijk informatiecentrum voor de voedselovergevoeligheid, de Stichting voeding Nederland en de Stuurgroep goede voeding. De informele samenwerking tussen deze instellingen verloopt al sinds lange tijd heel goed. Op 11 april zullen zij ook een gezamenlijke huisvesting betrekken in Den Haag. De formele integratie

zal echter nog wat langer gaan duren. Dit heeft vooral te maken met de lengte van de inspraakprocedures en ook met het feit dat de hele integratie nogal complex is. Dit komt omdat het bij het Voorlichtingsbureau voor de voeding om een ambtelijke organisatie gaat die moet integreren met niet-ambtelijke organisaties.

Voorzitter! Mijn laatste opmerking over de voeding betreft het misverstand dat zou kunnen rijzen over het preventieonderzoek door ZON. Er zal de komende jaren binnen het preventieonderzoek zeker aandacht zijn voor voeding. Wij hebben in de opdracht voor het programmeren van het preventieonderzoek aan ZON heel nadrukkelijk onderzoek naar gezondheidsvoorlichting op het terrein van de voeding als een van de prioriteiten genoemd. Dat sluit ook weer aan bij het advies van de Raad voor het gezondheidsonderzoek over prioriteiten voor preventieonderzoek. Wij zullen bij het bepalen van ons standpunt over het programma voorstel van ZON de inhoud van het programma juist hierop toetsen.

Voorzitter! Ik hoop dat ik mevrouw Tuinstra hiermee uitgebreid heb beantwoord op dit onderdeel. Zij heeft dan alleen nog geen antwoord gekregen op het onderdeel van de curricula van de medische en paramedische opleidingen. Het is daar inderdaad nog niet best mee gesteld. In onze optiek moet het voedingsbeleid mede rusten op twee belangrijke pijlers, het waarborgen van een veilig en gezond voedselaanbod en een goede voorlichting aan de burger. Daarbij hoort dan ook een prominenter plaats voor het onderwerp "voeding" op de verschillende opleidingen. Er moet meer aandacht komen voor de voeding als een zeer belangrijke determinant van onze gezondheid, terwijl het voedingsbeleid bij uitstek ook preventiebeleid moet zijn.

Voorzitter! Ik kom hiermee tegelijk aan het laatste onderwerp, aanhakend bij de opmerking van mevrouw Tuinstra dat iedereen langzamerhand wel weet dat bij elk dieet sportief bewegen hoort, omdat het anders niet effectief is. Ik kom dus bij de sport, voorzitter!

Mevrouw Ter Veld heeft de opmerking gemaakt dat sport verbroedert, maar ook verloedert. Dat is niet alleen in Nederland een probleem. Het is een mondiaal

probleem, waarbij we ook vanuit de Europese aanpak van fair play en tolerantie in de sport proberen gezamenlijk een beleid te ontwikkelen. Dat beleid wordt aan de ene kant gekenmerkt door partijen aan te spreken op hun verantwoordelijkheid voor het tegengaan van geweld in sport. Het gaat hierbij dan niet alleen om partijen die te maken hebben met topbestuurders. Gewone clubbestuurders moeten naar mijn idee al ingrijpen op het moment dat fanatieke ouders langs de lijn beginnen te roepen dat hun Alex "een tegenstander maar de grond in moet schoppen". Ik vind dat clubbestuurders de verantwoordelijkheid moeten nemen om te zeggen dat dit soort gedrag ook bij jonge kinderen niet past en dat dit voor correctie vatbaar is. Ik spreek ook de trainers, de spelers en de supporters aan op hun verantwoordelijkheid. Ik heb morgen een gesprek met de Federatie van supportersverenigingen waarbij aan de orde zal komen dat betaalde sportclubs nog steeds onvoldoende supporterscoördinatoren hebben. Er kan nog veel meer gebeuren ten aanzien van een goed supportersbeleid, juist op het punt van het uit de anonimiteit halen van supporters die zich zo noemen, maar in feite voetbalcriminelen zijn geworden. Zij verplaatsen hun activiteiten hoe langer hoe meer van buiten de stadions naar verder weg gelegen terreinen. Voor het uit de anonimiteit halen, is de ontwikkeling van een persoonsgebonden clubkaart belangrijk. Daarover wordt morgen ook gesproken. In samenspraak met Justitie, gemeentes, politie en Binnenlandse Zaken is afgesproken dat VWS daarin het voortouw zal nemen. Enerzijds gaat het om repressie en anderzijds om preventie.

Ik kan overigens meedelen dat in het kabinet aanstaande vrijdag de notitie over het voetbalvandalisme en het geweld in de sport zal worden besproken, waarna deze aan de Kamer zal worden gezonden.

Voorzitter! Sprekend over sport, haak ik aan bij de inspirerende woorden van mevrouw Van den Broek over "Jeugd in beweging". Het is goed om te laten zien dat juist "Jeugd in beweging" een project is dat meer waarde heeft dan het aanzetten van jongeren die niet aan sport doen tot beweging. Het gaat in feite om het trainen in levenslang sportief bewegen en het ontwikkelen

Terpstra

van een gezonde levensstijl. Het gaat ook om sociale netwerken, het aanleren van normen en waarden enz.

Mevrouw Van den Broek heeft gevraagd naar een tweetal projecten, te weten "Fit en fun" en nationale schoolseries. De discussies beperken zich niet tot deze twee projecten. Inmiddels is door mij op 13 februari door de voorzitter en de leden van de projectgroep "Jeugd in beweging" een plan van aanpak overhandigd en ook het werkplan 1997. Het gaat daarbij om meer dan veertig projecten. Het zijn stuk voor stuk projecten waar enthousiast naar gekeken kan worden. Zij moeten absoluut effect hebben. Staatssecretaris Netelenbos en ik zullen proberen, ten aanzien van school en sport en buitenschoolse opvang en sport een integraal programma te ontwikkelen.

Het gaat niet alleen om jeugd in beweging, maar ook om ouderen in beweging, omdat het niet aangaat dat sport bij een bepaalde leeftijd ophoudt. Er is een scala van projecten voor ouderen in beweging, dat uiteindelijk zal resulteren in een diepgewortelde wens van veel ouderen om ook een televisieprogramma te ontwikkelen, waarbij ouderen dagelijks worden gestimuleerd om zich sportief te bewegen.

Wij hebben inmiddels een traject in gang gezet om te bezien op welke wijze het onderwerp sport op de agenda 2000+ vertaald kan worden in concrete investeringen. Het traject is ingezet door het aangaan van een soort partnership met NOC/NSF en de landelijke contactraad voor lokaal niveau en de provincies, het zogenaamde Nijkerk-beraad. Door alle betrokken partijen zal worden bekeken op welke wijze voor voldoende financiën kan worden gezorgd. De sport zal via contributies, de eigen bijdrage van de leden, toegangsprijzen en de inzet van vrijwilligers zelf al voor een deel voor het benodigde budget zorgen. Tegelijkertijd zijn er de inkomsten uit de loterijen. Ik noem verder de sponsoring door het bedrijfsleven, dat juist hoe langer hoe meer vanwege de meerwaarde insteekt op sport. Verder noem ik nog de lokale en de centrale overheid.

Ik zal proberen om voor komend jaar de 5 mln. extra structureel toe te voegen aan het budget. Er wordt een bijdrage geleverd door de inzet van Melkertbanen voor de sport. Er zijn

initiatieven op het gebied van sport en school, de plaats van sport in het jeugdbeleid en het grotestedenbeleid. Uiteindelijk kan de echte substantiële verhoging pas tot stand komen als alle politieke partijen daartoe in het kader van het nieuwe regeerakkoord besluiten. Ik wacht met belangstelling die discussie af.

□

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! Ik dank de bewindslieden voor de buitengewoon heldere en uitgebreide reactie op de zeer vele onderwerpen die wij hier hebben aangedragen. Het is voor mij altijd weer verbazingwekkend dat zo'n baaierd van onderwerpen hier zo helder gepresenteerd kan worden. Misschien is dat ook wel dankzij het afschaffen van de Bestuursraad.

Ik dank de minister ook voor de uiteenzetting die zij gaf over het karakter van het proces waarmee zij bezig is: zij schetste dit als een proces van zorgvernieuwing. Het is gericht op de inhoud van de zorg waarin de patiënt centraal staat, maar het is ook een oproep aan de zorgverleners om samen te werken. Ik ben consequent geweest in het hanteren van het rapport van mijn politieke beweging dat in de tweede helft van de jaren tachtig is gepubliceerd en dat in mijn partij nog steeds geldt als referentiewerk voor onze politieke opvattingen. Het is getiteld Zorgvernieuwing en structuurverandering. Hierin is een benadering te vinden die bijna parallel loopt aan die welke de minister uiteenzette. Wij staan dus niet zo heel erg ver van elkaar op het zorginhoudelijke terrein.

