

25ste vergadering

Dinsdag 30 maart 1999

Aanvang 10.00 uur

Voorzitter: Korthals Altes

Tegenwoordig zijn 66 leden, te weten:

Baarda, Batenburg, De Beer, Van den Berg, Bierman, De Boer, Boorsma, Braks, Van den Broek-Laman Trip, Dees, Van Dijk, Van Eekelen, Eversdijk, Van Gennip, Ginjaar, Glastra van Loon, Glasz, Van Graafeiland, Grol-Overling, De Haze Winkelman, Heijmans, Heijne Makkreel, Hendriks, Hessing, Van Heukelum, Hilarides, Hirsch Ballin, Hofstede, Holdijk, Jaarsma, De Jager, Jurgens, Korthals Altes, J. van Leeuwen, L.M. van Leeuwen, Linthorst, Loudon, Luijten, Lycklama à Nijeholt, Maas-de Brouwer, Meeter, Michiels van Kessenich-Hoogendam, Pitstra, Postma, Rensema, Rongen, Roscam Abbing-Bos, Ruers, Scholten, Schoondergang-Horikx, Stevens, Stoffelen, Talsma, Tiesinga-Autsema, Tuinstra, Varekamp, Ter Veld, Veling, Verbeek, Vrisekoop, Werner, Wiegel, Wöltgens, Van de Zandschulp, Zijlstra en Zwerver,

en de heer De Vries, minister van Sociale Zaken en Werkgelegenheid, mevrouw Borst-Eilers, vice-minister-president, minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, de heer Cohen, staatssecretaris van Justitie, en mevrouw Vliegthart, staatssecretaris van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

De **voorzitter**: Ik deel aan de Kamer mede, dat zijn ingekomen berichten van verhindering van de leden:

Pit, in verband met een medisch onderzoek;

Hofstede en Schuurman, wegens bezigheden elders, alleen het eerste deel van de vergadering;

Gelderblom-Lankhout en Ketting, wegens verblijf buitenslands;

Steenkamp, wegens ziekte, ook de komende tijd;

Le Poole, wegens ziekte.

Deze berichten worden voor kennisgeving aangenomen.

De **voorzitter**: De ingekomen stukken staan op een lijst, die in de zaal ter inzage ligt. Op die lijst heb ik voorstellen gedaan over de wijze van behandeling. Als aan het einde van de vergadering daartegen geen bezwaren zijn ingekomen, neem ik aan, dat de Kamer zich met de voorstellen heeft verenigd.

(Deze lijst is opgenomen aan het eind van deze editie.)

Aan de orde is de behandeling van de wetsvoorstellen:

- **Wijziging van onder meer de Wet op het voortgezet onderwijs in verband met vervanging van de tijdelijke regeling van de vergoeding voor de exploitatiekosten door een in die wet zelf neergelegde regeling (regeling nieuw bekostigingsstelsel exploitatiekosten voortgezet onderwijs) (25878);**

- **Wijziging van de Wet toezicht kredietwezen 1992 teneinde de verstrekking van informatie aan het publiek te verbeteren (26130);**

- **Wijziging van de Wet op het hoger onderwijs en wetenschappelijk onderzoek, houdende**

aanpassingen in het systeem van selectie voor opleidingen waarvoor een toelatingsbeperking is vastgesteld (25947).

Deze wetsvoorstellen worden zonder beraadslaging en zonder stemming aangenomen.

De **voorzitter**: De leden De Boer en Pitstra wordt conform artikel 121 van het Reglement van orde aantekening verleend, dat zij geacht willen worden zich niet met wetsvoorstel 25947 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 1999 (26200-XVI).**

De beraadslaging wordt geopend.

De heer **Dees** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Het is de eerste keer in deze kabinetsperiode dat wij een gedachtewisseling hebben met beide bewindsvrouwen van het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Wij verheugen ons daarover. In de vorige periode hebben wij met de minister vele debatten gevoerd over wetsvoorstellen en over begrotingen. Die hebben wij altijd als zeer constructief ervaren. Wij hopen dat de gedachtewisselingen met deze bewindsvrouwen ook in deze periode constructief zijn. Doorgaans zijn in deze Kamer gelukkig geen moties nodig om toezeggingen te krijgen op de punten die hier belangrijk worden geacht.

Dees

Ditmaal wil ik vooral een beschouwend betoog houden over een viertal grote dossiers, om te beginnen over de arresten-Decker en -Kohll. De arresten van het Europese Hof van Justitie van 28 april 1998 in de kwesties Decker en Kohll hebben zowel nationaal als internationaal veel stof doen opwaaien. Naar de mening van de fractie van de VVD worden de risico's van deze arresten voor de nationaal georganiseerde en gefinancierde sociale stelsels van zorgverzekering onderbelicht en onderschat. Tot nu toe is er geen antwoord van de regering gekomen op de vraag, of hier sprake is van bedoelde en gewenste ontwikkelingen van het Europees sociaal verzekeringsrecht. De risico's van deze ontwikkelingen zijn voorts onvoldoende in kaart gebracht. Ook een politieke en beleidsmatige reactie van de verschillende organen van de Europese Unie, in het bijzonder van het Comité van Ministers, is helaas uitgebleven.

Mijn fractie vindt dit een onverantwoorde gang van zaken. Risico's moeten worden ingeschat. Politiek-beleidsmatige reacties op nationaal en Europees niveau dienen zeer spoedig geformuleerd te worden. Want waar gaat het om?

Om te beginnen gaat het om de concrete gevolgen van beide arresten. Het Europees Hof heeft in elk geval de uitspraak gedaan, dat een sociale zorgverzekeraar de in het buitenland gemaakte kosten voor een medisch product, een bril, of een medische dienst, een gebitsbehandeling, zonder voorafgaande toestemming dient te vergoeden. De bril van meneer Decker en de gebitsregulatie voor dochter Kohll zijn simpele en goedkope vormen van zorg. Deskundigen op het gebied van het Europees recht hebben echter al voorspeld, dat wat geldt voor een bril of het gebit ook van toepassing zal zijn op aanzienlijk duurere producten en diensten, inclusief kostbare topklinische zorg. Is dan niet het hek van de dam? De risico's zijn groot omdat het Hof eigenlijk ten principale oordeelde, dat een "toestemming vooraf" een belemmering is voor het vrije verkeer van goederen en diensten. Tal van deskundigen geven aan de arresten de uitleg, dat de Europese principes van het vrije verkeer van producten en diensten prevaleren en dat de gezondheidszorg, zoals lang werd verondersteld, zich niet kan

onttrekken aan de regels van het vrije verkeer. Dit roept vele vragen op.

Op de vele symposia, die over dit onderwerp zijn georganiseerd en die meestal door die deskundigen worden bezocht, wordt doorgaans door deze mensen betoogd, dat deze arresten een logisch en evolutionair gevolg zijn van de ontwikkeling van het Europese gemeenschapsrecht. In die optiek dienen medische diensten en producten onbelemmerd voor rekening van de eigen zorgverzekeraar over de grens verkregen te kunnen worden. Dat geldt dan niet alleen voor de bril of het gebit uit het buitenland, maar ook voor de openhartoperatie, de heupvervanging of de fysiotherapeutische massage onder de palmen. Mits het maar in Europa is.

Ik durf de stelling aan te vallen, dat hier sprake zou zijn van beoogd beleid. Immers, noch in het Verdrag van Rome noch in latere besluitvorming van de Europese organen kan men expliciet vinden, dat de regels van het vrije verkeer ook van toepassing zijn op de sociale stelsels voor zorg en zekerheid. In mijn waarneming zijn zij er eerder van uitgesloten geweest. En als dan door de ontwikkeling van het Europees gemeenschapsrecht en de uitspraken van het Europees Hof de zorg toch onder de regels van het vrije verkeer blijkt of lijkt te zijn gebracht, dan is mijns inziens politiek-beleidsmatige besluitvorming urgent. Het primaat ligt namelijk bij de politiek. Wensen we deze ontwikkeling wel of niet? Als we deze ontwikkeling, die door de rechter is opgeroepen, niet wensen, welke reparaties in de wetgeving, nationaal of internationaal zijn dan wenselijk respectievelijk mogelijk? Kan de minister hierop ingaan en met name de vraag beantwoorden welke standpunten het kabinet en het Comité van Ministers hebben ingenomen?

Deze problematiek mag niet worden onderschat, zeker als het gaat om de mogelijke gevolgen voor ons verzekeringsstelsel. Macrokostenbeheersing is een essentieel onderdeel van ons beleid en dat wordt vooral nagestreefd en bereikt via regulering van het aanbod van voorzieningen. Indien op relatief grotere schaal de weg naar het buitenland zou worden gevonden, dan zou de aanbodregulering het kenmerk van een vergiet aannemen, met alle risico's voor de zo essentiële

kostenbeheersing van dien. Hoe denkt de minister over deze risico's, zeker nu we in Nederland, bijvoorbeeld in vergelijking met België, krapte in het aanbod hebben, gelet op de situatie in de ziekenhuizen en bij de specialistische zorg?

Voorzitter! Mijn tweede onderwerp is de genterapie. Jaren geleden waren de verwachtingen inzake genterapie hoog gespannen. Het menselijk genoom werd in kaart gebracht, wetenschappelijk onderzoek werd krachtig gestimuleerd en de kennis over gendiagnostiek nam toe. Ook over de ethische aspecten werd ruim gediscussieerd met als conclusie dat genterapie ethisch aanvaardbaar was. Alleen kiembaar genterapie, die onoverzienbare gevolgen voor het nageslacht kan hebben, werd in algemene zin afgewezen. Dat waren heldere conclusies.

In 1997 bracht de Gezondheidsraad een advies uit over genterapie en in 1998 formuleerde de minister van VWS een standpunt. De vooruitzichten op succesvolle genterapie waren toen, ondanks alle andere positieve wetenschappelijke ontwikkelingen, nog niet kansrijk. Reden waarom misschien toen nog niet werd geïnvesteerd in genterapie. De vooruitzichten lijken nu beter te zijn. Vanuit de recentelijk opgerichte Nederlandse vereniging van genterapie is ons gemeld, dat goede toepassingsmogelijkheden dichterbij zijn, bijvoorbeeld op het punt van de kankerbestrijding, maar ook terzake van hart- en vaatziekten, maar dat lijstje is wellicht nog uit te breiden, ook met bijvoorbeeld zeldzame ziekten.

Essentieel voor vooruitgang is echter nu de beschikbaarheid van een centrale productiefaciliteit voor de ontwikkeling van deze nieuwe technologie. Onderzoek zelf zou kunnen worden gefinancierd uit bestaande geldstromen, doch deze geldstromen, zoals NWO-subsidies, geven op zichzelf geen ruimte voor de financiering van infrastructuur. Daarvoor zijn geen duidelijke financiële stromen aanwezig. Ik had in mijn betoog de vraag opgenomen of de minister aan de Gezondheidsraad een nader bericht kan vragen of er thans inderdaad toekomst zit in de genterapie en of de inzichten in de afgelopen tijd zodanig zijn gewijzigd dat men er positief tegenover staat. Inmiddels hebben wij een brief ontvangen van prof.

Dees

Van Aken, voorzitter van de Commissie genterapie van de Gezondheidsraad, die onderschrijft dat er een betere toekomst is. Tevens onderschrijft hij dat het financieren van de infrastructuur, de productiefaciliteit, van groot belang is, ook omdat er voorbereidingstijd voor nodig is. Is de minister bereid om samen met haar collega's van OCW en Economische Zaken te bekijken of die noodzakelijke infrastructuur kan worden gefinancierd? Naar onze mening kunnen bijdragen van en samenwerking met het bedrijfsleven zeer sterk in overweging worden genomen, zodat er misschien sprake kan zijn van public-private partnership.

Het derde dossier betreft de xenotransplantaties. Het besluit van de minister om klinische xenotransplantaties, orgaantransplantaties van dier naar mens, wettelijk nu reeds te positioneren onder de bepalingen voor de reguliere topklinische zorg van de Wet bijzondere medische verrichtingen heeft ons verbaasd en verontrust. Uiteraard zien wij net als vele wetenschappers en net als de minister, gezien het tekort aan menselijke organen, transplantatie van dierlijke organen als een mogelijk alternatief. Uit tal van rapportages, zowel internationaal als nationaal – ik vond het rapport van de Gezondheidsraad op dit punt zeer indrukwekkend – blijkt echter niet alleen dat xenotransplantaties thans niet mogelijk zijn, maar ook dat er redenen zijn waarom ze niet wenselijk zijn. Wat zijn de problemen? Ik noem er vier.

In de eerste plaats is de problematiek van de afstotingsreacties in het menselijk lichaam niet onder controle. Men weet er nog te weinig van af. In de tweede plaats weten wij onvoldoende hoe een dierlijk orgaan, dat andere afmetingen kan hebben dan menselijke organen, zich in de mens zal gedragen in fysiologische zin. In de derde plaats – dat is verontrustend – zijn er de nog onoverzienbare risico's van epidemische besmettingen door onbekende pathologische micro-organismen, zoals virussen en priomenen, die van dier naar mens kunnen worden overgedragen zoals ook het HIV-virus bij de mens terecht is gekomen. Er zijn niet alleen risico's voor het individu, maar ook voor de gehele bevolking. In de vierde plaats noem ik de ethische

aspecten met betrekking tot zowel de mens als het dier.

Voor de oplossing van sommige van deze problemen is nader wetenschappelijk onderzoek nodig, dat naar mijn mening krachtig gestimuleerd moet worden. De risico's van epidemieën zijn echter van dien aard dat op dit moment een wettelijk moratorium op klinische xenotransplantaties op zijn plaats zou zijn. Helaas heeft de minister hier vooralsnog niet voor gekozen. Wij betreuren dat, omdat ons inziens de bescherming van de collectieve gezondheid absolute voorrang verdient. Wij mogen geen risico's lopen. De parlementaire vergadering van de Raad van Europa, waarin maar liefst 40 landen zijn vertegenwoordigd, heeft zich na een halfjaar studie en debat op 29 januari jongstleden unaniem uitgesproken ten gunste van een wettelijk bindend moratorium in alle landen. De rapporteurs waren een christendemocraat, een socialist en een liberaal. Er was dus een breed draagvlak voor deze aanbeveling, die beslist niet is ingegeven door een antitechnologiehouding, die wij in het verleden wel eens zijn tegengekomen. Wij dringen erop aan dat de minister haar standpunt heroverweegt en ook uit solidariteit met de Europese uitspraak kiest voor een moratorium. Overigens hopen wij dat de wetenschappelijke vooruitgang van dien aard zal zijn dat het moratorium op afzienbare termijn kan worden ingetrokken.

Een voordeel van een tijdelijk moratorium is bovendien dat er een nader maatschappelijk debat over de ethische aspecten kan worden gevoerd. Waarom kiest de minister niet voor zo'n debat? Ik meen mij te herinneren dat de Gezondheidsraad daar expliciet op heeft aangedrongen. Haar standpunt dat xenotransplantaties ethisch gezien aanvaardbaar zijn, is mijns inziens vanuit de mens beschouwd begrijpelijk. Immers, eenieder is vrij om een eigen keuze te maken zonder een ander te duperen. Dat schrijft zowel de minister als de Gezondheidsraad.

Er zijn echter tal van andere ethische aspecten die een nadere verdieping vereisen. Er is een debat nodig waarbij conclusies getrokken kunnen worden. Wat is de ethische aanvaardbaarheid van xenotransplantaties gezien vanuit het dier, dat speciaal gefokt en genetisch gemodificeerd moet worden? En

geldt een eventuele aanvaardbaarheid – vanuit de overweging dat een mens van een hogere orde is dan het dier – voor alle dieren, van varken tot mensaap? Die discussie is niet uitgediept. Wat is de positie van werkers in de gezondheidszorg die vanwege de belangen van het dier xenotransplantaties afwijzen en daaraan niet willen meewerken? Over deze onderwerpen wordt te lichtvaardig gedacht. Kortom, een dieper ethisch debat is wenselijk. Pas daarna kunnen conclusies worden getrokken.

Van ethiek naar de harde werkelijkheid: de kosten van de geneesmiddelenvoorziening. Terecht geeft de minister dit dossier een hoge prioriteit en schuwt zij een harde aanpak niet. De uitgaven voor geneesmiddelen stijgen jaarlijks met 10 tot 14%. Dat is een verdubbeling van de kosten in slechts 5 tot 7 jaar. Dat kan natuurlijk niet, dat is niet te dragen. Toch heb ik – in beschouwende zin – twijfels over de slaagkans van de aanpak die de minister kiest. Ik noem enkele aspecten.

In de eerste plaats heeft de minister een enorm aantal voorstellen gedaan. Zijn zoveel verschillende plannen tegelijkertijd bestuurlijk gezien wel te regisseren? Wat dit betreft, vergelijk ik de minister met een jongleur, die steeds meer nieuwe ballen de lucht in gooit en er af en toe – ik denk aan de apotheekhoudende huisartsen – ook weer één opvangt. De minister jongleert wel met 40 ballen tegelijk. Dat vraagt om botsingen, om ongelukken. Als ik de minister was, zou ik het met minder ballen doen.

In de tweede plaats zie ik strijdigheden in de aanpak van de minister. Hoe kan er bijvoorbeeld meer competitie tussen apothekers komen als men tegelijkertijd de inkoop bij de apothekers weghaalt? Waar valt dan nog op te concurreren? Zal in een stelsel waarin elk aanbod nieuwe vraag oproept een uitbreiding van het aantal distributiepunten niet eerder kostenverhogend dan kostenverlagend werken? Hoe kan op regionaal niveau tegelijkertijd worden uitgegaan van een competitief model voor het afleveren van geneesmiddelen en van een samenwerkingsmodel voor de farmacotherapie? Dit kan toch niet hand in hand gaan? Het is óf competitie óf samenwerking.