De minister heeft gezegd dat het middel marktwerking geen doel is. Dat is het voor ons ook niet. Ik zou het zelfs niet zo heel erg vinden als de minister dit begrip maar gewoon schrapt uit het vocabulaire van het zorgbeleid. Het roept immers voortdurend associaties op met zaken die wij kennelijk niet bedoelen. De minister refereerde aan het begrip "gereguleerde competitie". Wij vinden enige competitie en rivaliteit in de gezondheidszorg prima, maar dat is toch echt heel anders dan wat wordt opgeroepen met het begrip "marktwerking". Ik heb in de afgelopen jaren veel nota's van het departement gezien waarvan de openingszinnen de woorden "ter bevordering van de marktwerking"

bevatten. Ik zou toch veel liever zien dat deze de woorden "ter bevordering van de zorgvernieuwing" bevatten, waarbij in de eerste plaats aangegeven dient te worden wat wij inhoudelijk willen bereiken en in de tweede plaats pas wordt ingegaan op de instrumentele toerusting, wat die ook moge zijn.

Ik heb wat nagedacht over de vraag of de 1,3% volumegroei er nu wel of niet is gekomen. Ik zal de minister op dit late uur niet meer vermoeien met zorg-economische theorieën, maar op haar departement zijn er vast wel economen die weten en gehoord hebben van het zogenaamde "Beaumont-effect". Dit betekent dat het, gezien het vrijwel ontbreken van arbeidsproductiviteitsverbetering in deze sector en gezien het ontbreken van redenen om de lonen in de gezondheidszorg achter te laten lopen bij die in het bedrijfsleven, eigenlijk een wonder is dat de minister komt tot een daling van de gezondheidszorgquote, uitgedrukt in een percentage van het bruto binnenlands product. Alle OECD-studies van de ontwikkelde landen laten zien dat het bijna een onmogelijke opgave is om, zonder schade toe te brengen aan de kwaliteit en het niveau van de zorg, te werken met een lager percentage van het bruto nationaal product. De minister is dus bezig met iets wat in de ontwikkelde landen nog zelden of nooit is vertoond. Tegen die achtergrond verbaast het mij, als het werkelijk zo zou zijn, dat die 1,3% volumegroei er gekomen is. Het zou namelijk theoretisch niet kunnen zonder schade toe te brengen aan de kwaliteit en het niveau van de gezondheidszorg. Ik zie de minister knikken, dus ik ga ervan uit dat zij deze benadering herkent. Ik vraag de minister dan ook of het niet mogelijk is om de efficiencykorting die de gezondheidszorg over de gehele linie is opgelegd, voor één jaar achterwege te laten. Het gaat om 0,7% van 60 mld. en daarmee hebben wij 400 mln. te pakken waarmee de grote problematiek voor het volgende jaar kan worden opgelost. Wij leveren dus een constructieve bijdrage waarmee de minister zich kan wapenen als zij wat bij de minister van Financiën wil halen.

De gereguleerde competitie en de benadering van het waarborgfonds laat ik even zitten. De minister is er druk mee bezig. Wij hadden er wel een paar vragen over, maar zij is er

Werner

al zo diep op ingegaan dat wij het verdere beleid op dit punt zullen afwachten.

Dan kom ik op de voorrangsbehandeling. Ik hoef hier niet meer veel aan toe te voegen. Wij gaan akkoord met de benadering van de minister. Toch vragen wij haar om een steviger inpassing van een aantal maatregelen dat ertoe kan bijdragen, dat het inderdaad niet van kwaad tot erger vervalt en er sluimerend toch nog allerlei voorkeursbehandelingen worden gegeven. De minister zegt met betrekking tot het wegwerken van wachtlijsten dat dat tegen marginale meerkosten mogelijk is, dat het daarom wat goedkoper is en dat daardoor wat meer met die 50 mln. kan worden gedaan. Dat is juist, maar ik wil haar er wel aan herinneren dat een hartchirurg de operatie niet in de helft van de tijd kan gaan doen en deze dus graag enige compensatie in zijn lumpsumbudget zal willen zien.

De privé-kliniekenbenadering spreekt ons aan. Ik meen dat het juist is om het gedoogbeleid geheel te verlaten en deze gewoon vergunningafhankelijk te maken, zoals dat geldt voor alle andere klinieken. Dat zou een heel juiste zaak zijn. Over de vraag in welke mate de kleinschalige specialistische kliniek nu wel of niet bruikbaar is, is dan nog te praten. Ik sluit nog niet helemaal uit dat dit op bepaalde terreinen heel goed kan werken.

Wij hebben kennisgenomen van het feit dat de minister nog een studie verricht inzake de kring van verzekerden.

Ik ga in op de reserves. Op dit punt ben ik nog niet helemaal gecontenteerd. De minister zal wel zeggen dat ik daar altijd over sta te zeuren, maar het gemak waarmee 1,2 mld. ten laste van de premie wordt gebracht – op de vraag of dat nu wel of niet uit het beleidskader zorg komt, wil ik nog graag een antwoord horen – vind ik toch wel merkwaardig. Als 1 mld. moet worden gespaard om de AOW-uitkering in magere jaren te kunnen handhaven, wordt daar enig debat over gevoerd. 1,2 mld. premie betalen terwijl de zorg verschaalt, het kunstgebit niet meer kan worden betaald en de wachtlijsten groeien, duidt echter op een afweging van politieke aard waarover ik toch nog wel eens een robbertje zou willen vechten. Aan de ene kant komen wij

niet verder dan 50 mln. tijdelijke middelen voor het aanpakken van de wachtlijsten, maar aan de andere kant wordt met een vrij groot gemak 1,2 mld. in de kas van de ziekenfondsen gelegd. Ik zeg nogmaals dat er op grond van de wet geen reden is om de ziekenfondsen een reserve van deze omvang te laten behouden. Gelet op het risico dat de centrale kas nu eenmaal loopt op grond van artikel 73a van de Ziekenfondswet, is het eerder de centrale kas die een reserve moet hebben dan de individuele ziekenfondsen. In de woorden van de minister beluister ik dat zij dat nog wel eens kritisch wil bekijken. Welnu, als zij dat dan toch nog kritisch bekijkt, laten wij er dan 1,5 mld. van maken, dan hebben wij voor het volgend jaar weer 200 mln. om de problemen in de gezondheidszorg op te lossen. Ook deze constructieve suggestie geef ik haar mee voor nader beraad.

De manier waarop de staatssecretaris op de indicatiestelling inging, vond ik toch een beetje makkelijk: het gaat om een geprotocolleerde, geformaliseerde, volledig beschreven indicatiestelling, objectief en onafhankelijk. Nou, ik zie weer een hele ambtenarij achter bureaus groeien. Wordt dat geld niet beter besteed als het wordt uitgegeven voor meer mensen in de thuiszorg zelf? Zij kunnen op grond van de beschikbare budgetten een afweging maken en bepalen hoeveel voor de mensen nodig is. Ik hoor dat het hierbij om voor beroep vatbare beslissingen gaat, terwijl de afwegingen gemaakt moeten worden in het samenspel tussen zorgverlener en zorgvrager. Ik weet niet of dat onderwerp hier nog in wetgevende zin aan de orde komt, maar ik meen dat wij hierover nog een fikse discussie moeten voeren.

De minister was optimistisch over de opbrengsten van de Geneesmiddelenwet. Ik help de minister hopen dat die opbrengst 700 mln. wordt of zelfs misschien nog iets meer. Dat meerdere zouden wij kunnen gebruiken om voor 1998 de financiële problemen op te lossen, want de minister komt immers 1 mld. tekort.

In verband met de eigenbijdrage-regeling heb ik in het bijzonder gevraagd naar de situatie in Het Dorp. Het antwoord van de staatssecretaris stelde mij wat teleur. Zij sprak over Het Dorp als een wooncomplex. Ik vind het dan

merkwaardig dat mensen ergens anders moeten gaan wonen omdat zij de inkomsten uit werk moeten inleveren als gevolg van de eigenbijdrage-regeling. Als zij in een andere woning wonen, behoeven zij dat niet te doen. Het fundamentele vraagstuk betreft het scheiden van wonen en zorg. De samenhang met het volkshuisvestingsbeleid is verre van volledig. Ik vind het te gek voor woorden dat mensen die in Het Dorp wonen – de staatssecretaris noemde Het Dorp zelf ook een woonvoorziening – op grond van de eigenbijdrage-regeling naar een andere woning moeten verhuizen omdat zij dan beter af zijn. De staatssecretaris noemt dat extramuralisering. Ik weet dan niet meer zo goed waar wij het over hebben.

De **voorzitter**: Mijnheer Werner, mag ik u eraan herinneren dat u een minuut over de opgegeven spreektijd heen bent?

De heer **Werner** (CDA): In mijn eerste termijn was per abuis pagina 12 van mijn betoog niet toegevoegd. De minister en staatssecretaris hebben die pagina ook gemist. Ik wil die spreektijd even inhalen.

De **voorzitter**: U hebt 10 minuten spreektijd opgegeven en die hebt u nu overschreden.

De heer **Werner** (CDA): Ik heb al gezegd dat ik mij zorgen maak over de indicatiestelling. De minister heeft daarover gezegd dat de ziekenfondsen moeten toezien op de verstrekking en op de bevordering van de doelmatigheid. Dat toezicht moet echter niet te ver doorschieten. Als ik bij de tandarts zit en deze stelt vast dat mijn kies getrokken moet worden, hoop ik niet dat hij eerst een indicatiecommissie moet bellen om te vragen of dat wel goed is. Ik overdrijf een beetje. Toch vertoont het bestel de neiging steeds meer die kant op te gaan.