Dees

Naar mijn mening dienen eerst de twee fasen van de geneesmiddelenvoorziening – tot aan en vanaf de apotheker – helder te worden gekarakteriseerd. En vervolgens kan dan een beleid worden ontwikkeld dat is gebaseerd op deze twee, zeer verschillende karakteristieken. Allereerst de eerste fase, van industrie tot apotheker. Naar de mening van mijn fractie dienen de wetten van de markteconomie en de prijsconcurrentie te gelden. Helaas ontbreekt thans de echte prijsconcurrentie. In de praktijk is deze immers vervangen door margeconcurrentie: de apotheker koopt niet het goedkoopste product doch het product met de meeste bonussen en kortingen, die hij zelf kan behouden. Naar onze mening is het van essentiële betekenis dat deze margeconcurrentie weer wordt vervangen door echte prijsconcurrentie.

Dat kan door de transparanti Richtlijn van het COTG uit 1988 weer te doen herleven. Deze richtlijn, die om onbegrijpelijke redenen door staatssecretaris Simons werd ingetrokken – en dus de bonussen en kortingen weer welig deed tieren – had als ingrediënten: de introductie van prijsconcurrentie, de afschaffing van bonussen en kortingen, de afschaffing van margeconcurrentie en een stimuleringsregeling voor de apotheker voor het afleveren van goedkopere, generieke preparaten.

Ook afschaffing van de verstoring en fixerend werkende KNMP-taks zou overwogen moeten worden. En uiteindelijk zou deze benadering ook moeten leiden tot een intrekking van de Wet op de geneesmiddelenprijzen; een wet die in een marxistisch stelsel niet zou misstaan. In hoeverre zal overigens de invoering van de euro hier de totstandkoming van Europese prijzen bevorderen? Zo'n ontwikkeling is een extra reden om eventueel af te zien van deze wet. Graag een reactie van de minister op dit algemene deel van mijn betoog.

Dan de tweede fase: het voorschrijven en afleveren van geneesmiddelen. Hier dient eerst ten principale de vraag te worden beantwoord of men de apotheker als een koopman of als een zorgverlener ziet. Het antwoord op deze vraag is, zo dunkt ons, bepalend voor de keuze van de tariefstructuur en de methode van kostenbeheersing. De KNMP, de beroepsorganisatie van

apothekers – al zullen niet alle individuele leden het daarmee eens zijn – heeft reeds in de jaren tachtig in het rapport "De apotheker in het jaar 2000" ervoor gepleit om de apotheker als een zorgverlener te beschouwen. De huidige tariefstructuur is in beginsel daarop ook gebaseerd. In die structuur past het niet om onverkort de regels van competitie en markteconomie te introduceren op zorgverleners. Financiële prikkels, gericht op een economisch verantwoorde farmacotherapie, zijn daarentegen in dat model mijns inziens wel bruikbaar en zelfs zeer gewenst. Een medisch en economisch verantwoord voorschrijven en aflevergedrag van specialist, huisarts en apotheker is alleen mogelijk in een goede samenwerking tussen alle partijen, inclusief de belangrijke rol van zorgverzekeraars.

In de tweede fase dient derhalve niet, zoals in de eerste fase, de markteconomie centraal te staan doch de samenwerking tussen alle partijen om aan kostenbeheersing te doen. Ons inziens is in deze fase nog heel wat kostenbeheersing te bereiken.

Het duurste instrument in de gezondheidszorg is de pen van de arts, zei prof. Dunning eens. Ik ben het daarmee eens. Juist daarom verdient het aanbeveling om in het tarief van huisarts, de specialist en in de vergoedingsstructuur van de apotheker modules op te nemen die zijn gericht op het actief meewerken aan en het prestaties leveren ten gunste van kostenbesparende farmacotherapie. De financiële nood in dit dossier is inmiddels zo hoog dat zou moeten worden overwogen, deze modules in de tariefstructuur in te passen zonder verhoging van de macrobudgetten van deze beroepsgroepen. Graag een reactie van de minister.

□

Mevrouw **Van den Broek-Laman Trip** (VVD): Voorzitter! Ik voeg graag aan de woorden van de heer Dees toe dat ik speciaal de staatssecretaris welkom heet, die voor het eerst hier vandaag aanwezig is. Tot nu toe hebben wij alle wetten die haar betroffen als hamerstuk afgedaan, maar eindelijk is het ons gelukt, haar hier te krijgen.

Wij behandelen vandaag niet alleen de begroting van Volksgezondheid, maar ook van Welzijn en Sport.

Over dat onderdeel wil ik graag een drietal onderwerpen aan de orde stellen: kinderopvang, scheiden van de functies wonen en zorg in verzorgingshuizen en de regiovisies.

Met veel belangstelling volg ik de ontwikkelingen ten aanzien van de kinderopvang. Dit kabinet is zeer positief over uitbreiding van kinderopvangmogelijkheden. In het kader van meer mogelijkheden voor vrouwen om aan het arbeidsproces mee te doen, is dit naar de mening van mijn fractie een terecht enthousiasme. Er zijn twee mededelingen in de begroting over dit onderwerp die mijn aandacht hebben opgeëist. Ten eerste: er komt een wet basisvoorziening kinderopvang, waarin onder meer een inkomensafhankelijke ouderbijdrage wordt vastgelegd. Waarom, zo vraag ik mij in alle gemoede af, moet dit nu weer wettelijk worden geregeld? Zeker al 25 jaar werkt het huidige systeem van inkomensafhankelijke ouderbijdrage in de kinderopvangwereld naar alle tevredenheid. Er zijn al jaren keurige advieslijsten over ouderbijdragen. Er is er eentje van de VNG en er is er eentje van het ministerie. Kunnen het ministerie en de VNG het niet samen eens worden en regelen wij het daarom maar bij wet? Ik hoop dat deze conclusie van mij niet juist is. Ik wil graag de visie van de staatssecretaris daarop horen. Ik ben bezorgd over het wettelijk vastleggen van de ouderbijdragen. Kinderopvang kan zo verschillend zijn en de wijze van bijdrage heffen dus ook. Dat kan erg uiteenlopen.

Zonder dat wetsartikel zullen er natuurlijk verschillen zijn in ouderbijdragen. Maar is dat nu zo ernstig? Het zou dit kabinet sieren als het zich bij elke regel en elke wet die wordt gemaakt, afvraagt of het echt noodzakelijk is om zaken in wet- en regelgeving vast te leggen en wat er gebeurt als die regel, dat artikel of die wet er niet komt.

Mijn tweede opmerking gaat over de basiskwaliteitseisen van de kinderopvang. Daarvoor geldt dezelfde vraag: is wetgeving noodzakelijk en hoever moet je daarmee gaan? Het kabinet schrijft dat die basiskwaliteitseisen wettelijk kunnen worden vastgelegd. Ik ben heel tevreden over deze formulering, want zij kunnen dus ook niet wettelijk worden vastgelegd. Voor dat laatste wil ik pleiten, en wel om een aantal redenen.

Van den Broek-Laman Trip

Als je kinderopvang vergelijkt met het basisonderwijs, blijkt dat kinderopvang flexibel, jong, modern en divers is en een zeer breed aanbod kent. Het basisonderwijs kreunt helaas onder alle regels en eisen en een eigen beleidsruimte is er moeilijk te creëren. Laten wij voorkomen dat hetzelfde gebeurt met de kinderopvang. Aan de grote verscheidenheid van kinderopvang moet niet worden getornd.

Ik geef een voorbeeld. Ouderparticipatiecrèches zijn zeer boeiend en succesvol. Zoals de naam al zegt, worden deze crèches gerund door ouders. In de basiskwaliteitseisen wordt gesproken over een professionele leiding die aanwezig moet zijn in een crèche en daar vallen de ouders, gek genoeg, niet onder. Zijn zij geen professionals bij uitstek? Is het niet buitengewoon stimulerend voor ouders om een dag per week in de crèche te werken en hun eigen en andermans kinderen met elkaar te vergelijken en te begeleiden? De liefde die ouders voor hun kind voelen, kunnen zij op deze manier verbreden. Ik ben vorige week in zo'n crèche geweest. Ik was daar zeer van onder de indruk. Boeiend was dat, toen ik er was, er alleen maar vaders waren.

Een andere vorm van kinderopvang is het gastouderschap, zoals dat in Denemarken wordt gestimuleerd door de overheid. Dat werkt echt perfect. Is de staatssecretaris net als ik van mening dat er binnen de kinderopvang ruimte moet zijn voor de grote diversiteit aan opvangmogelijkheden en dat ertegen moet worden gewaakt dat deze door wet- en regelgeving wordt belemmerd?

Ik maak een paar heel korte opmerking over het scheiden van wonen en zorg in verzorgingshuizen, een onderwerp dat vorig jaar bij de begrotingsbehandeling tot veel opwinding heeft geleid in deze Kamer. Ik hoop dat de staatssecretaris de tijd heeft gehad om de Handelingen daar nog eens op na te lezen. Er was vorig jaar met de nodige nuances een brede steun in deze Kamer om verder te gaan op de weg van het scheiden van wonen en zorg in verzorgingshuizen. Ik ga die discussie niet herhalen, maar de mening van mijn fractie moge helder zijn. Ouderen moeten de vrijheid hebben om keuzen te kunnen maken in de kwaliteit van wonen, ook als zij om fysieke redenen niet meer thuis

kunnen wonen. Scheiden van wonen en zorg moet dus ook mogelijk worden gemaakt bij instellingen waar zorg en wonen nu nog als een pakket worden aangeboden. Eerlijk gezegd, vind ik dat er na onze verhitte discussies van vorig jaar, bar weinig is gebeurd. Er is een aantal keren overleg geweest aan de overzijde, maar de bereidheid van het kabinet was en is echt minimaal. De brief van het kabinet van 22 december 1998 is naar de mening van mijn fractie teleurstellend. Het kabinet stelt dat er geen gedwongen scheiden van wonen en zorg in bestaande verzorgingshuizen komt. De zes argumenten die genoemd worden, zijn mager en hier en daar zelfs suggestief.

Er is in deze Kamer niet gepleit voor gedwongen scheiden van wonen en zorg. Mijn fractie heeft nadrukkelijk gepleit voor het opvolgen van de adviezen van de Raad voor de volksgezondheid en zorg en de VROM-raad. Zij geven aan dat scheiden van wonen en zorg in een lang traject, van misschien wel twaalf jaar, mogelijk is. Natuurlijk begrijpen wij dat het ontvlechten heel problematisch is, maar wat ons een beetje treurig stemt, is dat er geen enkele bevlogenheid of zelfs maar bereidheid is om te proberen maatwerk te leveren voor ouderen die echt niet meer thuis kunnen wonen.

Er komt een nieuwe generatie ouderen aan die andere wensen heeft dan de mensen die vijftien jaar geleden naar verzorgingshuizen gingen. Ouderen zijn straks ook gepensioneerde tweeverdieners. Zij zijn vast in staat en bereid voor de wooncomponent te betalen. Laat de overheid vooruit kijken en daarvoor mogelijkheden bieden. Ik hoop dat de staatssecretaris nog eens diep nadent over dit onderwerp en enthousiaste oplossingen bedenkt.

Mijn derde punt zijn de regiovisies. Ik moet zeggen dat ik enigszins gehandicapt ben in mijn verhaal, omdat wij nog steeds niet het verslag hebben gekregen van een mondeling overleg dat twee weken geleden aan de overzijde heeft plaatsgevonden. Ik heb er herhaalde malen naar gevraagd. Het zou handig zijn als wij het sneller kregen. Ik moet het nu zonder dat verslag doen.

Toen ik net gedeputeerde was in Gelderland, in 1981, kwam de Wet

voorzieningen gezondheidszorg, die toen de WVG heette. Nu hebben wij een andere WVG, de Wet voorzieningen gehandicapten, en nog een WVG, de Wet voorkeursrecht gemeenten. In die wet lag verankerd dat de provincies zeer gecompliceerde plannen moesten maken. Een paar jaar geleden hebben wij deze wet in stilte naar haar graf gedragen. De planningstaak bij de provincie viel weg.

Maar gelukkig, er kwam iets nieuws. Sinds een aantal jaren maken de provincies regiovisies. De diverse onderdelen van de gezondheidszorg worden onder de loep genomen en in grote boekwerken neergeschreven. De bedoeling is dat in de regiovisies meer nadruk wordt gelegd op de vraag dan op het aanbod en dat het begrip "klantgerichtheid" centraal staat. Daar is iedereen het van harte mee eens.

Ik heb de volgende vraag over de regiovisies. Kan de minister aangeven of deze inderdaad leiden tot een inhoudelijk betere gezondheidszorg, die meer is afgestemd op de wensen van de patiënten? Is de minister tevreden over het aantal regiovisies dat op haar bureau verschijnt? Hoe verhouden de regiovisies zich tot de meerjarenafspraken die de minister met de verschillende zorgsectoren heeft gemaakt? Hoe verhouden zij zich tot het werk dat de verzekeraars moeten doen?

Tot slot de belangrijkste vraag over dit onderdeel. Ik heb ervaren dat overal in provincieland ongerustheid heerst over de regiovisies. Gedeputeerden, statenleden en zelfs ambtenaren roepen om meer duidelijkheid over de status van de regiovisies. Zij willen dat deze een wettelijke status krijgen. Een van mijn zegsmannen zei: anders kan je het wel vergeten, dan is het een hopeloze zaak.

De VVD-fractie is bezorgd over deze signalen. Is het kabinet wel op de goede weg met de regiovisies? Kosten zij niet erg veel overleg en papier? Wat is de concrete meerwaarde ervan? Gaarne horen wij de visie van de minister op de noodkreten die uit de provincies tot ons komen.

□

De heer **Werner** (CDA): Mijnheer de voorzitter! De behandeling van de begroting van het ministerie van

Volksgesondheid, Welzijn en Sport wil onze fractie aangrijpen om meer in algemene zin een aantal cruciale onderwerpen op het terrein van de zorgsector de revue te laten passeren en aan een nadere beschouwing te onderwerpen.

Allereerst wil ik namens de fractie stilstaan bij de ontwikkeling van het beleids- en beheersinstrumentarium voor de zorgsector. Het debat over de beleids- en beheersstructuur, de ordening van de sector is onder paars blijven steken. Gebrek aan politieke consensus over de te volgen koers en de allesoverheersende aandacht voor kostenbeheersing en bezuiniging hebben de bewindslieden zowel van het vorige alsook tot op heden van het huidige kabinet weinig speelruimte gegeven om anders dan via pragmatische maatregelen hoofdzakelijk gericht op kostenbeheersing richting te geven aan de gezondheidszorg.

Al bij de eerste begrotingsbehandeling van het vorige kabinet heb ik de bewindslieden gewaarschuwd voor de mogelijke gevolgen van een dergelijk beleid dat makkelijk tot een opeenstapeling van beleidsmaatregelen kan leiden die weinig samenhang vertonen en uiteindelijk tot een chaotische wet- en regelgeving aanleiding kunnen geven. Ik vrees dat ik geleidelijk gelijk begin te krijgen. De sector leidt ernstig aan overregulering en overbesturing waar velen in de sector letterlijk overstuur van raken.

Tal van maatregelen zijn ingevoerd en inmiddels weer afgevoerd. Ik noem de mislukte invoering van de marktwerking in de thuiszorg en de eigen bijdragen die inmiddels weer zijn afgeschaft. De verspilling aan besturings- en administratiekosten is gigantisch. Alleen al de invoering van de eigen bijdragen die het een jaar hebben uitgehouden, heeft 200 mln. gekost. Weggegooid geld. Van de deregulering van de bouw is niets terechtgekomen. Het blijft wachten op een nieuwe bouwwet.

De knip in de thuiszorg is ingevoerd en weer afgevoerd. Voor de kortdurende thuiszorg, vooral de thuiszorg na het verlaten van het ziekenhuis, zijn de regionale indicatieorganen een geweldig bureaucratisch obstakel voor de stroomlijning en ketenvorming van de zorg. De gemeentelijke indicatieorganen in het algemeen hebben tot taak na te gaan in welke mate men

geïndiceerd is voor zorg. Voor chronisch, langdurig gebruik van zorg lijkt dit een aanvaardbaar model. Maar voor de kortdurende zorg in het verlengde van het ziekenhuis die zeer divers is, zijn deze regionale indicatieorganen dikwijls een obstakel om flexibel te kunnen inspelen op de zorg die nodig is en die dikwijls niet zo lang duurt. De knip in de thuiszorg meende daarin te kunnen voorzien, maar is inmiddels weer verlaten. De vraag is: hoe verder met de thuiszorg in het verlengde van het ziekenhuis?

De juridische consequenties van de indicatiestelling door het regionaal indicatieorgaan zijn overigens onduidelijk. Zij geven, hoewel men geïndiceerd is voor zorg, nog geen recht op zorg, ondanks het feit dat men er via de AWBZ wel aanspraak op heeft. Dit geeft veel verwarring. De wettelijke status van de regiovisies van de provincies en de daaruit voortvloeiende juridische consequenties zijn onduidelijk en voor velerlei uitleg vatbaar.

De AWBZ geeft weliswaar aanspraken en zorgplicht aan de zorgverzekeraars, maar of men die aanspraak ook tot gelding kan brengen, is weer sterk afhankelijk van het budgettaire kader dat de overheid hanteert in het Financieel overzicht zorg. Dat kader is niet geënt op de behoefte aan zorg, maar op datgene wat men op grond van macro-economische overwegingen aanvaardbaar acht voor de zorgsector. Op basis van het budgettaire kader stelt het Centraal orgaan tarieven gezondheidszorg de budgetten van de instellingen vast en daarmee de mogelijkheden om zorg feitelijk te kunnen leveren. Vraag en aanbod sluiten in deze systematiek niet op elkaar aan. Het gevolg is lange wachtlijsten. De verzekeraars kunnen weliswaar overeenkomsten sluiten met de zorgaanbieders, maar wat zijn deze overeenkomsten eigenlijk waard en hoe kunnen zorgverzekeraars aan de wettelijk vastgelegde zorgplicht voldoen als via het Financieel overzicht zorg de budgettaire mogelijkheden door tussenkomst van het COTG al topdown zijn vastgesteld?

Ook de Europees-rechtelijke ontwikkelingen, zoals zij bijvoorbeeld voortvloeien uit de Decker/Kohllarresten, zijn van grote betekenis aan het worden voor het beheers- en

besturingskader van de zorgsector. Belangrijk gevolg van dit alles is dat de rechtszekerheid in de zorgsector wordt uitgehold door onduidelijke wetgeving en een overmaat aan sturende en besturende instanties.

Een aantal recente uitspraken van de rechter over cliënten die geïndiceerd waren voor zorg maar die deze zorg niet konden krijgen, laat duidelijk zien hoe onduidelijk de verantwoordelijkheden en aansprakelijkheden in de zorgsector zijn geregeld. De minister heeft destijds naar aanleiding van recente uitspraken gezegd dat de uitspraak van de rechter nog wel eens een staartje zou kunnen krijgen. Wordt het niet echt hoog tijd dat er een grondige evaluatie plaatsvindt van de consistentie in de wet- en regelgeving? Wie is er verantwoordelijk voor wat en wie is waarvoor aansprakelijk? Heeft men, als men verantwoordelijk en aansprakelijk is, ook de juiste bevoegdheden en middelen om die verantwoordelijkheid waar te kunnen maken? Wordt het niet eens tijd dat de zinnigheid en effectiviteit van tal van gedetailleerde uitvoeringsbepalingen die in de loop der jaren zijn ontwikkeld op grond van zeer uiteenlopende opvattingen en beleidsvisies, aan een nader onderzoek worden onderworpen? Hoe denkt de minister in dit verband over het instellen van een zware commissie van juristen die dit onderzoek ter hand kan nemen? De Wet tarieven gezondheidszorg, de Wet ziekenhuisvoorzieningen en de verzekeringswetgeving zijn geleidelijk aan al zo'n 25 jaar oud en zij zijn door het toedoen van tal van kabinetten aangepast, gerepareerd, gewijzigd en voor velerlei doeleinden ingezet. Zij zijn daarmee in mijn ogen een verouderd voertuig geworden, dat ingrijpend gemoderniseerd en gedereguleerd moet worden. Wij vragen de minister, wat zij van een dergelijke commissie van juristen vindt.

Het tweede onderwerp betreft het budgettaire kader voor de zorgsector. Wij zijn natuurlijk blij dat dit kabinet het budgettaire kader voor de zorgsector aanzienlijk heeft verruimd naar zo'n 2,3% volumegroei per jaar nu. Maar er rust wel een zware hypotheek op dit budgettaire kader. Zo zijn geen financiële middelen gereserveerd voor het oplossen van het millenniumprobleem. Vooral de ziekenhuizen zien zich geconfronteerd met zeer hoge kosten. De

inkoopkorting verkleint weer de budgettaire mogelijkheden. Waar vroeger inkoopvoordelen ter beschikking van de instelling bleven, worden deze nu afgerond. In feite wordt daarmee de efficiëncykorting van het vorige kabinet gecontinueerd. Er is volstrekt onvoldoende compensatie voor de incidentele loonstijging. De 0,46% die daarvoor is gereserveerd, ligt ver beneden datgene wat in werkelijkheid moet worden betaald. Ook de gereserveerde loonruimte in het regeerakkoord zal volstrekt ontoereikend blijken. Bij de geneesmiddelen resteert nog een fors tekort van ongeveer 1 mld.

Natuurlijk, het is mooi dat er een verruiming is ten opzichte van de vorige kabinetsperiode, maar om daar nu zo juichend over te doen als uit de begroting en andere stukken blijkt, is bijna misleidend. De bewindslieden hebben ervoor gekozen om in de vorm van meerjarenafspraken met de sector tot een aanwending van de middelen te komen met daaraan gekoppelde prestaties. Op zich vinden wij dat een goede aanpak. Maar van een gestructureerde entree, het opzetten van een gestructureerd overleg tussen overheid en veld, had onze fractie toch wat meer verwacht. Wij kunnen althans nog weinig structuur ontdekken in de wijze waarop de overheid met het veld verkeert. Nu het veld goeddeels uit de beleids- en adviesorganen zal verdwijnen en beide bewindslieden bij gelegenheid van de publicatie van de begroting in september zo uitbundig hebben aangegeven dat zij zoveel waarde hechten aan het overleg met het veld, hadden zij toch in mijn ogen meer structuur in de opzet van het overleg met het veld moeten aanbrengen. Willen de bewindslieden nog eens hun zienswijze geven? Op welke wijze willen zij echt structuur brengen in het overleg tussen de overheid en de zorgsector en de plaats die dit overleg dient te krijgen in de inrichting van de beheers- en bestuursstructuur?

Van wezenlijke betekenis voor het handhaven van de budgettaire ruimte voor de prioritaire gebieden, zoals het wegwerken van wachtlijsten in de thuiszorg, de ouderenzorg en de gehandicaptenzorg, is het terugdringen van de kosten voor de geneesmiddelen. De minister heeft in de brief van 2 maart aan de Tweede Kamer een overzicht gegeven van

het geneesmiddelenbeleid voor de komende jaren. Het stuk bevat een indrukwekkende opsomming van een wirwar aan maatregelen die bovenop de al bestaande regulering van de geneesmiddelen ten uitvoer worden gebracht. Ik heb er zo'n 35 à 40 maatregelen op het terrein van het geneesmiddelen dossier geteld. Wij vragen ons in ernst af of een dergelijke aanpak, die weliswaar van veel vlijt getuigt, wel goed doordacht is en ook werkelijk effectief zal blijken te zijn. Is het niet beter om twee à drie kernmaatregelen te nemen die werkelijk hout snijden dan een wirwar van structuurmaatregelen voor de korte en lange termijn en onderzoeken te entameren, die soms inconsistent en tegenstrijdig zijn, met het grote risico dat die maatregelen eindigen in chaos en men aan vlijt ten onder gaat? Het beleidsprogramma wekt enigszins de indruk dat, als men maar veel pijlen afschiet, er altijd wel één raak zal zijn. Alle maatregelen uit het verleden ten spijt – dat zijn er nogal wat – is de kostenstijging toch gewoon doorgegaan. Wij twijfelen er dan ook aan of de doelstelling met deze aanpak werkelijk gehaald zal worden.

Wij vragen ons ook af waarom de systematiek van de zogenaamde taxe blijft bestaan. Bonussen en kortingen zullen altijd blijven bestaan, indien de prijs voor de consument is gefixeerd. Immers, de prijsconcurrentie is uitgesloten. Dan blijft er alleen margeconcurrentie over. Nergens heb ik gelezen dat deze taxe ter discussie wordt gesteld. Ook missen wij in de benadering een Europese dimensie. Het zou onze fractie niet verbazen als juist vanuit de ontwikkelingen in Europees verband de sleutel gevonden kan worden om tot een beheerste ontwikkeling van de kosten van de geneesmiddelen te komen. In geen van de stukken werd melding gemaakt van de zogenaamde Bangemann-conferenties. De Bangemann-doctrine is betrekkelijk eenvoudig: prijsregulering voor alle nieuwe geneesmiddelen waarop nog een octrooi rust en marktwerking voor alle geneesmiddelen die uit octrooi zijn. Mede door de euro zullen ook in Europees verband de prijsverschillen verdwijnen. Dat zal de noodzaak en de zinnigheid van het handhaven van de Prijzenwet voor de geneesmiddelen op de tocht zetten. Als we toch de kant op willen

gaan van de marktwerking, waarom zouden we dan niet kunnen aansluiten bij deze Europese ontwikkeling? Die gaat traag, maar wordt niet herkend in de stukken die ik heb gelezen over de geneesmiddelenaanpak van dit kabinet. Deze Europese dimensie kan ook zeer vergaande consequenties hebben voor de Nederlandse aanpak. Willen de bewindslieden daar hun mening over geven? Zien zij iets in die Europese dimensie van het geneesmiddelenbeleid?

Al veel jaren wordt ook hier in deze Kamer veel aandacht besteed aan wat in de wandelgangen bekend staat als het scheiden van wonen en zorg. Onze fractie is daar een groot voorstander van, en wel op grond van een tweetal principes. Op de eerste plaats is er het principe dat het grondwettelijke recht op vrijheid van wonen ook voor gehandicapten en van zorg afhankelijke ouderen van toepassing is en dat ook zij de vrijheid en de gelegenheid moeten hebben om daar te wonen waar zij willen, hoe zorgbehoefte ze ook zijn. Het huisvesten van deze mensen is dan ook eigenlijk primair een zaak en taak voor het volkshuisvestingsbeleid en dient daarin een plaats te krijgen. In lijn met deze gedachte wordt binnen het volkshuisvestingsbeleid gelukkig in toenemende mate veel aandacht besteed aan het huisvesten van wat daar "bijzondere groepen" worden genoemd: gehandicapten en zorgbehoefte ouderen. De staatssecretaris van VROM, de heer Remkes, heeft hier bij de behandeling van de begroting van Volkshuisvesting duidelijk uitgesproken dat in de nota "Het wonen in de 20ste eeuw" uitvoerig aandacht aan deze thematiek zal worden gegeven en wij juichen dat zeer toe. In toenemende mate zijn wooncoöperaties en particuliere investeerders geïnteresseerd in het huisvesten van deze bijzondere groepen.

Een belangrijke barrière voor deze ontwikkeling is gelegen in tal van wetgeving op het terrein van de zorgsector, maar vooral in het gegeven dat de intensieve verpleging en verzorging alleen in de erkende verpleeg- en verzorgingshuizen, ten laste van de AWBZ, kan worden verkregen. Wij zouden dit beginsel graag loskoppelen en onafhankelijk van waar men woont of verblijft die intensieve zorg uit de AWBZ willen kunnen vergoeden. Het persoonsgebonden budget is daarvoor het

meest aangewezen instrument. De cliënten krijgen daarmee de vrijheid om als het ware in de vorm van rugzakbudgetten het geld mee te nemen daar waar zij de zorg willen hebben. Ook in het onderwijs en andere sectoren zien wij deze gedachte gestalte krijgen. Het beleid van de bewindslieden zoals dat is aangegeven in de brief van 22 december 1998, gaat wel in die richting, maar heel erg traag. De werkelijke ontwikkeling gaat vele malen sneller dan in de beleidsbrief wordt voorgestaan. Ook het advies dat de Raad voor de volksgezondheid en zorg heeft uitgebracht over de toekomst van de AWBZ, bepleit deze fundamentele aanpassing van de AWBZ. De ontwikkeling op het terrein van het scheiden van wonen en zorg en van het vereenvoudigen en meer algemeen toepasbaar maken van het persoonsgebonden budget gaat onze fractie te traag. Wij vrezen dat zij door de werkelijkheid zal worden ingehaald met alle ontwrichting van dien. In toenemende mate zijn ouderen in staat en ook bereid om zelf voor hun wonen en verblijf in zorgbehoeftige omstandigheden te betalen; zij willen ook meer keuzevrijheid in het basispakket dat de AWBZ biedt. De roep om herziening van de AWBZ wordt steeds groter, zowel uit volkshuisvestingsland als uit de zorgsector zelf. Mag ik de bewindslieden vragen of zij mogelijkheden zien om het proces te versnellen?

Met zorg hebben wij kennis genomen van meningsverschillen die er zouden zijn met minister Zalm over de broodnodige vereenvoudiging van de procedure rond de persoonsgebonden budgetten. Kunnen de bewindslieden ons meer informatie geven over de aard van die verschillen? Wanneer kunnen wij de nieuwe voorstellen over het persoonsgebonden budget tegemoet zien?

Mijnheer de voorzitter! In de meerjarenafspraken wordt weinig aandacht gegeven aan de medisch-technologische ontwikkeling en er is voor de komende jaren nagenoeg geen financiële ruimte voor gereserveerd. In lijn met het regeerakkoord is hieraan geen prioriteit toegekend. Dit is voor de langetermijnontwikkeling van de gezondheidszorg funest. Nederland dreigt achter te gaan lopen op het buitenland en het betekent dat de productiviteitsverbetering die ook uit

de medisch-technologische ontwikkeling voortkomt, vertraging gaat ondervinden en dat steeds meer mensen hulp in het buitenland zullen zoeken, waar deze nieuwe medische mogelijkheden wel te verkrijgen zijn. In de NRC heeft één van de medewerkers van de bewindslieden, de heer Mulder, zelfs een pleidooi gehouden om de "lage-kans-geneeskunde" in Nederland te beëindigen. Deelt de minister die opvatting? Bedacht moet worden dat veel van de moderne geneeskunde ooit als "lage-kans-geneeskunde" is begonnen. Hoe staat de minister daartegenover? Als voorbeeld noem ik de ontwikkelingen en de voortgang die geboekt wordt in het kader van de genterapie. De minister heeft naar aanleiding van een advies van de Gezondheidsraad haar mening daarover kenbaar gemaakt en toegezegd medewerking te geven bij het opzetten van een faciliteit voor de productie van zgn. vectoren die onmisbaar zijn bij de klinische toepassing van genterapie. Aangezien het hier toch wel gaat om een zeer bijzondere ontwikkeling die potentieel een doorbraak voor de behandeling van tal van ziekten kan betekenen, vragen wij de minister of zij haar medewerking wil geven bij het tot stand brengen van deze faciliteit nu de eerste klinische toepassingen op experimentele basis in zicht komen.

Het laatste onderwerp, mijnheer de voorzitter, heeft betrekking op de kwaliteit van de zorg in Nederland. Nederland kan trots zijn op zijn gezondheidszorg en de kwaliteit is internationaal gezien goed. Dat staat wel in schril contrast met het imago dat de zorgsector heeft. De toeganbaarheid scoort hoog: eenieder, ongeacht inkomen, ras, sekse, religie en leeftijd, heeft toegang tot eenzelfde kwalitatief hoogstaande zorgsector. De zorgsector is relatief goedkoop en in weerwil van allen die zo dramatisch doen over de kostenstijging is deze de afgelopen 25 jaar in feite zeer gematigd geweest. Wij doen het nog steeds voor nagenoeg hetzelfde percentage van het BNP als 25 jaar geleden. Geen ontwikkeld Westers land kan dat nazeggen. Er dreigen echter grote gevaren die een kentering teweeg kunnen brengen in onze goede gezondheidszorg. De aanhoudende bezuinigingen hebben tekorten doen ontstaan en wachtlijsten. Het imago van de sector is door

tal van omstandigheden verslechterd, niet in het minst door het achterblijven van de lonen bij de marktsector. Er is een hoge mate van overbesturing, waardoor velen overstuurt raken en vastlopen in een doolhof van regels. De demotivatie bij belangrijke beroepsgroepen gelet op hun inkomen en positie is groot. Ik noem maar de medisch specialisten, waarbij achter de zgn. honoreringsexperimenten een hoop frustratie schuilgaat. Een structurele inkomensregeling lijkt ook hier hoogst urgent. Je kunt niet jarenlang mensen op experimentele basis blijven betalen en toch van hen verlangen dat zij onverkort hun werk blijven doen. Er dreigen ernstige personeelstekorten als gevolg van een combinatie van factoren, bezuinigingen, stress, hoge werkdruk, lage beloning, spanning op de arbeidsmarkt. Het gevolg van dit alles is, dat sluimerend de lat van de kwaliteit lager wordt gelegd, of het bloed gaat kruipen waar het nog net wel kan gaan, waardoor een tweedeling in de gezondheidszorg kan gaan ontstaan en de werkenden boven niet-werkenden gaan en de rijken boven armen. Daardoor kan die unieke waarde die altijd aan de Nederlandse gezondheidszorg ten grondslag heeft gelegen, die van de fundamentele gelijkwaardigheid van mensen en dus ook een gelijke kans op leven en gezondheid, op de tocht komen te staan. Onze fractie wil daarvoor blijven vechten. In algemene zin kan zij de bewindslieden dan ook steunen in hun streven om deze waarde voor de zorgsector te behouden.

Verontrust is onze fractie over het rapport van de Algemene Rekenkamer over het functioneren van de Inspectie voor de Gezondheidszorg, een uiterst kritisch rapport naar aanleiding waarvan de minister heeft aangekondigd dat zij de nodige maatregelen zal nemen om het niveau van de inspectie te verhogen. Mag ik haar vragen of zij in de toelichting op de begrotingen van de komende jaren verslag wil doen over de voortgang? Juist tegen de achtergrond van de grote zorg die onze fractie heeft over de tendens dat de kwaliteit van de zorg achteruit zal gaan, is een goed toegerust toezicht vanwege de inspectie essentieel, opdat op valide wijze gerapporteerd kan worden over hoe het er met de kwaliteit in de zorg voorstaat.

Kan de minister overigens ook iets zeggen over de kwaliteit van de organisatie en het functioneren van haar departement in het algemeen? Anderhalf jaar geleden is daarover een vernietigend rapport verschenen en de minister heeft toen gezegd de zaak te zullen klaren. Beoordeelt zij de situatie zo dat het functioneren van het departement nu echt beantwoord aan de eisen die eraan moeten worden gesteld?

Mijnheer de voorzitter! De minister en staatssecretaris staan voor een uiterst moeilijke opgave. De tijdgeest, de beperkte middelen, het ontbreken van voldoende politieke consensus over de inrichting van de zorg, maken het hen niet makkelijk voortvarend de zaken aan te pakken. Wij vinden in het beleid goede aanzetten zitten, maar het zal er uiteindelijk op aankomen welke daden worden uitgevoerd en welke stappen worden gezet. Daar zullen wij het beleid de komende jaren uiteindelijk op beoordelen. Wij wachten met belangstelling de reactie van de bewindslieden af.