In mijn tweede termijn heb ik nog enkele opmerkingen gemaakt. Ik hoop ook de minister enkele handreikingen te hebben geboden zodat zij sterker staat in het debat met de minister van Financiën over de extra middelen die zij nodig heeft om de zorgvershraling en wachtlijsten te kunnen opheffen.

□

Mevrouw **Van den Broek-Laman Trip** (VVD): Ik dank de bewindslieden voor hun heldere antwoord. Het begin van het betoog van de minister over de zorgvernieuwingsprocessen was zeer interessant. Ik deel haar conclusie dat het in Nederland toch nog redelijk loopt.

Ik deel het standpunt van de minister inzake niet meer marktwerking in de primaire zorg. Dat houdt echter niet in dat er geen marktwerking meer zou kunnen zijn in de gezondheidszorg. Van de zorgverzekeraars heb ik begrepen dat zij in het najaar zullen komen met een lijstje van gebieden waarop de markt nog kan werken. De minister noemde zelf al de hulpmiddelen en de medicijnen. In deze sectoren zou marktwerking nog kunnen worden toegepast.

Op vier punten ben ik niet helemaal gecontenteerd met het antwoord, om dit mooie woord van de heer Werner maar eens te gebruiken. Ik ben zeker niet tevreden met het antwoord over de wachttijden. Daarover zullen wij wel van mening blijven verschillen. Dat geldt ook voor het buiten reguliere tijden om inhuren van praktijkruimten, operatiekamers en specialisten. Het heeft dus weinig zin daarop nu diep in te gaan, maar ik ben er niet gelukkig mee.

Ten aanzien van de nieuwe privé-klinieken stelde de minister dat zij de Kamer een voorstel zal doen voor een wettelijk verbod. Even later zei zij echter dat zij niet zo verbiedend was. Dat spreekt mij aan. Wij kijken dan ook met de grootste zorg naar zo'n wettelijk verbod. In deze Kamer en zeker bij mijn fractie zou dat op problemen kunnen stuiten.

De minister sprak heel streng de ziekenfondsen toe over de eigenbijdrageregeling. Zij moeten die regeling gewoon uitvoeren, hoewel zij dat niet leuk vinden, maar zo ingewikkeld is de regeling nou ook weer niet. Die taal spreekt mij wel aan, maar daar gaat het mij niet om. Het gaat er mij om dat de kosten hoger zullen zijn dan de opbrengsten. Als dat zo is, vraag ik mij ernstig af of wij op de goede weg zijn.

De minister heeft gesproken over mijn opmerking dat de wet- en regelgeving inzake de zorginstellingen zoveel kost en gezegd: dat valt wel mee; zo iets kan ook geld

opleveren. Ook daarover zullen wij van mening blijven verschillen.

Zij heeft niet gesproken over het onderdeel cliëntenraden. Daar ligt mijns inziens juist wel een taak voor de zorginstellingen. Naar mijn mening moeten zij daaraan veel tijd en aandacht besteden.

Ik ben nog een opmerking vergeten ten aanzien van de eigenbijdrageregeling. Je hoort van de ziekenfondsen en de ziektekostenverzekeraars dat zij veel mensen moeten aannemen om de eigen bijdrage te innen. De minister heeft gezegd: een sanctie is het sturen van een deurwaarder en als de ziekenfondsen in gebreke blijven, kunnen ook maatregelen tegen de ziekenfondsen worden genomen. Zij laat in het midden welke. Deelt zij de zorg van de VVD-fractie dat zulks heel moeilijk te controleren zal zijn?

Voorzitter! Ik heb in eerste termijn niet gesproken over de regiovisie. Ik merk op dat ik het van harte met de minister eens ben dat wij niet terug moeten naar de oude planningsgedachte. Wij moeten dat met zijn allen trachten te voorkomen. Ik heb er in mijn vorig leven erg veel mee te maken gehad en daarom zeg ik: wij moeten daar niet naar terug.

Ook heb ik het in eerste termijn niet gehad over de indicatiestelling. Ik wil er nu wel iets over zeggen. De staatssecretaris heeft opgemerkt dat er een voortgangsnota komt over de indicatiestelling. Dat intrigeert mij sterk, want ik dacht dat de indicatiestelling gedecentraliseerd was naar de betrokkenen en de gemeenten. Is het nodig dat het ministerie daar dan een voortgangsnota over schrijft? Ik zou zeggen: laat de lagere overheden en de uitvoerders eerst aan de slag gaan. Wij moeten voorkomen dat door het ministerie allerlei protocollen en structuren aangereikt worden, terwijl men daarmee juist in het veld bezig is.

Ten slotte, voorzitter, wil ik nog iets over het ouderenbeleid zeggen. Ik voel veel voor het stimuleren van ouderen om meer te bewegen. Ik voel veel minder voor ingewikkelde zaken als informatietechnologie via E-mail. Ik denk dat je ouderen niet aan zoiets als E-mail moet zetten.

□

De heer **De Boer** (GroenLinks): Voorzitter! Ik was nu juist van plan om, als ik over een paar jaar met VUT ga, mij direct bij mevrouw

Terpstra aan te melden voor die boeiende cursussen. Dan hoef ik mij jaren niet te vervelen, dacht ik.

Voorzitter! Om half elf gaat mijn laatste trein, zodat ik mijn tweede termijn heel kort zal houden. Ik heb vanmiddag een onderzoekje onder ogen gehad, waaruit blijkt dat de minister van VWS onder een bepaald GroenLinks-kader heel hoog scoort. Dat geldt ook voor mij. Daarom vond ik het een beetje teleurstellend dat zij mijn pleidooi voor een versterking van het solidariteitsprincipe in de gezondheidszorg eigenlijk afdeed met de woorden "wij zijn het niet eens", zonder er argumenten over te wisselen. Wij zijn het inderdaad op dit punt niet eens.

Een vraag die niet beantwoord is en die ik toch wel essentieel vind – ik sluit een beetje aan bij wat de heer Werner erover heeft gezegd – betreft de noodzakelijke groei van het gezondheidszorgbudget. Ik heb gevraagd: waarom moet dat budget minder sterk groeien dan het nationaal inkomen? Ik zou het heel goed vinden als wij die gelijk op lieten gaan. Dan kan mevrouw Terpstra een aantal wachttijstproblemen oplossen. Ik kom daar zo nog op terug.

De minister heeft gesteld dat de verhouding van de kosten van de gezondheidszorg tussen collectief en privaat ongeveer dezelfde is als in 1994, namelijk stabiel op 80:20. Intussen is er enige schommeling geweest, maar die verhouding is nu weer 80:20. Zij heeft erbij gezegd dat het gezamenlijke budget niet of nauwelijks is gestegen, afgezien van de afgesproken vrij lage trend. Ik noteer dat. Of het zo is, weet ik niet maar ik geloof de minister op haar woord.

Vreemd vond ik haar positieve reactie op wozoco's, want ik heb nu juist begrepen, bijvoorbeeld in mijn eigen situatie ter stede, dat er rond wozoco's een heleboel financieringsproblemen zijn. Als de problemen zijn opgelost, hoor ik dat graag.

Ik vond de beantwoording over nut en noodzaak en de effectiviteit van de eigen bijdrage mager.

De intentie van de minister inzake het personeelsbeleid in de gezondheidszorg is prima. De werkelijkheid ziet er naar mijn waarneming minder positief uit. Ik denk dat er echt meer nodig is aan formatieplanning, aan wervingsprogramma's, aan vermindering van de werkdruk, aan scholing en aan positieverbetering

De Boer

om de toename aan taken en werkgelegenheid in de gezondheidszorg straks te kunnen invullen met voldoende mensen die dat werk willen doen. Ik vind dat daaraan meer gewerkt moet worden. De intentie is niet genoeg.

De staatssecretaris heeft niet gereageerd op mijn voorstel inzake een regeling voor de indicatiestelling.

Met 80% van de jeugd gaat het goed, zoals ik heb gezegd in mijn betoog, maar daar wilde ik het even niet over hebben. Ik wilde het hebben over de 20% waarmee problemen zijn. Ik heb wat moeite met de benadering door de staatssecretaris, al hoort die wel bij haar. Zij straalt optimisme en positivisme uit. Op zichzelf vind ik dat uitstekend. Soms, ook bij dit thema, begint dat een soort bezweringsformule te worden. Wij kennen de situatie. Er wordt keihard gewerkt. Dat "er wordt keihard gewerkt" heb ik vijf of zes keer gehoord, maar dat lost het probleem natuurlijk niet op. Ik heb de vorige week gepraat met een gedrags-therapeut uit Nijmegen, die van dat touwtje. Misschien herinnert de staatssecretaris zich dat nog. Die heeft mij uitgelegd, dat het in zijn instelling drie jaar geleden een hoge uitzondering was dat de inventarisatie door de ruiten ging. Tegenwoordig gebeurt dat elke week. Binnen drie jaar is de problematiek van de jongeren die men voor zijn neus krijgt vermenigvuldigd. Ons gezamenlijke beleid om daaraan wat te doen, bijvoorbeeld om de wachtlijstproblematiek en de verwijzingsproblematiek op te lossen en om voldoende mogelijkheden te geven om op die problematiek adequaat te reageren, loopt daarbij ver achter. De staatssecretaris kan dan wel zeggen dat er keihard wordt gewerkt, mijn vaststelling op grond van hetgeen ik hoor is, dat dit niet genoeg is. Ik denk dat er veel meer moet gebeuren. Ik heb voorbeelden gegeven dat de problematiek verergert. Het beleid loopt daar achteraan en is niet adequaat gericht op het oplossen van problemen. Het gewicht van het probleem wordt niet begeleid door een reactie die daarbij past. Dan krijg je wachtlijsten, waardoor de problemen verergeren. Er kan niet verwezen worden, etc. Ik vind dat wij dat in Nederland niet goed doen. Er moet een inspanning bovenop.