□

Mevrouw **Schoondergang-Horikx** (GroenLinks): Voorzitter! "Zorg x zelfsturing = een constante van identiteit". Deze vergelijking verwoordt kernachtig mijn visie op gezondheidszorg. Zij is van filosoof Arnold Cornelis, docent aan de Vrije Universiteit Brussel. Het individu ontleent de identiteit, het gevoel van eigenwaarde, aan de greep die het heeft op het eigen leven, in relatie tot de omstandigheden, aan de mogelijkheden tot vormgeving van het eigen leven. Identiteit is gekoppeld aan zelfsturing.

Ik zal mijn bijdrage, in 7 punten, inkaderen in de visie op gezondheidszorg zoals ik die het vorig jaar bij de begrotingsbehandeling aan de bewindslieden van VWS heb voorgelegd. Nu: dezelfde minister en een andere staatssecretaris.

1. Er moet meer worden geïnvesteerd in preventie, in de directe relatie tussen volksgezondheid en welzijn. Beleid in andere sectoren van de samenleving heeft grote invloed op de volksgezondheid. Het kabinet heeft kennelijk ook meer oog gekregen voor deze samenhang, gezien het door de staatssecretaris vastgestelde adviesprogramma 1999 van de Raad voor Maatschappelijke Ontwikkeling.

Mijn fractie is geïnteresseerd in het advies van deze Raad op thema 5, "Invloeden op gezondheid en welzijn van mensen buiten cure en care", een advies dat samen met de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg zal worden uitgebracht. Wanneer is dat advies te verwachten?

Er gaat momenteel veel aandacht naar jeugdzorg. Maar men is te lang blijven steken in structuurdiscussies. Er was te weinig aandacht voor de inhoud en voor preventie. Het preventieve jeugdbeleid is daardoor jarenlang verwaarloosd. Er werd alleen bezuinigd.

Het laatste rapport "Door jongeren uitgedaagd" is van de commissie-Lankhorst, in opdracht van de gemeente Amsterdam. Lokaal preventief jeugdbeleid is meer dan alleen overlastbestrijding en het vereist een goede samenwerking van alle spelers op het veld, van overheid, maatschappelijke organisaties, bedrijfsleven en niet te vergeten de jeugd zelf. De jeugdzorg is een sluitstuk van het lokale preventieve jeugdbeleid en niet andersom. Maar de jeugdzorg kampt met financiële tekorten. Er is te veel bezuinigd op jeugdhulpverlening. Zijn de bewindslieden zich ervan bewust dat met de huidige financiële tekorten geen goede jeugdzorg kan worden geleverd? Wat doen zij daaraan?

Ook is de afstemming tussen de provinciaal geleide jeugdzorg en het lokale preventieve jeugdbeleid problematisch. Welke instrumenten hebben de bewindslieden om de samenwerking in het jeugdbeleid tussen het provinciale en het lokale niveau af te dwingen? Wordt dat opgenomen in de nieuwe Wet voor de jeugdzorg? Hoe lang laat die nog op zich wachten en wat kan er in de tussentijd worden gedaan?

2. Waaraan moet voorrang worden gegeven? Moet alles worden toegepast wat technisch mogelijk is of geven we prioriteit aan de hoogst noodzakelijke verbetering van de zorg voor ouderen en mensen met een handicap? Waar gaan de gelden in de gezondheidszorg naartoe? Het is te gemakkelijk om te zeggen dat er een keuze moet worden gemaakt tussen de twee uitersten die ik hier schets, maar er moeten wel degelijk accenten worden gelegd. Mijn fractie pleit al jaren voor meer aandacht voor en investeringen in preventie en voor een verschuiving van de middelen van cure naar care en

binnen de care voor verlegging van de geldstromen naar extramurale voorzieningen zoals thuiszorg en PGB.

Er is in de care nog steeds een beschamend tekort aan geld. Er zijn nog steeds te weinig handen aan het bed, zowel in verzorgings- als in verpleeghuizen en in de thuiszorg. Het oplopende tekort aan verplegenden en verzorgenden is een schrikbeeld. Nu al kunnen vacatures niet worden opgevuld met als gevolg een verdere overbelasting van de anderen. Verbetering van salariering en arbeidsvoorwaarden is een noodzakelijke voorwaarde om mensen aan te trekken, maar niet een voldoende! Er zal meer moeten gebeuren om werken in de gezondheidszorg weer aantrekkelijk te maken. Ook het imago van het beroep moet worden verbeterd. Welk beleid staat het kabinet voor ogen om een dreigende catastrofe te voorkomen? Mijn fractie wil graag wat meer horen over de nieuwe opleiding gericht op banen in de thuiszorg en in verzorgingshuizen, een plan dat staatssecretaris Vliegthart eind vorig jaar in Buitenhof lanceerde.

Tegengesteld aan de integratie van medisch specialisten en ziekenhuizen is de beweging bij verpleegkundigen om zich als zelfstandige ondernemer te vestigen. Wat is de stand van zaken bij het aanbieden van zorg aan ziekenhuizen door die verpleegkundigen? En wat is het beleid van de minister en de staatssecretaris op dit punt?

Gebrek aan geld is niet de enige oorzaak van de huidige zorgelijke situatie. Er mankeert ook veel aan de organisatie. Er is kennelijk ook onvoldoende toezicht. Wat kan het ministerie doen om de kwaliteit van het toezicht, maar ook die van de bestuurders in de gezondheidszorg te verbeteren?

3. In overeenstemming met het principe om zoveel als mogelijk is de vormgeving van het eigen leven bij de zorgvrager te leggen, wordt vraaggestuurde zorg het leidende principe. De mogelijkheden van het persoonsgebonden budget en het persoonsvolgend budget worden in dat licht gezien alom positief beoordeeld. Maar ook na de overwonnen aanloopproblemen blijft uitvoering in de praktijk voor veel budgethouders onwerkbaar als gevolg van de opzet van de systematiek. Waarom toch is

Schoondergang-Horikx

afgeweken van de systematiek in de experimentele fase, die wel goed beviel? Heeft de staatssecretaris daarvoor een verklaring?

Per Saldo, de vereniging van budgethouders voor hulp en hulpmiddelen, heeft per brief van 2 maart jongstleden de knelpunten, deels voortkomend uit de systematiek, maar deels ook een gevolg van de uitvoering, aan de staatssecretaris voorgelegd. Wat is haar reactie op die brief?

Gebruikers van PGB blijken behoefte te hebben aan voorlichting en ondersteuning. Die zouden bij uitstek door Per Saldo kunnen worden verzorgd, maar de subsidie is daarvoor niet toereikend. Evenmin is bij het bepalen van het subsidiebedrag rekening gehouden met de verdubbeling van het ledenbestand tot 3000 leden. Zijn de bewindslieden van plan om die subsidie bij te stellen?

4. Vorig jaar bepleitte mijn fractie een regionale indeling van de totale gezondheidszorg. Vraag gestuurde gezondheidszorg was het uitgangspunt. Op basis van het regeerakkoord wordt nu werk gemaakt van een integraal aanbod van via de AWBZ te leveren zorg. In elke provincie worden regiovisies voor afzonderlijke sectoren opgesteld, zoals voor ouderenzorg, jeugdzorg, geestelijke gezondheidszorg, zorg voor mensen met een functiebeperking en zorg voor verstandelijk gehandicapten. De zorgkantoren voeren op basis van deze regiovisies de AWBZ uit. Om vraag en aanbod van zorg binnen een bepaald gebied op elkaar af te stemmen is samenwerking noodzakelijk, niet alleen tussen alle betrokkenen in één sector, maar ook tussen de verschillende sectoren. In de praktijk blijkt een probleem te zijn, dat deze regiovisies geen juridische basis hebben, waardoor samenwerking niet afdwingbaar is. Zijn de bewindslieden van plan om op korte termijn de regiovisies een juridische basis te verschaffen?

Gorkum is begonnen met het weghalen van schotten en met meer samenwerking. Mijn fractie is geïnteresseerd in de ontwikkeling. Beschouwen de bewindslieden de ontwikkeling in Gorkum als een experiment of valt het toelaten van die manier van werken onder gedogen? Het heeft namelijk invloed op de verdere ontwikkelingen. Integrale, onafhankelijke indicering,

een kernonderdeel van het nieuwe beleid, is een geheel nieuw specialisme. Moet daarvoor niet een aparte opleiding op HBO-niveau in het leven worden geroepen? Ik krijg graag een reactie van de bewindslieden op dit punt.

Kostenbeheersing geneesmiddelen blijft hoofdpunt van het VWS-beleid. Heeft de Wet geneesmiddelenprijzen toch niet het effect gehad wat ervan werd verwacht? Het JOZ-kader voor 1998 voor geneesmiddelen is met 217 mln. overschreden. Deze overschrijding is volledig toe te schrijven aan de stijging van de kosten van de geneesmiddelen zelf en komt niet voor rekening van de apothekers. De vergoeding van de door apothekers geleverde zorg is binnen de JOZ-kaders gebleven. Mijn fractie staat geheel achter het beleid van de minister om het systeem van bonussen streng aan te pakken, maar voorwaarde voor een succesvolle aanpak is een rechtvaardige kostendekkende vergoeding voor de apotheker. De kosten voor een apotheekpraktijk zijn voor het laatst geïjkt in 1987. De huidige receptregelvergoeding is niet kostendekkend. Drie jaar geleden, bij de behandeling van de Wet geneesmiddelenprijzen, heb ik het niet kostendekkend zijn van deze vergoeding al met de minister besproken. Toen verwees zij naar onderhandelingen die gaande waren.

De minister signaleert dat er jaarlijks meer recepten worden verwerkt en meer en vooral duurdere medicijnen worden verstrekt. Zij wil daarom de vergoeding per recept verlagen. Dat lijkt mij toch een merkwaardige redenering. Meer recepten verwerken betekent meer werk, dus meer personeel, dus meer kosten en dus geen verlaging. Is de minister het met deze redenering eens?

De apotheker is bovendien slechts uitvoerder én bewaker. Het probleem moet bij de bron worden aangepakt, bij degenen die de medicijnen voorschrijven, dus bij de medici: huisartsen en specialisten. Zij moeten hun voorschrijvingsgedrag wijzigen. De Ziekenfondsraad heeft een advies gegeven over het bovenmatig voorschrijven van maagzuurremmers, die 10% van alle medicijnkosten vormen. Ik wil het hier hebben over benzodiazepinen, omdat die verslavend zijn bij chronisch gebruik. Benzodiazepinen zijn de meest voorgeschreven

middelen tegen angst, stress en slapeloosheid. Vrouwen krijgen het vaker voorgeschreven dan mannen, ook voor klachten waarvoor benzo niet geëigend is; een voorbeeld van de eenzijdige gerichtheid van sommige medici op gezondheidsproblemen van vrouwen.

Op dit moment zijn 500.000 Nederlanders, van wie tweederde vrouwen, langdurig gebruiker. Benzodiazepineverslaving is een probleem van de eerste orde, zowel qua ernst en omvang als door de kosten die ermee zijn gemoeid. Maar het probleem blijft binnenskamers, omdat de gebruikers geen problemen veroorzaken en ook nauwelijks een beroep doen op professionele verslavingszorg. De ernst van het probleem bleek op een studiedag, georganiseerd door de afdeling psychiatrie van het Dijkzigt Ziekenhuis en de Erasmus Universiteit, naar ik dacht op 30 januari jongstleden. Wordt deze medicijnverslaving ook meegenomen in het RVZ/RMO-advies "Verslavingszorg herijkt"? Om het probleem boven tafel te krijgen, waardoor het ook bestreden kan worden, stelt mijn fractie voor om per gezondheidsregio een meldpunt in te stellen dat dienst kan doen als registratiecentrum en waar artsen én patiënten terecht kunnen bij een in deze verslaving gespecialiseerde arts. Wat vinden de bewindslieden van deze suggestie?

Ik kom even op een zijspoor. Benzodiazepinen zijn gelegaliseerde harddrugs en ook nog op doktersvoorschrift. Deze legalisering stond mij echter niet voor ogen toen ik twee weken geleden bij de behandeling van de Opiumwet pleitte voor legalisering van softdrugs. Dat pleidooi wordt achteraf ondersteund door de uitkomsten van een onderzoek door het gezaghebbende Institute of Medicine, verricht in opdracht van Barry McCaffrey, de coördinator van het antidrugsbeleid van het Witte Huis. De resultaten van dat onderzoek stonden een dag na de plenaire behandeling in de krant. Volgens de onderzoekers is marihuana niet erg verslavend en leidt het gebruik ervan niet automatisch tot het gebruik van zwaardere drugs. Marihuana is volgens dit onderzoek een goed middel voor patiënten die aan ernstige ziekten lijden, zoals AIDS en multiple sclerose. Ik veronderstel dat de minister dat bericht ook heeft

Schoondergang-Horikx

gelezen. Zal dat haar standpunt nog beïnvloeden? Ook in verband met het gebruik van geneesmiddelen vraag ik aandacht voor de slechte samenwerking tussen reguliere en alternatieve zorgverleners. Op het persoonlijk vlak gaat de communicatie de goede kant op – 40% van de huisartsen schrijft wel eens een homeopathisch middel voor – maar op officieel niveau is de communicatie ronduit slecht. Mede om de kosten te drukken zouden huisartsen in plaats van benzodiazepinen voor te schrijven, het eens kunnen proberen met niet verslavende middelen. Om die te kunnen voorschrijven, moeten huisartsen wel van het bestaan daarvan op de hoogte zijn. In dat licht bezien, is de boycot van producenten van alternatieve geneesmiddelen op de huisartsenbeurs van 30 januari jongstleden door de Landelijke huisartsenvereniging toch wel heel merkwaardig. Is de minister dat met mij eens?

Vanaf 1 april moeten homeopathische middelen worden geregistreerd; een uitwerking van een in 1992 uitgevaardigde Europese richtlijn. Daar is Nederland dus knap laat mee. Wij krijgen toch geen nieuwe Securitel-affaire? Er komt een onderzoek naar de werkzaamheid van de middelen. Belangrijk is natuurlijk hoe het onderzoek wordt uitgevoerd. Heeft de minister daar gegevens over? Mijn fractie gaat ervan uit dat goedgekeurde homeopathische geneesmiddelen dezelfde status krijgen als allopathische en dat ze door de verzekering worden vergoed als ze door een arts worden voorgeschreven. Is die veronderstelling juist?

Voorzitter! Ik wil niets afdoen aan de verdiensten van onze gezondheidszorg, maar ter illustratie van de misplaatste hoge toon die de reguliere gezondheidszorg zich aanmeet ten aanzien van de additionele gezondheidszorg geef ik de volgende voorbeelden. Op een symposium vorig jaar in het AMC in Amsterdam werd bekendgemaakt dat de schadelijke bijwerkingen van medicijnen – geen homeopathische – de samenleving jaarlijks zo'n 10 mld. kosten. 1 tot 3% van alle ziekenhuisopnames is te wijten aan medicijnvergiftiging. Op het driedaags congres "Pain Management '98" van november vorig jaar in Rotterdam, waaraan 360 topmedici uit de gehele wereld deelnamen, werd duidelijk

dat chirurgische behandeling van patiënten met langdurige rugklachten meer kwaad dan goed heeft gedaan. Vaak bleek dat ze na de operatie alleen maar meer pijn hadden gekregen. Enige nederigheid van de reguliere geneeskunde lijkt mij wel gepast.

Het is misschien nog niet algemeen bekend dat de Nederlandse patiënten- en consumentenorganisatie een overeenkomst over een gezamenlijke klachtenprocedure hebben gesloten met drie belangrijke beroepsorganisaties. Sinds 1 november 1996 bestaat de Klachtencommissie alternatieve behandelwijzen. De registratie van homeopathische middelen is een mooie aanleiding voor de vaststelling van een verantwoord basispakket geneesmiddelen. Dat kan worden geselecteerd volgens de criteria die in 1983 door de WHO zijn geformuleerd: namelijk geneesmiddelen met bewezen werkzaamheid die relatief veilig zijn en tegen een redelijke prijs kunnen worden aangeschaft. Daarbuiten en daarboven kan men desgewenst bijverzekeren. Wanneer stelt de minister het basispakket geneesmiddelen opnieuw vast? Neemt zij daarin dan ook geregistreerde homeopathische geneesmiddelen op?

Zoals bekend, is GroenLinks voorstander van één brede verplichte volksverzekering, zowel voor cure als care, te financieren door middel van inkomensafhankelijke premies. De WRR pleitte daar in 1997 al voor in zijn rapport "Volksgezondheidszorg". Onlangs heeft ook deze minister daarvoor een pleidooi gehouden. Wanneer komt er een voorstel voor de brede volksverzekering? Zolang het onderscheid tussen cure en care in het verzekeringssysteem wordt gehandhaafd, moet de premieheffing voor de AWBZ worden gewijzigd. Deze moet niet langer uitsluitend over de eerste belastingschijf worden geheven. Vindt de minister dit ook een aanvaardbaar tussenstation op weg naar één brede volksverzekering?

Ten slotte, symbolisch aan het einde van mijn bijdrage, het ouderenbeleid. Mensen worden steeds ouder, dus komen er relatief steeds meer oudere mensen in onze samenleving; enerzijds steeds meer gezonde, actieve ouderen en anderzijds steeds meer ouderen met functiestoornissen. Op het ouderenbeleid is er veel te winnen door het

weghalen van schotten. Ik zal twee onderwerpen belichten, waarbij de problemen voornamelijk het gevolg zijn van het bestaan van schotten. Het eerste is de gescheiden financiering van wonen en zorg, waarop de vorige sprekers ook al hebben gewezen. De zogenoemde WOZOCO's zijn een voortreffelijke vorm van oudedagsvoorziening. In de Eerste Kamer wordt al jaren, ook door onze fractie, indringend aandacht gevraagd voor deze en ook andere vormen van gescheiden financiering van wonen en zorg, maar het is stil geworden op dit dossier. Hebben de bewindslieden hierover iets positief te melden vandaag? Heeft de nieuwe opstelling van de woningbouwcoöperaties invloed op de gedachtegang bij het ministerie?

Het tweede onderwerp is de behandeling van demente ouderen. De samenleving is niet ingesteld op demente ouderen, maar ook de ziekenhuizen niet. Daardoor spelen er zich schrijnende tafereelen af rond deze mensen en hun naaste familieleden. Ze kunnen moeilijk ergens terecht. Bovendien is de uitweg van een dagbehandeling in een verpleeghuis vaak afgesloten door de deурmatvoorwaarde. Aan de voorwaarde om op de afgesproken tijd aangekleed klaar te staan op de deурmat kan niet worden voldaan door de overbelasting van de thuiszorg. De bewindslieden kennen uiteraard deze problemen. Ik beëindig mijn bijdrage met de hartenkreet: doe er iets aan.

□

Mevrouw **Ter Veld** (PvdA): Voorzitter! Het VWS-beleid staat centraal in ons debat; mensen staan centraal in het VWS-beleid. Die zelfvertrouwen uitstralende boodschap bij de opening van het nieuwe gebouw doet het beste hopen voor het goed op orde raken van het departement; wellicht kan dit sneller.

Vorige week hebben wij in het kader van "Raad op maat" al gesproken over een heldere verhouding tussen departement en de uitvoerende instanties. Ik denk dat het ook goed is om meer inzicht te krijgen in de uitgaven van het departement, de bedoeling die wij hadden toen wij het geld beschikbaar stelden en de uitkomsten van het beleid. De staatssecretaris moet zich nog herinneren dat ik een aantal

Ter Veld

jaren geleden tegen haar riep: wij geven 800 mln. uit aan de jeugdhulpverlening, maar ik kan niet nagaan hoeveel jongeren ermee bereikt worden en wat ermee gebeurt. Het bedrag is verhoogd. Tot mijn vreugde zag ik dat er inmiddels wel aandacht is besteed aan een betere begeleiding van de geldstroom en controle op die sector, maar dat geldt natuurlijk voor het totale beleid van het ministerie.

Ik denk wel dat het geld goed uitgegeven wordt, maar het is zo moeilijk te controleren. Of het nu gaat om de jeugdhulpverlening, de Wet burgeroorlogsslachtoffers, de thuiszorg, er gaat veel geld om, maar een goed inzicht in de doelmatigheid van de uitgaven ontbreekt. Ik denk dat de structuur van het departement daar mede debet aan is. Er zijn erg veel andere partijen bij betrokken, ook in de uitvoering. Andere woordvoerders hebben reeds gewezen op de absoluut niet heldere regiovisies: verschillende invulling in verschillende wetten en verschillende rollen, ook van de verzekeraars en van de provincie.

Tijdens de provinciale statenverkiezingen hebben wij allen gemerkt hoe moeilijk het is uit te leggen dat de rol van de provincies belangrijk is. De provincies hebben hierin een taak. Ik denk bijvoorbeeld even aan het simpele terrein van de ambulancevoorziening. Wetgeving met betrekking tot de regiovorming, de regionale ambulancevoorziening, kan helderheid verschaffen voor de sector, de betrokken overheden en de verzekeraars. Dat kan een extra impuls zijn voor de efficiency. Ik vraag dus om meer aandacht voor helderheid, efficiencyverbetering en informatieverwerving.

Ik heb al eerder gezegd dat de plicht tot informatieverwerving in iedere wet opgenomen moet worden, want de uitvoering vindt altijd elders plaats. Opnieuw vraag ik om goede toezichtsprotocollen op de ZBO's. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor de CTU, ook voor andere op afstand gezette uitvoeringsinstanties. Ook vraag ik om toezicht achteraf op de uitvoering van wetten. Ik krijg berichten uit het land dat de rechten van cliënten en patiënten op grond van de wet tot stand hadden moeten komen, maar dat die nog lang niet overal goed geregeld zijn. Ik zou een evaluatie op enig moment op prijs stellen.

Mensen centraal. Natuurlijk geldt dat voor de sport en – ik zou hier graag op ingaan, maar ik sla het over – het brede welzijnsbeleid. Ik beperk mij. Mijn eerste hoofdthema noem ik "jouw werk zal mij een zorg zijn" of "hoe goed personeelsbeleid in de gezondheidszorg kan bijdragen tot de volksgezondheid". Het tweede thema wordt "vrijwillig en zelfverzekerd" en als derde "maar in ons hart nog steeds dezelfde droom" over het ouderenbeleid.

"Jouw werk zal mij een zorg zijn". Dat de gezondheidsverschillen in Nederland niet verder afnemen, heeft het ministerie ook zelf naar buiten gebracht. Mensen met een lagere opleiding leven gemiddeld 3,5 jaar korter dan hoger opgeleiden en bijna 12 jaar minder plezierig. De SES-factor is een belangrijke verklaring voor deze verschillen. De verwachting is dat de omvang van de bevolkingsgroepen die nu een gezondheidsachterstand hebben, sneller zal toenemen dan die van de gehele bevolking. Een van de risicoverschillen is trouwens het inkomensverschil. Het lijkt mij dat dit overheidsbeleid ook vanuit de volksgezondheid bekritiseerd moet worden als dat noodzakelijk is. Mijns inziens nemen de inkomensverschillen op het ogenblik weer toe.

De tweedeling in de gezondheidszorg, waarover wij vaak spreken, lijkt mij dan ook een afgeleide van de statusverschillen in een samenleving waarin werk en het kunnen deelnemen aan arbeid een van belangrijke aangrijpingspunten is voor de verbetering van de volksgezondheid. In die zin waardeer ik het dat uit de reactie op het SER-advies blijkt dat de samenhang tussen sociale zaken en volksgezondheid zal worden verbeterd.

Werken in de gezondheidszorg is mensenwerk. Het is opvallend dat juist in de gezondheidszorgsector het ziekteverzuim en de uitstroom naar de WAO zo hoog zijn. Er is een hoge werkdruk en het werk en de arbeidsomstandigheden zijn er lichamelijk en psychisch belastend. Het kan natuurlijk ook een genderfactor hebben: er werken veel vrouwen. Maar dat lijkt mij niet de oorzaak. Ik stel dan ook voor, om dat erbuiten te laten en gewoon te bekijken wat er mis is in een sector waar mensen werken omdat zij er graag werken. Zij doen dat werk met grote liefde en inzet. Objectief gezien, kunnen wij niet zeggen dat

dit werk nu zo vreselijk slecht wordt betaald of dat de pensioenen niet goed zijn geregeld. Dat valt best mee.

Vergelijken wij de sectoren zorg en bouw, dan blijkt dat beide sectoren tot 1993 hoge uitschieters waren inzake ziekteverzuim en WAO-uitstroom. In 1993 vertoonden beide sectoren een naar beneden gaande lijn, TZ-Arbo. Daarna is de lijn van de bouwsector naar beneden gegaan. Die van de gezondheidszorg is echter gigantisch omhoog geschoten en zit zeker 2 à 3 procentpunt boven het landelijk gemiddelde. Zoek het verschil, denk ik dan. Ik keek naar het werkgeverspanel en stuitte op het volgende.

In de zorg is het ziekterisico aanzienlijk vaker herverzekerd. Dat is logisch, want volgens de CAO mag de werkgever dan 1% door de werknemers laten betalen. Het is dus goedkoop en je hebt je verantwoordelijkheid, volgens mij, over de schutting kunnen gooien. De verzekeraar betaalt toch wel. Landelijk is dat 28%. In de bouw is dat slechts 26%.

De periodieke arbeidskundige en geneeskundige onderzoeken worden in de bouw door 31%, een op de drie werkgevers, gedaan. In de zorg is dat 12%. De zorg en de bouw geven evenveel geld uit aan de basiszorg voor de Arbodienst. Dat betreft echter alleen de basiszorg en dat is met een dubbel ziekteverzuim in de zorg dus eigenlijk maar half zoveel, want de basiszorg omvat onder andere de controle en de begeleiding van zieke werknemers. Kijk ik naar de rest van de zorg, dan moet ik zien dat in de bouw ongeveer twee keer zoveel geld wordt uitgegeven aan betere arbeidsomstandigheden en begeleiding van de werknemers dan in de zorgsector. De bouwsector geeft f 471 per werknemer uit, de zorgsector f 309. Bovendien is het aantal arbeidsgehandicapten in de bouw twee keer zo hoog dan in de zorg. 3,2% in de bouw staat tegenover 1,6% in de zorg. Daarin kan het verschil dus niet zitten.

Mijn conclusie is dus: er wordt slecht beleid gevoerd. In de sector ontstaat het beeld dat Den Haag alles bepaalt. Nou, doe dat dan ook!

Ik heb met voldoening kennisgenomen van het Arboconvenant in de thuiszorg. Minder zwaar en met z'n tweeën tillen zijn daarin belangrijke aandachtspunten. Dat is mooi. De berekening van de heer Pennekamp

Ter Veld

kan natuurlijk uitgebreid worden naar de gehele sector. 2% daling ziekteverzuim – en dan zit je nog boven het landelijk gemiddelde – betekent alleen in de thuiszorg al 6000 handen, dus 3000 mensen meer aan het bed.

Ik wil een brede aanpak gericht op het personeel en het toekomstige personeel in de gezondheidszorg en daag de bewindsvrouwen uit, deze samen met collega-bewindslieden, vakbonden, werkgeversclubs snel te realiseren. Ik noem een aantal punten.

Het eerste is onderwijs. Ik herhaal de wens van mijn fractie voor een assistentenopleiding. Dat is nu een interne opleiding voor het A-niveau. Ik wil aandacht voor elders verkregen kwalificaties en een erkenning daarvan in de beroepslijnen. Ook dat biedt een mogelijkheid tot doorstroming. Ik wens een speciale applicatiecursus voor mensen die van elders komen en een vakopleiding hebben gevolgd die in Nederland niet is erkend. Ik wil, ook gelet op het belang van de patiënt en de cliënt in de gezondheidszorg, meer aandacht voor cultuur, voor diversiteit. Dat vraag ik niet omdat je Turkse patiënten door Turkse verpleegsters moet laten behandelen. Voordat je het weet, is dan een conflict een cultuurprobleem. Ik vraag het wel omdat je binnen de zorg extra aandacht moet geven aan cultuur. Cultuur is immers uiterst relevant. De erkenning van ziek zijn, de ziektes die wij hebben en die wij mogen hebben, en de veroorzakers die wij daarvoor aanwijzen, hebben alles met cultuur te maken. De een noemt het stress, de ander het boze oog. De wijze waarop wij kunnen herstellen of begeleid willen worden, zelfs het werken in de zorg en de waarde die wij daaraan toekennen, zijn cultureel bepaald. Alleen aandacht voor een multicultureel personeelsbeleid is veel te beperkt en zij is er nog veel te weinig.

Screening van regelgeving. Er wordt erg veel geregeld zonder dat er rekening wordt gehouden met de werkdruk die daarmee op medewerkers wordt gelegd. Misschien zijn al die regels wel verstandig, maar de mensen raken er nu en dan door in de war. Als je een fles melk iedere keer terug moet zetten in de ijskast, stijgt de temperatuur in de ijskast en wordt alle melk warm, maar een fles melk die een kwartier buiten de ijskast staat, moet je weggooien.

Flexibiliteit. Er is 60 mln. beschikbaar om de sector te activeren om mee te werken aan experimenten voor de dagindeling. Hoe wordt er bijgedragen aan voorzieningen voor een combinatie van zorg en zekerheid en de alledaagse realiteit? Kinderopvang, zorgverlof en buitenschoolse opvang zijn terreinen waarop de staatssecretaris zich als werkgever en als beleidsmaker zeker aangesproken kan voelen.

Voor gewoon goed personeelsbeleid zijn er benchmarking en best practices, zoals dat tegenwoordig heet, aandacht voor doorstroming, bedrijfsmaatschappelijk werk bij iedere grotere instelling of bij conglomeraten van kleinere, niet alleen aandacht voor de bedrijfsarts, maar ook voor de arbeidsdeskundige, en wat niet al. Een ander punt is een goed sociaal jaarverslag. Maak er maar een wedstrijd van! Het laatste is een goed intern Arbobeleid.

Het viel mij op dat je als bewoner een hoog-laagbed moet meenemen, als je in een verzorgingshuis wordt opgenomen. Ik vraag mij af of iedereen dat wel kan betalen, maar voor de rug van de medewerker is dat wel goed.

Ik maak het plan hier niet. Ik daag de bewindslieden uit om met hun verantwoordelijkheid impulsen voor een zodanig personeelsbeleid te geven dat de mensen die in de zorg werken, dat inderdaad ook kunnen doen, met een dalend ziekteverzuim. Het is zeer goed mogelijk dat de problematiek van de wachtlijsten, die belemmerend is voor de toegang tot de gezondheidszorg van anderen, kan worden opgelost door een normale uitval door ziekteverzuim in plaats van zo'n veel te hoge. Dan kan VWS ook een rol spelen bij het voorkomen en verkorten van uitval door gezondheidsklachten van andere werkenden.

Ik vind kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen een begin, maar ik wil meer. Ik denk aan de mogelijkheid om niet alleen kinderopvangplaatsen te laten inkopen door werkgevers, maar ook bij activiteiten zoals stressbestrijding en burn-outcursussen door de RIAGG. Roep nu niet meteen dat ik hier meewerk aan een tweedeling in de zorg. Als arbeid cruciaal is voor het verkrijgen van andere schaarse goederen en rechten, zoals inkomen, kennis, gezondheid en macht, moet het toch een zorg zijn of de

gezondheidszorg zelf voldoende bijdraagt aan het behouden en vergroten van de arbeidsgeschiktheid, de employability? Ik hoor graag hoe de 3 mln. voor de kenniscentra voor arbeidsrelevante aandoeningen op korte termijn een multipliereffect kan krijgen.

Vrij, willig en zelfverzekerd. De beeldvorming dat vrijwilligerswerk in volledige vrijheid geschiedt, is natuurlijk niet waar. Je committeert jezelf. In die zin is het ontzettend belangrijk dat de samenleving ook kan rekenen op de aanwezigheid en de inzet van vrijwilligers.

Willig wordt die arbeid zeker verricht, maar dat betekent niet meegaand. Soms moeten wij deze opeisen als tegenwicht tegen de professionaliteit die onze samenleving steeds vaker overruled. Wat betreft de kinderopvang zou ik willen dat je niet eens ouder hoeft te zijn om als vrijwilliger activiteiten te kunnen ontwikkelen voor kinderen.

Er wordt ook veel mantelzorg gegeven. Daarbij is terecht gevraagd om eens ondersteund of bij tijd en wijle ontlast te worden. Wanneer de samenleving niet zo'n soort tegenbod doet, wordt het steeds moeilijker om mensen erbij te betrekken. Ouders zijn betrokken bij scholen en spel van de kinderen, maar als de werkzaamheden om de school schoon te maken op hun schouders worden gelegd, bekoelt de liefde snel.

Zelfverzekerd is een vrijwilliger absoluut, maar betekent dat ook dat deze alle verzekeringen zelf moeten betalen?

Ik leg een aantal problemen bij deze bewindslieden neer. Vrijwilligerswerk legt een verantwoordelijkheid op de burger. Het is opvallend dat het steeds moeilijker is om hiervoor tijd te vinden door het toenemend beslag dat door betaalde arbeid op burgers wordt gelegd. Ik denk dat er in de beeldvorming aandacht besteed moet worden aan de erkenning van de waarde van vrijwilligerswerk.

Vrijwilligerswerk is niet gratis, maar brengt kosten mee voor coaching en begeleiding, de mogelijkheid van vervanging, bijvoorbeeld in de mantelzorg, en soms voor vergoedingen. Ik heb daar zo mijn twijfels over, omdat een niet fiscaal belaste vergoeding wel betekent dat je ook een inkomen moet hebben om te merken dat de vergoeding niet fiscaal belast wordt.

Ter Veld

Daarnaast moet de instelling kunnen betalen. Wij wekken op deze manier te vaak de indruk dat vrijwilligerswerk onderbetaalde arbeid behoort te zijn als wij te veel aandacht besteden aan de vergoeding. Als een begrensde vergoeding wordt gegeven, moet deze aan de vrijwilliger toevallen. Onlangs bleek bij een onderzoek naar vrijwilligerswerk en bijstand dat gemeenten dat onvoldoende weten. Voorlichting hierover is nodig. Mijn advies is dan ook overleg te plegen met het ministerie van SZW.

Voorts wordt vrijwilligerswerk soms belemmerd door zaken als bestuursaansprakelijkheidsverzekeringen. Zij zijn duur, maar zonder zo'n verzekering behoor je eigenlijk geen bestuursverantwoordelijkheid op je te nemen. Ongevallenverzekeringen, aansprakelijkheidsverzekeringen en alle mogelijke besluit- en spelregels die gelden voor de professionele sector gaan ook gelden voor vrijwilligerswerk. Ik begrijp dat ondertussen overleg is gepleegd over de Arbokant. Er zijn natuurlijk veel meer spelregels. Ik denk aan de geluidsoverlastregels voor fanfareoefeningsruimten, het attractiebesluit bij de speeltuinen, de voorschriften voor de sociale hygiëne voor niet-professionele horecagelegenheden, bijvoorbeeld in speeltuinen en andere kleine clubgebouwtjes. Zo geeft de politie in Groningen de medewerkers de opdracht een cursus à f 360 per vrijwilliger te volgen om aan de sociale hygiëne te kunnen voldoen. Dit is voor een deel gemeentelijk beleid, maar ik daag de bewindslieden uit, zich hierin eens te verdiepen.