De staatssecretaris heeft aangegeven dat het samenhangende beleid inzake de WUW beter moet worden ontwikkeld. In de Tweede Kamer wordt op het ogenblik een wet behandeld die weer een stap terug is. Mijn vraag is nu juist, wat vanuit het integrale jeugdzorgbeleid en regeringsbeleid de bijdrage is geweest om die stap niet te nemen. Ik vind dat het niet op deze manier moet. Wat is het standpunt van de staatssecretaris daarover?

Voorzitter! Ik ben straks weg, maar ik lees het antwoord wel goed na in de Handelingen.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Een van de problemen bij een groot aantal onderwerpen is, dat veel op het terrein van VWS door middel van notities wordt behandeld in de Tweede Kamer, waardoor wij in een soort vogelvlucht het hele departement moeten doornemen.

Voorzitter! Het begrip "gereguleerde rivaliteit" voor een betere kwaliteit in sectoren van volksgezondheid en welzijn lijkt mij aanzienlijk beter dan "marktwerking". Een aantal problemen zijn opgelost als wij bij de kwaliteit ook de leveringsbetrouwbaarheid rekenen, ergens tussen Amerika en Kampen, te meer als de informatieplicht goed geregeld is. Het mag van mij best in iedere wet, maar een goede regeling is noodzakelijk, omdat duidelijk kan worden of het geld goed is besteed, wat er in reserves gaat zitten enz.

Ik heb nog een vraag over een onderwerp waar de heer Werner over gesproken heeft, over het waarborgfonds. Ik heb de indruk dat het aanzienlijk interessanter is in verband met lagere rente bij geldleningen, voor institutionele beleggers, hoewel banken op dit moment hun geld toch al bijna niet kwijt kunnen en het dus vast graag uitlenen. Maar ik wil dan wel graag weten: is het verplicht voor alle instellingen op dit terrein, ook voor de academische ziekenhuizen en ook voor de "zwakke broeders" in deze sector? Als dat niet het geval is, welke risico's lopen dan de overheden, als zij garant staan voor de rest? Immers, in de sfeer van de volkshuisvesting is het een recht en een plicht om allemaal aan het fonds deel te nemen. Als er hier wel sprake is van een "draagt elkanders lasten",

maar men binnen of buiten het systeem kan blijven, dan wordt zo'n waarborgfonds, wat mij betreft, toch wat met grote vraagtekens omhuld. Ik weet dat het vanuit de institutionele beleggers al lange tijd een vraag is om toch te komen met een soort gemeentegarantie.

Wat betreft de eigen bijdrage hebben ook wij grote twijfels. Zelf heb ik grote voorkeur gehad om in dit geval een soort statiegeldregeling te maken: verhoog de nominale premie en blijkt men er aan het eind van het jaar geen gebruik van te maken, schuif het dan door naar het jaar daarop. Immers, de prikkels worden hier toegediend aan een sector. Ik vroeg bij de prijzenwet medicijnen: kunnen mensen de rekeningen krijgen om ze wat kostenbewust te maken? Toen was het rekeningen krijgen al te duur en nu moeten wij plotseling een eigen bijdrage betalen, wat natuurlijk in kosten vele malen duurder is, qua administratie. Maar ik heb niet per definitie bezwaar tegen een systeem van eigen bijdragen, als het bijdraagt tot een beter, in positieve zin bedoeld, calculerend gedrag van burgers ten aanzien van datgene wat zij inkopen in de gezondheidszorg. Alleen, ik betwijfel of dit de goede vorm is.

Het persoonsgebonden budget heeft zijn voors en zijn tegens en wat dat betreft is het goed om het te evalueren. Maar dan die Sociale verzekeringsbank – waar ik overigens een grote liefde voor heb. Past het wel bij de Mededingingswet om hier de Sociale verzekeringsbank voor te benoemen of had hier een soort open inschrijving moeten plaatsvinden, waarbij velen op dit terrein zich hadden kunnen melden? Wie weet ook het postkantoor: decentraal, met landelijke aansturing. En wat betreft beheers- en administratiefmatig: als het om substitutie gaat, heeft de Sociale verzekeringsbank er feitelijk ook geen verstand van. Ik vraag mij dus af waarom de Sociale verzekeringsbank hiervoor aangewezen is. Klopt dat wel? Had het geen open inschrijving moeten zijn?

Het enthousiaste verhaal van de staatssecretaris op het terrein van welzijn was heel inspirerend. Ik vertaal het dan maar in mijn woorden, dat zij van mening is dat de regie bij de rijksoverheid, bij het departement, ligt en dat van daaruit inspirerend, sturend en controlerend

Ter Veld

wordt opgetreden in al die richtingen waar het nodig is.

Wat betreft uitsluiting van ouderen – ach, misschien is het niet alleen de E-mail; ouderen staan ook regelmatig bij de flappentap. Wat dat betreft zijn er vele ontwikkelingen die voor sommige techniekgeneraties enige gewenning vragen. Het zou dan ook goed zijn om de ontwikkelaars van deze moderne communicatiemiddelen erop te wijzen dat deze niet alleen door de jonge en snelle whizzkids gebruikt worden, maar ook toegankelijk moeten zijn en blijven voor andere generaties.

Mijn laatste opmerking, voorzitter, betreft het voetbal en de persoonsgebonden clubkaart. Soms vrees ik dat je nooit meer toevallig, als je ergens in de buurt bent, met je nichtjes naar het voetballen kunt gaan, omdat je geen clubkaart hebt. Misschien moet er toch rekening mee gehouden worden dat voetbal niet alleen iets is dat bezocht wordt door vandalistische of niet-vandalistische jongeren, maar ook nog wel eens door enthousiastelingen die, als zij ergens met vakantie zijn, denken: kom, ik ga in Enschede eens naar het Diekmanstadion. Gelukkig is het thans nog zo dat, als je je kaartje haalt en je een dame van boven de 50 bent, ze niet naar je clubkaart vragen.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Voorzitter! Ik wil de bewindslieden bedanken voor de beantwoording.

Er zijn nog twee zaken blijven liggen die mij niet geheel duidelijk zijn geworden. Dat gaat over de regiovisie en de bovenregionale voorzieningen en de landelijke erkenningen. De minister is daarop ingegaan, maar ik heb heel concreet het volgende gevraagd. Als op dit moment, nu er regiovisies ontstaan, de mensen proberen voor bijvoorbeeld de zorgvernieuwing uit die regio pot wat te krijgen, dan is het antwoord: nee, wij houden uitsluitend rekening met de wensen die regionaal leven en wij hebben geen boodschap aan u, omdat u bovenregionaal bezig bent. Hoe lossen we dat probleem straks op? Het zal namelijk zeer knellen en daarom krijg ik graag een duidelijk antwoord. Tot wie moet men zich wenden? Om die vraag moeten wij niet jaren heen blijven draaien, want dat is niet goed voor de vraaggestuurde zorg.

Voorzitter! Ik heb de staatssecretaris herinnerd aan haar visie op de zorgkantoren. Wij weten thans niet welk beleid door de huidige regiokantoren wordt gevoerd. Hun beleid is vaak per regiokantoor verschillend en niet altijd duidelijk. We hadden de verwachting dat bij de nieuwe zorgkantoren het beleid heel transparant zou zijn. Wij zijn bang dat wanneer de betrokkenen – ik heb ze genoemd – niet participeren, het proces niet goed zal verlopen. Er zal sprake moeten zijn van een goed draagvlak. De staatssecretaris zegt dat er een adviserend orgaan zal zijn, maar wij veronderstellen dat dat geen enkel middel zal hebben om invloed te kunnen uitoefenen. Daarom horen wij graag van de staatssecretaris wat haar argumenten zijn om tot de invulling te komen die haar voor ogen staat en waarom zij de belanghebbenden, alsook de gemeenten en de woningcorporaties, niet heel nadrukkelijk bij het proces betreft.

□

Mevrouw **Tuinstra** (D66): Voorzitter! Ik dank de bewindsvrouwen hartelijk voor hun antwoorden. Ik begrijp dat de geestelijke gezondheidszorg de ruime aandacht van de minister heeft en dat wij hierover binnenkort een beleidsbrief tegemoet kunnen zien. Wij zitten op dezelfde lijn, vooral van de doelstellingen ten aanzien van de GGZ betreft. Ik ben ook blij, dat de minister een opmerking heeft gemaakt over de temporisering van de afbouw van het aantal bedden. Men zal enige reserve achter de hand houden, vooral nu nog niet helemaal zeker is hoe de hulpverlening van buiten zich zal ontwikkelen en of de zorg wel optimaal wordt. In de plannen hebben wij in ieder geval alle vertrouwen. In de branche zal de doelmatigheid een van de doelstellingen worden, juist ter wille van de hulpverlening.