Vrijwilligerswerk is in onze samenleving gigantisch belangrijk. De waarneming is dat de groep die het doet, geleidelijk vergrijsst. Er zijn veel ouderen onder en veel mensen in de WAO. Dat zou niet nodig moeten zijn. Vrijwilligerswerk hoort eigenlijk het hele kabinet een zorg te zijn. De vrijwillige brandweer steunt erop, de asielzoekers worden begeleid. Verder noem ik mantelzorg, sport, leesmoeders en stagebegeleiders in de arbeidswereld. Laten deze bewindslieden hierbij het voortouw nemen, ook binnen het kabinet, als bijvoorbeeld een minister van Onderwijs weer eens denkt dat al het geld voor het begeleiden van taalcursussen voor allochtonen geconcentreerd kan worden in de

grote steden, omdat op het platteland de infrastructuur met de vrijwilligers maakt dat het vanzelf wel loopt. Als je het geld daar weghaalt, krijg je hetzelfde probleem waaraan wij nu in de grote steden gewend zijn. Staatssecretaris Terpstra had een nota Vrijwilligerswerk aangekondigd. Wij zouden die nota graag snel zien.

Voorzitter! Ik eindig met een aantal opmerkingen over het ouderenbeleid. Wij koesteren in ons hart nog steeds dezelfde droom: langer zelfstandig kunnen wonen! Veel ouderen hebben ook een inkomen waardoor dit gemakkelijker gerealiseerd kan worden. De inkomensverschillen tussen de ouderen nemen toe. Wij komen steeds meer redelijk rijke ouderen tegen. Het goede van de AOW is dat men daar bovenop een pensioen heeft opgebouwd. Zo'n 15% echter heeft alleen AOW. Zij-instromers kunnen zelfs nog minder ontvangen. Aanvullende bijstand is dan nodig met de bijbehorende toets. Er ontstaan problemen als er elders wel een huis is of als er familiejuwelen zijn. Vermogen mag volgens mij best als pensioen gezien worden en mag dus ook geleidelijk worden opgegeten. Maar de huidige praktijk waarbij de kip meteen moet worden geslacht en de gouden eieren niet geleidelijk kunnen worden benut, vind ik wat hard. Ook in dit geval lijkt mij contact met het ministerie van SZW nuttig. Anders verplicht je deze mensen, zo snel mogelijk naar een bejaardenhuis of verzorgingshuis te gaan, waarvoor geen vermogenstoets geldt.

Ik had nu een tekst over de eigen bijdrage voor een verpleeghuis. Dat probleem moet de staatssecretaris zeer goed bekend zijn, omdat zij als Kamerlid net als wij deze wetgeving behandelde waarin die bijdrage werd opgehoogd. Uit de krant heb ik begrepen dat deze regeling nu gelukkig wordt gewijzigd.

Scheiden van wonen en zorg: droom of werkelijkheid? Ik vraag hierbij altijd aandacht voor de derde component, dat wil zeggen maatschappelijke participatie. Een oudere met een laag inkomen die zelfstandig woont met huursubsidie en die zorg krijgt met een minimale eigen bijdrage en daarnaast een ruim cliëntgebonden budget heeft, zou toch nog een beroep moeten kunnen doen op de WVG en alle mogelijke andere voorzieningen. De maximale draagkracht is dan bereikt. Dat alles

kost gigantisch veel geld. Gemeenten worden nu voor dure woningaanpassingen verantwoordelijk. Langer zelfstandig wonen is dan misschien wel mogelijk, maar als de gemeenten onvoldoende budget hebben, betekent dit dat je als bejaarde weliswaar niet wordt opgenomen, maar dat je met te weinig geld voor het persoonsgebonden budget, te weinig aanpassing van de huisvesting en onvoldoende coördinatie tussen de voorzieningen, uiteindelijk armoedig zelfstandig woont. Mevrouw Van Leeuwen heeft daarop in dit huis bij de behandeling van de Wet op de bejaardenoordernadrukkelijk gewezen.

Vroeger was zelfstandig wonend ouder worden het privilege van de rijkere. Minder draagkrachtigen brachten wij onder in collectieve huisvesting van hofjes en armoedige slaapzalen. Dankzij de komst van verzorgingshuizen en indirecte financiering was een verbetering aangebracht in de verzorgingshuizen. Maar als wij nu willen dat iedereen zelfstandig kan wonen, dan kost dat geld. En als dat geld er niet is, dan krijgen wij dus een situatie waarin voor de mensen met de laagste inkomens de mooie droom van zelfstandig wonen uiteindelijk een armoedige werkelijkheid met onvoldoende zorg kan worden. Hoe denken de bewindslieden dat te voorkomen?

Voorzitter! Ik heb mij beperkt tot vier aandachtspunten in het beleid. 1. Een controleerbare organisatie van het werkveld. 2. De rol van VWS als werkgever in de zorg en daarbij tegelijkertijd een versterking van een beter werkgeverschap in de zorgsector naar een betere volksgezondheid voor iedereen en een grotere toegankelijkheid. 3. De rol en het beleid van het departement om alle burgers in staat te stellen, zelf mee vorm en invulling te geven aan de samenleving. 4. De mogelijkheid die VWS mensen met een laag inkomen en een relatief grote hulpbehoefte kan bieden om zelfstandig te kunnen blijven wonen.

Ik heb mijn inbreng vooral bedoeld als een positieve impuls voor het beleid en wacht met belangstelling de reactie van de bewindsvrouwen af.

□

Mevrouw **Maas-de Brouwer** (PvdA):
Voorzitter! De gezondheidszorg kost

Maas-de Brouwer

onze gemeenschap veel geld. Wie de kranten volgt, ziet dat deze minister dan ook voortdurend bezig is met maatregelen gericht op het in de hand houden van die kosten. De middelen zijn haast per definitie schaars. Dat betekent dat wij de middelen die wij hebben, goed moeten gebruiken. Dat betekent ook dat wij de opgebouwde infrastructuur goed moeten benutten. Bedden horen niet leeg te staan en de organisatie van de gezondheidszorg moet efficiënt en effectief zijn.

Als je de kranten gelooft, kan de minister de begroting alleen maar sluitend krijgen door de vergoeding voor incontinentiemiddelen naar beneden te brengen. De werkelijkheid, zo weten wij hier allemaal, is iets complexer. Het is jammer dat de discussie over de kosten van de gezondheidszorg in relatie tot de kwaliteit niet in een wat breder kader wordt geplaatst.

In dit kader wil ik vandaag met de minister over twee heel specifieke punten van gedachten wisselen. Dat is ten eerste over de vraag hoe wij de sector aan het ordenen zijn. Ik wil het ten tweede graag hebben over het gebruik van informatie- en vooral communicatietechnologie ten dienste van de effectiviteit en de efficiëntie van de gezondheidszorg. Bij beide onderwerpen zal ik steeds vanuit de patiënt redeneren.

Stel dat wij met ingang van vandaag een heel nieuw stelsel mochten organiseren. Ik kan niet beoordelen hoe die roze droom er voor deze minister zou uitzien. Maar misschien apothekers in loondienst en uitsluitend voordelige geneesmiddelen, en weinig geneesmiddelengebruik? Wij hebben vandaag van een aantal collega's hier al dromen gehoord. Ik wil bij dezen vertellen wat voor mij het belangrijkste verschil zou zijn met de huidige situatie. Ik zou een schets maken waarbij de dienstverlening aan de patiënt centraal staat. Ik wil een zorgaanbod dat de patiënt volgt, dat laagdrempelig is en waarbij je niet per se van goede huize hoeft te komen om een goede en snelle behandeling te krijgen. Ik wil dus geen stelsel dat georganiseerd is vanuit het aanbod: alle specialisten van een bepaald soort bij elkaar in één organisatie. Ik wil ook geen oerwoud van loketten zoals wij dat nu helaas toch te vaak ervaren. Dat is een oerwoud waardoorheen inmiddels ook snelwegen worden

aangelegd voor "belangrijke" klanten. Wij zien die ontwikkeling met lede ogen aan, omdat het een impliciet accepteren betekent van een verminderde beschikbaarheid van zorg. Voor de wachtlijstproblematiek geldt hetzelfde. In mijn droom zou bovendien de omvang van de organisaties die dat geïntegreerde aanbod doen, zodanig zijn dat de menselijke maat goed zichtbaar is en dat tegelijkertijd de schaalgrootte een gezond en kosteneffectief beheer mogelijk maakt.

Voorzitter! De realiteit is anders. Wij hebben een stelsel dat nog steeds de sporen draagt van een verleden waarin de aanbieders zich in gilden verenigden en de patiënt van de een naar de ander moest verkassen voor verschillende aspecten van de zorg. Niet de patiënt stond vroeger centraal, maar het specialisme. Voor veel mensen is ons aanbod nog steeds niet erg transparant. Je moet helaas vaak goed gebekt en assertief zijn om je weg goed en snel te vinden. En dat kunnen wij toch niet bedoelen. En wij hebben ook veel kleine sectorale aanbieders van zorg, maar helaas niet allemaal van een schaal die professioneel zorgaanbod in de volgende eeuw mogelijk maakt.

Er zijn dus twee aandachtspunten vanuit de patiënt: gebrek aan transparantie en risico's ten aanzien van de kwaliteit. De overheid, die als een goed huisvader op de kleintjes moet letten, bewerkstelligt onder andere door middel van bekostigingssystemen dat partijen samenwerken. Het aantal fusies in de gezondheidszorg is dan ook legio. Als dat ons dichter bij mijn roze droom zou brengen, zou ik hier niet zorgelijk staan, maar wat zien we? Er zijn veel monosectorale fusies. Niet de zorgketen staat dan voorop in de samenwerkingsverbanden, maar vooralsnog ontstaan er ook grote brokken met hetzelfde zorgaanbod: er zijn meer fusies binnen de thuiszorg dan bijvoorbeeld tussen verpleeghuizen en thuiszorg en de verpleeghuizen sluiten zich liever aaneen dan dat ze met aanpalende collega's samengaan, om nog maar niet te spreken over samenwerking met woningbouwcorporaties. Er zijn zelfs samenwerkingsverbanden die inhoudelijk heel interessant lijken, maar die door de regelgeving min of meer belemmerd worden. Het

voorbeeld van Gorinchem is hier al aan de orde geweest.

Wat is dan wel het effect van een aantal fusies? Als de transparantie of de kwaliteit van de zorg niet is verbeterd, is dan tenminste wel de kosteneffectiviteit verbeterd? De meeste fusies worden met dat argument tot stand gebracht. We moeten helaas constateren dat het tegendeel het geval is. Er worden kantoren gehuurd en logo's ontworpen en de vroegere directeuren heten ineens raad van bestuur, wat meestal ook een hoger salaris impliceert. De beide partners moeten aan elkaar wennen en niet zelden zijn er heel wat externe adviseurs nodig om de zaak op gang te brengen. Als dat niet lukt, vallen er ontslagen. De zorgsector kent veel bestuurscrises en wij bekostigen gezamenlijk heel wat interim-managers. Het verloop in directiefuncties in de sector is hoog. Conclusie: vaak gaan de kosten omhoog en neemt de kwaliteit van de zorg of de transparantie maar marginaal toe. We verkopen dat aan elkaar als voorschot op de toekomst: "De tijd zal het wel in orde brengen, want we gaan de goede kant op."

Mijn fractie erkent dat schaalgrootte onderwerp van beleid moet zijn. Mijn fractie ziet ook dat er bewegingen gaande zijn die de dienstverlening aan de patiënt als primaire doelstelling hebben en zelfs dat er soms interessante en effectieve fusies plaatsvinden. Wij denken echter dat we met fuseren alleen niet op de goede weg zijn. Graag hoor ik van de minister hoe zij aankijkt tegen de optimale schaalgrootte van zorgaanbieders en de mix van aanbod die aanwezig zou moeten zijn. Ook hoor ik graag van haar hoe zij denkt over het realiseren van samenwerkingsverbanden in plaats van monosectorale fusies. Hoe wil zij door samenwerking de integratie van de zorgketen bevorderen? Wat zijn de belemmerende factoren op dit moment? Is het ook in de ogen van de minister niet beter als gespecialiseerde instellingen investeren in naadloos samenwerken ten dienste van de kwaliteit van de dienstverlening dan in energieverslindende fusieprocessen? Hoe denkt zij haar instellingen voor deze valkuilen te behoeden? Denkt zij bovendien niet dat succesvolle verlovings altijd nog tot een huwelijk kunnen leiden? Of ziet zij meer in gearrangeerde huwelijken waarbij de partners elkaar pas

Maas-de Brouwer

achteraf leren kennen? Wat zijn haar doelen op dit punt en beschikt zij naar haar mening over de juiste middelen? Wat zijn in haar ogen goede voorbeelden, goede ontwikkelingen en hoe denkt zij die ervaring te kunnen gebruiken op andere plekken?

Voorzitter! Er gaat geen begrotingsbehandeling voorbij of we hebben het wel over informatie- en communicatietechnologie. Ook in de zorg is dit een belangwekkend onderwerp: ook daar stelt de technologie de organisaties in staat om dingen efficiënter te doen. Het achter elkaar boeken van gerelateerde afspraken hoeft nu niet meer aan een balie door vijf papieren agenda's naast elkaar te leggen. Dat is nog maar een heel triviaal voorbeeld. We weten dat de zorgsector niet vooroploopt met het gebruik van nieuwe technologie ten dienste van de organisatie. De uitzonderingen daar gelaten, is de stand van zaken tamelijk embryo-naal. Dat baart ons zorgen. In het algemeen zet men de technologie eerst in om dingen die men altijd al deed efficiënter te doen. Pas wanneer die fase achter de rug is, gaat men over tot het gebruiken van de technologie om dingen anders te doen.

Ik zal met een voorbeeld aangeven wat ik bedoel. Afspraken maken per PC vervangt de agenda. Datzelfde systeem aansluiten op systemen van collega's, maakt het mogelijk om een keten van reserveringen te maken. Als de patiënt geboekt is voor zijn operatie, kan bijvoorbeeld meteen een reservering gemaakt worden bij de thuiszorg. Daarvoor hoef je helemaal niet in hetzelfde gebouw te zitten of dezelfde raad van bestuur te hebben. Een ander voorbeeld: elke aanbieder van zorg heeft een archiefsysteem met patiëntgegevens. Als andere behandelaars daar makkelijk in kunnen kijken, zou dat al een eenvoudige vorm van een patiëntvolgsysteem zijn. Het gaat dan in eerste instantie alleen nog maar om het toegang geven aan elkaar tot gegevens die er al zijn. Helaas moeten we echter constateren dat er nog maar heel weinig geëxperimenteerd wordt met dit soort benaderingen. Kennelijk wordt er onvoldoende expliciet gezocht naar kwaliteitsverbetering en besparing door het gebruik van deze technologie.

Ook de communicatie over de recente legionella-epidemie was

sneller en efficiënter verlopen als zij gewoon op het scherm van de huisartsen was verschenen.

Het lijkt er soms op dat mensen met kwade bedoelingen – denk aan voetbalfanatici en liefhebbers van kinderporno – handiger, beter en sneller gebruikmaken van de moderne media dan hooggeschoolde en kennisintensieve maatschappelijke sectoren als de gezondheidszorg. Hoe denkt de minister de sector op dit punt wat scherper, pittiger en creatiever te maken? Voor een maatschappelijke sector waarin zoveel geld omgaat, is het verbazingwekkend dat er zo weinig gezocht wordt naar deze manier van kwaliteitsverbetering. Is de kwaliteit van het management wel voldoende? Is men zich wel bewust van de mogelijkheden? Is het beleid van de minister wel voldoende gericht op dit soort vernieuwende organisatorische aspecten van de sector? Wat is het aandeel van de zorgsector in het actieplan Elektronische snelweg? Hoe denkt de minister de sector wat meer tempo te geven op dit punt? Moet de minister niet eens een jaarlijkse prijs gaan uitreiken voor succesvolle voorbeelden van ICT-gebruik in de zorg, om daarmee de "best practices" te communiceren en de volgers ook aan het denken te krijgen? Ik heb gehoord dat ze in de Tweede Kamer ineens ontzettend druk met hun websites zijn sinds de Eerste Kamer daarmee een prijs heeft gewonnen.

Voorzitter! Ik rond af. Graag horen wij hoe de minister de ontwikkeling bevordert naar een stelsel waarbij de patiënt centraal staat en de zorgketen het uitgangspunt is en ook of zij mogelijkheden ziet om dit te bereiken door samenwerkingsverbanden en het ontstaan van zorgnetwerken, waardoor complexe fusieprocessen vermeden kunnen worden. Ten slotte willen wij weten of de minister onze zorg deelt ten aanzien van het achterblijven van de sector op het punt van het gebruik van informatie- en communicatietechnologie om de kwaliteit van de dienstverlening te bevorderen.

□

De heer **Van den Berg** (SGP): Mijnheer de voorzitter! De gezondheidszorg heeft zich ontwikkeld uit een veelheid van disciplines, paradigma's, professies en even zovele idealen en belangen. Iedereen

die in de gezondheidszorg werkt, brengt zijn eigen perspectief in en bouwt zo mee aan het zorgaanbod van teams, instellingen en professionele systemen. Al die perspectieven hebben hun tradities, hun onderzoek, hun collegiale verbanden, hun jargon, hun belangenorganisaties. Vervolgens doet daarin de patiënt/consument zijn intrede met zijn hulpvraag. Ook die heeft zijn traditie, zijn ervaring, zijn kennis, zijn behoeften. Wat opvalt, is dat er nogal eens onvoldoende volwassen wisselwerking is tussen vragers en aanbieders. Pogingen om er iets aan te doen, via bijvoorbeeld tevredenheidsonderzoeken, gesprekken met patiëntengroepen, cliëntenraden, informatiemateriaal blijven te incidenteel van karakter. Er is behoefte aan een structurele benadering. Voorwaarde voor zo'n structurele benadering is dat partijen elkaar op z'n minst serieus nemen, naar elkaar luisteren, van elkaar willen leren. Dit om met elkaar te werken aan een beleid in de zorgsector met als belangrijkste uitgangspunten: toegankelijkheid, goede kwaliteit van de zorg en solidariteit.

Onze fracties – SGP, RPF en GPV – hebben dan ook waardering voor het initiatief van de minister om een poldermodel in de zorg te introduceren, de meerjarenafspraken zorg. Daar komen partijen bij elkaar en dat heeft een werking naar de regio waar ze elkaar zullen ontmoeten en met elkaar in gesprek gaan. Het is een instrumentarium, waarmee de minister een meerjarig financieel perspectief biedt met als doel gezamenlijk afspraken te maken om doelstellingen te realiseren, zoals afspraken over wachtlijsten, doelmatigheid, werkdruk, samenwerking en informatievoorziening, arbeidsmarktbeleid en kwaliteitsbeleid. Voor het succesvol zijn van dit ingezette beleid is het van belang dat partijen elkaar als mondig en gelijkwaardig zien.

Voorzitter! Wat ons opvalt, is dat in de sector verpleging en verzorging door partijen in de zorg reeds een aantal maanden wordt gewerkt aan de uitwerking van de najaarsakkoorden, maar dat er in de curesector nog maar net een begin is gemaakt met een overlegplatform. Is onze conclusie juist dat in de curesector nauwelijks sprake is van afspraken en onderling commitment, of is er een andere reden waarom

Van den Berg

het platform in de cure zo laat van start is gegaan? Is de minister van oordeel dat er in juli nadere afspraken zijn die het commitment van alle participerende partijen in de curesector zullen dragen?

Wij hebben begrepen dat alle partijen in zowel de cure als de sector verpleging en verzorging positief staan ten opzichte van structurele kwaliteitsbeoordelingen door patiënten. Echter, in tegenpraak met de Leidschendam-afspraken is er geen bereidheid om deze externe kwaliteitsbeoordeling uit de reguliere middelen te financieren, zo hebben wij begrepen. Betekent dit dat de minister specifieke middelen gaat aanwijzen voor deze externe kwaliteitsbeoordeling, of wordt er druk uitgeoefend op met name zorgaanbieders om deze externe beoordelingen alsnog uit reguliere middelen te financieren?

In de cure is een bedrag van 4,2 mln. vrijgemaakt voor verbetering van de positie van de patiënt in de regio. Voor de sectoren verpleging en verzorging, zorg voor mensen met een handicap en de GGZ is echter ook geld nodig om de participatie te verbeteren, bijvoorbeeld om invulling te kunnen geven aan het protocol Zorg op maat. Wat zijn de mogelijkheden om ervoor te zorgen dat voor het jaar 2000 en verder ook voor deze sectoren middelen ter beschikking komen voor de verbetering van de positie van de patiënt in de regio?

Het is bekend dat betere informatie over wachtlijsten tot een betere spreiding van patiënten over ziekenhuizen kan leiden. Wanneer heeft de NVZ voor de ziekenhuizen een landelijk informatiesysteem gereed, opdat deze informatie aan verwijzers en consumenten kan worden verstrekt? Wat doet de minister om de in dit proces opgelopen vertraging in te halen?

Voorzitter! Al een reeks van jaren staat het geneesmiddelenbeleid op de agenda. Het blijkt tot nu toe niet mogelijk om het geneesmiddelenbudget beheersbaar te maken. Bovendien is het nodig om de kwaliteit van de farmaceutische zorg op een aantal onderdelen te verbeteren. Om deze doelstellingen te bereiken, zet de minister zwaar in op verandering van het voorschrijfgedrag van artsen, door middel van protocollering en beter overleg met apothekers. Dit is uiteraard een

goede insteek, maar onze fracties vinden het ook van groot belang bij deze protocolontwikkeling patiënten te betrekken. Incidenteel gebeurt dat al, bijvoorbeeld in het project drie-gesprek, maar nog niet structureel. Op welke wijze wil de minister de betrokkenheid van patiënten via hun organisaties, structureel mogelijk maken? Dit kan bijvoorbeeld door het betrekken van patiëntenorganisaties bij die methode van dat driegesprek, bij de protocollen die door de Ziekenfondsraad worden ontwikkeld, maar ook door betrokkenheid bij de proeftuinen, onder andere in de ouderenzorg, en bij de ontwikkeling van formularia in de GGZ-sector.

In hoeverre wordt de algemene behandeling van een zieke of problematiek als uitgangspunt gehanteerd in het geneesmiddelenbeleid? Het niet meer vergoeden van bepaalde geneesmiddelen kan leiden tot ander behandelgedrag, dat mogelijk grotere kosten met zich brengt. In hoeverre is er zicht op de verschuivingen van kosten door maatregelen in het medicijnbeleid naar andere sectoren binnen de zorg?

In het plan-Koopmans is sprake van regionale budgettering. Vanuit het oogpunt van de patiënt kan dat tot problemen leiden: wat als er in een bepaalde regio veel overschrijdingen zijn? Worden dan in Limburg middelen niet meer vergoed die in Groningen wel vergoed worden? Hoever zijn de plannen op dit gebied gevorderd? Heeft de minister oog voor de hierboven bedoelde nadelige consequenties voor patiënten?

Voorzitter! Tot voor kort was het niet mogelijk om een goed inzicht te krijgen in het tekort aan capaciteit in de verzorgingshuizen. Dit werd onder meer veroorzaakt doordat de omvang van de wachtlijsten incidenteel werd gepeild. Hierdoor ontstond er nogal eens discussie over de waarde van de wachtlijsten. Hoe betrouwbaar was de registratie? Het gevolg was dat de omvang van het wachtlijstprobleem niet ernstig werd genomen. Inmiddels blijkt uit een recentelijk gehouden onderzoek door het NZI, in bijna 300 verzorgingshuizen, in opdracht van de Woon Zorg Federatie (WZF), dat er sprake is van een echt probleem. Er is sprake van een onverantwoord lange wachtlijst. Ouderen moeten gemiddeld ruim negen maanden wachten voordat ze een plaats

krijgen in een verzorgingshuis. Van de ruim 20.000 ouderen die op een verzorgingshuisplaats wachten is het voor ruim 9000 ouderen noodzakelijk dat zij binnen drie maanden worden opgenomen. Eén op de vijf wachtenden moet binnen een maand een plaats krijgen in een verzorgingshuis bijvoorbeeld omdat de familie vaak overbelast is, waardoor zij de hulp samen met de thuiszorgorganisatie niet meer kan geven. Ook komt het voor dat man of vrouw wegvalt en dat de alleenstaande oudere zichzelf niet meer kan redden.

Lange wachtlijsten en wachttijden worden vooral veroorzaakt door onvoldoende capaciteit in verzorgingshuizen, dit vooral als gevolg van de afbouw van de capaciteit in de afgelopen jaren en stagnatie van nieuwbouw. Ouderen moeten ook langer wachten op een plaats in een verzorgingshuis omdat de doorstroom van ouderen in verzorgingshuizen naar verpleeghuizen vertraagt.

Voorzitter! Er is hier wel iets merkwaardigs aan de hand. De laatste jaren zijn beleidsmakers en mensen uit de wetenschap ervan uitgegaan, dat het verzorgingshuis op de wat langere termijn geen goed concept zou zijn. Mensen willen geen verzorgingshuis meer, zo werd er geschreven en gezegd. Het zou een te sterk standaardconcept zijn en onvoldoende kunnen inspelen op de zich steeds sterker manifesterende differentiatie in de categorie ouderen. Het basisidee voor de toekomst zou zijn het gescheiden aanbieden van wonen en zorg. Beleidsmatig inzetten dus op een systeem van geclusterd wonen, met de mogelijkheid van zorg.

En nu de praktijk, een groter wordende vraag naar opname in een verzorgingshuis en het achterlopen van een overheidsbeleid op het terrein van een goed concept van het gescheiden aanbieden van wonen en zorg. Onze fracties willen daarom de staatssecretaris een aantal vragen voorleggen. Hoe denkt zij de problematiek van de wachtlijsten tot een oplossing te brengen? Dat zal toch op korte termijn moeten.

Vervolgens vragen wij de staatssecretaris of het departement voldoende betrokken is bij de totstandkoming van de toegezegde nota over wonen in de twintigste eeuw, vooral bij het onderdeel ouderenhuisvesting, die het

Van den Berg

departement van VROM voorbereid en binnenkort zal uitbrengen.

Voorzitter! Namens onze fracties wil ik de staatssecretaris nog een ander knelpunt voorleggen. De laatste jaren worden we geconfronteerd met het slechten van het onderscheid tussen verpleeghuis en verzorgingshuis. Zo zijn er veel initiatieven tot het oprichten van een verpleegunit in een verzorgingshuis. De procedure hiervoor is dat het ministerie eerst een verklaring van behoefte voor het oprichten van een verpleegunit afgeeft. Deze verklaring wordt afgegeven na advisering door zowel de provincie als het College voor Ziekenhuisvoorzieningen. Door middel van het verlenen van een vergunning keurt het ministerie het schetsontwerp goed, waarna gestart kan worden met de bouw of de verbouw tot verpleegunit. Deze procedure vergt, zo horen wij, regelmatig veel tijd. Hierdoor neemt de animo voor het realiseren van een verpleegunit duidelijk af. Kan de staatssecretaris ons meedelen welke tijdsduur hiermede is gemoeid? Als die te lang is, wil zij zich dan inzetten voor het bekorten ervan? Is er inzicht in het aantal initiatieven?

Voorzitter! De wijze waarop de toegang is geregeld tot de zorg voor langdurig zorgafhankelijken staat al lang ter discussie. De problemen waarvoor achtereenvolgende kabinetten een oplossing zoeken zijn: - de groeiende vraag naar langdurige zorgverlening, vooral als gevolg van de relatief verouderende bevolking, terwijl het uitgangspunt is dat de uitgaven voor de AWBZ moeten worden beheerst, dat wil zeggen niet boven een tevoren vastgelegd budget mogen groeien; - het systeem van de AWBZ, dat het aanbod financiert en de wens om binnen dit systeem het zorgaanbod flexibeler vorm te geven, dus meer mogelijkheden te bieden, zodat het beter aansluit bij de zorgaanvraag.

In de loop van de tijd is duidelijk geworden dat de zorgtekorten toenemen. Door ons zijn in deze bijdrage de wachtlijsten van de verzorgingshuizen al aan de orde gesteld. Wij willen nu nog de aandacht vestigen op een vergelijkbaar probleem in de thuiszorg. Ook anderen hebben daarop gewezen.

Op 18 december 1998 heeft de rechtbank in Den Haag uitgesproken dat een zorgverzekeraar een zorgplicht heeft op het gebied van de AWBZ wanneer de verzekerde

geïndiceerd is voor thuiszorg. Daarbij mag de zorgverzekeraar een redelijke wachttijd als aanvaardbaar beschouwen. Deze uitspraak geeft aan dat sprake is van rechten en plichten, maar zij laat nog wel een aantal belangrijke vragen onbeantwoord. Op welke wijze kunnen patiënten bijvoorbeeld hun recht halen, indien zij geen zorg ontvangen maar daar na een redelijke wachttijd wettelijk wel recht op hebben? Wat is volgens wie een redelijke wachttijd? Onze vraag is of de staatssecretaris duidelijkheid kan verschaffen, zodat een eind komt aan de situatie dat patiënten recht hebben op thuiszorg, maar die niet ontvangen.

Voorzitter! Een van de instrumenten om meer bij de zorgvraag aan te sluiten is het persoonsgebonden budget. Daarop doelde ik toen ik sprak over het flexibel aansluiten op de zorgvraag. Helaas is hier ook al sprake van een behoorlijk probleem. Alle zorgkantoren hanteren hiervoor behoorlijk lange wachtlijsten. Een antwoord hierop zou zijn verhoging van het macrobudget. Hierover is aan de overzijde flink gediscussieerd. De staatssecretaris heeft gezegd voor 1999 geen financiële ruimte te hebben om het macrobudget PGB-verpleging en verzorging uit te breiden. Is de staatssecretaris bereid om voor het komende begrotingsjaar hier extra middelen voor beschikbaar te stellen of om verschuiving in de middelen te bewerkstelligen?

Voorzitter! Sinds begin jaren negentig functioneert in meer of mindere mate het fenomeen "regiovisie". Anderen hebben daar ook al over gesproken. In de visie van de provincies is de regiovisie het instrument om invloed uit te oefenen op de sturing van de regionale zorg vanuit de vraag en dan denk ik met name aan de zorg die gefinancierd wordt vanuit de AWBZ. Hoewel door de provincies al jaren wordt gestreefd naar een wettelijke verankering, heeft deze verankering alleen plaats gevonden in het kader van de overgangswet bejaardenoorden. Onze fracties constateren dat door het ministerie ook verschillende opvattingen worden geuit met betrekking tot de regiovisie. Op dit punt hebben wij zorgen. In het regeerakkoord lezen wij bijvoorbeeld: Op basis van de regiovisie wordt de AWBZ door zorgkantoren uitgevoerd. De regiovisie is een beleidskader op hoofdlijnen dat binnen de budgettaire kaders totstandkomt met

betrokkenheid van het zorgkantoor, de patiënten- en cliëntenorganisaties, zorgaanbieders en gemeenten en wordt vastgesteld door de provincie.

Bij de totstandkoming van het najaarsakkoord en de meerjarenafspraken verpleging en verzorging is sprake van een regiovisie die niet alleen betrekking heeft op het gehele AWBZ-terrein, maar ook zal gelden voor aanpalende voorzieningen. Het provinciaal bestuur zal hierbij alleen een stimulerende rol hebben, gericht op de totstandkoming van een regiovisie. Dit is voor ons aanleiding voor een aantal vragen aan de bewindslieden. Wat is de visie met betrekking tot de regiovisie als instrument in de regionale sturing van de zorg? Wat is de visie op de rol van de provincies in de sturing van de regionale zorg?

Voorzitter! Ik ben deze bijdrage begonnen met wat opmerkingen over de ontwikkeling van de gezondheidszorg. Er zijn ook veel bedreigingen die kunnen leiden tot verkillig in de zorg. Dat zou heel slecht zijn, want er moet vertrouwen zijn tussen de zorgvrager en de behandelaar c.q. de instelling. Vertrouwen kan niet worden afgedwongen met wet- en regelgeving. Een voorwaarde waaraan moet worden voldaan is dat er geen "geheimtaal" wordt gehanteerd vanuit het aanbod. Men moet voldoende en open informeren en goede contacten onderhouden. Het belemmeren van vrije informatie en het verwaarlozen van het contact met mensen die zorg nodig hebben of hun familieleden zijn funest. Er is een grote verscheidenheid aan hulpverleners. Zij verkeren soms in situaties die niet of nauwelijks met elkaar vergeleken kunnen worden. Dat vergt nogal wat. Maar altijd geldt dat iedere hulpvrager allereerst mens is en daarom uniek en – wij zeggen het de Bijbel na – schepsel van God. In een goede gezondheidszorg moet het in de eerste plaats dan ook niet gaan over de strijd om bevoegdheden van verpleegkundigen en artsen of alleen om het budget of om allerlei managementmaatregelen. Het moet gaan om de mens. Mensen zijn kostbaar en in de zorg vaak kwetsbaar. Daarom moet zorgdragen voor elkaar het uitgangspunt zijn, ook vanuit de professie naar de patiënt-cliënt. Dit hebben wij beoogd met deze bijdrage. Wij wachten met belangstelling de beantwoording van de bewindslieden af.



Mevrouw **Tuinstra** (D66): Voorzitter! Een van de boeiendste vragen in de hele politiek en speciaal op het terrein van de gezondheidszorg is: wat is de taak van de overheid? Het antwoord op die vraag is er niet een van alle tijden. Wij zien een slingerbeweging. Toen ik in 1977 aan de overkant de portefeuille Volksgezondheid zoals die toen nog heette – ook al een interessante woordverandering! – kreeg toebedeeld, was de begroting een dun stuk met daarin veel cijfers en weinig beleid. Op wat zich in de verzekerings sfeer afspeelde had de Tweede Kamer weinig zicht: de rol van de overheid was beperkt. Zorgverzekeraars en zorgaanbieders beheersten het veld, de cliënt was nergens. Aan deze onbevredigende situatie is in de loop der jaren gelukkig een einde gekomen. Het financieel overzicht zorg kwam en ontwikkelde zich tot jaaroverzicht zorg, een duidelijk beleidsstuk dat wij niet meer zouden kunnen missen. De controle op de verzekeraars is toegenomen, maar is ook hun macht afgenomen? De positie van de cliënt is versterkt. Wat vooral belangrijk is: hij of zij is veel meer dan voorheen het uitgangspunt van beleid. Gezondheidszorg is een belangrijke arbeidsmarkt en in ieder regeerakkoord zijn er bladzijden aan gewijd. Het is onvoorstelbaar dat er niets over gezegd zou worden. Op zichzelf een goede ontwikkeling, maar onder Paars I dreigde wel het gevaar dat de overheid verantwoordelijk gesteld werd voor alles wat in de gezondheidszorg omging, alsof zij de enige speler in het veld was. Onterecht, voorzitter, want wij hebben geen nationale gezondheidszorg. Cliënten, zorgaanbieders en zorgverzekeraars dragen de verantwoordelijkheid en de overheid schept de ruimte om deze waar te maken.

Mijnheer de voorzitter! De minister heeft het in Paars II dan ook anders aangepakt. Zij heeft samen met anderen de meerjarenafspraken eerst in het regeerakkoord opgenomen en is daar nu voortvarend mee aan het werk gegaan. Wij ontvingen recent een brief over deze meerjarenafspraken. Dat siert de minister, want hoezeer wij er ook voorstander van zijn dat de verantwoordelijkheid van het veld expliciet wordt, de politiek houdt graag de vinger aan de pols.

Met deze voortgangsrapportages is dat ook mogelijk.

Als groot voordeel van deze meerjarenafspraken ziet mijn fractie dat wij niet van incident naar incident hollen maar dat het veld voor een aantal jaren doelen kan stellen binnen de gegeven financiën. De zo broodnodige samenwerking tussen de zorgaanbieders kan hierdoor worden gestimuleerd. Mijn fractie betreurt het dat de sector geestelijke gezondheidszorg nog niet zover is. Juist hier zijn samenwerking en transmurale zorg dringend nodig. Wat zijn de struikelblokken?