Ik heb nog niet gehoord in hoeverre de minister onze zorgen deelt over het toch weer vollopen van de AWBZ. Hoe moet het hiermee verder?

Wat de Wet bijzondere opnemingspsychiatrische ziekenhuizen betreft, wordt dus advies gevraagd aan de Gezondheidsraad, juist over de vroege opname van personen met beginnende schizofrenie. De minister zei dat ze goed geluisterd had naar de opmerkingen van mevrouw Van

den Broek en die van mij over de opnamecriteria. Zij zal daarbij gemerkt hebben dat wij daarover verschillend dachten. Dit is ook een bijzonder moeilijke materie die genuanceerd moet worden bekeken.

Wat de financiering van de gezondheidszorg betreft, komt er dus een nota. Daarin zal een pad worden uitgezet voor de financiering in een volgende kabinetsperiode. Wordt daarbij ook het voorstel van de heer Van Boxtel betrokken om de Ziekenfondswet om te bouwen tot een inkomensafhankelijke wet, zodat die ook voor de kleine zelfstandigen kan gelden?

Dan wil ik iets zeggen over de opmerkingen van de staatssecretaris. Zij heeft naar aanleiding van mijn woorden over de voeding met nadruk gesteld, dat voor haar in het preventiebeleid het punt van de voeding heel belangrijk is. Mijn heel uitdrukkelijke wens is toch wel, dat zij dit in de vele stukken, die ik altijd met veel aandacht lees, meer naar buiten brengt. Noch uit de begroting, noch uit het Jaaroverzicht zorg of uit het stuk onder het hoofdje preventiebeleid blijkt namelijk, dat het onderdeel voeding speerpunt van haar beleid is. Het preventiefonds gaat evalueren wat de effecten zijn van de verschillende campagnes. Dat is belangrijk. Echter, hierover heb ik niets in de stukken kunnen vinden, maar misschien ligt dit aan mij.

De voorlichtingsactiviteiten verlopen nog niet optimaal vanwege moeilijkheden met de integratie van de ambtelijke en de niet-ambtelijke instanties. Toch vind ik het zwak dat de coördinatie van de voorlichtingsactiviteiten niet optimaal verloopt. Met dit probleem worstelen wij namelijk al tientallen jaren. Het doet zich niet alleen op dit gebied voor. Een integratie als deze verloopt altijd moeizaam, maar hiervoor hebben wij langzamerhand systemen en modellen. Daarom meen ik dat wij mogen verwachten dat bij de behandeling van de volgende begroting op dit punt alles voor elkaar is.

Voorzitter! Ik kom toe aan de samenwerking met LNV. De staatssecretaris zegt dat dit allemaal geweldig verloopt, waarbij zij vooral wees op de brief van 18 mei 1995. Ik heb daar grote aarzelingen over. Ik krijg namelijk de indruk dat LNV hierbij sterk het voortouw neemt, wat overigens op sommige terreinen terecht is. Als voorbeeld noem ik de

Tuinstra

aan de Tweede Kamer, en dus ook aan ons, gerichte brief van 25 maart 1997 van de minister van LNV en de staatssecretaris van VWS, die wij vorige week ontvingen, waarin wij worden geïnformeerd over het gestarte onderzoek naar aard, omvang en oorzaken van de BSE-besmetting die in Wilk is geconstateerd. In die hele brief, die over dieren gaat, staat geen woord over het welzijn of de gezondheid van mensen. Terwijl BSE toch niet niks is! Ik begrijp dat de minister van LNV aandacht besteedt aan het aspect van dieren en zich daarbij tot de Tweede Kamer wendt. Maar gezondheid valt toch onder de staatssecretaris? Daar zitten we hier toch voor? Eerlijk gezegd vind ik dit geval symptomatisch. Daarom zijn mijn zorgen toch niet weggenomen door het grote optimisme van de staatssecretaris op dit punt.

In haar antwoord deelde de staatssecretaris mee, dat zij aan ZON opdracht zou geven om nader onderzoek te doen naar voeding en omgang met voedsel. Dat lijkt mij heel nuttig, want vooral in verzorgingshuizen zal, gelet op de salmonellabacterie, het omgaan met magnetrons en dergelijke, nog heel wat voorlichting nodig zijn, waardoor veel infecties voorkomen kunnen worden.

In de dinerpauze las ik in de krant dat de minister dezer dagen in verband met Wereldgezondheidsdag een notitie heeft doen uitgaan over bestrijding van infectieziekten. Ik las in dat bericht dat zij ook aandacht gaat besteden aan het gebruik van antibiotica in de intensieve veehouderij. Zij zal begrijpen dat dit bericht mij geheel deed stralen, gezien de setting van mijn bijdrage, juist met het oog op de samenwerking met LNV. Met bijzonder veel belangstelling zie ik daarom de begroting van volgend jaar tegemoet, waarin al mijn wensen gehonoreerd zullen worden. Ik vraag de minister of zij bij de Gezondheidsraad een nader verzoek tot onderzoek wil doen, aangezien ik dit onderzoek in het genoemde prioriteitenlijstje van de Gezondheidsraad nog niet aantrof, waarschijnlijk omdat ik deze notitie nog niet onder ogen heb gehad.

De staatssecretaris heeft toegegeven dat aan dit aspect in de opleidingen te weinig aandacht wordt besteed. Zij legde zich daar wat bij neer. Ik vraag of zij dat toch niet wil doen, en of de minister

samen met haar collega van OCW aan dit belangrijke onderdeel van het gezondheidspreventiebeleid in de opleidingen meer aandacht wil besteden. Ik ben dus zeker minder ontevreden dan vorig jaar, ik ben zelfs een klein beetje tevreden, maar het kan nog beter.

□

De heer **Hendriks**: Mijnheer de voorzitter! Ook ik dank de bewindsvrouwen, in mijn geval met name de staatssecretaris, voor de redelijk volledige beantwoording van mijn vragen. Zij zal het mij niet euvel duiden dat ik mij inhoudelijk gezien niet in al haar antwoorden en standpunten kan vinden. Dat is niets nieuws.

Mijn excuses aan mevrouw Ter Veld en mevrouw Van den Broek: zij hadden, anders dan ik beweerde, in hun betoog toch wel degelijk enige opmerkingen op sportgebied opgenomen.

Ik betuig tevredenheid en instemming met alle door de staatssecretaris geschetste plannen voor de ouderensport. Ik heb dat aspect in mijn betoog niet aangevoerd, omdat naar mijn mening de ouderensport momenteel bevredigend loopt. Maar nu we het daar toch over hebben, wil ik nog een opmerking maken over "meer bewegen voor ouderen". De kadervorming op dat gebied kan nog best wat stimulansen gebruiken.

□

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Ik spreek mijn dank uit voor de waarderende woorden die de diverse sprekers met name in eerste termijn hebben uitgesproken aan het adres van de staatssecretaris, mijzelf en onze medewerkers. Ik meen dat die medewerkers die waardering inderdaad verdienen. Zoals vandaag ook heel duidelijk blijkt, hebben wij bij VWS te maken met een groot en complex beleidsterrein waarop zich bovendien nog heel grote veranderingen voordoen.

Een actueel thema dat in onze gedachteswisseling hier nog niet aan de orde is geweest, is het voorzitterschap van de Europese Unie. Naar aanleiding van de BSE-crisis heeft het Europees Parlement een kritisch rapport uitgebracht waarin wordt gepleit voor een grotere samenhang tussen het voedingsbeleid en het

gezondheidsbeleid in bredere zin. De Europese Commissie heeft daarop gereageerd door aan te kondigen dat men denkt aan een herschikking van de verantwoordelijkheden van de Europese commissarissen, in die zin dat voeding en gezondheid bij een commissaris worden ondergebracht. In mijn discussie met het Europees Parlement heb ik die gedachtegang van harte ondersteund. Niet alleen omdat ik daardoor mevrouw Tuinstra hedenavond iets prettigs kan mededelen op dit terrein, maar ook omdat ik er natuurlijk zelf volledig achter sta.

De heer Werner heeft de suggestie gedaan om het begrip "marktwerking" geheel uit onze vocabulaire te schrappen. Die gedachte zullen wij graag meenemen. Een volledige toezegging wil ik hier niet doen, omdat het in sommige toeleveringssectoren misschien wel het juiste begrip is. Tegelijkertijd ben ik er erg voor om het begrip "gereguleerde competitie" meer centraal te stellen als wij het hebben over prikkels tot doelmatig en klantvriendelijk werken.