Eerder al wierp ik een vraag op over de rol van de verzekeraars. In de stukken heb ik gelezen dat in de meerjarenafspraken plaats is ingeruimd voor versterking van hun rol met de bijbehorende verantwoordelijkheden. Ik juich dat enerzijds toe. Anderzijds vraag ik mij af of zij hun rol op de juiste wijze waarmaken als ik lees hoe zij met de gelden van het vrijwillige ziekenfonds – 600 mln. – zijn omgesprongen buiten de overheid om. Deze gemeenschaps-gelden vloeien wel naar de gezondheidszorg, maar wie beslist over de bestemming? Is dit een voorbeeld dat zij toch door de meerjarenafspraken bang zijn, macht en/of invloed te verliezen? Past dit bij hun maatschappelijk ondernemerschap? Dit maakt extra duidelijk hoe noodzakelijk meerjarenafspraken met ook de overheid als gesprekspartner zijn. Wij hopen dan ook dat de minister op deze bestuurlijke weg verder gaat. Graag hoor ik van de minister meer over de machtsverdeling terzake.

Het is in elk geval al heel wat dat partijen in de zorgsector hun handtekening hebben gezet. Concreet betekent dit immers dat de gezondheidszorg zich aan een groot aantal voornemens uit het regeerakkoord, vertaald in het JOZ 1999, heeft gecommitteerd. Op regionaal niveau dient daaraan invulling te worden gegeven. Mijn fractie beoordeelt de verschillende initiatieven die op dat niveau worden genomen positief, want daarmee wordt de klemmende structuur van financiële hokjesregels doorbroken. Wij gaan daarbij uit van de vraag, dus van de behoefte en niet van het aanbod.

Over de wachtlijsten is al zoveel gezegd dat ik hierover kort kan zijn. Uit inspectierapporten blijkt dat het mede een organisatorische kwestie

is. Wij zien met spanning de resultaten van de werkgroep-Dees tegemoet. Ook op dit punt kunnen de meerjarenafspraken uitkomst brengen.

Een goede stap was dit jaar de wetgeving inzake de integratie van medische specialisten in het ziekenhuis. We groeien op deze wijze naar producttypering. Daarbij past ook het voorstel om poliklinisch voorgeschreven middelen onder het ziekenhuisbudget te laten vallen; een van de aanbevelingen van het rapport-Koopmans. Kan de minister al iets meedelen over de herziening van de COTG-richtlijnen op weg naar deze producttypering?

Verleden jaar gaf ik veel aandacht aan de geestelijke gezondheidszorg. Dit jaar is een beleidsnota aan de orde waar het veld voorlopig mee vooruit kan. Sleutelwoorden zijn ook hier samenwerking, transmuraal, versterkte eerste lijn enz. De lappendeken is beleidsmatig vormgegeven; een hele prestatie, maar nu de uitwerking nog. De nota biedt daarvoor een uitstekend uitgangspunt.

Voorzitter! Enkele malen heb ik eerder aandacht gevraagd voor het voedingsbeleid en kijk, de beloofde voedingsnota is tenslotte september vorig jaar verschenen, het voedingscentrum is geëffectueerd en de Gezondheidsraad houdt de richtlijnen goede voeding wetenschappelijk in de gaten. Dat is bij elkaar toch heel wat, al heeft het wel lang geduurd. Wat ik blijf missen, is voeding in opleidingen, bijvoorbeeld in de medische opleidingen en dan natuurlijk niet alleen met betrekking tot diëtisten. In de nota "Nederland goed gevoed" staat geen woord daarover. Heel OCW wordt, als ik het goed gezien heb, niet genoemd en verder blijft de samenwerking met Landbouw onder de maat. De minister van VWS heeft de nota ondertekend samen met de staatssecretaris van Landbouw. De BSE-problematiek blijft een groot zorgpunt. Daarvoor is toch Landbouw, Natuurbeheer en Visserij verantwoordelijk? De effecten van een goede bestrijding zijn van direct belang voor de volksgezondheid. Het lijkt er nu op dat VWS wel voor de kosten van de BSE-bestrijding – op jaarbasis 26 mln. – mag opdraaien, maar lijdzzaam moet wachten op Europese consensus over communautaire regelgeving op dit punt. Kan de minister die 26 mln. niet

Tuinstra

sowieso slijten aan haar collega van het ministerie van LNV? Ten slotte – en dit is een winstpunt – zijn de inspecties gezondheidsbescherming en veterinaire zaken eindelijk samengevoegd tot de Inspectie Waren en Veterinaire zaken, die valt onder de minister van VWS. Mijn fractie vraagt zich af of een gezamenlijke verantwoordelijkheid – VWS én LNV – niet beter was geweest. Want hoe krijg je Landbouw nu zover dat actief wordt gereageerd op de bevindingen van genoemde inspectie?

De ziektekosten. In het regeerakkoord zijn maatregelen aangekondigd voor het opnemen van zelfstandigen in het ziekenfonds. Per brief van 3 februari kondigt de regering aan dat dezen per 1 januari 2000 inderdaad verplicht verzekerd zullen zijn, mits zij niet meer dan f 41.200 verdienen. Dat is wel zuinig nu de gewone grens f 64.000 is.

Zoals het er nu naar uitziet, is het allemaal nogal minimalistisch, maar in elk geval lijkt toch een lang gekoesterde wens van de kleine zelfstandige in vervulling te gaan en dat is in elk geval een stap vooruit.

Aan Europese beïnvloeding kan ons Nederlandse stelsel niet meer ontkomen. Dat is duidelijk geworden na de Decker/Kohl-arresten inzake grensoverschrijdende zorg. De regering heeft snel gereageerd met de instelling van de werkgroep Bloemheuvel. Wat zijn nu de consequenties? Kan het Nederlandse stelsel blijven bestaan gezien de ontwikkelingen binnen Europa?

Het ouderenbeleid. Het heeft de staatssecretaris zeker verheugd dat de in het regeerakkoord opgenomen 1,4 mld. extra vooral aan de ouderen en de thuiszorg ten goede zal komen. Het Sociaal en cultureel planbureau meldt ons weliswaar dat het met de meeste ouderen goed gaat, maar het meldt meer. Ouderen met ernstige psychische stoornissen, zoals depressie of angst, krijgen onvoldoende hulp. Daarom is het goed dat in de recente GGZ-nota aandacht aan de ouderen wordt gegeven.

Veel ouderen – 1,5 miljoen – verrichten vrijwilligerswerk, maar nog meer, 2 miljoen, doen het niet. Van hen zegt 40% eventueel wel vrijwilligerswerk te willen doen. Hier ligt dus nog een potentieel. Het mes snijdt aan twee kanten: ouderen als bron van menselijk kapitaal.

“Ouderen in beweging” wordt wel met de mond beleden, maar radio-

en tv-programma's om dat te realiseren en om dit bij de mensen thuis te brengen, ontbreken.

“Ouderen en voeding” hangt nauw samen met “ouderen in beweging”. Een van de belangrijkste oorzaken van slechte voeding is gebrek aan eetlust. Wat wel frequent de kop opsteekt, is alcoholisme. Het alcoholprobleem bij ouderen neemt toe. Er is op dit terrein dus het een en ander te doen. Mijn fractie heeft van deze staatssecretaris de nodige verwachtingen. Het aantal 65-plussers zal tussen 1998 en 2020 met 1,6 miljoen toenemen. Het is dus de moeite waard om aan deze groep aandacht te geven. Preventie en uitstel van ouderdomsziekten dragen bij aan de kwaliteit van het leven en kunnen kostenbesparend zijn.

Tot slot roer ik enkele medisch-ethische kwesties aan. Dat is ook al een terrein waarop de laatste jaren wetgevingswinst is geboekt. Mijn eerste vraag betreft de stand van zaken bij de euthanasiewetgeving. Het regeerakkoord is hierover duidelijk, maar daarna is het wat stil geworden. Kan de minister al een termijn noemen waarbinnen zij denkt dat indiening bij de Tweede Kamer kan plaatsvinden?

Blijkens het recente proefschrift van Haverkate ontwikkelen vele verpleeghuizen en ziekenhuizen een eigen richtlijn. Dat schept houvast, maar het zou natuurlijk veel beter zijn als deze praktijk was gebaseerd op heldere strafwetgeving in plaats van op de huidige onduidelijke Wet op de lijkbezorging. Hoe is de stand van zaken?

Mijn tweede medisch-ethische vraag betreft de Wet op de orgaan-donatie. Wij zijn blij dat na al die jaren van besluiteloosheid hier wetgeving ligt, plus een planning-besluit ingevolge artikel 5 van de Wet op bijzondere medische verrichtingen. Nu de organen nog. Er is nog een tekort en de drempel blijkt te hoog. Het is ook niet niks om een stuk van je lijf af te staan. Het ministerie voert een goede voorlichtingscampagne en moet daar vooral mee doorgaan. De besluitvormingsprocessen hierover duren lang. De nu levende generaties hebben vrijwel geen voorbeelden. Zij moeten zelf het voortouw nemen en dat kost tijd. Maar dat is natuurlijk heel verdrietig voor hen die nu vergeefs op organen wachten.

Kunnen dierlijke organen uitkomst brengen? Mijn fractie staat hier heel

kritisch tegenover. Xenotransplantatie. Het betreft hier immers vooral transplantatie van organen van gemodificeerde dieren, dieren die zo gemanipuleerd worden dat hun organen geschikt kunnen zijn voor mensen. De industrie ziet hier wel brood in en het organentekort is een krachtig drukmiddel op ontwikkeling in die richting. Wetenschappelijk onderzoek terzake kan men niet altijd stopzetten. Het bedrijfsleven gaat immers zijn eigen gang. Mijn fractie is van mening dat de overheid alle andere wegen moet bewandelen alvorens xenotransplantatie te entameren. Er zijn vele ethische vragen die nog niet in brede kring gesteld en/of bediscussieerd zijn. Dat is niet alleen de vraag naar het instrumenteel gebruik van dieren ten behoeve van de mens. Dat is natuurlijk een belangrijke vraag, zeker voor iemand die vegetariër is, zoals ik. Evenzeer belangrijk is, of aan de ontwikkeling van xenotransplantatie prioriteit moet worden gegeven nu er nog andere, minder omstreden methoden zijn om organen te krijgen. Ik noem bijvoorbeeld het opkweken van organen door vermenigvuldigen van humaan materiaal en stamcellen. De kans op afstoting van menselijk materiaal is veel kleiner dan de kans op afstoting van dierlijk materiaal. Ligt het niet veel meer voor de hand dat die mogelijkheden eerst worden verkend? Wetgeving op het gebied van embryo's en lichaamsmateriaal dient naar de mening van mijn fractie voorrang te krijgen. Intussen dient een wetenschappelijk en maatschappelijk debat op gang gebracht te worden over xenotransplantatie. Pas daarna is besluitvorming mogelijk. Een dergelijke discussie over medisch-ethische zaken wordt in het regeerakkoord aangekondigd. Hoe gaat de minister daaraan uitvoering geven?

Zoals sprekers van andere fracties al hebben betoogd, is onze aandacht gevraagd voor toepassing van genterapie. Wij beperken ons er nu toe deze aandacht ook van de minister te vragen. Wel beseffen wij dat hier andermaal het keuzevraagstuk levensgroot op ons afkomt. Er zijn steeds weer nieuwe ontwikkelingen, maar er zijn nog zoveel noden die niet gelenigd kunnen worden, en nu zwijg ik nog over de gezondheidszorg in arme landen.

Tuinstra

Preventie, care, cure, wetenschappelijk onderzoek. Waarheen met de geldstromen? Alles kan niet. En nu ben ik weer terug bij de vraag die ik in het begin heb gesteld. Wat is de rol van de overheid? De overheid dient richting te geven aan keuzes in de zorg. Via de meerjarenafspraken wordt het veld gedwongen de keuzes expliciet te maken. Het geld dient dan de zorgvraag te volgen.

Voor wie jarenlang de gezondheidszorg in haar portefeuille heeft gehad en heeft geprobeerd er een heel klein beetje vat op te krijgen, is dit toch een spectaculaire en verheugende ontwikkeling, waar jaren naar uitgekeken is: de gezondheidszorg weer terug richting burger. Het is met vrouwen dat ik deze beide bewindsvrouwen achter de tafel zie zitten. De minister heeft de afgelopen jaren heel wat tot stand gebracht en de staatssecretaris heeft ruime politieke ervaring en werkt gedegen en bescheiden. Ik wens hen alle succes.

De beraadslaging wordt geschorst.

De **voorzitter**: Ik schors de beraadslaging tot na de afhandeling van de wijziging van de Wet op de bedrijfsorganisatie. Ik herinner de leden eraan dat na de schorsing een stemming zal plaatsvinden over de Wet op het notarisambt.

De vergadering wordt van 12.50 uur tot 13.50 uur geschorst.

Aan de orde is de voortzetting van de behandeling van:

- **het wetsvoorstel Wettelijke regeling van het notarisambt, mede ter vervanging van de Wet van 9 juli 1842, Stb. 20, op het Notarisambt en de Wet van 31 maart 1847, Stb. 12, houdende vaststelling van het tarief betreffende het honorarium der notarissen en verschotten (Wet op het notarisambt) (23706).**

(Zie vergadering van 23 maart 1999.)

De **voorzitter**: Ik geef gelegenheid tot het afleggen van stemverklaringen.

De heer **Heijne Makkreel** (VVD): Mijnheer de voorzitter! Wat tot dusverre bij de behandeling van dit

voorstel is gezegd, heeft hoofdzakelijk betrekking op de bezwaren daartegen, in het bijzonder op de vrijmaking van de tarieven en op de regeling van de bescherming van de derdengelden.

Het vele goede dat dit voorstel meebrengt, is daardoor wat onderbelicht gebleven, maar dient wel bij de eindafweging betrokken te worden. Bij het maken van die eindafweging heeft mijn fractie overwogen, dat de door haar als defect beschouwde onderdelen zich lenen voor later herstel en dat de staatssecretaris expliciet heeft toegezegd, in elk geval ten aanzien van de tariefstelling, de hem ter beschikking staande bevoegdheden te zullen gebruiken als de aanleiding daartoe zich mocht aandienen.

Onder die omstandigheden heeft de grootst mogelijke meerderheid van mijn fractie gemeend aan het goede in dit voorstel het grootste gewicht te moeten hechten, zodat zij haar stem daaraan niet zal onthouden, zij het dat deze keuze sommige leden van mijn fractie aanzienlijk meer moeite heeft gekost dan sommige anderen. Voor een lid van de fractie hebben de bezwaren het grootste gewicht, zodat hij zijn stem tegen het voorstel zal uitbrengen.

Mevrouw **Michiels van Kessenich-Hoogendam** (CDA): Voorzitter! De CDA-fractie heeft bezwaren tegen een van de belangrijkste vernieuwingen die dit wetsvoorstel brengt, namelijk het overlaten van de tarieven met betrekking tot de transacties in het onroerend goed aan de krachten van de vrije markt. Ons bezwaar wordt niet ingegeven door ongerustheid over de notariële inkomens. Ons bezwaar wordt ingegeven door bezorgdheid over de rechtszekerheid met betrekking tot onroerend goed. Wij denken bijvoorbeeld aan de naleving van de plicht tot recherche die in het gedrang kan komen, indien de tarieven als gevolg van vrije concurrentie te laag zijn.

Onze sterke voorkeur gaat uit naar tariefvaststelling door de overheid in overleg met de KNB en mede aan de hand van de door de KNB ontwikkelde instrumenten waaronder het kostprijvolgsysteem. In het debat over het wetsvoorstel is onduidelijk gebleven, waarom de regering van het ene uiterste, de huidige

tariefvaststelling door de beroepsgroep zelf, overgaat naar een ander uiterste, vrije concurrentie, en waarom niet de gulden middenweg is gekozen van tariefbepaling door de overheid, zoals die ook geldt in andere landen met het latijns notariaat.

Met de nodige aarzeling zouden wij eventueel akkoord zijn gegaan met het wetsvoorstel, mits er een adequaat systeem van overgang zou zijn. Dat ontbreekt echter ten enen male. De monitoring is zo ingewikkeld van opzet dat deze niet kan leiden tot een adequate controle op de kwaliteit, de continuïteit en de toegankelijkheid van de notariële dienstverlening en dit temeer niet nu er slechts een overgangperiode van drie jaar is. Dat is veel te kort.

Ook al bevat het wetsvoorstel goede elementen, de bezwaren zijn voor ons doorslaggevend. Wij kunnen dus het wetsvoorstel niet steunen.

De heer **Pitstra** (GroenLinks): Voorzitter! De fractie van GroenLinks zal unaniem dit wetsvoorstel verwerpen. Wij doen dit niet omdat wij de huidige positie en inkomens van de notarissen in stand willen houden. Een goed alternatief daarvoor is het vaststellen van de tarieven en inkomens door de overheid, gecombineerd met een verplichte bench marking en een kostprijvolgsysteem dat nu al draagvlak in de sector zelf heeft. De politieke keuze van het ministerie van Economische Zaken voor marktwerking en vrije dienstverlening draagt het risico in zich dat de onpartijdigheid en onafhankelijkheid van de notaris op de tocht komt te staan. Het is maar zeer de vraag of de kwaliteit van de dienstverlening er beter op zal worden. Wij hopen daarom dat de senaat haar functie zal waarmaken en dit wetsvoorstel zal verwerpen.

De heer **Holdijk** (SGP): Voorzitter! Uit de gedachtewisseling van vorige week is wel gebleken dat er een kloof gaapt tussen de regering en onze fracties als het gaat om een inschatting – niet op grond van subjectieve gevoelens maar op grond van argumenten – van de te verwachten effecten van het