Niet alleen mijn ambtenaren kennen de Wet van Beaumont, ook ik heb daar van gehoord. Ik heb ook begrepen wat die wet inhoudt. Het is bekend dat in de dienstensector de productiviteitsontwikkeling achterblijft bij die in de marktsector. In het overleg over de arbeidsvoorwaarden en in onze overheidsbijdrage daaraan houden wij daar rekening mee. Wij doen dat sectorspecifiek. Het is opvallend dat genoemde wet in de care-sector veel sterker tot uiting komt dan in de cure-sector. Laatstelijk is in een van onze grote ziekenhuizen nagegaan hoe het staat met de productiviteitsontwikkeling in de zin van het behandelen van een groter aantal patiënten met hetzelfde aantal personeelsleden. Daaruit blijkt dat ten opzichte van tien jaren geleden met dezelfde hoeveelheid menskracht twee maal zoveel mensen chirurgisch behandeld worden. Als je je realiseert dat het vaak ook gaat om zwaardere patiënten die in het ziekenhuis terecht komen, is dat toch wel een heel indrukwekkende ontwikkeling. In de rapporten in het kader van "Gezondheidszorg in tel" heeft prof. Van der Zwan aangetoond dat zich in de ziekenhuissector een flinke productiviteitsontwikkeling voordoet van 1,3% tot 1,4%. Een productiviteitskorting voor die ziekenhuissector van 0,9% ten aanzien van de

Borst-Eilers

arbeidsvoorwaarden vind ik dan eigenlijk niet onredelijk, maar het moet wel ieder jaar opnieuw bekeken worden. Op een gegeven moment kan er een vertraging in de productiviteitsontwikkeling optreden en dan moet die ook vertaald worden. De financiële consequenties komen overigens tot uiting in de nominale sfeer. Dat vertoont een zekere spanning met de BKZ-systematiek. Er is in de Tweede Kamer een motie van de heer Van Boxtel over aangenomen. De studiegroep Begrotingsruimte studeert ook op die relatie en heeft de opdracht van het kabinet om iets te bedenken wat beter klopt en niet zo knelt.

Dit alles staat toch een beetje los van de discussie over die 1,3%, want dan heb je het over het volume. De afgelopen jaren is die 1,3% gerealiseerd en zolang het volume BBP met meer dan 1,3% per jaar stijgt – zo is de situatie in Nederland gelukkig – resulteert dat per saldo in die lagere zorgquote. De heer Werner verbaasde zich over die dalende zorgquote, want die is uniek in Europa. Maar onze stabiele positieve economische ontwikkeling is ook vrij uniek in Europa. The Economist heeft ons daar deze week weer uitvoerig voor geprezen. Dat betekent dat de noemer heel snel groter wordt. Als er dan niets aan de teller verandert, krijg je al een daling van de quote, als ik het goed heb begrepen.

De heer **Werner** (CDA): Die economische groei mag echter ook ergens aan besteed worden. Er moet dan een prioriteitenkeuze worden gemaakt, maar het creëert wel ruimte om iets te doen. Als er dan zoveel knelpunten in de zorgsector zijn en de minister verdisconteert de productiviteitsverbetering via de arbeidsvoorwaarden, dan is dat natuurlijk ook al winst. Die ruimte mag dus wel ergens voor gebruikt worden. Vandaar mijn voorstel om die productiviteitswinst niet in te leveren, maar te gebruiken om een aantal knelpunten in de volumesfeer op te lossen.

Minister **Borst-Eilers**: Ik zei al dat wij in het kabinet volop met dit soort discussies bezig zijn. Wij moeten verstandig huishouden, ook financieel. Het is belangrijk om het financieringstekort verder omlaag te brengen. De minister van Financiën zegt altijd al tegen mij: hoe meer wij nu onze ruimte besteden aan het

financieringstekort, hoe meer geld je opvolgers straks hebben voor de gezondheidszorg, want dan dalen de totale rentelasten van de overheid. Met dat soort dingen word je dan getroost.

Het spreekt vanzelf dat bij de 50 mln. voor de wachtgeldten ook de lumpsum voor de specialisten opgehoogd moet worden. Dat is echt extra budgettair geld. Mevrouw Van den Broek zei dat een werkgever die wat extra geld heeft, mag zeggen: als je de bedrijfstijd verlengt, kun je 's avonds en op zaterdag met dit geld extra mensen helpen. Om te voorkomen dat de werkgevers dat gaan doen, ben ik dat zelf gaan doen. Ik kom met een zakje van 50 mln. en met datzelfde verhaal. Ik deel de doelstelling van mevrouw Van den Broek dus wel dat je via bedrijfstijdverlenging nog heel veel kunt doen aan wachtlijsten, maar ik probeer de rol van die werkgevers over te nemen. Met mijn geld wordt namelijk iedereen geholpen. Dat is echter weer dat principiële punt.

De heer Werner heeft ook nog gesproken over de reserves. De reservevorming bij ziekenfondsen is niet iets dat betrekking heeft op de uitgavenkant. Het budgettair kader zorg wordt alleen belast door uitgaven en die reserves zijn geen uitgaven. Met uitzondering van de allereerste 300 mln. aan reserves die indertijd door een speciale rijksbijdrage aan de ziekenfondsen is toegekend, zijn alle huidige reserves opgebouwd uit de nominale premieheffing. Dan komt toch de vraag of het niet te veel is en of wij niet de situatie hebben die wij ook wel bij reserves van instellingen hebben gekarakteriseerd, namelijk dat er dood geld ligt dat ooit is opgebracht voor de zorg en dat dus aan zorg besteed moet worden. Bij de ziekenfondsen ligt dat toch vrij genuanceerd. Die 1,2 mld. is niet toevallig of terloops gevormd. Op grond van de Ziekenfondswet is er een minimaal vereiste, dus een verplichte reservevorming. De omvang daarvan loopt op naarmate je de nacalculatie in de budgettering afbouwt. Je kunt wel zeggen dat de reservevorming, zoals wij die op dit moment zien, eigenlijk iets vooruit loopt op het proces van het terugbrengen van de nacalculatie tot nul. Maar als men daar niet iets op vooruit zou lopen, zouden wij de situatie krijgen dat iedere keer als je de nacalculatie vermindert, de

ziekenfondsen de nominale premie weer omhoog moeten brengen. Zo heel veel ruimte is er dus niet als je naar de regels kijkt. Er zijn echter wel individuele verschillen. Ik denk dus dat een ruimte bovenop de wettelijk vereiste minimumreserve toch wel past in de invoering van de ziekenfondswetbudgettering en dat het ook hoort te zitten bij de individuele ziekenfondsen en niet bij de algemene kas, omdat dat niet zou passen in een stelsel dat gebaseerd is op risicodragende verantwoordelijke individuele ziekenfondsen. Dit is een boeiende discussie die ik heel graag in een andere setting met de heer Werner wil voeren.

De heer **Werner** (CDA): Voorzitter! Ik heb met nadruk een verband gelegd met artikel 73a van de Ziekenfondswet. Ik kan mij voorstellen dat er een garantieregeling voor de Ziekenfondsraad is, die wordt gedekt door het Rijk. De ziekenfondsen zijn dan volledig verantwoordelijk voor de betalingsverplichting, ook als zij failliet gaan. Nu is er echter sprake van een dubbele reservevorming. De Centrale kas eist dat er reservesvorming plaatsvindt en de ziekenfondsen bouwen ook reserves op. Dat zit mij niet helemaal lekker omdat wij krap in onze middelen zitten. Als de reservevorming gedurende een jaar wordt vermindert, kan er in die periode iets aan de beroemde knelpunten worden gedaan.

Minister **Borst-Eilers**: Voorzitter! Dit is een zeer interessante suggestie, die ik nader zal bestuderen en met mijn collega's bespreken. In eerste termijn heb ik gezegd dat bij een volledige budgettering met de daarbij behorende reservevorming artikel 73a heroverwogen moet worden. Ik ben het met de heer Werner eens dat er niet op twee plaatsen in volle omvang reserves opgebouwd moeten worden.

Mevrouw Van den Broek is teruggekomen op de privé-klinieken. Daarmee geeft zij mij de gelegenheid om aan te geven dat ik in dat verband denk aan een vergunningstelsel, zoals dat ook geldt voor ziekenhuizen. Sommige oogklinieken zijn zeer zinvol voor de behandeling van patiënten met staar. Een aantal van dergelijke kleinschalige specialistische klinieken zou een vergunning kunnen krijgen. In de huidige situatie is echter een grote

Borst-Eilers

groei van privé-klinieken mogelijk. Deze klinieken zijn aantrekkelijk voor specialisten in vergelijking met een gewoon ziekenhuis.

Mevrouw Van den Broek houdt haar zorgen over het systeem van de eigen bijdragen. De uitvoering kost veel geld en wellicht zijn de kosten hoger dan de opbrengsten, zo stelde zij. Voorzitter! Het kabinet heeft een bedrag voor de uitvoeringskosten beschikbaar gesteld. De eerste informatie van een enkele verzekeraar toont aan dat wij daar dit jaar goed mee uitkomen. Het is overigens duidelijk dat het voor het overgrote deel een verschuiving van de financiering is van de collectieve naar de individuele portemonnee. De collectieve lasten worden verminderd met een bedrag van 900 mln. De feitelijke opbrengst in volumereductie zal hopelijk boven de kosten uitkomen, maar dit verschil rechtvaardigt op zichzelf niet dat er zoveel overhoop wordt gehaald.

De heer De Boer vond het jammer dat ik zo weinig affiniteit heb met het solidariteitsprincipe. Voorzitter! Ik vind solidariteit in de gezondheidszorg heel belangrijk, maar ik vind niet dat die solidariteit ontkracht wordt door ons huidige systeem van ziekenfondsverzekering en particuliere ziektekostenverzekering. De particulier verzekerden zijn wel degelijk via hun portemonnee solidair met de ziekenfondsverzekerden. De werkgevers brengen het majeure deel van de procentuele premie op. Men betaalt mee via de belastingen. Ieder jaar wordt een belangrijke rijksbijdrage – op dit moment meer dan 6 mld. – in de ziekenfondskas gestort. De ziekenfondsverzekerden betalen aan premies niet meer dan een kwart van de totale opbrengst die nodig is om de Ziekenfondswet te financieren. Er is geen sprake van een gebrek aan solidariteit.

De heer De Boer zei dat hij niet begreep dat er volgens mij geen problemen waren met de wozoco's. Ik had het op dat moment over de woonzorgwelzijncombinaties die in het advies van de Raad voor de volksgezondheid en zorggerelateerde dienstverlening voor de GGZ worden aanbevolen. Het gaat er daarbij meer om dat je aan chronisch-psihiatrische patiënten combinaties moet aanbieden van wonen, zorg en welzijn in verschillende verhoudingen. Ik heb me misschien onduidelijk

uitgedrukt, waardoor er een klein misverstand is ontstaan.

Wat het personeelsbeleid in de zorgsector betreft, wil ik de heer De Boer nog eens toezeggen dat ik hier inderdaad hard aan zal trekken.

Mevrouw Ter Veld heeft een vraag gesteld over het waarborgfonds. Ik heb al gezegd dat wij momenteel bezig zijn met de laatste besprekingen. Deze worden medio juni afgerond. Ik weet dus nog niet precies hoe de modaliteiten er uiteindelijk uit komen te zien. Een essentieel punt is natuurlijk een breed draagvlak. Zodra die besprekingen helemaal rond zijn, zal ik de Kamer hier nader over berichten.

De heer Van den Berg vroeg opnieuw duidelijkheid over de regiovisies: tot wie moet men zich wenden als de provincie in de regiovisie weinig belangstelling heeft voor de bovenregionale voorzieningen? Wij kennen regiovisies waarin deze bovenregionale voorzieningen wel meegenomen worden. Het is dus niet overal zoals de heer Van den Berg het verwoordt. Bovendien komen bij de sectorvisie, bij de bouwplannen zoals deze op het ministerie door mij worden opgesteld, de bovenregionale voorzieningen volledig aan bod. Men zou zich dus met klachten tot het ministerie van VWS moeten wenden.

Mevrouw Tuinstra heeft in eerste termijn gevraagd of er niet te veel zaken in de AWBZ terecht komen. Ik ben daar inderdaad niet op ingegaan. Ik begrijp echter precies wat zij bedoelt. Wanneer je uitgaat van de zuivere redenering dat alleen langdurig onverzekerbare zorg in de AWBZ zou behoren te zitten en wanneer je dan kijkt wat er allemaal via de AWBZ wordt gefinancierd, dan is dat inderdaad ruimer dan die definitie. Je komt dan terecht bij de vraag naar de "knippen". Voor de "knip" in de thuiszorg is nu een maatregel genomen. Deze moet heel zorgvuldig geëvalueerd worden. Nu al blijkt dat dit allerlei problemen geeft, zoals bijvoorbeeld financiële afwentelingsproblemen tussen de twee compartimenten. Ik wil mij, voordat ik andere zaken uit de AWBZ zal halen, zoals bijvoorbeeld het aanbrengen van een knip in de GGZ, eerst eens goed beraden. Ik maak deze opmerking naar aanleiding van wat we nu zien gebeuren met de thuiszorg. Op papier lijkt het schitterend te kloppen, maar in de praktijk ontstaan allerlei gedrags-

effecten, zoals bijvoorbeeld afwentelingsgedrag. Hierdoor kan meer narigheid veroorzaakt worden dan wanneer je de thuiszorg in de AWBZ laat. Dat is dan misschien niet geheel volgens de principes, maar het is dan wel voor iedereen de beste oplossing. Het voorstel van de heer Van Boxtel zal worden meegenomen in de nota die wordt aangeleverd voor de volgende formatiebesprekingen over het ziekenfonds. Ik wil een verzoek aan de Gezondheidsraad over de kwestie van de voeding graag in overweging nemen. Ik doe dit samen met de staatssecretaris die in feite de voeding in haar portefeuille heeft.

□

Staatssecretaris **Terpstra**: Voorzitter! Ik dank de geachte afgevaardigden voor hun inbreng in zowel de eerste als tweede termijn. Ik wil allereerst graag ingaan op de opmerkingen van de heer Werner en mevrouw Van den Broek-Laman Trip over de indicatiestelling. De indicatiestelling zoals deze thans vorm krijgt, zal in ieder geval objectief, onafhankelijk en integraal moeten zijn. Dat is een nadrukkelijke vormgeving die na een zeer hevig debat in de Tweede Kamer tot stand is gekomen. Deze heeft uiteindelijk een basis gevonden in de AMvB. Ik wil tegen de heer Werner graag zeggen dat ik juist probeer in de voortgangsnotitie Indiciestelling die straks naar de Kamer gaat, te zoeken naar een vorm die zo weinig mogelijk bureaucratie bevat. Ik ben het volstrekt met hem eens dat het geen bureaucratisch geheel moet worden, maar dat de rechten en de positie van de cliënt versterkt moeten worden. Er is een modus te vinden voor de objectieve onafhankelijke indicatiestelling.

Mevrouw Van den Broek heeft gezegd dat het aan de gemeenten moet worden overgelaten, omdat de decentralisatie ook geldt voor de voortgangsnotitie. Dat is niet geheel de juiste insteek. Ik heb de Tweede Kamer beloofd, haar op de hoogte te houden. Het betreft een AMvB, dus de verantwoordelijkheid van het Rijk. Het Rijk moet een kader bieden voor de invulling. Wij zijn er overigens niet op uit om de protocollen goed te keuren, maar wel om een toetsingskader te bieden. Dat is de verantwoordelijkheid die wij hebben en wij kunnen die niet ontlopen.

Terpstra

De heer **Werner** (CDA): De indicatiestelling zal in de toekomst nog wel aan de orde komen. Ik wijs op de ervaringen met opname-machtigingen, die meestal de deur uitgingen als de patiënt het ziekenhuis al had verlaten. Bij de indicatiestelling dreigt dit ook te gebeuren. Er is veel langdurige zorg en de zorgbehoefte wisselt sterk. Per dag kan deze anders zijn. De flexibiliteit van de zorgverleners om op die behoefte in te springen, kan zeer gefrustreerd worden door een veel te bureaucratische aanpak van zorgindicaties. Ik maak mij daar zorgen om. Bovendien levert het scheiden van geld en indicatiestelling ook een complicatie op.

Staatssecretaris **Terpstra**: U heeft groot gelijk. U noemt precies de argumenten die ik, in mijn eigen woorden, aan de overzijde van het Binnenhof heb genoemd. Op basis van de voortgangsnotitie zullen wij nagaan of er een zo min mogelijk bureaucratische en flexibel mogelijke indicatiestelling tot stand kan worden gebracht. Ten aanzien van de enkelvoudige zorgvraag dient er een zo soepel mogelijke indicatiestelling te zijn. De voortgangsnotitie zal binnenkort aan de Kamer worden gezonden. Daarover zal zeker nog uitgebreid worden gesproken.

Voorzitter! De heer Werner heeft een opmerking gemaakt over Het Dorp. Hij volgde mijn redenering inzake de trend dat sommigen overwegen om naar een andere woonplek te gaan vanwege de eigen bijdrage. Het misverstand kan veroorzaakt zijn door de door mij gebezigde term "woonvorm" voor Het Dorp. Dat gold ook voor Nieuw Unicum of Amstelraden; grote woonvormen die een andere vorm hebben dan de traditionele instellingen. Het Dorp, Nieuw Unicum en Amstelraden zijn wel degelijk zorgvoorzieningen. Zowel het wonen als de zorg wordt door de AWBZ betaald. Het scheiden van wonen en zorg zou een extramuralisering betekenen.

Het onderwerp scheiden van wonen en zorg gaat ons allen aan het hart. Ik denk aan de motie van de heer Dees. In de beleidsbrief over het ROZ en in het algemeen overleg van 30 januari jongstleden heb ik aangegeven dat het traject ten behoeve van het scheiden van wonen en zorg, en het onderzoek naar de mogelijkheden daarvan, in

vijf fasen zal verlopen. Fase nul hebben wij achter de rug. Zij betreft de organisatie van het project, die afgelopen december/januari is afgerond. Wij zitten nu middenin de eerste fase, de analyse, het verzamelen van achtergrondmateriaal en alle informatie die van belang is om tot de ontwikkeling van alternatieven te komen. Deze fase loopt van januari 1996 tot augustus 1997. Ik heb de Tweede Kamer beloofd dat zodra deze fase is afgelopen, de uitkomsten eerst met de Tweede Kamer worden besproken.

Daarna gaat de twee fase in, het ontwikkelen van alternatieven, modellen enz., die zal duren van augustus tot januari. De derde fase betreft het beleidsdebat op basis waarvan keuzes gemaakt worden ten aanzien van de verkiezingsprogramma's en het nieuwe kabinetsstandpunt. Zij loopt van januari tot mei volgend jaar. Dan volgt het uitwerken en het pasklaar maken van die uitkomsten. Hiervoor hebben wij de periode nodig tot december 1998. Voor de implementatie hebben wij dan een heel jaar, namelijk van januari 1999 tot 2000. Ik onderstreep hiermee nogmaals dat het scheiden van wonen en zorg voor ons een zeer serieus traject is waarop wij kunnen bezien welke mogelijkheden en alternatieven er zijn en op welke wijze wij de modellen kunnen uitwerken. Ik heb al eerder in deze Kamer gezegd dat ik daar heel serieus mee bezig ben omdat ik altijd een groot voorstander ben geweest van het scheiden van wonen en zorg.

Mevrouw Van den Broek heeft gezegd dat ouderen wel meer mogen bewegen, maar dat zij dan liever niet achter de E-mail moeten worden gezet. Daar ben ik het hartgrondig mee eens. Maar het een moet je doen, en het ander hoeft je niet te laten. Ik zou er bezwaar tegen hebben om een hele generatie of meerdere generaties van ouderen buiten haken te moeten plaatsen bij alle nieuwe ontwikkelingen. Je zult maar als grootmoeder met je mond vol tanden en met twee linkerhanden zitten als je kleinkind als een whizzkid gewoon aan de slag kan en jij niet. Bovendien is het echt interessant. Maar sommige mensen vinden het enig en anderen weer niet, en die laatsten hoeven dus ook niet. Ik neem aan dat mevrouw Van den Broek dat ook zo bedoelde.

De heer De Boer heeft een reeks vragen gesteld. Hij vroeg allereerst naar mijn standpunt over het WIW dat reeds aan de overkant ligt. Ik moet hem toch zeggen dat het gaat om een regeringsstandpunt en dan is de positiebepaling van een van de bewindslieden uit die regering absoluut niet relevant. Daar zou ik het dan ook bij willen laten.

De heer De Boer maakte een opmerking over de ernst en de verharding van de problematiek van jongeren en noemde daarbij het voorbeeld dat hij vorige week tijdens een werkbezoek kreeg: het kwam veel voor dat er inventaris door de ruiten werd gegooid, terwijl dat vroeger niet het geval was. Dat is echter niet alleen een teken van verharding van geweld bij jongeren. Ook het geweld bij ouderen neemt toe; kijk alleen maar naar wat er gebeurt in de spreekkamer van de huisarts. Ook daar is te zien dat er veel meer geweld voorkomt en dat zegt meer iets over de geweldspiraal in onze samenleving dan over een specifieke problematiek van jongeren. Maar zij worden natuurlijk ook meegetrokken in dezelfde spiraal. Ik vind dat een zeer zorgelijke situatie waartegen ik probeer om op alle mogelijke manieren een tegenwicht te bieden. En dat gaat van pogingen om het kooivechten tegen te gaan als een soort publieksamusement – hoe kunnen wij mensen vermaken als wij met geweld bezig zijn – tot en met geweldsvideo's. Ik vind het van belang om te proberen om juist in alle aspecten van onze samenleving de geweldspiraal om te keren.

De heer De Boer verweet mij dat ik met een soort positivisme uitstraalde dat het extra geld dat wij met heel veel moeite, maar met kracht van argumenten hebben gekregen voor de jeugdhulpverlening, niet veel zou uitmaken voor de wachtlijsten. Met alle respect, maar ik probeer te zeggen dat er keihard wordt gewerkt. Juist door het uit te stralen, wil het kabinet laten zien dat het er niet in berust, maar probeert er alles aan te doen. Ik meen dat de wachtlijsten wel degelijk door het extra geld, maar ook door een betere regie kunnen worden aangepakt. Dat zal zeker niet over de hele linie zo zijn, maar ik hoop dat het in ieder geval aanmerkelijk zal schelen.

Mevrouw Ter Veld heeft gevraagd of bij het aanwijzen van de Sociale verzekeringsbank geen centrale

Terpstra

inschrijving had moeten plaatsvinden. Nee, er hoefde ook geen Europese aanbesteding plaats te vinden. Wij hebben dat zeer zorgvuldig juridisch getoetst. Het bleek niet noodzakelijk te zijn. Het gaat immers om de overdracht van taken van het ene publieke orgaan naar het andere en dan is dat niet nodig.

Mevrouw Tuinstra wil ik toch op een punt tegenspreken. Als zij denkt dat LNV de zaak ten aanzien van de gezondheidsvoorwaarden en de gezondheidskaders een beetje overneemt, dan is dat echt een misverstand. Integendeel, er is constant – in de BSE-gevallen, maar ook in andere zaken – een uitgebreide dialoog. Wanneer het gaat om gezondheidsaspecten is het iedere keer het ministerie van VWS dat uiteindelijk de randvoorwaarden bepaalt. Dat dit niet zo manifest is, komt niet omdat – zoals vroeger het geval was – wij territoriumdrift hebben, integendeel, de samenwerking is zo goed dat soms de een, soms de ander daarbij het voortouw neemt.

De beraadslaging wordt gesloten.

Het wetsvoorstel wordt zonder stemming aangenomen.

Sluiting 22.56 uur

Besluiten en ingekomen stukken

Lijst van besluiten

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

a. de openbare behandeling van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op:
8 april 1997

Voorstellen van de commissie voor de Verzoekschriften EK nrs. XXII t/m XXVI;

Wijziging van de Scheepvaartverkeerswet in verband met de wijziging van de bepalingen met betrekking tot het varen onder invloed (24753);

Wijziging van de Wet op de studiefinanciering onder meer in verband met correctie op de berekening van de aanvullende beurs, alsmede van onder meer de Wet tegemoetkoming studiekosten in verband met enkele technische wijzigingen (25163);

Aanpassing van een aantal wetten in verband met de privatisering van het Algemeen burgerlijk pensioenfonds (Aanpassingswet privatisering ABP) (24441);
15 april 1997

Wijziging van de artikelen 1 en 3 van de Wet collectieve preventie volksgezondheid (24748);

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het ministerie van Economische Zaken (XIII) voor het jaar 1997 (25000 XIII);

Vaststelling van de begroting van de uitgaven en de ontvangsten van het Fonds economische structuurversterking voor het jaar 1997 (25000 E);

Intrekking van de Wet beperking cadeaustelsel 1977 (25109);

Wijziging van de Wet op de studiefinanciering en de Wet tegemoetkoming studiekosten in verband met de aanspraak op studiefinanciering voor onder meer assistentopleidingen (25194);

Wijziging van bepalingen van verschillende wetten in verband met de erkenning van de vrijheid van levensovertuiging als grondrecht (24614);
20 mei 1997

Nieuwe regels omtrent de economische mededinging (Mededingingswet) (24707);

b. het voorbereidend onderzoek van de volgende wetsvoorstellen te doen plaatsvinden op
15 april 1997
door de vaste commissies voor Justitie:

Instelling van vaste colleges van advies van het Rijk op het terrein van het Ministerie van Justitie (Wet adviesstelsel Justitie) (24881);
Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat:

Raming der voor de Kamer in 1998 benodigde uitgaven, alsmede aanwijzing en raming van de ontvangsten (EK nr. 201);
22 april 1997

door de vaste commissie voor Economische Zaken:

Nieuwe regels omtrent de economische mededinging (Mededingingswet) (24707);
29 april 1997

door de vaste commissies voor Justitie:

Wijziging van, onder meer, Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met invoering van medevoogdij en gezamenlijke voogdij

(23714);
Binnenlandse Zaken en de Hoge Colleges van Staat:

Gemeentelijke herindeling in de provincie Drenthe (25046).

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

1. de volgende door de Tweede Kamer der Staten-Generaal aangenomen wetsvoorstellen:

Wijziging van, onder meer, Boek 1 van het Burgerlijk Wetboek in verband met invoering van medevoogdij en gezamenlijke voogdij (23714);

Wijziging van de Wet op de jeugdhulpverlening in verband met medezeggenschap (24681);

Wijziging van het Wetboek van Strafvordering betreffende het aanhangig maken van de zaak en de regeling van het onderzoek ter terechtzitting (herziening onderzoek ter terechtzitting) (24692);

Nieuwe regels omtrent de economische mededinging (Mededingingswet) (24707);

Wijziging van de Wet op de jeugdhulpverlening in verband met het klachtrecht (24712);

Wijziging van bepalingen van de Mediawet, de Wet op de telecommunicatievoorzieningen en de Radio-Omroep-Zender-Wet 1935 in verband met de liberalisering van de mediawetgeving (24808);

Goedkeuring van de op 17 juli 1995 te Brussel totstandgekomen Euro-Mediterrane Overeenkomst, waarbij een associatie tot stand wordt gebracht tussen de Europese Gemeenschap en haar lidstaten, enerzijds, en de Republiek Tunesië, anderzijds (24821);

Goedkeuring van de op 20 november 1995 te Brussel totstandgekomen Euro-Mediterrane Overeenkomsten waarbij een associatie tot stand wordt gebracht tussen de Europese Gemeenschappen en hun Lid-Staten, enerzijds, en de Staat Israël, anderzijds (25036);

Gemeentelijke herindeling in de provincie Drenthe (25046).

Deze wetsvoorstellen zullen in handen worden gesteld van de desbetreffende commissies;

2. de volgende regeringsmissives: een, van de minister van Buitenlandse Zaken, inzake aanwezigheid van parlementsliden ter